

統計でみる 病床逼迫下での死亡

早稲田大学教授 野口 晴子

1. 局所的な病床の逼迫

昨年後半、一旦収まったかにみえたCOVID-19の感染は、11月以降再び拡大し、これまでで最も大きな第3波が到来した。今年1月に入ると、東京・千葉・埼玉・神奈川などの1都2府8県を対象に二度目となる緊急事態宣言が発令され、感染拡大防止策の徹底と、医療供給体制、とりわけ、感染者と重症患者に対応可能な病床確保に焦点があてられた。

政府の「新型コロナウイルス感染症対策分科会(以下、分科会)」によって、感染状況を示

す六つの指標が提示されている。そのうち、医療供給体制等への負荷を示す指標の一つがCOVID-19対応病床の使用率

であり、使用率が20%以上を、医療供給体制に支障が生ずる「感染急増段階(ステージ3)」、50%以上を、医療提供体制が機能不全に陥る「感染爆発段階(ステージ4)」と、基準が定められている。

内閣官房が公表しているデータによれば、緊急事態宣言が発令された1月7日時点でのCOVID-19対応病床使用率は、埼玉(56.5%)・東京(78.9%)・愛知(61%)・大阪(63.2%)・兵庫(72.5%)・福岡(55.3%)



時事評論

図1 新型コロナ感染下における人口10万人対死亡総数(前年同月との差)の都道府県分布

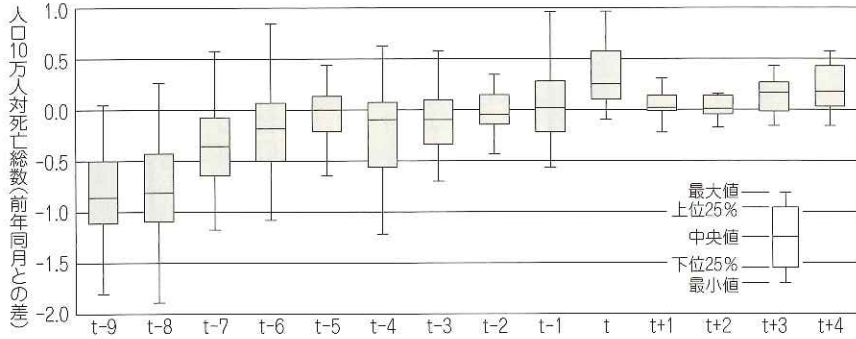
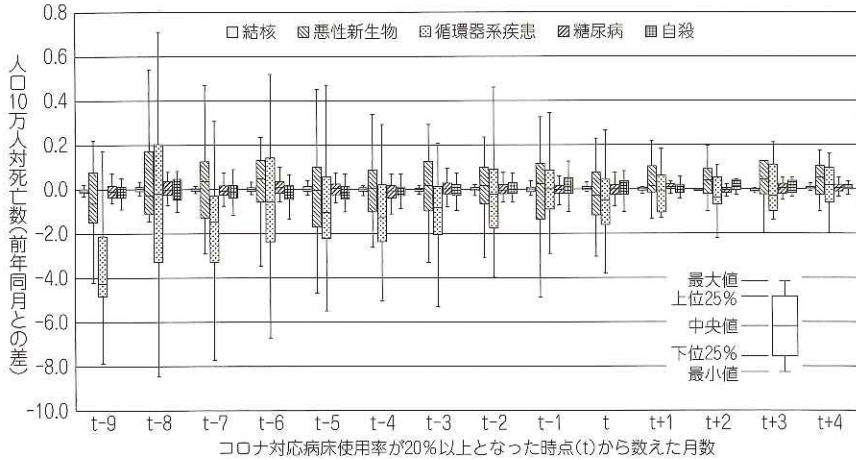


図2 新型コロナ感染下での主な死因別・人口10万人対死亡数(前年同月との差)



出所:厚生労働省「人口動態調査(月報)」(2019年1月-2020年9月)、総務省「住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別)(総計)」(2019年1月1日/2020年1月1日)、NHK特設サイト「病床使用率 全都道府県グラフ」(https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/hospital/) により筆者作成。

図1をみると、前年と比べ、全体的に低水準で推移していた死亡数が、病床逼迫が発生した時点で急激に上振れし、その後同水準に落ち着いてきたが、3か月後、再度増加傾向が観察されたと、結核に関しては、前年とほぼ同水準で推移していたのが、病床逼迫後3か月間は全体的に減少し、4か月後に再び増加に転じている。癌と循環器系疾患では、病床が逼迫した時点で一旦減少するが、その後、一貫して全体的に増加傾向にある。糖尿病については、病床逼迫の1か月後若干増加するが、ほぼ前年同月と同水準で推移している。最後に、

や戦争等の外生的なショックにより、ある特定の母集団の死亡数が一時的に増加することを超過死亡と呼ぶ。今回のCOVID-19感染拡大による超過死亡については、国立感染症研究所「感染症疫学センター」による精緻な解析が、「我が国における超過死亡の推定」として公表されているので、参照されたい。本稿では、こうした超過死亡とは少し異なった視点から、現在までに公表されている2020年1-9月の「人口動態調査(月報)」に基づき、死因別の人口10万人対死亡数を算出し、それと同様の手法で導出した前年(2019年)同月との差の都道府県分布を、時系列で観察することにする。

2. 死因別・死亡数の都道府県分布の推移

図1は全死因の死亡総数、図2は、結核・悪性新生物(癌)・循環器系疾患・糖尿病・自殺という死因別の死亡数(前年同月との差)の都道府県分布を時系列で示したものである。前年同月と比べ、縦軸の「0」は死亡数に変化なし、「0」を超えている場合は増加、「0」未満の

3. 「第3波」に対する検証の必要性

少なくとも第3波到来以前では、病床、ひいては、医療供給体制の逼迫が、COVID-19以外の疾患での人口10万人対死亡数に与える影響はさほど深刻なものではなかった可能性が高い。ただし、患者の受診控え、COVID-19による医療資源配分の歪み等による、検査・診断・治療の遅延の影響については、今後、個別データをを用いた詳細な検証を行う必要があるだろう。