

## データで見ると医療崩壊を起こした日本は「コロナ対策」に成功していたと言えるワケ

2023/08/31 現代ビジネス

2020年の頭から猛威を振るった新型コロナウイルス。これまで、「新型インフルエンザ等感染症(いわゆる2類相当)」と位置付けられていたが、令和5年5月8日から「5類感染症」になり、入国に関する制限も解除された。これまでの日本政府の一連の対応は諸外国と比べ、「不適切」だと批判されてきたが実際のところはどうなのだろうか。弁護士・明石順平氏による『全検証 コロナ政策』から一部抜粋して、日本のコロナ政策をデータから検証していく。

【写真】新型コロナウイルスで全世界は「借金まみれ」になっていた…日本だけじゃない

他国のコロナに対する医療体制

他の国ではどうでしょうか。産業医科大学の松田晋哉教授らによる「新型コロナウイルス感染症に対応する各国の医療提供体制の国際比較研究」(厚生労働科学特別研究事業)から引用します。



アメリカやフランスでは我が国の10倍以上の感染爆発が生じたのに「医療崩壊」は生じなかった。

● いずれの国も柔軟に人的資源・物的資源を増やすことができた(サージキャパシティが大きかった)

### アメリカの場合

その理由は(GHC アキ吉川氏の調査による)

- ・ 1990年代から始まり、既に地域ごとに構築されていた病院のネットワーク化と連携
- ・ それに伴う機能分化(例えばICUの集約化)と患者の集約化(COVIDでも患者の集約化が行われていた)
- ・ 核になる病院の超急性期化(e.g., ICUのキャパシティ)
- ・ 米国における病院当たり、病床当たりのマンパワーの豊富さ
- ・ 医師以外の医療職(ナース・プラクティショナーや呼吸療法士(Respiratory therapists, RT)などが果たした医師の代替としての役割

### フランスの場合は

- ・ 地域医療計画に基づいて医療機関の機能分化と連携(地域病院グループGHT)が進んだ。

- ・ 健康危機管理に備えて、各医療機関がホワイトプランという危機管理時の段取りをあらかじめ定めていた。また、les reserves publique という医療版予備役制度があり、平時からその訓練が行われていた。

- ・ そもそも医療職の労働時間が短いため(週 35 時間労働制)、緊急時には、ホワイトプランに基づいて個々の医療職の労働時間を例外的に伸ばすことができる。

### いずれの国もプライマリケアの役割が大きかった

- ・ 無症状者や軽症患者は原則、在宅で隔離。その医学的管理を担ったのは診療所の医師と開業看護師、地区看護師

- ・ イギリスではほぼすべての家庭医(GP)、フランスでもほぼすべてのかかりつけ医、そしてドイツでも 90%の家庭医がコロナ患者の診療に対応→プライマリケアでの対応力を確保することで、入院医療の負荷を軽減

### いずれの国もオンライン診療を積極的に活用

- ・ その結果、2200 万人の感染者が生じたフランスでは、入院患者のピークは1日当たり3万人強に抑えられた。

短くまとめると、患者を受け入れる余力があり、連携も取れ、かつ、受け入れる患者を適切に絞ることができたから医療崩壊が起きなかった、ということでしょう。

また、諸外国の情報共有について次のようにまとめられています。

- ・ 入院の可否を含めて、臨床的な判断は国レベルで合意された基準(知見の集積に従って適宜改定)に従って、臨床現場が判断

- ・ その上で、公衆衛生行政上必要な情報が、電子カルテと連動する形で、行政に転送される。

- ・ 行政側は、そのデータをほぼリアルタイムで分析し、施策に反映させる。

さらに、同研究は国際比較から示唆される日本の状況について次のようにまとめています。

- 日本は病院規模が小さく、病床当たりのスタッフ数が少ないために、新型コロナウイルス感染症などの流行に際して柔軟な対応がしにくかった(=現場力が発揮しにくい構造がある)

- ・ このままでは大規模流行が生じた場合の対応は難しい。

- ・ 診療報酬の在り方も含めて、病院に医師が残る仕組みの検討が必要

- ・ 病院マネジメントに柔軟性がない(=ニーズの変化への対応力の弱さ)

- ・ 地域医療計画が機能していない

- ・ 救急体制の基盤が弱い

- ・ IT化の圧倒的な遅れ(ネットワーク化を前提としていない蝸壺的なIT化。IT化の標準仕様が確立していないためにベンダーロックインの弊害が大きい。また、行政側のIT対応力が弱い)

戦力が少なく、分散している上、それを柔軟に配置換えすることもできず、情報共有も不十分であり連携が取れない、という状況であることが分かります