

## 「コロナ禍と医療イノベーションの国際比較」

連載第 19 回(感染者急増でも構造改革しない日本と次なる医療改革に着手した英国)

2022 年 8 月 4 日 松山

### <目次>

1. 新規感染者数が瞬間世界一になっても今すぐ実現できる構造改革をしない日本
2. 英国は新常態移行が順調に進む中、医療制度の Integration を加速させる改革に着手

英国の新常態移行は順調に進んでいる

コロナ禍における医師の士気低下の理由

10 年ぶりの医療法改正で Integration を加速させる構造改革に着手

社会的ケアの利用を拡充するため自己負担上限額が改正された

急性期入院ケアを在宅で行う Virtual Ward(仮想病棟)を 2023 年末までに 24,000 床構築

デジタル医療で拡大が懸念される医療格差問題

### <本文>

#### 1. 新規感染者数が瞬間世界一になっても今すぐ実現できる構造改革をしない日本

オミクロン型変異株「BA・5」による感染拡大第 7 波が発生した中、7 月 27 日、WHO(世界保健機関)が 7 月 24 日までの 1 週間における新規感染者数について日本が 97 万人で世界一になったと発表して、日本国民に衝撃が走った。そして 1 日あたり新規感染者数が 20 万人を超える日が続いていることから医療逼迫が再び顕著になった。これを背景に、7 月 29 日、全国医学部長病院長会議、同新型コロナウイルス感染症に関わる課題対応委員会、国立大学病院長会議、日本私立医科大学協会が連名で、新型コロナウイルス感染症対策本部長である岸田総理に対して感染症危機に備えるための要望書を提出した。続いて 8 月 1 日、厚生労働省が、第 63 回 厚生科学審議会感染症部会に感染症法改正の方向を示す「現行の感染症法等における課題と対応等について」を提出した。8 月 2 日には、政府の新型コロナウイルス対策分科会の尾身会長ら専門家有志が記者会見を開催、新規感染者の全数把握の中止や一般外来など受診体制の拡充などを提言した。

この要望書、感染症法改正方針、提言は感染症対策の論点をほぼ網羅しているものの、第 7 波対策として一番重要で今すぐにも実現可能なことが抜けている。それは、国公立病院の中からコロナ専門病院を選定して全国に配置、通常医療とコロナ医療を構造的に分離することである。米・英・加・豪ではコロナ病床の確保が中等症以上の患者数の増減に合わせて比較的スムーズにできていることを、本連載ではデータに基づき示してきた。換言すれば自宅療養している患者の症状が悪化して入院が必要となった場合の病院は自宅療養開始時点で患者側が知っているのである。こ

れが可能なのは、人口 100 万人前後の広域医療圏単位で医療資源の最適配分を平時から行っている Integrated Healthcare Network (IHN) が、通常医療とコロナ医療を構造的に分離して医療スタッフも柔軟に再配置しているからである。もちろん感染ピーク時には医療スタッフも感染して出勤できなくなった事態も発生したが、その際には IHN の退職者を中心にしたボランティアがサポートした模様である。

厚生労働省の感染症法改正方針には次の記述がある。

「都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。」(太字と下線は筆者)

これは、国公立病院、非課税優遇を受けている公的病院(日赤、済生会、厚生連など)、大学病院に対しては有事の機能分担の協定参加を義務付ける一方で、その他の医療法人病院、診療所には参加義務を課さずに別途調整するという考え方である。筆者は、協定参加において国公立病院／公的病院／大学病院とその他民間医療機関との間で差を設けることには賛成である。しかし、個々の国公立病院／公的病院／大学病院が自己の経済的利益を優先する組織カルチャーのままでは協定交渉が政治問題化して時間がかかり有事の時にも期待どおり機能するとは限らないと懸念している。これを打開する方法の 1 つは、連載第 18 回に記したとおり、岸田政権が「骨太の方針 2022」で活用を宣言した地域医療連携推進法人が国立病院、地域医療機能推進機構病院、労災病院、国立大学附属病院を買収して直営病院とし、患者情報共有のプラットフォーム組織になることである。自治体が設置者である公立病院は、当初は機能分担を契約で行うが、累積欠損金処理や給与改定合意など条件が整えば直営病院になることを選択できる。この経営が軌道にのれば、米・英・加・豪の IHN 並みに平時から医療資源の全体最適配分をリードする大規模セーフティネット医療事業体になるはずである。

専門家有志たちは、感染者の全数把握を見直すことを提言、その具体的方法として「65 歳未満、妊婦ではない、基礎疾患がない人は検査も受けることなく自宅療養する」ことを要請している。しかし、わが国の現状は、65 歳以上高齢者、妊婦、基礎疾患のある人がコロナ感染した時、医療機関へのアクセスが 100%確保されていない。連載第 16 回に記したとおり、わが国の場合、国立病院機構本部が補助金でコロナ病床を新設した東京病院(清瀬市)に「介護が必要な高齢者や妊婦など手間がかかる患者を断る」という指針を出すという惨状である。岸田政権の支持率が新規感染者数増加とともに低下傾向にある。しかし、感染拡大による国民の不安を払拭して支持率を上げる方法がある。厚生労働省直轄の国立病院、地域医療機能推進機構病院、労災病院の中からコロナ専門病院を指定して 65 歳以上高齢者、妊婦、基礎疾患のある人がコロナ感染した時の入院先を 100%保証するのである。コロナ専門病院となった病院の通常医療患者は、状況に応じて適宜他の国公立病院、民間病院に移送すればよい。コロナ医療に必要な医療スタッフは広域医療圏全体でプールする仕組みを作る。オミクロン BA・5 に感染しても重症化率が低く海外でも入院が必要な患者数は大きくなっていないのであるから、日本でもこのような仕組みは可能なはずである。

## 2. 英国は新常態移行が順調に進む中、医療制度の Integration を加速させる改革に着手

### 英国の新常態移行は順調に進んでいる

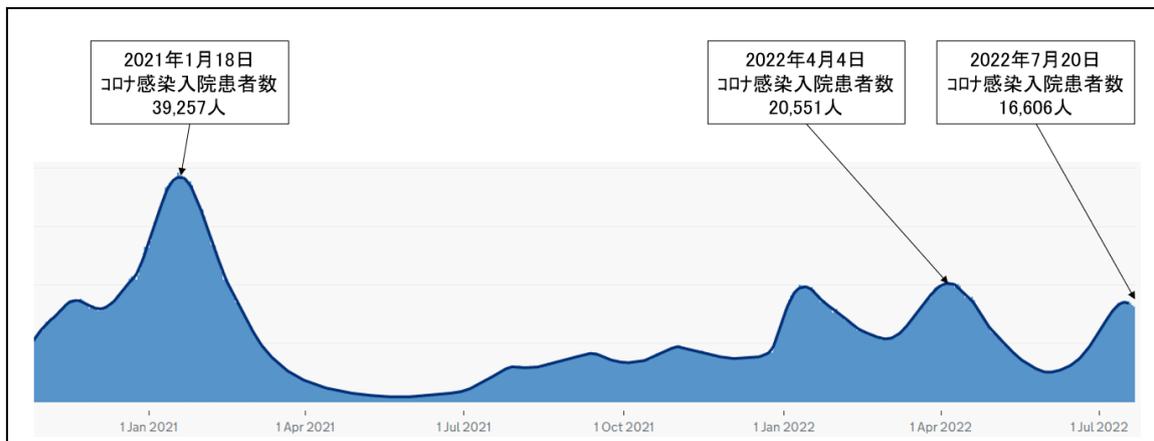
連載第 13 回に記したとおり、英国は 2022 年 2 月 21 日にコロナウイルス関連の行動規制を段階的に撤廃する方針を発表して、4 月 1 日にコロナウイルスと共生するニューノーマル(新常態)に完全に移行した。図表 1 は、直近 7 日間における 10 万人あたりコロナ新規感染者数の推移を表している。新常態移行を開始した直後の 3 月には同数値がリバウンドして 900 人を超えたが、すぐに減少に転じて 5 月 15 日時点では 86 人となった。また、コロナ感染入院患者数は 7 月 20 日時点で 16,606 人である(図表 2)。これは、コロナ感染入院患者数のピークである 2021 年 1 月 18 日の 39,257 人の 42% の水準であり、入院が必要な患者が入院できないといった医療現場の逼迫は生じていない。さらに、1 週間あたりコロナ感染死亡者数は、2020 年 4 月 11 日～4 月 17 日に 9,553 人を記録したが、2022 年 7 月 9 日～7 月 15 日は 694 人と低い水準をキープできている(図表 3)。このように社会経済活動が新常態に移行した結果新規感染者数が多少リバウンドしても医療現場が混乱していないのは、ワクチン接種によって重症化を予防できていることの効果と考えられている。

図表 1 英国の直近 7 日間における 10 万人あたりコロナ新規感染者数の推移



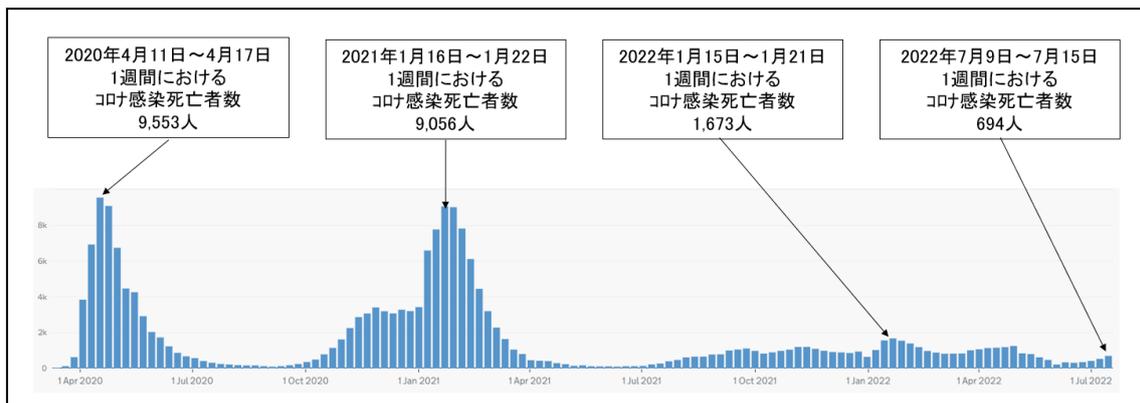
(出所) 英国政府 <https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases> から筆者作成

図表 2 英国のコロナ感染入院患者数の推移



(出所) 英国政府 <https://coronavirus.data.gov.uk/details/healthcare> から筆者作成

図表 3 英国のコロナ感染死亡者数の推移



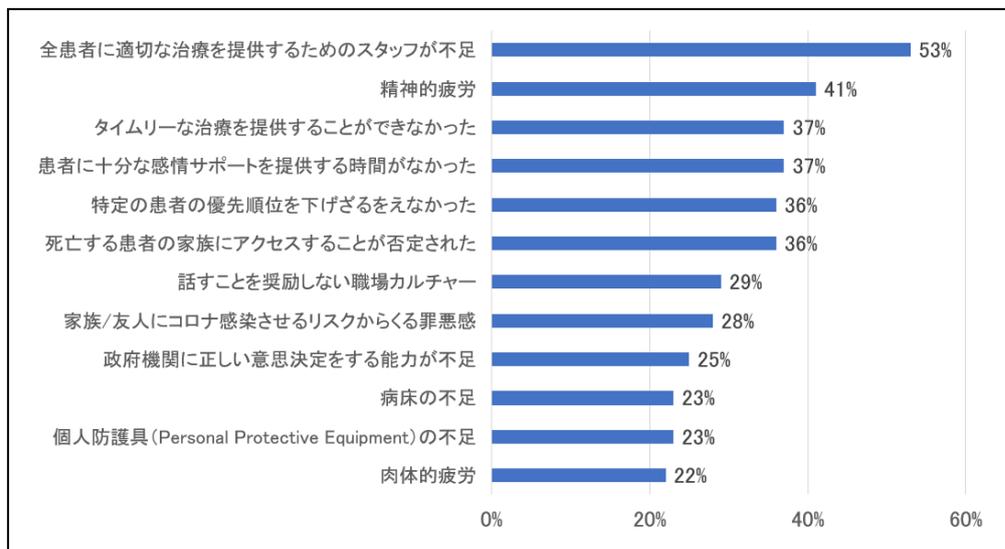
(出所) 英国政府 <https://coronavirus.data.gov.uk/details/deaths> から筆者作成

### コロナ禍における医師の士気低下の理由

コロナ禍における医師たちの士気低下や臨床現場での罹患/負傷は、避けることが可能なものであっても特定の条件が揃うと発現する。英国医師会は、2022年6月、その理由について医師たちにアンケート調査した結果である「The impact of the pandemic on the medical profession」(医療専門家たちに対するパンデミックのインパクト)を発表した(図表4)。

医師たちの士気が低下する第1の理由は、「全患者に適切な治療を提供するために必要なスタッフが不足した」で53%であった。第2の理由は「精神的疲労」で41%であり、「肉体的疲労」の22%を大きく上回っていることが注目される。続いて第3位の理由として「タイムリーな治療を提供できなかった」と「特定の患者の優先順位を下げざるをえなかった」が37%で並んでいる。「病床の不足」と「個人防護具(マスクやガウンなど感染予防のための医材)の不足」が共に23%と低かったことから、英国のNHSは、病床と医材の確保では機能していたと推察される。

図表 4 コロナ禍における医師の士気低下の理由



(出所)英国医師会、The impact of the pandemic on the medical profession から筆者作成

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/what-the-bma-is-doing/covid-19-the-impact-of-the-pandemic-on-the-medical-profession>

### 10年ぶりの医療法改正で Integration を加速させる構造改革に着手

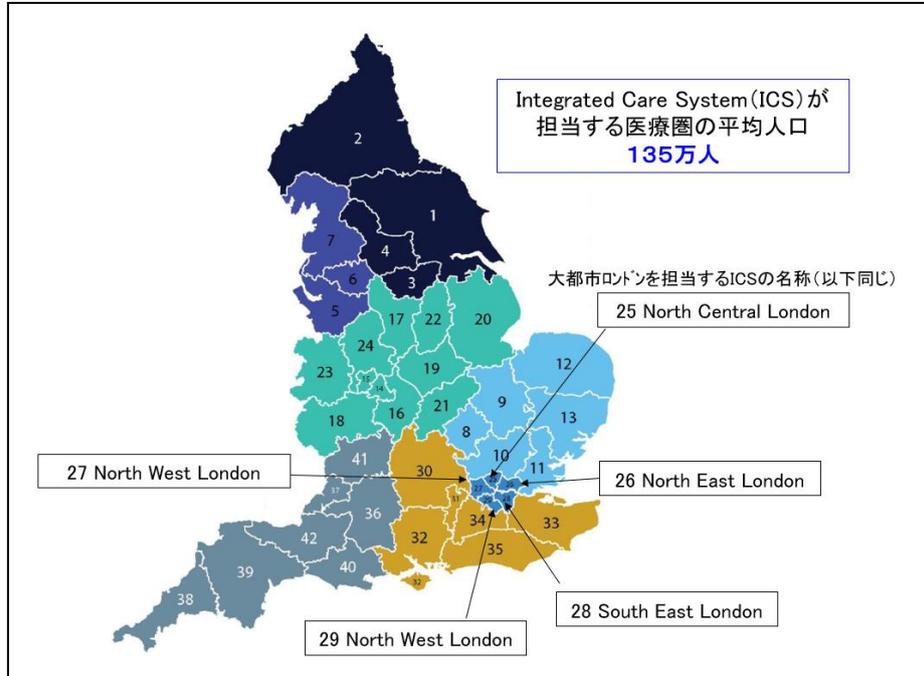
連載第 4 回に記したとおり、家庭医で構成するプライマリケアネットワーク、公立病院、地方政府組織は、医療法改正前は統合ケア提供契約を締結することによって Integrated Care System (ICS) を構築していた。ICS は、本連載の主要テーマである Integrated Healthcare Network (IHN) の英国における呼称である。ICS は、当該地域で医療と社会的ケアを提供する組織間のパートナーシップであり、NHS と地方政府組織を一体化させることによって医療と社会的ケアの提供システムが改善することを目指す仕組みと位置づけられていた。しかし、ICS は医療法で定められていなかったため、2019 年に作成された NHS の長期計画「The NHS Long Term Plan」の中で法制化が強く要請されていた。

2022 年 4 月に成立した改正医療法に基づき、7 月 1 日付けでイングランド地域に 42 の ICS が設置されて新体制がスタートした。図表 5 がその医療圏区割りを示している。医療法改正前にケア提供事業者間の調整で中心的役割を担っていた Clinical Commissioning Group (CCG)が廃止されて、その権限と責任が Integrated Care Board (ICB)と Integrated Care Partnership (ICP)という 2 つの組織で分担されることになった。

ICB は、NHS ケアサービスの大部分を調整し監督する責務を担う。そして、NHS イングランドの支出と成果について説明責任を負う。ICP は、NHS に止まらず幅広い関係者たちをとりまとめてパートナーシップを形作り、地域住民のより広範囲な医療、公衆衛生、社会的ケアに対するニーズに応えるための計画を立案する。ケアを統合して対象人口全体の健康を向上させる活動の大部分は、ICS 中の Place と名付けられた地域単位で行われる(図表 6)。そしてケアサービスは、Neighbourhood と名付けられたより小さな地域単位で行われる。そして改正法は地域のリーダーた

ちに Integration の形を地域事情に合わせて作る権限を与えた。

図表 5 イングランド地域に配置した 42 の Integrated Care System (ICS) の医療圏区割り



(出所) NHS Confederation, What are Integrated Care Systems? June 2022 から筆者作成

<https://www.nhsconfed.org/publications/integrated-care-systems-ics>

図表 6 The Health and Care Act 2022 が定めた地域区割りの名称と地域人口

地域区割りの名称	地域人口	備考
Integrates Care System (ICS)	100 万人 ～200 万人	米・加・豪などでも担当人口 100 万人～200 万人が Integrated Healthcare Network を構築する時の標準になっている。これは、100 万人超が最先端の高度医療機関を1つ設置するのに適した人口という判断によるものと思われる。
Place	25 万人 ～50 万人	最先端高度医療を除きほぼ全ての種類の医療・社会的ケアサービス事業者が存在している地域
Neighbourhood	3 万人 ～5 万人	選挙区もしくは地方自治地区にほぼ等しい地域単位

(出所) 図表 5 に同じ

## 社会的ケアの利用を拡充するため自己負担上限額が改正された

改正医療法では、社会的ケアの利用を拡充するため自己負担上限額が次のように改正された。

[改正前]

社会的ケアとは障害や病気を理由に日常生活のサポートが必要な者に対するケアであり食事介助なども含まれる。金融資産が 23,250 ポンド未満の人には費用の一部または全額の補助があった。自宅不動産の価値はこの金融資産に含まれないが、Care Home (介助付き居住施設) に転居する場合は資産評価額に加算された。社会的ケアの一部は全ての人に無料で提供されるものもある。例えば、階段の手すりやバスルームの手すり、玄関のインターフォン、車椅子のためのスロープなどの設置費用である。この場合は means test (資力テスト) はない。

[改正後]

金融資産、自宅不動産を含む所有資産額が 2 万ポンド未満の人は社会的ケア費用の自己負担額がゼロになる。所有資産額が 2 万～10 万ポンドの人は、資力テストを受けることによって費用補助を受けられることができる。費用補助を受けられる所有資産額 10 万ポンドは、改正前の 23,250 ポンドの 4 倍以上である。この制度変更により、より多くの人々が社会的ケアの費用補助を受けられるようになる。社会的ケアの費用補助を希望する人が現れた場合、地方自治体が資力テストとどのようなケアが必要なかを判定する。申請者が自宅に住み続ける場合は、所有資産額の計算から自宅不動産を除外する。この点は、改正前と同じである。所有資産額が 10 万ポンド超の人は、社会的ケア費用を全額自己負担する。ただし、生涯累計負担額の上限が 86,000 ポンドと定められている。これを超えた時点から費用補助を受けられるようになる。

## 急性期入院ケアを在宅で行う Virtual Ward (仮想病棟) を 2023 年末までに 24,000 床構築

NHS が 2022 年 4 月に発表した 報告書[Supporting information for ICS leads Enablers for success: virtual wards including hospital at home] が注目である。連載第 16 回で米国保健省が Acute Hospital Care At Home program (病院で行っている急性期医療を在宅で行うことを認めるプログラム) を推進中であり、2022 年 4 月 15 日時点で 34 州 210 病院が急性期入院医療を在宅患者に提供することに取り組んでいることを紹介した。英国の NHS も Virtual Ward (仮想病棟) と名付けた類似のプログラムの社会実装に本格的に取り組んでいるのである。

仮想病棟は、本来であれば急性期病床に入院するはずの自宅にいる患者をモニターし必要な治療を提供する。これには、回避することが可能な病院への入院を防ぎ、早期退院をサポートすることも含まれる。仮想病棟は、NHS の病院の病床でケアすることに対する安全で効率的な代替策であり、テクノロジーによって可能になったものである。

2021 年時点で 53 の仮想病棟拠点が整備されて約 2,500 床が存在していた。その費用構造の特徴は、在宅ケアが人手を要することを反映して人件費が 82% を占める (図表 7)。この報告書には、ICS が仮想病棟を計画、実現する上での戦略的、財務的意思決定をサポートするガイダンスが示されており、NHS は、全ての ICS が仮想病棟を構築することを要請している。具体的目標は、2023 年 12 月までに人口 10 万人あたり 40 床～50 床の仮想病棟を構築することである。これは人口 5,670 万人のイングランド地域全体で仮想病床 24,000 を稼働させることを意味する。

図表 7 仮想病棟のための 2022 年度予算 2 億ポンドの配分構成

人件費	82%
その他諸経費	8%
(医療アプリ使用などの)ライセンス費用	7%
相互運用性費用	2%
消費財	1%

(出所) NHS, Supporting information for ICS leads Enablers for success: virtual wards including hospital at home, 25 April 2022 から筆者作成

<https://www.england.nhs.uk/publication/enablers-for-success-virtual-wards/>

### デジタル医療で拡大が懸念される医療格差問題

英国には「Patient Coalition for AI, Data and Digital Tech in Health」(医療における AI、データ、デジタル技術に対応する患者連合)という組織がある。その構成メンバーは、患者団体、王立大学、慈善医療団体、医療関連企業などデジタル医療政策の議論を患者の利益第一に置いて行うことに賛同している各種団体・事業者である。同連合が、2022 年 5 月、「PUTTING PATIENTS FIRST: Championing good practice in combatting digital health inequalities」(患者ファーストの医療を推し進める: デジタル医療における格差と闘う優れた施策)と題するレポートを発表した。そこには、コロナ禍でデジタル医療の社会実装が進む中で取り残されるリスクのある人々を救済することに関する論点が整理されている。

◆ NHS は、デジタル医療によって「情報やケアに対するアクセスを向上させる」、「人々のケアへのアクセスで利便性を高める」、「患者自身が情報や医療をコントロールする機会を高める」といったことが促進されると考えている。政府も「全国民が 2024 年までにデジタル化された個人医療情報を持つようになる」と宣言している。しかし、パンデミックによってデジタル医療活用が進んだが、患者連合の調査によれば、家庭医へのアクセスが難しくなったという人が 4 人に 1 人いる。つまり、デジタル医療技術は全ての人にとって適しているとは限らないのだ。

◆ デジタルからの排除と社会的排除は相関が高い。そして、社会からの排除と貧困、貧困と医療格差は相関が高い。ではデジタル医療における不平等とはなにか？それは、デジタル医療技術にアクセスして利用する能力の格差のことである。デジタル排除を受けるのは、低所得層、救護施設居住者、障害者、ホームレス、第一言語が英語ではない人々であり、彼らの多くは通信事情の劣る地方居住者である。つまり、デジタル医療の社会実装の障壁は技術だけではない。

◆ デジタル医療の社会実装は、個々人のデジタルスキルによっても大きく左右される。例えば、精神科ケア患者の中には、セルフモニターアプリや WEB 基盤治療ツールを使うことができない人々がいる。

◆ 国勢調査によれば、2018 年時点で大人の約 10%が未だにインターネットを使っていない。患者連合が 2017 年に「インターネットを利用していない世帯」に調査を行った結果によれば、64%が「必要を感じない」、20%が「スキルがない」であった。世帯所得もインターネット利用率に大きな影

響を与えている。世帯所得が 40,001 ポンド以上の世帯のインターネット利用率が 99%であるのに対して、世帯所得が 6,000 ポンド～10,000 ポンドの層では 51%にすぎない。

◆最大の問題は、英国の大人の 42%がデジタル医療情報を理解して自分の健康向上に役立つ医療情報リテラシーがないことである。また、英語ができない人々がいるが、NHS は医療情報を他言語に翻訳するサービスをしていない。

以上