

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)」¹⁾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²⁾。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³⁾。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⁴⁾。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し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⁵⁾。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⁶⁾。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^{7,8)}。

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
- 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
- 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. 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		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