

COVID-19と医療政策



jaih-s 16期企画班班長

花城 真由

島根大学医学部医学科6年

全体挨拶

(jaih-s 16 期代表 森田智子)

日本国際保健医療学会学生部会(jaih-s)と公益社団法人日本WHO協会様との第11回目の共催フォーラムを、2021年9月25日に開催いたしました。本フォーラムでは「COVID-19と医療政策」をテーマに、日本や諸外国のCOVID-19に対する医療政策を振り返り、今後我々はどうのようにCOVID-19に向き合うべきかを考えてまいりました。本企画への御登壇をご快諾していただいた坂元晴香先生、松山幸弘先生、海外からご参加いただいた3名の学生、島戸麻彩子さん、竹内純平さん、塩澤友紀さん、そして、本企画に多大なるご支援とご協力をいただいた公益社団法人日本WHO協会様、一般社団法人大阪薬業クラブ様に厚く御礼申し上げます。

代表挨拶

(jaih-s 16 期企画班班長 花城真由)

本フォーラムは、2019年末に発生して以降未だ収束の目処が立たず、世界中で猛威を振るい続けているCOVID-19に対して、これまで我が国ではどのような医療政策が行われてきたのか、海外での医療政策の比較とともに、今後どのような医療体制を構築していくべきかを考えることを目的としました。医療政策や公衆衛生、そしてアメリカやオーストラリア、イギリス等の社会保障制度を専門とした先生方による講演会の他、海外大学に在籍する学生3名とともに実際の海外での生活の様子やCOVID-19に対す

る医療体制や人々の認識の違い、そして今後求められる医療体制について議論するパネルディスカッションを行いました。参加された皆様にとって実りのある企画となっていれば幸いです。

COVID-19と日本の医療制度

講師：坂元晴香(慶應義塾大学医療政策管理学教室特任助教)

【経歴】

札幌医科大学医学部卒業後、聖路加国際病院で内科医として勤務。その後、厚生労働省国際課及び母子保健課に勤務。国連総会や、WHO(世界保健機関)総会など各種国際会議へ日本代表として参加。現在は、東京大学国際保健政策学教室特任研究員、WHO西太平洋事務局コンサ

ルタント、ゲイツ財団東京事務所コンサルタントを併任。

【日本と諸外国のCOVID-19の推移】

G7でCOVID-19の新規感染者数を比較すると、日本は初めこそ少ないですが、アジアの中で見てみると感染者数が多いという指摘もされています。日本では高齢化率が高く、欧米諸国では20%台に対して日本は30%、隣の韓国でも10%台と高い数値にあります。しかしこのように高齢化率が高いことを踏まえると、COVID-19による死亡者は少なく抑えられています。

COVID-19の流行の拡大で医療機関がひっ迫したことによって、高齢者が急性期疾患などで死亡する超過死亡の事例も増加しています。しかし日本全体では

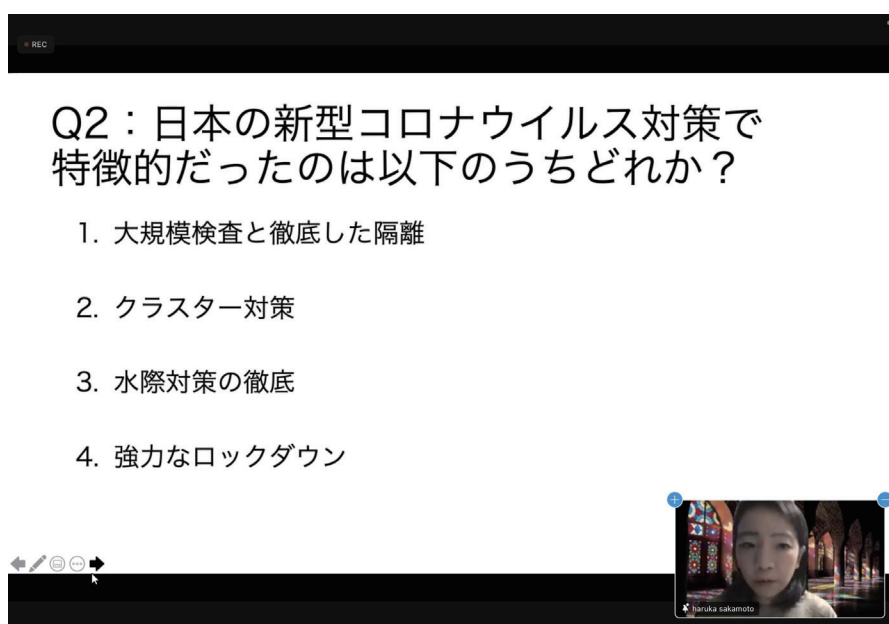


図1. 坂元春香先生とその発表資料

この超過死亡の増加はあまり見られていません。諸外国では総死亡者数は増加しているが、日本ではそれが減少している世界的に見てもユニークな傾向が見られたのが特徴です。

【COVID-19 対策】

新型コロナウイルスの初動から学んだことは、症状が無い人や出る前の人でも感染性がある、ほとんどは二次感染が起らないが周囲の人に感染を移すスーパープレッダーの可能性もあることです。このスーパープレッダーによって引き起こされた集団感染、つまりクラスターを叩くことが日本の戦略です。この戦略には、クラスターをどのように見つけてその人たちを見つけるか、いかにクラスターを作らないかという考えが根底にあります。1年前と今では検査の動線なども変わってきていますが、基本的には濃厚接触者の追跡が中心であり、欧米などで行われているロックダウンは行わず、人々の行動変容がベースです（図1）。

【日本で見られた医療機関のひっ迫について】

人口当たりの病床数を先進国で見ると、日本と韓国が突出して多いが、ICUのような集中治療が必要な病床数を見てみると日本は下から4番目であり、ベッドはあるのに重症患者を診るベッドが少ない状況にあります。また日本はどちらかという急性期を過ぎた慢性期の患者に使うベッドが多いとみられます。医療機関のうちおよそ8割は民間医療機関ですが、ほとんどの民間病院は中小

規模であり、また感染症に対する施設や専門家が少なく、2020年10月時点でCOVID-19患者の受け入れは公的病院では79%であるのに対し、民間は19%にとどまっています。しかし、民間病院も重要な役割を果たしており、外来での新型コロナ患者の診療、入院調整、ワクチン接種業務、高次医療機関からの退院患者の受け入れ、COVID-19以外の疾患の診療など多岐にわたります。

人口当たりの医師数を見ても日本はG7の中で最も少ないにも関わらず、世界全体で見ると医療機関数が突出して多いです。医師が複数の医療機関に分散されている状態で、患者さんにとってはアクセスのしやすさを感じていると思われるが医療提供体制の非効率を生んでいます。

コロナ禍と医療イノベーションの国際比較

～自宅療養者の入院先を事前に決定できる医療提供体制～

講師：松山幸弘（一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹）

【経歴】

1953年福岡県生まれ。75年東京大学経済学部卒業。生命保険会社にて勤務中、九州大学経済学部客員助教授、日本銀行金融研究所客員エコノミスト、厚生省HIV疫学研究班員など歴任。2009年より豪州Macquarie University オーストラリア医療イノベーション研究所名誉教授。

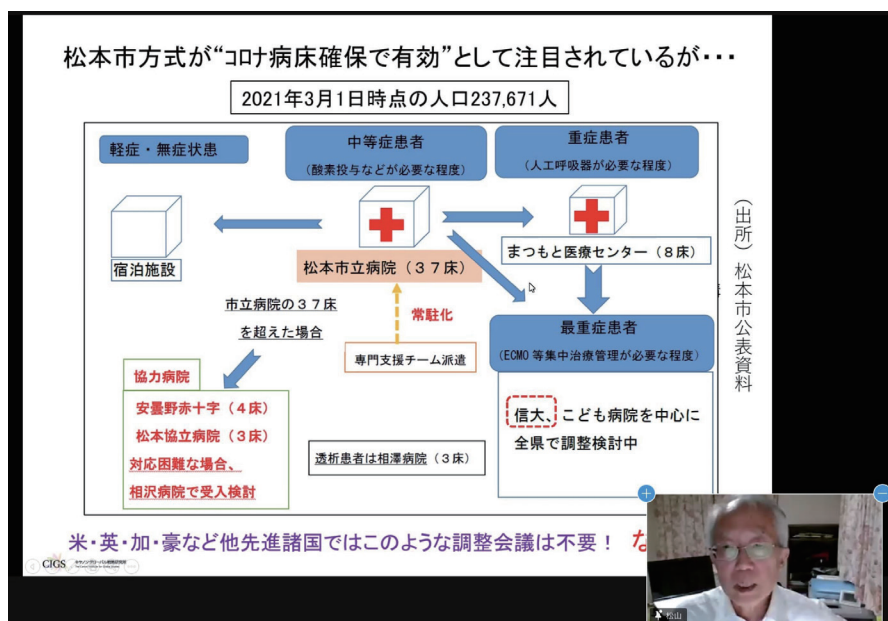


図2. 松山幸弘先生とその発表資料

【コロナ禍の国際比較】

イギリスとアメリカは 2021 年 7 月に制限を解除しニューノーマルにチャレンジしている一方、日本は単位人口当たりの感染者数はドイツやカナダよりも多く、死亡者の数もドイツの改善が非常に顕著で日本はあまり改善していません。

日本では病院数と病床数が世界の中でも抜きんでて多いにも関わらずコロナ病床が確保できていません。日本で最もコロナ対策が評価されたのは松本市のモデル(図 2)ですが、市立病院がまとめて患者を受け入れる代わりに、対処できなくなった場合、近隣病院に協力するよう要請しました。平時から広域医療圏(人口 100 万程度)ごとに医療資源を最適配分できる仕組みがあるかどうかが重要です。

【日本の遅れ：デジタルヘルス】

特にオンライン診療について、日本は遅れていて海外が進んでいます。コロナ禍においてカナダ、イギリス、アメリカでは利用率が 80% 程と非常に高く、Kaiser Permanente(後述)は今でも約 50% の利用率です。また、イギリスやカナダでは公立病院はコロナ患者受入れを断れず、事前に必要な病床を確保しているため、日本のように自宅療養中の急変時に入院先が見つからないことはありません。

【各国の医療事業体の話】

イギリスの公的医療制度である NHS は、NHSTrusts(公立病院)と NHS Foundation Trusts(公立病院の中で経営能力が高く、経営の財務と人事で裁量権がある施設)等が広域医療圏ごとにグル

ープを作っており、社会的サービスの提供に最も力を入れています。

オーストラリアでは、2011 年に政府が人口 100 万人ほどの広域医療圏単位で州立病院をすべて経営統合しました。さらに開業医ともネットワークを組んでサービス提供する仕組みを作り、デジタルヘルスの改革でもプラットフォーム機能を発揮してオーストラリアの医療が躍進することになりました。豪州の地域病院のネットワークとプライマリケア・ネットワークが連携して PHR(パーソナルヘルスレコード)を全国民が使えるようになった点が素晴らしいと思います。

オーストラリアでは民間保険の財源の約 30%のお金を政府が補助する代わりに、利益が多く出た会社から利益が少なかった会社に強制的に財源を移転させています。加入者一人一人のリスクを分析し加重平均して財源を調整する制度です。

アメリカではコロナ禍が比較的落ち着いてきている理由は、NY 市が経営している巨大な公立病院のネットワークが無保険者 50 万人も含め面倒を見ているからだと思います。ピーク時は 200 か所検査場を作って毎日 5 万件程検査していました。

日本が学ぶべきであるのは、ジョンズホプキンス大学の医学部の事業体の仕組みです。アメリカの主要な大学では附属病院の代わりに地域に巨大な非営利ネットワークを作り連結していますが、ジョンズホプキンスはこの仕組みの下で州の住民全体の在宅ケアをカバーするネットワークを持っています。またデジタルヘルスに関しては世界トップクラスの仕組

みを推進しています。

医療イノベーションを考えなければ、日本は 20 年遅れているばかりかさらに遅れていると評価を受けてしまう恐れがあります。

パネルディスカッション

パネルディスカッションでは、jaih-s からファシリテーターとして米国 Brown University 4 年 鈴木健斗と、講師の坂元先生・松山先生、そして 3 名の海外学生で議論しました。海外学生として University Colledge London 医学部医学科 5 年 島戸麻彩子さん、米国 Brown University Pre-Med、健康・人体生物学部 4 年 塩澤友紀さん、The University of South Wales Sydney 医学部医学科 3 年 竹内純平さんの 3 名を招き、各国での実生活の様子、国によって COVID-19 の対応に差が出た理由、新興感染症に強い医療体制を構築するには、という 3 テーマについてディスカッションしました。

【各国での実際の生活】

日本とそれぞれの国で、実際に生活していてどうだったかをとりあげました。アメリカでのマスク着用状況の話の後、イギリスでの規制に対する国民感情という視点が出ました。オーストラリアの感染者数の少ない地域では、みんな何かと理由をつけ外に遊びに行っているという話が出ました。感染の広がる地域では警察や軍の介入があるが地域によっては注意されることはないとのことでした。その後松山先生から、日本は空床数が多

いの機能していないことを指摘する人がおらず、厚労省直轄の病院群がセーフティネットになっていないことをどう思うか、という質問が投げかけられました。イギリスやオーストラリアでは病院に指示があり病床数を制御しているとのことでしたが、日本はそのような指揮・管理体制が不明瞭ではないかという意見が上がりました。ここで坂元先生からアウトカムについてのご指摘があり、病床の再編や野戦病院などのインプットは注目されやすいがそのアウトカムについても考えた上で行うことが重要という意見をいただきました。また、日本とイギリスなどでは医療体制や財源がそもそも違うため、その点も考慮が必要であるご指摘をいただきました。

【なぜ国によって COVID-19 の対応に差が出たか】

ここでは各国で評価された政策や事業を中心に議論が広がりました。良かった点として、オーストラリアでは水際対策が徹底的に行われた点、イギリスではワクチン接種が計画的に素早く行われた点が挙げられました。先生方からは、パーフェクトな国も全敗の国もなくそれぞれの国が日ごろから抱えていた問題が浮き彫りになっただけである、日本はワクチン接種に関してスタートは遅れたものの挽回は素早かったとご意見をいただきました。

【新興感染症に強い医療体制を構築するためには】

身近に PCR 検査を行う機関が多く、

有症状時には無料で検査を受けられるアメリカに比べると、日本では検査会場の少なさや陽性者への偏見から検査へのアクセスが悪いという点が指摘され、医療アクセスの重要性が浮かび上がりました。また、オーストラリアという文化的・人種的に多様な国では、今回のコロナ政策は画一的であり多様性を無視していたとの指摘がありました。国ごとの違いや文化・経済などの違いを踏まえたうえで、いかに格差なく医療を提供していくかという点が重要であるという意見で一致し、パネルディスカッションは終了となりました。

今後の抱負

本フォーラムでは、先生方にそれぞれ日本の医療体制、そして海外の医療体制

の視点から、これまで我が国で先人たちが作り上げ受け継がれてきた医療体制のメリット・デメリットを改めて学ぶことが出来ました。ただやみくもに感染者数や重症化率、ワクチン接種率を海外と比較し、目先の数字に一喜一憂するだけでは、COVID-19 を収束させるための解決策は見出せません。COVID-19 下のパンデミックを機に、今後我が国の医療体制はどう変わっていくべきなのか、医療を必要とする人々にとってあるべき姿が何か考え続けることが、医療に携わる者として求められることではないでしょうか。来年も参加者の皆様にとって有意義な企画となるよう、開催後アンケートで頂いたご意見・ご感想を参考に、引き続き活動して参りたいと思います。



図3. 当日参加した皆さん（一部のみ）