

バリューベース・ヘルスケア実現の 意義と社会実装に向けた課題と展望



松尾未亜

CONTENTS

- I 今求められるバリューベース・ヘルスケア
- II 社会実装の障壁
- III 風穴を開けるために取り組むべきこと
- IV 最後に

要約

- 1 日本の医療費と介護費の増加が止まらない。高齢者による医療の需要が拡大する一方で、現役世代が減少することにより費用負担の担い手が減るため、需給のバランスは悪化する。問題は、解決に足る明確な策が見えていないことである。これに対して、「バリューベース・ヘルスケア」は解決策となる。(1) 治療効果の最大化から、罹患前・治療後にも介入へ、(2) コスト削減に対するインセンティブから、実際の治療効果重視へ、(3) 医師の判断に加え、患者の意見に基づく主観的状态にも注目する、という3つの基本的な考え方があり、これらが医療のステークホルダーの行動変容を促すと考えている。
- 2 バリューベース・ヘルスケアの社会実装にはさまざまな障壁があるが、中でも大きいのが、(1) 保険者機能、(2) ITシステム、(3) 改革原資の確保、である。難しいからと思考停止する前に、先行する事例を参考にしながら積年の社会課題に対するあるべき解決策を見いだすべきである。
- 3 ここまで問題が大きくなるまで変わることができなかった事実や、これまでの歴史を振り返ると、革命に期待するより風穴を開けるための活動が重要になる。(1) 地域を特化した効果の実証、(2) デジタル化、インセンティブ、激変緩和措置の三位一体の取り組みの具体化、(3) 新たな機能の担い手の参画、の3点について提言する。

I 今求められる バリューベース・ヘルスケア

1 医療費・介護費の増加と 現役世代の負担増

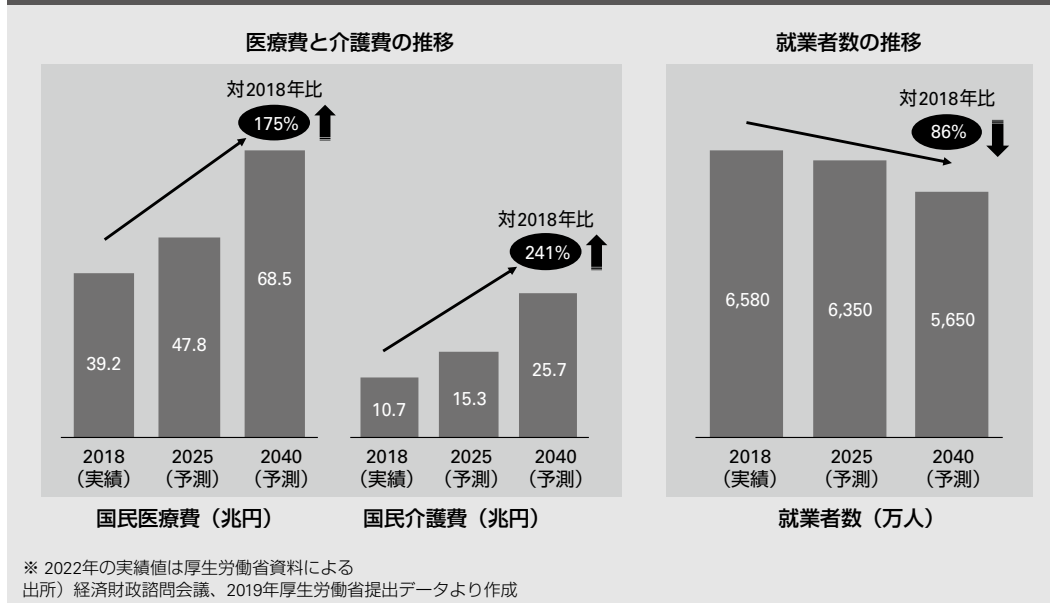
医療費と介護費の増加が止まらない。直近の医療費は46兆円と推計されている（厚生労働省「令和4年度医療費の動向」）。介護費は11.2兆円と推計されており、医療、介護ともにコロナ禍前の2018年と比較して増加した。厚生労働省が試算した将来の医療費の推計値は、2040年には68.5兆円まで増加し、2018年比で175%増、介護費は2040年に25.7兆円まで増加し、2018年比で241%増の見通しと、ともに先行きは厳しい。他方で、就業者数は少子高齢化の影響を受けて、2018年の6580万人から、2040年には5650万人へと減少する見通しとなっている。高齢者による医療の需要が拡大する一方で、現役世代の減少により費用負担の担い手が減ることで、需給のバランスは悪化する。

医療費の需給のバランスが悪化することに

ついて、現在でも既にその負担が現役世代に偏っていることを鑑みると、先行きの厳しさはさらに増すことになる。75歳以上の後期高齢者の医療費は全体の40%弱を占めており、これは現役世代の4倍以上に達する。さらに、2020年度の35～39歳の医療保険料は一人当たり年間30.8万円であったが（会社と個人による折半）、2000年度に比べて50%の増加となった。一方で、75～79歳の後期高齢者が支払う医療保険料は年8.5万円であったのに対して、20年間の伸び幅は10%と1割強にとどまった。昨今の少子化の影響により、就業者数は長期的に見て右肩下がりが見通しである。コロナ禍で一部の外国人労働者が帰国したことに加えて、その後の円安による影響もあり将来の見通しは明るくない。

問題は、今後、長期的に医療費の需給のバランスが悪化することに対して、明確な解決策が見えていないことである。あえて解決策を挙げるとすれば、資産を多く保有する高齢者に、より多くの自己負担を求めるといった議論もある。その実現のためにはマイナンバ

図1 国民医療費と国民介護費は大きく拡大し、働き手は縮小する未来



一制度の普及により個人の資産情報と紐づけるシステムを構築し、負担可能な金額を評価する必要があるため、かなりの時間がかかる。しかし、このような時間がかかる対策であっても、問題解決に寄与するのであれば、今できることに注力しなければならないといえるような、深刻な状況に至ってしまっていると考えるべきである（図1）。

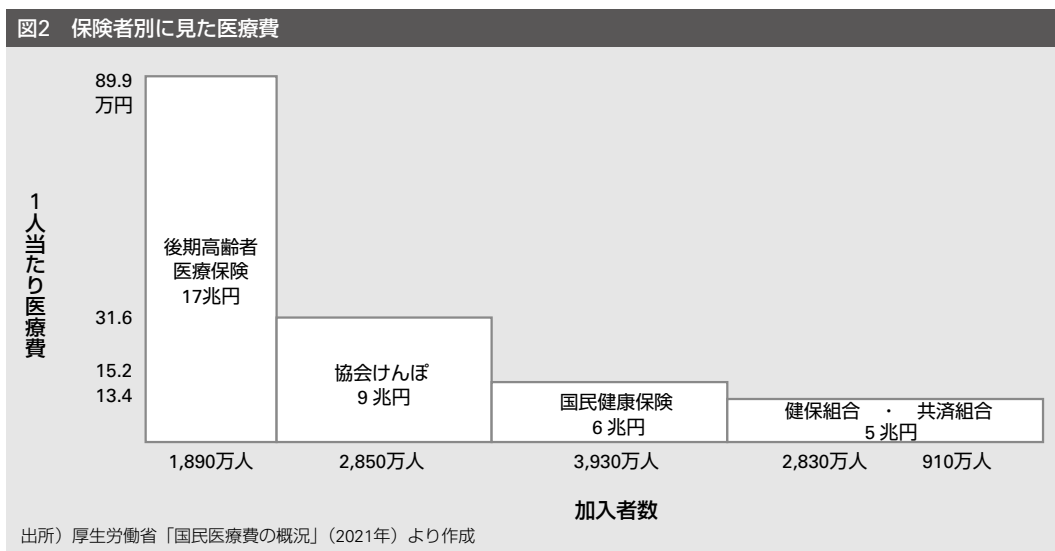
2 保険者の財政状況に見る ほころび

この問題について、保険者に目を向けるとその深刻さが分かる。保険者とは医療保険事業の運営主体を指し、国民健康保険組合や企業が設立した健康保険組合などが例として挙げられる。日本の保険者の中でも健康保険組合（以下、健保組合）は、700人以上の従業員がいる事業所や同種・同業で3000人以上従業員がいる事業所が厚生労働大臣の認可を得て設立することができる。また健保組合は、保険料率や労使の負担割合を独自に設定することができる独立した保険者である。

健保組合は、加入者の標準報酬月額がほかの医療保険と比べて高く、財政的に豊かとさ

れてきた。しかし近年は、国が求める高齢者拠出金（後期高齢者医療制度への支援金）の負担が重く、健保組合の財政状況を悪化させている。2023年9月に健康保険組合連合会が公表したデータによると、2023年度の経常収入8.7兆円（1383組合による連合会全体の値）に対して、経常支出は9.1兆円で、うち3.6兆円が高齢者拠出金となる見通しである。また、全組合のうち4割に相当する559組合が赤字に陥っているという。健保組合が財政難により解散した場合は、加入者の受け皿は協会けんぽとなる。協会けんぽは、健保組合と比べて加入者の標準報酬月額が低く、財政基盤が弱いため、保険給付費の16.4%を国が賄っている。すなわち、国の財政を直接的に悪化させることとなる（図2）。

そこで本論考では、「バリューベース・ヘルスケア」という医療のあり方について論じる。これは、医療の効果を最大化し、コストを適正化するために、医療のアウトカムに着目するという考え方である。バリューベース・ヘルスケアには3つの基本的な考え方があり、これらが医療のステークホルダーの行動変容を促すと考えている。3つの考え方と





は、①治療効果の最大化から、罹患前・治療後にも介入へ、②コスト削減に対するインセンティブから、実際の治療効果重視へ、③医師の判断に加え、患者の意見に基づく主観的状态にも注目する、というものである(図3)。

(1) 治療効果の最大化から、

罹患前・治療後にも介入へ

これまで医療費は、最新の治療方法を導入し診断や治療効果の最大化を目指すという考え方を基に増大を続けてきた。これに対しバリューベース・ヘルスケアは、より重症化するのを防いだり、治療後に再発するのを防いだり、あるいは早期発見や予防によって病気にかかるのを防いだりすることに貢献する医療サービスの価値を評価する。また、「罹患しないよう予防」「予後の対応によって再発・増悪を止める」といった医療サービス提供の幅を拡大することでトータルでの医療コストを下げ、かつ効果も拡大していくという考え方である。

(2) コスト削減に対するインセンティブから、

実際の治療効果重視へ

これまで、日本に限らずさまざまな国で医

療の包括支払いが取り入れられてきたが、これは、「コストに着目した医療の考え方」と見なすことができる。包括支払いは、各疾患を診断・治療で消費する医療資源のパターンに応じて分類し、定額の医療費設定を行えるよう設計された支払いの仕組みであり、対象者や対象シーンなどを設定し、さまざまに改良が加えられてきた。その結果、平均在院日数が大幅に短縮した病院やジェネリック医薬品導入によりコスト削減を図った病院の増加など、費用を抑えるという観点において、一定程度効果があるように見られた。

しかし中には、コストを削減するというインセンティブが働くあまり医療の質が下がり、適切な治療が提供されず、かえってトータルで医療費を増加させるというケースも発生している。バリューベース・ヘルスケアは、実際の治療効果をも重視し、支払いに反映させるという考え方である。

(3) 医師の判断に加え、患者の意見に

基づく主観的状态にも注目する

従来、治療方法を選択する際の判断は、大部分が医師に委ねられてきた。しかし、近年では治療法の増加(種類や価格のバリエーシ

ョンなど)、疾病構造の変化により、①完治を目指す、②完治ではなく疾患と向き合う、など選択肢が増えてきている。つまり、医療の価値が多様化してきていると考えられる。このように、多様化する医療の価値を基に医療との付き合い方を選択するに当たって、患者の意見の反映が必要になってくる。また、実際の効果を評価するに当たって、「発作で苦しくなる回数が減った」「夜間救急に駆け込む回数が減った」といった患者の意見を反映するという考え方である。これらの考え方についての論述や先行事例については、「バリューベース・ヘルスケアによる医療の変革」(『NRIパブリックマネジメントレビュー』2021年3月号)も併せて参照されたい。

これまで述べたバリューベース・ヘルスケアの3つの基本的考え方、すなわち①治療効果の最大化から、罹患前・治療後にも介入へ、②コスト削減に対するインセンティブから、実際の治療効果重視へ、③医師の判断に加え、患者の意見に基づく主観的状态にも注目することによって、医療のエコシステムを構成する5つのプレイヤー、すなわち患者、医療従事者、医療機関、保険者、政策意思決定者に対して、行動変容を促すことになる。中でも大きな変化をもたらすと見られるのが保険者である。現在の日本の制度において保険者は、患者が医療機関を受診した後に、どのような医療行為を行ったかについての申告を医療機関から受ける。保険者はこの申告内容を精査し、医療行為を金額換算して医療機関に報酬を支払う。しかし、バリューベース・ヘルスケアにおいては、保険者は、医療行為を行った結果、患者にもたらされた価値を評価して医療機関に報酬を支払うことになる。

II 社会実装の障壁

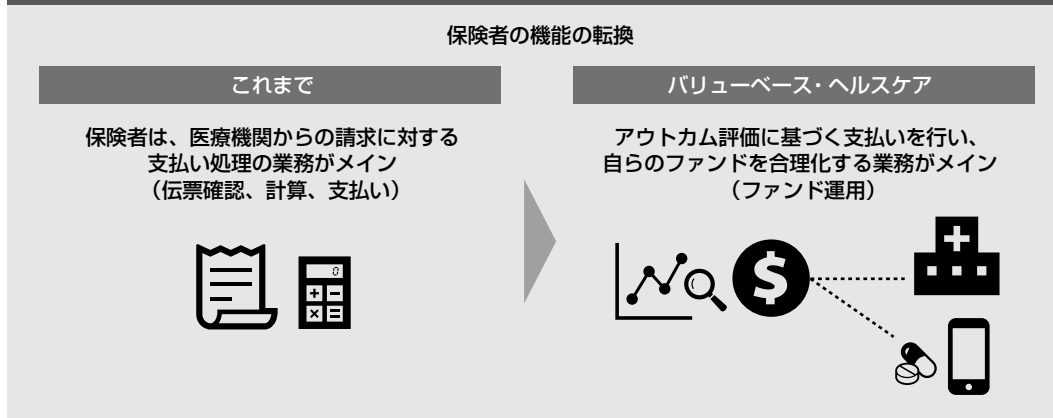
ここまで述べてきて、誰もが直感的にバリューベース・ヘルスケアの難しさを感じたことだろう。「あまりに現在の仕組みと違い過ぎる」「これまで変わらなかったものが大きく変わるはずがない」といった感想を持つことと思う。しかし、ここで思考停止をしてしまうのではなく、現在の医療費が抱えている問題はあまりに大きいので、どうしたら実現できるかを考えていかなければならない。社会実装の障壁を挙げたらきりが無いが、ここでは大きな障壁を3つ挙げる。

1 保険者機能の障壁

現在、日本には3000を超える保険者の団体があるが、それらは医療費の支払いを中心とする事務手続きの機能を担っているといっても過言ではない。しかし、バリューベース・ヘルスケアにおいては、保険者の本来の機能ともいえる金融機関としてのファンド運用の機能が求められる。

医療保険はもともと、加入者が将来病気になるリスクを鑑みて掛け金を納めている。バリューベース・ヘルスケアにおいて保険者は、加入者という集団の疾患リスクや傾向を分析し、リスクの高いところに対して重症化や再発の予防、罹患の予防のための対策を講じて、拠出金額の最小化を図るようにする。そのためには、集団のリスクを予測し、効果を測る機能が必要となる。このように、従来の組織の持つ機能を大きく転換させる必要があり、それが3000もの団体に求められるというのは誰の目から見ても困難であろう。そこで、機能を発揮できる規模に改革・再編する

図4 変革の難しさは保険者の機能のギャップにある



ことが必要になる（図4）。

国という単位で公的医療保険における保険者の改革に取り組んだ例としては、直近ではドイツが挙げられる。ドイツは歴史的に職場ごとに保険者が設置されており、1990年には全国に1147の保険者があった。しかし1996年に制度改革が行われ、保険に加入する個人が保険者を自由に選択できるようになると、保険者間の競争が生じて再編が進んだ。制度改革から4年後の2020年には保険者は420まで減少し、2020年には103となっている。ドイツの人口は約8400万人であるので、人口に対して日本よりも圧倒的に少ない保険者によって医療保険が運用されていることが分かる。ほかにも、被保険者の所得や予防への取り組

みによって保険料を設定したり、保険者が医療機関の質を調査して報酬を支払う医療機関を選別したりする点で日本とは大きく異なる。

ドイツが制度改革を開始するに当たっては、開始段階で保険料率が高い保険者から低い保険者へと流れることが予想されたため、あらかじめ政府の介入による調整が行われたうえで、それでも実際は競争原理が働いたことによる再編が急速に進んだ。日本においても、バリューベース・ヘルスケアにおける新たな機能の実行力によってある程度の再編が進むようであれば、必要なファンドの規模やスキル人材を確保できるのではないかと（図5、6）。

図5 ドイツの公的医療保険には競争原理が取り入れられている

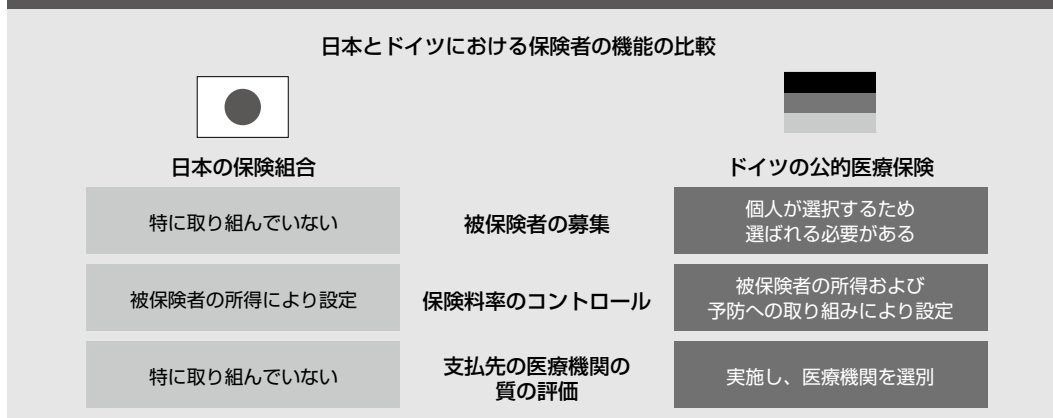
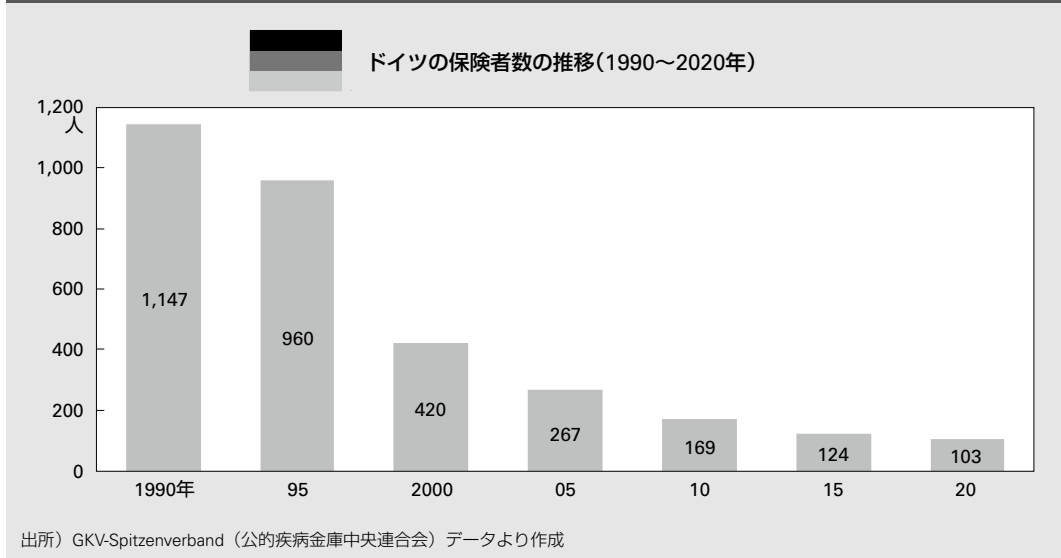


図6 保険者間の競争により、ドイツの保険者の数は10分の1程度に減少した



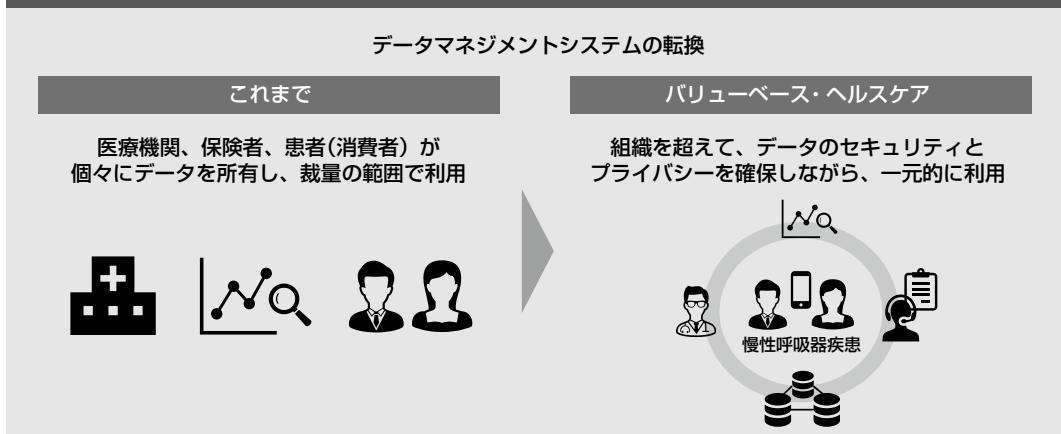
2 ITシステムの障壁

第2に挙げるのは、ITシステム導入の難しさである。現在、日本人の医療や健康にかかわるデータは、医療機関や保険者、患者(消費者)が個々に所有し、個々の裁量の範囲で利用されている。しかし、バリューベース・ヘルスケアの場合は、治療中や治療後の患者の声をはじめ、患者の生体データや生活に関するデータを収集し、そのデータを基にアウトカムを評価する必要がある。評価に際しては、医療機関と医療従事者が提供した医

療サービスのデータも必要となる。また、評価データは保険者が医療機関への支払いに役立てるために利用されることになる。

このように、個人や組織を超えてデータが利用されることになると、収集、分析、評価にかかわるデータを共有するためのITシステムが必要になる。また、このITシステムはセキュリティが確保されているのはもちろんのこと、常時プライバシーが保たれた環境であることが前提となる。これらの動作環境は、現在のシステムの中では確保されていな

図7 健康・医療に関するデータを、アウトカムを高めるための手段やアウトカムを評価するための手段として機能させることができる仕組みが必要



いため、新たに構築する必要がある（図7）。

バリューベース・ヘルスケアを実現するITシステムは、台湾が先行して整備している。台湾では、一定の治療効果に応じて診療報酬を上乗せするペイフォーパフォーマンス（Pay for Performance）という制度の導入が進められている。2000年代前半から結核、喘息、糖尿病、乳がん、子宮がんなどの疾患に対して、パイロットを経て段階的に導入されている。この制度の運用に当たって、政府が医療機関と医師に対して、NHI-MediCloud Systemの利用を義務づけることによって医療クラウドシステムの活用を促した。このITシステムは、クラウド上に健康診断やカルテのデータのほか、薬剤や過去の検査データなどの医療にかかわる個人データが収集されている。また、患者個人の情報や健康データも収集されており、各データベースのデータを一元的に分析することができる。加えて、これらのデータは匿名加工され、ペイフ

図8 台湾はアジアにおいてバリューベース・ヘルスケアの先陣を切ろうとしている

台湾における取り組み事例

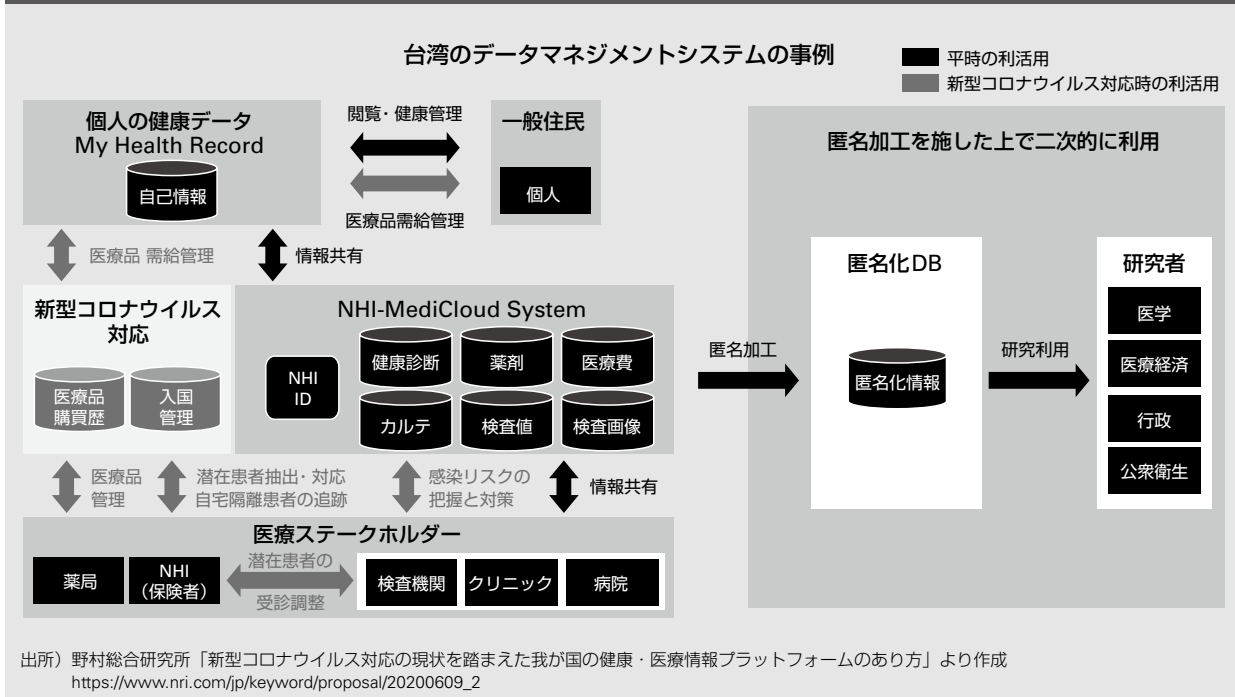
- 2000年代前半から、結核、喘息、糖尿病、乳がん、子宮がんなどの疾患に対して、一定の治療効果に応じて診療報酬を上乗せする**Pay for Performance**制度を導入
- 糖尿病では合併症の発症頻度が低下し、乳がんでは生存率が上昇するなどの実績も蓄積されつつある
- 政府は医療の質向上・コスト削減のため、**医師に対してNHI[®]-MediCloud上の患者情報の確認を義務化**し、NHI-MediCloud Systemの積極的な活用を促した
- 医師は、NHI-MediCloudに加えて民間治療支援アプリなども併用しながら、きめ細かいサービスを提供することで**集患やPay for Performanceによる収益化**を図っている

※NHI：National Health Insurance 台湾の国民健康保険
出所）台湾政府国民健康保険総局資料より作成

オーパフォーマンスの制度設計に活用されている。

NHI-MediCloud Systemは、コロナ禍初期の緊急事態下において、国民の健康状態を把握するのはもちろん、マスクをはじめとする医療資源の配分に役立ったことでも有名であ

図9 台湾におけるPay for Performance制度を支える公的ITシステム



る。このことは、クラウド上の医療関連データを分析することによって、医療サービスの需要が拡大するリスク予測や、医療資源の効率的な配分を行ううえで役立つことを表している（図8、9）。

3 改革原資の確保の障壁

保険者の再編と機能転換、ITシステム導入のいずれにおいても費用がかかる。しかし、保険者の財政状況が芳しくないことは前述のとおりであり、加えて医療機関も厳しい財政状況下にある。現在の医療費の構造の中で、必要な改革費用を確保することは難しい。

バリューベース・ヘルスケアの導入によって日本医療の持続可能性が高まれば、その恩恵は市民、医療機関、保険者のそれぞれにもたらされる。荒っぽい論になってしまうが、国が保有する医療にかかわる資産を、市民、医療機関、保険者によるネットワークに売却するという考え方もあるのではないだろうか。このネットワークは、地域単位でバリューベース・ヘルスケアネットワークの法人とし、法人がたとえば地域の国立大学附属病院を買収する。買収に際しては、地域の市民に

債権を売却するという手法も考え得る（図10）。

III 風穴を開けるために 取り組むべきこと

ここまで、社会実装における大きな障壁について述べてきた。しかし、これらの障壁はあまりに大きく、取り除くために大改革を行うことは現実的ではない。ここまで問題が大きくなるまで変わることができなかった事実や、これまでの歴史を振り返ると、大改革に期待するよりは、これらの障壁に風穴を開けるための活動が重要になるであろう。

1 地域を特化した効果の実証

風穴を開けるためには、まず、日本におけるバリューベース・ヘルスケアの効果を実証することから始める必要がある。実証は特定の健保組合とその被保険者、あるいは特定の自治体の保険者と被保険者というように、限定された組織や地域の中で行うのがよい。

たとえば、複数の薬を処方されている慢性疾患に罹患している市民と地域の医師の協力

図10 改革の原資

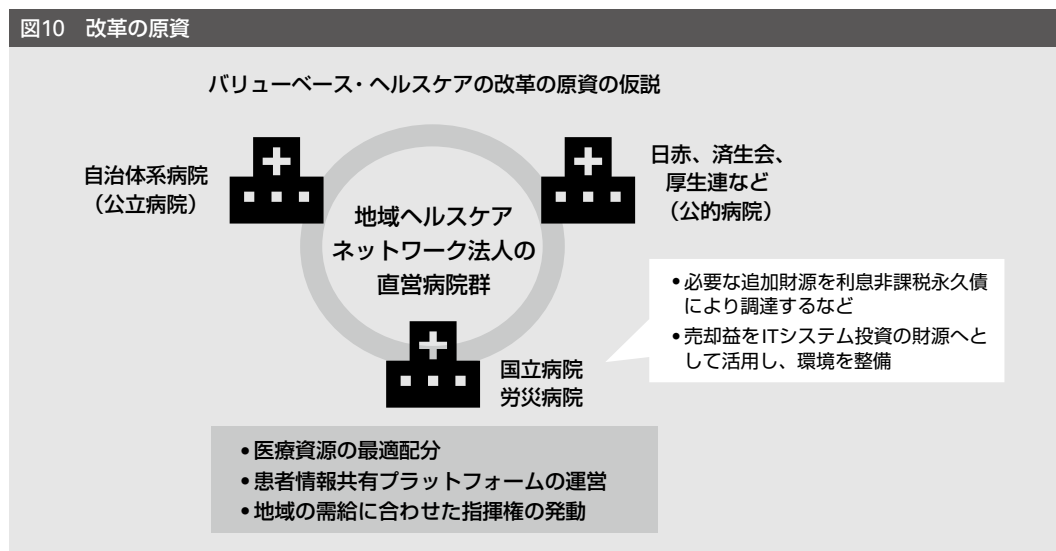
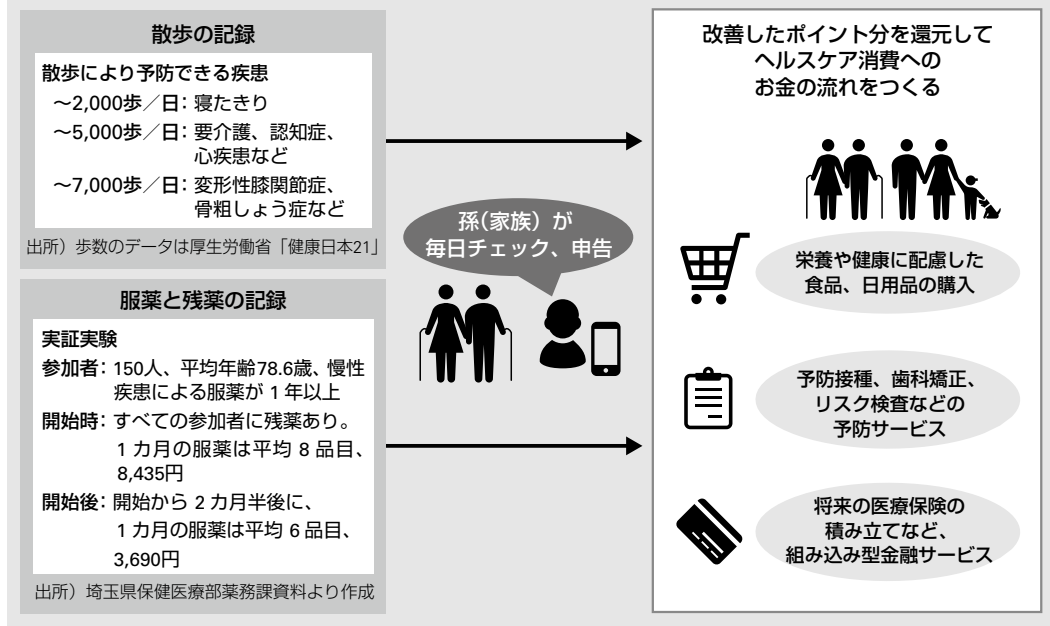


図11 医療の質的効果を維持しながらコストを合理化した場合、新たな消費に還元する



を得て、日々の服薬情報を管理し、患者の生体データを収集しながら、症状が悪化していないことを分析する。生体データの収集や分析は生体センサーによって自動的に収集し、分析はあらかじめ医師が監修したアルゴリズムによって自動的に行われるようにする。こうすることで、日々の患者のモニタリングに必要な医師の手間を最小限にする。服薬管理を行うことによる効果は、埼玉県が行った実証実験によると、一人当たり月4700円程度の医薬品費を合理化したという。また、実証実験の開始前後で、医薬品を8品目から6品目に削減することにも成功している（図11）。

2 デジタル化、インセンティブ、激変緩和措置の三位一体の取り組みの具体化

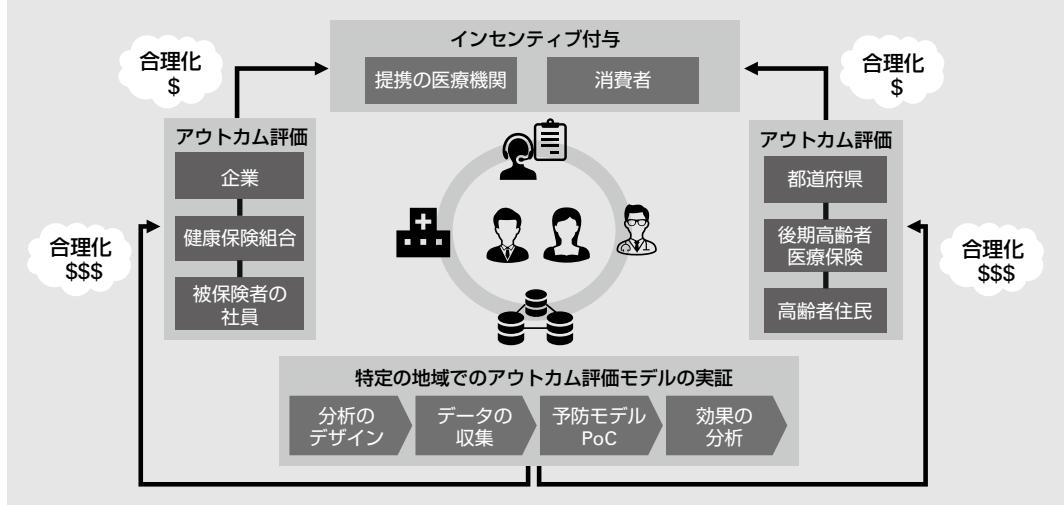
ここで大切なのは、これらの実際の効果を導く過程で支援を行った医師と医療機関に対

して、効果に応じた報酬を支払うことである。そして、支援に際して日々の患者の状態を観察することになるが、物理的に医師がつききりになるのは現実的ではない。可能な限りデジタル化を行い、AIによる自動化や省力化を図ったり、通信による遠隔化を図ったりすべきである。

また、このような活動に取り組んだ患者にとっても何らかのインセンティブを提供すべきであろう。たとえば、合理化された費用の一部に相当する金銭的価値をポイント化し、栄養や健康に配慮した食品、日用品の購入に充てられるようにして還元したり、予防接種やリスク検査といった予防サービスの支払いに使用できたり、家族のための医療保険の積み立てに充てられたりすることで、ヘルスケアにかかわる消費へと還流させることができるのではないだろうか。

さらに、バリューベース・ヘルスケアの取

図12 取り組みにより合理化された資源を医療機関と消費者にインセンティブとして付与



り組みと、現在のヘルスケアシステムとの間で生じる利害の不一致に対する解決策が必要である。医療機関は、患者が減ったり治療の頻度が下がったりすることによって利益が減るようになると、ヘルスケアシステムそのものの持続可能性が損なわれる。一方、保険者は医療費が適正化されれば利益を享受しやすい。また、企業や自治体が保険者である場

合、医療の質が高まることによって、従業員の生産性が高まったり、市民からの税収が増えたりする副次的な効果もある。

これらの効果を医療機関へ還元する仕組みづくりが重要となる。従来の役割と機能における急激な変化に対して、一定期間、段階的な暫定措置を設けながら移行させる激変緩和措置の具体化も併せ持つ必要がある（図12）。

図13 新たな機能の担い手の参画



3 新たな機能の担い手の参画

実証の活動には、医療機関や関連サービスをつなぎ合わせ、予防や治療の効果を最大化する機能が必要となる。この機能の担い手は、医療の質の向上と医療費の最適化という直接的なメリットを得る保険者がふさわしいと考えるが、日本の保険者がそれらの機能を十分に発揮することは、リソースの観点から難しい。保険者の中で、デザインファームや医療機器・ITシステムのメーカー、ITコンサルティング事業者らが実務に当たることによって機能を補完する必要がある。また、前述のインセンティブの付与やヘルスケア消費

への還元を行うためには、消費者と直接の接点を持ち、ポイントサービスや保険サービスを行っている小売や金融の事業者による協力も有効であろう。

そして、患者や医療従事者や日常的なケアを行う人々が無理なく操作できたり、負荷を感じずにデータを収集・分析するためのハードウェアとソフトウェアが必要である。加えて、データのセキュリティとプライバシーを確保する仕組みもまた不可欠である。これらを提供するメドテック企業とIT企業の参画も必要となる。新たな機能の担い手の考え方については、未来創発センター研究レポート Vol.9 「社会実装を目指すべきバリューベース・ヘルスケアのあり方と取組み」(2023年11月)も併せて参照されたい(図13)。

IV 最後に

ここまで、バリューベース・ヘルスケアによる社会課題の解決と、その実現に向けた課題と展望について述べた。国連経済社会局が発表した「世界社会情勢報告2023」によると、65歳以上の世界人口は、2021年の7億6100万人から、2050年には16億人へと増加する見通しである。また、2021年生まれの平均

寿命は71歳になると予測されており、1950年生まれの平均寿命よりも25年長いという。高齢化は世界的な潮流であり、高齢化に伴う医療費の問題に対する解決策は多くの国で求められている。日本が現在の難局を乗り切る過程で生み出される取組みこそが知的資産となる。日本版バリューベース・ヘルスケアの仕組みをアジア諸国に輸出することにより、世界のために役立つことができるであろう。そしてこれらの知的資産は、日本に新たな利益をもたらす可能性もあるだろう。

2024年度の改正次世代医療基盤法によって、今後、さまざまな検討や法整備が進められると期待する。今まさに新たな考え方で課題解決に真剣に取り組むべきときである。本誌のバリューベース・ヘルスケア特集号として、以降に本論考に続く各論を展開している。併せて参照されたい。

著者

松尾未亜 (まつおみあ)

野村総合研究所 (NRI) メドテックコンサルティング部長

専門はメディカル・ヘルスケア関連の製造業の経営コンサルティング