

の病者、疑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疎み遠ざけていると思われる。感染症病者等を社会から疎み遠ざけることによって、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らうか。

もともと、無症状病原体保有者、疑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

身体的自由と安全：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ず、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。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、この原則が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、入院措置、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。

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（感染症法24条「診査協議会」参照）。

### 7.3 行政機関による行政強制

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様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、刑罰を以て社会防衛の必要に出づる一的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もなう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高い場面もあるので、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もなうおそれが高い。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。…もつとも、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が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うる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こととどまるとの内在・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。

## 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 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。危機管理の段階如何によっては、憲法ないし人権は下位に置かれることがあるだろうか。

「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になく、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る。

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、場合によっては、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、一定の場合、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。

### 11.2 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、感染症病者等の人権を一時停止させようとする考え方が行政や専門家の一部に根強く存在する。

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て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、「伝染病蔓延防止のため衛生係官が緊急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。

生存権（6条）

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）

### 11.3 戦争、内乱等と同列に健康危機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」の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（人権規定の一次的効力停止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。インフルエンザは、全ての国を同時に襲うことはなく、また国内においても国中を一気に襲うことはないことが分かっているから、パンデミック期に至るまでは、この規定は適用されないものと思われる。

### 12 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『危険性が低い感染症』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、『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、『危険性が低い感染症』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、人権の尊重と人権の配慮の各區別

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、人権の尊重と人権の配慮は区別されるべきである。すなわち、感染症法が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。

## 13 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する。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ぶ手段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。

### 第2 感染症法の概要および問題点

#### 1 感染症法成立の経緯

1.1 日本においては、1897（明治30）年に制定された伝染病予防法に基づいて感染症対策が講じられてきた。しかし、医療の進歩により強制措置が不要の感染症について強制的予防措置を中心とした規定となり、患者に対する行動制限の手続規定は設けられておらず、新しい感染症は対象とされていない等、時代の要請に応じるものではなくなっていた。また、性病予防法、エイズ予防法などについても強制的な予防措置を中心とした規定であり、人権尊重の手続規定がなく、個別の疾病ごとの法律が当該患者に対して差別や偏見を生む懸念があった。

1.2 こうして、1998（平成10）年に、伝染病予防法、性病予防法、エイズ予防法を廃止し、感染症法が制定された。同法は、感染症を疾病の重篤度や感染力に応じて、一類から四類までと、新感染症、指定感染症に分類化し、この分類に応じ、患者・感染者の人権を尊重した予防・蔓延防止措置として、一、二類感染症では都道府県知事による入院、三類感染症では特定業務への就業制限、四類感染症では発生動向の把握、提供を規定した。また、入院手続については、患者に対して入院勧告を行ったうえでの、都道府県知事による72時間を限度とする入院、感染症の診査に関する協議会から意見聴取を行った上での10日ごとの入院などを定めた。

1.3 その後、2003（平成15）年、一類感染症にSARS、天然痘を追加し、動物由来感染症に対する対策を強化する内容の改正が行

われた。

1.4 また、2006（平成18）年、生物テロや事故等による感染症の発生等を防止するための病原体等の管理体制を確立すること、病原体等の管理の対象として多剤耐性結核菌を他の感染症の病原体と同様に規制する必要があることや個別の疾病ごとの法律が当該患者に対して差別や偏見を生む懸念があったことから結核予防法を感染症法に統合することを内容とする改正が行われた。

1.5 さらに、2008（平成20）年4月、指定感染症の政令指定が失効することとなる鳥インフルエンザ（H5N1）への対応の継続、新型インフルエンザが発生した際の迅速な対応の確保、感染のおそれがある者が多数に上る場合を念頭においた検疫及び国内対策の実効性の確保、検疫体制の充実を検討し、鳥インフルエンザを二類感染症に定めること、検疫法、感染症法上に新型インフルエンザに関する規定を整備するため、改正案を成立させ、5月に施行された。

すなわち、近年、東南アジアを中心に鳥インフルエンザ（H5N1）が鳥から人に感染する事例が増加してきたが、この鳥インフルエンザ（H5N1）が人から人へ感染する形に変異し、新型インフルエンザとして世界的に流行することが懸念されていることから、新型インフルエンザが発生した場合の被害を最小限に食い止めるために、発生前後に必要な対策を迅速かつ確実に実施するための法整備が行われた。

## 2 感染症法2008（平成20）年改正の概要

### 2.1 「新型インフルエンザ等感染症」の類型化

新型インフルエンザについては、免疫を持った人が殆ど存在しないこと、感染力が極めて強力であること、本人が感染したという自覚症状がないままに周辺にウイルスを撒き散らしてしまうこと（感染し発病するまでの潜伏期である発病1日前からウイルスを対外に排出するため）が指摘されている。このような新型インフルエンザの発生に迅速に対応するために、一類から五類までの感染症、指定感染症、新感染症の各類型とは別に、「新型インフルエンザ等感染症」（新型インフルエンザ及び再興型インフルエンザの両者）として新たな類型を設け（6条1項）、一類感染症に準じた措置を講じるとしている。

もともと、一類感染症に位置づけなかったのは、一類感染症に適用される、建物の立入制限・封鎖（32条）及び交通の制限に係る措置（33条）までは必要とは考えられないからであり、新感染症に位置づけなかったのは、全く未知の感染症ではなかったからと説明されている（なお、建物の立入制限、交通の制限、生活用水の使用制限等の措置が必要と判断されたときは政令により2年以内の期限を付して適用できる。44条の4 1項）。

「新型インフルエンザ等感染症」のまん延を防止するために必要があると認めるときは、患者に対して、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関への、また緊急その他やむを得ない理由があるときは、都道府県知事が適当と認める機関へも、入院勧告・措置を講じることができるとしている（26条）。

入院中の他の患者の感染を防止するためには、患者から発出されたウイルスが病室の外部に拡散しないよう配慮された陰圧施設のある病床が必要とされるが、その数は極めて限られている。そうすると、海外からの新型インフルエンザ患者の入国を水際で防止できずに、まん延し始めた場合、これらの病床はすぐに満床となり、都道府県知事の入院勧告・措置を講じようとしても医療機関側では新たに受け入れることができない状態に陥ってしまうだろう。感染症指定医療機関が満床になった場合の規定を設けることが必要になる。

今回の改正法によれば、感染者の分離（振り分け）は、専門の医療機関への入院措置によってしかとることができないのは問題であると思われる。感染症の予防手段としての分離措置を規定するべく、例えば、検疫法と同様に、感染のおそれのある者に対して医療機関以外の宿泊施設等に停留措置を行えることを検討するべきである。

### 2.2 都道府県知事による健康状態の報告請求及び外出自粛要請

「新型インフルエンザ等感染症」についても、都道府県知事による健康診断の受診勧告を行うこととしているが（17条）、潜伏期間中に健康診断を実施しても病原体を検出することは不可能と考えられていることから、健康診断の受診勧告だけでは感染防止の実効性が確保できない。そこで、「新型インフルエンザ等感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」に対し、潜伏期間を考慮して定めた期間内において、体温な

どの健康状態の報告を求めることができ、健康状態の報告を求めた者に対して、居宅等から外出しないことその他の感染の防止に必要な協力を求めることができることとしている。なお、都道府県知事は、外出自粛等の協力等を求めた者に対して、食事の提供等必要なサービスの提供等に努めなければならない（44条の3）。

改正法の「新型インフルエンザ等感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」という限定は、厳格すぎるように思われる。感染を受けたおそれがある者に対して、健康状態の報告等を求めることができるように改めないと、保健所等の現場におけるまん延防止対策の実効性が損なわれるおそれがある。

都道府県知事による協力要請を拒否した者に対する措置について、改正法は「報告又は協力を求められた者は、これに応ずるよう努めなければならない」と規定し（50条の2 3項）、実効性を確保する措置を設けていない。しかし、この場合も、必要最小限の措置の限定で、措置について規定することが望ましい。

また、都道府県知事の要請を受けて、外出を自粛し居宅等において待機した者が家族等と同居している場合、当該家族等に感染するおそれがある。同居家族がいる場合、家族内分離の勧告、措置を規定することが望ましい。

さらに、この問題と関連して、国内において新型インフルエンザが発生した場合、発生地域での大規模集会や興行施設等不特定多数の集まる活動についても、自粛を勧告し必要最小限の措置の限定で、措置について規定することが望ましい。その場合、活動を制限された興行施設等企業の損失に対する補償についても規定するべきであろう。

## 2.3 鳥インフルエンザ（H5N1）の二類感染症への分類

### 3 検疫法改正関係

#### 3.1 検疫感染症の見直し

新型インフルエンザ等感染症を検疫感染症とすること。

新型インフルエンザ等感染症の擬似症を呈している者であって病原体に感染したおそれのあるものについては、新型インフルエンザ等感染症の患者とみなすこと。

質問、診察・検査、消毒、患者の「隔離」お

よび感染したおそれのある者の停留等を実施することができる。

#### 3.2 感染のおそれがある者の停留先を医療機関以外の施設に拡大

新型インフルエンザ等感染症の患者の「隔離」は感染症指定医療機関に入院を委託して行うことができること。

新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者の停留は、感染症指定医療機関等の医療機関のほか、宿泊施設に収容して行うことができること。

感染のおそれのある者の停留先として、従来からの特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定機関のみならず、「隔離」先として加えられた第二種感染症指定機関と共に、新たに宿泊施設を追加し、当該宿泊施設の管理者の同意を得た場合にあっては収容可能とした。

ただし、同意が得られた宿泊施設のみでは停留させるべき人員を収容できない事態が生ずるだろうから、施設管理者の合意を得ずとも宿泊施設を利用できるような法的仕組みを担保し、事後的に補償を行う規定を設けることが望まれる。

#### 3.3 感染したおそれのある者で停留されないものへの対応

検疫所長は、新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものについて、入国時点で都道府県知事に通知すること。

#### 3.4 航空会社等に対する検疫の円滑な実施のために必要な協力要請規定の整備

検疫所長は、検疫業務を円滑に行うため必要があると認めるときは、船舶等の所有者若しくは長又は検疫港若しくは検疫飛行場の管理者に対し、検疫に際し必要な質問に関する書類の配布等必要な協力を求めることができること。

## 4 感染症法の問題点、改正の道筋

4.1 感染症法は、前文に「我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である」と明言している。ところが、これを法律の本文に反映させ落とし込む基本原則を定める条項が欠けている。

感染症立法においては、人々が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る状況を想定しなければならない。また、特に自分以外の他者の幸福を重んじるという人ではなく、平均的な人としての医療従事者、学校関係者、社会組織維持集団、市民が多く関わることから、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。さらに、有事の状況の下でも、感染症病者等の人間の尊厳およびこれに由来する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目的からも必要である。

4.2 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、前文ではなく、条文として規定すべきである。

a 感染症の制御については、人々が正確な情報を受け理解すること、その上で、人々が任意に健康診断や受診をし、任意に、家族を含む他者と別になること等、人々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

感染症法が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）。しかし、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。

強制措置は、医療機関への入院のみならず、他の予防手段として必要な場面でも、任意協力が奏功しないときに必要であるから、入院に限定せず必要な場面についても検討することが望まれる。例えば、定期健康診断、接触者健康診断、患者登録、家庭訪問指導、治療勧告・命令、家庭内分離home isolation勧告・命令などを新設する必要があるのではなかろうか。

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の人権への負担の判断は、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 診査協議会の性質、目的、構成等を、感染者等の人権の尊重および保護という法の目的に沿う独立かつ公正な審査機関とし、適正手続きを保障するため、①診査協議会に患者団体も参加する、②措置の内容・根拠等につき書面で教示する、③代理人の援助を受ける権利、十分かつ公正な聴聞、異議申し立て権を保障する、④措置を誤った場合の補償制度、⑤感染症の患者等が診査協議会に審査請求をなし得る制度、等が必要である。

これは、憲法、国際人権規約、国連原則「あらゆる形態の拘留・拘禁下にある人々を保護するための原則」に違反しないようにするためである。

また、診査協議会の審議は、72時間までの時限的入院には必要と規定していないが、事後評価に関与を必要とするべきである。

e 健康診断、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

f 法律上の強制の要素が無い限り予算措置を講じないという、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こと

4.3 人間を動かす二つのテコは恐怖と利益であるとすれば、任意・自発的に周囲から振り分け分離すること、検査すること、受診すること等を原則とし、強制措置を例外とする制度を構築するためには、強制の要素が無くても、

① 公共保健（パブリック・ヘルス）の目的で一定の地域および期間の場合には、強制の場合の人権に対する負担の性質、重さ、期間に対応して、健康診断その他の医療費を免除し、公費負担を認めるべきこと

② 疑い患者等を周囲から振り分け分離する場合、一定の休業補償金等を支払うことを制度化する必要がある。

4.4 検疫法は「隔離」という語を用い、また政府内の政策論において「地域閉鎖」という語が使われている。これらの語は、感染症の病者や病気の疑われる者やその者たちの居る地域を、多数の非病者やそれ以外の地域と、区別するだけでなく、疎み遠ざけ、多数者で

ある非病者やそれ以外の地域の下位に置いている用語ではないだろうか。

4.5 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ぶ手段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、ほとんどの人々は、自ら進んで健康診断、診療に参加し、家族を含む他者から離れることになるから、感染症対策も効率的になる。

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だろう。

現行法制のままでは、感染症の病者等に対する原則と例外が逆立ちしているから、感染症病者等を疎んじて遠ざけ、下位に置いて、多数者である非病者の安全を前面に出して健康危機管理対策を講じることになる。そうではなく、各人一人一人が、病者等にも非病者にもなり得ることを法律の基本に示しておかねばならない。

4.6 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、診療などを任意に行うと考えられる。しかし、ウイルス、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、感染症病者等を分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おそれがある。

## 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」、就中、「患者・被験者の諸権利の法制化」、「人権擁護システムの整備」、「公衆衛生等における予算編成上の留意点」、「被害の救済・回

復」、「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。

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年に政府から人権擁護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、倫理指針には拘束力がない。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、倫理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。

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。

## 第3 危機対応の机上訓練に沿った具体的な（法的）問題・対応についての考え方

1 「新型インフルエンザ（パンデミック）対応訓練」省略

2 すべての状況に共通する課題

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、情報提供が必要である。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ある。

分離などの措置は、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、家族や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ある。

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が、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、分離などを受けるについて、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ろう。

付記 政府の行動計画におけるプレパンデミックワクチン臨床研究の法的問題

### 1 政府の新型インフルエンザ対策

政府は、行動計画およびガイドラインを策定し、新型インフルエンザ発生に備えた対策を示し、新型インフルエンザガイドライン（フェーズ4以降）を策定している。ここでは、薬害防止の観点から、プレパンデミックワクチン臨床研究デザインの適正さの審査システムおよび被験者の選定、同意に関する現段階の法的問題について述べる。

## 2 プレパンデミックワクチン臨床研究

### 2.1 ワクチン

ワクチンは、感染予防の目的で接種するが、病原体を弱めたり、無毒化した病原体から作られ、体内に病原体が注入されることで抗体をつくり、感染症にかかりにくくする、と説明される。免疫反応を誘発して以後は疾患に罹患しないようにするために投与される。個々のワクチンには利益のみならず危険も付随し、全く安全であるとか、完全な効果を示すワクチンなどはない。

### 2.2 プレパンデミックワクチン

未だ発生していない新型インフルエンザは、H5N1型ウイルスが変異して発生する可能性が最も高いと考えられているが、H7型など他のウイルスの変異により発生する可能性も考えられる。いずれにせよ、新型インフルエンザに真に有効なワクチンは、新型インフルエンザウイルスが発生してから、そのウイルスを基に開発されるもので、発生してからでないと製造に着手できない。しかも新型ウイルスの発生から実際にワクチンを全国民分製造するまで概ね1年程度の期間が要するといわれている。そこで、新型インフルエンザ発生初期の段階では、これまでのトリからヒトへ感染したウイルスを元に新型のウイルスにもある程度の有効性が期待できると言われるプレパンデミックワクチンにより対応することになる。

プレパンデミックワクチンは、H5N1型のトリからヒトへ感染したウイルスを基に新型のウイルスにもある程度の有効性が期待できると考えられるワクチンであるが、思わぬ副反応が生じる可能性は否定できない。プレパンデミックワクチン臨床研究は、プレパンデミックワクチンを事前に接種することの安全性と有効性を検討し、今後のワクチンの備蓄方針や効率的な利用方法を判断するための基礎データとする研究をする予定で、世界で初めてである。

### 2.3 「新型インフルエンザワクチン」用語の問題

新型インフルエンザ発生初期の段階ではプレパンデミックワクチンにより対応する他ないようであるが、新型インフルエンザの感染予防とは異なる。しかし、プレパンデミックワクチンを「新型インフルエンザワクチン」と命名してしまうと、どの感染症に対する予防ワクチンかについて、素人には誤解が生ずる。ワクチンの開発は、第1相から第3相までで、第1、2相は、薬物の第1相と同様、志願者本人に直接の益のない研究であり、ワクチン開発の第3相は、薬物のどの相の臨床研究とも異なる。平成20年に検討されているのは「新型インフルエンザワクチン臨床研究」とタイトルされているが、新型インフルエンザは発生しておらず、その予防とは異なることを正確に表示するべきである。

## 3 平成20年度のプレパンデミックワクチン

## ン臨床研究の問題

このプレパンデミックワクチンは、インドネシアと中国株を使うもので、平成19年10月、成人について治験の末、製造承認されたもので、副作用の点で大きな問題はなかったとされている。そうすると、薬物の第4相の市販後臨床試験のようにも考えられがちであるが、そうではない。

審査結果報告のなかにも、そのうちの一つの原体および製剤ともに「劇薬に該当する」とされ、「副反応は高頻度に、特に局所位反応が1回目に多く認められる」とされ、「感染防御効果を確認することは現時点では困難」と評価されている。

プラシーボ対照研究にする必要がないかを含めて、研究デザインを審査する必要がある。専門家以外の者が入っているとは思われない「新型インフルエンザ専門家会議」は、今回の研究の第三者審査システムとはいえない。

## 4 被験者

4.1 被験者としては、研究の趣旨やリスクに対する理解が得られやすいなどの理由で検疫所職員等水際対策に従事する者、感染症指定医療機関職員などの中で希望する者6000人とされている。しかし、これらの被験者の同意の自発性には問題があるように思われる。なぜならば、政府の職員であるから、政府が被験者となることを要望した場合、拒否は難しいと思われるからである。自発性を確保する方法を検討すべきであるし、インフォームド・コンセントに凭れ掛からないように、デザインの審査を、独立した審査システムにより十分に行うべきである。

最初の被験者である6000人の検疫所職員や医療機関職員等については、プレパンデミックワクチンの安全性の検討が研究目的である。安全性と有効性の双方の検討が目的であるように報道される例が少なくなく、素人は目的を誤解するかもしれない。

4.2 小児に対する安全性および小児にも効果のある投与量を研究するために、6ヶ月以上の子どもを被験者とする医師主導型治験を始める方針が決まっている。「成人における一定の評価」に基づくとされているが、その評価の水準は極めて重要である。その上で、子どもに直接の益のない研究に親の同意で子どもを参加させることができるかという基本的な問題がある。

## 5 健康被害

研究により生じた健康被害のうち「一定程度の重篤なもの」については副作用救済給付の対象にする、とあるが、これは肝心な情報の一つであるから具体的なリスクの区別を明確化すべきである。

## 6 研究対象者保護法制

感染症について、新型インフルエンザ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や非病者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。国際人権自由権規約7条が医学的・科学的実験について規定しているにもかかわらず、治験を除くと、人を対象とする研究について法制化されていない。研究対象者保護法が創られれば、研究計画の審査システム、被験者の選定、被験者の同意などについて、適正な研究が行われ、被験者の人間の尊厳およびこれに由来する人権を尊重するシステムが出来上がるものと期待される。

## 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

### 論文発表

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.

## 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): 59-611, 2007.

## 2. 学会発表

なし。

## H 知的財産権の出願・登録状況 なし。

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 滋賀県健康福祉部健康推進課長

**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。

研究協力者：山口 亮（北海道江別保健所）  
高垣正計（北海道網走保健所）  
井上剛彦（滋賀県東近江保健所）

**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および保健所において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。

また、災害対策は特に初動体制について迅速・的確な対応、並びにこうした事態を未然に回避することが重要であることから、危機管理に係るトップマネジメントを明確化し、知事との迅速かつ機動的な連絡、調整、対応を図る必要がある。このような対応のための体制を整えつつある事例を検証し、教材を作成することにより、今後、新型インフルエンザ対策においても全国の自治体の体制整備に寄与することを目的とした。

**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。

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
- 2) 訓練シナリオによる机上訓練

北海道および滋賀県、他の都道府県の新型インフルエンザ感染症対策の体制を検討し、自治体レベルで対策を講じる方法、訓練の組み立てについて整理し、他自治体でも参考となるポイントを示した。

**C. 研究結果**

◆ アンケート調査結果

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「机上訓練」（58保健所、52.7%）、「移送訓練」（50保健所、45.5%）、「連絡訓練」（24保健所、21.1%）、「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。

#### ◆ 研究・訓練実施結果

##### 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。

◆ 健康危機管理とは、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水、その他何らかの原因により発生する道民の生命、健康を脅かす事態に対して行

われる健康被害の拡大防止及び医療の確保等に関する業務であって、所管に属するもの」と定義されることが多い。この中で、感染症や食中毒による被害と推定される場合は、所管課を中心に個別マニュアル等に基づき対応する。

新型インフルエンザに対する基本的な考え方(北海道を例として)

<北海道の場合>

1) 対策を真に実効性のあるものとするため、北海道では、4つの共通認識のもと、5つの目標を実現し、6つの視点を切り口にして、個別の推進項目を着実に実施することとしている。

##### 2) 4つの共通認識

ア) 新型インフルエンザ対策は感染症法の枠組みを超えた「危機管理」の問題として取り扱う必要がある。また、万一の発生の際には、被害を最小限に抑制するという「減災」の発想が必要である。

イ) 新型インフルエンザは、短時間で全国に伝播・まん延することも予想され、北海道で発生した場合、他都府県からの支援等の地域間相互での協力や応援は期待できない。従って、原則として、北海道に存在する組織、機関、人材だけで対応することになる。

ウ) 新型インフルエンザの発生とまん延による被害は、自然災害と比較して長期にわたる他、医療はもとより、社会・経済機能全般における対応が必要となり、個人や家庭レベルでの対応には限界がある。新型インフルエンザがまん延状態であったとしても行政機関や公的機関の対応が日常よりも強く求められることになる。従って、行政機関等における罹患者の増大やそれによる機能低下をあらかじめ想定した計画にする必要がある。行政機関、電気、ガス、水道、エネルギー、公共交通機関、郵便や流通等の社会機能維持に必要な事業者は、新型インフルエンザ発生時に各部署における対応要員や自宅待機とすべき部署等をあらかじめ明確にしておくことと、対応要員について感染防止措置について十分準備しておく必要がある。

エ) 社会的弱者の保護、経済活動やイベントの中止要請対応、公共交通機関や道路等の交通の維持と封じ込めのための遮断、ライフラインの維持、食糧供給の確保、市町村への支援、学校等の休校、治安維持、国の各省庁との連絡調整等、都

道府県としての業務をパンデミック期においても継続してゆかねばならない。

3) 5つの目標

- ア) 感染拡大を可能な限り防止する
- イ) 健康被害を最小限にする
- ウ) 社会的弱者を擁護する
- エ) 経済的損失を最小限にし、社会・経済機能を維持する
- オ) 情報提供を積極的にして社会的混乱を防止する

4) 6つの視点

- ア) 警察、教育庁を含む北海道庁全体での対応
- イ) 保健医療福祉資源の活用
- ウ) 医療専門家の知見の活用
- エ) 市町村との役割分担と連携
- オ) 保健所設置市との役割分担と連携
- カ) 自衛隊との連携

自治体におけるガイドライン及び体制や整備（北海道と滋賀県を例として）

<北海道の動き>

北海道では平成17年12月に「北海道新型インフルエンザ対策行動計画」（以下、北海道の行動計画）が策定された。平成17年11月に策定された国の行動計画に準じ、かつ、各項目において地方自治体に関連のあるものを選択して策定した。当時の北海道の行動計画は緊急に策定する必要があったことから、通常、こうした計画作りの方法として用いられる道民へのパブリックコメントは求めている。

《発熱相談センターと発熱外来の設置》  
(発熱相談センター)

北海道保健福祉部保健医療局健康推進課が行った全国都道府県の調査では、平成20年6月現在、発熱相談センター設置調整済みの都道府県は7であり、他の39は設置調整中（未回答1）である。調整にあたっての課題・問題点としては、発熱相談センターを保健所等に設置した場合の対応要員の量的問題や費用等の予測がつかないことで具体的案検討が進んでいないこと（北海道）や、電話回線の確保、市町村への相談との役割分担、調査担当職員にも人員が割かれてしまうことによる人手不足の恐れ、対応時間（24時間対応等）の問題、担当職員の研修等が挙げられている。

(発熱外来)

発熱外来は、医療体制に関するガイドラインによると、「患者が30分以内で受診できるようにするなど、数多く設置することが望ましい」とされているので、イメージとしては小学校の数と同じ程度の設置を想定しているものと思われる。また、「都道府県等は、地域医師会

等と連携し、数名の医療従事者がチーム体制を組む等して、発熱外来の診療を交代で担当するよう努める」とあるので、一定数の医師、看護師等を確保しなければならない。前述の北海道保健福祉部の調査によれば、平成20年6月現在、全国の都道府県において発熱外来の設置調整が済んでいるのは3であり、設置調整中が43（未回答1）であった。設置形態については、医療機関に設置する方法以外に、感染症指定医療機関の敷地内のプレハブを活用する場合や、公民館や体育館等の公共施設、陰圧テントの活用、保健所や閉鎖された学校等の大型公共施設の活用等、様々な工夫がなされていた。一方、従事者については、一様に、調整が難しいようで、業務による健康被害の補償や通常業務への補償問題、プレパンデミックワクチンや抗インフルエンザウイルス薬の供給等、医療従事者確保前の段階で困難性が高い事案になっている状況であった。

<滋賀県の動き>

【平常時の体制】

滋賀県では国の「新型インフルエンザ対策行動計画」を受けて、平成17年12月に「滋賀県新型インフルエンザ対策行動計画（フェーズ3A）」を策定した。さらに平成17年12月19日には副知事を議長として平常時において高病原性鳥インフルエンザまたは新型インフルエンザが発生または発生の可能性が高い場合に情報を共有化し、防疫対策等、本件が取り組む諸対策を円滑に推進することを目的として「滋賀県インフルエンザ総合対策会議」を設置した。この会議では①情報の収集、分析に関する事項②県民への正確な情報提供に関する事項③高病原性鳥インフルエンザの防疫対策に関する事項④新型インフルエンザの防疫対策に関する事項などの事務を所掌している。副知事以下各部長、企業庁長、教育委員会教育長、警察本部長、各地域振興局長等で構成されており、この会議のもとには本庁関係各課長、地域振興局副局長、大津健康福祉センター所長、衛生科学センター所長等を構成員とした幹事会が設置されている。

また、地方においては各地域における同様の体制が組まれており、お互いに連携をとっている。

これまでのところでは鳥インフルエンザ関連の議題が多く、県としての対応が議論されてきた。平成20年7月になってようやく新型インフルエンザ対策の具体的な対策について検討が始まったところである。

【発生時の体制】

平成18年6月に、県内で高病原性鳥インフルエンザまたは国内で新型インフルエンザが発生もしくは発生の可能性がある場合、情報の共有化

を図り、県民の健康と生命および安全を確保するため、まん延防止対策等を迅速かつ適切に実施することを目的として知事を本部長とする

「滋賀県インフルエンザ総合対策本部」を設置することとした。この対策本部では①情報の収集、分析に関する事項②県民への正確な情報提供に関する事項③高病原性鳥インフルエンザの防疫対策に関する事項④新型インフルエンザの防疫対策に関する事項などの事務を所掌している。県庁各部署局長を構成員とし、事務局長は発生事象所掌部の次長（新型インフルエンザならば健康福祉部、鳥インフルエンザならば農政水産部）が担当する。そして、この総合対策本部のもとに新型インフルエンザ発生時には「新型インフルエンザ防疫対策本部」が健康福祉部長を本部長として設置され、鳥インフルエンザ発生時には「高病原性鳥インフルエンザ防疫対策本部」が農政水産部長を本部長として設置される。

地方においても振興局長等を議長とする「地域インフルエンザ総合対策本部」が設置され、本庁と同様に新型インフルエンザ発生時には地域健康福祉部長等（保健所長）を本部長とする「新型インフルエンザ防疫対策地方本部」が、鳥インフルエンザ発生時には振興局長等を班長とする「高病原性鳥インフルエンザ防疫対策現地班・周辺対策班」および家畜保健衛生所長を本部長とする「高病原性鳥インフルエンザ現地防疫対策本部」が設置される。

#### 《訓練の計画と実施》他府県の事例

2007年に千葉県成田市で行われた国と県の合同訓練は、内閣官房や厚生労働省など関係二十府省庁および千葉県、成田空港検疫所、成田市、成田赤十字病院、成田消防本部、県医師会等が参加して行われたが、他の多くの自治体から見学者が訪れた。成田赤十字病院での患者受け入れや成田市内のクリニックでの発熱外来の様子を見学し、PPEをつけた状態では名前や職種がわからなくなってしまうのでシールやゼッケンのような布に名前と職種を記載する工夫がされていたり、夜間診療所のように日中通常診療していない施設を活用して発熱外来を設置する等、大いに学ぶところがあった。同じく2007年に札幌市、札幌市立総合病院、小樽検疫所、北海道庁等が参加して行われた新型インフルエンザ発生想定訓練では、患者家族への調査では電話を主に使用する様子や、患者搬送の際にフード付き車椅子型の搬送装置や納体袋の活用等、各機関での工夫が見られた。2008年、自衛隊札幌病院で行われた感染症（新型インフルエンザ）患者受入訓練では、N95マスクのフィットテスト、PPEの着脱訓練の他に、休憩要領としてPPEを着

た後での飲水やトイレ休憩の方法の工夫、ディスプレイ体温計の検証等、より具体的な訓練が行われ、それを見学することができた。

#### 《他部門との連携》

国や都道府県等で策定されている新型インフルエンザ対策行動計画のなかにも、あらゆる状況を想定し、国、都道府県、市町村、企業、施設管理者、住民等の役割や連携の在り方等が明記されている。しかし、総論的な記述が多く、具体的な内容まで記載したものが少ない。

#### D. 考察

##### ◆ アンケート結果について

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にできる新型インフルエンザ対策かもしれない。

##### ◆ 研修・訓練実施結果について

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、訓練内容をいくらか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。

#### ◆ 体制整備について

- ▶ 北海道では道民パブリックコメント（以下、PC）をあえて求めなかったことが、比較的短期間に新型インフルエンザ行動計画の策定につながった。
- ▶ 発熱相談センター設置未調整の都道府県が多く見られるが、この理由として対応要員の量的問題や費用等の予測がつかないことで具体的案検討が進んでいないことや、電話回線の確保、市町村への相談との役割分担、調査担当職員にも人員が割かれてしまうことによる人手不足の恐れ、対応時間（24時間対応等）の問題、担当職員の研修等がある。
- ▶ 発熱外来設置未調整の都道府県が多い要因として、費用等の予測や負担をする者が不明で財政担当課に説明が困難である点や診療を担当する医師をどのように確保するのが課題となっており医師会等との調整が難しいこと、さらに概念的には説明できても具体的内容について他機関へ提案・交渉できる状況にないことが考えられる。
- ▶ 新型インフルエンザ対策は通常の感染症対策のように感染症の蔓延防止、発症者への医療対応など保健・医療の分野の対策だけではなく、社会機能の維持および地域住民の生活の確保という大きな課題への対応が求められる。しかしながら、新型インフルエンザも他の感染症と同じように考える向きが多く、ほとんどの地方自治体では保健・医療サイドだけで対策を立てる状況にある。これでは社会機能の維持および住民の生活の確保への対策が十分に建てることができ

ない。関係機関がそれぞれの立場で具体的な行動計画を策定する必要がある。

- ▶ 訓練は、自治体だけでなく、関係機関や関係団体等が作成している新型インフルエンザ発生時の対応マニュアルの検証に役立つとともに、実際に訓練で行動することにより机上で作成した行動計画やマニュアル等の記載漏れや改善点を確認することができる。また、訓練を行うことで、地域の関係機関や関係団体がより効果的な行動計画や対応マニュアルを整備することになり、そのことで地域全体が新型インフルエンザに強い社会になると考えられる。加えて、訓練は、地域の関係機関や関係団体等が参加して行うことで話題性が高まり、TVや新聞等がそれを報道することで、訓練に参加した関係機関や関係団体だけでなく、ニュースを見聞きした住民や他の関係機関や関係団体等に対し、新型インフルエンザへの対応を整備する意識や動機を高め、実際にマニュアル等の整備を促すことが期待できる。また、住民が自治体の新型インフルエンザ対策を知ること、新型インフルエンザに対しての過剰な不安の軽減や、新型インフルエンザ発生時の不要不急の外出等の自粛の大切さや、各家庭での食料や水などの日常生活上の必需品の備蓄を促すきっかけにもなると考える。
- ▶ 訓練の計画を立てるときは、訓練を行う目的を明確にすると同時に、訓練に参加する関係機関や関係団体でそれを共有しておくことが重要である。訓練の目的を明確にすることは、参加する関係機関や関係団体が互いの役割や対策上の分担を理解し、円滑な連携を図る体制の整備につながり、訓練を実施した後の事後評価を行う上で役立つ。
- ▶ 訓練の計画を立てるときは、訓練を行う目的を明確にすると同時に、訓練に参加する関係機関や関係団体でそれを共有しておくことが重要である。訓練の目的を明確にすることは、参加する関係機関や関係団体が互いの役割や対策上の分担を理解し、円滑な連携を図る体制の整備につながり、訓練を実施した後の事後評価を行う上で役立つ。
- ▶ 訓練を実施した後は参加した関係機関や関係団体等を集めて、訓練によって浮かび上がった問題点や課題等を協議し、それらを解決する方策や行動計画や対応マニュアルの改善を行うことが必要である。そのためには、訓練を実施した後は必ず実施した内容について、自治体や関係機関等で評価を行わなければならない。また、訓練実施

後の評価が疎かにならないように、訓練の実施計画の中には、この評価の部分事前に明記しておくことが重要である。訓練の評価を行うことで、現在各自自治体や関係機関等が策定している新型インフルエンザ対策行動計画や対応マニュアル等が、実際に地域で新型インフルエンザが発生した際の有効な手引きや対応の指針になっていくと考える。

## E. 結論

### ◆ アンケート結果について

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。

### ◆ 研修・訓練実施に関して

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。

訓練実施前に、訓練で確認したい項目を事前に話し合っ設定しておくことが大切である。訓練で確認したい項目とは、策定済みの新型インフルエンザ対策行動計画や対応マニュアル等に記載された内容が、その訓練で実際に役立つのか、実施して円滑に現場で遂行できるか、あるいは現実的に対応可能な内容なのかという点である。これらを事前に関係機関等で確認しておく、訓練実施後の評価の際に役立つだけでなく既存の行動計画や対応マニュアル等の改善につながる。

訓練の目的が不明確であったり、参加機関での目的の共有化が不十分であったりすると、互いの連携が円滑に進まない結果を招いたり、訓練実施後の評価が主観的な判断に終わるなど、

今回の訓練に生かすことが少ない結果になり、地域全体として新型インフルエンザに対する対応能力の向上につながらない可能性がある。したがって、訓練の計画を立てる際には、参加する自治体の各部署および地域の関係機関等で訓練の目的や互いの役目等を十分に話し合い、お互いの考えに不一致がないよう確認し合いながら訓練計画を策定していくことが必要であると考える。

訓練に参加する部署や関係機関は、見学よりはその訓練の中で実際にならかの責務や役割を果たすような内容にするほうが、互いの役割や対応能力等を認識できる場になると思われる。

訓練の規模としては、訓練の実施経験数にもよると思われるが、訓練等をあまりしたことがない部署においては大規模な訓練を計画するのではなく、まず自治体の公衆衛生部門の感染症担当部門に限定した参集範囲で小規模な想定訓練から始め、その経験を踏まえながらより地域の関係機関を多数参集するような大規模な訓練計画を作るほうが、訓練内容が充実したものになると考える。

### ◆ 体制整備について

- ▶ 都道府県が策定する各種計画において、PCは新型インフルエンザ対策のように緊急を要するもの場合は、特に求める必要はない。
- ▶ 発熱相談センター設置においては必要人員、経費、必要電話回線数等を算出しておかねばならないが、そのためには被害予測から推定される住民行動を推量するツールが必要である。

#### <発熱相談センター設置のチェックポイント>

1. 設置場所は主として保健所
  2. 設置の目的は、患者の早期発見、事前連絡なしに医療機関を受診することによる他者への感染を防止すること、地域住民への心理的サポート、特定の医療機関に集中することを軽減すること
  3. 役割は発熱を有する患者からの相談を受けること
  4. 相談の主な方法は電話によるもの
  5. 患者が直接来所することに備えて、来庁者や職員の感染防止対策を講じること
  6. 新型インフルエンザ対策の疫学調査や感染拡大防止のための業務に影響を及ぼすことがないように、徹底した感染防御方法について検討すること
- ▶ 発熱外来設置には解決策を見出しにくい多くの課題があり、そのため設置調整が進んでいない。特に財政面では都道府県だけで