

研究要旨

新しいケアモデル

保険会社は高齢化・医療負担増加社会の課題にどのように対応できるか



Adrita Bhattacharya-Craven

ジュネーブ協会 Health & Ageing ディレクター

Nicholas Goodwin

ニューカッスル大学及びセントラルコーストローカルヘルスディストリクト、セントラルコースト統合ケア研究所、ディレクター

人口動態と病態の広範な変化によって、加齢に伴う慢性的で複雑な病状は今や世界中の医療予算の最も大きな割合を占めています。医療及び社会的ケアサービスは時折提供される程度に留まっており、多くの場合病院や専門施設に集中し、限られた医療資源の利用が非効率的になっています。「従来の」ケアモデルでは需要の複雑さに対応できないため、その結果、利用者へのケアの質を伴う体験や効果が低下し、管理不能な費用の上昇も起こります。

保険会社と顧客にとって、この進化していくリスク状況への負担が増えてきています。複雑な慢性疾患を持つ人々はしばしば、必要なケアが不足している状況を更に悪化させる高額免責の保険プランに直面しています。そのプロセスもまた保険会社にとって市場を成長させることを難しくしているのです。

同時に生命保険会社は、長期的な低利回り環境において、高齢化する人々の長期的な健康と福祉のニーズに対処するために正に必要で、長期の退職後の貯蓄に関する解決策となりうるはずの需要の低迷に直面しています。認知症や神経障害などの疾患の罹患率が高まるにつれ、人々の社会的ケアのニーズをサポートする長期介護 (long-term care, 以下 LTC) 保険へのニーズも高まっていますが、未だに解決策はほとんどありません。

我々は文献レビューと主要情報提供者への 15 の概観的な聞き取り調査結果を用いて、医療・生命保険会社がどのように新しいケアモデル (New Care Models, 以下 NCM) を導入することができるかを概説します。ここでは NCM がどのように全てのライフステージにおけるケアに対して途切れなく影響を与え、また費用も抑制できるかについて説明します。



NCM は、次の 3 つの世界的な傾向によって必要性が高まっています。

- 複数の併存疾患を持つ人々の増加と LTC へのニーズの高まりをもたらす、**生活様式及び加齢に起因する疾患パターンの変化**
- 持続不可能な程の高額な保険料と高免責な保険プラン、そして利用者にとって途方もなく高額な費用負担をもたらしている**医療費の上昇**
- 多くの政策立案者が民間部門との協働に注目するなどの**財政圧力の高まり**

新しいケアモデルとは何か

NCM は、ケア体験の向上、健康状態の改善、そして費用対効果の高いサービス提供の促進という「3つの目標」¹を掲げながら、ケアの提供に対するアプローチを示しています。病気の予防と健康増進、利用者体験を向上させるための慢性疾患の患者への機動的な管理、健康状態を改善し費用の上昇に対処するための医療及び社会的ケアの分野での協働、これらを重視する様々なアプローチを NCM は採用しています。これには、身体的及び精神的な健康上のニーズを有する人々に対するケアと支援を調整する複数の専門家とのパートナーシップ、または病院や老人ホームでの収容に代わる地域ベース及び在宅ベースの代替手段などが含まれます。^{2,3}

1 Berwick 2008.

2 Leichsenring 2013.

3 De Bruin 2020.

表 1: NCM と従来型医療及び単一疾患に焦点を当てたモデルとの区別

従来型医療に基づくケア	疾病管理プログラム	新しいケアモデル
初期診察レベルで、一部住民の健康状態を対象とした疾患及び治療に重点を置く	重点疾患に注力する	人々の健康と福祉を向上させるための包括的なケアに重点を置く
診察時に限定された関係性	プログラム実施時に限定された関係性	生涯を通じた、個人・家族・地域への継続的なケア
一時的な治療	プログラムで決められた疾病管理治療のための介入	要望と願望を中心にまとめられた、人が主体となる協調的なケア
診察時における患者への効果的で安全な助言に限定された責任	目標を達成するための、患者のリスク要因の機動的な管理	分野間の連携を通じて体調悪化の決定要因への取り組みを行う、住民の健康に関する過去及び将来にわたる責任の共有
ケアに対して対価を払った利用者がユーザー	特定の疾病管理治療介入を行う集団グループが対象	個人、組織、政策レベルで、住民と地域社会が共同でケアを作り出す力を持つ

出典: Goodwin 他⁴をもとに作成

新しいケアモデルに関する実証結果

NCM がケア体験の向上を支え、また健康状態にも好影響を与え、ケア費用の上昇を低減または抑制するという良い実証結果があります。アラスカの先住民社会向けの統合ケアプログラムの評価では、利用者とスタッフの満足度が大幅に改善しました。また、入院日数、救急外来の受診回数、専門医による治療回数がそれぞれ 36%、42%、58%減少しました。⁵ Damery らによる世界的な体系的調査では、緊急入院が 15~50%減少、再入院が 10~30%減少、そして入院日数が 1~7 日減少したと報告されています。⁶ Baxter らによる 167 のプログラムに関する別の調査では、ケアの利用しやすさの改善、患者の満足度向上、及びケアの質に関する認知向上を示す強力な証左が見つかりました。⁷ 健康状態への効果の影響はより複雑なままです。いくつかの調査では、全体的な効果に関して統計的には著しい改善が見られていますが、それらは部分群(サブグループ)やプログラムの長さ⁸によって異なり、いくつかのケースでは実証されていません。⁹

大規模なモデルには、質を改善し、費用の上昇を抑えていく大きな可能性があります。米国及びその他の国々における Accountable Care Organizations (ACO: 説明責任のあるケア組織)の出現¹⁰は、標準的医療方法と比較した場合、6~25%の費用の抑制に結び付いています。¹¹ 一部分においてこの成功は、保険会社あるいは保険者(医療費用資金供給者)と医療サービス提供者の関係の変化の結果でした。これは保険会社あるいは保険者と医療提供者が、プールされた資金を革新的な方法で利用できるリスク分担システムの構築に向けて、絆を強めるモデルになります。しかしながら、NCM が実行される状況や方法が多岐にわたるため、どの程度一貫して肯定的な結果が出せるかを予測することは困難です。

新しいケアモデルの実現: 戦略的な購入者の必要性

ここで上述の「3つの目標」を達成する可能性について、それぞれの強み、弱み、及び考慮事項と共に、5つの購買アプローチを概説します。

- 保険会社が複数の契約を通じてネットワークを形成するために複数の医療提供者と協力する**従来の購買アプローチ**
- 多くの専門分野にわたる医療提供者のグループが、保険者との異なるガバナンス及び契約モデルを用いて定義された集団に対して共同責任を持つ**アカウントブルケア(説明責任のあるケア)のアプローチ**
- 保険会社と医療提供者が単一のガバナンス構造と世界規模の予算の下で運営する**完全統合モデル**
- 多くの場合元受保険会社を介さずに、医療提供者が期間利用ベースで直接利用者に一連のサービスを提供する**直接医療アプローチ** - これは保険販売と保険補償範囲への影響で注目すべきアプローチになります。
- 保険契約者が個人の予算に基づいて必要なサービスを直接購入する**利用者主導の支払いアプローチ**

保険会社は、受動的な保険金支払者から「戦略的支払者」になることで、財務フローと医療提供者のインセンティブの間に見られる一般的な不整合を是正することができます。

これらの購入アプローチの多くは、高額な病院や専門診療所と、安価な初期診療/地域ベースの施設、これらの間のケアのバランスをとることによって、量よりも質を重視しています。

4 Goodwin 2017.

5 WHO 2015.

6 Damery 2016.

7 Baxter 2018.

8 Rocks 2020.

9 Liljas 2019.

10 Reich 2012.

11 Pimperl 2018.

表 2: NCM の潜在的な強みと弱み

	ケアモデル						
	従来の購買アプローチ	ACO 主契約者	ACO 主提供者	ACO 提携団体	完全統合	直接医療	利用者主導の支払い
健康状態の改善	中	中	中	高	高	低 / 中	低 / 中
潜在的な利用者市場	中	高	高	高	高	低	低
潜在的な利用者にとっての魅力	中	高 (特定のニーズを持つグループに対して)	高 (特定のニーズを持つグループに対して)	高	高 (特定のニーズを持つグループに対して)	高 (特定のニーズを持つグループに対して)	高 (特定のニーズを持つグループに対して)
医療提供者管理能力	低	高	非常に高い	中 / 高	非常に高い	中	低
ケアの利用パターンに対する影響	低 / 中	高	非常に高い	中	非常に高い	非常に高い	低 / 中
新たな組織能力の必要性	低	高	高	中 / 高	非常に高い	中	中
保険会社へのリスク	高	低 / 中	低 / 中	低 / 中	低	該当なし	低 / 中
コスト抑制の可能性	低	高	高	高	非常に高い	中	低

出典: ジュネーブ協会

利害関係者への聞き取り調査の結果

顧客体験の向上は NCM を実行するための最も一般的な理由であり、それに続く実行理由として、費用の上昇に対処するためにビジネスモデルを進化させる必要性がほぼ同列に挙げられます。特に生命保険会社では、リスクベースの商品における死亡率と長期貯蓄商品における併存疾患の高額費用に対処するために、健康上の解決策に向けた大きな方向転換が見られます。NCM には、**サービス革新**、すなわちサービスの範囲や分野の拡大を実現する強い素因があります。しかし、提供される新しいサービスを最大限に活用するための新しいガバナンスや契約モデルの利用に合致するものはごくわずかです。多くの NCM は新しいものですが、顧客体験を向上させ、高額なケアの必要性を減らすという有望な兆候が見られます。

サービス利用者と提供者(医療提供者)による NCM の受け入れは全体的に良好ですが、次のことが必要です。a) NCM が競争力を持つために利用者の選好とサービス標準化とのバランスを取ること、そして、b) 医療提供者が NCM の目的と関連効果について理解を深めるために時間を割くことです。

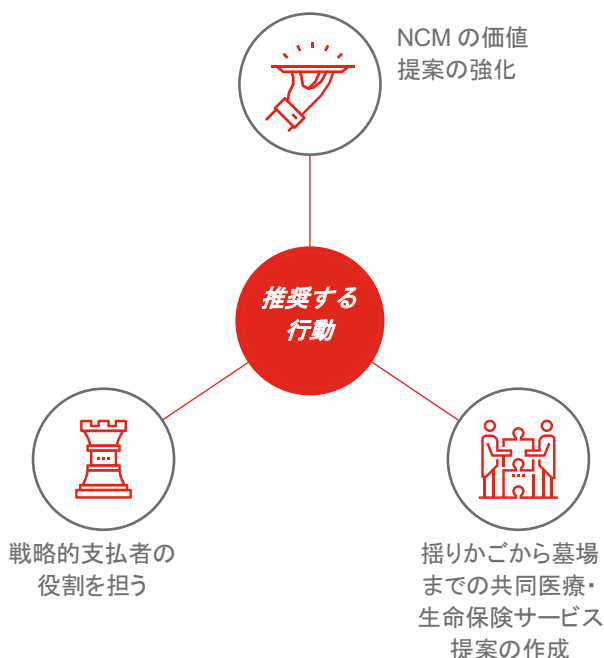
NCM が提供する**新たな市場機会**には、既存の商品を改善するためのデータの利用、NCM が提供する新たな能力をパッケージ化して販売する技量、以前は未開拓だったグループへの対象絞り込みを改善することによるリスク基準値の改善、リスクベースの商品からサービスベースの商品への多様化、などが挙げられます。マーケティングと販売は、NCM の影響を受ける**保険バリューチェーン**の中で最もよく引き合いに出される機能であり、未開拓の顧客層を広げることに役立ちます。しかしながら、NCM の啓発は、従来の販売チャネルではまだサポートされておらず、実行中の段階です。

NCM の拡大可能性は、次の要因に左右されます。1) 生命保険会社のライセンス規定、データ保護、医療提供者市場の改革に重点を置いた、促進的な規制環境、2) リアルタイムでの NCM の対象絞り込みとモニタリングを可能にするためのデータの収集、保管、分析、3) 企業がリスクを取り、NCM を成熟させていく長期的展望を持つためのリーダーシップと文化、4) NCM が期待される成果を達成する上で不十分とならないよう、医療提供者の管理や保険金支払い改革といった主な供給側の側面にも同時に焦点を当てる、といった要因です。

提言

- 保険会社は、選択と利便性という単純過ぎる考えを超えて、NCMの**価値差別化を強化**する必要があります。現在の構成としては、利用者、販売者、医療提供者、そして企業内部に対してその価値を広めるために「3つの目標」を反映するように展開されるべきです。
- 保険会社はサービスの**戦略的指揮者になる**必要があります。保険会社は、単に保険金を支払うだけでなく、「戦略的支払者」としての役割を担い始め、保険契約者に対してNCMの約束を果たすことができる良好なサービス提供側の条件を確保する必要があります。これには、リスクを階層化して弱点を理解することが必要です。医療提供者とリスクを共有するための基盤づくり、価値ベースの支払いへの移行、成熟度モデルを使った段階的計画立案、といった取り組みが必要です。
- 保険会社は、**生命保険と医療保険の商品及びソリューションの融合によってもたらされる機会を捉える**必要があります。NCMは、揺りかごから墓場までの途切れのないシステムを構築する機会を提供します。生命保険と医療保険両方のソリューションが、新しい市場セグメントにとって魅力的になり、リスクプールにおける十分な相互補完を確保することによって拡大していこうとするにつれて、それは共同の医療・生命保険サービス提案への道を開きます。保険会社の内部的には、上記2つの保険の戦略的接点を特定する必要があります。リアルタイムでのデータ集積、分析、共有、そして共同のマーケティング・販売計画が明白な出発点となります。外部的には、保険契約者と関わる前に、健康保険、価格上限規制、医療提供者と保険金支払いの改革、地域の倫理的・法的環境などに関する諸問題にうまく対応する明確な計画が必要です。

図1: 保険会社への提言



出典: ジュネーブ協会

参考資料

- Baxter, S., M. Johnson, D. Chambers, A. Sutton, E. Goyder, and A. Booth. 2018. The Effects of Integrated Care: A Systematic Review of UK and International Evidence. *BMC Health Services Research* 18: 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Berwick, D.M., T.W. Nolan, and J. Whittington. 2008. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs* 27 (3): 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759. PMID:18474969.
- Damery, S., A. Flanagan, and G. Combes. 2016. Does Integrated Care Reduce Hospital Activity for Patients with Chronic Diseases? An Umbrella Review of Systematic Reviews. *BMJ Open* 6: e011952. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011952. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e011952.info>
- De Bruin, S.R. et al., on Behalf of the SUSTAIN Consortium. 2020. Different Contexts, Similar Challenges. SUSTAIN's Experience with Improving Integrated Care in Europe. *International Journal of Integrated Care* 20 (2): 17. <http://doi.org/10.5334/ijic.5492>
- Goodwin, N., V. Amelung, and V. Stein. 2017. What is Integrated Care? *Handbook Integrated Care*, ed. V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte and E. Suter, 3–4. Springer International Publishing.
- Leichsenring, K., J. Billings, and H. Nies. 2013. *Long-term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Liljas, A.E.M., F. Brattström, B. Burström, P. Schön, and J. Agerholm. 2019. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care* 19 (3): 6. <http://doi.org/10.5334/ijic.4632>
- Pimperl, A. 2018. Re-orienting the Model of Care: Towards Accountable Care Organizations. *International Journal of Integrated Care* 18 (1): 15. <http://doi.org/10.5334/ijic.4162>
- Reich, O., R. Rapold, and M. Thöni. 2012. An Empirical Investigation of the Efficiency Effects of Integrated Care Models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care* 12 (1). <http://doi.org/10.5334/ijic.685>
- Rocks, S., D. Berntson, A. Gil-Salmerón, M. Kadu, N. Ehrenberg, V. Stein, and A. Tsiachristas. 2020. Cost and Effects of Integrated Care: A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *European Journal Health Economics* 21: 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- WHO. 2015. *People-centred and Integrated Health Services: An Overview of the Evidence Interim Report*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1