

イギリスの医療制度改革に関する私見 (3)

医療機関 (2次、3次医療) の改革

2006年11月5日

竹之下 泰志

1. イングランドの医療機関 (2次、3次医療) の特徴

1-1. 公共病院の独占：NHS (国立保健サービス) がイングランド全体で287の病院を運営している。イングランドでは、全国民が公共保険 (NHS：国立保健サービス) に加入しているが、これらの公共保険の加入者に対する医療行為の96%がNHS (国立保健サービス) の公共病院で行われる。これは、取扱い金額にして年間約8兆円 (精神施設分を含む) にのぼる。NHSに属さない民間病院は、医療費全体の6%をしめる民間保険の6割 (即ち全医療保険の3.6%) を担当するにすぎない。

1-2. 一般的な2次医療病院 (以下、NHS病院) のプロフィールは以下の通り。

- 医療圏：人口15万人-45万人。1医療圏につき原則として1病院。全国で287病院 (法人数)
- 主に、地元かかりつけ医 (GP) からの紹介患者に対して予約制の2次医療サービスを提供している。加えて、病院の救急センターへ直接来訪した (搬送された) 患者へも対応する。
- 収入規模：年間200-1000億円。各医療機関と契約している地方保険者団体 (PCT：各地方にあるNHSの保険者機能) が、保健省が定める診療報酬の価格に基づいて支払う。価格は、施術ごとではなく、疾患領域群ごとに設定されている。
 - 但し、NHS病院と地方保険者団体 (PCT) は、医療サービスの契約内容を変える自由度を持っており、診療報酬に対する値引き、年間の取り扱い症例数の上限、質に対するコミットメントなどの条件を交渉し、契約に織り込むこともある。

1-3. 一般的な病院の利益率は、-5% - +3%。多くの病院において収支は黒字だが、一部の病院 (特に高度医療の提供病院) は、赤字に悩んでいる。

1-4. NHS病院は法的には独自の取締役会 (ボード) を持つ独立法人。取締役会のメンバーは、病院の経営陣、地元経済界、公共機関のリーダーなど構成される。取締役会が、役員を選出などガバナンスを担当しているが、実際には、NHSの地域組織である広域保健戦略機構 (Strategic Health Authority：SHA) の影響も受ける。

- イングランドにある287の病院 (2次、3次医療合わせて) のうち52は、一般的なNHS病院より更に経営の自由度の高いFT (Foundation Trust) という法人格を持つ。(詳しくは後述)

1-5. 一般的な病院の経営執行チームは、Chief Executive (最高経営責任者)、Director of Finance (財務担当)、Medical Director (医療担当)、Head Nurse (看

護担当)、Director of Strategy (戦略担当)、Head Pharmacist (医薬品担当)、Division leaders (疾患領域担当)などの役員からなる。

- 最高経営責任者は、多くの場合、病院の事務部門、NHSの保険者部門、地元経済界などからの採用で医師のケースは少ない。
- 最高経営責任者の年俸は2000–5000万円。また、取締役クラスは、1000–3000万円。病院医師の平均年収は、2200万円程度(公的保険部分)。但し、民間保険の患者に対する医療行為等で、大きな副収入を得る医師も多い。

1–6. 病院は、診療科が基本的な戦略、オペレーションの単位となって運営されている。

1–7. 医師に対する業績評価はあまり行われぬ。また、成果に応じた給与の差別化は実質的にはない。

1–8. NHS病院は独立した法人ではあるが、NHSの地方統括組織である広域保健戦略機構(SHA)の管理下にあり、定期的に医療の質、経営の状況などに関して報告を求められている。また、経営が芳しくない場合、SHAの介入を受け、経営陣の入れ替え、改善施策の立案、管理などがSHA主導で行われるケースがある。

1–9. 3次医療を提供するNHS医療機関のプロファイルは以下の通り。

- 医療圏：人口150万–400万人。1医療圏に対して原則として1病院。全国で30病院程度。
- 地元GPもしくは2次医療施設から紹介された患者への予約制の3次医療サービスが業務の中心。加えて、病院の救急センターへ直接搬送された患者へも対応する。
- ほとんどの病院は、3次医療に加えて、地域の中核病院として2次医療も行っている。
- 収入規模：年間500–1500億円。多くが赤字とみられる。現在の医療報酬制度では、3次医療で採算をとるのは難しい状況。先端的な医療技術の研究に十分な投資を行うため、各病院は、研究費の獲得、より広い医療圏からの患者の紹介などを狙っている。
- ガバナンス、取締役会、経営陣については、2次医療施設とほぼ同じ。

2. プレア政権による病院改革以前の状況(2001年頃)

2–1. 医療費の抑制と病院に対する投資の不足

¶ 慢性的な医療費抑制の影響で、人員、施設、設備に対する投資が不足。最新医療設備の導入の遅れ、キャパ不足によるサービスの遅延(例：一部の施術に関しての待ち時間が15ヵ月以上)、医療の質の低下が大きな問題となっていた。

2–2. 医療圏見直しの必要性

¶ NHS病院は、歴史的に人口10万人以上の医療圏に対して1施設設置されていた。しかし、医療の高度化により産科、心臓外科、脳神経外科などの分野にお

いて人口 10 万人規模では経済的、医療水準的に十分な症例数が確保できず、医療圏の見直しが必要となっていた。

2-3. 病院経営の自律性に関する課題

¶ NHS 内で、保険者と病院の機能が十分に分かれておらず、経営収支や医療の質に対する責任が不明確だった。病院は、保険者部門から与えられる年間予算の中でやり繰りをし、収支を合わせる役割を担っていたが、医療需要をコントロールする機能を持ち合わせていなかったため、コスト管理の自由度が非常に低かった。（予算がなくなっても患者さんを拒むことは出来ない）結果的に、一部の病院では、繰返し赤字を出しては、NHS 内の他部門から資金補填を受けるという体質となっていた。

¶ 上記のような状況の中、多くの医療機関において経営意識は高くなかった。また、医師、看護婦から様々な経営上の施策に対して十分な協力が得られない病院が多かった。

3. ブレア政権の病院改革

ブレア政権は、2002 年から医療機関の全面的な改革を実行した。改革は、大きく分けて 3-1) 改革の方向性と目標の共有、3-2) 医療費の 40%増額、3-3) 医療機関の説明責任 (Accountability) の明確化、3-4) インセンティブの強化ーアメとムチの政策、3-5) 課題医療機関への積極介入の 5 点からなる。

3-1. 改革の方向性と目標の設定

- ¶ 改革の方向性として、医療サービスへのアクセスの改善、患者による選択権の強化、民間医療機関のシェア拡大、健康促進と病気の予防を挙げ、国民、医療関係者と共有した。
- ¶ 医療機関に対しては、90 年代後半に設定されていたアクセス、医療の質と安全性に関しての達成目標が引き続き踏襲された。政府は、全国の NHS の医療機関の目標達成度合いを定期的に調べ公表した。
- ¶ 加えて、各医療機関のコスト競争力を診療科別に管理する指標 (RCI : Reference Cost Index) を導入し、同じく定期的に管理した。

3-2. 医療費の 40%増額

¶ ブレア政権は医療費を増額し、医療機関への投資を積極的に行った。2002 年から 4 年間で、看護婦、外科医をそれぞれ 18%、28%増員し、ベッド、手術室をそれぞれ 2%、19%増設した。

3-3. 医療機関の説明責任 (Accountability) の明確化

- ¶ 組織、ガバナンスの観点からは、医療機関の経営責任を明確化した。また、保険者からの牽制を強化するため、保険者と病院の機能の分離を進めた。
 - 保険者と医療機関の取引において、取扱い量に応じた支払い（出来高払い）を原則とし、需要管理は保険者の責任、医療の質と効率性の担保は、医療機関の責任とした。

- 医療機関に発生した赤字は、当該医療機関が将来自ら支払わなければならないというルールを定めた。
- 医療機関の取締役会の機能強化をすすめた。具体的には、政府として、各病院団体の取締役会機能を診断、評価し、改善案を求めた。また、広域保健戦略機構（SHA-NHS の地域組織）と各医療機関の取締役会が協力して、外部から多くの人材を採用し、取締役の顔ぶれを大きく変えた。

3-4. インセンティブの強化－アメとムチの政策

3-4-1. 「アメ」の政策－Foundation Trust (FT) : NHS 病院の「独立法人」化

- ¶ 経営能力が高い病院には、国民保健サービス（NHS）の枠組みの中にありながら、独立企業並みの経営の自由度を持つ、Foundation Trust (FT) という法人格を与えた。
 - FT は、独自の取締役会によって統治される非営利法人。最終的には、地域住民に対して責任を持ち、取締役会に地元住民の代表が参画する、主要な意思決定が公聴会にかけられるなどの特徴がある。
 - FT は非営利団体ではあるが、毎期の収益を留保する、もしくは自らの裁量で再投資できる権限を持つ。また、独自に（NHS 外から）資金を集め投資をすることができる。
 - また、保健省が設定する医療水準と財務的な目標を達成している限り、保健省、NHS からの介入を受けない。
 - 医療機関が FT になるための審査は、Monitor と呼ばれる保健省の中立的な外郭団体が行う。
 - － FT になるための基準は、前述の医療水準（質、安全性）に関する目標、財務の健全性（含むコスト競争力）、ガバナンス、組織の安定性など。
 - Monitor は、FT の医療水準、財務体質を定期的に審査する役割も担っている。水準を下回る FT に対しては、その経営に対して直接的に介入する権利を持つ。
 - 2006 年 11 月時点で、287 の NHS 病院（2 次、3 次医療）のうち、52 が FT となっている。保健省は、今後 3 年以内に全ての NHS 病院を FT にすることを目標としており、SHA（広域保健戦略機構－NHS の地方組織）を通じて、各医療機関に対して財務改善、経営陣の強化などを積極的に働きかけている。
 - － 保健省は、2005 年秋から 2006 年夏にかけて、外部のコンサルティング会社を活用し、全国の NHS 病院が FT 基準に対して現状どのような位置にあるかを測定した。各病院に改善計画を策定し、実行するように指示を出した。

3-4-2. 「ムチ」の政策その 1－診療報酬制度の見直し

- ¶ 各医療行為に対する診療報酬の価格を、全国の病院の平均コストに合わせた。具体的には、前述の RCI（Reference Cost Index）で平均値の病院が収支の均衡がとれるように価格を設定。結果的に、RCI で平均値以上のコスト体質の病院は赤字に陥る構造となった。また、診療報酬は、毎年 RCI の平均値を参考に修

正されるが、その増加率は、インフレ率よりも常に1.5%程度低くすると決められているため、実質的には毎年値下げが起こるようになっている。

- ¶ この施策は、NHS 病院に大きな脅威となり、各病院はコスト削減と生産性の改善に取り組んだ。

3-4-3. 「ムチ」の政策その2—患者による選択の強化

- ¶ 保健省は、開業医が患者に病院を紹介する時に、複数の選択肢を提供することを義務付け、患者の選択による医療機関間の競争を促進した。また、病院の質、安全性、サービスに関する情報を一般に開示し、患者による病院の選択を促している。

3-4-4. 「ムチ」の政策その3—民間企業（ISTC）の参入による病院間競争の促進

- ¶ 政府は、医療費全体の94%を占める公共保険（NHS）が取り扱う患者に対する医療行為の市場を民間業者に開放し、医療サービスの供給を増やすとともに、NHS の医療機関（公共）と民間の競争を促進することを目指した。具体的には、公共保険の医療行為の5%程度を民間（ISTC：Independent Sector Treatment Centres—民間治療センターと呼ばれる）に開放する計画を立て実行した。
 - 2003年9月に、第1期の入札が行われ15の契約が結ばれた。落札企業は、Capio（スウェーデン）、BUPA/Netcare（南アフリカ）、Mercury など、主に英国外の大手中間医療サービス会社。診断と予約制の施術（Elective—主に手術）それぞれ年間8万件程度。合計予算は、年間3200億円程度。
 - 2006年8月には、第2期の入札が行われ新たに、14の民間企業に対して年間15万件の医療行為（金額にして年間6000億円相当）が与えられた。
- ¶ ISTC は、医療サービスの供給を短期的に増やし、待ち時間の短縮という政策目標の達成に貢献したとみられている。反面、患者に対する医療機関の選択肢の提供、NHS 医療機関への競争圧力という観点からは、十分な成果をあげられていないといわれている。
 - 背景には、医療行為の質の測定が難しく、患者や他の医療機関に十分な情報が伝わっていないことがあげられる。

3-5. 課題医療機関への積極介入

- ¶ 保健省は、NHS の地方団体である広域保健戦略機構（SHA）に、各 NHS 病院の医療の質、財務体質に関して定期的な審査を行うよう義務付けている。各病院は、この審査を通じて細かく管理されており、問題が生じた場合には、SHA の指導を受ける。
- ¶ 独立法人である FT に対しては、NHS の外郭団体である Monitor（FT の監督を担当する機関）が、医療の質、財務体質に関する報告を全ての FT から定期的に受けている。Monitor は、目標を達成しない FT に対して、直接介入することができる。

4. 先進的な病院の例—UCLH

4-1. ロンドンにある University College London Hospitals (UCLH)病院は、イングランドの中でももっとも先進的な経営を行っている病院のひとつにあげられる。

4-2. UCLHは、ロンドン市内に7施設を持つ高度医療センター。年間の収入は約1100億円。イングランドでも最も早くFT（独立法人）化された。

4-3. UCLHは、外部の先端的な病院、団体と積極的に協力することで最良のケアとワールドクラスの研究を実現することを目指している。

4-4. 経営的には、各診療科を子会社に見立てた、「医療の持ち株会社」化を目指している。

- コーポレート（本社）は、戦略をたて、資金を集め、事業を創生、育成する。競争力のない診療科、機能分野では、積極的に世界の先進企業と提携し、技術導入や運営委託を行う。
 - たとえば、がん治療の領域では、アメリカ大手のHCAと提携。また、病理部門では、SonicHealthcare社とJVを立ち上げている。UCLHは、将来的には、JV全体で年間100億円程度の収入を得ることを目標している。
- コーポレート主導で、「事業」の新規参入、撤退を行う。また、他の病院の買収、統合も視野に入れている。
- 各疾患領域、「事業」はプロフィットセンターとして運営される。

4-5. UCLHは積極的な経営により、財務を安定させるとともに、ロンドンにおける今後の病院再編のひとつの核となりつつある。医療と研究の質の向上がどの程度改善したかの判断は、現時点では難しいが、UCLH経営陣は、質と患者満足度の改善を最優先に経営変革を進めている。

5. 成果と課題

5-1. ブレア政権の医療機関改革は、医療の質、安全と収支の改善という面で一定の成果をあげつつある。

¶ 多くの病院において医療の質、安全性、コストの面で改善がみられ、出来高払い制の導入も手伝って多く病院において黒字が達成できている。この改善の背景には、幾つかの要因がある。

- NHS病院の経営陣は、改革の最終的な目標が医療の質と安全性、患者サービスの改善に置かれた、政府として医療に対して積極的な投資を約束した、FTになるという明確な目標が与えられた、などの点から一連の政策を受け入れなければならない状況だった。
- 全病院の平均単価を基準にした診療報酬制度と、累積赤字の支払い責任が、コスト競争力の改善と収支の安定に対する危機感を醸成した。
- コスト指標 RCI、質と安全性の指標など病院の経営陣にわかり易い具体的な指標と目標が与えられた。これらの目標が、院内改革の物差しとしてうまく機能し、医師、看護婦の巻き込みがある程度実現。
- FT（独立法人体）となることがインセンティブとして働き、病院経営陣と医師、看護婦がある程度協力するきっかけとなった。

- 病院の最高経営責任者や企画、財務の取締役職に NHS 内外から優秀な人材が採用された。また、経営陣の業績が厳しく評価された。
- 医療機関と地方保険者団体との協力関係も作られつつあり、中期的な需要を見越した医療サービス供給能力の調整、投資などの議論が保険者と病院の間で起こりつつある。

5-2. 反面、期待通りの成果が未だ上がっていないと言われている側面もある。

- 患者による医療機関の選択は進んでいない。背景には、医療の質や安全性の測定の難しさ、医師による決定権の強さ、患者の意思決定に対する意欲の低さがあると考えられる。
- 医師、看護婦に対する業績評価、インセンティブの導入は進んでいない。
- 一部地域において必要となっている病院キャパの削減、病院の淘汰や、医療の質の観点からの医療圏の再定義もこれからの課題となっている。

6. 今後のポイント

6-1. より大幅な病院キャパの削減と病院の淘汰をどのように実現していくのか。

6-2. 独立事業体病院（FT）にどこまでの自由度を与えるのか。

6-3. 3次医療を担当する病院の経営をどのように安定させるか

7. 日本にとっての意味合い

- ¶ 改善を計る具体的指標の選定と目標共有（医療の質、安全性、コスト生産性）
- ¶ 病院の経営能力を更に高める施策
- ¶ 病院の危機意識と改善意欲を高める施策
- ¶ 2次医療、3次医療の供給量と体制を見直す施策
- ¶ 患者や地元コミュニティーの参画を図る仕組み