

Jeffrey Braithwaite セミナー 「世界 60 か国の医療改革成功事例」 【要旨】

日時： 2018 年 4 月 12 日

場所： キャノングローバル戦略研究所 会議室

第1部 世界60カ国の医療改革に関する本について

【発表：ジェフリー・ブライスウェイト（マッコーリー大学（オーストラリア）教授、キヤノングローバル戦略研究所 International Senior Fellow）】

ジェフリー・ブライスウェイト： 私どもは、世界中の医療改革の比較研究を行っており、この本「Healthcare Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries」はその研究成果の本のシリーズの1つです。今回は、それぞれの国々が行ってきた医療改革の成功事例を1つ紹介して他の国々に役立ててもらおうという企画でした。この比較研究の成果である本は3部作になっており、第1作は、2015年に出版した「Healthcare Reform, Quality and Safety (医療の質と安全の向上に係る医療改革)」で30カ国の医療改革を紹介しました。第2作が本日ご紹介する本で、世界60カ国の医療改革の成功事例の紹介です。第3作は、既に出版社に原稿を提出済みで2018年夏までに出版されることになっていますが、今から5年後から15年後にどのような医療制度になっているかをテーマにしたものです。第3作に登場する国の数は152です。

どの国においても、優れた医療制度を築いてそれを維持するにはどうしたらよいかが政策のテーマです。日本でも中国、オーストラリアでも医療費が増加し続けており、それを賄うための経済が様々な問題を抱えています。

私が所長を務めるオーストラリア医療イノベーション研究所は約150名のグループです。その使命は、現場の、制度上の、国際的な医療制度の意思決定をエビデンスに基づいて行うことを促進すること、及び、システム科学や変革を促すアプローチを駆使することによってヘルスケア提供上の個々の問題に対して画期的でエビデンスに基づく解決方法を提供することにあります。オーストラリアの医療を改善することのみでなく、世界の医療制度の改善の研究にも取り組んでいます。この研究所には、私に加えて二人の研究ディレクターがいます。Enrico Coiera教授とJohanna Westbrook教授です。ジョアンナは本日より一緒にここに来ています。

医療改革を議論する場合、通常はその国の医療制度の問題に焦点を当てます。しかし、第2作目の本ではそれぞれの国での成功事例を1つ取り上げてもらうことにしました。しかもそのテーマの選定を編集者側が指定するのではなく、各国の執筆者に任せました。したがって、当初は選択されたテーマが、医療従事者が手を洗うこと、医療IT活用といったことに偏るのではないかと心配されました。しかし、結果は様々なテーマの成功事例が集まりました。その背景には、医療の質と安全の向上を目指す国際学会ISQuaには国の医療政策担当者、大学に属する研究者、医療経営者など様々な専門家が参加しており、そこから執筆者を選んだという事情があります。異なる立場の専門家が参加したことで、成功事例の構成が、マクロ的視点、ミクロ的視点、その中間の視点とうまくバランスが取れた結果になったのです。

では次に各国がどのような成功事例をテーマにしたかを説明します。南米大陸ではベネズエラがプライマリーケア、エクアドルが病院経営の向上、チリが成功するための投資と組織カルチャー、ブラジルが医療の質の向上、ギアナは所得が低い中での高齢者医療の提供、アルゼンチンが政府の規制と非政府組織によるイニシアティブをテーマに選びました。北米に移ると、カナダは認定制度による脳卒中医療の向上、メキシコは医療改革をモニターし評価する仕組み、米国は外科の安全性向上です。続いてアフリカ、ヨーロッパ、ロシア、中東、アジアの国々です。これから分かるように、一人当たりの所得が低い国々でも医療改革の成功事例があるのです。アフリカは非常に貧しい国々ですが、ほとんどの国民が携帯電話を持っているのです。そこで、アフリカでは医療情報システムや病院建設に大金を費やすのではなく、携帯電話で検査結果を伝えたり受診をしたりしているのです。これは先進諸国が低所得国から学ぶことのできる成功事例です。

実は、この本の内容を要約した論文を ISQua の学会誌に発表しています。成功の共通ファクターが 4 つあります。①大きいことも最初は小さいことからという改革の原則、②データから情報に、情報から知見にという改革の原則、③多くの人々が参加するという改革の原則、④患者こそが改革の抜群の担い手という原則です。医療改革にはビッグバンのような大改革もありえますが、パイロット事業から始める方法が有効です。医療の場合、最初から大改革を目指すとうまくいかない場合が多いのです。例えば、1 億 2 千万人を超える人口がある日本で、改革を一度に全国に徹底することは困難です。日本やオーストラリアには大量の医療データがあります。このデータに情報としての価値を持たせ、それを政策担当者、病院経営者、医療従事者、患者がより良い医療を実現するための知識とすることが重要なのです。改革を成功させるためには、多くの人々、多くの頭脳が集まる必要があります。そして、患者にも改革に参加してもらい患者を改革の中心におくという考え方が重要です。

発展途上国と先進国のいずれもが、変化と高齢化、医療財源の不足の影響にさらされています。多くの場合、目標が定まったプロジェクトからスタートすることが賢明です。規模が小さく、特定地域での改善であっても、それを制度全体の改善につなげることができます。

デジタル技術の効果的利用、記録の保管、統合されたデータベース、意思決定支援は、現在のみならず将来においても重要な課題と考えます。重要な示唆は、1 つのケーススタディに成功すると、そのほかの成功への動機づけになるということです。これを繰り返すことが、将来に向けて一層優れた医療制度を作り上げることにつながるのです。本日参加くださった皆さんも同じだと思いますが、医療改革の目的は未来に向けてよりよい医療制度を築くことです。これは、経済が不振でも、株価が下落している時でも目指すべきことです。

ではここで質問を受け付けます。

質問者 1: 臨床のガバナンス、医療の質向上のためのガバナンスで成功事例を教えてください。

ブライスウェイト: 臨床のガバナンスの成功事例はたくさんあります。例えば、医療ミスが発生した時に、その医療事故が起きたプロセスを検証して原因をつかみ、二度と発生しないような対策を考える仕組みです。別の例は、院内感染を予防するために医療従事者の手を消毒することの徹底です。つまり、臨床のガバナンスの改善には様々な方法があります。これをテーマにした本を私は何冊か書いています。非常に複雑なシステムである医療において、何らかの医療ミスが発生する確率が 10% とします。すると、この 10% に注目しがちですが、90% の医療は正しいものだったわけです。複雑系の医療で成功率が 90% であるということは高く評価できます。これまでの研究者たちはこの 90% の成功要因を検証できていません。

第 2 部 海外の医療改革から日本が学ぶべきことは何か？

【発表：松山 幸弘（キャノングローバル戦略研究所 研究主幹）】

松山 幸弘: 日本の医療界や政治家は、しばしば「世界に冠たる国民皆保険」と言ってわが国の医療制度が世界一優れていると主張しています。しかし、私はブライスウェイト教授のチームに参加して世界各国の医療改革を調査研究することによって、①Integrated Care、②Organization Culture、③Resiliency、④Patient Information Sharing、⑤Population Health、⑥Big Data の点で日本が遅れていることに気づかされました。

厚生労働省は、地域包括ケアを促すために連携、連携、との主張を繰り返しています。しかし、人口 50 万人から 100 万人の広域医療圏単位で市場シェアを 20%~30% を持ち患者情報共有のプラットフォーム機能を持つ大規模事業体が存在しない限り、地域包括ケア体制を構築することはなかなか進みません。なぜなら、患者獲得のライバル関係にある事業体たちが連携のための会議を開いても、経済的利害が対立している中で合意は難しく、しかも合意が成立しなくても当面は誰も困らないからです。これに対して海外の地域包括ケア事業体は、異なる機能をもった施設群が経営統合されています。経営統合された組織では経済的利害が部門間で対立することはあっても、経営責任者が全体の利益を最適化する解を見出して必ず意思決定します。つまり、様々な課題に取り組む時の組織カルチャーは、連携よりも統合された事業体の方が優れています。

Resiliency とは復元力のことです。医療制度を作る時の前提条件だった人口構成、経済、財政、医学水準などが大きく変化した場合、国民に医療改革案を説明して納得してもらう必要があります。他の先進諸国は、その次の医療改革に備えて現在の医療制度に工夫を組み込んでいます。これに対して、日本の場合、公的医療保険の給付が寛大なものになりすぎています。患者の症状レベルを主治医が確認して患者の受診行動をコントロールするゲートキーピングがなく、対費用効果や医療技術評価に基づく給付内容の調整もない。医療費全体に占める公費の割合は 2015 年に 38.9% であり、政府の歳出は、赤字国債を発行することによって保たれている。仮に政府が現在のような低金利で国債を発行できなくなれば、医療制度の財源を確保し続けることは困難になるといった具合に、復元力がありません。これに対して、他の先進諸国は、公的な医療保障の枠組みの中に民間医療保険を組み入れて二階建て構造にするなどの工夫をしています。

厚生労働省は、患者情報共有の仕組みを都道府県内に作ることを推奨しており、長崎県の「あじさいネット」が日本で最も成功している地域医療情報連携ネットワークであるとして宣伝しています。しかし、あじさいネットに参加している 240 の病院、診療所、歯科診療所のうち自らの患者情報を提供しているのは 34 にすぎず、206 は他の組織の患者情報を閲覧するが自分の患者情報は見せないとのこと。これでは患者情報共有と呼ぶことはできないし、安倍政権が 2020 年までに実現すると約束している PHR (Personal Health Record) ができるはずがありません。これに対して大規模地域包括ケア事業体が存在している国々では患者情報共有が進んでいますし、オーストラリアは PHR 構築を着実に進めています。また台湾とエストニアは、国全体で患者情報を共有する医療制度を構築しています。

日本では、医療機関のための診療報酬は政府が決めて国全体で一律適用されています。しかしながら、一人あたり医療費は地域差が大きい。そこで政府は、法律を改正し、医療制度の財源と投資の両方を都道府県にガバナンスさせること、診療報酬を都道府県毎に決めることができるようにしました。このように広域単位で医療の財源と提供体制の両方をガバナンスして全体最適を目指す社会科学を Population Health と言います。わが国の場合、その専門家が不足していることが改革のネックになります。これに対して、米国、カナダ、オーストラリアなどの大学には Population Health 学科があり、そのノウハウが蓄積、実践されています。

私は、オーストラリアの医療改革から日本が学ぶべきことがたくさんあると思います。オーストラリアは、2011 年に公立病院を人口 100 万人前後の医療圏ごとに経営統合する改革を行いました。これは、Local Hospital Network と呼ばれるものです。メルボルンにある Monash Health は職員数 1 万 6 千人、事業規模 1,400 億円の地方病院ネットワークです。先ほど述べたオーストラリアの PHR は 2018 年 3 月現在 550 万人以上の国民が利用しています。オーストラリアにも医療施設における看護師配置基準があるようです。また、日本で話題になっている特定看護師にあたる Nurse Practitioner の年収は比較的高いようです。

第3部 オーストラリアの医療改革

【発表：ジェフリー・ブライスウェイト】

ブライスウェイト： オーストラリアの医療改革については松山さんから事前に質問項目を頂いています。医療財源配分モデル、My Health Record（普及しつつあるPHRの呼称）、AI（人工知能）の活用、ビッグデータ、看護師制度です。

オーストラリアの医療財源配分モデルは、Activity Based Funding（ABF）と呼ばれているものです。これは、公立病院に適用される仕組みであり、活動量に基づく財源配分、すなわち治療を行った患者の数と疾病構成に基づいて財源配分を行うものです。ABFは、それによって、公立病院が提供しているヘルスケアの財源配分を、政府がモニター・運営・管理している制度なのです。それまでの病院に対する医療財源配分方法は、出来高払いで医療の質の評価が考慮されていないものでした。

The National Weighted Activity Unit（NWAU）全国加重活動単位とは、活動量に基づく財源配分制度の計測単位です。言い換えると、共通単位で表現される医療サービス量であり、それに対してthe National Efficient Price（NEP）全国効率価格が支払われます。この全国効率価格とは、地域事情や患者重症度がコストに与える影響を反映させた上で、その医療サービスを効率的に提供したと仮定した場合にかかる医療コストのことです。それは、公立病院のサービス、すなわち入院、救急、外来といった出来事を比較し評価する方法を提供するものであり、臨床上の複雑さに基づいてウェイト付けがされています。

このような方法に対して、もし病院がより多くの財源配分を受けるためにより多くの患者を受けようとするれば医療の質が落ちるのではないかと、という疑問が指摘されることがあります。死亡率が上がってしまうのではないかと、という心配です。そこで、死亡率が上昇するなど医療の質が低下したと評価された病院に対しては財源配分を削減するという措置がとられます。医療財源配分に関する経済モデルを考える時、医療の質、患者の安全に留意する必要があります。また、患者が早く退院したとしても短期間で再入院するようでは、その病院の医療の質が良いとは言えません。オーストラリアの医療財源配分モデル（ABF）では、この仕組みから生じるかもしれない副作用にも注意しているのです。

質問者2： ABFによる財源配分は、病院単位なのですか、それとも一定の医療圏単位なのですか？英国では、ファウンディングトラストと呼ばれる公立病院に対する財源配分に加えて、地域の人口に基づく財源配分、プライマリーケアに対する財源配分のルールがあると理解していますが、それとの比較はどうですか？

ブライスウェイト： これまで説明した仕組みは病院に対する財源配分方法であり、これとは別に地域医療圏単位、州単位の財源配分方法の仕組みがあります。国によって医療財源配分の制度が異なっていますが、その目的は共通しており、国民が必要な医療を適切に受けることを可能にすることです。

次の話題はMy Health Recordです。電子診療録の利用方法には色々あります。1つの方法は、患者が医療を受ける診療所、専門医クリニック、病院ごとに電子診療録を管理することです。これに対して、一人の患者が医療を受ける医療機関の全てが共通の電子カルテシステムを使うという考え方があります。どの国においてもこの共通の電子カルテシステムの実現が夢として語られています。これが実現すれば、データを情報に変え、情報を知識に変えることができます。現在、オーストラリア国民の約23%がMy Health Recordに登録して利用しています。Westbrook教授はこの分野の専門家であり、My Health Recordを進めている政府機関のメンバーでもあります。

My Health Record は、国民一人ひとりが自分の電子診療録に何を記載するのか、誰がそれにアクセスできるかを定める権限を与えた仕組みです。国民は、自分の電子診療録を医師、病院その他の医療サービス提供者と共有することを選択することができるのです。この仕組みの最終目標は、国民一人ひとりが誕生から死亡するまでの自分の診療録を携帯するようにすることです。My Health Record の運営開始は 2012 年ですが、My Health Record に利用登録した人は 2500 万人の国民のうち 23% であり、普及が遅れています。その理由として、その長所を国民にまだ理解してもらえていないという事情があります。そこで、政府は発想を変えて、全国民に一旦 My Health Record に加入することを義務付け、My Health Record から脱退する選択権を与えるという制度にすることにしました。

My Health Record の長所は、まず医療ケアの組み合わせを向上させることができることです。例えば、初めて受診したプライマリーケア医師が患者の過去の診療録に容易にアクセスできます。その結果、患者の安全を向上させることができます。例えば、処方や投薬の記録が分かるので処方薬ミスリスクが減少します。さらに、My Health Record は、疾病リスク検査や個別化医療に役立つと期待できます。例えば、アルゴリズムを使うことによって、ある特定の疾患のリスクが高い人を簡単に判定できるからです。My Health Record を多くの国民が利用するようになれば、大きな人口単位で疾病リスクの計測を行い、その予防に役立てることができるのです。このように大量のデータに基づいて医療の改善方法を探求することを E-Health と言い、各国が取り組んでいます。

質問者 3: 国民一人ひとりが生まれて以降の診療録を持つということはデータ量が膨大になります。その情報が漏洩するリスク、セキュリティはどのように考えたらよいのでしょうか？ 誰がデータを管理するのでしょうか？

ブライスウェイト: 大変重要な問題点のご質問ありがとうございます。その専門家である Westbrook 教授に答えて頂きましょう。

Westbrook 教授: さきほどジェフリーが説明したように、これまで My Health Record は「利用するかどうか」を国民が選ぶ仕組みでしたが、国民全員を一旦 My Health Record に登録させた上で「利用しないかどうか」を選択する仕組みに変更します。その結果、国民の 90% 以上が My Health Record の利用者になると予想されており、その情報セキュリティの強化は重大な課題です。My Health Record を理解する上で重要なことは、その患者の診療録の全てを My Health Record に保存するのではないということです。例えば、患者がプライマリーケア医師の所で診察を受けた場合、診療が終わった時点で医師が診察内容と処方箋の要約情報を作成します。これが My Health Record に保存されるのです。また、病院で検査を受けた場合、受けた検査全ての情報が My Health Record に保存されるわけではありません。あくまで検査結果の要約です。このようにするのは、診療録の全ての内容を My Health Record に保存するとしたら、データ量が膨大になりすぎるからです。

情報セキュリティの強化のための対策は、色々と実施されています。例えば、ビクトリア州政府は、My Health Record のシステムにアクセスしてくる状況をモニターしています。誰が My Health Record のシステムにアクセスしたのか分かるようになっているのです。仮にハッカーがアクセスしてきても把握できます。My Health Record の利用者たちがシステムは安全であると感じることは非常に大切です。診療録を入力する医師や看護師にとってもシステムの安全性は重要です。

ブライスウェイト: オーストラリア国民は、スマートフォンで My Health Record の診療録を見ることができます。次の話題は AI (人工知能) です。ソフトウェアが放射線医 (画像診断医) や癌専門医よりも早くかつ安く腫瘍を探索できる時代においては、ヘルスケアが提供され消費される在り方を AI が変革することになると予想されます。AI は、我々が物事に取り組む方法を変革し、ヘルスケアにおける複雑な問題を解決することを助けてくれる

潜在能力を有しています。医療情報技術（HIT: Health Information Technology）が患者ケアや人間集団の健康を向上させたり医療費を削減したりする力を強化すると期待されます。ヘルスケアにおける AI とは、複雑な医療データを使って分析、探索、予測するためのソフトウェアとアルゴリズムの利用のことです。具体例として、コンピューター・ソフトウェアを使って骨年齢を自動的に計算する X 線装置があります。

次に E-Health についてコメントしたいと思います。E-Health は、複雑なシステムにおける複雑な介入のことです。E-Health は、我々がかつて経験したことのない最も複雑な医療サービスへの介入かも知れません。というのも、個々の患者の診断というよりは、一定規模の人口集団全体の医療の改善の探求だからです。つまり、それは、技術的ではなく社会技術的なものなのです。E-Health や AI（人工知能）に関しては、当初技術的な問題に焦点を当てがちでした。しかし、本当の課題は、どのように E-Health や AI を使えば社会を変革できるかということにあるのです。

ところで、この中に遺伝子検査を受けた方はおられますか。私は受けました。ちなみに遺伝子検査費用は 5 千豪ドル（約 42 万円）でした。

E-Health への取り組みは“次は何か”の繰り返しです。つまり、その実行は止まるところがない。インフォマティクスの第一の法則は、テクノロジーにではなく問題にフォーカスすることです。これについては、ランセット誌 390 号に小論文「Artificial intelligence in health care : within touching distance」を掲載していますので、是非ご覧下さい。

洗練された AI 技術を巡る熱狂にも関わらず、臨床現場での使用は未だほとんどありません。これは医療が非常に複雑系だからです。AI の技術上の成功を臨床に対する意義のあるインパクトに変革することは、次なる偉大なチャレンジなのです。そのためには、AI 技術による臨床上の成果を評価し比較する仕組みを構築することが必要です。

次の話題はビッグデータの活用です。私は、オーストラリアにおいてビッグデータを使った研究を 2 件行いました。子供を対象にした研究と大人を対象にした研究の 2 つです。その共通点は、患者に提供された医療が医師たちのコンセンサスもしくは臨床ガイドラインとどのくらい一致していたかということを検証したことです。子供の医療に関しては、オーストラリアの 0 歳～5 歳の子供の電子診療録を分析することによって、よく見られる 17 の小児疾患の医療においてベスト・プラクティス・ガイドラインとの一致度を評価しました。大人の医療に関しては、コンピューターに支援された電話インタビューという方法を使って、1 千名以上の大人たちの 2009 年～2010 年の診療録を遡及して調査、よくある 22 の疾患について適切なケアであると専門家たちのコンセンサスが得られている 522 の指標に対する一致度を計測しました。なお、研究 1 件あたり費用は 200 万豪ドル（約 1 億 7 千万円）です。

その一致度がどのくらいだったと思いますか。大人の医療では 57% でした。米国で類似の研究が 10 年前に行われた時の結果は大人の医療で 55% でした。また、米国で子供の外来診療における一致度は 46% でした。これに対して、オーストラリアの子供の医療における一致度は 59% でした。

続いてオーストラリアの看護制度についてお話しします。オーストラリアで正看護師になるには、大学で 3 年間看護学を学ぶ必要があります。看護学科はほとんどの大学に開設されています。看護学科を修了した後、正看護師として働くためには、AHPRA (Australian Health Practitioner Regulation Agency) に登録しなければなりません。患者の安全を確保するための病棟における看護師の配置基準（看護師と患者数の比率）は、午前が 1 対 4、午後が 1 対 4、夜間が 1 対 7 です。しかし、多くの病院では平均で 1 対 5.3 になっています。患者数に対する看護師数の割合は、多くの患者のアウトカム、とりわけ病院における死亡率に大きな影

響を与えています。ただし、患者が必要とする看護師数は、診療の専門分野によって異なります。看護師が多いほど患者は安全になると言えます。医師の管理下で一部の医療行為を行う Nurse Practitioner の給与は正看護師より高くなっています。技術進歩を反映して、大学の看護学科の授業に看護情報学が組み込まれています。これは、看護師の仕事が多くの情報に依存したものであるからです。

質疑応答

質問者 4: バリュー（価値）に基づく診療報酬をどのように評価していますか？ また、イノベーションによって新しく登場する医薬品の薬価の決定方法についてどのように考えますか？新薬開発で中心的役割を果たしている米国では、薬価は原則自由価格制であり、製薬企業が希望する価格がつけられて市場の中で価格が決まっています。そして、米国は薬価を規制している海外に対してイノベーションコスト負担のただ乗りをしていると批判しています。

ブライスウェイト: 薬価については、オーストラリアの場合、政府がベネフィットとコストを総合勘案して決める仕組みになっています。米国のトランプ大統領がイノベーションコスト負担のただ乗りを問題視して貿易戦争になるかもしれません。バリューに基づく診療報酬は各国で検討課題になっていますが、現時点で私は答えをもっていません。オーストラリアの国、州政府も関心を持っていますが、検討段階です。松山さん、追加コメントがありますか？

松山: 日本では、イノベーションコストを薬価にどのように反映するかという論点は、抗がん剤オプジーボの登場が契機になっています。医療技術の進歩は加速していますので、これからも高価な医薬品や医療機器が登場してくると予想されます。そのベネフィットをできるだけ早く国民が享受できるようにするには、追加財源の確保が必要です。その方法の1つとして、公的医療保険を二階建てにして、医療にもっとお金を使いたい人々に財源を拠出してもらうことを提案しているところです。これまでのように医療機関の診療報酬財源を確保するために薬価を引き下げるという手法を繰り返していることには限界がきていると思います。

質問者 5: 2つ質問があります。1つ目は、My Health Record に参加している病院や診療所は医療機関全体の中で何%を占めるのでしょうか？ 2つ目は、Local Hospital Network で経営統合された公立病院のガバナンスや経営はどのようになっていたのでしょうか？ というのは、日本では、同じ医療圏に国立病院、都道府県または市町村が設置者である公立病院、その他公的病院と言われる非営利民間病院があり、彼らがバラバラに経営されているため経営統合が困難な状況にあります。

Westbrook 教授: 1つ目の質問にお答えします。病院に関しては My Health Record に対応するシステム技術上の問題は解決されています。しかし、診療所のプライマリーケア医や専門医の参加がまだ低いことが問題です。彼らが My Health Record に対応して患者に診療内容の要約を作成するように促すインセンティブ付与を考えています。また、制度改正で全ての国民に一旦 My Health Record に登録することを義務付ければ、国民の大部分が My Health Record の利用者になりますから、患者側から医師に対して My Health Record への対応を求められるようになると予想しています。また、診療所の医師や国民に My Health Record のベネフィットを周知徹底することが重要と考えています。

松山: 2つ目の質問にお答えします。オーストラリアの Local Hospital Network を構築できたのは、経営統合される公立病院の設置者が州政府であり、同じ公的レベルであったことが大きいと思います。そこに非営利民間病院も患者情報共有に参加している事例もあるよ

うです。オーストラリアには公立病院が約 800 あり、その大部分が Local Hospital Network に所属しています。日本で同じような改革ができない理由は、公的機能を担っている病院の経営形態に国立、都道府県立、市町村立、社会福祉法人立、厚生連立、日赤病院、各種組合立と様々あり、それらが同じ医療圏内で競合していることにあります。

ブライスウェイト： オーストラリアの公立病院は、国と州政府から財源配分を受けているので医療改革の方針に従う義務があります。ただし、Local Hospital Network に参加していない公立病院が例外的にごく少数存在します。Local Hospital Network の仕組みを採用したのは、病院が単に患者の治療をするにとどまらず、担当する地域の Population の健康向上に責任を持つようにするためです。

質問者 6： My Health Record に関する質問に戻りたいのですが、My Health Record を利用することのベネフィットを国民にどのように説明しているのですか？

Westbrook 教授： My Health Record の普及の考え方を「登録する権利を与える」から「一旦全国民に登録してもらってから脱退する権利を与える」に変更したことに合わせて、特定地域でこの仕組みが上手く働くかどうかのパイロット事業を開始しています。パイロット事業には幾つかの種類があり、ベネフィットを宣伝した上で、地域住民がベネフィットをどの程度感じているかの調査や比較的大きな人口地域でベネフィットを計量化する研究といったことに取り組み始めています。また、My Health Record から脱退する人の割合は 2% という推計結果が出ています。経済について理解のある人ほど脱退しないということもわかりました。慢性病を患っている大人や子供がベネフィットを感じるようにするにはどうしたらよいかも探求しています。

松山： My Health Record のホームページに詳細なデータが公開されていますので、是非ご覧になって下さい。

質問者 7： My Health Record の説明を聞いて、医療費削減といった短期的視点での目的ではないように感じたのですが？

ブライスウェイト： My Health Record の目的は、医療費削減ではなく、医療の質の向上です。