

コロナ感染症をめぐる「隔離」の矛盾

山田健太・専修大学文学部ジャーナリズム学科教授（言論法）

2021年8月12日



新型コロナウイルス感染症の医療提供体制に関する関係閣僚会議で発言する菅義偉首相＝首相官邸で2021年8月2日、竹内幹撮影

隔離の緩和と強化の同時実施

いまだ猛威を振るい続ける新型コロナウイルス感染症ではあるが、「隔離」という観点から、矛盾した政策が実行され、それが新たな社会的混乱を招く可能性があるのではないかと、というのが本稿のテーマである。

一つめの矛盾は、検疫法及び感染症法で、コロナ感染症患者は入院の対象であって、いわば「医学的隔離」をすることが定められている。にもかかわらず昨今の自宅療養（入院させる必要がある患者以外は自宅療養を基本とする）方針によって、この隔離は事実上尻抜けになってしまっている。ただしこの点については、すでに自宅療養者や入院調整中事案が慢性化しており、以前より運用上崩壊していたと指摘されている。

そしてもう一つの矛盾が、こうした建前上の医学的隔離の「緩和」の一方で、社会的隔離は「強化」されているのではないかと、という点である。

そもその「社会的隔離」は、かつてのハンセン病のように、医学的根拠がないにもかかわらず、患者（回復者）を社会的に差別扱いした状況をさす。今回のコロナ禍においても、医療従事者やエッセンシャルワーカーの本人や家族に対する差別が発生し、大きな社会問題となった（子どもの学校等への通学通園の拒否など）。

感染の拡大（一般化）や社会的理解の浸透によって、こうした類いの「差別」は表面上なくなってきたものの、いま新たに「ワクチンパスポート」というかたちでの特別扱いが始まった。これは、いわば感染リスクが高いと思われる者に対する社会的差別に通じる可能性が高く、その意味で上述のように、新たな社会的隔離が始まっていると言えるのではないかという危惧の念がある。

医学的隔離（入院措置）政策

いまさら言うまでもないことであるが、新型コロナウイルス感染症は、感染症法上の「指定感染症」として指定されている。同指定は、「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、当初は政令によって定められていた（感染症法6条8項）。

ただし、2021年の感染症法改正により、新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症の一類型として追加され（6条7項3号・4号）、新型コロナ政令は廃止、新型コロナについては感染症法が恒久的に適用されることになった。

そして本稿での議論のテーマでもある「入院措置」に関しては、都道府県知事が勧告をすることができる（感染症法19条3項）。患者が勧告に従わないときは、入院させることができる（入院措置、同法19条3項）。入院措置に反した場合の罰則についても、改正感染症法では拒否した場合の行政罰も定められた（同法80条、50万円以下の過料）。

いわば入院によって実質的な「医学的隔離」を定めたものである。なお、このほかに建物の立ち入り制限等（同32条）、交通の制限または遮断（同33条）といった強い措置をとることも可能になっている。

もう少し話をさかのぼって補足しておこう。感染症法では、感染症を病原体の毒性や感染力に応じて五つに分類しているが、その別枠として「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」の三つがある。このうち、「新感染症」は、まったく未知の感染症が発生したときに分類されることになっており、「指定感染症」は「1類から3類に準じた扱いとする感染症で、指定期間を最長2年とする」とされたものだ。いわばまだよくわからない感染症をとりあえず「指定」し、2年以内に分類を確定させるという手順を踏むことになっている。

そしてコロナ感染症は、感染拡大から間もない20年2月に、政令で「2類に相当する指定感染症」（中東呼吸器症候群＝MERSや重症急性呼吸器症候群＝SARSと同じ）に指定された（1年間の期間限定）。その後、2月中には無症状者も入院対象に、さらに翌3月には立ち入り制限や封鎖、交通の制限、外出自粛の要請も可能となり、実質的にはエボラ出血などの最も危険とされる1類相当になったといえる。さらに年末12月には、指定の期間を1年延長することも決まった。

現状に合わせた取り扱い変更

そして21年に入り、法改正でコロナ感染症については、1～5類のいずれにも属させず「新型インフルエンザ等感染症」として別枠で対応することとした（2月13日施行）。こうしたありようについては、その最初の段階から議論があったところではある。

ちょうど1年前の20年の夏段階においても、2類からインフルエンザと同じ5類への「引き下げ」が政府内で検討されていると伝えられていた。その理由は、感染者数の増加に伴い医療機関の負担が重くなっていることから、軽症や無症状の人を宿泊施設や自宅での療養とし、入院は重症化リスクが高い人に限定するためであるとされた。ちなみに当時の感染者数は6万人である。

ここでのポイントは、緩和策が主張される中で政府はあえて、より厳しい措置がとれる分類に移行したということである。そして、21年8月段階に

においても、当然ながらこの法枠組みに変更はない。

「新型インフルエンザ等感染症」の分類であれば、「政令により1類感染症相当の措置も可能」であり、「感染したおそれのある者に対する健康状態報告要請、外出自粛要請」が行えるルールになっているからだ。なお、現時点での感染者数は10万人を突破した。

しかしこのところ、その見直しが制度上でも実際の運用上でも始まっている。たとえば7月9日の記者会見で田村憲久厚生労働相は、「一定のワクチンの接種と病床、感染者数との関係が分かってくれば、新型コロナの感染症法上の位置づけをどうするか当然考えていかないといけない」「ワクチンの進み方と病床がどうなっていくかはよく分析しないとけない」と語っている。そして、厚生科学審議会の部会での審議が予定されているという。



衆院厚生労働委員会で質問に答える田村憲久厚生労働相＝国会内で2021年8月4日、竹内幹撮影

また冒頭に述べたように、分科会への相談もなく、自治体への事前の根回しもないなかで、菅義偉首相は東京オリンピック期間中の8月2日に開かれた関係閣僚会合で「重症患者や重症リスクの高い方以外は自宅での療養を基本とし、症状が悪くなれば入院できる体制を整備する」という方針を公表（その後、新方針は撤回しないまま、中等症は原則入院の従来運用に変更はないと発表）した。

その理由は、医療崩壊を未然に防ぐためとされており、これは明らかに「5類にすれば、新型コロナの患者と濃厚接触した医師や看護師も、感染が確認されない限りは働ける。医療従事者の感染防御をゆるめやすい。保健所は接触者の調査などを減らせる」といった、かつての「5類引き下げ」の主張と同じものだ。

ちょうどこの方針転換は、東京五輪の会期中になされたわけであるが、3密回避も守られず、県を越えた移動も活発化している状況を、事実上追認したものともいえる。

五輪開催との平仄（ひょうそく）は合うとしても、これはここまで述べてきたような、感染症法上の取り扱いとは正反対のものであることは明白であろう。こうした政策変更は、厚生科学審議会の感染症部会で議論されることになる想定されるが、8月初旬段階では開催記録は公開されていない。

当たり前の話であるが、本来は病原体の毒性等々に基づいて分類が決まっており、それによって発症者に対する対応も自動的に決まるものである。そして繰り返すなら、重大な感染症としてのコロナ感染症において、患者は隔離することで感染のまん延を防止することとされている。

にもかかわらず、医療実態をしてやむを得ない（しかも十分な方策をとってこなかったツケ）という理由で、法を曲げての運用が始まっているということになる。

ワクチン未接種者の処遇

その一方で、政府をして「唯一の武器」とするワクチン接種への傾斜が著しい（ちなみに「唯一の選択肢」というフレーズが、沖縄の米軍基地移設問題を泥沼化させているように、政府のかたくなな姿勢の象徴であって、「唯一」をいう硬直的な政策選択肢は危険であろう）。すがる気持ちは理解できても、絶対視はよくないし、そしてそれ以外を排除することはもっと危険だ。

もともと日本は、諸外国に比べて「予防接種」については慎重な政策をとってきた国であった。それは予防接種による副作用（反応）によって重篤な後遺症（死亡例）があったことから、長い医療訴訟を経て確立した、ある種の日本ルールである。それゆえに、政府も繰り返し、接種は「強制」ではなく「任意」であることを表明してきたし、文部科学省も学校による一斉集団接種には否定的な姿勢を示している。

しかしこれもいま、少しずつ揺らぎ始めた。一つには菅首相が、大学における9月までの接種完了を目標として掲げ、大学生に対する職域接種が強く推奨される状況になっている。

もちろん、すでに実施している大学も「任意」での接種を進めているわけであるが、当然、大学という閉鎖空間における接種の実施は、学生間の「打つこと」あるいは「打たないこと」に対する新たなストレス要因を生むことになるだろう（それ以前に、いわば「裕福な」大学から始まった接種が、どうかたちで拡大されるかは大変興味深い。大学が接種に関わる少なからぬ費用を負担する必要があるからである。同じことは、大企業中心の企業・職域接種にも当てはまる）。

二つめには、医療従事者に対する接種の「強制」が著しい、とされる。テレビ番組中に登場する医療関係者でも、一般人に対しては任意であっても、医療関係者への強制は認める立場の者が多いように見受けられる。厚生労働省もウェブサイト上で「医療従事者等の方は、個人のリスク軽減に加え、医療提供体制の確保の観点から接種が望まれますが、最終的には接種は個人の判断です。接種を行うことは、強制ではなく、業務に従事する条件にもなりません」と注記してはいる。

しかし医療現場の実態としては、医療・福祉・保育・教育実習を行うすべての学生と指導教員に対し、「麻疹、風疹、水疱（すいほう）、おたふくかぜ、B型肝炎、インフルエンザの予防接種を受けること」が推奨され、実質的には実習派遣に際しては義務化されていることから、予防接種に対する忌避感が低いと言われる。

前提としての透明性確保

しかし今回の場合は、十分な副作用・副反応の検証データがそろっていないこともあり、従来の予防接種の「安全性」と同列視することができるかどうかは大いに疑問であろう。むしろ、医療関係者においても一般市民同様のレベルに戻って、個々人の意思決定が尊重される必要があると思われる。その一般的ルールは、20年の予防接種法等の改正にあたって国会で採択された付帯決議が一つの目安になる。「接種するかしないかは国民自らの意思に委ねられるものであることを周知すること」「ワクチンを接種していない者に対して、差別、いじめ、職場や学校等における不利益取り扱い等は決して許されるものではないことを広報等により周知徹底するなど必要な対応を行うこと」という内容だ。

実際、現在毎日のように更新される副反応の厚労省データも、結果として「検証中」がほとんどであり、さらに言えば「因果関係あり」はゼロだ。今後、半年後、あるいは1年後に重篤な後遺症が表れた場合も、その因果関係を証明することは極めて困難であると想定される。これはまさに、これまでの予防接種をめぐる訴訟と同じ構図だ。その意味で、コロナ感染症のワクチン接種に関する、とりわけ重篤な副作用に関しては、未確定というほかないことを、社会的合意として持つ必要があるだろう。



バイデン米大統領＝ホワイトハウスで2021年8月5日、AP

一方で、欧米でのワクチン接種の義務化の動きは速く、それが日本における接種の考え方にも影響を与えているともいえる。報道によると、米国ではバイデン大統領が連邦政府機関の職員全員を対象にワクチン接種または定期的なウイルス検査を義務付ける方針を7月に発表した（すでに、退役軍人省が同省で働く医療関係者を対象に、連邦政府機関で初めてワクチン接種を義務化すると発表）。

ニューヨーク州でも、州立病院や介護施設で患者と対面して働く医師や看護師らを対象に接種義務付けを発表、ニューヨーク市では公立校の新学期が始まる9月以降の勤務で全職員に接種完了の証明書の提示を義務付け、接種しない場合は定期的な陰性証明書の提示を求めた（これまでは「自己申告制」だった）。米医師会・看護師協会など60以上の医療団体は、医療従事者と高齢者向け施設の従業員に接種義務付けを求めているとされる。

フランスでは、ワクチン接種を9月から医療従事者や高齢者施設従事者に義務付ける（未接種者は勤務できず、給与も支払われない）法律が成立している（ただし、憲法裁判所の判断を経る必要がある）。

また新法では8月以降、ワクチン接種、あるいはウイルス検査での陰性を証明する「健康パス」の提示を、飲食店、ショッピングセンター、病院、長距離航空機などに広げた（これまでは1000人以上収容するスポーツ施設などに限定）。



マクロン仏大統領 = 2021年7月19日、AP

さらにマクロン大統領はテレビ演説で、国民全体への接種義務化も排除しないとしている。同様にギリシャでも義務化が発表されている（7月13日）が、ドイツでは義務化予定はないという。

こうした義務化は報道関係者に対しても広がっており、8月5日には米CNNが、未接種で出勤した社員3人を解雇したことを明らかにした。すでにフェイスブックやグーグルが、入社する社員に対し義務化しているほか、ワシントン・ポスト紙は、雇用条件に加える方針を明らかにしている。

ただし、いくつかの点で前提が違うことを押さえておく必要がある。フランスではすでに11種類のワクチン接種が義務化されている。また、PCR検査が普及しており、誰でもどこでも可能な環境がすでに以前から確立している。そして何より、政府情報の公開度も段違いだ。いわゆる情報公開

制度が実質的に機能しているかどうかの差がある。こうした「格差」は、ワクチン接種を進める際にも、十分考慮する必要があるだろう。

さて話を冒頭に戻そう。これまで述べてきた矛盾を解消するためにはどうすればよいかである。

第1は、法制度から逸脱しない行政運用をすることだ。法定感染症として医学的隔離を求めている以上、それを実行するために全力を尽くす必要がある。もしそれが無理なら、なし崩し運用をするのではなく、論理的に説明がつくかたちでの制度変更を国会で議論し、実施する必要がある。国難・緊急事態を口実に、コロナ対策として法を超えた無権限の行政執行が続いているが、こうした状況が好ましくないことは言うまでもない。

第2は、公的にワクチンパスポートを発行するのであれば、その前提は、未接種が社会的不利益を生まないような施策の実施である。その最も基本は、誰でも、どこでも、いつでも、無料（もしくは安価）で受けられるPCR検査（もしくは抗原検査）の実施だ。最近では、コロナ分科会も繰り返し要求しているものの、まったく検査体制の拡充は図られていない。これは明らかな意図を持った国家的な不作為である。

そして第3は、日本の文化的歴史的背景を重視し、接種の「任意性」を維持することが重要だ。とりわけ同調圧力がかけやすい日本社会において、ワクチン接種の有無が「いじめ」や「ハラスメント」につながる可能性は低くない。ただでさえストレスがかかりやすい現状において、さらに新たな要因を作ることは得策ではなかろう。もちろん、医療、介護の現場や多様なエッセンシャルワークにおいて、職場でクラスターを生まないため、あるいは雇用主がサービス対象から求められる「安全性」の担保として、従業員に接種を求める道理は理解できよう。しかしそれを理由とした解雇や出勤停止（それに伴う給与の未払い）は「行わない」ことを明確化することが、むしろ日本社会におけるコロナ差別を生まないためには大切ではないか。

社会の工夫と創意によって、「正しい隔離」との向き合い方を実践していきたい。

<[政治プレミアトップページはこちら](#)>

山田健太

専修大学文学部ジャーナリズム学科教授（言論法）

1959年生まれ。世田谷区情報公開・個人情報保護審議会会長、日本ペンクラブ副会長、情報公開クリアリングハウス理事、放送批評懇談会理事、自由人権協会理事など。近著に『法とジャーナリズム 第4版』（勁草書房）。

毎日新聞のニュースサイトに掲載の記事・写真・図表など無断転載を禁止します。著作権は毎日新聞社またはその情報提供者に属します。

画像データは（株）フォーカスシステムズの電子透かし「acuagraphy」により著作権情報を確認できるようになっています。

Copyright THE MAINICHI NEWSPAPERS. All rights reserved.