

ドイツ-2-1  
応接録：急性期病院救急部

2023年6月27日

Dr. Lydia Hottenbacher : Head of the Departments of Emergency Medicine of  
Vivantes Auguste- Viktoria- Hospital and Wenckebach- Hospital Berlin

<要約>

- ドイツではコロナを特別な感染症と位置付ける法的な措置は取られなかった。
- 病床へのコロナの影響は全くなかったわけではなく、予定手術を延期したことはあった。
- 国民に情報提供を行い、国民は医療機関を不必要に受診しなかった。
- 酸素が必要な患者のみが入院適用となった。
- コロナの感染者について、入院が必要であると開業医が判断した場合は、救急要請するか、または病院との直接の連絡で転院先を決定した。
- ICU の病床がひっ迫しているときの入院調整は、平時から ECMO コーディネーションを行っているシャリテ大学病院が行った。
- 医療機関や施設でクラスターが発生しても社会的非難はされなかった。

(D) ドイツの実地医家、保険医協会、家庭医協会の先生方が、特にコロナ禍において、開業医の役割が非常に大きかったと口を揃えておっしゃっていた。20人のコロナ患者に対して19人は開業医で扱い、重症化した5%を病院が診療した。それによりコロナ患者が多数発生した時期においても病院のリソースが占領されるといったことは起こらなかった。フランスの最初、イタリア、イギリスの状況と大きく異なり、ドイツの医療がかなり上手く機能していたと主張されていた。病院の医師にとっては、このコロナ状況はどのように見えていたか。

(ホッテンバッハー) 2つの面があり両面とも正しいと思う。多くの患者を受け止めた Hausarzt (かかりつけ医) もいた。その一方で上手く機能していなかった Hausarzt も多かった。ベルリンではかかりつけ医に断られた患者さんも多い。ドイツでは外来医療と病院医療がはっきりと分かれている。外来で何人診て病院で何人診たかを、データで確認することが大切だ。

(B) 基本的な質問をする。病院の医療と外来の医療がはっきり分かれているという。日本でコロナは、感染症法上最も厳格な隔離が必要な感染症に分類され、コロナ患者は原則全員入院させ隔離するというようになっていた。それが運用されたが、当然全員は入院できなかったのも、入院できない患者が自宅に溢れた。やむを得ず開業医たちが診ることになり、大混乱になった。ドイツではコロナのような感染症は病院が診ることになっていたのか。それとも一定程度まではかかりつけ医が診ることになっていたのか。また、ドイツでもフランスでもイギリスでもロックダウンがあった。コロナ以外の普通の発熱や風邪、腹痛でもかかりつけ医にアクセスできなくなったわけだが、どうしていたのか。イギリスでは、電話で診療していたということで、コロナと分かたら病院に行ってもらっていたということだった。ドイツのかかりつけ医は、コロナ診断前で発症する分かわからない人たちを、どうやってカバーしていたのか。

(ホッテンバッハー) イギリスではロックダウン中、患者は Hausarzt (かかりつけ医) に行くことができなかったのか。

(B) イギリスでは患者が来なくなり、店仕舞いした診療所が多かったと言っていた。日本から見るとショッキングだった。

(ホッテンバッハー) ドイツでは外来と病院の線引きは残念ながら厳格ではない。患者が自分で緊急だと感じたら、どこの診療所にもどこの病院にも行ける。救急だけを受けていればよい日本とは違い、ドイツの病院は緊急だと感じる患者を全て受け入れなければならない。

(B) いや、それは日本も同じだ。

(ホッテンバッハー) しかし、日本は救急車だけを受け付ける病院もレベルによってはあるのではないか。

(D) 救急レベルは3段階に分かれていて、三次救急の病院が、救急車から電話がきても「それは軽症だ。」と判断して断ることは確かにある。

(ホッテンバッハー) ドイツの患者はロックダウン中も、診療所にも病院にも行くことができた。でも、診察自体を控えた患者も多かった。病院を訪れる患者も減った。電話診療もあった。

(B) かかりつけ医はコロナのような新興感染症で治療法がまだない時であっても、できる限りのことはし、受け止めていたということか。

(ホッテンバッハー) 私たち病院は2つ目の急患受入口を作らねばならなかったし、Hausarzt (かかりつけ医) には感染症患者と普通の患者を混ざらないようにするという規則があった。病院はコンテナ、暖房付きのテント、幕等を使って待合室も分けた。場所や診療時間を分けた。いずれにせよ全ての患者を診療していた。

(D) B 先生のご質問の趣旨は、日本のように特定の感染症は特別扱いで一般の医師は診療しなくてもよいという法律の体系はあるかということだと理解したが、それはないということか。

(ホッテンバッハー) ない。

(B) 病院医療と外来医療の役割が分かれているということをおっしゃっていた。どう線引きされているのか。患者がエマージェンシーと思えばどこに行ってもよいということだが、機能はどう分かれているのか。通常の役割分担はどうであって、パンデミックでどうなったか。

(ホッテンバッハー) 患者がエマージェンシーと思えばどちらにも行けるということはドイツではとても批判されていることだ。救急に人が溢れていることから、私たちも強く批判している。イギリスで導入されているように電話トリアージュ等をすべきだとも言われているが、それはまだ先の話だ。皆さんのご質問の線引きがドイツはきちんとされていない。なぜなら患者の流れがうまく制御されていないからだ。

(E) 冒頭で外来と入院が分かれているとお話されていた。通常どうあるべきであるとされているのか。

(ホッテンバッハー) 外来と入院が分かれているべきと言っているのではない。問題は財源が分かれていることだ。1つのシステムにして、上から制御すべきだ。患者や救急サービスの意思だけでどこに行くかを定めるべきではない。「あなたはそんなに重病じゃない、だから Hausarzt に行きなさい。」、もしくは「あなたは高齢で病気を持っている。Hausarzt にも歩いていけないだろうから病院に行きなさい。」とか。私も私の属する学会も、患者の流れの制御の改善を望んでいる。

(D) 患者に任されている、また病院の機能と診療所の機能がごちゃまぜになって上手く機能が使われていないというのは、実は日本の問題でもある。そうであるならば多くの患者が病院に殺到するというイタリアで起こったような現象が起こりそうなものだ。ところが外来診療を担当する Hausarzt の先生たちに聞いたところ、Hausarzt が病院に殺到する患者の防波堤になったと Hausarzt の役割を強調していた。ホッテンバッハー先生はそれができていた Hausarzt とできなかった Hausarzt がいたと評価していたが、ここまでを全体的に見れば Hausarzt が上手く機能したという印象を私はもっている。どうだったのか。

(ホッテンバッハー) 統計で確認すべきだが統計値を知らない<sup>1</sup>。しかしながら機能したと思う。なぜなら、全てのプレイヤーが自分の役割を受け持ったからだ。それは患

---

<sup>1</sup>ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシャー会長の講演では、ロベルトコッホ研究所 (RKI) のデータとして、2020年2月から2022年3月までの約2年間の間に、ドイツ全体で延べ3842万人のコロナ症例が発生し、そのうち97.5%にあたる3746万人が開業医で診察されたという数字が紹介された。

者も含めてのことで、コロナの時期、足をぶつただけで病院に行くといったことがなくなった。だからこそ上手く機能したのだ。そのお陰で、病院もテントを張ったり、大きなエリアを隔離する時間を持てた。患者もいちいち小さなことで病院に行くのはよくないことだと考えた。しかしコロナが収まると同時に、再び小さなことで病院に押しかけるようになったが<sup>2</sup>。

(D) コロナになってドイツの患者は普通とは違う受診行動をとったために、病院に軽症患者が押し寄せ重症の患者のリソースを奪うことがなかったということか。

(ホッテンバッハー) そうだ。

(D) そうはいつでも、病院の機能がコロナによりとられたのではないか。ホッテンバッハー先生のお勤めの病院では一番大変だったのはいつか。その時に ICU または病院の何%をコロナ患者が占拠したか。

(ホッテンバッハー) 私の記憶では、2020年の春・夏、2020/21年の秋・冬だ。第1波では最大で15の救急病床は完全に埋まった。ある日3人の患者が運ばれてきて、同日に亡くなったのを覚えている。それは冬だった。第1波は比較的若い患者が多かったが、第2波は高齢の患者が多く、亡くなる人も多かった。何人かは病院に来る途中で亡くなった。先ほど15床と言ったのは救急の病床だったが、感染症の病床は全部で30床ある。集中治療患者用の病床は18床だ。最も状況が困難だった時は集中治療患者用の病床の1/3がコロナ患者で埋まった。

(D) 病院全体では何床あるのか。集中治療以外の病床も含め、何床くらいがコロナ患者によって埋められたか。我々が訪問したロンドンの St. Mary's Hospital という大学病院では1000床のうち500床がコロナ病床に転用されたとのことだった。そしてロンドンの病院はどこもそうだったということだ。ドイツの病院ではどのくらいの規模感だったかを知りたい。

(ホッテンバッハー) ドイツ全体的な話はできないので、自分の病院の話をする。私たちの病院は2つのキャンパスがある。2つで約1000の病床がある。そのうち少なくとも全体で300床は精神科のための病床だ。ただ一概に言うことは難しい。なぜなら看護職不足で多くの病床を稼働できなかったから。いずれにせよ感染症病床は30床あるが、最大で45床にすることができる。これは大きなキャンパスの方だ。小さなキャンパスの方は最大で20床が埋まった。

(D) 他の一般病棟にはコロナ患者は収容しなかったのか。

(ホッテンバッハー) 第1波では全てのコロナ患者をそこで隔離したが、時とともにそれをしなくなった。エアロゾルで感染し得る病気だということが分かって、各病棟またはフロアで隔離を行った。足を骨折したコロナ患者は感染症病棟ではなく事故外科の病棟へ、精神疾患のコロナ患者は精神科へ入院させた。2021年の第3波からそうするようになった。

(D) 一般診療への影響はそれほどなかった数字のように思える。英仏の病院では多くの病床をコロナ患者が占めたので、エレクトィブな手術で待てるものは全て延期したという。ドイツではそういうことはなかったということか。

(ホッテンバッハー) それは違う。エレクトィブな手術をストップした時期もあった。私も病院の幹部として議論したのでよく覚えている。ドイツではその問題を病院毎に解決した。ベルリンでは、全くコロナ患者を扱わなかった病院があり、そこでエレクトィブな手術を行い、その他の病院にコロナ患者を送った。私たちは人員の余裕を見ながら対応した。ICUが一杯になった場合は、他の病棟を閉め、その人員をICUに送った。でも再び可能になった時点でエレクトィブな手術を許可した。皆さんご存知かわからないが、ドイツの病院は経営上エレクトィブな手術に大きく依存しているという事情がある。

---

<sup>2</sup> Hausarzt であるピュルガー医師夫妻のヒアリングでも、「ドイツの患者は医者に行き過ぎる。」という証言があった。

(B) ドイツの感染者数を頭に置きながら今のお話を聞いていた。そうすると、入院対応しなかったコロナ患者が相当いたことになる。先ほどの質問に戻るが、日本でコロナは当初最も感染力・病原性が強いとされる感染症に分類されたので、陽性者の隔離という意味も含め、原則全員入院ということになった。だからあつという間にオーバーフローした。そこから、重い人は入院、軽い人は在宅隔離し、地域の病院・開業医が診るという風にしていった。今のお話だと最も大変な時期でも病院のリソースの10%くらいしかコロナでの入院はなかった。中等度くらいの方は病院に入院しなかったということになるが、それはかかりつけ医が相当がんばって支えたということになるが・・・。

(ホッテンバッハー) そうなる。私が思うに、国民への情報提供が上手くいったので、患者はそもそも医者に行かなかった。私の家族も多くが感染したが、保健所で検査はしてもらっても、医者には行かなかった。病院では、厳しいルールに基づいて、ほんの一部の患者だけを入院させた。SOP(Standard Operating Procedure)を行った。酸素が必要な患者であればもちろん入院させた。そうでなければ家に返した。

(D) どの人を入院させさせないのかという判断は、地域の医療機関が担った、と聞いている。例えばベルリンにはシャリテ病院にそのセンターがあったと聞いている。中心的センターが地域全体を対象に、誰を入院させるかどうかという決定権をもっていたのか。

(ホッテンバッハー) 誤解されているといけないので申し上げるが、シャリテ病院は入院させるかどうかではなく、重症者の分配を決定していた。だれを入院させるかは各病院が独自のルールで決定していた。ICUの病床が空いていれば、シャリテに電話する必要はなかった。呼吸困難で救急に運ばれてきた患者を受け入れられないといった時だけシャリテに電話した。もしくは患者がECMOを必要とする時は連絡した。シャリテは病床のコーディネーションはしていたが、病院は病床が空いている限りはシャリテに電話しなかった。

(B) そういうルールは通常からあるのか。コロナの時だけか。

(ホッテンバッハー) コロナの時だけ。残念だ(笑)。

(D) 情報共有はしていたが、シャリテがコーディネーションするのは病床が足りない時とECMOが必要な時だけだったということか。

(ホッテンバッハー) そうだ。

(D) 外来患者の5%は外来では扱えなかったということだった。開業医が、これは重症で在宅では危ないと思った時は、どのようにどの病院に送っていたのか。

(ホッテンバッハー) 良い質問だ。決まったシステムはないと言っていいと思う。私たちと協力関係のある開業医たちは私たちに患者を送ってきた。状態がかなり悪化していた場合は救急車に乗せた。救急車は、現在位置や行き先によって、または最も美味しいものが得られる所へ患者を運んだ。

(E) え、何を得られる所？

(ホッテンバッハー) 美味しいもの(笑)。病院には、患者を運んでくれる事に対し救急員を報いるシステムがある。例えば私たちの病院はコーヒーと甘い物の自動販売機がある。公にこんなことを言ってよいかわからないが。私が言いたいのは、システムがないということだ。救急車は食べ物があったり素敵な人がいたりなどで最良にしている病院に患者を運ぶ。

(D) (笑) どうでもよいコメントだが、実は日本にも全く同じことをしている病院がある。救急隊員の帰り際にジュースを渡す病院がある。それはさておき、状況比較のためにお話する。イギリスでは、GP診療所がコロナ患者をなかなかファーストタッチしようとしなかった。患者が電話すると病院あるいはホットハブという臨時に設置された診療所に行くようにいわれていた。重症者は直接救急車に乗って病院の救急外来に行ったという。ドイツ<sup>3</sup>では、病院と開業医、または救急隊との関係によって行き先が決まった。日本は診療所または病院が重症コロナと判断したら、地域の保健所だとか行政に電話をし、そこがコーディネーションしていた。全ての入院をコーディネーションしてい

<sup>3</sup> ヘッセン州など中央で救急患者を適切な病院に振り分けるシステムを持つ地域もある。

たわけではないということだが、コロナの時にあったシャリテによるコーディネーションを実際誰が担当していたのか。行政の人か、シャリテの職員か、地域の医者が外から入っていたのか。

(ホッテンバッハー) シャリテの医師だった。平時にも ECMO のコーディネーションをしていた医師だ。

(E) ということは ECMO に関しては平時からコーディネーションがあったのか。

(ホッテンバッハー) そうだ。私も救急の医師として、若い患者を蘇生させシャリテに連絡したことがあった。

(A) 実は昨日日本のコロナ対応の研究の話を書く機会があったのだが、その話を聞いて思ったことが2つある。1つは「存在が意識を規定」すること。どこで働いたか、何を担当したかで、かなりズレが出る。だれでも自分のことは合理化するというのが人間の性質だと思った。またドイツも日本も、国内での差も大きい。1つの国をひとまとめにするのは難しいと思っている。Bさんが冒頭おっしゃったよう、ドイツではかかりつけ医・総合医の話ばかり聞いてきたが、ホッテンバッハー先生のお話を聞いて大分バランスが取れた。

(ホッテンバッハー) 今おっしゃった諺、聞いたことがある気がする。

(B) 「下部構造が上部構造を規定する」。

(A) マルクスの言葉だ。ドイツから来たものだ(笑)。

(C) 日本で起こったこととお話する。A先生がおっしゃったように、地域によって違いがあった。病院で治療できた地域もあれば、病院が溢れた地域もあった。日本は皆が救急車を呼ぶので救急車が溢れてしまった。酸素を早く入れなければならないのに、病院が空かず、救急車で酸素を送り続けるが最後酸素が無くなってしまうということが起きた。これが、東京や京都、大阪といったいくつかの都会で起きたので、救急隊を編成して在宅に送ることにした。そして、もう1つ。老人施設で20人や30人という病院に入院させられない数のクラスターが起こった。これらの施設にもやはり医療チームを派遣した。日本の場合、全てのコロナ陽性者、そして病院に入れられない人を把握していたので、何かやらねばならないということになり、在宅救急チームを派遣したり、老人施設に医療チームを派遣したりすることで凌いだ。これらは各地でそれなりによくやっていたが、メディアは病院に入れられない人が出たということで批判した。日本の開業医は重症者をなかなか扱えなかったというのが正直なところだ。

(ホッテンバッハー) 救急車を呼ぶ患者は皆そんなに重症だったのか。自宅待機させておける患者もいたのではないか。

(C) 厳密にスクリーニングした。SpO2が93%未満をピックアップした。80%を切っていた人が救急車に乗れなかったこともあった。逆に、欧州では病院に運ばれるべき人が運ばれなかったという話を聞かないのを不思議に思っている。

(ホッテンバッハー) 私は欧州全体の話ではできないが、確かにドイツでは、最も重い患者を在宅に留ませるということではなかった。私自身救急医として、救急車に乗って現場に行く。介護ホームの入所者で死にそうな人は、酸素飽和度にかかわらず、病院に運ぶということではしなかったが。日本は救急医は救急車についていけないが、ドイツではクリティカルな時はいつも救急医がついていく。そういう制度は日本にない。

(C) 確かにそうだ。

(B) そこまでに対応できるということは、それだけ救急員がいるということか。日本でICUの医者が救急車に乗って訪問医療することはなかなか難しい。

(C) 日本にもドクターカーやドクターヘリはある。

(B) あることはあるが、頻度が全く違うだろう。

(ホッテンバッハー) ヘリコプターに乗ったことはなく、車だけだが。

(B) 日本は離島があるからヘリがある。

(D) 私も瀬戸内海で救急医をしていた時はヘリに乗っていた。それはさておき、質問を続ける。日本では、例えば病院内でクラスターが発生した場合は、メディアでは病院の責任が追及される。フランスで聞いてみたところ、病院または高齢者施設でクラスター

が起きても、病院・高齢者施設が責められることはないということだった。ドイツではいかがだったか。

(ホッテンバッハー) 1つの病院のみでそういった問題が起きていたとすれば、そうだったかもしれない。私たちも最初はそうなるのではないかと心配していた。ただどの病院にも常にクラスターが発生していた。だからメディアで取り上げられなかったし、責められもしなかった。

(D) コロナかどうかに関わらず、医療情報一般について質問したい。診療所でフォローアップされていた患者の調子が悪くなり、病院に入院することになった場合、その患者の医療情報は病院にどのような形で共有されるのか。

(ホッテンバッハー) 良い質問だ。それはまさにドイツの悩みの種で、定まっていな  
い。所見を報告してくれる開業医もあれば、くれない開業医もいる。またプライベートの電話番号をくれて何かあったら電話して、という開業医もいる。遺憾ながらまだ共通するデータのやりとりというのがない。そして、大体的場合は情報が来ない。日本はどうか。

(D) 全体的にはドイツの状況とあまり変わらない。日本で開業医は、患者を病院に紹介する時に、紹介状を書く。紹介状に患者の症状や検査データを書く。最近では画像所見をCDで持たせることもある。情報共有のプラットフォームがある地域もあるが珍しく、ない地域が多い。

(B) 診療情報提供書というものを医師が患者に持たせる。患者は病院の医師に尋ねられ、「私は何が書いてあるかわかりませんが」とか言いながらそれを渡す。日本は高齢化が進み、社会的サポート、つまり医者だけでなく訪問看護のスタッフやヘルパーも必要とする人が増えてきている。医療情報だけでなく色々な情報を共有しないと医療提供が難しくなっている。従って、そういうことを地域の基幹的病院だとか自治体などが音頭をとって、病院や診療所、訪問看護ステーションが一定のルールに従って情報共有するというシステムを作っている先進的地域もある。しかし日本全体では、確立したシステムというのはまだない。

(C) 2つほど付け加えたい。地域によっては情報共有の仕組みはあるが、大抵の場合は病院のシステムを開業医が見ることができるということの意味する。開業医が標準的フォーマットに従って書くということはあまりない。もう1つは、レセプト、つまり保険請求にのった情報について。これを厚労省が持っており、医師や個人が共有できるように動き始めている。ただし、全ての情報というわけにはいかないの、どんな薬を出しているかをとりあえず見ることができるようにしていこうとしている。

(B) これから作ろうというだけで、また確立してはいない。

(C) いや、もうそろそろ・・・。

(B) そうかな (笑)。

(ホッテンバッハー) ドイツにも、全ての情報を医療カード<sup>4</sup>に記載しようという動きはあるが、まだ導入されていない。

(B) 日本は医療制度をドイツから学んだので似た問題を抱えている。医師の行動様式も似ている。

(ホッテンバッハー) しかし日本は技術的な面では常に進んでいる。私が2000年に岐阜大学病院で働いた時、既に電子処方箋が実施されていた。手で書かなければならないものといったら紹介状くらいだった。

---

<sup>4</sup> 原語：Gesundheitskarte。公的医療保険の給付を請求するためのプラスチック製カード。日本の保険証に準ずる機能を持つ。ICチップが付いており、氏名、誕生日、住所、医療保険番号といった基礎情報が保存され、医療機関はこれをカードリーダーに通しデータ照合をする。患者が希望すれば、基礎疾患など緊急時に必要なデータ、および投薬計画を載せることもできる。さらには新型カードにはNFC技術が搭載されており、電子カルテや電子処方といったデータ利用に使うことも可能ではある。一方で、現地医療者の話ではこれらの機能はあまり利用されていない。

(A) 岐阜大学は地方の大学ではあるが、熱心な先生がいらして、医療の情報化という面では少なくとも 2000 年の時点では日本の最先端だった。決して日本の平均ではない。

(D) 今日は大変ありがとうございました。ドイツの訪問調査は開業医の先生に偏っていたので無理な願いをしてお話を聞かせてもらった。とても感謝している。