

# Volume 5

# ヘルスケアのグローバルな潮流と日本市場への示唆

KPMG ヘルスケアジャパン株式会社

代表取締役 パートナー 大割 慶一

我が国のヘルスケアシステムは、制度導入時からの環境変化に伴い、現在、多くの課題を抱えており、持続可能なシステムへの再構築（ケアシステム・リデザイン）が求められています。このため、2008年の社会保障国民会議においてシステム改革の方向性が提唱され、2013年の社会保障制度改革国民会議においても再確認されました。

社会保障制度改革国民会議で提唱されたとおり、今後、我が国のシステムは、病気の治癒に焦点を置いた「病院完結型」から、地域で健康を維持し支える「地域完結型」への転換が推し進められることとなっています。我が国では、改革の実行を加速させることが求められており、世界のヘルスケアシステム再構築に向けた取組み事例から示唆を得ておくことも、有用ではないかと考えます。本稿では、世界のヘルスケアの潮流を紹介したいと思います。

なお、文中の意見に関する部分は筆者の私見であることをあらかじめお断りします。



おおわり けいいち  
**大割 慶一**  
KPMG ヘルスケアジャパン株式会社  
代表取締役  
パートナー

## 【ポイント】

- 世界の多くの先進諸国は、持続可能なヘルスケアシステムの再構築という我が国と共通した課題に直面しており、改革の方向性も近似している。
- 改革にあたり、質の高いヘルスケアは、患者を中心とした切れ目のない統合的な予防・ケア（臨床的統合）によって実現されるという考えが主流である。
- 先進諸国で進行するペイメント構造の改革は、量ではなく価値（アウトカム「費用対効果」）に対する支払いを志向しており、プロバイダー（医療機関などサービス提供主体）に、質を維持向上しながら適正コストでサービス提供を行うリスクや地域住民・患者集団の健康リスクの一部が転嫁される。これに対応すべくプロバイダーの組織的統合や組織再編が加速している。
- 世界的にペイヤー（保険者）は、ヘルスケアの価値の最適化に向けてアクティビスト化する傾向にある。
- サプライヤー（製薬企業、医療機器メーカー、アウトソーサーなど）は、医療技術評価の広がりによって代表されるヘルスケアの価値透明化に対する要請拡大の環境下において、自らの製品やサービスの価値にかかわる説明責任（アカウンタビリティ）履行力強化の方向で戦略の見直しを図っている。
- ヘルスケアの様々なステークホルダーが生み出す情報を統合することで、ヘルスケアの価値の透明化と説明責任履行力強化の要請に応えつつ、さらなる価値向上に向けた利活用が試行されている。
- アジア新興国のヘルスケアインフラは先進国と比較して圧倒的に不足しており、現在は、量の拡充が優先されている。しかし、インフラ整備にあたり、統合的で切れ目のない予防・ケアという価値観は共有し始めており、日本や欧米の多国籍サプライヤーもこの潮流を理解し事業戦略を検討する必要がある。

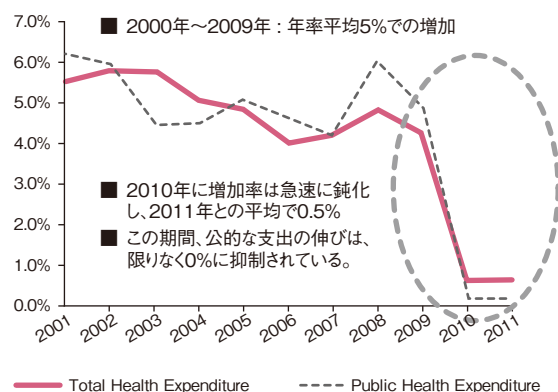
## I 世界が直面する共通課題

### 1. 持続可能なヘルスケアシステムの再構築

世界の多くの先進諸国は、我が国と共通した課題に直面しています。すなわち、高齢者人口の増加と、疾病構造の変化（複数の慢性疾患を抱える高齢期患者の増加等）、患者の期待の高まりであり、一方、国家財政の逼迫や医師等人材供給の

図表1 OECD諸国のヘルスケア支出の年間増減率推移

Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2011, public and total



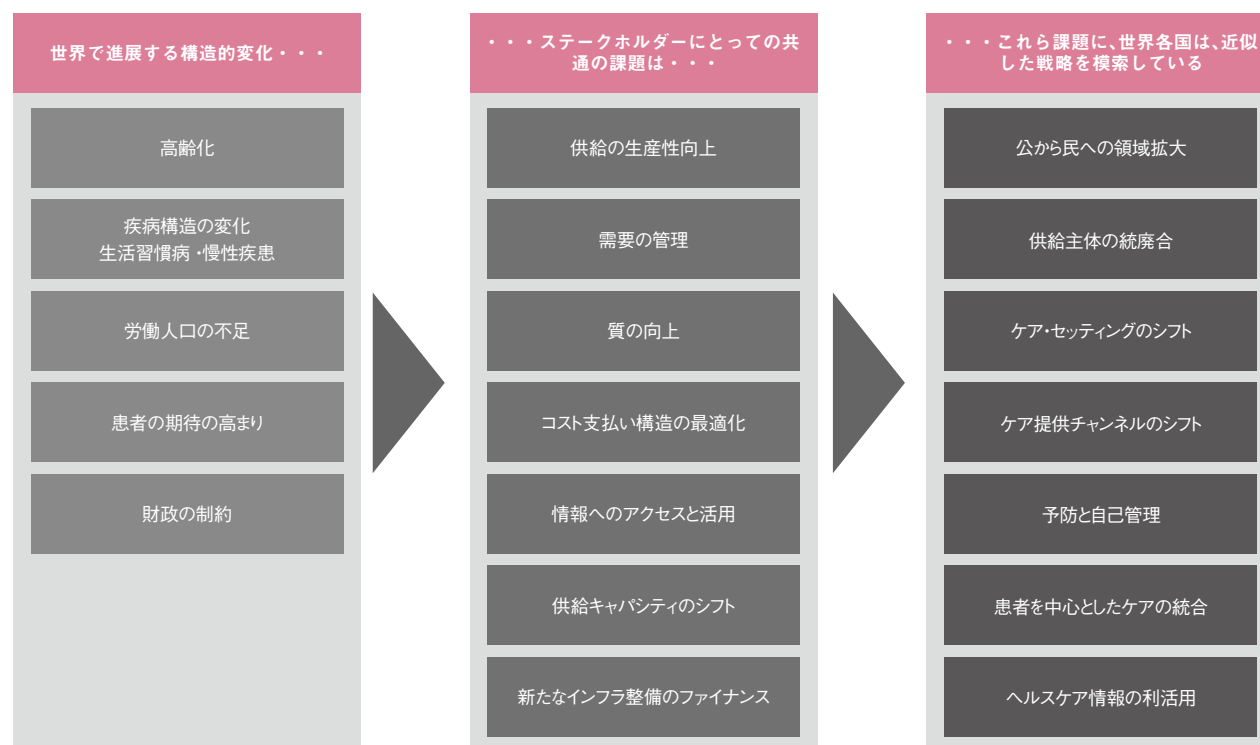
出典：OECD Health Data 2013

制約のもと、いかに持続可能なヘルスケアシステムを再構築するかが問われています。ヘルスケアコストの抑制圧力は、グローバルで高まっており、近年、多くの国でヘルスケアに対する支出の削減を断行しています。図表1のようにOECDヘルスデータによれば、OECD諸国の2000年から2009年までの9年間でヘルスケアコストの実質年次増加率は、4.8%であったのに対し、2009年から2011年の3年間では0.6%と大幅な鈍化となりました（日本は、2000年から2009年で2.9%と相対的な抑制を実現しましたが、2009年から2011年では5.3%と、従前を大幅に上回る伸びを示しています）。

### 2. システム改革に対するヘルスケア戦略の近似性

世界各国は、これら課題に直面するなか、ヘルスケアの質やアクセスを維持・向上させつつ、コストを適正化し、費用対効果の高いヘルスケアシステムの構築を目指しています。各国は、歴史や制度の違いを超えて、相互に近似した戦略を立案し実践を模索している状況にあります。我が国が直面する課題に特殊性はなく、我が国が提唱している改革の方向性も、世界の多くの先進諸国の戦略と近似しているとみられます（図表2参照）。

図表2 世界の共通課題と戦略



## Ⅱ 先進諸国のヘルスケアシステム改革の方向性

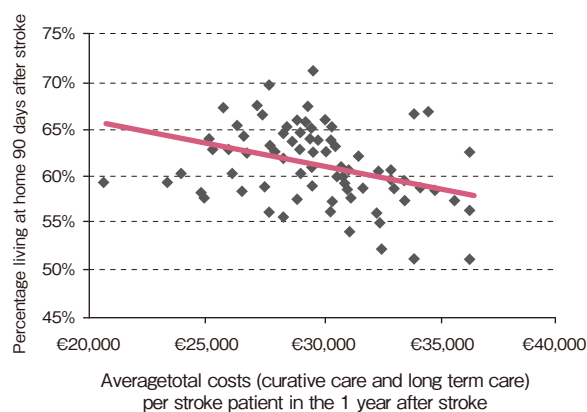
### 1. 分断された供給体制

まず、先進諸国で共通する問題意識は、現在の分断された供給体制（組織間、病院や介護施設、診療所、在宅サービス事業所などの施設間、医療従事者間など）では、診断や治療の

図表3 基本認識：質の高いヘルスケアは低コストである

#### Better outcomes lead to lower costs

脳卒中ケアの質とコストの地域間格差（1年間比較）オランダの事例



出典：KPMG Plexus and Vektis, graph for illustrative purposes, modelled on actual data pattern. Deinite results to be published by the Dutch Health Insurers Association.

重複を招き、かつ、医療過誤リスクを高め、膨大に無駄な支出が行われているという点にあります。

### 2. 質の高いヘルスケアは低コストであるという基本認識

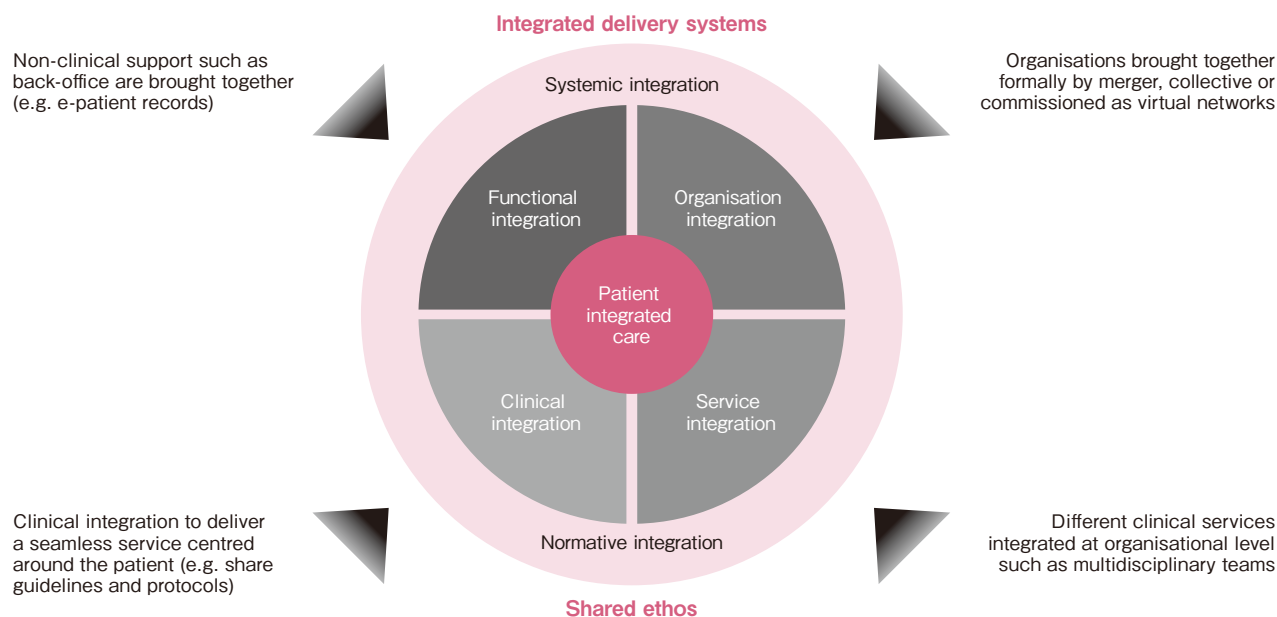
この問題意識の背景にあるのは、「質の高いヘルスケアは低コストである」という基本認識です。医療の質とコストに関する検討は多くの先進国で見られます。医療の質の改善は合併症や本来不必要なケアを減少させ、質が向上するほどコストは減少していくと考えられています。

図表3は、オランダで実施された脳卒中ケアの質とコストの地域間比較を示しています。質は発症1年後の在宅生活者の割合を代替変数としています。在宅生活者（死亡者や介護施設の入居者が除外されている）の割合が高いほど、コスト（急性期～亜急性期・介護に係る費用）は安くなる傾向にあることがわかり、質の高い医療は低コストであることを示唆しています。

### 3. 統合的な予防・ケア（臨床的統合）

現在では、質の高いヘルスケアは、患者を中心とした切れ目のない統合的な予防・ケア（臨床的統合: Integrated care）によって実現されるという考え方が主流となっています。多くの先進諸国では、需要の中核が複数の慢性疾患を患う高齢者となっており、大半のサービスは、高齢者に費やされているという状況にあります。これら高齢者患者は、典型的に、様々な供給主体からヘルスケアの提供を受けており、供給主体間のサービスの分断を是正し、統合的な予防・ケアを実現、質の向上を図り無駄を排除することでアウトカム（「費用対効果」）、

図表4 ヘルスケア統合の概念図 Integrated healthcare systems





すなわちヘルスケアの価値を極大化しようとする考え方です。アウトカムを極大化しようとするのは、供給主体単位ではなく、患者単位であり、さらに、特定の患者集団単位、地域単位へと発展させることで、マクロレベルで質の底上げを図りつつコストを適正化しようとするものです（図表4参照）。

### Ⅲ ペイメントリフォーム 価値に基づく支払い体系へ（「量」から「価値」へ）

#### 1. 価値に基づく支払い体系へ（「量」から「価値」へ）転換

保険者（ここでは、原則、公的保険者、私的保険者といった「狭義」の保険者に加え、ヘルスケアの価格付けを行い支払う機能を有する政府や公的機関を広く含む「広義」の保険者と定義する、以下「ペイヤー」という）の、現状に対する中核的な問題意識は、現行のヘルスケアコストの支払い構造には、サービスをより多く提供すること（「量」）に対するインセンティブが内包されているという点にあります。ヘルスケアシステム改革の方向性を背景に、サービスの「量」ではなく、「価値（アウトカム）」に対して支払う構造へと転換すべきであると考えられ始めています。

#### 2. 支払い構造改革の方向性

これまで、多くの国は、「量」を誘発する「出来高払い」方式を主たる支払い構造としてきました。しかし、近年、入院治療については、診断群分類別包括支払いへの移行が進展し、さらに、プライマリー・ケアについては、患者1人当たりの固定

報酬体系である人頭割を採用する国が増加しています。これらは、報酬の支払いを、個々の診断・治療行為をバンドリングした単位とし、固定報酬化することで、サービス提供者（以下「プロバイダー」という）を、サービス提供の効率化と投下資源の生産性向上に動機付けることを目的とするものです。さらに、コスト抑制動機から質を落とす（粗診粗療）弊害を排除すべく、質（パフォーマンス）に基づく支払い（ペイ・フォー・パフォーマンス、以下「P4P」という）の仕組みが導入されつつあります。最近では、報酬支払いを、患者に対して連続的なケアを提供する複数プロバイダーをバンドリングした単位とする試みも始まっています（図表5参照）。

#### 3. 欧州各国の取組み状況

たとえば、欧州では、病院における急性期医療については、90年代半ばから2000年代初期にかけて、診断分類別（DRG-based）固定支払いのスキームが導入され、現在は広く普及しています。多くの国で、在院日数の大幅な短縮がみられました。さらに、診療所のプライマリー・ケアに対する支払いは、サービスの量に連動しない人頭割（キャピテーション、現在は、出来高払いとのミックスが中心）が普及しています。医療資源の配分に係る柔軟性を医師に与え、アウトカムの向上を促しています。

英国では、人頭払いスキームにおけるケア提供場所間でのコストの押しつけ合いのリスクを排除し、プロバイダー間のケアのコーディネーションを促進すべく、地域ごとのプライマリー・ケアの医師グループに病院でのケアにかかるコストの約60%の予算（リスク調整後人頭割固定予算）を与え、病院でのケアを購入する権限と責任を持たせる方向で検討が進められ

図表5 ヘルスケア支払い構造の種類

	提供サービス(提供主体含む)のバンドリングの程度			
	高			低
	予算制 (Block budget)	人頭割 (Per head - capitation)	診断群分類別包括固定 (Per case - diagnostic/ procedure)	出来高払い (Fee for individual service)
			Episode-based payment	
予防への動機付け	++	+++	+/-	+/-
サービス提供・ 治療への動機付け	--	--	++	+++
患者の期待への対応	+/-	++	++	+++
コスト抑制	+++	+++	++	---

パフォーマンスに基づく支払い  
(Pay for performance: P4P)

ています（Health and Social Care Act 2012）。

P4Pについては、英国が先行しており、質は測定可能であるとの認識が醸成されています。この認識に基づき、プライマリー・ケア（the Quality and Outcomes Framework, 2004年）から、病院における急性期医療、精神、救急、コミュニティ・ケア（Commissioning for Quality and Innovation: CQUIN, 2009年）に至るまで、質の指標に基づく支払いが広く行われており、世界最大級のP4Pスキームであると評価されています。

他の国でも、P4Pの導入を開始しており、たとえば、フランスのプライマリー・ケアの質向上に対するボーナス払いや、ポルトガルの再入院率と連動したボーナス払い、ドイツの最低症例数に達しない場合の償還価額の引下げ（ペナルティ）などがあります。

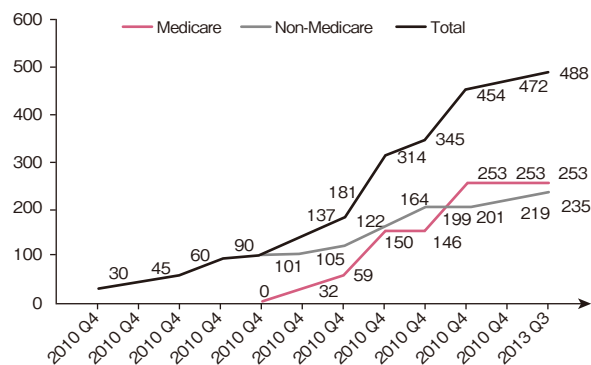
#### 4. 米国の取組み状況

一方、米国でも、統合的な予防・ケアを促進すべく、Accountable Care Organization（以下「ACO」という）という革新的な制度が始動しています。ACOは、公的保険制度であるメディケア・メディケイド（The Centers for Medicare and Medicaid Services, 以下「CMS」という）が、2012年1月に、The Patient Protection and Affordable Care Act（2010年発効の医療保険制度改革法、通称「オバマケア」、以下「PPACA法」という）に基づき制定した報酬支払い単位となる組織です。

ACOには、プライマリー・ケア医師の参画を義務付けただけで、特定の患者集団（最低5,000人以上のメディケア受給者）に対し、最低3年間、参加するプロバイダーをコーディネートし、医療の質を担保しながら継続的なケアを提供することで病气や不必要な入院を予防することが期待されています。このため、ACOには、参画しているプロバイダー間を連携する電子カルテなどICTインフラの整備を前提に、予防や提供するケアの質とコストを継続的に測定し、CMSに対する報告義務を負わせています。

また、この制度は、ケア・エピソード単位の包括的診療報

図表6 ACO数の推移(米国)



出典：Center for accountable care intelligence

酬を設定し、さらに、P4Pのコンセプトを導入しています。CMSとあらかじめ合意した一定水準の質を満たせば、ACOは、当初想定されたコストと実際に発生したコストの差額の何割かのインセンティブを受け取る仕組み（シェアード・セービングス・プログラム）となっています。現在では、民間保険会社（ブルークロス・ブルーシールド等の非営利組織ならびにユナイテッドヘルス、ウエルポイント、ヒューマナ、エトナ、シグナ等の営利保険会社）主導のACOも増加しています（図表6参照）。

#### 5. プロバイダーへの影響

先進諸国で進行するペイメント構造の改革は、量ではなく価値（アウトカム）に対する支払いを志向するものであり、個別の提供サービスに対する支払いから、サービスならびに提供主体のバンドリングによる包括・固定支払いへの移行を志向するものです。ペイヤーは、このペイメント構造の改革を通じて、プロバイダーに、臨床的な統合を迫り、事業モデルの転換を促しています。従来、ペイヤーが追っていた財務リスクのうち、質を維持向上させながら適正コストでのサービス提供を行うリスクはプロバイダーに転嫁され、さらに、地域住民や一定の患者集団の健康リスク（疫学的リスク）についてもプロバイダーが一部引き受けるステージに入っていると言えます。

### N ペイヤーのアクティビスト化

#### 1. 価値（アウトカム）最適化への関与

前述のとおり、保険者は、ペイメント構造の改革を通じて、プロバイダーに提供サービスの質やコスト、さらに、事業モデルの転換そのものに対し、より大きな影響力を行使する方向にあります。我が国同様、多くの国で、狭義のペイヤー（ヘルスケアの価格付けを行う政府や公的機関を除くとの意）の役割は、従前、提供者の請求に対する事務的なチェック等にとどまっていた。しかし、近時は、ペイメント構造の最適化のみならず、自らの臨床データやコストデータの収集・蓄積・解析力（アウトカム測定等）を梃子に、プロバイダーと地域のケア供給体制再構築に向けて協働する事例や、被保険者・患者に対しポピュレーション・ヘルスマネジメントを強化する事例（地域や企業の疾病管理への関与、被保険者・患者の行動変容を促すためのウェルネスプログラムの開発・インセンティブ設計等）が増えています。ペイヤーは、世界的に、ヘルスケアの価値（アウトカム）の最適化に向けてアクティビスト化する傾向にあります。

## 2. オランダのペイヤー

オランダの医療制度は、欧州で最も優れた医療制度を有する国として知られています。制度の基本的骨子は、個人に自由な保険者選択の権利を認め、ペイヤーには、契約する医療機関の選択権と、診療報酬などの契約条件の裁量を認めるというものです。ペイヤーには、加入希望者をすべて受け入れる義務を課し、疾患リスクの高い人を拒否する行為（リスク選択・クリーム・スキミング）を排除する仕組みを導入しています。

このことは、国の責任で運営される中央基金（Risk equalization fund）が、個人が支払う保険料の一部をプールし、保険者間の加入者のリスク構造（年齢や性別、居住地、疾病・障害の有無など）を考慮の上、各ペイヤーに加入者1人当たり定額で保険料を再配分（Equalization payments/capitation payments）するスキームを導入したことで可能になっています。

このスキームのもと、個人は、自らが選択したペイヤーに、定額の保険料（Community-rated premium）を支払うとともに、中央基金にも所得比例保険料（Income-rated contributions）を支払うことになっています。ペイヤーに支払う定額保険料は、保険商品の種類によって、また、ペイヤーの経営能力により、大きな格差がみられます。実際に発生する医療費は、(1) 被保険者全体としての健康リスクと、(2) ペイヤー・プロバイダーの医療費適正化能力により決定され则认为と、政府は、前者のリスクのみを保障し、後者については、市場での競争に委ねるという考え方が背景にあります。このスキームの結果、国民皆保険を堅持しながら、ペイヤー間やプロバイダー間に競争を促し、制度の効率化を図ることを可能としています。国は、ペイヤーやプロバイダーを直接規制するのではなく、市場の競争条件を管理する役割を果たすという基本原則から、「管理競争（Managed competition）」と呼ばれています。

オランダでも、英国と同様に、医療費の支払い構造を、量から価値への転換を図る試みが進行しています。入院治療については、DBC (Diagnose Behandel Combinaties) といわれる患者エピソードあたりの包括支払い方式が広く浸透するとともに、近年は、糖尿病やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）、血管系疾患など特定の疾病領域のプライマリーケアについても、質に係る指標とセットに、エピソードあたりの包括支払いスキームの導入が行われています。オランダのペイヤーは、自らの競争力強化のため、契約するプロバイダーの選択権と、保険料とペイメント設計における裁量権のもと、プロバイダーのケアの質とコストの評価力を強化し、さらに地域のケア提供体制の再構築に向けてプロバイダーのガバナンスへの影響力を強化する方向にあります。

なお、日本では、各個人に、加入する公的保険の選択権は付与されていません。また、狭義のペイヤーには、契約するプロバイダーの選択権や、そもそも価格決定権もなく、したがって、ペイヤー間に競争はなく、プロバイダーに質向上と効率を促す牽制機能を有しない仕組みとなっています。

## 3. 米国のペイヤー

米国のペイヤーも、特にプライベートのペイヤーを中心に、プロバイダーのケア提供パターン変容への関与の度合いを強める傾向にあります。特に、ペイヤーが、買収によりプロバイダーを組織内に取り込み、垂直的な事業モデルへと転換しようとする動きもみられます。図表7は、前述したACO導入の2010年以降の、ペイヤーによるプロバイダー買収の代表的事例です。

図表7 医療保険会社による医療機関M&A事例

年	買い手名	買い手業種	売り手名	売り手業種	取引金額
2013	Highmark (ペンシルベニアの医療保険)	医療保険	Jefferson Regional Medical Centre	病院	約335億円
2011	Highmark (上記参照)	医療保険	West Penn Allegheny Health System	病院	約475億円
2011	United Health	医療保険	Monarch Healthcare	病院	N/A
2011	Well Point	医療保険	Care More Health	クリニック	約800億円
2010	Humana	医療保険	Concentra	病院	約790億円

※買収金額は、米ドル公表値を USD1.00=JPY100 で日本円換算

出典：Irving Levin Associates, Inc. その他公開情報を基に作成

## V プロバイダーの組織的統合の進展

### 1. プロバイダーの意識変化

ペイヤーのアクティビスト化、特に、支払い対象の「量」から「価値（アウトカム）」への転換は、従来のペイヤーが引き受けていたリスクの一部をプロバイダーに転嫁することを意味します。すなわち、ヘルスケアコストの決定要素である、(1) 被保険者の健康リスク（疫学的リスク）の一部と、(2) 提供サービスの質とコストをバランス化するリスクの転嫁です。

今後、プロバイダーは、一定の患者集団に対する臨床的成果を利益の確保が可能な一定のコストで達成しなければならないというリスクを、ますます引き受けることになる予測されます。先進諸国のプロバイダーでは、総じて、提供サービスの質とコストの適正コントロールに対する意識が、かつてないほど高まっている状況にあります。

### 2. プロバイダーの組織的統合の進展

先進諸国でのプロバイダーは、これらリスク対応力を強化すべく、臨床的統合のための医療資源配分の最適化を企図し、組織的統合や組織再編を加速させています。

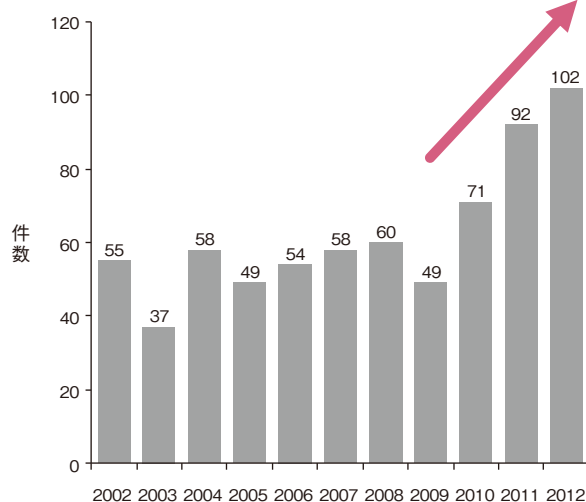
この背景要因としては、(1) 個々のプロバイダーのケア提供パターンを変化させ、患者中心の統合的な予防・ケア提供のため、プロバイダー間のコーディネーションを可能とするガバナンス強化を図る必要性が増していること、(2) 一定のスケールの患者確保がなければ、ITC投資や競争力ある治療プラグ

ラムの設計は難しいこと、さらに、(3) 病院の売り上げが抑制されるなか、より下方に垂直的な統合を行わなければ収益機会を逸することなどが挙げられます。これら背景要因の理解の一助とすべく、図表8に前述したACOのストラクチャーにつき、イメージ図を掲載しました。

### 3. 米国のプロバイダーのM&A

プロバイダーの組織的統合の傾向が、最も顕著であるのが米国です。図表9は、2002年から2012年までの期間における

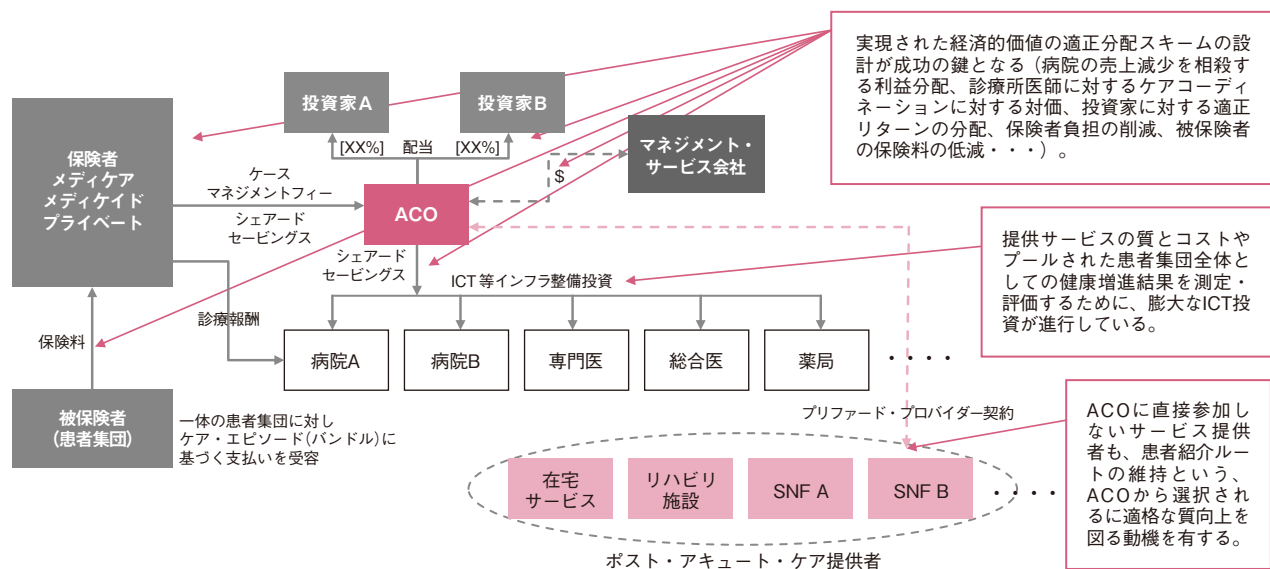
図表9 米国における医療機関M&A件数の推移



※Irving Levin社のDeal Search Online (Guest用)より Sector : Hospitals, Geography : All US statesの基準で各年のM&A件数を抽出

出典 : Irving Levin Associates, Inc.、その他公開情報を基に作成

図表8 ACOストラクチャー イメージ





医療機関（病院、クリニック等）M&A数のトレンドですが、近時の件数の増加は、顕著です。このなかには、前述したペイヤーの医療機関買収の取引も含まれています。

#### 4. ガイジンガー、カイザー・パーマネンテ

米国では、前述したACO導入以前より、統合ケアを推進するインテグレートド・ヘルスケア・ネットワーク（以下「IHN」という）やヘルス・マネジメント・オーガニゼーション（以下「HMO」という）といった事業モデルが進化しており、ACOはその拡散を企図したものと解釈されます。たとえば、IHNの代表格であるガイジンガー（Geisinger）や、HMOの代表格であるカイザー・パーマネンテ（Kaiser Permanente）は、臨床的統合を促進すべく、近時、ますます、組織的統合の強化を図っています。

##### （1）ガイジンガー

ガイジンガーは、1915年設立以降、ペンシルベニアの地域コミュニティに対しヘルスケアを提供するため、病院、医師その他の医療従事者、ペイヤー、コミュニティ組織でグループ形成を進め、米国最大規模のIHNにまで進化しています。2012年度で、売上は、29億米ドルを超え、職員数も17,500人を超える規模となっています。米国で最初に電子健康記録（以下「HER」という）の導入を実施したヘルスケア企業の1つであり、ヘルスケア・データ活用による医療・介護サービス管理モデルの開発と実践により、広く知られています。代表的な取組みとして、プライマリー・ケアの提供モデルであるProven Health Navigator (Medical Home Model) や、特定の疾病につきアウトカムを保証した保険プログラムであるProven Care Programがあります。これら取組みを介し地域における統合ケアを推進すべく、急性期病院から診療所まで相互に連携する施設の整備を図っています。2012年度末時点で、5病院

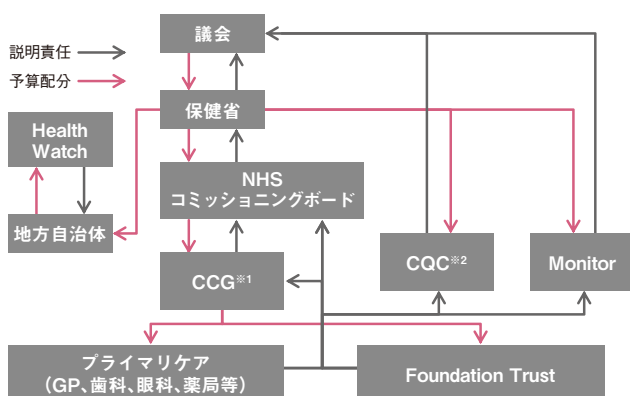
（1,363病床）のほか、40を超える診療所（コミュニティ・プラクティス・サイト）と、2つのリサーチセンターを運営するに至っています。

##### （2）カイザー・パーマネンテ

カイザー・パーマネンテは、1945年設立の、米国最大のHMOです。2012年度で、売上規模は、506億米ドルを超え、職員数も175,000人を超える規模となっています。日本語でHMOは、会員制健康維持組織と訳されることが多いようですが、医療保険機能と病院や診療所などのサービス提供機能を統合し、プロバイダーへの支払いは、原則人頭払いとすることで、プロバイダーに加入者の健康増進と提供サービスコストの適正化へと動機付け、プロバイダーのネットワーク内で統合的サービスを実現しようとするものです。カイザー・パーマネンテは、保険会社部門Kaiser Health Plan、同社のサービス提供部門Kaiser Foundation Hospital、複数のフィジシャングループからなるPermanente Medical Groupによって構成されています。1990年頃から情報技術に大規模投資を行い、1993年にはUSD40億をかけてKaiser Health Connectを導入しました。医師の診療記録や患者の状態変化をはじめ、請求や予約状況などあらゆる情報を長期にわたって電子記録として管理し、組織内で共有し、提供価値（アウトカム）に対する説明責任（アカウンタビリティ）履行力の向上を図っています。Kaiser Health Planへの加入者は、パーソナルレコードとして、これらの情報へのアクセスが可能な仕組みを実現しています。プロバイダーの買収も推進し、2012年度末時点で、37病院のほか、600を超える診療所（メディカル・オフィス等）を運営するに至っています。

図表10 英国NHS改革の方向性

##### NHSの組織改革案



※1 Clinical Commissioning Group

※2 Care Quality Commission

出典：NHS改革と医療供給体制に関する調査研究を基に作成

##### キャメロン政権によるNHSの改革

- SHA(戦略的保健省)を廃止し、新たに、NHSCB(NHSコミッショニングボード)を設置することで、サービス購入機能の引き上げ(購入するサービスの質改善のためのリーダーシップ機能の強化など)を図る(提供側行動監視機能は引き継がず、MonitorやCQCに委ねる)。
- PCT(プライマリーケアトラスト)を廃止しCCG(クリニカル・コミッショニング・ボード)を設置、構成員をGPを中心としたグループとし、医療計画の策定や予算配分などに関し、臨床面からの適切な意思決定を促進。
- NHSトラストを廃止しFoundation Trustに移行することで自律的な意思決定を促進(病院の統廃合など臨床現場に権限と説明責任を付与することで医療の質向上と効率性向上を目指す)。
- MonitorやCQCの役割を拡大し、サービス提供主体の質や安全性、経済性に係る監視力を強化する。
- 地方自治体の役割明確化とHealth Watchの設置(地域ニーズの計画への反映の強化など)。

## 5. 英国のプロバイダー

米国は、民間のプロバイダーならびにペイヤー主導で、ケアの統合が進展する国ですが、政府主導の国の代表格としては、英国があります。英国では、1948年設立の国営医療サービス提供事業体であり世界最大の非営利組織であるナショナル・ヘルス・サービス（以下「NHS」という）の傘下にあるプロバイダーの合理化を図ってきました。現在の日本と同様に、1987年から1996にかけて病床の31%削減するなど病院の統廃合を進め、一方、在宅でのケア提供インフラ整備に取り組み、ケア・セッティングの在宅へのシフトと医療資源の再配置によるコストの最適化を推進してきました。現在のNHS改革の焦点は、組織とガバナンスの改革にあり、基本的な方向性は、臨床現場の権限と説明責任の拡大を図りつつ、同時に、サービス購買に係る意思決定機能とプロバイダーの提供サービスに対する監視機能（ペイヤー機能）の強化を図ろうとするものです。ヘルスケアの質と効率の向上に向けたプロバイダーの機動性を確保し、一方ペイヤーとしての統制力強化を実現する組織への移行が推し進められています（図表10参照）。

## 6. オーストラリアのプロバイダー

同じく、公的主導の国として、オーストラリアでは、公立病院の官民連携事業（PPP）が積極的に推進されており、件数や規模で世界有数の水準にあります。近時、病院建築や維持に係るマネジメント、非臨床サービス（検査、給食等）のみならず、臨床サービスを含めてアウトソーシングを行う先進的な事例もみられます。臨床サービスの受託先として、Ramsay等大手私的病院チェーンが地域集中戦略の一環で参入しています。課題はガバナンスであると認識されていますが、意思決定の透明性、適切な目標設定と評価、データ整備や開示等、行政による監視能力の強化が検討されています。

公的プロバイダー主導の国でも、臨床的な統合実現に向けて組織的な統合が推進されていることは特筆に値すると思います。

## VI サプライヤーの戦略的転換とペイヤー・プロバイダーの利害への収斂

以上のペイヤーやプロバイダーの動向を踏まえ、そこに向き合うサプライヤー（製薬企業や医療機器メーカー、アウトソーサーなど）の近時の戦略の変容について概観してみたいと思います。

## 1. ヘルスケア価値透明化の方向性

まず、サプライヤーを取り巻く環境として、医薬品を含むモノは、世界各国におけるヘルスケアコスト適正化策のもと、病院での入院コストと同様に、主たる抑制のターゲットとなっているという点を指摘したいと思います。OECDヘルスデータによれば、OECD諸国全体で医薬品の2010年から2011年にかけての減少率は24%（ヘルスケアコスト全体では+0.6%）となりました。

しかしながら、留意すべきは、我が国同様、欧米諸国には、製薬や医療機器分野におけるイノベーションの推進を、国の戦略領域と位置付ける国があり、そうでない国々も、イノベーションを適切に評価しない単なるコスト抑制は、ヘルスケアの質の低下を招くとの認識に立つ国が多いという点です。時代は、イノベーションの鈍化やヘルスケアの質の低下といったリスクを伴う単なるコスト抑制のステージから、ヘルスケア技術について費用対効果を評価し、国民への情報開示と理解を得たうえでコストに対する支払いを行うというステージに移行しているとみられます。ヘルスケアへの支払いが「量」から「価値」へと移行していることに呼応するものであり、世界の多くの国で、ヘルスケア価値の透明化とステークホルダーの説明責任拡大に向けた試みが広がっています。

## 2. 医療技術評価（HTA）

2000年前後以降、世界各国では、医療技術評価（Health Technology Assessment、以下「HTA」という）を行う公的な組織を設立するか、評価の義務化を行っています。医療技術評価とは、実際には、費用対効果評価よりも幅広い概念であり、EUのHTAのネットワークであるEUnetHTAの定義によれば、「医療技術の利用に関する医学的・社会的・経済的・倫理的な問題についての情報を、システムティックに、透明性を持って、偏見なく、着実にまとめていく学際的なプロセス」とされています。

狭義のHTAの概念は医療技術の費用対効果評価ですが、広義では医療技術の相対的有用性や有効性を評価するものであり、その利用は、診療ガイドラインの整備から保険償還の範囲や価格の決定など、多岐にわたっています。たとえば、医薬品の保険償還可否に係る評価機関を有する組織として、オーストラリアのPBAC（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee、1993年以降）や、英国のNICE（National Institute for Health and Clinical Excellence、1999年以降）、スウェーデンのTLV（Dental and Pharmaceutical Benefits Board、2002年以降）、カナダのCADTH（Canadian Agency for Drugs and Technologies、2002年以降）があります。

### 3. 英国のNICE

HTAの中でも世界的にも有名な英国のNICEについて、概観してみたいと思います。NICEは、1999年に設立され、医薬品を含む医療技術の評価に費用対効果を導入し、標準的な治療や処方提言するガイダンスを発行しています。このガイダンスにより、NHSにおける医薬品を含む評価対象とした医療技術の使用を推奨します。

NICEは、評価対象となる医療技術の費用対効果の優劣を、質調整生存年（Quality Adjusted Life Year, QALY）あたりの費用という考え方に基づき、QALYを一単位上げるのに必要な追加費用が、「閾値」（2万から3万ポンド）を下回るか、または上回るかで判断します。閾値以下であれば、費用対効果に優れると判断され、NICEガイダンスによりNHSにおける当該医療技術の使用が推奨されることになります。

評価対象は、医薬品であれば薬事承認を得ていることが前提となり、国の医療財源に大きく影響をおよぼす治療薬などとされています。

2010年5月に誕生したキャメロン政権により、医薬品の価格は、従来の（一定制約下での）自由薬価（PPRS制—Pharmaceutical Price Regulation Scheme）から「価値に基づく価格付け（value based pricing, VBP）」へと移行することが発表されました。検討中のVBPでは、費用対効果評価を基本として、アンメット・メディカル・ニーズの高い疾患に対応する医薬品や、治療上の革新性と進歩がみられる医薬品、社会的便益が認められる医薬品等について、より高い閾値（すなわちより高い上限価格）に調整するとされています。VBPは2014年より実施が予定されていましたが、本稿時点で、まだ導入は始まっていません。

### 4. サプライヤーの説明責任履行力強化

世界における医療技術評価の広がり代表されるヘルスケア価値の透明化と説明責任に対する要請拡大の環境下、サプライヤーは、ヘルスケア価値に係るリスクのマネジメント力強化の方向で戦略の見直しを図っています。個別化医療や再生医療に代表される次世代の技術イノベーションへの投資を推進しつつ、自らの製品やサービスの価値の透明化と説明責任履行力強化の方向での動きが顕在化しています。

#### (1) リスクシェアに基づくプライシング

製薬会社のなかには、自らの製品の価格付けを見直し、ペイヤーと臨床リスクをシェアする仕組みを合意する動きが始まっています。一事例として、J&Jは、2007年、自社の抗がん剤ベルクレドの価格について、英国NHSとリスクシェアリングのスキームに合意しています。このスキームのもとでは、NHSは、4クールの間患者の状態が完解、ないしは一定の改善（serum M-protein の $\geq 50\%$ の減少）がみられた

場合には、薬剤費の総額を支払いますが、一方、達成できなかった場合は、J&Jが全額コストを負担することになっています。

#### (2) パートナーシップ契約

さらに、製薬会社のなかにはペイヤーやプロバイダーとのパートナーシップ契約により、提供されるヘルスケアサービスの質向上とコスト適正化に貢献しつつ、費用対効果の高い製品を開発する能力（製品開発過程におけるエビデンス構築力など）の引上げや、既存製品の費用対効果を実証しながら売上げの確保・増大を図るケースが拡大しています。

サプライヤーのペイヤーやプロバイダーとのパートナーシップ事例拡大の背景として、サプライヤーの視点からは、自らの製品の費用対効果に係る説明責任強化に対する時代要請を挙げることができます。一方、ペイヤーやプロバイダーという観点からは、典型事例として、患者の服薬非遵守により、膨大に無駄なコストが費消されているという現状を挙げることができます。米国には、患者の服薬非遵守により生じる外来受診、入院、救急受診、介護施設入所、追加検査等の経済的損失は、年間3,000億ドルに上るとの推計があります（New England Healthcare Institute 2009等）。

ペイヤーやプロバイダーでは、患者の服薬遵守率の向上に取り組むことで、再入院率、救急受診率などの引下げを実現しつつ、無駄を排除しコストを適正化することが可能となり（ペイヤーやプロバイダーにとっての提供サービスの価値の透明化と説明責任履行力の強化）、一方、サプライヤーは、これら服薬遵守への取組みに協働することで、ペイヤーやプロバイダーとの関係性の強化を図ることが可能となります。

サプライヤーとプロバイダーのパートナーシップ事例として、メルクは、2012年、米国IHNのガイジンガーと、患者の服薬遵守の向上に向けた提携を行っています。ガイジンガーは、患者の治療へのコミットメントを支援するウェブアプリケーションなどアウトカム改善のための仕組みを開発し、メルクは、この取組みへの協働を通じて、服薬非遵守の要因の解明と製品改良・開発のエビデンス向上を目指すとしています。

サプライヤーとペイヤーのパートナーシップ事例として、ファイザーは、2011年、米国の医療保険会社ヒューマナと、高齢者疾患（当初は、疼痛、心血管系疾患、アルツハイマーの領域）での治療法とコストに係る共同研究を開始しています。両社は、それぞれが有するデータや技術を持ち寄り、疾患領域ごとに、適切な患者に適正な治療を適正なタイミングで実施するための方法やコストについて研究することとしています。

#### (3) ヘルスケア価値向上へのコンバージェンス

サプライヤーは、従来のペイヤーやプロバイダーとの敵対的關係から、自らのポジションを転換しつつあるとみられます。今後、ペイヤーやプロバイダーの中核課題であるヘルスケア



価値の向上（適正コストで質の高いサービス提供）に、自らの利害を収斂（コンバージェンス）させていく動きがますます活発化する可能性が高いと思われます。

## VII ヘルスケア情報の統合

### 1. ヘルスケア情報の利活用

ヘルスケアの量から価値への転換の流れに呼応し、ヘルスケア情報の統合と活用・二次利用が、世界的な潮流の1つとなっています。ヘルスケアの様々なステークホルダーが生み出す情報を統合することで、価値の透明化と説明責任履行力強化の要請に応えつつ、さらなる価値向上に向けた利活用が試行されている状況です。

### 2. 国家戦略としてヘルスケア・データの基盤整備

ヘルスケア・データの基盤整備を国家戦略のひとつと位置付ける国も広がっています。たとえば、英国と米国の医療情報の収集・活用状況を概観すると以下のとおりです。

#### (1) 英国

英国では、保健省・NHSを中心に国家主導による中央集約型の医療情報の電子化と二次利用が進められています。国営医療制度ということから、NHSに情報の一元集約が可能であり、医療情報の電子化状況はほぼ100%となっています。NHSには、現在、SCR (Summary Care Record、2009年から英国全体に導入された診療録概要であり、投薬情報・副

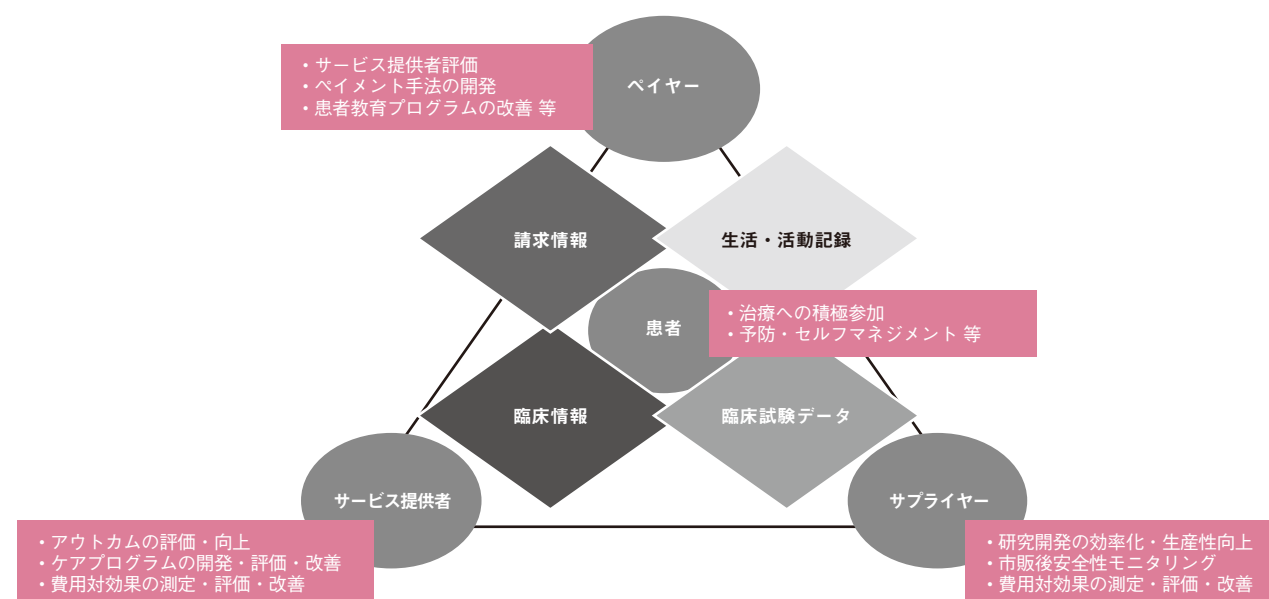
作用情報・アレルギー情報などの医療サービス提供にとって特に重要な情報のみを掲載する患者情報のサマリ)と、CDS (Commissioning Data Set、2次利用のためNHSで収集している診療・請求に係る包括的なデータセットであり、医師のモニタリングや報酬支払い、医療の質改善を目的として収集)という2種類のデータが集約されています。これらデータは、政策立案目的に積極活用されていると同時に、CDSについては、HSCIC (Health & Social Care Information Centre、英国保健省傘下の医療情報統括組織)を介し、医療従事者・プロバイダーも、匿名化されたデータ（一部匿名化前データ）へのアクセスと2次利用が可能となっています。

#### (2) 米国

他方、米国では、2009年のARRA法 (American Recovery and Reinvestment Act) のHITECH (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act、HITECHはARRAの医療IT促進に係る章)、および2010年のPPACA法 (前述、Patient Protection and Affordable Care Act) 制定以降、プロバイダーや、電子カルテ事業者、ACO (前述したとおり、PPACA法により規定された、ヘルスケア・プロバイダー主導の特定の患者集団に対して包括的なヘルスケアサービスを提供する組織体)といった民間主導での電子カルテ普及が加速しています (英国のように連邦政府レベルでの統一的な電子カルテ整備は想定されていません)。

特にプライマリー・ケア領域では2009年時点で20%であった電子カルテ普及率が2011年には39%と急速な拡大をみせています。連邦政府ではCMS (前述、Center for Medicare and Medicaid Services) から提供される公的データと民間から提供された200以上のデータセットを無償で公表しているとともに、一部データを匿名化の度合いに応じ、一定の審査を経て有償

図表11 ヘルスケアビッグデータ活用による価値





で提供しており、ヘルスケア・データの二次活用を奨励しています。民間でも、医療提供者やEHR事業者等がHIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, 1996年制定の医療保険の携行性と責任に関する法律) の基準に基づき匿名化したデータを提供するケースがみられます。

### (3) ヘルスケア情報の重要性の高まり

多くの国で、プロバイダーは、提供サービスの質とコストに係るリスクをコントロールすべく、膨大なICT投資を進行させており、今後、ヘルスケア情報をもとに、サービスの質とコストを継続的に改善する動きがますます活発化するとみられます。ペイヤーにおいては、保険プラン設計やプロバイダー評価、ペイメント構造設計、被保険者教育プログラム開発などを目的に、製薬・医療機器などサプライヤーにおいては、研究開発過程でのエビデンス構築、既存製品の評価、プライシング見直し、ペイヤー・プロバイダーとのパートナーシップによる協働促進などを目的として、ヘルスケア情報の重要性が、今後、ますます高まるものとみられます(図表11参照)。

## VIII 新興国の動向

### 1. 新興国に共通する市場成長の主なドライバー

新興国のヘルスケア市場は、市場発展段階という観点からは、極めて多様ですが、多くの市場は成長の過程にあります。

共通する市場成長の主なドライバーとしては、(1) 経済成長と社会保障制度の拡充、(2) 中間所得層の拡大、(3) 都市化と、感染症から生活習慣病へと疾病構造の変化、(4) 国民のヘルスケアへのニーズに関する意識の高まり、(5) 医療需要が高い高齢者人口の増大や、社会保障制度充実による高齢者層の医療支出増などが挙げられます。

### 2. アジア新興国のヘルスケアインフラの状況

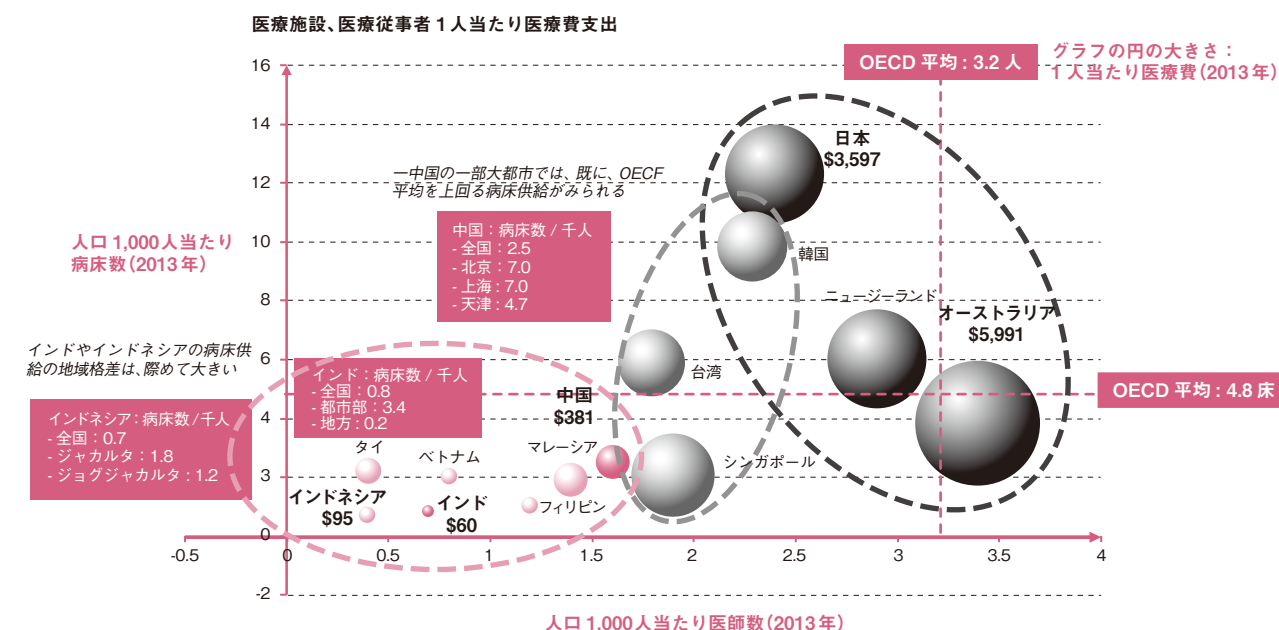
アジアの新興国に着目すると、各国とも、一部大都市を除き、いまだ物的・人的医療資源が、先進国との比較で、圧倒的に不足している状況にあります。現在、多くの国が、ヘルスケアインフラの整備を急ピッチで進めている状況です。図表12は、医療施設(人口当たり病床数で代替)や労働力(人口当たり医師数で代替)の供給水準、1人当たり医療費支出規模を、アジア・パシフィック地域の国間で比較したのですが、国による格差を読み取ることができます。

### 3. アジア新興国プロバイダーの先進諸国での経験からの学習

ヘルスケアインフラの整備を主導する主体は、中国を代表格に政府であったり、インドやインドネシアを代表格に民間プロバイダーであったり、国によって様々です。

現在は「量」的拡充が最優先ですが、多くの国で、先進諸国の失敗に学びながら、質向上と効率性の高い先端モデルの構築を、ゼロベースで取り進めていることには着目しておく必要

図表12 アジア・パシフィック地域における医療資源状況



があるかと思います。アジアには、複数国にまたがるチェーン展開の民間プロバイダーが台頭してきています。これらプロバイダーの中には、病院の開設を推し進めつつ、医療保険機能や人材調達のための教育機能を取り込んだり、下流に、介護施設や、コミュニティケア・プライマリーケア、専門クリニック、臨床検査センターや薬局チェーンを展開し、統合的で連続的なケアの実現を企図した垂直統合モデルによりヘルスケアの価値向上を図る事業体も存在します。

アジア諸国のヘルスケアインフラは、国家間格差に加え、国内の地域間格差も大きいというのが全般的傾向ですが、プロバイダーの中には、僻地へのヘルスケアを拡充すべく、テレケア・テレヘルス活用によるサービス提供チャネルの多様化を図るイノベーションもみられます。

#### 4. 新興国のインフラ整備の価値観と多国籍サプライヤーの事業戦略

先進諸国が自らのシステム改革のゴールとして掲げる「統合的で切れ目のない予防・ケア（臨床的統合: Integrated care）」という価値観は、新興諸国の多くも共有し始めており、今後のインフラ整備は、この価値観のもと進行するとみておく必要があるかと思います。そこに向き合う日本や欧米の多国籍サプライヤーも、この潮流を理解しつつ、事業戦略を検討する必要があるかと思われます。

たとえば、中国やインドといった医療機器市場では、2000年代半ば頃までみられた多国籍サプライヤーによる都市部プレミアムセグメントでの独占状態や、現地サプライヤーによる低価格・低品質製品の大量供給の時代は、終焉しつつあるとみられます。医療機器新興国市場での競争は、より広域の低位マス市場における質と適正コストの確保という軸に移行しており、今後、（先進諸国での経験と同様に）ペイヤーやプロバイダーの利害に自らを収斂する戦略へと変容を迫られる可能性が高いと予測されます。

## IX 総括

### 1. 我が国の現状

我が国の場合、今後、世界最速で高齢化が進行するものと予測されています。また、公的債務残高の経済規模比での大きさや、一般政府総支出に占める公的保健医療支出の割合の高さなど、他の先進諸国との相対性で財政制約が大きいという状況にあります。さらに、我が国は、病院数や病床数、医療機器など、病院セクターにおける物的資源供給が多く、結果、これら物的資源の生産性が低位にとどまり、また、医師などの人的資源や症例の医療機関間での分散度合いは、他の先

進諸国との比較で顕著です。

2000年の一部介護市場の民間開放以降、在宅介護や高齢者住宅などの市場の整備は急速に進んでおり、過剰供給とみられる病院や施設から在宅へのケア・セッティングのシフトが図られていますが、一方、医療と介護間での統合的かつ連続的なケアの実現に向けた取り組みは、まさに始まったばかりです。

現政権下での成長戦略の一環として、医療イノベーションの推進が企図されています。今後、個別化医療や再生医療など先端技術の開発を推進し、かつ、我が国での適時のアクセスを実現しようとすると、イノベーションに対する研究開発から実臨床に至るまで国家財源の配分が必要な状況にあります。これら、我が国固有の事情を踏まえると、ヘルスケアシステムの改革は、他の先進諸国との比較で、より挑戦的であると思われる。

### 2. 我が国と他の先進諸国の課題

しかしながら、我が国固有の事情はあるものの、直面しているヘルスケア市場の課題については、総じて、他の先進諸国との比較で特殊性はないと考えます。世界の先進諸国は、我が国と同様の課題に直面するなか、ヘルスケアの質を向上させながらコストを適正化すべく、相互に近似した戦略を立案し実践しています。共通する基本的な哲学は、ヘルスケアの「量」から「価値」への転換であり、戦略の方向性は、「患者中心」の統合的な予防やケアを実現し、その価値（「アウトカム（費用対効果）」）を地域単位で最適化することにあります。

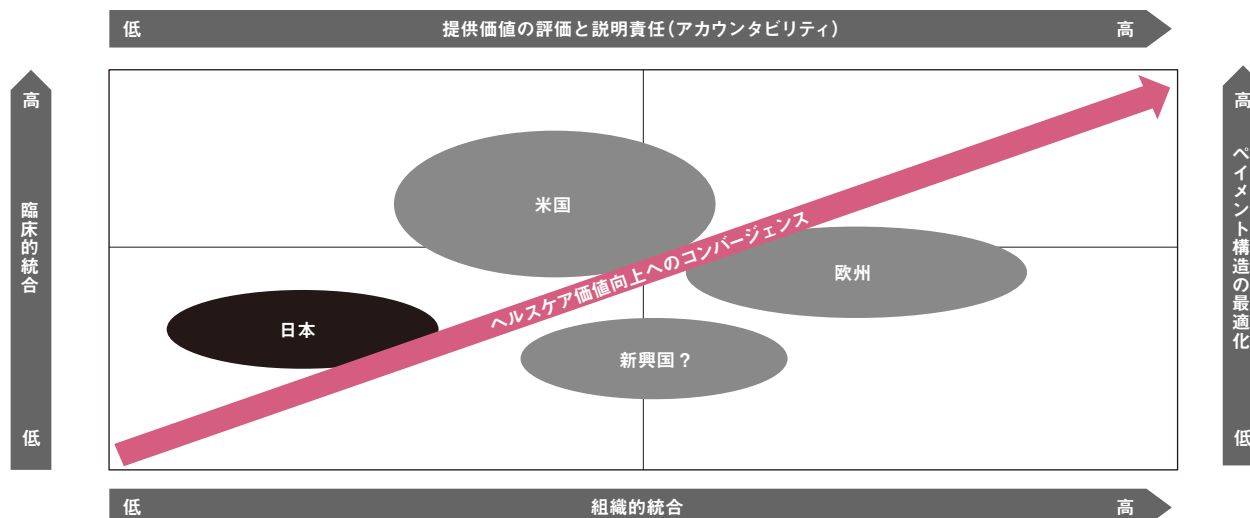
### 3. ヘルスケアのグローバルな潮流と我が国市場への示唆

先進諸国の多くは、ヘルスケア価値の極大化を目指し、ペイメント構造の改革に取り組んでいます。改革の中核は、支払いの対象をヘルスケアの量ではなく価値に移行させるべく、従来の個別の提供サービスに対する支払い構造から、患者（さらには、特定の患者集団や地域）を中心としたサービスならびに提供主体のバンドリングによる包括・固定支払いの構造、ならびにサービスの質を評価する構造へと転換を図っています。

近時、ペイヤーは、ペイメント構造の改革に加え、ケア提供体制再構築に向けてプロバイダーのガバナンスへの影響力を強化し、同時に、保険加入者の健康リスク管理への介入度合を高めており、アクティビスト化する様相をみせています。

ヘルスケア価値の変化とペイヤーのアクティビスト化は、プロバイダーに、患者を中心とした臨床的な統合に向けてケア提供パターンの変容を迫っており、戦略と事業モデルについても転換を促しています。従来、ペイヤーが追っていた財務リスクのうち、質を維持向上させながら適正コストでのサービス提供を行うリスクや、地域住民や一定の患者集団の健康リスクについても一部、プロバイダーに転嫁されるステージに移

図表13 ヘルスケア価値向上へのステークホルダーのコンバージェンス概念図



行するなか、プロバイダー側では、これらリスクをより良くコントロールするため、組織統合や再編が加速しています。

ヘルスケアサービスの市場に向き合う製薬企業や医療機器メーカー、アウトソーサーといったサプライヤーも、自らの製品やサービスの提供価値(費用対効果)に係る説明責任履行力を強化し、自らの利害を、ペイヤーやプロバイダーの中核課題であるヘルスケア価値の向上(統合的な予防・ケアによるアウトカムの極大化)に収斂(コンバージェンス)する方向に戦略の転換を図りつつあります。サプライヤーが、ヘルスケアの質とコストに係るリスクをプライシングを通じてシェアするケースや、パートナーシップに基づき、ヘルスケアの質向上とコスト適正化に貢献しつつ、自らの開発力や説明責任履行力の強化を図るケースが増加しています。サプライヤーの事業機会は、今後、ますますヘルスケアシステムの再構築の過程に顕在化してくるものと予測されます(図表13参照)。

我が国で、昨年2013年夏に公表された社会保障制度改革国民会議で提言されたヘルスケアシステム再構築の方向性は、本稿で紹介したグローバルでの改革の潮流と合致した内容となっています。我が国にとって、改革の早期の実行は緊急の課題であり、各ステークホルダーが、従来以上に能動的な役割を果たすことが求められています。本稿が、ヘルスケアのグローバルな潮流に関する理解の一助となり、我が国システム改革の参考となれば幸甚です。

本稿に関するご質問等は、以下の者までご連絡くださいますようお願いいたします。

KPMG ヘルスケアジャパン株式会社  
代表取締役／パートナー  
大割 慶一  
TEL: 03-5218-6450 (代表番号)  
keiichi.ohwari@jp.kpmg.com

KPMG ジャパン

marketing@jp.kpmg.com

www.kpmg.com/jp



本書の全部または一部の複写・複製・転記載および磁気また光記録媒体への入力等を禁じます。

ここに記載されている情報はあくまで一般的なものであり、特定の個人や組織が置かれている状況に対応するものではありません。私たちは、的確な情報をタイムリーに提供できるよう努めておりますが、情報を受け取られた時点及びそれ以降においての正確さは保証の限りではありません。何らかの行動を取られる場合は、ここにある情報のみを根拠とせず、プロフェッショナルが特定の状況を綿密に調査した上で提案する適切なアドバイスをもとにご判断ください。

© 2014 KPMG AZSA LLC, a limited liability audit corporation incorporated under the Japanese Certified Public Accountants Law and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved. Printed in Japan.

© 2014 KPMG Tax Corporation, a tax corporation incorporated under the Japanese CPTA Law and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved. Printed in Japan.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International.