

コロナ禍と医療イノベーションの国際比較③(各論:オーストラリア)

2021年2月5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. オーストラリアの医療制度基礎データ
医療制度の全体像
オーストラリアの医療介護費用財源の確保は盤石
民間医療保険も含めた制度管理費の割合は2.6%と低い
3. 医療改革を推進する斬新なアイデアと的確な手順
民間医療保険料は疾病リスク、性別、年齢等の反映が許されない
決算後に医療保険会社全体でリスク調整のため利益を強制移転
コロナ禍で生活困窮に陥った保険加入者に対して保険料免除
州立病院と非営利病院を核に Local Hospital Networks を構築
広域プライマリケアネットワークを全国に配置
4. 着実に社会実装が進むデジタルヘルス
7年かけて Personal Health Record (PHR) 導入に大成功
国家デジタルヘルス戦略の概要

1. はじめに

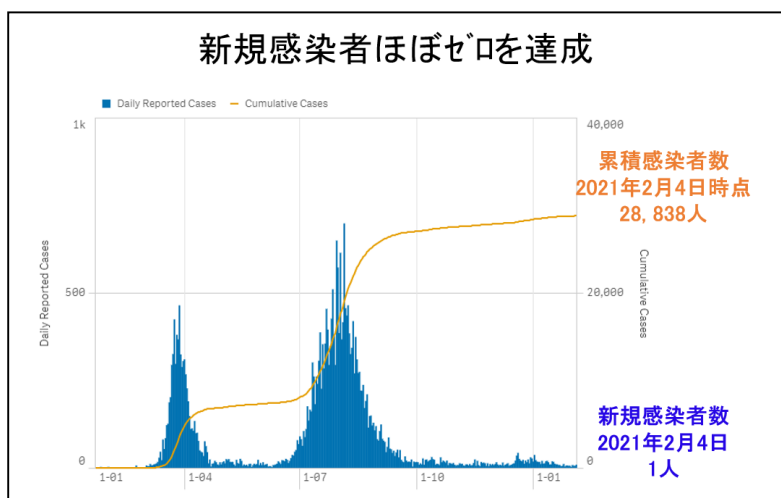
オーストラリアは、カナダと同じく連邦制の国であり、6つの州と北部準州(Northern Territory)、首都特別地域(キャンベラ)の8つの地域から構成されている。国土面積は日本の20倍を超えるが、2020年6月時点の人口は2,569万人であり、その8割近くがニューサウスウェールズ州(816万人)、ビクトリア州(669万人)、クィーンズランド州(517万人)に集中している。移民先として人気の高い国であり、2020財政年度(2019年7月~2020年6月)の受け入れ移民数は、153,537人(難民13,171人を含む)であった。

オーストラリアは、医療改革の進め方において日本が学ぶべき点が多い。前回レポートで解説したカナダでは、州・準州政府ごとに医療制度が異なっていることがデジタルヘルスの社会実装が遅れる原因の一つになっていた。オーストラリアの場合、連邦政府が制度設計を行った上で、州・準州政府・首都特別地域と契約して医療制度運営を任せるといった仕組みを採用している。その結果、後述するとおり、公費と公立病院中心の医療制度の中に民間医療保険と民間病院を絶妙な形で組み入れて公益性と効率性の高いセーフティネットを築き上げている。

医療制度や医療機関に対する国民の信頼度は高く、コロナ禍でもその機能が大いに発揮されてい

る。図表 1 のとおり、2021 年 2 月 4 日時点の累積感染者数は 28,838 人であるが、最近は新規感染者がゼロの日が多くみられるほどまでにパンデミックは鎮静化している。累積感染者数の大部分は、メルボルンのあるビクトリア州の 20,452 人とシドニーのあるニューサウスウェールズ州の 5,117 人が占める。とりわけ、2020 年 7 月に空港検疫が杜撰であったことから感染者が急増しロックダウンに追い込まれたメルボルンの影響が大きい。しかし、この失敗も地域医療ネットワークが短期間で原状回復に成功した。その結果、オーストラリアの単位人口あたり累積感染者数と死亡者数は日本より少ない(図表 2)。このようにオーストラリアがコロナ禍鎮圧に成功した最大の要因は、平時から広域医療圏単位で全体最適を目指す仕組みを築き、それが有事でも機能したからである。

図表 1 オーストラリアにおけるコロナ新規感染者数の推移



(出所)オーストラリア政府 WEB サイト

<https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert/coronavirus-covid-19-current-situation-and-case-numbers#covid19-summary-statistics>

図表 2 コロナ禍の日豪米比較 (2021 年 2 月 4 日時点)

| | 日本 | オーストラリア | 米国 |
|----------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 累積感染者数 | 396,429 | 28,838 | 26,673,780 |
| 人口 1 万人あたり感染者数 | 31.5 | 11.2 | 812.6 |
| 累積死亡者数 | 6,020 | 909 | 455,657 |
| 人口 1 万人あたり死亡者数 | 0.48 | 0.35 | 13.88 |
| 総人口 | 1 億 2,571 万人 (2020 年 12 月) | 2,569 万人 (2020 年 6 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

オーストラリアは図表 1 に同じ

米国ジョンズホピキンス大学 WEB サイト

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

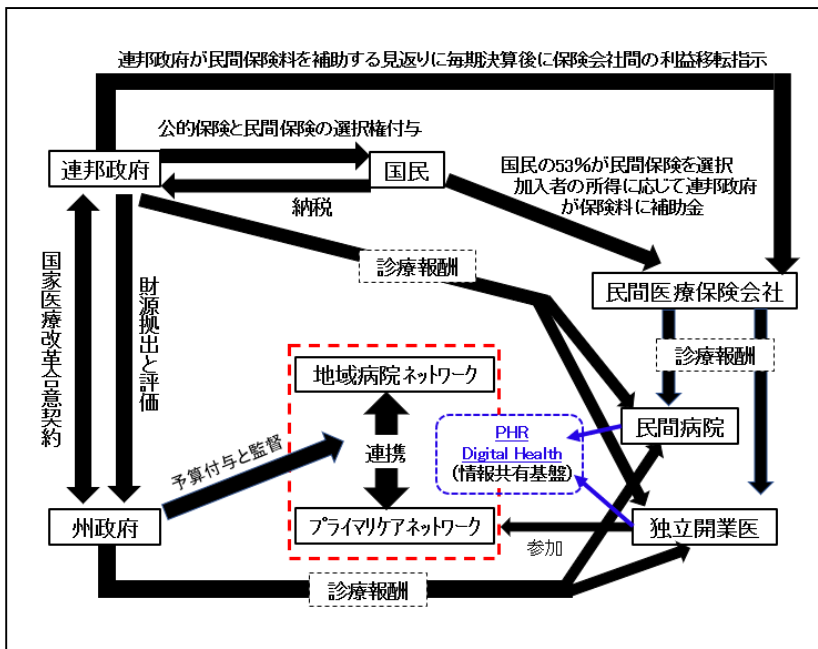
これに対して日本では、コロナ患者病床不足解決のため特別措置法を改正して知事に強い権限を与えることを提唱する識者たちがいる。しかし、知事が既にその強い権限を持っているはずの都道府県立病院の中からコロナ専門病院を迅速に決めて設置・運営することができていない。したがって、知事に市町村立病院、国立病院、民間病院に対する指示権を付与することが解決策になるとは思えない。2020年11月時点のわが国の病院数8,237の内訳は、国立321(国立大学附属病院47等を含む)、都道府県立199、市町村立610、地方独立行政法人109、民間医療法人5,686、その他1,312である。通常、都道府県は自らの病院を管理するための組織として病院局を設置している。この病院局が都道府県立病院の利益になることを判断基準とし市町村立病院、特に政令都市立病院と対立してきた経緯があるため、彼らの間に仕事を通じた信頼関係は醸成されていない。有事に知事に対して助言すべき立場にある病院局職員の中に広域医療圏全体で最適化を図る意思決定の訓練を受けた者もいない。医療現場に知見のない知事に権限を与えても初動が遅れた上に判断ミスを犯す可能性がある。医療崩壊を訴える知事が報道番組で県内病床数を聞かれて答えられなかったという珍事まであった。本連載第1回(総論)で述べたように、コロナ患者病床確保の必須要件は、①コロナ医療と通常医療を分離すること、②そのためにコロナ専門病院を設置すること、③必要な人材をプールするために平時から国公立病院を地域統合して大規模なセーフティネットワーク事業体を築いておくこと、なのである。オーストラリアは、そのような改革を2011年にスタートさせて今やデジタルヘルス医療の時代の先駆者となっている。

2. オーストラリアの医療制度基礎データ

医療制度の全体像

図表3がオーストラリアの医療制度の全体像を表している。医療財源の大半を占める納税には、一般税とメディケア税の2つがある。メディケア税率は、課税所得に対して2%である。加えて、富裕層に対してはメディケア超過税が課せられており、その税率は所得水準と単身世帯か家族世帯かによって1%、1.5%、2%の3段階に分かれている(図表4)。政府は、国民に対して民間医療保険加入を推奨している。そのインセンティブとして、民間医療保険に加入するとメディケア超過税が免除される。また、民間医療保険料負担を軽減するため連邦政府が所得に応じた補助金を加入者に付与している。その補助金総額は、2018年度において59億豪ドルであり、民間医療保険による給付額の35.5%にあたる。その結果、民間医療保険を選択した国民の割合は53%に達している。そして、後述のとおり、補助金抛投の見返りに連邦政府が民間医療保険会社の決算後に利益移転させる仕組みになっている。医療提供体制の詳細についても後述する。

図表 3 オーストラリアの医療制度の全体像



(出所)筆者作成

図表 4 メディケア超過税の税率

| | 所得水準(豪ドル) | | | |
|------|------------|-----------------|-----------------|------------|
| | 90,000 以下 | 90,001~105,000 | 105,001~140,000 | 140,001 以上 |
| 単身世帯 | 90,000 以下 | 90,001~105,000 | 105,001~140,000 | 140,001 以上 |
| 家族世帯 | 180,000 以下 | 180,001~210,000 | 210,001~280,000 | 280,001 以上 |
| 税率 | 0% | 1% | 1.5% | 2% |

(出所)オーストラリア保健省 Health expenditure Australia 2017-18

オーストラリアの医療介護費用財源確保は盤石

オーストラリアの2018年度(2017年7月~2018年6月)の医療費は1,854億豪ドル(≒14兆8,300億円)であった(図表5)。これは同年度の名目GDP 1兆8,485億豪ドル(≒147兆9千億円)の10%である。この医療費が名目GDPに占める割合については、OECD(経済協力開発機構)が国際比較をするため介護費用を含める形で医療費を定義して毎年発表している。その結果である Health Statistics 2020によれば、オーストラリアの2018年度医療費の名目GDP比は10%ではなく9.3%となっている。これは、オーストラリア政府が作成する医療費にOECDの定義に含まれていない設備投資と研究費が加算されていることによる差である(図表6)。

しかし、もっと重大なことは、9.3%には介護費が含まれておらず、OECDの医療費の定義どおりにオーストラリアの名目GDP比を計算すれば10.5%を超える水準にあるはずだという点である。これは、オーストラリアの場合、諸外国と比較可能な介護費統計が作成されていないことに帰因する。そのため、OECDの介護費統計でもオーストラリアのデータは空欄になっている。ただし、政府機関が2000年に発表したレポート「Long-Term Aged Care: Expenditure Trends and Projections」に、介護費がGDPに占める割合が1997年の1.10%から2021年に1.19%に上昇すると予測する記述があった。したがっ

て、9.3%と 1.19%を合計することで、OECD 基準によるオーストラリアの医療介護費の名目 GDP 比が 10.5%前後にあると推察できる。

図表 5 医療費の使途別財源構成 (2018 年度：2017 年 7 月～2018 年 6 月) <億豪ドル>

| | 政府 | | 民間 | | | 計 |
|----------------------|----------------------|----------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------|
| | 連邦政府 | 州政府等 | 民間医療 保険 | 患者自己 負担 | その他 | |
| 病院 (財源構成) | 265 (35.8%) | 308 (41.6%) | 94 (12.7%) | 39 (5.3%) | 34 (4.6%) | 740 (100%) |
| 公立病院 (財源構成) | 227 (39.3%) | 299 (51.7%) | 12 (2.2%) | 17 (2.9%) | 22 (3.8%) | 577 (100%) |
| 民間病院 (財源構成) | 38 (23.0%) | 10 (6.0%) | 82 (50.0%) | 22 (13.4%) | 12 (7.6%) | 163 (100%) |
| プライマリケア診療所 (財源構成) | 281 (44.3%) | 100 (15.8%) | 29 (4.7%) | 201 (31.7%) | 22 (3.5%) | 634 (100%) |
| 専門医診療所 (財源構成) | 144 (74.5%) | 0 | 17 (8.9%) | 32 (16.6%) | 0 | 194 (100%) |
| その他 | 81 (28.3%) | 87 (30.4%) | 26 (9.1%) | 34 (11.9%) | 59 (20.6%) | 286 (100%) |
| 合計 (財源構成) | 771 (41.6%) | 495 (26.7%) | 166 (9.0%) | 306 (16.5%) | 115 (6.2%) | 1,854 (100%) |
| | 政府計 1,267 (68.3%) | | 民間計 588 (31.7%) | | | |

(注) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない

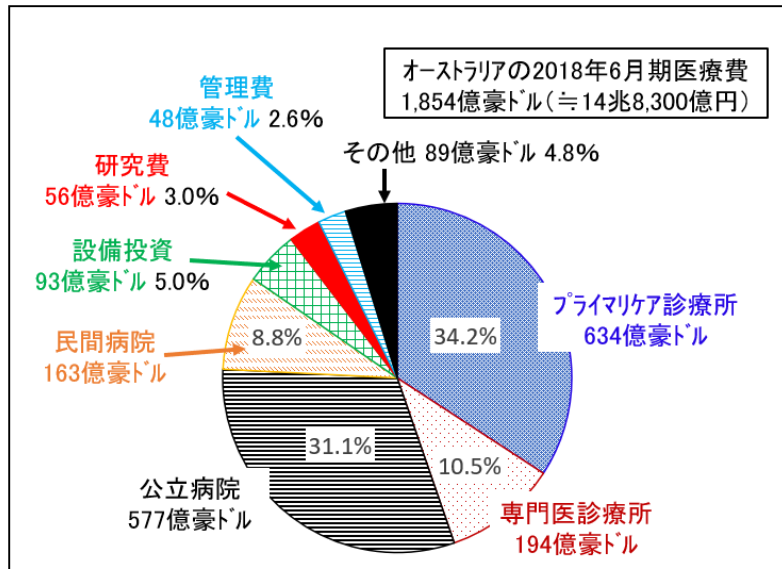
(出所) オーストラリア保健省 Health expenditure Australia 2017-18

一方、日本の場合、2018 年度の医療費は 43 兆 4,155 億円、介護費 10 兆 1,129 億円、合計 53 兆 5,284 億円である。同年度の名目 GDP が 548 兆 3670 億円であるから、日本政府の定義による医療介護費の名目 GDP 比は 9.8%となる。しかし、OECD の医療費の定義による同割合は 11%となっている。その主たる理由は、OECD の医療費に含まれる介護費の範囲が日本の介護費の定義よりも広いことにある。

2018 年度における介護費を含まない医療費の国民一人あたり金額は、日本が 322,144 円に対してオーストラリアが 7,485 豪ドル (≒60 万円) と日本の倍近い。しかし、同年度における一人あたり名目 GDP は、日本の 440 万円に対してオーストラリアは 73,441 豪ドル (≒590 万円) である。また、IMF (国際通貨基金) によれば、コロナ禍経済対策として各国が巨額の財政支出を行った結果、名目 GDP に対する一般政府債務残高の割合が急上昇しているが、オーストラリアの値は 70.2%と低いままである。これは、新規感染者をほぼゼロに抑えこむことで経

済がダメージを受けていない証である。したがって、オーストラリアの医療介護費用財源確保は盤石と言える。

図表 6 オーストラリアの医療費の使途別構成



(出所) 図表 5 に同じ

民間医療保険も含めた制度管理費の割合は 2.6%と低い

図表 5 と 6 に示した医療費の構造の中で特筆すべきことは、民間医療保険も含めた制度管理費の割合が 2.6%と低いことである。その他の注目点として次のことがあげられる。

●2018 年度医療費の財源構成は、連邦政府 41.6%、州政府 26.7%、民間医療保険 9.0%、患者自己負担 16.5%、その他民間 6.2%であるが、これは、筆者が初めてオーストラリアの医療制度を調査した 2006 年度の財源構成とほぼ同じである。つまり、同国の医療制度のサステナビリティは良好と言える。なお、州政府の財源には連邦政府からの交付金が入っている。

●医療費全体に占める診療所医療費の割合が 44.7% (プライマリケア診療所 34.2% + 専門医診療所 10.5%) と病院医療費の 39.9% (公立病院 31.1% + 民間病院 8.8%) より大きい。これに対して日本の場合、2018 年度の医療費のうち病院が 51.7%、診療所が 20.5%である。また、日本では病院が外来を重要な収益源とし診療所も 19 床以下の有床施設で入院を収益源としている。これを調整した後で計算した割合でも入院費用が 38.1%、入院外費用が 34.0%と外来より入院の構成比が大きい。オーストラリアで診療所医療費が病院医療費より大きいのは、プライマリケア診療所医療費に処方薬費用と歯科費用が含まれているからであるが、医療アクセスにおいて病院より身近な診療所を重視していることを反映していると考えられる。

●専門医診療所は、プライマリケアを担う家庭医の紹介状を持って患者が受診する施設である。その医療費の 4 分の 3 を連邦政府が拠出し、州政府の負担はゼロである。

●民間病院数は 657 と公立病院の 693 とほぼ同じであるにも関わらず、医療費に占める民間病院の割合は 8.8%と公立病院 31.1%の 3 分の 1 以下である。これは、民間病院が日帰り手術や短期入院精神科、リハビリテーションに特化している結果である。また、2004 年時点の病院数は民間 525、公立

761 だったので、民間病院が増えて公立病院が減っていることがわかる。これは、公立病院の役割の縮小ではなく、後述するように公立病院が地域医療ネットワークの核となり、医療アクセス向上のために病院建設よりサテライト施設群の充実にシフトしている結果である。

3. 医療改革を推進する斬新なアイデアと的確な手順

民間医療保険料は疾病リスク、性別、年齢等の反映が許されない

民間医療保険を公的医療制度に取り込む医療財源確保の仕組みは、Private Health Insurance Act 2007 によって確立された。その最大の特徴は、民間医療保険会社が保険料を算定するにあたり現在の健康状態、過去の医療費請求履歴、性別、年齢等で格差を設けること禁じ、かつ加入申込者を謝絶することも禁じる Community Rating の採用を義務付けていることである。つまり、丈夫な 20 歳代の若者と病気がちな 60 歳代の高齢者で保険料を同じにしなければならない。この Community Rating は、民間医療保険に公的医療保険の公益性とセーフティネット機能を代替させる時に使われる手法であり、米国でも医療保険会社が個人向け医療保険事業を行う際に遵守させるべく多くの州政府が法律で定めている。オーストラリアの民間医療保険を理解する上でのポイントは、次のとおりである。

◆患者は、公的患者と私的患者に大別される。公的患者とは、公的制度であるメディケアの受給資格があり、公的患者として医療サービスを受けることを選択した者である。公的患者が公立病院で受診する場合、原則患者自己負担はない。一方、私的患者は、公立病院と民間病院の両方で医療を受ける選択権を有し、担当医指名や個室利用ができる。私的患者の入院費用のうちメディケア診療報酬料率の 75%相当額はメディケアから病院に支払われる。私的患者はその残額を自己負担しなければならないが、その財源として民間医療保険を利用しているのである。

◆前述のとおり、民間医療保険を選択するとメディケア超過税(課税所得の 1%~2%)が免除される。ただし、民間医療保険の選択は生涯加入が原則であり、一度選択すれば解約してメディケア超過税を支払う者に戻ることができないルールになっている。

◆年齢に関係なく保険料が同じということは、民間医療保険の中でも若い加入者が高齢の加入者を支援するということである。そこで、民間医療保険への加入を高齢になってから行う誘惑が働くが、民間医療保険加入の基準年齢が 30 歳に設定されている。そして、加入年齢が 30 歳を超えると 1 年あたり 2% 保険料が引き上げられるルールになっている。

◆世帯の家族構成によって保険料に差を設けることは認められている。具体的には、単身者世帯、夫婦で子供なし世帯、一人親世帯、家族世帯の 4 種類である。1840 年創業の大手医療保険会社 Australian Unity の基本プランでその 1 ヶ月あたり保険料を見ると、単身者世帯 99.45 豪ドル(≒8,000 円)、夫婦で子供なし世帯 198.90 豪ドル(≒16,000 円)、一人親世帯 209.15 豪ドル(≒16,700 円)、家族世帯 261.90 豪ドル(≒21,000 円)となっている。単身者世帯の保険料を 100 とすると、夫婦で子供なし世帯 200、一人親世帯 210、家族世帯 263 である。つまり、子供数が多い世帯ほど保険料が割安になる仕組みであり、民間医療保険加入者全体で子供の医療費を負担する社会保障の理念が組み込まれていると言える。

決算後に医療保険会社全体でリスク調整のため利益を強制移転

さらに注目すべきは、民間医療保険会社の収支を事後的に平準化するリスク調整財源移転が行われることである。

図表7 年齢基準プール算入額の積算方法のモデル事例

| 年齢 グループ (歳) | A | 保険会社 I | | 保険会社 II | |
|-------------------|-------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| | | 医療保険金 給付額 B (千豪ドル) | 年齢基準 プール B × A (千豪ドル) | 医療保険金 給付額 C (千豪ドル) | 年齢基準 プール C × A (千豪ドル) |
| 54 以下 | 0% | 不算入 | 0 | 不算入 | 0 |
| 55～59 | 15% | 4,634 | 695 | 3,435 | 515 |
| 60～64 | 42.5% | 6,215 | 2,642 | 4,607 | 1,958 |
| 65～69 | 60% | 7,902 | 4,741 | 5,858 | 3,514 |
| 70～74 | 70% | 11,401 | 7,980 | 8,450 | 5,915 |
| 75～79 | 76% | 13,164 | 10,005 | 9,757 | 7,416 |
| 80～84 | 78% | 15,310 | 11,942 | 11,348 | 8,852 |
| 85 以上 | 82% | 34,645 | 28,409 | 25,680 | 21,057 |
| 年齢基準プール参入額 合計 | | | 66,414 | | 49,227 |

(出所) Private Health Insurance Administration Council, Risk Equalization Financial Year Results by Insurer and State と Private Health Insurance (Risk Equalization Policy) Rules 2015 から筆者作成

図表8 州内保険者間のリスク公平化財源調整額の算出方法のモデル事例

| | 年齢基準 プール a (千豪ドル) | 高医療費 請求プール b (千豪ドル) | 被保険者 単位数 D | E (a + b) (千豪ドル) | 理論値 F= H ÷ G × D (千豪ドル) | 財源調整額 E - F (千豪ドル) |
|------------|----------------------------|------------------------------|------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 保険会社 I | 66,414 | 0 | 463,025 | 66,414 | 66,432 | ▲18 (支払い) |
| 保険会社 II | 49,227 | 30,000 | 343,193 | 49,257 | 49,239 | 18 (受取り) |
| 州内合計 | 115,641 | 30,000 | 806,218 G | 115,671 H | 115,671 | 0 (必ずゼロ) |

(注) 被保険者単位数 = 家族構成によって決められる世帯別の被保険者換算数

(出所) 図表7に同じ

民間医療保険料を疾病リスク、性別、年齢等に関係なく同額にしたとしても、加入者集団の年齢構成、高額医療費を伴う患者の割合について必ず保険会社間で差が生じる結果、保険収支にも格差が発生する。図表 7 と図表 8 は、州内に保険会社が 2 社あると仮定した場合に、そのリスクを調整し、実際の給付額が理論値より少なかった(利益が大きい)保険会社 I から理論値より多かった(利益が小さい)保険会社 II に利益移転する仕組みを表している。理論値は、年齢基準プールと高医療費請求プールの合計である。年齢基準プールは、54 歳以下の医療費を考慮せず、55 歳以上で年齢層別に決められた算入割合を保険会社が支払った給付額に掛けて積算される。高医療費請求プールは、高額医療費患者に対する給付額である。利益移転調整額のプラス&マイナス合計は、州全体とオーストラリア全体で必ずゼロになる。このような仕組みがあれば、仮に将来連邦政府の財政が厳しくなり医療への公費投入を減らす必要が生じた場合でも、民間医療保険を設計変更することで高所得者ほど負担を増やすなど、現在の制度の枠組みの中で柔軟に対応することが可能と思われる。

コロナ禍で生活困窮に陥った保険加入者に対して保険料免除

この仕組みの公益性がコロナ禍によって改めて証明された。民間医療保険会社 37 社のうち 24 社が参加している業界団体 Private Healthcare Australia (PHA)の年次報告書「Private Healthcare Australia Annual Report 2019-2020」によれば、会員民間医療保険会社 24 社全体でコロナ対策として 5 億豪ドル(≒400 億円)を負担した。

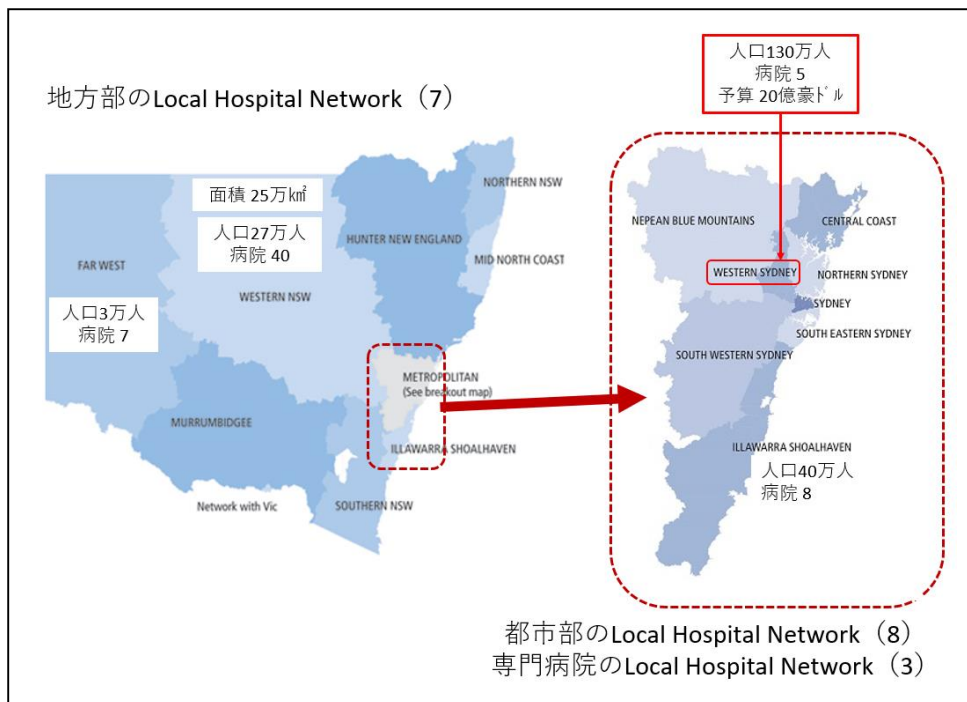
これは、パンデミックが始まってから緊急性が低い手術が延期されるなど通常医療が縮小することによって保険収支の利益が増加している事実が確認されたことが契機となっている。民間医療保険業界は、2020 年 4 月 1 日に予定されていた保険料値上げを半年間凍結、保険契約上は給付対象ではなかったオンライン診療をコロナ対策として給付対象に追加、保険料の延納を認めた上で生活難に陥った 108,000 人の加入者に対して計 1 億 1,200 万豪ドル(≒90 億円)の保険料を免除、という措置を次々に打ち出した。

州立病院と非営利病院を核に Local Hospital Networks を構築

2007 年に民間医療保険を組み込んだ制度に改革したものの、連邦政府、州政府、自治体といった異なるレベルの政府間の利害が錯綜している面もあり、国民の医療アクセスを向上させるためには更なる改革が必要という点で意見の一致を見た。そして、2009 年 6 月に「最終報告書：全てのオーストラリア国民のためのより健康な未来」が発表された。その改革の最大の柱は、医療資源配分を広域医療圏単位で最適化するプラットフォーム組織の構築である。その具体策として、まず 2011 年にそれまでバラバラ経営であった州立病院を広域医療圏ごとに経営統合して一体経営する改革を断行した。

この組織の法律上の名称は Local Hospital Network (LHN) であるが、州によっては別称をつけている。例えば、ニューサウスウェールズ州では Local Health District、クィーンズランド州では Hospital and Health Service、ウェスタンオーストラリア州では Health Service Provider、サウスオーストラリア州では Local Health Network である。各州政府の WEB サイトで約 130 の LHN を確認したところ、都市部の LHN、地方部の LHN、小児・心血管・精神科などの専門病院を核にした LHN に分類できる。最も数が多いのは、人口密度が低い地域において公立病院 1 つで組成している地域医療ネットワークであるが、医療圏の面積、人口と病院数の関係は様々である。

図表 9 ニューサウスウェールズ州の Local Hospital Network の名称と担当医療圏



(出所)ニューサウスウェールズ州政府 WEB サイト公開資料から筆者作成

図表 9 は、シドニーが州都であるニューサウスウェールズ州の LHN の名称と担当医療圏を示している。地方部 LHN である WESTERN NSW は、医療圏の面積が 25 万 km²とわが国の本州(22 万 8 千 km²)より広い。そこに住む 27 万人に医療を提供するために 40 病院が LHN を形成している。その西隣に位置する FAR WEST は、面積が 19 万 5 千 km²で人口 3 万人、LHN の病院数 7 である。

一方、シドニーを囲む都市部には 8 つの LHN がある。そのうち最も医療圏人口が多い LHN は、WESTERN SYDNEY である。WESTERN SYDNEY は、人口 130 万人に対して病院数は 5 と少ないが、2020 年 6 月期の予算は 20 億豪ドル(≒1,600 億円)と大きい。職員数 11,096 名であり、そのうち看護師 4,761 名、医師 1,628 名、歯科医・歯科技士 272 名。コロナ禍では、オーストラリアで最初のコロナ感染患者を受け入れ、PCR 検査クリニックを 18 施設設置した。5 つある病院の入り口で毎日 12,000 人の外来患者の健康チェックを行うと共に、オンライン診療を積極的に活用、歯科のオンライン診療件数が 2020 年 9 月までに 7,756 件にのぼった。

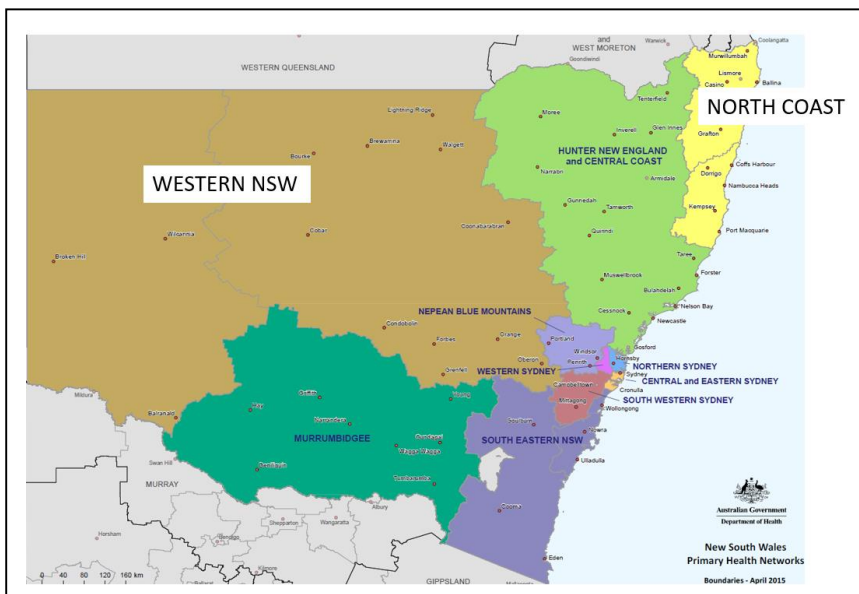
広域プライマリケアネットワークを全国に配置

LHN である WESTERN SYDNEY は、急性期入院医療以外の分野にも注力している。そのパートナーになっているのが WESTERN SYDNEY Primary Health Network と呼ばれる地域医療ネットワークである。Primary Health Network (PHN) は、連邦政府が 2015 年に全国に 31 設置した仕組みである。PHN の使命は、医療資源の活用を地域全体で最適化することにより医療アクセスを向上させることにある。そのガバナンスには、プライマリケアを担う家庭医のみでなく LHN、民間病院、介護事業者、訪問看護事業者など全ての医療サービス提供者が参加している。また、不足している医療サービスがあれば

PHN 自らが提供者となることもある。

WESTERN SYDNEY Primary Health Network の場合、担当する医療圏が WESTERN SYDNEY LHN と同じである。しかしながら、病院を核にしたネットワークである LHN の数が約 130 であるのに対して PHN は 31 であるから、一般的には PHN の方が LHN より担当医療圏が広い。図表 10 のとおり、ニューサウスウェールズ州の WESTERN NSW PHN の医療圏は、WESTERN NSW LHN と FAR WEST LHN を合わせたもの(42 万 3 千km²)であり、日本の国土(37 万 8 千km²)より大きい。また、NORTH COAST PHN の担当医療圏も NORTHERN NSW LHN と MID NORTH COAST LHN を合わせたものである。

図表 10 ニューサウスウェールズ州の Primary Health Network の名称と担当医療圏



(出所)ニューサウスウェールズ州政府の WEB サイト

図表 11 PHR のデータベースにアップロードされた情報の種類と件数

| 情報の種類 | 1ヶ月間にアップロードされた情報の件数 | |
|----------------|---------------------|-----------|
| | 2016年5月 | 2019年5月 |
| 主治医が作成した診断サマリー | 23,038 | 150,895 |
| 退院記録 | 31,181 | 234,254 |
| 専門医レター | 2,043 | 8,435 |
| 病理診断レポート | 0 | 1,777,390 |
| 画像診断結果 | 2,633 | 375,396 |
| 処方箋 | 177,064 | 2,268,117 |
| 実際に処方された薬 | 40,142 | 3,573,406 |

(出所)連邦政府保健省の WEB サイト Digital Health Data から筆者作成

全国に 31 の PHN を設置した目的には、医療アクセス向上に加えて、デジタルヘルスのプラットフォーム

ーム組織の強化がある。次に述べる Personal Health Record (PHR: 個人が自分の電子診療情報を管理して医療チームと共有する仕組み) を 2012 年にスタートさせて国民に診療情報を活用するメリットを啓蒙する必要があったからである。図表 11 のとおり、PHR のデータベースにアップロードされた情報件数が急増していることから、目標は達成されたと言える。

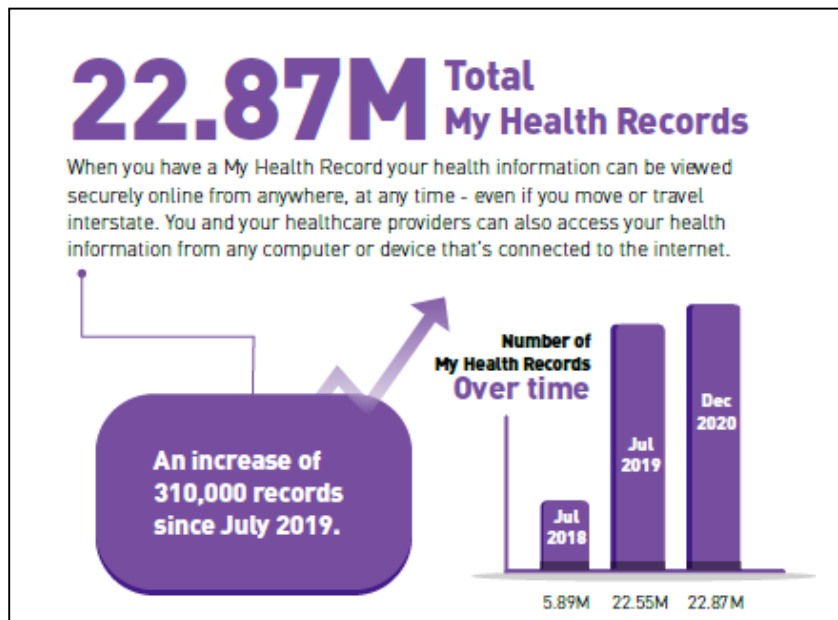
4. 着実に社会実装が進むデジタルヘルス

7 年かけて Personal Health Record (PHR) 導入に大成功

オーストラリア政府は、2012 年に PHR を Opt-In 方式(利用したい国民が自らの意思で登録)で導入した。その普及は徐々に進み 2017 年に PHR 登録者が国民の 25% に達した。PHR 登録者は、受診した際に医師に診断サマリーを書いてもらう必要があるが、それに協力しない医師もいた。しかし、普及率が 25% になった時点で、非協力的な医師は患者から「なぜ診断サマリーを書いてくれないのか」と問われて患者を失うリスクが高まった。政府は、この機をとらえて 2018 年に Opt-In 方式から Opt-Out 方式(原則全国民が PHR 登録することを義務付けるが、登録したくない人には登録抹消する権利を与える)に変更する改革を断行した。その結果、図表 12 のとおり、PHR 登録者数は、2018 年 7 月の 589 万人から急増し 2020 年 12 月時点で 2,287 万人(国民の 89%)となっている。

そして、PHR が普及していたことがコロナ禍で大いに役立った。医療機関は、来院する患者が最近受けた PCR 検査の結果を患者の承諾の下 PHR のデータベースにアクセスすることで即座に知ることができる。また、PCR 検査で陽性となった患者については既往症情報から重症化リスクを判断できるからである。

図表 12 2018 年の法改正で Personal Health Record 利用者が急増



(出所)オーストラリア Digital Health 庁公表資料 Statistics and Insights DECEMBER 2020

国家デジタルヘルス戦略の概要

連邦政府は、2016年1月、デジタルヘルス庁を設立した。同庁の仕事の3本柱は、My Health Recordと名付けたPHRのデータベース拡充と利便性の向上、Telehealth(オンライン診療)の普及、電子処方箋の利用推進である。デジタルヘルス庁は、2017年に国家デジタルヘルス戦略として「Safe, seamless and secure: evolving health and care to meet the needs of modern Australia」を発表し、2022年6月までに次の7つの目標を達成すると宣言した。

- ① 2018年に全国民がPHRに原則登録する改革を実施することを踏まえて、全ての医療提供者が何時でも何処でも必要な医療情報にアクセスできるようにする。
- ② 医療情報を電子的に安全確実に交換できるようにすることで、ペーパーレスを実現する。
- ③ 誰もが理解できる標準化された方法で集められた患者データが、患者と医療提供者の間で守秘が徹底される中、リアルタイムに共有される体制にする。
- ④ 人々と薬局は、医薬品の処方をオンラインで行うことができ、処方の誤りや副作用の情報もオンラインで受けることができる。
- ⑤ デジタル診療モデルが、医療へのアクセス、質と安全、効率を向上させる。
- ⑥ 医療提供者たちが自信をもってデジタル医療技術を駆使しケアを提供できるようにするため、彼らの教育体制を充実させる。
- ⑦ デジタル医療産業が成長することによって、オーストラリアに世界標準のイノベーションが起きる。

デジタルヘルス庁の年次事業計画書「Corporate Plan 2020 > 2021」によれば、上記の目標は確実に達成されそうである。

以上