

Ⅲ-4. ドイツ・イギリスの医療費抑制の背景を探る

【要約】

- ◆ ドイツは近年医療費の抑制に成功しているが、その背景には度重なる制度改革がある。特に、医療保険制度改革による保険者機能の強化により、保険者に効率化や差別化を促す仕組みを構築し、保険者間に「競争原理」を働かせている。
- ◆ イギリスでは、医療機関は公的な存在でありながらも経済的インセンティブにより競争原理が働いている。また、効率的な医療を目指し遠隔医療の普及にも取り組んでいる。
- ◆ これまでの我が国における医療制度改革は、既存制度のマイナーチェンジが中心であったが、今後の高齢化の進展を踏まえると抜本的な方針転換が必要である。
- ◆ 特に、今後は医療の供給サイドにおける制度改革が重要であるが、その際には、保険者機能の強化や医療機関への競争原理の導入、あるいは遠隔医療の普及といった施策が有効になると考えられる。

1. はじめに

近年のドイツは医療費の増加を抑制

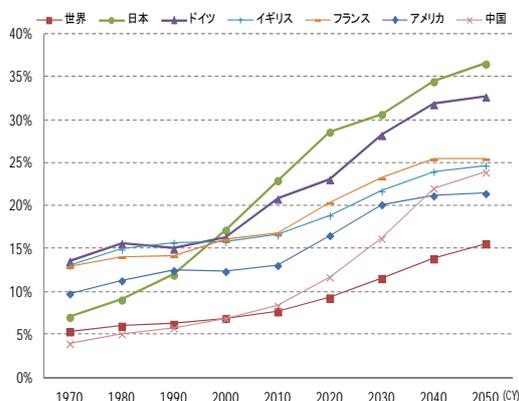
財政収支でも改善が見られる

日本のみならず、少子高齢化とそれに伴う医療費増加懸念は先進国に共通する課題である。そうした観点に立つと、先進国の中でも日本とドイツは高齢化率の水準・伸び率共に最も高い(【図表1】)。一方で、日本とドイツの医療費の推移を見ると、両国とも増加基調にある中、ドイツでは2009年以降伸び率が低下しており、医療費の抑制に成功していると推察される(【図表2】)。

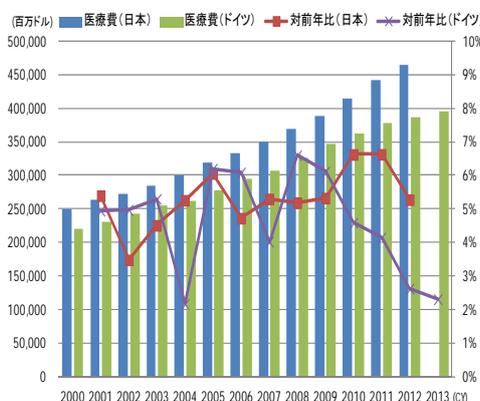
医療費を中心とする社会保障費は、各国の歳出の大部分を占める項目であり、ドイツや日本では歳出の約3割、イギリスやフランスでは5割強に達する。従って、医療費の増加は財政収支の悪化に直結する。我が国の財政収支はリーマンショック後急速に悪化する一方、ドイツは医療費抑制の効果もあり、財政収支は改善傾向にある(【図表3】)。

以上に鑑みると、ドイツの医療費抑制を実現した制度設計や制度改革から学ぶことは、日本の医療費抑制、ひいては財政収支改善の視点からも重要ではないかと考える。

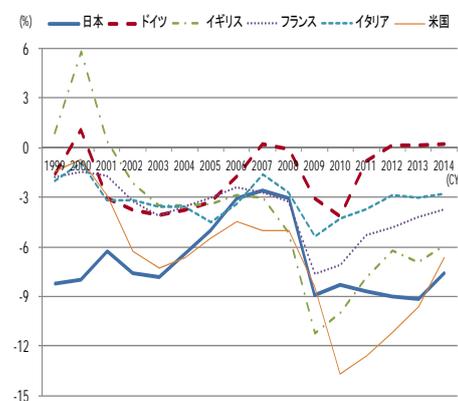
【図表1】 高齢化率推移



【図表2】 日独における医療費推移



【図表3】 財政収支(対 GDP 比)



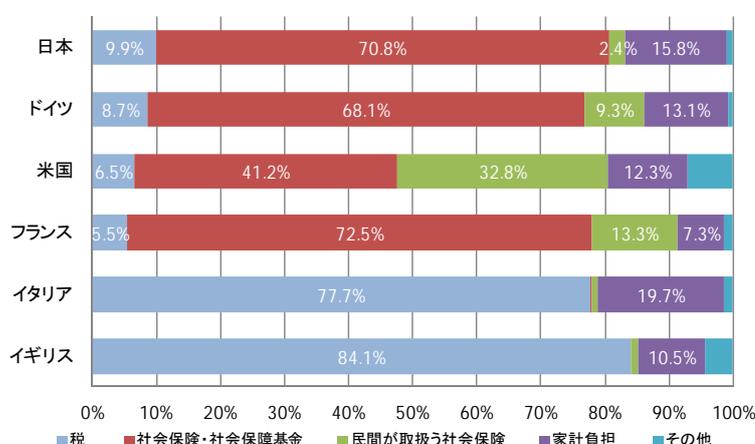
(出所) 国連資料よりみずほ銀行産業調査部作成 (出所) 財務省資料よりみずほ銀行産業調査部作成 (出所) OECD よりみずほ銀行産業調査部作成
 (注) 65 歳以上人口が総人口に占める比率

財源方式は「保険料方式」と「税方式」に大別

また、医療支出を賄う財源に目を転じると、日本やドイツのような保険料方式とイギリスやイタリアのような税方式に大別できる（【図表 4】）。両方式は、「公平性」や「支出統制のし易さ」等で違いがあり、各国の文化・歴史背景をもとに決められている。

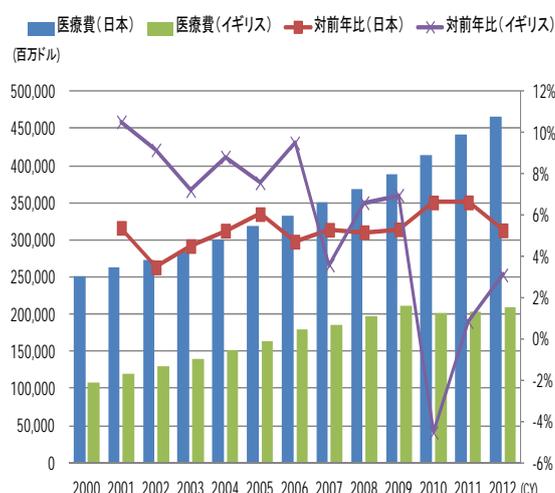
税方式を採るイギリスの医療費の推移を見ると、労働党政権時代の 2009 年までは比較的高い伸び率を示す一方、医療費適正化をスローガンに掲げた連立政権に移行した 2010 年以降は医療費の伸びが抑制されており（【図表 5】）、我が国における医療費抑制手法を考察する上では、財源方式の異なるイギリスから学ぶべき示唆があるのではないかと考えられる。

【図表4】 医療支出の財源内訳



(出所)健康保険組合連合会「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究調査報告書」よりみずほ銀行産業調査部作成

【図表5】 日英における医療費推移



(出所)財務省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

以上から、本稿では日本と同様に保険料方式をとりながら健全な財政運営を実現しているドイツの医療制度を見た上で、税方式の中でも過去に大胆な医療制度改革を行ったイギリスにも着目し、我が国における医療費抑制に向けたインプリケーションを導きたい。

2. ドイツの医療制度

保険者の役割が大きいドイツ

日本の医療制度はドイツを模範に作られた経緯もあり、日独の医療制度は類似する点が多く、いずれも「保険料方式」、すなわち患者(国民)が保険料を支払い、疾病金庫と呼ばれる保険者(日本の健康保険組合等に相当)が保険給付や医療機関との調整を行う方式を採っている。ドイツの医療制度が我が国と異なる点は、保険者の役割・裁量が非常に大きいという点であり、保険者は被保険者の健康相談やセカンドオピニオンにおける医師の紹介、個別の医療機関の情報提供といった基本的機能の他に、医療機関や製薬会社と交渉する役割も担っている。

約 9 割の国民が
公的医療保険に
加入

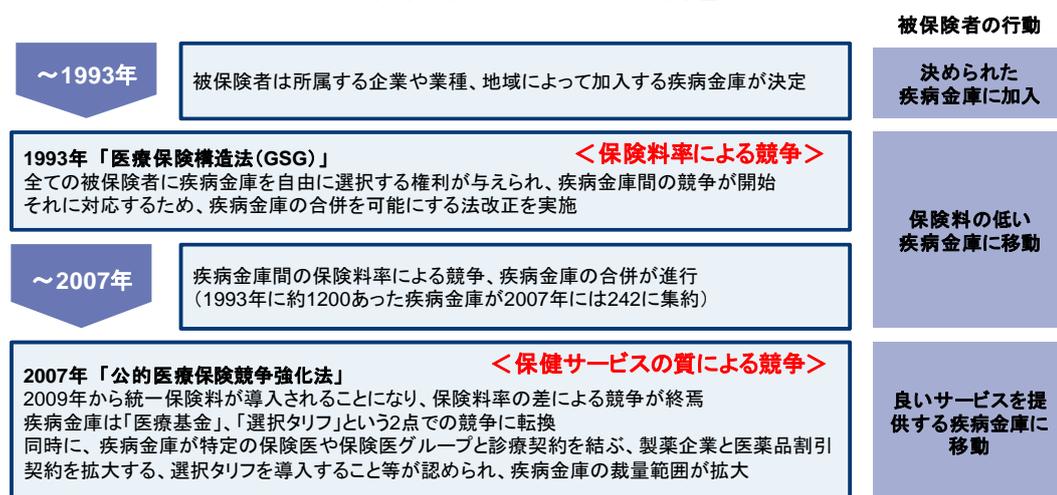
ドイツでは、国民の約 9 割が公的医療保険に加入しており、年間の労働報酬が限度額を超えない殆どの被用者や学生、年金受給者、失業者等は公的医療保険の強制被保険者となっている。官吏や自営業者等は加入義務を免除されており、任意加入者となる。また、強制被保険者及び任意加入者の家族も公的医療保険に加入する。保険者には、主に地域住民や学生、失業者等が加入する地区疾病金庫や、主に大企業の被用者が加入する企業疾病金庫等が存在する。

ドイツにおける医
療制度改革の中
心は公的医療保
険改革

ドイツにおける医療制度改革は、公的医療保険改革を中心に実施されてきたが、大きな転換点は 1993 年である。ドイツでは 1970 年代中頃に「医療費の爆発」と称される程医療費負担が増大し、1970 年代後半から 1980 年代にかけて様々な医療費抑制策が試みられたものの、医療費の増大が続いた。加えて、保険者間の保険料率の格差が拡大し、加入する保険者の優劣によって被保険者に不公平が生じていた。こうした背景から、これまでにない抜本的な改革が必要となり、1993 年に「医療保険構造法」が制定された。

1993 年以前は、地域、産業、職業等により区分された保険者に加入することが義務付けられていたが、医療保険構造法により保険者間の移動が原則自由になり、被保険者は保険料の低い保険者に移動するようになった。これにより保険者の競争が促され、1993 年に 1,200 強あった保険者が 2007 年には 240 程度になるなど、保険者の再編が進んだ。一方、ある程度再編が進むと保険料率による差が出にくくなったことから、2007 年には「公的医療保険競争強化法」を制定し、各保険者の保険料を統一する一方、後述する「医療基金」や「選択タリフ」といった仕組みにより、各保険者に保健サービスの質による競争を促す政策が導入された（【図表 6】）。

【図表 6】 医療保険政策の変遷



(出所) 健康保険組合連合会「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究調査報告書」より
みずほ銀行産業調査部作成

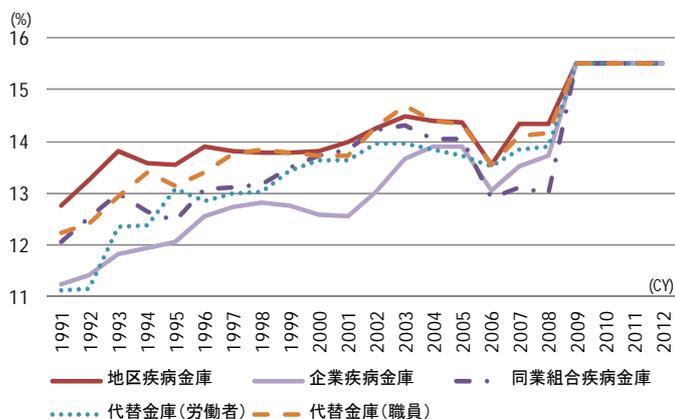
保険料率の上昇
を保険者の競争
により抑制

ここで保険者の保険料率と加入者の状況について簡単に触れる。1990 年代初頭に保険費用が拡大し、保険料率が上昇したことを受け、前述の医療保険構造法が制定された。以降 2000 年頃までは一定の効果があったものの、保険者の集約に伴い保険者間の競争原理が働きにくくなり、2000 年初頭に再

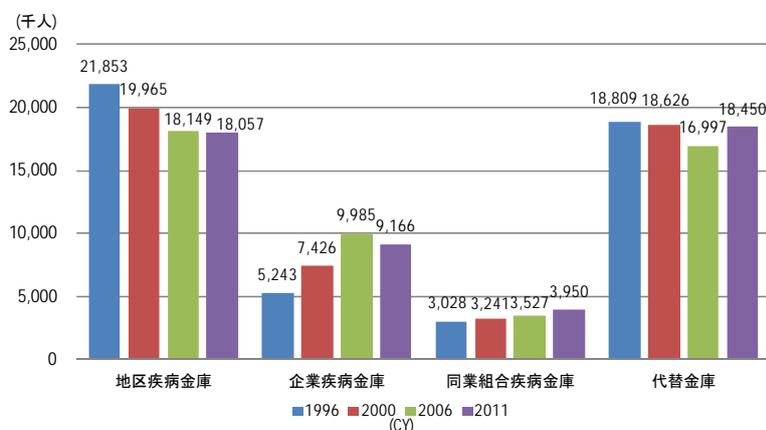
び保険料率が上昇しはじめた。これを受け、保険料統一により保険料にキャップを設けるとともに、保険料率以外で競争を促すことが検討され、公的医療保険競争強化法が制定された(【図表 7】)。

各保険者の加入者の状況を見ると、1993 年の保険者間の移動自由化により、保険料率の高い地区疾病金庫・代替金庫から被保険者が流出し、保険料率の低い企業疾病金庫に流入したことがわかる(【図表 8】)。その後、2007 年の制度改革により、被保険者の年齢や性別の差による罹患に対するリスク調整機能が強化され、ハイリスクの被保険者を多く抱える地区疾病金庫や代替金庫の経営状況が改善し、一部企業疾病金庫から回帰する動きが見られた。これは、薬剤購入等の割引や選択タリフの導入などで被保険者数の多い地区疾病金庫等の保険者が有利になったことが要因と考えられる。

【図表 7】 各疾病金庫の保険料率



【図表 8】 各疾病金庫の加入者数



(出所)【図表 7、8】とも、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集」よりみずほ銀行産業調査部作成

ドイツの医療制度の特徴として、公的医療保険給付に「効率化」と「差別化」を図る仕組みが導入されており、保険者間に競争原理が働いていることが挙げられる。

公的医療保険給付は「基本タリフ」と「選択タリフ」の2階建て

ドイツの公的医療保険における給付は2階建てとなっており、1階部分が基本タリフと呼ばれ、全ての保険者に提供が義務付けられている(【図表 9】)。基本タリフ部分については、各保険者が被保険者から保険料を徴収し、医療基金と呼ばれる政府所管の基金に一旦納付する。医療基金は保険料と連邦補助金を財源とし、被保険者の人頭割による「基礎定額交付金」と、被保険者の年齢や性別等によるリスクを調整した「リスク調整交付金」を算出し各保険者に交付する。このリスク調整交付金の仕組みにより、リスクの高い被保険者を選別する保険者の行動を抑制している。

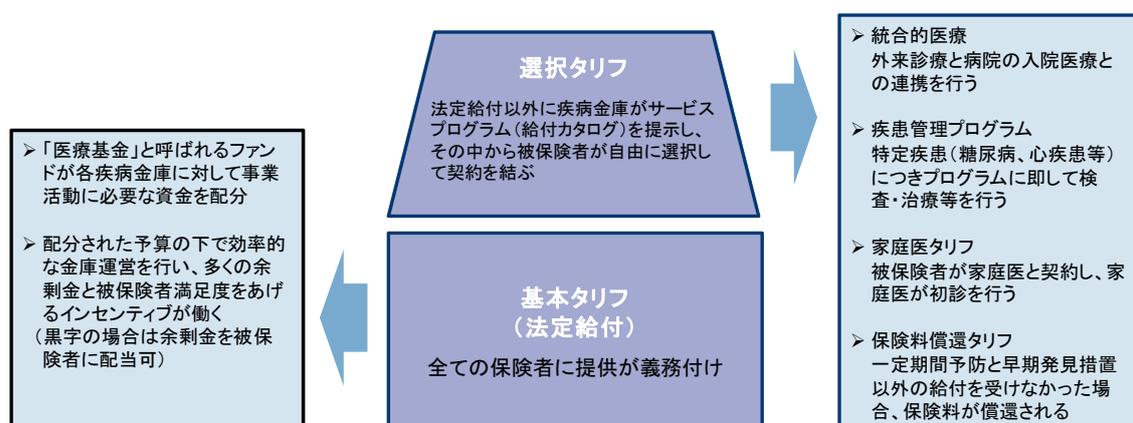
1階部分における効率化へのインセンティブ付け

基本タリフ部分には保険者の効率化へのインセンティブも組み込まれている。基本タリフ部分では、より効率的な運営を行い、余剰金が発生した場合には被保険者に保険料の一部を還元できる一方、赤字の場合は被保険者から追加の保険料を徴収することになっている。追加の保険料徴収は被保険者の流出を招くため、保険者にとっては医療機関や製薬会社との交渉の面で不利となる。従って、保険者にはより効率的な運営により余剰金を捻出するインセンティブが働く。

2 階部分における 差別化へのイン センティブ付け

2 階部分は選択タリフと呼ばれ、各保険者が医療提供者と連携し、自由に保健サービスプログラムを作り、被保険者が選択する仕組みとなっている。例えば、家庭医タリフでは、被保険者が家庭医と呼ばれるかかりつけ医と契約し、家庭医が初診を行うとともに必要に応じて専門医を紹介を行うプログラムであり、家庭医タリフを選択した場合には保険料が軽減される。また、保険料償還タリフは、一定期間予防や検査以外に医療機関にかからなければ保険料を還元するプログラムである。2007 年の公的医療保険競争強化法の成立以降、保険者は選択タリフ部分による差別化を図っている。

【図表9】 公的医療保険における給付



(出所) 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集」等よりみずほ銀行産業調査部作成

これらの仕組みにより保険者間に競争原理が働く

このように、効率的な運営により余剰金を出して被保険者に還元する、あるいは魅力的な保健プログラムを提供して被保険者を獲得するという、いわば保険者の経営努力によって差が出る制度設計となっている。結果として、経営能力の低い保険者は淘汰され、経営能力の高い保険者のみ存続するため、医療保険財政の健全な運営に繋がっている。実際に、2003 年まで赤字基調であった公的医療保険の財政収支は、2004 年以降黒字基調に転換している。

そもその背景には国としての財政規律を重視する姿勢が存在

このような医療保険財政の健全性は、保険者間の移動を自由にして保険者を競争させた結果であるが、そもその国としての財政規律を重視する姿勢があったことも重要である。つまり、公的医療保険は自主自律の考えで運営されており、財源は保険料収入によって賄うことが原則として存在し、連邦政府あるいは地方政府等からの財政投入は行われてこなかった。出産や乳幼児の傷病手当等の、保険になじまない部分については、2004 年に税を財源とした連邦補助金が投入されているが、法律によって上限が決められている。また、近年は医療保険財政が改善しているため法定上限が下げられるなど、安易な財政投入は行われていない。このように、国として財政規律を厳格に保つ姿勢が保険者間の競争を促し、保険料、つまり医療費の無駄な浪費を抑制することに繋がっているのではないだろうか。

以上、ドイツの医療制度について見てきたが、今後の我が国における医療費抑制策の参考とすべく、これまでに大胆な医療制度改革を実施してきたイギリスの医療制度についても見ていきたい。

3. イギリスの医療制度

NHS によって国
営医療が提供さ
れるイギリス

イギリスでは、NHS (National Health Service: 国民保健サービス) によって、医療が公共サービスとして無料で提供される。医療はフリーアクセスではなく、登録を行った GP (General Practitioner)、いわゆるかかりつけ医によって一次医療を受け、必要に応じて GP の紹介を受けた上で専門病院等を受診する。

イギリスにおける医療は税金を財源に成り立っているため、政策の影響を大きく受ける。近年では、保守党政権時代、労働党政権時代、連立政権時代それぞれにおいて医療政策が大きく転換している(【図表 10】)。

保守党時代にお
ける医療費抑制
と市場メカニズ
ムの導入

1979 年から 1997 年の保守党政権時代には、石油危機等で経済情勢が悪化する中、医療費を中心とする公共サービス費用の削減が求められた。特にサッチャー政権時代には、医療費の急激な抑制及び、医療産業への市場メカニズムの導入が実施された。医療が国営として運営されてきたことから医療機関の経営が緩慢になりがちであったイギリスにおいて、医療機関間の競争を促す市場メカニズムの導入は大胆な方針転換であったといえる。しかしながら、急激な医療費抑制が医療人材の不足や医療設備の老朽化といった医療インフラの問題を引き起こし、多くの待機患者が発生するという弊害も発生した。

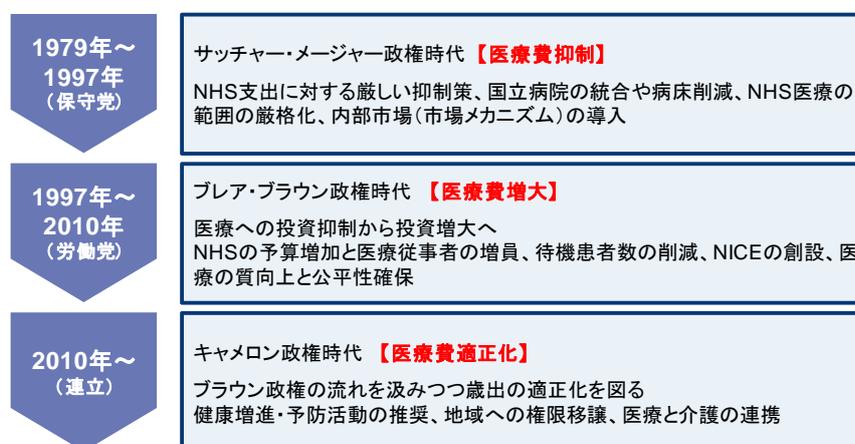
労働党時代にお
ける NHS 予算の
拡充

1997 年から 2010 年までの労働党政権時代には、保守党政権時代に低下した医療の質改善に向け、NHS の予算拡充と医療従事者の増員が図られ、待機患者の削減が最重要課題とされた。一方、単純に NHS への予算を増やすだけではなく、医療の費用対効果を重視する視点も導入され、NICE (National Institute for Health and Care Excellence) が創設された。NICE は、最新医療のベストプラクティスに関するガイダンスやエビデンスに基づいた質の標準ガイドラインを提供するとともに、費用対効果の観点から医療の経済性の評価を実施する役割を負っている。

連立政権時代に
おける医療費の
適正化

2010 年以降の連立政権時代には、前政権の流れを汲みつつも医療費のさらなる適正化を目指し、GP を中心とした地域への権限移譲や地域における GP・看護師等が協働して予防活動を推奨する政策が打ち出されている。

【図表 10】 医療政策の変遷



(出所) 健康保険組合連合会「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」より
みずほ銀行産業調査部作成

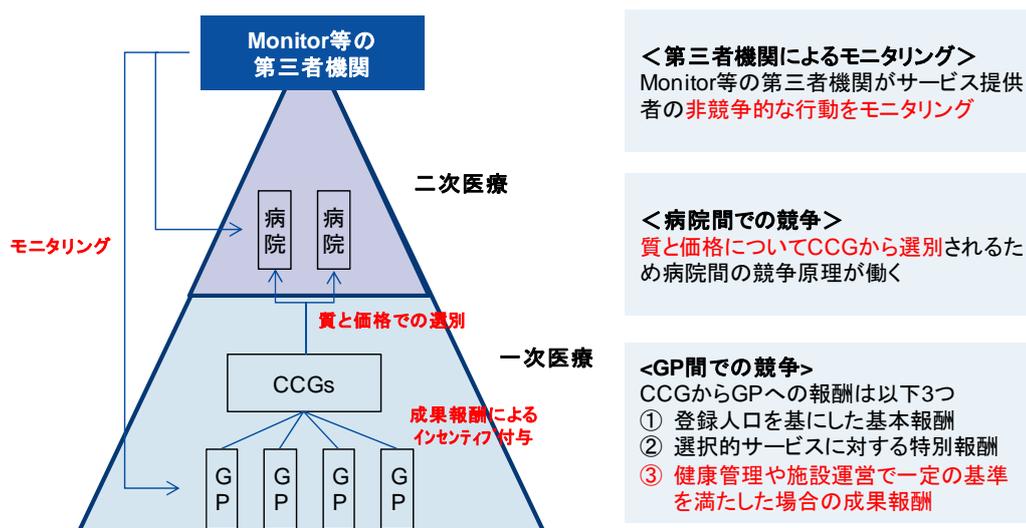
各レイヤーにおける競争原理の導入

イギリスの医療制度の特徴として、一次医療、二次医療それぞれにおいて競争原理が導入されていることが挙げられる。

GP を中心とする一次医療では、各 GP への報酬に成果報酬が組み込まれることで競争原理が働いている。具体的には、GP に支払われる報酬に、各 GP が提供を選択できる特殊疾患への対応等の付加的サービスに対する報酬、各 GP が住民に対して健康に関する情報を提供するような健康管理や、診療所の衛生管理等の施設運営で一定の基準を満たした場合に上乘せされる成果報酬が組み込まれている。

病院を中心とする二次医療では、各病院は GP の集まりである CCGs (Clinical Commissioning Groups) から質と価格の両面で比較され、CCGs と患者紹介に関する交渉・契約をする仕組みになっていることにより病院間の競争が促されている。また、公的な第三者機関である Monitor¹等が医療機関の非競争的な行動をモニタリングすることで、全体としての競争環境を維持している(【図表 11】)。

【図表 11】 競争原理の導入



(出所) 健康保険組合連合会「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」より
みずほ銀行産業調査部作成

このような医療機関間の競争を促す前提となるのが、各医療機関を比較できるインフラ基盤である。

NHS のホームページで各医療機関のアウトカムが比較可能

イギリスでは、全ての医療機関に対して、提供した医療の結果と今後の改善策にかかる事項を NHS に報告することが求められている。この結果は NHS のホームページである「NHS Choices」を通じて公開され、第三者機関の評価や救急受入率、患者死亡率、スタッフの評価といった「アウトカム」を国民全員が閲覧することが可能となっている。また、患者報告型のアウトカム評価である PROMs (Patient Reported Outcome Measures) が 2009 年に導入され、患者視点での医療機関の比較も可能となっている。

¹ 保健省から独立した公的機関。経済的監視を行う機関として、医療機関の競争促進と反競争的行為の防止を担う

このように、経済的インセンティブの付与と各医療機関の見える化を通じた患者からの選別を促すことにより、医療機関に競争原理を導入している点がイギリスの医療制度の特徴である。

医療の ICT 化が進んでいることで有名なイギリスだが、遠隔医療の普及に向けた積極的な取り組みも特徴的である。

国策として遠隔医療の普及を掲げる

イギリスでは 2008 年～2010 年にかけて、遠隔医療に関する世界最大級の実証事業である WSD(Whole System Demonstrator)プログラムが実施された。WSD プログラムでは、200 人以上の医師が参加し、約 6 千人の慢性疾患患者を対象に自宅でバイタルデータ等をモニタリングし、異常が出た際に受診する実証事業が実施された。その結果、医療費が約 8%削減されたことに加えて、対象患者の死亡率も 45%減少したことが実証されている。これを受け、2011 年 12 月に、キャメロン首相が今後 5 年間で 3 百万人に遠隔医療を提供していく「3Million Lives Project」を発表し、保健省を中心とした省庁と産業界が連携してプロジェクトを推進していくことが合意されている。

普及に向けて様々な試行錯誤が続く

しかしながら、当初の想定通りには普及していないのが現状である。これには様々な要因が考えられるが、OECD の調査によれば、遠隔医療の普及にかかる一般的な課題は、コスト、法制度、文化、インフラ等にあるという。イギリスの場合、遠隔医療に関する法制度の規制はないため、コストの問題が一番の課題として認識されている。例えば、遠隔医療機器の導入費用をだれが負担するのか、という問題である。これに対し、イギリスでは「Payment by Outcomes」という方式が検討されている。遠隔医療機器の導入について、導入時に利用者が費用を支払い、遠隔医療を通じて実際に医療費が削減された場合には利用者に還元するものである。

4. 我が国医療政策に関するインプリケーション

以上、ドイツとイギリスにおける医療制度について概観してきた。一方我が国においては、国民皆保険とフリーアクセスという優れた制度が存在するものの、世界でも類を見ない高齢化の進展による医療費の増大、諸外国比過剰となっている病床数とそれによる非効率な医療提供体制が課題として顕在化している。

歴史や文化などが異なるため、海外の制度をそのまま導入することは難しいが、我が国が抱えている上記の課題解決にはドイツ、イギリスの制度に倣い、①保険者機能の強化、②医療機関への競争原理の導入、③遠隔医療の普及の 3 点が有効な施策になるのではないだろうか。

提言①
保険者機能の強化

一つ目は保険者機能の強化である。保険者の本来的な機能としては、良質な医療の確保や保険料の効率的な活用、被保険者の健康増進等があるが、我が国の保険者は本来的な機能を発揮できていない。特に市町村国保は財政面で補助金に大きく依存しており、運営の自律化が喫緊の課題である。

かかる中、現在検討が進められている国民健康保険(以下、国保)改革により、これまで市町村が担っていた財政責任を平成 30 年度からは都道府県が担う

ことになる。これにより都道府県が国保の運営方針の策定や市町村ごとの賦金額の決定等を行うため、保険者としての裁量が大幅に引き上げられる。ただし、国保を大型化しただけでは全体の収支は不変であり、裁量が引き上げられた国保で何を実施するかが重要になる。

ヘルスケアポイントの実用化等により保険者機能を強化すべき

一定期間受診が無い場合に保険料を還元する等のドイツの仕組みは、現在我が国で検討が進められている「ヘルスケアポイント制度」に類似している。医療費の適正化においては、被保険者の健康へのインセンティブ付けや保険者の適切な介入が極めて重要である。従って、現在試行的に始められているが、個人の健康増進活動にポイントを付与し、健康・予防へのインセンティブを与えるヘルスケアポイント制度のような取り組みを、保険者がより積極的に進めていくべきではないだろうか。

提言②
医療機関への競争原理の導入

二つ目は医療機関への競争原理の導入であるが、競争原理を働かせるためには各医療機関を比較できる仕組みが必要である。我が国においては、厚生労働省が所管する「医療機能情報提供制度」があるが、公表されるアウトカムは手術件数や平均在院日数等の限定的な項目にとどまっており、且つ都道府県単位の運営になっているため一覽性に乏しい。その他、日本医療機能評価機構による認定や DPC データ²等は主に医療関係者を対象としたものであり、患者が医療機関を比較するには適さない。

各医療機関のアウトカム比較により競争原理を導入すべき

一般的に、医療の質の評価をする際には、施設基準や人員配置等の「構造」、早期リハ開始率や血糖コントロール等の医療の「過程」、回復率や患者満足度等の「結果」の三つの視点があると言われている。構造と過程については既に診療報酬等で評価される体系になっているが、結果に対しての評価ができていないのが我が国の現状である。従って、例えばイギリスのように、各医療機関の治療成績や患者満足度評価など、医療の結果の評価を可能にする仕組みを構築していくべきではないだろうか。そのためには、真に有効なアウトカムに関する全国統一の情報公開制度の制定や、患者が使い易いポータルサイトの創設といった対応が求められるのではないだろうか。

提言③
遠隔医療の普及

三つ目は遠隔医療の普及である。我が国においては、都市部への医師・医療機関の集中により都市一地方間の医療格差が顕在化している。一方で、地方においては患者が少ない、居住地域が広範といった理由から、効率的な医療提供が難しいという側面も存在する。これらの課題解決には遠隔医療を活用した医療サービスの提供が有効と考えられるが、遠隔医療の普及に反対する医療関係者もいるため、我が国では普及が難しいという意見も聞かれる。

本質的な阻害要因の見極めが重要

では、そのような利害関係の対立が遠隔医療普及の本質的な阻害要因になっているのだろうか。国として遠隔医療の普及を進めているイギリスの事例を取り上げたが、当初の計画通りには普及していないとの指摘もある。医療が国営サービスとして提供されているイギリスでは、我が国で指摘されているような利害関係の対立は生じにくい。それにも関わらず遠隔医療の普及が進まない背景には、利害関係の対立以外に阻害要因があるのではないだろうか。例えば、遠隔医療機器の導入にかかる費用や継続に伴うランニング費用等の経済的要因、あるいは対面診療に比べて医療の質の面で不安があるといった臨

² Diagnosis Procedure Combination (診断群分類)に基づく患者情報、診療行為情報

床的要因、個人情報の取り扱い等の法制度的要因が考えられる。

実証事業による 阻害要因の解消 を目指すべき

遠隔医療の普及に関しては上記のような阻害要因があるものの、これらは実証事業でのエビデンスの積み上げと、それをもとにした診療報酬の適用範囲の拡大で解消が可能であろう。イギリスの WSD プログラムでも示されているように、実証事業により臨床面での効果を確認することは可能であるし、法制度面の課題については、モニタリングデータ等の個人情報に関する標準ガイドラインの作成等で対応が可能である。また、実証事業を通じた経済面での有効性の検証は、診療報酬における遠隔医療の適用範囲の拡大を議論していく上で重要なポイントとなる。

遠隔医療の普及 は産業振興の面 でも重要

診療報酬の適用範囲の拡大は、産業振興の観点でも重要である。診療報酬の適用が拡大されることにより、医療機器メーカーの遠隔医療機器開発の後押しも期待できる。各種計測機器を用いた生体情報モニタリングや通信技術を用いた遠隔診療等、遠隔医療機器が活用される場面は多岐に渡る。幸いにも、現在我が国では病院医療から在宅医療へのシフトが進められている。遠隔医療は在宅医療を効率化する有効なツールであり、本分野における医療機器の果たす役割は大きい。世界に先駆けて遠隔医療機器を開発・普及することで、現在大幅な輸入超過となっている我が国医療機器産業の競争力強化にも繋がるのではないだろうか。

5. おわりに

2014 年度に発刊した「みずほ産業調査 45 号」³では、オバマケアを中心とした米国の医療制度を調査した。米国では、多様性のある医療システムのもとで、保険者、医療提供者、保険購入者といったステークホルダーが相互に「選別」を行うことで競争と連携が促されている一方、多様性が医療費高騰に繋がった負の側面も指摘されている。これらの負の側面の解消に向け、オバマケアでは、各ステークホルダーへの経済的インセンティブの付与を通じた医療提供体制の効率化を企図していることを紹介した。

今回調査したドイツ、イギリス両国においても、医療産業に競争原理を導入するという点で共通している。すなわち、ドイツでは医療保険制度改革により保険者間の移動を自由化し、保険者に競争原理を導入した。特に、医療保険給付の仕組みに効率化と差別化のインセンティブを付与している点が特徴的である。イギリスでは NHS による国営医療サービスが提供される中、成果報酬の適用と医療機関の見える化を通じて、医療機関に競争原理を導入した。一方で、待機患者の発生という負の側面も生じたため、遠隔医療の普及等による医療の効率化に向けた取り組みも進められている。

これまで我が国においては、患者の自己負担や国庫負担の在り方など、既存の医療制度をマイナーチェンジするような改革が中心であった。しかしながら、世界でも突出して高齢化が進む我が国において、これまでのような改革で財政面の課題解決を図ることは困難である。もちろん、医療制度は国により異なる

³ 2014 年 6 月 18 日発刊 「みずほ産業調査 45 号」米国の競争力の源泉を探る(IV-2. 米国医療産業の構造分析)
http://www.mizuhobank.co.jp/corporate/bizinfo/industry/sangyou/pdf/1045_04_02.pdf

る点が多く、各国の歴史・文化等に適した形で成り立っているため、諸外国の制度をそのまま導入することは難しいが、今後はドイツやイギリスのような、医療の供給サイドに重点を置いた医療制度改革が求められるのではないだろうか。そのような制度改革は、各ステークホルダーに痛みを伴う改革となるが、我が国の現在の財政状況や今後の高齢化に伴う医療費の膨張を踏まえると、避けては通れない道ではないだろうか。

(ライフケアチーム 戸塚 隆行)
takayuki.totsuka@mizuho-bk.co.jp

©2015 株式会社みずほ銀行

本資料は情報提供のみを目的として作成されたものであり、取引の勧誘を目的としたものではありません。本資料は、弊行が信頼に足り且つ正確であると判断した情報に基づき作成されておりますが、弊行はその正確性・確実性を保証するものではありません。本資料のご利用に際しては、貴社ご自身の判断にてなされますよう、また必要な場合は、弁護士、会計士、税理士等にご相談のうえお取扱い下さいますようお願い申し上げます。

本資料の一部または全部を、①複写、写真複写、あるいはその他如何なる手段において複製すること、②弊行の書面による許可なくして再配布することを禁じます。