

# ポストコロナの医療提供体制を展望する

政策調査部 石橋 未来／武井 聡子

## 要 約

本稿では、新型コロナウイルス感染症の大規模な感染拡大によって表面化した医療提供体制の問題について整理する。

諸外国と比べて、日本は今回の感染症をある程度うまくコントロールできたように見える。だが、国内における対応の地域差は大きかった。今後もしこり得る有事に対処できるようにすることにとどまらず、将来の平時における医療ニーズの変化にもマッチした医療提供体制を確立するには、地域医療構想の推進が必要だ。

また今回の感染拡大では、オンライン診療など新たなテクノロジーの活用が前進した。ポストコロナの社会でそれを一般化させるには、先行している諸外国の状況を参考としつつ、ハードルとなっている医療上の安全性や有効性といった課題へ対処するためのエビデンスの蓄積が必要である。

オンライン診療等の新技術は、今後対策が必要な医師の偏在や働き方改革にもプラスに作用すると考えられる。ただ、日本ではカギを握るEHR等のデータヘルスの基盤整備が道半ばである。新型コロナウイルス感染症の拡大を機に改革を加速できるか、われわれは試されている。

## 目 次

### はじめに

- 1 章 深刻な危機をひとまず回避できた日本
- 2 章 課題は地域医療構想の遅れ
- 3 章 新技術の活用拡大と課題
- 4 章 ポストコロナの医療提供体制を展望する

## はじめに

2019 年末、中国の湖北省武漢市に端を発した新型コロナウイルス感染症は瞬く間に世界中に拡大し、20 年 3 月 11 日には WHO（世界保健機関）がパンデミックになったと宣言した。重症者に対応するための病床や医療従事者、医療機器の数が大幅に不足し、医療崩壊が懸念される国も見られるなど各地で深刻な事態となった。日本国内でも、重篤な症例の発症頻度が高くなり医療提供体制がひっ迫したことから、20 年 4 月 7 日、政府は緊急事態宣言を発出した。

本稿では、まず 1 章で今回の感染拡大によって表面化した問題について整理する。数万人単位で死亡者が発生した欧米諸国と比較して、日本は今回の感染症をある程度うまくコントロールできたように見える。だが日本国内の地域差は大きく、東京都や大阪府など人口密度が高く感染者数が多かった地域で病床のひっ迫や不足が問題となった一方、人口が少ない地方では、感染者が少なく医療提供体制に余裕がみられた。今後も起こり得る有事に対応可能で、将来の平時における医療ニーズの変化にもマッチした医療提供体制とはどのような姿であるか、2 章であらためて考えたい。

次に 3 章では、新型コロナウイルス感染症への対応で特例的に拡大されたオンライン診療など、医療分野で期待される新たなテクノロジーに注目する。患者の利便性や医療の質の向上に資するオンライン診療を一段と普及させる上でハードルとなっている医療上の安全性や有効性といった課題に対し、先行する諸外国での状況を確認し、日本への示唆を得たい。

続く 4 章では、オンライン診療等の新技術が、医師の偏在や働き方改革にもプラスに作用すると考えられる点について述べ、最後にウィズコロナ、あるいはポストコロナの社会で求められる日本の医療提供体制を展望する。

## 1 章 深刻な危機をひとまず回避できた日本

### 1. 日本の超過死亡は生じていない可能性

新型コロナウイルス感染症を診断する検査の在り方については、感染者の早期発見のために幅広く実施した国や、重症者の発見に資源を集中させた国など、各国で対応が分かれた。そのため、報告された検査の陽性者数を基に感染の広がり具合や深刻さの度合いを国際比較するのは難しい。ただし、新型コロナウイルス関連として公表された死亡者数やその人口比による比較は一定程度可能だろう。

新型コロナウイルスの感染拡大による社会的インパクトをより正確に測るため、流行期間中の死亡者数が近年の死亡者数の平均値などを上回っているかをみる「超過死亡」にも関心が集まっている。新型コロナウイルスによる死亡であっても、必ずしも死因がそれと特定されないケースがあるなど、実際の新型コロナウイルス感染症による死亡者数は、報告された件数よりも多い可能性があるためだ。一部のメディアによると、調査対象となった 28 カ国だけでも、パンデミックの期間中に少なくとも 12 万人の死亡が過小に報告されているという（20 年 6 月 30 日時点）<sup>1)</sup>。

1) <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/21/world/coronavirus-missing-deaths.html>  
（該当 URL の数値は随時最新値となっているが、本文の数値は閲覧時）

一方、日本の新規感染者のピーク（4月11日で708人）を含む<sup>2</sup>20年1～4月の死者数は、17～19年の3年間の平均よりも1.6%少なかったことから、この間の超過死亡は生じていない可能性が高い<sup>3</sup>。今後公表される確定データに基づく精緻な分析を待つ必要や地域別の状況を観察する必要があると思われるが、本稿執筆時点で少なくとも全国ベースでの超過死亡は確認できない。そこで、新型コロナウイルスの影響を評価する上で、まずは報告された死者数データを見ていく。

## 2. 要因は不明ながらドイツ、日本、韓国は一定の成功を収めた

新型コロナウイルス死者数は、圧倒的に多い米国のほか、欧州諸国での多さが目立つ。ほとんどが陸続きで人々の往来のハードルが低い欧州諸国では、感染拡大を阻止することがそれだけ困難だったと考えられる。ただし、同じ欧州諸国の中でも、英国、イタリア、フランス、スペインの死者数が約3万～4万人に上っているのに対し、

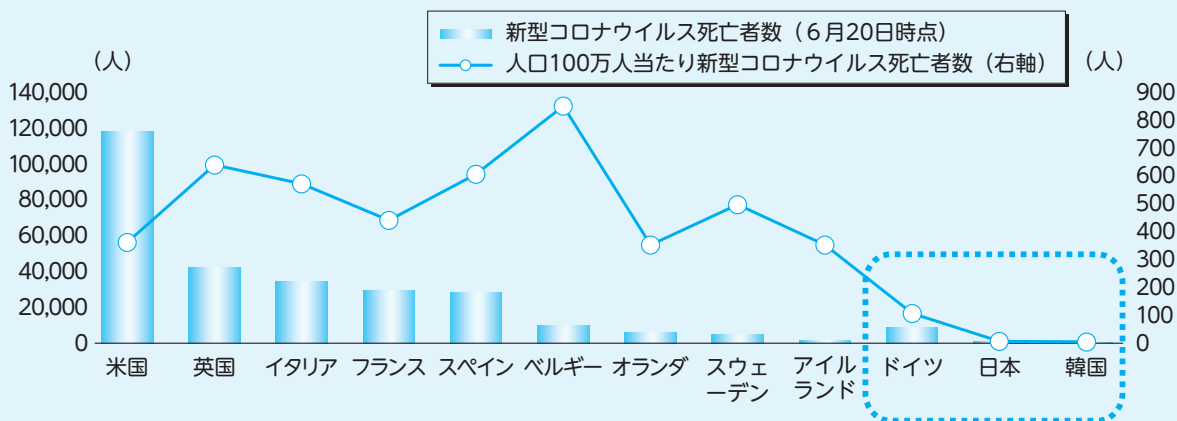
ドイツは1万人未満にとどまるなどの違いが見られる（6月20日時点）<sup>4</sup>。

他方、アジアに目を転じると、欧州ほどの深刻さは回避できている。ドライブスルー方式やウォークスルー方式等のスピーディーな検査、無症状や軽症の感染者の早期隔離・早期治療などで注目された韓国の新型コロナウイルス死者数も280人である（6月20日時点）。

図表1では、主な国の新型コロナウイルス死者数と人口100万人当たり新型コロナウイルス死者数を比較しているが、ドイツ、日本、韓国は死者数だけでなく、人口当たりの死者数も非常に少ない。新型コロナウイルスによる死者の少なさという点でみれば、これらの国は一定の成功を収めたといえるだろう。

だが、これらの国がなぜ死者数を抑制できたかの解明はこれからである。新型コロナウイルス感染症の致死率は、高齢者や基礎疾患（糖尿病・心不全・慢性呼吸器疾患・高血圧・がん）、喫煙歴のある患者が感染した場合に高いとされる<sup>5</sup>。そ

図表1 新型コロナウイルス死者数と人口100万人当たり新型コロナウイルス死者の割合



(出所) WHO "Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report-152"、OECD.Statから大和総研作成

2) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 令和2年6月29日24時時点」

3) 厚生労働省「人口動態統計速報」

4) WHO, "Coronavirus disease (COVID-19) Situation report - 152"

5) <https://www.mhlw.go.jp/content/000631552.pdf>

うであれば、日本の高齢化率は主要国の中で最も高く、ドイツの高齢化率もイタリアと同等程度に高いなど、日本やドイツはむしろ重症化リスクが高いはずである。また、死亡者数の多寡には、手洗いや室内で靴を脱ぐ習慣、日常的なマスク着用に対する抵抗感の小ささなど、様々な生活習慣や社会環境が影響したとの指摘もある。最近では人種間での免疫応答・遺伝学的な相違に関する研究<sup>6</sup>なども開始されている。いずれにしても、明確な因果関係は分かっていない。

## 2章 課題は地域医療構想の遅れ

### 1. 病床の多い地域でも受け入れは難航

新型コロナウイルスによる死亡者数が少なかったドイツ、日本、韓国に共通しているのが、人口当たり急性期病床数の多さである。人口1,000人当たりの急性期病床数は、OECD平均が3.6床であるのに対し、ドイツは6.0床、日本は7.8床、韓国は7.1床である(17年)<sup>7</sup>。人々の疾病という同種のことに対応する上で、平時からこれほどの差があること自体に疑問はあるが、これらの国では急性期病床以外にも含めた人口当たり病床数も際立って多い。そのため、病床のキャパシティの高さが新型コロナウイルス感染症による死亡率の低さと関係があるとの見方があるかもしれない。

しかしながら、病床数に関する統計の定義が各国によって異なるという問題に加え、提供されている医療の質や機能の差もあることから、単なる病床数だけで議論することには慎重であるべきだ

ろう。

実はこの点に関して国内の対応状況をみた場合、必ずしも急性期等の病床の多い地域で重症者の受け入れがスムーズに進んだわけではなかった。もちろん、その時点での病床利用状況等の影響もあっただろうが、例えば、人口当たりの高度急性期・急性期病床数(17年度)が全国平均よりも多い石川県では、新型コロナウイルス対応病床に対する入院者数の割合が一時は80%を超えるなど、病床がひっ迫した<sup>8</sup>。

### 2. 緊急時の計画通りに進まなかったことが病床ひっ迫の要因の一つ

新型コロナウイルス感染症は、20年1月末に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)に規定される指定感染症とされた。指定感染症の患者は、原則として、感染症指定医療機関における感染症病床に入院させる必要がある。しかし、国内の感染症指定医療機関数は、19年4月1日時点で379医療機関、1,871病床にとどまる<sup>9</sup>。今回、新型コロナウイルス感染者数が少なかった地域では、域内の感染症病床に余裕が見られたが、東京都、大阪府、兵庫県など感染者数が多かった地域では、感染症病床が圧倒的に足りない状況だった。

もっとも、感染症法上、緊急その他やむを得ない理由があるときには、感染症指定医療機関における感染症病床以外の病床や感染症指定医療機関以外に入院させることが可能である。こうした緊急時等における各都道府県の具体的な医療提供体

6) 東京大学医科学研究所「共同研究グループ『コロナ制圧タスクフォース』発足」  
([https://www.ims.u-tokyo.ac.jp/imsut/jp/about/press/page\\_00005.html](https://www.ims.u-tokyo.ac.jp/imsut/jp/about/press/page_00005.html))

7) OECD.Stat

8) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症入院患者受入病床数等に関する調査結果(5月1日時点)」[平成29年度病床機能報告の結果]、総務省「人口推計」

9) <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html>



制については、国による「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」<sup>10</sup>に即して策定された各都道府県の感染症予防計画や、13年4月に施行された「新型インフルエンザ等対策特別措置法」に基づく行動計画（新型インフルエンザ等対策行動計画）に示されている。さらに、各都道府県で医療提供体制の確保を図るために策定する医療計画（5年ごとに策定）には感染症対策が含まれており、前出の2計画と整合的であることが求められている。

例えば、東京都の医療計画（18年3月改定）では、感染症患者が増加する都内感染期には、感染症法上の入院勧告を解除・中止して、通常の感染症診療を行う全ての医療機関で比較的軽症な患者の外来診療を行い、その中で、入院治療が必要な重症者については感染症入院医療機関を含む197カ所2,950床（17年4月時点）で受け入れを行うと事前に計画している<sup>11</sup>。東京都以外の道府県でも同様に、感染期における重症者のための入院病床は、地域内の感染症指定医療機関に加え協力医療機関を中心に確保すると計画している。これは、有事の際には、感染症指定医療機関だけの対応をそもそも想定しておらず、地域の医療資源を効率的かつ柔軟に活用するということだ。

だが、今回の感染拡大に際して、東京都が数の上だけでも、事前に計画していた2,950床を上回る病床数を確保できたと把握したのは、感染のピークを過ぎてからだった<sup>12</sup>。東京都では入院患者数が5月6日に最も多い2,974人（宿泊療養者・

自宅療養者等を含む）に達しており（東京都新型コロナウイルス感染症対策ウェブサイト）、特例的に自宅や宿泊施設での療養も行っていたものの、病床のひっ迫が深刻だったと言える。つまり、感染拡大で病床のひっ迫や不足の問題が生じた地域があったとすれば、それは事前の計画通りに有事の際の医療提供体制を整えることができなかったことが要因の一つであった可能性が高い。

### 3. 地域医療構想の着実な推進が有事の対応力を高める

地域内での病床に関する役割分担を明確にして連携を強めるには、17年以降進められている地域医療構想の実効性を高めることが不可欠である。地域医療構想とは、人口減少や高齢化の進展に伴って変化する地域の医療ニーズにマッチした病床機能の整備を進める取り組みである。いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる25年に向けて、医療機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、地域の医療関係者等の協議（地域医療構想調整会議）を通じて病床の機能分化・連携を進めることで、効率的な医療提供体制を実現することが目指されている。医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床の必要量は、構想区域ごとに将来の性・年齢階級別推計人口や入院受療率等から算定されている。

ところが、新型コロナウイルス感染症が拡大する中、東京都など一部の感染者の多い地域で病床のひっ迫が続いていた20年3月4日、原則とし

10) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/dl/s0628-6c.pdf>

11) 東京都福祉保健局「東京都保健医療計画（18年3月改定）」

12) 厚生労働省は、6月2日に東京都からの訂正報告に基づき、5月1日時点の入院患者受入確保病床数を3,300床に修正しているが、5月7日に開催された東京都新型コロナウイルス感染症対策本部会議（第22回）の会議資料では、新型コロナウイルス感染症対応に係る確保病床数は2,000床（重症・重篤患者向け400床、中等症患者等向け1,600床）になっている。

[https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/\\_res/projects/default\\_project/\\_page\\_/001/007/819/2020050510.pdf](https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/007/819/2020050510.pdf)

て3月末までとなっていた地域医療構想における計画見直し<sup>13</sup>の期限についてあらためて整理する旨、厚生労働省が都道府県に通知した<sup>14</sup>。医療界や医療に関する行政が新型コロナウイルス感染症対策に奔走する中で措置であることに一定の理解はできるが、これは実質的な期限の延期を意味する。一部には、これまでの病床再編が今回の病床のひっ迫や不足につながったのではないかとの見方もあり、計画見直し期限の延期による地域医療構想の進捗への影響が懸念される。

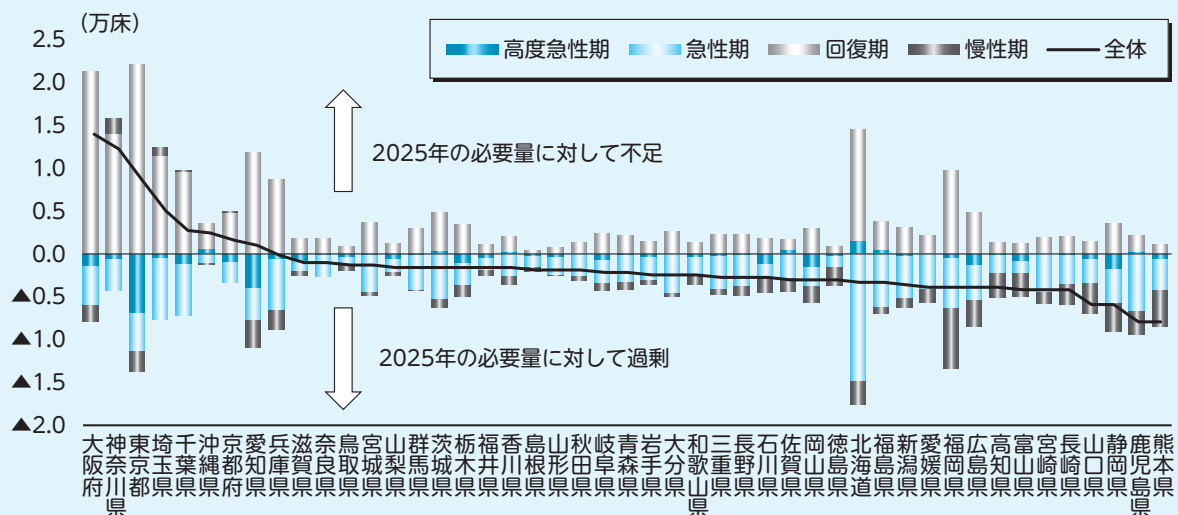
これまで、地域医療構想の取り組みは、病院間の調整の難しさなど様々な問題から十分に進んでいない。地域医療構想調整会議における対応方針についての合意内容が、地域医療構想と整合的ではないケースがあるなどの指摘もある。

確かに、地域医療構想は、全国の集計ベースでみて病床数のダウンサイジングを進める要素を有しており、地域によっては人口減少に伴って全体

の病床数を大幅に減らす必要がある。だが、逆に不足が見込まれる地域では病床を増やす必要がある。図表2は、25年の必要量と比較した都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況（現在の病床の状況）である。病床数の合計で見ても、39の道県では病床数自体は削減する必要があるが、大阪府、神奈川県、東京都、埼玉県、千葉県、沖縄県、京都府、愛知県では病床を増やす必要があり、今回、新型コロナウイルス感染症の拡大が見られた都道府県が多い。

病床数を減らすにせよ、増やすにせよ、再編統合は不可欠である。それは機能が縮小してしまっている病床を見直して、病床が持つ本来の医療機能を適切に発揮できる環境とするためである。逆に言えば、病床機能の整備を進めなければ、緊急時等の柔軟な対応や地域における連携が困難になる。地域医療構想の実現を通じて、それぞれの病床が持つべき役割を適切に担い、効果的かつ効率

図表2 2025年の必要量と比較した地域医療構想の進捗状況（2018年）



<sup>13</sup> 440 程度の公立・公的医療機関等に対して、機能や診療実績、地理的条件等の観点から、機能分化やダウンサイジングも含めた再編・統合に関する具体的対応方針の再検討が求められている。

<sup>14</sup> <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T200317G0040.pdf>。なお、医療機関の再編統合を伴う場合についての期限は、もともと今回の事態が生じる前から20年秋頃までとされている。

的な医療提供体制を構築することで、今回のような大規模な感染症の流行が再び起きた場合の対応力を高めなければならない。それが、日本全体でみた医療提供体制の強化になるはずである。

つまり、今回の新型コロナウイルス感染拡大によって一部の地域で見られた病床のひっ迫や不足の問題は、地域医療構想による病床再編の影響ではなく、むしろ、地域医療構想が滞っていることで、医療機能を適切に発揮できる病床の整備が不十分であったり、地域内の連携がスムーズに進まなかったりしたことによる影響が大きかったのではないかと。地域ごとの人口減少や高齢化に伴って変化する医療ニーズにマッチした医療供給体制を目指す改革の必要性は、ウィズコロナでもポストコロナでも変わらない。新型コロナウイルス感染症の拡大を機に、地域医療構想に向けた議論を停滞させるのではなく、病床機能の見直しの必要性を再認識し、加速させることが強く望まれる。

### 3章 新技術の活用拡大と課題

地域医療構想の遅れなど医療提供体制に課題を抱える日本だが、新型コロナウイルス感染症への対応を契機に新技術の導入が前進した面もあった。3章では、これらの新技術をウィズコロナ、あるいはポストコロナの社会でも継続して活用し、医療の質を含めたより生産性の高い医療現場を構築していくための課題を考えたい。特に、先行する諸外国の事例から、日本への示唆を得たい。

#### 1. オンライン診療

##### 1) 壁は安全性や有効性の担保

20年4月7日に閣議決定（その後4月20日

に変更）された「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策～国民の命と生活を守り抜き、経済再生へ～」では、新型コロナウイルス感染拡大に伴う非常時の対応として、受診歴がない初診患者であっても希望する場合には、オンライン診療・電話診療やオンライン服薬指導・電話服薬指導が利用できることとされた。オンライン診療は一定の再診でしか認められてこなかったが、感染拡大によって医療機関への受診が困難になりつつあることに鑑みて時限的に認められた。5月25日時点で、全国で14,500超の医療機関がオンライン診療を実施しており（普及率13.2%）、初診から対応する医療機関も少なくないなど、オンライン診療の活用が進み始めている<sup>15</sup>。

オンライン診療は約20年前から部分的に認められているが、保険適用については慎重に判断されてきた。18年度診療報酬改定で初めてオンライン診療の評価項目が設けられ、20年度の診療報酬改定では算定要件の緩和や対象疾患の拡大が若干進んだものの、依然として残る対面診療を原則とした厳しい要件等から、その本格的な普及は見通せない状況である。オンライン診療に対する慎重姿勢の背景には、それによって得られる患者の心身の状態に関する情報が、対面診療に比べて限定的だという認識がある。オンライン診療を一般化するには、いうまでもなく医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要がある。

##### 2) 米国・英国でも安全性の確保は課題

この点、日本のオンライン診療と同等レベルの医療サービスであるかどうかはともかく、諸外国の状況を見てみよう。

まず、米国でも、これまではオンライン診療の

15) 内閣府「骨太方針に向けて（参考資料）」令和2年第8回経済財政諮問会議 資料2-2（2020年5月29日）



利用は一部にすぎなかった。例えば、メディケア（高齢者および障害者向けの公的医療保険制度）では、特定の農村地域においてのみ認められるなど、かなり限定されていた<sup>16</sup>。だが19年以降、患者とかかりつけ医との間の電話等による非対面式の短時間（5～10分）の相談（Virtual Check-Ins）をメディケアの保険対象とするなど、徐々に保険適用範囲を拡大させている。背景には、Virtual Check-Ins等のオンラインサービスの提供により、不必要な通院を減らすとともに、必要な場合は早期治療につなげることで、トータルの医療費を抑制する目的などがある<sup>17</sup>。10年以降メディケア支出は年率4.7%で上昇しており、18年には7,502億ドルに達している<sup>18</sup>。

ただし、米国内科学会（ACP）は、オンライン診療の活用は、医療アクセスの改善や患者満足度の向上、コスト抑制などの面で効果が確認できるものの<sup>19</sup>、提供される医療の質や安全性に関する課題やリスクは依然として残ると指摘している<sup>20</sup>。対面による診察や検査ができないオンラインのみによる診療は、誤診や不必要な検査・処方につながる恐れがあるからだ。そのためACPは、継続的に対面診療を行っている患者とかかりつけ医との間でのオンライン診療が最も効率的で有用だとしている。

次に英国では、以前からオンライン診療の活用が推進されていた。NHS（国営の国民医療保健サービス）が19年に公表した今後10年間の長期計画（The NHS Long Term Plan）において、全ての患者が20年4月までにオンライン診療（online consultation）を、21年4月までにリアルタイムに映像や音声を利用した診察が可能なビデオ診療（video consultation）を受けられるようにすることが計画された<sup>21</sup>。プライマリ・ケアについても23/24年までに、全ての患者がデジタル技術を活用してアクセスできることを目指すなど、早い段階から一般診療におけるオンライン技術の活用が促進されてきた。既にロンドンなどでは7.5万人以上が、オンライン／ビデオ診療を利用している<sup>22</sup>。

英国でも、アクセスの改善や患者の利便性の向上、医療従事者の効率的な働き方の推進、費用対効果等の面からオンライン診療等の活用が進められてきたが、対面での診察や必要な検査を実施できない診療であるという点で、安全性については疑問を持たざるを得ないとの指摘がある<sup>23</sup>。特に、NHSが管理する患者記録に迅速にアクセスできないことから、アレルギーや薬の相互作用など重要な医療情報を見落としてしまう懸念があるという。英国ではNHSが管理する患者の治療・

16) Medicare Fee-For-Service ( F F S ) beneficiaries のデータによると、16年の対象となるメディケア受益者約3,500万人のうちオンライン診療の利用者は約9万人と0.25%だった。(https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Information-on-Medicare-Telehealth-Report.pdf)

17) https://mhealthintelligence.com/news/cms-gives-telehealth-a-nudge-with-coverage-for-virtual-check-ins

18) https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet

19) 例えば、ニューメキシコ州で行われた調査によると、オンライン診療を活用して在宅ケアを提供した場合、同様の医療サービスを病院で提供するよりも19%のコスト削減効果があったという。

20) https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M15-0498?journalCode=aim

21) https://www.england.nhs.uk/gp/digital-first-primary-care/

22) https://www.gpathand.nhs.uk/

23) https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/56912/2/Online%20GPs%20v3-JRSM-26th%20Jan-revised-accepted%20version.pdf（公開されている簡易版）



投薬歴、医療画像等を電子的に記録した E H R (Electronic Health Record) の導入が進んでおり、かかりつけ医 (General Practitioner: G P) を変更した場合には患者の診療情報が新しい G P に移管される。だが、N H S が提供するオンライン／ビデオ診療のサービスでも、サービス利用開始時には N H S が管理する過去の患者記録が移管されないため、患者本人による診療情報の提供を求めている<sup>24</sup>。

### 3) エビデンスの蓄積と E H R の活用がポイント

米国や英国以外にも、ここ数年の間にオンライン診療を拡大させている国は多いが、全ての疾患において医療上の安全性や有効性に関するエビデンスが十分に構築されているというわけではない。

だが、一部の疾患については、オンライン診療による治療効果も明らかになってきた。例えば、米国退役軍人省では、積極的にオンライン等のテクノロジーを活用した診療や在宅モニタリングを行っているが、それによって慢性疾患を持つ患者の入院が 31%、入院日数が 59% 減少したという<sup>25</sup>。日本でも、20 年度診療報酬改定では、対面診療と同等程度の安全性や治療効果のエビデンスが確認されたことから、定期的に通院が必要な慢性頭痛がオンライン診療料の算定対象に加えられた。このように、疾患によってはオンライン診療が対面診療と同等、もしくはそれ以上の治療効果

につながることが分かってきた<sup>26</sup>。

今回のコロナ禍の下での特例的な措置を通じて、新たに得られたエビデンスも少なくないと考えられる。オンライン診療の有効性に関するエビデンスを着実に積み上げることで、妥当なレベルでの安全性が担保される疾患について、今後は平時の措置として積極的にオンライン診療を活用できる環境を整備していくことが望まれる。

さらに、米国や英国の課題からは、オンライン診療の拡大に向け、患者の診療情報の把握がカギとなっていることがうかがわれる。20 年度診療報酬改定において、同一の医師による 3 カ月以上 (改定以前は 6 カ月以上) の毎月の対面診療 (再診) を受けていた患者に対するオンライン診療料の算定が認められたが、患者の診療歴や処方歴を正確に把握することができれば、同一の医師以外の医師による診療や連携の可能性も広がるのではないかと。患者記録、すなわちヘルスケアデータである E H R や P H R (Personal Health Record) の導入状況や課題については後述するが、従来かかりつけ医が蓄積してきた患者の診療情報に迅速にアクセスできる仕組みを構築することで、オンライン診療の安全性や有効性を高めることができると考えられる。加えてその診療情報に患者の日常的な健康データをプラスすれば、さらなる医療の質向上にも貢献するだろう。

政府の緊急経済対策では、オンライン診療を拡大した特例的な措置について、原則として 3 カ月ごとに、感染拡大の状況や、診療の実用性と実効

24) 後日、紙ベースの患者記録に基づき、新たな診療情報を電子化して蓄積することは可能である。(https://support.gpathand.nhs.uk/hc/en-us/articles/115003709169-Do-my-NHS-records-get-transferred-to-Babylon-)

25) https://www.va.gov/COMMUNITYCARE/docs/news/VA\_Telehealth\_Services.pdf

26) 慢性的な疾患などで、オンライン診療を組み合わせることで治療の継続率が上昇するケースが確認されている。(https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/wg/iryoku/20180918/180918iryoku01.pdf)

性確保の観点、医療安全等の観点から検証を行うとしている。患者の利便性向上に寄与するオンライン診療を、ウィズコロナ、あるいはポストコロナ時代の医療の選択肢の一つとするために、安全で効果的なオンライン診療の在り方について、エビデンスを積み上げながら前向きに検討することが重要だ。

## 2. Tele-ICU

新型コロナウイルス感染症の患者の中には、急速に症状が進行するケースが相次いで発生したことから、重症者を救命するICU病床（集中治療室）の不足も懸念された。諸外国と比較して少ないと一部から指摘された日本のICU病床については、ICUに準じた機能を持つHCU（ハイケアユニット）病床等を加えれば約1.7万床あり（18年7月1日時点）、人口10万人当たりでは13.5

床と、イタリアやフランス並みであると厚生労働省が20年5月に発表した<sup>27</sup>。ただ、集中治療専門医は全国で1,955人と少ない（日本集中治療医学会ウェブサイト、20年4月1日時点）。集中治療専門医の配置が十分でないICU等では、必ずしも集中治療に習熟しているわけではない医師が重症者を受け持たざるを得ない状況が生じていると考えられ、問題の所在は病床数の多寡ではない可能性が高いのではないか。こうした状況を改善するため、厚生労働省は19年度以降、約5.5億円のTele-ICU体制整備促進事業を実施している。

Tele-ICUとは、複数の医療機関のICUをネットワークで結び、コントロールセンターやサポートセンターなどと呼ばれる中心的なICUで集約的に患者のバイタルおよび全身症状をモニタリングしながら、24時間365日体制で診療支援



<sup>27)</sup> ただし、集計時期は異なる。（<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000627782.pdf>）

を行う仕組みのことである。これにより、集中医療専門医等が遠隔で現場の医師や看護師をサポートすることができる。

先行する米国では、ICU機能を持つ医療機関の26.8%がTele-ICU体制を整備している（18年）<sup>28</sup>。Tele-ICUの活用によって、集中治療のアウトカムの改善や、ICU滞在期間の短縮などの効果が報告されているほか、虚血性心疾患を中心とした心臓疾患等の治療成績の改善、リソース不足による転院の減少、医療従事者の満足度の向上などの好影響があるようだ<sup>29</sup>。また今回米国では、新型コロナウイルス感染症という未知の症例に対して迅速な対処が求められた経験が、全国の集中治療専門医を結び、最善の治療を共有しながら多くの患者の治療に当たることのできるTele-ICU体制整備の重要性をあらためて実感させることになったという<sup>30</sup>。

感染症の大規模な流行は今後も起こり得る。だが、有事を想定した冗長で稼働率の低い医療提供体制を整備することは合理的ではない。集中治療においても、限られたリソースを効率的に活用して多くの患者に対応できる体制整備が求められる。既に、新型コロナウイルス感染症の入院患者に対して、主治医と連携して医療機関外の専門医等がオンライン診療（主には呼吸器管理等を想定）を可能とする案など、が厚生労働省に設置された「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」で議論されている<sup>31</sup>。高度なノウハウを持つ専門医やハイレベルな設備を集約し、円滑な連携を図っていくことで、集中治療の提供体制の強化が可能だろう。

さらに今後は、高齢化の進展に伴い急性期から慢性期を中心とする疾病構造への変化が見込まれ、集中治療の経験に乏しい若手医師や看護師がこれまで以上に増えることも想定される。そうした医療従事者のサポートや育成を、熟練の集中治療専門医や看護師が遠隔で行える意義は大きく、治療や育成の標準化ともなって地域医療の強化につながるだろう。

課題は、Tele-ICUを整備するためのコストに加え、病院ごとに採用されている医療情報システムが異なる点である。日本ではシステムの構成・構造等が病院ごとに異なる状況にあることから、Tele-ICUに欠かせない情報連携等の運用面での難しさがある。さらに、Tele-ICU導入医療機関において、重要となる医療情報システムの管理・運用に精通したスタッフを十分に確保できるかという課題もある。非常に大きな障壁といえるが、その克服と患者情報等を共有・活用するEHRの基盤整備は、Tele-ICU体制の整備において不可欠だ。

### 3. EHRの基盤整備

#### 1) 地域から全国のEHRへ

オンライン診療の安全性の確保や、Tele-ICU体制整備において重要と考えられるのが、英国等で導入されているEHRのような、患者の医療情報に医療関係者が迅速にアクセスできる仕組みである。英国NHSが管理するEHRには、患者の治療・投薬歴、検査結果、アレルギー等の情報が含まれ、緊急時や診療時に、かかりつけ医（GP）や病院、薬局等がアクセスできる仕組みとなっている。

28) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7212823/>

29) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6027727/>

30) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183253/>

31) <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000618420.pdf>

日本におけるICT（情報通信技術）を活用した医療情報連携基盤であるEHRの全国的な整備については、「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～」(平成30年6月15日閣議決定)で20年度からの本格稼働が目標に掲げられた。既に進められていた医療圏内で患者情報を共有するシステム「地域医療情報連携ネットワーク」<sup>32</sup>を相互接続させ、全国的な保健医療情報ネットワークとすることが目指された。全国レベルでのEHR（全国保健医療情報ネットワーク）を整備することにより、医療関係者が、初診時等に患者の過去の健診・診療・処方情報等を確認したり、医療的ケア児（者）等の救急時や予想外の災害事故に遭遇した際に、迅速に必要な患者情報を共有したりすることが可能になるとみられる。実現すれば、患者の医療情報の補完になり、オンライン診療の実効性が高まるだろう。

## 2) 海外で進むEHR／PHR基盤整備

こうした仕組みは既にいくつかの国で導入が進んでおり、実際の診療現場で活用されている。

例えば、シンガポールでは、一人の患者に一つの健康記録（One Patient, One Health Record）を標榜し、11年にNEHR（National Electric Health Record）が導入された。NEHRには、患者の診療・投薬歴、検査結果、アレルギー情報等の臨床記録履歴が含まれる。現時点ではまだ医療機関が十分に参加している状況ではないが、NEHRを通じて、専門の垣根を越えた患者情報の共有や、患者中心の効果的で安全な治療

の実現が目指されている。また、治療の過程において、診療所や病院、介護施設間を行き来する場合も、検査や問診の重複が最小限となり、治療の継続性の確保や患者の時間や金銭的負担の軽減につながるとされる。

また、オーストラリアでは、08年に発表されたeHealth戦略の下、EHRの基盤整備が進められてきた。その後、医療の提供側だけでなく、医療を需要する個人の側も、自身の健康・医療情報を、生涯を通じて管理することができる仕組みであるPHRへと発展した。My Health Recordと呼ばれるオーストラリアのPHRには、20年時点で国民の9割に相当する2,277万人分のアカウントが作成されている<sup>33</sup>。任意加入（オプティン）形式だった導入当初（12年7月）は十分に普及しなかったが、対象を全国民として、拒否する人がアカウントを削除するオプアウト形式に移行した18年7月以降、利用者が拡大している。共有されるデータ項目は、医療機関が登録する診療・処方歴、検査結果、医療画像等や、本人が追加する緊急連絡先、アレルギー情報、服用中の薬等であり、新型コロナウイルス感染症の検査結果の迅速な通知にも利用されている。PHRの仕組みによって、個人は自身の健康状態をより理解しやすくなるだけでなく、診療上の不安や疑問についてセカンドオピニオンを求めやすくなる。そうした患者にとっての利点を通じて、医療の質の向上につながることが期待されている。

32) 17年10月時点で全県単位の医療情報連携ネットワークは26県で運用されている。

(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000204220.pdf>)

33) [https://www.myhealthrecord.gov.au/sites/default/files/myhealthrecord\\_stats\\_may2020.pdf?v=1592536256](https://www.myhealthrecord.gov.au/sites/default/files/myhealthrecord_stats_may2020.pdf?v=1592536256)

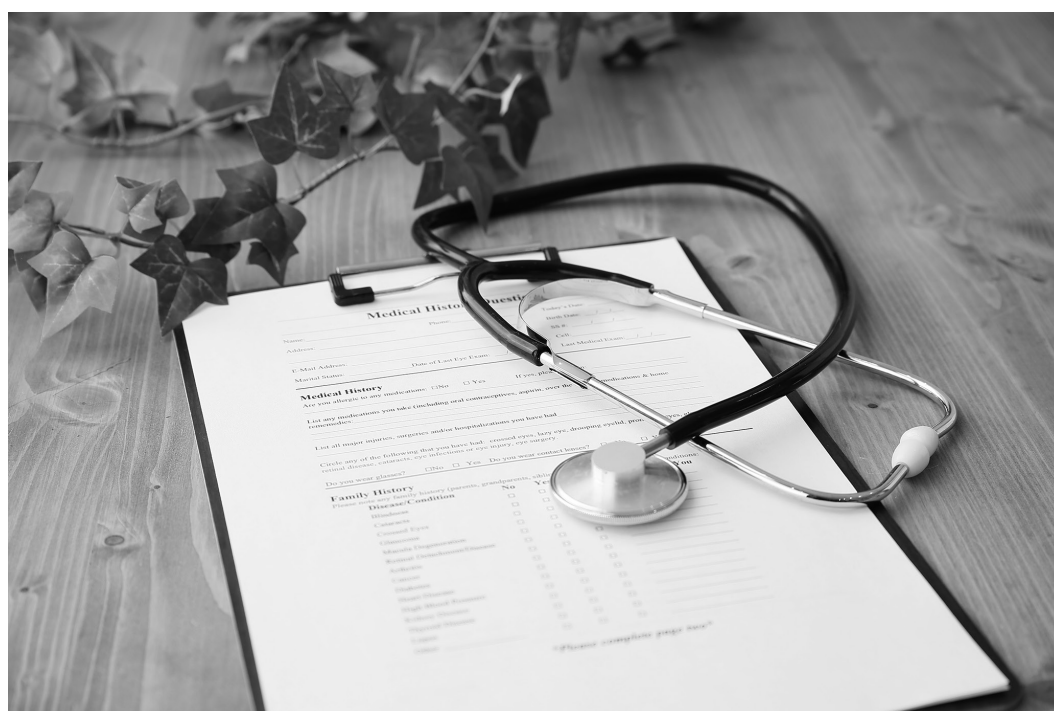


### 3) 今後2年間で集中改革を目指す難航必至か

一方、日本では全国的なEHR整備に向けた実証事業が18年度に行われたが、それによって様々な課題が明らかとなった。具体的には、①連携が有用となる医療情報が明確でない点、②初期コストや運営コスト、③医療情報システムの標準化、④診療現場の負担——などである。中でも③は、これまで地域医療ネットワークがばらばらに構築されてきた現状を踏まえると、標準化のハードルが高く難航が見込まれる。そもそも、電子カルテをはじめとする病院情報管理システムは医療機関ごとに導入するシステム（ベンダー）が異なり、同一の地域内ですら連携ネットワーク構築の妨げになっている。医療機関ごとに異なるシステム間の情報連携は非常に困難だからだ。

そこで厚生労働省は国の指定する標準規格を定め、相互に連携可能なこの電子カルテシステム等を導入する医療機関での初期導入経費を19年以降補助している（医療情報化支援基金の一部を活用）<sup>34</sup>。ただ、コスト面以外にも、システム変更に伴う医療機関の負担は小さくない。既存のシステムを入れ替えることのメリットが不透明とみている医療機関もあり、標準化の進展は現時点ではまだ見通せない状況といえよう。

実際、全国的なEHR基盤整備は計画通りに進んでいないようだ。政府は、あらためて、全国で医療情報を確認できる仕組み等の整備と拡大を、今後2年間で集中的に実行する計画を掲げた。加藤勝信厚生労働大臣は20年6月22日、「新たな日常」の構築に関して話し合われた経済財政諮問会議において「データヘルスの集中改革プラン」



34) 令和元年度予算：300億円、令和2年度予算案：768億円。

を示している。同プランでは、全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みを、令和4年夏を目途に運用開始するとしている。さらに、その医療情報には、従来計画されていた特定健診情報や薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報も含むなど広範囲となるようだ。

新型コロナウイルスの感染拡大によってオンライン診療や Tele-ICU の拡大が望まれ、その実効性を高める上でも全国的な EHR の基盤整備がカギである。電子カルテの標準化の見通しも立っていない現状を踏まえると、その整備は難航が見込まれるが、関係者の努力に期待したい。

#### 4) セキュリティ対策も不可欠

EHR で共有されるデータには、個人の身体に関するセンシティブ情報が含まれるため、電子化や外部保存の過程において、当然ながら盤石なセキュリティ対策も必要である。EHR を利用した患者情報の参照には、前提として、国民・患者本人の同意に基づく医療機関等を通じたデータ提供が必要だが、海外では、個人情報保護やセキュリティ対策への懸念を背景として、医療機関による EHR へのデータ提供義務化の延期や一部の国民・患者による個人情報提供の拒否（オプトアウト）なども起きている。

シンガポールでは、医療機関に対して NEHR へのデータ提供を義務付ける方針を政府が示していたが、18 年 7 月に同国最大の医療グループからサイバー攻撃によって 150 万人分の個人情報流出した事態<sup>35)</sup>を受け、NEHR へのデータ提供義務化をセキュリティ対策の強化完了まで延期

することを発表している（20 年 3 月 5 日）<sup>36)</sup>。また、オーストラリアの My Health Record では、国民の約 1 割がオプトアウトしている<sup>37)</sup>。個人情報保護の強化を目的に、いつでも国民が健康記録を永久的に消去できることや保険者・雇用主によるアクセスの禁止、情報を不適切に利用した場合の厳罰などが法律で規定されているが、セキュリティ面の懸念は十分には払しょくされていないようだ。

日本においては、政府が推進するデータヘルス改革の柱として、健康・介護・医療分野における ICT 利活用の一体化が進められており、審査支払機関をはじめ、自治体や保険者、医療機関などに分散している膨大な保健医療データの連結を目指している。連結される保健医療データは、EHR を通じて医療機関等で共有されるだけでなく、ゲノム医療やビッグデータ解析を通じた研究の活性化、個別化医療（個々の患者に合わせた最適な医療）等の推進にも活用される。データの利活用が、国民の健康寿命延伸につながると期待されるが、研究者や民間企業等、第三者への情報提供に際しては、国民・患者の同意の取得や二次利用が可能となるデータ範囲、データの匿名加工の在り方等の検討が不可欠である。保健医療データの価値の最大化には、強靱なセキュリティ対策に基づく基盤整備が求められよう。

## 4章 ポストコロナの医療提供体制を展望する

3章で述べた新技術等は、今後増加が見込まれ

35) <https://www.singhealth.com.sg/news/announcements/joint-press-release-by-mci-and-moh-singhealths-it-system-target-of-cyberattack>

36) <https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/speech-by-mr-gan-kim-yong-minister-for-health-at-the-ministry-of-health-committee-of-supply-debate-2020-on-thursday-5-march-2020>

37) Australian Digital Health Agency, "Annual Report 2018-19"

る在宅医療の質の向上と医師の働き方改革・偏在対策にも寄与する。また、2章で述べた地域内での連携を強化する上での必須のツールでもある。最終章では、モデルケースを通じた考察を行いつつ、ポストコロナの時代に求められる日本の医療提供体制を展望したい。

## 1) 増加する在宅医療

高齢化の進展や地域医療構想による病床機能の分化・連携を進めた先に見込まれることの一つは在宅医療の増加である。在宅医療は、医師や看護師が、高齢者や身体的な障害により通院が困難な患者の自宅を訪問して行う医療サービスであり、医師による訪問診療以外にも訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等がある。厚生労働省は、在宅医療では、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りといった場面に応じた医療機能の確保が必要とし、その需要の増大に対応するため、25年に向けて提供体制の構築を進めている。

総務省が実施した「令和元年度 オンライン診療の普及促進に向けたモデル構築にかかる調査研究」では、鹿児島県大島郡徳之島町、伊仙町、天城町において、在宅療養による疾病管理が必要な高齢患者（サンプル25名）を対象に、「訪問看護師の支援による在宅診療にオンライン診療を活用するモデル」の検証が行われた。訪問看護師は、通信機能付きバイタルセンサーを使用し、患者の心電図、酸素飽和度、血圧、体温等を測定する。それらのデータをオンライン診療時に医師が確認することで診察・治療が進められた。実証を通じて、オンラインを活用した在宅診療がスムーズな

診察を可能にすることが判明し、電子カルテシステムとオンライン診療システムの連携により、バイタルデータが電子カルテに容易に転記されるなど業務効率化にもつながったという。今後、オンライン診療における患者の心身の状態の把握は、触診を訪問看護師による患者の様子の確認で、聴診を電子聴診器の導入でカバーすることで、対面診療に近づけていく方法が考えられるとしている。

上記のケースでは、訪問看護師の支援と情報通信機器を活用することで、病院側に所在する医師が患者のバイタルデータを遠隔でもリアルタイムに確認することが可能となり、より対面診療に近い医療サービスの提供が可能であることが示されたと考えられる。他にも、バイタルデータの測定を患者自ら行うケースにおいては、数値を本人や介護者がPHRに登録し、医療従事者によるモニタリングで異常値を検出した際に訪問診療につなげるといったモデルも想定され得る。高齢化の進展を背景に、今後在宅医療の需要の増加が見込まれることから、ICT等の活用を通じた在宅医療の質の向上とともに、医療および介護分野での情報連携が求められる。

## 2) 対策が必要な医師の働き方改革と偏在

オンライン診療等の新技術は、医師の働き方改革・偏在対策にも貢献する。かねて問題視されてきた医師の長時間労働の是正に向けて、24年度からは、医師に対する時間外労働の上限規制が適用される。医師の労働時間は、週60時間を超える割合が40.5%<sup>38</sup>と他職種と比較しても突出して高く、長時間労働や睡眠不足による医療事故や作

38) 厚生労働省「医師の勤務実態について（宿日直、自己研鑽を中心とした整理・分析）」第9回医師の働き方改革に関する検討会 資料4（2018年9月3日）



業能力の低下とともに、医師自身の健康への影響や過労死も懸念されている。24年4月以降、医師の月間労働時間が一定の上限を超える場合、面接指導と連続勤務時間制限や勤務間インターバルといった就業上の措置（いわゆるドクターストップ）が講じられる。規制の施行に伴い、特定の医師への業務の固定化を防ぐための、地域間・診療科間における医師偏在の是正も急務となっている。

医師の偏在問題に関しては、前出の総務省「令和元年度 オンライン診療の普及促進に向けたモデル構築にかかる調査研究」で、全国の患者（サンプル18名）を対象に「来院が困難な小児神経疾患の患者を対象にオンライン診療を活用するモデル」の検証も行われている。居住地に専門医がおらず、遠方または疾患の特徴により通院が困難な小児神経疾患（難病、難治、希少疾患）の患者を対象に、かかりつけ医（紹介医等）との連携の下、専門医によるオンライン診療を行う実証である。

利用後の患者（親）アンケートでは、「受診にかかる経済的な負担が軽減された」が93.3%、「受診にかかる身体的な負担が軽減された」が86.7%<sup>39)</sup>であるなど、患者および家族の通院に係る負担の大幅な緩和や、患者本人・家族ともに対面診療と変わらない満足度が確認された。この結果を受けて、小児神経疾患のみならず、対応可能な専門医に限られる難病患者に対しても、オンライン診療を通じた適切な医療の提供が期待されるとされている。課題としては、処方箋の郵送にかかる時間を省くための電子処方箋の普及や地域の薬局・薬剤師会との連携が求められること、かかりつけ医とスムーズに情報連携できる仕組みの必

要性、オンライン診療料算定の対象に患者ニーズのある難病が指定されていない状況への対策等が挙げた。

専門医によるオンライン診療は、居住地に専門医がいない患者の受診を可能にするとともに、専門医の地域的な偏在に伴う業務過多の軽減にも有効である。専門医によるオンライン診療の際の患者情報のより詳細な把握には、EHRの活用等を通じたかかりつけ医との情報連携が有用と考えられる。オンライン診療やEHR等の技術が、医療資源の配置の最適化を実現し、医師の働き方改革や偏在対策を後押しすることが期待される。

### 3) ポストコロナ時代の医療提供体制

20年4月7日に発出された緊急事態宣言は、およそ1カ月半で解除されたが、感染症流行の第2波、第3波の襲来の恐れもある。ワクチンや治療薬の開発推進に加え、医療提供体制や検査体制の拡充・強化に備えた20年度第2次補正予算が6月12日に成立したが、歳出総額31.9兆円のうち2.2兆円が新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の拡充に充てられる（2.2兆円のうち医療分は1.6兆円）。この交付金は、入院患者を受け入れる病床の確保や設備の整備など、地域の医療提供体制の継続・強化が目的だが、実際はコロナ禍で悪化した医療機関の経営支援の意味合いも大きく、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに備えて確保した空床等の補助にも使われる<sup>40)</sup>。

もちろん今後も起こり得る大規模な流行に備えることは重要であり、地域医療を支える医療機関が診療を継続できなくなる事態は避けなければな

39) いずれも、「とてもそう思う」と「概ねそう思う」の合計。アンケートの回答者は15名。

40) 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関については、既に診療報酬上の臨時的な評価も実施されている。（<https://www.mhlw.go.jp/content/000634226.pdf>）



らない。病院の経営を安定させ、医療従事者の疲弊を和らげることは必要だ。だが、戦略なき供給体制の増強は医療の効率を下げ、国民が負担すべき医療費をさらに増加させる恐れがある。人口当たり病床数と医療費全体の4割以上を占める入院医療費の1人当たりの金額の間には強い正の相関関係がある<sup>41)</sup>。医療費の増大とは、国民が負担する保険料や税を膨張させることと同義であることを踏まえれば、医療費の適正化に向けた病床の見直しは不可欠だ。

2章で述べたように、今回のコロナ禍で起きた病床のひっ迫や不足の問題も、病床の見直し、すなわち地域医療構想の遅れが影響したと考えられる。たとえ病床に余裕があり、さらに感染症の流行が発生した場合に備えた綿密な計画があったとしても、病床が持つ機能を適切に発揮できない状況であれば、有事の際に地域で連携して柔軟に患者を受け入れることは難しい。人口当たり病床数が諸外国と比べてかなり多い日本では、全国一律に病床を増やすのではなく、将来の医療ニーズにマッチした病床機能の整備を進め、地域内の連携を強めることが重要だと考えられる。それが有事の対応力を高めることにもなる。新型コロナウイルスを機に、あらためて改革を加速させることが強く望まれる。

また、今回のコロナ禍では、医療資源を効果的に活用するための新たなテクノロジーが注目された。特にオンライン診療の活用は、利用者の利便性を高めるだけでなく、外来受診する患者と患者の間や患者と医療従事者との間の感染防止にも貢献したとみられる。オンライン診療の医療上の安全性や有効性について引き続き慎重な検討は求め

られるが、今回の特例的な対応を通じて、より広い範囲でのオンライン診療の活用が一定程度可能であることが示されたともいえるだろう。今後、超高精細な医療画像技術やそれを転送する高速通信の技術革新に伴い、対面診療でなければならぬという障壁は縮小していくだろう。エビデンスを着実に積み上げることで、オンライン診療に適した疾患等を見極め、範囲を拡大していくことが期待される。

この動きを後押しするのが、EHRなどヘルスケアデータの利活用である。従来かかりつけ医が蓄積してきたような患者の診療記録に、オンライン診療を提供する医師が迅速にアクセスできる仕組みが整備されれば、オンライン診療の安全性向上に寄与する。さらに、医療機関の間だけでなく、介護事業者や地域間でPHRを含むヘルスケアデータを共有・活用できれば、医療・介護サービスの質の向上にもつながる。全国レベルでの連携を視野に入れたデータ利活用のための基盤構築と高度化は、新たなテクノロジーの可能性を一層広げ、医師の偏在や働き方改革、また、増加が見込まれる在宅医療・介護にもプラスに作用するだろう。

しかしながら、患者の医療情報を含む電子カルテ等の整備は個々の医療機関などでは進められてきたが、採用するシステム（ベンダー）が異なることなどから連携に向けたネットワーク化やデータの標準化がまだまだ不十分である。政府は、今後2年間で集中的に改革を進める計画を示しているが、難航は必至とみられる。今回の感染拡大を改革の機に転じられるよう、関係者の努力に期待したい。

41) [https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20191101/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20191101/01.pdf)

新型コロナウイルス感染症の拡大は、改革の必要性や、改革に向けた課題を明確にした。限られた医療資源を効率的に活用し、新たなテクノロジーを効果的に取り入れることがウィズコロナ、あるいはポストコロナ時代の医療提供体制を強化し、持続可能なものとするだろう。パンデミックの経験を医療提供体制の進化につなげられるか、われわれは試されている。

[著者]

石橋 未来（いしばし みく）



政策調査部  
経済システム調査グループ  
研究員  
担当は、医療 / 介護保険、経済

武井 聡子（たけい さとこ）

政策調査部  
経済システム調査グループ  
研究員  
担当は、医療、金融資本市場