

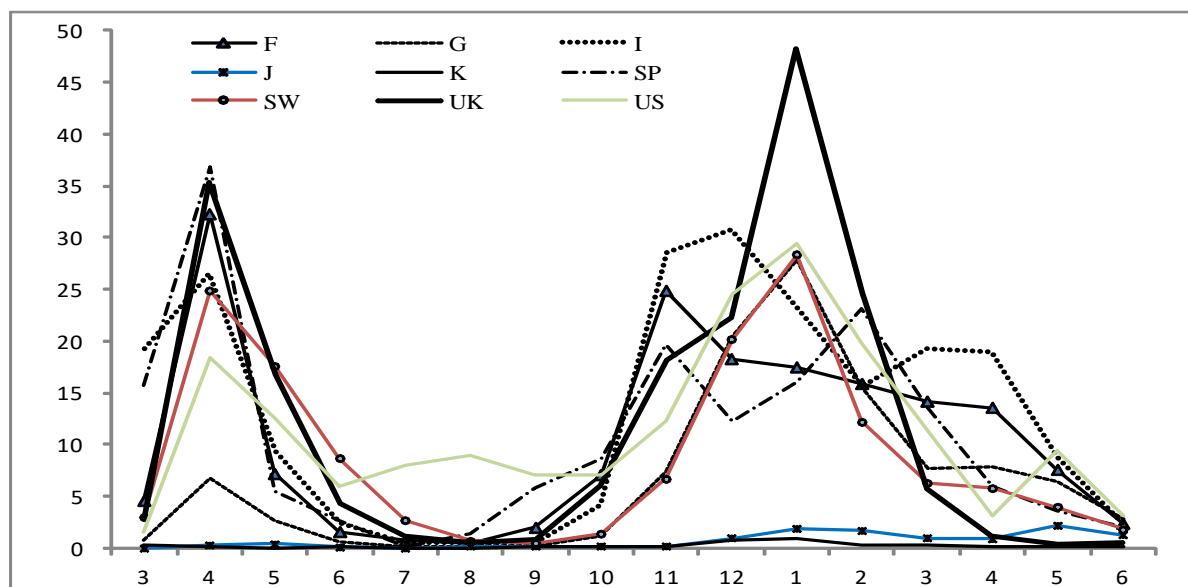
東京ではいつまでも新型コロナウイルスによる感染が続いている。2020年4・5月に感染第1波、7～9月に第2波、11月～2021年2月に第3波、4～6月に第4波が起き、7月は第5波の入り口にある。緊急事態宣言は第1回（2020年4月7日～5月25日）、第2回（2021年1月7日～3月21日）、第3回（4月25日～6月20日）を経て、7月12日から8月22日までの予定で第4回の緊急事態宣言が出された。

日本では新型コロナウイルス感染症が拡大する度に病床逼迫・医療崩壊の危機が叫ばれた。平時には効率的でアクセスの良い医療システムであった日本の制度が、世界的な pandemic の中で欧米諸国に比べてはるかに感染が少なかったにもかかわらず機能障害をおこして救える命も救えなかった。その理由としては次のような点が考えられる。

- ・コロナに対応できる病床は少なかった。
- ・大胆な有事への切り替えができなかった。（感染爆発がなかったため、いつまでも平時での対応に終始した。）
- ・感染第1波・第2波の教訓がその後に活かされなかった。

医療施設調査によると、2019年10月における病院病床数は152.9万床で、その内訳は一般病床88.8万床、精神病床32.7万床、療養病床30.8万床である。一般病床のうち高度急性期及び本格的急性期病床は30万床程度で、日本は総病床数は多いものの、有事の急性期医療に十分対応できるような体制ではなかった（尾形、2021）。

図は9か国の2020年3月から2021年6月までの毎月の人口10万人当たり新型コロナウイルス感染症による死亡者数である。死亡者数は感染者数より遅れて推移するが、感染の波を示すことはできる。また、日本の感染確認者数は感染の動向（上昇局面か下降局面か）を示すことはできても、感染の実態との関連が不明なので感染の波は死亡者数を用いて示すことにした。



注1：F=フランス、G=ドイツ、I=イタリア、J=日本、K=韓国、SP=スペイン、SW=スウェーデン、UK=イギリス、US=アメリカ。

注2：2020年3月は3月末までの累積死亡者数。

出所：COVID-19 dashboard in ECDC

図9か国における新型コロナウイルス感染症による各月死亡者数(人口10万人当たり、人)：2020年3月～2021年6月

この図によると、多くの国で2020年4月と2020/21年の冬に大きな感染があったことがわかる。2021年に入ってワクチン接種が進むと、全般的に死者数は低い水準になっている。特にイギリスの動向は劇的で、2021年5・6月の死者数は日本より少ない。日本は感染爆発こそ起こさなかったが、いつまでもダラダラと感染が続き、諸外国で規制緩和・経済再開の動きがある中で相変わらず視界不良の状況である。

新型コロナウイルス感染症によって明らかになった日本の問題点は、医療システムの問題点とコロナ対策の問題点に分けて考える必要がある。

日本では医療資源が分散していて、コロナ対応可能病床は一般病床の4%程度しかなかった。多くの病院でコロナ患者を受け入れられない理由は、呼吸器の専門医がいない、これまでの医療が提供できなくなる、看護師不足、など様々である。平時にはよく機能しているように見えた日本の医療システムは、今回の **pandemic** で少しの感染拡大ですぐ機能障害の危機に瀕してしまうことが明らかになった。非常時には感染症患者の急増対応できる急性期・高度急性期の診療体制を担う病院と、従前の診療体制を支えるため軽度の急性期や急性期後の患者を受け入れる病院がそれぞれの機能を発揮することが望ましい（伊藤、2021）。地域医療構想は「病床の機能分化・連携を進めるため都道府県が2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を講ずる」ためのものであるが、これが地域での病床削減会議ととらえられていたことも問題である。2020年の医療費は受診控えのために減少したと報じられている。受診控えの中には、本来必要な医療サービス（例えば、がんの早期発見）が抑制されたマイナス面と不必要な医療サービスが抑制されたプラス面が考えられるので、医療費減少は詳しく分析される必要がある。

2021年6月末の日本の新型コロナウイルス感染による累積死者数は人口10万人当たり11.6人で、108.5人のドイツより死亡数が一桁少ない（因みにアメリカは182.7人）。しかし、2021年6月1か月の人口10万人当たり死亡数はイギリス0.5人、日本1.3人、フランス・イタリア2.4人、ドイツ2.8人、アメリカ3.1人といずれも少なく大差ない。欧米諸国の景気がV字型の回復軌道に乗ったのに対して、日本では過去のピークを上回る第4波が到来して対応に苦慮している原因は、日本政府が本格的な市中感染の到来を予期せず、全国レベルのワクチン接種に大きく出遅れたためである（小塩、2021）。新型コロナウイルス感染症の **pandemic** が発生してから1年以上経過するが、日本の対応は相変わらず的確さを欠いている。日本政府の対応はこれまで「場当たり的でビジョンに欠けている」と指摘され、死者数の少なさと政策対応の不適切さの組み合わせはかつて「日本の奇跡」と呼ばれたことがある。

感染者を見つけ、治療・隔離するにはPCR検査を増やすしかない。感染していない人が経済活動を続けなければ社会は維持できない。世界はPCR検査の限界を認識しながらも、検査数を増やし新型コロナウイルスとの共存を目指してきた。しかし、日本はPCR検査の抑制政策を続けた。コロナ禍が始まって1年が過ぎ、医療や衛生体制でも平時を前提にした体制しかなく、準有事になってもスイッチを切り替えられなかった。日本政府のコロナ対策は未だに泥縄的で、相変わらず縦割り行政の弊害が多く、根拠なき楽観論が支配している。感染第1波～第3波では「対策は中途半端でも結果オーライ」で済んだが、第4波ではとうとう医療を受けられずに死亡する自宅待機者が急増した。そして多くの日本人が **Why?** と理解に苦しんだ。

文献

伊藤由希子 (2021) コロナが示した医療の課題—適応力高める制度設計を、日本経済新聞 2021年7月6日

尾形裕也 (2021) 日本の医療提供体制の現状、課題及び展望、2021.2.25 講演資料

小塩隆士 (2021) コロナが示した医療の課題—逼迫時の役割分担 明確に、日本経済新聞 2021年7月2日