

「コロナ禍と医療イノベーションの国際比較」
連載第8回(社会経済活動の新常態移行に向けた課題)

2021年10月22日 松山

<目次>

1. はじめに

2. コロナ医療補助金の構造の国際比較

英・加・豪・米では幽霊コロナ病床は発生しない
厚生労働省直轄病院グループは新型コロナ関係補助金を余らせ利益計上
診療報酬特例措置は診療所に赤字補填に止まらず増益をもたらしている

3. 新常態に向かうプロセスにおける論点

ニューヨーク州知事が医療従事者の接種義務化を決定したが医療機関側に混乱なし
共和党が学校でのマスク義務化に反対している
連邦判事がワクチン接種義務化反対派の主張を退けた
介護施設の接種状況がオンラインでわかるようになった
大学が厳格なコロナ感染予防策の下で新常態に移行

4. その他のトピックス

米国経済の新常態移行スピードを左右するヘルスケア雇用者数
AIのバイアス解消に取り組まねばならない
カイザーとメイヨーが在宅急性期ケア普及のため新団体設立

<本文>

1. はじめに

わが国で2021年7月下旬に始まったCOVID-19(新型コロナウイルス)感染拡大第5波は、8月20日に新規陽性者25,851人(うち東京都5,405人)のピークを記録した後急速に縮小、10月20日時点で387人(同41人)にまで減少した。このように新規陽性者数が急減した理由は専門家の間でも明確になっていないが、ワクチン接種が進んだことが一番の要因と考えられる。しかし、デルタ変異株がワクチン接種完了者に対してもブレイクスルー感染するため、コロナ対策の優等生であるシンガポール(ワクチン接種完了者の割合80%超)などでも新規陽性者が再び増え始めている。したがって、間もなくやってくる冬に第6波が発生するのは確実である。その大きさが第5波を上回

るかどうかは不明だが、ワクチン接種後の抗体量が半年間で約7分の1に減るとの調査結果が出ていることから、楽観視できない。そこで日本政府は、2021年上期に接種した医療従事者や高齢者に3回目接種を行う準備を進めている。

特効薬ができれば医療現場におけるコロナ感染患者の扱いはインフルエンザと同等になると期待されるものの、後遺症に苦しむ患者が多数発生していること、様々な場面でワクチン接種証明の提示が求められる感染症になったことなどから、社会経済の新常態移行のためにはインフルエンザとは異なる仕組みが必要と思われる。岸田首相は自民党総裁選に際して健康危機管理庁の創設を提案していたが、本連載で繰り返し述べてきたように、パンデミック対策のためにはパンデミック発生時に政治家の指示がなくても初動スタートする医療事業体を平時から全国に配置することが肝要である。米・英・加・豪など他の先進諸国ではそのような医療提供体制がコロナ禍発生以前から構築されていた。わが国にもパンデミックや大災害時にラストリゾートとなる使命を負った国公立病院、国立大学附属病院が多数存在する。しかし、諸外国よりもコロナ感染者、重症者が格段に少ないにもかかわらず医療崩壊が起きたということは、これらの病院群が全体としてラストリゾートにならない構造的欠陥があることを意味する。

岸田首相は、10月15日に新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、感染力が第5波より2倍になっても対処できる医療提供体制を整備すること、国から補助金を受け取りながら医療スタッフ不足等を理由に患者を受け入れない幽霊コロナ病床を解消すること、そのための数値目標として感染拡大時にコロナ病床の稼働率を80%以上とすることを決定した。しかし、目標とすべきことは、不確かな予測に基づく感染ピークに必要なコロナ病床を補助金で事前に設置することではなく、コロナ患者数の水準に関係なく常に20%くらいの余裕空床を持ちながらコロナ病床を80%稼働させる医療提供体制である。そのための方法は単純明快である。8月の単位人口あたり新規陽性者数が日本の3倍以上であったにもかかわらず医療崩壊しなかった米国や英国から学べばよいのである。本連載で繰り返し述べてきたとおり、日本と米・英の医療提供体制の決定的違いは、米・英にはラストリゾート機能を担う大規模 Integrated Healthcare Network (IHN) があるが、日本には米・英の IHN が有する病院群以上の国公立病院、国立大学附属病院がありながら IHN がないことである。わが国もこれらの病院群で公立 IHN を設置すれば、新規陽性者数と入院が必要となる患者数の増減に合わせてコロナ医療と通常医療の構成割合を迅速に変更して当該医療圏のコロナ医療提供体制の全体最適化を牽引することができる。公立 IHN があればコロナ医療コストをほぼ正確に把握でき、幽霊コロナ病床発生も予防できるので、財源を本当に必要な所に回すことが可能になる。しかし、このように医療圏全体でコロナ医療と通常医療を構造的に分離し機動的に対応する意思決定は、平時にライバル関係にある病院を寄せ集めた調整会議ではできないし、常に対応が後手後手に陥る。調整会議に参加する病院長たちの中に医療圏全体でコロナ医療提供体制を最適化する使命と権限を与えられた者が一人もいないからである。

2. コロナ医療補助金の構造の国際比較

英・加・豪・米では幽霊コロナ病床は発生しない

英国、カナダ、オーストラリアのように医療提供体制が公立病院中心の国々では、コロナ患者の入院先は原則公立 IHN に所属する公立病院である。これは、入院を必要とするコロナ患者がどんなに増えても公立病院側にはコロナ病床と医療スタッフを確保する絶対的使命があることを意味する。そのため、コロナ病床の不足が予想される場合、公立 IHN に所属する公立病院間で調整会議を開くのではなく、公立 IHN の経営トップがコロナ医療と通常医療の構成割合の変更を即決する。また、コロナ病床が公立病院に集約されていることから、そのために実際にかかったコストを正確に把握できる。したがって、政府は公立 IHN に対してコロナ医療のための追加財源を過不足なく提供できる。公立 IHN 側も財源不足を心配することなく、コロナ医療に取り組むことができる。そこには幽霊コロナ病床が発生して補助金が無駄使いされたり、補助金で特定個人が利益を得る余地はない。

米国のコロナ患者の主たる入院先は、公立 IHN、非営利民間 IHN、営利 IHN に所属している病院である。コロナ医療に従事している IHN には連邦政府から補助金が支給されたが、補助金が実際にコロナ医療のために使われたかどうか事後的に厳しい監査があり、使わなかった補助金は返還させられるため、IHN 側が補助金を使わず利益計上して内部留保することはかなり難しい。また、2020 年上期に縮小を余儀なくされた通常医療が下期に回復した結果、コロナ禍が IHN の業績に与えた影響も軽微なものに留まった。そのため、連載第 1 回で紹介したとおり、世界最大の株式会社病院グループである HCA Healthcare (2019 年収入 513 億ドル⇒2020 年収入 515 億ドル) がコロナ対策補助金 16 億ドル全額を返還すると 2020 年 10 月に発表した。また、非営利民間 IHN である Mayo Clinic (本部所在地ミネソタ州。2020 年 12 月期収入 139 億ドル) も受け取っていた補助金 338 百万ドルのうち 156 百万ドルを返還すると 12 月に発表した。その際 Mayo Clinic 側が「The funds can be redistributed to organizations with immediate needs (これで資金はそれを緊急に必要としている組織に再配分される)」と述べたことが大変印象的である。非営利民間 IHN は、その利益が特定個人に帰属することが一切なく、経営幹部の報酬も地域住民代表たちによる報酬委員会で決定される仕組みのため、補助金を使わずに貯め込む誘因がない。

厚生労働省直轄病院グループは新型コロナ関係補助金を余らせ利益計上

これに対して日本では、補助金を受け取りながらコロナ患者を受け入れない幽霊コロナ病床が大きな政治問題になっていることに加えて、補助金を受け取った病院が大幅な増益になっているとの批判が生じている。その事実を検証することは、民間病院については彼らを所轄する自治体に財務諸表の情報開示請求をする手間がかかるが、国公立病院については各病院や所轄庁の WEB サイトに財務諸表が開示されているので比較的容易である。

そこで、厚生労働省直轄である国立病院、地域医療機能推進機構 (通称 JCHO) 病院、労災病院の財務諸表から補助金と経常利益の関係を整理してみた。財務諸表には新型コロナ関係補助金と従来からの補助金の内訳が書かれていないが、各病院グループが 2020 年度に受け取った新

型コロナ関係補助金額は、2020年度と2019年度の補助金総額の差額で類推できる。そして本稿執筆中の10月11日に開催された財政制度等審議会分科会の資料によって、新型コロナ関係補助金は国立病院が980億円、JCHO病院が311億円であったことが判明した（労災病院は同資料に記載なし）。また、新型コロナ関係補助金額のうちコロナ医療に使われなかった金額は、2020年度と2019年度の経常利益の差額で類推できる。以上の結果、「新型コロナ関係補助金額」に対して「コロナ医療に使われなかった金額」は、国立病院が980億円対553億円、JCHO病院が311億円対172億円、労災病院が300億円対114億円ということになる。

図表1 厚生労働省直轄病院グループの財務データ (百万円)

() 内は病院数		2019年度 (A)	2020年度 (B)	(B)-(A)
国立病院 (140)	医業収入	996,905	1,055,092	+58,187
	補助金以外	991,522	950,547	-40,975
	補助金	5,383	104,545	+99,162
	医業費用	983,294	986,003	+2,709
	医業外収益補助金	1,035	1,584	+549
	補助金計	6,418	106,129	+99,711
	経常利益	2,301	57,619	+55,318
JCHO病院 (57)	医業収入	359,325	377,647	+18,322
	補助金以外	358,090	345,455	-12,635
	補助金	1,235	32,192	+30,957
	医業費用	353,362	354,556	+1,194
	医業外収益補助金	65	208	+143
	補助金計	1,300	32,400	+31,100
	経常利益	4,165	21,337	+17,172
労災病院 (32)	医業収入	288,023	280,702	-7,321
	補助金以外	287,843	277,785	-10,058
	補助金	180	2,917	+2,737
	医業費用	296,068	304,611	+8,543
	業務外収入（雑収入と補助金） 2020年度の増加はコロナ補助金	4,086	31,313	+27,227
	補助金と業務外収入計	4,266	34,230	+29,964
	経常利益	▲3,959	7,404	+11,363

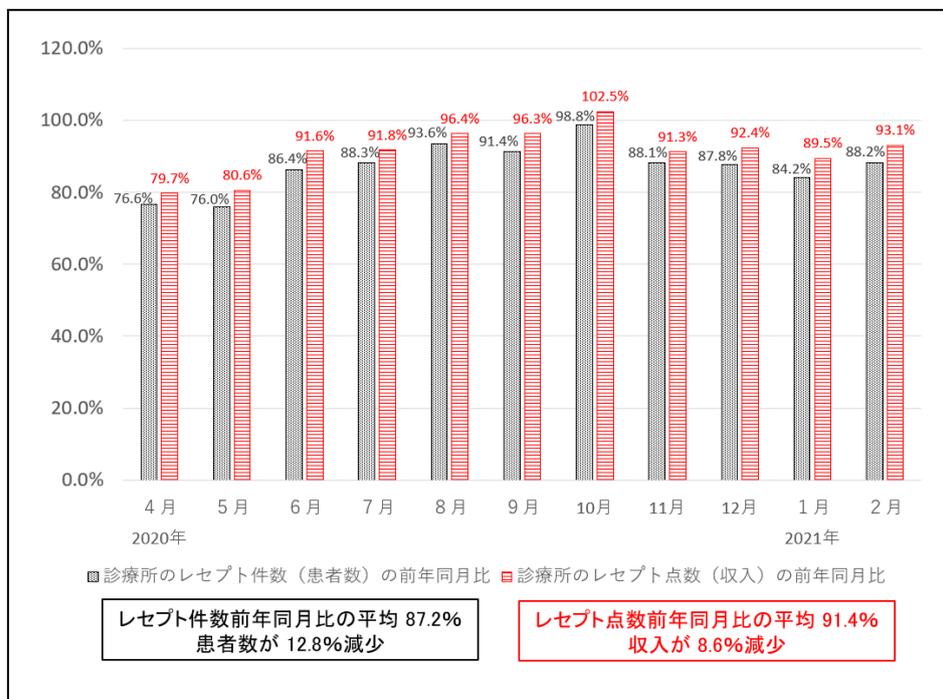
(出所) 各病院グループがWEB公開している財務諸表から筆者作成

つまり、補助金が使われずに内部留保された割合が国立病院で 56%、JCHO 病院で 55%、労災病院で 38%なのである。民間病院の中には補助金でコロナ病床を設置したと報告しているながらコロナ患者受け入れ実績ゼロの病院があることから、民間病院の補助金内部留保割合はもっと高い可能性がある。英国の場合、世界最大の公立 IHN である NHS イングランドの WEB サイトの中の「COVID-19 Hospital Activity」(<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/covid-19-hospital-activity>) で全ての公立病院のコロナ病床稼働状況データが日々更新されて国民に開示されていることが、コロナ政策に対する国民からの信頼につながっている。厚生労働省は、新型コロナ関係補助金を受けた医療機関全ての補助金使用とコロナ病床稼働の状況を検証し国民に説明すべきである。

診療報酬特例措置は診療所に赤字補填に止まらず増益をもたらしている

人々が医療機関に行ってコロナウイルスに感染することを恐れて受診を控えたことから診療所が経営難に陥っているとの訴えがあり、政府は特例的な診療報酬加算を行った。この診療報酬加算の妥当性を評価する上で重要なデータが、2021 年 7 月 7 日に開催された第 482 回中央社会保険医療協議会で発表された。図表 2 のとおり、2020 年 4 月から 2021 年 2 月の 11 ヶ月間の平均で診療所のレセプト件数(患者数)は前年同期比 12.8%減少、レセプト点数(収入)は 8.6%減少であった。その差 4.2%(12.8%－8.6%)は、診療報酬加算による単価引き上げ効果と見なすことができる。

図表 2 2020 年 4 月から 2021 年 2 月における診療所のレセプト件数・点数の前年同月比

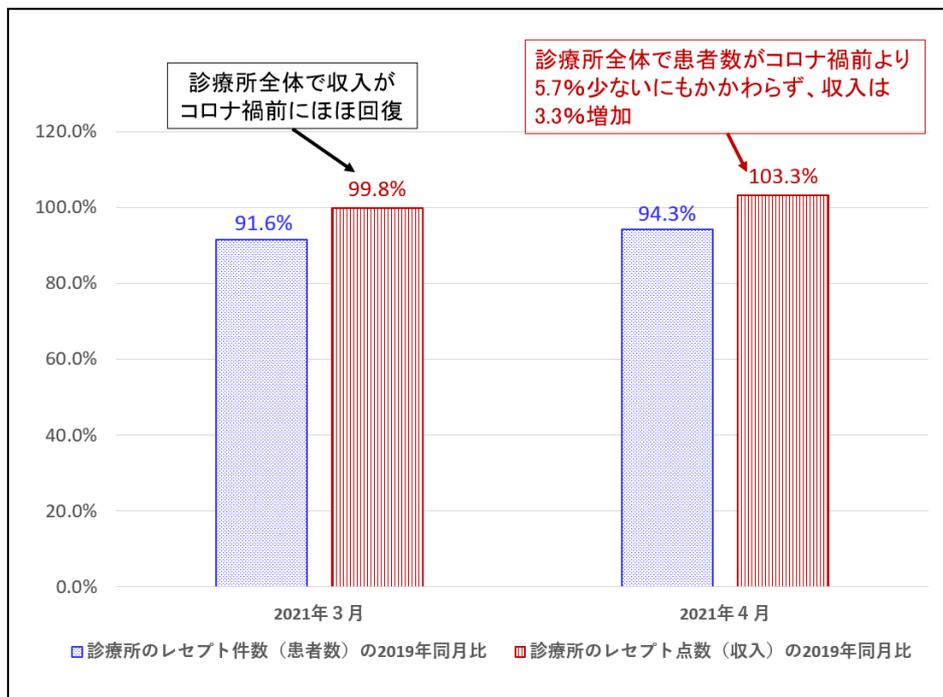


(出所)2021 年 7 月 7 日開催第 482 回中央社会保険医療協議会資料から筆者作成

疑問は約1年間患者が12.8%減少することが診療所の存続危機や医療崩壊を招くほどの一大事なのか？という点だ。結論を言えば、診療報酬加算がなく年間収入が12.8%減少になっていたとしても、診療所の財務内容を考えれば医療崩壊など起きないと断言できる。筆者が2020年6月に当研究所WEBサイトで公開したレポート「東京都・大阪府・愛知県大都市圏の医療法人決算届集計結果」とおり、診療所経営医療法人の平均売上高は2億4千万円、平均純資産額は1億4千万円（設立後10年以上経過した医療法人では主として現預金で積まれている）であり、収入が3千万円（2億4千万円×12.8%）減少しても資金繰りに問題なく人件費等の固定費吸収も容易だからである。そもそも診療所医師には経営が困難であれば勤務医になる道がある。それは病院の医師確保になるのだから短期的な診療所の患者数減少によって医療崩壊など起きない。

より重大な疑問は、診療報酬加算が不適切に過大なのではないか？という点である。図表3のとおり、2021年3月時点で診療所収入は2019年3月とほぼ同額まで回復した。そして4月には、2019年4月に比べて患者数が5.7%少ないにもかかわらず収入は3.3%増加となった。収入がコロナ禍前の水準100%に戻るだけで診療所は通常の利益が出ているはずである。したがって、この3.3%は診療報酬加算による診療所に対する特別ボーナスであり、コロナ禍の営業自粛要請により存亡の危機にある飲食店経営者からすれば到底容認できない給付である。9月15日開催の第488回中央社会保険医療協議会の資料「令和4年度診療報酬改定に向けた議論（次期改定の論点等）」の概要に「診療報酬における特例的な対応は、現場での負担に鑑みれば必要であるが、実際にかかっている費用も含め、その評価は定量的な根拠に乏しいため、効果の検証が必要。」との指摘があるのも当然である。

図表3 2021年3月と4月における診療所のレセプト件数・点数の2019年同月比



(出所) 2021年7月7日開催第482回中央社会保険医療協議会資料から筆者作成

このコロナ禍における診療所に対する診療報酬加算は、診療科によって大きく異なる。図表 4 は、図表 3 を診療科別に見たデータである。小児科の場合、2021 年 4 月は患者数が 2 年前より 13.4% 少ないのに 6.4%もの増収である。診療所の中で最も数が多い内科でも、患者数が 8.8%減少したのに反して 2.3%の増収である。注目すべきは、整形外科、皮膚科、産婦人科の場合、2021 年 4 月に患者が 2 年前より増えて絶好調であるにもかかわらず加算による単価アップが見られることである。

図表 4 2021 年 3 月と 4 月における診療所のレセプト件数・点数の診療科別 2019 年同月比

診療科	2021 年 3 月の 2019 年 3 月比			2021 年 4 月の 2019 年 4 月比		
	件数 A (患者数)	点数 B (収入)	B-A 加算効果	件数 C (患者数)	点数 D (収入)	D-C 加算効果
小児科	84.2%	97.7%	+13.5%	86.6%	106.4%	+19.8%
内科	89.2%	99.5%	+10.3%	91.2%	102.3%	+11.1%
眼科	92.0%	102.5%	+10.5%	97.4%	107.3%	+9.9%
耳鼻咽喉科	77.4%	81.1%	+3.7%	77.9%	86.7%	+8.8%
外科	82.0%	88.9%	+6.9%	84.1%	90.5%	+6.4%
整形外科	103.8%	109.4%	+5.6%	105.9%	109.8%	+3.9%
皮膚科	101.9%	103.4%	+1.5%	103.8%	107.0%	+3.2%
産婦人科	107.0%	109.3%	+2.3%	107.8%	109.6%	+1.8%
その他	105.6%	108.0%	+2.4%	106.9%	107.9%	+1.0%

(出所)2021 年 7 月 7 日開催第 482 回中央社会保険医療協議会資料から筆者作成

3. 新常態に向かうプロセスにおける論点

2021 年 7 月 29 日にバイデン大統領が連邦職員にワクチン接種を義務付ける決定をしたことを踏まえて、連載第 7 回でワクチン接種義務化を巡る論点について述べたが、その後共和党知事の反発などもあり新常態に向かうプロセスにおける論点がより具体的になってきた。また、日本でも社会経済活動の新常態移行に向けて接種証明活用の方法などが政策テーマになっている。そこで、米国の最新事情を紹介する。

ニューヨーク州知事が医療従事者の接種義務化を決定したが医療機関側に混乱なし

2021 年 9 月 29 日、ニューヨーク州のキャシー・ホウクル知事が、医療従事者たちにワクチン接種を義務つける知事命令に署名した。これは、8 月 16 日に発表された州政府の方針であり、医療従事者は 9 月 30 日までに 1 回目接種を済ませておくことが雇用継続の条件とされた。日本の新聞がニューヨーク州内の病院が接種拒否職員の離職によって大きな影響を受けているとの記事を掲載していたが、実際はほとんど医療現場に混乱は起きていない。それには州政府が未接種で解雇さ

れる職員の穴を埋めるために州兵の中で医療業務ができる者、引退した医療従事者、他州の医療従事者を確保する体制を作ったことの効果もあるが、労働省の「接種を拒んで失職した者は、医師による医学上の合理的理由の提示がないかぎり失業給付をもらうことができない」という指針の存在が大きい。以下の事例が、ラストリゾート機能を担う IHN では接種義務化による職員離職の影響がほとんどなかったことを示している。

◆米国で最大の公立 IHN である NYC Health + Hospitals system の職員 43,000 人のうち 9 月時点で未接種の看護師が約 500 名いたが、仮に彼らが離職した場合に備えて追加看護師人員 500 人を確保していた。なお、9 月 30 日時点で未接種を理由に解雇されてもその後接種すれば復職できるので、実際に接種を拒んで離職した者は少ない。また、看護師が離職する最大の理由は、コロナ禍の医療現場で燃え尽きたためであり、接種義務化ではない。

◆NY 州最大の非営利民間 IHN である Northwell Health の場合、職員 67,000 人のほぼ全員がワクチン接種したことに加えて、コロナ禍の医療応援部隊として引退した職員、ボランティア、医療関連学生で約 3,000 人を確保していた。Northwell Health は、職員に対するワクチン啓蒙教育で成果をあげた。未接種者からは「本当に我々を解雇するのか」という質問が多かった。これには「雇用の問題は脇に置いて、まずあなたの安全を考えなさい。なぜワクチン接種を拒むのか?」と回答し信頼関係を作った。

◆New York-Presbyterian health system (コロナピア大学とコーネル大学が共同で設立した非営利民間 IHN) は、早い時期から職員のワクチン接種に取り組んだので、職員 48,000 人のうち 9 月時点で未接種は 250 人足らずであった。

◆ニューヨーク大学の連結決算対象になっている非営利民間 IHN である NYU Langone health system でも 9 月時点で職員の接種率は 99% だった。医療現場でスタッフが感染したりミスが発生することが看護師の離職につながる。これに対して、接種が進んだ病院ではそのリスクが小さくなるので、接種義務化で看護師採用が容易になるというメリットがある。ニューヨーク大学医学部医療倫理学ディレクターであるアーサー・カプラン氏は、インタビューで「患者第一なのは Ethical no-brainer (倫理的には結論は明白)。医師の選択が 1 番でないし、看護師の心配が 1 番でもないのだ。」と指摘している。

共和党が学校でのマスク義務化に反対している

ケンタッキー州のアンディ・ベシア知事(民主党)は、コロナ感染者が急増して医療が逼迫し学校で学級閉鎖が多発しているため、公立学校と児童ケアセンターでのマスク着用義務化を命令した。CDC(疾病管理予防センター)も教室で生徒と教師がマスクすることを推奨している。これに対して、2021 年 9 月 9 日、共和党が与党である州議会が、公立学校でのマスク着用義務化を無効とする法律を成立させた。そこで、知事が拒否権を行使した。すると州議会が知事の拒否権を無効とする決議を行ったのである。共和党議員の多くはマスクをしていない。彼らの主張は、「マスク着用の決定は各学校や児童ケアセンター、自治体、企業の判断に任せるべきだ」というものである。知事によれば、ケンタッキー州には重症患者を診る ICU が 90 床しかなく、州内の病院の 3 分の 2 は医療スタッフ不足である。そこで州兵医療スタッフから 300 人以上を 21 の病院に派遣した。

10月5日、バイデン政権は、アリゾナ州ダグ・デューシー知事(共和党)に対して、州政府がワクチン接種を義務化していない学校に対して付与する新しい教育補助金の財源として連邦政府がコロナ対策で州政府に与えた補助金を使うことを禁止することを通告した。この教育補助金プログラムは、マスク義務化を禁止する州政府の方針を無視する学区に圧力をかけるために作られたものだからである。また、フロリダ州は、マスク義務化禁止を受け入れなかった学区に対して教育委員会の報酬財源をカットした。教育省は、マスク義務化を選択した学区に対してカットされた報酬財源を補填する補助金を出した。これらの措置は、マスク義務化に反対する共和党知事たちに対するバイデン大統領の反撃である。

連邦判事がワクチン接種義務化反対派の主張を退けた

バイデン政権が打ち出した公務員、医療従事者、学校職員に対するワクチン接種義務化の方針に反対する人々が9月以降10件以上の接種義務化差し止め訴訟を起こしている。彼らが反対する理由は、「ワクチンは実験段階のもので危険である。接種義務化はニュルンベルク綱領に反する。」というものである。ニュルンベルク綱領とは、第二次世界大戦中にナチスドイツが強制収容所などで行った数多くの非倫理的な人体実験の反省から1947年に策定されたものであり、「医学上の実験には被験者の自発的な同意が絶対に必要である」という原則を掲げている国際的倫理指針である。

これに対して各州裁判所は彼らの主張を退けていたが、10月18日、連邦判事が初めて同じ判断を示した。連邦判事は、その理由を「ワクチンが実験段階のもので危険という原告の主張は、米国内のトップクラスの医療・公衆衛生の専門家たちから支持されていない。接種義務化政策は、ワクチン接種を受け入れるか、宗教上または医学の上の理由で接種できないことを主張するか、他の職業に転じるか、という選択権を公務員たちに与えている。」と説明している。

介護施設の接種状況がオンラインでわかるようになった

2021年9月21日、公的医療保険制度であるメディケアとメディケイドを所管する保健省の下部機関 The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)が、全国のNursing Homes(介護施設)における職員と入居者のワクチン接種状況が分かるアプリを運営開始した。これは、介護施設への入居を検討している人々、消費者グループや政治家たちからの強い要望に応えたものである。

そのWEBサイトのアドレスは <https://www.medicare.gov/> である。最初の画面で[Find Care Providers]をクリックすると医師、病院、介護施設、在宅ケアサービス事業者、ホスピス施設、リハビリ入居施設、長期療養病院、透析施設の表示が出てくる。これは、人々が米国にあるこれらの医療関連施設の全ての評価情報を見ることができていることを意味している。ここで[Nursing Homes]をクリックして希望する介護施設の地域を入力すると介護施設の一覧が画面に現れる。その中の介護施設を選んでクリックすると職員の質の評価、過去の監査結果などと共に[View COVID-19 Vaccination Rates]のボタンがある。これをクリックすると、その介護施設の職員の接種率、入居者の接種率並びに米国全体と所在地州の接種率が表示される仕組みである。

大学が厳格なコロナ感染予防策の下で新常態に移行

バイデン大統領が7月に制限措置を解除したことを受けて、米国内の大学はCOVID-19と共生する新常態に移行している。そのコロナ感染予防策の状況は、ハーバード大学のWEBサイトにある[COVID-19 Information: Keep Harvard Healthy] <https://www.harvard.edu/coronavirus/> から知ることができる。そこには、次のような様々な情報が開示されている。

◆2021年10月8日時点におけるワクチン接種率は大学職員が97%、学生が96%である。このデータは毎週更新される。

◆直近7日間における大学関係者PCR検査件数と学部学生、大学院生、大学職員別の新規陽性者数が棒グラフで表示されている。ちなみに、10月17日はPCR検査数2,685に対して新規陽性者は大学院生が1名、10月18日はPCR検査数6,939に対して新規陽性者は大学院生5名、大学職員4名、10月19日はPCR検査数4,022に対して新規陽性者は大学院生1名、大学職員1名であった。

◆その時点の隔離対象者と検疫対象者の人数が開示されている。

ハーバード大学は、大学キャンパスに出入りする全ての人にワクチン接種を義務付けている。また、ワクチン接種の有無、キャンパス内に住んでいるかどうか、居住地域の感染率などに応じて一人ひとりに定期的に検査を受けるルール内容を決めている。

英国のオックスフォード大学も類似の仕組みを実行しており、コロナ対策のWEBサイト <https://www.ox.ac.uk/coronavirus/health> でその全体像をつかむことができる。また、同地域を所管する自治体のWEBサイト <https://www.oxfordshire.gov.uk/> を見ることも非常に有益である。新常態に移行するためには日本の大学も早急にコロナ感染予防策を明確にする必要があるように思われる。

4. その他のトピックス

米国経済の新常態移行スピードを左右するヘルスケア雇用者数

図表5のとおり、米国の非農業部門雇用者(民間部門雇用者+政府部門雇用者)数は、コロナ禍が始まって間もない2020年4月に130,161,000人で底を打ったが2021年8月時点になっても2020年1月の152,234,000人を500万人近く下回ったままである。その要因の1つがヘルスケア産業の雇用者数が2020年1月の16,460,200人⇒2021年8月15,985,900人とコロナ禍前の水準に戻っていないことにある。保健省の推計によれば、2020年の国民医療費は4兆ドルに達しGDPに占める割合は18.0%になった見込みである。また、2021年8月時点で連邦立・州立・市郡立病院で働く者1,452,600人を加えたヘルスケア産業の雇用者数17,438,500人が非農業部門雇用者全体に占める割合は11.8%である。したがって、ヘルスケア産業における雇用者数が米国経済の新常態移行スピードのバロメーターの1つとして注目されているのである。

図表 5 米国のコロナ禍の下での雇用者数

	2020年1月 (A)	2020年4月	2021年8月 (B)	(B)-(A)
非農業部門雇用者	152,234,000	130,161,000	147,359,000	-4,875,000
民間部門	129,445,000	108,335,000	125,252,000	-4,193,000
製造業	12,792,000	11,414,000	12,420,000	-372,000
ヘルスケア	16,460,200	14,875,500	15,985,900	-474,300
一般病院	5,070,600	4,954,800	5,000,000	-70,600
精神科・中毒科病院	159,800	150,400	153,000	-6,800
介護施設	1,586,500	1,534,300	1,360,700	-225,800
高齢者居住施設	975,000	937,400	887,100	-87,900
診療所（精神以外）	2,657,900	2,370,200	2,648,800	-9,100
精神科診療所	58,600	53,900	62,400	+3,800
歯科診療所	987,900	436,300	1,018,500	+30,600
一般外来センター	730,100	666,500	736,700	+6,600
精神外来センター	264,800	249,600	274,200	+9,400
在宅ケア	1,540,200	1,433,300	1,498,100	-42,100
その他ヘルスケア	2,428,800	2,088,800	2,346,400	-82,400
その他	100,192,800	82,045,500	96,846,100	-3,346,700
政府部門	22,789,000	21,826,000	22,107,000	-682,000
連邦政府	2,852,000	2,883,000	2,886,000	+34,000
連邦立病院	356,400	354,000	359,800	+3,400
その他	2,495,600	2,529,000	2,526,200	+30,600
州政府	5,284,000	5,074,000	5,068,000	-216,000
州立病院	393,500	398,800	401,100	+7,600
その他	4,890,500	4,675,200	4,666,900	-223,600
市郡政府	14,653,000	13,869,000	14,153,000	-500,000
市郡立病院	689,200	677,400	691,700	+2,500
その他	13,963,800	13,191,600	13,461,300	-502,500

（出所）米国労働省[Table B-1. Employees on nonfarm payrolls by industry sector and selected industry detail]から筆者作成

なお、図表 5 で注目すべき点を列挙すると次のとおりである。

*病院の雇用者数が 2020 年 1 月 5,070,600 人⇒4 月 4,954,800 人と 2.3%減少した理由は、通常医療が縮小したことで営利病院が合理化したこと、コロナ医療で燃え尽きた医療スタッフが離職したことにあるが、病院全体としては職員を維持できている。

*コロナ禍で15万人以上の死亡者が出た介護施設の雇用者数の減少が、2020年1月1,586,500人⇒4月1,534,300人⇒2021年8月1,360,700人と止まっていない。高齢者居住施設も同様の状況にある。

*歯科診療所の雇用者数は2020年1月～4月の短期間に半減(987,900人⇒436,300人)したが、2021年8月時点では1,018,500人とコロナ禍前を3万人以上上回っている。

*連邦立・州立・市郡立病院の雇用者数は、コロナ禍前より増えている。

AIのバイアス解消に取り組まねばならない

2021年9月21付けModern Healthcare誌WEBニュースによれば、AI基盤の早期診断ツールが登場しているが、その予測アルゴリズムが不正確で、既存の健康格差を拡大させるリスクがあることが分かってきた。AIにある潜在的バイアスに注意する必要があるのだ。これは、医療においてはプライバシー保護よりも重要な問題である。そのため、連邦取引委員会は、AI利用が差別助長にならないように警告している。保健省も、AI利用が医療アクセスにおいて人種差別を招くことがあってはならないと注意喚起している。WHOも同様な警告を2021年6月に出している。

問題解決の方法の一つは、AIに患者が抱える社会的要因も学ばせることである。AIが多様性を理解していないと一部の人の診断にミスをおかす可能性が高まるからである。医療データベースの多くは、医療利用が多い白人患者のデータ中心である。AIで診断するのであれば、有色人種のデータも取り込む必要がある。この指摘は、連載第1回で紹介した新しい社会科学 Population Health の考え方と一致している。

カイザーとメイヨーが在宅急性期ケア普及のため新団体設立

本連載で何度も取り上げてきた米国の非営利民間 IHN の代表格である Kaiser Permanente (以下カイザー)と Mayo Clinic (以下メイヨー)は、事業展開する医療圏は異なるが医療イノベーションの先駆者としてのブランド競争をしているライバル同士である。2021年10月14日、その両雄が在宅で病院入院と同等の急性期ケアを研究開発、普及させるための団体 The Advanced Care at Home Coalition を設立したと発表した。新団体の発起人にはカイザーとメイヨーに加えて在宅ケア事業を展開する企業 Medically Home が加わっている。連載第7回で紹介したとおり、カイザーは、コロナ感染自宅療養者に対するオンライン診療大規模実験を行い、オンライン診療で病院入院時と同等の医療ケア提供ができることを証明した。メイヨーも同様のプロジェクトを行い9月にその成果を発表していた。カイザーとメイヨーは、喘息、うっ血性心不全、肺炎、慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者に対してもオンライン診療で入院医療と同等の急性期ケアを提供できると確信した。コロナ禍が収束した後もこれらの通常疾患の患者にオンライン診療を組み合わせた在宅ケアを拡充することは、保健省の新しい改革テーマである。そこで、カイザー、メイヨー、Medically Home が The Advanced Care at Home Coalition を設立したのである。

この団体は、米国の近未来の医療提供体制を変革する可能性がある。なぜなら、米国の医療界を代表する大規模 IHN や病院が多数参加しているからである。例えば、Johns Hopkins Medicine (本部所在地メリーランド州、2020年6月期収入71億ドル、ジョンズホプキンス大学グループ、詳

細は連載第 5 回参照)、Michigan Medicine (同ミシガン州、同 47 億ドル、ミシガン大学グループ)、Geisinger Health (同ペンシルバニア州、同 71 億ドル、医療情報活用で有名)、UNC Health (同ノースカロライナ州、同 44 億ドル、州最大の IHN)、ProMedica (同オハイオ州、2019 年 12 月期収入 69 億ドル)である。オンライン診療を含むデジタルヘルスに関する彼らの研究開発と実践が進めば、公的医療保険であるメディケアとメディケイドの診療報酬体系が大きく変わると予想されている。

連載第 4 回で解説したとおり、英国は世界最大の IHN である NHS イングランドがカイザーとメイヨーが目指す The Advanced Care at Home Coalition の機能を持ち医療イノベーションを進めている。カナダ (連載第 2 回)とオーストラリア (連載第 3 回)も州立病院を核にした IHN を構築して医療イノベーションを迅速に社会実装する体制にある。

これに対して日本は、医療制度の変革を立案し社会実装を支援する使命を持つ医療行政当局、政治家、大学に諸外国で進んでいる世界標準の医療イノベーションを観察している人がいないため、政府が作成する医療改革案は的外れな状態が繰り返されている。パンデミック対策に止まらず彼らに世界標準の医療イノベーションを体感してもらうためにも、国立大学附属病院を含む国公立病院を原則都道府県単位で経営統合して全国に公立 IHN を配置することが必要なのである。

以上