

特別寄稿

地域医療経営のガバナンスの国際比較 (第1回) カナダ

一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所
 主席研究員 経済学博士 松山 幸弘 氏

はじめに

平成21年度補正予算において、地域医療再生臨時特例交付金3,100億円が確保され都道府県に交付されることとなった。その目的は、地域医療再生計画に則って圏域内の施設間の役割を明確化し、機能分化と連携を促進するとともに、在宅医療を提供する

体制を強化すること、将来にわたって持続可能で安定的な救急医療提供体制、周産期医療体制を構築することにある。図表1のとおり、人口比で見たわが国の病院数は、諸外国に比べて突出して多い。これは、わが国の病院の機能分化が遅れていることが一因である。

図表1 病院数の国際比較

	公立病院	民間病院	病院数計 +	人口 (百万人)	百万人あたりの病院数
日本	1,294	7,496	8,790	127.7	69
米国	1,324	4,384	5,708	308.8	18
ドイツ	2,186	1,126	3,312	82.5	40
フランス	974	1,890	2,864	61.9	46
英国	1,101	210	1,311	64.0	20
オーストラリア	762	552	1,314	21.0	63
イタリア	735	533	1,268	58.9	22
カナダ	699	NA	699	33.2	21
スウェーデン	73	8	81	9.2	9

- (注) 病院数は日本、オーストラリア、カナダが2008年、その他諸国は2006年。
 カナダの公立病院699は公益機能を担う民間非営利病院を含む急性期ケア施設数。
 人口は2008年データ。NA=Not Available。
- (出所) 日本の病院数は医療施設動態調査。米国の病院数は米国病院協会発表データ。
 EU諸国の病院数はMSI Reports Ltd, *Hospitals: Europe*, March 2007。
 オーストラリアの病院数は Australian hospital statistics 2007-2008。
 カナダの病院数は Canada Health Act Annual Report 2007-2008。
 人口は、わが国統計局が作成した「世界の統計」記載の2008年データ。

一方、オバマ大統領が不退転の決意で取り組んでいることが象徴しているように、医療改革が各国で大きな政治問題になっている。医療財源確保の仕組みや医療提供体制は国ごとに異なっている。しかしながら、医療改革を巡る議論で医療セーフティネット再構築が各国共通のテーマになっている。医療セーフティネットとは、貧富を問わず必要な医療にアクセスが可能となるような社会インフラを指す。そのあるべき姿が政治問題になっていることには2つの理由がある。第一の理由は、医療セーフティネットには多額の公費、財政負担が必要だからである。第二の理由は、医療技術の進歩に合わせて医療提供体制を変革していくためには既得権益者の抵抗を打破しなければならないが、それが難航しているからである。後者の問題は、「地域医療経営のガバナンス」と言い換えることができる。

そこで、今後6回にわたり Monthly IHEP に連載する栄誉を頂いたことを機に、各国の地域医療経営のガバナンスに関する最新事情をご紹介します、わが国でこれから始まる地域医療再生の一助なればと考えているしだいである。

1. 限界が見える地域医療システム統合法

第1回はカナダを取り上げる。岡部陽二氏が本誌2008-2009 12・1月号「海外視察報告：カナダの医療システム」で論じられたとおり、かつて成功モデルと評価されたカナダの医療制度にも様々な欠陥が生じている。州政府が医療財源配分と医療投資に決定権限を有する仕組みをとっていながら、実態は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状況に陥った。この点について、2004年4月に作成された報告書 Hospital Governance and Accountability in Ontario (オンタリオ州における病院のガバナンスと説明責任)は、各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分析した。

そこでオンタリオ州は、2006年に「地域医療システム統合法 (Local Health System Integration Act, 2006)」を施行させた。その改革の目玉は、人口1,289万人の州内に14の地域医療圏を設定し、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にある。LHINの経営執行責任者であるCEOには医療経営専門家を抜擢する一方、LHINのガバナンスを担う理事会には個々の施設経営の発想ではなく地域医療圏全体の観点から判断するように求めたのである。

しかし、LHINの最大の特徴は、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が医療施設を間接的に統治する仕組みであり、LHIN自身は医療事業体とは言えない。このことは、LHINの財務諸表から確認することができる。図表2のとおり、LHINは医療施設資産を持っていない。また、図表3のとおり、収支上のLHINの機能は州政府から配分された予算を各施設に計画どおり流すに留まる。

2009年2月、病院協会、長期介護協会などオンタリオ州内の医療団体が連名でLHINが機能するためのインフラ整備に関する要望書を州政府に提出した。ちなみに、医療提供事業者がLHINと契約する際のサービス量とその対価の算定手法が未だ確立されていない。この地域医療システム統合法の評価を行うことは時期尚早であるが、LHINが利害調整に時間を費やす無駄を排し医療事業体としての求心力を高めるためには、少なくともLHIN自身が医療施設を所有し現場の人心掌握に通じるマネジメントを直接行うことが必要のように思われる。

図表2 トロントセントラルLHINの財務内容

(単位：千カナダドル)			
金融資産	8,893	負債	10,129
現預金	2,428	未払い金	2,853
州医療介護省からの未収金 (医療分)	6,042	医療提供者への未払い金	6,042
州医療介護省からの未収金 (介護分)	355	繰延資本拠出金	1,234
その他	68		
非金融資産	1,236		
システム・リース資産等	1,234		
前払い金	2		

(出所) Toronto Central LHIN, Connecting Communities 2007-2008

図表3 トロントセントラルLHINの収支構造

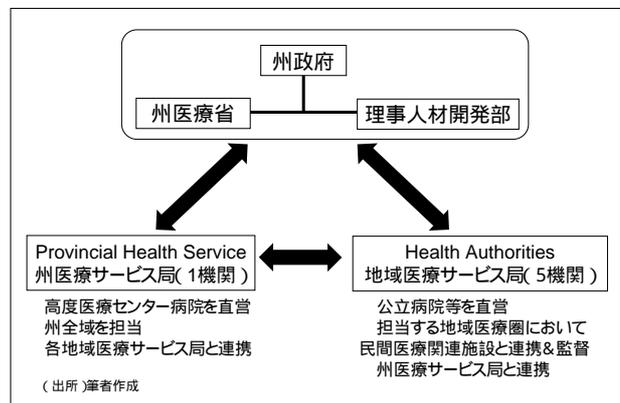
(単位：千カナダドル)			
収入	3,907,871	支出	3,907,870
医療提供者支払財源受入	3,897,602	医療提供者への支払	3,897,602
プロジェクトの財源受入	984	プロジェクトの費用支払	983
管理運営費受入	4,918	管理運営費	5,313
繰延資本拠出金取崩	670	LHIN連携部へ支払	3,972
他のLHINからの収入	3,697	州医療介護省への剰余金返納	1

(出所) 図表2に同じ

2. BC州は病院直営

これに対して、ブリティッシュ・コロンビア州(以下BC州と略す)は、地域医療圏をマネジメントする政府代理機関が病院を所有し直接経営する仕組みを採用している。図表4は、その概念図である。人口443万人のBC州は、州内を5つの地域医療圏に区分し基本的医療を提供するHealth Authority(地域医療サービス局)を配置した上で、高度医療については州全域を一元管理するProvincial Health Service(州医療サービス局)を設置している。これは、公立病院間の重複投資を防止する効果を有する。

図表4 BC州の医療提供体制



図表5は、これら医療サービス局6機関の収支を連結ベースで示したものである。2008年3月期の収入9,425百万カナダドルのうち州政府からの繰入金7,671百万カナダドルと81%を占めており、州医療保険の保険料収入701百万カナダドルの割合は7.4%と

小さい。これは、医療財源の大半を税で確保し医療保険料を低く抑える政策がとられていることを意味する。ちなみに、図表6のとおり、最高でも1ヶ月あたり保険料は108カナダドルであり、調整後所得が2万カナダドル以下の者は保険料が免除されている。

図表5 BC州医療サービス局6機関の連結収支構造

(単位：千カナダドル)		
	2007年3月期	2008年3月期
収入	8,770,975	9,425,032
州政府等からの繰入金	7,204,846	7,670,937
繰延資本拠出金取り崩し	316,476	355,315
Medical Services Plan (州医療保険) 保険料	655,015	701,376
患者・住民負担等	252,590	268,930
その他	342,048	428,474
支出	8,796,599	9,446,468
人件費	5,009,594	5,345,405
(非連結対象) 連携医療関連施設への支払い	490,768	530,035
アウトソース契約サービス支払い	1,364,851	1,479,876
医薬品、医療ガス	325,483	336,798
診療材料その他サプライ	615,682	664,311
有形固定資産減価償却費	349,245	387,285
支払金利	9,787	11,720
その他	631,189	691,038
収支差 (-)	25,624	21,436

(出所) Provincial Health Services Authority, Consolidated Financial Statements, Year ended March 31, 2008 ほか医療サービス局6機関の2008年3月期財務報告書から、医療サービス局間の内部取引を相殺消去する形で筆者が作成。

図表6 BC州の医療保険料の仕組み

(単位：カナダドル)					
所得による医療保険料割引率			家族数別の1ヶ月あたり医療保険料		
調整後純所得	割引率		家族数1名	家族数2名	家族数3名
0 - 20,000	100%		0	0	0
20,001 - 22,000	80%		10.80	19.20	21.60
22,001 - 24,000	60%		21.60	38.40	43.20
24,001 - 26,000	40%		32.40	57.60	64.80
26,001 - 28,000	20%		43.20	76.80	86.40
28,000 超	0%		54.00	96.00	108.00

(注) 調整後純所得は、課税所得から家族構成、年齢等により認められている控除金額を差し引いて算出される。

(出所) Health Insurance BCホームページ公表資料より作成

図表7は、医療サービス局6機間の連結財務内容である。純資産が211百万カナダドルのマイナスになっているが、これは、本来純資産に含めても良い繰延資本拠出金を固定負債に計上しているからである。繰延資本拠出金は、州政府が将来拠出すること

を約束した設備投資財源補助であり、返済義務のある負債ではなく準備金的性格を有する。したがって、BC州医療サービス局6機関の財務内容は健全と評価できる。

図表7 BC州医療サービス局6機関の連結財務内容

2008年3月期末 (単位：千カナダドル)			
流動資産	1,184,473	流動負債	1,185,183
現預金等	363,741	買掛金等	449,529
州政府等からの未収金	313,808	有給休暇引当金	236,319
前払い金	54,156	給与引当金	217,487
その他	452,768	その他	281,848
固定資産	4,274,854	固定負債	4,485,066
土地	235,210	長期借入金	157,089
建物	2,201,570	退職者給付引当金	388,383
設備・IT	884,971	職員福祉給付長期債務	44,441
リース資産(設備、建物)	246,857	繰延資本拠出金	3,877,407
建設仮勘定(機器、IT)	165,823	その他	17,746
建設仮勘定(建物)	351,416	純資産	210,922
その他	189,007		
総資産	5,459,327	負債・純資産合計	5,459,327

(出所) 図表5に同じ