

コロナ禍と医療イノベーションの国際比較②(各論:カナダ)

2021年1月25日

キャノングローバル戦略研究所

研究主幹 松山

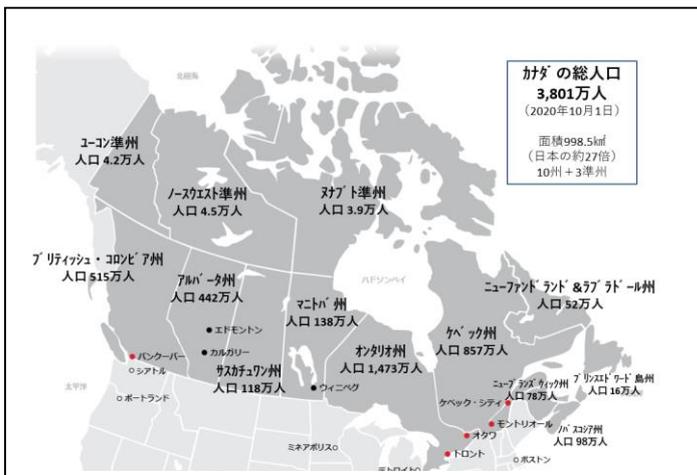
目次

1. はじめに
2. カナダの医療制度基礎データ
3. 主要4州の医療制度の特徴
 - ① オンタリオ州
 - ② ケベック州
 - ③ ブリティッシュ・コロンビア州
 - ④ アルバータ州
4. コロナ禍で加速し始めた医療イノベーション
 - 長期間成果が出ずに苦戦した Canada Health Infoway
 - コロナ禍で Virtual Care の利用率が急上昇
 - Virtual Care の診療報酬を巡る論点

1. はじめに

カナダは連邦制の国であり、10の州と3つの準州から成りたっている。国土面積は日本の約27倍あるが、人口は2020年10月1日現在で3,801万人と日本の約3分の1である。図表1のとおり、オンタリオ州(人口1,473万人)、ケベック州(同857万人)、ブリティッシュ・コロンビア州(同515万人)、アルバータ州(同442万人)の4州に人口の86%が集中している。

図表1 カナダの国土と州・準州別の人口



(出所) 地図はカナダ観光局、人口はカナダ統計局

カナダは、多くの移民を受け入れ続けている（2018年7月～2019年6月の移民受入数313,601）中で、医療に関しては皆保障を実現している。その一方、国土が広く地域社会のあり方、歴史、文化が大きく異なることから、医療制度の設計と運営の権限は州・準州政府に与えられている。デジタルヘルスの時代が到来して医療イノベーションを全国レベルで推進しようとした時、この権限が州・準州に分散していることから派生する問題を解決する必要に迫られている。

デジタルヘルスの中でカナダ政府が最も注力しているのが Virtual Care である。カナダ医療協会が設置した The Virtual Care Task Force が2020年2月に発表した報告書「Virtual Care: Recommendations for Scaling Up Virtual Medical Services」によれば、Virtual Care の定義は「患者ケアの質と効率を最大限高める目的の下、ICT を様々な形で活用して遠隔で行われる患者とその医療チームメンバーとの間の相互作用」である。Virtual Care の守備範囲は Mobile Health や Telehealth に近いが、AI やロボットまでは含まないのでデジタルヘルスに包含される概念と理解されている。

カナダは先進諸国の中で Virtual Care のパイオニアである。1970年代にニューファウンドランド・ラブラドル州メモリアル大学の Dr. Maxwell House が地域住民の医療アクセス向上のため電話による Virtual Care に取り組んだ。残念ながら、それが全国に普及することはなく、今では他国の後塵を拝している。しかし、2020年に始まったコロナ禍により国民の Virtual Care に対する評価が一気に高まった。図表2のとおり、カナダは、単位人口あたりコロナウイルス累積感染者数で日本の7倍、累積死者数で12倍である。それでも日本のような医療崩壊は起きていないようである。これは、州・準州政府が築いた平時の医療提供体制が有事でも機能していることを示している。

図表2 コロナ禍の日加米比較（2021年1月22日時点）

	日本	カナダ	米国
累積感染者数	351,020	737,407	24,627,675
人口1万人あたり感染者数	28	194	750
累積死者数	4,830	18,828	410,102
人口1万人あたり死者数	0.4	5.0	12.5
総人口	1億2,571万人 (2020年12月)	3,801万人 (2020年10月)	3億2,824万人 (2019年7月)

（出所）厚生労働省 WEB サイト

https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1

カナダ政府 WEB サイト

<https://www.canada.ca/en/public-h/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19.html>

米国ジョンズホピキンス大学 WEB サイト

<https://coronavirus.jhu.edu/region/united-states>

2. カナダの医療制度基礎データ

カナダ国民全体の名目医療費は人口と一人あたり医療費の増加が相まって高い伸びを示しているが、対 GDP 比は 2010 年から 2019 年の期間 11.6% で安定している（図表 3）

図表 3 カナダの医療費と人口の推移

	1980	1990	2000	2010	2019
名目医療費（億ドル）	223	611	986	1,932	2,644
平均増加率		10.6%	4.9%	7.0%	3.5%
実質医療費（億ドル：1997 価格）	467	712	910	1,377	1,626
平均増加率		4.3%	2.5%	4.2%	1.9%
名目医療費が GDP に占める割合	7.1%	8.8%	8.9%	11.6%	11.6%
人口（千人）	24,516	27,691	30,686	34,005	37,593
平均増加率		1.2%	1.0%	1.0%	1.1%
一人あたり医療費（ドル）	910	2,206	3,214	5,681	7,068
平均増加率		9.3%	3.8%	5.9%	2.4%

（注）2019 年の名目医療費、実質医療費、名目 GDP 比は予測値

（出所）Canadian Institute for Health Information, National Health Expenditure Trends 1975 to 2019 等

図表 4 カナダの医療費の用途別構成

	1980	2000	2019
病院	41.9%	29.6%	26.6%
その他施設	11.4%	11.0%	10.9%
医師報酬	14.7%	13.4%	15.1%
歯科サービス	7.1%	7.3%	6.4%
眼科サービス	1.9%	2.6%	2.1%
処方薬	5.8%	11.9%	13.0%
処方以外の薬	2.6%	3.5%	2.3%
設備投資	4.4%	4.0%	3.4%
公衆衛生	3.8%	5.5%	5.4%
制度運営費	2.3%	3.2%	2.9%
研究費	0.9%	1.4%	1.7%
その他	3.2%	6.6%	10.2%

（出所）図表 2 に同じ

図表4は医療費の使途別構成を示している。1980年に41.9%であった医療費に占める病院入院費の割合が、2019年に26.6%にまで低下している。これは、医学の発達や疾病構造の変化により入院医療から外来、在宅医療、介護ケア等にシフトが起こっているためであり、各国共通の現象である。ちなみに、米国の場合、医療費3兆6,494億ドル（2018年）に占める病院入院医療費1兆1,918億ドル（同）の割合は32.7%である。日本の場合、2018年度の医療費43兆3,949億円と介護費10兆1,129億円の合計53兆5,078億円に占める病院入院費16兆1,705億円の割合は30.2%である。その他注目すべき点としては、処方薬の割合が1980年の5.8%から2019年に13.0%に上昇したことがあげられる。また、制度運営費の割合が2019年2.9%と低く抑えられていることが評価される。

図表5のとおり、医療費の財源構成は、過去20年間公的部門約70%、民間部門約30%で安定している。公的部門の財源は主として一般税収であり州政府が保険者となっている公的医療保険の保険料による財源は小さい。

図表5 カナダの医療費の財源構成

	1980	2000	2019
州政府 (連邦政府からの補助金含む)	70.8%	64.7%	65.1%
その他政府 (連邦政府、自治体、社会保障基金)	4.7%	5.7%	5.4%
公的部門	75.5%	70.4%	70.5%
民間部門	24.5%	29.6%	29.5%

(注) 2019年は予測値で、民間部門29.6%の内訳は患者自己負担14.4%、民間医療保険12.3%、その他2.9%

(出所) 図表2に同じ

図表6 カナダの医療費の使途別財源構成(2019)

	公的部門	民間部門
医療費全体	70.5%	29.5%
病院	90.2%	9.8%
その他施設	71.5%	28.5%
医師	98.4%	1.6%
医師以外の医療専門職	11.4%	88.6%
薬剤	36.7%	63.3%
設備投資	79.1%	20.9%
公衆衛生	100%	0%
制度運営費	42.5%	57.5%
その他	80.4%	19.6%

(出所) 図表 2 に同じ

図表 6 は、医療費の用途別財源構成を示している。病院入院費用の財源の 90.2%、医師報酬の 98.4%が公費であるのに対して、薬剤の場合、公費 36.7%、民間 63.3%となっていることが注目される。

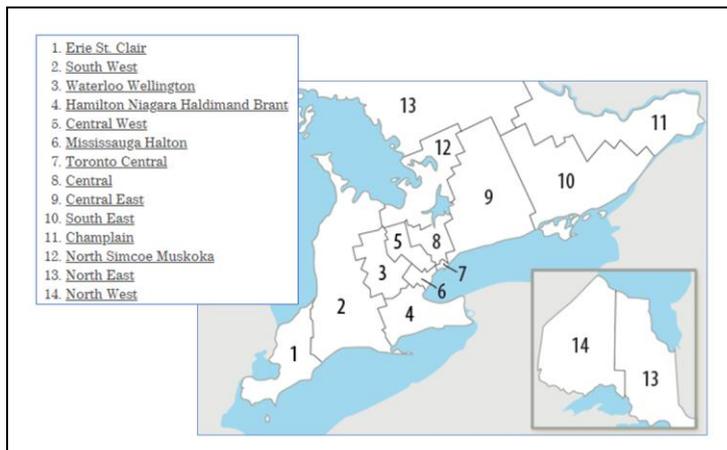
3. 主要 4 州の医療制度の特徴

カナダの医療制度は、同じ移民受け入れ国でありながら多数の無保険者を抱える米国と対照されながら、皆保障を実現した成功モデルと評価された時期があった。しかし、その後、医療技術が進歩し国民の医療ニーズが変化する中で、個々の公立施設がバラバラに経営され、医師をはじめとする医療従事者間の求心力が働かない、医療の質向上に役立つ患者のための医療チームが形成されない状況に陥った。そこで、医療提供体制における Integrationを進めるために地域医療圏でプラットフォーム機能を果たす組織を設置する方法もしくは公立の病院、クリニック医療施設等を経営統合して Integrated Healthcare Network (IHN) とする方法が実施された。前者を選択したのがオンタリオ州とケベック州であり、後者を選択したのがブリティッシュ・コロンビア州とアルバータ州である。

① オンタリオ州

2004 年 4 月に作成された報告書「Hospital Governance and Accountability in Ontario」が、「各公立病院のガバナンスを担う理事会が「広域化する医療システムの中で自院をどのように位置づけるか」という課題に対応できていない」と問題提起した。そこでオンタリオ州は、2006 年に「Local Health System Integration Act, 2006」を施行させた。その改革の目玉は、州内に 14 の地域医療圏（図表 7）を設定した上で、地域医療統合ネットワーク（Local Health Integration Network: 略称 LHIN）と呼ばれる政府代理機関（法律上は株主資本のない会社）にその運営を現場密着で行わせることである。

図表 7 オンタリオ州が設置した 14 の地域医療統合ネットワーク (LHIN)



(出所) オンタリオ州政府 WEB サイト <http://www.lhins.on.ca/>

この LHIN の特徴は、医療財源配分と施設整備計画作成の権限を一元的に有する一方、自らは医療施設を所有せず地域医療ネットワーク作りの調整役に専念するという点にある。つまり、LHIN が地域にある公立と民間の医療施設を統治する仕組みであり、LHIN 自身は医療提供事業体ではない。そのため、公立医療施設群が経営統合されて意思決定が一元化されている IHN に比べて医療チームの求心力は相対的に弱いように思われる。ただし、医療財源配分権限を持っていることから、コロナ禍のような有事に全体最適の医療提供体制に組み替えることは LHIN でも IHN 並みにできているようである。

14 の LHIN のうち所管する財源規模が最大なのは、図表 7 で番号 7 のトロントセントラル (2020 年 3 月期の財源規模 5,312 百万カナダドル≒4,300 億円) である。トロントセントラルは、医療圏面積が一番小さいが、医療圏人口 120 万人超、所管する公立病院 14、プライマリケア医と専門医 5,340 超、介護施設 36、コミュニティ精神科ケア組織 74、地域健康センター16、地域サポートサービスセンター60 など、カナダで最も医療関連組織が集積している医療圏を所管している。ちなみに、公立病院の患者の半分以上がトロントセントラル圏外から来ている。これは、州内の LHIN 同士が協力と競争の関係にあることを意味する。

2000 年代は大きな病院ほど医療情報を集積していたが、その情報を他の医療機関と共有することは十分にできていなかった。そこで、オンタリオ州政府は 2009 年 3 月に eHealth 戦略を策定、連邦政府と共に医療分野における ICT 活用の社会実装に取り組んだ。2019 年には Connecting Care Act, 2019 を施行した。また、Virtual Care を中心とした ICT 活用を一層拡充するために、2020 年 4 月、それまで独立組織だった The Ontario Telemedicine Network (OTN)を医療省と合併した。Virtual Care の仕組みの詳細は、OTN の WEB サイト (<https://www-origin.otn.ca/>) を参照願いたい。

② ケベック州

オンタリオ州に次ぐ人口 857 万人を有するケベック州の制度の特徴は、平均人口 39 万人の地域単位で「統合医療社会サービスセンター」と呼ばれる機関を設置し、医療・介護・福祉サービスを提供する様々なタイプの施設、事業者間の連携をコーディネートすることで全体最適の仕組みを実現することを目指している点にある。統合医療社会サービスセンターには、Integrated Health and Social Services Centre (CISSS) とこれに大学病院が加わった Integrated University Health and Social Services Centre (CIUSSS)の 2 種類がある。その数は、CISSS が 13、CIUSSS が 9 の計 22 である。

ケベック州は、1961 年に病院保険プラン、1971 年に医療保険プラン、1997 年に公的薬剤費保険を導入することにより、カナダの中でいち早く医療皆保障を実現した。しかし、公立・民間の各施設・事業者間の連携が不十分で制度全体の効率性を欠いていた。そこで、2004 年に「The Act Respecting Local Health and Social Services Network Agencies」を施行し、地域単位で医療・介護・福祉サービス提供体制をガバナンスする改革を行った。統合医

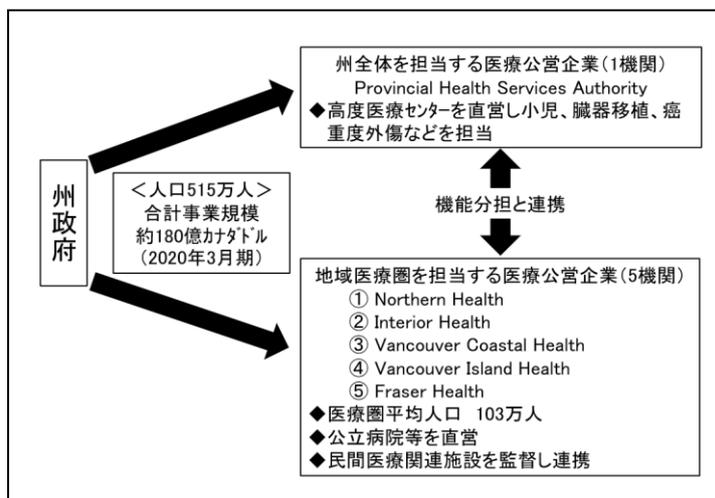
療社会サービスセンターがコーディネート機能を発揮する対象には、公立医療関連施設のみならず開業医、介護施設、学校、児童・青少年保護センター、コミュニティ組織なども含まれる。統合医療社会サービスセンターは、医療・介護・福祉サービスに関わる様々な地域ネットワークの運営と発展に資するための計画を策定し財源配分する権限を持っている。

③ ブリティッシュ・コロンビア州

人口 515 万人のブリティッシュ・コロンビア州（以下 BC 州）は、2001 年に州内を 5 つの地域医療圏に区分して公立病院を核とする Integrated Healthcare Network (IHN) を構築した。その経営形態は州政府から独立した医療公営企業（日本の地方独立行政法人に類似）であり、図表 8 のとおり、州全体の高度医療を担当する Provincial Health Services Authority と地域医療圏担当の Regional Health Authority と呼ばれる医療公営企業の 2 種類がある。図表 9 は、5 つある Regional Health Authority の担当医療圏を示している。その財源の大半は税収であり、州医療保険の保険料収入が占める割合は 10% 以下である。

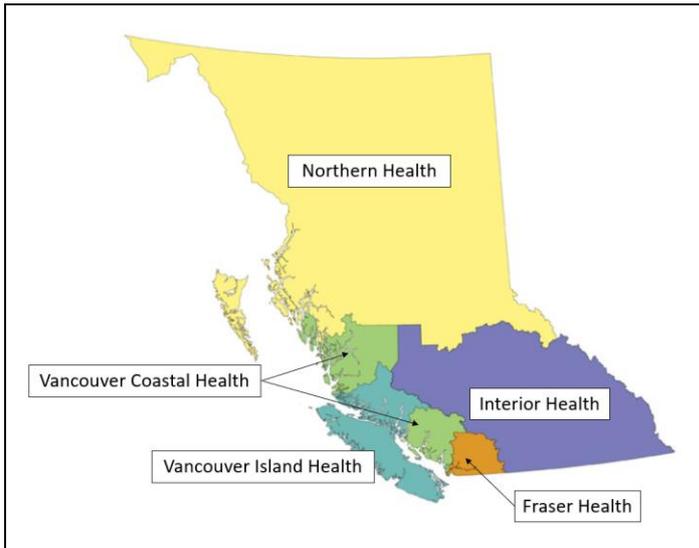
また、合計事業規模は約 180 億カナダドル（≒1 兆 4,700 億円）であるから、米国、オーストラリア、英国の IHN と遜色ない組織力を持っていると推察される。例えば、BC 州は、10 年以上前から家庭医と患者の間のオンライン診療に Telemedicine Fee Codes（診療報酬表）を定めて州医療保険の給付対象にするなど、デジタルヘルスの社会実装では他州に先んじている。オンライン診療の報酬決定は、対面診療報酬からの割引という発想ではなく、あくまでオンライン診療の価値を評価したものである。ちなみに、コロナウイルス感染疑いの発熱患者がオンライン診療を利用して PCR 検査を受けた場合の診療報酬は 50 カナダドル（≒4,100 円）である。

図表 8 BC 州の医療公営企業制度の全体像と役割分担



(出所) BC 州政府の WEB サイトを参考に筆者作成

図表 9 Regional Health Authority の担当地域

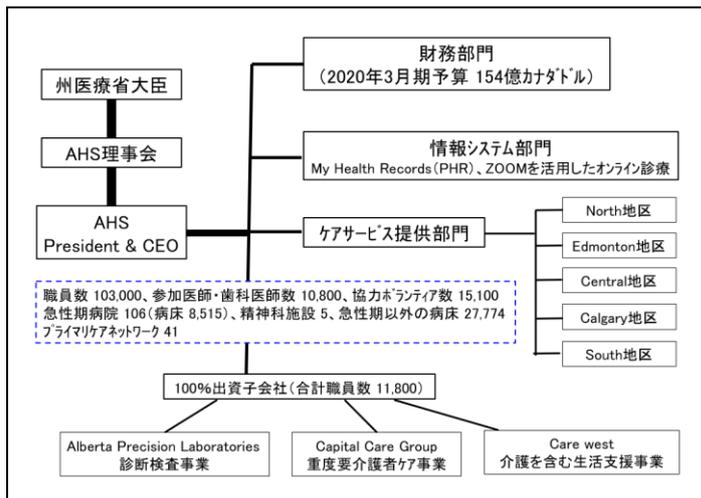


(出所) BC 州政府の WEB サイトを参考に筆者作成

④ アルバータ州

BC 州の東側に隣接するアルバータ州は、2008 年に公的な医療・介護・福祉組織全体を経営統合することにより医療公営企業 Alberta Health Services (AHS) を設立した。それまでは州内に 12 の医療公営企業を設置していたが、権限が分散していると州全体で経営資源配分の最適化を達成することに支障があったからである。

図表 10 医療公営企業 Alberta Health Services (AHS) の概念図



(出所) アルバータ州政府の WEB サイトを参考に筆者作成

図表 10 のとおり、AHS の医療・介護・福祉ケアサービス提供部門も 5 つの地区を定めて運営している。BC 州との違いは、BC 州の 5 つの Regional Health Authority が独立した法人格を持つ医療公営企業であるのに対して、アルバータ州の 5 地区は AHS の組織内の区分

けという点にある。100%出資子会社の職員も合わせると AHS グループ全体の職員数は 11 万 4,800 人であり、参加医師・歯科医師数 1 万 800 人、組織化されたボランティア数 15,100 人である。直営する急性期病院は 106 (病床 8,515)、急性期以外の病床 27,774、プライマリケアネットワークは 41 である。これだけの人材プールと施設群を最高経営責任者である President & CEO が一元管理するのであるから、コロナ禍でも臨機応変に経営資源の再配分ができる。日本のように知事が国公立病院や民間病院に対して病床確保のお願いをするという必要はないのである。

AHS は、コロナ禍を契機にオンライン会議ツールである ZOOM を使ったオンライン診療の拡充に動き、大きな成果をあげている模様である。また、AHS は、米国の IHN カイザー (前回レポート参照) が構築した患者情報共有ネットワーク KP HealthConnect を模範とする Personal Health Record (PHR) サービス提供を 2020 年から開始した。州民は、MyHealth Records と命名されたその仕組みから、スマホやパソコンを使って次のようなサービスを受けることができる。

- * 地域の調剤薬局から受け取ることのできる処方薬を確認
- * アルバタ州で受けた予防接種記録の閲覧のみでなく他州での予防接種情報を追加
- * MyHealth Records に登録した日から 18 ヶ月前までの検査結果を閲覧
- * 血圧と血糖値の記録を閲覧
- * 日々の気分、睡眠、体重、フィットネス結果の日記を付ける
- * FitBit のような装着型デバイスを使ってモニターした生体情報を保管
- * 自分がお世話になっている医療従事者たちに情報提供

4. コロナ禍で加速し始めた医療イノベーション

長期間成果が出ずに苦戦した Canada Health Infoway

カナダの場合、1999 年時点で電子カルテを利用している医師が 12.5% にすぎず、医療分野における情報技術活用が遅れていた。そこでカナダ連邦政府は、政府から独立した非営利組織の形で Canada Health Infoway (CHI) を 2001 年に創設した。そのガバナンスを担う理事は、連邦政府、州・準州の医療省副大臣 14 名であり、財源は連邦政府負担。CHI の使命は、Digital Health イノベーションの開発、採用、効果的活用を推進することにより、カナダ全土で患者とその家族、医療従事者たちが必要とする医療情報とデジタルサービスにアクセスできるようにすることである。

しかし、CHI の活動はなかなか成果につながらなかった。2014 年におけるビデオによる Telehealth 診療件数は 411,778 であり、これはレセプト 2 億 7,030 万件の 0.15% に過ぎなかった。そのため、「2017-2022 Strategic Plan」で 2022 年までに達成すると定めた目標も次のように控えめだった。

- * 500 万人 (人口の約 13%) が患者ポータルなどの Virtual Care プログラムに登録する
- * 国民の半分が Virtual Care にアクセスできる体制を作る
- * 医療者 17,300 名と地域調剤薬局 4,800 が PrescribeIT (電子処方箋システム) に登録する

図表 11 は、CHI が「電子カルテを通じた情報共有がどの程度進んでいるか」について 2018 年に実施した調査結果を示している。家庭医のうち他の医師と患者診断メモを電子的に交換した者の割合は 16%、オンライン診療の経験がある成人も 10%に過ぎなかった。

図表 11 Canada Health Infoway が 2018 年に行った調査結果

	調査項目の例	Yes と回答した者の割合
家庭医の回答	専門医などの他の医師に患者を電子的に紹介した	59%
	紹介した患者の予約の確認を電子的に受け取った	29%
	地域の薬局からメッセージや診断メモを電子的に受け取った	25%
	他の医師と患者診断メモを電子的に交換した	16%
成人国民の回答	自分の診療録に電子的にアクセスできる	22%
	電子的に診療予約ができる	17%
	オンライン診療ができた	10%
	医師や常日頃受診している医療機関にメッセージを電子的に送ることができた	10%

(出所) カナダ医療協会「VIRTUAL CARE IN CANADA :Discussion paper」2019 年 8 月

そのため CHI は ACCESS 2022 と名付けたプロジェクトを 2018 年後半から開始した。CHI は、その目標達成の仕組みとして ACCESS Gateway を掲げている。ACCESS Gateway は、州・準州ごとの医療制度の違いや電子カルテシステムの違いの枠を超えて、国民が受けている全ての医療サービスの情報を共有するためのプラットフォームを開発する計画のことである。また、2019 年に各州・準州政府で Virtual Care に関する積極的な取り組みが始まった。ただし、具体的にどのような仕組みになるかは必ずしも明確になっていない。例えば、アルバータ州では、Alberta Health Services (AHS) が、Connect Care と名付けられた統合医療情報システムを構築して全ての施設と医療従事者を ICT でつなぐとしているが、AHS の枠外にいる地域の開業医との関係をどうするのか不明である。

コロナ禍で Virtual Care の利用率が急上昇

このように連邦政府と各州・準州政府が Virtual Care のインフラ整備のテコ入れを始めたタイミングでコロナ禍が発生したのである。これで状況が一変、Virtual Care に対する国民の評価が高まりその利用率が急上昇した。

CHI は、2019 年 12 月から 2020 年 2 月の期間に大規模な Virtual Care に対する国民意識調査を実施中であった。そこにコロナ禍が起き国民の受診行動に変化が始まったことを見て 6 月に再度調査を行った。その結果の要点は、次のとおりである。

◆コロナ禍のインパクト

2019 年に 10%～20%だったプライマリケアにおける Virtual Care 利用者の割合が 2020

年の3月、4月には60%に上昇した。

- * コロナ禍で Virtual Care を経験した人の 91%が「満足」
- * 90%の人が「Virtual Care は対面診療の重要な代替策」と回答

◆Virtual Care のベネフィット

人々は、自分の診療情報にアクセスすることによって健康状態をより正確に理解し、医師からの診療アドバイスに正しく対応できるようになると考えている。これがテクノロジーによって可能になることを理解している。よりよい健康のアウトカムをもたらすテクノロジーについて知りたがっている。

- * 過去に医療テクノロジーを使った経験のある 10 人中 9 人が「時間が節約された」
- * 86%の人が「テクノロジーが医療制度の多くの課題を解決することができる」
- * 医療テクノロジーを使った経験のある 10 人中 8 人が「健康管理をこれまでより上手くできた」
- * 医療テクノロジーを使った経験のある人の 53%が「対面診療をしなくてすんだ」
- * 住民を含む十分な医療を受けることができなかつた人々は「自分たちと一般カナダ国民との間にある医療アクセスの格差を将来テクノロジーが縮めてくれる」と回答

◆Virtual Care 普及の障壁

- * 40%の人が「医療情報に関する自分の理解レベルの低さがテクノロジー利用の障壁」
- * 60%の人が「デジタルヘルスのアプリとサービスに対する知識が不十分」
- * 26%の人が「医療テクノロジーを使いこなすために必要なインターネットサービスへのアクセスがない」

◆個人医療情報のセキュリティ

- * 80%以上の人が「匿名化された形であれば自分の診療情報が活用されることに同意」
- * 個人医療情報のプライバシー侵害の懸念がコロナ前の 78%からコロナ後 74%に低下
- * 医療情報に基づいて差別される人たちはプライバシー保護を一層求めている

Virtual Care の診療報酬を巡る論点

Virtual Care が一般医療と同等に普及するためには、州・準州が運営する医療制度が適正な診療報酬を支払う必要がある。2014 年の全国医師調査によれば、メールによる Virtual Care によって診療報酬を得たことのある医師の割合は 5%、他の医師に患者の診療情報をメールで伝達して診療報酬を得た医師の割合は 10%と低かった。これは、Virtual Care が公的医療制度の給付対象ではない私的なサービスという位置づけになっていたからである。そこに 2015 年から変化が起きた。7つの州・準州が、家庭医が専門医に対して電子的ツールにより診療相談することを診療報酬の対象にした。2つの州が、メールによる他の医師への診療内容情報提供に対して診療報酬を支払うことを決めた。

しかし、医師と患者の間の Virtual Care に診療報酬を定めていたのは、BC 州、オンタリオ州、アルバータ州など一部の州に限られていた。さらにアルバータ州の場合、州医療保険の適用対象になる Virtual Care は、それを行う時の医師側の場所、使う情報システムなどに条件が付いている。また、診療報酬適用対象になる症例を看護指導、投薬管理指導、抗凝血

剤治療、糖尿病患者のインシュリン接種指導などに限定している州もある。

コロナ禍を契機に Virtual Care のメリットが国民に強く認識されたことから、近い将来、州・準州の医療制度の診療報酬の対象となる Virtual Care の範囲が拡充されると予想されるが、重要な論点として次のようなことがある。

■州・準州の医療制度は、医師に Virtual Care 診療報酬を支払う条件として、その医師が当該州の大学から医師免許を取得していること、診療報酬請求のための番号を取得していることと定めている。そのため、Virtual Care が州境を越えて提供された場合、どのようなルールで診療報酬を支払うのか？

■患者が主治医からの紹介状を持って他の州・準州の医療機関で一般医療を受けた場合、患者側の州・準州の医療制度が診療報酬を支払うルールになっている。州境を越えて Virtual Care を受診することを医療制度の適用対象にすることは、患者が州境を越えて移動する必要がなくなり、医療制度が患者のニーズにより応えることになる。しかし、家庭医が他の州・準州の患者にプライマリケアを提供することは、最適なシナリオとは思えない。診療報酬支払い問題は脇に置くとしても、患者と家庭医の継続的な信頼関係はプライマリケアの柱であり、それを Virtual Care だけで築くことは難しい。例えば、医師が患者の身体検査を行う必要は常時起こることだが、州境を越えた Virtual Care では対応できない。

■政府と医療界は、家庭医を持っていない患者に対して Virtual Care によっても継続的にケアを受けることができる仕組みを提供する必要がある。つまり、家庭医を決めていない患者にとって Virtual Care をその場限りのクリニックとしてはいけない。

■ Virtual Care は、医師や医療従事者のための運営サポートのあり方を変化させる。従って、ケア提供の効率性と医療の質が適切に確保されるようにしなければならない。

■医学教育をデジタルヘルスの時代に相応しいものに変革する必要がある。

以上