

コロナ禍における医業収益と外来患者数の変遷 - オンライン診療に関する考察を加えて -

山口 圭三¹

はじめに

久留米大学医学部同窓会会員が所属する医療機関に対する4回のアンケート調査を通じたコロナ禍における医業収益と外来患者数の変遷について報告する。調査に協力していただいた久留米大学医学部同窓会事務局と会員の皆様にはあらためて御礼申し上げる。

さらに、医療機関と潜在ユーザーに対する調査結果から、オンライン診療の認知度や信頼度について現時点での考察を追加した。

対象と方法

久留米大学医学部同窓会会員に対し、会報郵送時に調査票を同封し発送した。回収方法は回答用紙への記入後FAX送信（1回目のみ郵送）か、Googleフォームによるオンライン回答とした。調査期間と回答医療機関数を表1に示す。

潜在患者のオンライン診療についての認知度やニーズ、信頼度を探るべく、ビジネススクール学生に対するオンラインアンケート調査を2020年12月に実施した。有効回答数は115であった。回答者の年齢分布を図1に示す。医療機関の主たるユーザーよりも若年層であり、総じてITリテラシーは高いと推察される。

表1 調査期間と回答医療機関数

	調査期間	回答医療機関数
第1回	2020年6月	291
第2回	2020年8月	172
第3回	2020年12月	96
第4回	2021年6月	91

1 久留米大学病院医療連携センター

コロナ禍における医業収益と外来患者数の変遷（山口）

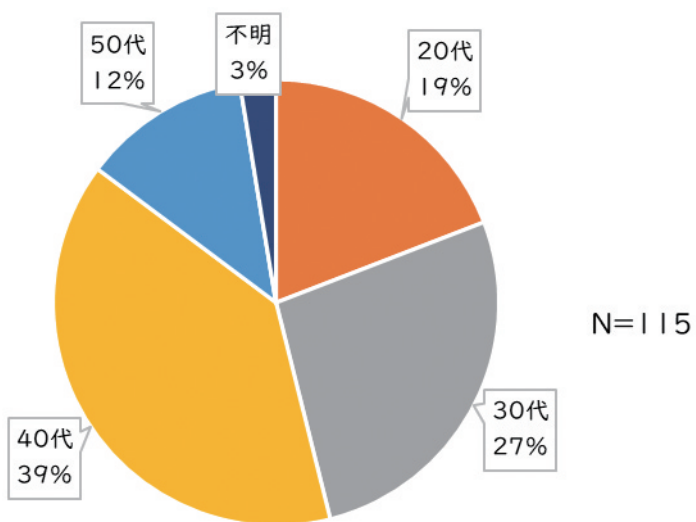


図1 「回答者年齢分布」

結果

医業収益と外来患者数の推移を図2に示す。

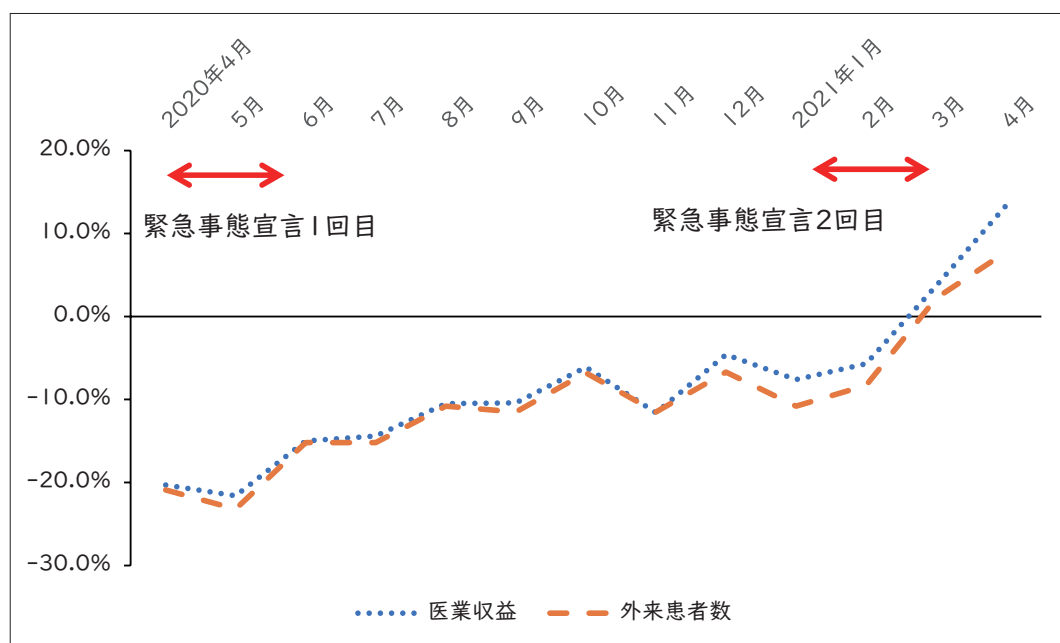


図2 医業収益と外来患者数の推移

参考：緊急事態宣言

- 1回目：2020年4月7日 - 5月14日
- 2回目：2021年1月13日 - 2月28日
- 3回目：2021年5月12日 - 6月20日
- 4回目：2021年7月12日 - 9月30日

2020年4月から5月の第1回目の緊急事態宣言期間では20%を超える医業収益と外来患者数の減少を招き、経営に大きなダメージを受けることになった。その後は両パラメーターとも次第に回復傾向にあるが、コロナ禍前までの回復には至っておらず、2021年4月と2019年4月と比較すると概ね1割減程度と推定される。なお、2020年12月以降、医業収益と外来患者数の回復度に若干の乖離が観察される。これは①各医療機関の経営努力による患者単価の増加②初・再診料、入院基本料の特例加算等の影響と推察された。

第1回目のアンケート調査時に質問したオンライン診療導入状況と医業収益変化率について、表2に示す。有意差はないもののオンライン診療導入済みもしくは導入予定の医療機関の方が、医業収益変化率の悪化が軽減されていたが、導入済・導入予定を合わせても全体の8.7%に過ぎず、医療機関側は患者側にオンライン診療導入のニーズがないと判断しており、またオンライン診療に対する信頼度の低さや対面診療絶対主義等の既成概念が存在することもうかがえた。

表2 オンライン診療導入状況と医業収益変化率の関連

カテゴリー	医療機関数	%	医業収益変化率	<i>p</i>
導入済み	11	3.8	-15.0%	0.08
導入予定	14	4.9		
検討中	77	26.8	-20.1%	
予定なし	185	64.5		

潜在ユーザーであるビジネススクール学生に対する質問項目は以下の通りである。

1. 感染に対する恐怖心を軽減する有効な対策
2. オンライン診療の認知度
3. 対面診療とオンライン診療の信頼度
4. オンライン診療のイメージ
5. どの程度の症状で受診するか

患者の感染に対する恐怖心を軽減する有効な対策を尋ねたところ（複数回答可）、発熱

外来（プレハブや別棟など空間を分離する対策）が最多で、次いでオンライン診療と予約制が続いた（図3）。

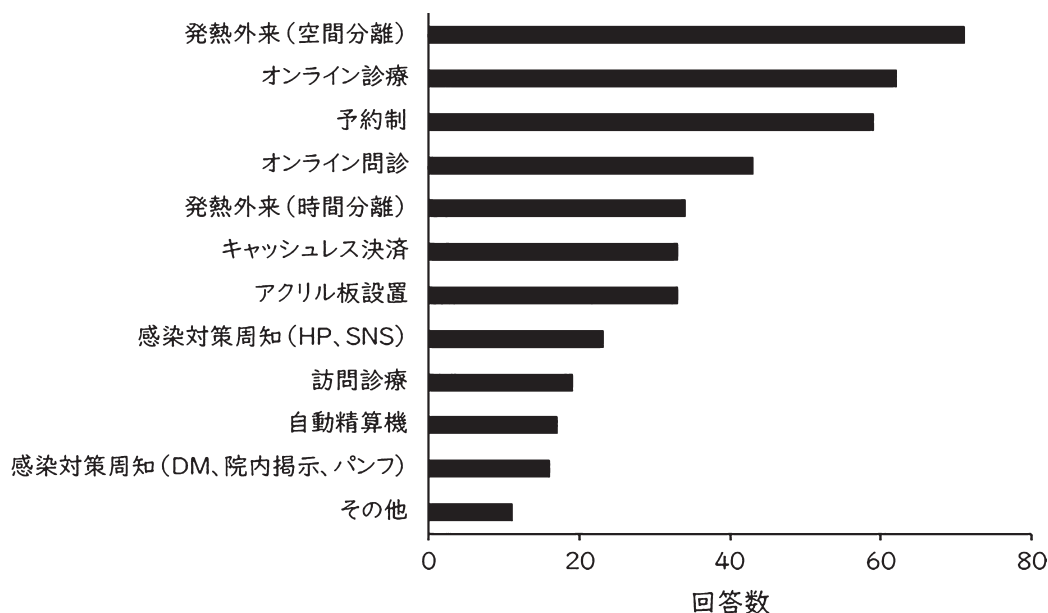


図3 患者の感染への恐怖心を軽減する有効な対策（複数回答可）

注）オンライン診療（zoom等を使用し診察から投薬まで実施）

オンライン問診（来院前に症状や過去の病歴をオンラインで記入）

オンライン診療についての認知度は、「知っている」が44.3%で「聞いたことがある」も含めると、認知度は9割を超えた。オンライン診療に対する興味は比較的高かったが（80%）、インターネット等での検索経験者は少ない（16.5%）。実際の利用者（1人0.9%）やSNS等での情報共有の経験者（2人1.7%）はほとんど存在しなかった。オンライン診療を利用したことがない理由は、「オンライン診療をしている医療機関を知らない」（57.4%）、「かかりつけ医がオンライン診療に対応していない」（33.9%）の順であった（図4）。

コロナ禍における医業収益と外来患者数の変遷（山口）

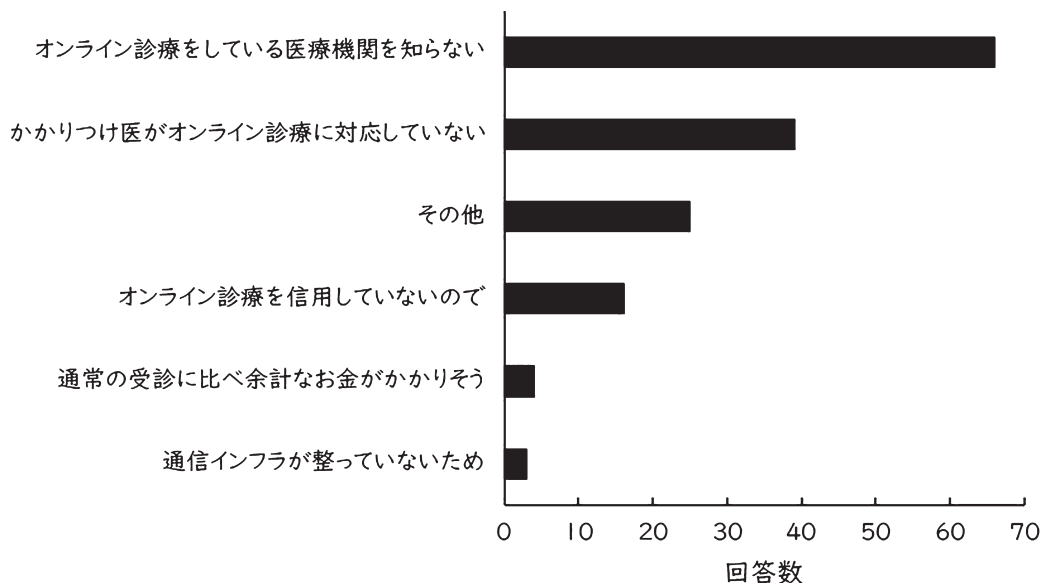


図4 オンライン診療を利用したことがない理由

対面診療とオンライン診療の信頼度についての質問では、72%が「対面診療の方が十分な診療が受けられる」と回答した（図5）。オンライン診療の距離感を尋ねた質問では、83.4%が「身近にない」と回答した（図6）。

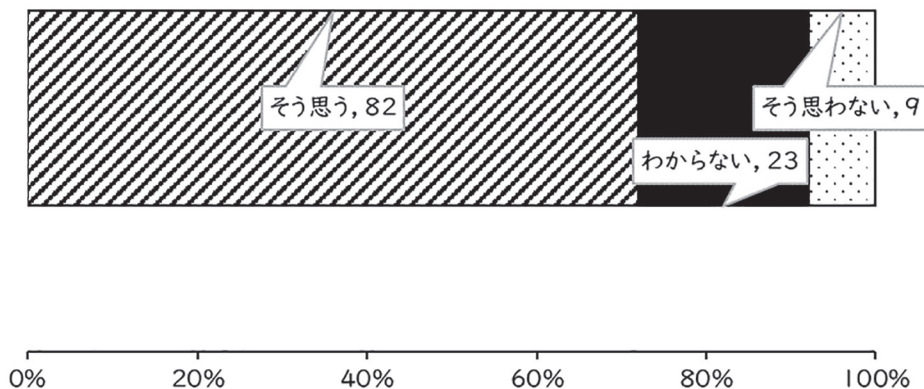


図5 対面診療の信頼度（対面診療の方が十分な診察が受けられると思うか？）

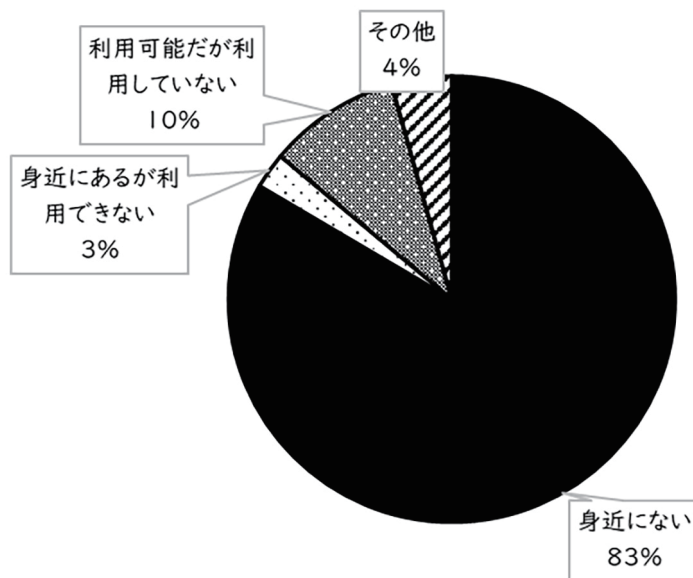


図6 オンライン診療のイメージ

どの程度の症状があれば受診をするか尋ねたところ、軽い症状ですぐに受診すると回答したのは4.3%で、病気かどうか判断できない場合で9.6%、胸痛や激しい頭痛など急性症状では57.4%であった（図7）。また、どのような症状で医師へのオンライン有料相談サービスを利用してみたいか尋ねたところ、「病気かどうか判断が付かない時」が73.9%と最多であった（図8）。

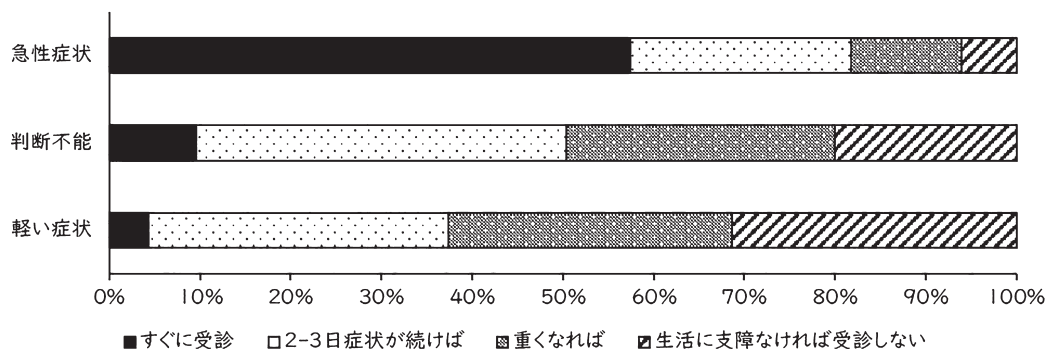


図7 どの程度の症状で受診するか

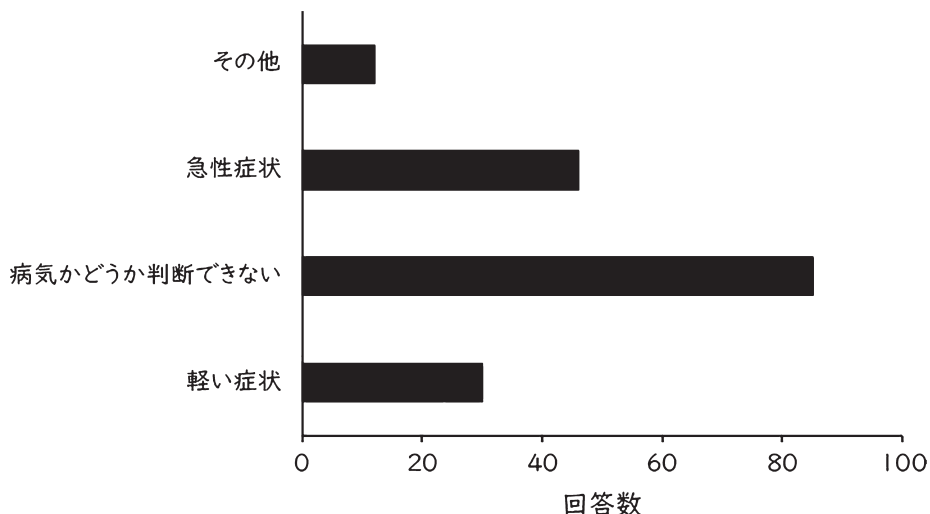


図8 どの程度の症状で医師へのオンライン相談サービスを利用したいか

考察

被験者がビジネススクール学生であるため、中小医療機関顧客層の中心である60代以降の高齢者が全く含まれていない。そのため、顧客の多数派の意見を正確に反映したものではないが、患者の院内感染に対する恐怖心を軽減する有効な対策として、発熱外来（空間分離）、オンライン診療、予約制が挙げられた。調査前の予想では（感染対策の上）HP等を通じた情報発信が重要と考えていたが、患者側視点では物理的に他人との接触を避ける対策が好まれた。発熱外来（空間分離）については、小規模クリニックでは発熱患者と非発熱患者の動線を完全に分離することは困難であるため、クリニックの建物外を利用した分離が必要となる。具体的には、自家用車で来院した患者であれば本人の自家用車を個人待合室とする、車で来院患者以外に対しては駐車場にテント等で簡易診察室を設けるなどが考えられる。

第1回医療機関向けアンケートにおいて、オンライン診療について導入予定がないとした医療機関がおよそ65%にのぼり、導入しない理由は、「必要性なし」との回答が最多であった。ただし、これは医療機関側の一方向的な考えに基づくもので、「患者側の必要性」については考慮されていない。ビジネススクール学生に対する調査では、院内感染に対する恐怖心を軽減する対策として、発熱外来（空間分離）に次いでオンライン診療が支持を集めた。医療機関側と患者側のオンライン診療に関するニーズについて、著しい乖離が生じていると考えられる結果となった。医療機関側は「患者の多くが後期高齢者であるため、ITリテラシーが低くオンライン診療のニーズは当然ないもの」との思い込みが根強く存在する。しかしながら、後期高齢者を十把一絡げでオンライン診療に対応できないとする

のはやや現状認識が誤っていると個人的には考えている。若年者と比較し低率ながらも70代で27.2%、80代で7.8%とスマートフォン保有者は存在しており（総務省, 2018）、さらに言えば同居親族まで含めればスマートフォン保有率もITリテラシーも格段に上昇することは明らかである。今後デジタルネイティブが中年以降に差し掛かり、スマートフォン世代が高齢化する近未来では、このようなIT技術の障壁は解消される見込みが高いと考えられる。従って、オンライン診療の「必要性」については医療機関側のニーズのみで判断するのではなく、患者と家族のニーズを改めて把握する必要があると考える。オンライン診療導入によって減収分が全てカバーできるものではないことは承知しているが、オンライン診療に関する医療機関のスタンスは「患者さんの安全を第一に考える」、あるいは「スタッフを感染から絶対に守る」という新型コロナウイルスやその他の感染症に対する医療機関側の感染制御に関する哲学を示すものであると考えられる。

文献

総務省（2018）. 「2018年版情報通信白書」

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/html/nd142110.html>（最終確認：2022年2月14日）