

## 「新型コロナ禍とスウェーデンの良好な国家イメージの危機」

2020年6月14日 元・駐スウェーデン特命全権大使 渡邊芳樹  
(文章中意見にわたるところはすべて筆者の個人的意見である。)

豊かな福祉大国、男女平等、環境、透明性と開放性、基本的人権、国際的先端企業、ノーベル賞などスウェーデンの良好なイメージは枚挙に暇がない。それらがスウェーデンを人口1023万人(2019)の小国ながら国際的に大きな関心呼び人材も投資も呼び込み超先進国の道を歩ませてきた。世界の潮流を先取りして生き延びる強靭さと純真無垢でナイーブな可愛らしさ、そして常に他の国々を教え導く立場に身を置くことに躊躇しない性質を特徴としてきた。その故もあってかスウェーデンもコロナ禍で苦労を強いられている。

2020年6月12日現在スウェーデンの感染者数は5万0931人、死亡者数は4874人。因みに日本は感染者数1万7382人、死亡者数924人であった。スウェーデンの感染者数、死亡者数を日本の総人口に単純に置き換えると約63万人、約6万人に相当する。

米国、ブラジル、英国、イタリア、スペイン、フランスにおける大変な状況は全世界に流れているが、最近、スウェーデンにおける、特に死亡者数の多さが話題を呼んでいる。オランダやベルギーでも類似の傾向が見られるが、何故かスウェーデンは取り上げられやすい。

スウェーデンは70歳以上の者の外出自粛勧告や50人以上の集会禁止は行ったものの、都市のロックダウンを行わず、小中学校は通常通り、レストランなども通常営業というように活動の制約を最小限にした穏やかな対応を取ってきた。現在では新規感染者数は微増傾向にとどまり、新規死亡者数は首都ストックホルムで大きく減少し、全体も減少傾向にある。

当初は新しいスウェーデンモデルの構築とする意気込みすら見られた。ところが都市のロックダウンを行った欧米からは無謀にも集団免疫戦略を採用している国というレッテルを貼られて批判を浴びた。アン・リンデ外務大臣は外国メディアのインタビューで「我が国は集団免疫を戦略にも目標にもしていない。ソーシャルディスタンス対策など他の先進国の取り組みとそれほど違わない。集団免疫は次第に到達する水準に過ぎない。」と強調した。

また、いわゆる医療崩壊を招かなかったが、医療体制の臨時的増強を行いつつも、平時から行われてきたICU利用の年齢(80歳以上)又は基礎疾患によるトリアージとそれから漏れた患者には一般病棟で人道的な緩和ケアによるという病院運営のガイドラインを徹底した。国民は厳しくても当然のことと受け止めてきた。結果として新型コロナ死亡者の95%が60歳以上、64%が80歳以上という内訳になっているが、あくまで従来からのルールである。したがって80歳以上の介護付き高齢者住宅利用者や在宅介護サービス対象者は介護スタッフによる緩和ケアだけで本格的医療から切り離されICUでの治療も受けられないこととなった。これらにはスウェーデンには医師の応招義務が法制化されていないことの影響もあるかもしれない。

他方、国民の政府への信頼は厚い。世論調査でも従来25%余りであった現社会民主党政権への支持率は5月に48%、特に国家免疫官テグネル医師が率いる公衆衛生庁には70%と高い支持率を示している。しかし危機的状況にあった4月に60%まで上昇した政権支持率も少し陰りが見えてきたということか。ロヴェーン首相も高齢者の死亡が多過ぎると発言するに至り、テグネル医師もこれまでの戦略は良かったと信じていると述べた。ところが、知見は蓄積され将来またこのような感染症に襲われたときは当然ながら改善の余地はあるだろうと追加的に述べたことが報道されるやいなや、あのスウェーデンが自らの戦略の誤りを認め反省したという誤った見方が英米に広まり日本にもそれらを基にした報道が出回った。

因みに夏休みに向けて欧州各国が観光客に国境の門戸を開く中でスウェーデン人だけが敬遠されているようだ。スウェーデン人にとって琴線に触れるポイントであり、今後の動向が注目される。

ともあれ国内の議論と対策は、財源制約の下で利益又は効率化重視のため、感染者の多い移民のパート労働に依存して安い人件費で運営されてきた大都市部の介護現場の見直し、そこにおける高齢者への感染予防の手立てと医療の関与の在り方というスウェーデン福祉の構造的問題に集中している。

しかし、世界では新型コロナによる死亡者の多さだけが注目され明らかにスウェーデンの良好な国家イメージを傷つけている。事実に基づいた冷静な検証と合わせ、国家イメージ戦略の再構築が求められる。

翻って日本の新型コロナ戦略は国家イメージを高めているのであろうか。

これまでのところ、政府の緊急事態宣言と国民の自発的協力により、東アジア各国との比較は別にして欧米先進諸国に較べて感染者数・死亡者数ともに少なく抑えられているなど良い成果もある。それでも公衆衛生学と臨床医学に分かれる医学会の制度的歴史的内部問題に引きずられ医療界全体の力を発揮できているのか反省すべき点はあるようだ。

具体的にはPCR検査の体制に見られるように保健所、地方衛生研究所、感染症研究所等公衆衛生学系の公的組織に仕事を囲い込み予算・人員の拡大を図る手法は堅実だが限界を招いていないか。今後第二波、第三波を想定した際に、遥かに大きな医療資源を有する臨床医学系の民間の医療現場と民間検査企業の協働で検体採取だけでなく検査まで直接一貫して行い、その結果を臨床に活かしつつ保健所や感染症研究所に報告・情報集約するという仕組みが必要ではないか。

また、日本は世界一の高齢社会にもかかわらず、医療介護関係者の地道な努力によって在宅介護、高齢者介護施設における感染と死亡の激増という事態までは至っていないが、介護現場での感染爆発を視野に入れば、今後とも制度上感染者はすべて医療機関等に入院させる、医師の応招義務もあり患者の選別はタブーであってすべての重症者に最善かつ高度の治療を尽くすという方針だけで臨んでいて良いのかも問われる。また、長年指摘されてきたのが在宅や高齢者施設内での緩和ケアと看取りの不足であり、ACPや臨床倫理にも配慮した日本に相応しい人道的な緩和ケアと看取りの工夫と普及が急がれる。