

別添1

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究  
（20HA2011）

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 武藤 香織

令和4（2022）年 5月

目 次

<b>I. 総括研究報告</b>		
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究 武藤 香織	-----	3
<b>II. 分担研究年報告</b>		
1. COVID-19と生命・公衆衛生倫理 井上 悠輔、大北 全俊、児玉 聡	-----	17
2. COVID-19と法令・制度 磯部 哲、山本 龍彦、吉峯 耕平、小川 有希子、 河嶋 春菜、船橋 亜希子、成原 慧、齋藤 健一郎 -別添レポート1「感染症対策におけるナッジの活用の意義と限界」成原慧 -別添レポート2「ワクチン・検査パッケージ制度の行政法上の課題」齋藤健一郎	-----	57
3. COVID-19とリスク・コミュニケーション1 田中 幹人、関谷 直也、石橋 真帆	-----	87
4. COVID-19とリスク・コミュニケーション2 田中 幹人、奈良 由美子	-----	97
5. COVID-19と偏見・差別 武藤 香織、永井 亜貴子、李 怡然、藤澤 空見子	-----	103
6. COVID-19対策と女性の視点（偏見・差別2） 武藤 香織、永井 亜貴子	-----	115
7. COVID-19とデジタル技術 藤田 卓仙	-----	121
8. COVID-19と患者・市民参画 東島 仁、武藤 香織、さくまりか -添付1_NIHR_Tips for PPI during COVID-19仮訳 -添付2_IFRC, OCHA, WHO_Covid-19 RCCE Guideline -添付3_IFRC, OCHA, WHO_Covid-19 RCCE Guideline Update#1	-----	125
9. COVID-19と地域包括ケア 武藤 香織、井口 高志、土屋 葉、中根 成寿、山下 幸子	-----	159
10. 成果発表イベント「コロナELSIナイト」の開催および情報保障について 武藤 香織、井上 悠輔、藤田 卓仙、東島 仁、磯部 哲、山本 龍彦、 小川 有希子、河嶋 春菜、永井 亜貴子、井口 高志、山下 幸子、 土屋 葉、中根 成寿、石橋 真帆、奈良 由美子、李 怡然	----	163
<b>III. 研究成果の刊行に関する一覧表</b>	-----	173

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(総括) 研究報告書

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の倫理的法的社会的課題 (ELSI) に関する研究

研究代表者 武藤 香織 東京大学医科学研究所 教授  
研究分担者 井上 悠輔 東京大学医科学研究所 准教授  
研究分担者 磯部 哲 慶應義塾大学大学院法務研究科 教授  
研究分担者 山本 龍彦 慶應義塾大学大学院法務研究科 教授  
研究分担者 田中 幹人 早稲田大学政治経済学術院 准教授  
研究分担者 藤田 卓仙 慶應義塾大学医学部 特任講師  
研究分担者 東島 仁 千葉大学大学院国際学術研究院 准教授

研究要旨

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の対策における様々な倫理的法的社会的課題 (ELSI; Ethical, legal and social implications) を7つのサブテーマ (生命・公衆衛生倫理、法令・制度、リスク・コミュニケーション、偏見・差別、デジタル技術、患者・市民参画、地域包括ケア) に分けて、論点のマッピングと課題整理を行うとともに、COVID-19 対策の長期化に備えて、幅広く ELSI について検討・抽出した。

A. 研究目的

新興感染症対策のパンデミック時には、平時の社会で確立されていた秩序や規律を超えた対応が容認され、社会全体による協力が正当化される。例えば、様々な私権の制限、不確かな科学的知見や仮説の積極的な共有、未確立な技術や知見の医療への応用、個人情報の特例的な利活用などが挙げられる。これは、現在の我が国における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の対策においても同様である。こうした例外的な状況が長期化することにより、社会経済活動が停滞し、様々な倫理的法的社会的課題 (ELSI; Ethical, legal and social implications) も生じている。しかしながら、

これまでの我が国のCOVID-19対策では、旧・新型コロナウイルス感染症対策専門家会議や厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード等では、アドホックにELSIの論点を指摘するのみであり、集中的に検討する機会の確保や実態に関する精査も行われてこなかった。

本研究計画の目的は、これまでのCOVID-19対策において生じたELSIの論点のマッピングと課題整理を行うとともに、COVID-19対策の長期化に備えて、幅広くELSIについて検討・抽出することとする。本研究の目的は、これまでのCOVID-19対策において生じたELSIの論点のマッピングと課題整理を行うとともに、COVID-19対策の長期化に

備えて、幅広くELSIについて検討・抽出することである。

## B. 研究方法

政府のCOVID-19対策に貢献してきた人文・社会科学の有識者が中心となり、COVID-19のELSIに関して領域横断的に議論し、施策に貢献できる体制を構築した。取り扱うテーマについては、①生命・公衆衛生倫理、②法令・制度、③リスク・コミュニケーション、④偏見・差別、⑤デジタル技術、⑥患者・市民参画、⑦地域包括ケアという7つを同定し、そのサブグループごとに活動を行った。研究方法は、サブグループ毎に異なるが、おおむね文献調査、質問紙調査、インタビュー調査等である。

### ① 生命・公衆衛生倫理班

生命・公衆衛生倫理班では、医療者等の諸決定の位置づけ、公衆衛生をめぐる個人の役割のあり方をテーマに掲げて検討した。まず、コロナ禍の特に初期の時期に注目して、「順位付け」をめぐる議論の経過と基準の運用をめぐる展開を検討した(検討1)。各自治体が検討してきた「コロナ条例」に注目して、公衆衛生の施策と住民との関係をめぐる議論の経過を追った。特に、差別中傷をめぐる措置に関する規定の特徴と課題をまとめた(検討2)。班の活動期間のさなかに、感染症法や新型インフルエンザ等特措法などに関する法改正がなされ、市民や事業者、そして感染者を対象として、新たな罰則がめぐる規定が加わったことを考慮して、人々の処罰感情の展開について既存の世論調査をレビューし、考察を加えた(検討3)。

### ②法令・制度班

1) 組織法・医療提供体制、2) 介入手段、3) 情報の各テーマに分類のうえ、関連する国内外の関連文献・資料を体系的に収集・分析するとともに、7回に及ぶ班会議における意見交換を行い、わが国の感染症対策の法令上の仕組みとその解釈運用の状況に関する論点をマッピングし、最終のとりまとめにおける4) 総論的な考察につながる問題意識を抽出し、成果をまとめる。

### ③リスク・コミュニケーション班

リスク・コミュニケーションとは、個人、機関、集団間での情報や意見のやりとり(相互作用プロセス)を通じて、リスク情報とその見方の共有を目指す活動のことである。COVID-19パンデミックにおけるリスクは複合的なものであり、感染症それ自体のリスクに加え、差別、インフォデミックなど多くの社会的混乱を引き起こした。

そこで、リスク・コミュニケーション班では、1) 前述の各リスクの実態と社会心理を鳥瞰的な視座から捉えるため、2021年3月に6か国(日本、台湾、ドイツ、イタリア、スウェーデン、中国)を対象とした国際比較調査を実施した。2) 統計に埋もれがちな当事者、少数者の意見を対話によって明らかにするため、専門家による論点整理会議を通じた論点の俯瞰、個別の論点について理解を深めるためのオンライングループインタビューを行い、対話記録の分析を実施した。

### ④偏見・差別班

偏見・差別班では、COVID-19に対する偏見や差別が生じる構造や実態を明らかにする活動を行ってきた。人々が不当な扱いを



受ける根幹に都道府県でのCOVID-19感染者情報の公表内容があると考え、その実態を明らかにする調査を行うこととした。

また、女性のCOVID-19感染とその予防に着眼し、1) 国内の男女別感染状況の概況、2) 政府における取り組み、3) 診療ガイドラインにおける女性の視点、の3つに分けて、取り組みの状況と課題を検討した。

#### ⑤デジタル技術班

デジタル技術班では、接触確認アプリの導入と活用の状況や課題の検討を行った。

日本、ドイツ、韓国、シンガポール等の接触確認アプリの導入・活用状況に関して、文献調査・インタビュー調査を行った。

海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術としての、「デジタル陰性証明」「健康パスポート」「ワクチンパスポート」の取り組みに関して文献調査・インタビュー調査を行うとともに、一般の意見を聴取するために、ワークショップを開催した。

COCOA の推奨状況等のデジタル技術の利用推奨状況等も含めて、業種別ガイドラインに関する(自然言語処理等による)分析を行った。

また、これらデジタル関連技術に対する人々の態度に関してオンラインでのアンケート調査を実施した。

#### ⑥患者・市民参画班

患者・市民参画班では、英語圏の国々を中心に、COVID-19対策に患者・市民の参画がどのように位置づけられ、実践されているのかを把握し、今後の国内対策に資する知見を得ることを目的とした。

患者・市民参画の定義は、「研究を含む、COVID-19対策全般の立案、実施、評価の過程において、患者・市民と、立案・実施に携わる人々(政策担当者、研究者を含む)の間に何らかの協働が行われること、少なくとも患者・市民の意見や視点、経験を検討、吟味する過程が存在すること」とし、そのような過程の存在が明示されていることを調査基準とした。

患者・市民参画や協働を推進する組織や団体、Covid-19対策を司る組織がウェブ上で発信する情報を中心に、英語の政策文書やウェブサイト上の記述、報道記事、学術論文等を収集して内容を精査した。

#### ⑦地域包括ケア班

地域包括ケア班では、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という理念の実行が困難な現状を踏まえ、COVID-19対策によってケアを要する人々が受けた影響を明らかにすることを目的としている。特に、(1) 地域生活を送る障害者や高齢者への地域生活支援や介護派遣事業における実態を把握するための調査、(2) 大規模都市周辺の地方自治体での感染をめぐる認識を把握するための調査を行った。

(倫理面への配慮)

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」及び関連する諸学会の倫理規範を参照し、人を対象とする調査研究を実施する場合には倫理審査委員会での承認を得たほか、インフォームド・コンセントやオプトアウトの機会確保、負担の軽減等の配慮を行った。

## C. 研究結果

### ①生命・公衆衛生倫理班

検討1：コロナ禍では、実に多くの側面で「順位付け」が行われてきた。問題意識は比較的早くからあったが、議論の場が明確でなく、決まった基準も社会への周知に欠け、基準から離れた運用が不透明になされた疑いが残るものもある。また、「トリアージ」という言葉の遣われ方については、引き続き検討を要するものとする。

検討2：約70の自治体で「コロナ条例」が制定され、多様な「住民の責務」の規定が存在している。差別中傷については、国の取り組みが明瞭でない中、差別禁止を謳う条例が増えている。住民への注意喚起や懸念を鎮静化する一定の効果が期待される一方、「差別」の範囲が明確でなく、訓示的である一方、個別具体的な状況への対応策に欠くなど、課題も指摘される。

検討3：主要紙の世論調査をメタ分析した結果からは、市民・事業者の行動制限に関する罰則に否定的・消極的な人々が増える一方、感染者のふるまいに厳しい視線が向けられているなど、「犠牲者非難」(victim-blaming)の構図を指摘できる。

### ②法令・制度班

1) 組織法・医療提供体制に関しては、感染症対策の意思決定及び専門的知見の反映のさせ方、国と地方の関係・地方公共団体間の関係に加え、医療リソースの適正配分が重要な課題であり、比較法研究を深めることも有用である。

2) 介入手段に関しては論点が多岐にわたるが、検疫における法的根拠の明確性と規制の実効性の確保、入院及び自宅療養・宿

泊療養を行う際の患者等の人権保障と間接強制制度の関係、入院療養中のケアの充実、予防接種に際しての被接種機会の平等と自己決定の実質的確保のあり方、健康被害救済制度の拡充等の課題が多くあり、わが国における法治主義や人権保障のあり方に対する深刻な懸念も含まれている。

3) 情報に関しては、情報の適切な管理と利活用、公表措置の合理性確保とプライバシー保障や不当な差別・偏見防止のあり方等が課題であるが、情報が広く国境も公私の垣根も超えて移動し利活用されることにかんがみ、情報をめぐる制度の設計や運営に際しては、広く開かれた討議プロセスと、信頼における監督の仕組みが不可欠である。

感染症対策における法的課題は複層的に存在している。今後も考察を続け、法治主義や基本的人権の保障といった基本的な法理念を適切に踏まえた上で、個々の課題を分析し、リスクに応じた合理的な規制体系を展望する必要がある。

### ③リスク・コミュニケーション班

1) 6か国調査については、2021年3月に、株式会社サーベイリサーチセンターの協力を得て、各国の16歳以上の個人を性均等割り付けし、計1,762票（各国300票を目標として収集）を回収した。

具体的には、新型コロナウイルス感染症に対するリスク・不安感については、国内の感染者状況とその不確実性、および政府の対応がリスク認知・不安感と関わっている可能性がある。実際、経時的な不安感が急激に上昇したのはいずれの国（台湾を除く）も感染拡大初期であり、その後は感染者がより減少・増加しようと、急激に不安感が変化

することはなかった。

差別への意識については、一貫した結論を導くことは難しい結果となったが、国に関係なく「感染した事実」よりは「感染を防止する努力を講じないこと」（＝防疫行動をしないこと）に対する忌避感が存在し、差別意識につながっていることが伺えた。

情報流通については、日本における情報への疲弊感の原因について、情報行動やメディア情報内容が推測される。当該要因を特定し、円滑な情報伝達のためにも早期に問題を解決する必要がある。

2) 市民対話については、予備調査分も含めて、俯瞰のための対話（論点整理会議）、全体を素描する対話（一般市民型）、個別を素描する対話（当事者型）を実施した。COVID-19をめぐる一般的論点、テーマ別論点を類型化し、全体像を素描し、さらに、対話の手法を「スケッチ・ダイアログ」として整理し、汎用化した。

#### ④偏見・差別班

都道府県・保健所設置市・特別区の公式ウェブサイトで公表されているCOVID-19の感染者の情報について調査を行った結果、厚生労働省が「一類感染症が国内で発生した場合における情報の公表に係る基本方針」において公表しない情報として示されている、感染者の国籍・職業・居住市区町村を公表している自治体があることが明らかとなった。さらに、一部の情報公表では、感染者の勤務先名称が公表されており、個人の特定につながる可能性が懸念された。また、各自治体が情報公表で用いている雛形は様々であり、同じ項目でも記載内容が異なることや、公表時期によっても記載内容にばら

つきがあることが明らかとなった。第50回厚生科学審議会感染症部会において、COVID-19の感染者に関する情報公表の基準の見直しの議論が提起されたが、個人情報保護やプライバシー侵害の回避をしたうえで、COVID-19の蔓延防止にとって公表が必要な情報とは何かを再考し、情報公表できる仕組みを早急に構築する必要があると考える。

女性の感染や療養に関する取り組みについては、第6波では、高齢者施設等での集団感染多発等により、新規感染者の女性比率が男性を初めて上回り、ケア労働に従事する人々と高齢女性の感染が目立った。診療では妊婦を中心に感染や重症化リスクが検討されたが、遷延症状に悩む女性が信頼できる診療と職域復帰支援の体制が必要である。今後、社会経済活動を優先する対策への転換に伴い、感染制御とケア労働の責務を負った女性の負担はさらに高まることが予想される。地域差のない迅速な相談支援体制の確立とともに、ピアサポートを通じて新たな知恵の創出と分かち合いが進むことが必要である。

#### ⑤デジタル技術班

ドイツ、韓国、シンガポールを中心に、接触確認アプリの導入・活用状況の調査を行い、その他、関連技術と、その導入の課題等の整理を行った。日本では、プライバシーへの配慮を重視し、収集する情報を最小限にするとともに、本院への同意を取得する方針で開発、運用がなされた。一方で、韓国のように立法化をした上で、保健当局が情報を取得したり、位置情報まで含めて利用することで行動制限を強めるということをし

ている国もある。シンガポールでは、収集した情報を事前の同意の範囲を超えて、警察が捜査に利用するという方針が示され、問題視される等、こうした情報/技術の取り扱いに関しては、各国で模索している状況と言える。

また、業種別ガイドラインは 200 業種にも及ぶ。それらの中身の適切性や利便性の評価を行い、各業種において、実際に営業を行うに際しての活用可能性の評価を目指すと同時に、デジタル技術（主に COCOA）の推奨状況の把握し、また、デジタル技術によるガイドラインの活用可能性の向上ができないか検討を行った。

さらに、市民による情報技術（健康証明パスポート）への受容状況や課題の把握のため、対話ツールを作成し、2021 年 2 月 19 日（金）に、市民参加型ワークショップ「ちょっと未来のヒトの移動 ～続 感染症対策に使われる情報技術～」を大阪大学社会技術共創研究センター（ELSI センター）等によりオンラインで開催した。ワークショップには各地から 16 名の参加が得られ、「健康証明パスポート」が使われることで、不利益を被る人が出ないような設計が必要等の意見があった。

（ワークショップの詳細報告に関しては、<http://stips.jp/20210219/> にて公開している）

デジタル技術の利用に際しては、アプリの相互運用性に関する課題等がある。また、感染症対策におけるデジタル関連技術の受容に関しては、技術自体への理解が不十分であること、プライバシー等に関する事前の不安や政府などへの不信感の影響が大きいことなどが示唆された。

## ⑥患者・市民参画班

COVID-19 対策に際して、各種の被害拡大を防止するために、意見聴取から協働に至るまで程度や方法の差はあれ、何らかの点で脆弱性が高い人々の参画が求められることは、各種声明で強く指摘されていた。その一例として、本班では、国際赤十字・赤新月社連盟・国連人道問題調整事務所・世界保健機関による「COVID-19: 社会的弱者と周縁化された人々を包摂する リスク・コミュニケーションとコミュニティエンゲージメント (RCCE) の進め方」の翻訳を行った。

脆弱性の高い人々の参画を求める狙いは、COVID-19 対策が効果的に機能し、既存の問題を深刻化させず、新たな問題を引き起こさないことであった。つまり種々の対策が狙い通りの効果を発揮し、それぞれで設定された目標と方法、想定される結果自体の科学的、倫理的、社会的な妥当性が高まると考えられる。

現在、国内では COVID-19 対策に、患者・市民、特に脆弱性の高い人々を参画させる動きは目立っていない。だがこれまでのところ、本研究の結果は、効果的な対策実施における参画過程の有用性を示している。

なお、日本においては、COVID-19 の感染者や家族は、脆弱性の高い人々であるとともに対策の当事者でもある。こうした人々の声を聴き、施策に活かすため、認定特定非営利活動法人（NPO）健康と病いの語りディベックス・ジャパンの協力を得て、COVID-19 患者・家族の語りを体系的に収集する取り組みを支援した。

COVID-19 対策の諸局面で対策の実効性を高め、また新たな問題を生まず既存の間

題を深化させないために、程度の差はあれ、特に脆弱性の強い人々を対象とするリスク・コミュニケーション並びに公衆衛生対策の患者・市民参画はきわめて重視されていた。国内においても今後を見据えた体制整備が強く望まれる。

## ⑦地域包括ケア班

(1) 地域生活を送る障害者や高齢者への地域生活支援や介護派遣事業における実態を把握するための調査、(2) 大規模都市周辺の地方自治体での感染をめぐる認識を把握するための調査を実施した。

(1) について、COVID-19 流行によって高齢者施設等が受ける影響について予備調査を行った。そのうえで、高齢者福祉施設関係者、介護派遣事業所、重症心身障害者施設、地域におけるインフォーマルな支援者ネットワーク等を対象に、感染状況の多寡による差異も考慮した形で地域を選定し、調査を進める計画を立てた。特に、①感染対策の工夫と困難、②(施設の場合) クラスタ発生時の対応、③対面でのサービス、お見舞い・面会の実施状況、④ワクチン接種(本人同意の確認等)、⑤ケア従事者の確保、⑥偏見・差別、誹謗中傷に関わる事項、⑦様々な困難を乗り越えるための工夫等に焦点をあてることとした。

障害者や高齢者への地域生活支援と介助派遣の状況に関するインタビュー調査により、①COVID-19 感染拡大が、障害者に及ぼした影響、②COVID-19 感染拡大が、福祉サービス従事者やサービス提供の責任者に及ぼした影響、③COVID-19 感染拡大が事業所経営に与えた影響を明らかにした。

(2) について、陽性者確認数が少なかつ

た地域における住民行動に関するインタビュー調査の結果、中核となるカテゴリとして「正確な情報への距離」「地元出身者と地域外出身者の区別」「非日常のコミュニティの特性」の3つを抽出した。これら3つのカテゴリが「感染以前の恐怖感の強さ」を構成・強化することを明らかにした。

以上のような本研究班の研究成果の対外的な発信と、各テーマの議論をより発展させることを目的に、2022年3月24日(木)、25日(金)の2夜連続で、オンラインイベント「コロナ ELSI ナイト～みんなで倫理的法的社会的課題を考える～」を開催した。成果の発信にあたっては、障害の有無や内容にかかわらず、同等の情報が確保されるようにする「情報保障」の考え方が重要とされることから、聴覚障害をもつ方への情報保障として、試行的に遠隔での手話通訳・文字通訳を取り入れた。準備段階では、報告者・司会者間で発話や画面構成における留意点を入念に情報共有し、リアルタイムで滞りなく通訳と進行を進められるよう準備を整えた。

第1夜は「生命・公衆衛生倫理」「法令・制度」「デジタル技術」、第2夜は「患者・市民参画」、「偏見・差別」「地域包括ケア」「リスク・コミュニケーション」と、関連性の高いテーマごとに、各テーマ20分ずつの報告、後半に総合討議・質疑の構成で実施した。各日ともに、テーマ間で相互に重なる論点が多く登場し、報告者間のディスカッションを深めることができた。参加者アンケートでは、手話通訳・文字通訳への好意的な評価や情報保障が今後さらに普及することへの期待が寄せられた。本イベントの開催

を契機に、COVID-19により生じうる ELSI についてひろく社会に知見が共有されるとともに、情報保障の意義やノウハウが他のイベント運営にも生かされることを期待する。

#### D. 健康危険情報 なし

#### E. 研究発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

##### 1. 論文発表

<論文>

1. Nagasu M, Muto K, Yamamoto I. Impacts of anxiety and socioeconomic factors on mental health in the early phases of the COVID-19 pandemic in the general population in Japan: A web-based survey. PLOS ONE. 16(3): e0247705-e0247705. 2021 年
2. 武藤香織. COVID-19 の専門家助言組織の課題. 法律時報, 93(3): 69-73. 2021 年
3. Inoue Y, Okita T. Coronavirus disease and the shared emotion of blaming others: Reviewing media opinion polls during the pandemic. Journal of Epidemiology, 31(7): 453-455. 2021 年
4. 井上悠輔, 大隈楽. 感染症流行時の市民の「責務」や差別の問題を「コロナ条例」から考える. 公衆衛生, 85(5): 347-353. 2021 年
5. 井上悠輔. パンデミック下での人権問題を考える (特集感染症と医事法). 医事業務, 607:16-20. 2021 年

6. 井上悠輔. 感染症予防と「国民の責務」規定. 年報医事法学, 36: 65-73. 2021 年
7. Kodama S, Campbell M, Tanaka M, Inoue Y. Understanding Japan's response to the COVID-19 pandemic. Journal of Medical Ethics, 48(3): 173. 2022 年
8. Inoue Y. Relationship between high organ donation rates and COVID-19 vaccination coverage. Frontiers in Public Health, 10(855051): 1-6. 2022 年
9. 河嶋春菜訳, ジェレミー・マクブライド著. 新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約 (1). 人権判例報, 1: 3-12. 2020 年
10. 河嶋春菜訳, ジェレミー・マクブライド著. 新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約 (2・完). 人権判例報, 2: 15-22. 2021 年
11. 磯部哲. 『自粛』や『要請』の意味 [特集 新型コロナウイルス感染症と法の役割]. 法学教室, 486: 10-16. 2021 年
12. 磯部哲. 感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察 [小特集 感染症対策の法と医療—新型コロナ問題の背景は何か]. 法律時報, 93(3): 61-64. 2021 年
13. 成原慧. 情報法—コロナ後の世界をスマートに生きるために. 法学教室 (別冊付録), 487: 2-5. 2021 年
14. 山本龍彦. 新型コロナウイルス感染症対策とプライバシー—日本版接触確認アプリから考える—. 憲法問題, 32: 105-116. 2021 年

15. 小川有希子. フランス生命倫理法における『見直し条項』—その法的位置づけと機能に関する憲法学的考察. 帝京法学, 34(2): 173-200. 2021年
  16. 磯部哲, 神里達博, 柳元伸太郎, 和田耕治, 米村滋人. 座談会 感染症のリスク評価と法規制. Law & technology, 92: 1-28. 2021年
  17. 武藤香織, 磯部哲, 米村滋人, 曾我部真裕, 佐藤信, 山本龍彦. 座談会 コロナ対策における専門家と/の政治 (特集 統治と専門家 : 新型コロナ対策から見る日本の憲政). 法律時報, 93(12): 7-29. 2021年
  18. 小川有希子. 専門知の法的位置づけ—フランスの政治的意思決定過程を中心に. 法律時報, 93(12): 36-41. 2021年
  19. 磯部哲. 新型コロナウイルス感染症対策と法—医事行政法の観点から. 学術の動向, 27(3): 34-39. 2022年
  20. 磯部哲. コロナ禍におけるワクチン接種の仕組みとその課題. 都市問題, 113: 4-11. 2022年
  21. 武藤香織. COVID-19に関する差別的言動の防止に関する取組を振り返って. 医療と社会. 32(1): 83-92. 2022年
  22. 永井亜貴子, 李怡然, 藤澤空見子, 武藤香織. 地方自治体におけるCOVID-19感染者に関する情報公表の実態 : 2020年1月~8月の公表内容の分析. 日本公衆衛生雑誌, 印刷中. 2022年
  23. 武藤香織. 公衆衛生・医療の観点からみたジェンダー格差. 学術の動向, 印刷中. 2022年
  24. 奥村貴史, 藤田卓仙, 米村滋人. 携帯電話の位置・接触情報を用いた感染リスク管理の歴史・現状と課題利用統計. 情報処理学会論文誌. 63(5): 1225-1233. 2022年
  25. 藤田卓仙. 第四次産業革命時代のデータヘルスの法政策に関する課題. 日本未病学会雑誌, 27(2). 2021年
  26. 藤田卓仙. COVID-19を含む感染症対策のためのIT活用 (コロナと共に生きる世界・社会と法)-- (小特集 感染症対策の法と医療 : 新型コロナ問題の背景は何か). 法律時報, 93(3): 74-77. 2021年
  27. 東島 仁・Liu Yen-yu. (翻訳). COVID-19: 社会的弱者と周縁化された人々を包摂する リスク・コミュニケーションとコミュニティエンゲージメント (RCCE)の進め方. 科学技術社会論研究, 20. 印刷中. 2022年
- <著書>
1. 大北全俊. 新型コロナウイルス感染症行動変容というリスク・マネジメントと責任. 浜田明範, 西真如, 近藤祉秋, 吉田真理子. 新型コロナウイルス感染症と人類学. 水声社. 2021年. 85-109
  2. 河嶋春菜. フランス—新たな法律上の緊急事態の創設. 大林圭吾, コロナの憲法学. 弘文堂. 2021年. 112-124
  3. Isobe T, Kwashima H. Le Japon face à la crise sanitaire. Violla F, et al, Les pouvoirs publics face aux épidémies. LEH. 2021年. 659-670
  4. 河嶋春菜. 個人情報保護法, 医療情報と学問の自由. 水谷瑛嗣郎, リーディングメディア法・情報法. 法律文化社.

2022 年. 190-205, 244-260

## 2. 学会発表

1. 児玉聡.医療の倫理と公衆衛生の倫理: COVID-19 ワクチン接種に関する医療従事者の意識を例にして. 医療自己・紛争対応研究会第 16 回年次カンファレンス. オンライン. 2022 年 3 月 26 日(招待講演).
2. 児玉聡. 緊急事態における医療資源の配分. 第 49 回日本集中治療医学会学術集会. オンライン. 2022 年 3 月 18 日(招請講演).
3. Satoshi Kodama, “Ethical challenges of the COVID-19 pandemic: a Japanese perspective. Digital Technologies in the COVID-19 Pandemic: A Transnational Dialogue between Germany and Japan”. Keynote Speech, Invited, Presented Online on 14 March.
4. 井上悠輔, 小門穂. 研究倫理審査と感染症流行の「緊急事態」: 海外の主な検討を題材に. 第 32 回日本生命倫理学会年次大会, オンライン. 2020 年 12 月 5 日.
5. 井上悠輔. 感染症法と市民: 関連法規の展開. 日本医事法学会第 50 回研究大会, オンライン. 2020 年 11 月 29 日.
6. 児玉聡. COVID-19 と医療資源の配分: 倫理学の立場から. 第 48 回日本集中治療医学会学術集会パネルディスカッション 23「COVID-19 と医療資源の配分」. オンライン. 2021 年 2 月 14 日.
7. 児玉聡. COVID-19 と生命倫理. 第 42 回日本呼吸療法医学会学術集会 招請講演 3. 国立京都国際会館(京都市). 2020 年 12 月 21 日.
8. 児玉聡. COVID-19 パンデミックと生命倫理の諸問題. 生命倫理学会シンポジウム「パンデミックの生命倫理: COVID-19 をめぐって」. 日本生命倫理学会. オンライン. 2020 年 12 月 6 日.
9. 大北全俊. 感染症対策とその根拠となる法規範についての倫理的検討. 関西倫理学会大会シンポジウム「感染症とパンデミック」. 関西倫理学会. オンライン. 2021 年 10 月 31 日.
10. 大北全俊. 自粛・行動変容と統治. 日本法哲学会ワークショップ「感染症の統治を再考する」. 日本法哲学会. オンライン. 2021 年 11 月 20 日.
11. 磯部哲. 感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察. 日本医事法学会・東京大学科学研究費補助金事業共催『特別 WEB シンポジウム 感染症対策の法と医療—新型コロナ問題の背景は何か』. オンライン. 2020 年 8 月 30 日.
12. 磯部哲. 感染症の法と医療—医事行政法の観点から—. 日本医事法学会『第 50 回研究大会シンポジウム 感染症と医事法』. オンライン. 2020 年 11 月 29 日.
13. 山本龍彦. 公衆衛生とプライバシー保護の関係. 全国憲法研究会特別研究会「コロナと憲法. オンライン. 2020 年 10 月 18 日.
14. 河嶋春菜. 感染症対策と人権—憲法の観点から—. 日本医事法学会『第 50 回研究大会シンポジウム 感染症と医事



- 法』. オンライン. 2020年11月29日.
15. 船橋亜希子. 指定発言. 日本医事法学会『第50回研究大会シンポジウム 感染症と医事法. オンライン. 2020年11月29日.
  16. Akiko FUNABASHI. Ventilator triage decision-makings in the event of COVID-19 pandemic. IMSUT Presentation of Research Findings 2020. Online. 2020年11月26日.
  17. Satoshi Narihara, “AI Governance in Japan: Lessons from Experiences in the COVID-19 era”, Workshop-AI Governance in the UK and Japan in the COVID-19 era (2021年6月2日)
  18. Satoshi Narihara, “AI and Data Governance in the COVID-19 era”, SNU-KU Joint Symposium (2021年6月24日)
  19. 河嶋春菜「公衆衛生上の『強制』による統治」日本法哲学会『2021年度学術大会 C ワークショップ：感染症の統治を再考する』(2021年11月21日、オンライン開催)
  20. H. KAWASHIMA, Régime vaccinal au Japon: ses enjeux au vu de la protection des droits fondamentaux. Université de Franche-comté, Rencontre du droit de la santé. Online. 2022年3月11日.
  21. 石橋真帆, 田中幹人, 関谷直也. 新型コロナウイルスに関する情報行動の国際比較. 日本リスク研究学会 第34回年次大会. オンライン開催. 2021年11月.
  22. 石橋真帆, 田中幹人, 関谷直也. リスクの特徴認知と情報源信頼の関連性: COVID-19 パンデミックにおける国際比較. 社会情報学会 2021年学会大会. オンライン. 2021年9月.
  23. 永井亜貴子, 李怡然, 藤澤空見子, 武藤香織. 都道府県における COVID-19 に関する情報公表の実態と課題. 第31回日本疫学会学術総会. オンライン. 2021年1月28-29日.
  24. 武藤香織. 新型コロナウイルス感染症対策に関わって. 第47回保健医療社会学会大会 講演Ⅱ. オンライン. 2021年5月15日. (招待)
  25. 武藤香織. 新型コロナウイルス感染症対策にかかわって. 臨床実践の現象学会第6回大会大ラウンドテーブルディスカッション. オンライン. 2021年9月18日. (招待)
  26. 武藤香織. COVID-19の倫理的・法的・社会的課題. BioJapan 講演セッション: COVID-19により顕在化した課題—次の感染症への取組み—. オンライン. 2021年10月15日. (招待)
  27. 武藤香織. COVID-19 とリスクコミュニケーション. 第80回公衆衛生学会総会メインシンポジウム 2: 新型コロナ対策2 新型コロナと持続可能な社会の構築 リスクコミュニケーション. オンライン. 2021年12月21日. (招待)
  28. 武藤香織. COVID-19 対策におけるデータ利活用と情報公表の課題. 第32回日本疫学会学術総会 シンポジウム 2: ポスト/ウィズ “コロナ”時代の疫学—新型“コロナ”感染症からの教. オンライン. 2022年1月27日. (招待)

29. 武藤香織. COVID-19 対策と倫理的法的社会的課題 (ELSI) . 2021 年度 APRIN 全国公正研究推進会議 分科会 1 医生命科学系分科会 : デジタル時代に向けた臨床研究の新しい指針への対応と患者参画の推進をめざして. 2022 年 2 月 22 日. (招待)
30. 武藤香織. 医療介護従事者に対する偏見や差別的言動をめぐる課題. 日本臨床倫理学会第 9 回年次大会 シンポジウム 3 : 新型コロナ禍の急性期医療現場における臨床倫理. オンライン. 2022 年 3 月 20 日. (招待)
31. Takanori FUJITA. COVID-19 Vaccination Certificate Trends in Japan. The 5th Korean Parliamentarian Forum on Global Health 2021. オンライン (国際) (招待講演) 2021 年.
32. Michikazu KOSHIBA, Yoko URYUHARA, Ken OSAKA, Shigeru OMI, Nahoko SHINDO, Shumpei TAKEMORI, Kazutoshi NAKASHIMA, Hiroshi NISHIURA, Ryoussuke HARADA, Takanori FUJITA, Hideo MAEDA, Kuniaki MIYAKE, Mitsuru MIYATA, Kaori MUTO, Yasuhide YAMADA, Shoji WATANABE. Utilizing ICT and bigdata. 第 8 回日経・FT 感染症会議. オンライン (国際) (招待講演) 2021 年.
33. 藤田卓仙. COVID-19 を契機とした PHR・データ利活用の未来. 第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会) . オンライン+
- アクトシティ浜松 (国内) (招待講演) 2020 年.
34. 伊藤龍、青山龍平、山岸陽助、藤田卓仙. COVID-19 業種別ガイドラインに学ぶガイドライン運用のあり方. 第 80 回日本公衆衛生学会総会. オンライン+東京 (国内) (口頭発表) 2021 年.
35. 藤田卓仙、荻島創一、板倉陽一郎、福田雅樹、横野恵. パーソナルデータに関する規制の変化と医療情報への影響. 第 41 回医療情報学連合大会. オンライン+名古屋 (国内) (口頭発表) 2021 年.
36. 吉村道孝、志賀希子、永田貴子、北沢桃子、藤田卓仙. コロナ禍における主観的健康観に関する全国調査. 第 28 回日本未病学会学術総会. 大阪 (国内) (口頭発表) 2021 年.
37. 藤田卓仙、大越裕文、中島直樹、吉峯耕平. PHR としての COVID-19 関連情報の利用. 第 41 回医療情報学連合大会. オンライン+名古屋 (国内) (口頭発表) 2021 年.
38. Michitaka Yoshimura, Kiko Shiga, Momoko Kitazaw, Sayaka Hanashiro, Takako Nagata, Takanori Fujita. Nationwide survey of new corona vaccination factors in Japan. 第 60 回台湾心理学会. オンライン (国際) (口頭発表) 2021 年.
39. 藤田卓仙. ココアとハーシス. 情報ネットワーク法学会. オンライン (国内) (口頭発表) 2020 年.
40. 藤田卓仙. 感染症対策目的での医療情報の取り扱いと法倫理 : COVID-19 対

- 策から見えた課題. 第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会). オンライン+アクトシティ浜松 (国内) (口頭発表)2020 年.
41. 藤田卓仙. 個人情報保護法改正の動向と医療情報. 第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会). オンライン+アクトシティ浜松 (国内) (口頭発表)2020 年.
42. 志賀希子, 吉村道孝, 北沢桃子, 藤田卓仙. 新型コロナワクチン接種意思に関連する要因の全国調査. 第 80 回日本公衆衛生学会総会. オンライン+東京 (国内) (ポスター発表)2021 年.
43. 藤田卓仙, 志賀希子, 吉村道孝, 北沢桃子. 新型コロナウイルス感染症に関連する携帯電話関連技術を用いた対策についての全国調査. 第 80 回日本公衆衛生学会総会. オンライン+東京 (国内) (ポスター発表)2021 年.
44. 青山龍平, 山岸陽助, 藤田卓仙. 自然言語処理解析で見る COVID-19 業種別ガイドラインの現状. 第 41 回医療情報学連合大会. オンライン+名古屋 (国内) (ポスター発表)2021 年.
45. Momoko Kitazawa, Michitaka Yoshimura, Kiko Shiga, Takako Nagata, Sayaka Hanashiro, Takanori Fujita. Nationwide survey of new corona vaccination factors in Japan. 第 60 回台湾心理学会. オンライン (国際) (ポスター発表)202 年.
46. 志賀希子, 北沢桃子, 藤田卓仙, 吉村道孝. コロナ禍における日本人の幸福感. 日本心理学会第 85 回大会. オンライン (国内) (ポスター発表)2021 年.
47. 藤田卓仙. 個人情報保護法改正の動向と医療情報. 第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会). オンライン+アクトシティ浜松 (国内) (ポスター発表)2020 年.
48. 山下幸子・土屋葉・井口高志・中根成寿「介助システムの不断の調整に伴う困難—ELSI から考える COVID-19 流行下での地域生活支援 (1) —」福祉社会学会第 20 回大会. 2022 年 7 月予定.
49. 中根成寿・井口高志・土屋葉・山下幸子「陽性者確認後発地域における住民行動—ELSI から考える COVID-19 流行下での地域生活支援 (2) —」福祉社会学会第 20 回大会. 2022 年 7 月予定.
- F. 知的財産権の出願・登録状況**  
(予定を含む。)
1. 特許取得  
なし
  2. 実用新案登録  
なし
  3. その他  
なし



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19 と生命・公衆衛生倫理

研究分担者 井上 悠輔 東京大学医科学研究所 准教授  
研究協力者 大北 全俊 東北大学医学系研究科 准教授  
研究協力者 児玉 聡 京都大学大学院文学研究科 准教授

研究要旨

本研究班では、医療者等の諸決定の位置づけ、公衆衛生をめぐる個人の役割のあり方をテーマに掲げて検討した。大きく次の3点の作業を行った。まず、コロナ禍の特に初期の時期に注目して、「順位付け」をめぐる議論の経過と基準の運用をめぐる展開を検討した(検討1)。各自治体が検討してきた「コロナ条例」に注目して、公衆衛生の施策と住民との関係をめぐる議論の経過を追った。特に、差別中傷をめぐる措置に関する規定の特徴と課題をまとめた(検討2)。班の活動期間のさなかに、感染症法や新型インフルエンザ等特措法などに関する法改正がなされ、市民や事業者、そして感染者を対象として、新たな罰則がめぐる規定が加わったことを考慮して、人々の処罰感情の展開について既存の世論調査をレビューし、考察を加えた(検討3)。

**検討1**：コロナ禍では、実に多くの側面で「順位付け」が行われてきた。問題意識は比較的早くからあったが、議論の場が明確でなく、決まった基準も社会への周知に欠け、基準から離れた運用が不透明になされた疑いが残るものもある。また、「トリアージ」という言葉の遣われ方については、引き続き注意を要するものとする。検討2：約70の自治体で「コロナ条例」が制定され、多様な「住民の責務」の規定が存在している。差別中傷については、国の取り組みが明瞭でない中、差別禁止を謳う条例が増えている。住民への注意喚起や懸念を鎮静化する一定の効果が期待される一方、「差別」の範囲が明確でなく、訓示的である一方、個別具体的な状況への対応策に欠くなど、課題も指摘される。検討3：主要紙の世論調査をメタ分析した結果からは、市民・事業者の行動制限に関する罰則に否定的・消極的な人々が増える一方、感染者のふるまいに厳しい視線が向けられているなど、「犠牲者非難」(victim-blaming)の構図を指摘できる。

A. 研究目的

本研究班では、医療者等の諸決定の位置

づけ、公衆衛生をめぐる個人の役割のあり方をテーマに掲げて大きく次の3点について

て検討作業を行った。なお、これらの作業は科学技術振興機構・社会技術研究開発センター(RISTEX)戦略的創造研究推進事業「パンデミック対策の国際比較と過去の事例研究を通じた ELSI アーカイブ化」(代表・児玉聡(京都大学))との連携のもとに行われ、その検討の成果に依拠するところも大きい。

### 検討1

医療、公衆衛生の分野で、特に必要性に照らして、目下利用できる手段に限りがある場合、どのような基準で医療提供を行っていくか、この点は医療倫理においても重要なテーマであり続けてきた。

二つの問題意識が我々の作業の念頭にある(また、今もこれらの問題意識が晴れたわけではない)。一点は、「トリアージ」という言葉をめぐって、一部で日常言語(トリアージ加算、救急トリアージ・・・)と化している一方、一方では特定状況の意味合い(「これではトリアージになってしまう」)を持たせたり、非常時の意味を強調したり(「これからトリアージの議論を始める必要がある」)する場合など、理解の相違が著しい。それぞれの検討の内容や効果にもとづく、議論の整理が求められる。

もう一点は、とはいえ、すべての順位付けをめぐる議論は、たとえ直接的でないものだとしても、最終的には人々の生命・身体に影響を及ぼさないわけではない。「トリアージ」とは呼ばれていないだけで、明確な順位付けの議論なくして運用が進められてきたものもあるかもしれない。

こうしたお互いに相反し得る問題意識をもちながら、このコロナ禍において、どの

ような順位付けをめぐる議論があって、またその中でどのような基準が設けられたか(あるいは、設けられるべきにもかかわらず設けられずにきたか)を振り返り、記録することを考えた。

### 検討2

感染症法では「国民の責務」に関する規定がある。すなわち、「国民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、感染症の患者等の人権が損なわれることがないようにしなければならない。」(第4条)である。これを踏まえつつも、地方自治体において、現在の新型コロナウイルス感染症の流行に接して、住民(都道府県民、市町村民)の役割や責務を独自に規定する条例の公布が増えている。条例には、国の明示的委任によるものもあれば、その地域の実情に応じた取り組みを志向するものまで、いくつかの分類が可能である。新型コロナウイルス感染症のように、各地で多様かつ予測困難な事態を引き起こす状況について、現場に近い自治体による自治立法の展開にも注目すべきであろう。本稿ではこうした規定の主な内容を整理して紹介し、考察を加えた。

### 検討3

コロナ禍において、個人が自分とは異なる行動をとった人を中傷したり、感染者を糾弾したりするケースが日本では頻繁に見られた。このように、個人の責任によって社会の感情がどのように影響を受けるか、そのダイナミクスを研究することは、特に感染症対策を守れない人を支援したり導い

たりする際に重要である。また、疫学者にとっては、病気をコントロールするための罰則の合法化を可能にする罰則感情を理解することは、将来のパンデミックへの教訓を得るためにも重要である。一方、現在のパンデミックの場合、特に事態が急速かつダイナミックに進行しているときには、人々の感情の動きをタイムリーに理解するために、よく練られた学術的な調査を行うことは困難である。そこで、既存の世論調査をもとに、質問内容の整合性や方法論に注意しながら、人々の反応を推測することを試みた。

## B. 研究方法

### 検討1の研究方法

ブレインストーミングののち、過去の報道や行政資料を手掛かりに、「検査」「入院調整」「予防接種」をめぐる順位付けに関する検討を開始した。これらについて「主な出来事」「提案されてきた公的な基準」を整理したうえで、最後に作業を分担した者による問題関心や所見を付した。なお、「検査」は大北、「入院調整」は井上、「予防接種」は児玉がそれぞれ担当した。

### 検討2の研究方法

「新型コロナウイルス感染症」に言及する条例はすでに多数あり、その多くは組織再編、基金・組織の設置や手当支給、公的料金の減免に関するものである。ただ、本稿では、まん延防止に向けた市民の責務や期待する役割に言及する約70件（2022年2月末段階）のうち、実質的なパンデミックの元年であった「2021年度」に示された、52件の条例に特に注目する。これらの条例は、① 全国の主要紙・地方紙のデ

ータベース、② 地方自治研究機構のウェブサイト、③ 「条例 Web アーカイブデータベース」(条例 Web 作成プロジェクト)、「全国条例データベース」(eLen)を情報源として特定した。「感染症法」や「新型インフルエンザ特措法」による委任を受けた場合など、新型コロナウイルス感染症流行以前から各自治体にて制定されてきたものは調査の対象外とするが、今回の流行を受け、これらを補う観点から新たに検討された条例は検討の対象となる。

### 検討3の研究方法

2020年1月から2021年1月にかけて、国内の主要メディアが実施した世論調査のうち、COVID-19対策としての罰則規定の導入に関する設問を含む、調査期間、調査方法、対象者などの情報を収集した。

なお、検討した12回の世論調査について、その実施時期に注目して整理すると以下のとおり。すなわち、読売新聞-NNN（2020年4月、6月、2021年1月）、TBS-JNN（2020年5月、2021年1月）、朝日（2020年11月、2021年1月）、NHK（2021年1月）、共同通信（2021年1月）、毎日新聞-SSRC（2021年1月）、ANN（2021年1月）、フジ産経（2021年1月）である。各調査の平均回答者数は1,441名（最小：520名、最大：2,187名）でる。調査期間は大きく分けて、2020年4月～6月（第1期）、2020年11月～12月初旬（第2期）、2021年1月（第3期）の三つに分けられる。なお、この第1期には、日本での緊急事態宣言から、COVID-19の第一波（2020年4月）、緊急事態宣言の終了（2020年6月）までの期

間が含まれる。その後、日本では COVID-19 が 8 月までに 2 倍以上に増加（第 2 波）したが、この期間には世論調査は行われなかった。第 2 フェーズは、第 3 の波の始まりに相当する。第 3 期は、感染者数が増え続け、第 2 次緊急事態宣言が発令された時期に相当する。

### （倫理面への配慮）

国の研究倫理指針に該当する人対象研究はない。一般的な研究不正をめぐる遵守事項を考慮して検討、成果をまとめた。

## C. 研究結果

### 検討 1 に関する結果

ブレインストーミング時に検討した順位付けをめぐる主な場面は以下のようなものであった（中間報告を機に暫定的に取りまとめ、引き続き整理したい）。検討の結果、「入院・診療へのアクセス」「予防接種・ワクチンへのアクセス」「検査・疫学調査へのアクセス」をめぐる議論の展開は以下のようにまとめられた。

### 新型コロナウイルス感染症（2020～）における順位付けをめぐる課題

場面①	場面②	考慮される要因	主な事象・議論（例）	主な論点	本報告書の検討
予防	ワクチンへのアクセス	ワクチンの量	「高齢者」「医療者」の順番、地域間の違い	誰から接種するか	予防接種・ワクチンへのアクセス (検討 1-2)
検査	検査機会の有無	処理できる検査の数	濃厚接触者の中で検査をする人しない人	誰から検査するか	検査・疫学調査へのアクセス (検討 1-3)
疫学調査	調査範囲の設定	調査人員	濃厚接触者の定義変更	誰から調査するか	
医療機関等へ移送① (陽性・疑い者)	一般→療養・医療機関	病床・マンパワー	病院外での把握のあり方、自宅使用	誰から療養対応するか	入院・診療へのアクセス (検討 1-1)
医療機関等へ移送② (有症者受け入れ)	一般・療養先→医療機関	病床・マンパワー	保健所等による「入院調整」・患者の自宅待機	誰から病院に運ぶか	
		治療・維持装置	病院の受け入れ(精神科など)		
治療法の選択	治療手段の選択	治療・維持装置	薬物治療のみ・人工呼吸器を付けない	誰から治療するか	
治療の継続	治療の継続・変更	治療・維持装置	「生命・医療倫理勉強会有志」提言をめぐる議論	誰から外すか	
他の治療・健診	治療・健診の先送り	病床・マンパワー	「不要不急」でない予防接種・乳幼児健診の先送り	誰から治療するか	
軽快後・退院基準	医療機関→医療機関（軽快後の転院）	病床？	「重症患者対応病院の負担軽減」	誰から退院させるか	



## 1-1 診療・入院へのアクセス

### はじめに

射程に多くの段階があるため、ここでは国・自治体において検討されてきた入院措置の定義・調整の対象に注目した。

### 関連する主な出来事

◇ 概況としては、まず、制度の対象を無症状者（無症状病原体保有者）に広げる一方、入院措置の対象を有症者（次第に重症者中心へ）へと限定する運用が図ら

れた。

◇ 患者対応能力を増やすべく、資源を増やす努力（病床数の確保、県外移送など）、役割の変更（医療機関間の連携・役割分担）、重点的に対応する患者の明確化（入院措置の対象の限定）。

◇ 一方、一部の府県で対応能力を超えた重症者数の存在が注目されるようになってきた（2021年5月段階）。

月	主な出来事（国・自治体の動きを中心に）
R2 2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 市中感染の拡大懸念、「指定感染症」（感染症法、検疫法）指定。</li> <li>◇ 「無症状病原体保有者」も入院措置の対象に（政令）。特に高齢者や基礎疾患を有する者を迅速かつ適切な受診に繋げる必要性記載（基本方針）。</li> <li>◇ 北海道で独自の「緊急事態宣言」が示された。</li> </ul>
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 緊急事態宣言（初回、一部では5月31日まで継続）。</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 大阪でコロナ専門病院が稼働（十三市民病院、阪和第二病院）。</li> </ul>
9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 自粛と熱中症死者との関係が議論</li> <li>◇ 「帰国者・接触者相談センター」解消、医療機関（かかりつけ医等）を中心とした検査・相談への転換</li> </ul>
10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 入院勧告の対象が重症者、重症リスクの高い者（高齢者、妊婦、特定の疾患歴など）に限定（政令改正）。</li> </ul>
12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 日本医師会ほか医療系団体「医療緊急事態宣言」</li> <li>◇ 大阪、宮城県・仙台市、岡山、栃木、山形などで医療非常事態宣言。</li> <li>◇ 自衛隊派遣要請（大阪、旭川）、5都道府県でステージ4。</li> </ul>
R3 1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 緊急事態宣言（二回目、対象を増やししながら3月21日まで）。</li> <li>◇ 厚生労働省、12月・1月での自宅療養・調整中の死者を「29人」と発表（東京8、神奈川5、栃木4など）。</li> <li>◇ 神奈川県、一部手術の延期を要請<sup>1</sup>、確保病床数を下方修正（「スタッフ減」「冬場は別の入院患者」）<sup>2</sup></li> <li>◇ 長野、熊本市等で医療非常事態宣言。変異株の市中感染確認。</li> </ul>
2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 新型インフルエンザ特措法等の改正法成立</li> </ul>

<sup>1</sup> 「神奈川県、一部手術の延期を要請 重症用病床、空き9床に」（2021年1月5日）  
<https://www.kanaloco.jp/news/government/article-357922.html>

<sup>2</sup> 「神奈川県の最大確保病床を1555床に修正 1939床から実態に合わせ再調査」（2021年1月26日）  
<https://www.tokyo-np.co.jp/article/82223>；「病床数の見直し甘かった神奈川県…1939床のはずが現状1078床 受け入れ限界」（同1月21日）  
<https://www.tokyo-np.co.jp/article/81063>

3月	◇ 神奈川県「自宅療養者死亡事案に関する報告書」 <sup>3</sup> 公表。
4月	◇ 蔓延防止措置→緊急事態宣言（三回目） ◇ 姫路市などで医療非常事態宣言。 ◇ 大阪、兵庫で自宅療養・入院調整中の死亡報道相次ぐ（大阪府、3月以降の自宅療養・調整中の死者「8名」と発表、5月に入って「15名」）、兵庫「入院が必要な自宅待機者」が1874人にのぼることを公表 <sup>4</sup> ◇ 大阪府、連休中の手術等の延期を府内大学病院に要請 <sup>5</sup> （大阪大病院、ICU全床をコロナ患者用に転換 <sup>6</sup> 、他手術は延期）。 ◇ 患者の県外移送の具体的な内容の公表（大阪→滋賀、兵庫→鳥取）、入院先が決まらない患者のための入院患者待機ステーション設置（大阪）

### 提案された主な基準など（議論の到達点、

#### 淡々と主な議論・文書の紹介ぐらい）

厚生労働省は2020年春（最初の宣言時）、患者増加による医療提供体制への影響を考慮して、対応の順位付けについて、①外来では、重症者・重症化リスクの高い者に受診を呼びかける一方、軽症者には受診の必要は必ずしもないこと、②患者が増大し、入院医療の提供に支障をきたすと判断された場合には、軽症者は自宅での安静・療養を原則とし、家族内感染の恐れがある場合には入院措置を行うこと、③必要に応じて医師の判断により延期が可能と考えられる予定手術及び予定入院の延期も検討すること、などを示した（「**地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について**」（3月1日））。

その後の主な経過について、治療開始前のもの（a～c）、治療開始後のもの（d）に分けて整理した。以下、主な内容について。

#### a. 入院措置の対象限定

◇ 軽症者等をすべて入院させた場合、早晩、重症者への医療の提供に支障をきたすことが想定されたことから、厚生労働省は、2020年3月1日に原則（上記）を示して以降、軽症者等の自宅、宿泊施設での安静・療養を具体的に進めるための通知を順次発出した。例えば、「**新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について**」（令和2年4月2日）において、「地域における入院を要する患者の増大により、入院治療が必要な者や重症化するおそれが高い者に対する入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合」において「宿泊での療養」「自宅療養」を対応することが示された。続く「**新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について**」（令和2年4月23日）

<sup>3</sup> 「自宅療養者死亡事案に関する報告書」（2021年3月）。「入院優先度判断スコア」が紹介されているが、医学的事項にとどまる。<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/74524/02houkokusho.pdf>

<sup>4</sup> <https://news.yahoo.co.jp/articles/f4d2fe9aaf735330511b3b7e7eea279fb45f350a>

<sup>5</sup> 「大阪府 府内5大学病院に対し大型連休中の入院や手術延期要請」NHK2021年4月28日。

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210428/k10013003101000.html>

<sup>6</sup> 「ICU全30床をコロナ用に、大きな手術は一時延期…阪大病院「苦渋の決断」」読売新聞2021年4月29日。<https://www.yomiuri.co.jp/medical/20210429-OYT1T50095/>

において、後二者のうち、宿泊施設が十分に確保されているような地域では、宿泊療養を基本とする旨の「お願い」が示された（ただ、その後も自宅療養者の数は高い水準にある<sup>7)</sup>。

- ◇ 療養施設より自宅療養を希望する人もいたが、症状の進行が早い疾患ともあって、医療スタッフが配置されている療養施設の利用も進んだ。自宅療養を運用していなかった自治体でも、宿泊施設の不足によって方針転換し、消極的に自宅療養を開始せざるを得なくなったところも（例：兵庫県、2021年1月）。

#### b. コロナ以外の疾患に関する手術・健診等の延期

- ◇ 冒頭の3月1日の事務連絡に続き、同じ趣旨で「**新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について**」（令和2年3月6日、これを改定した26日付け事務連絡、およびそれ以降）、最初の緊急事態宣言時の「**新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備の更なる推進について**」（4月8日）が示された。特に後者では「現在の調整状況においては重点医療機関の候補以外の医療機関や割り当てられた受入れ病床数が少数であった医療機関であったとしても、医師の判断により延期が可能と考えられる予定手術及び予定入院の延期について要請を

行うこと。」とされた。

- ◇ 「**新型コロナウイルス陽性および疑い患者に対する外科手術に関する提言**」（日本医学会連合、日本外科学会他11学会、2020年4月）、待機手術の実施や延期は、「医学的観点及び限りある医療資源の効率的かつ効果的な配分の観点から多角的に検討して判断」「評価は一律なものではなく地域ごとに大きな差が生じうること」とある。「トリアージ」については明示的な定義はないが、「計画は一律に決められるものではなく、地域の医療情勢と投入可能な資源の双方を踏まえ、科学的データ並びに臨床家および病院管理の専門家の意見に基づいて立案されるべき」とした。

#### c. 病床切迫時における「入院調整」

- ◇ 保健所が、その管轄する地域内での調整を行う。当該地域内で受け入れの医療機関を探し切れない場合等に、都道府県全体で搬送先の医療機関を探すよう、都道府県が支援する場合も出てくる（北海道、茨城、大阪「入院フォローアップセンター」、兵庫など）。それでも搬送先探しは容易でないとも。
- ◇ 個々の患者ごとに一定のスコアリングを実施し、その後の対応を選択する仕組みを採用する自治体も。ただ、受け入れる医療機関側の意向もあり、スコアリング通りになるとは限らない（兵庫、東京の報道）。また、自治体のスコアリングの内容も必ずしも明らかで

<sup>7)</sup> 「新型コロナ 自宅療養中21人死亡 12月以降10都府県」毎日新聞2021年1月24日

<https://mainichi.jp/articles/20210124/ddm/001/040/098000c>

ない。「当面の方針として年齢が高い人は入院の優先順位を下げざるを得ない」とするメールを大阪府の幹部が府下の保健所に送っていたことが明らかになった（2021年4月）。

#### d. 治療開始後の再配分

- ◇ 「生命・医療倫理研究会」は、その有志メンバーによる提言の中で、人工呼吸器装着についての本人の意向の確認に加え、「人工呼吸器が払底した状況下における、人工呼吸器を装着している患者からの人工呼吸器の取り外しと新たな患者への装着（人工呼吸器の再配分）」を提案した「COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言」、2020年3月）
- ◇ 日本集中治療学会・日本呼吸療法医学会・日本救急医学会による検討（2020年）では、「限定された医療資源を背景に、個人のみならず国民全体としての幸福の最大化という観点から、いかに資源を分配するかを考慮せざるを得ない場合も想定される。」とし、「COVID-19の流行フェーズに基づく適応、特に資源に制約が生じる場合の考え方」として、「COVID-19診療においては、その流行フェーズと、これに呼応する医療資源の使用状況に基づき、ECMOの適応や資源分配について

平時の運用とは異なる考え方をとる必要性に迫られる。」「爆発的な患者数の増加が生じた場合には、限定された医療資源を背景に、個人のみならず国民全体としての幸福の最大化という観点から、資源をいかに分配するかを考慮せざるを得ない場合が想定される。」とした（「COVID-19急性呼吸不全への人工呼吸管理とECMO管理：基本的考え方」、2020年9月<sup>8)</sup>）。

- ◇ 医療機関による独自の検討も。例えば、千葉大学医学部附属病院は、「通常時」のほか、「非常時」の対応手順書を作成しているとされ、「より救命の可能性が高い患者に使用するために現行治療（人工呼吸器またはECMO）を中止する場合」に言及する。（「新型コロナウイルス感染症診療における非常事態時のPOLST運用手順書」、2020年12月および「新型コロナウイルス診療におけるPOLST」<sup>9)</sup>）。

#### e. その他

- ◇ 入院したあとの退院判断をめぐる議論も考慮されるべきである。本来は本人の病状にもとづく判断となるべきものであるが、パンデミックにおいては病床数確保と関係づけて議論された場面がある。
- ◇ 度重なる文書の発出に医療機関が対応しきれていない点について指摘があっ

<sup>8</sup> 厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「新興・再興感染症のリスク評価と危機管理機能の実装のための研究」分担研究班. COVID-19急性呼吸不全への人工呼吸管理とECMO管理：基本的考え方. 日本救急医学会雑誌、2020;31(10):466-471.

[https://www.jsicm.org/news/upload/jjsicm27-6\\_2020\\_COVID19.pdf](https://www.jsicm.org/news/upload/jjsicm27-6_2020_COVID19.pdf)

<sup>9</sup> 相馬孝博、山本修一. 「新型コロナウイルス診療におけるPOLST」. 武見基金 COVID-19有識者会議、2020年5月19日. <https://www.COVID19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/4552>

た<sup>10</sup>。

- ◇ 健診を先送りしたりしたことによる中長期的な健康への影響が懸念される。厚生労働省は「**新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除を踏まえた各種健診等における対応について**」<sup>11</sup>、2020年5月)において「集団で実施するものについては、緊急事態宣言の期間において、原則として実施を延期すること」とした。
- ◇ 同様に、頻回な措置を要する生殖補助医療について、これらが先送りされたり、中断されたりしたことによる影響。

#### 現状へのコメント

##### a. 入院措置の対象限定、c. 病床切迫時における「入院調整」

- ◇ 「搬送に関するトリアージ」をめぐる議論は平時にもあった。国内でも搬送前の重症度判定について電話相談（総務省ガイダンス）、アプリによる重症度判定の仕組み（例：埼玉県）がある。海外でも、英国 NHS による「プレホスピタルトリアージ」などがある。ただ、コロナ禍における入院措置および一連の「調整」は主体も目的も異なる

り得る。

- ◇ コロナ禍における医療状況のひっ迫を考慮した、搬送制限や順位付けは、他国でも報告されてきた（例えば、ひっ迫した状況の中、コロナ患者でも特定の基礎疾患を有する者を優先する場合もあれば、逆にコロナ以外の特定の疾患の患者を運ばない場合があること<sup>12</sup>など）。これら現場の判断の拠り所については、引き続き調査する必要がある。
- ◇ 日本では、数か所の自治体からスコアリング方式がその変数とともに公表されている（たとえば神奈川県の場合）。一方、平時であれば、医師が実際に診察する場面でありながら、これらを経ることなく以降の措置が（その不実施も含め）判定される点には法的な危うさも付きまとう。この点については、こうした状況を回避すべく、搬送前に医師が優先度を判定するための特別の仕組み<sup>13</sup>を導入した（改めて設定としたというべきか）大阪の事例などは、部分的であれ対応策になる。
- ◇ 一方、報道によれば、「高齢」、DNR 表明の有無など、非公式な形で優先付けが行われていることも判明している（「高

<sup>10</sup> 「厚労省のコロナ対策「通知・連絡」1年余で1000件超 現場困惑「把握しきれない」」東京新聞 2021年3月26日。  
<https://www.tokyo-np.co.jp/article/93806>

<sup>11</sup> 厚生労働省「**新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除を踏まえた各種健診等における対応について**」（医政歯発 0526 第1号、健健発 0526 第1号、健が発 0526 第1号、基安発 0526 第1号、子家発 0526 第3号、子母発 0526 第3号、保保発 0526 第1号、保国発 0526 第2号、保高発 0526 第2号、保連発 0526 第1号）2020年5月26日。  
[https://www.ningen-dock.jp/pdf/COVID19\\_Kaijo\\_20200526.pdf](https://www.ningen-dock.jp/pdf/COVID19_Kaijo_20200526.pdf)

<sup>12</sup> 例えば次の報道など。“Hospitals discuss rationing care as California faces deluge of

COVID cases”The Guardian、2020年12月22日。  
<https://www.theguardian.com/world/2020/dec/21/california-coronavirus-cases-hospitals-struggle-COVID-19-surge>、  
“‘Triage officers’ would decide who gets care and who doesn’t if COVID-19 crushes L.A. hospitals”Los Angeles Times、2021年1月8日。  
<https://www.latimes.com/california/story/2021-01-08/la-county-COVID-rationing-triage>  
<sup>13</sup> 「コロナ患者を一時的に大学病院に運び治療の緊急度を判断 大阪」NHK、2021年5月2日。  
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210502/k10013010141000.html>

齢者」については、大阪ではこれが搬送の基準に用いるべきとの府の連絡が波紋を呼んだ。「高齢」を施術の医学的な適応判断の項目の一つというべきか、社会的な評価項目に属するものと位置付けるべきか、個々の状況で議論が異なり得る(医学的・非医学的な基準には一部で分かち難い面があるため、丁寧な議論も必要となる)。それでも、個々の状況を考慮せず、「高齢」の基準を一律に適用することを、医学的な判断基準として正当化することは困難であろう。

- ◇ コロナ禍では、「治療」と「療養」との境界が見出しにくいのも事実。例えば、同じ症状であっても、その個人の病状を把握でき、あるいは生活を支援できる者とそうでない者とは差がありうる。これまでも宿泊療養と自宅療養との間には、生活環境や家族構成も影響してきた。個人への措置内容が、同居者の有無など、生活・社会的背景によって異なる判定がなされることはどう許容されるだろうか。家族・同居者は、その個人を見守る責任を当然にして負うべきだろうか。

#### b. 手術の延期、疾患間での優先順位

- ◇ 海外では、「手術延期によるがんの悪化リスク」と「通院・院内でのコロナ

感染リスク」とを比較衡量するソフトウェアが開発され、話題になった<sup>14</sup>。日本でも同様に、感染を恐れての来院差し控え、健診差し控えが報道された。医療機関の経営上の課題が指摘されていたが、健診差し控えによる早期発見機会の逸失が危惧される。また、今日では、「コロナ」増床による他病床の圧迫、ICUの閉鎖等も課題になった。

- ◇ やはり海外の報告では、例えばコロナ禍とがんの関係に注目して、健診の低迷、生活習慣の乱れ、手術待機者の増加などにより、今後のがんによる死亡超過が予想されるとの報告<sup>15</sup>や、妊婦の来院が遅れ死産の増加<sup>16</sup>の報告が紹介されてきた。
- ◇ 日本においても、コロナ禍が他疾患の治療、患者の健康にどのように影響したか(コロナ対応で先約の手術予約をどこまで覆してよいのか?判断の基準はどうあるべきか?フォローアップは適切になされているのか?)、その評価はこれからの課題であるだろう。主要先進国と比べ、死亡・感染者の桁が異なることが、むしろ影響性の評価を困難にするかもしれない。その中でも、日本では自殺者の増加<sup>17</sup>が報告されている。

<sup>14</sup> Hartman HE., et al. Integrated Survival Estimates for Cancer Treatment Delay Among Adults With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol* 2020;6(12):1881-1889.; Garrett-Mayer E., et al. To Treat or Not to Treat-Balancing Benefits and Risks of Treatment Delay Among Patients With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol* 2020;6(12):1868-1869.

<sup>15</sup> Editorial. COVID-19 and cancer: 1 year on.

*Lancet Oncol.* 2021;22(4):411.

<sup>16</sup> Lazzarini M, et al. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(5):e10-e11.

<sup>17</sup> Tanaka T., et al. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour* 2021;5:229-238..

### c. 治療開始後の再配分

- ◇ 上記のような治療開始後の再配分（資源切迫を理由とした呼吸器の取り外し・再装着）については、やはり上述のイタリアやスペインで実施されていた事例が国内でも紹介された（年齢の高い者の呼吸器を取り外し、若い患者に取り付けられた事例など）。日本では、上記のように資源の再配分（特に治療開始後の中断を伴う再配分）に言及する文書も一定数ある一方、これらの触法性を指摘する意見もある。

### 1-2 予防接種・ワクチンへのアクセスはじめに

COVID-19 のパンデミックへの対応として、ファイザー／ビオンテック社やモデルナ社、アストラゼネカ社など、複数のワクチンがかつてないスピードで開発され、使用が承認された。しかし、ワクチンが開発された後には、それをどの国にどれだけ供給するかという問題、また国内において誰に優先的に接種するかという優先接種の問題など、大きな倫理的問題が残されている。さらに、より実務的な問題だが社会的には重要な問題として、個別接種か集団接種か、また余剰のワクチンはどうするか、といった問題もある。本稿では日本国内における COVID-19 ワクチンへのアクセスに関連した問題に議論を絞り、これまで

にどのような議論があったのかを新聞記事および政府資料を中心にまとめてアーカイブするとともに、今後も引き続き検討すべき倫理的問題に関して論点整理を行う<sup>18</sup>。

### 関連する主な出来事

- ◇ 国レベルのワクチン優先接種の議論は 2020 年 7 月ごろから開始し、8 月には医療従事者を最優先し、次に高齢者を優先することになった。
- ◇ 2020 年 12 月に成立した改正予防接種法により、ワクチン接種は無料(国が負担)することになった。
- ◇ 欧米ではワクチンが 2020 年 12 月中に承認され、直ちに優先接種が始まったが、日本では 2021 年 2 月 14 日に承認され、翌日から医療従事者への優先接種が始まった。
- ◇ 医療従事者については、その定義がいまいちなこともあり、当初予定していたよりも多くの人々が優先接種の対象となった。
- ◇ 高齢者の優先接種については、個別接種か集団接種か、高齢者の中での優先順位をどう付けるかなど、地方自治体ごとに異なる対応が取られた。また、予約における混乱や、接種を行う医療者不足の問題など、事前の準備不足と思われる事例が多数発生した。

<sup>18</sup> 新聞は時間の制約から、主に朝日新聞と産経新聞に絞って調査した。なお、政府資料につい

ては東京大学医科学研究所の井上悠輔准教授から多くの教示を受けた。



月	主な出来事（国・自治体の動きを中心に）
R2 8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 21日、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会による提言において、最も感染リスクがあり、重症化しやすい者として、高齢者(65歳以上)と基礎疾患がある人、医療従事者を最優先で接種対象とした<sup>19</sup>。</li> <li>◇ 28日、安倍首相(当時)は、新型コロナウイルス感染症対策本部の会合にて、来年前半までに国民全員分のワクチンの確保を目指すことを含む対策を決めた<sup>20</sup>。</li> </ul>
12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 2日、改正予防接種法が成立し、ワクチンを「臨時接種」として提供することに。接種主体は市町村だが、費用は全て国が負担することになった<sup>21</sup>。</li> <li>◇ 英国では2日、ファイザー製のワクチンが承認され、8日から高齢者や高齢介護施設の職員から接種が開始<sup>22</sup>。その他の欧州諸国や米国でも同様の許可が出された<sup>23</sup>。</li> </ul>
R3 1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 18日、ワクチン接種の体制強化を図るために、菅首相がワクチン担当相を新設し河野太郎氏を任命<sup>24</sup>。</li> </ul>
2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 5日、前月末に練馬区が発表した診療所で実施する個別接種のモデルを政府が推奨することを決め、地方自治体が行う大規模会場で集団接種と並行して実施することに<sup>25</sup>。</li> <li>◇ 14日、厚生労働省がファイザー製のワクチンを承認。17日から医療従事者約4万人への臨床研究も兼ねた先行接種が開始<sup>26</sup>。その後、医療従事者約500万人の接種<sup>27</sup>。</li> </ul>
3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 16日、4月前半に米国で日米首脳会談を控えた菅首相が都内で一度目の接種<sup>28</sup>。</li> </ul>
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 12日、高齢者向け(3600万人対象)のワクチン接種が開始<sup>29</sup>。</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 7日、菅首相が高齢者のワクチン接種について「1日100万回接種」の目標発表<sup>30</sup>。</li> <li>◇ 11日、愛知県西尾市の副市長がスギHD会長夫妻にワクチンの優先接種について便宜を図ったとの報道がなされる<sup>31</sup>。その後、一部の地方自治体で首長が優先接種を受けていたことも報道された。</li> <li>◇ 17日、東京と大阪に開設予定の大規模会場での高齢者優先接種のネット予約開始<sup>32</sup>。</li> <li>◇ 21日、厚生労働省がモデルナ社とアストラゼネカ社のワクチンも承認<sup>33</sup>。ただし、アストラゼネカ製については副反応のおそれがあるとして接種は見送った<sup>34</sup>。</li> </ul>

<sup>19</sup> 「ワクチン 高齢者優先 医療従事者・持病ある人も」朝日新聞 2020年8月22日朝刊。なお、基礎疾患については12月25日の厚労省専門部会において、慢性の心臓病や腎臓病やBMIが30以上の肥満など14種類とすることが決まった。「持病など14種優先接種」産経新聞 2020年12月26日朝刊。

<sup>20</sup> 「来年前半までに国民全員のワクチン確保 政府の対策パッケージ」産経新聞オンライン <https://www.sankei.com/politics/news/200828/plt2008280008-n1.html>

<sup>21</sup> 「コロナワクチン無料 改正予防接種法 成立」産経新聞 2020年12月2日夕刊。

<sup>22</sup> 「英、ファイザー製承認 コロナワクチン 日米欧初」産経新聞 2020年12月3日朝刊。「英、ワクチン接種準備 あす開始 全国各地の病院で」産経新聞 2020年12月7日朝刊。

<sup>23</sup> 「米、ワクチン使用許可 ファイザー製 週明けにも接種」産経新聞 2020年12月12日夕刊。「EU ワクチン接種開始」朝日新聞 2020年12月28日朝刊。

<sup>24</sup> 「遅れ回避へ ワクチン担当 河野行革相 縦割り打破なるか」朝日新聞 2021年1月20日朝刊。

<sup>25</sup> 「ワクチン 個別接種も柱」朝日新聞 2021年2月6日朝刊、「新型コロナ ワクチン個別接種」産経新聞 2021年2月6日朝刊。

<sup>26</sup> 「新型コロナ ワクチンあす接種開始」朝日新聞 2021年2月16日朝刊、「新型コロナ ワクチンあすから接種」産経新聞 2021年2月15日産経新聞朝刊。

<sup>27</sup> 「接種対象500万人 日程遅れも」朝日新聞 2021年2月20日朝刊。

<sup>28</sup> 「首相、ワクチンを接種 訪米控え感染対策「痛くなかった」」産経新聞 2021年3月17日朝刊。

<sup>29</sup> 「ワクチン接種 高齢者も開始」朝日新聞 2021年4月12日夕刊。

<sup>30</sup> 「「1日100万回」道筋は 高齢者ワクチン 7月完了目標 焦る首相」朝日新聞 2021年5月11日朝刊。

<sup>31</sup> 「ワクチン接種 副市長が便宜 愛知・西尾 スギHD会長夫妻に」朝日新聞 2021年5月11日夕刊、「首長の優先接種 相次ぐ 自治体トップの「優先」公正か」朝日新聞 2021年5月14日朝刊。

<sup>32</sup> 「高齢者ワクチン 大規模接種の予約開始」産経新聞 2021年5月17日夕刊。

<sup>33</sup> 「厚労部会 ワクチン2製品 了承 モデルナとアストラ社」産経新聞 2021年5月20日夕刊、「ワクチ



## 提案された主な基準など

### a. ワクチンの優先接種の基準（国レベル）

- ◇ 新型コロナウイルス感染症対策本部分科会では、2020年7月16日の第2回会合で、COVID-19用のワクチンの優先接種について議論が行われた。新型インフルエンザ等対策特別措置法(特措法)では、「住民接種」よりも先に開始される「特定接種」の枠組みがあり、特措法には「医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定を確保するため緊急の必要があると認めるときに、これらに寄与する業務に従事する者に対して行うもの」と規定されており(第28条)、2013年策定の行動計画では、医療関係者、対策の実施に携わる公務員、介護福祉、電気、ガス、銀行、公共交通機関などの事業者の順で行うこととされた。だが、今回はこうした社会インフラの事業者よりも、命に関わる高齢者を優先すべきだという議論が行われた<sup>35</sup>。
- ◇ 続く8月21日の第3回の会合では、「接種開始時に期待されるワクチンの効果や、できるだけ早期に多くの国民への接種を目指すことを踏まえれば、特定の業務に従事する者を対象とする特定接種ではなく、死亡者や重症者の

発生をできるだけ抑制する観点の下での住民への接種を考えていく。」とされ、特措法の特定接種ではなく、予防接種法の「臨時接種」(感染症のまん延予防上緊急の必要があるときに、その対象者及びその期日又は期間を指定して行うもの。)に基づいて接種を実施することになった。ただし、その際にも一定の接種順位は設定することとし、具体的には感染リスクが高く医療機能の維持に必要な医療従事者(救急隊員及び保健師を含む)、重症化のリスクの高い高齢者・基礎疾患を有する者が優先されるとされ、妊婦と高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設で従事する者については検討課題とされた<sup>36</sup>。

- ◇ このように、政府の議論では、「特定の医療従事者、高齢者及び基礎疾患を有する者へのワクチンの接種を優先すべきであり、社会機能維持者に対する特定接種を行うことについては現段階では優先的な課題とはならないのではないかと考えられる」として、社会機能維持者を優先しない立場が示されており<sup>37</sup>、2020年12月24日から2021年12日にかけて実施されたワクチン接種に関するパブコメへの回答においても、

ン接種 加速なるか」朝日新聞 2021年5月21日朝刊。

<sup>34</sup> 「アストラ製 接種は見送り」朝日新聞 2021年5月22日朝刊。

<sup>35</sup> 「ワクチン接種 誰から」河北新報社 2020年7月4日、「ワクチン 医療者最優先」産経新聞 2020年7月16日朝刊。

<sup>36</sup> 「ワクチン 高齢・医療者優先 コロナ分科会」産経新聞 2020年8月22日朝刊、「新型コロナウイルスワクチンの接種について」(2020年8月21日新型コロナウイルス感染症対策分科会資料3)22-25頁、「新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種に関する分科会の現時点での考え方」(2020年8月21日新型コロナウイルス感染症対策分科会)4頁。本分科会の資料は下記から閲覧可能(2021年5月23日最終アクセス)。 <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi.html#3>

<sup>37</sup> 「新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種に関する分科会の現時点での考え方」(2020年8月21日新型コロナウイルス感染症対策分科会)5頁。

「全国民分を確保したワクチンを国民全体に円滑かつ早期に接種するためには、接種体制は簡素かつ効率的なものとする必要があることから、エッセンシャル・ワーカー等を含め、業務や業種による順位付けを行うことはしません」との考え方が示された<sup>38</sup>。

- ◇ ただし、高齢者及び基礎疾患を有する者や障害を有する者が集団で居住する施設等で従事する者については、感染拡大を防ぐという目的から、医療従事者および高齢者に次いで優先的に接種されることとなった<sup>39</sup>。
- ◇ なお、優先接種に含まれる医療従事者は、2021年2月9日の分科会資料では、基本的に次の四つグループとされていた。「病院、診療所において、新型コロナウイルス感染症患者（新型コロナウイルス感染症疑い患者を含む。以下同じ。）に頻繁に接する機会のある医師その他の職員」「薬局において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員」「新型コロナウイルス感染症患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊職員」「自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する業務を行う者」<sup>40</sup>。政府は当初、医師や看護師ら有資格者を中心として推計し、この数を約370万

人と見積っていたが、各医療機関からの報告を積算したところ、最終的には500万人近くになった。これは、医療機関で働く委託業者や事務員を入れた人数（「その他の職員」）が想定よりも多かったということである<sup>41</sup>。また、厚労省は2月16日付の通知により、上記の4グループに加えて、医療機関で実習を行う医学生を追加した他、自治体が集団接種を行う場合の接種会場を「医療機関」と位置づけ、予防接種業務を行う人の感染リスクが高い場合に優先接種の対象とした<sup>42</sup>。

#### b. ワクチンの優先接種の基準（地方自治体レベル）

- ◇ 国レベルでの優先接種の議論とは別個に、地方自治体でも優先接種について議論が行われた。これは主に、国からのワクチン供給量が限られるため、高齢者の中でも誰から優先的に接種すべきかを議論する必要があったからである。体系的な調査は行っていないが、新聞報道によれば、次のような具体例があった。
  - 大阪市では、供給量の問題から、高齢者の集団接種は遅らせ、高齢者施設の入所者5万4千人を優先させることにした<sup>43</sup>。
  - 沖縄県では、うるま市のほか、高齢者施設で大規模感染が発生した離

<sup>38</sup> 新型コロナウイルス感染症対策分科会の2021年2月9日の第24回会議資料(2-1)より。

<sup>39</sup> 「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について」新型コロナウイルス感染症対策分科会の2021年2月9日の第24回会議資料。

<sup>40</sup> 「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について」新型コロナウイルス感染症対

策分科会の2021年2月9日の第24回会議資料。

<sup>41</sup> 「接種対象500万人 日程遅れも」朝日新聞2021年2月20日朝刊。

<sup>42</sup> 「ワクチン 医学生も優先 医療従事者の範囲拡大」産経新聞2021年2月21日朝刊。

<sup>43</sup> 「高齢者施設の入所者 ワクチン接種を優先」朝日新聞2021年2月26日朝刊大阪版。

島の宮古島市に優先的に配布した<sup>44</sup>。

- 大津市では、85歳以上の高齢者をまず優先し、その後、80歳以上、75歳以上、と段階的に上げていくことにした<sup>45</sup>。
- 八王子市では、高齢者約16万人を対象に、インターネットと電話で先着順に予約を受け付けた<sup>46</sup>。4月5日に予約を受け付けると、初回ワクチン1900回分について1時間半で予約上限に達した<sup>47</sup>。

- ◇ また、県レベルでは、少なくとも40道府県が、人口が集中する県庁所在地を最初の国からのワクチン配分先を選んだが、奈良県や大阪府や島根県などは、こうした傾斜配分をせず、均等配分をベースに各市町村に配分した。茨城県では、高齢者施設の入所者に優先接種とした。香川県では、不公平感が出ないようにという配慮から、配分先を非公表とした<sup>48</sup>。

- ◇ さらに、ファイザー製のワクチンの1瓶から5回ないし6回接種できるが、1回分でも取り出すと長期保存できないため、予約人数やキャンセル発生などに余ったワクチンが生じるという問題があり、こうした余剰ワクチンについても、地方自治体ごとに使用方法を決める必要がある<sup>49</sup>。これについても体系的な調査は行っていないが、新聞報道によれば、次のような具体例があった。

- 京都市では、接種を実施する高齢者施設に対し、キャンセルが出た場合には代わりに受けられる人を事前に決めておくよう求めることにした<sup>50</sup>。
- 大津市では、「余ったら接種会場の医療従事者に接種する」という方針を立てた<sup>51</sup>。
- 大阪府では市町村に対し、ワクチンが余った場合、接種業務に携わる市町村職員や民間事業者、消防

<sup>44</sup> 「高齢者ワクチン 悩む自治体」産経新聞 2021年3月20日朝刊。

<sup>45</sup> 「自治体 接種手探り」朝日新聞 2021年4月13日朝刊。

<sup>46</sup> 同上。

<sup>47</sup> 「接種予約1.5時間で上限 八王子」産経新聞 2021年4月6日朝刊。

<sup>48</sup> 「ワクチン配分 悩む自治体」朝日新聞 2021年4月9日朝刊。

<sup>49</sup> この点について、厚労省が自治体向けに出している「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」(第2.2版)では、次のように指示がある。「新型コロナワクチンの接種予約がキャンセルされた等の理由で余剰となったワクチンについては、可能な限り無駄なく接種を行っていただく必要があることから、別の者に対して接種することができるような方法について、各自治体において検討を行う。

例えば、市町村のコールセンターや医療機関で予約を受ける際に、予約日以外で来訪可能な日にちをあらかじめ聴取しておき、キャンセルが出たタイミングで、電話等で来訪を呼びかける等の対応が考えられる。なお、キャンセ

ルの生じた枠で接種を受けられるのは、接種券の送付を受けた対象者とする。それでもなお、ワクチンの余剰が生じる場合には、自治体において検討いただきたい。」(67頁)この記述は2021年3月12日付の第2.1版から見られるものである。

本手引きについては以下URLを参照。新型コロナウイルスに関する自治体向け通知・事務連絡等  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_notifications.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html)

<sup>50</sup> 「余ったワクチン 廃棄防げ」朝日新聞 2021年4月18日朝刊。なお、5月19日の別の記事では、翌日の接種予定者の繰り上げや医療従事者、接種券を持つ高齢者などに回すなど、ルールが変更されている。「余ったワクチン 有効活用」産経新聞 2021年5月19日朝刊。5月11日以降の方針については、下記の京都市ウェブサイトを参照。「【新型コロナワクチン接種事業】大切なワクチンを無駄にしない取組(当日キャンセル等への対応)について」  
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000284399.html>

<sup>51</sup> 同上。

やコロナ関連の業務に携わる人にも接種できるとの対応方針を示した。また、クリニックでの個別接種の場合には、クリニックに通う他の患者も対象にできるとした<sup>52</sup>。

- ▶ 神奈川県逗子市では、すぐに会場に来られる65歳以上の高齢者を事前に募集しておき、当日キャンセルが出た場合には、連絡を受けた場合には接種券がなくても接種できることとした<sup>53</sup>。
- ▶ 新潟県三条市では、事前に登録した市内の保育所や小中学校の教職員に接種会場に来てもらって接種を受けてもらうこととした<sup>54</sup>。

## 現状へのコメント

### a. 優先接種の基準と逸脱事例

- ◇ 新型コロナウイルス感染症対策分科会が策定した優先接種の基準は、どのぐらい拘束力があるのかという問題と、

地方自治体の裁量に多くを委ねすぎているという問題があるように思われる。

- ◇ 前者については、菅首相やその他訪米予定の人々80名から90名が、3月16日にワクチン接種を受けるという事例があった<sup>55</sup>。日米首脳会談の前にワクチン接種を受けるということ自体は理に適ったことと思われるが、当初の優先接種の基準にはそのようなことは書かれておらず、意思決定のプロセスが透明でなかったため、結果的には、首相の優先接種は、必ずしも上記の基準に従わなくてもよいというメッセージを送ったことになると考えられる

<sup>56</sup><sup>57</sup>。同様に、4月8日には、五輪とパラリンピックの日本代表選手にワクチンを優先接種する方向で政府が調整に入ったとの報道があったが、これも場当たり的な対応であるように思われ、政府の優先接種の基準の妥当性が疑わ

<sup>52</sup> 同上。

<sup>53</sup> 「余ったワクチン 有効活用」産経新聞 2021年5月19日朝刊。

<sup>54</sup> 同上。

<sup>55</sup> 「首相、ワクチンを接種 訪米控え感染対策「痛くなかった」」産経新聞 2021年3月17日朝刊。

<sup>56</sup> ただし、厚労省が自治体向けに出している「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」では、2021年4月15日付の第2.2版で、接種順位(優先接種)について次の注が付いている。「※内閣総理大臣等が相手国に渡航し外交交渉を行うに際し、相手国との外交上の特別の事情により、渡航前に予防接種を行う必要があると認められる政府代表団の一員(ただし、職務内容に照らし必要最小限の人員に限る。)については、その特別の事情に鑑み、渡航前に予防接種を行うことができる。」(11頁)。これは2021年3月12日付の第2.1版には見られず、3月12日以降に付記されたものであることがわかる。本手引きについては以下URLを参照。新型コロナウイルスに関する自治体向け通知・事務連絡等  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bu>

[nya/vaccine\\_notifications.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bu/nya/vaccine_notifications.html)

<sup>57</sup> また、本件に関する内閣官房による説明が以下の3月12日の記者会見の質疑でなされているが(動画の開始後10分以降)、どのようなプロセスで決定したのかについては説明がなされていない。「令和3年3月12日(金)午前 官房長官記者会見」  
[https://www.kantei.go.jp/jp/tyoukanpress/202103/12\\_a.html](https://www.kantei.go.jp/jp/tyoukanpress/202103/12_a.html)

さらに、同日に行われた河野太郎ワクチン担当相の記者会見では、「これまで高齢者接種とか医療従事者とかの優先接種というものがありましたけれども、今回の訪米団はどういう枠組みの接種になるのでしょうか。」という記者の質問に対して、河野氏は「これまでの枠組みの外で打つということだと思います。これは外交儀礼みたいなものとして打つということになるのだと思います。詳細は官邸にお尋ねください。」と答えており、3月12日時点ではこれまでに議論された優先接種の枠組みとは別枠で設定された基準だったことがわかる。「河野内閣府特命担当大臣記者会見要旨 令和3年3月12日」  
[https://www.cao.go.jp/minister/2009\\_t\\_kono/kaiken/20210312kaiken.html](https://www.cao.go.jp/minister/2009_t_kono/kaiken/20210312kaiken.html)

れかねない措置のように思われる<sup>58</sup>。

- ◇ 後者については、政府の基準では、約3600万人にいたる高齢者内での順位付けをしていなかったため、各地方自治体が独自の基準を作る必要があった。これは、地方自治体の裁量を尊重しているとも取れる一方で、どこに住んでいるかによって、ワクチン接種の順番が大きく変わりうるという「ポストコード・ロッタリー」という不公平にも繋がりがかねないと言える。日本全域の公平性を尊重しようとするのであれば、より詳細な優先順位を国が設定することもできたであろう。また、そうすることにより、各地方自治体で優先順位について悩み議論する手間も省けたのではないかと思われる。
- ◇ さらに、地方自治体の首長が優先接種を行っていた事例が相次いで報道されたが、一部の首長は、自分もワクチン接種を推進するための医療従事者の一

## b. ワクチン供給上の問題

- ◇ ワクチンは開発や承認、製造の過程を経た後に、各地方自治体に供給され市民に接種されることになるが、今回はこの供給のフェーズ(英語では roll-

out と考えて優先接種を行ったという弁明をするなどした<sup>59</sup>。政府の優先接種の基準には解釈の余地があるため、自治体でそのように解釈したと主張することも可能かもしれないが、仮に首長が予防接種行政も含めて率先して活動するために優先接種が必要だとすれば、彼らは本来なら「社会機能維持者」として優先されるべきものである。だが、今回は特措法の特定接種の枠組みを用いず、予防接種法の臨時接種の枠組みを採用したため、「社会機能維持者」の優先接種の考えを取らなかった。「首長も医療従事者だから優先接種を受けるべきだ」という強弁の背景にはこのような事情があるが、政府はQ&Aを作成するなどして、こうした強引な解釈が生まれることを予め回避すべきではなかったかと考えられる。

out という言葉が使われた)において様々な問題が生じた。例えば、ワクチン接種の接種記録システムの問題<sup>60</sup>、接種を行う医療従事者確保の問題<sup>61</sup>、ネットや電話等による予約の問題<sup>62</sup>、ワクチン1瓶から何回接種できるかとい

<sup>58</sup> 「日本代表に優先接種」産経新聞2021年4月8日朝刊。

<sup>59</sup> 「首長の優先接種 相次ぐ 自治体トップの「優先」公正か」朝日新聞2021年5月14日朝刊。

<sup>60</sup> 「ワクチン接種 官邸 VS 厚労省 3システム併存 混乱懸念」産経新聞2021年2月3日朝刊、「高齢者接種 1万5000人 国集計の2倍 「反映に時間」」産経新聞2021年4月19日朝刊、「接種管理 現場困った 国のワクチン新システム」朝日新聞2021年5月16日朝刊。

<sup>61</sup> 「ワクチン接種 人手なお課題 週明けから本格化」朝日新聞2021年5月8日夕刊。「不安残る中 接種本格化」産経新聞2021年5月11日夕刊。

<sup>62</sup> 「ワクチン予約 殺到・混乱」朝日新聞2021年4月23日朝刊、「ワクチン電話予約混乱 受付本格化 各地で通信制限」朝日新聞2021年5月11日朝刊、「ワクチン予約 一時停止 複数自治体 米IT企業で障害」産経新聞2021年5月13日朝刊、「高齢者ワクチン混乱 京都市希望者予約先分からず 医療機関9割公表拒む」読売新聞2021年5月2日朝刊大阪版、「大規模接種へ突貫工事」朝日新聞2021年5月18日朝刊、「ネット予約「ようわからん」大規模接種 高齢者困惑」朝日新聞2021年5月18日朝刊、「大規模接種 予約システム不備 東京で苦情相次ぐ」朝日新聞2021年5月22日朝刊。

う問題<sup>63</sup>、などである。こうした問題は必ずしも倫理とは関係しない実務上の問題とも考えられるが、実務上のトラブルが重なれば公平な資源配分の計画も画餅に帰すことになりかねない。今回起きた問題と対策およびノウハウについてアーカイブ化して将来のパンデミックに備えることが重要であろう。

### 1-3 検査・疫学調査へのアクセス

#### 0. 前置き

感染症において検査は複数の意味を持つ。いわゆる公衆衛生対策としての検査と患者の診断及びその後の治療という医療目的の検査に大きく区別することができる。また公衆衛生対策の中にも、広範囲な感染の広がりや把握するための検査や感染経路を把握する積極的疫学調査のための検査、また渡航者の検疫目的の検査などが挙げられる。そして一つの検査が同時にこれら複数の意味を持ち、視点によって意味が異なるということが生じる。疑い例に罹患している者にとっては治療へのアクセスを意味するものとして、公衆衛生の視点としては疫学調査としての意味をより強く持つということがある。医療資源に制限がない状況であれば全てのニーズに応えるよう無制限に検査を実施することもできるが、人手不足など資源に限りがある場合はどのような意味合いの検査を優先するべきかという問題が生じる。これまでに検査をめぐる議論の多くは、異なる意味を持ついずれの検査を優先するべきかということをめぐるもの

であったとも言う。特に2020年の前半は保健所や医療機関の対応能力の限界から、市民の検査アクセスを相当程度制限しつつ、積極的疫学調査（クラスター対策）の態勢を維持することに注力し、その点のポリシーの妥当性をめぐって激しく議論がなされていた。

#### 1. 関連する主な出来事

- ◇ 検査へのアクセスについて、極めて限定的だったものを段階的に拡大していった。当初は、「帰国者・接触者相談センター」への相談受付の厳格な基準（37.5度以上の発熱が4日以上など）及び検査受検の判断を保健所が一元的に担っていた状況から（2020年2月）、都道府県が指定する医療機関の医師が必要と判断した場合は保健所を介さずに検査可能となり（2020年3月）、「帰国者・接触者相談センター」への相談基準を緩和（2020年5月）、そして抜本的に発熱等症状がある場合はかかりつけ医等に電話する体制に移行した（2020年10月以降）。
- ◇ 検疫については検査体制の拡充とともに、地域の流行状況に応じて検査の省略など緩和措置を実施した時もあったが（2020年11月）、変異株の流行を受けて再度厳格化する動きもある（2021年1月）。また唾液による抗原検査の導入により検査数の拡大を可能にするが、精度への懸念も指摘された（2020年7・8月）

<sup>63</sup> 「コロナワクチン1瓶で何回接種できるの」朝日新聞2021年3月29日朝刊、「新型コロナ：「1瓶6回」の注射器、5月10日から供給

河野氏」日本経済新聞2021年4月16日  
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUA160SR0W1A410C200000/>

- ◇ 検査技術について、当初は PCR 検査のみであったが、その後抗原検査キット（抗原定性検査ののち抗原定量検査）が開発された。また抗体検査も薬事承認はされていないが、疫学調査での使用のため性能評価の上使用されている。

月	主な出来事（国・自治体の動きを中心に）
R2 2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ ダイヤモンド・プリンセス号の乗員・乗客への PCR 検査の態勢確保へ調整<sup>64</sup>。</li> <li>◇ 「帰国者・接触者相談センター」を介しての受診目安が専門家会議より提示される。発熱 37.5 度以上が 4 日以上続く場合（高齢者や糖尿病などの持病がある人などは 2 日程度）や強いだるさ・息苦しさがある場合はすぐに（検査の可否は保健所判断）<sup>65</sup>。</li> <li>◇ 「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」（新型コロナウイルス感染症対策本部・2月25日）により国内感染状況の把握や拡大防止策の現状と今後の方針の中に、積極的疫学調査や検査の方針について提示される。</li> </ul>
3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 北海道・北見の展示会や大阪のライブ会場でクラスターが発生<sup>66</sup>。「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策・第2弾」（新型コロナウイルス感染症対策本部・3月10日）にクラスター対策の専門家を地方公共団体へ派遣することが盛り込まれる。</li> <li>◇ 「帰国者・接触者外来」を中心に都道府県が指定する医療機関の医師が必要と判断した場合に限り保健所を介さずに検査。保険適用となるが医療機関は限定<sup>67</sup>。</li> <li>◇ 検査体制を補うためドライブスルー検査などの試みも行われた<sup>68</sup>。</li> <li>◇ 改正前特措法 15 条に基づき政府対策本部の設置（3月26日）。「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（3月28日、4月7日改正）に積極的疫学調査等によるクラスター発生の封じ込め（オーバーシュートの防止）が提示される。</li> </ul>
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 保健所の対応能力の限界がクラスター対策や PCR 検査の実施件数の制限につながっていることが指摘され、保健所による検査拒否も問題化<sup>69</sup>。保健所を介さない都医師会独自の検査会場の設置なども試みられる<sup>70</sup>。</li> <li>◇ 楽天によるコロナ検査キットの販売<sup>71</sup>。</li> <li>◇ 厚労省が抗体検査による感染の広がりを調査する計画を発表し、抗体検査キットの性能評価を開始。知事会の緊急提言にも抗体検査の実施が盛り込まれる<sup>72</sup>。</li> <li>◇ 無症状者への PCR 検査も医師判断で保険適用に<sup>73</sup>。</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 専門家会議で設定された受診の目安が緩和され、高齢者等重症化リスクのある人や妊</li> </ul>

<sup>64</sup> 「クルーズ船全員検査、検討 対象 3 千人超、態勢確保へ調整 厚労省 新型コロナウイルス」（朝日新聞 2020 年 2 月 11 日）

<sup>65</sup> 「新型肺炎、国が受診目安 発熱 37.5 度以上→4 日続けば／強いだるさ・息苦しさ→すぐに」（朝日新聞 2020 年 2 月 18 日）

<sup>66</sup> 「(時時刻刻)「若者、気づかず感染拡大」 新型肺炎、専門家が見解」（朝日新聞 2020 年 3 月 3 日）

<sup>67</sup> 「PCR あず保険適用 検査実施機関は限定的 新型コロナ」（朝日新聞 2020 年 3 月 4 日）

<sup>68</sup> 名古屋市（3月19日）をはじめ全国に。「ドライブスルー検査へ 名古屋市、介護職員ら 50 人に 新型コロナ」（朝日新聞 2020 年 3 月 19 日）

<sup>69</sup> 「保健所態勢強化に遅れ 人員不足、PCR 検

査に影響 新型コロナ」（朝日新聞 2020 年 4 月 6 日）「新型コロナ、検査拒否 111 件 「濃厚接触ない」最多 道保険医会調査／北海道」（朝日新聞 2020 年 4 月 15 日）

<sup>70</sup> 「保健所介さず PCR 検査 都医師会、約 10 カ所で 新型コロナ」（朝日新聞 2020 年 4 月 18 日）

<sup>71</sup> 「コロナ検査キット販売 楽天、法人向けに」（朝日新聞 2020 年 4 月 21 日）

<sup>72</sup> 「「全国で抗体検査を」 知事提案、緊急提言に 新型コロナ／北海道」（朝日新聞 2020 年 4 月 28 日）

<sup>73</sup> 「無症状でも PCR 検査 医師判断で保険適用 厚労省方針 新型コロナ」（朝日新聞 2020 年 4 月 30 日）

	<p>婦は軽い風邪症状でも、それ以外でも倦怠感や高熱がある場合はすぐに、軽い風邪症状でも4日以上続く場合は必ず「帰国者・接触者相談センター」に相談することに。味覚・臭覚以上も相談可能（5月8日）。これまでの目安については医療崩壊を防ぐ、インフルエンザとの区別がつきにくいことなどを根拠としていたが相次ぐ批判を受けて変更とのこと<sup>74</sup>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 抗原検査キット（定性検査・富士レピオ）承認<sup>75</sup>。検査時間大幅短縮可能に。</li> <li>◇ 角界の抗体検査の開始など、スポーツ界での検査の取り組み<sup>76</sup>。</li> </ul>
6月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 東京、大阪、宮城で抗体検査実施。東京0.10% 大阪0.17% 宮城0.03%と低い陽性率<sup>77</sup>。</li> <li>◇ 「夜の街」を対象とする検査態勢の整備<sup>78</sup>。</li> <li>◇ 抗原検査の適用が拡大される（陰性でもPCR不要な場合や唾液で可能な試薬の承認など）</li> </ul>
7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 新型インフルエンザ等対策閣僚会議の下に置かれている有識者会議が、対策本部下の専門家会議から新型コロナウイルス感染症対策分科会へ移行（7月6日）。</li> <li>◇ 感染の可能性の高い人を除く無症状の人へのPCR等の検査を公費対象の行政検査としない方針を分科会が提言（7月16日）。一方、無症状でも、濃厚接触者や接待を伴う飲食店は行政検査の対象。医療機関や高齢者施設も一人でも感染者が出た場合は濃厚接触者でなくても行政検査対象<sup>79</sup>。</li> <li>◇ 札幌・ススキノにPCR検査センターを設置し、接客を伴う店舗の関係者を対象に場所を公表しない仕方で検査を実施<sup>80</sup>。</li> <li>◇ 空港検疫の検査を唾液検体の抗原定量検査にするという方針を厚労相提示（7月21日）、9月中旬に1日1万件増強を目指す<sup>81</sup>。羽田・成田で開始<sup>82</sup>。</li> <li>◇ Go To トラベルを受けて水際対策の一環として那覇空港で唾液検体の抗原検査を実施<sup>83</sup>。</li> </ul>
8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省が今後の流行時に必要となる検査数を全国で最大5.6万件と発表（8月7日）。朝日新聞の調べでは30都道府県が検査能力不足<sup>84</sup>。</li> <li>◇ 行政と各地の医師会と設置する「地域外来・検査センター」（通称PCRセンター）の設置数が3万9723件（8月5日時点、4月では9千件）<sup>85</sup>。</li> <li>◇ 空港検疫で導入拡大している唾液検体の抗原定量検査の精度に関する懸念の記事<sup>86</sup>。</li> </ul>

<sup>74</sup> 「PCR相談、目安変更へ 「37.5度以上」削除を検討」（朝日新聞2020年5月6日）

<sup>75</sup> 各検査技術の内容や承認時期等については厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に関する検査について」より [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00132.html)

<sup>76</sup> 「角界の関係者、抗体検査開始 新型コロナ」（朝日新聞2020年5月19日）

<sup>77</sup> 「抗体検査、陽性率低く 東京0.10% 大阪0.17% 宮城0.03% 新型コロナ」（朝日新聞2020年6月17日）

<sup>78</sup> 「「夜の街」従業員向け、定期検査へ態勢整備 国と都が方針 新型コロナ」（朝日新聞2020年6月8日）

<sup>79</sup> 「感染可能性低い人、公費検査対象外に」（朝日新聞2020年7月17日）

<sup>80</sup> 「（新型コロナ）ススキノに検査センター キャバクラ集団感染で 札幌市／北海道」（朝日新聞2020年7月17日）

<sup>81</sup> 「空港の検査能力、1日1万件に増 厚労相、9月中旬に 新型コロナ」（朝日新聞2020年7月22日）

<sup>82</sup> 「唾液使う抗原検査、羽田・成田で開始 新型コロナ」（朝日新聞2020年7月30日）

<sup>83</sup> 「きょうから抗原検査 那覇空港 新型コロナ」（朝日新聞2020年7月22日）

<sup>84</sup> 「検査能力不足、30都道府県 7月末時点 全国、最大5.6万件」（朝日新聞2020年8月8日）

<sup>85</sup> 「（新型コロナ）検査、受けやすくなった？ 保健所外で対応の地域も」（朝日新聞2020年8月10日）

<sup>86</sup> 「唾液抗原検査、精度に懸念 空港検疫で導入拡大、迅速だが・・・ 新型コロナ」（朝日新聞2020年8月21日）



	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 新型コロナウイルスとインフルエンザの同時流行に備え、厚労省が両方の検査を受けることのできる「検査協力医療機関」を指定するよう都道府県に求める方針を提示（8月24日）<sup>87</sup>。</li> </ul>
9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省、インフルエンザとの同時流行に備え、保健所などが開設する「帰国者・接触者相談センター」に相談して医療機関を紹介してもらった仕組みから、かかりつけ医などの身近な医療機関に電話した上で受診する方向へ、早ければ10月以降（9月5日発表）<sup>88</sup>。</li> <li>◇ HIV検査数が2020年4～6月に前年同期の4分の1にとどまっているというエイズ動向委員会の報告<sup>89</sup>。</li> </ul>
10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 歓楽街ごとの対策分析について分科会に報告（10月15日）。時間短縮や人出減少の効果の検証<sup>90</sup>。</li> <li>◇ 感染症学会にて簡易キットによる抗原検査の偽陽性例や不適切な使用に関する報告（10月28日）<sup>91</sup>。</li> <li>◇ 厚労省が自費検査期間の一覧表をHPで公開する件について分科会の承認を得る（10月29日）<sup>92</sup>。</li> </ul>
11月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 水際対策の緩和により中国・韓国・台湾などの11カ国及び地域からの入国者に対する検査を不要に（11月1日）。14日間の待機と公共交通機関の不使用は継続<sup>93</sup>。</li> <li>◇ 自費検査による無症状者の急増の可能性に関する記事<sup>94</sup>。</li> </ul>
12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 検査拒否で罰則を盛り込んだ条例案が東京都議会で審議されたが否決（12月1日）<sup>95</sup>。</li> <li>◇ 抗体検査キットについて現在の感染がわかるかのような表示をしているとして消費者庁が6業者を指導<sup>96</sup>。</li> </ul>
<b>R3</b> 1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 検査不要とされていた国・地域にも再度検査を導入？<sup>97</sup>。</li> </ul>
2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 感染症法改正により、保健所の調査に対して正当な理由なく虚偽の申告をした場合や調査を拒否した場合に行政罰を課すことに（2月3日公布、13日施行）。</li> <li>◇ 厚労相が、5都道府県の抗体検査の結果を発表。東京 0.91 大阪 0.58 宮城 0.14 愛知 0.54 福岡 0.19（2月5日）<sup>98</sup>。</li> </ul>

<sup>87</sup> 「検査体制「都道府県は拡充を」 厚労省、コロナ・インフル同時流行に備え」（朝日新聞2020年8月25日）

<sup>88</sup> 「コロナ受診相談見直し 発熱時、まずかかりつけ医に電話 インフル流行に備え」（朝日新聞2020年9月5日）

<sup>89</sup> 「コロナ禍、HIV検査激減 厚労省」（朝日新聞2020年9月28日）

<sup>90</sup> 「歌舞伎町、重点検査で感染減 歓楽街ごとに対策分析政府分科会 新型コロナ」（朝日新聞2020年10月16日）

<sup>91</sup> 「簡易キット抗原検査「偽陽性」125例報告 感染症学会調査、推奨されない使用例も 新型コロナ」（朝日新聞2020年10月29日）

<sup>92</sup> 「コロナ自費検査機関、一覧公表へ 高まる需要受け、厚労省実態把握」（朝日新聞2020年10月29日）

<sup>93</sup> 「空港で感染検査不要「とてもスムーズ」 11カ国・地域からの入国 新型コロナ」（朝日新聞2020年11月2日）

<sup>94</sup> 「「無症状」急増、背景に自費検査？ 都内のコロナ感染者の3割」（朝日新聞2020年11月14日）

<sup>95</sup> 「都民ファ条案、否決へ 「コロナ検査、拒否なら罰則」（朝日新聞2020年12月1日）

<sup>96</sup> 「コロナ抗体検査キット、6業者指導 「現在感染か判別」と表示 消費者庁」（朝日新聞2020年12月26日）

<sup>97</sup> 「全ての入国者に陰性証明求める 政府、到着時に検査も 新型コロナ」（朝日新聞2021年1月9日）

<sup>98</sup> 「抗体保有率、大阪 0.58% 国の検査、前回に比べ上昇 新型コロナ」（朝日新聞2021年2月5日）

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省、変異株のPCR検査数報告を地方衛生研究所に求める<sup>99</sup>。</li> <li>◇ 厚労省、各都道府県に未承認の抗原検査キットの販売方法に問題がある場合の業者への指導を求める通知(2月末?)<sup>100</sup>。</li> </ul>
3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 札幌市が変異株の検査の開始を発表(3月2日)<sup>101</sup>。</li> <li>◇ 五輪選手の検査頻度について4日に1回から増加を検討<sup>102</sup>。</li> <li>◇ 厚労相、変異株流行地域からの入国者に課している宿泊施設待機時の再検査を全ての国に拡大の考え提示(結果未確認、3月21日)<sup>103</sup>。</li> </ul>
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省、変異株を含めた行政検査の拡充を都道府県に通知(4月1日)<sup>104</sup>。</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省、変異株のおき変わりが進んだため検査態勢縮小へ(5月7日)<sup>105</sup>。ただし、インド型変異株については新たに検査体制を整える方向で基本的対象方針に(5月14日)<sup>106</sup>。</li> <li>◇ 対策本部、インドからの入国で検査を3回から4回に増やす方向で決定、10日より実施(5月7日)<sup>107</sup>。</li> </ul>
9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 厚労省、抗原検査キットの薬局販売を特例的に解禁(9月27日)<sup>108</sup>。</li> </ul>
10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 「ワクチン・検査パッケージ」に向けた実証実験の実施(10月22日)<sup>109</sup>。</li> </ul>
12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 首相、無料検査の提供を希望者全員に拡大する提言(12月23日)<sup>110</sup>。</li> </ul>
R4 1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 基本的対処方針分科会、ワクチン・検査パッケージの見直し議論(1月7日)<sup>111</sup>。</li> <li>◇ 厚労省、若年者など重症化リスクの低い軽症者が自分で検査して療養することを可能に(1月24日)<sup>112</sup>。</li> <li>◇ 感染拡大による検査キットの逼迫<sup>113</sup>。</li> <li>◇ 厚労省、検査キットを行政検査優先にするなど供給の優先順位について卸業者に要請(1月27日)<sup>114</sup>。</li> </ul>

## 2. 提案された主な基準など

検査については保健所の人手不足など資

源が限られている状況で、いかなる種類の

検査を優先するかというように基準をめぐ

<sup>99</sup> 「変異株、PCR検査数把握へ 厚労省、感染拡大状況など監視」(朝日新聞 2021年2月18日)  
<sup>100</sup> 「抗原検査、未承認キット注意 性能の保証なし、厚労省「検査は医療機関で」 新型コロナ」(朝日新聞 2021年3月6日)  
<sup>101</sup> 「変異株、札幌市が検査開始 新型コロナ/北海道」(朝日新聞 2021年3月3日)  
<sup>102</sup> 「五輪選手検査、頻度増を検討 組織委など、「4日1回」から 新型コロナ」(朝日新聞 2021年3月10日)  
<sup>103</sup> 「入国後の再検査「全ての国に」 厚労相が方針 新型コロナ」(朝日新聞 2021年3月22日)  
<sup>104</sup> 「検査拡充、国が要求 都道府県、計画見直しへ 新型コロナ」(朝日新聞 2021年4月2日)  
<sup>105</sup> 「厚労省、変異株の検査態勢縮小へ 新型コロナ」(朝日新聞 2021年5月7日)  
<sup>106</sup> 「インド型変異株、PCR検査実施 新型コロナ」(朝日新聞 2021年5月14日)  
<sup>107</sup> 「インドからの入国、検査増強 10日から、変異株対策で4回に 新型コロナ」(朝日新聞 2021年5月8日)  
<sup>108</sup> 「抗原検査キット、薬局販売 新型コロナ」(朝日新聞 2021年9月28日)  
<sup>109</sup> 「(新型コロナ)行動制限緩和へ実験始まる 接種確認や抗原検査 札幌の飲食店で/北海道」(朝日新聞 2021年10月23日)  
<sup>110</sup> 「首相、無料検査「希望者全員に」 大阪・京都・沖縄の3府県 新型コロナ」(朝日新聞 2021年12月24日)  
<sup>111</sup> 「第6波、オミクロン株対策は ワクチン・検査パッケージ「見直しを」 新型コロナ」(朝日新聞 2022年1月8日)  
<sup>112</sup> 「受診せず自宅療養可 リスク低い人、自ら検査・連絡 外来逼迫時 新型コロナ」(朝日新聞 2022年1月25日)  
<sup>113</sup> 「(時時刻々)検査、一気に逼迫 キット不足「全員に対応、難しい」 新型コロナ」(朝日新聞 2022年1月26日)  
<sup>114</sup> 「検査キット、医療機関を最優先 厚労省、順位決め供給要請 新型コロナ」(2022年1月28日)

る議論及びポリシーの変更が実施されてきた。検査技術の進展や検査及び調査を実施する体制の整備、そして新型コロナウイルスの感染拡大に伴い検査へのアクセスが拡大される傾向にあると総括することも可能である。しかし、2020年2月当時にまとめられた基本方針にあるように、医師が必要と判断する検査あるいは積極的疫学調査など感染リスクが比較的高いとされる場合に行政検査を限定し、マス・スクリーニングとしての検査は2021年5月時点においても公的には実施されていない（現在の対策に対する批判の主たるものはマス・スクリーニングの実施を主張するものと認識しているが、この点についてはより精査が必要と考える）。その点で基本的な検査に関するポリシーは一貫しているとも言うる。

#### a. 検査技術の進展について<sup>115</sup>

- ◇ 新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）を同定する技術としては当初鼻咽頭ぬぐい液を検体とするPCR検査のみであったが、使用する検体の候補の増加（鼻咽頭ぬぐい液のほか唾液）及び検査技術の候補の増加（PCR検査のほか抗原検査として定性検査と定量検査）した。また、各検査の精度確認に伴い、より簡便な検査を確定検査として承認することにより、検査実施態勢の拡充を図ってきた。
- ◇ PCR検査については下記の各段階を経て態勢の拡充が図られてきた。保険適

用とすることで保健所を経由することなく医療機関から民間の機関に検査委託が可能となり（2020年3月6日）、発症後9日以内の者に対する唾液PCR検査を可能とし（同年6月2日）、無症状であっても唾液PCR検査を認めるようになった（同年7月17日）。

- ◇ 抗原検査については、抗原定性キット（イムノクロマト法・富士レビオ）の承認後（2020年5月13日）、しばらくは陽性の場合のみ確定診断としていたが、発症2日目から9日以内の症状ありのものには鼻咽頭ぬぐい液による陰性結果も確定診断とするようになり（6月16日）、全国に広く供給されるようになった。抗原定量検査も薬事承認後保険適用となり（6月25日）、鼻咽頭ぬぐい液による検査に加えて唾液による検査でも症状の有無に関わらず確定診断として使用できるようになった（7月17日）。
- ◇ 抗体検査については、一貫して診断目的での承認を行なった検査はなく、むしろ市場に流通している抗体検査キットの精度等に対して厚労省は注意を呼びかけている。一方で、感染の広がりを調査するという疫学調査に限って抗体検査を使用しており、これまでに2回の抗体検査による疫学調査を実施している（第1回結果：2020年6月16日。第2回結果：2021年3月30日）。

<sup>115</sup> 各検査技術の内容や承認時期等については厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に関する検査について」より

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00132.html)

## b. 一般市民の検査へのアクセスについて

- ◇ 新興感染症ゆえに新型コロナウイルスに特化した検査キットは当初存在しておらず、PCRにより遺伝子を増殖させることによる検査技術に限定されていた（むしろ感染症の報告から原因ウイルスの同定及び遺伝子配列の解析と共有のスピードはこれまでにない速さのものとも言えるかもしれない）。検査のキャパシティの限界をはじめ、冬期というインフルエンザの流行期との重複、医療機関への殺到を回避するために、疑似症状者の受診とともに一般市民の検査へのアクセスを極めて限定的に絞った。その後、受診基準の緩和（5月8日）、相談窓口の一般化（10月以降）によって制限は緩和される方向にある。しかし、依然として何らかの症状を有する者か、積極的疫学調査の対象となる場合などに行政検査（公費負担）を限定する方針に変わりはない。そのため、自費による個人あるいは団体（スポーツ・イベント等）での検査の取り組みが多様に実施されてきた。
- ◇ 2020年2月当時の専門家会議および対策本部による基本方針において、受診とそれに続く検査へのアクセスは、まず「帰国者・接触者相談センター」への相談かつ37.5度以上の発熱が4日以上続くなど厳格な基準を満たすものに限定され、当初は検査の可否は保健所が一元的に判断することになっていた。

その後保険適用になることにより保健所を介さずに検査が可能となったがオーダーが出せるのは「帰国者・接触者外来」など一部の医療機関に限定されていた。その後、相談基準が緩和され概ね疑似症状があれば相談することは可能となった（5月8日）。その後、窓口を「帰国者・接触者相談センター」からかかりつけ医等に一般化されることとなった（10月以降）。

- ◇ このような一般市民の受診と検査へのアクセスの制限を正当化する根拠としては、疑似症状に不安を抱える患者が医療機関に殺到することによる医療崩壊の回避、また医療機関でのクラスターの発生の回避とともに、クラスター対策としての積極的疫学調査のための検査機能を保健所が一定程度維持することも挙げられるだろう<sup>116</sup>。
- ◇ 2021年秋以降、ワクチン接種の普及や感染の収まりもあり、「ワクチン・検査パッケージ」の導入も模索され始めたことを受け、抗原検査キットの薬局販売を認めるなど一般市民の検査へのアクセスは拡大する傾向を見せている。また、「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」などに基づき都道府県ごとに希望者に対する無料検査事業を実施している。ただし、全国レベルの「ワクチン・検査パッケージ」自体は第6波オミクロン株による感染拡大を受けて2022年5月時点では原則停止中である<sup>117</sup>。デ

<sup>116</sup> 「(新型コロナ) 国内感染確認から5ヶ月、成果と課題：下 「第2波」へ、生かすべき教訓は」(朝日新聞 2021年7月8日)

<sup>117</sup> 内閣官房、新型コロナウイルス感染症対策「国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復」(2022年5月18日現在)

デジタル庁によるワクチンの「接種証明アプリ」は2021年12月20日より導入されている。

### c. 検疫について

- ◇ 水際対策として検疫の重要性については一貫して提示され続けてきたと言えるが、検査態勢の限界が課題となりその拡大が試みられてきた。また経済活動等の制限をなるべく低減させるために、渡航制限の緩和とともに検疫の緩和も部分的に行われるようになった。検疫の緩和の方策としては、検査技術の進展に基づくより簡便な検査の導入のほか、一部低流行国・地域からの入国者に対して検査を不要にするなどの措置が取られたこともあった（2020年11月）。しかし、変異株の流行に伴い、再び検疫を厳格化するなど検疫の基準については一方向的に推移しているとは言えない。
- ◇ 検疫で使用する検査は当初PCR検査など限定的であったが、その後唾液検体による抗原定量検査が症状の有無に関わらず確定診断として使用を認められるようになってから広く空港検疫等に使用されるようになった（2020年7

月以降）。しかし、PCR検査と比較した場合の精度の不足も指摘され、検疫体制への懸念も指摘されている<sup>118</sup>。

- ◇ 海外渡航制限の緩和を試みる流れで、中国・韓国・台湾などの一部低感染国・地域からの入国者に検査を不要とする措置が採用されたが、世界各地で複数の異なる変異株が流行するにつれて再度全世界からの渡航者への検査の再導入（2021年1月）、そしてインドにおいて流行している変異株への対策として該当地域からの入国者に検査頻度の増加などより検疫の基準を厳格化する動きもある（2021年5月）。

### d. 変異株に関する検査について

- ◇ 日本での変異株の感染者の増加に伴い、感染のみならず変異株での感染か否かということも検査の対象として取り込むようになり監視を強化するようになった（2021年2・3月）<sup>119</sup>。しかし、「N501Y」の変異株が占める割合が増えるにつれ検出の必要性が低くなり当該株に関する検査体制を縮小。代わって、インド由来とされる変異株「L452R」に対する監視を強化するようになっている（5月14日）。

## 3. 現状へのコメント

検査については、個人の立場からは自らの感染ステータスを明らかにするものとして、身近な人への感染予防や自身の治療など、自らの行為選択の判断材料と肯定的に

位置付ける傾向もあれば、行政によって行われる積極的疫学調査については行動制限や何らかの社会的不利益を被るリスク（感染者自身に向けられる差別・偏見やリスクのある行為を行なったことに対する非難を

<sup>118</sup> 「唾液抗原検査、精度に懸念 空港検疫で導入拡大、迅速だが・・・新型コロナ」（朝日新聞2020年8月21日）

<sup>119</sup> 「変異ウイルス、監視強化 厚労省 新型コロナ」朝日新聞2020年3月12日

被るリスクなど) など否定的に位置付ける傾向もありうる。

これまでの公的な検査ポリシーを総括すれば、医師の判断に基づく検査や積極的疫学調査などを優先し、個人の行動選択の判断材料としての検査については公費対象としないなど概ね公的対策の埒外に位置付けてきた(市場に出回っている検査キットの精度に関する懸念や注意の呼びかけはある)。むしろ感染症をめぐる個人の行動選択としては、いわば個人の自主的な検査による感染ステータスの認知に基づく判断を許容するよりも、「3密の回避」など感染リスクそのものの低減行為を持続するよう求め続けてきた。この点は、抗体検査による免疫証明を許容しない点や、検査による陰性証明を重視しない点などとも対応としては基本的に一貫している。ただし、2021年秋以降、ワクチン・検査パッケージの導入の模索などに見られるように、検査による各自の行動判断を許容する傾向もみられる。

また、マス・スクリーニングによる感染症対策も有効なものとは認めてこなかったと言って良いだろう。あくまで感染症拡大を予防する対策の核は、包括的な行動制限(自粛といった行動変容や営業短縮、検疫・濃厚接触者の観察期間など)とクラスター対策にある。もっとも日本の当該措置はWHOをはじめ国際的な対策と概ね一致したものであるだろう。

このように、検査に関するポリシーは、疫

学調査など公衆衛生目的のものを重視し、個人の行動選択への寄与や治療目的の早期発見という点を重視したものではないと言える。確かに、初期の頃より言われていた通り、治療方法としては早期の段階では特に対処療法以外には取る術もなく、早期介入として有効性が確立して承認されている薬剤も現在のところはない。公衆衛生の施策として一定の根拠に基づいて一貫した対策がとられてきたとも言えるかもしれないが、同時に個人の視点からは必ずしもそのニーズに呼応するような対策がとられてきたとは言えないだろう(公衆衛生の施策は個人のニーズに呼応するべきだという主張では決してない)。この点について今後もより調査を精緻にすすめることでその是非について検討する必要があるものとする。

なお、本調査では、現状、積極的疫学調査やクラスター対策についての調査が欠けており、検査に関する調査も、朝日新聞の記事検索と2020年2月～5月にかけての新型コロナウイルス感染症対策本部の関連文書等の調査に留まるため、今後更なる調査が必要であると考えられる。また、検疫についても第6波以降の国籍別の対応など未整理であり、その点もより状況が安定化した段階で整理する必要があると考えられる。

(「検討1の結果」ここまで)

## 検討2に関する結果

### 2-1 概況

この種の条例を最初に公布したのは愛知県名古屋市である(2020年3月)。市が自

宅待機を求めている観察対象者の行動が懸念を呼んだことが背景とされる。期間を通じて、公布された条例は増える傾向にあり、最初の緊急事態宣言が解除された時点

(同年 5 月)では 7 件であったが、その後の再度の感染拡大を経た同年 9 月末までに 13 件が加わり、秋以降の再度感染拡大から本稿執筆段階までの間で新たに 32 件が公布された(付表参照)。都道府県のもの 13 である(この他、北海道でも議論がある。首長が条例制定を検討する意向を示している)。市町村は 39 であるが、上記の名古屋市を含め、愛知県(8 市町)、群馬県(4 市町村)、宮城県(5 市町)に比較的多い。

## 2-2 条例における「公衆衛生」と「人権」

### 1) 住民の役割・責任

住民の「責務」とされた代表的なものは「感染予防に努めること」「行政の対策に協力すること」「患者や医療従事者などへの差別的取り扱いや誹謗中傷を行わないこと」であった。より踏み込んだものとして、例えば、必要な検査を受けること(例：茨城県)や感染防止対策のなされた施設や接触確認アプリを利用すること(例：徳島県)等が挙げられる。中には、地域経済への寄与を求めるもの(例：鳥取県、「感染症の流行による売上の減少その他これに類する事実が生じたものに対して、その商品又はサービスを積極的に購入し、又は利用するなどして、その事業活動を応援」)を、住民の責務として盛り込んだ条例もある。

なお、一部の自治体では、対象を狭義の住民(居住者)に限定せず、通学・通勤している者や市内で事業活動を行う個人にも責務を果たすよう定める例もある(例：埼玉県深谷市、千葉県流山市等)。また、来訪する観光客にも、自治体の施策への協力を求めたり

(例：京都府京丹後市)、来訪自体を控える旨の要請について言及したり(沖縄県石垣市)するものがある。感染拡大が長期化する中、行政の感染症対策に実効力を高める狙いから、条例に反して検体の採取や感染報告を拒んだ住民に罰則を科す条例の検討が、東京都や福岡県で行われた。しかし、反対の声も根強く、過料を含め罰則を設けた自治体は確認されていない。

### 2) 感染者に関わる情報の公表

感染症法や新型インフルエンザ特措法、これに伴う行動計画・ガイドライン等では、自治体による情報の公表に関する記載がある。今回の新型コロナウイルス感染症においても、「感染者と接触した可能性のある者を把握するため及び感染症をまん延させないための適切な行動等を個人がとれるようにするため」の公表について、厚生労働省より事務連絡が示されている。一方、こうした情報の公表は、副次的に感染者等への差別や偏見を助長するかもしれない(次項参照)。上記の法では、公表を行う際、個人情報保護に留意することを求めているが、今回検討した条例でも、この点に改めて言及し、「プライバシーへの配慮」「必要最小限度に留める」とする規定を置くところがある。また、こうした「公表」とセットの補償として、例えば鳥取県では、クラスター防止のために十分な措置をとっていたのに発生したと認められる場合は、県が店舗や施設に「協力金」を支給することとされている。

一方、想定される公表の範囲は必ずしも一様でない。例えば、感染者と関連する「施設又は催物等の名称、当該利用又は参

加の時期その他の新型コロナウイルス感染症のまん延の防止のために必要な情報」の公表(東京都)といった抽象規定を置くところもあれば、「5名以上」の患者が発生したクラスターの施設名の公表(鳥取県, 徳島県)というように, 数値基準を明示するところもある。

### 3) 差別・誹謗中傷と具体的措置

新型コロナウイルス感染症の流行が広がるなか, 差別や誹謗中傷の問題が表面化している。公布された条例の約9割において, こうした差別・誹謗中傷を戒める規定が置かれている(付表参照)。

この規定には次のような留意点を指摘できる。第一に, 差別や中傷の被害者として, 住民の患者やその関係者のほか, 特定の集団・属性が明示されることがある。例えば, 医療従事者(例: 東京都, 長野県, 岐阜県, 沖縄県など), 観光等による来訪者(例: 沖縄県など), 高齢者, 妊産婦, 障害者, 外国人(例: 愛知県), 「人格形成の途上」にある子ども(例: 宮城県白石市), 「帰国した者」「帰省者及びその家族」(例: 岐阜県山県市)等である。一方, 「風評被害」の防止という表現をとって, 自治体名への影響(いわゆる「自治体ブランド」か)をこの文脈に含めて読む条例も散見される。

第二に, 理念的な規定の実効性を疑問視する声がある一方, 自治体が果たす役割に具体的に言及する条例も公布されている。多くは, 害を受けた個人の相談を受け付け, 助言等を提供する窓口の開設, 知識の普及・教育を基本としているが, 特に2020年11月以降, 個々の事案へのより

積極的な介入に言及する条例が登場している。例えば, 「誹謗中傷等を行った者」への説示・勧告等の対応, 「通信役務提供者」の責務への言及(共に和歌山県), 人権侵害やそのおそれに関する勧告等(新潟県弥彦村), 同じく侵害やそのおそれに関する自治体の調査等(島根県美郷町)に関する規定である。なお, これらの措置について, 自治体の勧告に従わない者に関する「公表」(前述・弥彦村)など, 実効性を高めるための措置に言及するものもある(付表参照)。

第三に, こうした差別・誹謗中傷について, 新型コロナウイルス感染症に限定しない方針を示す条例があることである。「疾病, 障がい, 性別等を理由とした誹謗中傷又は偏見に基づく差別的な言動」を禁じた条例を定めた福島県白河市等が挙げられる。その他, 「(感染症法第6条第1項に規定する)感染症」「新型コロナウイルス感染症等」「人獣共通感染症」など, 他の感染症をもカバーすることを念頭に条例を構成したところもある(例: 長野県, 岐阜県, 沖縄県, 福岡県など)。

### 2-3 考察

まん延防止に向けた, 市民の積極的な行動への期待がある一方, この資料(付表参照)によれば, 流行の中で表面化した個人への差別や誹謗中傷をめぐる課題に自治体が直面している様子もうかがえる。なお, 条例制定の背景は一様ではなく, 個々の自治体における条例の有無自体に過剰な意味を求めべきではない。すでに人権擁護等について取り組みをしてきたため, 今回の流行に際しても特別の条例を考える必要性



がないと判断したところもあるだろう。一方、注意を喚起する観点から、改めて条例を制定した場合もありうる。

それでも、条例を制定した市町村、特に差別や偏見に積極的な規定を設けた自治体には、比較的小規模な自治体が目立つ点は注目されよう。感染症流行時の人権擁護は、自治体の規模の大小を問わず、普遍的な課題であるものの、つながりが密な地域社会ゆえの困難も指摘されてきた。前掲の内閣官房における有識者会議のワーキンググループの資料10)でも、「社会的なつながりが濃密で、顔の見える関係」にある地域ゆえの課題に言及がある。差別や偏見について、理念の共有にとどまらず、それらの予防も含めた積極的な介入に言及する条例の存在には、改めて問題の根深さを思い知らされる。固有の事情を踏まえつつも、

自治体間での論点や経験の共有の場が一層の意味を持つだろう。

今後の議論に期待してあえて付言するならば、多くの自治体の条例の枠組みは、問題を起こすのは市民・社会の側にあるという視点を脱し切れていない。過去に、市民と自治体とが連動して、感染者やその関係者の居場所を脅かしつつ、地域社会からの排斥が行われた教訓がわが国にはある。個々の「主体」的な役割や責任意識に依拠した施策が感染者を責める風潮を強める可能性〔被害者非難(victim blaming)といわれる〕、感染状況に関する「正確」な情報発信が個人の特定につながる可能性など、一見、価値中立的に見える施策の中に新たな倫理問題を招来する素地がある点について自覚的である必要がある。

付表：地方公共団体の「コロナ条例」と差別的扱い等への個別措置に関する規定

1. 該当する条例を有する地方公共団体



a. 都道府県による条例（2022年2月段階）



b. 都道府県のほか、一部の市町村が当該条例を制定したところ（同）

## 2. 検討した各地の条例一覧

※人権の侵害やそのおそれに関する個別案件への対応に関して、地方自治体の措置に直接言及がある条例を集めた

(2021年1月段階)。都道府県のものには灰色の網かけを付した。年月は公布された時点を示す。

北海道		差別的扱い等の禁止	差別的扱い等への個別措置に関する規定*
北海道伊達市 (2020年12月)	伊達市新型コロナウイルス感染症の感染者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応・助言等
<b>東北地方</b>			
青森県むつ市 (2020年9月)	むつ市事業所における感染症対策の推進に関する条例	関連規定有り	—
宮城県栗原市 (2020年10月)	栗原市新型コロナウイルス感染症の患者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応・助言等
福島県白河市 (2020年10月)	白河市思いやり条例	関連規定有り	差別防止のための教育や、相談対応・助言等の支援
宮城県白石市 (2020年12月)	白石市新型コロナウイルス感染症の患者等の人権擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応・助言等
宮城県東松島市 (2020年12月)	東松島市新型コロナウイルス感染症に係る不当な差別等の防止に関する条例	関連規定有り	個人特定による差別防止、相談対応・助言、啓発等
宮城県多賀城市 (2020年12月)	多賀城市新型コロナウイルス感染症の感染者等に対する思いやり行動条例	関連規定有り	相談対応・助言等
宮城県川崎町 (2021年1月)	川崎町新型コロナウイルス感染症感染者等の差別、偏見等防止条例	関連規定有り	防止・救済のための啓発、調査その他の適切な措置、公表
<b>関東地方</b>			
東京都 (2020年4月)	東京都新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
東京都 (2020年4月)	東京都新型コロナウイルス感染症のまん延の影響を受けた者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する条例(改正後「東京都特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する条例」)	—	—
神奈川県大和市 (2020年4月)	大和市おもいやりマスク着用条例	—	—
千葉県 (2020年5月)	千葉県新型コロナウイルス感染症に係る臨時の医療施設の開設等の迅速化及び円滑化に関する条例	—	—
千葉県流山市 (2020年6月)	流山市新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
神奈川県逗子市 (2020年6月)	新型コロナウイルス感染症流行下における逗子海岸のマナーの向上に関する条例	—	—
東京都小笠原村 (2020年9月)	小笠原村新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
茨城県下妻市 (2020年9月)	下妻市新型コロナウイルス感染症関係者に対する思いやり条例	関連規定有り	知識普及等
栃木県那須塩原市 (2020年9月)	那須塩原市新型コロナウイルス感染症患者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応等

埼玉県深谷市 (2020年9月)	深谷市新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
茨城県 (2020年10月)	茨城県新型コロナウイルス感染症の発生の予防又はまん延の防止と社会経済活動との両立を図るための措置を定める条例	関連規定有り	「知識の普及」「不当な差別的取扱いの禁止に関する啓発その他の必要な措置」
群馬県嬭恋村 (2020年12月)	嬭恋村人権宣言条例	関連規定有り	—
群馬県藤岡市 (2020年12月)	藤岡市感染症患者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	教育・啓発、侵害時への必要な施策、相談対応等
群馬県安中市 (2020年12月)	安中市新型コロナウイルス感染症の対策及び人権擁護に関する条例	関連規定有り	「必要な施策」
群馬県邑楽町 (2020年12月)	邑楽町新型コロナウイルス感染症患者等の人権擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応、助言等
千葉県千葉市 (2020年12月)	千葉市新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
<b>中部地方</b>			
愛知県名古屋市 (2020年3月)	新型コロナウイルス感染症の感染拡大を全市一丸となって防止するための条例	—	—
長野県 (2020年7月)	長野県新型コロナウイルス感染症等対策条例	関連規定有り	—
岐阜県 (2020年7月)	岐阜県感染症対策基本条例	関連規定有り	—
長野県宮田村 (2020年8月)	宮田村マスク着用エチケット条例	(「マスク着用困難者」への配慮)	—
山梨県上野原市 (2020年9月)	上野原市新型コロナウイルス感染症患者等の人権の保護に関する条例	関連規定有り	知識の普及、相談、助言等
愛知県 (2020年10月)	愛知県新型コロナウイルス感染症対策推進条例	—	—
愛知県大府市 (2020年10月)	大府市感染症対策条例	関連規定有り	個人情報の保護、風評被害の発生の防止
愛知県阿久比町 (2020年11月)	阿久比町新型コロナウイルス感染症に関する安心まちづくり条例	関連規定有り	個人情報の保護、風評被害の発生の防止
新潟県弥彦村 (2020年12月)	弥彦村新型コロナウイルス感染症患者等の人権保護条例	関連規定有り	相談と支援、反する行為やおそれに関する勧告、公表等
愛知県半田市 (2020年12月)	半田市感染症対策条例	関連規定有り	—
愛知県豊橋市 (2020年12月)	コロナ禍からみんなで豊橋のまちを守る条例	関連規定有り	被害の防止
愛知県小牧市 (2020年12月)	小牧市新型コロナウイルス感染症関係者の人権擁護に関する条例	関連規定有り	偏見等の未然防止、人権の擁護
愛知県幸田町 (2020年12月)	幸田町新型コロナウイルス感染症対策条例	関連規定有り	—
愛知県西尾市 (2020年12月)	西尾市感染症対策条例	関連規定有り	—
岐阜県山県市 (2020年12月)	山県市感染症の患者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	相談対応、情報提供等
<b>近畿地方</b>			
京都府京丹後市	京丹後市安全で安心な市民生活と観光立市の	関連規定有り	知識普及、相談対応等

(2020年10月)	ための新型コロナウイルス感染症等対策条例		
大阪府河内長野市 (2020年11月)	河内長野市新型コロナウイルス感染症患者等への差別防止に関する条例	関連規定有り	相談対応、情報提供ほか、必要な施策
和歌山県高野町 (2020年12月)	高野町新型コロナウイルス感染症感染者等の差別、偏見等防止条例	関連規定有り	相談、助言等。人権侵害の防止・救済に関する啓発、調査その他の措置。
三重県 (2020年12月)	三重県感染症対策条例	関連規定有り	知識普及、相談対応ほか、必要な対策
和歌山県 (2020年12月)	和歌山県新型コロナウイルス感染症に係る誹謗中傷等対策に関する条例	関連規定有り	相談対応、誹謗中傷等を行った者への説示・勧告等、市町村や事業者との連携、教育啓発等
<b>中国・四国地方</b>			
岡山県総社市 (2020年3月)	総社市新型インフルエンザ等対策条例	—	—
鳥取県 (2020年8月)	鳥取県新型コロナウイルス感染拡大防止のためのクラスター対策等に関する条例	関連規定有り	啓発、誹謗中傷等を被った者に対する支援その他必要な措置
徳島県 (2020年10月)	徳島県新型コロナウイルス感染症の感染拡大の防止に関する条例	関連規定有り	知識普及、啓発その他の必要な措置
山口県長門市 (2020年10月)	長門市新型コロナウイルス感染症の患者等の人権の擁護に関する条例	関連規定有り	情報提供、助言等の支援
島根県美郷町 (2020年11月)	美郷町新型コロナウイルス感染症感染者等の差別、偏見等防止条例	関連規定有り	普及啓発や情報提供、助言等の支援。人権侵害の防止・救済に関する啓発、調査その他の措置と公表。
<b>九州地方</b>			
福岡県 (2021年1月)	福岡県ワンヘルス推進基本条例	—	—
<b>沖縄</b>			
沖縄県石垣市 (2020年5月)	石垣市新型コロナウイルス感染症等対策条例	関連規定有り	—
沖縄県 (2020年7月)	沖縄県新型コロナウイルス感染症等対策に関する条例	関連規定有り	—

## 「検討2の結果」ここまで

### 検討3に関する結果

「研究方法」において示したような世論調査12件から、罰則の導入に対する賛否に関する17の質問を抽出した。各設問については後述の付表（参考1,2）にも掲載

したが、採用された調査手法を含め、より詳細については、読売NNN<sup>120</sup>、TBS-JNN<sup>121</sup>、朝日新聞<sup>122</sup>、NHK<sup>123</sup>、毎日新聞-SSRC<sup>124</sup>、ANN<sup>125</sup>、フジサンケイ<sup>126</sup>に公開された情報を参照されたい。なお、共同通信社は、調

<sup>120</sup> 読売&NNN. <https://www.ntv.co.jp/yoron/>.

<sup>121</sup> TBS&JNN. [https://news.tbs.co.jp/newsi\\_sp/yoron/backnumber/backnumber.html](https://news.tbs.co.jp/newsi_sp/yoron/backnumber/backnumber.html).

<sup>122</sup> 朝日新聞. <https://www.asahi.com/politics/yoron/>.

<sup>123</sup> NHK. <https://www.nhk.or.jp/senkyo/shijiritsu/>.

<sup>124</sup> 毎日新聞. 2021年1月17日紙面（東京）.

<sup>125</sup> テレビ朝日 <https://www.tv-asahi.co.jp/hst/poll/>.

<sup>126</sup> 産経新聞. 2021年1月26日紙面.

査方法を関連新聞（下野新聞<sup>127</sup>など）に掲載し、設問の詳細は直接問い合わせ入手した（2021年1月26日）。質問内容は、市民や企業の行動制限に関するものが12項目（参考1）、感染者に関するものが5項目（参考2）であった。罰則の導入に関する回答は、肯定的なものと否定的なものに分類し、時系列に整理した。また、質問のわかりやすさ、選択肢の中立性、回答者情報の透明性についても検討しました。その結果、人々の懲罰感情の変遷に関連する、次の2つの特徴が明らかになった。第一に、罰則の導入を支持する傾向は、必ずしも件数に比例していない（Fig. 1）。

「a」「b」の調査結果によると、行動自粛の要請に積極的に協力しない住民や企業に罰則を与えることへの支持は、2020年4月と5月にピークを迎えた。この時期の懲罰感情の高まりは、未知の感染症に関する一般的な公衆衛生対策を守らない個人に対する厳しい見方と理解できる。このピークの後、傾向は大きく変わり、同じメディアが同じ質問で行った世論調査ですら、結果は正反対に転じた。「c」以降の世論調査では、「i」を除いて罰則導入への支持は過半数に達していない。COVID-19の原因となる病原体についての知識や経験の蓄積が増えたことに加えて、永遠に自制することの高さを知る人が増えたことで、罰によって得られる解決策に否定的な意見が増えたと考えられる。

なお、秋以降で、罰則を支持する声はピークに達した「i」については、今回の調査で、自粛要請に協力する見返りとして「事業者への資金援助」の可能性にも言及して

いることに注目したい。このような補償の導入にも言及することで、回答者の中には、罰則の導入を肯定的に受け止めた人もいるかもしれない（同様の表現は、「h」と「k」にもあった）。とはいえ、一方で約3割の回答者が問題行動に対する罰則を支持しているという事実も無視できない。

第二に、感染者の非遵守に対する罰則を支持する傾向は、前述の「自宅待機に協力しない」という反応とは異なる（Fig. 2）。この調査項目は、罰則の導入に肯定的な意見が多かった2021年1月以降（「m」～

「q」）に登場した。春先（COVID-19の第一波）とは異なる罰則感情の側面が浮き彫りになった。感染者の行動上の問題が時折報告されることがあるが、それと感染拡大との因果関係はこれまで証明されていない。こうした感染者の振る舞いへの懲罰的感情の高さについては、関連しうる要因をさらに検討する必要がある。COVID-19の第3波が始まった秋に顕在化した医療危機への不安や、疲労と不安を抱える医療スタッフへの同情など、多くの感情的要因が考えられる。また、感染者の責任を問う「被害者叩き」の要素とも無縁ではないだろう。

なお、これらの2つの結果に加え、各社の調査を比較するうえで注意を要する点もある。例えば、設問の中には、ダブルバーレルの構造になっているものがある。特に、「n」の設問には混合要素が含まれており、そのことが罰則の導入への慎重な意見の高さに寄与している可能性がある。また、「q」の質問は、刑罰自体の可否ではなく、「懲役」に対する賛否を問うものであ

<sup>127</sup> 下野新聞. 2021年1月11日紙面.

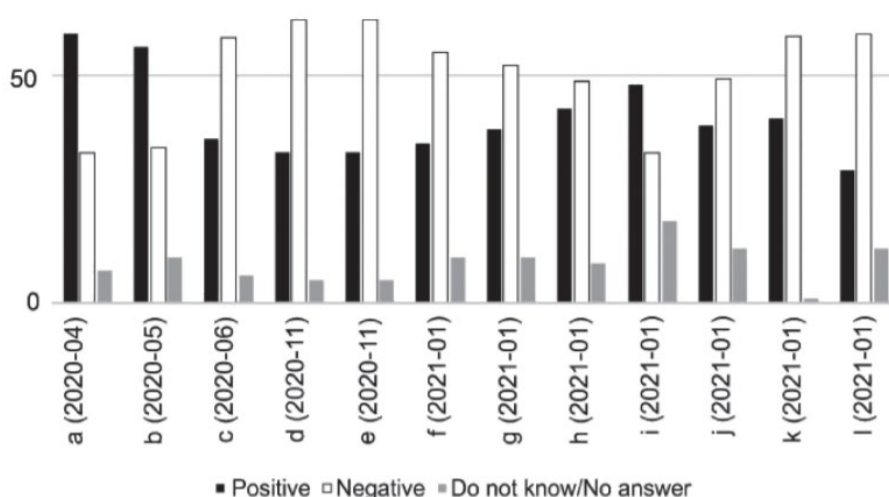
り、その結果は慎重に解釈しなければならない。また、「k」や「p」のように、「わからない」「答えられない」という選択肢がなく、質問に対して「賛成」「反対」の選択を回答者が強く求められた調査もあった。このような質問の仕方は、「わからない」や「答えられない」という回答が極めて少なく、見かけ上の賛否の多さにつながっている可能性がある。これらの点を留意すべきではあるが、上記の二つの結果は基本的に支持されるだろう。

こうしてみると、世論調査の回答の結果は一様ではなく、変動がある。したがって、ある時点での調査結果に過剰な意味を持たせるべきではなく、設問の内容と調査を行った時期を考慮して用いられるべきである。メディアは過去の調査結果を恣意的に報道

すべきではないし、これらの調査結果を掲載する新聞記事には、その利用の限界を明示すべきである。日本新聞協会と日本民間放送連盟は、2020年5月に「COVID-19」感染者に対する差別・偏見の問題について共同声明を発表し、感染者に対する人権侵害を容認しないこと、ニュースで見られるセンセーショナルな報道を抑制するための対応を行うことを表明した。しかし、各社が具体的にどのような取り組みを予定しているかはまだ不明である。

以上のように、世論調査は、複数の企業の結果をまとめて検討することで、人々の懲罰感情の傾向について部分的な手がかりを得ることができる。また、世論調査の結果が人々の懲罰的感情に与える影響についても考慮すべきである。

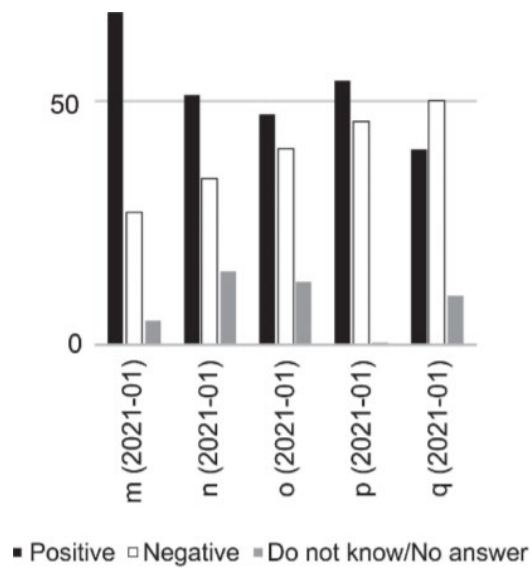
Fig. 1 市民・事業者の活動制限に関する罰則規定の導入に関する質問への回答



注記：数値はパーセンテージ (%)。世論調査の略称の内容は以下のとおり。「a」(読売・NNN、2020年4月)、「b」(TBS・JNN、2020年5月)、「c」(読売・NNN、2020年6月)、「d」(朝日、2020年11月)、「e」(朝日、2020年11月)、「f」(TBS・JNN、2021年1月)、「g」(読売・NNN、2021年1月)、「h」(共同通信、2021年1月)、「i」(NHK、2021年1月)、「j」(ANN、2021年1月)、「k」(フジ産経、2021年1月)、「l」(朝日、2021年1月)。



Fig. 2 感染者の振る舞い（入院拒否等）に対する罰則の導入に関する質問への回答



注記：数値はパーセンテージ（%）。世論調査の略称の内容は以下のとおり。「m」（読売・NNN、2021年1月）、「n」（毎日・SSRC、2021年1月）、「o」（ANN、2021年1月）、「p」（フジ産経、2021年1月）、「q」（朝日、2021年1月）。

参考1：主要紙の設問の詳細（市民・事業者の活動制限）

a 2020年 4月	読売・NNN	政府の緊急事態宣言は、欧米諸国のように住民の外出を禁止する強制力はなく、外出の自粛を強く要請することが柱です。あなたは、自粛の要請で十分だと思いますか、不十分だと思いますか。	十分だ 不十分だ 答えない	電話調査
b 2020年 5月	TBS-JNN	新型コロナウイルスの特別措置法をめぐり、自粛要請に罰則規定などを導入する法改正を求める声があがっています。あなたは、こうした改正に賛成ですか？ 反対ですか？	賛成 反対 答えない・わからない	電話調査
c 2020年 6月	読売・NNN	政府の緊急事態宣言は、欧米諸国のように住民の外出を禁止する強制力はなく、外出の自粛を強く要請することが柱です。あなたは、自粛の要請で十分だと思いますか、不十分だと思いますか。	十分だ 不十分だ 答えない	電話調査
d 2020年 11・12月	朝日	新型コロナウイルス対策の考え方については、A・Bのどちらに近いですか。[A] 店には、罰金を払わせるべきだ [B] 休業については自粛要請にとどめ、飲食店の判断に任せるべきだ	同左	郵送調査
e 2020年 11・12月	朝日	新型コロナウイルス対策の考え方については、A・Bのどちらに近いですか。（イ）[A] 外出の規制に従わない国民には、罰金を払わせるべきだ [B] 外出については自粛要請にとどめ、国民の判断に任せるべきだ	同左	郵送調査
f 2021年 1月	NHK	新型コロナ対策の特別措置法について、政府は、事業者への財政支援と罰則をセットにした改正をめざしています。あなたは、罰則の明記に賛成ですか。反対ですか。	賛成 反対 無回答	郵送調査
g 2021年 1月	TBS-JNN	政府と与野党は新型コロナ特措法の改正に取り組んでいて、飲食店などの営業時間の短縮要請に応じない店舗に罰則を設けるかが焦点となっています。あなたは、罰則を設けることに賛成ですか？ 反対ですか？	賛成 反対 無回答・わからない	電話調査

h 2021年 1月	共同通信	菅義偉首相は緊急事態宣言の対象地域において、時短や休業の要請に協力する飲食店には協力金を給付する一方、要請に従わない飲食店には罰則を科すことを検討しています。あなたは罰則の導入に賛成ですか、反対ですか。	賛成 反対 無回答・わからない	電話調査
i 2021年 1月	読売・NNN	緊急事態宣言が発令されている地域の飲食店などが、都道府県知事からの営業時間の短縮や休業の命令に応じない場合の罰則を設けることに、賛成ですか、反対ですか。	反対 賛成	電話調査
j 2021年 1月	ANN	緊急事態宣言のもとで、営業時間の短縮や休業の要請をしても応じない事業者に対して、罰則を科す検討がされています。あなたは、新型コロナウイルス対策の特別措置法を改正して、罰則を設ける必要があると思いますか、必要はないと思いますか？	必要がある 必要はない わからない、 答えない	電話調査
k 2021年 1月	フジ産経	緊急事態宣言の対象地域での営業時間の短縮や休業要請について、政府が飲食店などへの協力金の給付とセットで罰則を導入することについて、賛成ですか、反対ですか。	反対 賛成	電話調査
l 2021年 1月	朝日	緊急事態宣言の対象区域で、営業時間短縮などの命令に従わない店に、50万円以下の過料を支払わせる罰則を科すことに、賛成ですか。反対ですか。	賛成 反対 その他・答え ない	電話調査

## 参考2：主要紙の設問の詳細（感染者の振る舞い）

m 2021年 1月	読売・NNN	新型コロナウイルスの感染者が、入院を拒否したり、保健所の調査に応じなかったりした場合の罰則を設けることに、賛成ですか、反対ですか。	反対 賛成	電話調査
n 2021年 1月	毎日&SSRC	政府は、時短営業を拒否した事業者や、入院を拒否した感染者に対する罰則規定を検討しています。罰則が必要だと思いますか。	必要がある 必要はない わからない	電話調査＋ ショートメ ール調査
o 2021年 1月	ANN	新型コロナウイルスの感染者が、入院するよう求める勧告を拒否した場合、罰金や1年以下の懲役といった刑事罰を科すように、感染症法を改正する案	必要がある 必要はない わからない・ 答えない	電話調査

		が検討されています。あなたは、法律を改正する必要があると思いますか、必要はないと思いますか？		
p 2021年 1月	フジ産経	入院を拒否する感染者に罰則を科す方針について、賛成ですか、反対ですか。	反対 賛成	電話調査
q 2021年 1月	朝日	新型コロナウイルスの感染者が入院を拒否した場合に、「1年以下の懲役または100万円以下の罰金」を科すことに、賛成ですか。反対ですか。	賛成 反対 その他・答え ない	電話調査

#### D. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

COVID-19 vaccination coverage.  
Frontiers in Public Health  
10(855051) 1-6 2022年3月

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

論文

- ・ Inoue Y, Okita T. Coronavirus disease and the shared emotion of blaming others: Reviewing media opinion polls during the pandemic. Journal of Epidemiology, 31(7) 453-455 2021年7月.
- ・ 井上悠輔, 大隈楽. 感染症流行時の市民の「責務」や差別の問題を「コロナ条例」から考える. 公衆衛生, 85(5) 347-353 2021年5月.
- ・ 井上悠輔. パンデミック下での人権問題を考える (特集感染症と医事法) 医事業務 (607) 16-20 2021年7月.
- ・ 井上悠輔. 感染症予防と「国民の責務」規定. 年報医事法学 (36) 65-73 2021年9月.
- ・ Kodama S, Campbell M, Tanaka M, Inoue Y. Understanding Japan's response to the COVID-19 pandemic. Journal of Medical Ethics 48(3) 173 2022年3月
- ・ Inoue Y. Relationship between high organ donation rates and

書籍

- ・ 大北全俊. 新型コロナウイルス感染症 行動変容というリスク・マネジメントと責任 (浜田明範, 西真如, 近藤祉秋, 吉田真理子編著『新型コロナウイルス感染症と人類学』水声社, 85-109. 2021年3月所収)

##### 2. 学会発表

- ・ 児玉聡. 医療の倫理と公衆衛生の倫理: COVID-19 ワクチン接種に関する医療従事者の意識を例にして. 医療自己・紛争対応研究会第16回年次カンファレンス. 於オンライン. 2022年3月26日(招待講演).
- ・ 児玉聡. 緊急事態における医療資源の配分. 第49回日本集中治療医学会学術集会. 於オンライン. 2022年3月18日(招請講演).
- ・ Satoshi Kodama, "Ethical challenges of the COVID-19 pandemic: a Japanese perspective. Digital Technologies in the COVID-19 Pandemic: A Transnational Dialogue between Germany and Japan". Keynote Speech, Invited, Presented Online on 14 March.

- ・ **井上悠輔**，小門穂．研究倫理審査と感染症流行の「緊急事態」：海外の主な検討を題材に．第32回日本生命倫理学会年次大会，2020年12月5日．
  - ・ **井上悠輔**．感染症法と市民：関連法規の展開．日本医事法学会第50回研究大会，2020年11月29日．
  - ・ **児玉聡**．「COVID-19と医療資源の配分：倫理学の立場から」（第48回日本集中治療医学会学術集会パネルディスカッション23「COVID-19と医療資源の配分」）．オンライン，2021年2月14日．
  - ・ **児玉聡**．「COVID-19と生命倫理」．第42回日本呼吸療法医学会学術集会招請講演3，於国立京都国際会館（京都市），2020年12月21日
  - ・ **児玉聡**．「COVID-19パンデミックと生命倫理の諸問題」（生命倫理学会シンポジウム「パンデミックの生命倫理：COVID-19をめぐって」）．日本生命倫理学会，オンライン，2020年12月6日．
  - ・ **大北全俊**「感染症対策とその根拠となる法規範についての倫理的検討」（関西倫理学会大会シンポジウム「感染症とパンデミック」）．関西倫理学会，オンライン，2021年10月31日．
  - ・ **大北全俊**「自粛・行動変容と統治」（日本法哲学会ワークショップ「感染症の統治を再考する」）．日本法哲学会，オンライン，2021年11月20日．
- F. 知的財産権の出願・登録状況**  
該当なし
- 3. その他**
- ・ **井上悠輔**，石原諒太．「コロナ条例」と差別．コロナELSIナイト～みんなで倫理的法的社会的課題を考える～2022年3月24日

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19と法令・制度

研究分担者	磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科	教授
研究分担者	山本 龍彦	慶應義塾大学大学院法務研究科	教授
研究協力者	吉峯 耕平	田辺総合法律事務所	弁護士
研究協力者	小川 有希子	帝京大学法学部	助教
研究協力者	河嶋 春菜	慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート	特任准教授
研究協力者	船橋 亜希子	創価大学法学部	講師
研究協力者	成原 慧	九州大学法学研究院	准教授
研究協力者	齋藤 健一郎	小樽商科大学商学部	准教授

研究要旨

わが国の感染症対策の法令、とりわけ COVID-19 発生後の感染症法、新型インフル特措法の仕組みとその解釈運用上の諸課題について、1) 組織法・医療提供体制、2) 介入手段、3) 情報の3つの観点から整理検討を行い、今後留意すべき検討材料を提供した。

1) 組織法・医療提供体制に関しては、感染症対策の意思決定及び専門的知見の反映のさせ方、国と地方の関係・地方公共団体間に加え、医療リソースの適正配分が重要な課題であり、比較法研究を深めることも有用であること、2) 介入手段に関しては論点が多岐にわたるが、検疫における法的根拠の明確性と規制の実効性の確保、入院及び自宅療養・宿泊療養を行う際の患者等の人権保障と間接強制制度の関係、入院療養中のケアの充実、予防接種に際しての被接種機会の平等と自己決定の実質的確保のあり方、健康被害救済制度の拡充等の課題が多くあり、わが国における法治主義や人権保障のあり方に対する深刻な懸念も含まれていること、3) 情報に関しては、情報の適切な管理と利活用、公表措置の合理性確保とプライバシー保障や不当な差別・偏見防止のあり方等が課題であるが、情報が広く国境も公私の垣根も超えて移動し利活用されることにかんがみ、情報をめぐる制度の設計や運営に際しては、広く開かれた討議プロセスと、信頼における監督の仕組みが不可欠であることなどが明らかとなった。

感染症対策における法的課題は複層的に存在している。今後も考察を続け、法治主義や基本的人権の保障といった基本的な法理念を適切に踏まえた上で、個々の課題を丁寧に分析し、リスクに応じた合理的な規制体系を展望する必要がある。

## A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」という。）のまん延危機に直面したわが国は、2020年1月以来、基本的には既存の感染症対策法制、すなわち、水際対策としての「検疫法」（昭和二十六年法律第二百一号）に加え、とりわけ「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」（平成十年法律第百十四号、以下「感染症法」という。）と「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（平成二十四年法律第三十一号、以下「特措法」という。）の2法律の枠組みの中で対応してきた。本研究は、わが国の感染症対策の法令上の仕組みとその解釈運用の状況について、1）組織法・医療提供体制、2）介入手段、3）情報の3つの観点から、諸外国との比較も含め主に文献調査を通じて情報収集及び整理検討を行い、その作業を通じてCOVID-19発生後の感染症法、特措法、検疫法等による仕組み及び運用上の諸課題をマッピングするとともに、今後の対策において留意すべき課題を提示し、今後の法制度設計及び解釈運用に係る検討材料の提供を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

1）組織法・医療提供体制、2）介入手段、3）情報の各テーマに分類のうえ、関連する国内外の関連文献・資料を体系的に収集・分析するとともに、7回に及ぶ班会議における意見交換を行い、わが国の感染症対策の法令上の仕組みとその解釈運用の状況に関する論点をマッピングし、最終のとりまとめにおける4）総論的な考察につながる問題意識を抽出し、成果をまとめる。

（倫理面への配慮）

学術上の公表論文、法令の規定や行政機関が発する通達等を研究の素材としており、特段の配慮を要することはない。

## C. 研究結果

<（C. 研究結果の）目次>

## 1) 組織法・医療提供体制

### 1. 感染症対策の意思決定、専門的知見の反映のさせ方

- (1) 関連法令
- (2) 課題

- ①学識経験者の選任方法
- ②感染症対策の意思決定における学識経験者の位置づけ
- ③事後的な検証・見直し体制と政府の関係

- ④国会による統制

- (3) 今後の検討の方向性

### 2. 国と地方の関係、地方公共団体間の関係

- (1) 関連法令
- (2) 課題

- ①緊急事態宣言、まん延防止等重点措置の発出主体

- ②要請、命令等の内容決定における国と地方公共団体の事前協議

- ③国と地方の基本的な関係と役割分担の再構築

- (3) 今後の検討の方向性

### 3. 医療提供体制

- (1) 関連法令
- (2) 課題

- ①病床・医療従事者の確保と分配

- ②自宅療養・宿泊療養から入院医療へのアクセス保障

- ③保健所と病院の連携

- (3) 今後の検討の方向性

## 2) 介入手段

### 1. 検疫

- (1) 関連法令
- (2) 課題

- ①用語の整理

- ②法的根拠に関する議論

- ③実効性の確保

- ④民主的な議論と正当性

- ⑤入国拒否の正当性

- (3) 今後の検討の方向性

### 2. 患者に対する措置—入院

- (1) 関連法令
- (2) 課題

- ①入院制度と罰則との関係

- ②実体的手続的保障

- ③医療アクセス保障としての性質

(3) 今後の検討の方向性

### 3. 患者等に対する措置—自宅療養・宿泊療養

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 医療的ケアの不足
- ② 実体的・手続的保障
- (3) 今後の検討の方向性

### 4. 一般対策—事業者・個人への協力要請

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 監督
- ② 補償
- ③ ナッジ
- (3) 今後の検討の方向性

### 5. 予防接種

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 被接種機会の平等、
- ② 接種の迅速性と安全性
- ③ 自己決定の実質的確保
- ④ 健康被害補償
- (3) 今後の検討の方向性

### 6. ワクチン・検査パッケージ制度

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 予防接種制度との関係
- ② ワクチン・検査状況に関する情報管理
- ③ 法律の根拠
- (3) 今後の検討の方向性

## **3) 情報**

### 1. 患者情報の取扱い

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 情報の管理
- ② 過剰な公表とプライバシー
- ③ 過小な公表と過剰反応
- (3) 今後の検討の方向性

### 2. 接触者・一般情報

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① 公開の場での討論
- ② 監督の仕組み
- ③ 民間プラットフォーム企業との関係
- (3) 今後の検討の方向性

## 3. 予防接種情報

(1) 関連法令

(2) 課題

- ① VRS とマイナンバーの連結
- ② 民間プラットフォーム企業との関係
- (3) 今後の検討の方向性

別添レポート1

別添レポート2

## **1) 組織法・医療提供体制**

### 1. 感染症対策の意思決定、専門的知見の反映のさせ方

(1) 関連法令

日本国憲法

特措法（平成24年法律第31号、令和3年法律第5号による改正）、特措法施行令（平成25年政令第122号、令和3年政令第28号による改正）、新型インフルエンザ等対策推進会議令（令和3年政令第138号）

(2) 課題

COVID-19への対策は、多かれ少なかれ個人の活動の自由を制約しうる。とりわけ、緊急事態宣言の発出またはまん延防止等重点措置の実施下においては、個人の一般的自由が、個別具体的な法律の根拠なしに、直接または間接に制限される。個人の一般的自由に対する制限には、たとえそれが憲法上保障される主観的権利でないとしても、平等原則、比例原則、適正手続の保障といった客観的な統制が及ぶ。したがって、感染症対策の意思決定においては、それによって制限される憲法上の権利の保障という観点からはもとより、実質的法治国原理ないし法の支配の要請に適合しているかどうかという観点からの検討・検証を要する。

#### ①学識経験者の選任方法

特措法70条の2に基づいて内閣に設置された新型インフルエンザ等対策推進会議（以下、「会議」という。）の構成員は、「感染症に関して高い識見を有する者その他の学識経験者」のうちから、内



閣総理大臣によって任命される（特措法70条の5）。

会議は、基本的対処方針の作成または変更の際に意見を述べる（緊急の場合を除き、必要的諮問、特措法18条4項・5項）が、基本的対処方針が、緊急事態宣言発出・終了の考え方、まん延防止等感染症対策の重点措置の実施・終了の考え方、まん延防止等感染症対策の実施に関する重要事項等について定めていることを考慮すると、会議が述べた意見は、私権制限を伴う可能性のある措置・対策に影響を及ぼし、場合によってはその正当化根拠とされる。会議が述べた意見が政治的決定に影響を及ぼし得ることの正統性の観点からは、会議を構成する学識経験者の選任にあたっては、可能な限り選出の基準とその者の専門領域を明らかにすることが望ましい。なお、いかなる領域の学識経験者で会議を構成するかにつき、特措法は、その範囲を明確に規定していないが、学識経験者の専門領域の多様性を確保する必要がある。

以上のことは、都道府県知事が、あらかじめ意見を聴くこととされている「感染症に関する専門的な知識を有する者その他の学識経験者」（特措法7条3項・9項、31条の6第4項、45条4項）についても、基本的には妥当する。

#### ②感染症対策の意思決定における学識経験者と政府の関係

COVID-19への対策に関する政策形成や意思決定については、学識経験者ないし学識経験者を構成員とする会議体の法的位置づけや役割が不明瞭な場合には、専門家と政府との間の関係、感染症対策の意思決定権の所在、国民に対する説明責任のあり方といった問題が生じ得る。

学識経験者ないし会議は、科学的・専門的な知見に基づき助言をする機関であり、政府は、その助言に注意深く耳を傾けたうえで政策の決定を行う。政策決定の根拠となった科学的・専門的な知見やデータは公開されることが望ましい。専門家が国民に対してわかりやすく解説・説明する場面があったとしても、国民に対する説明責任を負っているのは、専門家ではなく政府である。

COVID-19への対策は、「感染症のまん延防止」という唯一の目的を追求しようとすればするほど、人権や経済への影響は大きくなり得る。しかしながら、政治的決定に際しては、活動の自由や経済への影響を度外視することはできず、活動の自由や経済への影響が必要最小限度にとどまるような判断が求められる。専門家と政府とでは、その役割においても、責任においても、そして行動原理においても全く立場が異なることを国民に理解してもらい、専門家による提言と政府の判断とが異なるような場合には、その理由を政府が国民に対して丁寧に説明することが、政府と国民との間の信頼関係を構築するうえでも重要であると考えられる。

#### ③事後的な検証・見直し体制

COVID-19への対策が、個人の一般的自由を制限するような場合には、憲法上の権利の保障という要請に加えて、比例原則や適正手続の保障といった客観法的な統制が及ぶ。比例原則は、規制手段が規制目的と合理的に関連すること（適合性）、規制手段が規制目的の達成にとって必要最小限度であること（必要性）および規制手段の投入によって得られる利益と失われる利益のバランスが均衡を保っていること（狭義の比例性）を要請するものである。したがって、実施されている対策の適合性、必要性または狭義の比例性が失われた場合には、当該対策は、直ちに終了されなければならない。状況に応じた対策を決定・実施していくためには、一旦とられた対策が現状に適合しているか否かを、事後的に検証し、見直すことが可能な体制を整えておく必要がある、そうすることが、比例原則や適正手続の保障に資する。

#### ④国会による統制

国会の関与は、法の支配の観点から極めて重要な課題である。特措法は、①政府が、政府行動計画を作成したとき（6条6項）、②内閣総理大臣が政府対策本部又は政府現地対策本部を設置又は廃止したとき（15条2項）、③緊急事態宣言の発令、延長、区域変更又は解除の公示（32条1項、3項、5項）につき「国会

に報告」することとしている。まん延防止等重点措置の発令、延長、区域変更又は解除の公示については、衆参議院附帯決議において国会に報告することとされたため、内閣総理大臣が国会に報告したうえで決定する、という運用がなされている。緊急事態ないしまん延防止等重点措置がとられる期間については、国会の関与なく決定することができる。

未知のウイルス等のまん延により国民の生命や健康が脅かされ、国家として早急の対応が求められる場合に、その都度法律を制定するのが現実的ではないとしても、国会への報告だけでは十分とはいええず、諸外国の制度を参照しながら、国会によるコントロールの仕組みを整える必要があるように思われる。

### (3) 今後の検討の方向性

①学識経験者の専門領域の多様性という観点からは、いかなる領域の専門家が関与することが望ましいか、都道府県レベルではどのように対応できるかが課題となろう。その他、係るプロセスにおける国会の関与の可否や方法について、比較法の観点も含めて検討を深める必要がある。

②③の関連では、令和4年4月28日内閣官房長官決裁によって「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」を開催することとされた点が注目に値する。新型コロナウイルス感染症への政府の対応、具体的には、①新型コロナウイルス感染症発生以降これまでの新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく対応や、保健・医療の提供体制の構築の対応等の整理及び評価に関する事項及び②上記の対応に係る中長期的観点からの課題の整理に関する事項に関する意見を求めることとされているが、同会議が新型コロナ対策・健康危機管理担当大臣の下

に設置されていることの妥当性も含め、検証体制の構成や人選、議論の進め方等における公正さや透明性の確保も重要である。検証の成果を広く共有し、今後の対策に寄与するプロセスとなるかが問われるであろう。

④国会の関与に関して、フランスでは、衛生上の緊急事態、その後の移行体制を、有効期間を限定した法律で定め、緊急事態の1ヶ月を超える延長は、科学委員会 (comité de scientifiques) に諮問の後、法律によってのみ可能としている<sup>1</sup>。緊急事態宣言下で政府が講じた措置についても、速やかに国会に報告することとされ、国会は、当該措置の統制と評価のために、政府に対して補足情報を要求することができる。

日本では、新型コロナウイルス感染症への政府の対応に関して、措置法に基づく対応、保健・医療の提供体制の構築の対応、これらの対応に係る中長期的観点からの課題について評価するために、「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」が発足した。会議は、新型コロナ対策・健康危機管理担当大臣の下に、非公開で開催することとされており、公正性、透明性が十分に確保されているといえるかどうかは、今後の検討を要する。さらに、国民主権、権力分立の観点からは、衛生緊急事態において、政府が政策の実現における力強さを発揮する場合には、それに比例して議会によるコントロールを強化しなければならない。これまでの政策を振り返り、より実効的な施策へつなげるための検証・見直し体制を整えようとしていること自体は評価できるものの、例えば、福島原発事故の国会事故調査委員会のような、政府から独立した機関による見直しの可能性など、検証体制のあり方についても、今後の検討を要する。

<sup>1</sup>この規定を受けて、フランス連帯保健省に、Covid-19 科学評議会 (Conseil scientifiques Covid-19) が設置された。科学評議会のメンバーには、社会学者と非政府組織等の団体代表は含まれるが、法学者と経済学者は含まれない。衛生パスおよびワクチンパスの導入による経済的影響に関する評価は、2022年7月31日まで、

政府から議会に毎週報告され、議会によるコントロールの対象となる (2021年8月5日の法律2021-1040号第11条、ワクチンパスについては、2022年1月22日の法律第2022-46号により影響評価の対象に含まれた)。なお、科学委員会のメンバーには、両院議長がそれぞれ任命した2人の有識者が含まれる。

## 2. 国と地方の関係、地方公共団体間の関係

### (1) 関連法令

日本国憲法（第八章地方自治）

地方自治法（第十一章国と普通地方公共団体との関係及び普通地方公共団体相互間の関係）、特措法、地域保健法、感染症法、医療法

「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」

### (2) 課題

①緊急事態宣言、まん延防止等重点措置の発出主体

②要請、命令等の内容決定における国と地方公共団体の事前協議

たとえば COVID-19 感染拡大の当初、特措法に基づく施設使用制限について、特措法 45 条 2 項の要請及び同 3 項の命令を行うにあたって、国との事前協議を要することが基本的対処方針において定められていた。これらの事務は法定受託事務であるが（処理基準は定められていない）、基本的対処方針による対処という方法及びその内容が妥当か、地方自治法における関与の法定主義の観点から、国と地方の不透明な関係という点で問題があったのではないかと指摘が可能である。

具体例の 1 つとして、基本的対処方針において、都道府県は、「臨時の医療施設の開設に当たっては、あらかじめ政府と協議し、迅速な情報共有を行うとともに、開設後は定期的に運営状況を報告することとされている。なぜ事後報告ではだめなのかという声も自治体からは出していた。こうした協議を個々の場面で事前に求めることの必要性及び妥当性を検証する必要があるように思われる。

③国と地方の基本的な関係と役割分担の再構築

上記①②は特措法をめぐる 1 つの論点であり、自治体の総合調整を定める国の役割が問題であったが、同時に、平時と異なる緊急時を想定した権限分配に関する規定は地方自治法には乏しく、国と地方の基本的な関係が課題であったとも言

い換えることができる。また、その他の個別法をめぐるでも、様々な場面で国と地方の関係に関する論点が浮かんでおり、例えば自治体が運営する保健所への国の指示権限の強化などが地域保健法の中で問題となったほか、感染症法の改正論議の中でも病院への病床確保要請で国や自治体の権限強化の必要性が指摘されているが、もっとも、後者は、医療法などわが国の医療提供体制の基本的な構造に関わる論点でもあり、多面的な検討を要することは疑いがない。

### (3) 今後の検討の方向性

①②に関連して、感染症がまん延し特措法に基づく権限行使が必要な状況を念頭に、都道府県知事は平時から医療法及び感染症法に基づく所掌事務を適切に差配し、シームレスな権限行使が可能なようにしておかねばならない。同時に、そうした地域による状況の差を考慮しながら、全体としての整合性を確保する必要があることに加え、緊急時においては国としても全国的な対応の必要性という観点から、地方間の調整ないし全国主導的に権限を行使すべき場合も想定できる。係る場合の国と地方公共団体の権限分配の仕組み、迅速な対応を確保できる適切な連携調整のあり方を、たとえば災害法制などを参考に多角的に考察する必要がある。

また、医療提供体制や PCR 検査体制についても、複数の医療機関、民間検査機関がある大都市部と、中核的な医療機関が大学病院や公立病院に限られ、検査も地方衛生研究所が中心となる地方部では事情が異なる。およそ全国一律ではなく、地域による状況の差を考慮したアプローチが必要となってくる。地域自治的な取り組みのうち有効な対策につながった事例を抽出し、広く参照することにも意義があろう。

③に関連しては、感染拡大時に都道府県を超えた広域的な対応が困難であったこと、患者を越境して他の自治体が受け入れるような仕組みも準備が足りなかったこと、保健所を設置する都道府県と市町村の間の情報共有等々、様々な各論的

課題が指摘されており、緊急時を想定した国と地方の基本関係をめぐる議論を進め早急に対処する必要がある。また、保健所体制、医療提供体制ないし感染症医療のあり方などの個別法の仕組みについては、それぞれ固有の沿革と配慮を要する考慮要素もあることから、拙速な法改正などは厳に慎み、従前の議論の積み重ねに配慮した慎重な検討を進める必要がある。

### 3. 医療提供体制

#### (1) 関連法令

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）、地域保健法（昭和二十二年法律第一百号）

#### (2) 課題・問題の所在

##### ①病床の確保と分配：

そもそも医療法上は、医療機関には感染症患者を受け入れる法的義務はなく、どの診療科でどのような患者を受け入れるかは、医療機関の判断とされている。医療機関に対する監督権限を有するのは都道府県知事であるが、病床指定、感染症患者の受入れを命ずる権限までではない。今回 COVID-19 対応においても、一部の医療機関のみが感染患者を引き受けることにより、医療機関の間に負担の大きな偏りが生じている。公立病院・公的病院と民間病院との間の負担格差は否定しがたく、わが国の医療提供体制は民間病院が大多数を占めることもあって、行政介入の余地が著しく小さいという課題がある。

##### ②・医療従事者の確保と分配：

医療従事者の確保・分配にも苦戦しているのが実際であり、仮に病床数が増えても、そこで働く医療従事者が増えるわけではなく、受入れ態勢確保のためには、医療従事者の確保が同時に必要である。しかしながら、感染患者を受け入れる医療機関に、医療従事者を公的に派遣する仕組みはなく、現実には、内部でやりくりする、個人的な知り合いの伝手をたどる等で現場の対応は困難を極めた。一方で、感染患者を受け入れない医療機関の中には、患者数が減少し、医療従事者の

人員が過剰になっているところもあり、医療従事者間でも負担の偏りが著しい。  
③自宅療養・宿泊療養から入院医療へのアクセス保障

上記①②の課題に関連して、自宅療養・宿泊療養に任意に応じた患者の容体が悪化した場合等に、入院医療への橋渡しが適切に行われず、いわゆる「たらいまわし」や最悪の場合死亡したケースなどが報道された。重症化ないし容体が急変しやすい変異株の流行に備え、個別の患者における自宅療養・宿泊療養から入院医療への移行の必要性を早期に発見し、迅速に実行することが今なお課題になっている。

##### ④保健所と病院の連携・医療資源の適正分配のための指令系統

病院間での役割分担、医療資源の適正配分のための公的な仕組みが不存在であることが、大きな課題と認識されなければならない。ある程度規模が大きい病院でなければ、感染患者と他の救急患者を分けて対応するのは困難であるが、感染患者を受け入れれば、他の一般の患者を受け入れられなくなるほか、クラスター発生時には大幅な減収が見込まれるものの十分な補償が確保できないこともあり、受入れを拒否する医療機関があってもやむを得ない状況である。一方、保健所による医療資源の分配にかかる指示統括は、保健所のキャパシティを超え、混乱を生じた。医療資源の質と量に関する再検討とともに、感染症対策における医療資源の適正配分のための公的な仕組みの再構築が必要である。

#### (3) 今後の検討の方向性

上記①～④の課題は相互に関連するため、以下のような総合的な検討が必要である。

重症者等に対する医療提供に重点を置くべき地域では、特に病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力した上で、なお病床がひっ迫する場合には、高齢者等も含め入院治療が必要ない無症状病原体保有者及び軽症患者については、感染症法 44 条の 3 第 2 項に基づき宿泊施設（適切な場合は自宅）での療養を要請

することで、入院治療が必要な患者への医療提供体制の確保を図ること、その際、丁寧な健康観察を実施することが必要であることは、すでに基本的対処方針にも明記されているところであるが、重症患者のみならず、いかに中等症患者を病院に収容できるか（＝重症者を減らせるか）、軽症から中等症患者の受け入れは設備や専門医のない医療機関でも可能であり、感染患者を受け入れていない病院が他の救急患者を積極的に受け入れるなど、病院間での役割分担を徹底し、地域ひいては国の中で医療資源を上手に活用（分配）する必要がある。通常時の産科医療や救急医療におけるように、地域の医師会や大学医局間の調整が期待できない以上は、緊急時に限って公的に介入する仕組みが必要不可欠である。この点で、海外の法制度との比較も含め、さらに考察を進める必要がある。

都道府県においては、結局のところ、「相談・受診・検査」～「療養先調整・移送」～「転退院・解除」まで、一連の患者対応が目詰まりなく行われ、病床・宿泊療養施設を最大限活用すること、すなわち、感染拡大時に確実に機能する医療提供体制を整備することが求められていることは疑いがなく（すでに基本的対処方針に明記されている課題である）。一般医療と COVID-19 に対する医療との両立も課題であったし、患者受入が実際に可能な専用病床を確実に確保するため、病床・宿泊療養・自宅療養の役割分担の徹底や総合的な調整体制の整備により病床活用を効率化すること、それを可能に

するのに必要な病床・宿泊療養施設を確保することなど、取り組むべき課題は多いが具体的である。今後、都道府県・保健所と各医療機関とが適切に連携協力できる仕組みづくりについて、検討を進める必要があるが、そのためには都道府県間、市町村間や都道府県と域内市町村間の連携のあり方、都道府県と保健所間や隣接保健所同士の連絡調整等、様々に視線を往復させながら実務上の課題を把握していくことも必須である。

## 2) 介入手段

### 1. 検疫

#### (1) 関連法令

日本国憲法

検疫法 12 条、13 条、14 条、15 条、16 条、16 条の 2、34 条の 2、34 条の 3、34 条の 4

出入国管理及び難民認定法（昭和二十六年政令第三百十九号、以下「入管法」という。）5 条 1 項

2005 年国際保健規則（IHR）

各種通達<sup>2</sup>

#### (2) 課題・問題の所在

##### ① 用語の整理：

「検疫」という用語は、主に検疫法において、開港・空港の防疫体制、水際対策一般の意味に使われているように思われる。しかし IHR の定義によると、確定患者（感染者）<sup>3</sup>の分離を意味する「隔離」（Isolation）と疑似感染者の分離を意味

<sup>2</sup> 本研究班では、通達の内容に応じて、水際対策の展開を、①コロナ発生後、②緩和期、③再締付期に区別して検討した。具体的な措置の内容については、①期については、令和 2 年 3 月 22 日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症の流行地域からの入国者の取扱いについて」、②期については、令和 2 年 6 月 18 日新型コロナウイルス感染症対策本部「国際的な人の往来再開に向けた段階的措置について」、③期については、1 2 次わたる「水際対策強化に係る新たな措置」および令和 3 年 2 月 2 日法律第 5 号による検疫法の一部改正を参照した。

<sup>3</sup> 隔離は、感染予防の観点から設定された概念

なので、本来は、患者（感染及び発症）ではなくて、感染が確定しているかどうかによって判断されるべきである。すなわち、無症状感染者は、仮に症状がなくとも感染のおそれが確定的に生じているので、隔離の対象となる。国際保健規則の隔離の定義では、“ill or contaminated persons”等が対象とされている。

なお、新型コロナについては、無症状であっても、感染者（無症状病原体保有者）が患者とみなされるので（感染症法 8 条 3 項、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令 3 条）、差異は生じない。

する「検疫」(Quarantine)が区別して用いられている。「検疫」とは、「病原体に感染したおそれのある者」(検疫法16条、16条の2)だけでなく、感染症のまん延地域から日本に入国しようとしている等の何らかの事情により感染が疑われる者を対象にした分離・身柄拘束を含む。検疫法における「停留」は、この意味での「検疫」の一部のみを意味することになる。感染症対策は国際的な協力や動向を踏まえて行われる必要があり、用語の整理が必要であるように思われる。

## ② 法的根拠に関する議論：

COVID-19の発生直後より、内国者・外国人に対する上陸拒否、検査の罰則付強制と留置きが行われるなど、居住移転の自由を制約する措置が講じられた。また、制裁的公表およびアプリによる行動監視を背景として入国後の外出自粛要請が実質的に義務づけられるなど、個々の措置が任意に基づくものであるとしても、水際対策のしくみ全体としてみたときに人権制約が疑われるものもある。これらの措置は、現行法上許容されうる手段を総動員した結果とは言えるが、法令の合理的解釈として可能な範囲であるか疑義が生じている。また、適法な範囲にあるとしても、従来解釈を変更する場合や、人権制約が重大である場合もみられ、あらかじめ十分な議論が尽くされたか疑問が残る。

## ③ 実効性の確保：

<sup>4</sup> 水際対策(検疫)には、以下の3つの目的を想定することができる。①遅延検疫：病原体の国内侵入は許容し、その侵入時期をなるべく遅らせる。②阻止検疫：病原体の国内侵入を拒絶すること。③抑圧検疫：病原体(そのヒトヒト感染)が国内に存在することを前提に、病原体の追加侵入は国内のRtを上昇させる効果があるので、かかるRt上昇を招く追加侵入を拒絶すること。

<sup>5</sup> 従来は、水際対策の機能は遅延検疫のみにあるとし、国内での蔓延後は、検疫は徐々にやめ、国内の蔓延対策に重点を移すとしていた(インフルエンザ行動計画)。武漢株については、令和元年1月頃に国内侵入と定着を許した時点で従来の検疫の目的(遅延検疫)は終了していたといえる。また、初回の緊急事態宣言は欧州経由の病原体が広まったことから避けられなくなったが、こ

入国者全員の公共交通機関利用禁止と14日間の外出自粛の要請、内国者の入国拒否、内国者・外国者の行動制限に関する誓約書の提出の要請と誓約違反に対する個人情報公表等が行われた。この間、令和3年2月12日法改正によって、任意の外出自粛(検疫法16条の2)が法定された。しかし、要請に基づく行動制限が、感染症対策として十分に有効な手段であるといえるかどうか疑問がある。また、感染症拡大のフェーズやターゲットに応じた水際対策の目的<sup>4</sup>に応じて、対策を実施する必要があるが、政策的考慮の不足のみならず、対応する法律上の実効的手段の欠如を要因とする水際対策の失敗が指摘されている<sup>5</sup>。法律上、必要な措置をとることができるシステムが構築されているか議論が必要であろう。

## ④ 民主的な議論と正当性：

上記②③と関連するが、検疫に関する各措置の目的、目的に応じた行政権限、検疫体制における人的・物的資源の不足等について、十分な議論が行われてきたとは言い難い。とくに、入国拒否や、制裁的公表およびアプリによる行動監視を背景とした外出自粛要請の実質的義務化など、重大な人権制約を伴いうる措置については、民主的な議論を行い、法律上明確な根拠が必要であるように思われる。

## ⑤ 入国拒否の正当性：

事実上全ての外国人について「特段の事情」がなければ上陸拒否する方針がと

れは令和2年3月中旬以降の抑圧検疫の失敗と捉えることができる。感染症対策のために世界的に人流が停止することは想定されていなかったこと等から、従来、阻止・抑圧検疫は水際対策の主要な目的とせず、したがって、そのために必要な法的権限を法定していなかったように思われる。武漢株にしても、その後の各種変異株にしても、遅延検疫という意味であれば水際対策は従来通りに機能している。しかし、社会的には、検疫所が阻止・抑圧検疫を実施すべきである、そのような能力をもっているはずだというニーズや期待が生じてしまっていることは否定できない。令和2年からの日本のコロナ対策の「失敗」は、このような社会的ニーズと期待との関係でとらえることができようが、その原因の多くは阻止・抑圧検疫が実行できていなかったことによる。

られた。入管法 5 条は、外国人の上陸について、1～13 号の具体的な拒否事由を挙げた上で、14 号で「法務大臣において日本国の利益又は公安を害する行為を行うおそれがあると認めるに足りる相当の理由がある者」というバスケット条項においており、上陸拒否は同項に基づく措置であると考えられる。しかし、個別的な事情を考慮しない入国拒否については、過度な人権制約が危惧されている。また、内国者の上陸拒否については、法的根拠に疑いがあり、入国の自由に対する過度な制約になる可能性がある。

### (3) 今後の検討の方向性

上記①については、IHR の規定に基づきわが国の水際対策を整理し、公的な議論をすすめやすくする基盤をつくる必要がある。また、水際対策に関する情報が内閣官房、厚生労働省、外務省、出入国在留管理庁、法務局、検疫所、自治体、在外公館等に情報が分散しており、把握し難い状況があるため、それらの統一的把握にも努めなければならない。

上記②については、とられた措置の法的根拠を明確化する作業と、当該根拠規定に関する解釈の合理性について、従来の解釈との比較、検疫または感染症対策に関する制度全体の一貫性、人権保障の観点等を勘案しつつ検討する必要がある。

上記③については、検疫法上の対策権限が、(ア) 外国者の上陸拒否、(イ) 隔離・停留、外出自粛、(ウ) 健康診断受診義務(検査義務)、(エ) その他の要請に限られており、感染疑いの入国者を全員検疫し、国内流入の可能性をなくす(可能な限りゼロに近づける)阻止・抑制検疫を実施することができない法制度になっている点を評価しなければならない<sup>6</sup>。法的観点からは、上記②および下

記④に関連して、必要な対策に対する法的根拠の整備、および過度な人権制約にならないような理論的根拠と実体的・手続的保障を検討することと併せて、水際対策の実効性を担保するための議論を深める必要がある。

上記④については、上陸拒否に関する法務大臣の裁量が制限される事例を検討する必要がある。例えば、内国者の配偶者である外国人が在留資格を持つにもかかわらず上陸を拒否されるケースは、要検討事例であるといえる。内国者の上陸拒否については、入国の自由の観点から制約理由について十分な説明が行われているとはいえない上、入国後の外出自粛についても、ただ一定の地域にいたという抽象的な理由のみをもって身柄拘束を行うものであり、それ内国者については感染を疑われる具体的な事情をもってのみ入院や自宅療養・宿泊療養の対象とされる点との比較において、居住移転の事由に関する重大な憲法上の疑義を生じていると思われる。

## 2. 患者に対する措置—入院

### (1) 関連法令

日本国憲法

感染症法 19 条、20 条、22 条～25 条、80 条

### (2) 課題

#### ① 入院制度と罰則との関係：

令和 3 年 2 月 12 日改正で、入院勧告と措置の許否等に対する過料が導入された。改正前は、入院勧告は講学上の行政指導(勧告)、入院措置は即時強制としての特徴を有していたが、罰則の導入により、入院勧告は間接強制を伴う義務、入院措置は直接強制へと法的性質が変容したと解される<sup>7</sup>。感染症法があえて「勧告」を

<sup>6</sup> 具体的には、(ア)については、内国者の上陸拒否権限がなく、内国者による病原体侵入に無力であること、(イ)については、確定患者と疑似感染者(「病原体に感染したおそれのある者」検疫法 16 条 1・2 号、16 条の 2・2 項)のみを対象としている。疑似感染者は、確定患者などの感染源との接触、関係などにより具体的な感染のおそれが示された場合のみ発動可能

であること、(ウ)については、検査を強制できても偽陰性による取りこぼしを防止できないこと、(エ)については、強制力がなく、要請を無視する者や誓約違反を気にしない者からの侵入を防止できないことが論点になる。

<sup>7</sup> 原田大樹「コロナ・人権・民主主義」法律時報 93 卷 4 号(2021 年)1 頁。

前置し、自発的な入院を促すことによって人身の自由への制約を最小限にすることを企図していたことと本改正との整合性に関する議論や、わが国において直接強制が法定されている例がわずかしかない中、感染症法に直接強制を導入することの意義に関する議論が必ずしも尽くされていないように思われる。

#### ② 実体的・手続的保障：

入院は、患者を24時間医療的監視の下におき、営業の自由、教育を受ける権利、選挙権、通信の自由等の人権の行使を制約するものである上、罰則を伴う義務である。比例性の観点からすれば、厳格な実体的・手続的保障が求められる可能性があり、現行制度を批判的に検討する余地がある。

#### ③ 医療アクセス保障としての性質

入院制度は、患者に対し行政から治療の必要に関する適時適切な個別的助言と、医療サービス給付によって通常は得ることのできない専門的な感染症医療へのアクセスを確保するという性格をもちあわせており、その意味で、生存権保障を具体化する制度であるともいえる。そのため、行政の都合に応じて入院治療の提供の是非を恣意的に判断するのではなく、公正で合理的な判断によって入院措置の対象者を決定すべきであり、それを可能にする医療提供体制が確保されていないなければならない。入院制度を支える医療提供体制の確保が十分であったか検討する余地がある。

#### (3) 今後の検討の方向性

上記①については、感染症法上の入院制度の立法趣旨を明らかにした上で、令和3年改正がもたらした制度変容について理論的な観点から検討を行う必要がある。また、検証に際しては、罰則導入によってまん延対策にいかなる効果があったかを踏まえる必要がある。

上記②については、入院手続および入院中の患者の処遇に関する実態を把握することが必要である。入院手続および入院中の諸権利の保障について、とくに入院態様、入院中の人権行使可能性の確保、入院の開始および継続の判断の適正性の

確保について、現行法における保障が充分であるかを検討する必要がある。

上記③については、病床の確保のみならず、医師や看護師などの人的医療提供体制の不備が指摘されているところ、感染症法の入院規定の趣旨に沿った医療提供体制の構築が行われてきたかを実証的に検討しなければならない。とりわけ、地域による入院治療の提供体制の格差や、行政を介したかかりつけ医療機関や介護施設と入院医療機関との連携における混乱が入院治療へのアクセスを著しく困難にし健康被害を生じることなどは、政治的課題を超えて法的問題になりうる。

### **3. 患者等に対する自宅療養・宿泊療養の要請**

#### (1) 関連法令

日本国憲法  
感染症法44条の3

#### (2) 課題

##### ① 医療的ケアの不足：

自宅療養または宿泊療養中のCOVID-19患者の死亡が多数報道され、療養中の患者に対する医療および保健指導の不足が懸念されてきた。自宅療養・宿泊療養の目的を明らかにし、療養者に対する医療提供体制の確保の要否について検討が必要であるように思われるが、議論が十分に行われた上で自宅療養・宿泊療養が実施されてきたか疑問がある。

##### ② 実体的・手続的保障：

自宅療養・宿泊療養は要請に対し本人の任意で実施されるものではあるが、感染症法は、要請を拒否する患者に対しては入院を義務付けることができるしくみをおいている。また、任意の療養であっても、いったん療養に入った者は、行政による監視に服する。そこで、居住移転の自由や人身の自由の観点から、実体的・手続的保障が必要であるか、必要であるとしていかなる保障を備えるべきかについて、議論する必要がある。

#### (3) 今後の検討の方向性

上記①については、自宅療養・宿泊療養から入院への橋渡しに関する保健所業



務の状況を把握し、不足する人的・物的資源を踏まえた上で、必要な法的基盤について検討する必要がある。

上記②については、自宅療養・宿泊療養から入院までのしくみ全体を医療提供と隔離の観点から体系的に理解し、入院に関する論点と同様の検証を要する（（2）②を参照）。

#### **4. 一般対策—事業者・個人への協力要請**

##### (1) 関連法令

日本国憲法

特措法 24 条 9 項、45 条 1 項、45 条 2 項・3 項・4 項、79 条、31 条の 6 1 項・3 項・5 項

##### (2) 課題

###### ① 監督：

都道府県知事がとりうる措置や対象等は政令事項とされ、あらかじめ法律で限定されておらず、事後的にも国会や専門家による検証を可能にするしくみが設けられていない。

###### ② 補償：

事業者等に対する営業時間の短縮や休業の命令は営業の自由を制約するが、新型インフルエンザ等特別措置法には、損失補償の制度は設けられていない。しかし、営業時間の短縮や休業が長期に亘る場合、損失は非常に大きくなってしまふ。現実の損失の程度等に即して、補償の要否を議論する余地がある。

###### ③ ナッジ：

協力要請による感染症対策のなかにはナッジの手法を用いることによって、個人の自主性に基づく行動変容を促すものもあったと評価されている。しかし、ナッジによる感染症対策の効果の面での限界も指摘されている。ナッジが個人の無意識にはたらきかける面があるとすれば、ナッジの活用についても事後的な検証が求められる余地がある。

##### (3) 今後の検討の方向性

上記①については、代表機関である国会が講じ得る措置について法律の根拠を設け、民主的統制の構造を明確な形で組

み込むべきかどうか、議論が必要である。また、事後的に国会や専門家組織による検証を可能にするためのしくみの要否や、その内容について検討が必要である。たしかに講じることのできる対策をあらかじめ法定してしまうと対策が柔軟性に欠けてしまうおそれがあるが、継続的な民主的統制や専門的な検証を行い、それを透明化することによって、感染症対策に正当性を与えるとともに、より効果的な対策を行うことができる可能性もある。

上記②については、損失補償の条件と感染症対策における営業の自由や財産権の制約の特徴を整理することが必要である。そのうえで営業時間の短縮や休業に対する損失補償の要否を検討するが、その際、他の救済手段との関係や、特措法全体における当該措置の位置づけにも配慮し、過度な営業の自由や財産権の制約にならないようしくみをセットで検証することも有効であると思われる。

上記③については、別添レポート 1 を参照されたい。

#### **5. 予防接種**

##### (1) 関連法令

日本国憲法

予防接種法 6 条 1 項、同附則 7 条、8 条、医師法 17 条

##### (2) 課題

###### ① 被接種機会の平等：

COVID-19 予防接種については、職業や年齢等によって、予防接種を受ける順番が設けられた。この優先順位について合理的な説明が可能かどうか、また、国民・住民に対し十分な説明がなされてきたか議論の余地があるように思われる。

###### ② 接種の迅速性と安全性

さらに、速やかなワクチンの開発・調達・輸送・接種体制の構築に加え、打ち手（医療従事者等）の確保が問題となっている。特に、打ち手については、医業規制（医師法 17 条）があり、立法によるにしても解釈によるにしても無秩序な拡大は難しく、制約となる可能性がある。関西広域連合「新型コロナウイルスの感染急拡大を受けた緊急提言」（令和 3 年 4

月 20 日) が、「ワクチン接種を行える者をより多く確保するため、薬剤師や医学部・看護学部の学生など対応ができる者の範囲を拡大する特例を認めること。」を、全国知事会「新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言を受けた緊急提言」

(令和 3 年 4 月 24 日) も、「医学部・看護学部の学生などによるサポートも含めワクチン接種を行う者の確保に向けた支援を行い、全国で早期にワクチン接種が進むよう緊急に対策を講じること。また、国において、薬剤師等がワクチン接種を行っている海外の例も参考に、ワクチン接種ができる者の範囲の拡大等、接種を行う者の確保に向けた検討を進めること。」を要望した。そこで、歯科医師について、実質的違法性阻却の解釈論による拡大が行われ(「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の歯科医師による実施について」

(令和 3 年 4 月 26 日事務連絡/厚生労働省医政局医事課、医政局歯科保健課、健康局予防接種室))、その後、救急救命士、臨床検査技師による接種も同様に許容されてきた(令和 3 年 6 月 4 日事務連絡/厚生労働省医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を推進するための各医療関係職種専門性を踏まえた対応の在り方について」)。接種の迅速性と安全性の確保との両立をどのように図るか、平時と緊急時の制度設計のあり方という観点も含め課題であろう。

## ② 自己決定の実質的確保：

わが国では、法律上の予防接種はすべて任意ベースで行われ、行政はワクチンや接種に関する情報公開や接種体制の整備をすることによって、接種勧奨を行うしくみがとられている。このことを踏まえると、副反応等の危険性に関する情報の質と量、その公開の方法が、住民にとって接種を受けるかどうかを自由な立場から決定できるようなものであるかどうか、検証する必要が生じる。とりわけ、障がいのある者等について、本人ではなく介護者や家族等の同意のみによって予防接種が行われる場合、本人が真に自由な立場から接種を決定したといえるかどうか疑問が生じる<sup>8</sup>。

## ③ 健康被害補償：

予防接種健康被害のリスクについては、国とメーカーが「損失補償契約」を締結したうえで国が賠償責任を負うことになっている。被害者救済の観点からは、救済の範囲を明確に示す必要がある。また、個々の損失補償契約の内容について、国会の事前承認が必要であるかどうか、財政統制の観点から検討の余地がある。

## (3) 今後の検討の方向性

上記①については、いかなる理由で現行の接種順が決定されたかを整理し、その合理性を検討することができよう。その際、事の性質の違いに配慮しながらも、トリアージのケースとの異同から検討できるように思われる。

上記②については、通常の各医療専門職の職能(業の範囲)や教育過程などを整理した上で、予防接種行為を担わせるにあたり必要な研修内容や他の医療職との連携を含む接種体制等について、適切な実施基準が定められていたかを検討する必要がある。医業規制との関連では、それが生命・健康の保護に直結する規制であることから、いかなる理由で違法性阻却が認められるのかに加え、法令上の手当てをせず解釈のみで対応することの妥当性についても、法治主義の観点から厳しい批判がなされているところであり、更なる議論が行われるべきである。

上記③については、COVID-19 の予防接種が、特定接種や住民接種ではなく、臨時の予防接種として実施された理由を明確にする必要がある。また、接種勧奨の内容や方法については、感染症が急速にまん延し、それに対応する選択可能なワ

<sup>8</sup> 事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する合理的配慮の提供について」(令和 3 月 3 日)

[000748170.pdf \(mhlw.go.jp\)](#)。

事務連絡「新型コロナ予防接種の実施に係る留意事項について」(令和 3 年 4 月 23 年)

[000772871.pdf \(mhlw.go.jp\)](#)。

クチンが限られている中で、特例承認を経て予防接種が実施されているケースと定期の予防接種のケースとで、接種勧奨のあり方に異なる配慮が求められる可能性もあろう。

上記④については、新型インフルエンザに関する損失補償契約においては、国会承認による都度の内容統制や、締結可能性に期限が設けられたことと比較して、新型コロナウイルス感染症について、そのような規定が設けられなかった背景や理由について、具体的な説明が求められる。また、早期に十分な量のワクチンを確保することと、ワクチンの安全性を確保できるような生産・供給体制の確保とがトレードオフにならないよう、メーカー等に対し適切な医薬品行政上の監督が行われているかどうかを検証し、迅速性と安全性との両立を図るための第三者機関による評価の在り方についても、議論が必要であろう。

## 6. ワクチン・検査パッケージ制度

### (1) 関連法令

日本国憲法

予防接種法6条1項

### (2) 課題

#### ① 予防接種制度との関係

ワクチン・検査パッケージ制度は、適用の範囲や厳格さによっては、予防接種を受けることが日常生活上の行動の自由に対する実質的な条件になる可能性がある。また、検査体制の整備が遅れ、検査へのアクセスが確保されていない場合には、ワクチン・検査パッケージ制度の下で、個人は実質的に予防接種を受けるしかない状況になりかねない。これらの場合、予防接種が間接的な強制となるおそれがあるところ、わが国における予防接種が任意ベースで行われることとの整合性が問題になりうる。

#### ② ワクチン・検査状況に関する情報の管理

ワクチン・検査パッケージ制度は、民間の創意工夫による活用が奨励され、予防接種歴や検査結果の確認を行うのも民間事業者である。民間事業者が行動制限

要請の緩和のために予防接種歴や検査結果という健康に関する要配慮個人情報の開示を求めることになるため、プライバシーの問題が生じる。

#### ③ 法律上の根拠

ワクチン・検査パッケージ制度は、施設等の事業者に対する行動制限の緩和の制度である。一方、ワクチン・検査パッケージ制度が都道府県に登録し一定の条件を満たした場合に特措法上に基づく行動制限を緩和するものであるとすれば、許可制に接近するという見方もある。法治主義の原則から、ワクチン・検査パッケージ制度に法律の根拠が必要となるか検証しなければならない。

#### (3) 検討の方向性

上記①については、生活上の第1次のニーズを満たすための行動や重要な人権の行使を制限しないよう、ワクチン・検査パッケージ制度の具体的な適用場面ないし適用除外場面を細やかに検討、設定する必要がある。また、予防接種を実質的に義務化する効果をうまないよう、検査を受ける機会へのアクセスを保障し、予防接種を受けること以外の選択肢を保障することも重要であろう。

上記②については、民間事業者に生の健康情報を提示するというしくみ自体の是非が問われる。接種証明ないし陰性証明のデザイン上の工夫や、民間事業者が過度に開示を求めることのないようにするしくみなど、プライバシーに配慮した制度設計が求められる。

上記③については、ワクチン・検査パッケージ制度が特措法上の事業者に対する感染症対策への協力要請および指示による行動制限の緩和を内容とし、特措法上のしくみと一体のものであると考えれば、法律の根拠が強く求められるように思われる。法制化にあたっては、諸外国の例を参考に、ワクチン・検査パッケージ制度の対象となる行動制限、対象者、民間事業者による実施の態様、不適切な運用の防止、制度の適用期間の限定などが明確に示されてきたかを検討する必要がある。詳細は、別添レポート2を参照。

### 3) 情報

#### 1. 患者情報の取扱い

##### (1) 関連法令：

日本国憲法

感染症法 12 条、15 条、16 条、79 条

##### (2) 課題

###### ① 情報の管理：

公衆衛生目的や法令に基づく個人情報の利用については、個人情報保護法、行政個人情報保護法または個人情報保護条例等による規律が及ばないところ、感染症法上の医師による発生届や積極的疫学調査もこのケースにあたる。しかし、取得される情報そのものがセンシティブ情報であること、情報は医師と患者または行政と住民との信頼関係に基づいて取得されること、積極的疫学調査については虚偽回答・応答拒否に対する過料が導入されたこと等にかんがみれば、プライバシー保護の観点から、情報の管理や提供の基準やメカニズムに関して、丁寧な説明と透明性が求められるように思われる。

###### ② 過剰な公表とプライバシー：

公表された個々の情報が個人情報にあたらぬ情報であっても、公開情報を突き合わせることによって本人が特定され、誹謗中傷につながってしまうケースが生じた。感染症法は「個人情報に留意」すべきことを規定するが、具体的にどのような留意が必要であるか、あらかじめ十分に検討されていたとはいえない。

###### ③ 過小な公表と過剰反応：

クラスターが発生した特定の施設名が公表されず、関連する施設の利用控えや、十分な感染対策を講じているにもかかわらず信用を毀損する言動の対象になってしまうなど、過剰反応が生じた。このようなケースでは、公表が、不適切不十分な感染対策について有効な感染対策を促すしくみとして機能していないように思われる。

##### (3) 今後の検討の方向性

上記①については、取得された情報の共有範囲・利用目的、HER-SYS のシステム構造、研究利用の可能性等について、

法律で規定する必要があるか、また、プライバシー制限が必要最小限に抑えられるしくみなっているかについて、検討を要する。

上記②については、感染症対策のために公表することが必要または有効な情報について、国会における民主的な議論を踏まえて特定することや、公表に先立って専門家を交えた監視を行うことなどの可能性も含みおきつつ検討することができよう。また、情報の形式的な性質だけではなく、差別や誹謗中傷を引き起こさないような公表の内容や方法を検討する必要があるように思われる。なお、差別や誹謗中傷の防止のためには、個人情報の利用における配慮が重要であることはもちろんであるが、専門家への諮問を踏まえた政府による感染症対策に関する適切な情報提供が国民における感染症および感染症対策への理解の促進に作用することも十分に意識されるべきである（上記1) 1 (2) ②も参照）。

上記③については、上記②の場合と同じく、公表の内容や方法を検討する必要がある。

#### 2. 接触者・一般情報

##### (1) 関連法令

日本国憲法

行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十八号）

個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号）

接触確認アプリ及び関連システム仕様書  
接触確認アプリ及び関連システム仕様書  
に対するプライバシー及びセキュリティ上の評価及びシステム運用上の留意事項  
官民協定（民間企業とデータ連携を行う場合）

##### (2) 課題

###### ① 公開の場での討論：

感染症拡大防止の実効性とプライバシー保護をどう均衡させるかは、高度の政治的判断を必要とする。また、接触追跡・確認アプリは、コロナ対策の肝となる重要なツールとして位置付けられるべきもので、その実装や仕様に関する決定

は重要かつ本質的なものとも考えられる。しかし日本では、COCOA の設計・デザインやガバナンス体制について、国会という公開の場で審議されることがほぼなかった。専門家によって構成される「接触確認アプリに関する有識者検討会合」（座長：宍戸常寿東京大学教授）においては、プライバシー保護の観点から積極的な議論が行われたものの、その意義や仕様が国民へと十分に伝わらず、設計・開発プロセスの不透明感を助長して、アプリに対する信頼の形成につながらなかった部分も少なからずあったように思われる。

## ② 監督の仕組み：

「接触確認アプリ及び関連システム仕様書に対するプライバシー及びセキュリティ上の評価及びシステム運用上の留意事項」では、検証と第三者による評価が要求されている。しかし、特に後者については、その「第三者」が誰で、評価の結果どのような責務が運営者の側に生じるのかが不明確なところがあった。

## ③ 民間プラットフォーム企業との関係：

有効な感染症対策のためには、事実上、国民の生活の情報基盤となっている民間プラットフォーム企業等との連携が不可欠である。COCOA も、グーグル・アップルの API を利用して設計された。また政府は、2020年3月31日、「新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に資する統計データ等の提供について（要請）」を出し、プラットフォーム企業などへの協力を求めた。特に前者については、政府とプラットフォーム企業との関係や役割分担が不透明になり、国民が見えないところで感染症対策の基本事項が決定され、業務委託等に関して政府のコントロールが及ばなくなることもあったように思われる。

## （3）今後の検討の方向性

上記①については、代表機関である国会が、接触追跡・確認アプリについて、法律の根拠を設け、民主的統制の構造を明確な形で組み込むべきかどうか、議論が必要である。接触追跡・確認アプリは、プライバシーに配慮しすぎると、その有効性が犠牲になる面がある。この点、有効性を経時的に検証し、その必要性が認められれば、疫学調査等も行いうる、より厳格な手段を導入することも含みおく必要がある。国会が、アプリの有効性や感染状況を踏まえたロードマップを策定し、デジタル・ツールの利用段階について大綱を示した上で、立法的な手当ての必要性について詳細な検討を行うべきかどうか議論する必要がある。

上記②については、現行法上は、行政機関における個人情報の取扱いに対して、個人情報保護委員会による監督が及ばないため、接触追跡・確認アプリの運営を監督する第三者機関等を特に設置すべきかどうか、議論する必要がある。

上記③については、官民の協力や連携について透明性を高め、民主的な統制を可能にする必要があるのではないか。例えば、ヤフーは、上記「要請」に協力するにあたり、情報連携に関する協定の締結を求め、これを公開したが、適切な官民連携のあり方を実現・担保するための方法として参考になるように思われる。

## 3. 予防接種情報

### （1）関連法令

日本国憲法

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号）9条1項、19条16号

予防接種法施行令6条の2

### （2）課題

#### ① VRS とマイナンバーの連結<sup>9</sup>：

平成27年番号法改正によって、予防接

<sup>9</sup> 「ワクチン接種記録システムへの御協力をお願い」（令和3年3月5日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000749655.pdf>

ニュース記事：[マイナンバー管理のワクチン接種記録システムに残る懸念、「政府に協力」決めた舞台裏 | 日経クロステック \(xTECH\) \(nikkei.com\)](#)

種の実施のために特定個人情報を利用することが可能になっていたが（9条1項別表10）、コロナ予防接種では、初めて市町村間での予防接種に関する特定個人情報の提供を行うシステム（VRS）を構築した。そこでは、番号法19条16号（「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合において、本人の同意があり、又は本人の同意を得ることが困難であるとき」）<sup>10</sup>に基づき、自治体間において特定個人情報が連携される。実際の運用において、どこまで本人の同意を得るべく努力すべきか、「本人の同意を得ることが困難であるとき」とはどのような場合を意味するかについて、必ずしも十分な議論がなされなかったように思われる。

#### ② 民間プラットフォーム企業との関係：

VRSにおいては、民間プラットフォーム事業者が開発したシステムを利用している。具体的には、スタートアップ企業であるミラボ社が開発したシステムを用い、データはアマゾン社等のクラウドに保存される。したがって、2（2）③と同様の課題が生じる（ミラボ社との契約内容、協定内容の透明性など）。関連して、外国デジタルプラットフォーム事業者のサービスを利用することによって、個人データが国外へ移転されるリスクについても議論になろう。

#### （3）今後の検討の方向性

①については、番号法19条16号があくまで例外的な規定であることから、今後、同号が濫用されることがないように、今回同号を適用した背景や事情について、より具体的な説明が求められる。また、スムーズな接種の実施と実効的なプライバシー確保のため、国と自治体（さらには転出元自治体と転出先自治体）との役割分担や責任の配分について、今回の実施状況を踏まえて、さらに議論を深める

必要がある（ミラボ社を監督するにあたり、国と自治体がどのように役割分担するのか、特定個人情報保護評価PIAのあり方など）。個人情報保護委員会の具体的な監督のあり方についても、さらなる議論が必要である。

上記②については、3（3）を参照。

#### D. 健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

なし

#### E. 研究発表

##### 1. 論文等発表

- 1 河嶋春菜「フランス—新たな法律上の緊急事態の創設」大林圭吾編著『コロナの憲法学』112-124（弘文堂、2021年）
- 2 ジェレミー・マクブライド（河嶋春菜訳）「新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約（1）」人権判例報(1)（2020年12月・）3-12頁
- 3 ジェレミー・マクブライド（河嶋春菜訳）「新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約（2・完）」人権判例報（2）（2022年6月）15-22頁
- 4 磯部哲「『自粛』や『要請』の意味〔特集 新型コロナウイルス感染症と法の役割〕」法学教室 486（2021年3月）号10-16頁
- 5 磯部哲「感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察〔小特集 感染症対策の法と医療—新型コロナ問題の背景は何か〕」法時 93 巻 3 号（2021年3月）61-64頁
- 6 成原慧「情報法—コロナ後の世界をスマートに生きるために」法学教室（別冊付録）2021年4月号（2021年3月）2-5頁
- 7 山本龍彦「新型コロナウイルス感染

<sup>10</sup> 厚労省ウェブサイト「よくある質問と回答 Excel版」のうち、「マイナンバー・個人情報保護について」の欄を参照（PDF版は文字が途

切れている箇所あり）[ワクチン接種記録システム（VRS）](#)（2021.4.26更新） | 政府CIOポータル

- 症対策とプライバシー—日本版接触確認アプリから考える—」憲法問題 32号 (2021年5月) 105-116頁
- 8 小川有希子「フランス生命倫理法における『見直し条項』—その法的位置づけと機能に関する憲法学的考察」帝京法学 34 (2) (2021年) 173-200頁
  - 9 T. ISOBE et H. KAWASHIMA, "Le Japon face à la crise sanitaire" in: F: VIALLA et al. Les pouvoirs publics face aux épidémies, LEH, 2021, pp. 659-670
  - 10 磯部 哲, 神里 達博, 柳元 伸太郎, 和田 耕治, 米村 滋人「座談会 感染症のリスク評価と法規制」Law & technology (92), 1-28, 2021-07
  - 11 武藤 香織, 磯部 哲, 米村 滋人, 曾我部 真裕, 佐藤 信, 山本 龍彦「座談会 コロナ対策における専門家と/の政治 (特集 統治と専門家 : 新型コロナ対策から見る日本の憲政)」法律時報 93(12), 7-29, 2021-11
  - 12 小川有希子「専門知の法的位置づけ—フランスの政治的意思決定過程を中心に」法律時報 93(12) (2021年11月) 36-41頁
  - 13 河嶋春菜「個人情報保護法」「医療情報と学問の自由」水谷瑛嗣郎編著『リーディングメディア法・情報法』(法律文化社、2022年) 190-205頁、244-260頁
  - 14 磯部哲「新型コロナウイルス感染症対策と法—医事行政法の観点から」学術の動向 27巻3号 (2022年3月) 34-39頁
  - 15 磯部哲「コロナ禍におけるワクチン接種の仕組みとその課題」都市問題 113号 (2022年) 4-11頁
2. 学会発表
- 1 磯部哲「感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察」日本医事法学会・東京大学科学研究費補助金事業共催『特別 WEB シンポジウム 感染症対策の法と医療—新型コロナ問題の背景は何か』(2020年8月30日、オンライン開催)
  - 2 磯部哲「感染症の法と医療—医事行政法の観点から—」日本医事法学会『第50回研究大会シンポジウム 感染症と医事法』(2020年11月29日、オンライン開催)
  - 3 山本龍彦「公衆衛生とプライバシー保護の関係」全国憲法研究会特別研究会「コロナと憲法」(2020年10月18日、オンライン開催)
  - 4 河嶋春菜「感染症対策と人権—憲法の観点から—」日本医事法学会『第50回研究大会シンポジウム 感染症と医事法』(2020年11月29日、オンライン開催)
  - 5 船橋亜希子「指定発言」日本医事法学会『第50回研究大会シンポジウム 感染症と医事法』(2020年11月29日、オンライン開催)
  - 6 Akiko FUNABASHI, Ventilator triage decision-makings in the event of COVID-19 pandemic, IMSUT Presentation of Research Findings 2020 (2020年11月26日、オンライン開催)
  - 7 Satoshi Narihara, "AI Governance in Japan: Lessons from Experiences in the COVID-19 era", Workshop-AI Governance in the UK and Japan in the COVID-19 era (2021年6月2日)
  - 8 Satoshi Narihara, "AI and Data Governance in the COVID-19 era", SNU-KU Joint Symposium (2021年6月24日)
  - 9 河嶋春菜「公衆衛生上の『強制』による統治」日本法哲学会『2021年度学術大会 C ワークショップ: 感染症の統治を再考する』(2021年11月21日、オンライン開催)
  - 10 H. KAWASHIMA, "Régime vaccinal au Japon: ses enjeux au vu de la protection des droits fondamentaux" Université de Franche-comté, Rencontre du droit de la santé (2022年3月11日、オンライン開催)
- F. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

「感染症対策におけるナッジの活用の意義と限界」

九州大学法学研究院 成原 慧

1 はじめに

新型コロナウイルス感染症対策にあたっては、日本を含む各国において、法規制、社会規範からナッジに至るまでさまざまな手法が用いられてきた。その中でも注目に値するのがナッジと呼ばれる一見して個人の自主性を尊重した柔らかな手法である。そこで、本報告では、国内外における感染症対策のためのナッジの意義と実例を示した上で、感染症対策におけるナッジの限界を示すとともに、失敗したナッジの活用法について考えてみたい[1]。

2 感染症対策におけるナッジの意義と実例

ナッジとは、特定の選択肢を排除したり、インセンティブを大きく変えたりせずに、個人の選択を誘導したり行動を変容させようとする手法である。ナッジは、個人に大きなコストを伴わずにオプトアウト（離脱）する自由を認めている点で、個人の選択の自由を尊重するパターンリズム（リバタリアン・パターンリズム）を実現しているとされる[2]。

コロナ対策にあたっては、無意識に目や口を触るのを避けるためにサングラスやマスクの着用を推奨したり、感染防止のため自宅で待機している人々にアドバイスのメッセージを定期的送信するなど、英国を中心に国際的にナッジを活用した取組が試みられてきた[3]。日本でも、例えば、北海道庁は、人との距離をとるよう促すため、ピクトグラムを掲示したり、床面にフットプリントを貼り付けた

り、距離を空けて座席を配置するといった取組を推進してきた[4]。環境省も、公共施設の入口付近の床面に黄色いテープを貼り付けて訪問者を消毒液の置いてある机へと誘導するといった自治体の取組を紹介し、感染症対策へのナッジの活用を試みてきた[5]。厚生労働省が導入した接触確認アプリ COCOA も、人々に検査や隔離など一定の選択肢を強制することなしに、利用者に行動変容を促したり接触者に検査を促す機能を有しているという点で、感染症対策のためのナッジの一例として位置づけることができよう[6]。

3 感染症対策におけるナッジの限界と失敗したナッジの活用

最近では、ナッジの基礎となった行動経済学について、再現性の欠如や実際の介入効果の弱さが指摘されるようになっており、「行動経済学の死」すら語られるようになってきている[7]。感染症対策においても、こうした批判を受け止め、限界を認識しつつナッジを活用し、必要に応じて法規制など他の手法との適切な役割分担を図っていくことが求められる。実際、日本や英国では、コロナ対策にあたって、当初ナッジを含むソフトなアプローチを取られることが多かったものの、ナッジなどソフトな手法のみに頼って感染症対策を持続することの限界が認識され、しだいに法的義務・制裁を伴うハードなアプローチが取り入れられるようになっていった[8]。

ナッジを持続的に活用するにあたっては、「失敗するナッジの活用」も重要となる[9]。感染症対策を持続的に進めていくためにも、成功例だけでなく、COCO



のような十分に効果を発揮してきたとは言い難い失敗例も含め、ナッジによる行動変容の効果や限界をフィードバックして、今後の政策に活用していくことが求められる。そのためにも、政府等の公衆衛生に係る主体が、ナッジ等の手法の活用の経緯、根拠、効果等を記録して、事後的に検証可能にすることが必要となる。

---

[1] コロナ対策のためのナッジの意義と課題について、早い時期に検討したものとして、成原慧「感染症対策のための規制、ナッジ、データそして民主主義」シノドス（2020年4月28日）  
(<https://synodos.jp/opinion/society/23518/>) 参照。

[2] リチャード・セイラー＝キャス・サンステイーン（遠藤真美訳）『実践行動経済学-健康、富、幸福への聡明な選択』（日経BP社、2009年）参照。

[3] The Behavioural Insights Team, *Protected: COVID-19*, <https://www.bi.team/our-work/covid-19/>（2022年2月27日最終閲覧）

[4] 北海道「新型コロナウイルス感染拡大防止運動「北海道ソーシャルディスタンス」について」（令和2年4月）、<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/covid-19/socialdistance.html>

[5] 環境省「新型コロナウイルス感染症対策における市民の自発的な行動変容を促す取組（ナッジ等）の募集について（結果）」（2020年8月21日）参照。

[6] COCOAをめぐる法的・技術的課題につき、曾我部真裕「『接触確認アプリ』の導入問題から見える課題」法律時報92巻9号1頁以下（2020年）、中川裕志「接触通知アプリの捻じれ」情報処理学会研

究報告（2020年）、成原慧「情報法—コロナ後の世界をスマートに生きるために」法学教室487号別冊付録「法学科目のススメ」2-3頁（2021年）参照。

[7] Jason Hreha, *The death of behavioral economics*, <https://www.thebehavioralscientist.com/articles/the-death-of-behavioral-economics>（2022年2月27日最終閲覧）

[8] The Alan Turing Institute & RIKEN, *PATH-AI Workshop: AI governance in the UK and Japan in the COVID-19 era* (June 2, 2021)での英国の研究者らとのディスカッションによる。

[9] 成原慧×那須耕介「サンステイーンという固有名を超える！——めんどうな自由、お仕着せの幸福第6回（最終回）」（2021年1月25日）参照、<https://synodos.jp/opinion/info/24045/>

## ワクチン・検査パッケージ制度の行政法上の課題

齋藤健一郎(小樽商科大学商学部企業法学科 准教授)

本報告書では、「ワクチン・検査パッケージ制度」について、どのような検討課題があり得るのかを、行政法学の見地から検討する。以下、「1. ワクチン・検査パッケージ制度の分析」において、この制度の分析を行った後、比較法的検討の素材として、「2. フランスの衛生パスおよびワクチンパス」においてフランスの状況を紹介する。

### I. ワクチン・検査パッケージ制度の分析

#### はじめに

「ワクチン・検査パッケージ制度」は、令和3年11月19日、新型コロナウイルス感染症対策本部によって初めて示された。この制度は、法律で定められたものではなく、以下のとおり、「ワクチン・検査パッケージ制度要綱」(令和3年11月19日新型コロナウイルス感染症対策本部)と、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」(令和3年11月19日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)によって定められている。以下では、前者を単に「要綱」、後者の基本的対処方針であって令和3年11月19日に策定されたものを単に「基本的対処方針」と記す(なお、脚注1のとおりに、同日以後、基本的

対処方針は一部変更されているが、本報告書はワクチン・検査パッケージ制度の分析を行うことが目的であり、また一部変更後も緩和の内容についての変更はなされていることから、以下では令和3年11月19日付けのものを参照する。)

要綱によると、この制度の目的は、行動制限の緩和である。すなわち、「感染対策と日常生活の回復の両立に向けて、将来の緊急事態宣言やまん延防止等重点措置等の下においても、感染リスクを低減させることにより、飲食やイベント、人の移動等の各分野における行動制限の緩和を可能とするため」のものである(「1. ワクチン・検査パッケージ制度の趣旨」)。基本的対処方針でも、この制度の目的は「感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるように」することであるとされる(「二 新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針 (4) 感染防止策」)。

なお、この運用は、政府の判断により、また各都道府県知事の判断により、状況に応じた柔軟な活用が可能となっている。すなわち、要綱では、①地域の感染状況により、都道府県知事が異なる取扱いをすることを認めている。また、②医療提供体制のひっ迫が見込まれる場合などでは政府・都道府県の判断でこの制度を適用しないことができるとされている<sup>11</sup>。

<sup>11</sup> 新たな変異株による感染状況の再拡大を受けて、令和4年1月19日、ワクチン・検査パッケージ制度

は全国的には一時停止とされた。同日付けで基本的対処方針が変更され、緊急事態措置区域での行動

## 検討課題 1 ——ワクチン・検査パッケージ制度の具体的な内容

ワクチン・検査パッケージ制度の基本的な内容は、①飲食店では利用者の人数制限を行わないこと、②イベントでは収容人数を施設の収容定員まで可能とすること、③人の移動については自粛要請の対象に含めないことである（要綱「3. ワクチン・検査パッケージ

制度の適用範囲」）。学校等は、この制度の対象外とされている（ただし、課外活動等、学校等でも一部で適用がある）。

要綱は以上の基本的な事項を定めるにとどまり、具体的な内容は、基本的対処方針の「三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項（5）まん延防止」により、下図のように定められている。

	緊急事態措置区域	重点措置区域	それ以外
飲食店等に対する制限	<p>(法 45②)</p> <p>(この区域で求められる行動制限。以下「基本となる措置」と記す。)</p> <p>酒類・カラオケ設備を提供する店には休業要請、それ以外は 20 時までの営業時間の短縮の要請。</p> <p>(第三者認証店。以下「認証点」と記す。)</p> <p>営業時間の短縮の要請を 21 時まで、酒類の提供を可能にできる。</p> <p>(ワクチン・検査パッケージ制度の適用による緩和。以下「<u>パッケージ適用</u>」と記す。)</p> <p>認証店や飲食を主としない店で、収容率の上限を 50%にできる。カラオケも可能。</p>	<p>(法 31 の 6①)</p> <p>(基本となる措置)</p> <p>飲食店全般に 20 時までの営業時間の短縮と酒類提供をしないように要請</p> <p>(認証店)</p> <p>左と同じ。</p> <p>(<u>パッケージ適用</u>)</p> <p>定めなし。</p>	
飲食店等とその利用者の人数制限	<p>(法 24⑨)</p> <p>(基本となる措置)</p> <p>5 人以上の会食を避ける。</p> <p>(<u>パッケージ適用</u>)</p> <p>認証店では 5 人以上の会食を可能に。</p>	<p>(法 24⑨)</p> <p>(基本となる措置)</p> <p>左と同じ。</p> <p>(<u>パッケージ適用</u>)</p> <p>左と同じ。</p>	<p>(法 24⑨)</p> <p>(基本となる措置) 5 人以上の会食を避ける</p> <p>(<u>パッケージ適用</u>)</p> <p>左と同じ。</p>
施設の使用	<u>パッケージ適用なし</u>	<u>パッケージ適用なし</u>	

制限の緩和の条件が「ワクチン・検査パッケージ制度」ではなく「対象者全員検査」とされた。また、まん延防止等重点措置区域では、同様の変更がなされるとともに、「都道府県知事の判断により、ワクチン・検査パッケージ制度を適用し、上記の取扱いを行うことを可能とする。」とされた。そして、まん延防止等

重点措置が実施された中で、実際に、各地で「対象者全員検査」による行動制限の一部緩和がなされることがある一方で、埼玉県のみで、「ワクチン・検査パッケージ制度」の適用がなされた。なお、北海道のように、「対象者全員検査」による緩和も行っていない場合もある。

制限等			
イベント等の開催制限	(法 24⑨) (基本となる措置) 人数上限 5000 人かつ収容率の上限を 50% (大声あり)・100% (大声なし) (感染防止安全計画の策定と都道府県による確認) 人数上限 10,000 人かつ収容率の上限 100%。さらに、 <u>パッケージ適用</u> により、人数上限なし(収容定員まで)を可能に。	(法 24⑨) (基本となる措置) 左と同じ。  (感染防止安全計画の策定と都道府県による確認) 人数上限 20,000 人かつ収容率の上限 100%。さらに、 <u>パッケージ適用</u> により、人数上限なし(収容定員まで)を可能に	
外出・移動	(法 45①) ( <u>パッケージ適用</u> ) 対象としない。	(法 31 の 6①) ( <u>パッケージ適用</u> ) 左と同じ。	(規定なし) ( <u>パッケージ適用</u> ) 緊急事態措置区域及び重点措置区域への不要不急の移動について、これを控えるよう促す対象としない。
学校等の取扱い (部活動、課外活動)	(基本となる措置) 感染リスクの高い活動の制限又は自粛を要請する。 ( <u>パッケージ適用</u> ) 感染リスクの高い活動について可能とする。		

ワクチン・検査パッケージ制度の具体的な内容を見ると、この制度の適用による行動制限の緩和は、全体として言えば、その程度がそれほど大きくない。また、緩和の前提となる行動制限自体がそれほど厳しいものではないため、例えば緊急事態宣言が発せられた場合であっても、ワクチン接種をしておらず検査の陰性証明も有しない者にとって禁止される行動(一部制限ではなく全く許されない行動)は、飲食店での大人数での飲酒やカラオケにとどまる(これに対して、後述のフランスでは、現在はワクチン接種をしていないと飲食店は利用できない)。

もっとも、この制度の導入以前において、日本でも、緊急事態宣言やまん延防止等重点

措置により、各種の施設が閉鎖され、イベント等の開催ができなくなり、学校での活動も大きく制限されることがあった。この点で、ワクチン・検査パッケージ制度が、イベント等の開催制限や学校での部活動等について制限を大きく緩和している点は重要である。その一方で、施設の利用制限等の緩和については、対象となる施設ごとの状況が大きく異なるので一概には言えないが、例えば図書館等のように長期間にわたって閉鎖されたものがあるところ、現在でも管理者の判断で閉鎖がなされ得るとすれば、ワクチン・検査パッケージ制度が緩和について何も定めていないことには検討の余地があるであろう。

また、飲食店等に対する制限については、

ワクチン・検査パッケージ制度には下記の検討課題があるように思われる。

第一に、ここでの制限対象は利用者ではなく事業者であるが、利用者を対象とする定めとする方が簡素であり効果的ではないか、検討の余地がある。ただし、この点は、そもそも特措法が、事業者による事業活動に対する規制を中心としている一方で、私人の行動を直接的に規制するものではないことから、ワクチン・検査パッケージ制度も同様の形にならざるを得ないのであろう。そのため、ここでの検討課題は、ワクチン・検査パッケージ制度のみならず、行動制限の定め方全般に関するものでもある。

第二に、これまでの緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の下での要請により、飲食店の経営には、現実に非常に厳しい事態が生じてきた。このことに鑑みると、ワクチン・検査パッケージ制度は感染拡大を防止しながら経済社会活動を継続できるようにするという目的があるにもかかわらず、この制度が適用されても主に利用者の人数制限が緩和されるだけであり、酒類の提供に関しては何の緩和もないなど、目的を達成できるのか疑問が残る。結果的に、飲食店に限っていえば、この制度を適用した場合であっても、厳しい制限がなされたままである。飲食店等に対する制限の緩和の程度については、再検討の余地が大きいように思われる。

## 検討課題 2 ——行動制限の緩和の法的性質および法的根拠

ワクチン・検査パッケージ制度の実施にあたっては、飲食店等の利用者やイベントの参加者としてはワクチン接種をするか検査をして陰性証明を得ることが必要であるのに対して、特に飲食店の事業者やイベントの開催者

としては、都道府県に登録をする必要があり、その前提としてあらかじめ第三者認証を取得することが求められている。そして、この制度は、法律ではなく政府の要綱がその根拠である。この点、要綱で定めることが許されるのか、法律で定める必要がないのかについて、以下のような検討課題があるように思われる。

利用者・参加者との関係では、ワクチン接種や検査の陰性証明を得ることによる行動制限の緩和は、実際には利用者の行動制限の緩和ではあるが、仕組みとしては、飲食店等の事業者やイベントの開催者への要請（利用者の人数制限等）に関して、その内容を限定し、あるいは適用除外にするものとなっている（飲食店の場合には、事業者が登録をすれば、事業者への要請が緩和され、これに伴い、ワクチン接種や検査の陰性の証明を有する利用者についてその行動制限が緩和される）。そして、事業者・開催者への要請については特措法に規定があるため、法律の根拠は一応あると言える。

しかし、仮に、私人に利用・参加を制限した上で、一定の場合にその制限を緩和するという形をとるとすると、一定の行動を制限することについて資格が求められ、実質的には資格制（許可制の一種）とすることになりかねない。こうした定めとするならば、法律の根拠が必要になるものと思われる<sup>12</sup>。

## 検討課題 3 ——法制化のために

ワクチン・検査パッケージ制度による行動制限の緩和を、仮に特措法等の法律で定めるにあたっては、どのような制度化があり得るのかも検討課題となり得る。最も単純なのは、例えば緊急事態宣言下での協力要請について定める特措法 45 条の中に、ワクチン接種済者や検査の陰性証明を有する者には要

<sup>12</sup> 参考までに、学校での出席停止措置（インフルエンザ等に感染すると出席停止となる）については、学校保健安全法 19 条で定められているところ、同法の施行令でも施行規則でも、出席停止の解除のため

めに治療証明書の提出は求められておらず、実際にも提出が義務づけられてはいない。その一方で、保育所では、法令の定めはないものの、登園再開のためには診断書の提出がほぼ必須となっている。

請をしない旨を定めることが考えられる。

また、上述のとおり飲食店に関しては事業者への要請内容を通じて行動制限の緩和がなされるところ、これをより明確に、かつ拘束力を持つものとして法制化する場合には、公衆衛生上の理由からの事業規制（施設設備の物的規制以外）として類似の制度である受動喫煙規制（健康増進法）が参考になる。この規制では、①喫煙者には、望まない受動喫煙を生じさせないようにする配慮義務（27条）、施設の喫煙禁止場所での喫煙禁止の義務（29条）が定められ、②施設の管理者には、喫煙禁止場所で喫煙をできる状態にしない義務（30条）が定められ、これに関しては、都道府県知事による指導助言、勧告、命令の定めもある（31条、32条）。そして、③これらの規制の除外として、所定の基準に適合した室では喫煙を可能にする（33条以下）とともに、既存の飲食店の特例が定められている（平成30年7月25日法律第78号附則2条、別に法律で定める日まで）。これを参考にすると、事業者に対して②のような義務を課した上で、ワクチンの接種済証や検査の陰性証明を有する者についての例外を③のような定めることが考えられる。

#### 検討課題 4 ——ワクチン・検査パッケージ制度をどう位置づけるか、機能をどう捉えるか？

ワクチン・検査パッケージ制度は、すでに述べたように、私人（飲食店の利用者等）の行動制限を直接に定めた上でそれを緩和するものは少なく、基本的には、事業者に対する要請の内容を限定し、あるいは適用除外とするものとなっている。そうすると、この制度は、確かに行動制限の緩和を可能にするものではあるが、実際上は、事業者が感染対策をすることで感染拡大のリスクを減少させた場合に、事業者に対する要請を緩和し、事業活動への制限を少なくするというものであると言える。その意味では、事業者に対して自主規

制を促すものと位置づけることも可能である。

この点、学説上には、ワクチン・検査パッケージ制度の検討ではないものの、飲食店に対する規制の緩和に関して、次のような指摘が見られる。

- ・ 磯部哲「感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察」法律時報93巻3号（2021年）61頁以下

（飲食店等に対する自粛要請が、個々の店の規模や業態等を踏まえた危険性の程度によらずに、特定の業界に対して画一的・一律になされた点に関して）「危険性を規制の根拠とする以上、本来その危険性は個別に認定されるべきである。言い換えれば、個々の営業所の安全対策の違いに着目したきめ細かい対応が必要不可欠なはずで、……事業者らによる自主的な自己規律の営みを基盤として活用するといった視点も重要であって、適切に「業界ごとの感染対策」ガイドラインを遵守して一定の対応措置をとっており安全であるとの認証を得た店の営業は、休業命令等の対象から外すような運用も検討に値しよう。」（64頁注7）

- ・ 山本隆司「移動の自由の制限に関する法理と手続——感染症まん延対応を素材に」法学セミナー798号（2021年）14頁以下 \* 磯部論文が参照されている。

活動制限は、感染状況や医療資源の状況だけでなく、制限対象の活動の感染リスクの大きさを踏まえる必要がある。後者に関しては、①一定程度、細部を捨象して類型化する必要はある。②現場の創意工夫により感染リスクを下げることもあり得るものの、あらゆるリスクを克服することはできない。しかし、②については、「過剰な規制を避け、現場の取組みと現場地の蓄積

を尊重する公私協働の要素を取り入れた規制を構想する余地は、なお大きいと思われる。」(20頁)

ワクチン・検査パッケージ制度では、この制度を適用するために満たすべき要件は要綱等で定められているが、今後の課題として、事業者の自主的な取り組みを尊重し、それが感染症対策に資するものであることが確認された場合に、制限を緩和するという形にすることがあり得るであろう。その場合には、さらに、飲食店等の認証を業界団体で行えるようにすべきかどうか検討課題となる。なお、理論的には、平時ではなく緊急時における、あるいは緊急時だからこそ、自主規制や公私協働のあり方という問題もある。

#### その他の検討課題

以上の他、既存の文献において、ワクチンの接種済証や検査の陰性証明を有する者には行動制限を緩和する制度に関して、次のような課題があり得ることが指摘されている。

- ・ 山本隆司「移動の自由の制限に関する法理と手続—感染症まん延対応を素材に」法学セミナー798号(2021年)14頁以下

① 非接種者と接種者との差別に当たらないか(特措法13条2項参照)

② 接種の事実上の強制にならないか

③ 非接種者が検査による陰性証明を容易にできる体制があるか

④ 接種の順序、優先順位の公平性(活動制限と結びつくと不公正が増す)

- ・ 植野妙実子「フランスにおける衛生パス」法と民主主義562号(2021年)39頁以下

① 不平等・差別を生まないために法

律で定める必要があるのではないか

② デジタル化

③ 陰性証明のために検査を素早くできる体制

④ ワクチン接種の抑止効果の検証

⑤ パスの偽造対策

## II. フランスの衛生パスおよびワクチンパス

### 衛生パスの導入

フランスでは、2021年5月31日に制定された「公衆衛生上の危機の終結の管理に関する法律第2021-689号」<sup>13</sup>により初めて、「衛生パス」と呼ばれる制度が設けられた。この制度は、緊急事態宣言の終了後の感染のまん延対策として導入されたものであるとともに、EUの動向を踏まえたものでもある。

この法律により、2021年6月2日以降、以下の行動については、衛生パス(なお、これは法令用語ではない)の提示、すなわち、(a) covid-19 陰性の検査結果、(b) ワクチン接種済証、(3) covid-19 感染からの回復済証のいずれかを提示することが義務づけられた(具体的な制限内容は政令(デクレ)で定められる)。

① フランス本土・コルシカ島・海外領土との往来

② 余暇活動のために多くの人が集まる場所、施設、イベントへの立入り[映画館、劇場、スタジアム、コンサートの会場、博物館など]

③ 展示会への立入り

なお、この法律は、法定の場合以外で衛生パスの提示を求めることを禁止した。違反には罰則(1年の拘禁刑および45000ユーロの罰金)がある。この法律以降も、現在まで

<sup>13</sup> Loi n°2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire. 参照、奈良詩織「【フランス】公衆衛生上の危機の終

結の管理に関する法律」外国の立法288-2号(2021年)6頁以下。

同様である。こうした定めは、日本とはきわめて対照的である<sup>14</sup>。

2021年5月31日の上記法律については、合憲性の事前審査において、憲法院は次のように述べ、法律規定の明確性や政令(デクレ)への委任のあり方に関して、合憲との判断を下した<sup>15</sup>。すなわち、①衛生パスの適用対象は同じ場所に大多数の者が同時に集まる場合に限定されていること、②規制の具体的内容の定めを政令に委任するにあたって、感染拡大を防ぐという観点から施設やイベント等の利用者の密度を考慮すべきことが法律で定められていること、③そのため、法律で最低限の数値(何人以上の場合に衛生パスが必要か)を明記する必要はないこと、以上が判決理由である。

#### 衛生パスの対象の拡大

衛生パスの制度は、2021年8月5日に制定された「公衆衛生上の危機の管理に関する法律第2021-1040号」<sup>16</sup>によって改正され、その対象が拡大された。その理由は、各種の制限を徐々に緩和してきた中で、デルタ株の流行から感染症対策を強化する必要が生じたためであった。

衛生パスの対象は、以下のように拡大された。

① フランス本土・コルシカ島・海外領土との往来 (\* 改正前から同じ)

② 余暇活動全般 (法律上は対象に限定

がなく、政令で具体化される)

③ レストラン(食堂やテイクアウトは除く)や飲食を伴う店

④ 展示会やセミナー (\* 改正前から同じ)

⑤ 医療施設、介護・福祉施設のサービス(入所者と訪問者が対象)

⑥ 公共交通機関による都市間移動

⑦ 百貨店やショッピングセンター (政令で定める規模以上のもの。規模等や感染リスクの大きさに鑑みて理由を付して指定する。生活必需品・サービスへのアクセスは認める。)

この改正によって、衛生パスの制度には以下のような罰則が導入された(前記の2021年5月31日の法律では罰則の定めは置かれていなかった)。(a) 衛生パスを提示しないで対象施設等を利用した場合、違警罪第4級(135ユーロの罰金)。これには反則金(amende forfaitaire)の制度を利用できる。同一人物が15日以内に再度違反した場合、違警罪第5級(200ユーロの罰金)。また、30日間で3回以上の違反が確認された場合、6か月の拘禁刑および罰金3,750ユーロが科される。(b) 衛生パスの不正使用については、(a)と同様である。(c) 対象施設で管理者が衛生パスの確認を怠った場合には、確認をするように行政機関が命じる。これに従わない場合には、最大で7日の業務停止命令の対象になる。45日間で3

<sup>14</sup> 日本では、要綱に、「4. 民間事業者等によるワクチン・検査パッケージの活用」の定めがある。すなわち、「政府及び都道府県による行動制限の緩和とは関係なく、民間事業者や施設設置者等が自社の提供するサービス等について、利用者のワクチン接種歴や検査結果を活用することは、原則として自由であり、特段の制限を設けない。/ 店舗への入店や会場への入場に当たってワクチン接種歴や検査結果の提示を求めることも考えられる。/ ただし、旅館業法(昭和23年法律第138号)など個別法においてサービスの利用制限の排除について定めている場合には法違反とならないようにすること。また、公

共的なサービス等においては、国民を公平・平等に、幅広く対象とする場合が多いことから、より一層の慎重さが求められることに留意する必要がある。」。

<sup>15</sup> Cons. const, n°2021-819 DC du 31 mai 2021.

<sup>16</sup> Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire. 参照、奈良詩織「【フランス】公衆衛生上の危機の管理に関する法律」外国の立法289-1号(2021年)2頁以下、植野妙実子「フランスにおける衛生パス」法と民主主義562号(2021年)39頁以下。



回以上の違反が確認された場合には、1年の拘禁刑および罰金 9,000 ユーロが科される。

なお、衛生パスの制度の対象となるのは、12才以上である。また、従業員についても、衛生パスの所持が義務化された（ただし、人の密集度が高いなどにより感染リスクが大きい場合のみ）。

2021年8月5日の上記改正法については、合憲性の事前審査において、憲法院は次のように述べ、合憲との判断を下した<sup>17</sup>。この憲法院判決では、前述のものとは異なり、衛生パスが移動の自由を制限することを前提に、比例性の審査を行い、これが許されるのかについて判断が下された点が注目される<sup>18</sup>。憲法院は、次の諸点を挙げることで、上記改正法を合憲と判断した（以下の丸括弧内の数字は判決文の段落番号である）。

- ① 当時の科学的知見から、ワクチン接種・回復・検査で陰性の者ではウイルスを広める危険が大きく減ると評価された。衛生パスは、感染流行の拡大を制限するための措置であり、健康の保護という憲法的価値の目的を追求するものである(38)。
- ② この措置は時限的である(39)<sup>19</sup>。
- ③ 公共交通機関での長距離移動や百貨店・ショッピングセンター等では、同じ場所に大多数の者が同時に集まるところではウイルスの感染の強い危険があるので、衛生パスの適用対象となった。その他のレストラン等については、それぞ

れの性質上、ウイルスを広める危険が大きい場に限って衛生パスが適用されている(41)。その一方で、生活必需品の販売店や、商業施設への移動手段についてはこの措置の対象外であり、また、政令で定める人数を超える場合に限られている。余暇活動には政治的・組合・文化的な活動は除かれるなど、歯止めが定められている(42)。この措置は、公衆衛生上の目的から、感染の流行拡大を防ぐためのものであり、衛生上の危険に比例したものである。なお、必要なくなれば直ちに終了するものとされている(43)。

- ④ この措置は、治療やワクチン接種を義務づけるものではない。ワクチン接種が禁忌の者にはその旨の文書が衛生パスになる(44)。
- ⑤ 衛生パスの所持の確認は、警察か施設等の運営者に限られる。警察が検査する場合以外は、パスを見せるだけであり、その内容が知られることはない。パスに個人情報(本人確認)は表示されない(45)。
- ⑥ (委任立法の趣旨の限定) 衛生パスの対象となる場での人の密度等に鑑みて、そこで行われる活動と感染リスクの大きさとに関連があり、そのために衛生パスが正当化される場合のみ、この措置は適用される(46)。

以上の憲法院判決については、判決内容もさることながら、そこで考慮された事項が

<sup>17</sup> Cons. const. n°2021-824 DC du 5 août 2021.

<sup>18</sup> なお、平等原則違反の審理もされ、合憲との判断がなされたが、審理対象は①百貨店やショッピングセンターが対象である点、②法律発効前にワクチン接種をできた者とできなかった者の関係などであった。接種者と非接種者の区別自体は、この論点には含まれていない。

<sup>19</sup> この点に関して補足すると、フランスでは、コロナ

対策の法律はすべて限時法として制定されている。最初に衛生パスを導入した2021年5月31日の法律は、同年6月2日から同年9月30日までを期限としていた。同年8月5日の改正法は、この期限を同年11月15日まで延長した。なお、この期限は、同年11月10日の法律(Loi n°2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire)によって2022年7月31日まで延長されている。

参考になるであろう。憲法院は、健康への危険の存在(① - これは目的の正当性に関わる)、期間の限定(②)、規制対象ごとの違憲性の程度(③)、規制の対象・内容の限定(③)、非接種者への配慮(④)、個人情報保護(⑤)、委任の趣旨の明確性(⑥)<sup>20</sup>を考慮したのであった。

### 衛生パスからワクチンパスへ

フランスの衛生パスの制度は以上のとおり、私人の広範な行動を対象とし、衛生パスとして、covid-19 陰性の検査結果、ワクチン接種済証、covid-19 感染からの回復済証のいずれかの提示を義務づけるというものである。だが、2022年1月22日に制定された「公衆衛生上の危機の管理手段の強化および公衆保健法典の改正に関する法律第2022-46号」<sup>21</sup>(1月24日から施行。期限は延長しておらず、2022年7月31日まで)は、重大な改正を行った。それは、従来の衛生パスに替えて、ワクチン接種済証のみがパスになることとしたのである。これにより、パスの呼び名は、衛生パスではなくワクチンパスとされるようになった。実質的には、ワクチン接種の義務化であると言われている。というのも、パスの対象は上述からほぼ変化がなく<sup>22</sup>、つまり広範な行動が対象とされており、それについてワクチン接種済証がないと行えないこととするのであって、人々が日常生活を送るにあたってはワクチン接種が実質的には必須となってくるからである。ただし、12-15才については従来の衛生パスが維持されて

いる。ワクチンパスの対象となるのは16才以上である。

こうした規制の強化の一方で、法律に定めはないが、各種の制限措置を緩和する方針が示され、実際に、フランスでは制限が徐々に緩和されているようである。興味深いことに、従来の衛生パスの制度では感染の再拡大を止められなかったことに鑑み、規制を強化するものとしてワクチンパスの制度が導入されたのであるが、感染の再拡大を前にしても、単に規制を強化するのではなく、各種の制限措置の緩和がセットで打ち出されたのであった。

これまでの上述した2つの法律と同様に、2022年1月22日の改正法についても、合憲性の事前審査がなされた、そして、憲法院は次のように述べ、ワクチンパスの制度についても合憲との判断を下した<sup>23</sup>。この憲法院判決には、上述した2021年8月5日の改正法に関する前記の判決と同旨の判示が多く、したがって、ほぼ同様の理由で合憲とされた。ただし、以下のとおり、ワクチンパスに関係する新たな判示も見られる。

- ・ 当時の科学的知見、とりわけ2021/12/24と2022/1/13の科学委員会で確認された知見から、ワクチン接種者はウイルス伝播や重傷化のリスクが低いとされている(12)。立法者による当該リスクの評価や、他の方法で目的達成できるか否かは、明らかに不適切であるといえる場合を除き、憲法院が

<sup>20</sup> なお、衛生パスの具体的な規制内容の定めの方令への委任に関しては、2021年11月10日の法律(前注を参照)による改正で、ウイルスの蔓延状況、医療提供体制へのその影響を考慮するものし、その際には、ワクチン摂取率、検査の陰性率、罹患率、救命救急病床の使用率などの指標に基づき評価をすることが明記された。

<sup>21</sup> Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise

sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

<sup>22</sup> ただし、病院や介護施設等についてのみ衛生パスが維持された。また、公共交通機関による都市間移動に限り、家族上・健康上の深刻な理由がある場合には陰性証明でもよく、しかもワクチン接種証明を取得できない緊急の場合には例外可とされた。

<sup>23</sup> Cons. const. n°2022-835 DC du 21 janvier 2022.

覆したり再検討はできない(14)<sup>24</sup>。

- ・ ワクチンパスが実施される場と活動に鑑みると、ワクチン接種を義務化するものとは見なされ得ない。(18)。
- ・ ワクチンパスの制度自体は合憲であるが、次の点について留保が必要である。すなわち、法律上は、政令の定めにより、場合によってはワクチンパスだけでなく検査の陰性証明も求めることができるとされているが、公共交通機関による都市間移動については、移動の自由に鑑みて、ワクチンパスと陰性証明を二重に求めることはできない(23)。

以上の憲法院判決については、ワクチンパスがワクチン接種を義務づけるものとは見なされないという部分には、説得力が弱いように思われる。なぜなら、上述の2021年8月5日の改正法(衛生パスの対象を拡大した)に関する前記の判決では、衛生パスはワクチン接種証明だけではない(陰性の検査結果や感染からの回復済証でもよい)ことを理由にして、衛生パスはワクチン接種の義務づけてないと述べていたからである。憲法院は、ワクチンパスに関する上記の判決では、その対象が広いとはいえ限定列举されていること(ここには、ワクチンパスを有していなくても食料品の買い物などは可能であり、外出も可能であるので、ワクチン接種をしなくても生活自体は可能であるといった含意があろう)を理由に、ワクチン接種を義務化するものではないと述べているが、広範な行動についてワ

クチンパスの提示を義務づけることは実質的にはワクチン接種を義務づけるという政府の狙いがあることは間違いない。したがって、ワクチンパスの導入に関しては、実質的にはワクチン接種を様々な行動の制約やその違反の罰則をもって義務づけることが法的に許されるのかを、正面から検討しなければならなかったのではないかとの疑問が残る。

もっとも、この点に関しては、ある論文<sup>25</sup>で指摘されているように、科学的な不確実性の中では、また情報が刻々と変わり新たな変異株が生じるなど日々変わる科学的状況の中では、比例性の審査(どこまでの規制であれば許されるのかという均衡点を見出すこと)は容易ではない。実際、憲法院の上記判決でも、立法事実とされた科学的知見を尊重し、それを前提としてワクチンパスの合憲性を認める判断が下されている。結局、同論文も指摘しているように、何らかのパスの提示を義務づける制度は、行動制限を回復するためのものであって、しかも、それは厳しい制限から日常の回復までの移行的(暫定的)なものとして、その限りで許されると考えられる。深刻な感染拡大のない状況では正当化され得ないであろう。こうした措置の法的な問題については、今後も、フランスの状況を注視していくことから示唆が得られるように思われる。

<sup>24</sup> なお、この部分の判示は、ワクチンパスに関する判決だけでなく、衛生パスに関する前記の判決でも見られる。そして、この判示は、憲法院による審査の密度を限定するものではあるが、立法者の評価を手放して容認する趣旨ではないようである。小川有希子「専門知の法的位置づけ——フランスの政治的意思決定過程を中心に」法律時報 93 巻 12 号(2021 年)36 頁以下は、憲法院判決について、「立法者が、『科学的知識を自由に使える状態』であったかどうか、立法裁量を認める前提条件とし

て示されており、議会による専門知の活用が制度として保障されることは、議会がその権能と機能を十分に果たすためにも不可欠といえる」(40 頁)と分析をしている。

<sup>25</sup> Marie Grosset, « Regards croisés : la constitutionnalité du pass sanitaire ». なお、この論文は2022年の法律によるワクチンパスの制度を検討したものではなく、それ以前の衛生パスの制度を前提にして、憲法上の論点を検討したものである。

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19とリスク・コミュニケーション1

研究分担者 田中幹人 早稲田大学政治経済学術院 教授  
研究協力者 関谷直也 東京大学大学院情報学環附属総合防災情報研究センター 准教授  
研究協力者 石橋真帆 東京大学大学院学際情報学府 博士後期課程

**研究要旨**

COVID-19 パンデミックにおけるリスクは複合的なものであり、感染症それ自体のリスクに加え、差別、インフォデミックなど多くの社会的混乱を引き起こした。本研究では前述の各リスクの実態と社会心理を鳥瞰的な視座から捉えるため、6か国（日本、台湾、中国、ドイツ、イタリア、スウェーデン）を対象とした国際比較調査を実施した。結果として、6か国間で新型コロナウイルス感染症に対するリスク認知、差別感、情報流通への意識に差異が見られ、その要因として感染者数の状況や政策的背景等が推測された。

**A. 研究目的**

本研究の目的は、パンデミック下に生じたリスク事象に対する社会心理（感染症に対するリスク認知・差別意識・インフォデミック等情報流通への意識）を、6か国（日本、台湾、中国、ドイツ、イタリア、スウェーデン）比較調査によって、鳥瞰的な視座から把握することである。

**B. 研究方法**

2021年3月に日本、台湾、中国、ドイツ、イタリア、スウェーデンにてサーベイ調査を行った。各国300票、計1800票を目標として調査票を収集したが、データクリーニングによって最終的な分析対象は1762票となった。調査概要は表1に示す。なお、調査予算の関係上日本における実査は大阪にて行われた。

また、調査対象者の基本属性は表2の通りである。

(倫理面への配慮)

本調査は感染症に関する内容を含み、ややセンシティブなものと考えられた。そこで、事前に東京大学の倫理審査委員会にて承認を受けた上で実施した。また、調査実施の折には同意文を設け、研究主体や調査実施時のリスク、研究公表時の匿名性確保

などについて説明を行った上で、調査参加への同意を求めた。調査は前述の事項に同意した者に対してのみ行われた。

表1 調査概要

対象国	日本（大阪）、台湾、中国、ドイツ、イタリア、スウェーデン
調査機関	株式会社サーベイリサーチセンター
調査対象	20歳以上の個人（性均等割り付け）※
調査方法	Web調査
有効回答	1762票（各国300票を目標として収集）
調査期間	2021年3月15日～18日

※ 年代は39歳以下/40歳以上で均等割り付け

**C. 研究結果**

【1】新型コロナウイルス感染症に対するリスク認知・不安感

a) 感染症に対するリスク認知

調査対象者には、新型コロナウイルス感染症に対するリスク認知を「感染する危険」「重篤化する危険」「死に至る危険」「感染させている危険」の4つの側面においてそれ

ぞれ0-100ポイント（以下、ptと記載。0を全

表2 調査対象者の基本属性（カッコ内は%）

	全体	日本(大阪)	台湾	中国	ドイツ	イタリア	スウェーデン
合計	1762	295	295	293	293	290	296
性別							
男性	880(49.9)	149(50.5)	147(49.8)	145(49.5)	148(50.5)	143(49.3)	148(50.0)
女性	882(50.1)	146(49.5)	148(50.2)	148(50.5)	145(49.5)	147(50.7)	148(50.0)
年代							
39歳以下	863(49.0)	145(49.2)	145(49.2)	143(48.8)	143(48.8)	141(48.6)	146(49.3)
40歳以上	899(51.0)	150(50.8)	150(50.8)	150(51.2)	150(51.2)	149(51.4)	150(50.7)
感染経験							
感染した	96(5.4)	1(0.3)	5(1.7)	3(1.0)	19(6.5)	15(5.2)	53(17.9)
感染はしていないが、濃厚接触者になった	156(8.9)	4(1.4)	9(3.1)	16(5.5)	35(11.9)	47(16.2)	45(15.2)
ない	1510(85.7)	290(98.3)	281(95.3)	274(93.5)	239(81.6)	228(78.6)	198(66.9)
勤務状態							
無職	214(12.1)	52(17.6)	27(9.2)	9(3.1)	38(13)	45(15.5)	43(14.5)
COVID-19のせいで職を失い、現在無職	77(4.4)	3(1.0)	8(2.7)	4(1.4)	19(6.5)	27(9.3)	16(5.4)
働いている	1114(63.2)	183(62.0)	215(72.9)	238(81.2)	144(49.1)	156(53.8)	178(60.1)
学生・主婦・主夫	357(20.3)	57(19.3)	45(15.3)	42(14.3)	92(31.4)	62(21.4)	59(19.9)

く危険がない、100をととも危険とする)で評定するように求めた。各国平均値を単純集計にて比較した結果を図1に示す。

結果として、リスク認知の高さは国によって異なる様相を呈していた。日本は相対的に最も「感染する危険」の平均評定値が高く(46.5pt)、重症化、死に至る危険は最大値(台湾)と比較すると10pt以上下回る結果となった。また、「感染させている危険」に関しては6か国内で最も平均値が低かった(29.4pt)。

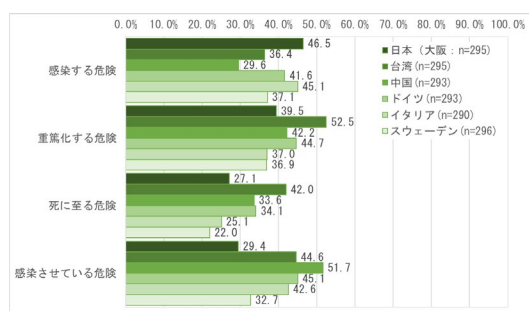


図1 新型コロナウイルス感染症に対するリスク認知の平均値

日本以外の国の特徴として、台湾・ドイツ・中国は「重症化する危険」を比較的高く評定する傾向があった。しかし、うち台湾・中国は「感染する危険」を低く評価していた(それぞれ36.4pt、29.6pt)。これは実際に、台湾と中国における感染者数が少なかった状況が影響していると考えられる。

比較的寛容な政策がとられていたスウェーデンでは、感染拡大が懸念されていたにも関わらずリスク認知は概して高くなかつ

た。「感染する危険」は37.1ptと台湾と差がつかない程度であった。また、「死に至る危険」は22.0ptと6か国内で最も低かった。

本調査では自分自身へのリスクのみならず、他者に感染させている危険も尋ねたが、結果として最も平均値が高かったのは比較的感染者数の少ない中国であった(51.7pt)。中国は新型コロナウイルス感染症が最初に特定された国であり、SARSの経験も持つことから、感染プロセスに対して個人が敏感になっていた可能性がある(ただし、台湾で同様の傾向は見られず、推測の域を出ない)。

#### b) 不安感の経時的変化

次に、不安感の変化について時系列を追って尋ねた結果を図2に示す(回答は各時点における心理を想起する形で行われた)。数値は「自分自身が感染する不安を感じた」と回答した人の各国全体に占める割合である。

最初(2020年1月)の時点で最も不安感を抱いた人の割合が高いのは中国である(53.2%)。しかし、中国における不安感はその後低下し、2021年2月時点では22.2%となっている。中国と同様に21年2月の不安感が20.0%と低い台湾に関しては、初期の不安感是中国ほど高くはなく(27.8%)、全体を通してみると不安感の程度はあまり変化していることが伺える。

中国・台湾以外の国に関しては2020年3月頃に中国の後を追う形で不安感が高まり、2020年6~8月頃にやや緩むものの再び不安感が高まる様子が見られる。中でも2020年3

月頃のイタリアでは非常に不安感が高くな

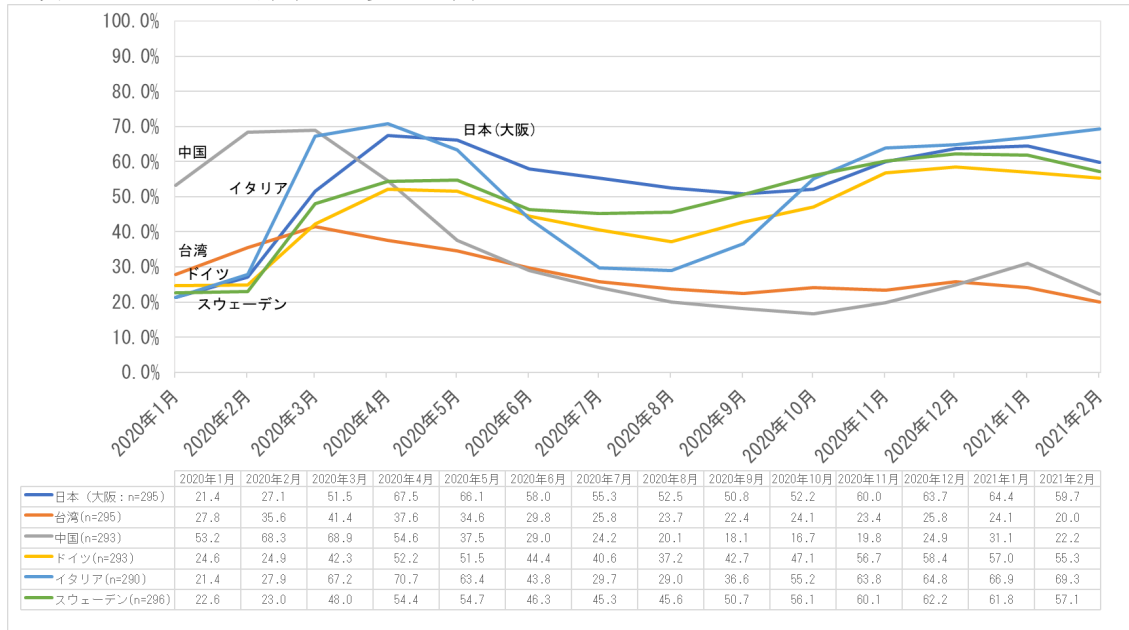


図2 「自分自身が感染する不安」を感じた人の推移

っている (67.2%)。これはちょうど、イタリアにおける第一波とも言える、多くの感染者、死者が報じられた時期と重なる。自明のことではあるが、やはりこれらの国々では感染者数の多寡、および状況の不確実性が不安感に大きく影響したと推測される。

c) リスクの特徴

Slovic (1987) によれば、リスク認知に関連する要素として対象の未知性、恐ろしさが挙げられる。この2因子モデルに基づき、現在まで多くの国際比較調査が行われてきた (e.g. Englander et al., 1986, Kleinhesselink & Rosa, 1991)。そこで、既往研究と同様の尺度 (表3) を用い、新型コロナウイルスに関するリスクの特徴に対する認知を測定した (7件法)。通常は因子分析にて集約した結果を示すが、ここでは敢えて特性の違いを詳細に見るために個別の評定値の平均値プロットを示す (図4)。

全体としては、おおむね未知性 (3, 4)、即時性 (2) が低く、制御可能性 (5)、新しさ (6) が高いという評定であった。ただし、台湾、中国は自発性 (1) を低く、致死性 (9) を他国よりも高く評定する様子が伺えた。

日本の全体評定は他5か国と大きく異なっており、比較的未知性 (3, 4) が高く、制御可能性 (5) が低い様子であった。また、台湾、中国と同様に自発性 (1) を低く、致死性 (9) を高く評定していた。

表3 使用尺度 (Englander et al., 1986より)

■以下の質問について、新型コロナウイルス感染症の場合どこにマークするのが適当でしょうか。

1. 自ら進んで接するリスク/想定外に思わず接してしまうリスク (自発性)
2. すぐに死亡する/時間がたってから死亡する (即時性)
3. 危険を正確に知っている/危険を正確に知らない
4. 危険が正確にわかっている/危険が正確にはわかっていない
5. 個人でコントロールできないリスク/個人でコントロールできるリスク (制御可能性)
6. 新しい/古い
7. 一度に少しづつ命を奪うリスク/一度にたくさん命を奪うリスク (慢性的-カタストロフィック)
8. ふつう/恐ろしい
9. 死にはしない/命に関わる (致死性)

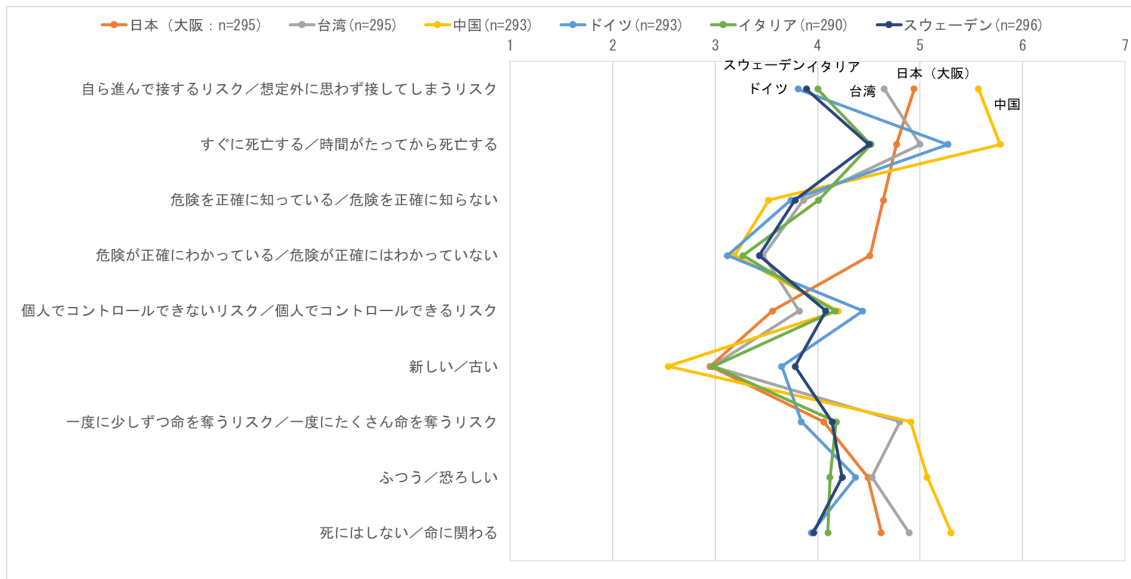
【2】パンデミック下の差別意識

新型コロナウイルス感染症それ自体のリスクに加え、パンデミック下では感染者やエッセンシャルワーカーに対する差別的言動が問題となった。そこで、本項では各国の差別・被差別意識を比較検討する。

a) 差別意識

まず、差別意識に関する質問項目について5件法で尋ねた。各国の評定平均値を図5に示す。

結果として、日本の差別意識は概して他国よりも低く、特にエッセンシャルワーカーを対象とした項目の評定値は低くなる傾



※評定1は右側、7は左側の意味に近い。

図4 リスクの特徴に関する各国評定平均値

	感染者が多い地域から他へ移動する人は新型コロナウイルスの感染を広げている	医療関係者は新型コロナウイルスの感染を広げている	福祉の現場で働く人は新型コロナウイルスの感染を広げている	飲食店で働く人は新型コロナウイルスの感染を広げている	スーパーマーケットで働く人は新型コロナウイルスの感染を広げている
全体 (n=1762)	3.78	2.89	2.96	2.99	2.91
日本 (大阪: n=295)	3.48	2.35	2.45	2.60	2.35
台湾 (n=295)	3.88	3.36	3.36	3.38	3.34
中国 (n=293)	3.86	2.75	2.91	3.28	3.24
ドイツ (n=293)	3.87	2.93	3.00	2.73	2.64
イタリア (n=290)	3.85	2.92	2.93	2.87	2.79
スウェーデン (n=296)	3.75	3.02	3.10	3.08	3.07

	交通・運送分野で働く人は新型コロナウイルスの感染を広げている	新型コロナウイルスに感染した人がいる企業・学校の人は新型コロナウイルスの感染を広げている	若者は新型コロナウイルスの感染を広げている	新型コロナウイルスの感染リスクが高い人 (高齢者や基礎疾患を持つ人)には家にいてほしい
全体 (n=1762)	2.94	3.20	3.27	3.77
日本 (大阪: n=295)	2.35	2.58	3.31	3.66
台湾 (n=295)	3.39	3.44	3.23	3.79
中国 (n=293)	3.38	3.52	2.84	3.99
ドイツ (n=293)	2.70	3.10	3.21	3.58
イタリア (n=290)	2.86	3.24	3.43	3.99
スウェーデン (n=296)	2.98	3.30	3.59	3.63

※ 5件法。値が大きいほど同意の程度が大きいことを表す。

図5 差別意識に関する各国評定平均値

向にあった。一方で、台湾はいずれの項目に関する評定値も比較的高くなる傾向にあった。台湾は当時感染者が少なかったため、感染リスクが高い特定の人に責任を帰する傾向が強かったと考えられる。しかし、同じく感染者数が少ない中国において、台湾とまったく同様の回答傾向がみられるわけではなかった。

また、質問項目の中でも「感染者が多い地

域から他へ移動する人は新型コロナウイルスの感染を広げている」という項目の評定値が全ての国で高くなる傾向があった。日本では「自粛警察」として、遠方ナンバーの車に対し危害を加える人々が一時報じられたが、他地域、特に感染者が多い地域の人に対する非難の傾向はある程度世界的に共通の心理現象であった可能性がある。



	感染した人は問題だ と思う	感染した人は非難されて 当然だと思う	自粛しない人は問題だ と思う	自粛しない人は非難され て当然だと思う	マスクをしない人は問題 だと思う	マスクをしない人は非難 されて当然だと思う
全体 (n=1762)	3.03	2.34	3.71	3.49	3.72	3.57
日本 (大阪: n=295)	2.69	2.24	3.46	3.20	3.96	3.63
台湾 (n=295)	3.37	2.56	4.17	4.05	4.06	3.93
中国 (n=293)	3.34	2.24	4.03	3.87	3.86	3.87
ドイツ (n=293)	2.89	2.28	3.29	3.16	3.52	3.37
イタリア (n=290)	2.97	2.50	4.07	3.81	4.24	4.17
スウェーデン (n=296)	2.88	2.25	3.27	2.89	2.69	2.49

※ 5件法。値が大きいほど同意の程度が大きいことを表す。

図6 特定の対象への差別意識

	新型コロナウイルスに感 染したら、治っても周り の人から避けられる	咳やくしゃみをした場 合、周りの人に新型コロ ナウイルスに感染してい ると思われる	感染したら、職場や学校 などで嫌がられる	発熱、咳など体調が悪く なったときに、周りの人 に報告するのが怖い	マスクをしていないと、 白い目で見られる	住む地域から他の地域に 移動すると、良く思われ ない
全体 (n=1762)	3.27	3.42	3.32	3.17	3.64	3.14
日本 (大阪: n=295)	3.39	3.43	3.82	3.51	4.07	3.29
台湾 (n=295)	3.64	3.38	3.69	3.47	3.89	3.40
中国 (n=293)	3.41	2.98	3.62	3.34	3.72	3.32
ドイツ (n=293)	3.19	3.19	2.89	2.78	3.68	3.09
イタリア (n=290)	3.22	3.83	3.46	3.36	4.01	3.30
スウェーデン (n=296)	2.76	3.72	2.43	2.59	2.49	2.42

	新型コロナウイルスに感 染したら、周りの人に対 して申し訳ない	新型コロナウイルスに感 染したら、周りの人から 無責任だと思われる	新型コロナウイルスに感 染したら、自分の行動が 非難される	新型コロナウイルスに感 染したら、周りの人に迷 惑がかかる	新型コロナウイルスに感 染したら、インターネッ トの掲示板やSNSで悪口 を書かれる	新型コロナウイルスに感 染したら、周りの人の態 度が冷たくなる
全体 (n=1762)	3.10	3.11	3.24	3.69	2.93	3.17
日本 (大阪: n=295)	3.73	3.37	3.57	4.01	3.03	3.38
台湾 (n=295)	3.64	3.48	3.51	3.95	3.46	3.58
中国 (n=293)	3.47	3.34	3.37	4.02	3.22	3.47
ドイツ (n=293)	2.55	2.77	2.90	3.28	2.69	2.97
イタリア (n=290)	3.01	3.27	3.47	3.93	3.08	3.37
スウェーデン (n=296)	2.18	2.45	2.62	2.93	2.14	2.26

※ 5件法。値が大きいほど同意の程度が大きいことを表す。

図7 被差別意識に関する各国評定平均値

なお、「差別」とは言えないが、「新型コロナウイルスの感染リスクが高い人（高齢者や基礎疾患を持つ人）には家にいてほしい」という項目も含め、重症化リスクが高い人の外出に対する態度も尋ねた。結果として、日本、台湾、中国、イタリアについて比較的評定値が高い傾向が見られた。

続いて、感染者や防疫行動を行わない人に対する差別感を尋ねた。回答方法は先ほどと同様である。各国の評定平均値を図6に示す。結果として、感染者差別に関する項目は共通して評定値が低かったが、自粛やマスクに関する項目で各国間に差異が見られた。具体的には、日本、台湾、イタリア、中国に比べてドイツ、スウェーデンが差別に対する評定値が低いという結果が得られた（ただし、自粛に関する項目に関しては日本も比較的評定値が低い）。理由としては、まず単純に政策の厳格さが考えられる。スウェーデンではイベント参加等への人数制限こそ始まったものの、他国に比べて強いマスク着用の推奨や行動制限は為されていなかった。よって、「自粛をしない人」や「マスクをつけない人」が政策に背き、非難され

る社会的風潮が存在しなかった可能性がある。一方、ドイツでは州によってはマスク着用義務が強いられるなど比較的強い対応策がとられていたにもかかわらず、評定値は低くなっていた。

以上のように、エッセンシャルワーカーや防疫行動をしない人への差別感について各国間で差異が見られた。しかし、差別的な発言は社会から受け入れがたいと見なされることから、低い評定値に関しては「社会的望ましきバイアス」が回答に働いた可能性もある。今後自身の差別的態度について尋ねる場合は、より適切な研究デザインを採用する必要がある。

#### b) 被差別意識

続いて、差別を「受ける」ことについての意識を尋ねた（図7）。回答方法は差別意識と同様、5件法である。結果として、概して日本、台湾、中国、イタリアの評定値がドイツ、スウェーデンよりも高いという結果が得られた。この結果は先の「防疫行動に従わない人」に対する差別意識が強い国と一致している。



	新型コロナウイルスに関する不確かな情報が拡散している	新型コロナウイルスに関する情報が回って多く出回っている	新型コロナウイルスに関する情報で社会の不安が高まっている	新型コロナウイルスに関する情報で社会の恐怖が高まっている	新型コロナウイルスに関する情報を社会全体で共有できていない
全体 (n=1762)	3.73	4.12	3.84	3.78	3.47
日本 (大阪: n=295)	3.73	3.98	3.90	3.74	3.79
台湾 (n=295)	3.41	3.94	3.55	3.48	3.22
中国 (n=293)	2.99	3.82	3.40	3.23	
ドイツ (n=293)	4.05	4.31	4.09	4.09	3.79
イタリア (n=290)	4.27	4.40	4.23	4.22	3.39
スウェーデン (n=296)	3.93	4.25	3.89	3.93	3.16
	新型コロナウイルスに関する正確な情報を得ることは難しい	新型コロナウイルスに関する情報が氾濫（はんらん）し、社会が混乱している			
全体 (n=1762)	3.44	3.63			
日本 (大阪: n=295)	3.78	3.75			
台湾 (n=295)	2.97	3.16			
中国 (n=293)					
ドイツ (n=293)	3.56	3.92			
イタリア (n=290)	3.68	3.92			
スウェーデン (n=296)	3.24	3.39			

※ 5件法。値が大きいほど同意の程度が大きいことを表す。

図8.1 社会一般に対する情報流通への態度・各国評定平均値（中国は回答許可を得た質問のみ）

	私は、新型コロナウイルスに関する正確な情報が分からない	私は、新型コロナウイルスに関する情報によって不安になる	私は、新型コロナウイルスに関する情報によって恐怖を感じる	私は、新型コロナウイルスに関する信頼できる情報が分からない	私にとって、新型コロナウイルスに関する正確な情報を得ることは難しい
全体 (n=1762)	3.38	3.39	3.27	3.34	3.19
日本 (大阪: n=295)	3.68	3.47	3.41	3.65	3.55
台湾 (n=295)	2.85	3.04	3.05	2.85	2.68
中国 (n=293)		3.24	3.06		
ドイツ (n=293)	3.44	3.57	3.38	3.43	3.31
イタリア (n=290)	3.81	3.89	3.77	3.79	3.56
スウェーデン (n=296)	3.14	3.13	2.96	3.01	2.86
	私は、新型コロナウイルスに関する情報を得ることに疲れた	私は、新型コロナウイルスに関する情報を得るのがめんどろである	私は、新型コロナウイルスに関する新しい情報についていけない		
全体 (n=1762)	3.11	2.82	3.00		
日本 (大阪: n=295)	3.58	3.37	3.21		
台湾 (n=295)	2.61	2.63	2.79		
中国 (n=293)	2.53	2.55	2.71		
ドイツ (n=293)	3.33	2.78	2.99		
イタリア (n=290)	3.32	3.07	3.23		
スウェーデン (n=296)	3.28	2.54	3.05		

※ 5件法。値が大きいほど同意の程度が大きいことを表す。

図8.2 個人的な情報流通への態度・各国評定平均値（中国は回答許可を得た質問のみ）

よって、当該4か国では類似の行動規範が存在したと類推される。

### 【3】情報流通と心理

パンデミック下では根拠のない不確かな情報が蔓延する「インフォデミック」が問題視された(Rothkopf, 2003)。そこで、情報流通への態度、および自身より他者の方がメディアの影響を受けやすいと考える「第三者効果」(Davison, 1983)を検討した。

#### a) 情報流通への態度

まず、情報流通について、社会一般への態

度と自身の持つ個人的態度を弁別し、5件法にて回答を求めた結果を図8.1、図8.2に示す。

まず社会一般への態度として、日本、ドイツ、イタリアでは、不確かな情報が流通することに関して比較的高い懸念を抱く傾向が見られた。対して台湾、中国（解答許可が得られた項目のみ）の評定値は比較的低かった。

個人的態度についても、社会一般への態度とおおむね同様の傾向が見られた。また、個人的態度にのみ加えた「情報に対する疲

弊感」に関する質問では各国間で日本の評定値が最も高かった（「新型コロナウイルスに関する情報を得ることに疲れた」3.58、「新型コロナウイルスに関する情報を得るのがめんどろである」3.37）。

このように、情報流通に関しては感染者が少ない台湾、中国（中国では情報環境の特異性が強く影響していると思われるが）において「混乱」の感覚が低く、その他の国では比較的「混乱」の感覚が高かったと考えられる。しかし、スウェーデンの回答はどちらとも言えず、感染拡大に付随する政策や政府の姿勢等もまた、影響していると考えられる。

#### b) 第三者効果

第三者効果とは、マス・コミュニケーション（特に説得的コミュニケーション）がもたらす態度や行動への影響を、他者に対して過剰に見積もる心理的なバイアスを指す（Davison, 1983）。本研究では「あなたが新型コロナウイルスに関する誤った情報を信じてしまう可能性はどのくらいあると思いますか。」「あなた以外の人が新型コロナウイルスに関する誤った情報を信じてしまう可能性はどのくらいあると思いますか。」という2つの質問を「まったくない」～「とてもある」の5件法にて尋ね、他者と自身の評定の差分に着目した。

図9に回答者を「自身の方が誤った情報を信じる」「同値」「他者の方が誤った情報を信じる（第三者効果）」の3群にカテゴライズした結果を示す。結果として、日本、台湾で「同値」群（すなわち、自身も他者も同等に誤った情報を信じる/信じないと想定する人）が比較的多く、ドイツ、イタリア、スウェーデンでは「他者の方が誤った情報を信じる」群（第三者効果群）が多く見られた。

中国では6各国の中では相対的「第三者効果」群の割合が高いが、中国国内では「同値」群が最も高い割合を占めていた。

#### 考察／結論

本研究では、パンデミック下における3つのリスク、すなわち感染症リスク、差別、インフォデミックに関わる社会心理について実態を把握するため、6か国の比較調査を行った。以下それぞれの知見を要約、考察する。

#### 【1】新型コロナウイルス感染症に対するリスク・不安感

- 日本は感染するリスクを相対的に高く評価し、重症化、死へのリスクを低く評価していた。
- リスク認知の特徴として、感染者数が比較的抑えられていた中国、台湾は感染するリスクを低く認知し、重症化するリスクを高く評価していた。また、寛容な政策を取っていたスウェーデンのリスク認知は全体的に低かった。
- 全体的に、感染者数の多寡や感染者の爆発的増加という経験が多くの人々の不安感と共起関係にあった。
- リスクの特徴認知に関して日本は特徴的であり、新型コロナウイルス感染症の自発性、制御可能性を比較的低く、未知性、致死性を高く評定する傾向があった。

以上の結果を踏まえると、国内の感染状況とその不確実性、および政府の対応がリスク認知・不安感と関わっている可能性がある。

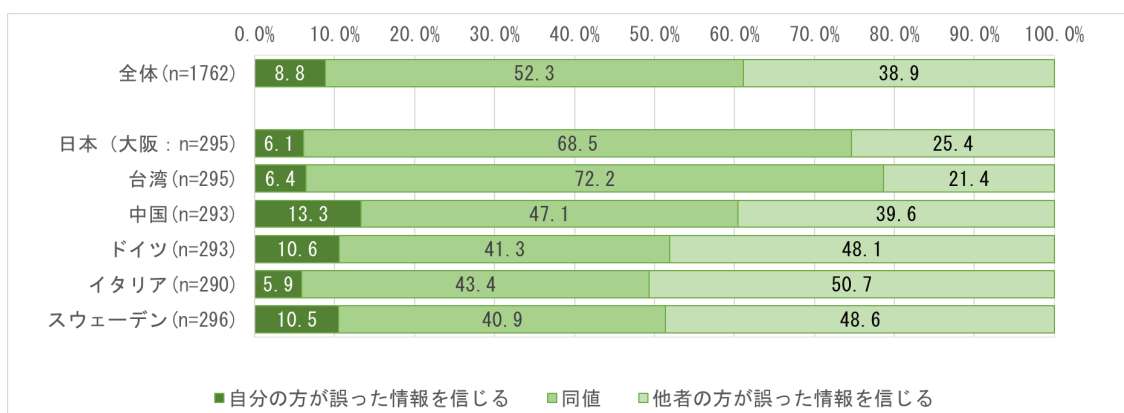


図9 「誤った情報を信じてしまう可能性」に基づく第三者効果の実態

実際、経時的な不安感が急激に上昇したのはいずれの国（台湾を除く）も感染拡大期であり、その後は感染者がより減少・増加しようと、急激に不安感が変化することはなかった。また、スウェーデンの事例を見れば、政府の感染症対策もリスク認知の1つの判断要因となっていると言えよう。

リスク特徴の認知について、どのような理由で各国が異なるイメージを抱いているのかは未だ定かではない。今後は報道状況等も踏まえ詳しい検討を行う。

## [2] 差別への意識

- 日本は概して差別意識が低く、特にエッセンシャルワーカーに対しては、評定値が低くなる傾向にあった。対して台湾における差別意識は高い傾向にあった。
- 感染者が地域をまたいで移動することに対しては6か国に共通して評定値が高くなる傾向が見られた。
- 感染者に対する差別意識は低かったが、防疫行動をとらない人に対する評定は概して高くなる傾向にあった。6か国の中では、特に日本、台湾、中国、イタリアの評定値が高かった。これらの国では被差別意識も同様に高かった。

以上の結果から一貫した結論を導くことは難しい。しかし、国に関係なく「感染した事実」よりは「感染を防止する努力を講じないこと」（＝防疫行動をしないこと）に対する忌避感が存在し、差別意識につながっていることが伺える。これは、他者に対する信頼感の影響等も考慮に入れて今後詳しく検討していく。

## [3] 情報流通に対する意識

- 情報流通に関して、台湾、中国では情報流通の混乱を感じる回答者が少なかった。一方で日本、ドイツ、イタリアでは比較的不確かな情報の蔓延を実感している人が多かった。
- 日本は情報取得の面倒さなど、疲弊を感じる人が比較的多かった。
- 第三者効果の検討では、日本、台湾と比較してドイツ、イタリア、スウェーデン、中国においてより「他者の方が誤った情報を信じる」と考える人が多かった。

中国で情報流通に関する問題を意識する人が少なかったことは、制度的側面を考えると自明とも言える。一方で、台湾でも同様の状況が見られたことについては、不安感や政治的アクターに対する信頼等を視野に

入れ、追って検討していく。

また、日本における情報への疲弊感の原因について、情報行動やメディア情報内容が推測される。当該要因を特定し、円滑な情報伝達のためにも早期に問題を解決する必要がある。

第三者効果の差異については、むしろその後どのような行動への影響、あるいは社会的な波及効果をもたらされるか、という側面が重要であると考えられる。例えば、日本の感染拡大初期におけるトイレットペーパー買い溜め行動に関して、「トイレットペーパーが不足する」という流言を信じる人は少数派であり、テレビや店頭で直接的に品切れを目撃することを通じて「念のため」や「他人が流言を信じて買いためをしているので、トイレットペーパーが手に入らなくなる」と考え、購買行動に至ったことが指摘されている（石橋ら, 2021; 福長, 2020）。すなわち、今回の買い溜め行動は「第三者効果」によって引き起こされた行動的帰結とも捉えられる。しかし、本結果が示すように日本においては「他者は流言に惑わされやすい」というバイアスを持つ人すら少ないと推測される。どの程度の人が当該バイアスを持ち行動することで社会的インパクトが生じるのか、注視していく必要がある。

以上のように、パンデミック下におけるリスクと関連する社会心理の実態をサーベイ調査から包括的に把握した。今後は継続して分析を行い、記載した結果について感染症に関わる状況的要因のみならず、文化的要因や報道スタイルの影響等、多様な要因を考慮しながら考察を深める。

なお、本報告書の内容は、後程論文等の形式で報告する予定である。最終的な結果についてはそちらを参照されたい。

参考文献：

- Davison, W. P. (1983). The Third-Person Effect in Communication. *Public Opinion Quarterly*, 47(1), 1–15. <https://doi.org/10.1086/268763>
- Englander, T., Farago, K., Slovic, P., Fischhoff, B. (1986). A comparative analysis of risk perception in Hungary and the United States. *Social Behaviour*, 1, 55–66.
- 福長秀彦. (2020). 新型コロナウイルス感染拡大と流言・トイレットペーパー買いだめ：報道のあり方を考える. 放送研究と調査 = The NHK Monthly Report on Broadcast Research, 70(7), 2–24. <http://ci.nii.ac.jp/naid/40022291897/ja/Kleinhesselink, R. R., Rosa, E. A.>

(1991). Cognitive representations of risk perceptions: A comparison of Japan and the United States. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 22, 11-28.

Rothkopf, D. J. (2003, May 11). When the buzz bites back. *The Washington Post*, 11, B1-B5.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 236(4799), 280-285.  
<https://doi.org/10.1126/science.3563507>

石橋真帆, 安本真也, 朱心怡, 岩崎雅宏, 関谷直也, 2020年新型コロナウイルス感染症拡大初期の情報行動と社会心理, 東京大学大学院情報学環紀要 情報学研究・調査研究編, No.37, pp.1-72, 2021.

#### D. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

#### E. 研究発表

石橋真帆, 田中幹人, 関谷直也, 新型コロナウイルスに関する情報行動の国際比較, 日本リスク研究学会, 第34回年次大会, オンライン開催, 2021年11月.

石橋真帆, 田中幹人, 関谷直也, リスクの特徴認知と情報源信頼の関連性: COVID-19 パンデミックにおける国際比較, 社会情報学会, 2021年学会大会, オンライン開催, 2021年9月.

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19とリスク・コミュニケーション2

研究分担者 田中幹人 早稲田大学政治経済学術院 教授  
研究協力者 奈良由美子 放送大学教養学部/大学院生活健康科学プログラム 教授

研究要旨

本研究は、新型コロナウイルス感染症に関するリスク・コミュニケーションのあり方について、統計に埋もれがちな当事者、少数者の意見を対話によって明らかにすることで、長期的な視野で細やかな政策を推進するための知見を得ることを目的としている。研究方法は、オンライングループインタビュー、対話記録の分析である。研究結果として、2020年4月から2021年3月のあいだに、俯瞰のための対話（論点整理会議）、全体を素描する対話（一般市民型）、個別を素描する対話（当事者型）を実施し、COVID-19をめぐる一般的論点、テーマ別論点を類型化し、全体像を素描した。さらに、対話の手法を「スケッチ・ダイアログ」として整理し、汎用化した。

A. 研究目的

リスク・コミュニケーションとは、個人、機関、集団間での情報や意見のやりとり（相互作用プロセス）を通じて、リスク情報とその見方の共有を目指す活動のことである。新型コロナウイルス感染症の世界的流行の中で、我が国においても、行政、専門家を中心にさまざまなリスク・コミュニケーションが試みられている。

感染流行が続くなか、感染初期から現在に至るまでの時間経過、問題の変容に応じたリスク・コミュニケーションのあり方を質的に分析し、統計に埋もれがちな当事者、少数者の意見を対話によって明らかにすることで、長期的な視野で細やかな政策を推進するための知見を得ることを目的とする。

B. 研究方法

研究は以下の3過程からなる。

1. COVID-19をめぐるリスク・コミュニケーションについて、先行する市民対話の記録を収集する。
2. 上記の1. および専門家による論点整理会議を踏まえて選定した6つのテーマについて、新たに対話を企画、実施する。（オンライン会議システムを用いての

グループインタビュー）

3. 1. と2. より、対話から生まれた市民的論点を整理し、時宜にかなった質的情報を政策過程で参照可能なスピードで生み出すための手法を検討する。

<倫理面への配慮>

本研究は放送大学の倫理審査委員会にて承認を受けたうえで実施した（通知番号2020-50）。オンラインインタビューの実施の際は、開始前に研究対象者に対して、研究主体、個人情報の取り扱い、研究公表時の匿名性確保等に関する説明文書を画面上で示しつつ口頭でインフォームド・コンセントを行い、質問があればその場で答えるなど丁寧に説明を行ったうえで同意を得た。インタビューは同意が得られた者のみに行った。

<実施体制>

- 研究総括：奈良由美子（放送大学教授）
- 研究協力者（五十音順）：佐貫一成（精神科医）、七田麻美子（埼玉大学准教授）、城川美佳（神奈川県立保健福祉大学准教授）、吉田省子（北海道大学客員准教授）
- 研究支援：白根純人（科学コミュニ

ケーション研究所)、田原敬一郎(科学コミュニケーション研究所)、矢崎華(科学コミュニケーション研究所)

## C. 研究結果

### <スケッチ・ダイアログ>

本研究で開発、導入した対話の手法(「スケッチ・ダイアログ」)について、いかにその詳細を述べる。

新型コロナウイルス感染症をめぐる市民的論点を素描するため、公募または個別の依頼により参加した市民によるオンライン対話を実施した。

これまでの市民対話は、一般論として次のような点に困難が認められ、政策過程で利用することが難しかった。

- 政策に反映できるタイミングで結果を得られるスピード感
- 目的、手法、解釈の明確さと、参照情報としての正当性、利便性
- 実施コストなど

本研究で実施した対話は、内容としても、タイミングとしても、政策過程で利用可能な参照情報を生み出すために、スピードと精度、実施コストに配慮してデザインした。

この手法は、質問紙によるアンケート調査のような定量性はないが、互いの考えや思いを共有し、自ら立てた問いについて調査を行うことで、短い時間、小さな負担で、より熟慮された意見を捕まえ、問題を素描できる利点がある。

個々の意見について見ると、参照すべき点がある場合も、ない場合もあるため、目に付いた意見だけを恣意的に取り上げること(チェリーピッキング)は避けるべきである。

参加者の意見を単純に足し合わせただけでは得られない、対話全体を通じて構築される論点の構造に注目し、政策形成や調査研究のための参照情報として利用すべきものである。

### <対話のモード>

対話のモードについても言及しておく。対話には様々な目的に応じた手法があるが、ここでは対話の場に視座を置き、次の4つのモードとして整理した(図1)。スケッチ・ダイアログは、主としてモード3の対話を意図している。

- モード1 相互理解・関係形成 対話によって生まれた成果を、対話の場で分かち合い、参加者間の相互理解、創造的な関係を形成することを目的とする。
- モード2 問題構築・問題解決 対話によって、問題を構築し、解決に必要なリソースを持ち寄って、自律的な問題の解決を目指す。
- モード3 参照情報・政策提言 対話によって生まれた成果を、政策担当者、意思決定者など、問題解決に必要なリソースを有する者へ届け、対話の場の外側で問題の解決を図る。
- モード4 教養娯楽・情報発信 対話の場を第三者に対して開き、観察者に教養、娯楽を提供し、情報を共有することを目的とする。

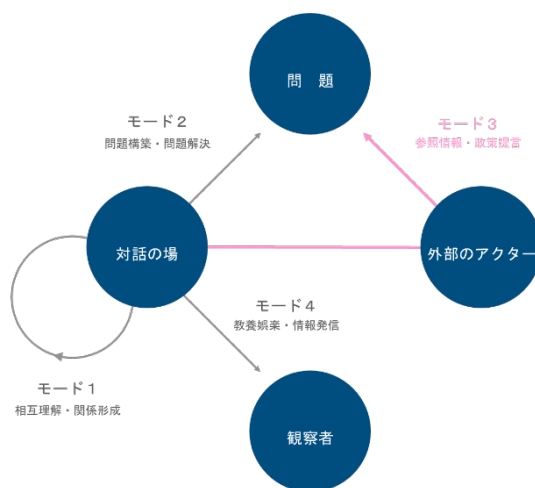


図1 対話のモード

### <スケッチ・ダイアログのプログラム>

対話はすべて、オンライン会議システムZoomを使ったバーチャル空間で実施した。バーチャル空間は、フィジカル空間と異なる特徴を持ち、フィジカル空間での対話手法をそのまま使い回すことができないが、オペレーションやファシリテーションを工夫することで、フィジカル空間の不完全な模倣を超えた、創造的な対話を生み出すことができる。

スケッチ・ダイアログの流れは以下の通りである。

- 1 自己紹介
  - 2 テーマに関する事前評価（4段階評価（評価できる、どちらかという評価できる、どちらかという評価できない、評価できない）と理由）
  - 3 チャットワークと対話  
 テーマに関する以下の点をチャットボックスに3つ記載した後、順番に発表し、全体で対話する。  
 3-1 よいと思う点  
 3-2 よくないと思う点  
 3-3 よくわからない点（疑問点）
  - 4 インターネット調査  
 一人1つの調査項目を選定し、30分間、個別にインターネット調査を実施する。
  - 5 調査結果の共有と対話
  - 6 テーマに関する事後評価（方法は、事前評価と同様。）
  - 7 対話を踏まえた追加ワーク
- \*テーマ別の対話については、4・5は実施しない。

#### <収集・実施した対話記録の一覧>

対話履歴は以下のとおりである。

#### 全体を素描する対話

- A01 政府の新型コロナウイルスの流行をめぐるコミュニケーションについて（2020年4月5日）
- A02 新型コロナウイルス対策に関する緊急事態宣言について（2020年4月11日）
- A03 新型コロナウイルス対策に関する緊急事態宣言について（2020年4月12日）
- A04 新型コロナウイルス対策に関する緊急事態宣言について（2020年4月13日）
- A05 新型コロナウイルス対策に関する緊急事態宣言について（2020年4月25日）
- A06 新型コロナウイルス対策に関する緊急事態宣言の延長について（2020年5月10日）
- A07 緊急事態宣言の解除について（東北）（2020年5月30日）
- A08 緊急事態宣言の解除について（首都圏）（2020年5月30日）
- A09 新型コロナウイルス対策に関する行政の対応について（2020年8月15

日）

- A010 新型コロナウイルスに対する行政の対応について（2020年12月26日）

#### 個別テーマを素描する対話

- B00 論点整理会議（2020年12月26日）
- B01 新型コロナウイルスのワクチンをめぐる行政の対応について（2021年1月30日）
- B02 新型コロナウイルス感染症流行下での要介護者に関する行政の取り組みについて（2021年1月31日）
- B03 新型コロナウイルス感染症流行下での若年層に関する行政の取り組みについて（2021年2月6日）
- B04 新型コロナウイルス感染症流行下でのテレワークに関する行政の取り組みについて（2021年2月7日）
- B05 新型コロナウイルス感染症流行下での、地域の農業者に関する取り組みについて（2021年2月9日）
- B06-1 新型コロナウイルス感染症流行下における外国人支援に関する行政の取り組みについて（2021年2月5日）
- B06-2 新型コロナウイルス感染症流行下における外国人支援に関する行政の取り組みについて（2021年2月16日）

#### <論点整理の枠組み>

- フェイズの変化に着目した論点の分類（図2）
  - Type1 非常時にのみ発生する論点
  - Type2 非常時に発生し、平常時に持ち越される論点
  - Type3 平常時から存在し、非常時に顕在化、深刻化する論点
  - Type4 平常時から存在し、非常時に潜在化する論点
- 内容に着目した論点の分類
  - TypeA 実質的論点
  - TypeB 手続き的論点
  - TypeC コミュニケーション的論点



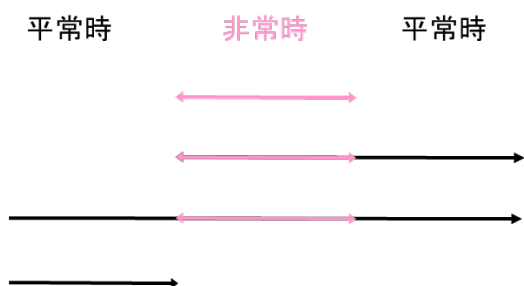


図2 フェイズの変化に着目した論点の分類

### <A01～A10 一般的論点（抜粋）>

- Type1 非常時にのみ発生する論点
  - ・見通しの提示 C
  - ・感染対策、経済対策とその調和 A
  - ・迅速な意識変容と行動変化 C
  - ・飲食店に対する自粛要請と経済支援の調和 A
  - ・状況の急速な変化に応じた情報共有とアップデート C
  - ・感染状況に応じた医療、公衆衛生サービスの再構成 A
  - ・非常時における自由と公共の福祉の調和 A
- Type2 非常時に発生し、平常時に持ち越される論点
  - ・テレワークを前提とした社会のあり方 A
  - ・物理的なコミュニケーションとバーチャルなコミュニケーションの調和 C
  - ・mRNA ワクチンをめぐるリスク・コミュニケーション C
- Type3 平常時から存在し、非常時に顕在化、深刻化する論点
  - ・政策過程への市民参加 B
  - ・社会のデジタル化 A
  - ・エビデンスに基づく政策 A
  - ・不確実な事象をめぐる国民的対話と合意形成 C
  - ・対象に応じた情報共有 C
  - ・助成金制度の合理的で迅速な設計 B
  - ・社会的弱者・少数者をめぐる諸課題 A
  - ・都市と地域の格差 A
  - ・専門知の共有と活用 C
  - ・科学リテラシーの涵養、情報弱者への支援 C

・擬似科学・陰謀論への対策 C

- Type4 平常時から存在し、非常時に潜在化する論点
  - ・技術の受容に関する自己決定権 A
  - ・リスクマネジメント、テクノロジーアセスメントへの市民参加 B
  - ・不要不急とされる行為が生み出す価値 A

### <B00 対話テーマの検討と選定>

#### ■ 対話概要

- ・実施日：2020年12月29日
- ・参加者：人文社会学者7名・自然科学者2名

#### ■ 対話結果

##### 情報共有

- ・情報弱者
- ・ターゲットに応じたメッセージ設計
- ・変化への対応
- ・若者世代
- ・国、自治体、専門家による情報発信／コミュニケーションに対する社会の受け止め（内容、信頼など）

##### リスクマネジメント

- ・リスク評価とリスク管理の関係

##### 地域の意見

- ・感染者が少ない地域の意見

##### 感染症対策と人権

- ・感染症対策と権利の制限

##### エッセンシャルワーカーへのケア

- ・介護従事者

##### 農業への影響

- ・大都市の影に隠れた農業者の課題
- ・感染者が出るとすぐ特定されて、例えば酪農業なら、ヘルパー派遣が難しくなるなどして、経営悪化や廃業・離農に直結する恐怖がある。
- ・都市部のヘリにおいて公共交通機関にアクセス可能な農家と、辺鄙な田舎の農家との間での新型コロナに対する恐れ方が違うか同じか。
- ・老人施設、デイサービスが田舎で閉鎖され、家庭に老人達が帰され、農家の女性が外に出られなくなっている。農業に加えて介護者の役割で過重労働になっている。

##### Vulnerable 集団へのケア

- ・経済的状況、就労環境、生活環境などでvulnerableな集団が、何に困

っていて、どのような対策・救済を求めているか  
意見が異なる集団間のコミュニケーション

- 世の中には、感染を気にかけて、対策している人たちが大勢いる一方で、そうでない人たち、たとえば「コロナは風邪」、「自分は大丈夫」みたいに思っている人たちもいる。前者の人たちが、後者の人たちと直面したときに、どういう態度をとっているか、どうコミュニケーションしているか、その際に、どのような「説明・説得」のロジックやリソースを使っているか。

日本の未来

- 将来のために、日本の社会構造をどうすべきか政治家はどう考えているのか。

- これらの中から、「若者」、「介護」、「農業」、Vulnerable 集団として「外国人」の4つに注目し、一般的論点の中で関心が高かった「ワクチン」、「テレワーク」と合わせて、6つの対話テーマを選定した。

### <B01~B06 個別的論点>

個別的論点 (B01~B06) の結果については図3~図8のとおりである。

期待と不安のモザイク

#### B01 ワクチンをめぐる論点

対話概要 実施日：2021年1月30日 参加者：一般市民6名（公募）

論点	項目	課題
情報共有	情報共有の主体（国・自治体・メディア）	断片的、短期的、基本情報の不足
自己決定権	接種の自由	同調圧力、差別
接種前	ワクチンの開発、ワクチンの効果、安全性の検証、ワクチンの確保	承認のスピードと安全性の検証との兼ね合い
接種	接種できる人の条件、接種の方法、接種の時期、接種の実務、接種の優先順位、接種の費用	一般的な情報 + 自己のケースを個別に判断できる情報
副反応	リスク、副反応、副反応への対応、救済措置	軽微な副反応と重大なものとの線引きがりのある副反応のスペクトラムをどのように提示するか 副反応への対応、救済措置を強調すると、かえって不安が喚起されること
感染症対策	ワクチン接種の社会的影響	感染症対策におけるワクチンの位置付け

主なインプリケーション

- ワクチンについての全体像、長期的な見通し、基本情報の共有を
- ワクチン接種に関する自己決定権を尊重し、同調圧力、差別の防止する工夫を
- ワクチン関連施策の加速と安全性の担保の両方を
- 接種に関する一般的な情報と事故のケースを個別に判断できる情報を
- 副反応に関する必要十分な量と質の情報を
- 感染症対策におけるワクチン接種の位置付けを明確に

図3 B01 ワクチンをめぐる論点

触れ合いと感染対策のジレンマ

#### B02 介護をめぐる論点

対話概要 実施日：2021年1月31日 参加者：介護業務関係者6名（公募・依頼）

論点	項目	課題
情報共有	感染防止策など現場で役立つ知識	マニュアル、Q&A、研修
行動制限	サービス利用者 家族、外部の関係者 介護者	レクリエーション等の開始時期判断 家族の面会や外部からの関係者の制限の判断 行動制限の内容
現場への支援	業務の負荷、代替スタッフ、ボランティアの受け入れ	サービスの維持、利用者の満足度の低下
物的支援	マスク、アルコールなど	介護事業者へのタイムリーな供給
一般的論点	総論、緊急事態宣言、経済支援、検査、ワクチン、感染者・濃厚接触者、地域格差、アプリ	

主なインプリケーション

- 感染防止策などの現場で役立つ知識を、マニュアル、Q&A、研修で
- 介護者がすべきこととすべきでないことを明確に
- サービス利用者にとって重要なレクリエーション等に関するルールを
- 家族との面会、外部関係者の入所に関するルールを
- 現場に人的な支援を
- 感染防止のための物的支援をタイムリーに

図4 B02 介護をめぐる論点

「若者」という括りの息苦しさとおもったコスト

#### B03 若者をめぐる論点

対話概要 実施日：2021年2月6日 参加者：20代~30代の一般市民5名（公募）

論点	項目	課題
若者向けの政策	政治参加、メッセージ	若者の考えや思いを政策形成に活かす方法、若者に対する否定的なメッセージ
情報共有	媒体の選択	若者に届きやすい情報共有の方法
オンライン授業	教育の質の確保	学生への支援、教員への支援
アルバイト	就業機会の減少	若者への経済支援
経済支援	生活の困難	若者向けの給付金
経済対策	Go To トラベル、Go To イート	経済対策と感染対策のダブルバインド
東京オリンピック	開催の意義、ボランティア	感染対策に与える正負の影響、私生活における自粛要請とオリンピック関連のボランティア活動推進というダブルスタンダード
一般的論点	総論、緊急事態宣言、情報共有、マスク、ワクチン、水際対策、飲食店、通勤・テレワーク、行政手続き、郵便従事者、アプリ、罰則、市民運動	

主なインプリケーション

- 若者の中には、自分達のための政策が不足し、悪者にされていると感じる者も（自己を確立し、社会性を獲得する途上）にあり、他の世代と比べて、コミュニケーションの重要性、アルバイトの頻度が高いため、自粛生活を送るコストも相対的に高いため、一見、若者の自衛が不足しているように見えても、理解の不足や感傷の感さへ単調に押寄せさせることはできない。
- 若者に届きやすい情報共有の工夫を
- オンライン授業に関する学生と教員の双方への支援を
- 就業機会の減少に伴う生活の困難に対する適切な支援を
- 経済対策と感染対策のダブルバインドが生じない工夫を

図5 B03 若者をめぐる論点

できる人はできた。では、どう続けるか、どう拡げるか。

#### B04 テレワークをめぐる論点

対話概要 実施日：2021年2月7日 参加者：企業の人事担当者7名（依頼）

論点	項目	課題
国のイニシアチブ	法的根拠、模範事例	推進の程度と法的根拠、中央省庁や国会の取り組みは十分か
目標	数値目標、長期的な目標	今後の見通し、長期的なゴールをどこにおくか
情報共有・相談窓口	媒体、対象、言行一致	経営者層への働きかけ、社会に送るメッセージと行政や議員の働き方の矛盾
助成金	手続き	手続きの簡素化
障害	紙・捺印文化、オンライン申請	障害を除去する社会基盤の整備
働き方改革	政策間の調和、地方自治体	働き方改革につながるテレワークの推進
生活との調和	共働き世帯	家庭の事情に応じた支援
子育て	休校措置の基準	子育てとテレワークの調和
公平性	職務内容、職務階層、企業間	公平性を持つ制度のあり方
関連法令の整備	個人情報、労働、安全衛生	テレワークを前提としたルールの整備

主なインプリケーション

- テレワークの継続、拡大のために、長期的ビジョンを
- テレワークと働き方改革との調和を
- テレワークの障害を除去する社会基盤の整備を
- 職務内容、職務階層、企業間における不公平感の解消する工夫を
- テレワークを前提としたルールの整備

図6 B04 テレワークをめぐる論点

## B05 農業をめぐる論点

対話概要 実施日：2021年2月9日 参加者：農業家計者8名（依頼）



論点	項目	課題
事業の継続	家族経営、農業ヘルパー	感染者が発生したときの作業支援
物流	製品の出荷、資材の搬入	物流の確保、ネット販売
農業政策	生産調整、価格の安定、消費の促進、食料の配分	国の役割
農業技術	新しい技術の恩恵	農家間格差
都市と農村	都市と農村の関係性	農村の過疎化、雇用の困難
農作物の安全性	農作物の安全性の確保	作業者が感染した場合の製品の扱い
食料の輸入	国際競争力の低下	感染被害が小さい国からの食料輸入の増加
外国人労働者	技能実習生、外国人労働者	現場任せの対応
一般的論点	情報共有、意識変更、感染対策、医療・公衆衛生、ワクチン、経済支援、物的支援、プライバシー、次世代支援、科 学リテラシー、オンライン化	

### 主なインプリケーション

- ・事業を継続するための人的支援を
- ・物流の確保とネット販売の促進を
- ・生産調整、価格の安定、消費の促進、食糧の配分における国の役割を
- ・農業技術の恩恵をすべての人に
- ・非常時における国際競争力の維持を
- ・外国人労働者に対する適切な支援を

図7 B05 農業をめぐる論点

- ・参照する正当性／正統性の拠り所操作の合理性、納得感、操作者への信頼

### ■ Type 2 当事者視点の導入

- ・当事者性が高く、問題の性質上、統計的代表性が求められない（＝サンプル数によらず、参照する意義がある）意見を踏まえて問題を提起すること。
- ・参照する正当性／正統性の拠り所当事者性、マイノリティの権利

### ■ Type 3 仮説の設定

- ・社会調査・実験、データの分析、政策形成などにおいて、演繹的、帰納的な推論を超えたアブダクティブな過程における発想を支援し、より蓋然性の高い仮説を設定すること。
- ・参照する正当性／正統性の拠り所調査・実験・シミュレーション、分析の整合性・予測可能性、投票、政策評価などによる仮説の検証

ずっとそこにあったはずの問題

## B06 外国人をめぐる論点

対話概要 実施日：2021年2月5日・16日 参加者：外国人支援者各2名（依頼）



論点	項目	課題
社会的関心	関心の高まり、排除意識	外国人を包括する社会サービス、意識の変更
行政による支援	国、地方自治体	国としての外国人支援体制、国と自治体との連携
情報共有	翻訳、前提知識、媒体	多言語化、国によって異なる前提知識、媒体の選択
通訳	民間の通訳サービス	利用できる言語の充実
医療	外国人の受け入れ拒否	言語的・文化的相違を乗り越える支援
相談窓口	外国語対応できる相談窓口の設置、関連機関と連携	
給付金	国籍要件、申請手続き	申請書の作成支援、申請書の多言語化
子育て	相談件数の減少	生活困窮により子育ての課題まで手が回らない恐れ
家族	国による違い	家族の強い結びつきによる助け合いと感染拡大のジレンマ
在留資格	延長・更新	
労働	観光・飲食業	雇用維持のための支援
技能実習生	支援の不足	実態の把握と必要な支援

### 主なインプリケーション

- ・外国人を包括する社会サービスの設計と意識変更を
- ・国と自治体が連携した外国人支援体制を
- ・情報共有における多言語化、前提知識への配慮、媒体の工夫を
- ・医療機関が外国人を円滑に受け入れるための支援を
- ・給付金の申請でつまづかないための支援を
- ・外国人労働者、技能実習生への適切な支援を

図8 B06 外国人をめぐる論点

### <今後の課題>

- 1 時宜にかなった参照情報を提供し、後世へ伝える記録として、スケッチ・ダイアログを継続すること
- 2 COVID-19の流行開始から収束まで、タイムラインに沿った市民的論点の変化を分析すること
- 3 変化の早い事象をめぐる市民的論点の構築、分析、参照の手法を向上させ、今後のリスク・コミュニケーションに生かすこと

### <結果の利用可能性と限界>

結果の利用可能性と限界として、スケッチ・ダイアログの参照方法は以下の通りとなる。

#### ■ Type1 全体性の回復

- ・行政機構や専門分野の細分化によって失われがちな議論の全体性を、所定のプログラムによって操作的に素描した像によって回復すること。

## D. 健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

## E. 研究発表

なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19と偏見・差別

研究代表者 武藤 香織 東京大学医科学研究所 教授  
研究協力者 永井 亜貴子 東京大学医科学研究所 特任助教  
研究協力者 李 怡然 東京大学医科学研究所 助教  
研究協力者 藤澤 空見子 東京大学医科学研究所 学術専門職員

研究要旨

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）については、様々な人々が不当な扱いを受けてきたことが報告されているが、COVID-19に関する偏見や差別を生じる根幹には地方自治体が公表した COVID-19 の感染者に関する情報がある。そこで、都道府県・保健所設置市・特別区における COVID-19 に関する情報公表の実態を明らかにするために、都道府県・保健所設置市・特別区の公式ウェブサイトで公表されている COVID-19 の感染者の情報について調査を行った。調査の結果、厚生労働省が「一類感染症が国内で発生した場合における情報の公表に係る基本方針」において公表しない情報として示されている、感染者の国籍・職業・居住市区町村を公表している自治体があることが明らかとなった。さらに、一部の情報公表では、感染者の勤務先名称が公表されており、個人の特定につながる可能性が懸念された。また、各自自治体が情報公表で用いている雛形は様々であり、同じ項目でも記載内容が異なることや、公表時期によっても記載内容にばらつきがあることが明らかとなった。第 50 回厚生科学審議会感染症部会において、COVID-19 の感染者に関する情報公表の基準の見直しの議論が提起されたが、個人情報の保護やプライバシー侵害の回避をしたうえで、COVID-19 の蔓延防止にとって公表が必要な情報とは何かを再考し、情報公表できる仕組みを早急に構築する必要があると考える。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、2020年1月に「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」により「指定感染症」として定められ、その後、2021年3月に、「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」（以下、感染症法）の改正により「新型インフルエンザ等感染症」に変更されている。感染症法の第十二条では、医師は厚生労働省

令で定める新型インフルエンザ等感染症の患者及び新感染症にかかっていると疑われる者を診断したとき、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事（保健所設置市又は特別区（以下、保健所設置市等とする）にある場合は、その長）に届け出なければならないと規定されている。これらの規定に基づき、医師は、COVID-19の患者又は無症状病原体保有者、疑似症患者を診断したとき、最寄

りの保健所へ届け出を行っている。

感染症法第十六条では、厚生労働大臣及び都道府県知事、保健所設置市等の長は、収集した感染症に関する情報を分析し、感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報並びに当該感染症の予防及び治療に必要な情報を積極的に公表しなければならないと定められている。また、公表にあたっては個人情報保護に留意しなければならないとされている。この規定により、厚生労働省や都道府県、保健所設置市等は、COVID-19の発生状況などに関する情報公表を行っている。

厚生労働省は、2020年2月27日に発出した都道府県と保健所設置市等への事務連絡において、COVID-19を含む感染症法上の一類感染症以外の感染症に関わる情報公表について、エボラ出血熱の国内発生を想定して作成された「一類感染症が国内で発生した場合における情報の公表に係る基本方針(以下、基本方針)」<sup>1)</sup>を踏まえ、適切な情報公表に努めるよう求めている。

他方で、COVID-19については、様々な人々が不当な扱いを受けてきた。Yoshiokaらは、日本では地方自治体が公表した情報や報道により生じたCOVID-19のスティグマが問題となっていると報告している<sup>2)</sup>。また、新型インフルエンザ等対策有識者会議の新型コロナウイルス感染症対策分科会が設置した「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ」は、地方自治体が公表した感染者に関する情報をもとに、感染者本人やその家族等が特定され、SNSで個人情報が拡散されたり、特定の個人を中傷する書込みがされたりした事例があること、地方自治体が公表する情報の程度に差が生

じており、感染者の検温結果や感染者と濃厚接触者らの人物関係図などの、まん延の防止に資するとは考えにくい情報を公表する事例があったとして、2020年11月、政府に対して公表基準の見直しを求めている<sup>3)</sup>。本研究は、地方自治体におけるCOVID-19に関する情報公表の実態を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

47都道府県および保健所設置市等（保健所設置市：87市、特別区：23区）の公式ウェブサイトにて公表されているCOVID-19の感染者に関する情報を2020年5月から収集した。分析の対象時期は、①基本方針に関する事務連絡が発出される前（2020年2月27日以前、以下、1例目）、②基本方針に関する事務連絡が発出された後（2020年3月1～31日、以下、3月）、③7都府県を対象とした緊急事態宣言の発出後（2020年4月8～30日、以下、緊急事態宣言期間中）④全国にまん延が拡大した2020年8月1～31日（以下、8月）の4つの時期とした。当該自治体が主体となって情報公表した症例を対象とし、厚生労働省または他の自治体が主体となって公表した情報は除外した。調査項目は、厚生労働省の基本方針において公表する情報として示されている年代・性別・居住都道府県・発症日・症状等・行動歴・接触歴、公表しない情報として示されている国籍・居住市区町村・職業とした。公表基準で明示されていないが、渡航歴と濃厚接触者に関する情報も調査項目とした。

年代・性別・国籍・年代・性別・国籍・発症日・渡航歴については記載の有無の集計を行った。居住地については記載内容を都

道府県・保健所管轄区域・市区町村・国外に分類し、集計を行った。職業・症状等・行動歴・接触歴・濃厚接触者については、項目の有無の集計を行い、記載内容が基本方針に沿った内容になっているかを確認した。

さらに、各都道府県の感染状況と情報の公表状況に関連があるかを検討するために、感染者が増加した1度目の緊急事態宣言期間中の2020年4月と2020年8月の情報公表について、都道府県別の直近1週間の人口10万人あたりの新規陽性者数と各項目の公表の有無の間に関連があるかをFisherの正確検定を用いて検討した。1週間の人口10万人あたりの新規陽性者数は、75パーセントイル値により感染者数が多い自治体と少ない自治体の2群に分けて、分析に用いた。

統計解析には、SAS ver. 9.4 を用い、有意水準は5%とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、地方自治体の公式ウェブサイトで公開されている情報を研究対象としているため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外である。しかし、収集した情報には、他の情報と照合することで個人の特定につながりうる情報が含まれている。そのため、個人特定につながりうる情報は削除し、記号等に置き換えた上で研究に用いた。

## C. 研究結果

### 1. 結果

個別の感染者に関する情報公表を行っていたのは、都道府県では全自治体、保健所設置市等では84自治体(76.4%)であった。各自治体の公式ウェブサイトで公表されて

いるCOVID-19の感染者に関する情報には、感染者の症状・経過や行動歴、同居家族の人数や続柄、他の感染者との関係性などを詳細に公表しているものや、同日に公表する感染者に関する情報をまとめて一覧表で公表しているものがあり、公表に用いている雛形や記載内容は、自治体間で異なっていた。また、同じ自治体でも、公表時期によって、記載内容にばらつきがあった。

COVID-19の感染者に関する情報公表において、各項目を公表している自治体数およびその割合を表1、表2に示した。以下では、公表基準で分類されている「公表する情報」「公表しない情報」に沿って報告する。

#### 1) 公表基準で「公表しない」と示されている項目の公表状況

国籍について1例目で公表していた割合は、都道府県では20.0%、保健所設置市等では33.3%であった。3月では都道府県の35.7%、保健所設置市等の15.8%、緊急事態宣言期間中は都道府県の34.8%、保健所設置市等の20.3%、8月では都道府県の13.0%、保健所設置市等の13.5%が国籍を公表していた。1例目から8月までの推移を見ると、1例目および3月、緊急事態宣言期間中の4月に比べて、8月では国籍を公表する自治体が減少していた。

職業を1例目で公表していた割合は、都道府県では33.3%、保健所設置市等では88.9%であった。3月では都道府県の71.4%、保健所設置市等の59.6%、緊急事態宣言期間中は都道府県の78.3%、保健所設置市等の71.6%、8月では都道府県の76.1%、保健所設置市等の73.0%が職業を公表していた。職業欄では、「会社員」「医師」「看護師」

「公務員」「学生」「無職」といった分類に加えて、都道府県が公表した16件、保健所設置市等が公表した11件で感染者の勤務先名称や学校名が公表されていた。

最後に感染者の居住地の公表状況についてである。公表基準では、感染者の居住する都道府県を「公表する情報」とし、居住市町村は「公表しない情報」としている。1例目で感染者の居住市町村を公表していた都道府県はなかったが、3月は42.9%、緊急事態宣言期間中は76.1%、8月は76.1%の都道府県が保健所設置市等以外で発生した感染者の居住市町村を公表していた。保健所設置市等が行った情報公表では、当該市区の住民である感染者に関する情報公表であるため、感染者が他の自治体から来訪した一次的な滞在者であった場合などを除き、感染者の居住市区が公表されていた。さらに、一部の保健所設置市では、感染者の居住している行政区を公表していた。

## 2) 公表基準で「公表する」と示されている項目の公表状況

感染者の年代については、全都道府県が全時期で公表していた。保健所設置市等では、1例目で公表していた割合は88.9%であったが、3月以降の情報公表では全ての自治体が公表していた。

次に、性別については、全都道府県が1例目、3月、緊急事態宣言期間中で公表していたが、8月では1自治体が公表していなかった。保健所設置市等では、1例目が88.9%、3月では98.2%、緊急事態宣言期間中では98.6%、8月では97.3%が公表していた。

3つ目に渡航歴の公表状況についてである。1例目は都道府県の60.0%、保健所設

置市等の88.9%が渡航歴を公表していた。3月は都道府県の66.7%、保健所設置市等の63.2%、緊急事態宣言期間中は都道府県の37.0%、保健所設置市等の41.9%、8月は都道府県の26.1%、保健所設置市等の44.6%が公表しており、2020年3月以前に比べて緊急事態宣言が発出された4月以降では渡航歴を公表する自治体が減少していた。

4つ目に発症日についてである。1例目では都道府県の93.3%、保健所設置市等の88.9%が発症日を公表していた。3月は都道府県の92.9%、保健所設置市等の80.7%、緊急事態宣言期間中は都道府県の95.7%、保健所設置市等の82.4%、8月は都道府県の87.0%、保健所設置市等の83.8%が発症日を公表していた。

5つ目に症状等についてである。1例目は都道府県の93.3%、保健所設置市等の88.9%が症状等を公表していた。3月は都道府県の92.9%、保健所設置市等の78.9%、緊急事態宣言期間中は都道府県の95.7%、保健所設置市等の82.4%、8月は都道府県の84.8%、保健所設置市の82.4%が症状等を公表していた。症状等に記載されていた内容には、症状とその症状が出現した日にち、体温、医療機関の受診日、PCR検査日、陽性判明日、現在の状況（入院・自宅待機など）などが含まれていた。

6つ目に感染者の接触歴についてである。1例目は都道府県の60.0%、保健所設置市等の44.4%が接触歴を公表していた。3月は都道府県の45.2%、保健所設置市等の50.9%、緊急事態宣言期間中は都道府県の58.7%、保健所設置市等の44.6%、8月では都道府県の76.1%、保健所設置市等の

64.9%が公表していた。

7 つ目に行動歴の公表状況についてである。行動歴は、1 例目では都道府県の 80.0%、保健所設置市等の 66.7%、3 月は都道府県の 88.1%、保健所設置市等の 75.4%、緊急事態宣言期間中は都道府県の 80.4%、保健所設置市等の 70.3%、8 月は都道府県の 67.4%、保健所設置市等の 63.5%が公表しており、4 月以前に比べて、感染者が増加した 8 月では行動歴を公表する自治体が減少していた。

### 3) 濃厚接触者に関する情報の公表状況

基本方針や公表基準では言及されていない濃厚接触者に関する情報については、1 例目は都道府県の 46.7%、保健所設置市等の 66.7%が公表していた。3 月は都道府県の 78.6%、保健所設置市等の 59.6%、緊急事態宣言期間中は都道府県の 84.8%、保健所設置市等の 59.5%、8 月は都道府県の 84.8%、保健所設置市等の 60.8%が濃厚接触者を公表していた。自治体から公表された濃厚接触者に関する情報は多岐に渡っていた。基本方針で示されている感染者に接触した可能性のある者に対して公衆衛生上実施している対策だけでなく、感染者の同居家族の人数・続柄・年代、濃厚接触者の行動歴や基礎疾患・症状、県内〇例目の濃厚接触者といった、家族関係や他の感染者との交流状況まで分かる詳細な情報を公表していた自治体もあった。

### 4) 感染状況と公表内容の関連の検討

各都道府県の感染状況の多寡が情報の公表状況に影響を与えているかどうかを検討するために、各都道府県の 1 週間の人口 10

万人あたりの新規陽性者数を 75 パーセントポイントで 2 群に分け、各都道府県の情報公表における各項目の公表の有無に関連があるかについて、Fisher の正確検定を行った結果を表 3 に示した。緊急事態宣言期間中では、いずれの項目においても感染状況と情報公表に有意な関連は見られなかった。8 月では、感染者の症状等を公表していた自治体の割合は、新規陽性者数が多い自治体は 54.5%であり、新規陽性者が少ない自治体 (94.3%) よりも少なかった ( $p=0.005$ )。行動歴を公表していた自治体は、新規陽性者数が多い自治体は 9.1%であり、少ない自治体 (85.7%) よりも少なかった ( $p<0.0001$ )。

## 2. 考察

COVID-19 の国内 1 例目の感染者が判明した 2020 年 1 月時点では、疾患の特徴や感染伝播の状況について明らかでない点も多くなか、都道府県及び保健所設置市等によって感染者に関する情報公表が行われてきた。本研究では、都道府県及び保健所設置市等が公表した COVID-19 の感染者に関する情報において、厚生労働省の公表基準で「公表しない」とされる項目である感染者の国籍、居住市町村、職業が公表されており、公表基準とは異なる情報公表が行われている現状を明らかにした。以下では、公表基準で「公表しない情報」の現状、基本方針の見直しの必要性、公表様式の統一および統一後の情報提供の必要性に分けて、考察を述べる。

### 1) 「公表しない情報」の現状

国籍については、2 月 27 日以前の 1 例目



と比較して 3～4 月に公表する自治体が増加したが、8 月では減少していた。2020 年 4 月からの入国制限により、渡航歴がある症例が減少したことが影響しているのかもしれない。しかし、これまで国内で COVID-19 の新たな変異ウイルスが発生すると、感染者の国籍に注目が集まり、報道されている。世界保健機関は、2021 年 5 月に、変異ウイルスに特定の地域に由来する名称をつけることによりスティグマや差別的な行動が生じたことから、変異ウイルスをギリシャ語のアルファベットを用いた名称で呼ぶことを推奨する声明を出した<sup>4)</sup>。変異ウイルスの感染拡大状況を把握するために必要な情報は、感染者の国籍ではなく、感染者のプライバシーを保護できる範囲内での渡航歴や渡航歴のある者との接触歴であることを、報道関係者や市民に十分理解してもらう必要があると考えられる。

感染者の居住市町村については、1 例目ではいずれの都道府県も公表していなかったが、8 月時点では約 8 割の都道府県が公表していた。感染者の居住地が保健所設置市等の場合、当該市区が情報公表するため、必然的に感染者の居住市区町村が公表されることになり、厚生労働省の基本方針との齟齬が生じている。居住市区町村を公表する情報として扱うのか、そもそも保健所設置市等が個別の感染者の属性等に関する情報公表を担う必要があるのかについて検討すべきである。

感染者の職業については、1 例目では、都道府県の 3 割、保健所設置市等の 9 割が公表していた。都道府県については、その後、職業を公表する自治体が増加し、3 月以降では 7～8 割が公表していた。さらに、一部

の事例では、勤務先名称や学校名が公表されていた。行政機関や企業が独自に自機関のウェブサイトや職員等の感染について情報公表している場合もあり、これらの情報が組み合わされることで、感染者が特定される可能性が高まると懸念される。公表基準では、「感染源との接触機会が多い等の場合（例：医療従事者）には公表を検討する」と示されているが、個人が特定されないように配慮が必要なことも同時に示されている。COVID-19 については、感染拡大防止に役立つ場合を除き、職業を公表する必要はないと考える。

## 2) 基本方針の見直しの必要性

COVID-19 の国内発生第 1 例目から 2 年以上が経過し、その特徴や感染経路などが明らかになっている。しかし、厚生労働省は、エボラ出血熱を念頭に作成された基本方針を参考にするよう自治体に求めた事務連絡を改定していない。COVID-19 に適した基本方針の策定は喫緊の課題と考えられる。検討すべき点としては、基本方針で「公表しない情報」

と示されている国籍・居住市区町村・職業の取り扱いに加え、クラスター発生に関する情報が挙げられる。

2020 年 7 月に発出された厚生労働省の事務連絡では、感染者に接触した可能性のある者を把握できていない場合に、不特定多数と接する場所の名称を公表することに関係者の同意が不要であることが示されている<sup>5)</sup>。感染者に接触した者を把握できていない場面でのクラスター発生時に、施設名等の場所の名称を公表することは、その場所を利用した者が適切な行動をとれるよ

うにするために必要な情報でもある。他方、既に、感染者や濃厚接触者、その家族等の個人特定や差別的言動、特定の職業や集団への偏見や差別的言動、クラスターが発生した施設への誹謗中傷などが生じた事例が報告されている<sup>6)</sup>。2021年2月に改正された新型インフルエンザ等対策特別措置法の第十三条では、国と地方公共団体が、新型インフルエンザ等に起因する差別的取扱い等の実態把握、相談支援などに取り組むことが盛り込まれた。自治体が詳細な情報を公表することにより、個人情報やプライバシーの保護を損ね、差別的取扱いを招くことにならないよう、同法改正の趣旨からも基本方針の見直しをすべきである。

### 3) 公表様式の統一および統一後の情報提供の必要性

COVID-19 が全国に感染拡大した 2020 年 8 月に行われた都道府県による情報公表では、新規陽性者が多い自治体において感染者の症状等や行動歴を公表した自治体の割合が少なかった。症状等や行動歴は、感染者への聞き取りが必要な項目であることから、感染拡大に伴い、積極的疫学調査の実施が遅れたり、中止されたりしたことなどが影響していると考えられる。

なかでも恒常的に感染者が多い一部の自治体では、感染者の発生に関する情報公表の資料は、項目欄があるものの「調査中」とのみ記載されていた。基本方針では、「同一の感染症の発生数が著しく増加した場合等の対応はこの限りではない」と示されているが、適切な情報公表が行われない場合、情報不足により市民の不安感が増したり、反対に感染リスクが認識されず適切な感染対

策が実施されなくなったりする可能性も懸念される。厳しい感染状況であっても、住民が適切な行動を取るために、当該地域の新規感染者数や検査の陽性率、接触歴不明者の割合などの集計情報など、必ず公表すべき情報について基本方針で示し、適切な情報公表が行われるように促す必要があるだろう。

なお、一部の自治体では、本研究が対象とした 2020 年 1~8 月の間に公表する項目を変更していた。自治体による公表方針は、近隣の自治体による前例や、報道機関や住民等からの詳細な情報公表の要求などによっても影響を受け、自治体による公表内容の変更につながっていると考えられる<sup>7,8)</sup>。

そこで、情報公表に用いる様式を全国で統一することを提案したい。これにより、地域の感染状況やプライバシー感覚の差異に左右されることなく一定水準の情報が公表され、住民の予防意識向上や予防行動の促進が持続することが期待される。また、報道機関や住民からの詳細な情報公開を求める要望への対応も容易になることにもつながるのではないだろうか。

さらに、COVID-19 に適した公表様式を作成した後は、報道機関や市民に丁寧な説明をし、感染者の個人情報やプライバシーを保護しつつ、感染症のまん延防止に資する情報公表のあり方について理解を得る必要があると考えられる。

### 3. 結語

都道府県及び保健所設置市等の公式ウェブサイトや公表されている COVID-19 の感染者に関する情報について調査を実施し、各自治体による情報公表にばらつきがある

こと、厚生労働省の公表基準で「公表しない」とされる感染者の国籍や居住市町村、職業が公表されていることが明らかとなった。一部の情報公表では、感染者の勤務先名称や、感染者の家族の続柄・年代・居住市町村など感染者の特定につながる可能性がある情報が公表されていた。感染者の個人情報やプライバシーを保護しつつ、感染症のまん延防止に資する情報公表のあり方について、早急に検討が必要と考えられる。

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 一類感染症が国内で発生した場合における情報の公表に係る基本方針. 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/000601059.pdf>
- 2) Yoshioka T, Maeda Y. COVID-19 stigma induced by local government and media reporting in Japan: it's time to reconsider risk communication lessons from the Fukushima Daiichi nuclear disaster. *J Epidemiol* 2020; 30: 372-373
- 3) 内閣官房 新型インフルエンザ等対策有識者会議新型コロナウイルス感染症対策分科会 偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ. 偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループこれまでの議論のとりまとめ. 2020. [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/henkensabetsu\\_houkokusyo.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/henkensabetsu_houkokusyo.pdf)
- 4) World Health Organization. WHO announces simple, easy-to-say labels for SARS-CoV-2 Variants of Interest and Concern. 2021. <https://www.who.int/news/item/31-05-2021-who-announces-simple-easy-to-say-labels-for-sars-cov-2-variant>

s-of-interest-and-concern

- 5) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症が発生した場合における情報の公表について (補足). 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/000652973.pdf>
- 6) 鈴木 英敬. 偏見・差別の実態と取組等に関する調査結果. 2021. [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/wg\\_h\\_3\\_6.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/wg_h_3_6.pdf)
- 7) 戸谷 明裕. 重症男性の情報、道が公表 日本国籍・石狩振興局管内在住・自営業 新型コロナウイルス肺炎／北海道. 朝日新聞. 2020-02-18. 朝刊 北海道総合. p. 22. 聞蔵II ビジュアル. <https://database.asahi.com/index.shtml>
- 8) 笠原 真、采沢 嘉高. 県「非公表」、勤務先が「公表」例も 新型コロナウイルス感染者個人情報／埼玉県. 朝日新聞. 2020-03-21. 朝刊 埼玉首都圏・1地方. p.23. 聞蔵II ビジュアル. <https://database.asahi.com/index.shtml>

#### D. 健康危険情報

(分担研究年度終了報告書には記入せずに、総括研究年度終了報告書にまとめて記入)

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

武藤香織. COVID-19に関する差別的言動の防止に関する取組を振り返って. 医療と社会. 32(1) 83-92 2022年

永井亜貴子、李怡然、藤澤空見子、武藤香織. 地方自治体におけるCOVID-19感染者に関する情報公表の実態: 2020年1月～8月の公表内容の分析. 日本公衆衛生雑誌. 印刷中

##### 2. 学会発表

永井亜貴子、李怡然、藤澤空見子、武藤香織. 都道府県における COVID-19 に関する情報公表の実態と課題. 第 31 回日本疫学会学術総会. 2021.1.28-29. オンライン開催

武藤香織. 新型コロナウイルス感染症対策に関わって. 第 47 回保健医療社会学会大会 講演Ⅱ. 2021/5/15

武藤香織. 新型コロナウイルス感染症対策にかかわって. 臨床実践の現象学会第 6 回大会大ラウンドテーブルディスカッション. 2021/9/18

武藤香織. COVID-19 の倫理的・法的・社会的課題. BioJapan 講演セッション: COVID-19 により顕在化した課題 -次の感染症への取組み-. 2021/10/15

武藤香織. COVID-19 とリスクコミュニケーション. 第 80 回公衆衛生学会総会メインシンポジウム 2: 新型コロナ対策 2 新型コロナと持続可能な社会の構築 リスクコミュニケーション. 2021/12/21.

武藤香織. COVID-19 対策におけるデータ活用と情報公表の課題. 第 32 回日本疫学会学術総会 シンポジウム 2: ポスト/ウィズ “コロナ” 時代の疫学—新型 “コロナ” 感染症からの教. 2022/1/27

武藤香織. COVID-19 対策と倫理的法的社会的課題 (ELSI) . 2021 年度 APRIN 全国公正研究推進会議 分科会 1 医生命科学系分科会: デジタル時代に向けた臨床研究の新しい指針への対応と患者参画の推進をめざして. 2022/2/22.

武藤香織. 医療介護従事者に対する偏見や差別的言動をめぐる課題. 日本臨床倫理学会第 9 回年次大会 シンポジウム 3: 新型コロナ禍の急性期医療現場における臨床倫理. 2022/3/20

## F. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

表1 都道府県の COVID-19 感染者に関する情報公表の状況（公表している自治体数(%)）

	公表基準における 取り扱い	1 例目 (2020/2/27 以前)		3 月 (2020/3/1～31)		緊急事態宣言期間中 (2020/4/8～30)		8 月 (2020/8/1～31)	
		自治体数	%	自治体数	%	自治体数	%	自治体数	%
		全体*		15		42		46	
国籍	公表しない情報	3	20.0	15	35.7	16	34.8	6	13.0
職業	公表しない情報**	5	33.3	30	71.4	36	78.3	35	76.1
年代	公表する情報	15	100.0	42	100.0	46	100.0	46	100.0
性別	公表する情報	15	100.0	42	100.0	46	100.0	45	97.8
渡航歴	公表する情報	9	60.0	28	66.7	17	37.0	12	26.1
発症日	公表する情報	14	93.3	39	92.9	44	95.7	40	87.0
症状等	公表する情報	14	93.3	39	92.9	44	95.7	39	84.8
接触歴	公表する情報	9	60.0	19	45.2	27	58.7	35	76.1
行動歴	公表する情報	12	80.0	37	88.1	37	80.4	31	67.4
濃厚接触者	記載なし	7	46.7	33	78.6	39	84.8	39	84.8
居住地	都道府県までを公表								
市町村		0	0.0	18	42.9	35	76.1	35	76.1
保健所管轄区域		5	33.3	14	33.3	8	17.4	4	8.7
都道府県		7	46.7	8	19.0	3	6.5	4	8.7
当該都道府県外***		0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.3
海外		3	20.0	2	4.8	0	0.0	0	0.0
非公開		0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

\*調査の対象とした各時期で新規感染者の発生がなく情報公表が行われなかった自治体、本調査実施時に当該自治体のウェブサイトにて個別の新規感染者に関する情報を掲載していなかった自治体を除く

\*\*公表基準では、「感染源との接触機会が多い等の場合（例：医療従事者）には、公表を検討する」と示されている

\*\*\*都道府県名の記載がなく、当該都道府県外であることのみ記載（例：「県外」）

表2 保健所設置市等\*の COVID-19 感染者に関する情報公表における各項目の公表状況

	公表基準における 取り扱い	1 例目 (2020/2/27 以前)		3 月 (2020/3/1～31)		緊急事態宣言期間中 (2020/4/8～30)		8 月 (2020/8/1～31)	
		自治体数	%	自治体数	%	自治体数	%	自治体数	%
全体**		9		57		74		74	
国籍	公表しない情報	3	33.3	9	15.8	15	20.3	10	13.5
職業	公表しない情報***	8	88.9	34	59.6	53	71.6	54	73.0
年代	公表する情報	8	88.9	57	100.0	74	100.0	74	100.0
性別	公表する情報	8	88.9	56	98.2	73	98.6	72	97.3
渡航歴	公表する情報	8	88.9	36	63.2	31	41.9	33	44.6
発症日	公表する情報	8	88.9	46	80.7	61	82.4	62	83.8
症状等	公表する情報	8	88.9	45	78.9	61	82.4	61	82.4
接触歴	公表する情報	4	44.4	29	50.9	33	44.6	48	64.9
行動歴	公表する情報	6	66.7	43	75.4	52	70.3	47	63.5
濃厚接触者	記載なし	6	66.7	34	59.6	44	59.5	45	60.8
居住地	都道府県までを公表								
当該市区		8	88.9	55	96.5	71	95.9	74	100
当該市区隣接区域		0	0	1	1.8	1	1.4	0	0
他の都道府県		1	11.1	1	1.8	2	2.7	0	0

\*保健所設置市等には、保健所設置市と特別区を含む

\*\*調査の対象とした各時期で新規感染者の発生がなく情報公表が行われなかった自治体、本調査実施時に当該自治体のウェブサイトにて個別の新規感染者に関する情報を掲載していなかった自治体を除く

\*\*\*公表基準では、「感染源との接触機会が多い等の場合（例：医療従事者）には、公表を検討する」と示されている

表3 各都道府県の人口10万人あたりの直近1週間のCOVID-19新規陽性者数と情報公表の関連

	緊急事態宣言期間中 (2020/4/8~4/30)					8月 (2020/8/1~8/31)				
	直近1週間の新規陽性者数				p値*	直近1週間の新規陽性者数				p値*
	少ない自治体 (0~1.6人)		多い自治体 (1.7~5.9人)			少ない自治体 (0.1~4.0人)		多い自治体 (4.1~15.3人)		
	自治体数	%	自治体数	%		自治体数	%	自治体数	%	
全体**	35		11			35		11		
国籍	14	40.0	2	18.2	0.28	4	11.4	2	18.2	0.62
職業	28	80.0	8	72.7	0.68	27	77.1	8	72.7	>0.99
渡航歴	11	31.4	6	54.5	0.28	7	20.0	5	45.5	0.12
発症日	34	97.1	10	90.9	0.43	32	91.4	8	72.7	0.14
症状等	34	97.1	10	90.9	0.43	33	94.3	6	54.5	0.005
接触歴	20	57.1	7	63.6	>0.99	26	74.3	9	81.8	>0.99
行動歴	30	85.7	7	63.6	0.19	30	85.7	1	9.1	<.0001
濃厚接触者	31	88.6	8	72.7	0.33	30	85.7	9	81.8	>0.99

\*Fisherの正確検定によるp値

\*\*調査の対象とした各時期で新規感染者の発生がなく、情報公表が行われなかった自治体を除く

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

## COVID-19対策と女性の視点

研究代表者 武藤 香織 東京大学医科学研究所 教授

研究協力者 永井 亜貴子 東京大学医科学研究所 特任助教

### 研究要旨

WHOはジェンダーに配慮したCOVID-19対策を提言していたが、本邦ではどのような状況にあったか、特に女性の感染や療養に関する取り組みを振り返る。第6波では、高齢者施設等での集団感染多発等により、新規感染者の女性比率が男性を初めて上回り、ケア労働に従事する人々と高齢女性の感染が目立った。診療では妊婦を中心に感染や重症化リスクが検討されたが、遷延症状に悩む女性が信頼できる診療と職域復帰支援の体制が必要である。今後、社会経済活動を優先する対策への転換に伴い、感染制御とケア労働の責務を負った女性の負担はさらに高まることが予想される。地域差のない迅速な相談支援体制の確立とともに、ピアサポートを通じて新たな知恵の創出と分かち合いが進むことを願う。

### A. 研究目的

表1に示すように、WHOは2020年5月19日に、「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)とジェンダー アドボカシー・ブリーフ(啓発のための短い報告)」という見解を公表し、6つの重要事項を示してジェンダー格差の課題をCOVID-19対策に包含するよう、加盟国に求めてきた<sup>1)</sup>。

本稿では、日本における感染状況、ワクチン接種、診療に限定して、ジェンダーの視点から現状と課題を振り返ることとしたい。

### B. 研究方法

女性のCOVID-19感染とその予防に着眼し、1)国内の男女別感染状況の概況、2)

政府における取り組み、3)診療ガイドラインにおける女性の視点、の3つに分けて、取り組みの状況と課題を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、既発表の論文や資料、データを対象としており、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外である。

### C. 研究結果

#### 1. 結果

##### 1) 国内の男女別感染状況の概況

日本の男女別の感染状況を振り返っておきたい。厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードでは、



2020年7月からほぼ毎週、感染動向が報告・議論されている。男女別の検討結果については、第30回アドバイザリーボード（2021年4月14日）において、初めて国立感染症研究所から資料が提供された<sup>2)</sup>。また、第52回アドバイザリーボード（2021年9月6日）において、年代別職業別の感染動向の男女比が報告された<sup>3)</sup>。

第52回の報告によれば、新規感染者の男女比では、70代以下の全ての年代で男性の割合が高いことに加え、第2波（2020年第22週）以降、継続して男性の割合が高いとのことであった。また、感染者数が減少傾向にある時期には女性の割合が上昇する傾向がみられること、医療やケア労働関係者の感染例では女性の割合が高く、概ね当該職業従事者の男女比を反映していることなどが指摘されている（ただし、必ずしも業務時間中に感染したとは限らないことに留意）。

第5波までの経験では、流行の当初は若者の感染比率が高く、流行の後半には高齢者に感染が広がり、重症・死亡患者が増加し、医療提供体制が逼迫しやすい傾向が確認できている。

2020年9月より厚生労働省が公開しているオープンデータ、男女別の新規感染者数を得ることが可能である。いわゆる第3波や第5波では、流行の立ち上がり期には特に男性比率が高く、前述した国立感染症研究所の報告の通り、新規感染者数の女性比率は概ね50%を下回って推移していることも確認できる。これらを踏まえると、20-30代の男性から近い年代の女性に感染した後、家庭内や施設内のケア労働を通じて他世代（子どもや高齢者）に感染が広がるという伝播のパターンが考えられる。

だが、第6波においては、流行当初を除けば女性比率が50%を超える傾向が見取れる。第6波は、高齢者において計2回のワクチン接種の効果が減衰していた時期と重なった。また、70-80代の感染者はほとんど高齢者施設や病院で感染している。高齢者施設等は、居宅系の施設を含めて高齢女性が多く居住し、ケア労働に従事する女性比率も高いことから、女性にとって感染リスクが高い環境であるとも言える。

## 2) 政府における取り組み

2020年9月に内閣府において「コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会」が発足し、同年11月に政府に緊急提言<sup>4)</sup>を行ったほか、全11回の会合を経て、2021年4月に報告書を取りまとめた<sup>5)</sup>。

こうした検討を経て、新型コロナウイルス感染症の拡大は男女で異なる影響があること、女性の非正規雇用労働者の減少や自殺者数の増加など女性への深刻な影響が明らかになったこと、女性への深刻な影響の根底には、平時においてジェンダー平等・男女共同参画が進んでいなかったことがあり、コロナの影響により顕在化したこと、今こそ幅広い政策分野でジェンダー視点を入れた政策立案が不可欠であることが指摘された。

女性がいかに感染リスクに対峙したかという観点について、これまでに行われた様々な調査によれば、女性は男性よりも感染防止策を実践する割合が高いという結果が出ているものの、国立感染症研究所による週ごとの感染状況の推移からは、流行の早期に一部の年齢層で男性の感染者数が先に増加し、その後、女性の感染者数の増加が見られたことが報告されている。報告書で

は、「これまで無症状あるいは軽症の割合が高い若年層への行動変容を求める啓発が重視されてきたが、男性に向けた感染予防策の啓発を積極的に行う必要があることが示唆される」と指摘している。

本研究会で行った様々なヒアリングのうち、シングルマザーの支援を行っている民間団体によるヒアリングにおいて、2020年7月の状況として、収入や勤務時間・勤務日数の減少の状況や、学校の臨時休業による影響に加え、自身の感染リスクを避けるために自発的に休職、退職したケースがあったことが報告されている。本研究会では、とりわけシングルマザーに関する経済的社会的苦境に注目が集まったが、既存の統計や社会調査ではシングルマザーの状況を十分に浮き彫りにできないことも明らかとなった。

本研究会において内閣府が実施した調査では、COVID-19 流行のもとでストレスを受けやすい(感染リスクを感じやすい、休業しにくい等) 仕事について、男女共通で、医療、介護、保育従事者についてストレスを感じやすい項目の値が特に高く、その他では「保安」「運輸・通信」、女性では「その他専門・技術系」「営業、販売系」、「サービス系」が高いことが明らかとなった。報告書では、「日本の医療・介護従事者のうち、看護師の92%、訪問介護員の78.6%、施設介護職員の70.1%は女性である。こうした人々が、高い感染リスクにさらされ続けながら、患者や利用者のケアにあたってきたことを忘れてはならない」と述べられている。また、「公的な支援や様々な形での感謝が寄せられた職種がある一方で、保育士など、感染対策の負担が増加する中でも就業

を続けた職種の人々にも目を向ける必要がある」とも指摘されている。

差別に関しては、「感染症に伴う差別的な扱いの解消に向けた取組を進めること」について、2020年11月の政府への緊急提言に盛り込んでいる。これは、新型コロナウイルス感染症対策分科会のもとで2020年7月に発足した、「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ」による同年11月の「これまでの議論のとりまとめ」において、感染リスクの高い状態に置かれている医療や介護の従事者が、院内、施設内感染などを契機に、時には家族も巻き込まれる形で誹謗中傷や差別などの被害を受けてきた事実の指摘を踏まえたものである。

### 3) 診療ガイドラインにおける女性の視点

厚生労働省は、2020年3月17日に「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き」(以下、手引き)の第1版を公表した。海外での論文やわずかな症例報告を手がかりに始まった手引きだが、定期的に情報が更新され、全国の医療機関に診療上の必要な知識を周知する指針となっている。ここでは、手引きの変遷を振り返ってみたい。

第2版(2020年5月18日)では、「イタリアからの報告によると約3割の患者で嗅覚異常または味覚異常があり、特に若年者、女性に多い」という記述が加えられている。しかし、第3版(2020年9月4日)では削除され、代わりに米国からの報告として妊娠中の女性(約8,200人)は、妊娠していない女性(約83,000人)と比べて重症化リスクが高いことが初めて追記された。

妊婦に関する記述は徐々に増えていく。

第4版(2020年12月4日)では日本のPCR検査陽性の妊産婦72人中58人(81%)が有症状であり、妊娠後期の妊婦ほど重症化しやすい傾向がみられたという報告が追記されている。第5版(2021年5月26日)では、国内のデータを根拠に妊婦の感染しやすさや、感染による胎児の先天異常発生を否定しつつ、妊娠後期の感染では早産率が高まり、患者本人も一部は重症化する旨が明記された。さらに、第6版(2021年11月2日)では、感染した妊婦の転帰に関して別のデータも追記されたほか、「日本産科婦人科学会、日本産婦人科感染症学会ではリスク因子のある方々に積極的なワクチン接種を推奨している」と明記された。

一方、妊婦以外の女性についての記述はどうか。第4版では、国内のデータとして、年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合が男女別で示され、60代以上での重症化割合の上昇とともに致死率の男女間での差異(例えば、70歳代で男性7.7%に対して女性3.4%)が掲載されている。第5.1版(2021年7月5日)では、体外式膜型人工肺(ECMO)の男性症例は女性の約4倍であること、アデノウイルスベクターSARS-CoV-2ワクチンの接種後(428日)、きわめてまれ(10万人接種あたり111名)に重篤な血栓症の発生が報告されており、女性に多いこと(約80%)が追加された。

COVID-19の遷延症状(後遺症)については、第5.1版で初めて独立した項目として設けられ、457人の回復者を対象にしたアンケートによる追跡調査の結果として、回復者のうち8.8%12カ月後も少なくとも1つ以上の症状が残っており、「特に女性、急性期に重症度が高かった患者で遷延しや

すかった」との記述が加わっている。2021年10月8日に国立国際医療研究センターが公表した資料では、女性ほど倦怠感、味覚・嗅覚障害、脱毛が出現しやすく、味覚障害が遷延しやすいと報告されている。手引きの別冊として『罹患後症状のマネジメント(暫定版)』が発行されているが、女性に対する遷延症状のケアに関する記述はまだ見られない。

本稿執筆時において最新の第7版(2022年2月28日)では、高齢が最も重要な重症化リスク因子であること、「重症化の男性は女性に比べて重症化や死亡のリスクが高い」ことが追記されたほか、妊婦の中等症・重症患者の割合の高さと、基礎疾患との関連が判明した旨も追加された。

## 2. 考察

表1に示したWHOの重要事項1では、性・年代別データを確保し検討する重要性が指摘されていたが、しかし、政府内では、内閣府の男女共同参画局と、COVID-19対策を担う厚生労働省の結核感染症課や内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室との連携を感じる機会はほとんどなく、今もなお、ジェンダー平等・公正の視点はCOVID-19対策の基盤に位置づけられていない。

加えて、2020年12月からは、伝播力の高いオミクロン株の流行に伴って潜伏期間が短くなり、1人が感染した場合にごく身近な人への二次感染を防ぐことが極めて難しくなっている。つまり、第6波では家庭や高齢者施設等での感染制御はより困難となり、感染者の女性比率が高まったとも考えられるのではないだろうか。

一方で、内閣府の研究会が指摘したよう

な、ジェンダーの視点からの感染対策は実現していない。

また、「診療の手引き」の内容を振り返ると、女性に関してはより脆弱な立場にある妊婦への対応が重視されていることが理解できる。重症者や死亡者は、依然として男性のほうが多いとはいえ、女性は男性と比べて COVID-19 の健康面での影響は少ない、という認識で留まることがないように、手引きの作成に携わる女性の専門家も増やして検討を進めて頂きたい。

今後、社会経済活動を優先する対策への転換に伴い、感染制御とケア労働の責務を負った女性の負担はさらに高まることが予想される。地域差のない迅速な相談支援体制の確立とともに、ピアサポートを通じて新たな知恵の創出と分かち合いが進むことを願う。

#### 【参考文献】

- 1) World Health Organization. Gender and COVID-19: Advocacy brief. 2020 年 5 月 19 日. [[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advocacy\\_brief-Gender-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1)]
- 2) 第 30 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード (令和 3 年 4 月 14 日) 資料 3-2② 国立感染症研究所 鈴木基先生提出 [<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000769246.pdf>]
- 3) 第 52 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード (令和 3 年 9 月 16 日) 資料 3-2 国立感染症研究所 鈴木基先生提出, pp.63-68.

4) 内閣府男女共同参画局コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会. 「コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会」緊急提言 (令和 2 年 11 月 19 日) [<https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/covid-19/siryoo/pdf/teigen.pdf>]

5) 内閣府男女共同参画局コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会. コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会報告書～誰一人取り残さないポストコロナの社会へ～ (令和 3 年 4 月 28 日) [[https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/covid-19/siryoo/pdf/post\\_honbun.pdf](https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/covid-19/siryoo/pdf/post_honbun.pdf)]

#### D. 健康危険情報

(分担研究年度終了報告書には記入せずに、総括研究年度終了報告書にまとめて記入)

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

武藤香織. 公衆衛生・医療の観点からみたジェンダー格差. 学術の動向. 印刷中

##### 2. 学会発表

なし

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表 1 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とジェンダー アドボカシー・ブリーフ (啓発のための短い報告)」における「重要事項」

<p>重要事項 1 加盟国とパートナーには、WHO のグローバルサーベイランスと国の調査指針に従って、少なくとも性別と年齢で分類された COVID-19 の確定症例と死亡者に関するデータを収集、報告、分析することが推奨される。WHO の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 技術ガイダンス“サーベイランスと症例の定義”に関するウェブページを参照。加えて、加盟国はデータのジェンダー分析を行い、COVID-19 が女性と男性に与える健康、社会的、経済的な悪影響について、質の高いジェンダー特化型研究に投資することが求められている。このような分析結果は、対応方針の微調整に活用されるべきである。</p>
<p>重要事項 2 加盟国とそのパートナーは、女性に対する暴力、特に親密なパートナーからの暴力への対応を、COVID-19 への対応の中に不可欠なサービスの一つとして含めることが奨励されており、適切なリソースを確保し、ロックダウン措置の中でサービスを利用できるようにする方法を特定することが求められている。WHO の COVID-19 と女性に対する暴力に関するガイダンスを参照。</p>
<p>重要事項 3 加盟国とそのパートナーは、性の健康とリプロダクティブ・ヘルスに関する保健サービスの利用可能性と公平なアクセスを維持し、COVID-19 への対応に不可欠な保健サービスのパッケージに含めることが奨励される。</p>
<p>重要事項 4 加盟国およびそのパートナーは、最前線の保健医療従事者と社会福祉従事者およびケア提供者が、研修、PPE およびその他の必須物品、心理社会的支援および社会的保護への平等なアクセスを確保し、これら従事者の多数を占める女性特有のニーズを反映することが推奨される。</p>
<p>重要事項 5 加盟国とそのパートナーは、COVID19 の検査や治療サービスに対する金銭的な障壁やその他の障壁を取り除き、利用時には無料にすることが奨励されている。必要不可欠な保健サービスへの公平なアクセス、安全な水や衛生設備へのアクセスは、農村部のコミュニティやインフォーマルな居住地などの条件の不利な地域で確保されなければならない。病気休暇や失業給付など、パンデミックの負の影響や不公平な社会的・経済的影響を緩和するためのセーフティネットは、封じ込め対策の一環として確保されるべきである。</p>
<p>重要事項 6 加盟国およびそのパートナーは、健康が人権の一つであることを強調し、COVID19 への緊急対応が包括的かつ非差別的であることを確保し、日常生活を規制する緊急権限の過度な使用を避けることが奨励される。そのような権力行使は決して無期限にされるべきではなく、通常的生活への復帰を促進するという観点からのみ使用されるべきである。また、加盟国は COVID-19 の対応において、スティグマや差別的慣行を特定し対抗措置をとるべきである。</p>

注：非公式日本語訳 (2020 年 7 月 10 日)より筆者が抜粋して引用・作成

[[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/G43\\_20200514\\_JA\\_Gender.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/G43_20200514_JA_Gender.pdf)]

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19とデジタル技術

研究分担者 藤田 卓仙 慶應義塾大学医学部 特任准教授

研究要旨

海外の人との往来や大規模イベント再開等に伴うデジタル技術としての、「デジタル陰性証明」「健康パスポート」「ワクチンパスポート」に関する国内外の課題等の整理を行った。COVID-19業種別ガイドラインに関する自然言語処理等による分析を行い、その成果を取りまとめた。また、デジタル関連技術に対する人々の態度に関してアンケート調査を実施した。デジタル技術の利用に際しては、アプリの相互運用性に関する課題等がある。また、感染症対策におけるデジタル関連技術の受容に関しては、技術自体への理解が不十分であること、プライバシー等に関する事前の不安や政府などへの不信感の影響が大きいことなどが示唆された。

A. 研究目的

デジタル技術班として、接触確認アプリの導入と活用の状況や課題に関して、ドイツや韓国等との比較を行うほか、海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術のグローバルな利活用に伴う課題等を検討する。特に、日本のコロナ対策に関しては「デジタル敗戦」であったとも評されており、その実態に関する分析を行うとともに、今後の感染症対策に役立てる。

(倫理面への配慮)

基本的に倫理審査委員会の承認を要さない内容での研究の実施としている。また、ワークショップ開催時や、今後のアンケート実施に際しては、個人情報収集せず、参加者・回答者への参加協力に伴う心理的負担等に対する配慮を最大限に行っている。

B. 研究方法

日本、ドイツ、韓国、シンガポール等の接触確認アプリの導入・活用状況に関して、文献調査・インタビュー調査を行った。

海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術としての、「デジタル陰性証明」「健康パスポート」「ワクチンパスポート」の取り組みに関して文献調査・インタビュー調査を行うとともに、一般の意見を聴取するために、ワークショップを開催した。

COCOAの推奨状況等のデジタル技術の利用推奨状況等も含めて、業種別ガイドラインに関する(自然言語処理等による)分析を行った。

また、これらデジタル関連技術に対する人々の態度に関してオンラインでのアンケート調査を実施した。

C. 研究結果

1. 接触確認アプリの導入・活用状況に関して

日本の接触確認アプリ COCOA に関しては、2021年2月3日にAndroid端末にて本アプリをご利用の場合に、陽性者との接触について、通知を行っていないことが判明する等、大きな不具合が本研究期間内に問題となり、厚生労働省「COCOA不具合調査・再発防止策検討チーム」による調査分析が進められた(4月16日に報告書公開)。日本の状況に関しては、この報告書での内容も含めて、検討を行った。

また、ドイツ、韓国、シンガポールを中心に、接触確認アプリの導入・活用状況の調査を行い、その他、関連技術と、その導入の課題等の整理を行った。

日本では、プライバシーへの配慮を重視し、収集する情報を最小限にするとともに

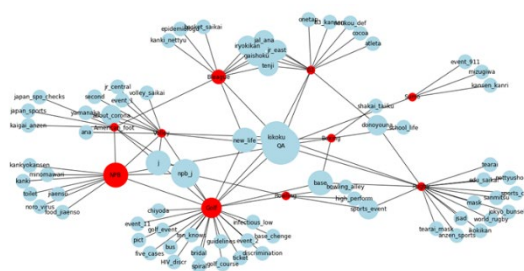
に、本院への同意を取得する方針で開発、運用がなされた。一方で、韓国のように立法化をした上で、保健当局が情報を取得している国の他、位置情報まで含めて利用することで行動制限を強めるということをしている国もある。シンガポールでは、収集した情報を事前の同意の範囲を超えて、警察が捜査に利用するという方針が示され、問題視される等、こうした情報/技術の取り扱いに関しては、各国で模索している状況であった。その後、感染症の流行状況の変化とともに、ワクチン接種が進む中で、QRコードを用いた入場情報の取得や、3に後述するデジタル陰性証明書やワクチン接種証明書に関するアプリとの統合が各国において行われている。より多角的な情報を統一のアプリで用いることができるのは本人にとっての利便性が高く、感染症対策にも資する一方で、プライバシー等の懸念も存在する。また、複数国でこうしたアプリを開発する結果、相互運用性が担保されない点も課題である。これら接触確認アプリの国際動向に関しては、情報処理学会論文誌にて報告を行った。

## 2. 新型コロナ対策の業種別ガイドラインに関する分析

内閣官房は、新型コロナ感染症対策のホームページ (<https://corona.go.jp/>) にて、業種ごとの感染拡大予防ガイドライン一覧を示している。業種別ガイドラインは200業種にも及ぶ。それらの中身の適切性や利便性の評価を行い、各業種において、実際に営業を行うに際しての活用可能性の評価を目指すと同時に、デジタル技術（主にCOCOA）の推奨状況の把握し、また、デジタル技術によるガイドラインの活用可能性の向上ができないか検討を行った。

国が提供している一覧はPDFファイルで、元のガイドラインへのリンクを示しているのみであるため、業種別ガイドラインそれぞれの本文を機械可読な状態で収集した上で、自然言語処理等の技術を用いて分析を行った。また、ガイドラインに対する評価を負担少なく行えるような自動化の手法や、他のガイドラインとの文書比較の実施手法検討を行った。並行して、ガイドライン作成に関与した有識者や、作成を行った業界団体へのインタビュー調査を行い、運用上の課題等の抽出を行った。

これらの分析の結果、業種別ガイドラインの更新頻度や内容に関してばらつきがあること、共通の参照元が存在することから、更新に際して効率化がなされうること等がわかった。これらの結果の詳細に関しては医療情報学会等にて報告を行った。



新型コロナ対策の業種別ガイドラインの引用関係

## 3. 海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術に関して

海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術として、2020年から「コモンパス」やIATAによるトラベルパス等、複数の健康パスポートが開発、試験運用開始がなされている。また、ワクチン接種の広がりとともに、ワクチン接種履歴を提示するワクチンパスポートの動きも世界で出てきている。これらの状況を整理するとともに、倫理的・法的・社会的課題の検討を行った。

EUでは、2021年7月1日からEU Digital COVID Certificates (DCC) という統一の規格を導入され、国連系の機関であるICAOはVisible Digital Seal (VDS) -NCという規格を示し、WHOからもワクチン接種証明等に関するガイダンスは示されたものの、インドや中国など独自のワクチンパスポートが運用されている。日本においても、2021年12月にデジタル庁によるワクチン接種証明書アプリが作成された。一方で、ワクチンパスポートとして、ワクチン・検査パッケージの制度が（必ずしもデジタルによらない形で）デジタル庁の取り組みより先行して始まり、各都道府県や事業者でアプリが乱立するような事態が生じた。国際的な接触確認・追跡アプリや、コロナ関連健康状態証明書と同様に一定の標準化を進めるとともに、アプリ間の相互運用性の担保が求められる。また、国際的なデータ流通の観点からは、米国やカナダで採用されており、デジタル庁のアプリでも用いられているSMART Health Cardは注目に値する。本人によるデータ管理、偽造防止性を含めたデータの真正性の担保、エビデンスに基づく政策立案、相互運用性の担保といった原則を担保できるようなアプリ利用が求められる。

また、市民によるこうした情報技術（健康証明パスポート）への受容状況や課題の把握のため、対話ツールを作成し、2021年2月19日（金）に、市民参加型ワークショップ「ちょっと未来のヒトの移動 ～ 続 感染症対策に使われる情報技術～」を



大阪大学社会技術共創研究センター (ELSI センター) 等によりオンラインで開催した。

ワークショップには各地から 16 名の参加が得られ、「健康証明パスポート」が使われることで、不利益を被る人が出ないような設計が必要等の意見があった。

(ワークショップの詳細報告に関しては、<http://stips.jp/20210219/> にて公開している)



健康証明パスポートに関する対話ツール (表紙)

#### 4. デジタル関連技術に対する人々の態度に関する調査

デジタル関連技術に対する人々の態度 (Well-being への影響) に関するウェブアンケート調査を 2021 年 5 月に実施し、1573 名の回答を得た。

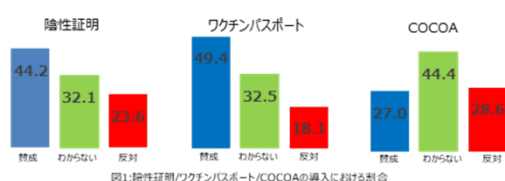


図1: 陰性証明/ワクチンパスポート/COCOAの導入における割合

陰性証明書・ワクチンパスポート・COCOA の利用に対し、賛成・反対・わからないという選択肢で、わからないと答えている人が 3 割以上おり、特にすでに運用されている COCOA に関してはわからないという答えが 44.4% あったという結果は、情報提供のあり方に問題があることを示唆している。その他、調査の結果に関しては、公衆衛生学会等にて報告を行った。

#### D. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括

研究報告書にまとめて記入)

#### E. 研究発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

##### 1. 論文発表

- ・奥村貴史, 藤田卓仙, 米村滋人. 携帯電話の位置・接触情報を用いた感染リスク管理の歴史・現状と課題利用統計. 情報処理学会論文誌, 63(5): 1225-1233. 2022 年
- ・藤田卓仙. 第四次産業革命時代のデータヘルスの法政策に関する課題. 日本未病学会雑誌, 27(2). 2022 年
- ・藤田卓仙. COVID-19 を含む感染症対策のための IT 活用 (コロナと共に生きる世界・社会と法) — (小特集 感染症対策の法と医療: 新型コロナ問題の背景は何か). 法律時報, 93(3): 74-77. 2021 年

##### 2. 学会発表

(招待講演)

- ・Takanori FUJITA (2021) 「COVID-19 Vaccination Certificate Trends in Japan」『The 5th Korean Parliamentary Forum on Global Health 2021』オンライン (国際)
- ・Michikazu KOSHIBA, Yoko URYUHARA, Ken OSAKA, Shigeru OMI, Nahoko SHINDO, Shumpei TAKEMORI, Kazutoshi NAKASHIMA, Hiroshi NISHIURA, Ryosuke HARADA, Takanori FUJITA, Hideo MAEDA, Kuniaki MIYAKE, Mitsuru MIYATA, Kaori MUTO, Yasuhide YAMADA, Shoji WATANABE (2021) 「Utilizing ICT and bigdata」『第 8 回日経・FT 感染症会議』オンライン (国際)
- ・藤田卓仙 (2020) 「COVID-19 を契機とした PHR・データ利活用の未来」『第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会)』オンライン+アクティビティ (国内)

(口頭発表)

- ・伊藤龍, 青山龍平, 山岸陽助, 藤田卓仙 (2021) 「COVID-19 業種別ガイドラインに学ぶガイドライン運用のあり方」『第 80 回日本公衆衛生学会総会』オンライン+東京 (国内)
- ・藤田卓仙, 荻島創一, 板倉陽一郎, 福田雅樹, 横野恵 (2021) 「パーソナルデータに関する規制の変化と医療情報への影響」『第 41 回医療情報学連合大会』オンライン+名古屋 (国内)
- ・吉村道孝, 志賀希子, 永田貴子, 北沢桃



子、藤田卓仙 (2021) 「コロナ禍における主観的健康観に関する全国調査」『第 28 回日本未病学会学術総会』大阪 (国内)

- ・藤田卓仙、大越裕文、中島直樹、吉峯耕平 (2021) 「PHR としての COVID-19 関連情報の利用」『第 41 回医療情報学連合大会』オンライン+名古屋 (国内)
- ・Michitaka Yoshimura, Kiko Shiga, Momoko Kitazawa, Sayaka Hanashiro, Takako Nagata, Takanori Fujita (2021) 「Nationwide survey of new corona vaccination factors in Japan」『第 60 回台湾心理学会』オンライン (国際)
- ・藤田卓仙 (2020) 「ココアとハーシス」『情報ネットワーク法学会』オンライン (国内)
- ・藤田卓仙 (2020) 「感染症対策目的での医療情報の取り扱いと法倫理：COVID-19 対策から見た課題」『第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会)』オンライン+アクトシティ浜松 (国内)
- ・藤田卓仙 (2020) 「個人情報保護法改正の動向と医療情報」『第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会)』オンライン+アクトシティ浜松 (国内)

(ポスター発表)

- ・志賀希子、吉村道孝、北沢桃子、藤田卓仙 (2021) 「新型コロナワクチン接種意思に関連する要因の全国調査」『第 80 回日本公衆衛生学会総会』オンライン+東京 (国内)
- ・藤田卓仙、志賀希子、吉村道孝、北沢桃子 (2021) 「新型コロナウイルス感染症に関連する携帯電話関連技術を用いた対策に

ついての全国調査」『第 80 回日本公衆衛生学会総会』オンライン+東京 (国内)

- ・青山龍平、山岸陽助、藤田卓仙 (2021) 「自然言語処理解析で見る COVID-19 業種別ガイドラインの現状」『第 41 回医療情報学連合大会』オンライン+名古屋 (国内)
- ・Momoko Kitazawa, Michitaka Yoshimura, Kiko Shiga, Takako Nagata, Sayaka Hanashiro, Takanori Fujita (2021) 「Nationwide survey of new corona vaccination factors in Japan」『第 60 回台湾心理学会』オンライン (国際)
- ・志賀希子、北沢桃子、藤田卓仙、吉村道孝 (2021) 「コロナ禍における日本人の幸福感」『日本心理学会第 85 回大会』オンライン (国内)
- ・藤田卓仙 (2020) 「個人情報保護法改正の動向と医療情報」『第 40 回医療情報学連合大会 (第 21 回日本医療情報学会学術大会)』オンライン+アクトシティ浜松 (国内)

#### F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

**COVID-19と患者・市民参画**

研究分担者 東島 仁 千葉大学大学院国際学術研究院 准教授  
研究代表者 武藤 香織 東京大学医科学研究所 教授  
研究協力者 さくまりか 認定特定非営利活動法人 (NPO)  
健康と病いの語りディペックス・ジャパン

研究要旨

COVID-19 対策は患者・市民と不可分である。本研究は英語圏の国々を中心に、COVID-19 対策に患者・市民の参画がどのように位置づけられ、実践されているのかを把握し、今後の国内対策に資する知見を得ることを目的とした。COVID-19 対策の諸局面で対策の実効性を高め、また新たな問題を生まず既存の問題を深化させないために、程度の差はあれ、特に脆弱性の強い人々を対象とするリスクコミュニケーション並びに公衆衛生対策の患者市民参画はきわめて重視されていた。国内においても今後を見据えた体制整備が強く望まれる。

**A. 研究目的**

パンデミック対策に患者、市民の視点や経験を生かすことの重要さは、過去の感染症パンデミックから明らかである。たとえば 2020 年 3 月、世界保健機関(WHO)は「リスクコミュニケーション及び地域社会の積極的関与の準備とコロナウイルス(COVID-19)疾患への対応 暫定ガイダンス」において、地域コミュニティの積極的な関与の重

要さを指摘している (World Health Organization 2020A; (邦訳) 日本リスク学会 リスクコミュニケーションタスクグループ 2020)。

そこで本研究では、COVID-19 対策において患者や市民の視点を踏まえる「患者・市民参画」が、なぜどのように位置づけられ、実践されているのかについて、当該領域の実践が多く行われることが予想される英語

圏中心に調査し、日本の今後の対策への示唆的な知見を得ることを目指した。

また、COVID-19 感染者の体験談を体系的に収集し、その知見を同じ立場に置かれた人々や今後の対策、さらに学術研究に生かすため、「新型コロナウイルス感染症の語りデータベース」構築を目指した。

このとき患者・市民参画の定義は、「研究を含む、COVID-19 対策全般の立案、実施、評価の過程において、患者・市民と、立案・実施に携わる人々（政策担当者、研究者を含む）の間に何らかの協働が行われること、少なくとも患者・市民の意見や視点、経験を検討、吟味する過程が存在すること」とし、そのような過程の存在が明示されていることを調査基準とした。この定義は、地域社会やコミュニティの人々の意見や視点を検討する過程を重視するコミュニティエンゲージメント（community engagement）と、COVID-19 対策に不可欠な、当該疾患の研究開発における患者・市民参画(patient and public involvement/engagement)の考え方を包含する。参考にしたコミュニティエンゲージメントと研究における患者市民参画の定義を下に示す。

**コミュニティエンゲージメント:** コミュニティエンゲージメントは、公衆衛生対策や街づくり、リスクコミュニケーションや研究開発の文脈など数多くの領域で重視される考え方である。本研究では、米国で COVID-19 を含む各種の疾患対策を行ってきた米国疾病予防管理センター(CDC)の「健康や福祉に影響する問題について、地理的に近い人々あるいは利害や境遇が類似する人々が協働して活動するプロセス

(CDC 2011)」、そして WHO の連携機関で、コミュニティエンゲージメントに長年注力するユニセフが 2020 年にまとめた「人々の生活に影響する課題に取り組むにあたって、伝統的なコミュニティ、市民社会、政府、特定の意見を持つ人々の集団やオピニオンリーダーと協働し、集合的または集団としての役割を拡大させるための基盤となる行為」という定義を参考にした(UNICEF, 2020)。

これらの定義から分かるように、コミュニティとは居住地域等に限定されず、年齢やジェンダー、子どもであることということ、疾患の有無や使用言語、職業など、COVID-19 対策において何らかの脆弱性が高い属性を共通して有する人々を総称することに注意されたい。以降、本報告書においてコミュニティという語を使用する場合も同様である。

**研究への患者・市民参画:** 研究への患者・市民参画や類する活動は、英国や欧州、米国等多くの地域で重要さが認識され、理念・方法論の検討と実践が進む。細かな目的は多岐にわたるが、大まかには研究開発の科学的、倫理的、社会的妥当性の向上を狙いとする。COVID-19 のような新興感染症パンデミックに関わる研究開発は既存のエビデンスの蓄積に乏しく、既存の格差拡大に繋がる可能性も高いため、患者・市民の経験が極めて重要な役割を果たす可能性が高い。

本研究では、「市民について、あるいは市民のために行う研究ではなく、市民とともに、または市民によって研究を進めること」という英国発の定義(The UK Public

Involvement Standards Development Partnership group 2019)と、「医学研究・臨床試験プロセスの一環として、研究者が患者・市民の知見を参考にすること」という日本医療研究開発機構(AMED)の定義を参考にした(日本医療研究開発機構2019)。なお英国は、医療現場並びに生命医科学研究における患者・市民参画の意義を早くから認めて、研究への患者・市民参画を理論と実践の両面から支えており、その影響は英国内に留まらない。またAMEDは、国内の研究における患者・市民参画の動きを主導してきた組織である。

## B. 研究方法

患者・市民参画や協働を推進する組織や団体、Covid-19対策を司る組織がウェブ上で発信する情報を中心に、英語の政策文書やウェブサイト上の記述、報道記事、学術論文等を収集して内容を精査した。検索語には主にCOVID-19とinvolvement、engagement、consultation、partnership、collaboration、participation、participatory、community-led、co-production、inclusive、group response等の単語を用いたが、必要に応じて他の単語やフレーズも用いた。検索時期は2020年8月から2021年12月までとした。

(倫理面への配慮)

各組織が発表・公開した情報の調査であり、特段の配慮は必要ないと考える。

## C. 研究結果

全体動向

COVID-19対策では、特に疾患情報や予

防対策を扱うリスクコミュニケーションの領域において患者・市民参画が極めて重視され、WHO等の国際機関や連携機関、米国CDC等によって度重なる啓発、ガイドラインや教材のオンライン公開が行われている。ガイドラインや教材は、特に社会的な脆弱性の高いコミュニティの参画を実効力ある形で実施することを重視したものが多く、実践例もそれに準ずる。主導する機関は、米国衛生研究所(NIH)等の研究助成を行っている機関<sup>1</sup>から、大学等の研究機関や各種コンソーシアム、地方自治体<sup>2,3,4</sup>、政府系機関<sup>5,6,7</sup>など様々である。

COVID-19を巡る研究開発における患者市民参画も、英国や米国を中心に重視され特に英国では英国国立衛生研究所(NIHR)や関連機関が、プロジェクトと参画する人々のマッチングサービス等やガイドライン公表を行う等組織的な支援を行っている。アカデミアと連携するプロジェクトも豊富である。

リスクコミュニケーションや研究開発以外の文脈でも、COVID-19対策が社会の各層に種々の影響を与えることを念頭に、多様な人々の意見や視点を考慮する取り組みやガイドラインが地方自治体レベルから国レベルまで、特にオーストラリア<sup>8,9,10</sup>やカナダ<sup>11,12</sup>、英国<sup>13,14</sup>、欧州<sup>15</sup>、米国<sup>16,17</sup>を中心に見られた。COVID-19対策の一環として、患者市民参画を実施することをガイドライン上に明記したカナダのような国<sup>18,19</sup>もあるが、オーストラリアや米国のように、もともとパブリックコメントで先住民等の意見を聞く制度が存在する場合もある。

その他、患者市民参画の研究者が豊富で制度化も進む英国では、上記すべてを包括

的に視野に入れ、患者・市民参画を中心に据えた COVID-19 対策のプロジェクト<sup>20,21</sup>が複数立ち上がっている。実践例の評価・検討も進み、2021 年には 2 冊組の書籍も出版されている<sup>22,23</sup>。カナダやスイス、オーストラリアや日本等において COVID-19 を巡る公衆衛生上の危機に際し、患者市民の体験談を未来に生かすことを目指す DIPEX International 関係のプロジェクトの活動も注目すべきところであろう。

以下では、1. リスクコミュニケーション並びに 2. 研究開発における患者市民参画の動向を示し、双方で重要視される 3. 人々の脆弱性について改めて解説する。それらを踏まえ、国内における今後の患者・市民参画のあり方と今後の対策を考察する。

#### 1. リスクコミュニケーションにおける患者・市民参画

リスクコミュニケーションの定義は多様だが、本報告では COVID-19 に関するリスクコミュニケーション活動を支える WHO が 2018 年に出した「リアルタイムでの情報や助言、意見の交換を専門家や行政と様々なリスク（ハザード）の脅威に直面する人々の間で行うこと。ここでのリスクには、生存、健康、経済的社会的に良好な状態などが含まれる。」という公衆衛生対策における定義を採用する。このとき、リスクコミュニケーションの目的は「リスクにさらされている全ての人々が病気の流行などの脅威の影響を軽減できるような、説明を受けたうえでの意思決定ができ、能動的に予防的な行動がとれるようになることである」とされる。

リスクコミュニケーションは緊急事態、

平常時、回復期に分けて考えられることが多いが、COVID-19 のリスクコミュニケーションにおける患者・市民参画は、パンデミック初期の段階における危機・緊急事態 (crisis and emergency) の段階から必要性が強調され、WHO 等の国際機関が「COVID-19 Global Risk Communication and Community Engagement Strategy – interim guidance」等のガイダンスや声明を公表している (World Health Organization 2020A; World Health Organization 2020B)。このような動きは、患者・市民との連携が、COVID-19 対策が効果的に機能し、既存の問題を深化させず、新たな問題を引き起こさず円滑に実施される上で不可欠であるという、過去のパンデミック経験から得られた教訓を土台とする。現場のニーズや視点を踏まえた方策をとり、また既存のネットワークや人的資源を生かすことで、一つ一つの対策の効果を高め、特定の属性を共有する人々、コミュニティが COVID-19 対策から取りこぼされないために必要な過程とみなされているとよいだろう。

たとえば米国では、米国 NIH 傘下に Community Engagement Alliance against Covid-19 Disparities (CEAL)<sup>1</sup>が設立され、特に脆弱性が高い人々を対象に、当該集団の人々と連携しながらコミュニケーション戦略を実施し、より必要性が高くニーズに沿った情報を届けることを目指す取組などが行われている。当該アライアンスの大きな狙いは、いわゆるマイノリティ、アフリカンアメリカン、ヒスパニックやラティーノ、アメリカインディアンやアラスカの先住民の方々と協働することでワクチン接種等の

公衆衛生対策の効果を向上させること、そして COVID-19 ワクチンの臨床研究への協力率を高めることである。特定の属性を共有する人々による臨床研究への協力率が低い場合、開発されたワクチンや治療方法の有効性が、当該属性の人々に関して下がってしまう可能性にもつながる。そのため、このような多様な人々の協力を取り付ける姿勢は、社会的に排除されがちな人々に治療やワクチンが届きやすくする、構造的な格差解消を目指す取り組みでもある。

リスクコミュニケーションと、そこにおける患者市民参画は、疾患情報がある程度蓄積された段階でも変わらず重視される。コミュニティのニーズや状況を適切にアセスメントする形の参画から、パートナーと協働してコミュニケーションを行う形まで多岐にわたる参画の必要性が強調され、具体的なガイドライン文書が発表されている。たとえば米国科学アカデミーは、情報が錯綜する状況におけるワクチンへの信頼構築に向けた患者市民参画の重要性を指摘し、米国国立科学財団とスローン財団が協働して作成したエンゲージメント戦略やコミュニケーション戦略を発表している<sup>24,25</sup>。

なお WHO と米国 CDC の両組織は、COVID-19 のリスクコミュニケーションに関わる各種のマニュアル、トレーニングや利用可能な素材をウェブ上で数多く提供しており、患者市民参画に該当する箇所が随所にみられる。たとえば米国 CDC では、ワクチン接種率が低いコミュニティを主眼とするコミュニティアセスメントのガイド<sup>26</sup>を公表し、ワクチンに関する取り組みを実施する際の協働の重要さとコミュニティの構造やニーズを把握する具体的な方法を分

かりやすく説明している。またワクチンの社会受容性や信頼性向上を目指す WHO と UNICEF は「**Conducting community engagement for COVID-19 vaccines**」というガイダンスを発表している (UNICEF and World Health Organization 2021)。

COVID-19 パンデミックに際しては、妥当で正確かつタイムリーな情報に人々がアクセスすることが困難なインフォデミック (infodemic) 状況が国際的に問題視され、その対策においても患者・市民参画は重視される。特にワクチンを巡るインフォデミックは懸念されるどころであり、人々の意見を参考にする水準から具体的なパートナーシップを目指す試みまで多様かつ具体的な取り組みが世界のあちこちに見られる。たとえば WHO 系では、若い世代の意見を取り入れることを目指す **EPI-WIN Youth Engagement**<sup>27</sup>が組織されたり、ワクチンや COVID-19 に関するインターネット上のコメントを収集して AI の解析結果から人々の興味関心を探る試みがインフォデミック対策チームによって試行されている<sup>28</sup>。

ワクチン以外の話題に関しても、インフォデミック対策における患者市民参画は重視されている。たとえば WHO が発表したインフォデミック対策マニュアルでは、各対策で照準を合わせる集団に属する人々と連携することの重要性が強調される (World Health Organization 2021)。また、米国 CDC では、そのようなコミュニケーション活動の有効性を確保するために、想定する受け取り手を具体的に知ること、想像に頼らないことの重要性を強調し、文献等で情報が入手できない場合にはコミュニティの声を聴くようウェブ上のガイドに明記

し、具体的な手順マニュアル<sup>29</sup>を公開している。多様なコミュニティに属する人々の意見を踏まえ、協働して取組を進めるための簡易ツールには、COVID-19 対策に特化したものではないが、たとえば国際赤十字・赤新月社連盟による Tool 15 Feedback Starter-kit<sup>30</sup>がある。

## 2. 研究開発における患者・市民参画

患者市民参画が重視される文脈は、リスクコミュニケーションを介した感染対策に限定されない。すでに述べたように、現在進行形のパンデミック対策は当該疾患の研究開発と並行して進められる。その際の研究への患者・市民参画は、科学的、倫理的、社会的妥当性が高い研究開発を実施する上で不可欠であり、本研究でも英国や米国を中心に、多様な形態の参画を活性化または支援する取り組みが見られた。

たとえば米国 NIH では、COVID-19 関連の研究開発における戦略目標<sup>31</sup>の中で患者市民参画的な活動の重要性を明記する。WHO の Task Force on Good Participatory Practices in Emerging Pathogens では、COVID-19 関連の臨床研究における種々のアドバイザリーボードのあり方情報を提供している<sup>32</sup>。

また英国では、従来行われてきた生命医学等の領域における研究への患者・市民参画を停滞させない取組や支援と併せて、英国国民保健サービス(NHS)、英国 NIHR や Health Research Authority が中心となり、COVID-19 下における患者市民参画を推進するための包括的な支援を行ってきた。具体的には、1) COVID-19 研究とその他の研究助成プログラムや活動に働きかけ、

必要に応じて手法やアプローチの調整の支援を行う等、効果的な参画・参加・エンゲージメントを促進するためのサポートを提供すること、2) COVID-19 パンデミックが業務に及ぼしうる影響に備え、市民と患者とともに事前に計画を立て、万が一の事態の対応とリスク管理の方法を検討すること、3) 政府と組織の指針を尊重しつつ、個人・グループ・コミュニティのニーズや懸念を理解し、それに対応できる柔軟かつ多様な効果的な患者市民参画並びに関与を深める活動を共同開発すること、4) 効果的な患者市民参画並びに関与を深める活動を促進し、システム全体の障害の特定と対処をサポートするために、スキル、ノウハウ、アイデアとリソースを自由かつタイムリーに共有すること、5) 遠隔地での参加やデジタルツールの利用など、柔軟かつ多様な患者市民参画並びに関与を深める活動を実践するための支援ニーズを同定・評価し、これらのニーズに対応するために協働すること等、計 8 項目からなる「COVID-19 パンデミック下の市民参画・参加とエンゲージメントに対する英国 NIHR の共同コミットメント」<sup>33</sup>を定め、それぞれの項目に対応するサービスや活動を実施している。

たとえば COVID-19 研究におけるシステムティックなエビデンスのレビューを補うものとして患者や元患者の体験談を位置付けたウェブ情報<sup>34</sup>を公開すること、患者市民参画の実現に向けた助言を行うこと、プロジェクトと人材のマッチングサービスを実施すること、ノウハウやガイド文書を提供すること等である。ノウハウ提供の例として、NIHR 傘下の Research Design Service South Central が出した「COVID-

19 流行下で患者・市民参画を行うコツ (Top tips for carrying out PPI activities during COVID-19)」<sup>35</sup>の仮訳を添付した (添付 1)。COVID-19 パンデミックによっていったんは急落した研究への患者市民参画率を 80%程度まで上げる等、これらの対策は一定の効果を上げているようである。詳細は当該支援に関する報告書「Public involvement in a pandemic: Lessons from the UK COVID-19 public involvement matching service」<sup>36</sup>に詳しい。

2022 年 3 月には、NIHR と Health Research Authority、Medicines and Healthcare products Regulatory Agency や多数の関連組織も加わって、患者市民参画をヘルスリサーチとソーシャルケア領域の研究開発全般における患者市民参画を重視する意向を改めて打ち出している<sup>37</sup>。

### 3. 人々の脆弱性

これまで述べてきたように、患者市民参画は、意見聴取から協働に至るまで程度や方法の差はあれ、COVID-19 対策や関連する研究開発の科学的、社会的、倫理的妥当性の向上に不可欠の過程と位置付けられている。以降では、リスクコミュニケーションや公衆衛生対策、研究開発の文脈を問わず、患者・市民参画を実施する際に慎重に配慮する必要性が繰り返し指摘される脆弱性概念について解説する。

脆弱性が高い人々とは、たとえば障害を有したり社会経済的に弱い立場にある人々など、何らかの理由で COVID-19 パンデミックから深刻な影響を受けやすい属性を共通に有し、公的サービスや医療、関連情報へのアクセスの点で不利が見られるような

人々を指す。そのような属性は、状況に応じて変わりうるので注意が必要である。

彼らにもたらされうる被害の範囲は、感染拡大や死亡率の悪化に限定されず、差別や偏見拡大、新たなスティグマの発生、家庭内暴力の拡大など様々であり、既に社会の中に存在する被害を拡大する場合も多く含まれる。参考までに公衆衛生上の危機に関連するリスクコミュニケーション対策において、どのような人々が、どのような点で脆弱性が高く、どのような対策への参画が望ましく、また、どのような配慮が必要なのかが簡潔にまとめられた「COVID-19: 社会的弱者と周縁化された人々を包摂するリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント (RCCE) の進め方」と、当該文書を補う内容が追加されたアップデート版の仮訳 (添付 2、3) を添付した。これらは過去の感染症対策の経験を踏まえて、WHO、IFRC、OCHA による「アジア太平洋地域における COVID-19 の準備と対応に関するリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメントのワーキンググループ」を代表して、国連女性機関と国境なき翻訳者団 *Translators without Borders* が作成したものである。

研究開発の文脈における「人々の脆弱さへの配慮」は、しばしば研究協力者 (被験者) 保護の観点から注目される。ただし先述の格差解消という観点そして研究情報の社会とのコミュニケーションの観点からも、人々の脆弱さへの配慮は不可欠である。たとえばカナダ王立協会の分科会メンバーの声明「Let's Do Better: Public Representations of COVID-19 Science」で「研究者並びに研究コミュニティは、研究



が、それぞれの個人やコミュニティ、集団に害をなすかたちで解釈される可能性への十分な配慮が求められる。たとえばスティグマやレイシズム、たたき行為などにつながることに留意すべきである。そのためコミュニケーションに際しては、研究の全過程にわたる研究参加者とのパートナーシップのもとに進めるべきである」と注意を促している(Caulfield T et al 2021)。当該声明は、COVID-19 の科学についてコミュニケーションする際、それらの活動を担う人々（政府、研究助成機関、大学、メディア、研究コミュニティ）が留意すべき 10 の事項をまとめたものである。

#### 4. 課題

COVID-19 のパンデミックに際し、公衆衛生対策並びにリスクコミュニケーション、研究開発のいずれの文脈でも、患者市民参画を実践することの重要さは、国際機関並びに国際的に影響力を有する機関のガイドライン等で強調されていた。そして円滑な実施に向けて豊富な資料やオンライン講座が比較的迅速に（英語で）公表、更新された。特に公衆衛生対策並びにリスクコミュニケーションにおける患者市民参画は、重要さの強調が目立つ領域である。裏を返せば、過去の知見が示す患者市民参画の重要さに比して、円滑な実施ができるように制度化された国や地域が少なく、実践されない、または実践が難しい可能性が危惧されたためであろう。日本の場合も、円滑な実践例は少なくともウェブ情報を見る限りきわめて少なかった。

国内の COVID-19 対策、特に公衆衛生対策や関連するリスクコミュニケーション、

研究開発に患者・市民が参画する過程を取り入れる際の最大の障壁は、患者市民参画の意義や理念が関連する人々や組織に知られておらず、迅速かつ持続的な実施を可能にする組織体制が迅速に構築されづらい、もしくは存在しないことであろう。特にリスクコミュニケーションについては、患者市民参画の過程を取り入れるべきとされるリスクコミュニケーション自体が、パンデミック時に円滑かつ持続的に実施される体制が未整備なように思われる。リスクコミュニケーションに関して日本では、文部科学省や系列機関における検討や知見の蓄積がある。だが、これまでの COVID-19 対策に、特に制度面では十分には生かされておらず、非常時に、特に公衆衛生対策の現場においてリスクコミュニケーションが無理なく円滑に実施される仕組みは、全体としては形成されていないようである。今回のパンデミックのような非常時に、そのような活動を迅速かつ持続的に行うことを可能とする組織体制、そして種々の対策現場で働く人々が、リスクコミュニケーションや患者市民参画を迅速かつ円滑に実施できるような素地を有する仕組みの整備が必要だろう。たとえば、脆弱性が高い人々を対象に実践を行う場合、状況に応じて、脆弱さを有する人々あるいは、それらの人々と何らかのつながりを有する人々を特定し、脆弱性に合わせたきめ細かな対応を行う（場合によっては継続する）必要がある。そのような活動を可能とする人的な余裕、そのような活動を下支えする組織的な文化が醸成されている必要があるだろう。

COVID-19 パンデミックを受けて特に英語圏では、現場での使用を念頭に患者市民

参画を念頭に置いたガイドラインや教材がいくつも英語で公開された。迅速な翻訳を実現する体制があれば、今後のパンデミックに際しては、そのような資源を現場担当者が活用し、国内状況に適用することもできるだろう。なお研究における参画については、日本の研究現場における患者・市民参画についてのAMED「患者・市民参画(PPI)ガイドブック～患者と研究者の協働を目指す第一歩として～」がある(日本医療研究開発機構 2019)。COVID-19 関連研究向けに特化したものではないが、概念を理解するにはよいだろう。

なお、パンデミックにおける患者・市民参画を推進するうえで、COVID-19 感染者の体験談を体系的に収集することは不可欠である。そこで、本研究では、COVID-19 感染者の体験談を体系的に収集するため、認定特定非営利活動法人(NPO)健康と病いの語りディベックス・ジャパンの協力を得て、「新型コロナウイルス感染症の語りデータベース」の構築を支援し、現在 6 版が公開されている。[<https://www.dipex-j.org/covid-19/>]

ここでは 2020 年 3 月から 2021 年 1 月までの間で、新型コロナウイルスに感染された患者 12 名(男女各 6 名)と患者家族 2 名(男女各 1 名)にインタビューした内容が分析されており、自分や身近な人が感染したら、どういうことが起こるのか、これまであまりメディア等で報道されていない話題にも注目して、9 つのテーマが紹介されている。2021 年 9 月に 10 名分のパイロット版が公開され、さらに 2022 年 3 月に 4 名分インタビューが追加公開された。

こうしたデータベースが完成し、また

DIPEX International と協力した分析が進むことによって、患者・市民参画の礎が築かれることを願う。

#### 参考文献

Caulfield T, Bubela T, et al. . Let's do better: public representations of COVID-19 science. *FACETS*, 6, 203-423. 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. *Principles of community engagement* (2nd ed). 2011. <https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/>

Centers for Disease Control and Prevention. *Interim Guidance: Public Health Communicators Get Your Community Ready for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 2020 年 3 月更新. <https://www.cdc.gov/healthcommunication/phcomm-get-your-community-ready.html>

Gilmore B, Ndejjo R, et al. . Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5:e003188. 2020.

National Institutes of Health. *NIH-wide Strategic Plan for COVID-19 Research 2021*, 2021. <https://covid19.nih.gov/sites/default/files/>

2021-05/NIH-Wide-COVID-19-  
StratPlan\_2021\_508\_1.pdf

日本医療研究開発機構. 患者・市民参画  
(PPI) ガイドブック～患者と研究者の協  
働を目指す第一歩として～, 2019.  
[https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.ht  
ml](https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.html)

日本リスク学会 リスクコミュニケーション  
タスクグループ. リスクコミュニケー  
ション及び地域社会の積極的関与の準備と  
コロナウイルス(COVID-19)疾患への対応  
暫定ガイダンス, 2020. [https://www.sra-  
japan.jp/2019-  
ncov/fbox.php?eid=11077&s=o](https://www.sra-japan.jp/2019-ncov/fbox.php?eid=11077&s=o)

The NIHR Public Involvement Senior  
Leadership Team. Shared NIHR  
commitments to public involvement,  
participation and engagement during the  
COVID-19 pandemic 2020.  
[https://www.nihr.ac.uk/documents/shared  
-nihr-commitments-to-public-  
involvement-participation-  
and%20ADengagement-during-the-  
covid-19-pandemic/24640](https://www.nihr.ac.uk/documents/shared-nihr-commitments-to-public-involvement-participation-and%20ADengagement-during-the-covid-19-pandemic/24640)

UNICEF and World Health  
Organization. Conducting community  
engagement for COVID-19 vaccines:  
interim guidance, 2021.  
[https://www.who.int/publications/i/item/  
WHO-2019-nCoV-vaccination-  
community-engagement-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-community-engagement-2021.1)

UNICEF. Minimum Quality Standards  
and indicators for Community  
Engagement, 2020.  
[https://www.unicef.org/mena/media/8401/  
file/19218\\_MinimumQuality-  
Report\\_v07\\_RC\\_002.pdf.pdf](https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218_MinimumQuality-Report_v07_RC_002.pdf.pdf)

The UK Public Involvement Standards  
Development Partnership group. UK  
Standards for Public Involvement, 2019.  
[https://sites.google.com/nih.ac.uk/pi-  
standards/standards/definitions9](https://sites.google.com/nih.ac.uk/pi-standards/standards/definitions9)

World Health Organization.  
Communicating risk in public health  
emergencies: A WHO guideline for  
emergency risk communication (ERC)  
policy and practice, 2018.  
[https://www.who.int/publications/i/item/9  
789241550208](https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208)

World Health Organization. Risk  
communication and community  
engagement readiness and response to  
coronavirus disease (COVID-19): interim  
guidance, 2020A.  
[https://www.who.int/publications-detail-  
redirect/risk-communication-and-  
community-engagement-readiness-and-  
initial-response-for-novel-coronaviruses](https://www.who.int/publications-detail-redirect/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses)

World Health Organization. COVID-19  
Global Risk Communication and  
Community Engagement Strategy –  
interim guidance, 2020B.  
<https://www.who.int/publications/i/item/c>

ovid-19-global-risk-communication-and-community-engagement-strategy

World Health Organization. WHO competency framework: Building a response workforce to manage infodemics, 2021.  
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1370589/retrieve>

注釈

1. <https://covid19community.nih.gov/>
2. <https://www.health.gov.au/committees-and-groups/advisory-committee-for-the-covid-19-response-for-people-with-disability#members>
3. [https://mtsp.gov.mk/ns\\_article-stakeholder-engagement-plan-sep-covid-19.nspix](https://mtsp.gov.mk/ns_article-stakeholder-engagement-plan-sep-covid-19.nspix)
4. <https://www.tamarackcommunity.ca/library/new-brunswicks-covid-response-to-vulnerable-populations>
5. <https://www.democracyco.com.au/our-projects/covid19-cald-forums/>
6. <https://www.vdh.virginia.gov/health-equity/>
7. <https://www.kingcounty.gov/depts/health/covid-19/community-faith-organizations/PARCAG.aspx>
8. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/leadership-and-governance/committees/national-covid-19-health-and-research-advisory-committee>
9. <https://www.hpa.org.nz/research-library/research-publications/rapid-evidence-and-policy-brief-covid-19-youth-recovery-plan-2020-2022>
10. <https://www.health.gov.au/committees-and-groups/culturally-and-linguistically-diverse-communities-covid-19-health-advisory-group>
11. <https://novascotia.ca/coronavirus/docs/COVID-19-Responding-to-the-Needs-Scotians-with-Disabilities.pdf>
12. <https://www.tamarackcommunity.ca/library/new-brunswicks-covid-response-to-vulnerable-populations>
13. <https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-framework-decision-making-overview-public-engagement/>
14. <https://data.southampton.gov.uk/surveys-and-research/coronavirus-surveys/>
15. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>
16. <https://www.vdh.virginia.gov/health-equity/>
17. <https://www.kingcounty.gov/depts/health/covid-19/community-faith-organizations/PARCAG.aspx>
18. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/public-health-measures-mitigate-covid-19.html>
19. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/federal-provincial-territorial-public-health-response->

- plan-ongoing-management-covid-19.html
20. <https://www.imperial.ac.uk/patient-experience-research-centre/covid-19/covid19communityinvolvement/>
21. <https://www.involve.org.uk/our-work/our-projects/research/what-role-should-public-play-covid-19-recovery>
22. <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/covid-19-and-coproduction-in-health-and-social-care>
23. <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/covid-19-and-coproduction-in-health-and-social-care-1>
24. <https://www.nap.edu/resource/26068/interactive/vulnerable-communities.html>
25. <https://nap.nationalacademies.org/resource/26068/interactive/vaccine-confidence.html>
26. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/vaccinate-with-confidence/rca-guide/>
27. <https://www.who.int/teams/epi-win/youth-engagement>
28. <https://www.who-ears.com/#/>
29. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/hcp/tailoring-information.html>
30. <https://media.ifrc.org/ifrc/document/tool-15-feedback-starter-kit/>
31. <https://covid19.nih.gov/nih-strategic-response-covid-19>
32. <https://www.who.int/publications/m/item/working-with-community-advisory-boards-for-covid-19-related-clinical-studies>
33. <https://www.nihr.ac.uk/documents/shared-nihr-commitments-to-public-involvement-participation-and%C2%ADengagement-during-the-covid-19-pandemic/24640>
34. <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19/>
35. <https://www.hra.nhs.uk/planning-and-improving-research/best-practice/public-involvement/public-involvement-pandemic-lessons-uk-covid-19-public-involvement-matching-service/>
36. <https://www.rds-sc.nihr.ac.uk/ppi-information-resources/ppi-covid19/>
37. <https://www.gov.uk/government/news/health-and-social-care-leaders-unite-to-improve-public-involvement-in-research>

#### D. 健康危険情報

(分担研究年度終了報告書には記入せずに、総括研究年度終了報告書にまとめて記入)

#### E. 研究発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

##### 1. 論文発表

東島 仁・Liu Yen-yu. (翻訳) COVID-19: 社会的弱者と周縁化された人々を包摂する リスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント (RCCE) の進め方, 科学技術社会論研究, 20号, 2022.(印刷中)

##### 2. 学会発表

なし

なし

**F. 知的財産権の出願・登録状況**

(予定を含む。)

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. 特許取得



## Top tips for carrying out PPI activities during COVID-19

### COVID-19 の期間中に患者・市民参画（PPI）活動を行う際に最適なヒント集

東島仁・Liu Yen-yu 試訳

現在の COVID-19 パンデミックでは、政府の感染対策のもと、人々はできる限り家にとどまり、他人との接触を避けなければなりません (<https://www.gov.uk/coronavirus> 参照)。私たちは皆、これらの変化に迅速に適応し、働き方を変える必要に迫られています。患者・市民参画の活動を行う人々、そして参画する人々も同じ状況にあります。医療・福祉分野が置かれる状況が急速に変化するなか、市民参画には多額の研究資金が投じられています。NIHR は、パンデミック時の市民参画について、英国の患者・市民参画の基準（UK Standards for Public Involvement; <https://sites.google.com/nih.ac.uk/pi-standards/home> 参照）に沿った 8 つの誓約を新たに発表しました

(<https://www.nihr.ac.uk/documents/shared-nihr-commitments-to-public-involvement-participation-and-engagement-during-the-covid-19-pandemic/24640> 参照)。合わせて我々は、この例外的で困難な時期に研究助成に応募しようとする研究者が、患者・市民を代表して PPI に参画する人々（PPI representative; 以降、PPI 参画者）と有意義な形で協働関係を継続する方法を検討する際の参考として、実践的なガイドを用意しました。

#### PPI 参画者を見つける

オンラインソースや既知の人脈を利用し、PPI 代表を探してください。各種の団体やサポートグループに電話やメールで連絡を取り、彼らのつてであなたのプロジェクト情報を広めてもらうようお願いするのもよいでしょう。現状、各団体が極めて忙しく対応が遅い可能性があるため、各疾患等に関するオンラインの情報交換の場で探してみたり、(訳注 英国の PPI 参画者を募集するサイトである) People in Research (<https://www.peopleinresearch.org/>) を利用する手もあります。

#### 「会う」方法

COVID-19 の影響で直接会うことはできませんが、他の方法で連絡を取ることができます。あなたの活動相手一緒にとって最も適切な方法になるようにしましょう (そして本人にも意見を聞いてください)。インターネットへのアクセスが限られている人や、より深く話し合いたい相手の場合は、1 対 1 の電話が最適かもしれません。また、インターネットへのアクセスが難しいけれどグループディスカッションを行うことが効果的な場合なら、電話会議を利用するのも一つの手です。ほとんどの大学や公益法人、財団 (trust) では、BT グループによる公共部門向けの会議システムを無料で利用することができます。このサービスを利用できるかどうかは、所属組織の管理者に問い合わせてください。ほかに Zoom、Skype、hangout、Gotomeeting など、数多くのビデオ会議の選択肢も検討してください。

#### ビデオ会議での PPI セッションの進行

Skype、Zoom などを使うだけでは対面型の機会の代わりにはなりません。しっかりとした司会が必要です。会議が始まるときに明確な基本ルールを示し、全員に発言の機会を与えましょう。「発言していないときはマイクをミュートにしておいてください」などの細かな配慮が音質向上につながります。進行・管理しやすい参加者数にすることで、すべての参加者が十分に貢献できるようになります。全員がビデオ会議にアクセスできるわけではない場合は、各参加者が発言前に自分の名前を伝えるとよいでしょう。ビデオ会議の進行方法についての詳しいガイダンスは、SPCR WM が作成した文書 (<https://www.spcr.nihr.ac.uk/PPI/resources-for-researchers/faq/how-do-i-hold-ppi-meetings-using-virtual-tools>) をご覧ください。

#### 他のコミュニケーション方法を検討する



ソーシャルメディアや WhatsApp の使用も、PPI グループ内で連絡を取り合い、かわりを保つ方法になるかもしれません。情報や各種のリソース、考えを共有し、気軽にオンラインで雑談するウェブ上の場所（と、より正式なフィードバックを得るためのスペース）を設けることで、PPI における支援的で親しみやすい雰囲気づくりが進むでしょう。PPI のそのような側面は、対面のミーティングが開催されなければ欠落してしまうかもしれません。

## 報酬

PPI の活動を行う前に、PPI 参画者が（請求書に署名できない場合でも）報酬を受けられるかどうか、そのために手続きが必要かどうかを財務部門に確認してください。支払いができない場合は、オンライン商品券などの代替手段を検討してください。

## PPI 参画者が負っている各種の責任に留意する

このパンデミックを受けて、PPI 参画者は子供や弱い立場にある人の世話や、近所の人のために買い物などの責任を負っているかもしれません。人々に十分な時間と合理的なスケジュールを提供するようにしてください（COVID-19 関連プロジェクトなどの例外的な状況を除く）。人々の状況の変化、介護の責任、病気などを考慮し、スケジュールに柔軟性を持たせてください。COVID-19 関連のプロジェクトの場合、あなたのプロジェクトの PPI 参画者たちが、厳しいスケジュールに協力できるかどうか検討してください。必ず PPI 参画者と話し合い、彼らが求められていることをしっかり理解しており、実施する余裕があることを確認してください。

## Co-design と Co-production

他に競合する優先事項があるなかで、協創や協働(co-design, co-production)といった緊密な協力関係をオンラインで維持することは難しく、Covid-19 下における新たな課題といえるかもしれません。この点についてあなたの PPI 活動を共に進める相手と相談し、効果的に作業を進めていくための対策が十分なものか、他の同僚と検討してください。効果的なコミュニケーションを計画し実施し続けられるように、仕事のやり方を変えることも重要でしょう。参照可能な新しいリソースやガイダンスが次々と出てきており、皆がアイデアやリソースを共有しています。協創や協働を実施したい場合は、最新の情報をお伝えできる（NIHR の）Research Design Service の PPI アドバイザーに相談することをお勧めします。

※以下、当該組織のメーリングリストの入会案内なので省略

**COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement**

国際赤十字・赤新月社連盟

国連人道問題調整事務所

世界保健機関

**COVID-19：社会的弱者と周縁化された人々を包摂する**

**リスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（RCCE）の進め方**

東島仁、Liu・Yen-yu 訳

**リスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（risk communication and community engagement、以下 RCCE）に、保護、ジェンダーと包摂の観点を取り入れる理由は？**

女性、高齢者、青少年、子ども、障害者、先住民、難民、移民やマイノリティは、社会的・経済的に最も疎外された状態にある。そして非常時には、効果的な監視・早期警戒システムや医療サービスへのアクセスのなさ等により、さらに脆弱な立場に置かれる<sup>1</sup>。COVID-19の感染急拡大は諸領域に深刻な影響を及ぼすことが予想される。以下の人々は、特に高リスクな状態にある。

- ・インフォーマル経済に大きく依存している
- ・大きな影響を受けやすい地域に住んでいる
- ・社会福祉を受けられず、政治的影響力を持っていない
- ・危機に対処・適応する能力が低く、そのような機会が少ない
- ・テクノロジーへのアクセスがない、あるいは限られている

これらの課題点を理解していれば、非常事態に、脆弱性が高い人々の能力向上のために支援を行うことができる。我々は、彼らに優先的に援助を行い、非常事態への対応・復興・備え・リスク軽減のための意思決定プロセスに関与させることができる。

**過去の疾病流行から、保護、ジェンダー、包摂と RCCE について私たちが学んだことは？**

過去の疾病流行では、リスクをコミュニケーションする際に女性を関与させることの有用さが明確に示されている。

- ・医療従事者に占める女性の比率は非常に高い。
- ・子どもや高齢者、病気を持つ人々へのケアは主に女性が担っている。我々は女性の存在を認識して RCCE に関与させなければならない。
- ・感染急拡大に際し、ジェンダーのダイナミクスを認識していないとリスクコミュニケーション対策の効果が限られる。
- ・コミュニティエンゲージメントチームの指揮権が男性にあると、感染急拡大や利用可能なサービスの情報に女性がアクセスすることが非常に難しくなる<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-017-0375-2>

<sup>2</sup> UNGA A/70/723. Protecting Humanity from Future Health Crises: Report of the High-Level Panel on the Global Response to Health Crises.

- ・ジェンダー、言語や地域文化に合わせたコミュニティエンゲージメントによる介入を行うことで、コミュニティへの介入の受容度が上がる<sup>3</sup>。

## 公衆衛生上の非常事態において他の人々よりも深刻なリスクにさらされる人々、そして RCCE への重要な示唆

### ●子ども

#### 影響を受けやすい理由

- ・小さな子どもは公開中の COVID-19 情報にアクセスできなかつたり、理解するのが難しいことがあるかもしれない。
- ・保護者や法定代理人がいない、または別離状態にある子どもは、適切かつタイムリーな情報と医療サービスにアクセスすることが特に困難である。
- ・子どもはたいてい、不安や恐怖を表現できない。
- ・学校閉鎖や移動制限が長期化すると、子どもは不安や情緒不安定な状態に陥ることがある。
- ・保護者は、自分を頼りにしている子どもの世話をしっかり行うことができないかもしれない。
- ・親が仕事で外出しなければならず、学校が閉鎖されていて子どもが家で留守番せざるを得ない場合、子どもの安全・安心が確保できない懸念がある。
- ・親の不安や挫折感が高まると、子どもへの家庭内暴力が増える可能性がある。
- ・保護者が COVID-19 に感染・隔離されたり、亡くなったりして、子どもの保護や心理社会的な問題につながるかもしれない。
- ・子どもは COVID-19 への感染時に重症化しにくいとしても、無意識のうちに、感染・重症化しやすい、養育に携わる人々に感染を広げる可能性がある。

#### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・政府やその他のステークホルダーが、情報やコミュニケーション面で子どもや青少年のニーズを優先するように推奨する。
- ・保護者や法定代理人がいない、または別離状態にある場合も含めて、子どもや青少年の意見を聞き、彼らの懸念点、恐怖、ニーズを理解する。
- ・子どもに分かりやすい形で、情報やコミュニケーション素材をデザインする。
- ・健康・衛生全般に関する情報と同様に、心理社会的な問題に関する情報を提供する。
- ・親が、自分自身の不安に対応し、子どもの不安に対処するためのスキルを提供する。
- ・親が子どもにより適切なケアを提供できるように、家庭にやさしい職場ポリシーを推奨する。
- ・親子で楽しめる、不安や緊張を和らげるための活動を促進する。
- ・感染した人々のためのカウンセリングやサポートサービスを推進する。
- ・ジェンダー、それぞれの状況や周縁化されたコミュニティごとのニーズの違いを考慮する。

### ●障害のある人

#### 影響を受けやすい理由

- ・コミュニケーション面で特別なニーズがある障害を持つ者の場合、情報へのアクセスが難しいことが多い。
- ・障害を持つ人々は意思決定の場から排除されがちで、感染急拡大やサービスの利用可能性についての情報に、他の人々と同等にはアクセスできない。
- ・雇用や教育等の形でコミュニティとの定期的な接点があれば、社会的に孤立している可能性がある。

#### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・障害を持つ人々からフィードバックを得るよう積極的にアウトリーチ活動を行う。
- ・分かりやすく簡潔な言葉で情報を発信する。
- ・点字や拡大文字等、アクセスできる形で情報を提供する。
- ・字幕や手話付きのビデオ、聴覚障害を持つ人々向けの字幕、支援技術を使用する人向けのオンライン資料など、複数形態のコミュニケーション手段を提供する。
- ・コンサルテーションや意思決定に、複数の障害者団体を参画させる。

<sup>3</sup> Deborah Toppenberg-Pejcic, Jane Noyes, Tomas Allen, Nyka Alexander, Marsha Vanderford & Gaya Gamhewage (2019) "Emergency Risk Communication: Lessons Learned from a Rapid Review of Recent Gray Literature on Ebola, Zika, and Yellow Fever", *Health Communication*, 34:4, 437-455, DOI: 10.1080/10410236.2017.1405488

- ・個人のニーズに合わせたアプローチを提供し、対象となる人々の介護者その他の社会的支援ネットワークと連携する。

## ●女性と女兒

### 影響を受けやすい理由

- ・医療従事者の大部分は女性である。病気を持つ人の主な介護者も大半が女性である。
- ・女性はインフォーマルセクターに従事していることが多く、COVID-19によって経済的に最も厳しい打撃を受ける可能性が高い。
- ・女性は、性的搾取を含むジェンダーによる暴力を受けるリスクが高い。
- ・文化的な要因により、女性が意思決定の場から排除され、感染急拡大やサービスの利用可能性に関する情報へのアクセスも制限される可能性がある。
- ・家族計画を含む、性に関わる健康面のサービスやリプロダクティブヘルスサービスへの女性のアクセスが制限される可能性がある。
- ・ある種の文化的文脈では、ジェンダー規範の影響で、女性が一人で医療サービスを受けたり、男性医療従事者による診療を受けることができない場合がある。

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・コミュニティエンゲージメントチーム内のジェンダーバランスをとり、チーム内での女性のリーダーシップを促進する。
- ・通常は女性であることが多い、以下のような人々に具体的な助言を行う：（健康観察下に置かれ）隔離状態にある子どもや高齢者その他の脆弱な立場にある人々の世話をしており、密接な接触を避けられない可能性がある人々。
- ・無償のケア労働を行っている女性も参加できるように、オンライン・対面の調査や、その他関与しやすい活動を設計する。
- ・対面型のコミュニティエンゲージメントの活動では、保育や託児、移動、安全面の対策をとる。
- ・第一線の医療従事者のジェンダーバランスがとれており、医療施設の文化並びにジェンダー面の配慮が十分であるようにする。

## ●妊娠中の女性

### 影響を受けやすい理由

- ・医療サービスに過度の負荷がかかるとパンデミック対応に転用され、産前・産後のケアが中断される可能性がある。
- ・頻繁で、時に不必要な通院は、特に感染対策の不十分な医療施設では感染リスクを高める可能性がある。

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・妊婦の質問や懸念を踏まえて、基本的な衛生習慣や感染予防対策、ケアを受ける方法と場所の教材を作る。
- ・上記の教材を集団ごとの言語に翻訳し、現地の状況に合わせて用いる。

### エボラ対策の例

- シエラレオネのエボラ出血熱の感染急拡大対策では、女性を RCCE に参加させるための草の根活動が行われた。
- ・コミュニケーション時には「（健康観察のための）隔離中に、乳幼児を含む子どもがいる家庭にどう対応したらよいか？」といった質問に答えるよう留意する。
  - ・地元の女性が司会を務める週1回のラジオ番組を実施して、エボラ出血熱に関する教育を提供する。
  - ・国の取組と併せて地域の対応が進むように、地元の女性たち並びに宗教指導者たちによる村のエボラ監視委員会の立ち上げを支援する。
- 詳細はこちら：<https://reliefweb.int/report/world/gender-matters-responding-major-disease-outbreaks-ebola>

## ●HIV と生きる人々

### 影響を受けやすい理由

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・免疫不全の場合、重症化リスクが高い。
- ・感染を防ぐ情報が足りないと思っているかもしれない。
- ・意に反した HIV 検査など、医療を受ける際にスティグマや差別を受ける可能性がある。
- ・HIV とともに生きる人々は、医療システムの過負荷のために、ARV（抗レトロウイルス薬）などの必須医薬品へのアクセスが阻害される可能性がある。
- ・治療中断を避けるためのインフォーマルなシステムの活用等、既存のコミュニティシステムを活用し、HIV と生きる人々とのコミュニケーションを促進する。
- ・ARV の入手法と場所の最新情報など、HIV と生きる人々からのフィードバックから知り得た、彼らが必要とする情報へのアクセスを確保する。
- ・HIV と生きる人々のコミュニティとの話し合い内容に基づいて、彼ら特有の脆弱性や懸念点に対応した Q&A や FAQ を作成する。
- ・可能であれば、HIV と生きる人々が数か月分の ARV を入手できるように処方箋を発行する。
- ・HIV と生きる人々が服薬を継続できるように、保存食を備蓄することを推奨する。
- ・HIV と生きる人々はすでに不安やスティグマとともにあり、脆弱さを有するかもしれない。そのような人々への心理社会的な支援を提供する。

## ●ジェンダーに基づく暴力からのサバイバー

### 影響を受けやすい理由

- ・COVID-19 対応に追われ、ジェンダーに起因する暴力からのサバイバーへのケアと支援が妨げられるかもしれない。さらに三次医療機関にあるワンストップ支援センターのサービスに影響するかもしれない。
- ・政府機関が各種資源を COVID-19 対応という公衆衛生の危機へ投じることで、安心安全の確保や司法サービスへのアクセスが阻害される可能性がある。
- ・一次、二次医療機関がジェンダーに基づく暴力を受けた人々の取扱いや受入れを要請され、より高度な医療ケアが必要な場合にのみ三次医療機関に紹介するよう求められる可能性がある。

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・ジェンダーに基づく暴力に関する援助要請経路（referral pathway）に、一次・二次医療機関の情報を反映させ、最新状態にする。
- ・最新版の経路情報を、主要なコミュニティとサービス提供者に通知する。
- ・（健康観察下に置くための）隔離施設、避難プロセスにおいて、ジェンダーに基づく暴力のリスク軽減措置を講じておく。
- ・健康面の対応と合わせて支援とサージキャパシティを強化する。例えば緊急対応ホットラインや安全・セキュリティ関係の人員を増やす。
- ・性的搾取・虐待からの保護行動規範（PSEA Codes of Conduct）等の保護対応を周知し、それらを順守する必要性をスタッフに注意喚起する。

## ●難民と移民\*

### 影響を受けやすい理由

- ・法的な地位、差別、言語の壁により、公的に得られるはずの感染症予防マテリアル、医療・社会福祉サービスへのアクセスが限られることがある。
- ・他の公式情報と同様に、医療サービスの情報や政府の発表内容が届かない可能性がある。
- ・難民・移民は、国の戦略/計画/介入に含まれないことがある。
- ・公的な行動・介入計画の対象とならない場合がある。
- ・書類上の不備や財源不足が原因となって、救命医療サ

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・WHO 並びに健康を管轄する省庁が発した COVID-19 と予防に関する勧告と公衆衛生情報を、難民や移民が使う言語に訳して広めることを支援する。NGO、難民・移民ボランティアや関連コミュニティなどの効果的なチャンネルを通じて、それらの情報を広める。
- ・難民・移民を公衆衛生サービスの対象に含め、差別なくサービスを利用できるようにする。
- ・難民・移民を、国、州、地域レベルのすべての緊急事態、予防並びに対応計画、介入の対象に含める。



ービスにアクセスできない場合がある。

- ・難民・移民は不規則に移動しており、国境での健康スクリーニングや医療サービスを回避することがある。

- ・難民・移民のコミュニティネットワークと連携し、感染地域の人々の移動に伴うリスクをモニターする。
- ・すべての活動を、コミュニティの認識、信念、慣習に合わせて調整する。
- ・コミュニケーションツールと形式を多様化してメッセージを簡潔にする。目標とする集団へのメッセージの伝達・理解状況を確認する。
- ・継続的にフィードバックを得ることで、状況変化に合わせてメッセージを調整する。

\*移民労働者と家族、非正規移民、国境を越えて移動する人々を含む（難民と移民は法的には区別される。だが滞在国の国籍を持たず、移動し続ける、または移動し続ける可能性を持つ集団であり、公衆衛生上の緊急事態には似たような課題に直面する可能性があるため、ここでは一つの項目として取り上げる）。

## ●高齢者

### 影響を受けやすい理由

- ・COVID-19 研究から、高齢者は死亡率が高く、最も脆弱性が高い人々であることが示されている。
- ・高齢者は医療サービスを受けにいけないとは限らず、提供される医療サービスが高齢者にとって必ずしも適切なものとも限らない。
- ・自分で自分のケアをするのが難しく、家族や介護者に依存している場合がある。緊急事態下では、状況がさらに厳しくなるかもしれない。
- ・提供された情報やメッセージを理解できない、または指示に従えないことがある。
- ・介護施設の高齢者同士は近距離で生活しており、ソーシャルディスタンスをとることが難しい場合がある。

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・特定の生活環境（介護施設を含む）や個人の健康状態に合わせてメッセージを調整し、実行可能なものにする。
- ・高齢者と関わり、高齢者から具体的なフィードバックを得る。
- ・家族、医療従事者、介護者向けに、高齢者のリスクとケア、特に在宅における高齢者ケアの方法を説明する具体的なメッセージを作成する。

## ●人道的な緊急事態にある人々

### 影響を受けやすい理由

- ・インフラが破壊され、適切な衛生設備のない狭い環境で生活している場合、感染リスクが高い。
- ・適切な避難所、食料、清潔な水、保護用品、医療、家族やコミュニティからのサポートが適切でなかったり、妨げられている可能性がある。
- ・人道的な緊急事態にある人々は、緊急事態の間に十分な栄養がとれない、または適切な医療を受けられないことがあり、免疫システムの低下とリスクの増大につながる可能性がある。
- ・人道的な緊急事態にある人々は、生活環境が遠方である、孤立している等の様々な要因により、タイムリーで正確な情報にアクセスできない場合がある。
- ・書類の不備や金銭面の資源不足によって、ARV など

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・これらの人々に特有のニーズ、好まれるコミュニケーションチャネルや言語、広まった誤情報や質問を理解し、すべての活動を彼らの文脈に合わせ、彼らの認識、信念や慣習を踏まえて調整する。
- ・様々なグループの人々それぞれに情報が届くよう、多様かつ適切なコミュニケーションチャネルを通じて情報を広める。女性、男性、女兒、男児、障害を持つ人々が情報にアクセス、利用できるようにする。
- ・メッセージの信頼性を高めるために、信頼されている情報源や影響力を持つ人物を特定する。
- ・コミュニケーションツールと形式を多様化し、メッセージを簡潔にする。対象とする人々へのメッセージの伝達・理解状況を確認する。

の必須医薬品を含む救命医療サービスへのアクセスが妨げられる場合がある。

- ・重要なメッセージと資料を、対象とする人々が確実に理解できる言語に翻訳する。
- ・継続的なフィードバックを得て、状況変化に合わせてメッセージを調整する。

### スティグマと誤情報への対応

COVID-19 に関する有害なステレオタイプの出現と、そこから生じたスティグマや拡散した誤情報は、さらに深刻な健康問題、感染拡大に結びつき、COVID-19 の流行制御の難易度を上げかねない。スティグマや誤情報は、感染した人々が迅速にケアを求める可能性を下げ、差別を避けるために具合が悪い人を隠し、治療を忌避する動機にもなりうる。以下の点に留意すべきである。

- ・公衆衛生情報は、すべての人々に関わるものである。想定外のスティグマ防止に向けて、より多くの人々への公衆衛生情報の発信を支援することで、特定の集団に何らかのレッテルを貼ることなしに、当該メッセージを周縁化された人々並びに/または脆弱性の高い人々に届けることができる。
- ・特定の地域やエスニシティの人々を指すラベル（例：武漢ウイルス）や、「犠牲者」「疑われる症例」「他人に感染させる（infecting）」「伝染させる（spreading to others）」といった言葉を使わない。
- ・信頼できる科学的データと、公式かつ最新の健康アドバイスに基づいた情報のみを繰り返す（簡潔な言葉を使い、臨床用語と略語を避ける）。必要に応じて、この方法で神話やステレオタイプに対処し、適切な予防対策を講じること等の重要性をアピールする。
- ・様々なコミュニケーションチャネル（可能であれば、オフライン・オンラインとも）や影響力を持つ人物を介して、前向きで共感できる多様な声を広め、コミュニティレベルで正確で信頼できる情報を提供する。

その他の情報はこちら：

IFRC, UNICEF, WHO (2020). A guide to preventing and addressing social stigma associated with covid-19

### ●持病を持つ人々

#### 影響を受けやすい理由

- ・持病のある人々は、一般的に重篤な病気になるリスクが高い。
- ・なぜリスクが高いのか、明確な情報や説明が得られないことがある。
- ・持病のある人々はすでに特定の治療が必要な状態なので、感染時の対応の難易度が上がる。
- ・疫病流行時、持病のある人々は治療上のアドバイスに従うとは限らず、医療施設へのアクセスも制限される可能性がある。

#### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・このグループの人々に特有のニーズに関する情報をまとめ、なぜ彼らがより高いリスクにさらされているかを説明する。
- ・医薬品の不足や医療施設に行けない場合に備えて、準備をするよう推奨する。

### ●性的またはジェンダー面のマイノリティ

#### 影響を受けやすい理由

- ・スティグマや差別が原因で医療システムにアクセスすることが難しい。犯罪に巻き込まれた場合には安全と生活が脅かされることもある。
- ・LGBTIQ の高齢者はさらに孤立しやすい。

#### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・これらの人々と関わる、あるいはアウトリーチを行う際は、既存の LGBTIQ のグループやコミュニティ、施設とともに行う。感染予防と医療へのアクセスを支援する重要な役割を担っているためである。

- ・ LGBTIQ の家族や家族のような関係にある人々は、COVID-19 関連サービスや多部門にまたがる人道支援にアクセスすることが困難な可能性がある。
- ・ LGBTIQ のコミュニティの助言を受けて、彼ら特有の脆弱性と懸念に対応した Q&A や FAQ を作成する。
- ・ 国やコミュニティレベルでの遂行が安全面で難しい、または不可能な場合には、地域の LGBTIQ のネットワークに働きかける。

## ● エスニックマイノリティ

### 影響を受けやすい理由

- ・ 医療サービスや他のサービスを受けられない可能性がある。感染地域を離れられないことがある。
- ・ 投薬等の医療場面で偏見や差別を受ける可能性がある。

### これらの人々を包含するための RCCE の取組

- ・ 情報を使用されている言語に翻訳する。
- ・ 彼らが自分の言語で質問や懸念を共有する機会を設ける。女性はモノリンガルである可能性が高いため、この点はジェンダー面とも関係する。

## RCCE における保護、ジェンダーと包摂に関する重要な取組

### WHO の実行手順作成ガイドライン (Operational Planning Guidelines, 2020 年 2 月 12 日版) に記載された RCCE 行動

### 包摂的な RCCE の鍵となる行動

- ・ 国としての COVID-19 対策の RCCE 計画 (予想された公衆衛生対策の詳細を含む) を実施する。入手可能、かつ適切な場合には、既存のインフルエンザパンデミック対策手順を適用する。
- ・ 対象とする人々、認識、懸念、信頼を得ている情報源、言葉の好み、影響力がある物、好ましいコミュニケーションチャンネルの把握のために迅速なアセスメントを行う。
- ・ コミュニティからの質問や懸念を踏まえた地域向けのメッセージを作成し、特に、主要なステークホルダーやリスクの高いグループによる参加型のプロセスで事前テストを行う。
- ・ 信頼されている人々のグループ (コミュニティリーダー、宗教的な指導者、医療従事者、コミュニティボランティアなど、地元において影響力を持つ人物)、地域ネットワーク (女性グループ、若者グループ、ビジネスグループ、伝統的な治療者など) を特定する。
- ・ ジェンダー分析、性別、妊娠の有無、障害ごとに細分化されたデータがあれば、国レベルの RCCE 計画は、それらに基づいて策定する。女性のネットワークや障害者団体の意見を取り入れた計画とする。
- ・ 脆弱性が高い人々を対象とした RCCE 活動の実現に向け、迅速なコミュニティエンゲージメントによるアセスメントを行い性別や年齢別のデータを収集する。
- ・ アセスメントや医療文書にデータのプライバシー保護に関するガイドラインを適用する。
- ・ アセスメントチームは、対象とする人々を代表している必要がある。ジェンダーバランスがとれ、障害者など社会から周縁化された人々の代表者が含まれるべきである。
- ・ 女性グループ、障害者ネットワークなど RCCE に参加させるべき既存のコミュニティグループを特定する。
- ・ 移民労働者や HIV と生きる人々等、周縁化された集団を巻き込むための具体的なプラットフォームを特定する。
- ・ コミュニティごとの人々の質問や懸念を踏まえて作成したメッセージ、マテリアルを広めために、メッセージの承認・許可プロセスを確立する。それらのメッセージや資料はその地域で使われている言語で提供し、多様なコミュニケーションチャンネルを活用する。
- ・ 収集したすべてのデータを性別、年齢、障害に応じて分析する (IFRC Starter Feedback Kit 参照)。
- ・ 社会の変化と行動変容を目指す等のコミュニティエンゲージメント活動には、脆弱性が高い集団を参画させる。
- ・ コミュニティに関するデータに基づいて、例えば視覚障害、聴覚障害、知的障害、身体障害など様々なニーズに合わせた情報を発信する。
- ・ 脆弱性が高い集団に属する人々とコミュニケーション



などの他のセクターと連携する。

- ・双方向のチャンネルを用いて、コミュニティや一般市民との情報共有やフィードバック収集を行う。ホットライン（音声と文字メッセージ）、U-Report などインタラクティブソーシャルメディア、コールインラジオ番組などの利用を検討する。誤情報を検知・記録し、迅速な対応システムを構築する。安全な場合には、対面でコミュニケーションする。
- ・大規模な社会変化と行動変化を促す。国レベルの公衆衛生上の封じ込めに向けた勧告と合わせ、コミュニティ、個人レベルの健康・衛生面の予防策を導入する。

する方法として、各集団を対象とするフォーラムを開催する。その際、識字率や技術要件など諸条件を考慮する。

- ・ラジオ番組やコミュニケーションのためのマテリアルがジェンダーその他に基づく差別やステレオタイプを助長しないようにする。例えば、女性描写を育児や家事をする存在に限定しない。
- ・脆弱性が高い人々のリーダーシップと役割が可視化されるようにコミュニティエンゲージメント戦略を立てる。その全段階で女性の全面的な参加を促進する。
- ・地元の女性団体、障害者団体、HIV 団体、LGBTIQ 団体や他の組織に、RCCE による介入に参加するためのリソースを提供する。

- ・コミュニティ情報とフィードバックを得る仕組みを体系的に確立する。それらはコミュニティの認知・知識・態度・慣習の調査、直接の対話やコンサルテーション、ソーシャルメディアのモニタリング等に基づくものとする。
- ・コミュニティエンゲージメントの方法を変更する場合は必ずエビデンスとニーズに基づいて行う。すべてのエンゲージメントの取組が、文化的に適切で共感されるものにする。
- ・将来の準備と対応のために得られた教訓を文書化する。

- ・学んだ教訓を活用し、目的ごとの質問を交えた事後レビューを行う。その際、Inter-Agency Standing Committee Gender Accountability Framework、Inter-Agency GBV Accountability Framework（GBV risk mitigations measures を含む）、人道的活動における障害者の包摂に関するガイドラインに基づくものとする。

## リソース

IFRC (2019) Feedback starter kit.

<https://media.ifrc.org/ifrc/document/tool-15-feedback-starter-kit>

IFRC, UNICEF, WHO (2020). A Guide to Preventing and Addressing Social Stigma Associated with COVID-19.

[www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Stigma-guide-2002.pdf](http://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Stigma-guide-2002.pdf)

IFRC, UNICEF, WHO (2020). COVID-19 Key Tips and Discussion Points For community workers, volunteers and community networks.

[www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Community-guidance-for-social-mobilizers-volunteers-2302\\_EN.pdf](http://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Community-guidance-for-social-mobilizers-volunteers-2302_EN.pdf)

Inter-Agency Standing Committee (2018). Gender Handbook for Humanitarian Action.

<http://gihahandbook.org/>

WHO (2018). Risk Communication and Community Engagement Considerations: Ebola Response in the Democratic Republic of the Congo.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1138918/retrieve>

多言語で提供される他のリソース：

[www.communityengagementhub.org/what-we-do/novel-coronavirus](http://www.communityengagementhub.org/what-we-do/novel-coronavirus)

## 謝辞

このガイドは、WHO、IFRC、OCHA の「アジア太平洋地域における COVID-19 の準備と対応に関するリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメントのワーキンググループ（Risk Communication and Community Engagement Working Group on COVID-19 Preparedness and Response in Asia and the Pacific）」を代表し、国連女性機関と国境なき翻訳者団（Translators without Borders）が中心となって作成した。WHO、IFRC、OCHA、BBC Media Action、Humanity & Inclusion、UNFPA、UNICEF、UNHCR、IOM、UNAIDS、ASEAN SOGIE Caucus、Regional Emergency Gender-Based Violence Advisory team から多くのご協力をいただいた。

詳細は共同担当者にお問い合わせください。

Ljubica Latinovic, Risk Communication Advisor, World Health Organization (WHO)

Email: [latinovicl@who.int](mailto:latinovicl@who.int)

Viviane Fluck, Regional Community Engagement and Accountability Coordinator, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)

Email: [viviane.fluck@ifrc.org](mailto:viviane.fluck@ifrc.org)

Husni Husni, Humanitarian Affairs Officer, (Community Engagement / Accountability to Affected Populations), Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) Email: [husni.husni@un.org](mailto:husni.husni@un.org)



**COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement**

**Update #1**

国際赤十字・赤新月社連盟

国連人道問題調整事務所

世界保健機関

**COVID-19：社会的弱者と周縁化された人々を包摂する**

**リスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（RCCE）の進め方**

**アップデート#1**

**試訳**

東島仁・Liu Yen-Yu 訳

この文書はアップデート前の版に引き続き、周縁化され脆弱性の高い人々を取り上げ、それらの人々をリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（risk communication and community engagement、以下 RCCE）の活動にどのように参加させるかについての手引きである。合わせて、それらの人々を RCCE 活動に参画させ、彼らのニーズや提案する解決策を理解する上で欠かせないステップも提案している。なお、どのような集団であっても均一な人々で構成されているわけではないこと、それぞれの集団内の人々の多様性を理解することが重要であることにご留意いただきたい。

この文書は、先に発表した「COVID-19：社会的弱者と周縁化された人々を包摂するリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（RCCE）の進め方」を、COVID-19 対策における人道支援面での諸連携先からのフィードバックを踏まえてアップデートしたものである。

第一版のガイダンスノートは、[こちら](#)にて多言語でご覧いただける。<sup>1</sup>

● **インフォーマル経済において労働に従事する人々**

（移民については、第一版の「移民」箇所を参照）

**RCCE 取組対象に含めるべき理由**

- ・生活費を稼ぐことに追われ、COVID-19 によって経済的に大きな打撃を受ける可能性がある。
- ・健康上の緊急事態に関する公式情報を積極的に探す時間がないかもしれない。
- ・社会福祉制度の対象となっておらず、健康・衛生関連の情報が得られないかもしれない。

**当該集団の人々を包含するための RCCE の取組**

- ・インフォーマルセクターの組織や様々な部門のリーダーを巻き込み、情報を共有する。
- ・対象者が使用する言語で情報を提供する。その際、メッセンジャーグループ、Facebook ライブ、電話/SMS コールインラジオ番組など、情報の受け取りとフィードバックの共有を低コストで行えるようにする。
- ・政府および市民社会組織（Civil Society Organizations、CSO）に対し、インフォーマル経済の労働者を巻き込むための機密性の高いコミュニケーションモデル

<sup>1</sup> WHO, IFRC, OCHA (2020). COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement

<https://www.communityengagementhub.org/what-we-do/novel-coronavirus/?search=inclusion+of+marginalized&resource-type=0&region=0>

(例：SNS、ソーシャルネットワークグループ)を確立することを促す。

## ●路上生活者などホームレス状態にある人々

### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・多くは社会から孤立し、情報を共有することのできる家族や友人などのネットワークを持っていない可能性がある。
- ・安全を確保するための情報収集よりも、生き延びることや食料を手に入れることに関心が向いている可能性がある。
- ・健康・衛生面の教育や情報へアクセスできないことが多く、政府のサービスに警戒感や不信感を抱くことがある。
- ・インターネットや携帯電話にアクセスできない可能性がある。
- ・読み書き面などのリテラシーが低い可能性がある。
- ・潜在的な脆弱性や合併症（例：物質依存症や精神疾患）を有する可能性がある。

### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・ホームレス状態の人々がアクセスしやすく、頻繁に訪れる場所で情報を入手できるようにする。視覚的な情報と文字情報が含まれる看板を定期的に交換したり、音声を流すなどの手段を検討する。
- ・都市圏であれば、公衆電話や集会所でフリーダイヤルホットラインを宣伝する、ホームレス状態の人々の支援組織と協働するなど、フィードバックを収集する複数の方法を検討する。
- ・一般的な保健指導の内容（手洗いなど）を円滑に順守しづらい可能性があるため、状況に応じて健康・衛生上の専門の見地に基づいた実行可能な代替案や解決策を立て、適切な形でコミュニケーションする必要がある。

## ●先住民

### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・生活環境が閉鎖的な地域や遠方であり、医療や社会サービスが発信する情報へのアクセスが制限されることがある。
- ・言語の壁に阻まれることがある。
- ・信頼された慣習、信念、健康に関する情報源が、生物医学に基づいた標準的な医療システムと対応していない可能性がある。
- ・先住民の中には、植民地支配の歴史や権力の不均衡から、健康・衛生に関する公的な情報に不信感を抱く人がいることを考慮する。
- ・文化的背景に配慮した対応を行う医療機関へのアクセスが、感染症の流行時にはさらに制限される可能性がある。

### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・先住民主導のグループまたは先住民と協力関係を持っているパートナー組織と調整を行う
- ・健康・衛生面の情報を各先住民の言語に翻訳し、適切な形式で提供する。（紙芝居、文字に代わる視覚的な情報など、提供形式に対する好みを調べること）
- ・フィードバックを文書化し、対処していくために、先住民のリーダーが RCCE 取組に参加可能な形にし、また参加を促す。
- ・自発的に他コミュニティから隔離状態にある先住民については、隔離という彼ら自身の選択を尊重することが重要である。
- ・既存のジェンダー構造や権力関係を理解し、多様な RCCE チームを編成するなどの手段で対処する。

## ●自由がない人々

(例えば、留置場や収容施設、刑務所にいる人々。閉鎖的な薬物依存症回復支援施設や精神医療施設が収容する人々も該当する場合もある)<sup>2</sup>

### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・情報収集や懸念事項・疑問点を共有するための選択肢

### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・刑務所に内部フィードバックの仕組みを作ることを促

<sup>2</sup> OHCHR, WHO (2020). IASC Interim Guidance on COVID-19: Focus on persons deprived of their liberty <https://interagencystandingcommittee.org/other/iasc-interim-guidance-covid-19-focus-persons-deprived-their-liberty-developed-ohchr-and-who>

が限られているか、あるいはまったくない可能性がある。

- ・医療や健康情報にアクセスする権利を知らない可能性がある。
- ・施設の職員や、提供されたの情報を信用しない可能性がある。
- ・権力者（政府を含む）は、このグループの人々への情報や医療サービスの提供を優先させないことがある。

#### 留置・収容施設の場合：

- ・言語の壁に阻まれることがある。

#### 自宅軟禁・保護観察中の人々、コミュニティ隔離措置下の人々の場合：

- ・COVID-19 関連の症状などがある際、医療機関に行くべきかどうかや、行くことが許される時期がわからず、結果的に質問や情報収集をする機会がない。（自宅軟禁の場合、こういった行動を取る意欲が低い可能性がある。）

す。（例：カウンセラーを通じてフィードバックを収集する）

- ・メンタルヘルスに特に注意を払い、心理社会的な問題に関する情報とサポートを提供する必要がある。
- ・COVID-19 についての情報伝達方法やフィードバックの文書化と対処についての知識を深めるために、自由のない人々に関わるすべてのスタッフに対して研修を行う必要がある。
- ・すべての被留置者・被収容者、施設で働くスタッフ、そしてより幅広い人々の安全のために、留置施設や関連施設にいる人々に対して責任を負う政府と関係当局は、健康リテラシーの向上とともに、人権規範に沿った健康情報の提供とそれに伴う医療サービスへのアクセスを確保する重要性を理解する必要がある。

### ●都市部の貧困層やスラム地区で暮らす人々

#### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・教育水準が低いいため、より専門的な健康情報を理解するのが難しい場合がある。
- ・読み書きができない可能性がある。
- ・コンピューターやスマートフォンなどのデジタル機器を持っていない／使わない可能性がある。
- ・情報収集よりも基本的な生活ニーズを優先することがある。

#### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・音声と文字メッセージのフリーダイヤルホットラインなど、無料で利用できる複数のコミュニケーションチャンネルを提供する。
- ・親よりも子どもの方が識字率が高い場合には、子どもが情報面で保護者をサポートする可能性があるため、子どもが内容を理解し共有できるよう、子どもに合わせた情報を発信する。
- ・コールインラジオ番組、車や tuk-tuk（三輪タクシー）などのスピーカーを利用し、フィードバックに基づいた情報を共有する。

### ●精神疾患を持つ人々

#### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・状況や予防策に関する情報を理解し、それに従うことが困難な場合がある。
- ・COVID-19 の発生がもたらすストレスや不確実性は、精神疾患を有する人々の症状を誘発、悪化、増幅させるかもしれない。

#### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・精神疾患を持つ人々が COVID-19 に関する説明を理解し、利用可能なリソースについての明確な情報を受けられるよう、適切なサポートを提供する。
- ・可能であれば、専用のホットラインを設けて質問に答えたり、精神疾患を持つ人々に合わせた情報を提供する。

### ●アルコール他の物質使用障害の人々

#### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・アルコール・物質に依存している人や化学物質依存症

#### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・関連情報コンテンツを身近な言葉やビジュアルコミュ



のある人は、禁断症状が出ていて複雑な健康情報を理解できないことがある。

- ・継続的な治療が必要にもかかわらず治療が中断されてしまい、結果として健康情報を収集する能力が下がることもある。

ニケーションで提供する。

- ・介護者、市民社会組織、治療センターのスタッフと協力し、最適な情報提供戦略を考える。

## ●無国籍者

(どの国からも法律上、国民と認められていない人々。無国籍者は一般的に法的な身分を持たない。)

### RCCE 取組対象に含めるべき理由

- ・法的な身分がないことは情報へのアクセスへの公的な障壁となり(例:一部の国ではSIMカードの購入に身分証明書が必要である)、情報収集のための保健当局への連絡が行われない可能性がある。
- ・政府や権力者は、合法・違法を問わず厳しい介入(監視、ハラスメント、拘留、虐待など)を実施する可能性があり、結果的に無国籍者の医療情報や医療サービスへの信頼を損なったり、利用を妨げることに繋がる。
- ・信頼関係の欠如、低所得または無収入など、信頼できる情報の受発信を妨げる有形無形の経済的または社会的障壁がある。
- ・適切な、またはアクセス可能な言語や形式の情報が得られないかもしれない。

### 当該集団の人々を包含するための RCCE の取組

- ・健康情報の提供と併せて、それらの情報に安全かつ匿名でアクセスできる方法を詳しく説明する。
- ・無国籍の人々とのかかわりを深めるために、無国籍者と関わりを持ち、すでに信頼を得ているコミュニティベースの組織と協力する。
- ・無国籍者に対して、政府機関や権力者が安全な医療の選択肢を明確に伝える支援(ガイド)をする。

## 周縁化された脆弱な集団を包含するための鍵となるステップ

これらの集団に属する人々の性質は非常に異なっているため、それぞれの状況に応じてアプローチを調整することが重要である。以下のステップと質問は基本的な方針を示しており、これらを文脈に合わせ、周縁化された脆弱な集団を RCCE の戦略や活動に含めるための計画を立てることができる。

### ステップ1: 基本情報を収集する

あなたが活動する地域には、どのような周縁化された脆弱な集団がいるのか?(注:同一集団に複数の脆弱性がある可能性があるため、既知の人間/情報だけに頼るのではなく、市民社会団体に働きかける必要があるかもしれない)それらの集団に接触し、彼らの好み(直接接触するか、パートナー組織を通して接触するなど)を把握するために最善の方法は何か?

### ステップ2: コミュニティ意識調査を実施する

対象とする集団の人々は COVID-19 をどう捉えているのか? コミュニケーションの好みは何か?

→ [このような意識調査](#) を状況に合わせて実施し、コミュニティの COVID-19 に関する認識、フィードバックの共有や情報の受け取り方法の好みを理解する。<sup>3</sup>

### ステップ3: 含めたい集団に合わせて戦略と活動を調整する

<sup>3</sup> IFRC (2020). COVID-19 rapid perception survey

[https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/COVID-19-rapid-assessment-tool\\_170420-FINAL-1.pdf](https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/COVID-19-rapid-assessment-tool_170420-FINAL-1.pdf)

→計画に際しては、意識調査で得たデータに基づき、(対象とする集団の協力のもとに、実際の文脈に合わせて)以下の質問に回答するとよい。

- ・どのようなコミュニティなのか? コミュニティの信念、慣習、文化、使用言語はどのようなものなのか?
- ・識字率はどれくらいだろうか? どのような言語が使用されているのか?
- ・どのようなトピックについて、どのようなコミュニケーションチャネルに対して好みと信頼を示しているのか?
- ・COVID-19を説明するのに、どのような信念体系が用いられているのか?
- ・当該集団をRCCEに含める際に障壁となるものは何か?
- ・手が届きにくい集団または移動を繰り返すような集団なのか?
- ・保健医療サービスが行き届いていないのか?
- ・そのコミュニティは都会にあるのか? 田舎にあるのか?
- ・そのコミュニティの主要なインフルエンサーは誰か?
- ・そのコミュニティの人口構成はどのようなものか?
- ・私たちの活動をもっと身近に感じてもらうにはどうすればよいのか?
- ・そのコミュニティは、どのような解決策を提案しているのか?
- ・その集団に属する人々が健康情報や医療サービスを利用するに際し、どのような法的障壁が存在するか?
- ・その集団に属する人々が情報やサービスにアクセスすることを阻害する政府の介入には、どのようなものがあるのか?
- ・その他、彼らがおかれた文脈・状況に関連する情報があるのか?

#### ステップ4: スティグマに対処する

対象とする集団はどのようなスティグマに直面しているのか?

社会から周縁化され、弱い立場に置かれている集団の中には、スティグマや外国人嫌悪に直面し、情報収集や意見交換がさらに難しくなっている人々がいる。それらの集団がどのようなスティグマに直面しているかを調べ、対応するための戦略を制定する。例えば、特定の集団へのスティグマに対処するために、尊敬を受けているコミュニティリーダーや重要人物にアプローチするなど。詳細はIFRC・WHO・UNICEFによる、[スティグマの予防と対処のためのガイド](#) (複数言語で提供されている) を参照のこと。<sup>4</sup>

#### ステップ5: 何がうまくいき、何がうまくいかないかを定期的に確認する

あなたのアプローチは、あなたが対象とする集団にとって、現在も適切であり、実行可能なものなのか?

→集団への働きかけ方がうまくいっているかどうかを定期的に確認し、フィードバックに基づいてアプローチを変更するよう心がける。

#### その他リソース

RCCE 関連の他のリソース (多言語対応) は、機関間常設委員会の Google Drive :

<https://drive.google.com/drive/folders/1DNWkY5Q6tXAmwNiyWAbjTJAA90dxPOCJ>

と Community Engagement Hub にてご覧いただける :

<https://www.communityengagementhub.org/what-we-do/novel-coronavirus/>

意識調査のツール :

IFRC (2020). Updated Community Perception Survey tool for Asia Pacific

---

<sup>4</sup> IFRC, UNICEF, WHO (2020). A Guide to Preventing and Addressing Social Stigma Associated with COVID-19  
[https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/COVID-19\\_CommunityEngagement\\_1303201.pdf](https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/COVID-19_CommunityEngagement_1303201.pdf)



[https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/COVID-19-rapid-assessment-tool\\_170420-FINAL-1.pdf](https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/COVID-19-rapid-assessment-tool_170420-FINAL-1.pdf)

IFRC, WHO, UNICEF (2020). Rapid Assessment tool KAP

<https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/COVID19-Rapid-assessment-tool-KAP-IFRC-UNICEF-WHO-0503.pdf>

先住民を包含するためのリソース：

UN Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples (2020). COVID-19 and Indigenous peoples

<https://www.forestpeoples.org/en/news-article/2020/coronavirus-and-forest-communities>

<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/covid-19.html>

自由がない人々に関するリソース：

OHCHR, WHO (2020). IASC Interim Guidance for COVID 19: Focus on People deprived of their liberty

<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>

メンタルヘルスに関するリソース：

WHO (2020). Mental health and psychosocial considerations (MHPSS) during the COVID-19 outbreak

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

留置・収容されている人々に関するリソース：

ICRC (2020). COVID-19: Preparedness and response in detention

<https://www.icrc.org/en/document/covid-19-preparedness-and-response-detention>

言語に関するリソース：

Translators without Borders (2020): Language diversity in the COVID-19 pandemic

<https://translatorswithoutborders.org/language-diversity-in-the-covid-19-pandemic/>

ジェンダーに基づく暴力および性的搾取・虐待からの保護に関するリソース：

UNFPA (2020). Case Management, GBVIMS/GBVIMS+ and the COVID-19 pandemic

<https://www.unfpa.org/resources/case-management-gbvmsgbvims-and-covid-19-pandemic>

WHO, UNFPA, UNICEF, UNHCR, WFP, IOM, OCHA, CHS (2020): Alliance, InterAction and the UN Victims' Rights Advocate.

Interim Technical Note: Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) during COVID-19 Response - Version 1.0

<https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-technical-note-protection-sexual-exploitation-and-abuse-psea-during-covid-19-response>

詳細については、共同担当者にお問い合わせください。

Ljubica Latinovic, Risk Communication Advisor, World Health Organization (WHO)

Email: latinovicl@who.int

Viviane L. Fluck, PhD, Regional Community Engagement and Accountability Coordinator, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)

Email: [viviane.fluck@ifrc.org](mailto:viviane.fluck@ifrc.org)

Husni Husni, Humanitarian Affairs Officer (Community Engagement / Accountability to Affected Populations), United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)

Email: [husni.husni@un.org](mailto:husni.husni@un.org)

このリスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント（RCCE）の地域ワーキンググループは、アジア太平洋地域における新型コロナウイルス（COVID-19）発生への準備と対応に対し、RCCEに関する技術支援を提供するために設立された機関間連携プラットフォームである。このワーキンググループは、アジア太平洋地域の国連機関、赤十字社及び赤新月社、（国際）NGO などさまざまな機関の RCCE 専門家やスペシャリストで構成されている。



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

COVID-19と地域包括ケア

研究代表者	武藤 香織	東京大学医科学研究所	教授
研究協力者	井口 高志	東京大学大学院人文社会系研究科	准教授
研究協力者	土屋 葉	愛知大学文学部	教授
研究協力者	中根 成寿	京都府立大学公共政策学部	准教授
研究協力者	山下 幸子	淑徳大学 総合福祉学部	教授

研究要旨

地域包括ケア班では、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という理念の実行が困難な現状を踏まえ、COVID-19 対策によってケアを要する人々が受けた影響を明らかにすることを目的としている。特に、(1) 地域生活を送る障害者や高齢者への地域生活支援や介護派遣事業における実態を把握するための調査、(2) 大規模都市周辺の地方自治体での感染をめぐる認識を把握するための調査を行った。(1)では、介助派遣現場では介助内容や方法、コーディネート等の調整を、常に状況に応じて変化させながら実行していかなければならず、その困難を見出すことができた。(2)では感染者数が少なくても、不確かな情報の流通や人口規模によるプライバシーの毀損が、「感染以外の恐怖」を生成することが明らかになった。

A. 研究目的

地域包括ケア班では、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という理念の実行が困難な現状を踏まえ、COVID-19 対策によってケアを要する人々が受けた影響を明らかにすることを目的としている。

本班では、2020(令和2)年度の予備的調査をふまえて、主に2021(令和3)年度に(1)地域生活を送る障害者や高齢者への地域生活支援や介護派遣事業における実態を把握するための調査、(2)大規模都市周辺の地方自治体での感染をめぐる認識及び行動を把握するための調査を行った。

B. 研究方法

2020(令和2)年度は、厚生労働省から示された関連の通知の精読や文献調査を通じ

て、加えて、地域包括ケアの幅広い対象のうち、どのような対象がいかなる課題を抱えているかを明らかにするため、研究会を計3回開催し、意見交換を行った。

2021(令和3)年度は、上記の取り組みを継続した。研究会ではクラスターが発生した障害者支援施設の状況についてお話を伺う回を設け、その時の状況等について学ぶことができた。そして、「A.研究目的」で示した2つの調査を行った。その方法はどちらも、半構造化されたインタビュー項目を問うていくインタビュー調査である。

調査対象は、メンバーそれぞれの機縁に基づき選出し、次のとおりとした。

(1) 全国規模の障害者団体、4大都市圏のサービス提供事業者及び利用者。2021年8月から9月、2022年1月、3月に調査実施。(2) 4大都市圏周辺地域の社会福祉法

人の理事・施設長に対して、2021年1月に調査を実施した。

(倫理面への配慮)

東京大学文学部社会学研究室社会調査倫理委員会の審査を受けている。具体的な倫理的配慮事項の一例は次のとおりである。インタビューの実施方法は、対象者の都合を尊重し、過度な負担にならない形で実施する。インタビュー内容は録音の許可を得たうえで、語りの内容を反訳する。反訳データの分析に使用にあたっては、対象者に加筆修正を求めたうえでデータを固定する。

## C. 研究結果

【2020度(令和2)年度】

COVID-19流行によって高齢者施設等が受ける影響は、以下のように整理される。

まず、医療機関と同様に、新興感染症としてのCOVID-19の施設内感染に悩まされている。しかし、高齢者施設等は、医療機関と比べると感染防御のノウハウに乏しく、ゾーニング等の感染防御の実施が困難な施設もある。そのため、施設職員等を通じて施設内に持ち込まれるウイルスによる散発的なクラスター(集団感染)が発生するリスクを抱えている。

次に、COVID-19の場合には、高齢者や基礎疾患をもつ人々が重症化しやすいという特徴がある。これまでの感染状況の傾向からみると、大きな流行の当初は20-30代の若い世代で感染が拡大し、中高年代へと広がり、家庭内感染や施設内感染に移行している。そのため、都市部を中心に大規模な流行が進むと、既に通常の医療の提供が困難になった段階でクラスターが多発するリ

スクも抱えている。

さらに、そのような状況においては、PCR検査等で陽性となった利用者を医療機関に入院させることが容易ではない点が露呈した。医療の逼迫を経験した地域(北海道、東京都、大阪府等)では、医療機関は重症化しやすい人々や重症の患者に対する医療提供に専念する体制となっていたが、施設内でクラスターが発生した場合、①本人の意思決定能力の程度、②隔離・健康観察に伴うルールを順守できる能力の程度、③ADLの程度等によって、医療機関から受入れを拒否され、本来、入院で提供されるべき医療が提供されずに、施設内で感染が収まるのを待つしかない、という状況に陥った事例もある。

こうした事情は、通所サービスや在宅介護サービスなどの停滞にも影響を与えてきた可能性がある。

そこで、本班では予備調査でヒアリングを実施し、重症心身障害児施設でのケアや神経難病であるALSの在宅療養への影響について検討を行った。

重症心身障害児施設では家族によるケアの参画が不可欠である。しかし、政府の基本的対処方針を根拠として、長期にわたってお見舞いと面会が制限されてきたことを受けて、重症心身障害児施設では家族がケアに参画できず、利用者のケアの質が低下した可能性が示唆された。

また、在宅療養中の全身性障害者や神経難病患者にとっては、ヘルパーが確実に確保されていることが重要である。しかし、ヘルパーの確保や派遣が様々な理由で困難になっていることも明らかになった。

こうした予備調査を踏まえ、高齢者福祉

施設関係者、介護派遣事業所、重症心身障害者施設、地域におけるインフォーマルな支援者ネットワーク等を対象に、感染状況の多寡による差異も考慮した形で地域を選定し、調査を進める計画を立てた。特に、①感染対策の工夫と困難、②（施設の場合）クラスター発生時の対応、③対面でのサービス、お見舞い・面会の実施状況、④ワクチン接種（本人同意の確認等）、⑤ケア従事者の確保、⑥偏見・差別、誹謗中傷に関わる事項、⑦様々な困難を乗り越えるための工夫、等に焦点をあてる。

#### 【2021（令和3）年度】

##### （1）障害者や高齢者への地域生活支援と介護派遣の状況に関するインタビュー調査

調査で聞き取った内容は次のとおりである。①COVID-19感染拡大が、障害者に及ぼした影響、②COVID-19感染拡大が、福祉サービス従事者やサービス提供の責任者に及ぼした影響、③COVID-19感染拡大が事業所経営に与えた影響。それぞれについての結果を、以下に記す。

①COVID-19感染拡大が、障害者や高齢者に及ぼした影響として、他者との接触の制限等の生活様式の大幅な変更を余儀なくされていること、長引くコロナ禍でのストレス増、気力や体力の減退、介助・支援体制の変更を余儀なくされること、家族やケア方法に熟知した介助者が面会できないことによる入院時の負担があった。

②COVID-19感染拡大が、福祉サービス従事者や管理者に及ぼした影響として、一例をあげれば、感染防止策の徹底をはじめ介助

方法の変更を余儀なくされていることや、特に直接介助を行う福祉サービス従事者においては濃厚接触者や陽性者の介助への不安や負担があった。

管理者は、様々な場面での判断を行う立場にあるが、困難な判断に直面したり、判断の妥当性に確証が持てないしんどさを有していた。介助派遣においては、不断の調整の状況におかれていることが分かった。

③COVID-19感染拡大が事業所経営に与えた影響として、サービスの利用控えによる収益減、検査や介助者の休業補償において事業所の持ち出しでの負担となっていることがわかった。

以上の調査結果から、あらためて介助派遣現場にとって負担の大きい状況が続いていることがわかる。今後取り組むべき課題は複数あるが、制度的な課題としては、各種支援策が、事業者にとって簡便かつ迅速な手続きで受けることができることが挙げられるだろう。また、長期的な課題としては、地域生活を営み、かつ長時間介護を要する重度障害者への支援状況は、もとより脆弱だったことが、あらためて確認できる。障害者にとって生活の基盤となる介助体制の充実が長期的課題の一つである。

##### （2）陽性者確認数が少なかった地域における住民行動に関するインタビュー調査

インタビューの結果、中核となるカテゴリとして「正確な情報への距離」「地元出身者と地域外出身者の区別」「非日常のコミュニティの特性」の3つを抽出した。これら3

つのカテゴリが「感染以前の恐怖感の強さ」を構成・強化する。「正確な情報への距離」カテゴリとは、住民の情報ソースが基本ロコミであり、個人情報を含んだ「噂」を否定したり、疑うことがタブーになっている現象をさす。

A市は人口規模が小さく、住民の日常的な買い物、余暇（本屋・カラオケ）などの行動が目視で共有され、職業、家族構成も相互に共有されている・また「地元出身者か地域外出身者の区別」が明確になされており、地域の外に親族が居るか、遠方に住む親族の訪問があったかなどが目視やロコミで共有され、場合によっては訪問サービスの派遣中止が検討されるなど、事業所の日常のサービス提供にネガティブな影響を与えていた。

「非日常の小規模コミュニティ特性」はプライバシーが日常よりも強く毀損されること、監視・ロコミによる情報共有することに抵抗感がないこと、また匿名性の低い情報を共有することで得られる「高揚感」などをコミュニティが維持しやすい傾向にあることを示している。プライバシーに踏み込むことも「非常時だから」という合理的な理由により抑制が働きにくくなっていた。

「正確な情報への距離」「地元出身者と地域外出身者の区別」「非日常のコミュニティの特性」が組み合わさると、地域住民による相互の行動抑制、ロコミによる情報共有がおこり、「感染以外の恐怖感」が生成される。匿名性が低く、情報ソースが不正確な状況では、感染そのものがおこらなくても人々の行動により「感染以外の恐怖感」が強く生

成されることが示唆された。

#### D. 健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

#### E. 研究発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

2022年7月に、福祉社会学会第20回大会で報告予定である。

山下幸子・土屋葉・井口高志・中根成寿

「介助システムの不断の調整に伴う困難—ELSIから考える COVID-19 流行下での地域生活支援（1）—」

中根成寿・井口高志・土屋葉・山下幸子「陽性者確認後発地域における住民行動—ELSIから考える COVID-19 流行下での地域生活支援（2）—」

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)  
(分担) 研究報告書

成果発表イベント「コロナELSIナイト」の開催および情報保障について

研究代表者	武藤 香織	東京大学医科学研究所 教授
研究分担者	井上 悠輔	東京大学医科学研究所 准教授
研究分担者	藤田 卓仙	慶應義塾大学 特任准教授
研究分担者	東島 仁	千葉大学大学院 准教授
研究分担者	磯部 哲	慶應義塾大学大学院 教授
研究分担者	山本 龍彦	慶應義塾大学大学院 教授
研究協力者	小川 有希子	帝京大学 助教
研究協力者	河嶋 春菜	慶應義塾大学 特任准教授
研究協力者	永井 亜貴子	東京大学医科学研究所 特任助教
研究協力者	井口 高志	東京大学大学院 准教授
研究協力者	山下 幸子	淑徳大学 教授
研究協力者	土屋 葉	愛知大学 教授
研究協力者	中根 成寿	京都府立大学 准教授
研究協力者	石橋 真帆	東京大学大学院 博士後期課程
研究協力者	奈良 由美子	放送大学 教授
研究協力者	李 怡然	東京大学医科学研究所 助教

研究要旨

本研究班の研究成果の対外的な発信と、各テーマの議論をより発展させることを目的に、2022年3月24日(木)、25日(金)の2夜連続で、オンラインイベント「コロナELSIナイト～みんなで倫理的法的社会的課題を考える～」を開催した。成果の発信にあたっては、障害の有無や内容にかかわらず、同等の情報が確保されるようにする「情報保障」の考え方が重要とされることから、聴覚障害をもつ方への情報保障として、試行的に遠隔での手話通訳・文字通訳を取り入れた。準備段階では、報告者・司会者間で発話や画面構成における留意点を入念に情報共有し、リアルタイムで滞りなく通訳と進行を進められるよう準備を整えた。

第1夜は「生命・公衆衛生倫理」「法令・制度」「デジタル技術」、第2夜は「患者・市民参画」、「偏見・差別」「地域包括ケア」「リスク・コミュニケーション」と、関連性の高いテーマごとに、各テーマ20分ずつの報告、後半に総合討議・質疑の構成で実施した。各日ともに、テーマ間で相互に重なる論点が多く登場し、報告者間のディスカッションを深めることができた。参加者アンケートでは、手話通訳・文字通訳への好意的な評価や情報保障が今後さらに普及することへの期待が寄せられた。本イベントの開催を契機に、COVID-19により生じうるELSIについてひろく社会に知見が共有されるとともに、情報保障の意義やノウハウが他のイベント運営にも生かされることを期待する。



## A. 研究目的

本研究班の約2年間の研究期間にわたる活動と成果を対外的に発信するとともに、各サブ・グループ間の議論を深める目的で、オンラインでの成果発表イベントを実施する。成果の発信に際しては、「情報のやりとりを行う際に、障害の有無や内容にかかわらず、実質的に同等の情報が確保されるようにする」考え方を「情報保障」といい、障害の特性に応じた配慮が求められる<sup>1)</sup>。コロナ禍において、オンライン環境でのイベント開催が増加したことで、遠隔地の方や、疾病や障害など様々な理由により移動が難しかった方も含め、より多くの人に参加しやすくなったというメリットが挙げられる。しかし、それでもなお、情報へのアクセスが困難な方がいることにも配慮し、運営方針を検討することが重要である。そこで、情報保障の考え方に基づいた研究成果のアウトリーチと社会との対話を実現するために、遠隔での手話通訳・文字通訳を試行的に導入し、ノウハウや課題点を共有することを通じて、今後のよりよい情報保障のあり方を検討することを目指す。

## B. 研究方法

### 1. イベントの概要

2022年3月24日(木)、25日(金)の19時～21時に、2夜連続の成果発表イベント「コロナ ELSI ナイト～みんなで倫理的法的社会的課題を考える～」を企画した。新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止、および国内外に在住するより多くの方に参加いただけるよう、オンライン会議システム Zoom を使用したウェビナー(オンラインセミナー)形式とした。相互に関連性の高いテ

ーマごとに、第1夜は「生命・公衆衛生倫理」「法令・制度」「デジタル技術」、第2夜は「患者・市民参画」、「偏見・差別」「地域包括ケア」「リスク・コミュニケーション」と2日間にわけ、各グループ20分ずつの報告、質疑応答・総合討論の構成とした。学術関係者だけでなく、一般の方にも参加いただけるよう、イベント管理サイト Peatix(ピーティックス)を利用して周知と募集を行った(報告者等の詳細は、「資料 Peatix 公開ページ」を参照)。

### 2. 情報保障への対応

Peatix を使用した参加者受付において、視覚障害などが理由でオンラインフォームが使用できない方がいることを想定し、読み上げソフトに対応したメールでの参加申し込みを受け付けること、そのほか特別な配慮を希望する場合は申し添えてもらうこととした。

聴覚障害のある方への情報保障の方法には、手話通訳、および文字通訳(または要約筆記)と呼ばれる、音声で聞き取った話を要約筆記者が要約し、パソコン等で文字に書き表して伝える方法があり<sup>2)</sup>、いずれを希望するかは人によって異なる。そこで、株式会社ミライロ・コネクト(<https://mirairo-connect.jp/>)に依頼し、遠隔での手話通訳および文字通訳サービスの両方を依頼した。文字通訳には、①Zoomの画面上における字幕の表出、②captiOnline(キャプションライン)と呼ばれるシステム(<https://captionline.org/>)を用いたウェブブラウザへ表出、といった方法がある。①の方法は Zoom 上の一画面で閲覧できる

こと、②は参加者自身が、Zoom 画面とは別にタブレットやスマートフォン等のデバイスを用いて、任意のタイミングでスクロールして字幕を閲覧できることから、利便性を重視し、①②両方の方法を併用した。

運営にあたっては、第 18 回障害学会大会の大会長として、先行して手話通訳・文字通訳を取り入れたオンラインイベント運営を実施した経験のある班員の山下幸子より運営や司会のノウハウを提供いただき、参考にした。また、2 月 15 日に班内で情報保障に関する打ち合わせと情報交換を行い、それを踏まえて以下の留意点を共有した。

#### < 報告準備について >

- ・ 同時通訳を行うため、発表者は発話のスピードに注意し、通常よりも意識してゆっくりと話すこと
- ・ 手話通訳者は、同時通訳の負担が大きいため 20 分ごとに交代すること、この点も踏まえて時間管理を厳格に行うこと
- ・ 視覚障害のある方が参加されることを念頭に、「あれ」「これ」等の指示語の使用を避け、図表についてはわかりやすく言葉で補足説明を行うこと

#### < 当日の進行や発話について >

- ・ 手話通訳・文字通訳の画面が小さくなると、見えづらくなるため、通常は報告者または司会者の 1 名のみ、総合討論時は最大で 2 名のみがカメラをオンにし、表示される画面の数が増えないように注意すること
- ・ 報告者は司会の進行指示に従い、発言開始時にカメラとマイクをオンにし、発言終了時にオフにすること
- ・ 発言時に毎回必ず氏名を名乗ってか

ら発話を始めること

- ・ 同時に 2 名以上が話し出すことはな  
いよう、発話の順番に注意すること。

#### < 質疑応答について >

- ・ 司会者もしくは報告者が Zoom の Q&A 機能に書き込まれた質問の内容を読み上げ、音声で回答すること
- ・ 視覚障害等の理由で、Zoom の Q&A 機能が使用できない参加者には、運営のメールアドレス宛に質問を送信してもらうこと

また、専門性の高い内容や固有名詞に関して通訳の精度をできるだけ高めるために、約 1 週間前に、報告者が投影予定のスライドのノート欄に説明内容もしくは読み上げ原稿を記入したファイル、挨拶・司会原稿および進行表を通訳者に共有した。当日の開始 1 時間前に、通訳者と、報告者・司会者・運営スタッフ間の打ち合わせ、カメラのオンオフや発話の練習を行い、できるだけスムーズな進行を行えるよう準備を整えた。

## C. 研究結果

### 1. 結果

#### (1) 各班の発表内容と議論の概要

##### < 第 1 夜 >

「生命・公衆衛生倫理」班からは、日本国内のコロナ人権条約の成立および変遷に関する検討結果が報告された。新型コロナウイルス感染症に特化した条例が自治体各地でつくられた経緯、自治体独自の罰則規定が導入された経緯に加えて、人権条例をもうけた自治体数の時系列にみた変化と条例の主たる対象、具体的にどのような差別的な取り扱いの禁止が規定に盛り込まれたか

など、調査結果と考察が示された。

「法令・制度」班からは、新型コロナウイルス感染症対策の仕組みおよび運用上の法的課題をテーマに報告が行われた。公衆衛生上の基本的人権の保障や民主的統制の問題、専門家と政府の関係、国・地方関係、医療提供体制に関して、日本とフランスとの比較を踏まえた考察が行われた。続いて、検疫法に基づく水際対策、感染症法に基づく入院と自宅療養・宿泊療養、予防接種、情報の利用の4点に関して、個別具体的な課題点が提起された。

「デジタル技術」班からは、接触者確認アプリの導入・活用状況、新型コロナ対策の業種別ガイドライン、海外の人との往来や大規模イベント再開に伴うデジタル技術、デジタル関連技術に対する人々の態度に関する調査、の4点が報告された。海外各国におけるIT活用の事例を紹介しつつ、日本における感染症のデータ取得・管理のシステム、本人同意をベースにした個人情報の取り扱いがなされているという特徴が指摘された。ウェブ調査や運用の経緯を検討した結果を踏まえて、デジタル技術の活用における複数の課題がまとめられた。

総合討論においては、報告者のあいだで、「法令制度」班が言及したフランスにおける市民会議とワクチンパスの制度導入への関与の程度、「デジタル技術」班のウェブ調査における各技術への賛否の関連性についての質問が交わされ、さらに行政法および憲法学の立場から、3つの発表に関連してコメントが寄せられた。参加者からは、未知の感染症への恐怖がもたらす問題、感染者の情報公開と人権保護の両立のあり方について質問があり、報告者からそれぞれ回答が

なされ、第2夜の報告テーマとも関連する論点に議論が及んだ。

<第2夜>

「患者・市民参画」班より、リスク・コミュニケーション、コミュニティ・エンゲージメント、研究への患者・市民参画(PPI)の3つに注目し、これらの国際的な定義や英語圏での取り組みの先例が報告された。COVID-19対策や研究において、患者・市民参画や協働が不可欠であるという声明や、実践手法をまとめたガイドライン等が紹介された。また、国内の感染者による体験談のデータベース構築、東京都の宿泊療養施設で実施したアンケート調査結果から、人々からどのような不安や要望、メッセージが寄せられているかの分析結果が報告された。

「偏見・差別」班からは、COVID-19感染者に対する差別的言動のきっかけであると指摘されている、感染者の情報公表に焦点を当てて報告がなされた。都道府県および保健所設置市の情報公表を調査し、厚生労働省による公表基準に照らして、公表する情報と公表しない情報がどの程度公表されていたか、分析結果が示された。また、企業による従業員の感染に関する実態として、プレスリリースの調査結果が報告された。加えて、韓国と日本で行ったウェブ調査から、両国の市民の間で感染者の情報公表に対する意識の違いがあるという点が指摘された。

「地域包括ケア」班からは、コロナ対策によって、地域包括ケアの理念の実行が困難な状況に置かれたという問題意識を出発点に、感染対策と地域でのケアの実践との間のジレンマや工夫について、複数地域の団

体に実施した聞き取り調査結果が報告された。4大都市圏において、福祉サービス従事者や提供責任者、事業経営に及ぼした影響等、濃厚接触者と判定された福祉サービス利用者の事例とともに紹介があった。また、陽性者確認のタイミングにラグがあった特定地域の事例をもとに、感染拡大状況に伴う人々の意識や行動の変化が考察された。

「リスク・コミュニケーション」班からは、国際的な定量的調査を実施し、市民のリスク認知の結果を分析した結果が報告された。特に日本では、恐ろしさや未知数が高いものとして、COVID-19を危険視しており、それらが人々の感染防止行動とも関連していた可能性が指摘された。また、統計に埋もれがちな当事者や少数者の意見を明らかにするために実施した市民との継続的対話に基づき、類型化した一般的論点およびワクチンをめぐる論点、インプリケーションが示された。加えて、スケッチ・ダイアログの手法として汎用化することの意義や課題が提起された。

総合討論・質疑応答の時間では、参加者から、公衆衛生の施策に患者の声を生かす際に、短期的な場合と中長期的な場合それぞれのような方法や違いがあるのかという質問があり、「患者・市民参画」班の視点から回答があった。関連して、市民からの声を、施策を作る国や自治体に届けるための手段についての質問があり、政府の対策や東京都のアドバイザーに参与している立場、地域の現場の聞き取りをしてきた立場として、各報告者より回答がなされた。さらに、地域における感染者確認とプライバシー保護の問題、自治体による感染者の情報公表のあり方、感染症に対する人々のリスク認

知を政策決定者が把握すること、地域の福祉・ケアの現場にいる実践者の声をどのように施策に生かせるか、といったような、4つのテーマが相互に関連する議論に発展した。

## (2) 参加者アンケートの結果

本イベントには、第1夜は92名、第2夜は111名の事前申し込みがあり、終了後の参加者アンケートには計44名の回答があった。立場は研究者・学術関係者24名(54.4%)、医療・介護・障害福祉従事者12名(27.3%)、患者・障害者・家族・当事者団体関係者7名(15.9%)、学生4名(9.1%)、一般8名(18.2%)、属性について性別でみると、男性10名(22.7%)、女性30名(68.2%)、答えたくない4名(9.1%)、年代別では20代3名(6.8%)、30代7名(15.9%)、40代14名(31.8%)、50代6名(13.6%)、答えたくない2名(4.5%)であった。

発表の内容に関して、「様々なアプローチの説明が聞いて興味深かった」、「感染症対策にフォーカスし、倫理面がなおざりになったことに気づかされた」、「感染者・家族の意見をどのように行政に反映させるかという点について興味をもった」等の感想があった。

また、手話通訳・文字通訳に関しては、「手話や文字通訳が時間差なく確認できた」「通訳があったから参加できた」、「文字通訳のおかげで、うまく聞き取れないところを理解できた」「ELSI関連のテーマに限らず、情報保障がもっと広まってほしい」等、聴覚障害がないと思われる参加者も含め、好意的な意見が多く寄せられた。

## 2. 考察

COVID-19対策で生じたELSIの論点をマッピングし、7つのサブ・テーマごとに活動してきた本研究班の活動成果を、オンラインイベントを通じて対外的に発信した。第1夜、第2夜ともに、報告者同士での活発なディスカッションや参加者との質疑応答が行われ、法令制度および人権保護とデジタル技術、感染症に対する未知性・恐怖感と情報公表、地域における感染者のプライバシー保護、患者・市民参画とリスク・コミュニケーションなど、相互に重なる議論が多く展開された。参加者のアンケート結果からも、多角的なアプローチからの発表に関心をもってもらえたことが伺えた。手話通訳・文字通訳を取り入れたイベントは運営側やほとんどの報告者にとっては初めての経験であったが、専門性の高い内容や固有名詞を含む報告資料を通訳者に事前に共有すること、発話やカメラのオンオフのタイミングに留意して報告を行うことで、スムーズな進行につながられたと考えられる。

今回は、主として聴覚障害のある方への情報保障として、手話通訳・文字通訳を導入したが、すべての障害の特性に配慮した対応ができていないという限界もあり、情報提供の手段については、さまざまな工夫も考えられる。もっとも、本イベントの開催を通じて、報告者および参加者の双方ともに、情報保障に対する理解と重要性の認識が高まったという点での意義は高く、今後の他のイベント運営にも資すると考えられる。

## 3. 結語

オンライン成果発表イベントの開催を通じて、7つのサブ・テーマごとに、本研究班

のこれまでの研究成果の概要が発信された。報告者同士の議論が深まることで、研究成果の相互参照やさらなる発展につなげたい。

また、リアルタイムでの遠隔による手話通訳・文字通訳の導入を通じて、聴覚障害の有無にかかわらずより多くの方に参加してもらうことができた。本会の開催を契機に、運営ノウハウや課題点が共有され、今後さまざまな機会において情報保障に配慮したイベントが実現することを期待したい。

### 【謝辞】

手話通訳・文字通訳に関して、株式会社ミライロ ビジネスソリューション部 コネクトチーム、派遣通訳者の皆様のご指導とご支援を頂いた。

イベント運営にご協力頂いた神野浄子学術専門職員をはじめ、東京大学医科学研究所 公共政策研究分野の各位に御礼申し上げます。

### 【参考文献】

- 1) 千葉県健康福祉部障害福祉課. 障害のある人に対する情報保障のためのガイドライン (平成29年3月改定). 2017. <https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jouhouhoshou/documents/jgl.pdf>.
- 2) 千葉県健康福祉部障害福祉課. 障害のある人に対する情報保障のためのガイドライン (平成29年3月改定) 別冊 障害のある人に対する情報保障のためのハンドブック. 2017. <https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jouhouhoshou/documents/jhb.pdf>.

**D. 健康危険情報**

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

**E. 研究発表**

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表  
なし

**F. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得  
なし

2. 実用新案登録  
なし

3. その他  
なし

(資料) peatix 公開ページ (https://covid19-elsi-night.peatix.com/)

Peatix 検索 グループ / イベントを始める マイチケット 東大医科研・公共...

グループ イベント ホーム 参加者 公開ページ 編集 視聴 集客 共同管理 その他

共有用の URL: https://covid19-elsi-night.peatix.com/ ツイート



### コロナELSIナイト～みんなで倫理的法的社会的課題を考える～

詳細

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行は、私たちの社会や暮らしに大きな変化を与え、これまでにない対応を迫られました。COVID-19対策が長期化するにつれて、さまざまな倫理的法的社会的課題(ELSI; Ethical, Legal and Social Implications/Issues, 「エルシー」)も生じています。私たちは、COVID-19により生じうるELSIを生命・公衆衛生倫理、法令・制度、デジタル技術、患者・市民参画(PPI)、偏見・差別、地域包括ケア、リスク・コミュニケーションの7つのテーマにわけて考え、1年半にわたって調査や研究を続けてきました。

このオンライン・イベントでは、2夜連続で、7つのテーマごとにこれまでの活動を紹介し、ます。どなたでも、お気軽にご参加ください。参加費は無料です。

**2022/3/24 - 3/25**  
[木] - [金]  
**19:00 - 21:00 JST**  
📅 カレンダーに追加

会場 オンライン

チケット

3月24日(木) 19:00-21:00 ~ 3月24日 0:00  
3月25日(金) 19:00-21:00 ~ 3月25日 0:00

主催者

東京大学医科学  
研究所 公共政  
策研究分野  
フォロー数: 155

**□開催概要**  
日時: 2022年3月24日(木)、25日(金) 19時~21時  
開催形式: ウェブ会議システムzoomを使用したウェビナー (オンラインセミナー)  
\*リアルタイムのみの開催となります。動画の事後配信はございません。

**□プログラム** (※スピーカーと順番は、後日変更になる可能性があります)  
<第1夜> 3月24日(木)

- 1. 生命・公衆衛生倫理**  
東京大学 医科学研究所 准教授 井上 悠輔
- 2. 法令・制度**  
帝京大学 法学部 助教 小川 有希子  
慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート 特任准教授 河嶋 春菜
- 3. デジタル技術**  
慶應義塾大学 医学部 特任准教授 藤田 卓仙
- 4. Q&A・ディスカッション**

<第2夜> 3月25日(金)

- 1. 患者・市民参画**  
千葉大学大学院 国際学術研究院 准教授 東島 仁  
東京大学 医科学研究所 教授 武藤 香織
- 2. 偏見・差別**  
東京大学 医科学研究所 特任助教 永井 亜貴子  
東京大学 医科学研究所 教授 武藤 香織
- 3. 地域包括ケア**  
東京大学大学院 人文社会系研究科 准教授 井口 高志  
淑徳大学 総合福祉学部 教授 山下 幸子  
愛知大学 文学部 教授 土屋 薫  
京都府立大学 公共政策学部 准教授 中根 成寿
- 4. リスク・コミュニケーション**  
東京大学大学院 学際情報学府 博士後期課程 石橋 真帆  
放送大学 教養学部 教授 奈良 由美子
- 5. Q&A・ディスカッション**

(進行)  
東京大学 医科学研究所 助教 李 怡然

#### □ 対象

ご関心のある方はどなたでも歓迎です。

#### □ 参加費

参加費は無料です。

#### □ 手話通訳・文字通訳について

情報保障の観点から、手話通訳および文字通訳（話した言葉の要約を字幕に表示する）が入ります。スマートフォンの画面では、手話や字幕が見づらくなる可能性がありますので、できるだけパソコンやタブレットなどでご覧になることをお勧めします。なお、文字通訳は、Zoom内での字幕表示に加えて、別途ブラウザで表示させることも可能です。ブラウザでひらく場合は、Zoomをひらく画面とは別のデバイスをご用意することをお勧めします。

#### □ 申込方法

右の[チケットを申し込む]ボタンより、お申込みください。

\* 視覚障害などの理由で、Peatixの申込みが難しい方は、メールでも参加を受けつけております。画面下のお問い合わせ先までご連絡ください。

#### □ 申込期限

**各開催日の前日に締め切らせていただきます。**

<第1夜 3月24日（木）> : 2022年3月23日（水） 23:59

<第2夜 3月25日（金）> : 2022年3月24日（木） 23:59

\* 2夜ともご参加される場合は、申込画面にて、両方の開催日をお選びください。

**接続先URLは、3/24・25当日の18:50頃、Peatix内で公開します。**

**開催日ごとに、接続先URLが異なりますので、ご注意ください。**

**案内メールはお送りいたしませんので、開始時間が近づいたら、ご自身でPeatixにログインの上「チケット」よりイベント視聴ページにアクセスをお願いします。**

なお、接続先URLの視聴ページは、申込を完了された方のみが閲覧可能です。

#### □ 主催

厚生労働省厚生労働行政推進調査事業費補助金「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的・社会的課題（ELSI）に関する研究」（東京大学）

#### 本イベントに関するお問い合わせ先

event@pubpoli-imsut.jp

隠す

メディカル/ヘルスケア

医療

健康

病と生きる

サイエンス

福祉

#### 追加情報

イベント詳細情報を更新しました。差分 2022-03-11 02:45:39

過去の更新





## 別添5

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
大北全俊	新型コロナウイルス感染症 行動変容というリスク・マネジメントと責任	浜田明範, 西真如, 近藤祉秋, 吉田真理子	新型コロナウイルス感染症と人類学	水声社	日本	2021年	85-109
河嶋春菜	フランスー新たな法律上の緊急事態の創設	大林圭吾	コロナの憲法学	弘文堂	日本	2021年	112-124
Isobe T, Kawashima H.	Le Japon face à la crise sanitaire	Viaila F, et al	Les pouvoirs publics face aux épidémies	LEH	フランス	2021年	659-670
河嶋春菜	個人情報保護法 医療情報と学問の自由	水谷瑛嗣郎	リーディングメディア法・情報法	法律文化社	日本	2022年	190-205, 244-260

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nagasu M, Muto K, Yamamoto I	Impacts of anxiety and socioeconomic factors on mental health in the early phases of the COVID-19 pandemic in the general population in Japan: A web-based survey	PLOS ONE	16(3)	e0247705-e0247705	2021年
武藤香織	COVID-19の専門家助言組織の課題	法律時報	93(3)	69-73	2021年

Inoue Y, Okita T.	Coronavirus disease and the shared emotion of blaming others: Reviewing media opinion polls during the pandemic	Journal of Epidemiology	31(7)	453-455	2021年
井上悠輔, 大隈楽	感染症流行時の市民の「責務」や差別の問題を「コロナ条例」から考える	公衆衛生	85(5)	347-353	2021年
井上悠輔	パンデミック下での人権問題を考える(特集感染症と医事法)	医事業務	607	16-20	2021年
井上悠輔	感染症予防と「国民の責務」規定	年報医事法学	36	65-73	2021年
Kodama S, Campbell M, Tanaka M, Inoue Y.	Understanding Japan's response to the COVID-19 pandemic	Journal of Medical Ethics	48(3)	173	2022年
Inoue Y.	Relationship between high organ donation rates and COVID-19 vaccination coverage	Frontiers in Public Health	10(855051)	1-6	2022年
河嶋春菜訳, ジェレミー・マクブライド著	新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約(1)	人権判例報	1	3-12	2020年
河嶋春菜訳, ジェレミー・マクブライド著	新型コロナウイルス感染症とヨーロッパ人権条約(2・完)	人権判例報	2	15-22	2021年
磯部哲	『自粛』や『要請』の意味[特集 新型コロナウイルス感染症と法の役割]	法学教室	486	10-16	2021年
磯部哲	感染症法・特措法の仕組みに関する医事行政法的考察[小特集 感染症対策の法と医療—新型コロナ問題の背景は何か]	法律時報	93(3)	61-64	2021年
成原慧	情報法—コロナ後の世界をスマートに生きるために	法学教室(別冊付録)	487	2-5	2021年

山本龍彦	新型コロナウイルス感染症対策とプライバシーー日本版接触確認アプリから考えるー	憲法問題	32	105-116	2021年
小川有希子	フランス生命倫理法における『見直し条項』ーその法的位置づけと機能に関する憲法学的考察	帝京法学	34(2)	173-200	2021年
磯部哲, 神里達博, 柳元伸太郎, 和田耕治, 米村滋人	座談会 感染症のリスク評価と法規制	Law & technology	92	1-28	2021年
武藤香織, 磯部 哲, 米村滋人, 曾我部真裕, 佐藤信, 山本龍彦	座談会 コロナ対策における専門家と/の政治(特集 統治と専門家: 新型コロナ対策から見る日本の憲政)	法律時報	93(12)	7-29	2021年
小川有希子	専門知の法的位置づけーフランスの政治的意思決定過程を中心に	法律時報	93(12)	36-41	2021年
磯部哲	新型コロナウイルス感染症対策と法ー医事行政法の観点から	学術の動向	27(3)	34-39	2022年
磯部哲	コロナ禍におけるワクチン接種の仕組みとその課題	都市問題	113	4-11	2022年
武藤香織	COVID-19に関する差別的言動の防止に関する取組を振り返って	医療と社会	32(1)	83-92	2022年
永井亜貴子, 李怡然, 藤澤空見子, 武藤香織	地方自治体におけるCOVID-19感染者に関する情報公表の実態: 2020年1月~8月の公表内容の分析	日本公衆衛生雑誌		印刷中	2022年
武藤香織	公衆衛生・医療の観点からみたジェンダー格差	学術の動向		印刷中	2022年
奥村貴史, 藤田卓仙, 米村滋人	携帯電話の位置・接触情報を用いた感染リスク管理の歴史・現状と課題利用統計	情報処理学会論文誌	63(5)	1225-1233	2022年

藤田卓仙	第四次産業革命時代のデータヘルスの法政策に関する課題	日本未病学会雑誌	27(2)		2021年
藤田卓仙	COVID-19を含む感染症対策のためのIT活用(コロナと共に生きる世界・社会と法) -- (小特集 感染症対策の法と医療：新型コロナ問題の背景は何か)	法律時報	93(3)	74-77	2021年
東島 仁・Liu Yen-yu. (翻訳)	COVID-19: 社会的弱者と周縁化された人々を包摂する リスクコミュニケーションとコミュニティエンゲージメント (RCCE) の進め方	科学技術社会論研究	20	印刷中	2022年

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究
- 研究者名 （所属部署・職名） 医科学研究所 ・ 教授  
（氏名・フリガナ） 武藤 香織 ・ ムトウ カオリ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 早稲田大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 田中 愛治

次の職員の（令和）3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）政治経済学術院 教授  
（氏名・フリガナ）田中 幹人 タナカ ミキヒト

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 伊藤 公平

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究
3. 研究者名 （所属部局・職名）医学部・特任准教授  
（氏名・フリガナ）藤田 卓仙・フジタ タカリ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	愛知東邦大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



2022年 4月20日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の倫理的法的社会的課題 (ELSI) に関する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院国際学術研究員・准教授  
(氏名・フリガナ) 東島 仁・ヒガシジマ ジン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2022年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 伊藤 公平

次の職員の（令和）3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的・法的・社会的課題（ELSI）に関する研究
- 研究者名 （所属部署・職名）法務研究科 教授  
（氏名・フリガナ）磯部 哲（イソベ テツ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2022年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 伊藤 公平

次の職員の（令和）3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 法務研究科 教授  
（氏名・フリガナ） 山本 龍彦（ヤマモト タツヒコ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年4月12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の倫理的法的社会的課題（ELSI）に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医科学研究所 ・ 准教授  
（氏名・フリガナ） 井上 悠輔 ・ イノウエ ユウスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。  
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。