

論考：ドイツ第1波、病院の負担は他国より軽く、患者の受診行動も変容

吉田恵子（調査コーディネーター、独日通訳、産業医科大学訪問研究員）、森井大一

はじめに

2020年春、欧州でも新型コロナウイルス感染症（以下、「コロナ」という。）が拡大し、コロナ患者が病院に集中し、病院の収容能力を超え、いくつかの国では、トリアージを余儀なくされる事態となった。しかし、今回の調査の結果、ドイツにおいてはそのような総括が妥当しないことが確認できた。

ベルリン市営病院グループ・ヴィバンティスに属するアウグステ・ヴィクトリア病院等で救急部長を勤めるホッテンバッハー医師のヒアリングでは、全病床に対する COVID-19（以下コロナ）感染者の割合が英仏日と比べ著しく低かったことが証言された¹。これは、ドイツのコロナ対応が外来中心であり、入院の比重が比較的小さかったことを反映していると考えられる。Winkelmann らの欧州内比較研究²によれば、第1波におけるドイツでの感染者の入院率は21%であったのに対し、病院医療が逼迫したことで知られるイタリアは40%、英国は58.5%、フランスは71.5%であった³（図1）。

¹ ホッテンバッハー医師のヒアリングでは、最も流行が大きかった時で ICU 病床の3分の1がコロナ診療に占有されたにすぎず、一般病床への影響はさらに限定的であったとのことであった。

² Winkelmann J et al (2021) Stationäre Versorgung während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie in Europa: ein internationaler Vergleich. In: Klauber J et al (ed) Krankenhaus-Report 2022
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-64685-4_2

³ 後述の連邦保険医協会（KBV）は2020年4月1日にコロナ感染者中外来診療ですんだ患者の割合として7人中6人と発表しており、そうすると入院率は15%となり21%より低い。4月1日以前までに集められた累積データから算出したことになる。一方のWinkelmannらは後日「各国の第一波のピーク時」のみのデータを基に計算したと述べているので、分析対象となる期間がKBVより短いことになる。またドイツでは（特に入院の）データが集まるまで時間がかかっていたので、より新しいデータを使ったことで入院者数ひいては入院率が増えたことも考えられる。

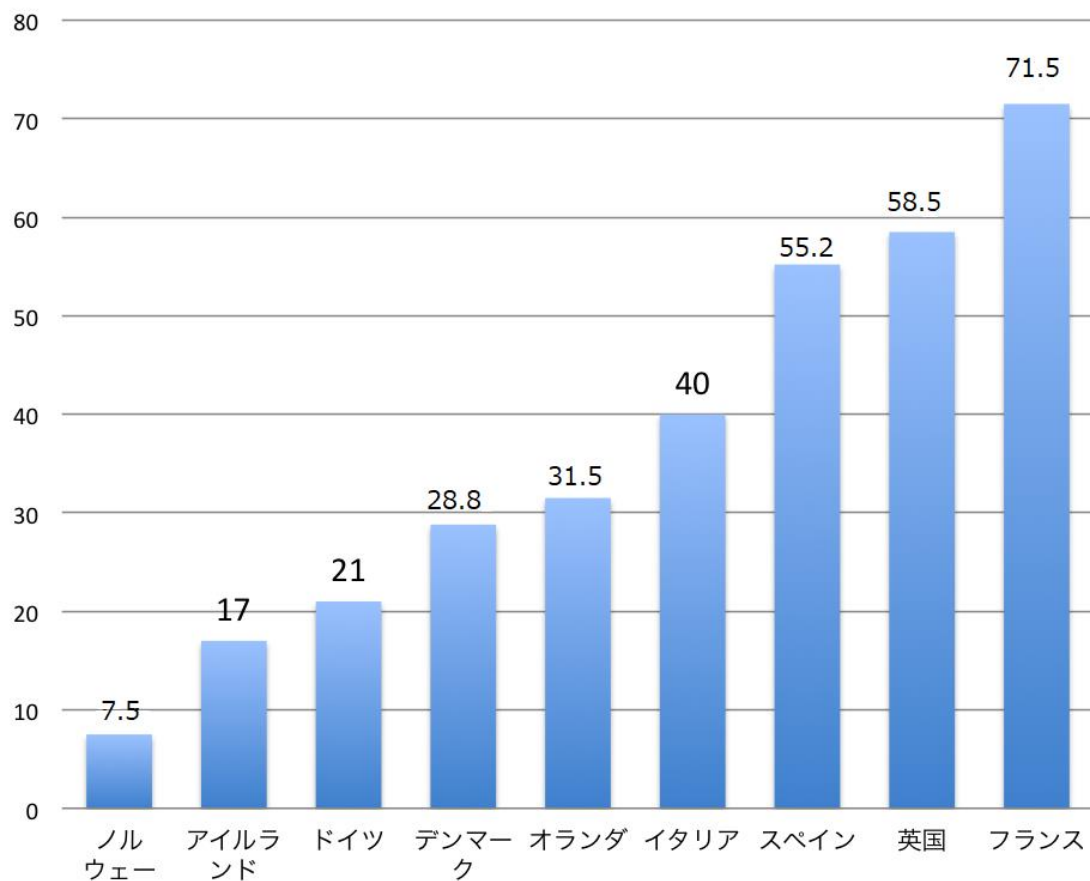


図1 欧州各国の第1波における入院率

この点について、コロナ初年度の2020年について、図2に示した日本のコロナ患者の療養場所を見ると、第1波の直後である2020年6月初旬の入院率が最も高く80%を超えていることが分かる。日本の入院率の高さについては、2つの要因を考える必要がある。1つ目は、新興感染症に対する感染症法を中心とした法制度である。日本では、コロナは2020年1月28日に指定感染症に指定され⁴、それによって感染症法の規制対象となった。感染症法という一種の有事法の下で、症状の重さに関係なく感染症指定医療機関を中心とした医療機関に感染者を入院させるという収容主義が取られた。

⁴ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000589748.pdf>

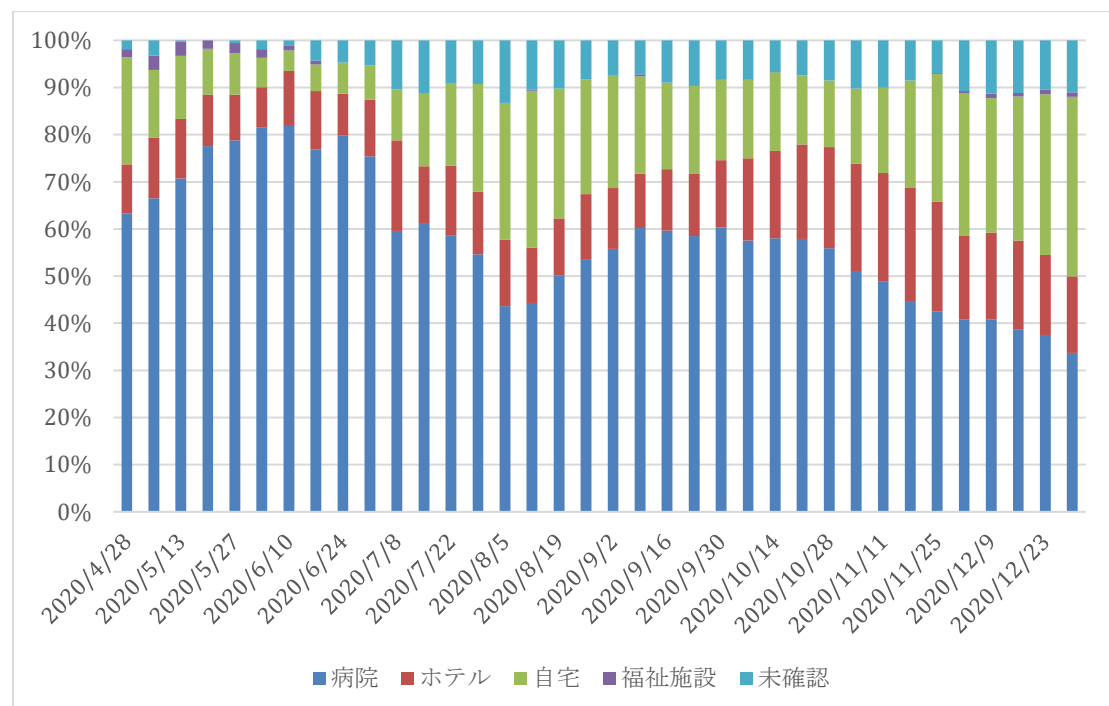


図2 日本における2020年のコロナ患者の療養場所⁵

入院率が高かったもう一つの要因は、第1波の流行の規模が欧州よりも小さかったことだ。言い換えれば、収容主義を貫徹し得るほどに感染者自体が少なかったのだ。このことは、収容主義を基本とする法体系が変わらないまま、2020年夏の第2波以降では入院率が下がり、ホテル療養や、自宅療養の割合が増えたことに表れている。また、日本の収容主義の実質的限界が第1波程度の流行規模であることをも示唆している。

入院・外来分離構造

Winkelmannらは、ドイツにおいて病院に患者が集中することを防げた主要因として、外来診療および検査を病院ではなく開業医の診療所で行う伝統があったこと、入院と外来診療および病院間の連携、保健所の活動等を挙げている。ドイツにおける外来診療は、平時から原則かかりつけ医診療所（Hausarztpraxis）をはじめとする地域の診療所において行われている。ドイツの病院は、例外はあるものの原則として外来を持たない。患者は、緊急と自己判断すれば、急患として病院を受診することはできるものの、通常はHausarzt（かかりつけ医）をはじめとする開業医の診療所を受診する。コロナ感染者の入院率の高かった国々は、ドイツよりも人口当りの病床数が少ないにも関わらず、平時から病院が外来診療も行うという構造的要因があったところが多い。日本は、ドイツよりも人口当たりの病床数は多いものの⁶、上述したように、コロナは特定の病院で引き受けることが政策的に予定されており、全国に10万以上存在する診療の外来機能がコロナ診療を担うことがほとんど予定されていなかったと言える。

外来医療のアクセスの良さ、コロナ早期からの受診体制強化

また、ドイツでは、外来診療を行う各科の開業医が地域の医療ニーズに基づき計画配置する需要計画（Bedarfsplanung）という制度がある。特にHausarzt（かかりつけ医）の密度は最も高く、住民にとって地理的アクセスが保障されている。フリーアクセス制

⁵ 厚生労働省「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」

（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html）より作図。

⁶ 2021年のOCEDの報告（<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>）によると、対10万人当たりの病床数は日本が1264であるのに対し、ドイツは776と6割程度しかない。

であるため、Hausarzt 以外の専門医の診療所をかかりつけ医とすることもできるが、国民の 9 割以上が実質的なかかりつけ医を持っており^{7,8}、医療への窓口としてかかりつけ医という存在が定着している。実際、コロナの外来診療も主に Hausarzt が行った。

これに加えて、コロナ以前から公的医療保険適用開業医のための全国団体である Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV、連邦保険医協会)が、電話またはオンラインを使った遠隔診療を整備していた。吉田の現地在住者としての経験を元にするとも、検査についても、コロナの極初期は病院でも実施されていたようだが、流行後ただちに保健所及び KV (Kassenärztliche Vereinigungen、各地域の保険医協会) が運営する街頭のテストセンターや開業医診療所に主体が移っていった。全ての Hausarzt (かかりつけ医) がコロナ患者を受け入れたわけではなかったが⁹、コロナ初期においては、感染者の 7 人中 6 人が開業医だけを受診した¹⁰。そして、病院側も厳格なルールに基づき入院患者を制限しており、酸素治療が必要であれば入院させたが、そうでなければ自宅に返すという対応がとられた¹¹。

リスクコミュニケーションと患者の協力

ホッテンバッハー医師は、これら制度的要因に加え、コロナという危機下で「(それまでは些細なことで病院の救急外来を受診していた住民が少なくなかったが) 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るようになった」という患者の受診行動の変容を指摘している。ドイツの患者は制度上、自らが緊急と判断すれば病院の救急を利用できる。そのため、取るに足らない疾病でも病院の救急を利用する住人が少なくなく、ただでさえ人手不足という問題を抱えている病院の頭痛の種になっていた。しかし、コロナによって医療というリソースの有限性をサービスの受給者自身が認識することになったため、このような従来からの行動が抑制されたものと考えられる。また、コロナ感染が疑われた患者も、自宅待機する傾向が強かったという。こうしてコロナ感染の疑いの有無を問わず、多くの患者が救急外来の受診を控えたので病院が重病患者の治療に集中することができた、とホッテンバッハー医師は述べた。

患者に“賢明な”行動を取らせた要因はどこにあったか。ホッテンバッハー医師は「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」との見解を示した。危機時のコミュニケーション、すなわちリスクコミュニケーションの重要性については、それが効果的に行われれば、国民の生命を維持する行動を促進し、公的機関への信頼を維持し、またリスクに客観的に向き合う能力を高めるとされる¹²。

コロナに関して、特に第 1 波においては、ドイツのジャーナリストは原則的に国立の公衆衛生機関であるロベルト・コッホ研究所 (Robert Koch Institut: RKI) を主たる情

⁷ Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin. https://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/89943270/Wir_%C3%BCber_uns.

⁸ https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0621-6c_0006.pdf

⁹ このことはホッテンバッハー医師だけでなく、ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシス・会長も証言している。

¹⁰ 連邦保険医協会 (KBV) の報告書“LEHREN FÜR DIE ZUKUNFT” (将来への教訓、https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie_Zahlen_Fakten.pdf) には、“Schon während der ersten Phase der Pandemie konnten sechs von sieben COVID-19-Fällen ambulant versorgt werden.” (流行の第 1 波においては、7 人中 6 人の患者が、外来診療で診察を受けることができた。) と記載されている。

¹¹ ホッテンバッハー医師の証言。

¹² <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-RCCE-2022.1>

報源としていた。RKI はコロナ初期(2020 年 2 月末)から、重症または高リスクでない患者は外来で扱うよう勧告していた¹³。国立の公衆衛生機関である RKI の勧告には法的拘束性はなかったが、政府だけでなく、報道の重要な判断規準になっていた。実際に同時期、どの主要メディアも、「コロナ感染の疑いがある場合は、まずは保健所に通知し、無症状であれば自宅に待機し、有症者もまずは Hausarzt (かかりつけ医) もしくは州の公的医療保険適用開業医団体 (KV) が運営する緊急サービスに電話するように」という統一的なメッセージを流していた。

このような情報の受け止め方については、医療を提供する側の医師も同様であった。ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のヒアリングでは、Hausarzt (かかりつけ医) らも RKI を主要な情報源としていたと証言された。国民も、高学歴層を中心に RKI に高い信頼を寄せていたとされる¹⁴。つまり、同一の情報源からの情報が、報道関係者、医師、高学歴層を通じて広く社会に浸透していったことが窺われる。

他国においては SNS 上に誤情報が溢れるなど、情報に関する混乱が少なからず見られたこの時期に、いかにしてドイツではある程度統制のとれた情報提供が行われ得たのか。Hoffmann らによるコロナ状況でのリスクコミュニケーションの研究¹⁵では、ドイツではテレビをはじめとする従来型メディアが世論を先導していたことをその理由にあげている。特に、専門家や政治家が登場する座談会番組が決定的な役割を果たした。SNS は従来型メディアと相互作用しながら、影響力を発揮していた。例えば、専門家や研究機関は最新の情報・考えをツイッター (X) 上に投稿していたが、これを報道関係者やエリート層がフォローし拡散することで、コロナをめぐる議論が社会全体に展開されていたと考えられる。そして、そのこと自体を既存メディアが取り上げ、さらに多くの市民に伝えられ、それをさらに一般市民が SNS でシェアするというサイクルが形成されていた。RKI は、ナショナル・パンデミック計画で定められているように、毎日のように記者会見をし最新情報を発信した。この様子は公共放送で生放映され、またネット上でストリーミングされたので、一般市民も視聴できた。加えてツイッター (X) ほか各種 SNS 上でも科学的情報をわかりやすく伝達するよう努めた¹⁶。これらの結果、ドイツ国民の 77%がコロナに関する情報を十分に得ていた、と全国調査で答えた¹⁷。

メディアの出す情報がある程度統一されていたことに加え、ドイツより前に感染が拡大し集中治療病床が不足し多くの死者を出したイタリアについての報道や、当時首相に

¹³ RKI (2020) COVID-19: Verdachtsabklärung und Maßnahmen.

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6484.3/RKI-Flusschema-VerdachtCOVID-19_Aertze_2020-02-26.pdf?sequence=6&isAllowed=y

¹⁴ Eitze et al (2021) Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen im ersten Halbjahr der Coronapandemie: Erkenntnisse aus dem Projekt COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021; 64(3): 268–276.

¹⁵ Hoffmann CP et al (2022) Eine vergleichende Evaluation der Online- Krisenkommunikation von Behörden und unabhängigen Expert*innen im Zuge der Covid-19 Pandemie als Grundlage für die Verbesserung der BfS-Krisenkommunikation. Bundesamt für Strahlenschutz. urn:nbn:de:0221-2022060833037.

¹⁶ RKI のリスクコミュニケーションのコンセプトは、2016 年のナショナルパンデミック計画の中に盛り込まれている。また 2020 年 3 月 4 日にはコロナに特化した補足版も発表された。
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/ZS/Pandemieplan_Strategien.html

¹⁷ Wissenschaft im Dialog. Wissenschaftsbarometer Corona Spezial. www.wissenschaft-im-dialog.de

よる効果的なメッセージの発信等も¹⁸、病院の負担軽減への国民の意識を高めたことも想像に難くない。

日本でも、テレビ報道が、国民の衛生行動に強く影響を与えたとする報告はあるが¹⁹、病院への負担を軽減するための戦略的な情報提供そのものがなかったため、国民の「正しい」受診行動に与えた影響を測ることは難しい。

おわりに

コロナ状況においてもドイツで医療の逼迫が起こらなかった理由として、外来と入院医療の分離した制度のため病院に過剰な負担がかからなかったことが、病院医師とのヒアリングと、国際比較研究を通して確認された。これに加え、リスクコミュニケーションが上手く機能するなどして、患者が病院に負担をかけない行動をとったことも大きな役割を果たしたとみられる。このようなドイツの経験は、今後の新興感染症対策を考える上で、日本でも参照にできるであろう。

¹⁸ 吉田恵子（2023）ドイツの対COVID-19戦略 感染症対策の振り返り：リスクコミュニケーション。文化連情報. 543. 46-49

¹⁹ The impact of television on-air time on hand hygiene compliance behaviors during COVID-19 outbreak. D. Morii, A. Miura, M. Komori. AJIC, 51:9:975-979, 2023