

医療基本法と 新型コロナウイルス感染症問題 に関する論点整理

患者の権利法をつくる会

第1 医療供給体制の問題

1 現状

7月22日付新型コロナウイルス感染症対策分科会の資料「直近の感染状況の分析と評価」によれば、7月15日時点の受け入れ確保病床数19496床に対して実際の入院患者数は1717人（8.8%）、重症患者受け入れ確保病床数2555床に対して実際の重傷者数41人（1.6%）であり、医療供給体制の逼迫はないと評価されている。但し、厚労省発表の7月23日現在の発生状況は、「入院治療等を要する者の数」5002人、うち重傷者数59人と増加している。

※ この資料では7月15日時点の「入院治療等を要する者の数」は2885人であり、実際の入院患者数とは異なる。「入院治療等を要する者」の中に、いわゆる「宿泊療養」及び自宅で調整中の者が含まれているものと思われる。

感染者数は、病床不足による医療崩壊が危惧された3月～4月とほぼ同じ速度で増加しており、一日あたりの感染判明数はすでにその当時を上回っている。現状では感染者数増加に比して、重傷者数の増加は少なく、死亡者も増えていないが、感染者の総数が増えれば、入院を要する患者はそれに連れて増加するし、重傷者数及び死亡者もある程度は増加するものと思われる。

5月21日当時、ピーク時に新型コロナ患者が利用する病床として約31000床の確保が見込まれ、うち約18000床について具体的に割当ができたと言われていた。前述のとおり、7月15日現在で確保できてい

るのは19496床であり、この2ヶ月の間、ごく僅かしか増えていない。これで入院を要する患者の増加に間に合うのかは疑問である。

3月～4月の患者激増期には、医療現場におけるマスクなどの個人防護具の不足が問題になった。防護具の不足は、医療機関での集団感染、医療従事者の感染を通じて「医療崩壊」に結びつく危険が大きく、現在の医療供給体制の弱点が明らかになった。

また、新型コロナの感染を警戒することにより、それ以外の医療、特に、救急患者の搬送先の選定に非常に時間を要する事例が発生した。

PCR検査の必要性については未だにさまざまな意見がある。しかし、診察にあたった医師が必要と判断してもPCR検査を受けられないという状況があったことは確かであり、これも問題のひとつとして把握されるべきことだと思われる。

これらの点については、厚労省新型コロナ対策推進本部から都道府県衛生主管部宛令和2年6月19日付事務連絡等で改善が指示されているが、現実にはどの程度改善が進んでいるかはよく分からない。感染者数が減少した6月当時には状況が改善されたように見えても、現在の感染者数増加傾向の中で、再び同様の問題が顕在化する可能性もあるのではないかと。

また、これらの直接的な影響以外に、新型コロナ患者の受け入れに伴って他の患者の受け入れを減らさざるを得なかったこと、あるいは新型コロナ感染を恐れる患者の受診控えなどの要因により、医療機関の経営が逼迫しているという深刻な問題が指摘されている。

2 医療基本法との関係

医療供給体制について、医療基本法要綱案（患者の権利法をつくる会版：以下、権利法版）は以下のような条文をおいている。

国及び地方公共団体は、国民及び地域住民が、経済的負担能力にかかわらず最善かつ安全な医療を受けることができるように、また、医療機関及び医療従事者が最善かつ安全な医療を提供しうるように、医療保障制度を整備しなければならない。（Ⅲ1）

国及び地方公共団体は、国民及び地域住民が、その居住する地域にかかわらず、等しく最善かつ安全な医療を享受するために、必要かつ十分な医療

施設等の人的、物的体制を整備し、かつ医療水準の確保のために適切な措置を講じなければならない。(Ⅲ2 i)

新型コロナ問題で明らかになった医療供給体制の問題点を解消するために必要なことは、上記のような条文に定められている国及び地方公共団体の責務を具体的に果たしていくことに尽きる。

例えば、医療現場の防護具の備えは、「医療機関及び医療従事者が最善かつ安全な医療を提供しうる」ための医療保障制度の整備であり、「必要かつ十分な医療施設等の人的、物的体制」でもある。PCR検査体制もそこに含まれる。

一般に、政策的に病床数の増減を誘導するには、①健康保険の診療報酬の増減、②補助金という二つの手法がある。しかし、今回のような場合、医療機関としても新型コロナ感染者を受け容れることによる他の診療への影響（コロナに割り当てた分だけ他の患者を受け容れられなくなるだけではなく、コロナを警戒して他の患者から避けられるデメリット）について計算が立たず、調整は容易ではないものと思われる。前項で述べたとおり、確保できている病床数は、5月から7月の2ヶ月の間、あまり増えていない。やはり公的な医療機関が中心にならなければ、緊急の場合の病床の調整は間に合わないのではないか。

そのような意味においては、国・地方公共団体の「医療保障制度を整備する責務」、「必要かつ十分な医療施設等の人的、物的体制を整備し、かつ医療水準の確保のために適切な措置を講じるべき責務」の中で、採算の見込めない分野の医療については、国・地方公共団体が自ら医療を提供すべきことを強調すべきであると考えられる（但し、このような分野に関しては採算の問題だけではなく、人材確保の問題も常に存在しており、国公立の病床を確保すれば問題が解決できるというものではないことも念頭におかねばならない）。

今後の医療基本法議連との議論の中でも、必要な医療を受ける権利は国民の基本的人権であること、国・地方公共団体による医療提供体制の整備は、その基本的人権を実現するための責務であることを強調していく必要がある。

第2 蔓延防止体制の問題

1 現状

欧米諸国と比較すれば、これまでの日本の感染者、死亡者は極めて少ないが、蔓延防止対策が奏功した結果と評価できるかどうかは難しい。

(1) 新型インフルエンザ対策の総括に照らして

国際的に高く評価されたのは、台湾の感染防止体制だったが、これはSARS問題の教訓を踏まえたものであったとされている。これに対し、日本では、新型インフルエンザ対策総括会議の報告書(2010年6月)がほとんど活かされていないことが明らかになった。

特に、「感染症危機管理に関わる体制の強化」の項目では、感染症対策に関わる危機管理を専門的に担う組織として、地方自治体の保健所等の組織や人員の大幅強化、人材育成を進めるべきことが提言されているところ、1992年に全国で852あった保健所は、統廃合の結果、現在469しかない。この報告書が発表された2010年からの10年間でも、保健所数は約1割減少している。

感染者が急増した3～4月時点で、自ら感染を疑った人に対する保健所の初期対応の不十分さが社会的不安を増幅させた面があったが、それは今日においても解消されていない。また、前記7月22日付資料では、一部の保健所で、積極的疫学調査に伴う検査数増加などへの対応が逼迫しつつあることも指摘されている。

また、前掲報告書は、「迅速・合理的な意思決定システム」として、医療現場や自治体などの現場の実情や専門家の意見を的確に把握し、迅速かつ合理的に意思決定のできるシステムであるべきこと、可能な限り議論の過程をオープンにすべきことを指摘している。さらに、「広報・リスクコミュニケーション」として、「国民に的確な情報提供を行うため、現場の医療関係者、専門家などからの意見聴取に当たっては、議事録を作成するなど議論の透明性を確保するとともに、情報の混乱を避けるため、正確な意見集約や広報に努めるべきである」と指摘している。

ところが、2月に設置され、政府に助言を行ってきた「新型コロナウイルス感染症専門家会議」は法的根拠がなく、権限が曖昧で、議事録も作成されていなかった。マスコミでは、いわゆる「西浦モデル」が大きく報じられたが、西浦氏は専門家会議の正式なメンバーではなく、このモデルが専門家会議の見解なのか否か、緊急事態宣言下における自粛要請と西浦モデルとの関連など、曖昧なままである。

(2) PCR検査と隔離

マスコミの一部は、蔓延防止と経済を両立させる方策として、PCR検査の大幅拡大と、PCR陽性者の隔離を強く主張している。PCR検査件数が増加し、陽性者も増加する中で、陽性判明後に連絡がつかないケースがあることも報じられており、このような主張は今後も強まる可能性がある。

新型コロナウイルス感染症の法律上の位置づけは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下、「感染症法」と表記する)6条8項の「指定感染症」である(令和元年1月28日付政令)。マスコミ等では、「指定感染症は入院が原則」といった言説が聞かれるが、「指定感染症」とは、「(感染症法の)の一部又は全部を準用しなければ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるもの」であり、入院等の扱いは、どの条文が準用されるかによる。

前記政令によれば、新型コロナウイルス感染症は、感染症法の2類感染症(結核、SARS、MERS、鳥インフルエンザ等)と同様の位置づけであり、法26条により、1類感染症(エボラ出血熱、ペスト等)について定められた法19~22条による入退院の規定が準用されている。したがって、「蔓延を防止するため必要があると認めるとき」は、入院勧告が可能であり(法19条1項)、勧告に従わない場合には措置入院もあり得る(同3項)。

また、前記政令が2月13日付けで改正され、1類感染症及び新型インフルエンザ等感染症と同じく、法8条3項により「無症状病原体保有者」もこの法律上の「患者」と見做すこととなった。すなわち、現在の

法律でも、単なるPCR陽性者に、入院を勧告し、応じない場合には措置入院も可能である。

(3) 蔓延防止と個人情報

個人情報保護法は、目的外利用（法16条）や、第三者提供の制限（法23条）を制限しており、その制限の例外は以下の4つである。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命、身体又は財産の保護の必要+本人の同意を得ることが困難
- ③ 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要+本人の同意を得ることが困難
- ④ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要+本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれ

しかし、個人情報保護委員会（法59条に基づき内閣総理大臣の下に設置され、個人情報の適切な取扱いを図ることを任務とする）は、新型コロナウイルス感染と個人情報保護についてのQ&Aにおいて、「2次感染防止や事業活動継続のために必要であれば本人の同意は不要」との見解を示しており、「本人の同意を得ることが困難」という要件を無視しているように思われる。

また、マスコミでは、いわゆる「迷惑系 You Tuber」の新型コロナウイルス感染が大きく報じられた。この人物の行動自体は、自ら You Tube で広く公開しているところであるが、それによってその感染の事実についてプライバシーを放棄したと見做されるわけではない。おそらく、接触者に検査をよびかける必要（上記例外の④）があるという理由だと思われるが、それとマスコミで報道することの可否は別に考えねばならない。

個人情報は、後記の差別・偏見問題と密接に関連しており、極めて慎重な取扱いが必要である。

2 医療基本法との関係

(1) 基本的な考え方

医療基本法要綱案（権利法版）は、医療の基本理念の項で、「疾病の予防」が医療に含まれることを述べているだけである。

医療は、健康の増進と維持、疾病の予防、診断、治療、ケア及びリハビリテーションを含むものであり、患者と医療従事者との相互理解と信頼に基づいて行われなければならない（Ⅰ 2 ii）

この条文以外に、「疾病の予防」に言及した部分はなく、蔓延防止体制の問題は、医療保障制度、医療供給体制に含まれているというのが医療基本法要綱案（権利法版）の建て付けになっている。

今回の問題を踏まえて、新たに「疾病の予防」についての条文を設けることも考えられるが、むしろ、現在の感染症法、新型インフルエンザ特別措置法（以下、「インフルエンザ特措法」と表記する）について、患者の権利という観点から、どのように解釈し、どのように運用されるべきか（あるいはいかなる改正が加えられるべきか）を検討することが重要であると考えられる。

(2) 隔離措置に関して

医療基本法要綱案（権利法版）は、患者の権利・義務の章で、「不当な拘束などの虐待を受けない権利」として以下のように規定している。

患者は、緊急かつ他に取し得る手段がないなどのやむを得ない場合であつて、法に定める適正な手続に基づいた必要最小限度の範囲でなければ、身体拘束等自由を制限されない（Ⅱ 5 ii）

ハンセン病のような慢性の感染症に対する長期間の隔離と異なり、急性の感染症に対する一時的な隔離を全面的に否定する必要はない。しかし、それが、身体自由、居住・移転の自由に対する制限である以上、適正手続と、必要最小限度という要件を欠くことはできない。

この点、感染症法 22 条の 2 も、就業制限や入院などの措置について、「感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならない」と定めている。基本的人権の観点から、この必要最小限度の要件は厳格に解釈すべきである。

新型コロナウイルスにおける「感染症を公衆にまん延させるおそれ」及び「感染症にかかった場合の病状の程度」については、専ら医学的に検討されるべきことであるが、3月以降に明らかになった日本における重症化率や死亡率を踏まえて、この感染症をエボラ出血熱などの1類感染症と同列に、単なるPCR陽性者（無症状病原体保有者）を「患者」と見做して入院勧告や措置入院の対象すべきか否かについて、改めて検討する必要があるものと思われる。

(3) 個人情報について

医療基本法要綱案（権利法版）は、患者の権利・義務の章で、「自己情報に関する権利」として以下のように規定している。

患者は、診療過程において医療施設の開設者及び医療提供にあたる医療従事者が取得した自己の個人情報を保護され、法律に定める場合を除き、事前の同意なしで第三者に開示されない（Ⅱ2 i）

これはあくまでも、対医療提供者の関係における権利であり、対行政あるいは対雇用主との関係に及ぶものではない。病歴に関する情報は、個人情報保護法第2条3項でも「要配慮情報」と位置づけられている。重要なことは、個人情報保護法における目的外利用や第三者提供の制限を厳格に運用することであり、この点について医療基本法で特に手当をする必要はないと思われる。

(4) 小括

今後、感染症蔓延防止対策を医療基本法に含めようという議論が起こることが予測され、それによって基本的人権よりも社会防衛的観点が強調されることが危惧される。

しかし、基本的人権を侵害して社会防衛を優先させるという考え方を採るべきではない。

医療基本法にいうところの、「医療」には、健康の増進と維持、疾病の予防が含まれている。そして、ここにいう「健康」とは、WHO憲章の定義する「健康」、すなわち、単に病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的、精神的かつ社会的に良好な状態を意味するものである。医療基本法要綱案（権利法版）の規定は以下のとおりである。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、患者が肉体的、精神的かつ社会的に良好な状態にあることを目指して行われなければならない(I 2 i)

すなわち、健康の維持のために、感染症蔓延防止が重要であるとしても、その対策は、単に感染者あるいは発症者が少ない状態だけを目指すものではなく、国民、地域住民のひとりひとりが、精神的かつ社会的にも良好な状態にあることを目指すものでなければならない。

医療基本法における感染症蔓延防止対策の位置づけは、以上のような観点から検討されるべきものである。

具体的には、国・地方公共団体の責務には、保健所等感染症危機管理体制の整備も含まれるという観点を明確にすれば足り、それ以上に具体的な感染症蔓延防止対策を、基本法の法文として準備する必要はないと考える。むしろ、医療基本法の目指す「健康」を実現するという目的に照らして、感染症法、インフルエンザ特措法のあり方を検討することが重要である。

そのためにも、今後の医療基本法制定に向けての議論では、基本理念に、WHO憲章の理念を盛り込むべきことを求めていく必要がある。

第3 偏見・差別問題

1 現状

三重県で、感染者の家に石が投げ込まれてガラスが割られたり、壁に落書きがされた被害が報告されている。佐賀県でも、感染者の家が投石の被害を受けた事例が報告された。また、院内感染が発生した京都の医療機関では、職員の6割が、何らかの誹謗中傷やハラスメントを経験したとアンケートに回答している。

実際に感染していなくても、感染の機会が多いと考えられる仕事をしている人及びその家族に対する差別の報道も多い。感染者に対する強い差別感情に基づくものと考えられる。

山梨に帰省中にPCR陽性が判明したにもかかわらず高速バスで帰京した女性に関する報道は、感染者に対する社会的な忌避感情の強さを示すも

のだった。ネット上にはこの女性に対するバッシングが溢れ、女性の勤務先に関する情報や、名指しされた会社がそれを否定するといった情報が流れた。

大阪大学の三浦麻子教授らの3～4月段階の調査によれば、日本では、アメリカ、イギリス、イタリア、中国の4カ国に比較して、「感染した人は自業自得」と思う人の割合が高いという結果が出ている。

2 医療基本法との関係

医療基本法要綱案（権利法版）は以下のような条文をおいている。

すべて人は、病気または障がいを理由として差別されない（I 3 v）

差別が許されないことは人権保障の観点からいうまでもないことであるが、感染者に対する差別は、感染を潜在化させ、蔓延を防止できなくなるという意味で、社会的にもマイナスである。

感染症法4条には、「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」と差別の問題について一定の配慮が示されているが、インフルエンザ特措法にはこの観点が抜けている。医療基本法で定めるべき必要性は大きい。

また、感染症患者に対する差別に関連する医療基本法要綱案（権利法版）の条文として、以下のものが挙げられる。

国民は、自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努めるものとする。但し、病気や障害を、この健康増進義務に違反した結果であると解釈してはならない（II 6 ii）

病気を理由とする差別はよくないという意識は、ある程度、社会的に共有されているのではないかと思われるが、前掲の調査結果にみられるとおり、適切な予防策、自衛策を講じずに感染したのであれば批難に値するという空気も強い。例えば俳優の石田純一氏に対する報道等からもその傾向は窺える。このことは容易に感染者に対する差別に結びつき得るものであり、この条文の但し書きは重要である。

今後の医療基本法の制定に向けた議論においても、病気・障がいによる差別の禁止及び国・地方公共団体の差別解消についての責務を明記すべきことを求めていく必要がある。

第4 ワクチン・治療薬の問題

1 現状

5月7日、新型コロナウイルス感染症に対してレムデシビルが承認された。これは、**医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律**（以下、「薬機法」と表記する）14条の3による特例承認であり、①国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病のまん延その他の健康被害の拡大を防止するため緊急に使用されることが必要な医薬品であり、かつ、当該医薬品の使用以外に適当な方法がないこと、②その用途に関し、外国において、販売し、授与し、又は販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列することが認められている医薬品であること、という2つの要件を満たすものとして、承認申請からわずか3日後に承認されている。

この特例承認は、本来、外国での使用実績に照らして有用性が確立していると考えられる医薬品を対象としているものと考えられるが、このレムデシビルは、アメリカでも今回の新型コロナ対策のために緊急使用許可の対象となった医薬品であり、正式承認は日本が初めてであるとされている。

このほか、従来から重症感染症に適応が認められていたデキサメサゾンが、厚労省の「新型コロナ診療の手引き」において治療薬と位置づけられた。

一方、マスコミでその効果が喧伝され、首相が「5月中の承認を目指す」とまで述べたアビガンは、いまだ統計的に有意な治療効果を示せないままである。

新型コロナウイルスに対するワクチンについては、日本でも6月末から医療従事者を対象に治験が開始された。安倍首相は、米モデナ社や英アストラゼネカ社がワクチン開発を進めていることに言及し、完成したら日本も確保できるよう交渉していると述べている。また、新型コロナワクチン

で接種者に健康被害が発生した場合、国が製薬会社の弁護士費用や賠償金を肩代わりするという法案が次期国会に向けて準備されているという報道もある。このような前のめりの姿勢で、安全性に関する審査が適正に行えるかが懸念される。

2 医療基本法との関係

医療基本法要綱案（権利法版）は、医療技術の開発について、以下のよう
な条文をおいている。

国は、最善、安全かつ効率的な医療の実現のため、医療に関する研究及び技術の開発並びに医療技術に関する評価方法の開発の推進に努めるものとする(Ⅲ3 i)

また、医薬品に関しては、以下の条文をおいている。

国は、医薬品及び医療機器に関する製造、輸入、販売の承認にあたっては、その安全性及び有効性に十分配慮するとともに、適正に使用されるよう必要な措置を講じなければならない(Ⅲ6 i)

国は、患者に必要な医薬品及び医療機器の供給状況に関して、必要な情報を収集し、安定供給が途絶えないために必要な措置をとるよう努めるものとする(Ⅲ6 ii)

蔓延防止体制の項で述べたのと同様、この問題も、現在の「薬機法」が、患者の権利という観点から、どのように解釈し、どのように運用されるべきか（あるいはいかなる改正が加えられるべきか）を検討することが重要であると考えられる。

例えばレムデシビル承認は、法が予定している特例承認としても異例のものではないかと考えられ、この薬が本当に有用なものであるかは事後的に厳密に検証される必要がある。

