

# 治療に非協力的な結核患者への法的強制力

伊藤 邦彦

**要旨：**〔目的〕結核治療非協力者への強制措置発動の条件を調査し、治療に非協力的な結核患者に対する強制措置制度構築のための基礎資料とする。〔方法〕主に米国文献を中心としたレビュー。〔結果〕強制措置の条件として、強制措置の目的の妥当性、強制措置の有効性の科学的見込み、個別アセスメント、有意なリスクの存在、比例原則、least restrictive alternativeの原則、適正手続きが挙げられた。〔考察と結論〕本邦での強制措置制度構築のためには、現在よりも幅広い患者支援の提供など多くの課題が解決されねばならない。

**キーワード：**結核、感染症、人権、法的強制力、拘束

## 1. はじめに

### 1.1. 背景と目的

結核対策において治療や周囲への感染防止策に協力的でない（以下では「治療非協力」とする）患者の存在は大きな問題の一つであり<sup>1)2)</sup>、分子疫学的検討からも治療非協力者が頻繁に感染源になっていることが示唆されている<sup>3)4)</sup>。また様々な自発的 adherence（1.2項⑦参照）向上策下でも継続的に治療非協力で強制措置が必要な少数の患者が存在することは繰り返し指摘されている<sup>5)~15)</sup>。しかしわが国の入院勧告制度は強制措置としての実効性に乏しく、新たな有効性のある強制措置制度の必要性が指摘されている<sup>16)</sup>。

本稿の目的は、治療非協力結核患者に対する妥当な強制措置制度について医療面から考察し、その構築のための基礎資料とすることである。

### 1.2. 注記と略号

①感染症での強制措置関連裁判のほとんどは米国のもので文献も圧倒的に米国が多い。このため本稿では米国の議論を基に考察を行う。欧州他の英語文献や判例<sup>17)</sup>も参照したが、これら資料からは欧州等でも強制措置に関する原則は米国とほぼ同一と考えられたため、見解の相違が認められる場合を除き特に分別して記載しない。②米国の公衆衛生法規は州によって異なる。また結核行政

担当部局は衛生局の名で統一する。③米国の判例は事例名をイタリック体とし、初出時は判決年と裁判所名を記し、初出項以降は事例名のみ標記し初出項を併記した。米国判決文の多くは英語版 Google Scholar beta/Legal opinions and journals で事例名から検索できる。④文献の引用は適宜要約した。⑤本稿で「拘束」は、居場所/移動の自由を制限される強制措置の意味で用いる。⑥本稿では以下の略号を用いた。ATS＝米国胸部疾患学会。CDC＝米国疾患管理局。DOT＝directly observed therapy/直接観察下の内服治療ないし服薬支援。M(X)DR＝（超）多剤耐性結核。WHO＝World Health Organization。⑦本文中での語句は可能なかぎり邦語としたが、若干の例で適当な訳語が見あたらない以下の場合には英単語のまま使用した。adherence＝治療への協力度合い。competence＝informed consent（ないし informed decision making/説明と同意に基づく治療方針決定）の基礎となる「合理的な自己決定能力」。incentive/enabler＝患者の adherence を向上させるような動機付けのための金銭物品（incentive）供与や、患者の adherence 向上をより容易にするような（例えば交通費支給や受診可能時間の延長など）手段（enabler）。stigma＝十分な根拠なく単なる属性等から押し付けられた特定の価値判断。

## 2. 治療非協力の類型

治療非協力の原因によって強制措置の様態も異なる。諸文献を基に治療非協力者を類型化して以下に示す（伊藤による分類）。

① Non-competence：十分な情報提供があっても competence がなく、治療に関する合理的決定ができず治療非協力となる。ドイツ等ではこうした場合、裁判所命令で強制的治療を行うこともあるとされる<sup>18)</sup>。本邦の成年後見人制度では後見人には重大な医療行為（手術・点滴等）への同意権はなく<sup>19)</sup>、精神保健福祉法でも他疾患の治療に関する規定は存在しない。Non-competence な治療非協力者への対処ではこれら法規の整備が必要とされる。しかし non-competence な患者への強制措置でも、その理論的な条件自体は他の場合と同一である<sup>20) 21)</sup>。

② 情報提供不足：competence はあるが治療方針決定の際に十分な情報提供がないため、適切な判断ができずに治療非協力となる<sup>22)</sup>。この場合は強制措置の対象とはなりえない。円滑な強制措置制度のためには提供すべき必要不可欠な情報のセットが指定されなければならない。

③ 確信的治療非協力：competence があり十分な情報提供があるが、自己決定として治療非協力である。宗教信条を基に治療拒否する場合や、他の事項（仕事やギャンブル等）を優先させるため治療非協力的な患者を含む。

④ 治療協力不可能：competence があり十分な情報提供があるが、低所得/住居不安定/薬物中毒等の周辺状況により治療非協力となる<sup>23)</sup>。倫理的に、患者が治療に協力できない/乗り越えられない障害がある場合には本人に道徳的責任はないと判断され、強制措置の対象とするには倫理的問題が生じる<sup>10)</sup>。

実際には各類型の境界は曖昧である。また上記③と④の境界も曖昧であり、「しない」のか「できない」のかを判別する方法はなく、究極的には治療上の困難の原因を患者個人に帰すか社会状況に帰すかの問題になる<sup>24)</sup>。

## 3. 治療拒否権と人権制限

### 3.1. 感染症患者の治療拒否権

Competence のある人には自分が受ける医療（感染症を含む）について自己決定権があるとされる<sup>22) 25)~27)</sup>。投与経路を問わず本人の意思に反した強制的投薬は高度な人権侵害と見なされる<sup>27)</sup>。精神疾患でも、拘束は認めても強制的治療は無条件にはできないとされている。司法やほとんどの論者は、たとえ治療拒否の結果が死亡等の望ましくないものであっても、個人がその結果を甘受するという条件下で、competence のある成人の治療拒否権を支持している<sup>10) 22) 25) 28) 29)</sup>。結核では米国の州裁判所が HIV 合併 MDR 患者の拘束は認めたが強制的治療は認め

なかつた判例（*City of Newark v. JS*/1993年ニュージャージー上級裁判所）がある<sup>30)</sup>。全米50州の結核対策法規調査（1991年）では、19州が宗教的理由による治療拒否を認めており、7州は非宗教的理由による治療拒否を認めている<sup>31) 32)</sup>。また多くの米国人が協力するペルーのMDR/XDR治療プログラムでの報告ではMDR/XDR合併妊婦の選択肢として治療中止（＝拒否）を挙げている<sup>33)</sup>。

本邦でも、患者が明白に不適切な治療方針を選択する場合でも、十分な情報提供を前提として患者の主體的選択が優先されるとする意見が大勢であり、実際、輸血拒否患者に対する輸血の是非をめぐる裁判で患者の人格権侵害を認定した「エホバの証人」輸血拒否事件判決（平成12年2月29日最高裁判決）がある。感染症患者であっても、本邦でも基本的な治療拒否権は認められていると考えることができる。

### 3.2. 治療非協力者の人権制限

基本的な治療拒否権を認めながら何らかの理由で治療非協力者に強制措置を考慮する場合、法的道筋としては治療非協力を犯罪として取り扱うものと、公安（公共安全を守る）事由からするものの2つが考えられる。

#### 3.2.1. 治療非協力の犯罪処罰

一般刑法理論では傷害の意図が犯罪を構成するとされるが、感染症での傷害の意図の立証は困難であり通常の刑法で対処することは難しいと考えられている<sup>34)</sup>。公衆衛生法規等で感染症に特化した違反行為を形成することも考えられるが、長期拘束等の厳罰に値するほどの邪悪な意図を立証するのは困難とされ、罰金や監察ないし短期の拘束程度が適当とされる<sup>34)</sup>。

実際には、カリフォルニア州のように多くの治療非協力者が刑事拘束を受けている例も見られる<sup>35)</sup>。しかし強制措置の目的は感染拡大阻止であり、過去の行為の処罰ではない。治療非協力の犯罪処罰が将来の adherence 向上策として妥当かどうかは疑問である<sup>31)</sup>。上記カリフォルニア州の結核患者拘束指針でも、刑事拘束よりも公安事由拘束（civil detention）を推奨している（<http://www.ctca.org/guidelines/IIB4cdetention.pdf>）。Oscherwitzらは「結核患者の刑事拘束では、治療よりも処罰に主眼が置かれており stigma を患者に与え、患者/医療者間の人間関係にも悪影響を与える」と述べ<sup>35)</sup>、Reichmanは「ATSが言うように<sup>5)</sup>少数の結核患者には拘束が必要だろうが、刑事拘束による結核診療が支持されているとは思えない」としている<sup>36)</sup>。

以上から、治療非協力の犯罪処罰そのものの妥当性は別として、これを治療非協力者に対する主たる強制措置制度とするのは適当とは考えられない。

#### 3.2.2. 公安事由による人権制限

リバタリアニズムを含むほとんどの自由主義下でも、

個人の自由/権利の行使が他者への害になりかねない場合には国が介入するという原則には議論の余地はない<sup>10)</sup>。この危害原理<sup>37)</sup>は多くの人権憲章で人権制限の条件を規定しており<sup>38)</sup>、最も包括的な人権条約である International Covenant on Civil and Political Rights (1966年/国連人権条約)もこれに従っている<sup>39)</sup>。

感染症は危害原理の代表例であり、公衆防御の目的で公権力による感染症患者の人権制限を行うことが場合により妥当であることにも議論の余地はない<sup>29)32)40)~42)</sup>。上記 International Covenant on Civil and Political Rights や European Convention on Human Rights (1950年/欧州人権条約)でも移動等基本的人権の合法的制限理由の一つとして感染症を挙げており<sup>43)44)</sup>、米国での判例も多い<sup>25)45)</sup>。

逆にこうした強制措置の行使は公権力の義務でもある<sup>27)29)42)46)~49)</sup>。本邦でも筑豊じん肺訴訟(平成16年4月27日)や関西水俣病訴訟(平成16年10月15日)で規制権限不行使により国の賠償責任が確定した最高裁判例があり、適正な強制措置により公衆を感染症から防御する努力を怠ったと見なされる場合には行政の責任を問われる可能性がある。

したがって公権力には、個人の人権を過度に尊重して公衆を感染症の脅威にさらすことなく、同時に感染症を恐れるあまり個人の人権を過度に制限することなく、対処するという困難な課題が与えられていることになる。ここで問題になるのが公衆と個人間の権利のバランスであり<sup>45)46)</sup>、人権という原則を守るために社会がどの程度感染症のリスクを耐える用意があるかという問題でもある<sup>24)25)38)48)50)</sup>。

## 4. 公安事由による強制措置の条件

### 4.1. 強制措置の条件

自由主義社会では刑事犯以外の者が拘束等の人権制限を受けるのはきわめて稀であり、精神疾患と感染症がほとんど唯一の例外である<sup>51)52)</sup>。こうした公安事由の強制措置においては濫用回避のための条件や手続きが重要となる<sup>46)53)</sup>。一般に、ある人権制限の法的妥当性を判断する際の国際的指針については Siracusa Principles (1985年/シラクサ原理 [人権制限をする際の基本的条件を述べたもの])<sup>54)</sup>、他にも多くの論文がある。米国では1950年以降、感染症患者への強制措置に関連する裁判は少数しかなく、感染症患者への強制措置の条件の考察では、1965年~1970年代に多く同国で発生した精神疾患患者に対する強制措置をめぐる裁判で発展した理論が応用されることが多い<sup>56)</sup>。

なお、強制措置を妥当とするために要求される条件や証拠の厳密さについては、予定されている強制措置の人権制限度合いによって異なる<sup>27)50)55)</sup>。たとえば拘束を妥

当とするために結核感染のリスクの存在や程度を証明する際には、DOTを強制する際のリスクの証明よりもより明白な証拠がなくてはならない。

### 4.2. 感染症での強制措置の諸条件

#### 4.2.1. 目的の妥当性

公権力による真の介入目的が妥当な公衆防御にあり、これらに名を借りた特定集団の差別等の別目的であってはならない。米国の古典的判例としては *Jew Ho v. Williamson*/1900年カリフォルニア巡回裁判所(隔離 [quarantine] の合法性をめぐる裁判)がある<sup>10)46)50)57)</sup>。Siracusa Principles (4.1.項参照)では「達成目標が妥当で目的と合致すること」と述べられている<sup>54)</sup>。強制措置が結果的に特定集団に集中することはありうるが、米連邦最高裁は権力の行使が差別的意図によって行われていることを証明しないかぎり違法とは言えないという判断を示している<sup>56)</sup>。

#### 4.2.2. 強制措置の科学的有効性

予定されている強制措置には、実際に感染症制御等真の目的達成のために有効であるという科学的な証拠/推測がなければならない<sup>24)27)30)34)50)</sup>。目的の健全さが手段を正当化するわけではなく、単に「有効なはずだ」とする常識的考えから感染症患者の人権を制限することはできないとするものである<sup>46)58)</sup>。

#### 4.2.3. 個別アセスメント

患者がもつある種の属性(ホームレス等)のみで強制措置の是非を決定してはならず、個々の例で個別にリスクアセスメントが行われなければならない<sup>53)58)</sup>。

Ballらは「精神疾患というだけでは拘束の正当な理由にはならないと同様に、結核患者でも人権を制限するには個別アセスメントが必要である」としている<sup>53)</sup>。Reillyが拘束の是非決定は属性による判断(status-based)ではなく実際の行動に基づく判断(behavior-based)でなければならないとし<sup>56)</sup>、Gostinが強制措置対象者の選定には過不足(over-inclusive/under-inclusive)があってはならない<sup>58)</sup>というのほぼ同趣旨と解釈できる。結核をめぐる裁判では、*School Board of Nassau County v. Arline*/1987年米連邦最高裁(結核患者の教職解雇の妥当性をめぐる裁判)でもリスクの個別アセスメント(need to conduct an individualized inquiry and make appropriate findings of fact)が求められている<sup>45)</sup>。

しかし将来の病状や行動を予測することは困難である。Gostinは、ある集団の成員の一部のみが将来の公衆衛生的脅威になる場合に、この集団の成員全体に対して強制措置をとることは非常に問題であるとしながらも、判例を引いて、誰が将来脅威となるかの予想が不可能な場合にはある種の条件下(科学的基準に照らして公権力が合理的に行動していること、および個別アセスメント



が理不尽な程度に負担となること、を示すこと)で個別アセスメントの原則が緩和されうるとしている<sup>26)</sup>。また強制措置の人権制限の度合いに応じて司法による個別アセスメントの要求度合いは異なるだろうともしている。以上から、属性による判断が完全に排除されるわけではないと考えられる。しかし、各事例でのそうした判断の妥当性については不明瞭にならざるをえないことが予想される。

#### 4.2.4. リスクの条件と問題点

##### 4.2.4.1. 有意なリスクの存在

強制措置を妥当とするためには、科学的根拠に裏付けられた一定以上の有意なリスクがなくてはならない<sup>24) 30) 50) 58) ~ 61)</sup>。よって、当該リスクが消失した時点で強制措置は解除されなければならない<sup>62) 63)</sup>。Siracusa Principles (4.1.項参照)では「人権制限の必要性は客観的な考慮に基づかねばならない」と述べられている<sup>54)</sup>。リスクの判断根拠は単に漠然とした恣意的恐怖であってはならず、十分な科学的根拠なく「国民の不安に配慮した措置」として感染症患者の人権を制限することはできない。

##### 4.2.4.2 比例 (proportionality) 原則

回避しようとするリスクの程度は、強制措置による人権制限の程度と比例したものでなくてはならない<sup>24) 34) 46) 57) 58)</sup>。Siracusa Principles (4.1.項参照)では「法的に妥当な人権制限は目的に比例したものでなくてはならない」としている<sup>54)</sup>。またEuropean Convention on Human Rights (3.2.2.項参照)に基づくEuropean Court of Human Rights (欧州人権裁判所)の判例では、目的が行為に不釣り合いな場合には恣意的な人権制限にあたりと判断している<sup>44)</sup>。たとえば感染症患者の拘束は高度の人権制限でありこれを妥当とするためには、回避しようとするリスクもそれに応じた高度のものでなくてはならない。リスクの程度は感染発病の確率、障害の重篤さ、切迫度などで決定されるとされる<sup>34) 64)</sup>。

##### 4.2.4.3. リスク評価の不明瞭性

実際にはリスクは複雑な非定量的概念であり、また確実な未来の予測は不可能である<sup>34)</sup>。したがって個々の事例でのリスク評価には常に不明瞭な部分が残され、司法の判断もその分予想し難い。特に結核においては感染性/病原性/規則内服等の正確なリスクについては不明確なものが多い<sup>62)</sup>。Cokerは「結核を合併したHIV陽性者はHIV陰性者より再発しやすいので治療に非協力的な場合にはより拘束されやすくなるべきなのだろうか? 治療開始2カ月後にadherence不良となった者と5カ月後にadherence不良となった者では前者は拘束されるが後者は拘束されないのだろうか? ……リスクアセスメントといってもどのように評価するかは不明で、ほとんどの場合客観的証拠は不在である<sup>48)</sup>」と述べている。

#### 4.2.5. Least restrictive alternativeの原則

##### 4.2.5.1. Least restrictive alternative

Least restrictive (or intrusive, or invasive, or drastic, or coercive) alternative (or means)とは「同じ目的を達成しようような手段の中で最も人権制限の度合いの低い代替手段」を意味し、least restrictive alternative原則は「公権力による強制措置ではleast restrictive alternativeを用いなければならない」という原理である。感染症に限らず公安事由による強制措置においては、least restrictive alternative原則は比例原則とならぶ主要な原則の一つであり、判例でも (*Lessard v. Schmidt*/1972年米連邦地方裁判所 [精神疾患患者の拘束をめぐる裁判]) 等で明確に述べられている<sup>24) 27) 34) 42) 46) 50) 53) 56) 58) 65)</sup>。Least restrictive alternative原則は、効果が同じであれば人権制限の度合いのより低い手段を選択すべきとする原理であって、より効果が少なくても人権制限の度合いの低い手段のほうを選択すべきであるという原理ではない<sup>46)</sup>。Siracusa Principlesは「人権制限は、それらの目的がより人権制限の度合いの低い手段では達成困難なことが示されねばならず、人権の制限にあたって国家は目的達成に必要とされる以上の手段を用いてはならない」としている<sup>54)</sup>。

Least restrictive alternative原則は、米国のAmericans with Disability Act (1990年/米国の障害者差別禁止法)が定める「雇用者やサービス提供者は、妥当な環境整備 (reasonable accommodation/modification) によって障害者が職やサービス受給の資格に該当するようになるのであれば、これらの環境整備を提供する義務がある」という規定と類似する。実際Gostinは、Americans with Disability Actを、公安事由による強制措置の基準と与える法律と解釈している<sup>55) 64) 66)</sup>。Americans with Disability Actではまた、「妥当な環境整備」が過大な困難や支出を強いる場合にはそうした義務は免れるとしており、least restrictive alternative原則も同じように考えることができるかもしれない。

Least restrictive alternative原則によれば結核においては、強制措置の前に適切な支援によって患者の治療への自発的協力を可能にするような手段が考慮されなければならないということになる。人権擁護論者は「多くのニューヨークの結核患者が結核治療に協力することがほとんど不可能な社会的状況下にあるにもかかわらず、こうした状況の改善に政府が取り組む前に治療非協力患者の拘束を行うのは非倫理的で違法である」と述べている<sup>29)</sup>。Advisory Council for Elimination of Tuberculosisは「結核患者を拘束する前に、政府はDOTやincentive/enablerに始まる段階的介入を採用しなければならない<sup>67)</sup>」とし、Ballらは「結核の場合least restrictive alternativeとは、近くのクリニックでの無料の治療、自発的入院、自発的

DOTなどが含まれる」等としている<sup>9)53)68)69)</sup>。

#### 4.2.5.2. Least restrictive alternative原則に関する問題点

Least restrictive alternative原則は単純な原理ではあるが、2つの異なる手段の有効性を正確に予想することは通常不可能であり個々の事例での不明瞭さは拭いえない<sup>46)</sup>。しかしこれ以外にも least restrictive alternative原則には以下の2つの問題が挙げられる。

一つは、感染症対策においてある強制措置を採る場合にすべての「より人権制限の度合いの低い手段」が実際に施行され失敗したことを示す必要があるかという問題である。こうした要請は適切な介入を遅らせ結果的により大きなリスクにつながりかねない<sup>26)56)</sup>。これに対して米国では、「least restrictive alternative原則は、人権制限の度合いのより高い措置を採る前にすべての『より人権制限の度合いの低い手段』が実際に行われることを要求しておらず、事前に意識的に考慮されていることを要求しているだけである」とする意見が多い<sup>11)27)53)</sup>。New York City Health Code, Section 11.47 (1993年/ニューヨーク市改正結核対策条例)では、患者を拘束する以前に「より人権制限度合いの少ない手段」が事前に実行されていることを求めておらず<sup>10)</sup>、代わりに『より人権制限の度合いの低い手段』が試みられ不成功だったことおよび/またはそれらが考慮され却下されたこと、またその理由を明らかにすること<sup>26)</sup>。これに対し人権擁護論者は「New York City Health Code, Section 11.47は拘束以前にすべての『より人権制限の度合いの低い手段』を尽くすことを要請していない点で least restrictive alternative原則を無化するものである」としている<sup>65)</sup>。この問題をめぐる裁判 (*In re Application of the City of New York v. Mary Doe*/1994年ニューヨーク控訴審/判決文未見だが<http://psychrights.org/research/nypainvol.html>に短い要約あり)でニューヨーク市は「強制措置が考慮されるすべての患者に個別アセスメントを行い、適切な場合には『より人権制限の度合いの低い手段』を優先する、と同時に、市は自発的な治療協力を促すような『より人権制限の度合いの低い手段』を網羅的に施行しそれらのすべてに失敗することを待つべきではない<sup>10)</sup>」とする見解を表明している。この裁判で司法は、市側は明白で説得的な証拠 (clear and convincing evidence/5.2項参照)によって「より人権制限の度合いの低い手段」が機能しないだろうことを示したという根拠で拘束を支持している<sup>65)</sup>。

Least restrictive alternative原則に関するもう一つの問題は、妥当な least restrictive alternativeの範囲が不明瞭であることである。患者支援による到達可能な自発的協力の最大限度は不明であり<sup>45)</sup>、これは治療に協力「しない」のか「できない」のかという問題 (2.項)とも一部共通する。「しない」ものを「できない」と主張することで

least restrictive alternativeの範囲は大きく拡大してしまいかねない。加えて強制措置の可能性を警告されている治療非協力結核患者の必要性 (たとえば住居等) が常に、同様な必要性をもつ結核ではない困窮者に対して優先権利をもつのかについても不明である<sup>10)</sup>。Bayerらは「ここで持ち上がっている法的問題は、当初は政府の行動を消極的 (negative) に制限するものであった least restrictive alternative原則の主張が、また同時に、政府が治療への協力を向上させるような社会的支援を提供する義務といった積極的な (positive) 義務を政府に強いるものと解釈できるのかどうかという問題である。結核患者に政府が提供すべき社会的支援への法的義務の範囲は今のところ未解決である」と述べている<sup>10)</sup>。

以上から least restrictive alternative原則においても個々の事例での判断は困難が多いと予想される。

#### 4.2.6. 適正手続き (procedural due process)

強制措置に必要な手続きを前もって定め当事者にも異議申し立てや決定プロセスへの参加権を認めることで、強制措置の濫用を回避する安全装置 (due process protection) としなければならない<sup>27)34)38)42)~44)53)58)59)65)67)</sup>。

Siracusa Principles (4.1.項参照)では「人権の制限は恣意的であってはならず、法的検討に付されうるような透明性の高い手続きにより実行されること、およびそうした方針の実施手続きが、恣意的差別的にならないことを確実にするため十分なチェック機能とバランス機能を備えていること、すべての人権制限はその濫用に対する異議申し立てと対抗手段の可能性を与えること、人権制限の濫用に抗するため適切基準と有効な対抗手段が法に規定されていなくてはならないこと」を求めている<sup>54)</sup>。結核に関連した判例 (*Greene v. Edward*/1980年ウエストバージニア控訴最高裁 [結核患者の隔離拘束をめぐる裁判])では、適正手続き条項を備えていないという理由で州の結核対策法規を違法と判断した例がある<sup>53)</sup>。

## 5. 実際の強制措置

治療に協力的でない結核患者に対して実際に行使する代表的な強制措置としては、治療強制、拘束、DOTの3つが考えられる。

### 5.1. 治療強制 (強制的投薬)

患者は基本的には治療拒否権を有していることはすでに述べた (3.1項)。治療拒否権は絶対的なものではないが、投薬を拒否する患者に強制的投薬を行うことは拘束よりも人権制限の度合いが一層高いこと、強制措置の目的である結核感染防止を達成するためには拘束で十分と考えられることを考慮すると、治療を拒否する結核患者への強制的投薬は基本的には認められないものと思われる、多くの論者もこれを支持している。Bayerや Iseman



は「国は治療を完遂できない（感染防止策の遵守を含む）治療に非協力的な結核患者を拘束することはできるが、拘束された患者に治療を強制することはできない」としている<sup>10) 28)</sup>。イギリス<sup>63)</sup>やイスラエル<sup>70)</sup>、ドイツ等ヨーロッパの実情の報告<sup>18)</sup>でも、隔離は可能だが治療は強制できないとされている。また、仮に強制的投薬を認めたとしても、治療を拒否している患者にその意思に反して長期に投薬することは現実には難しい<sup>29)</sup>。

## 5.2. 拘束

拘束は重大な人権制限である。米連邦最高裁は *Addington v. Texas*/1979年米連邦最高裁（精神疾患患者の拘束をめぐる裁判）で「公安事由による拘束が個人の人権に及ぼす影響は重大でありそれゆえ……国は拘束を単なる証拠の優位性（preponderance）ではなく実質的な（substantial）証拠によって拘束を正当化しなければならない……公安事由拘束では拘束を妥当とする証拠は明白で説得的なもの（clear and convincing evidence）でなくてはならない」としており<sup>53)</sup>、New York City Health Code, Section 11.47（4.2.5.2.項参照）でも拘束の条件として“clear and convincing evidence”の必要性が明記されている<sup>56)</sup>。公安事由拘束での“clear and convincing evidence”標準は、刑事拘束の証拠の標準（beyond a reasonable doubt）よりもゆるく通常の民事事件（preponderance of the evidence）よりも厳格とされている<sup>9)</sup>。

### 5.2.1. 感染性患者の拘束

感染性の治療非協力結核患者を拘束することが場合によって妥当であることについては議論の余地はない。逆に米国では感染性患者の拘束には治療非協力であることが必要とされ、status-based（喀痰塗抹陽性である等のみによる判断/4.2.3項）の拘束は認められず、behavior-based（治療に協力しない/感染防止策を守らない等/4.2.3項参照）の拘束であるべきとされている<sup>34) 56)</sup>。CDCは「拘束は一過的なものも含め患者が自己内服ないしDOTを拒否した例で用いられるべきである」としている<sup>71)</sup>。実際米国の多くの州は患者が自発的に（感染防止策を含む）治療を拒否しないかぎり拘束を容認していない<sup>64)</sup>。Reillyは「（感染防止策を含む）治療に協力的な（感染性）結核患者を拘束するような必然的意義は見出せない。そうした拘束はleast restrictive alternativeでもなく結核対策として合理的な手段でもない。感染性のみに基づいた拘束は最小限の憲法の要請すら満たしていない」としている<sup>56)</sup>。

感染性結核患者の不用意な拘束がかえって治療完遂を妨げる可能性も示唆されている。米国におけるDOTの推進者であるSbarbaroらは「治療に従うことが難しい患者は、結核病棟での共同生活を乱すような反社会的ないし攻撃的な行動パターンをとりやすく、これが病院職員

との間に軋轢を引き起こし、結核病棟からの脱走や強制退院や自己退院の原因になったりする。これによって外来治療の継続すらも危うくなる」としている<sup>72)</sup>。

### 5.2.2. 非感染性患者の拘束

結核患者への強制措置で最も議論があるのは、現在非感染性だが治療に非協力的な患者を拘束することが許容されるかという問題である。

米国においても、伝統的に司法は公衆衛生法規において現時点での感染性に焦点をあててきた<sup>11) 46) 57)</sup>。たとえば *School Board of Nassau County v. Arline*（4.2.3項）という拘束に必要な“direct threat”（含意は4.2.4.1項の有意なリスクと同様）の存在は、一般的には現時点での感染性を意図している<sup>26)</sup>。

しかし1980年代の米国でのMDRの増加により「治療するまでの治療」が強く求められるようになる<sup>10)</sup>。「とりえず感染性でなくなるまでの治療」とその後の自己中断を繰り返せば獲得耐性を招きかねず、場合によっては現時点での感染性を停止させるための強制措置によって結果的にMDR/XDR等のより大きなリスクを引き起こしかねない<sup>10)</sup>。問題は「治療するまでの治療」を達成するための拘束が法的倫理的に妥当なのかということである。Gostinは非感染性結核患者への強制的措置に関して問題なのは「結核の治療を完遂できないことに伴う将来的リスク（再発再燃や薬剤耐性獲得）に関する不確実な予測に基づいて強制措置を行うことができるかどうかに関するジレンマである」としている<sup>26)</sup>。

この問題で最も画期的なのは、New York City Health Code, Section 11.47（4.2.5.2.項参照）である。この条例改正で、ニューヨーク市は非感染性結核患者であっても継続的に治療に非協力的であった者を、慎重な安全装置（due process protection）と厳しい条件の下で、治療するまで拘束する権限を衛生局に与えた。市は同条例改正通知（notice-adoption [<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/public/notice-adoption-hc-art11-45-49.pdf>])で「治療に至るまで治療を継続できない患者に対しては、感染性がなくなるまで一過性に病院に隔離するのは有効でない公衆衛生戦略である。最近の衛生局による実際の経験（改正前 [伊藤]）では感染性である期間中のみ拘束した患者33人中たった2人しか治療に至らなかった」としている。これに倣って1993年にAdvisory Council for Elimination of Tuberculosisは、各州の結核対策法規を拡張して感染性でない治療非協力結核患者を拘束可能とするよう推奨している<sup>67)</sup>。その後の1995年の全米調査では12州が非感染性患者の拘束を認めている<sup>73)</sup>。

こうした拘束対象の拡張に対しては、治療非協力の感染性患者の拘束時よりもその必要性を証明する際に公権力に求められるものが多くなるとはいえ<sup>26)</sup>、米国の論者

のほとんどは法的に妥当であろうと判断している。Gostinは「感染症患者への強制措置においては“direct threat（本項上記参照）”の存在が要求されているが，“direct threat”を現時点での感染性に限定して解釈すべき理由はない……“direct threat”は合理的に予見可能なある程度有意なリスクを包含するべきである」<sup>26)</sup>とし、Bayerは「法律家は概ね、治療非協力的な非感染性結核患者を治癒までの間拘束しておくことはおそらく合憲であろうと判断している」<sup>10)</sup>、Annasは「(MDR/XDRの脅威を経験した後では)適正手続きとleast restrictive alternative原則が守られており、公衆への危険を回避するためには外来治療では不十分であることが“clear and convincing evidence”(5.2項)をもって示されれば、治癒までの拘束はおそらく合憲と判断されるだろう」<sup>9)</sup>、Reillyは「ニューヨーク市の非感染性結核患者の拘束に関する条例は米連邦最高裁の多くの判例(精神疾患患者の拘束をめぐる裁判等)に明確に対応しており、結果的に法的審査を耐えて生き残る可能性が高い」<sup>56)</sup>としている。

これに対し米国以外の論者はこうした拡張を疑問視している。Harrisらは「ニューヨーク市のようにたとえ追加の安全装置(due process protection)があったとしても、拘束の根拠を現在の感染性から想像上の将来のリスクに替えることは有意な人権侵害であり、英国や他の欧州諸国の人権法では合法的ではない」とし<sup>74)</sup>、LondonはMDR/XDRに関して「ほとんどの司法では、感染性でなくなった薬剤耐性患者を引き続き拘束することは、たとえ将来治療から脱落することが予想されたとしても、裁判に持ち込まれた場合には著しく問題(extremely problematic)と見なされるだろう」<sup>61)</sup>、Cokerは「European Court of Human Rights(欧州人権裁判所)は初期の目的に寄与しなくなった拘束は不法であると判断しており、よって治療で非感染性になった結核患者の拘束は違法である」<sup>62)</sup>としている。「とりあえず感染性でなくなるまで」の拘束下治療を繰り返してMDR/XDRとなる危険性についての、これら論者の見解の記載は見あたらなかった。

ドイツ/オランダ/イスラエルからの報告では拘束施設からの退院の決定には、「退院後の治療継続性を重視する/条件とする」とされているが、感染性消失後でも治療に非協力的な患者の拘束が継続可能かどうかについての規定は曖昧である<sup>18) 70) 75)</sup>。

### 5.2.3. 拘束施設

結核患者の拘束が治療非協力的者に限定されたとしても、そうした拘束は感染症対策のためであり処罰ではない<sup>53)</sup>。よって当該拘束が被拘束者にとって懲罰的なものや有害なものであってはならず<sup>26) 30) 57)</sup>、質のよい医療や様々な支援の提供が可能な、快適/安全/衛生的な場が与

えられなければならない<sup>29) 34) 42) 46) 59)</sup>。また刑事犯でない結核患者を刑務所/拘置所に拘束することは、刑務所等に付随するstigmaを被ってはならないゆえに避けられるべきである<sup>26) 35)</sup>。米国での古い司法判断(*Benton v. Reid/1956*年米連邦上訴裁判所[結核患者の拘束をめぐる裁判])でも「刑事犯ではない結核患者は、stigmaや悪い仲間の影響等といった弊害のある刑務所/拘置所に収容するべきではない」としている<sup>26) 31)</sup>。

以上から、拘束の場合は鍵のかかる(secure)専用の病院ないし病床が最も望ましいと考えられる<sup>29) 65)</sup>。Oscherwitzらは「カリフォルニア州の多くの郡が結核患者の拘束専門施設を欠いているが、4つの郡では患者を鍵のかからない病院病床に収容している。しかし高コストでかつ患者の脱走も容易でありあまり効果がない」としている<sup>35)</sup>。ニューヨーク市ではこの目的で鍵がかかる専用病床を確保し、患者の社会的精神的問題に取り組む機会(精神科医/薬物中毒カウンセラー/ソーシャルワーカー等へのアクセス)をも与えている<sup>53)</sup>。しかし全米で見るとニューヨーク、マサチューセッツ、フロリダを除き、こうした適切な施設がなく刑務所/拘置所を使用するところが多い。それゆえ多くの場合、短期の拘束しかできないことが多いとされている<sup>73)</sup>。反面、結核患者の拘束専門病床では暴力等も多いと報告されており、こうした暴力等迷惑行為に公衆衛生的手段で対処/処罰することの妥当性も危惧される<sup>65) 76) 77)</sup>。

### 5.3. DOT

適切に運用されたDOTの有効性については議論の余地はない<sup>78)</sup>。治療へのadherenceは予測できず、またDOT対象者選別に伴うstigmaを回避するために全結核患者が、ないし治療完遂率が一定水準以下(Advisory Council for Elimination of Tuberculosisによると90%未満<sup>79)</sup>)の地域では全結核患者が、DOTを受けるべきであるという意見は多い<sup>10) 29) 79) 80)</sup>。全結核患者にDOTを提案し自発的DOTを行うべきであるという意見には人権擁護論者を含めて異論は少ない。しかし全結核患者へのDOT強制の妥当性については明らかではない<sup>56) 81) 82)</sup>。

DOTは移動の自由や自律を制限しstigma/差別/個人情報侵害につながりかねず、多くの論者がDOT強制は軽度ながら人権制限に相当すると考えている<sup>10) 26)</sup>。よって多くの論者は、普遍的なDOT強制はleast restrictive alternative原則の侵犯/個別アセスメントの要請の無視/過剰に包括的である等の理由で法的に妥当ではないとしている<sup>10) 11) 29) 53)</sup>。Gostinは「全員へのDOT強制を司法は妥当としないであろう。DOTの強制はDOTが必要であるにもかかわらず拒否した者のみに適応され、こうした強制措置の条件は原理的には拘束等の条件と同一である」としている<sup>26)</sup>。New York City Health Code, Section 11.47 (4.



2.5.2.項参照)でも患者全員への無条件のDOT強制は認めていない<sup>10)56)</sup>。

しかしDOTの人権制限の程度は拘束に比して軽く、その分強制的DOTを行うためのリスクの証明は“clear and convincing evidence”(5.2項参照)以下の証拠に基づいた合理的な判断で可能とされるものと思われる<sup>69)81)</sup>。New York City Health Code, Section 11.47では治療に非協力的な患者には感染性を問わずDOT強制が可能となっているが、非感染性結核患者の拘束に反対する欧州等の論者が、非感染性結核患者への強制的DOTをどのように考えているかについては明確な記載を見なかった。

## 6. 結核対策法規の現状

1991年CDCは、全米50州の結核対策法規の調査結果から、多くの州の法規は現在の結核の状況や法学の変化に対応しておらず、改正の必要があるとしている<sup>31)60)67)</sup>。この調査を基にAdvisory Council for Elimination of Tuberculosisは結核対策法規改正指針を発表している<sup>67)</sup>。このACET推奨案の多くはNew York City Health Code, Section 11.47(4.2.5.2項参照)を基にしているが、Lernerは1999年に「(ニューヨーク市のような)洗練された強制措置制度が全米で使用されているわけではない」としている<sup>65)</sup>。

世界的な趨勢としては、公衆衛生上の目的を果たすためにより強制措置に頼る傾向にあるとされているが<sup>83)</sup>、多くの地域では法規や制度が古く、医学や法学の発展に即していない<sup>84)85)</sup>。ロンドンでは罹患率も薬剤耐性率も増加傾向にあるが、Public Health Act(1984年/英国の結核対策法規)では拘束の規定は曖昧で患者への社会的支援は少なく<sup>48)59)63)</sup>、MDR/XDRの脅威にも対応していないとされている<sup>86)</sup>。また複数の英国の論者が、Public Health ActはEuropean Convention on Human Rights(3.2.2.項参照)やHRA(Human Rights Act. 1998年/英国の人権基本法)の人権基準を満たしておらず、改正すべき(しかし議会で議論すべき他の法律が多く近時の改正は困難)としている<sup>17)63)74)87)</sup>。また米国であっても法規が改正されても拘束施設の整備が遅れていることが多い(5.2.3項)。南アフリカではMDR/XDR患者の拘束施設の設備が悪く暴動や脱走などが相次いでいる<sup>88)</sup>。国際法ではWHOによるInternational Health Regulation(2005年/改正国際保健規則)では拘束等の必要性は認めているが、Gostinは人権に関する記載が簡単すぎるとしている<sup>89)</sup>。また危険な結核患者が国境を越える場合の国際法上の規定はなく、米連邦法も感染症の輸出については何も言及していない<sup>90)</sup>。

総じて世界的に、米国の一部地域を除き強制措置や法規/施設整備は優先順位が低いと見なされているようである。

## 7. 各地域での経験と有効性

治療非協力結核患者に対する強制措置の有効性については不明瞭な部分が多い<sup>38)91)</sup>。被拘束者の治療完遂率以外にも、強制力による抑止力も考慮する必要がある。ニューヨーク市のFriedenらは「拘束の最も重要な効果は抑止力であろう。拘束という十分可能性のある警告で、ある種の患者ではDOTへの協力度が明白に上昇した」としている<sup>92)</sup>。しかし一方で結核医療における強制措置の可能性や公権力との関連が、結核患者(薬物常用者や不法移民等)を医療から遠ざける可能性も考慮しなければならない<sup>93)94)</sup>。以下で述べるように強制措置によっても治療完遂率がそれほど高くない場合もあり、強制措置はあくまで治療完遂のための様々な介入の導入部にすぎないと解釈すべきであろう。

### 7.1. ニューヨーク市

New York City Health Code, Section 11.47(4.2.5.2.項参照)施行以前の、感染性がある間のみの拘束では治療完遂率は劣悪であったことは5.2.2項に述べた<sup>95)</sup>。New York City Health Code, Section 11.47施行後2年間(1993年4月~1995年4月)の報告<sup>96)~98)</sup>ではDOT命令(強制)が150人に、拘束が139人に、検査命令が12人に、治療完遂命令が3人に出されている(計304人/結核患者の2%弱)。これら304人中、死亡/転出/調査時点治療中の者を除くと96%(235/245)が治療完了している。DOT命令(強制)後、患者の約75%は拘束なしに治療完遂/継続している。平均拘束期間は186日<sup>65)</sup>、治療完了前に拘束が解除されるのは被拘束者の10~15%と少数で、拘束早期解除者のうち行方不明者はほとんどいない<sup>35)</sup>。

### 7.2. カリフォルニア<sup>35)</sup>

カリフォルニア州の12の郡で1994~95年に治療非協力を理由に、公安事由拘束and/or刑事拘束が請求された結核患者は67人(結核患者の約1.3%)。うち54人(81%)には最初DOTが提供されている。拘束場所は留置場、医療刑務所、鍵のかかっていない病院などが使用されている。公安事由拘束の請求がなされた15人のうち10人(うち8人は鍵のかかっていない病院から脱走)はその後刑事拘束が必要とされた。平均拘束日数は83日(4~562日)。67人中12人は転出/死亡/治療結果不明で、これを除く55人中11人(20%)は治療完遂失敗ないし行方不明となっており、このうち8人は治療完了前に拘束が解除されている。Reichmanはこの結果を、強制措置のわりには明らかに悪いとしている<sup>36)</sup>。

### 7.3. マサチューセッツ州<sup>99)</sup>

マサチューセッツ州での結核長期入院施設の使用経験が報告されている。adherence不良な患者に対しては自発的入院を基本としているが、推奨に反して自発的入院を



拒否した場合には拘束となる。鍵のかかる病床を使用しアメニティや様々な医療サービスが提供可能となっている。1990年11月から1995年12月までの期間に入院施設を退院した結核患者166名では、平均入院期間は119.7日（15人は300日以上入院）。166人中最初に短期の拘束を受けた48人（28.9%）中6人は治療完了まで自発的に入院継続、21人は外来治療に移行。残り21人は裁判所命令下の長期拘束に移行し、9人は治療完遂まで入院継続、8人は外来治療に移行している。死亡/州外移転20人を除く146人中142人（97.3%）が治療完了し、4人が行方不明となっている。

#### 7.4. デンバー<sup>100)</sup>

1984～94年のデンバー結核外来における424人（79%がDOT下治療）の結核患者中、20人（4.7%/全員DOT下に治療されていた）が拘束を受けた。拘束場所には鍵のかかる病院が使用されている。初回拘束における平均入院日数は中央値20日（7～51日）。初回拘束解除後、1名はすでに治療完了、1名死亡、1名は犯罪で収監され刑務所で治療完了している。残り17人が治療完遂前に拘束解除され、うち11人（65%）は治療完了ないし継続、5人は治療非協力的のため再拘束（入院日数45～270日）、1人は行方不明。再拘束になった5人中3人は治療終了まで拘束を継続し、2人は外来で治療を完了した。全体で拘束を受けた20人中18人（90%）が治療成功している。しかし別の21人（19人はDOT下）は拘束を受けることなく治療完遂前に行方不明になっている。

#### 7.5. サウスカロライナ州<sup>95)</sup>

サウスカロライナでは治療非協力結核患者にはDOTが提供され、自発的DOTが守れない場合は強制的DOTや拘束等の裁判所命令が出される。1985年以来裁判所命令を受けた27人中23人（85%）が裁判所命令によるDOTを完遂し、裁判所命令DOTにも従わなかった4人（全患者の0.12%）は施錠付きの長期療養施設に収容された。収容平均日数は68日であったとされている。4人の治療結果は明記されていない。

#### 7.6. フィラデルフィア<sup>101)</sup>

フィラデルフィアでは様々な患者支援策にもかかわらず治療に非協力的な結核患者には衛生局命令が出される。これは裁判所の召喚や拘束等の強制措置の可能性を警告する文書である。衛生局命令後もソーシャルワーカーによる患者支援の努力が継続されるが、それでも治療非協力であった場合には裁判所命令が出されて衛生局の指導に従うことが命令される。これ以降も治療非協力であれば病院、留置所、薬物治療施設に拘束される。2001～2005年の660人の結核患者中39人に衛生局命令が出され、17人（43.6%）がこれだけで治療に従った。残り22人中1人はHIVで死亡、8人が行方不明、13人が裁

判所命令を受けている。このうち7人は裁判所命令のみで治療に従うようになった。残り6人中1人は行方不明、5人は留置所に拘束され全員が治療完了している。死亡1人を除くと23.7%（9/38）が行方不明になっている。

#### 7.7. その他

オーストラリアのニューサウスウェールズ地区では5年間に2人に対して拘束が行われ、鍵のかかる24時間監視の個室隔離室に収容されたにもかかわらず、MDRの1人の患者は約3週間で脱走し行方不明になっている<sup>102)</sup>。他に拘束に関する現状報告がいくつかあるが、治療完遂率については明確に報告されていないことが多い<sup>70) 103)</sup>。

## 8. 本邦での強制措置制度構築

もし米国の法的/人権的標準が本邦でも同じように適用されるのであれば、以上でレビューしてきたことから、今後本邦で治療非協力的な患者に対する実効的な強制措置制度を構築するにはかなり多くのことが要求される。

①結核患者に提供されるべき最小限の情報のセットが指定されなければならない。②Least restrictive alternative原則からは、incentive/enabler、住宅提供、柔軟な受診受け入れ態勢、各種福祉サービスなど現在よりもはるかに拡充した患者支援体制が必要である。Haywardは「（治療非協力患者の）拘束は、より人権制限の度合いのより低い患者支援策（DOTのような）を可能とするようなインフラが整っていない状況では正当化しがたい」と述べている<sup>104)</sup>。③拘束を妥当でより有効なものとするためには、刑務所/医療刑務所の流用でなく専用の鍵のかかる病床施設を新たに作る必要がある。④拘束制度の円滑な運用においては、competenceのない患者への対処は回避できず、成年後見制度や精神衛生福祉法の整備が必要である。⑤現在の入院勧告制度と拘束等の強制的措置制度の関係を整理しなければならない。これと関連して結核病棟制度の見直しも必要とされる。⑥結核対策への実効的な強制措置の導入は、実質的に社会が結核患者に治療を受けることを強いるものであり、ゆえに外来入院を問わず治療に必要な医療サービスを（少なくとも経済的困窮者に対しては）無料で提供することは社会の責任である<sup>28)</sup>。そもそもCDCが言うように治療コストが治療継続完遂の妨げになってはならず<sup>5)</sup>、公費負担制度の見直しが必要である。⑦法学的にも、法規や個々の事例での法的妥当性の判断には不明瞭さが不可避である。4.2項の諸条件にしても事例に適用して判断する際には常に不明瞭さが残る<sup>46)</sup>。この不明瞭さは米国におけるHIVに関連の強制的措置をめぐるまったく相反する判例の存在からも明らかである<sup>26)</sup>。Gostinは「法審査の結果は予想できない」と述べている<sup>26)</sup>。個々の事例での司法判断を予測するの

は困難と言わざるをえない。公衆衛生行政は公衆を防御する義務と曖昧な法学的言語の間で困難な選択を迫られることになり、曖昧さゆえにどのような制度を作ろうとも訴訟の可能性を払拭できないことを覚悟しなければならぬ<sup>50)</sup> 105)。

それでもやはり、治療非協力者への強制措置制度は必要であろう。本邦においても、結核患者がホームレスや外国人等社会的周辺層に偏在する傾向があることから、こうした強制措置制度構築に躊躇する意見もあるかもしれない<sup>24)</sup>。しかし、強制措置制度を躊躇することによって結核の脅威にさらされ被害をこうむるのも、その多くがやはり社会的周辺層であろうことも心に留めておかねばならない<sup>81)</sup>。

本稿は平成21～23年度厚生労働省新興・再興感染症研究事業（主任研究者：石川信克）の補助を受けて作成されている。

## 文 献

- 1) 伊藤邦彦, 吉山 崇, 永田容子, 他: 結核治療中断を防ぐために何が必要か? 結核. 2008; 83: 621-628.
- 2) Schmid D, Fretz R, Kuo H-W, et al.: An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among refugees in Austria, 2005-2006. Int J Tuberc Lung Dis. 2008; 12: 1190-1195.
- 3) Small PM, Hopewell PC, Singh SP, et al.: The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population-based study using conventional and molecular methods. N Eng J Med. 1994; 330: 1703-1709.
- 4) O'Brien JK, Sandman LA, Kreiswirth BN, et al.: DNA fingerprints from *Mycobacterium tuberculosis* isolates of patients confined for therapy noncompliance show frequent clustering. Chest. 1997; 112: 387-392.
- 5) American Thoracic Society, Medical Section of the American Lung Association: Control of tuberculosis in the United States. Am Rev Resp Dis. 1992; 146: 1623-1633.
- 6) American Thoracic Society, Medical Section of American Lung Association: Treatment of tuberculosis in alcoholic patients. Am Rev Resp Dis. 1977; 116: 559-561.
- 7) Kaur B, Bingham P: Compulsory removal to and detention in hospital in the case of notifiable disease—survey of public health doctors. Pub Health. 1993; 107: 199-204.
- 8) Sbarbaro JA: Compliance-inducements and enforcement. Chest. 1979; 76: 750-756.
- 9) Annas GJ: Control of tuberculosis—the law and the public health. N Eng J Med. 1993; 328: 585-588.
- 10) Bayer R, Dupuis L: Tuberculosis, public health, and civil liberty. Ann Rev Pub Health. 1995; 16: 307-326.
- 11) Efferen L: In pursuit of tuberculosis control—civil liberty vs. public health. Chest. 1997; 112: 5-6.
- 12) Chee CBE, James L: The Singapore Tuberculosis Elimination Programme—the five years. Bull WHO. 2003; 81: 217-221.
- 13) LoBue PA, Cass R, Lobo D, et al.: Development of housing programs to aid in the treatment of tuberculosis in homeless individuals—a pilot study. Chest. 1999; 115: 218-223.
- 14) Diez E, Claveria J, Serra T, et al.: Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. Tuberc Lung Dis. 1996; 77: 420-424.
- 15) Anonymous: No title. 週刊保健衛生ニュース. 平成17年10月17日. 第1328号: 36.
- 16) 重藤えり子: 結核医療の課題: 今後のあるべき結核医療サービスの提供. 結核. 2009; 84: 305.
- 17) Martin R: The exercise of public health powers in case of infectious disease: human rights implications, Enhorn v. Sweden—European Court of Human Rights [2005] E.C.H.R. 56529/00. Med Law Rev. 2006; 14: 132-143.
- 18) 加藤誠也: 長期入院患者に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業「結核菌に関する研究（主任研究者：加藤誠也）」平成19年度総括・分担研究報告書, 2008, 235-256.
- 19) 法務省民事局参事官室: 成年後見制度の改正に関する要綱試案の解説—要綱試案・概要・補足説明. 金融財政事情研究会, 東京, 1998.
- 20) Gasner MR: Author's reply. N Eng J Med. 1999; 341: 130-131.
- 21) Tracy MJ: Legal action to ensure treatment of tuberculosis. N Eng J Med. 1999; 341: 130.
- 22) Annas GJ, Densberger JE: Competence to refuse medical treatment: autonomy vs. paternalism. Univ Toledo Law Rev. 1984; 15: 561-596.
- 23) Brudney K: Homelessness and TB: a study in failure. J Law Med Ethics. 1993; 21: 360-367.
- 24) Jacobs SL: Legal advocacy in a time of plague. J Law Med Ethics. 1993; 21: 382-389.
- 25) Parmet WE: Legal right and communicable disease: AIDS, the police power, and individual liberty. J Health Polit Policy Law. 1989; 14: 741-771.
- 26) Gostin LO: The resurgent tuberculosis epidemic in the era of AIDS: reflections on public health, law, and society. MD (Maryland) Law Rev. 1995; 54: 1-131.
- 27) Cichon DE: The right to “just say no”: a history and analysis of the right to refuse antipsychotic drugs. LA (Louisiana) Law Rev. 1992; 53: 283-426.
- 28) Iseman MD: Philosophical and legal premises. In: Clinician's Guide to Tuberculosis. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, 307-308.
- 29) Dubler NN, Bayer R, Landesman S, et al.: The tuberculosis revival: individual rights and societal obligations in a time of AIDS. New York, United Hospital Fund, 1992.
- 30) Abbot KM: Involuntary detention of TB patients: age-old problem in a modern context. J Nurs Law. 1997; 4: 7-19.
- 31) Gostin LO: Controlling the resurgent tuberculosis epidemic—a 50 state survey of TB statutes and proposals for reform. JAMA. 1993; 269: 255-261.
- 32) Vincler LA, Gordon DL: Legislative reform of Washington's

- tuberculosis law—the tension between due process and protecting public health. *Wash Law Rev.* 1996 ; 71 : 989–1034.
- 33) Palacion E, Dallman R, Munoz M, et al.: Drug-resistant tuberculosis and pregnancy: treatment outcome of 38 cases in Lima, Peru. *Clin Infect Dis.* 2009 ; 48 : 1413–1419.
  - 34) Gostin L: The politics of AIDS: compulsory state powers, public health, and civil liberty. *Ohio State Law J.* 1989 ; 49 : 1017–1058.
  - 35) Oscherwitz T, Tulsy JP, Roger S, et al.: Detention of persistently non-adherent patients with tuberculosis. *JAMA.* 1997 ; 278 : 843–846.
  - 36) Reichman LB: Defending the public health against tuberculosis. *JAMA.* 1997 ; 278 : 865–867.
  - 37) Mill JS: *On Liberty*. London, Longman, Roberts & Green, 1869—reprinted in Adamant Media Corporation Eribron Classics Series, 2006, 9–24.
  - 38) Coker R, Thomas M, Lock K, et al.: Detention and evolving threat of tuberculosis—evidence, ethics, and law. *J Law Med Ethics.* 2007 ; 35 : 609–615.
  - 39) Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: *International Covenant on Civil and Political Rights*. United Nations. 1966.
  - 40) Gostin LO: When terrorism threatens health: how far are limitations on personal and economic liberties justified? *Fla (Florida) Law Rev.* 2003 ; 52 : 1–65.
  - 41) Dupuis L: Tuberculosis, public health, and civil liberty. *Ann Rev Pub Health.* 1995 ; 16 : 307–326.
  - 42) Hodge JG: Protecting the public's health in an era of bioterrorism: the Model State Emergency Health Powers Act. *Account Res.* 2003 ; 10 : 91–107.
  - 43) Council of Europe: *European Convention on Human Rights*. Rome, 4 November 1950.
  - 44) Hewitt D: The implication of the Human Rights Acts 1998 for the removal and detention of persons in need of care and attention. *Pub Health.* 2002 ; 116 : 120–125.
  - 45) Gitter J: Controlling resurgent tuberculosis: public health agency, public policy and law. *J Health Polit Policy Law.* 1994 ; 19 : 107–147.
  - 46) Gostin LO: The future of public health law. *Am J Law Med.* 1987 ; 12 : 461–490.
  - 47) Gostin LO: Public health law reform. *Am J Public Health.* 2001 ; 91 : 1365–1368.
  - 48) Coker R: Tuberculosis, non-compliance and detention for the public health. *J Med Ethics.* 2000 ; 26 : 157–159.
  - 49) Doyal L: Moral problems in the use of coercion in dealing with non-adherence in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 ; 953 : 208–215.
  - 50) Burris S: Fear itself—AIDS, herpes and public health decisions. *Yale Law Policy Rev.* 1985 ; 3 : 479–518.
  - 51) Cowen JR: Controlling the tuberculosis endemic: the analogy with mental illness. *JAMA.* 1993 ; 270 : 832.
  - 52) Gostin LO: In Reply by. *JAMA.* 1993 ; 270 : 832.
  - 53) Ball CA, Barnes M: Public health and individual rights: tuberculosis control and detention procedures in New York City. *Yale Law Policy Rev.* 1994 ; 12 : 38–67.
  - 54) United Nations, Economic and Social Council, U.N. Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities: *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*. 1985.
  - 55) Gostin LO: Public health powers: the imminence of radical change. *Milbank Q.* 1991 ; 69 (suppl. 1–2) : 268–290.
  - 56) Reilly RG: Combating the tuberculosis epidemic: the legality of coercive treatment measures. *Columbia J Law Soc Probl.* 1994 ; 27 : 101–149.
  - 57) Gostin LO: Public health law in a new century—part II: public health powers and limits. *JAMA.* 2000 ; 283 : 2979–2984.
  - 58) Gostin L, Mann J: Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. In: *Health and Human Rights* ed. by Mann J, Gruskin S, Gostine L, et al. eds., New York, 1999, 54–71.
  - 59) Coker R: Public health, civil liberty, and tuberculosis. *BMJ.* 1999 ; 318 : 1434–1435.
  - 60) Gostin LO, Burris S, Lazzarini Z: The law and public's health; a study of infectious disease law in the United States. *Columbia Law Rev.* 1999 ; 99 : 59–128.
  - 61) London L: Confinement for extensive drug resistant tuberculosis—balancing protection of health systems, individual rights and public health. *Int J Tuber Lung Dis.* 2009 ; 13 : 1200–1209.
  - 62) Coker R: Just coercion? —detention of non-adherent tuberculosis patients. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 ; 953 : 216–223.
  - 63) Coker RJ: The law, human rights, and the detention of individuals with tuberculosis in England and Wales. *J Pub Health Med.* 2000 ; 22 : 263–267.
  - 64) Carlon CA: Tuberculosis control—will our legal system guard our health and will the ADA hamper our control effort? *J Leg Med.* 1992 ; 13 : 563–587.
  - 65) Lerner BH: Catching patients: tuberculosis and detention in the 1990s. *Chest.* 1999 ; 115 : 236–241.
  - 66) Gostin LO: The Americans with Disability Act and U.S. health system. *Health Aff.* 1992 ; 11 : 248–258.
  - 67) CDC: *Advisory Council for Elimination of Tuberculosis: Tuberculosis Control Laws—United States, 1993-Recommendations of Advisory Council for Elimination of Tuberculosis*. *MMWR.* 1993 ; 42 (RR-15) : 1–28.
  - 68) Trachtenberg AI, Oravec L: The law and control of tuberculosis. *N Eng J Med.* 1993 ; 329 : 136–137.
  - 69) Annas GJ: Reply. *N Eng J Med.* 1993 ; 329 : 137–138.
  - 70) Weiler-Ravell D, Leventhal A, Coker RJ, et al.: Compulsory detention of recalcitrant tuberculosis patients in the context of a new tuberculosis control program in Israel. *Pub Health.* 2004 ; 118 : 323–328.
  - 71) CDC: A strategic plan for the elimination of tuberculosis in the United States. *MMWR.* 1989 ; 38 (S-3) : 1–25.



- 72) Sbarbaro JA, Johnson S: Tuberculosis chemotherapy for recalcitrant outpatients administered directly twice weekly. *Am Rev Resp Dis.* 1968 ; 97 : 895–903.
- 73) Coker R: Legal response elsewhere in the United States. In “From Chaos to Coercion—detention and the control of tuberculosis”. St. Martine’s Press, New York, 2000, 129–131.
- 74) Harris A, Martin R: The exercise of public health powers in an era of human rights—the particular problems of tuberculosis. *Pub Health.* 2004 ; 118 : 313–322.
- 75) 重藤えり子：長期入院患者に関する研究—オランダ・ドイツ長期入院患者・拘束下治療施設視察／医療提供の観点からの報告. 厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業「結核菌に関する研究（主任研究者：加藤誠也）」平成19年度総括・分担研究報告書, 2008, 307–330.
- 76) Coker R: Success. In: From Chaos to Coercion—detention and the control of tuberculosis. St. Martine’s Press, New York, 2000, 122–129.
- 77) Lerner BH: Temporarily detained: tuberculosis alcoholics in Seattle, 1949 through 1960. *Am J Pub Health.* 1996 ; 86 : 257–265.
- 78) Weis SE, Slocum PC, Blais FX, et al.: The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. *N Eng J Med.* 1994 ; 330 : 1179–1184.
- 79) CDC: Initial therapy for tuberculosis in the era of multi-drug resistance—recommendation of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. *MMWR.* 1993 ; 42 (RR-7) : 1–8.
- 80) Iseman MD, Cohn DL, Sbarbaro JA: Directly observed treatment of tuberculosis—we can’t afford not to try it. *N Eng J Med.* 1993 ; 328 : 576–578.
- 81) Roberson DW: The law and control of tuberculosis. *N Eng J Med.* 1993 ; 329 : 137.
- 82) Reichman LB, Mangura BT: The law and control of tuberculosis. *N Eng J Med.* 1993 ; 329 : 137.
- 83) Verma G, Uoshur REG, Rea E, et al.: Critical reflection on evidence, ethics and effectiveness in the management of tuberculosis—public health and global perspectives. *BMC Med Ethics.* 2004 ; 5 : E2.
- 84) Dute J: Affected by the tooth of time—legislation on infectious diseases control in five European countries. *Med Law.* 1993 ; 12 : 101–108.
- 85) Coker RJ, Mounier-Jack S, Martin R: Public health law and tuberculosis control in Europe. *Pub Health.* 2007 ; 121 : 266–273.
- 86) Da Lomba S, Martin R: Public health powers in relation to infectious tuberculosis in England and France—a comparison of approach. *Med Law Int.* 2004 ; 6 : 117–147.
- 87) Coker R: Civil liberties and public good: detention of tuberculosis patients and the Public Health Act 1984. *Med Hist.* 2001 ; 45 : 341–358.
- 88) Bateman C: XDR-TB—human confinement ‘a priority’. *S Afr Med J.* 2007 ; 97 : 1026–1030.
- 89) Gostin LO: International infectious disease law-revision of the World Health Organization’s International Health Regulations. *JAMA.* 2004 ; 291 : 2623–2627.
- 90) Markel H, Gostin LO, Fidler DP: Extensively drug resistant tuberculosis— isolation order, public health powers, and a global crisis. *JAMA.* 2007 ; 298 : 83–86.
- 91) Coker RJ: Public health impact of detention of individuals with tuberculosis—systematic literature review. *Pub Health.* 2003 ; 117 : 281–287.
- 92) Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM, et al.: Tuberculosis in New York City—turning the tide. *New Eng J Med.* 1995 ; 333 : 229–233.
- 93) Cutis R, Friedman SR, Neaigu A, et al.: Implication of directly observed therapy in tuberculosis control measures among IDU. *Pub Health Rep.* 1994 ; 109 : 319–327.
- 94) Asch S, Leake B, Anderson R: Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 ; 157 : 1244–1248.
- 95) CDC: Approaches to improving adherence to anti-tuberculosis therapy—South Carolina and New York, 1986–1991. *MMWR.* 1993 ; 42 : 74–75, 81.
- 96) Gasner MR, Maw KL, Feldman GE, et al.: The use of legal action in New York City to ensure treatment of tuberculosis. *N Eng J Med.* 1999 ; 340 : 359–366.
- 97) Feldman G, Srivastava P, Eden E, et al.: Detention until cure as a last resort—New York City’s experience with involuntary in-hospital civil detention of persistently nonadherent tuberculosis patients. *Semin Resp Crit Care Med.* 1997 ; 18 : 493–501.
- 98) Feldman G, Gasner MR, Maw KL: New York City’s regulatory program for non-adherent tuberculosis patients—the first year. *Am J Resp Crit Care Med [abstract].* 1996 ; 153 : A489.
- 99) Singleton L, Turner M, Haskal R, et al.: Long-term hospitalization for tuberculosis control—experience with a medical-psychosocial inpatient unit. *JAMA.* 1997 ; 278 ; 838–842.
- 100) Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, et al.: Short-term incarceration for the management of non-compliance with tuberculosis treatment. *Chest.* 1997 ; 112 : 57–62.
- 101) Prichet EN, Schlossberg D, Lovett-Glenn G, et al.: Legal intervention for non-adherent patients in the treatment of tuberculosis. *Int J Tuber Lung Dis.* 2009 ; 13 : 323–327.
- 102) Senanayake SN, Ferson MJ: Detention for tuberculosis—public health and the law. *Med J Aust.* 2004 ; 180 : 573–576.
- 103) Coker R: National survey of detention and tuberculosis. *Thorax.* 2001 ; 56 : 818.
- 104) Hayward AC, Coker RJ: Could a tuberculosis epidemic occur in London as it in New York? *Emer Infec Dis.* 2000 ; 6 : 12–16.
- 105) Parmet WE: Legal power and legal rights— isolation and quarantine in the case of drug resistant tuberculosis. *N Eng J Med.* 2007 ; 357 : 433–435.

---

**Review Article**

---

**LEGAL ENFORCEMENT FOR NON-ADHERENT TUBERCULOSIS PATIENTS**

Kunihiko ITO

**Abstract** [Purpose] To investigate the conditions that would allow for coercive measures for persistently non-adherent tuberculosis patients.

[Method] Literature review of the jurisprudential and medical papers, mainly of the United States.

[Result] We found relevant items in the following categories related to conditions allowing for coercive measures: truthful adequate purpose of the coercive measures, scientific evidence or prospects of effectiveness of the measures, individual risk assessment, existence of significant risk, proportionality principle, least restrictive alternative principle, and procedural due process.

[Conclusion] To establish a system of coercive measures for persistently non-adherent tuberculosis patients in Japan, we would first need to accomplish many tasks, including a

significant broadening of the support services for tuberculosis patients.

**Key words:** Tuberculosis, Infectious disease, Human rights, Legal enforcement, Detention

Department of Epidemiology and Clinical Research, Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis Association

Correspondence to: Kunihiko Ito, Department of Epidemiology and Clinical Research, Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis Association, 3-1-24, Matsuyama, Kiyose-shi, Tokyo 204-8533 Japan.

(E-mail: ito@jata.or.jp)