

■第9章 健康危機管理におけるコミュニケーション戦略

箱崎幸也（自衛隊中央病院内科）

はじめに

現代社会では、地震や洪水などの自然災害や、テロ、工場事故などの人為災害など様々なリスクに囲まれて生活しており、さらにSARS（重症急性呼吸器症候群）や新型インフルエンザの世界的規模でのアウトブレイクが危惧されている。このような災害・健康危機へのリスクマネジメント（危機管理；risk management）では、パニック防止を含め被害の最小限阻止のためのリスクコミュニケーションが重要視されている。リスクコミュニケーションの概念は、日本人にとっては新しいものであり、その定義、ノウハウや評価は未だ確立されていない。わが国ではリスクコミュニケーションは「緊急時の記者会見の聞き方やマスコミの対応」であるとす意見もあるが、マスコミ対応はコミュニケーション戦略の一部でしかない。

2. リスクマネジメントとリスクコミュニケーション

リスクコミュニケーションは「リスク情報を個人、機関、社会の間で共有し、その情報を適切に管理し、危機を未然に防いだり被害を最小限に限定する、双方向的な情報や意見の交換」と定義されている¹⁾。効果的なリスクコミュニケーションを実施するには、常にリスクマネジメント（危機管理）に裏打ちされたリスクコミュニケーションでなければならぬ。わが国では、事故や問題発生前のリスクと事後のクライシスへのマネジメントを包括して、リスクマネジメント（広義）として扱うことが多い。狭義のリスクマネジメントは、可能な限り危機の芽であるリスク段階で対処し危機の未然防止を図ることである。クライシスマネジメント（危機対応；crisis management）は、緊急事態が発生した場合

たは危険物質を扱う化学工場や大規模な集客施設（ショッピングセンター、国際会議場、遊園地など）が近くにあるか否かなど、地域毎の災害・健康危機事案の発生頻度から被害状況の見積もりをしなければならぬ。

具体的には、メッキ工場があれば、シアン原料を1日当たりどの位の量を取り扱い（脅威）、取扱い最大量のシアンが流出した場合に通常の風向きによって影響が及ぶ範囲（影響度）、その地域の住民数（被害の受け易さ）などを、平素からリスク評価をしなければならぬ。

2) リスクマネジメント

リスク評価を基に、健康危機対応計画を策定しなければならぬ。災害や健康危機の種類によっては準備と対応も異なるが、対応計画の基本は調整・協調を基にした対応型の枠組みでなければならぬ。

この対応計画では、現実的なリスク評価を基にある程度の柔軟性が要求され、使用可能なすべての救済資源（人・物資など）がリストアップされ活用されなければならぬ。各機関・部署での責任者を明確にし、被災地域内での指揮命令系統の確立を図らなければならぬ⁴⁾。この対応計画に沿って実践的な訓練を実施し、担当者のみならず地域全体の危機管理能力を高めていく必要がある。訓練後は必ず検証を実施し、対応計画にフィードバックしなければならぬ。実際の危機対応を実施した場合も検証による計画の見直しが必要である。

検証は危機管理の要であり、検証のない危機管理はありえない。危機管理担当者は対応計画立案や訓練実施以外に、費用対効果やリスクコミュニケーションも包括したリスク管理が求められる。

例えばメッキ工場でのリスクマネジメントでは主に、(a) シアン原料の備蓄状況の安全性の確認、(b) 工場内外の火災・地震発生時を想定した消防・自治体との訓練、(c) 近隣住民へ火災などの事故でもシアン流出の拡散阻止が可能な防災態勢が整備されていること、(d) リスクコミュニケーションの実施などが細羅されなければならぬ。危険物質を取り扱う施設では、平素から危機管理能力を維持・向上させなければならぬ。

3) クライシスマネジメント

クライシスに適切に対処し、さらにクライシスを増幅させようとする事象を未然に防ぐことができれば、被害を最小限に封じ込めることが可能である。

災害・健康危機現場でのクライシスマネジメントは、常にDISASTER【(1) D (detection)：事件の認識】、(2) I (incident command)：指揮命令系統の確立】、(3) S (scene security and safety)：現場の保全と安全】、(4) A (assess hazards)：危険物評価、検知/同定】、(5) S (support)：応援態勢、各機関との連携】、(6) T (triage/treatment)：トリアージ/応急医療】、(7) E (evacuation)：患者搬送】、(8) R (recovery)：復興・復旧】に沿って対処・救済活動を実施しなければならぬ。

メッキ工場での火災発生時のクライシスマネジメントでは、如何に迅速に火災発生を覚知し、直ちに火災発生時の連絡網にて関係部署や消防に連絡を実施する。次に重視するのは、ゾーニングによる従業員や周辺住民の安全確保である。さらに、被災者の集結場所にてトリアージ・応急医療、被災者搬送などを事前の計画に沿って速やかに実施する。しかし、最も重視するのは、事前対応計画の見直しである復興作業である。

3. 実践的なリスクコミュニケーション戦略

災害や健康危機時のリスクコミュニケーションでは、如何に迅速に双方向の情報交換を実施するかが問われる。事案毎に特性が異なりコミュニケーション戦略のノウハウ確立は困難であるが、基本的事項は不変である。ここでは組織編成や伝達事項の留意事項について、具体的に記述する。

1) 対策本部の組織構成（要員選定）

リスクコミュニケーションを実施する対策本部は、クライシス発生時に迅速な意思決定を行うためにも少人数で構成されなければならない。対策本部内では、本部長に指揮命令権限を集中しておかなければならぬ。事前の計画段階や訓練時から、各部署から対策本部への「絶大な信頼」を醸成していなければならない。対策本部のメンバー構成は、各

図1 リスク/クライシス・コミュニケーションの概要



の主軸とし、事前に十分なロールプレイ訓練を行うておく必要がある。

自然災害だけでなく大規模イベント会場や工場でのハザードマップ作成も、単に住民や職員への情報提供だけでなく、このマップを基に精度が高く信頼される警報システムや避難経路・場所を策定しなければならぬ。この策定には、関係機関は地域の自主防災組織などの受け手側との緊密な意見交換によるリスクコミュニケーションが不可欠である。

3) 意思決定

災害・健康危機時には、意思決定の遅れがクライシスによる被害のさらなる拡大を招く。危機発生時の意思決定には、利点・欠点の比較表作成による思考過程がより適切な決定を導く(表1)。また思考過程を記録することは、後の反省・検討会でも大いに役立つ。事態が深刻であればあるほど、まず小集団での検討会やリスクコミュニケーションを実施し、対策本部の意思決定が妥当かどうかの判断が可能である。徐々に集団のサイズを上げて、対外的なコミュニケーションに備える。この段階的なコミュニケーションによって、どのような反応や問題があるのかなど、受け手側のニーズの理解や問題点などが予測でき、対策本部のコミュニケーション能力の

がある。専門用語をできるだけ使わずに、あるいは使用しても説明の工夫を工夫しなければならぬ。

この具体的な留意事項⁶⁾には、①専門用語を3個以上続けず、②小学校高学年の児童にも理解が可能とする、③数十秒間で少数の平易なメッセージを繰り返し伝え、できるだけ図表を用いる、④負のメッセージには正の(問題解決に向けた)メッセージを数多く抱き合わせる(1つの負の事例には、3つの正の事例)、⑤否定形表現(ない、でない、絶対・決して…等)は肯定的なメッセージよりも人々への影響が大きい、などがある(表2)。

6) マスコミ対応

メディアがリスクコミュニケーションの過程に果たす役割は大きく、メディア対応は適切に対応しなければならぬ。メディア対応への注意事項は、市民などへの的確な情報提供の1つであり、伝えるメッセージを事前に決めておき、あらゆる回答に付け加え繰り返さなければならぬ。質問に対して即答できないときは、期限を決め後から回答しなければならぬ。記者は専門性を有し専門的な資料や根拠を求められることも多いが、情報提供が遅れないようにしなければならぬ。

記者会見は最も重要なリスクコミュニケーションの1つであるが、質問を受けるだけの会見には応じないことも大切である。広報担当を設け窓口を一本化と上級組織と協議した上で、以下の手順で対策本部長自らから記者会見に臨む必要がある⁷⁾。

①危機シナリオの策定：想定されるリスクやクライシスを洗い出した上で、詳細なシナリオを策定。

4) 情報提供のタイミング

各関係機関への情報提供は、客観的正確性を求めるあまり、情報提供のタイミングを見誤ってはならない。情報提供が遅れば、混乱が増大しより社会的影響が大きくなる(リスクの社会的増幅)ので、迅速な情報提供が求められる。関係者や関係機関には、メディアより「早い耳打ち」情報提供が有効とされる。「早い耳打ち」によって、関係者や関係機関から協力や情報提供を受けやすくなる。予測される災害・健康危機時に、どのようなルートで情報を確認し、どのような方法で関係者や市民に情報を伝達するのかについて、事前訓練で情報提供の伝達範囲(上級組織、監督官庁、住民組織など)や情報内容の概略を決定しておく、クライシス時の情報提供が迅速・適切に実施可能となる。

5) コミュニケーション内容

受け手のニーズに配慮しない情報伝達は望ましくなく、①何が起きたのか? ②原因は何か? ③その影響や今後の拡がりは? ④再発する可能性がある? の4項目は必ず情報内に取り込まなければならぬ。人為的か、新奇なものか、子供や妊婦に影響があるのか、各機関からの情報に矛盾はないのか、などに特に注意を払う必要がある。人々は、人為的、新奇、子供や妊婦に影響、矛盾、さらに目に見えない物(原子力やウイルスなど)に大なる恐怖を抱き、パニックに陥りやすくなる。

情報伝達時には、「人々の注意力は低下していく」を前提にしてリスクコミュニケーションを図る必要

表1 危機発生時の意思決定に有用な利点・欠点の比較表 (2X2表)

想定状況	利点	欠点
選択肢-1 登校・登園中止の要請	感染の可能性は低い、集団発生を未然に防ぐには登校・登園自粛が効果的である。当該患者の子供の発生予防にも有効である。	登校・登園自粛には、人権やプライバシー保護などの法的問題がある。
選択肢-2 登校・登園の継続	現時点ではパンデミックのリスクは低いので、登校・登園の継続は行わない。	感染の可能性は低い、園児・児童を通じて感染が拡大する恐れがある。

結論：選択肢-1
感染拡大に小学校など大きな役割を果たすことが多く、当該園児・児童に対して潜伏期間の登校・登園自粛は重要である(家族には外出要請)。しかし、強制力がなく当該家族が要請に従わない場合なども想定され、感染拡大などの「任意の協力」の規定が必要である。

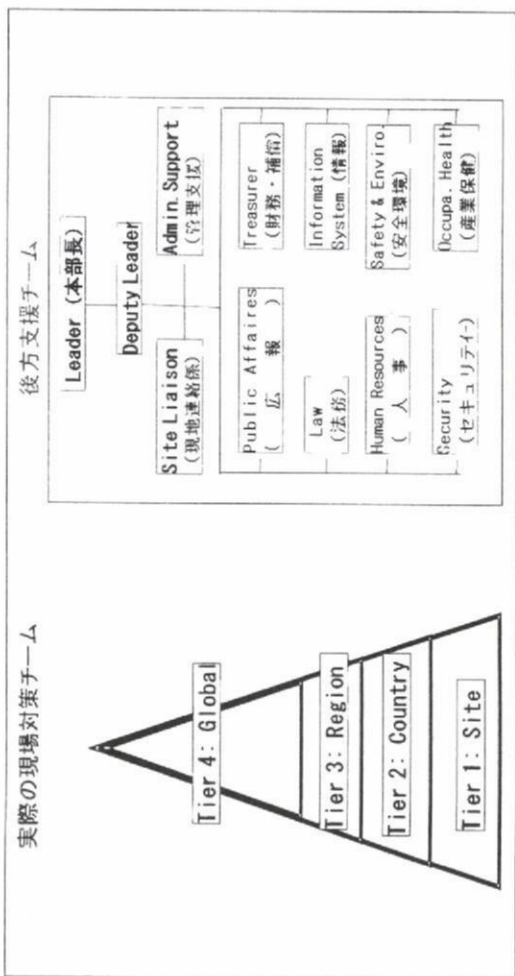


図2 緊急対応組織のイメージ図

部署から信頼されている人を選出し、平素からできるだけ部内での信頼関係構築の促進が必須である。この信頼関係によって、危機発生時に各部署からの協力が得られリスクコミュニケーションを包括するクライシスマネジメントをスムーズに行うことが可能である。

この対策本部は実行する本部以外に、財務、広報、法務、人事、情報収集・提供、安全環境・保全、産業保健からなる後方支援組織が重要である。この後方支援の組織構造はどんな対策本部でもほぼ同一である。大きな組織であれば、地域から国、国から世界的対応の対策本部が構成される(図2)。

2) 地域住民や市民へのコミュニケーション

ハザードマップ説明や新型インフルエンザ対処計画の住民説明会、公聴会や地域協議会の開催などは、リスクコミュニケーションのための信頼関係構築に効果的とされているが、わが国では必ずしも有効に機能していない。住民説明会や地域協議会は単なる意見聴取や、出席者全員がリスクや対処計画を理解するだけでなく、医学や法律などの関連知識を習得できるように常に教育的でなくてはならない⁸⁾。住民等への説明時には信頼を得やすい者(例：医師、保健師などの専門職)をリスクコミュニケーション

影響を与えるのは、パニックの発生である。目に見えないウイルスや原子力によって引き起こされたパニックや災害・テロ事案では、一般市民の不安感や恐怖心は自然災害に比較しより一層大きくなる。この不安感や恐怖心は、感知できない強い力によって破壊される危機状況をより強く心配する人間の深層心理を刺激する。恐怖心に活性化された深層心理は、理性や知性ではコントロール困難に陥る。行政、医療機関、学校など関係機関の利害が衝突すると、市民の恐怖心が一層強くなりデマが流布されたり集団ヒステリー発症などによって社会が騒然とし、パニックに陥る(図3)。

市民の恐怖感を増幅させパニックを煽るのは、行政当局の不適切なリスクコミュニケーションである。例えば、あいまいな誤解を招く表現で市民を困惑させたり、恐怖感を煽るだけの情報を送信しリスク軽減の安心感のある情報を同時に発信しないときがある。さらに、矛盾した内容を同時に発信したり、市民が平等に情報を共有できないときにパニックが増大する。一般市民がパニックの脅威に対処していく上で最も重要なことは、国や地方自治体からの実効性あるリスクコミュニケーションの実践である。このリスクコミュニケーションにて、一般市民が懸念や問題事項を自ら把握して合理的な選択を促進させ適切な対処行動をとることで、被害を最小限に封じ込めることが可能である。さらに集団の連帯感の醸成や、他人を救助・援助することで人々々は恐怖心を沈静化させることができる。行政当局はパニックが疑われる時期から、様々なリスクに関連した情報を、インターネットやメディアなどあらゆる通信手段や媒体を用いて迅速かつ正確に全市民に提供しなければならぬ。

2) パニック発生時のリスクコミュニケーション

パニック発生時には、行政当局がパニックを認識し市民へ強いメッセージを発信し、市民間の結合と連帯を促すことが必要である。この市民の結合と連帯によって、市民の自励心と合理性によって恐怖心がなくなり、パニックが沈静化する(図3)。特に専門家(医療従事者、行政担当者など)は市民への情報提供の原則(表3)に沿って具体的な対策実施を、市民が信頼し理解・実行することが肝要である。

2001年米国の炭疽菌バイオテロ事件では、米政府は国民に向けて「皆さんの政府・行政機関は健在であり、事態を把握し、被害を最小限に食い止めるべき対策や行動を行っています。まず、落ち着いてください。政府による状況説明と皆さんが安全のためにとるべき行動をよく理解して行動してください」のメッセージを発信し、国民の冷静な行動を誘導した。この米政府のメッセージには、事前の炭疽菌を包括したバイオテロ対処計画があり、テロ発生と同時に的確に対処計画を実施していたことが大前提である。

3) パニック防止の平素からのリスクコミュニケーション

危機管理の担当者は平素から、以下の項目のコミュニケーションを念頭に置いてパニックを未然に防止しなければならない。

- ・市民などへの啓発教育
 - ・市民への多様な教育プログラムによって市民に健全で建設的な行動を促進させる。行政と市民との橋渡し役として、自主防災組織や町内会などの組織の有効的な活用
 - ・学校も地域対処計画に組み込み、生徒・学生のみならず保護者への教育資料の提供(子供の年齢に応じた資料や、保護者への教育資料の作成)
 - ・健康危機に備えて、市民にとって簡潔で便利なスローガンの作成(新型インフルエンザ対策では、「手洗いやうがい健康を維持しよう!」)
- (2)情報伝達
- ・地域の特性に適合させた多様な情報媒体による情報伝達やプログラムの整備
 - ・市民との連絡は常に双方向が必須であり、市民との対話には十分な時間の設定
 - ・情報提供は、5 W 1 H「メッセージは何か?」

表3 パニック予測時の市民への情報提供の原則

- ・決して真実を隠さない、現状での正確な情報提供
- ・判断した事実と、判断していないことを明確に区別
- ・不透明な状況を根拠のない憶測や希望の観測での置き換えは不可
- ・政府や自治体の段階的な対応を、詳細に具体的に説明
- ・状況は大きく変化することもあり、担当者はできる限りの準備体制
- ・当局の困窮を事前に市民に伝えるが、着実に事前計画の施策実施も広報
- ・県知事、市長が前面に出て、対応の鍵となるメッセージを繰り返し発信(常に、感染者や市民への共感も発信)

- ②想定質問の作成: シナリオをもとに、現実に対応したマスコミからの質問を作成。
- ③模擬会見・インタビュー: 「記者役」と、本番さながらの会見を実施。
- ④ビデオ・クリティーク: 録画テープを見ながら、問題点を検討し是正。

会見内容を事前に確認するのは必須であり、会見では丁寧に行うだけでなく明確に事実を説明する姿勢が求められる。質疑応答では「このような事故は、二度と、絶対には起こしません」ではなく、「今後、再発防止に最善を尽くします」が記者会見時の原則(ネヴァ・セイ・ネヴァ)であったりするが、あくまで正確に事実を伝えることを主眼としなければならぬ。会見時にはポジティブパー(会見内容の要約や資料)を配布するのにも効果的であり、設定時間は新聞等の締め切りを考慮して午前10~11時か午後2~5時に行うのが望ましい。

記者会見だけでなく、リスクコミュニケーションでは平素からコミュニケーション技法(例えば明確に話す、聞き取れるようにゆっくり話す、など)を常に意識し情報を伝達しなければならぬ。身振りや視線、動作、声の調子などの非言語的なコミュニケーションにも、注意を払わなければならない。

4. パニック防止のためのリスクコミュニケーション戦略

- 1) パニック発生機序と行政当局の役割
- 災害やテロ事案で最も市民生活や社会経済活動に

表2 リスクコミュニケーションの主な留意点

- ・短時間(数十秒間)で少数(例えば3人以下)の平易なメッセージを繰り返し伝え、できる限り図表を用いる(小・中学生にも理解可能)。
- ・強調して伝えたいことは、冒頭と末尾に置くなどの努力が求められる。
- ・専門的な用語は極力避け、受け手の文化・社会的レベルに配慮して適切な用語を用いる(専門用語は3つまで)。
- ・負のメッセージには、正の(問題解決に向けた)メッセージを数多く抱き合わせる(1つの真の事例には、3つの正の事例)。
- ・否定形表現(ない、でない、絶対・決して等)を含むメッセージは多くの人々の関心を集め、また長く記憶するため、肯定的なメッセージよりも影響が大きい。
- ・人々は非言語的なメッセージにも敏感で、そこから否定的な内容を読み取りがちであり、時に言語的なメッセージを超える影響を及ぼす。

誰に対してか? 市民に何をしてもいいのか? 市民は何を知りたいのか? 市民は自分の無力感にどのようにして打ち勝つことができるのか?」による構成

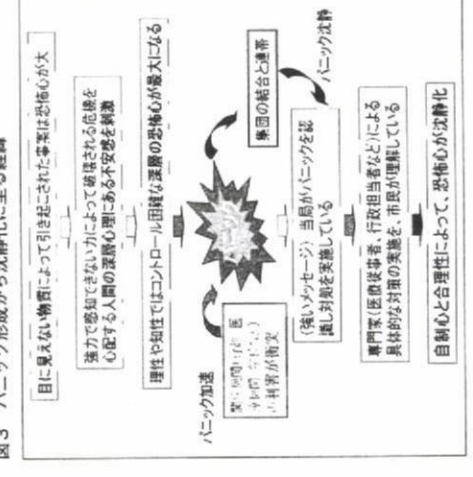
(3)メディアとの連携

- ・行政担当者はメディアと共同で活動すること
- ・メディアの無責任なコメントを制限すること
- ・メディアの有用な知見の獲得が可能
- ・メディア側は事前に専門家と連絡がとれる体制を構築し、平素から専門家と地域のテレビやラジオの番組に出演させ市民への浸透を促進させる。行政側も積極的に支援することで、危機発生時に市民が安心して専門家の意見に従う
- ・記者は実践的な「ハンズオン」訓練などに参加(例えば、新型インフルエンザ対処訓練では記者自らが、感染防護服の装着訓練に参加)すること
- ・報道内容がより正確になる

4. リスクコミュニケーションの事例検証

- 1) スペインから流行時の米国ボルネオモア市事例
- 1918年のスペインインフルエンザ(通称、スペイン風邪)流行時の米国ボルネオモア市当局が市民に不安感や恐怖心を与え社会的混乱を増長し、多くの教

図3 パニック形成から沈静化に至る経緯



呼集で非番要員も加わったため役割分担を伝達できずにより混乱に陥った。

(2) 通信機能の麻痺

- ・電話が殺到、警察・消防への緊急電話(911)は、容量が小さく「話し中」が続いた。
- ・911の交換手に情報が伝えられておらず、被災者に避難方法を教えられなかった。
- ・高層ビルでの交信可能な無線中継機が設置されていたが、使用法に習熟していなかったために無線機が十分に活用されなかった。
- ・南棟崩壊後、北棟から避難せよとの指示が北棟内の消防士らに伝達できなかった。

(3) 消防本部と市警の対立

- ・北棟での救出作戦で警察チームが介入しようとして、いったん消防隊長に止められるなど、消防と警察の行動には連携がとれなかった。
- ・警察ヘリからの南棟崩壊9分後に「北棟も長持ちしない」とのヘリ情報は、北棟内の消防隊員には連絡されなかった。

独立調査委員会は、「大規模テロ対処では、スピード、リーダーシップ、透明性、柔軟性、集中力が求められ、指揮命令系統の確立、情報の共有化、各機関との連携が不可欠である」との答申が報告され

隊内の特殊状況下での流行であり、本当に大流行が起る可能性が高かったのか国民は十分に納得していなかった。そのような状況下にもかかわらず、ワクチン接種を積極的に推し進め、有害事象の出現に国民の不安感が増大した。さらに10月14日にはフォード大統領と家族がテレビの前で接種を受ける映像が流されたが、このワクチンキャンペーンは市民により一層不安感や恐怖心が増大したと分析されている。この事案よりリスクコミュニケーションの重要性が認識され、米国でのコミュニケーション戦略が見直された。

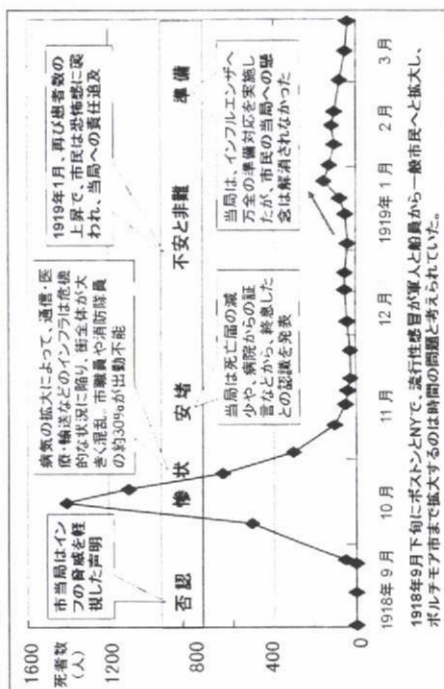
3) 米国同時多発テロ時の世界貿易センタービル崩壊

リスクコミュニケーション先進国の米国でさえ、2001年9月11日の世界貿易センタービル崩壊時の救援活動では、連邦政府の独立調査委員会により消防・警察両者のコミュニケーションにおいて多くの問題点が指摘された。

(1) 指揮系統の混乱

- ・大災害時の指揮指令システム(ICS)が機能せず、特に南・北棟の崩壊後指揮系統が完全に麻痺したことが、消防・警察指揮担当者に迅速に伝達できなかつた。
- ・事件がニューヨーク消防本部の夜勤番と日勤番のシフト交代時(午前9時)とぶつかった上、非常

図4 米国ボルチモアでのスペインかぜ流行に対する社会的反応



ザの臨床像と同様であった。死亡例の剖検では、肺の浮腫、出血、単核球浸潤といったウイルス肺炎の所見を呈していた。基地内の隊員の血清学的調査で、感染症例と行動を共にしていた小隊(約50名)で56%が抗体陽性、感染隊員のいなかった小隊での抗体陽性率は0~40%であった。ヒトからヒトへの伝播が判明したが、この流行はフォート・ディックス基地内に限局されていた。この病原ウイルスはスペインかぜの病原ウイルスと同じ抗原性を持ち、肺炎を合併しやすい致死性の強い病原性を持つウイルスと考えられた。また感染初期に過酷な訓練に参加したことが重症化への引き金となったと推測された。

次冬のインフルエンザシーズンに備えてワクチン接種をどのようにするか緊急の課題となった。このウイルスが今後大流行するかどうかであるが、1976年時点ではその可能性を否定できないのは当然であった。このHswINIウイルスがスペインかぜの病原ウイルスと同じ種類でもあり、「パンデミックの可能性は否定できない」、「パンデミックが起こるのではないか」、さらには「可能性は高い」となり、1976年10月1日よりワクチン接種が開始された。ワクチン接種開始後から、高齢者3人が死亡うち2例の剖検結果では心臓発作によるもので、ワクチン接種とは無関係とされた。しかし10月12日ギラン・バレー症候群の有害事象が報告され、その後も同症候群の報告が続き、12月16日にワクチン接種は中断された。

このフォート・ディックス事案から多くの教訓事項が得られ、この教訓は現代のH5N1型インフルエンザウイルス対策にも大いに参考になる。本事業の危機管理の観点から、①基地内の若い過酷訓練中の隊員のみ感染で、このウイルスが大流行を起こす蓋然性は本当に高かったのか、②ワクチン接種を米政府が決定した過程は国民に公開され、どの程度まで理解が得られていたのか、③ワクチン接種後の有害事象が多数起こったにもかかわらず何故約2ヶ月以上も継続したのか、④ワクチン接種とギラン・バレー症候群との因果関係はあったのか、などの疑問点である。本事業が国民に大きな不安を与えたのは、リスク分析(①、④)やリスクマネジメント(③)よりリスクコミュニケーションの欠如であった。軍

訓事項を残した(図4)。1918年9月下旬にボストン市とニューヨーク市ではスペインかぜによる流行性感冒が、軍人と船員から一般市民へと拡大していたが、ボストン市当局は流行性感冒の脅威を軽視した声明を出していた。しかし、10月には死者が1,400人にも達し、通信・医療・輸送などのライフラインは危機的な状況に陥り、約30%の市職員や消防隊員が出勤不能に陥り街全体が大きく混乱した。11月には、市当局は入院患者数や死亡届の減少などから、流行性感冒は終息したとの認識を発表した。1919年1月、再び流行性感冒患者数の上昇で市民はスペインかぜによる死への恐怖感に襲われ、市当局への責任を追及しはじめた。一部の市民は、ボルチモア市を脱出し市の社会経済活動が大幅に低下した。市当局は、終息宣言2ヶ月後に流行性感冒への万全の対応を実施していると表明したが、市民の市当局への不信感は解消されなかった。

行政当局のインフルエンザのパンデミック時のリスクコミュニケーションの困難さを物語っているが、最も欠落していたのは適切なリスク分析と事態への市民と同じ目線での共感であり、危機意識を持った危機管理能力であったと考えられる。インフルエンザのパンデミックが予測されるときには、常に、インフルエンザ患者の拡大範囲、規模、拡大予測、組織・個人的な対処情報や行動などの関連情報を収集し、その情報をすべての人々に適時・適切に提供しなければならぬ。さらに感染症によるアウトブレイク時の終息宣言は、細心の配慮で実施しなければならぬ。このボルチモア市事案では、市当局が常日頃から市民から信頼を獲得できていれば、このパンデミックは少しでも軽減できたと思われる。

2) フォート・ディックスの教訓

1976年1月から2月に米国ニュージャージー州の陸軍訓練基地フォート・ディックス内で、HswINIウイルスによるインフルエンザが流行した⁸⁾。最終的に13例(ウイルス分離5例、血清抗体8例)の患者が確認され、1例が肺炎で死亡し他の12例中4例で肺炎を合併していた。全例が男性で年齢は17~21歳で、悪寒、発熱、鼻熱、咽頭痛、咳、痰などの呼吸器症状とともに、頭痛、胸痛さらに頻度は低い嘔吐、下痢も伴っており、従来型のインフルエン

①個人の威厳を尊重、②個人への情報提供、③個人

からの意見聴取に配慮されている。さらに、メンタルヘルスの知識や技法を法的手続きの中に取り入れることを提案している。私有財産や個人行動の制限決定の過程では、住民の意見表明の機会、宗教などの多様な価値観や個人ニーズの保証、難解な法手続きの簡略化などが取り入れられている。このような制限への人々の反応は、その決定自体より決定に至った経緯やその法的手続きに大きく依存する。コミュニケーションに基づき規制や制限であれば、人々は強制的で人権を侵略する決定でも好意的に受け入れられる⁵⁾。これは、フォート・ディックス事案だけでなく他の多くの健康危機事案でも共通する事項であり、危機管理担当者は「経緯や法的手続きの正当性を常に念頭に置きリスクコミュニケーションを実施していかなければならない。

近年、消防・警察・自衛隊などや国や自治体を中心とした公的機関による防災活動（「公助」）だけでなく、自主防災組織などで地域社会を守る防災活動「共助」、及び自分の命・財産は自分で守る自主防災活動「自助」が重要視されている。この「共助」や「自助」の形成を促進するのがリスクコミュニケーションであり、今後このコミュニケーションの醸成は、災害・健康危機管理にとってもより一層重要となってくる。事案や問題発生後の事後対応のコミュニケーションに関心が高いが、事前に健康被害を及ぼすリスクに対して周知な準備を行い、事後対応も包括したコミュニケーション計画を作成しなければならぬ。

5) 第32回明石市民夏祭り事故

平成13年7月21日（土）20時38分に、兵庫県明石市JR山陽線朝霧駅の南歩道橋上で、花火見学の帰宅する人と海岸に行く人たちが交差し雑踏事件が発生した。事故当日は、121人（心肺停止10人、重症2人を含む）が受診し、最終的には233人が受傷し10人が死亡した。事故直後、超過密な群衆での歩道橋上であり110番・119番通報が殺到・輻輳現象が生じ、事故発生の確認や状況把握が困難であった。傷病者の救出搬送が、歩道橋の南側と北側の2箇所に分かれた。搬送病院の選定が情報混乱のため各救急隊の間でコミュニケーションが取れず、個々の救急隊の判断に任せられ心肺停止状態6人が近隣病院の1箇所へ集中搬送された。

夏休み中の多人数が集まる行事にもかかわらず、事前の事故時の対応に集まっている主催者側と警備側との調整が不十分であった。広域的応援を含めた警戒態勢や医療機関収容手配の不備もあり、事件発生後の情報収集が困難で状況把握に長時間を要し、重症患者の1箇所での医療機関への集中搬送がなされた。これはすべて事前のリスクコミュニケーションを含めた対応計画の欠如であり、事後の混乱は当然の結果であると思われる。地域の日常的な救急医療対応能力のリスク評価に基づいた災害時の医療対応計画の策定、災害現場での消防、警察、医療機関間のコミュニケーション促進による連携強化と指揮命令の一元化が必須である。どのような群衆イベントでも、リスク/クライシスコミュニケーションの重要視が再認識された事案であった。

5. これからのリスクコミュニケーション

2001年同時多発テロは米国政府に、国の優先事項の再考や、危機管理に関する省庁再編や法改正を促した。生物テロ対策では、健康危機事案対応法案(MSEHPA:The Model State Emergency Health Powers Act)が考案され、私有財産の制限（不法妨害の排除や公用取用権など）や人々への制限（義務的なワクチン接種や自由行動の制限による検疫や隔離など）への法的整備が提案されている。MSEHPAはリスクコミュニケーションを基本に、

た。答でも各対処機関間の情報共有が最も強調されておられ、どのような状況下でも適切・迅速なクライシスコミュニケーションが機能するようにしなければならぬ。

4) 城山保育園/幼稚園合同餅つき大会における体調異常事件

平成13年12月1日（土）午前11時45分、城山保育園/幼稚園から熊本市保健所へ電話に30人嘔吐との連絡が入った。生活衛生課担当係長が補佐及び係員を招集し、保健所生活衛生課職員（食監）が現場へ出動した。健康福祉局長へ連絡し、食中毒、毒劇物両面での対応が指示された。毒物は警察担当で県庁科学捜査研究所での検査が行われ、細菌検査は熊本環境総合研究所が実施することとなった。消防局による救急搬送が開始され、大学病院、国立病院、市民病院、赤十字病院、地域医療センターなどに搬送された。保健所医師が大学病院へ出向き症状等を聞き取り、毒物様の症状がないことを確認し、この情報を各病院へ再提供した。16時45分には、県警科学捜査研究所から6化学物質【農薬（カルバメート系、リン系、塩素系）、化合物（砒素、シアノ、アジ化合物）】が検出との報告があった。17時30分には市環境総合研究所から、「あんこ玉のグラム染色にてグラム陽性桿菌多数顕鏡」との報告がなされた。保育園/幼稚園合同餅つき大会で、最終的に幼児348名が体調不良を訴え、9名が入院した。食品・吐物などから毒劇物などは検出されず、セレウス菌が検出され同菌による食中毒と判明した。

平成10年7月25日（日）の和歌山砒素入りカレー一中毒事件の教訓が活かされ、発生直後に食中毒、毒劇物両面での対応が指示された。如何に初動対応が大切であるかを実証した事案であった。さらに、「保健所医師が大学病院へ出向き毒劇物による可能性が少ないことを、直ちに主な搬送先の各病院へ情報提供した」ことは、クライシス時のリスクコミュニケーションにとっても重要なことである。しかし、開業医や一般病院にも軽症患者が受診していたにもかかわらず、医師会関係への情報提供は遅くなり、連絡網整備などのリスクコミュニケーションに課題を残した。

参考文献

- 1) National Research Council. Improving risk communication. Washington Dc: National Academy Press 1989.
- 2) 桜山豊夫, 成田友代. クライシスコミュニケーションとは何か. 公衆衛生 2004;68(8):592-593.
- 3) Keim M. Intentional chemical disasters. Disaster Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002; 340-349.
- 4) 箱崎幸也, 黒瀬琢也. 災害・健康危機管理におけるリスクコミュニケーション. 災害・健康危機管理ハンドブック 診断と治療社 p.34-45, 2007.
- 5) 箱崎幸也, バイオテロと集団感染症での法的側面. バイオテロリズム. 心理学のおよび公衆衛生学的視点からシユプリング・フェアラーク 東京:2006. 7:344-364.
- 6) 箱崎幸也, 佐藤元, 田中良明. 新型インフルエンザ対策におけるリスク管理とコミュニケーション. p.14-29, 診断と治療社 2007.
- 7) 江良俊郎. ビジネスマンのための危機管理術. 実業之日本社 2004:134-137.
- 8) 加地正郎. 根路銘昭, 葛西健. 新型インフルエンザパンデミック. p.28-42, 南山堂1998.

参考資料

- 田中正博「企業を危機から守るクライシスコミュニケーション」 「平成16年度厚生労働科学研究費補助金新興再興感染症研究事業 大規模感染症発生時の効果的かつ適切な情報伝達のあるあり方に関する研究」(主任研究者 順天堂大学医学部公衆衛生学教室 丸井英二教授)

第10章 ■ 新型インフルエンザの健康危機管理における法的問題

光石忠敬 (光石法律特許事務所)

付記 危機発生時の担当部署でのリスクコミュニケーションのためのチェックリスト (案)

- 1 早急に把握すべき内容状況とは何か
 - 危機発生の日時はいつか (○月○日○時○分○秒)
 - 発生場所はどこか (○○町○○)
 - どういう状況で発生したのか
 - 担当部署はだれが、いつ連絡をしたのか
 - 想定される原因は何か (自然/人為的か、毒物やテロの可能性は?)
 - 拡大のおそれはあるか (特に被害者の拡大は?)
 - 現在の状況 (主に被害) はどうなっているのか
 - 消防、警察や検査機関には連絡が行っているのか (役割分担は?)
 - 有症者は何人いるのか (死者はいるのか、小児・高齢者の割合は?)
 - 有症者の状況 (個人名、病状など) はどうか
 - 入院先はどこか (1箇所に集中しているのか)
 - マスコミからの取材状況はどうか
- 2 早急に準備すべき資料は整えたか
 - 危機の発生した場所・施設の名前及び所在地
 - 当該施設の管理責任者名及び従業員数
 - 当該施設に対する指導官庁の過去の指導状況及びその結果
 - 付近の状況及び当該施設の生産品等 (2次被害の可能性の有無)
 - 危険地域の範囲及び当該地域に対する措置 (ゾーニング、避難勧告など)
 - 危険性を有する者の範囲及び当該者に対する措置 (受診の呼びかけなど)
- 3 現場で想定されるメディア対応
 - 現場のゾーニングをしないか
 - 記者が踏み込むおそれはないか
 - 現地で保健所等のメディア対応が間に合わないおそれはないか (立入り規制、カメラマンとのトラブルは?)
 - 記者から求められる資料、質問 (当該施設に関する資料、有症者に関する資料など) に関する準備の遅れに対するクレームのおそれはないか
 - 記者会見の時間の是非をめぐってトラブルが発生するおそれはないか
 - 速報重視のテレビニュース等で未確認情報や談話が流れるおそれはないか
 - 地域住民や関係者からの話をもとにした伝聞情報や事実誤認情報が流れるおそれはないか (情報管理の不徹底)
- 4 対地域社会 (住民) 対応上の問題
 - 住民から被害拡大 (及び2次・類似被害) に対する不安は生じないか
 - 住民から健康被害に対する不安は生じないか
- 住民から環境汚染に対する不安は生じないか
- 住民から風評被害や補償問題に対する不安は生じないか
- 付近住民等に対する説明はどうか (どこがどのように行うのか)
- 5 マスコミからの想定質問と回答は準備したか
 - 当該施設には健康危機発生防止のためのマニュアルはあったのか
 - 異常な兆候はなかったのか、見つけられなかったのではないのか
 - 当該施設における健康危機発生時の体制はどうなっているのか
 - 発生予防の指導や対策を実施されていたのか (指導事項やそのフォローアップは)
 - 当該施設側の原因究明等に対する協力体制はどうか
 - 再発防止策や回復 (復旧・営業再開等) 等についてどう考えているのか
 - 管内内において同様の健康被害の発生のおそれはないか、その対策 (確認) は
- 6 緊急記者会見の準備はできたか
 - 緊急記者会見を必要とするか
 - 緊急記者会見はいつ開催するか、スピーカースマンには適切か*
 - スピーカースマンは決まったか、スピーカースマンには適任か
 - 情報の管理者は明らかになっているか (どこからの情報か?)
 - 収集された情報 (確認済) が出されているか (新情報の追加報告も含め)
 - 人権への配慮がなされているか
 - 2時間以内記者会見は開けるか、会場の確保はできたか、時間は適切かを考慮されているか (午前10時~11時、午後2時~5時)
 - 記者会見時の配付要旨 (ステートメント・ポジション・ペーパー) は準備できたか
 - 「要点」「詳細」は明確か、最初に「結論」が述べられているか
 - 作成及び改定日が明示され、要点はA4、1~2枚か
 - 資料 (Q&A) が同時に作成され、読み方が掲載されているか
 - 用語一覧や適切なフリップが準備されているか
 - リハーサル等を実施したか (できればビデオ・クリティークまで)
 - 記者質問は要点に沿っているか、回答はQ&Aと整合性があるか

段階の法的問題について、4で付記する。

1. 健康危機管理に関する法的な考え方

1) 問題意識

(1) 健康危機管理の段階移行過程

新型インフルエンザに関して、WHOは、現段階をフェーズ3と認定している¹⁾。厚生労働省は、国内で発生していない場合をA、発生していればBに分類しているから、現在の日本のフェーズは、3Aである。

1918年3月からのスペインインフルエンザ(通称、スペイン風邪)において、発端は中国南部説とアメリカ説があるが、約5ヶ月後に日本に伝播した。まず横須賀に寄港した軍艦で発生し、一般市民については、西日本から東日本、北日本へ拡大していったとされる(当時の全人口5,700万人の約半数が感染し、死者は39万人以上に達した)。近い将来、仮にフェーズ3が4に移行しても、健康危機は限局的に起こると考えられる。

フェーズ5~6になると「公の緊急事態」の法理に基づき感染症患者等の人権を一時停止させようとする可能性が出てくる。しかし、過去の歴史の教訓として、「インフルエンザは全ての国を同時に襲うことなく、また国内においても国中を一気に襲うことはない²⁾」。近い将来、フェーズが4、5へ移行する可能性があるとしても、そのような極めて例外的な法理を前提に計画・実施を考えるのは、適正ではない。フェーズ3~5に至る可能性のある将来を考える際、人権を下位に置いて計画、実施をすることは効率的でないし、法理上も許されない。

(2) 日本の歴史から学ぶこと

日本の歴史を繙くと、ハンセン病という慢性の感

序

健康危機管理を計画し実施すること、および人間の尊厳を保持し人権を尊重することを両立させるために、保健所職員は、どのような法的考え方に基づいて判断し行動することが望ましいかについて、1で検討する。すなわち、健康危機管理の計画、実施において、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則を理解し、任意協力原則の規定のない感染症法の改正を目指し、医療従事者・学校関係者・社会組織維持集団・市民に対する医学的情報・知識の提供・普及に努めることである。

次に、感染症法の経緯、平成20年改正の概要、何が法に定められ、何が定められていないかを、2で検討する。その上で、任意協力原則の規定のない現行法制のままで、感染症患者等を疎んじて遠ざけ下位に置いて、多数者である非患者の安全について健康危機管理対策を講じることになるので、改正しなければならぬし、同時に、例外的強制措置が健康診断、就業制限、入院、移送等に限定され、補償規定が限られている法制のままでは、保健所職員の実施が難しい場面が想定される故に、強制措置について改正を検討すべきであることを論じる。

さらに、新型インフルエンザのパンデミック警告期のうち、フェーズ5の机上訓練について、3で検討する。自治体や保健所がどのような対応をすべきか、対応するに際し、法的な問題をどう考えるべきかを、より具体的に考える。

なお、政府の新しい行動計画、なにかんなく、パンデミックワクチン臨床研究に関して、薬害防止の観点から、臨床研究アザインの適正さについての審査システムおよび被験者の選定、同意に関する現

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、規模が大きい可能性もある。

その他、
②①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言えないが、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言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、病気の作り売り (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なので、病者本人は他者を脅かすことにはならぬものの、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) 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

①病原体・毒素を保有していない非病者がこの「国民」⁴⁾ に含まれるのは明らかである。

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。したがって、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⁵⁾ 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、「保健所職員的心得」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・個人権に十分配慮する」と規定し、「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) 感染症患者等を社会から疎んじ選ばざる考え方

(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⁶⁾ 「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・感染者の個人権の尊重」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うような形で発生した場合にあっても、患者・感染者にたいしてはその個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・感染者の個人権の尊重が重要なことには言ってもないが、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たい」との追加意見⁷⁾ 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と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、切り捨て、病者が一人もいない果を旨とし、官民あげて戦後も動しただ無らい異運動などによって、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、感染症患者等の個人権を尊重すること、社会の理解と協力を得るための取組みとして、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・感染者の個人権の尊重」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。

(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

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きをとる権利（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（この権利を完全に実現するためには「伝染病……の予防、治療および抑圧」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

4) 感染症に関わる人権
(1) 憲法および国際人権法
感染症に関し、憲法および国際人権法に基づく主な人権は次の通りであり、感染症患者等の人権と非患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）。

(2) 感染症患者等の人権
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

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⁸⁾。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も示されている。人権には何らかの制限がある。だが、人間の尊厳はどうか。

憲法学的通説は、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、2つの点で疑問がある。第1点は、そもそも人間の尊厳は、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の意味を含めては、日本の法秩序は、単なる①の個人主義のみでは説明しきれない段階に入っているから、通説のように人間の尊厳を①の意味での個人の尊重と同義に捉えることは、もはやできない。第2点は、個人の尊重は公共の福祉によって制約されるから、公共の福祉を人権規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。

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。

7) 強制措置
(1) 医療に対する強制
医療は法的に、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）。

(2) 感染症関連の強制的介入
感染症に関連して、感染症患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、立入り検査、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。

8) 個人の尊厳
これらの人権は、人間の尊厳に由来する⁸⁾。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も示されている。人権には何らかの制限がある。だが、人間の尊厳はどうか。

憲法学的通説は、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、2つの点で疑問がある。第1点は、そもそも人間の尊厳は、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の意味を含めては、日本の法秩序は、単なる①の個人主義のみでは説明しきれない段階に入っているから、通説のように人間の尊厳を①の意味での個人の尊重と同義に捉えることは、もはやできない。第2点は、個人の尊重は公共の福祉によって制約されるから、公共の福祉を人権規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。

もつとも、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1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。

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）。

(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⁹⁾。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、義務者の身体または財産に実力を加え、義務の履行があったのと同じ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また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、直接に人民の身体また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強い反省が加えられ、行政執行法は廃止、これにか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つ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。」¹⁰⁾ 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。

(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抑制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¹¹⁾。すなわち「目的主義の旨に曰く刑罰は犯罪なる侵害の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は問の議論を、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るだろうか。

8) 行政強制と人権

(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、過酷な人権侵害をももたらすおそれ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。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……）」¹²⁾ が、その数はきわめて少ない……」¹²⁾

(2) 即時強制と人権

「即時強制はなんらの予告もなしで、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強制する作業であり、人権に対する過酷な侵害をとももたらすおそれが高い。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いければならない。……もともと、即時強制に関する現行法をみると、たいが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保護のために行政に付与されるのであるから、即時強制についても、法の趣旨にかつた適切かつ中庸な権限行使が必要である。」¹³⁾

(3) 行政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、これが廃止された後、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

(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得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にとどまるとの内在・外在二元制約説が現れた¹⁴⁾。この説に対しては、憲法13条を論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¹⁵⁾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、その制約が性質に応じて権利の制約の程度が異なることとする。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わかりも明らかでない」と批判された。

そこで、すべての人権について「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。

(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。

(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と、厳密に権利と言えないが保護される一般的利益は厳密に人権と言いつつ、いかにかの疑義が残る¹⁷⁾。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

(1) 特別権力関係論

特別権力関係論¹⁸⁾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、伝染病予防法により強制入院させられた患者の国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¹⁹⁾。

(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、基本的人權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にとどまらなければならぬこと、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²⁰⁾。

11) 「公の緊急事態」と人権

(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つては、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はかなく、戦時法制と言われないのは言葉の綾によるごまかしである²¹⁾。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つてはならない²²⁾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ぬとの意である、と説明されている²³⁾。

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上で、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。

(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風邪(A/H1N1型)が世界中で5億人以上の感染者と4,000万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代の若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せよ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²⁴⁾」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、直接には全国民ではなくとも既にかなり広域に及び全国民に影響が及ぶ場合も含むと解されている²⁵⁾。「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²⁶⁾。
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

護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)
- ・週及処罰の禁止(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)

(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得ることから、公の緊急事態において国家がとり得る個人の権利・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²⁷⁾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せよとするのは、極端な例外的な規定を一般化する考え方であつて、適正ではない。インフルエンザは、すべ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わかっているから、パンデミック期に至るまでは、この規定は適用されるべきではないものと思われる。

12) 公衆衛生学における人権

(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、公衆衛生学において「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」との考え方があり²⁸⁾。

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

へのウェエートが多少軽くなつても、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エー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²⁹⁾。
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。

(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

まず、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態および手続きの要件に従つて適正かどうかを厳格に判断しなければならぬ、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と考えざるべきである。

2. 感染症法の概要および問題点

1) 感染症法成立の経緯³⁰⁾

(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

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、蔓延し始めた場合、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ず、これ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、検査法と同様に、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) 都道府県知事による健康状態の報告請求および外出自粛要請
「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されているが(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、居宅等から外出しないこと、その他の感染防止に必要な協力を求めることができることとして、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蔓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」

から人へ感染する形に変異し³¹、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

(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およ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る(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、建物の立入り制限・封鎖(32条)およ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、建物の立入り制限、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41項)。

「新型インフルエンザ等感染症」の蔓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、また緊急その他止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、

ておらず、新しい感染症は対象とされにくい等、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、人権尊重の手法規定がなく、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。

(2) として、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、指定感染症に分類し、この分類に応じ、患者・感染者の人權を尊重した予防・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、四類感染症では発病動向の把握、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上で、都道府県知事による72時間限度とする入院、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。

(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。

(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。

(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査およ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、検査法、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

感染症患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。

(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事項は、前文ではなく、条文として規定すべきである³⁰。

① 感染症の制御については、人々が正確な情報を理解し、受診すること、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。

② 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ぬこと。

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ぬ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ぬ。

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、入院に限らず必要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、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らうか。

③ 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ふ考えに立ち、
- 2) リスクの判断要素としては、a) リスクの性質(感染経路)、b) リスクの期間(感染期間)、c) リスクの蓋然性(感染のおそれ)、d) 重症度(結果の重大性)、e) 人権への負担の5つがあり、このd)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。

④ 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目的に沿って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、a) 診査協議会に患者団体も参加する、b) 措置の内容・根拠等につき書面で教示する、c) 代理人の援助を受ける権利、十分かつ公正な聴聞、異議申立権を保障する、d) 措置を誤った場合の補償制度、e) 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時間までの期限の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べきである。

⑤ 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。

⑥ 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もはや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ことの原則を樹立すること。

(3) 人間を動かす二つのテコは恐怖と利益であるとするれば、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) 検査法は「隔離」という語を用い、また政府内の政策論においては「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、疎んじ遠ざけ、多数者である非病者やそれ以外の地域の下に置いていく用語ではないだろうか。

(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、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、感染症対策も効果的になる。

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他、過小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、下に置いて健康危機管理対策を講じることに安全を前面に出して健康危機管理対策を講じること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。

(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

保健所は、そのような不確実な情報でも実働班で、疫学調査、検体搬送、患者搬送の対応には、現行なる。このような不確実な段階での対応には、現行法上の制度はないから、制度を整備することが望ましい。

状況設定2

(1) 〈自治体の対応1〉 自治体は、学校、保育所、社会福祉施設等、主管課へ注意喚起し、感染防止措置の実施を通知するとともに、早めの措置（閉鎖等）を助言する。その場合、まだH5N1が検出されていない段階であって、学校等を強制することはできず、任意の協力を求めることになる。

(2) 〈自治体の対応1〉 自治体は、市民の混乱を防止し、あるいは不安を解消する方向で、マスメディア、広報誌を利用して情報を提供していく。この場

に対する積極的・能動的な支援対策が望まれるが、県・市などの自治体としても、国に働きかけるなどの活動が望ましい。

(1) 〈保健所の対応1〉 状況設定1の段階では、市民・医療機関から相談が入る。国が新感染症と指定した場合、国は、症例定義を出すことになるが、新型インフルエンザの確定前の段階なので、不確実な定義しか出せないだろう。各医療機関からの問合せに対して、保健所は、その時点までの科学的根拠に基づきつつ、そのような不確実な症例定義で任意に協力して対応するしかない。症例定義には、市民からの検体採取、キットによる検査、結果判定など、検査の方法も含まれるものと思われる。

(2) 〈保健所の対応2〉 医療機関から、疑い患者、例えば、「X国から帰ってきた人でインフルエンザ様の症状を起こした」といった報告があった場合、

状況設定2

11月28日、厚生労働省は、日本国内で初めてのインフルエンザ(H5N1)による患者と死亡者が確認されたことを発表し、フェーズ5Bを宣言した。また、この他の都府県においてインフルエンザ(H5N1)を疑う患者が確認されており、現在検査中である。

インフルエンザ(H5N1)の発生情報
①患者発生都府県：4都府県(福岡県、広島県、大阪府、東京都)
②患者：63名うち死亡者4名(死亡率6.3%)
③患者の発生年齢層は、各年齢に広がり突出した特徴はない
④死亡者の3名が60歳以上の高齢者。1名が4歳の子ども

(自治体の対応1) 県にフェーズEを確認後、各保健所に周知
症例定義の変更時は、至医療機関へ通知(FAX・郵送)
学校・保育所・社会福祉施設等主管課へ注意喚起および感染防止措置の実施を通知併せて、早めの措置(閉鎖等)を助言
マスコミ・広報誌等を利用しての広報：市民の混乱の防止、不安解消に配慮

(自治体の対応2) 感染症発生動向調査_患者発生状況：1回/週→1回/日に変更
(保健所の対応1) インフルエンザ定点報告1回/日：定点医療機関の対応を確認
(自治体の対応3) 24時間体制(1箇所/市内)
特定の職場に交代勤務を待機、守衛室からの電話転送で対応

(保健所の対応2) 電話相談窓口(市民・医療機関)
基本的予防対策(手洗い、うがい、マスク)を説明
症状がある人には医療機関受診を勧める

(自治体の対応4) 全庁としての対応(フェーズE以降)
欠勤者・感染者・施設・業務の運営状況把握
発症者に感染予防措置の徹底を指示
症例定義該当職員に医療機関の受診勧奨
対人業務従事者にサージカルマスクを着用
職員へマスク着用と手洗い、うがい、うがい、うがいを勧奨
1時間ごとに室内換気

(保健所の対応3) 区民部と連携し、区役所全体の対応準備
職員の健康確保、出勤状況の把握
窓口業務担当はサージカルマスクを着用
職員へマスク着用と手洗い、うがい、うがいを勧奨
業務縮小へ向けての準備

(保健所の対応4) 実働班メンバーは専任で通常業務を整理し、すぐ対応できる体制で待機
医療機関から疑い患者(発症国での環境条件なし)報告があった場合は実働班出動

(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。

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

1) 「新型インフルエンザ(パンデミック)対応訓練」³³⁾

状況設定1

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状況について、幾つかの法的問題点を検討する。もともと、この対応訓練は、専ら日本国内における問題・対応である。しかし、本来、日本は、インドネシアなど海外に対し、どの程度、対策を実施してきたであろうか。国には、H5N1型鳥インフルエンザウイルスにヒトが感染した事例の多い海外

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」、なかんずく、「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、世界は生きられるべし」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も親しみを感じておらうか。

保健所職員等に限定しないが、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、人権侵害の救済申立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立はできるものの、国内人権機関は存在しないからである

状況設定1

2007年11月15日、WHOは、東アジアX国国内の主要都市において、インフルエンザ(H5N1)による感染が拡大し(ヒートシート感染)、これまでに5,000人以上の患者と350人以上の死亡者が確認されていることを発表し、フェーズ5を宣言した。同日、厚生労働省は、WHOからの発表を受け、フェーズ5Aを宣言し、X国からの入国者に対する検疫の強化および国内でのインフルエンザ(H5N1)発生に備え、自治体へ体制強化を通知した。

(自治体の対応1) 公表を受けて、マスコミ・広報誌等を利用しての広報
発生情報、流行地域の情報、電話相談の減殺、分散を図るための表現に配慮
当該情報を各保健所に提供、対応準備を依頼

(保健所の対応1) 電話相談増加：相談内容を分析し、必要な情報の発信(マスコミ)を保健衛生部に依頼
(自治体の対応2) 各保健所に情報提供し、必要があれば応答体制を確保
(保健所の対応2) 医療機関から疑い患者(必要国での環境条件なし)報告があった場合は実働班出動
届出件数・相談件数増加：保健衛生部と協議し実働班24時間体制

合、メディアの報道の自由を侵すことはできず、任意の協力の協力を求めることになる。

(3) 〈保健所の対応2〉保健所は、自治体の対応に沿って、市民・医療機関の電話相談が激増することから、基本的予防対策（手洗い・うがい・マスク着用）を説明し、症状のある人には医療機関の受診を勧める、という基本的な対応をする。この基本的な予防対策は、予防接種を含めて、入院等の身体的拘束は伴わないが、強制することはできず、任意の協力を求めることになる。

状況設定3

12月1日、厚生労働省は、国内でインフルエンザ（H5N1）による感染が急速に広がっていることを発表した。インフルエンザ（H5N1）に関する情報
①患者発生都道府県：14都道府県（福岡県、広島県、大分県、愛知県、東京都、神奈川県、埼玉県、福島県など）
②患者：419名、うち死亡者：18名（死亡率：4.0%）
③患者の発生年齢層は、各年齢層に広がり突出した特徴はない
④死亡者の11名が60歳以上の高齢者が7名、12歳以下の子どもが5名が確認され、死亡者の発生はなし
⑤福島県では、インフルエンザ（H5N1）による患者19名（うち60歳以上の高齢者が7名、12歳以下の子どもが5名）が確認され、死亡者の発生はなし

〈自治体の対応1〉パンデミック時の医療提供体制（制定—未調整）
中・軽症者は外来で治療し、自宅療養を基本
重症者のみ入院の取扱い
外来患者への対応：病院（病院はインフルエンザの外来対応はしない）
入院患者への対応：病棟（病棟はインフルエンザの外来対応はしない）

〈保健所の対応1〉医療機関より疑い患者報告（午前4名、午後3名）により実働班出動
患者発生都道府県：14都道府県（福岡県、広島県、大分県、愛知県、東京都、神奈川県、埼玉県、福島県など）
患者発生年齢層は、各年齢層に広がり突出した特徴はない
死亡者の11名が60歳以上の高齢者が7名、12歳以下の子どもが5名が確認され、死亡者の発生はなし
⑤福島県では、インフルエンザ（H5N1）による患者19名（うち60歳以上の高齢者が7名、12歳以下の子どもが5名）が確認され、死亡者の発生はなし

〈自治体の対応2〉県にフェューズFを確認後、各保健所に周知
〈自治体の対応3〉市長が緊急事態宣言
地域活動、スポーツ活動、文化行事等の自粛要請
すべての学校の学校（市立以外も含む）の自主閉鎖を要請
ライフライン、公共交通機関等の安定的運営要請
〈自治体の対応4〉マスク・圧縮器具等を利用しての法報
専門担当者による定期的記者会見の実施
ライフライン等の使用抑制の要請

〈自治体の対応5〉危機対策本部員会議
〈保健所の対応2〉深夜、市内で12名（青葉区5名、かほ5（+）の連絡、Nは感染症研究所で検査中
危機管理対策会議・保健衛生部との協議で明日以降の対応検討
実働班対応強化のための4時間体制（日）
化学調査：項目を絞る（患者のみ接触者調査なし）
患者搬送：なし（患者は医療機関にトリアージを依頼）
重症者は入院、中軽症者は自宅療養（外出を控える）
検体搬送：全数検査を行わず、衛生研究所の検査能力に合わせ1日当たり搬送検体数決定→新型コロナウイルスの
発生割合算定
総務班：情報収集・分析

〈自治体の対応6〉事業の取扱い
市長が主催する事業は原則中止または延期
成当事業 閉鎖空間に市民が集合、開放空間で市民が密接に接触
〈保健所の対応3〉保健福祉センター業務をボランティアに縮小
職員の状態状況把握・管理、検診等人を集める事業は中止
〈自治体の対応7〉24時間体制（職場特例/各区）で対応

本権が保障されるが、その職務の性質上、国民全体の利益の保障という見地からの制約を当然の内在的制約として内包することとどまると、との判例を示した（昭和41年10月26日全通東京中郵事件）。

(5) 〈保健所の対応4〉保健所（実働班）は、医療機関から疑い患者（発生病国での接触条件なし）報告があった場合、実働班が出動する。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う。しかし、当該疑い患者を強制することはできず、任意の協力を求めることになる。この場合、合意書を取り交わすことで協力を少しでも確保するやり方も考えられる。

情報を受けた保健所は、情報を市民や医療機関に還元しない情報提供とする。

報告を受けた自治体は、国への情報提供、X国への渡航自粛情報、検査強化を実施し、集会等の自粛勧告、新型コロナウイルス様症状が見られた者の出動停止、受診勧告等の要請準備、疑い患者の定義の確認等を行う。

状況設定3

(1) 〈自治体の対応1〉のルールは、任意に協力してもらおう他はない。したがって、拘束力は持たないと思われるから、このルールに反して診療を求められた場合、診療に応じざるを得ない。もともと、重症者と中症者の区別が容易でない場合、中症者の入院も止むを得ない。ただ、ベッドに余りがない場合の入院の拒否は、止むを得ない。

(2) 〈保健所の対応1〉の重症者は入院（個室管理）について、陰圧の個室でない感染する場合、あるいは空気感染する場合、入院の取扱いは厳格にされねばならない。

「手洗い・マスク・集会等人ごみに出かけない」も任意に協力してもらおう他はなく、拘束力は持たないと思われ。

(3) 〈自治体の対応3〉、〈自治体の対応4〉は、任意に協力してもらおう他はなく、拘束力は持たないが、

緊急事態宣言をした場合には、一定の拘束力を認めるべきではないかと思われる。

(4) 〈保健所の対応2〉で保健所は、患者・家族を中心に調査をする。基本的には接触者についても調査をして、健康状況の把握をすることになっているが、人数が増えてきた場合、接触者の範囲についても程度限定せざるを得ず、患者行動調査の範囲を縮小化する可能性がある。この場合、他の自治体の援助が可能かどうか検討すべきである。

(5) 〈保健所の対応2〉で保健所の患者搬送については、市立病院の病床が埋まり次第、医療機関にとりあえず依頼するしかないが、その「とりあえず」については、重症者については入院、中・軽症者については自宅療養で検査結果がわかるまで外出は控えてもらうことになるという。この場合、医療機関がどこまで協力しなければならぬか、重症者の中症者の区別が容易でない場合の問題はあり、医療機関の協力の範囲は制度化しておくべきであろう。

(6) 〈保健所の対応2〉で、保健所としては、中・軽症者については自宅療養で検査結果がわかるまで外出は控えてもらうことになるが、外出がどうしても必要な際はマスクを着用してもらう。この段階で、非常に多くの疑い患者が出てきているというのでもまえて、広報車を使って感染予防策の啓発、手洗い、マスクの着用、集会等人混みにならない、なるべく自宅にいてるように広報をしていくことになっているという。この点も、任意に協力してもらおう他はなく、拘束力は持たないだろう。

(7) 〈保健所の対応3〉は、職員感染でマンパワーが減り、自治体が業務を縮小したため、検診等人を集める事業は中止されるから、市民が不利益を被ることが起こり得る。このような場合、他の自治体の可能な援助を義務付けるべきであろう。

状況設定4

(1) 自治体では、市長が緊急事態を宣言する。この際に地域活動、スポーツ活動、文化行事等の自粛をすべての学校（市立以外も含む）に自主閉鎖を要請し、ライフライン、公共交通機関等の安定的運営を

(5) (自治体の対応5) 地域団体、県警と連携した

地域社会の安全性の確保は、「これはタミフルだよ」と言っ

情報収集・提供 (還元を含む)

国、県、医師会等である。この点、個人情報保護法

では、「法令に基づき場合」、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」または、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ること

(6) (自治体の対応5) 自治体は、火葬体制の強化、斎場の稼働延長、安置施設の確保を行うが、これらの人々への感染の危険性も問題になる。感染した場合の治療その他の無過失補償を制度化しておくべき

表：情報収集・提供 (還元を含む)

Table with 2 columns: I. 自治体, II. 保健所. It details information collection and provision methods, including contact tracing, reporting, and data sharing between municipalities and health centers.

(3) 自治体には、フェーズGになると、いろいろな社会機能が低下しつづつ、施設によっては閉まってしま

ことが想定されている。例えば市民センターが閉まっているとか、ゴミ収集車がこの地区は来ないとか、学校・保育園はいつまで休むのかとか、そういう健康相談以外の生活支援相談が多発するかもしれない。これら住民の不利益は、生命、健康に影響がない限り、止むを得ないものと思われる。

(4) (自治体の対応3) 自治体は、医師会と連携して、受診可能な医療機関を把握する。これは、実際に医療機関も感染することが想定されるので、その場合、どこまで行ったらいいのかと想定されるので、その場等が寄せられる可能性があるから、そういうことも把握して、情報提供できるようにするための。これは、行政以外のサービスの提供が行われないことによる住民の不利益であるが、保健所との連携が求められるだろう。

要請する。どの程度まで拘束力を持って要請できるかにについては、任意に協力してもらおう他は若

者のみ、接触した調査はなしで、患者についても年齢、性別、重症度等についてという非常に簡易な調査になる。患者搬送については、基本的にはなく、患者は医療機関にトリアージをしてもらう。内容としては重症者が入院、中・軽症者は自宅療養。検体搬送についても全数検査は行わず、衛生研究所の検査能力に合わせて、1日当たりの搬送検体数を決定していく。その中で新型インフルエンザの発生割合を算定していくことになる。これは、感染症法15条を「感染症の発生の状況、動向及び原因の調査」規定が「……できる」となっているから、法違反にはならない。

状況設定4 12月1日、S市内の医療機関からインフルエンザ (H5N1) を疑う患者の報告が相次いだ。自治体衛生研究所では、患者から採取した咽頭ぬぐい液 (9検体) について、インフルエンザ (H5) の検査を実施した。同日深夜、自治体は衛生研究所より検査を実施した12検体からインフルエンザ (H5) のウイルスを検出したとの報告を受けた。インフルエンザ (H5N1) 確定検査のための国立感染症研究所に検体を送付するとともに、自治体は、インフルエンザH5型型の患者が確認された各区の保健所に結果を連絡し対策を指示した。

Table with 2 columns: (自治体の対応1) through (自治体の対応5) and (区) 域. It lists various response measures such as information provision, medical institution cooperation, and public transport measures.

表：医療

Table with 2 columns: I. 自治体, II. 保健所. It details medical response measures, including patient management, information provision, and coordination with health centers.

とが困難であるときは、利用目的による制限、第三者提供の制限について、例外であると規定している。個人情報保護法は、識別される特定の個人の数の合計が過去6ヶ月以内のいずれの日においても5,000を超えない小規模事業者を除くとしているが、「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取扱いのためのガイドライン」はこの制約を外し、小さな診療所も医療情報を保護しなくてはならないものとしている。

一般市民の啓発

市民に対する正しい情報の随時提供が、基本中の基本である。

医療

症例定義の決定、改定の情報提供もまた、基本中の基本である。

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、本人にとっても最善の益であり、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は市民が学び、リスクがどういう段階にあるか、国や自治体はどういう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すべているが、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、検査、分断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らう。

4. 政府の行動計画におけるブレバンデミックワクチン臨床研究の法的问题

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、被害防止の観点から、ブレバ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问题について述べる³⁴。

2) ブレバンデミックワクチン臨床研究

(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) ブレバ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型などの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正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年程度の期間が必要と言われている。そこで、新型インフルエンザ発生初期の段階では、これまでのトリカラ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言われるブレバンデミックワクチンにより対応することになる。

ブレバンデミックワクチンは、H5N1型のトリカラ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、思わぬ副作用が生じる可能性は否定できない。ブレバンデミックワクチン臨床研究は、ブレバ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、今後のワクチン臨床研究の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。

(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ブレバ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、ブレバ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利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年度のブレバンデミックワクチン臨床研究の問題

このブレバ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、成人について治療の末、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共に「劇薬に該当する」とされ、「副作用は高頻度に、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。

ブ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

システムとは言えない。

4) 被験者

(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査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6,000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もた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6,000人の検査所職員や医療機関職員等については、ブレバ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。

(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試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」に基づくこととされているが、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

る感染症患者等や非患者を保護する研究対象者保護法
法則は、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
研究については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できあがるものと期待
される。

以下、山本太郎、新型インフルエンザ 世界がふるえ
る日、岩波新書 2006から括弧付で引用する。

まず、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。」
次に、パンデミック警告期には、フェーズ3～5があ
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と、ヒトからヒトへの
感染は無いが、あっても極めて稀である。」
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で見られる現象が偶発的な
感染であるのに対し、フェーズ4で見られる現象には種
を超えた適応が必要になるからである。

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いる」段階である。
新型インフルエンザ出現期の「対策の目的は、新型ウ
イルスを早期に封じ込めること、あるいは万が一、封じ
込めに成功しなかったとしても、それ以降の流行拡大速
度の遅延を図ることにある。…新型インフルエンザ封じ
込めのために国際社会が準備しておくべき計画として、
抗ウイルス薬の開発の国際的あるいは地域的の備蓄とその配布メ
カニズムの確率が挙げられる。…国際的・地域的に備蓄
された抗ウイルス薬を誰が発生源に届け、発生国内で誰
が配布を行うか…。封じ込め対策を行った場合、たとえ
封じ込めに成功しなかったとしても、指数関数的増加の
始まりを遅延させることはできる。その間に新型インフ
ルエンザに対するワクチン生産が可能になれば、多くの
人がインフルエンザ感染から免れることができる。」
さらに、パンデミック期には、フェーズ6がある。
フェーズ6は、「一般集団にも感染が拡大」である。
「パンデミック期における対策は、罹患率、死亡率の
低減と社会機能の破綻回避を目的としたものになる。」
前掲注1,p.152

3) (財)日弁連法務研究財団
ハンセン病問題に関する検証会議「最終報告書」2005・

3 (財)日弁連法務研究財団

まず、憲法上、国民とは、a) 国家構成員としての国民、
すなわち個々の国民、b) 主権の主体としての国民、す
なわち天皇を除く全国民、c) 国家機関としての国民の
3種の意味があるが、「指針」でいう国民とは、aの意味
と考えられる。この日本国民の要件は憲法10条に基づ
く国籍法で定められている。したがって、外国人、すな
わち日本国籍を有しない者は、この国民の中に含まれない。
しかし、外国人にも、権利の性質上適用可能な人権規定
は、すべて及ぶ(判例・通説)。性質上、入国の自由は
外国人に保障されない(ただし不法入国者といえども人
身の自由の保障は享有する。入国の自由がない以上、在
留権も保障されない)。出国の自由は保障されるが、再入
国の自由については、「著しくかつ直接に日本国の安全
と独立および国民の福祉を害するおそれがある場合」に
は再入国を許可しないことができる)。以上の他の自由
権、平等権、受益権は、その保障の程度・限界は日本国
民と全く同じというわけではないが、外国人にも保障さ
れる。したがって、「指針」の「国民」の中に外国人は
同様の範囲に含まれると解される。

例えば、大阪府和泉佐野保健所健康危機管理マニュアル

8) 以下、衆議院調査局厚生労働調査室作成の「感染症の子
防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫
法の一部を改正する法律案(内閣提出32号) 参考資料」
第169回国会平成20年3月に基

礎として検

討する。

31) ①アタの体内で鳥とヒトのインフルエンザウイルスの交
雑が発生するパターン、②鳥インフルエンザウイルスが
感染したヒトの体内で突然変異が起り、ヒト型へ変異
感染したパターン、③ヒトが従来型のインフルエンザ(香港型
(H3N2))にかかっているときに、さらに鳥インフル
エンザA型(H5N1)にも感染し、ヒトの体内で2種
類のウイルスの遺伝子の組換えが起り新型(鳥)イン
フルエンザA型が誕生するパターン、が考えられている。

最も可能性が高いのは③と考えられている。

光石忠敬、平成17(2005)年10月5日、18日、11月2日
厚生科学審議会感染症分科会参考意見

田中良明(東京都保健所保健サービスク長・分担研究者)、
岩崎恵子(仙台市副市長・研究協力者)、仙台市(協力)

の研究 この研究は、新型インフルエンザパンデミック
の時を想定した机上訓練を通して、自治体や保健所がどの
ような対策をしていけば良いか、すなわち、自治体や保
健所が新型インフルエンザ等の健康危機に直面したとき
に、融通の利いた対応策を考えることができるような基
本的な考え方を学ぶ訓練テキストを検討している。状況
設定に依り、自治体(銀行・市役所)や保健所がどのよ
うな対応をすべきか関係機関で検討を重ね、でき上った
訓練シナリオに依り、机上訓練を行っている。

光石忠敬、08.4.22: 感染症法改正案について(参
考意見陳述) 第169回国会衆議院厚生労働委員会議録
第9号

35) 拙言「研究対象者保護法要綱草案」-生命倫理法制上最
も優先されるべき基礎法として-(藤島次郎、栗原千
子と共著)、臨床評論 2003.30(2.3):369-395.

拙言「研究対象者保護法要綱07年草案」-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-(藤島次
郎、栗原千子、浅野茂隆、福島雅典と共著)、臨床評
論 2007.34(3):595-611.

6) 平成9年12月8日
7) 平成9年12月24日「新しい時代の感染症対策について(意
見)」

8) 光石忠敬、人間の尊厳と人権の関係-人間の尊厳は人間・
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-、臨床評論 2007.34(1):93-101.

9) 下山英二、医療の強制と人権、医療と人権-医師と患者
のよりよい関係を求めて-1984年 有斐閣

10) 原田尚彦、行政法要論、学陽書房 2006: 220.

11) 牧野英一、日本刑法論、有斐閣 1926: 14.

12) 前掲注10, p.225.なお、感染症法19条に定める強制入院措
置は、直接強制では感染症蔓延の観点から迅速であるとい
う理由で即時執行であると考えられるが、「同法
では書面による通知に基づく通告を強制入院措置の前
置いた(法19条・23条) ことにもよると考えられる」(塩
野宏、行政法I, 有斐閣 231).

13) 前掲注10, p.238 ~ 239.

14) 戸部信喜、憲法 岩波書店 p.95 ~ .

15) 注解日本国憲法: §22の項「公共の福祉に合する限り、
制約をなす」の趣旨である。しかし、ここにいわれる
公共の福祉は、…政策的に要求されるものを含む…。例
えば、…編子防法で患者又は病者に汚染した疑いある者
を強制隔離するのが、まさにこれにあたる。」

16) 宮沢俊義、憲法II (法律学全集)、有斐閣 1959 218 -
240.

17) 山本桂一、公共の福祉。In: 日本国憲法体系(宮沢俊義
選集) 第8巻基本的人権II。有斐閣 1965 13.

例えは、室井力、特別権力問題論1968年

19) この通説の取扱は、戸部信喜、憲法学II 人権総論、有斐
閣 1994 246-250. によった。

20) 前掲注11, p.102 ~ 103.

21) 加藤周一「憲法」が「有事法制」が、憲法再生フォーラム
編 有事法制批判 岩波新書 2003年.

22) 水島朝穂、有事法制による安全保障の重、注21前掲書

23) 加藤周一、注21、前掲書

24) 山下恭弘、解説・国際人権規約 宮崎繁樹編著 日本評
論社 1996 p.119

25) 宮崎繁樹、緊急事態の場合の免脱措置、法学セミナー
1979年5月臨時増刊 p.129.

26) 前掲注24.

27) 前掲注24, p.118.

28) 光石忠敬、シンポジウム講演1998.10.30「公衆衛生と倫理」
In: これからの公衆衛生のサイエンスとアート、岩田弘
敏発行 第57回日本公衆衛生学会総会実行委員会 1999.

29) 竹田美文、感染症新法と人権・危機管理 朝日新聞論壇
1998・4・16.

30) 以下、衆議院調査局厚生労働調査室作成の「感染症の子
防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫
法の一部を改正する法律案(内閣提出32号) 参考資料」
第169回国会平成20年3月に基

礎として検

討する。

■第11章 健康危機管理における強制と人権

内田博文 (九州大学大学院法学研究院)

1. はじめに

1) 健康危機管理基本指針

平成18年度版厚生労働省の第2部「主な厚生労働行政の動き」の第9章「医薬品・食品の安全性の確保」の第3節は「健康危機管理体制の整備」と題して、次のように記述している¹⁾。

「厚生労働省においては、国民の生命・健康の安全を脅かす健康危機への迅速かつ適切な対応を図るため、2001(平成13)年1月の省庁再編に伴い改定した『健康危機管理基本指針』²⁾に基づき必要な体制を整備して、健康危機管理に取り組んでいるところである。

具体的には、平素から、関係部局や国立試験研究機関において内外からの情報収集を行うとともに、部局横断的な組織として『健康危機管理調整会議』を設置し、幹事会と合わせて毎月2回、厚生労働省の関係部局が連携をして、感染症、食中毒、医薬品、飲料水汚染などによる健康被害についての情報交換を行い、適切な健康危機管理対策を迅速に講ずることとしている。加えて、休日夜間を含め連絡体制を確立するとともに、万一重大な健康被害が発生した場合には、直ちに『健康危機管理調整会議』を招集し、対策本部の設置、職員や専門家の現地への派遣、国民に対する健康危機情報の提供など必要な対応策を講ずることとし、また、地域における健康危機管理体制を確保するため、都道府県等の職員を対象とした研修を毎年実施しているところである。

健康危機管理調整会議の主な対応事例としては、1998(平成10)年の和歌山市の毒物カレー事件に端を発した毒劇物等を使用した事件の統廃や

被害の重篤度、規模、治療方法の有無等を勘案して、可能な限り客観的に判断するための方策を講じるものとする」『健康危険情報に関する情報収集窓口を設け、情報の広範囲な収集及び分析に努めるものとする』「重大な健康被害が特定の地域に集中して発生した場合には、健康危機管理担当部局は必要に応じ、関係する地方公共団体との連携を下に、現地に職員を派遣し、情報収集に努めるものとする」などが、『健康危険情報の収集』に関する規定である。

「対策決定過程」では、「健康危機管理担当部局においては、健康危機管理に係る対策の決定……」を行う場合には、その重要度に応じ、厚生労働大臣まで伝達した上で決定するほか、必要に応じ、他の関係部局の長と協議を行うものとする。この場合においては、当該事項を厚生労働省健康危機管理調整会議の主査にも伝達するものとする。『健康危機管理担当部局においては、特に重要な健康危険情報及び対策の決定については、内閣総理大臣まで伝達するものとする』「健康危機管理担当部局においては、速やかに、その内容を公開するとともに、特に不確実な情報の下で当該決定を行った場合には、その前提となった情報及び知見の内容、考慮要因、制約条件等を併せて公表するものとする」などとされる。

他方、「重大な健康被害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、当該被害の程度、緊急度等を勘案し、厚生労働大臣の承認を得て、対策本部を設置するものとする」「重大な健康被害が特定の地域に集中し、現地における的確な対応のために必要がある場合には、当該被害発生地域の地方自治体との連携の下に、厚生労働大臣の承認を得て、現地対策本部を設置するものとする」などが、「対策本部の設置等」に関する規定である。

「健康危険情報の提供」では、「健康危機管理担当部局は、健康危険情報及びその対策に関する情報を提供する窓口を設けるものとする」『健康危機管理担当部局は、健康危機管理に係る国内外の情報について、適宜、報道機関、政府広報、高度情報通信網等を通じて広く国民に提供するとともに、医療関係団体等を通じて関係者への提供を図るものとする』「健康危機管理担当部局は、地方支分部局、都道府県、

保健所、地方衛生研究所、国立病院等に対し、……重要かつ緊急な健康危機管理に係る情報及び講じた対策、治療方法等の情報を迅速かつ直接に提供するものとする」必要に応じ、各都道府県担当課長会議等を開催するものとする」などとされる。

第3章「厚生労働省健康危機管理調整会議」では、「目的」、「組織」、「業務」が規定され、同会議は「健康危機管理事務局における健康危機管理に関する取組についての情報交換を行うとともに、迅速かつ適切な健康危機管理を行うための円滑な調整を確保するために行うために設置する」とされ、「大臣官房厚生科学課長を主査とし、大臣官房厚生科学課に事務局を置くものとする」とされる。

2) 健康危機管理実施要領および地域健康危機管理ガイドライン

「健康危機管理基本指針」の策定を受けて、「医薬品等危機管理実施要領」、「感染症健康危機管理実施要領」³⁾、「飲料水健康危機管理実施要領」、「食中毒健康危機管理実施要領」などが定められた。

このうち、「医薬品等危機管理実施要領」は、「基本指針」に基づき、薬事法(昭和35年法律145号)に規定する厚生労働大臣の権限及びこれに関連して必要な行政措置に関する事務を的確、かつ、迅速に行うことにより、医薬品等(医薬品、医薬品外品、化粧品及び医療用具をいう)による健康被害の発生を未然に防止し、及び発生した健康被害の拡大を防止することを目的として、医薬品医療機器総合機構との連携及び医薬品食品局内における業務の実施要領を定めるものである。

「感染症健康危機管理実施要領」は、「厚生労働省健康危機管理基本方針」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たものであるが、本実施要領は、厚生労働省内での対応について定めたものであり、地方公共団体等での対応要領については、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第10条第1項に規定する予防計画、既存の指針、要綱等によるものとされた。「飲料水健康危機管理実施要領」も、「基本指針」に基づき、飲料水を原因とする国民の生命、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、拡大防止等の危機管理の適正を図ることを目

的として、厚生労働省における責任体制及び権限行使の発動要件について定めたものである。

「食中毒健康危機管理実施要領」も、「基本指針」を実施するため、食中毒発生時における厚生労働省医薬食品局食品安全部の対応等について定めたものである。

他方、「地域における健康危機管理について—地域健康危機管理ガイドライン」⁴⁾もまとめられているが、その経緯は、次のようなものである。

「新しい地域保健体制の整備を図るため、平成6年に保健所法が改正され地域保健法が制定されたが、その後、地域における健康危機事例が頻発し、健康危機に対する地方公共団体の保健衛生部門の役割が問われている状況にある。このような状況を踏まえて、平成10年11月に公衆衛生審議会の下に設置された「地域保健問題検討会」は、平成11年8月に報告書をまとめ、地域における健康危機管理の在り方について等の提言を行った。

厚生省ではこの提言を踏まえ、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成12年2月1日厚生省告示第374号）」を平成12年3月に改正し、地域における健康危機管理等の基本的な方針を示した。基本指針には、地方公共団体が健康危機管理を適切に実施するための具体的な対応についての手引書を整備すべきであり、地域保健の専門的、技術的かつ広域的拠点である保健所は、地域における健康危機管理においても、中核的役割を果たすべきである旨が定められている。

そこで、地方公共団体が、健康危機管理において保健所の果たすべき役割について記載した「地域における健康危機管理のための手引書」を作成する際にも参考に、保健所が各種の健康危機管理を行う際に共通して果たすべき事項等ガイドラインとしてまとめたこととした。」

なお、同ガイドラインによれば、「食中毒、感染症等の個別の健康危機管理については、それぞれの詳細なマニュアル等がまとめられており、個別の対応に当たっては、これらに基づいて行われることとなる」とされる。

2. 強制隔離規定の適法性

1) 感染症健康危機管理実施要領

感染症への対応は地域健康危機管理においても重要な問題の1つとして位置づけられるが、これについては厚生労働省によって「感染症健康危機管理実施要領」がまとめられたこととなる。保健所⁵⁾が地域における感染症健康危機管理を行う際にも、これに基づいて実施されることになる。同「要領」は、「目的」、「感染対策における健康危機管理の基本的心得」、「感染症による健康危機発生時における対応策」などからなる。

「心得」では、「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ことに留意し、日ごろからの発生状況の把握と的確な流行状況の予測に努めるものとす」と及び「ひとたび感染症が発生した場合は、適切な初期対応が拡大防止の第一要件であることから、起因病原体の感染性、感染経路、重症度を考慮した機敏な対応に努めるものとす」と定められている。

「対策決定」は、「平時対応」と「緊急対応」とに分かれるが、「平時対応」では、「各種法令に規定された平常時における対応例」として、例えば、感染症法によるものとして、「医師からの届出の受理」、「入院勧告」、「入院措置」、「就業制限」、「物件等の消毒」などが列挙されている。そのほか、「国立感染症研究所感染症情報センターにおいては、法に規定する感染症発生動向調査を実施することにも、世界保健機関、米国疾病対策予防センター及び内外の大学研究機関等からの情報を収集し、分析を行い、必要な情報を健康危機管理課へ提供する」及び「結核感染症課は、緊急時の第一報や自治体の行政対応に係る緊急時の情報収集を行い、それらの情報を評価し、政策判断をすることとする」も柱とされている。

他方、「緊急時対応」では、「別紙（感染症発生時のレベル別対応表—引用者）1のレベル3以上の状態と判断された場合には、以下に定めるところにより必要な対応を行う」とされる。ここに「レベル3

の状態」とは、海外の感染症発生例（国内に常存しないもの）により「国内への重度の影響が想定されるか又は国内での発生が増進しており、緊急に対策を必要とする場合」がその1つ。もう1つは、国内の伝染病発生により「集団発生例のうち、感染経路が特定できないこと等から、周辺地域への影響が想定される場合」または「最近国内で発生例のない感染症の発生例」の場合である。この場合には、「情報分析」、「詳細な発生情報の収集」、「WHO等からの情報収集」、「治療情報の収集・提供」、「海外の感染症の発生例の場合には、検疫所において、海外渡航者向けに情報提供する」、「厚生労働省健康危機管理調整会議の開催」、「国内の場合は、現地派遣」、「指定感染症制度の適用検討」、「CDC又はWHOへの協力依頼の検討」などの対応を行うこととされる。

他方、「非常事態」とは、海外の感染症発生例（国内に常存しないもの）により「最近前例のない規模又は種類の感染症が現に侵入したか侵入のおそれが高い場合」がその1つ。もう1つは、国内の伝染病発生のうち「重大な疾病例による大規模集団発生例」、「重大な疾病による最近国内で発生例のない感染症の集団発生例」、「新感染症が疑われる患者の発生」の場合である。この場合には、上記の対応に加えて、「関係省庁連絡会議設置の検討」、「新感染症制度の適用検討」、「CDC又はWHOへの協力依頼の検討」が行われる。

これらの対策が行われた場合、結核感染症課は、対策を決定した段階で、前掲・別紙1の情報配布先に対し、「対策の内容」、「対策の前提となったデータ」、「国民への周知事項」の情報を提供するとともに、当該情報を国民に対して公開する。また、危険がなくなるまでの間の監視体制として、結核感染症課は、対策実施後、定期的に、「患者数」、「入院者数」、「重症者数及び重症者の状況」、「治療者数及び死亡者数（累積値及び前回把握時の差引値）」、「無症状態病原体保有者数」、「周辺医療機関の対応状況」、「現地の自治体における対策実施状況」のデータを把握する。さらに、結核感染症課は、現地紙の報道の動向を確実に把握する。このように規定されている。

2) 入院勧告及び入院措置

感染症法による対応のうち、人権制限という観点

からみてより重要だと思われるのは、入院勧告及び入院措置である。

ところで、近年の新興・再興感染症の出現、医学・医療の進歩、国民の健康・衛生意識の向上、人権尊重への要請、国際交流の活発化等を踏まえて、新しい時代の感染対策を構築するという観点から、従来の伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律を廃止・統合して、結核を除くすべての感染症を対象として、「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」（感染症法）が1998年10月に制定され、翌1999年4月から施行された。この感染症法は、入院勧告及び入院措置に関して、次のように規定している。

「第19条 都道府県知事は、一類感染症のまん延を防止する必要があると認めるときは、当該感染症の患者に対し特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であって当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。」

2 都道府県知事は、前項の規定による勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、当該勧告に係る患者を特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関（同項ただし書の規定による勧告に従わないときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関）以外の病院又は診療所であって当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。

3 前2項の規定に係る入院の期間は、72時間を超えてはならない。

4 都道府県知事は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、第1項又は第2項の規定により入院している患者を、当該患者が入院している病院又は診療所以外の病院又は診療所であって当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。」

入院させることができる。

5 第1項又は第2項の規定に係る入院の期間と前項の規定に係る入院の期間とを合した期間は、72時間を超えてはならない。

第20条 都道府県知事は、一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の患者であつて前条の規定により入院しているものに対し10日以内の期間を定めて特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該入院に係る患者を入院させるべきことを勧告することができる。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、10日以内の期間を定めて、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。

2 都道府県知事は、前項の規定による勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、10日以内の期間を定めて、当該勧告に係る患者を特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関（同項ただし書の規定による勧告に従わないときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院又は診療所であつて当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。

3 都道府県知事は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、前2項の規定により入院している患者を、前2項の規定により入院したときから起算して10日以内の期間を定めて、当該患者が入院している病院又は診療所以外の病院又は診療所であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院させることができる。

4 都道府県知事は、前3項の規定に係る入院の期間の経過後、当該入院に係る患者について入院を継続する必要があるときは、10日以内の期間を定めて、入院の期間を延長することができる。当該延長に係る入院の期間の経過後、これを更に延長しようとするときは、同様とする。

5 都道府県知事は、第1項の規定による勧

告又は前項の規定による入院の期間を延長しようとするときは、あらかじめ、当該患者が入院している病院又は診療所の所在地を管轄する保健所について置かれた第24条第1項に規定する協議会の意見を聴かなければならない。

第46条 都道府県知事は、新感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、新感染症の所見がある者に対し10日以内の期間を定めて特定感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該新感染症の所見がある者を入院させるべきことを勧告することができる。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該新感染症の所見がある者を入院させるべきことを勧告することができる。

2 都道府県知事は、前項の規定による勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、10日以内の期間を定めて、当該勧告に係る新感染症の所見がある者を特定感染症指定医療機関（同項ただし書の規定による勧告に従わないときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。

3 都道府県知事は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、前2項の規定により入院している新感染症の所見がある者を、前2項の規定により入院したときから起算して10日以内の期間を定めて、当該新感染症の所見がある者が入院している病院以外の病院であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院させることができる。

4 都道府県知事は、前3項の規定に係る入院の期間の経過後、当該入院に係る新感染症の所見がある者について入院を継続する必要があると認めるときは、10日以内の期間を定めて入院の期間を延長することができる。当該延長に係る入院の期間の経過後、これを更に延長しようとするときは、同様とする。

同感染症法は2003年10月に改正・公布されたが、さらなる一部改正が行われ、同改正法が2006年12月

に公布された⁶。生物テロや事故による感染症の発生・蔓延を防止するための病原体等の管理体制の確立、最新の医学的知見に基づく感染症の分類の見直し、結核を感染症法に位置づけて総合的な対策を実施する、などの観点から改正が行われたもので、入院勧告及び入院措置についても所要の改正を行った。

その第1は、第19条に新たに第2項「都道府県知事は、前項の規定による勧告をする場合には、当該勧告に係る患者又はその保護者に対し適切な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない」を挿入し、旧第2項以下を第3項以下とするともに、第7項「都道府県知事は、第1項の規定による勧告又は第3項の規定による入院の措置をしたときは、遅滞なく、当該患者が入院している病院または診療所の所在地を管轄する保健所に報告しなければならない」を新設した点である。

第2は、第20条に新たに第6項「都道府県知事は、第1項の規定による勧告をしようとする場合には、当該患者又はその保護者に、適切な説明を行い、その理解を得るよう努めるとともに、都道府県知事が指定する職員に対して意見を述べべる機会を与えなければならない。この場合においては、当該患者又はその保護者に対し、あらかじめ、意見を述べべるべき日時、場所及びその勧告の原因となる事実を通知しなければならない」、第7項「前項の規定による通知を受けた当該患者又はその保護者は、代理人を出頭させ、かつ、自己に有利な証拠を提出することができる」、第7項「第5項の規定による意見を聴取した者は、聴取書を作成し、これを都道府県知事に提出しなければならない」を挿入した点である。

第3は、新たに第22条の2「第17条から第21条までの規定により実施される措置は、感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な最小限の措置を、当該患者又はその保護者又はその代理人を出頭させ、かつ、自己に有利な証拠を提出することができる」、第8項「第6項の規定による意見を聴取した者は、聴取書を作成し、これを都道府県知事に提出しなければならない」を挿入した点である。

第4は、新たに第24条の2を置いた点である。「第24条の2 第19条若しくは第20条の規定により入院している患者又はその保護者は、当該

患者が受けた処遇について、文書又は口頭により、都道府県知事に対し、苦情の申出をすることができる。

2 前項に規定する患者又はその保護者が口頭で同項の苦情の申出をしようとするときは、都道府県知事は、その指定する職員にその内容を聴取させることができる。

3 都道府県知事は、苦情の申出を受けたときは、これを誠実に処理し、処遇の結果を苦情の申出をした者に通知しなければならない。」

第5は、第46条に新たに第5項「都道府県知事は、第1項の規定による勧告をしようとする場合には、当該患者又はその保護者に、適切な説明を行い、その理解を得るよう努めるとともに、都道府県知事が指定する職員に対して意見を述べべる機会を与えなければならない。この場合においては、当該患者又はその保護者に対し、あらかじめ、意見を述べべるべき日時、場所及びその勧告の原因となる事実を通知しなければならない」、第6項「前項の規定による通知を受けた当該患者又はその保護者は、代理人を出頭させ、かつ、自己に有利な証拠を提出することができる」、第7項「第5項の規定による意見を聴取した者は、聴取書を作成し、これを都道府県知事に提出しなければならない」を挿入した点である。

第6は、新たに第48条の2「第45条から第47条までの規定により実施される措置は、感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な最小限の措置を、当該患者又はその保護者又はその代理人を出頭させ、かつ、自己に有利な証拠を提出することができる」、第7項「第5項の規定による意見を聴取した者は、聴取書を作成し、これを都道府県知事に提出しなければならない」を挿入した点である。

第7は、新たに第49条の2の規定を置き、都道府県知事に対する苦情の申出に関する第24条の2の規定を、第46条の規定により入院している新感染症の所見がある者について準用するとした点である。ちなみに、厚生労働省の作成した「法律案提案理由説明」によれば、入院等に関するこれらの改正が、「都道府県知事は、入院及び入院の勧告をする場合には、患者等に対し適切な説明を行い、その理解を得るよう努め、入院の勧告又は入院の措置をしたときは、遅滞なく、感染症の審査に関する協議会に報告するとともに、入院の延長の勧告をしようとする場合に