

交通弱者の医療アクセスと、ライドシェアサービス

—米国における取組みと、ポスト・コロナの展望—

松尾美和
MATSUO, Miwa

神戸大学経済経営研究所准教授

1——米国における交通弱者の医療アクセス問題

自動車依存度の高い米国では、自分で自由に自動車を運転できない交通弱者は、医療へのアクセスに深刻な問題を抱えている。2017年時点で580万人もの米国民が、交通手段を確保できないために来院を遅らせているとも言われており、診療・治療を欠席したケースの内25-50%が交通関連の原因によるとされている^{1), 2)}。

通院の遅延や頻度低下は、患者にも医療提供者にも好ましくない。例えば精神疾患や喘息、糖尿病、慢性腎臓病は交通弱者に多く見られ、定期的な管理が必要とされる²⁾。しかし、交通弱者は通院を怠って症状を悪化させ、救急医療利用や入院となることが少なくなく、費用は高く予後は悪くなりやすい。また医療提供者側にとっても、診療・治療への遅刻や無断キャンセルは生産性低下の深刻な要因となっている²⁾。

これらの問題を受けて、低所得者向け公的医療保険であるメディケイドでは、年間30億ドルの非救急医療交通の補助を行ってきた³⁾。この補助事業は患者に定期的な通院を促すことで、慢性疾患の状態管理や病気予防を通じて49億ドル相当もの便益をもたらし、6.07倍の費用対効果があると推計されている⁴⁾。

また高齢者及び障害者向けには、医療アクセスに用途を限定しない交通サービス、ADA (The Americans with Disabilities Act) パラトランジットが提供されてきた。これは、1990年の米国障害者法により、路線バスや軌道交通などの固定ルートの公共交通を提供する事業者提供が義務付けられており、主にオンデマンドバスの形で実施されている。ADAパラトランジットは基本的にドアツードアのサービスで、乗降介助も受けられる。しかし通常前日までには予約をする必要があるうえ、定時性が低く、交通所要時間も長く、利用者にとっては不便なものであった⁵⁾。また、運行する側にとっても補助金頼みの高コスト事業で、事業効率の改善が急務であった⁵⁾。

2——非救急医療交通へのライドシェアサービス利用

米国では2010年代にUberやLyftが誕生し、スマートフォンアプリを利用した有償ライドシェアサービスが普及した。有償ライドシェアが一般になるにつれ、非救急医療交通事業

者やADAパラトランジット事業者の間では、これらの先進的なライドシェアサービス事業者との提携による業務改善が模索されるようになった^{3), 5)}。

WolfeとMcDonaldの2020年の研究は、コロナ禍直前時点までにどの程度、非救急医療交通にライドシェアサービス事業者利用が行われていたかを調査したものである。これによると、2005年から2018年1月末までの間に53の事例が検出され、それらの取り組みは以下の三つの種類に分類されることが明らかとなった。

一つ目は医療サービス提供者が既存ライドシェアサービスを交通手段として予約・提供しているもので、最も多くの事例が観測された。これらは、医療者側で来院予約と交通手段の予約を一括して行い、さらに支払情報も管理することで、患者の来院を確実にすることができる。また、リアルタイムで患者の位置情報が把握できるため、遅刻への柔軟な対応も可能となる。このサービスを実施するには医療情報保護に対応したシステム構築が必要となるが、2016年にボストンのCirculation (翌年Lyftと提携) が、事業を開始して以降、開発・普及が進んだ⁶⁾。現在ではライドシェアサービス大手であるLyftとUberが、非救急医療交通においても二大プラットフォームとして機能している。

二つ目は医療保険の会社がライドシェアサービスと提携しているものである。米国では低所得者や高齢者など一部の人々以外は公的医療保険の対象外であり、民間の高額な医療保険に加入するのが一般的である。これら民間医療保険会社の一部が、付帯サービスとして非救急医療交通を提供し始めたのだ。例えばBlue Cross and Blue Shieldという大手保険会社はLyftと2017年5月に事業提携し、公共交通過疎地に住む保険加入者の通院に対してLyftを無料で利用できるようにした。本サービスはその後、薬局へのアクセスに対しても利用可能になった。米国の救急医療費は非常に高額であるため、定期的な通院を促して重症化を防ぐことは患者だけでなく保険会社にとっても利益になるのである。

三つ目は、既存のオンデマンド交通の供給者がライドシェアサービスと提携しているものである。最も早い事例としてはMassachusetts Bay Transportation Authority (MBTA) の事例があげられる。MBTAのパラトランジット事業部門

RIDEは、2016年9月に複数の既存ライドシェアサービスとの提携プログラムを開始した。RIDEの利用対象者は、各月に規定回数、事前に選んで登録したライドシェアサービスを割引料金で利用できる。ライドシェアサービス利用時には、既存のRIDEサービスと違って乗車介助などは行われないが、介助の必要性が低い利用者にとっては利便性が高く好評で、MBTAとしてもコスト削減につながった。

これらの事例研究を通じてWolfeとMcDonaldは、ライドシェアサービスは非救急医療交通と親和性が高く、医療提供者、患者、保険会社、そして公共交通事業者にとってメリットが大きいと論じている。ライドシェアサービスは従来のオンデマンド交通やADAパラトランジットよりも利便性・定時性が著しくすぐれている。このため、従来の非救急医療交通サービスよりも、診療・治療への遅刻や無断キャンセルを削減する効果が高いと期待でき、患者の健康維持だけでなく、医療提供者の経営効率改善、保険会社の利益向上につながると考えられる。更に公共交通事業者にとっても、経営負担の大きいADAパラトランジット事業の一部をライドシェアサービスに移管することで、車両やドライバーといった固定費用を削減して、運営効率を改善することができる。実際、Rochlinらの2019年の研究では、非救急医療交通プログラムはライドシェアサービスとの提携によって、利用者一人当たり年間268ドル、総額で年5億ドル以上のコスト削減が実現した推計されている⁴⁾。

おおむね好意的に受け止められているライドシェアサービスの非救急医療交通利用であるが、万能ではない。ライドシェアサービスでは乗降時の介助が受けられないことが多く、バリアフリー車両が少ない。このため、一定以上の身体的機能低下がある場合には利用が困難であると言われている⁵⁾。2022年4月よりLyft HealthcareはLyft Assistedと呼ばれる介助付きサービスを開始したが⁷⁾、十分な供給を得るには時間がかかるため、既存の介助付きサービスと併用していく必要がある⁵⁾。

3——ポスト・コロナ時代の交通弱者の医療アクセス対策と、日本の地方医療交通への示唆

2020年初頭からのコロナ禍により、米国においても交通弱者への非救急医療交通を取り巻く環境は大きく変化した。パンデミック初期にはライドシェアサービス利用は一時的に低下し、それと同時に遠隔医療が急速に普及した⁸⁾。遠隔医療は適用可能な範囲が限られるものの、特に精神疾患の予後管理には有効であることが確認されており、交通弱者にとっての新たな選択肢として期待されている⁴⁾。8) 今後はライドシェアサービスを利用した非救急医療交通と遠隔医療との両輪で、医療アクセスを確保していくことになるだろう。

日本でも地方における通院は自動車に依存している⁹⁾。また、医療アクセスが問題となるような地方では、過疎化や高齢化、自動車依存のため地方公共交通の維持も厳しい。このた

め日本の交通弱者支援政策は、まず既存のバスやタクシー事業を検討するものの、それらでは支援困難な場合に交通空白地有償運送・福祉有償運送として有償ライドシェアサービス（自家用有償旅客運送）を認めるものとなっている¹⁰⁾。11) 現在経営困難を抱える地方公共交通では、AI（人工知能）を利用したオンデマンド交通導入などによる効率化が進められている¹²⁾。しかし、今後人口減少が深刻化すれば、AIオンデマンド交通を活用しても専業車両・専用ドライバーを確保しての事業維持が難しくなる可能性があるだろう。今後、車両やドライバーを適宜市場から調達する、自家用有償旅客運送の適用が拡大する可能性は高いと考えられる。

WolfeとMcDonaldの研究から明らかになったのは、非救急医療交通を医療費削減・医療資源利用効率化の枠組みで考えることの必要性と、一般ドライバーに非救急医療交通医療交通を担ってもらうことによる費用削減効果の高さである。今後の日本の地方交通を考える上で、学べるところがあるのではないだろうか。

参考文献

- 1) Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of community health*, 38(5), 976-993.
- 2) Wolfe, M.K., McDonald, N.C., & Holmes, G. M. (2020). Transportation barriers to health care in the United States: findings from the national health interview survey, 1997–2017. *American journal of public health*, 110(6), 815-822.
- 3) Wolfe, M.K. & McDonald, N.C. (2020) Innovative health care mobility services in the US. *BMC Public Health* 20:906.
- 4) Rochlin, D.H., Lee, C.M., Scheuter, C., Milstein, A., & Kaplan, R.M. (2019). Economic benefit of “modern” nonemergency medical transportation that utilizes digital transportation networks. *American journal of public health*, 109(3), 472-474.
- 5) Shuter, J., Rosander, C., Kim, R. S., & Brownstein, J. S. (2019). Passenger or patient? The automobile: a new frontier in health promotion. *Health promotion practice*, 20(3), 328-332.
- 6) Ashour, L. A., & Shen, Q. (2022). Incorporating ride-sourcing services into paratransit for people with disabilities: Opportunities and barriers. *Transport Policy*, 126, 355-363.
- 7) Lyft (2022). Lyft Healthcare launches Lyft Assisted, an offering for riders who want a little extra help. *Lyft Blog*. 2022/4/18 (Accessed on 2022/10/10) <https://www.lyft.com/blog/posts/lyft-healthcare-launches-lyft-assisted>
- 8) Oluyede, L., Cochran, A. L., Wolfe, M., Prunkl, L., & McDonald, N. (2022). Addressing transportation barriers to health care during the COVID-19 pandemic: perspectives of care coordinators. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 159, 157-168.
- 9) 内閣府 (2018)「平成30年版高齢社会白書」, <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html>, (アクセス日時: 2022/12/6)。
- 10) 国土交通省 (2020)「自家用有償旅客輸送ハンドブック」, <https://www.mlit.go.jp/common/001374819.pdf>, (アクセス日時: 2022/12/6)。
- 11) 国土交通省 (2022)「高齢者の移動手段を確保するための制度・事業モデルパンフレット」, <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/transport/content/001474492.pdf>, (アクセス日時: 2022/12/6)。
- 12) 金子寛人 (2022)「AIオンデマンド交通は救世主か破壊者か—100以上の地域がAIオンデマンド交通を導入、背景にある地方交通の厳しい現実」, <https://xtech.nikkei.com/atcl/nxt/column/18/02254/111500002/>, (アクセス日時: 2022/12/6)。