

《税・社会保障改革シリーズ No.46》

2020年8月27日
No.2020-020

コロナ禍における医療機関への経済支援の 在り方と今後の医療提供体制

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 新型コロナウイルス禍で医療機関の収益悪化が深刻化するなか、医療機関全体に経済支援を求める声も。本稿は、足元の患者動向と医療機関の経営状況を整理した後、経済支援の在り方とアフター・コロナの医療提供体制について考察。
- ◆ 患者動向については、まず、医科（入院と入院外）、調剤および歯科の診療種類のうち、入院外と歯科で患者数が大きく減少する一方、1件当たり点数は上昇。このことは、医師が収入を維持するために必要以上のサービスを提供する、いわゆる医師誘発需要を作っている可能性を示唆。
また、年齢や就業の有無によって受診抑制の程度に差があることが確認。具体的には、高齢者と現役就業者で相対的に患者数の減少が軽微。生活習慣病をはじめとする慢性疾患に罹っている率が高いことを考えると、感染リスクに関係なく受診せざるを得なかった事情が推察。
- ◆ 経営状況については、コロナ患者対応の有無別では、収益の悪化度合いは、対応病院の方が未対応病院に比べて大。対応病院に対しては診療報酬の引き上げなどが行われたものの、経営悪化に歯止めをかけるには至っていない模様。なお、全国保険医団体連合会による調査によると、感染リスクを恐れて患者が受診を中断した結果、病状が悪化したケースが数多く指摘。
- ◆ 医療機関への経済支援とアフター・コロナの医療提供体制に必要な視点について考察すると、以下の通り。
第1に、経済支援はコロナ患者対応医療機関に重点化すべき。現在の医療機関の経営悪化は、これまでの過剰受診による収益の水膨れが剥落した側面があることは否定できず。未対応医療機関への支援は、レセプトデータなどを分析したうえで、これまで必要な医療を提供した医療機関に限定すべき。
第2に、オンライン診療の利用拡大に向けた環境整備の推進。オンラインで懸念される医療の安全を担保する一方、患者や医療機関の要件緩和を進める必要。
第3に、かかりつけ医制度の導入。患者を継続的・総合的に診る「かかりつけ医」の存在は、オンライン診療の普及に資するのみならず、医療資源の有効活用や患者の満足度の向上につながることを期待。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 090-9976-6966

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

日本総研・調査部の「経済・政策情報メールマガジン」はこちらから登録できます。

<https://www.jri.co.jp/company/business/research/mailmagazine/form/>

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください

1. はじめに

新型コロナウイルス禍のなか、医療機関の収益悪化が指摘されている。コロナ対応医療機関を中心に政府の様々な支援策が展開されており、その支援を医療機関全体に広げるべきという意見も聞かれる。

現在の医業収益悪化の主因は明らかに新型コロナウイルスにあると考えられるが、これまで医療提供体制が抱えてきた構造問題が露呈した面もある可能性は否定できない。この場合、一律的な経済支援は、医療提供体制に内在する非効率性を温存し、結果として単なるばらまきに終わる懸念が大きい。

そこで、本稿では、本年の患者動向を整理し、医療機関の経営状況や政府による経済支援を概観した後、医療機関への支援の在り方とアフター・コロナの医療提供体制に必要な視点を考察する。

2. 患者動向

コロナ前後で患者の受診行動は、診療の種類別、医療保険制度別、都道府県別にどのように変わったのであろうか。本章では、**診療報酬明細書（レセプト）**の審査結果を用いて、2020年1月から約半年間の患者動向を整理する。レセプトとは、患者が医療機関で受けた診療内容を記した明細書であり、患者ごとに医療機関によって毎月発行される。1カ月間に同じ医療機関を複数回受診した場合は1枚、複数の医療機関を1回ずつ受診した場合は医療機関の数だけ発行されるため、1か月間における患者の延べ数を表すといえる。

なお、対象としたレセプトは**市町村国民健康保険（国保）、後期高齢者医療制度（後期）、全国健康保険協会（協会けんぽ）、組合管掌健康保険組合（組合）**の4制度であり、診療の種類は**医科（入院と入院外）、調剤および歯科**である。また、ここで使用するデータは、審査の結果。問題なしと判定された件数（**確定件数**）である。種類別をみる際には、**1件当たり診療報酬点数**（すなわち、延べ患者1人当たり単価）¹も参考にする

（1）診療の種類別

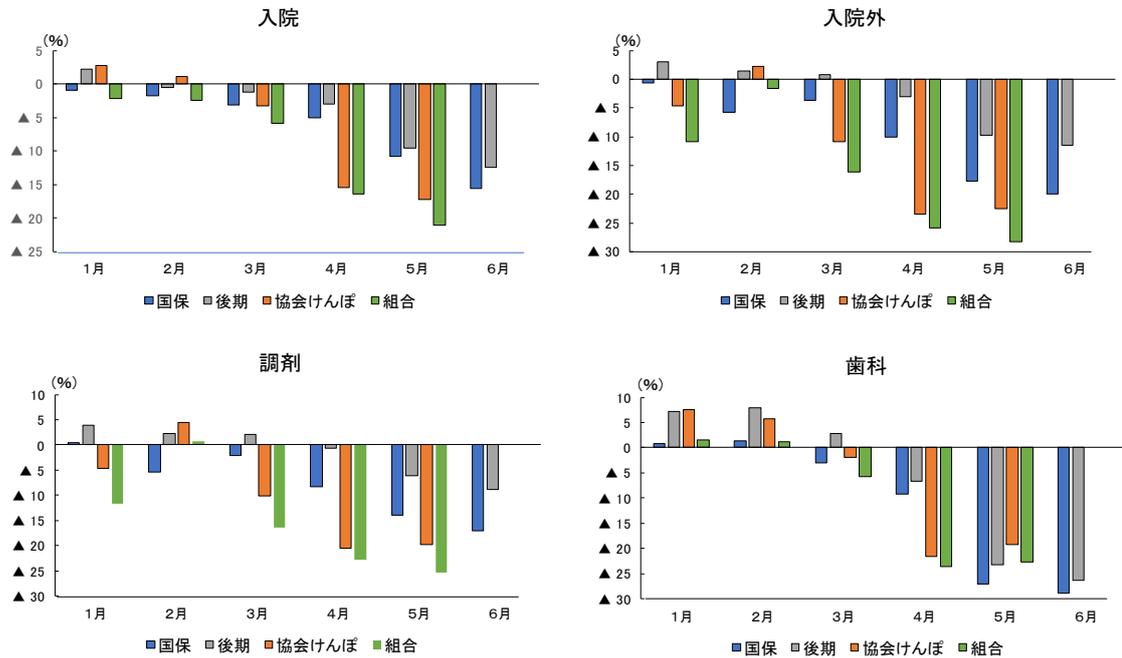
まず、入院と入院外、調剤および歯科のレセプト確定件数をみると、いずれも3月から5月にかけて前年同月比で大きく減少している（図表1）。例えば5月は、入院が医療保険制度によって差はあるものの1~2割減、入院外が1~3割減、調剤と歯科が1~2.5割減である。入院の落ち込みが比較的小さい。このことは、入院外や歯科が、通院時の感染回避のため受診を控えるといった患者サイドの要因が大きいのにに対し、入院は病床や人員の確保、緊急性を要しない手術の抑制など、医療機関サイドの事情によるところが大きいと考えられる。

一方、1件当たり点数をみると、まず、入院では、国保と後期では1月以降ほぼ同水準である一方、協会けんぽと組合の被用者制度（被用者）では4月以降年初の倍近い水準に上昇している（図表2）。入院の報酬については1日当たり定額が基本であり、入院時の治療計画で予め決まっている部分が

¹ 確定件数は加入者全員のデータであり、前年比には加入者数の増減による影響が含まれる。加入者数のデータが得られなかったため、本稿では確定件数の前年比をもって延べ患者数の前年比とみなすこととする。ちなみに、2020年1月1日時点の75歳以上は前年比2.5%増、74歳未満は0.7%減である（総務省「人口推計」）。

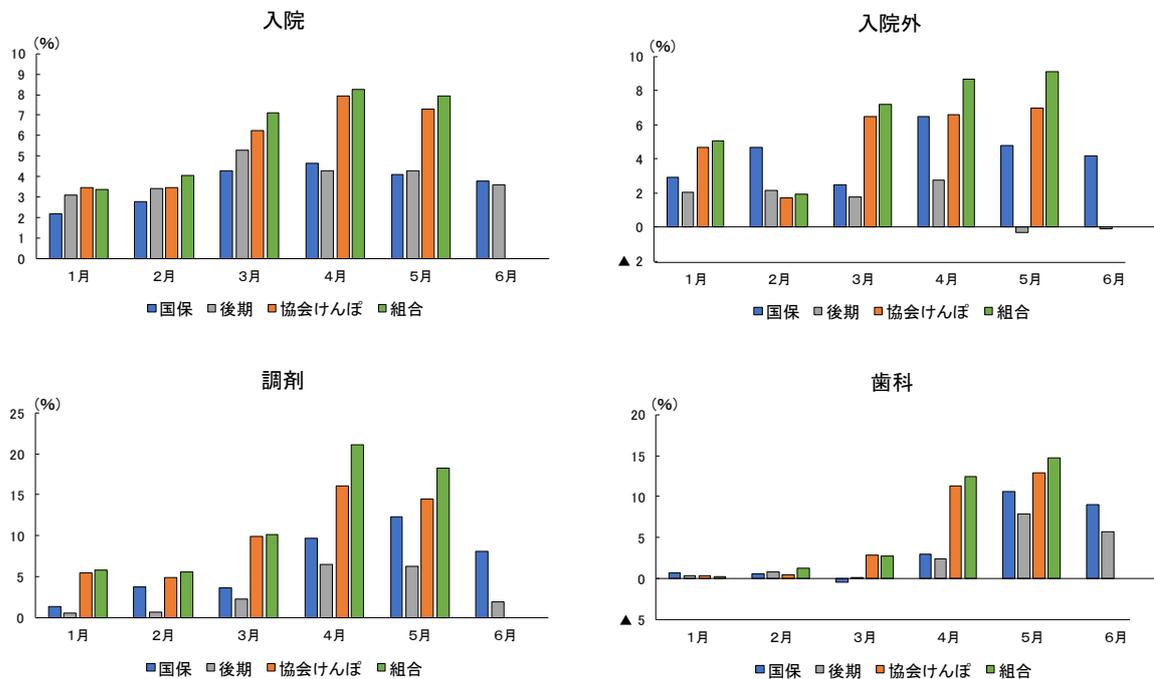
大きいと認められる。

(図表1) 2020年以降のレセプト確定件数(前年比)の推移



(資料)国民健康保険団体連合会「審査支払業務統計」、社会保険診療報酬支払基金「統計月報」。

(図表2) 2020年以降のレセプト1件当たり点数(前年比)の推移



(資料)国民健康保険団体連合会「審査支払業務統計」、社会保険診療報酬支払基金「統計月報」。

次に、入院外と調剤の1件当たり点数は、国保で4月以降、被用者で3月以降前年同月比増加している。また、歯科も同様の傾向が確認される。

調剤については、2週ごとから2～3カ月ごとなど、処方期間の長期化が反映されているといえよう。

入院外と歯科については、**医師誘発需要**が働いている可能性がある。医師誘発需要とは、医師の方が患者より医療の専門知識に詳しいことを利用して、必要以上のサービスを提供し収入の確保を図ろうとすることである。医療経済学では、情報の非対称性という市場の失敗の典型例としてかねてより知られている。処方期間の長期化は、再診料や処方箋発行料の減少につながるもので、本来なら入院外と歯科の1件当たり点数は減少するはずである。しかし、逆に増加している背景には、本来なら複数回に分けて行う治療をまとめて行ったりするという必然的なケースももちろんあろうが、歯科の歯磨き指導やスケーリングなど、本来なら必要はない、あるいは緊急性の低い治療や検査が併せて行われている可能性も否定できない。

(2) 医療保険制度別

制度別にレセプト確定件数をみると、診療の種類に関係なく国保と後期では4月以降、協会けんぽと組合の被用者では3月以降減少が加速している。後期と国保より被用者の落ち込みが大きい。なかでも後期は、対象者数の増加（75歳以上人口は2020年で前年比+2.5%）を考慮しても、入院外と調剤の落ち込み幅が現役世代に比べて軽い。

次に、協会けんぽと組合を本人と家族で分けてみると、入院や入院外などの種類には関係なく、家族の落ち込みが激しい（図表3）。ちなみに、本人の落ち込みの程度は国保とほぼ同じである。家族のなかでも、義務教育未就学者の落ち込みが大きい。例えば、協会けんぽの2020年5月の外来の確定件数の前年同月比は、本人²▲13.5%。家族▲23.6%。義務教育未就学者は▲37.0%である。

（図表3）本人・家族別被用者制度のレセプト確定件数（前年比）の推移

		協会けんぽ					組合				
		1月	2月	3月	4月	5月	1月	2月	3月	4月	5月
入院	本人	4.5	3.0	▲0.1	▲10.6	▲13.5	▲0.8	▲1.5	▲2.4	▲10.6	▲17.2
	家族	▲1.3	▲3.1	▲9.2	▲22.2	▲23.6	▲4.6	▲4.3	▲10.2	▲23.4	▲25.5
	うち義務教育未就学者	▲3.4	▲3.9	▲14.8	▲38.2	▲37.0	▲5.7	▲3.5	▲14.3	▲36.8	▲35.1
入院外	本人	▲2.2	4.4	▲6.3	▲15.8	▲15.5	▲9.9	▲0.6	▲11.0	▲16.2	▲19.3
	家族	▲10.1	▲1.7	▲18.8	▲31.9	▲34.2	▲12.6	▲3.0	▲22.2	▲36.5	▲38.0
	うち義務教育未就学者	▲10.4	▲1.4	▲21.4	▲40.6	▲46.6	▲11.9	▲2.3	▲25.0	▲45.2	▲49.3
調剤	本人	▲1.9	6.5	▲5.0	▲12.7	▲12.7	▲10.5	1.5	▲10.5	▲12.7	▲16.1
	家族	▲10.4	0.8	▲18.9	▲28.9	▲31.7	▲13.5	▲0.3	▲22.9	▲33.8	▲35.6
	うち義務教育未就学者	▲10.6	1.3	▲21.7	▲39.4	▲48.6	▲12.2	0.7	▲26.2	▲45.1	▲52.3
歯科	本人	8.1	7.5	▲1.8	▲18.3	▲16.6	0.5	2.3	▲5.2	▲17.4	▲18.1
	家族	5.0	2.1	▲3.1	▲25.5	▲23.9	2.3	▲0.4	▲6.4	▲31.2	▲28.5
	うち義務教育未就学者	3.0	1.7	▲7.8	▲33.8	▲26.0	0.4	1.1	▲11.3	▲40.8	▲29.1

（資料）社会保険診療報酬支払基金「統計月報」。

² 本人は70歳未満の者。

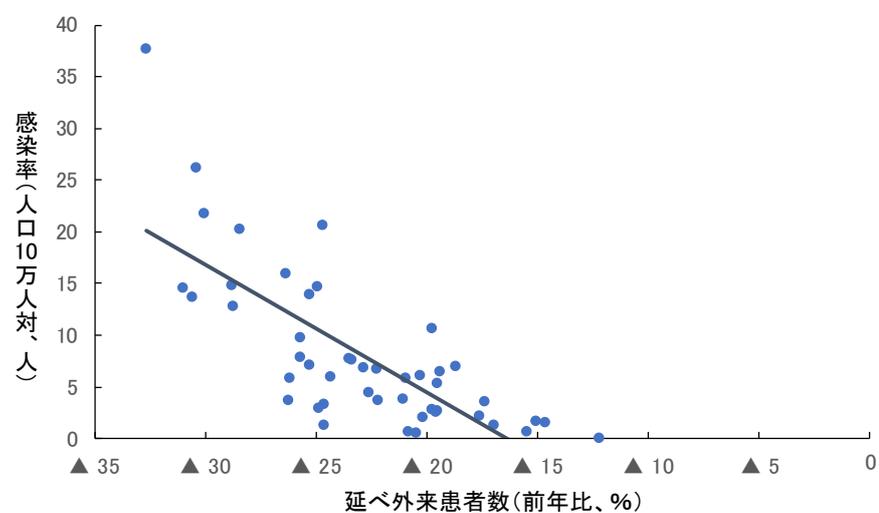
高齢者や被用者本人の落ち込みが相対的に小さい背景のひとつに、慢性疾患の主な患者が高齢者や壮年期の被用者であることが指摘される。すなわち、血糖値や血圧をはじめとする健康チェックや薬剤の処方など、定期的に受診せざるをえない事情があることを反映していると考えられる。

(3) 都道府県別

新型コロナウイルスの感染状況を見ると、地域によって大きな差がある。そこで、感染率と延べ外来患者数の都道府県データをプロットすることで、感染状況が外来患者の動向にどのような影響を与えているかみることにする。

使用するデータは、感染率は2020年5月末までの累積陽性者数(人口10万対)、延べ外来患者数は被用者制度の外来レセプト件数である。これによると、感染率の高い地域ほど外来患者数の落ち込みが大きいことが看取される(図表4)。受診抑制の要因のひとつに通院時の感染リスクの回避が指摘されているが、データのうえで改めて確認されたといえよう。

(図表4) 感染率と外来延べ患者数の関係 (2020年5月)



(資料)診療報酬支払基金「統計月報」、厚生労働省ホームページ等を基に
日本総合研究所作成。

(注)感染率は、2020年5月末までの累計感染者数の人口に占める割合。

3. 医療機関の経営状況

(1) 経営状況

患者数が減少するなか、医療機関の経営悪化が深刻化している。

まず、病院についてみると、病院団体の調査³によると、全回答病院のうち赤字の割合は4月69.4%、5月62.8%、6月67.7%であった。2019年の赤字割合は各々47.1%、34.8%、55.5%だったので、10~30%ポイント悪化していることになる。

これをコロナ患者受入・受入準備病院と未受入病院に分けてみると、受入・受入準備病院ほど経営悪化が著しいことが分かる。例えば、2020年5月の**医業利益率**(医療利益÷医業収益)は、全回答病院では2019年3.9%、2020年▲8.4%であった。これをコロナ患者受入の有無に分けてみると、

³ 「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査(2020年度第1四半期)」(一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会)。

受入・受入準備病院は2019年の3.8%から2020年には▲11.1%と大幅な赤字に転じる一方、未受入病院4.2%から▲3.6%と、3分の1の赤字幅にとどまった。

後述の通り、コロナ患者受入病院に対しては診療報酬の引き上げが行われたものの、経営悪化に歯止めをかけるには至っていない様子が伺える。

一方、診療所については、全国保険医団体連合会のアンケート調査⁴によると、まず、5月の外来患者数は、回答医療機関のうち、医科の86.8%、歯科の89.1%において減少した。また、保険診療収入については、医科の83.7%、歯科の83.0%において減少しており、30%以上減収した医療機関の割合は、医科で44.7%、歯科で58.6%に達した。

なお、注目したいのは、自由記述の部分である。慢性疾患患者が受診を抑制したり服薬を中止したため病状が悪化したケースが数多く報告されているほか、高齢者については、体力や運動機能の低下などが指摘されている。結果、入院治療が必要になったり要介護度が悪化するなど、本人の状態悪化のみならず、治療やケアに係るコストがかえって増大する事態になっている。継続的な治療が必要な患者については、いかなる状況下においても受診が確保される環境が整備される必要があるといえよう。

(2) 政府の対応

このように医療機関の経営悪化が指摘されるなか、政府はコロナ対応医療機関を中心に支援を展開している。支援は大きく**診療報酬**と**公費**の二本建てで構成されている。例えば公費では、病床の確保や医療機器導入などを支援するために「**新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金**」が2020年度第1次補正予算で創設され（1,490億円）、第2次補正ではさらに2兆2,237億円が計上され、その拡充が図られている。

具体的に、まず、診療報酬については、新型コロナウイルス感染症の重症および中等症の患者に対する評価の引き上げ、および対象患者の拡大が実施された。評価については、重症患者では特定集中治療室管理料が3倍に、中等症では救急医療管理加算が3倍に各々引き上げされた。また、対象患者については、ICUなどにおける管理が必要な患者が重症患者に追加されるとともに、急変に係るリスク管理が必要な患者が中等症患者に追加された。

一方、公費については、病床確保や医療機器整備などへの支援に加えて、①**新型コロナウイルス感染症対策従事者慰労金**と②**融資制度の拡充**が挙げられる。

慰労金については、都道府県から役割を設定され、実際に感染症患者を診療した医療機関で、患者と接する医療従事者や職員に1人当たり20万円が支給された。

融資制度については、患者減などにより経営が悪化している医療機関を対象に、独立行政法人福祉医療機構(WAM)と政策金融公庫による融資が創設された。各融資制度の対象や貸付の上限額、利率などは(図表5)の通りであり、第2次補正予算の成立(6月12日)を受け、ともに融資内容が拡充されている。具体的には、WAMでは、貸付上限や無担保貸付の上限、無利子の上限額が、これまでの一律の金額ではなく、前年同月からの減収額が反映されるようになった。また、政策金融公庫では、融資枠が国民生活事業で6,000万円から8,000万円(低減利率の限度額は3,000万円から4,000万円)、中小企業事業で3億円から6億円(同1億円から2億円)に引き上げられた。

⁴ 「新型コロナウイルス感染拡大の影響に関するアンケート(5月診療分)」。同アンケートの対象には病院も含まれるが、回答機関の94.6%は診療所である。

(図表5) 医療機関に対する融資制度

名称	医療貸付	新型コロナウイルス感染症特別貸付	
		(国民生活事業)	(中小企業事業)
実施機関	独立行政法人福祉医療機構	政策金融公庫	
対象	前年同期などと比較して減収又は利用者が減少している等	新型コロナウイルスの影響で最近1カ月の売上高が前年または前々年の同期と比較して5%以上減少	
上限	・診療所4千万円、病院7.2億円(注1)。 ・うち無担保貸付は診療所4千万円、病院3億円(注2)。	8千万円	6億円
利率	・当初5年間は診療所4千億円、病院1億円まで無利子(注3)。 ・当該金額を超えた部分は0.2%、6年目以降0.2%。	・4千万円以内の部分は当初3年間基準利率-0.9% ・4千万円を超える部分は基準利率	・2億円以内の部分は当初3年間基準利率-0.9% ・2億円を超える部分は基準利率 ・3年経過後基準利率
償還期間	15年以内(据置期間:5年以内)		

(資料)独立行政法人福祉医療機構、政策金融公庫ホームページより日本総合研究所作成。

(注1)上記金額と前年同月からの減収額の12倍のいずれか高い方が上限。

(注2)コロナ対応を行う医療機関は、上記金額と前年同月からの減収額の6倍、政策医療を担う医療機関については減収額の3倍のいずれか高い方が上限。

(注3)コロナ対応を行う医療機関は前年同月からの減収額の2倍、政策医療を担う医療機関については減収額のいずれか高い方まで無利子。

(注4)福祉医療機構は6月12日、政策金融公庫は7月0日に更新(融資枠拡大)。

4. 小括

患者動向と医療機関の経営状況を整理した結果を要すると、以下の3点である。

第1に、医師誘発需要の可能性が否定できないことである。

入院外と歯科で患者数の減少幅が相対的に大きいものの、1件当たり点数については増加幅が大きいことが確認された。一度の受診で本来なら複数回にわたる治療や検査をまとめて行っているというケースも考えられるが、医師が収入を維持するために必要以上のサービスを提供する、いわゆる医師誘発需要を作っている可能性は否定できない。

なお、今回患者が大きく減少するもと、医科、歯科ともに医療機関によって収益力の格差が拡大している可能性がある。例えば、歯科についてみると、先の全国保険医団体連合会のアンケート調査では、回答機関の約6割で5月の保険診療収入が3割以上減少した。もっとも、レセプトのデータによると、同月の確定件数は前年比▲20～▲25%、1件当たり点数は同+10%前後であり、歯科医療機関の収入の減少幅は医療機関全体で▲10～▲15%になるはずである。このことは、外来患者の維持(や誘発需要の創出)に成功した医療機関では収益の落ち込みが抑えられている一方、失敗した医療機関では収入の大幅な落ち込みを余儀なくされていることを示唆しているといえよう。

第2に、年齢や就業の有無によって受診抑制の程度に差があることである。

高齢者と現役世代では高齢者、現役世代のうち就業者と未就業者では就業者の方がレセプト数の減少率が相対的に小さかった。このことは、高齢者や就業者(とくに壮年世代)では生活習慣病をはじめとする慢性疾患の保有率が高く、感染リスクに関係なく受診せざるをえなかったことを反映していると考えられる。

仮に、彼らが受診を控えたり服薬を中止した場合、状態がかえって悪化する懸念が大きい。定期的・継続的な受診が可能な環境の確保が重要といえる。

第3に、新型コロナウイルスの感染率が高い地域では、患者が受診を控える傾向が強い。

現在、感染症患者の発症率には地域によって大きな差があるが、これまで感染率がゼロだった、あるいは低かった地域でも、患者の発生や増加が報告されている。

今後、Go to キャンペーン等により人の全国レベルでの移動の増加が見込まれることを考えると、

感染率についても全国レベルで上昇する可能性は否定できない。この場合、コロナ以外の受診患者数についても全国レベルでの減少が続くことになる。医療機関にとっては厳しい環境が続くことになる。

5. コロナ禍における経済支援の在り方と今後の医療提供体制

現在、コロナ患者受入医療機関を中心に経済支援が展開されており、このような支援を医療機関全体に広げることを求める声も聞かれる。コロナ禍における医療機関への経済支援の在り方と今後の医療提供体制について必要な視点を考察すると、以下の通りである。

(1) 経済支援はコロナ対応医療機関を重点的に

第1は、医療機関への経済支援は、コロナ対応により直接影響を受ける医療機関に重点的に行うべきである。

新型コロナウイルス感染の収束が不透明ななか、感染症患者は今後も発生し続ける見通しである。足元で中高年の患者割合が拡大していることを考えると、今後、重症・中等症患者に対する医療体制の確保がコロナ対策の重要なカギといえる。この意味において、コロナ対応医療機関に対する経済支援は最優先課題のひとつとして取り扱われる必要がある。

一方、医療機関全体に対する経済支援については、慎重に対応すべきである。

わが国の受診行動の最大の特徴は、頻度の高さである。OECDによると、わが国の1人当たり外来受診回数は年平均12.6回(2017年)であり、ドイツの9.9回(2018年)、フランスの5.9回(2017年)に比べて格段に多い。

最適な受診回数を具体的に示すことはできないが、仮にこの高い受診頻度に unnecessary な受診が含まれており、今回のコロナ渦でその部分が剥落したとするなら、それは医療資源の有効活用や医療費適正化の観点からすれば望ましい方向といえる。さらに、この傾向が続く場合、これまで必要性の乏しいサービスの提供や非効率な経営を行ってきた医療機関では事業の継続が困難になると見込まれるが、このような医療機関を存続させるために税金や保険料を使って支援を行うことが果たして妥当であろうか。

医療機関全体への支援については、患者の減少要因について、必要な医療までもが抑制されたためか、あるいは unnecessary な部分が剥落したためかをレセプトデータなどを活用して識別し、前者については支援を行い、後者については医療機関の自助努力を促すべきと考える⁵。

⁵ 地域における医療提供体制の確保は、時代にかかわらず政府にとって重要な政策課題のひとつである。もっとも、これまでの政府の対応をみると、病床過剰地域での病床新設の抑制やへき地への医師派遣など、サービス過剰地域や不足地域での供給能力のコントロールがメインだった感否めない。

既存の医療資源について、病床については地域医療構想のもとで機能の再編が進められているが、それ以外については医療機関の裁量に委ねられている部分が大きい。例えば、診療所についてみると、自由開業のもとで地域や診療科について大きな偏在が存在する。過密地域でも経営が成立している背景には、患者が少なくとも収入が保障されるように診療報酬が設定されている部分が大きく働いている疑念は拭き切れない。

今後、財政制約が一段と厳しくなるなか、これまでの護送船団方式的な医療政策は限界に直面している。医療機関、特に診療所にとっては、かかりつけ機能の強化や専門技術の向上などの差別化を進めることで、生き残る策を自ら講じていく必要があるのではなかろうか。

(2) 政府の対応

第2は、必要な受診が確保される環境の整備である。

治療や服薬の中断により状態が悪化している患者の存在が少なからず報告されていることを踏まえると、医療機関に出向かなくても診療を受けることのできる環境が整備される必要がある。その代表がオンライン診療である。

そもそもオンライン診療は、定期的な受診が必要な患者を対象に、対面診療を補完する手段として利用されてきた（飛田[2020a]）。本年4月以降は、通院で懸念される感染リスクを回避できることから、初診患者についても時限措置として適用が認められている。

オンライン診療の最大のデメリットは、医師が患者の状態を正確に把握できないことである。医師は画面を通じてしか患者を診ることができないので、患者の顔色や動きの微妙な変化や触診によって得られる情報を得ることができない。このため、初診患者を対象とする時限措置は新型コロナウイルス感染症が収束した際には廃止されることになっている。

とはいえ、オンライン診療は、通院に係る様々なコストの節約が期待されることから、働き方改革や家計の行動変容が進むもとで、新型コロナウイルス感染症が収束した後も引き続き需要が拡大することが見込まれる。医療の安全性を担保しつつ、オンライン診療の対象となる患者や実施する医療機関の要件を緩和し、オンライン診療の利便性を高める視点が必要といえよう。

(3) 「かかりつけ医」制度の導入

第3は、「かかりつけ医」制度の導入である。

オンライン診療で懸念される医療の安全性を担保すると同時にその普及を実現するカギは、患者を継続的・総合的に診る医師の存在にあると考えられる。

これまでわが国では、医療提供体制の整備については、病床を中心に進めてられてきた。医療圏ごとに必要な病床数を機能別に設定し、その実現を目指す**地域医療構想**が代表である。もともと、地域の医療提供体制のベースとなるべきは患者にとって身近な存在である医師であり、今回のコロナ渦中でも、かかりつけ医にまず相談するよう求められていることがその証左といえる。

もともと、わが国の現状をみる限り、「かかりつけ医」という言葉が定着しているにもかかわらず、その位置づけや期待する役割は極めて曖昧といわざるを得ない。強いていえば、身近で何でも相談でき、必要に応じて他の医療機関を紹介してくれ、在宅での生活を支援してくれる医師である（飛田[2020b]）。

今後、患者の高齢化や医療技術の向上が進むなか、患者にとって必要なのは、継続的・総合的に診てくれる医師といえよう。かかりつけ医にこの新たな役割を加えて機能強化を図る一方で、住民に対しては特定のかかりつけ医を持つよう促す。かかりつけ医は自分を選択した住民の初診や慢性疾患の管理に責任を持つ。このいわば「かかりつけ医制度」の導入は、オンライン診療の普及に寄与するだけでなく、外来担当医療機関への特化を通じて医療資源の有効活用に資するとともに、住民にとっては複雑化する医療の水先案内人の機能を担うことも期待される。

ちなみに、海外では、住民が特定の医師を「かかりつけ医」として登録する制度が定着している。代表がドイツの**家庭医**制度である。家庭医は総合的な診療能力を有している必要があり、登録住民の初診や慢性疾患の管理を担当し、必要に応じて他の医療機関を紹介する。制度への参加は任意で、参加した場合には自己負担軽減などの経済的メリットが与えられる。制度に参加した場合は初診の

医師が限定されるものの、国全体としてはフリー・アクセスが堅持されているわけである。わが国がかかりつけ医制度を導入するうえで、参考になると思われる。

最後に、新型コロナウイルスは、期せずして形だけのデジタル化や低い労働生産性など、わが国の抱える様々な課題をあぶり出した。医療もその例外ではない。医療機関の経営基盤の脆さやいかなる環境でも受診が確保される体制整備の必要性である。

医療は国民の命を守る社会資本であり、その供給体制の整備は政府の責務である。しかし、だからといって、非効率機関の温存をはじめとする抜本改革の先送りが許されるわけではない。政府、医療機関ともに激しい逆風が続くことが見込まれるが、今回の経験を糧とし、アフター・コロナにはより良い環境が実現されるよう、政府と医療機関の変革に向けた底力に期待したい。

以 上

【参考文献】

- [1] 一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会
[2020]「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（2020年度第1四半期）」
http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20200806_01.pdf.
- [2] 全国保険医団体連合会[2020]「新型コロナウイルス感染拡大の影響に関するアンケート（5月診療分）」
https://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/200721_1pr.pdf.
- [3] 飛田英子[2020a]「オンライン診療の現状と展望」Research Focus、No.2020-001.
- [4] 飛田英子[2020b]「『かかりつけ医』の制度化と定着・普及に向けて」JRI レビュー、Vol.9、No.81.