

## 第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会（第25期・第3回）

1 日 時 令和3年1月19日（火）20:00～23:00

2 会議形式 ビデオ会議

3 参加者(敬称略)

分科会委員：相澤彰子、秋葉澄伯、神尾陽子、郡山千早、小松浩子、  
高井伸二、中川晋一、糠塚康江、三嶋廣繁、平井みどり

オブザーバー：岡本尚、加藤茂孝、岸玲子、小林傳司、白井千香、  
杉山雄大、高倉弘喜、武田洋幸、田中純子

講演者： 喜連川優、上原哲太郎

事務局： 審議第一担当高橋参事官、小川、穴山

4 議 事

(1) 秋葉委員長より、本分科会は原則「非公開」で開催することを確認。

※議事要旨や講演の一部（演者の了承が得られたもの）は学術会議HPに会議後公開する。

(2) 日本医学会連合の「感染症法等の改正に関する緊急声明」に関し、岸玲子日本医学会連合副会長より経緯説明。

上記に対する日本学術会議幹事会の声明（案）に寄せ、本分科会で抽出する論点（糠塚幹事原案作成）を検討、討議した。修正後、第二部武田部長に提出（本論点を末尾に示す）。

(3) 講演

1) 喜連川 優氏「コロナとデジタル」

（日本学術会議連携会員、国立情報学研究所所長、東京大学生産技術研究所教授）

主旨：コロナ禍におけるITの可能性

- ① コロナと高等教育、学術研究を止めない試み（遠隔授業と法整備）
- ② 情報と行動変容
- ③ 接触アプリの件
- ④ 国立情報学研究所(NII)と医療への取り組み
- ⑤ NIIとLong Tailの威力
- ⑥ 支配方程式のない世界への挑戦とデータシェアリング

質疑

- ・保健所におけるCOCOAとHER-SYS使用問題について、自治体による状況差と入力事務の煩雑性という要因を指摘（白井）。
- ・データシェアリングについて、競争と共有との境界は明確化する必要あり（中川、喜連川）。

2) 上原哲太郎氏「政府情報システム調達の問題：HER-SYSとCOCOAを例に」  
(立命館大学情報理工学部教授)

- ① 自己紹介：「自治体情報システム」セキュリティ確保に従事
- ② 接触歴調査から COCOA 誕生までの経緯
- ③ スマホによる接触歴調査の基本的アイデア
- ④ Google/Apple による感染者との接触歴確認
- ⑤ 想定される問題： 番号と個人との関係の秘匿、別途積極的疫学調査の必要性。  
導入率と比例し、プライバシー問題が浮上（厚労省主体）。
- ⑦ 目下の問題： 不具合多く、DL 数に対し稼働数少ない、Google/Apple の精度評価が課題。
- ⑧ 開発経緯と保守運用体制（厚労省）
- ⑨ HER-SYS の産んだ混乱： 開発発注体制に問題。現場や「感染症法」への不理解等。
- ⑩ 国による情報システム発注（総合評価落札様式）には無理がある。
- ⑪ 政府情報システム調達の諸問題
- ⑫ 発注者（国）のシステム知見の欠如
- ⑬ Google/Apple との交渉から、運用上の問題をフィードバックする開発体制。  
制度計測評価等、積極的疫学調査に生かす仕組みが必要。

質疑応答

Q： COCOA に関する経緯は調達と発注システムに仕様がはっきりせず、現場調整なしという点が問題と理解した。今後未知の感染症への対応として Bluetooth、GPS 使用について総務省との調整が必要ではないか（中川）。

A： プライバシーの問題等、OS に乗った仕組みは難しい。粗の状態での追跡は困難。罰則を設けることへの反対と個人を把握する措置という両者の矛盾をいかに解決するかが今後の課題。

Q： COCOA は接触者発見には有効と聞いているがどうなのか（糠塚）

A： 行動変容と接触可能者を見つけるには役立つ。濃厚接触者のピックアップは可。但しインストールベースが 50% 要るのでインセンティブが必要。番号発行、登録の仕組み、

ユーザーインターフェース等の改善点が残る。

他に保健所職員の IT リテラシー向上、現段階の保健所等での疫学調査に有効でない点が課題。

Q: 一定期間、個人情報を出すことについて国民と対話、模索する方法もある。

例: トヨタのグリーンシティ (喜連川、中川)

Q: COCOA については改善されつつある。HER-SYS は感染者から協力が得られず。IT 活用に期待大だが、高齢層、施設入居者にハードル高い。リテラシー環境も未整備 (白井)。

A: 現段階で、保健所の協力が不可欠だが、その割にインセンティブがない。

Q: 最初からアプリをインストールする等の方策はどうか (郡山)

A: iOS に関しては本人同意が必要。開発より普及が重要であることは承知している。

Q: 60%無症状の COVID19 のような特徴を持つ感染症が、将来的に増える可能性を危惧している。コロナ後、本気でデジタル化や AI による追跡対策の必要あり (加藤)。

A: コロナ後より現時点から議論と対策が必要ではないか (上原)。

## その他

- ・感染が若年層に起因するか否か、クラスターが目立つ若年層より、壮年層 (30 歳代以降) の行動抑制が必要、これらの層に COCOA は使えるのではないか (白井、高倉、加藤、平井)
- ・国民全体に学校で保健衛生や IT 教育、義務化の必要性あり (平井、上原)
- ・今後ワクチン接種が重要な鍵となっていこう (加藤)、
- ・企業コミュニティ内なら個人情報の問題を外し、一時的に強引な方策をやるモチベーションはあるかもしれない (秋葉)。
- ・政府調達システムの問題は日本の強みであるものづくり企業文化の伝統と矛盾する (秋葉)。
- ・民間企業でもわが国では入札等の丸投げ系の調達方式、業務分析等に問題多し (上原)。
- ・医療現場でも、情報共有の流れがない。そこを解決できれば HER-SYS 等運用、感染患者受入れもうまくいくのではないか、地域差もある (三嶋)

(3) 次回分科会 2月24日(水) 20:00 ~22:00

(4) 参考サイト 日本医学会連合「感染症法等の改正に関する緊急声明」

[https://www.jmsf.or.jp/news/page\\_822.html](https://www.jmsf.or.jp/news/page_822.html)

(5) 「日本学術会議幹事会声明(案)」に寄せ本分科会にて抽出した論点

1. 感染症法改正の検討に際しては、感染症法の基本的原理を踏まえる必要がある。感染症法は、感染症患者等の人権を十分尊重しつつ、適正な規制を有効に作動させることを基本理念としている。規制措置は、感染症の発生を予防し、またはそのまん延を防止するため必要最小限のものでなければならない\*<sup>1</sup>。
2. 規制措置は、罰則による間接強制よりも、感染症患者等の自発的協力を引き出す方策が優先されるべきである。新型コロナウイルス感染症の特徴が無症状感染者による感染の拡大にあることを考慮すれば、その協力が得られる社会的環境を整える施策が重要となる\*<sup>2</sup>。「感染したら、健康不安より近所や職場など世間の目の方が心配」という現下の世論状況にあっては、感染者等に対する誹謗中傷・差別への取り組みが必要である。
3. 感染者等に行動制約を求めるのであれば、衡平の観点からそれに見合う「私生活の保護」が必要である。宿泊療養者・自宅療養者は、医療の提供を受けることなく、もっぱら他者への伝染可能性から予防的に社会的接触を抑制している。非正規であれば、仕事や収入を失うリスクが高い。外出自粛に実効性をもたせるために、十分な補償が必要となる。また、自宅療養を余儀なくされている者には、本来受けることができたはずの「保護=医療サービス」を代替する手立てを講ずる必要がある\*<sup>3</sup>。
4. 自らが感染者であることを知りながら他人に感染させる行為は、もとより刑法上対処が可能である。新型コロナウイルス感染症は指定感染症であるが、感染拡大に応じて適用できる感染症法上の措置を増やし、入院勧告・就業制限(罰則付)・無症状感染者への適用・交通制限・遮断など第1類の感染症並みの措置を執ることができる。さらに特措法によって外出自粛要請もできる。このことを踏まえて、措置に実効性をもたせるために罰則規定を置くとしても、過剰措置にならないための制度的保障を整えることが不可欠な検討課題となる。罰則による強制を必要とする理由を科学的根拠に基づいて説明しなければならないし、また、協力を引き出すための行政指導を行うことや事前手続のしくみを整備するなど、罰則での対処に応じた施策を講じなければならない。時間的猶予のない場合に備え、事後的な不服申し立てなどの権利救済の手続きを法律に明示する必要もある。
5. コロナ患者の病床数をふやすために、医療機関への「協力要請」を「勧告」に強め、正当な理由なく応じない場合、機関名を公表できるようにするということであるが、病床にゆとりがないことが常態化していることから、実効性において疑問がある。各医療圏において行政は病床の効率的配分のために公私協働を促すリーダーシップを発揮して、最悪の事態を想定したコロナ専用病床の増設確保(あるいは仮設の専用病院建設)を計画的に進めるべきであった。また、政府は国家的スケールで医療体制全体を俯瞰した体制整備を図る必要があった。それを整えることなしに

迎えてしまった今般の病床逼迫状況への対処として、入院等に関する総合調整のために民間医療機関に対する「勧告」(従わない場合は公表)がやむを得ないとしても、そのような「勧告」を行う基準と事前・事後の手続的保障を法律に明記すべきである。

6. 強制入院措置を含めた対応をすべき感染症でありながら、医療資源逼迫のため、現在、感染者相互を評価し入院の序列付けをしなければならない局面にある。この局面において感染症法が行政活動を基礎づける指針たり得ているのか、立法府自身による立法評価が求められる。

\*<sup>1</sup>感染症法上、実施される規制措置は、「①規制により侵害される法益の重大性の程度、逆に、②規制により保護すべき法益の重大性の程度(「感染症にかかった場合の病状の程度」)、③保護すべき法益が侵される蓋然性の程度(「感染症を公衆にまん延させるおそれ」)を衡量して、規制の許否および内容を決定する古典的な比例原則」(山本隆司「パンデミックと公法の課題—特集にあたって」論究ジュリスト35号(2021年)6頁)に従うことが要請される。

\*<sup>2</sup>保健所の負担軽減を理由に、「積極的疫学調査について、正当な理由のない回答拒否や虚偽回答」に罰則規定を設けると伝えられている。積極的疫学調査の代替とはならないが、接触確認アプリ(COCOA)は、陽性者に濃厚接触しないまでも、新型コロナウイルス「感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由」(感染症法15条3項1号)があることを本人に通知する。その結果、本人の行動変容を促し、適切な医療を受ける契機となることが期待できる。もっとも適切な効果を得るためには、アプリの利用者を人口の6割程度までに増やさなければならない。COCOAの活用により民主的正当性を得るために、COCOAの運用評価に関する国会での審議を通じて民主的正当性を獲得することが望ましい。宍戸常寿「パンデミック下における情報の流れの法的規律」論究ジュリスト35号(2021年)69頁参照。

\*<sup>3</sup> 自宅療養者の健康状態を監視するシステムをオンラインで医療圏の当番医などにつなぐなどの手立てが求められる。

## 「6」への補足

長くなるが、前提として経緯の確認から始めたい。Covid-19は指定感染症と位置づけられ、指定政令によって感染症法が準用される。制定時は二類感染症相当であったが、第2次改正政令により、感染症法8条3項も準用規定となり、無症状病原体保有者を含めて、感染症法19条及び20条の感染症指定医療機関(入院先については、結核指定医療機関を除くとされ、二類感染症準拠のまま)への入院勧告・措置の対象となった。これは、都道府県知事の職権による入院措置と公費に基づく医療提供から成り立ち、入院を拒絶する患者に対して勧告を経て最終的に有形力行使して強制入院させることが可能な制度である。入院により、感染症患者等は適切な医療を受け(患者の生命・身体の尊重)、感染者から他者への伝染可能性(他害の危険)が除去されることになる。

昨年3月～4月に検疫ルートから追えない国内感染が拡大する中、宿泊療養・自宅療養が開始され\*<sup>1</sup>、第1回目の緊急事態宣言解除後も、入院措置と並行して継続された。Covid-19の感染者に対して行われる措置の振り分けについて、運用実務では、①感染による「重篤化可能性の程度」に沿って、入院措置か宿泊療養・自宅療養かが振り分けられている。②宿泊療養か自宅療養化のさらなる振り分けが必要な場合は、「伝染可能性が実現した場合の相手方の持つ重篤化可能性に着目した、その重篤化可能性の程度が評価の軸」\*<sup>2</sup>となっていた。

こうした実務のあり方に対し、かねてより、法的根拠が不明であるとの以下のような批判があった\*<sup>3</sup>。

感染症法に依れば、指定感染症の感染が判明すれば、保健所が入院勧告を行うのが原則である。もともと、新型コロナウイルス感染症に関しては軽症者であっても入院勧告の対象とされ、医療機関の対応に限界が生じたことから、重症者に医療提供を行う政策が採られた。つまり、継承者や基礎疾患がない者など重症化リスクの低い人には、都道府県が用意する宿泊施設での療養又は自宅療養を認める政府指針が示された。これは感染症法の仕組みの重大な変更であるにもかかわらず、政令・省令に基づく法的根拠は設けられず、厚生労働省事務連絡に基づき実施されている。宿泊施設や自宅に待機するよう求める要請が、どこまで法的拘束力をもつのか不明である(実際に、協力の得られない事例が生じている)。入院勧告・強制入院に直結する2類指定感染症への位置づけを5類に引き下げるなど変更する場合であっても、宿泊療養や自宅療養の要件や内容を法令で明記する必要がある。

その後、季節性インフルエンザの流行時期を見据え、指定政令を改正<sup>\*4</sup>して、「新型コロナウイルス感染症に係る入院の勧告・措置について見直し」、対象者を限定し、「無症状病原体保有者及び軽症患者で入院が必要な状態ではないと判断される者」に、「宿泊療養又は自宅療養」を引き続き求めた。指定政令+厚生労働省令(令和2年172号)による対応であったところ、2021年1月召集の通常国会に提出予定の感染症法改正案で法的根拠を明確する方針が2021年1月15日開催の厚生科学審議会感染症部会で了承された。用意されている改正法案が明らかにされていない段階(1月22日に閣議了承という報道あり)で断定的なことは言えないが、単に「法的根拠を明示するだけでよいのか」という疑問がある。

上記で確認したように、感染症法は、「入院を拒否する感染者に対して強制措置も辞さない」という思考をとっている。感染症法44条の3第2項は、都道府県知事は、「感染症まん延を防止するため必要があると認めるとき」、「当該感染症にかかっていると疑うに足る正当な理由のある者」に対し、「当該者の居宅又はこれに相当する場所から外出しないことその他の当該感染症の感染防止に必要な協力を求めることができる」としている。病床数逼迫の現状で、ぎりぎり任意協力の限りで患者も含めうるという解釈も許されるのかもしれない。しかし、重症者を優先すべく、たとえ「軽症」であっても医療を求める発症者に対してまでこの条文で正当化できるのかどうか、疑問がある。感染症法は個別の人に着目して、「必要最小限」の措置を講ずることで人権尊重の基本原則を貫こうとしている。ところがこの場面では、患者相互間で、用意されている医療資源を誰に用いるべきかの比較が行われている。質的に異なった判断が迫られているといえる。

他方、この医療資源分配の振り分け基準について、感染症法が用意しているように読み取れない<sup>\*5</sup>。今般第三波に見舞われ、医療崩壊の崖っぷちにある自治体では、入院調整中で自宅待機を余儀なくされている感染症患者が急増している。陽性の報告順に医療リソースを投入していくと「早い者勝ち」となり、重症化リスクの高い感染症患者に備えることができず、逆にそれに備えて医療リソースを温存したとしても、自宅療養に振り向けられた軽症者が急変して重篤な状態に陥り、場合によって医療提供を受けずに死亡する事例も出ている。個別の事案での振り分けは、現場の裁量に幅が必要であることは確かである。医療逼迫の現状ではなおさらである。その意味で感染症法の規定による拘束までは求めないが、行政の活動をあらかじめ基礎づけて国民に明らかにするのが法律=立法者の役割である以上、少なくとも現状のような事態の中での行政の行動の構造を感染症法上に位置付けることが必要ではないだろうか。すでに先行して蓄積されてきた行政実務に法的根拠を明示するだけでよしとする国会審議にとどまれば、そうした法律=立法者の役割は十分に果たしたとは言えないと考える。

- \*1 「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」（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部令和2年4月2日付け事務連絡）参照。
- \*2 太田匡彦 「『危険』に即した医療等分配—続・新型コロナウイルス感染症にテストされる感染症法—」 論究ジュリスト 35号（2020年）43頁、44頁。
- \*3 大橋洋一 「感染予防のための行動制限と補償」 論究ジュリスト 35号（2020年）49 - 50頁。
- \*4 「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の一部を改正する政令等について（施行通知）」（厚生労働省保険局長令和2年10月14日参照）。
- \*5 この視点について、太田・前掲論文および同「新型コロナウイルス感染症にテストされる感染症法（上）（下）」法律時報 92巻8号（2020年）85頁、11号（2020年）84頁に恩恵を負っている。

— 以上 —