

新型コロナ問題と医療基本法
コロナ禍によって明らかになった
医療の諸問題を
改善するためには

江戸川大学

薬害オンブズパースン会議

隈本邦彦

新型コロナは 「隠されていたものを見える化した」

もともとあった日本の医療の問題点を
顕在化させた

- ▶ 「医療供給体制」
- ▶ 「提供される医療の質」
- ▶ 「医薬品の安全対策」

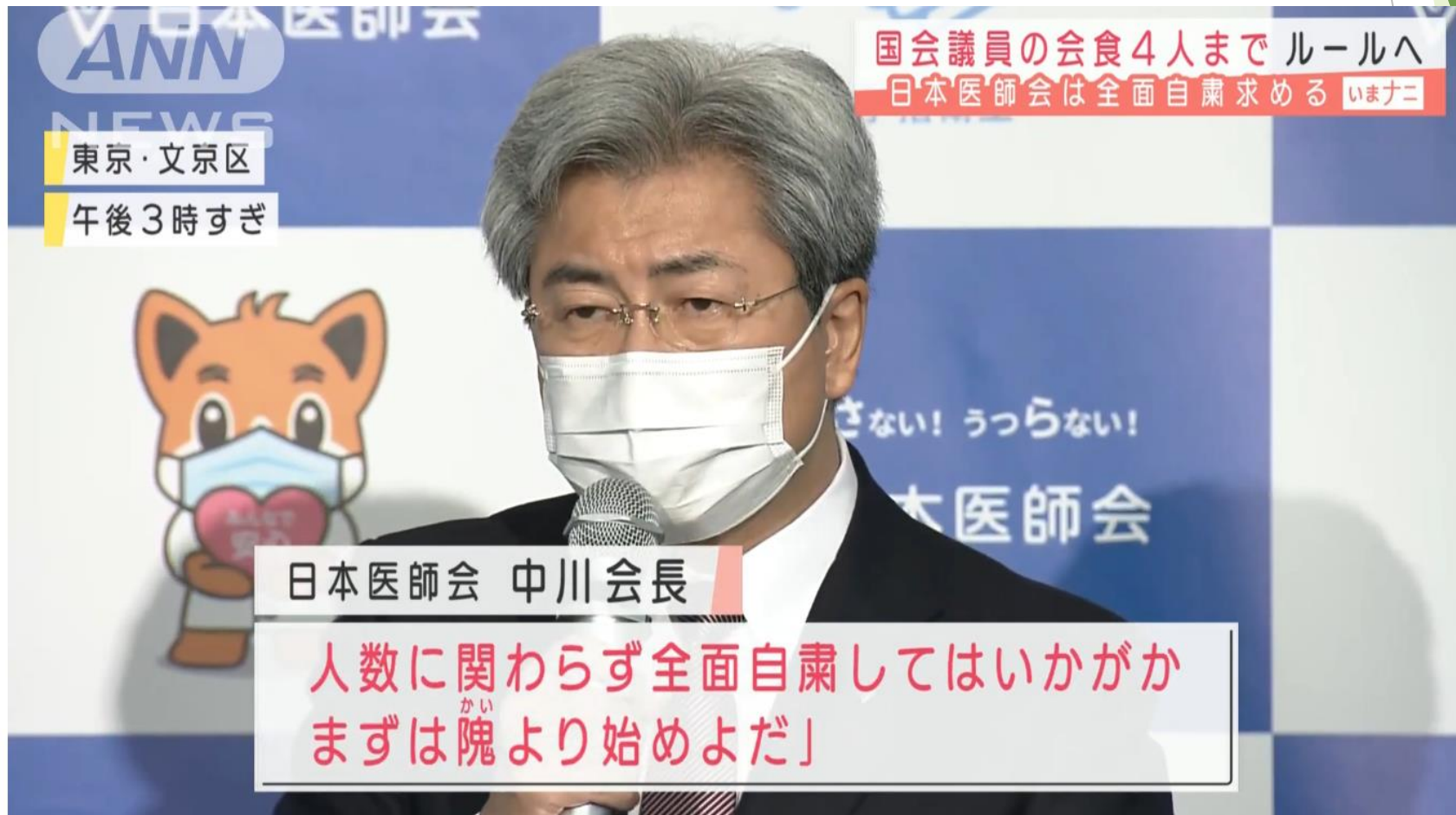
2021年1月新型コロナ第3波で・・・



新型コロナ患者が入院できない



日本医師会会長（医療界トップ）は 会見で”医療崩壊の危機”を強調するが

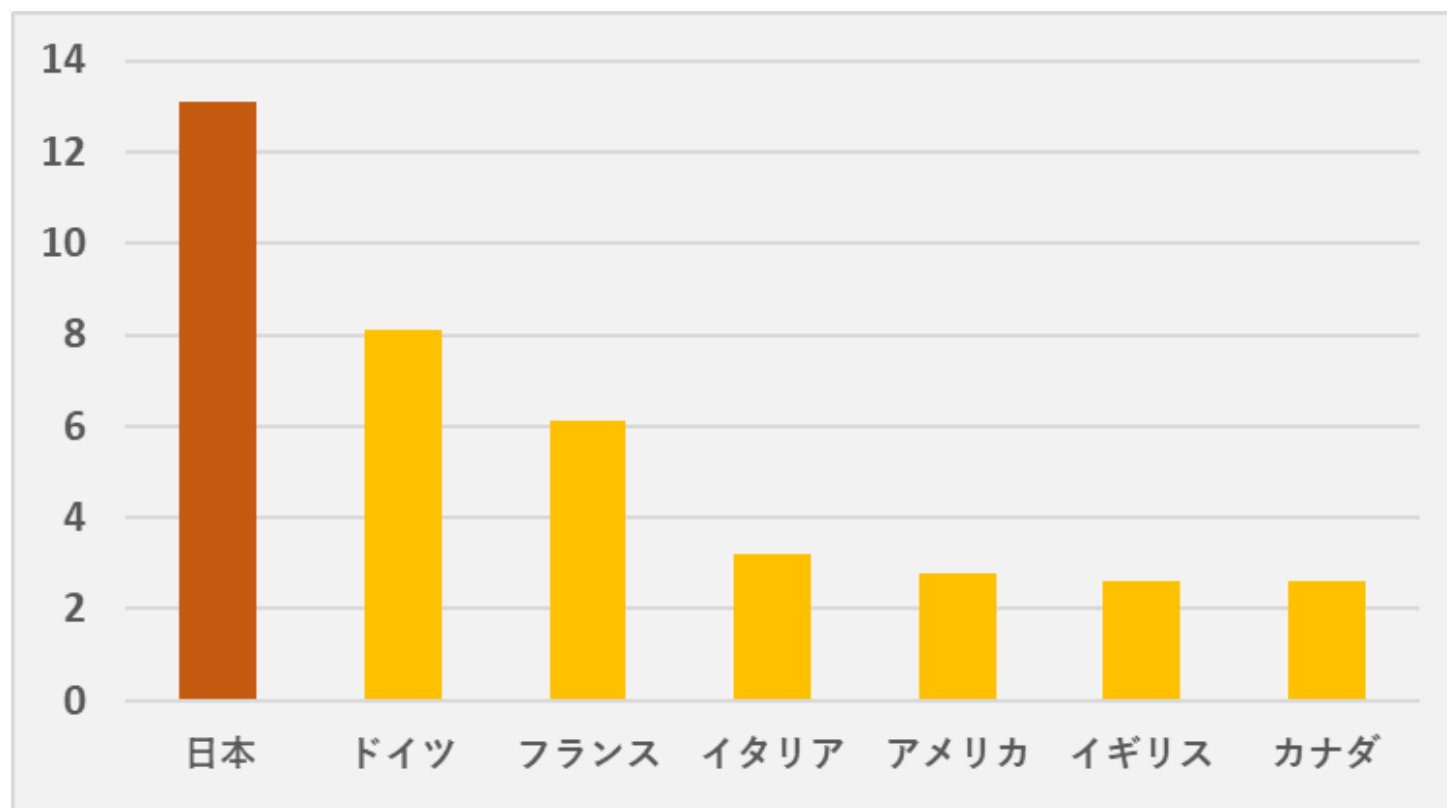


報道は

- ▶ このままでは感染者が増え続けてついには入院できなくなる（医療崩壊する）
- ▶ 受け入れた病院は悲鳴を上げている（人間ドラマ）
- ▶ 医師会は危機を訴え、政治家の会食を批判、政府の措置を希望

すべて事実ではあるが、
データを見てみると

日本は入院病床数が世界一

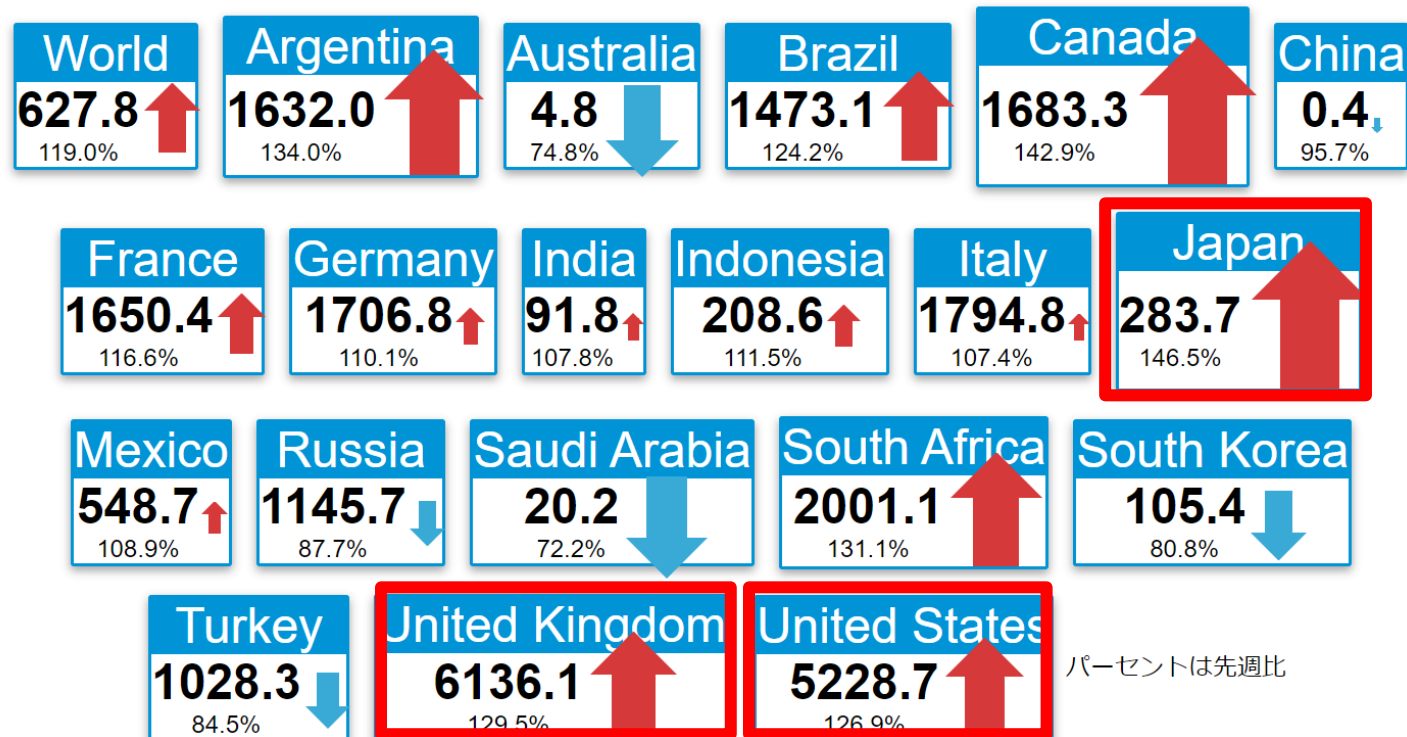


人口1000人あたりの病床数

日本は人口1000人あたりの病床数が13.1と世界一 米英の5倍レベル

一方、新規感染者数はまだ少ない

7日間の新規感染者数（人口100万人あたり）2021/01/08現在

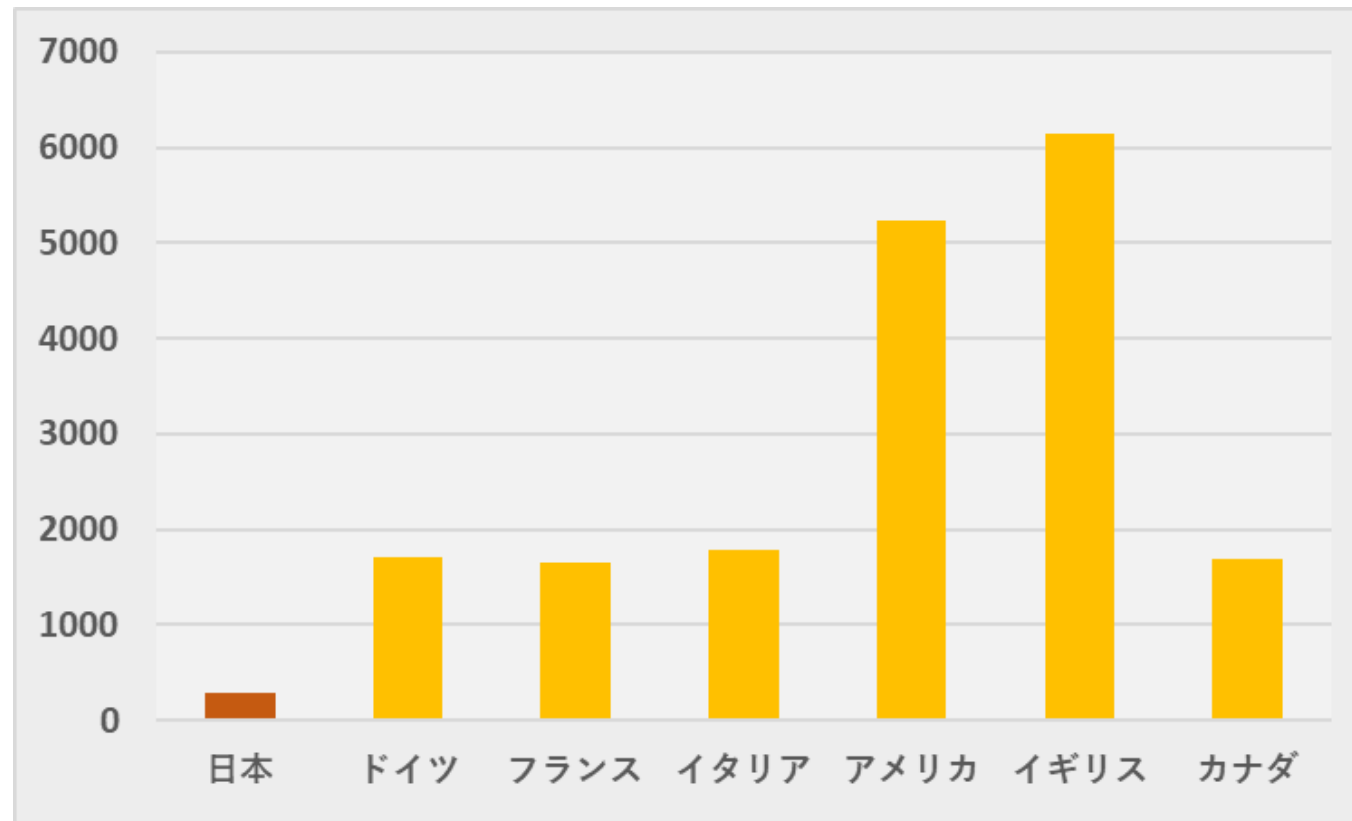


パーセントは先週比

今年1月8日までの1週間の患者数（100万人あたり）

札幌医科大学フロンティア医学研究所まとめ

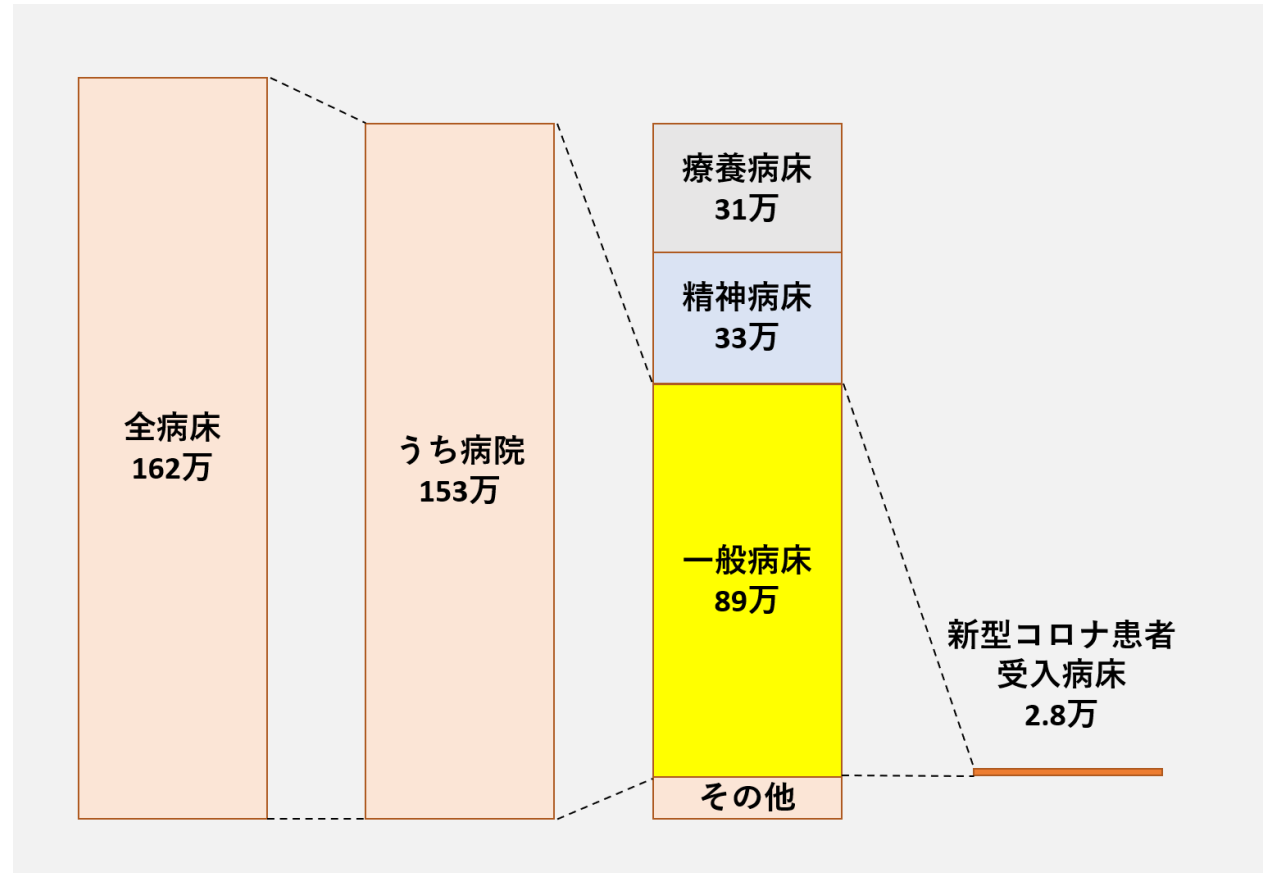
一方、新規感染者数はまだ少ない



今年1月8日までの1週間の患者数（100万人あたり）

日本は283.7人 米英に比べ20分の1くらいだった

なぜ患者が少ないのに 満床に近づいているのか



世界一の病床数とはいえ、高齢者の療養病棟と精神病棟を除くと89万床
それでも多いが・・・うち受入れ病床は2.8万だけ、わずか3%

受け入れない理由は

- ▶ 患者を受け入れると**デメリット**が大きい
- ▶ 職員や他患者への感染防止策が必要になる
- ▶ 精神的負担や経済的負担
- ▶ 感染があれば多くの職員を自宅待機に
- ▶ 風評被害で患者が来なくなるかも
- ▶ 職員が地域から差別されたりした事例がある

受入れを決めるのは病院経営者

- ▶ 日本の病院は民間経営が**81%**

- ▶ 英国はほぼ100%が国営（NHS）

イングランドの1月8日の新型コロナ入院数は
27000（日本とほぼ同じ）

これは全イングランドの**28%**にあたる
日本が3%なのに比べ柔軟性がある

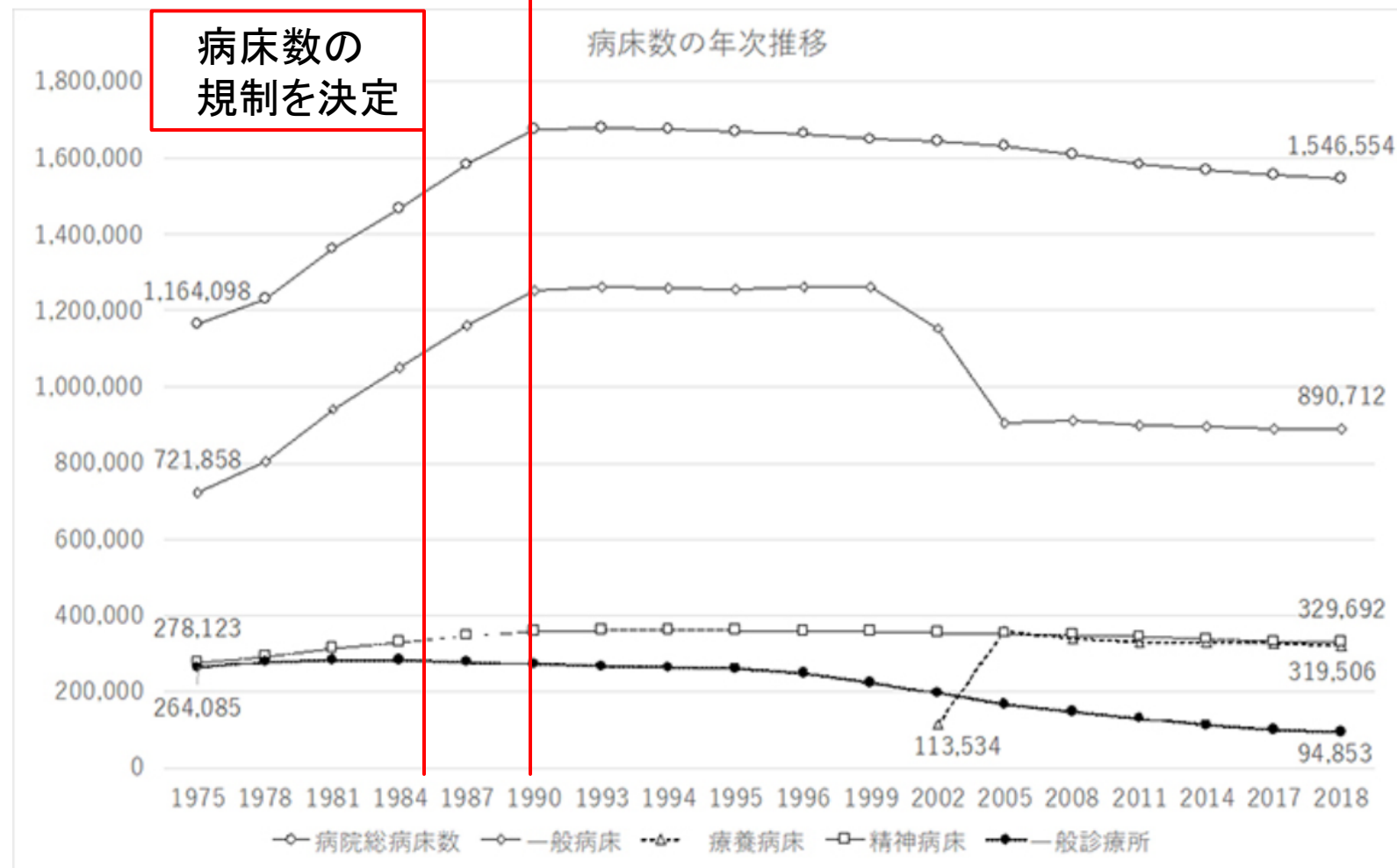
強すぎる病院管理者の権限

- ▶ 8割の民間医療機関が受け入れに積極的でない
- ▶ しかし医療法では、国や知事は「命令」できない
- ▶ あくまで「要請」か「誘導」しかできない
 - 「1床あたり最大1950万円出します」
 - あまり効果を発揮していない
- ▶ 病床数が世界一多いのは何のため？

日本の病床数は

病床数の
規制を実施

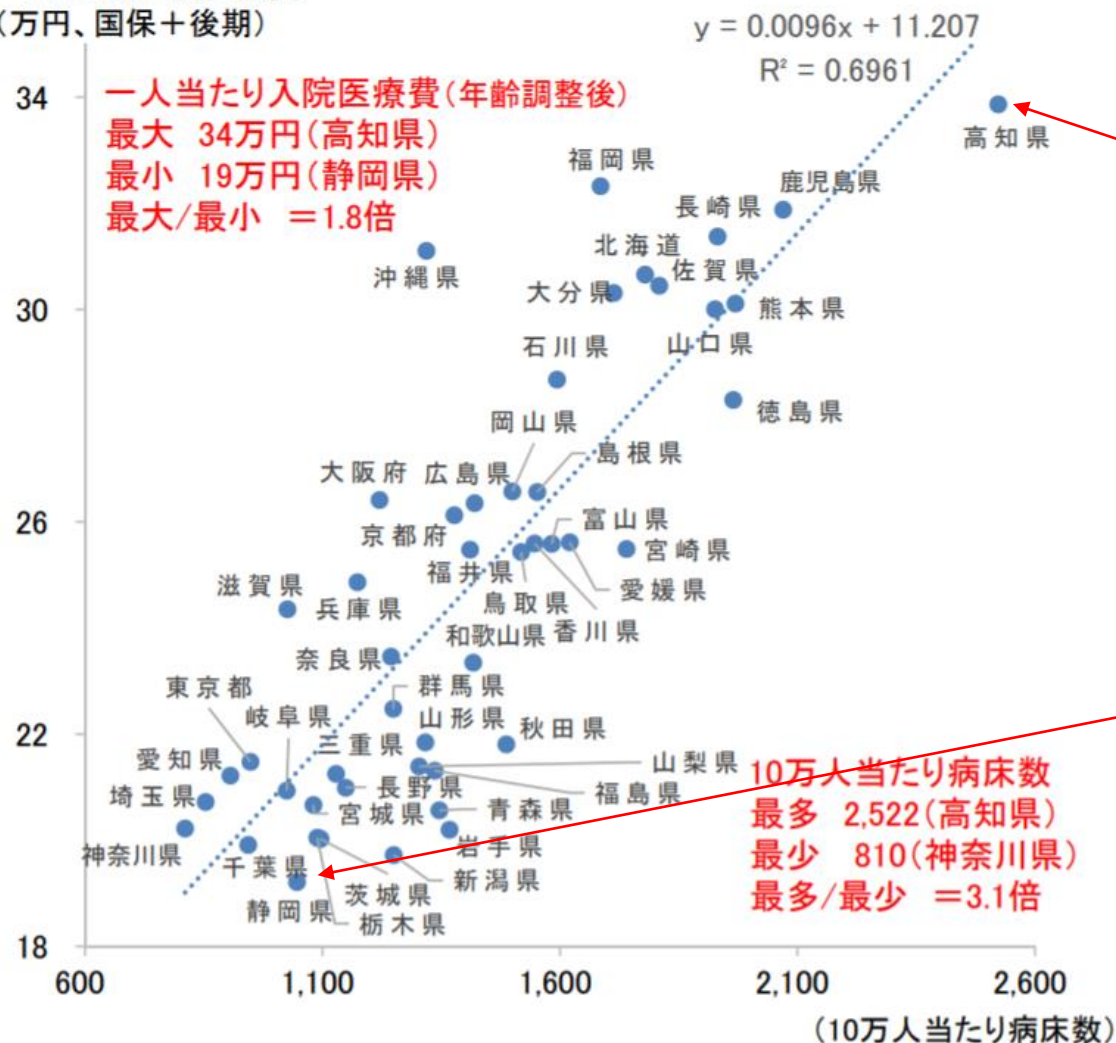
病床数の
規制を決定



その結果

<入院医療費(年齢調整後※)と病床数の関係>

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



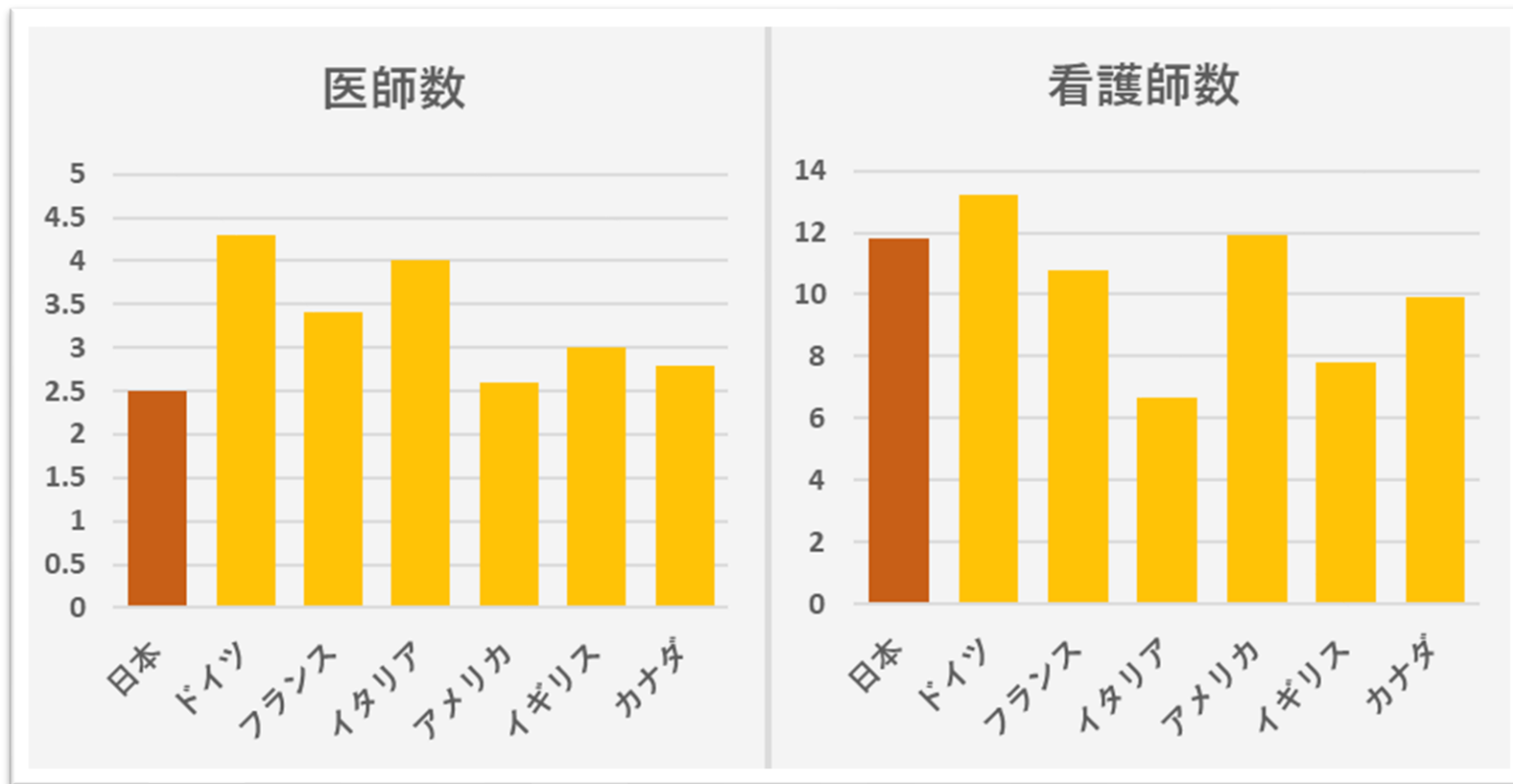
人口当たりの
病床数が
日本一多い
高知県では
1人あたりの
医療費が
日本一高い

病床数が
少ない
静岡県は
1人あたりの
医療費が
最も低い

日本の医療供給体制の問題点

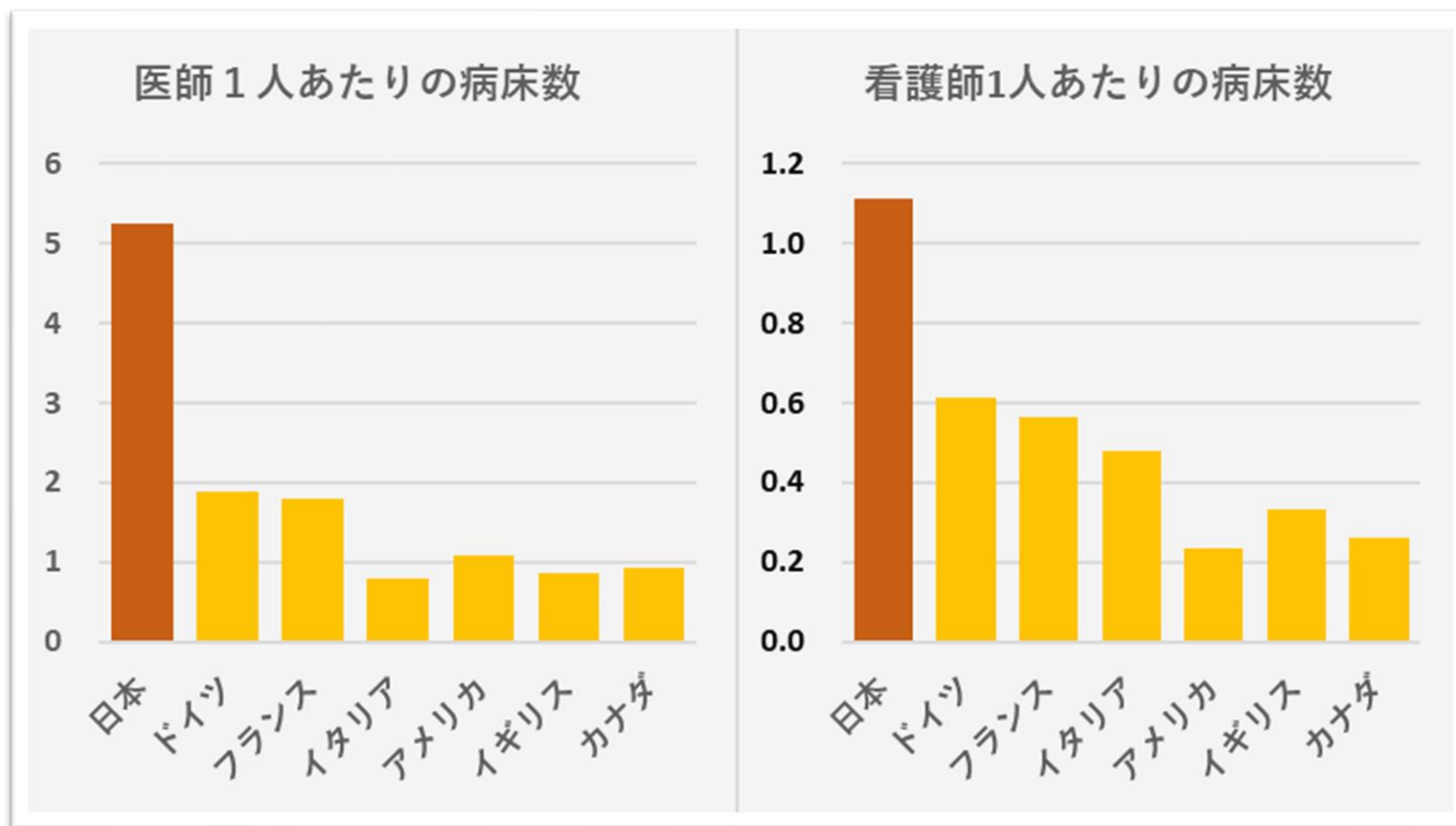
- ▶ 民間の医療機関が8割で経営者の権限が大きい
- ▶ どこに病院を建てるか、計画的ではなかった
- ▶ 医学的必要性ではなく、**病院経営上の理由で30年前に決まった病床数が高止まり**している
- ▶ 病床数が多いのに医師、看護師は**むしろ少ない**

病床数世界一なのに



人口1000人あたりの医師数と看護師数
他の先進国よりやや少ないか同じレベル

医師・看護師 1 人あたりの病床数



医師は欧米の5倍レベル、看護師も 3 ~ 4 倍レベル それだけ忙しい

当事者である日本医師会会長は

もっぱら政府批判と、国民の理解と支援を求めている
プロフェッショナル集団として、困っている仲間を助けること
いうことを優先するべきでは？



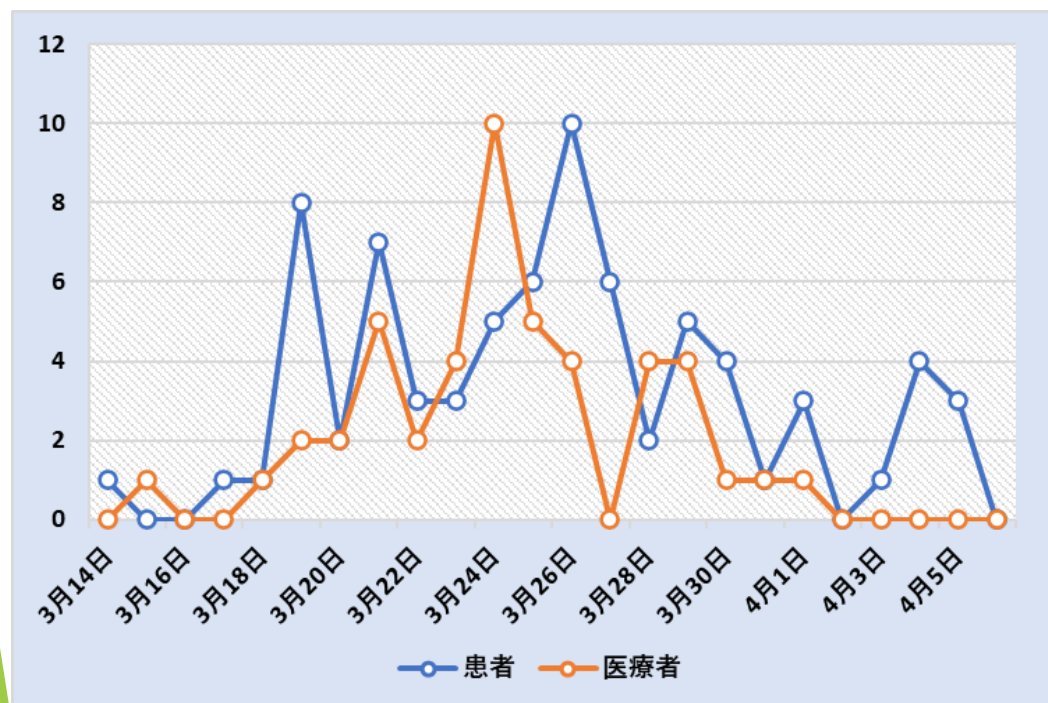
日本の院内感染対策の遅れ

- ▶ 永寿総合病院 200人超感染のクラスターが発生 患者43人が死亡



永寿総合病院では

- ▶ 新型コロナ患者の発生は3月14日頃から始まっていたが、
厚労省クラスター対策班が30日に介入するまで
陽性者と陰性者の病棟内で混在していた → 基本的な対策が行われていなかった



●病棟※

患者 (n=103)	A	20例 (19%)	医療従事者等 (n=71)	A	15例 (21%)
	B	14例 (13%)		B	14例 (20%)
	C	2例 (2%)		C	1例 (1%)
	D	8例 (8%)		D	0例 (0%)
	E	2例 (2%)		E	2例 (3%)
	F	6例 (6%)		F	0例 (0%)
	G	35例 (34%)		G	12例 (17%)
	H	9例 (9%)		H	3例 (4%)
	その他	7例 (7%)		その他	24例 (34%)

※患者は検体採取時の病棟、医療従事者等は主に勤務する病棟

永寿総合病院では

▶ 厚労省クラスター対策班報告（4月15日付）での指摘事項

【全体に共通する要因】

- ・ 密に過ごす空間（病棟休憩室、仮眠室、職員食堂、職員ロッカーなど）での医療従事者間の感染拡大の可能性
- ・ 原疾患やその治療に伴う症状もあり、**本疾患を疑うタイミングが遅れた可能性**

【病棟内の拡大の要因】

- ・ **基本的な感染予防策（手指衛生など）が不十分になる場面があったこと**
- ・ 認知症など動き回る患者の存在
- ・ 化学療法中など易感染性患者の存在

【病棟間の拡大の要因】

- ・ **病棟の構造上の問題**（隣接病棟と一体化した構造）
- ・ 患者の転棟による拡大
- ・ **病棟間を移動する医療従事者が媒介した可能性**

（赤字は筆者による）

永寿総合病院では

- ▶ 急性期一般入院料1
- ▶ 総合入院体制加算3
- ▶ 超急性期脳卒中加算
- ▶ 診療録管理体制加算1
- ▶ 医師事務作業補助体制加算1（25対1）
- ▶ 急性期看護補助体制加算（25対1）
- ▶ 看護職員夜間配置加算1（12対1）
- ▶ 療養環境加算
- ▶ 重症者等療養環境特別加算
- ▶ 無菌治療室管理加算1
- ▶ 無菌治療室管理加算2
- ▶ 緩和ケア診療加算
- ▶ 呼吸ケアチーム加算
- ▶ 栄養サポートチーム加算
- ▶ 医療安全対策加算1
- ▶ 医療安全対策地域連携加算1
- ▶ 感染防止対策加算1
- ▶ 感染防止対策地域連携加算
- ▶ 抗菌薬適正使用支援加算
- ▶ 患者サポート体制充実加算
- ▶ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ▶ ハイリスク妊娠管理加算
- ▶ ハイリスク分娩管理加算
- ▶ 総合評価加算
- ▶ 後発医薬品使用体制加算1
- ▶ 病棟薬剤業務実施加算1
- ▶ データ提出加算2（提出データ評価加算）
- ▶ 入退院支援加算1（入院時支援加算）
- ▶ 精神疾患診療体制加算
- ▶ ハイケアユニット入院医療管理料1
- ▶ 緩和ケア病棟入院料1
- ▶ 入院時食事療養 I

医薬品安全対策の“劣化”

5月4日
記者会見

我が国で開発されたアビガンについても 既に3,000例
近い投与が行われ 臨床試験が着実に進んでいます

医薬品安全対策の“劣化”

続く息苦しさ 恐怖の17日間



17日間入院した片岡篤史さん＝16日午後、片岡篤史チャンネル提供

元阪神・片岡さん闘病語る

治療室がある別の病院に転院しました。自分は右投げなので、点滴はいつも左腕ですが、衰弱していたからなのか、血管が浮かんできまませんでした。初めて右腕に打たれました。「体は正直だ」と思いました。

入院後、せきがすぐ出て熱も下がらず、寝たきりで息苦しかったです。トイレに行くにも、ベッドに腰掛けて座ると肺が圧迫され、痛いというより、苦しいのです。人生で初めて動けないと感じました。鼻にチューブをつけて酸素療法を受けました。起き上がれず、3日間食事を取るのが不可能でした。

病室は個室で、二重の扉でした。一つ目の扉の先にシャワーとトイレ、洗面所、ごみ箱がありました。看護師さんは病室を後にする度、マスクや防護服を捨てて、消毒してから二つ目の扉から出て行きました。さんが現れ、体温を測ると



病室から感染したことを報告した片岡篤史さん

＝YouTubeから

3日食事取れず

8日夕方、救急車で集中

「こんなに怖いところで頑張ってくれている」とすぐく思いました。

インフルエンザ用の薬「アビガン」を服用しました。医師の先生から副作用の説明も受けました。血液検査で炎症が悪化し、怖くなってきた時で「副作用よりも飲んで良くなりたい」という一心でした。朝と夜に8錠ずつ。

「生きて帰れる」

アビガンを服用して4日ほど経ち、熱が下がり始めました。「ウイルスが体から抜けていっている」という感覚がありました。フルーツを口にし、声も少し出せるようになりました。

その日、私が開設しているユーチューブのチャンネルで感染を報告しました。苦しんでいる患者さん、周りの人たちに状況を伝えることで役に立てばと思うのでした。服用は朝晩4錠

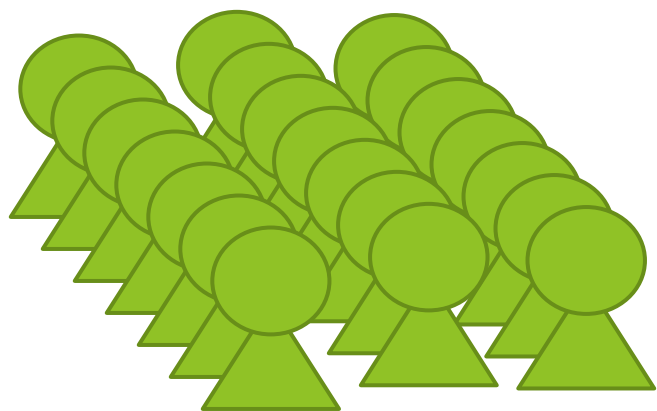
と感じました。3日間、病室で過ごしたシャワー、洗面所、ごみ箱、看護師さん、ごみ箱、消毒、体温を測ると

それなのに「観察研究」を開始



観察研究の
仕組みの
下・・・

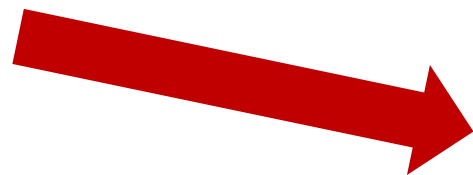
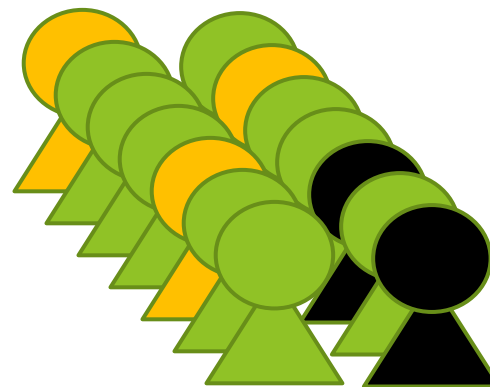
観察研究だと



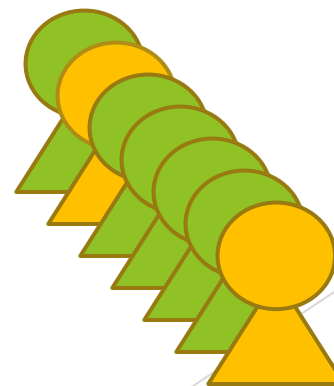
薬飲むかどうか
こちらからは
お願いしません
ご勝手にどうぞ



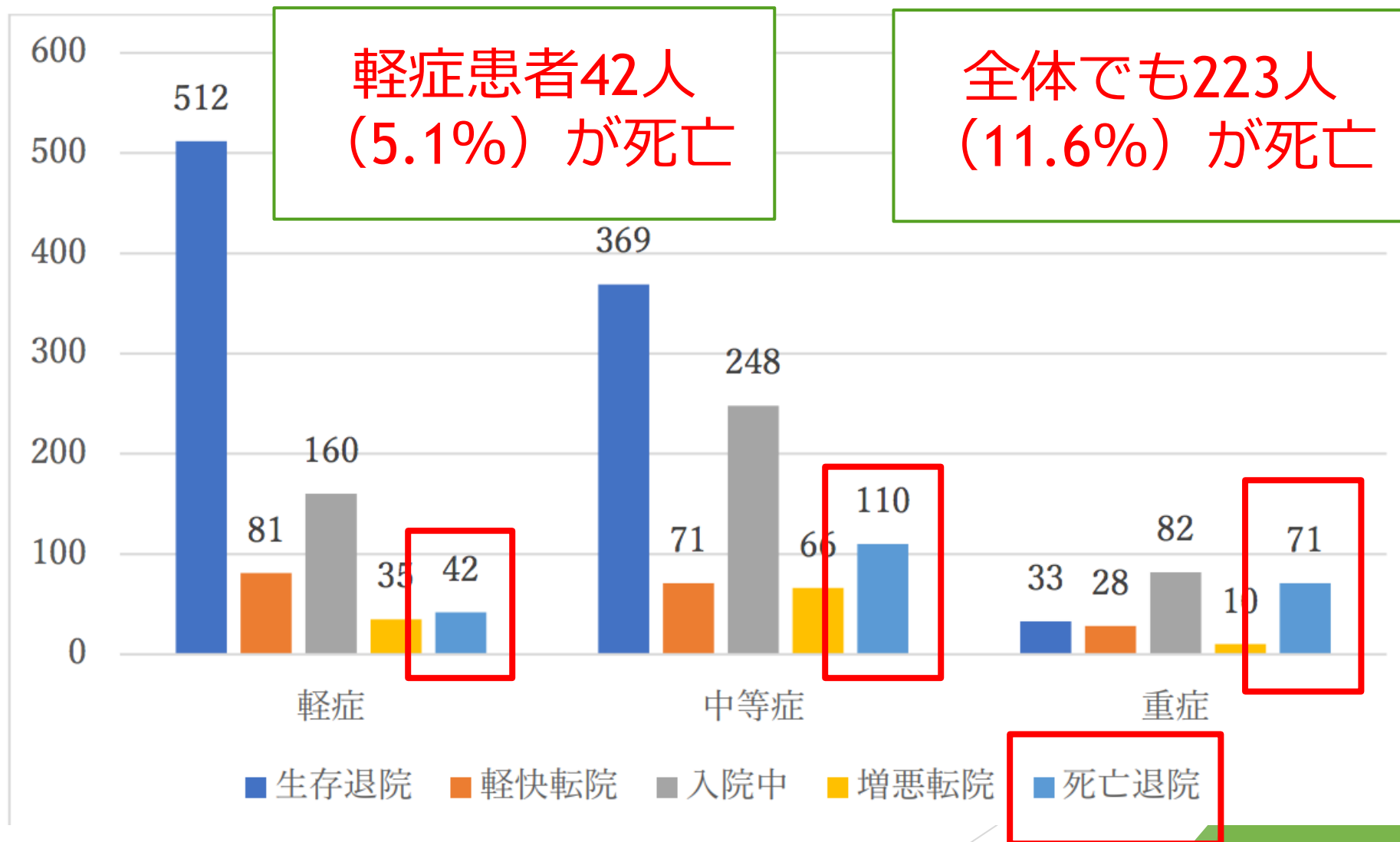
薬飲んだ



薬飲まなかった



この観察研究では



レムデシビル（ベクルリー）



- ▶ アメリカで
「EUA=緊急使用許可」
正式承認ではない
- ▶ 日本で薬事申請
- ▶ その3日後に「特例承認」
- ▶ 世界で初めて承認した国になった

特例承認とは

- ▶ アメリカやEUなど、薬事承認制度が整った国で承認されている使用実績のある薬で
- ▶ 日本で緊急に使わなければならない事情がある時臨床試験なしで認める、

きわめて例外的なしくみ

でもワクチンも「特例承認」した

- ▶ 日本での第3相試験は省略してよし



ワクチンも「特例承認」した、しかも

- ▶ 首相が承認見通しを述べ、その日程にあわせて承認



最近の医薬品行政の“前のめり” →安全軽視の姿勢が顕在化した

- ▶ 首相の意向に忖度して
アビガンを“観察研究”という形で大宣伝して無料配布
(新型コロナとしては未承認薬なのに)
- ▶ 審査期間を短くする「先駆け審査指定制度」
- ▶ 比較臨床試験を省略できる「条件付き承認制度」
- ▶ 海外の医薬品を臨床試験なしで認める「特例承認制度」
- ▶ 課長通知で始めておいて、その後「医薬品医療機器法」改正で追認するパターン

医療基本法の必要性

医療供給体制については要綱案は？

- ▶ 国及び地方公共団体は、国民及び地域住民が、その居住する地域にかかわらず、等しく最善かつ安全な医療を享受するために、必要かつ十分な医療施設等の人的、物的体制を整備し、かつ医療水準の確保のために適切な措置を講じなければならない（Ⅲ 2 i）

医療基本法の必要性

院内感染対策については要綱案は？

- ▶ 国及び地方公共団体は、国民及び地域住民が、経済的負担能力にかかわらず最善かつ安全な医療を受けることができるように、また、医療期間及び医療従事者が最善かつ安全な医療を提供しうるように、医療保障制度を整備しなければならない（Ⅲ 1）

医療基本法の必要性

医薬品の安全対策について要綱案は？

- ▶ 国は、最善、安全かつ効率的な医療の実現のため、医療に関する研究及び技術の開発並びに医療技術に関する評価方法の開発の推進に努めるものとする（Ⅲ 3 i）
- ▶ 国は、医薬品及び医療機器に関する製造、輸入、販売の承認にあたっては、その安全性及び有効性に十分配慮するとともに、適正に使用されるよう必要な措置を講じなければならない（Ⅲ 6 i）

まとめ

喉元過ぎれば
熱さを
忘れる



- ▶ コロナ禍で顕在化した
日本の医療の問題点
患者の権利よりも
政治の論理や医療供給側の論理が
優先されている現状
- ▶ コロナ騒ぎが終わったら忘れた
ということにならないよう
- ▶ 今こそ議論して医療基本法の
必要性を考えましょう