



ASIAN NEWS LETTER

飛躍

No. 19

COVID-19 後のヘルスケア

諏訪 雄栄 / SUWA, Yoshihiro
パートナー、シンガポールオフィス

2020 年 5 月

Table of Contents

1. デジタルヘルスは「医療崩壊」を防げるか	4
2. カギとなるアプリケーション	7
2.1 オンライン診療と PBM	7
2.2 PoC Testing と PHR	8
2.3 CDSS とプライマリケアのエンパワーメント	9
2.4 医療機関向けソリューション	10
3. 「民間セクター」から「公的セクター」へ	11
4. おわりに	11

Table of Figures

図 1: 7 Key Trends to decentralize healthcare system in SEA（2019 年 8 月資料より抜粋）	4
図 2: 病床、ICU キャンパシティからみた新型コロナウイルスの市中患者数限界値（概算）	6
図 3: Alodoktor の新型コロナウイルス関連問い合わせチャットサービス	8
図 4: Infervision「InferRead CT Pneumonia」	10
図 5:（参考）2020 年 1 月以降の東南アジアヘルスケアスタートアップの資金調達例	12

1. デジタルヘルスは「医療崩壊」を防げるか

2019年12月31日、カナダのヘルスケアプラットフォーム「BlueDot」は、新たな感染症の流行の兆しがあるとして、武漢などへの渡航を控えるよう、プラットフォームの会員にアナウンスした。新型コロナウイルスについての最初の公式アナウンスは、WHOが2020年1月9日、アメリカ疾病予防管理センター（CDC）が2020年1月6日だ。BlueDotは、国際機関より約1週間早いタイミングでアラートを発信している。スピードが重要な感染症対策で、1週間の差が非常に大きいことは、2020年5月の今では、誰もが実感していることだろう。

BlueDotは、公的機関のサイトから個人のブログまでを独自のAIアルゴリズムで分析し、新型コロナウイルスのパンデミックの可能性を察知した。同アルゴリズムは、航空券の販売データを分析することで、まずは、バンコク、ソウル、台北、東京に感染が飛び火することも正確に予測している。

AIを含むデジタル技術が、ヘルスケア業界に欠かせない技術になりつつあることを疑う者はいない。これまでは、医療行為責任の問題や、分析（診断）精度の問題、個人情報保護の問題などに加え、事業性の観点からも、デジタル技術によるヘルスケア業界の変化は非常に緩やかだった。新型コロナウイルスの流行は、遅々として進まなかったヘルスケア業界のデジタル化（デジタルヘルス）を一気に推し進めていくだろう。しかし、その普及過程は、新型コロナウイルス以前の想定とは大きく異なるものになりそうだ。

著者は、昨年8月に、「7 Key Trends to decentralize healthcare system in SEA」と題するレポートを公表した（図1）。当レポートでは、デジタル技術によって、東南アジアにおける医療の提供のありかたが、従来型の総合病院中心の構造から、分散型エコシステムに移行しつつあるとして、オンライン診療やPoCT(Point of Care Testing)、AIによる臨床意思決定支援システム（Clinical Decision Support System）など、象徴的な7つのトレンドについてまとめている。大きな流れとして、当レポートで挙げたトレンドが継続することには変わりはない。ただし、新型コロナウイルスのパンデミックを経験している現在と1年前では、2つの大きな違いが生まれている。

図1: 7 Key Trends to decentralize healthcare system in SEA（2019年8月資料より抜粋）

1 民間医療保険会社が医療費抑制への取り組みが本格化
 （例：保険料変動型医療保険）

2 ゲートキーパー役としてのオンライン診療プラットフォームが台頭

3 ささまざまなデジタル技術を統合した慢性疾患管理プログラムが登場

4 臨床意思決定支援システム（CDSS）による患者スクリーニング、早期発見が実用化

5 製薬会社がデジタル技術を活用したRWE（Real World Evidence）の構築に本腰 - Risk Sharing Agreementなど新たな薬価戦略への取り組みも開始

6 PoC testingによる早期発見／介入、モニタリングが実用化

7 現地財閥が「ヘルスケアエコシステム」構築の担い手に



1 つめは、デジタル化の推進力が、「消費者ニーズ起点」から、「供給側起点」に代わっていることだ。2019 年時点では、「消費者ニーズ起点」にデジタル化が進められていた。ここでいう消費者とは、最終消費者である人々と、その費用の出し手である保険者、さらに保険加入者としての企業のことだ。彼らのニーズは、大別すると、「利便性」と「医療費抑制」の 2 つであり、特に「医療費抑制」は、年々増加する医療費（保険料）が企業経営を圧迫することから、東南アジアにおいても喫緊のニーズとして顕在化していた。そのため、保険会社が、オンライン診療プラットフォームを活用することで、医療機関への訪問を減らす、または医療機関で高額な医薬品を買う代わりにプラットフォームから医薬品を配送する、という形で、医療費抑制に取り組み始めたのだ。

こうした取り組みは、既に効果を見せ始めている。企業の従業員向け医療保険大手の Cigna によると、オンライン診療を提供したことによって、実際の医療機関への訪問数に減少は見られなかった（むしろ 5% 程度増加した）ものの、医薬品をプラットフォームから配送することで、薬剤費の大幅な抑制に成功した、という。訪問数の増加によるコスト増を差し引いても、オンライン診療は十分に医療費抑制に貢献している、今後オンライン診療がより普及していくと、さらなる医療費抑制が期待できる、というのが Cigna を含めた大手保険会社の見立てである。効果が実証され、次なる課題は、オンライン診療の利用率をどう上げていくか、にあった。利用率を上げるには、消費者の認知度を上げ、かつ利用を促すしくみが必要となるため、時間がかかる。

新型コロナウイルスは、ここに新たな力学をもたらした。それが「供給側起点」でのデジタル化の推進力だ。ここでいう供給側とは、医療機関、特に総合病院のことを指す。

新型コロナウイルスのパンデミック以降、「医療崩壊」という言葉を聞かない日はないだろう。新型コロナウイルスは、多くの人は軽症で回復するものの、高齢者や既往症のある患者で重症化するリスクがあり、重症化すると入院が必要になる。さらに重症になると、集中治療室（ICU）での治療が必要になる。重症化率がそれほど高くないとしても、感染者が増えれば増えるほど、病床（ベッド）や ICU が必要になり、患者をケアする医療従事者も必要になる。どの国でも、病床や ICU、医療従事者の数は、新型コロナウイルス以前の需要を前提に設計されているので、それほど余剰キャパシティがあるわけではない。したがって、新型コロナウイルス患者の急増は、一気に医療資源キャパシティ不足に陥らせている。

図 2 は、日米欧 7 か国と東南アジア主要国の、病床数と ICU 数、およびその「通常時」の稼働率をベースに、各国が、新型コロナウイルスの患者をどの程度まで受入可能か概算したものだ。各国の病床数には差があるが、通常時の病床稼働率、ICU 稼働率は、どの国でも 75% 程度だ。患者数の季節変動、入退院のタイムラグ、病院間の稼働の不均衡などを考慮すると、平均稼働率 75% というのは、新型コロナウイルス患者がいなくても、基幹総合病院にとっては、「ほぼいつも忙しい」状態だろう。この状態に、新型コロナウイルスの重症患者が加わる。

徹底的な感染の監視と接触者追跡調査を、感染拡大当初から続けているシンガポールでは、2020 年 4 月 27 日時点で、100 万人あたり 25,200 件の検査を実施し、特定の治療の必要のない患者から重篤化リスクのある患者までを早期発見、隔離、治療を行い、1 万人以上の感染者が確認された国では最低の死亡率（0.1%）に抑えている。新型コロナウイルス患者の洗い出しに総力を注いでいるシンガポールの統計が、このウィルスの重症化率をある程度適切に評価できると仮定しよう。2020 年 5 月 3 日時点では、シンガポールの新型コロナウイルス患者数（アクティブ）が 15,149 人、うち入院患者が 1,630 人、入院患者のうち ICU 患者が 22 人なので、重症化率（入院率）が約 11%、ICU 利用率が入院患者の 1.3%（総感染者の 0.15%）だ。以上を前提に、（検査の有無に関わらず）新型コロナウイルスの市中患者数が、何人を超えたら、病床または ICU の稼働率が 100% に達するか、すなわち重症患者を受け入れられなくなるか、を概算する。結果は、日米欧ではだいたい人口の 1% 程度、東南アジア新興国ではその半分の 0.5% 程度が感染すると、「医療崩壊」に繋がる、

ということがわかる。新型コロナウイルス患者の平均入院日数が **12-14** 日であることを考慮すると、**2 週間以内に人口の 1%以上が同時に感染する事態になれば、重症患者を救えなくなるリスクが極めて高くなる、ということだ**（なお、稼働率を **100%**まで上げるのは難しいので、実際の限界値はさらに低くなる）。

図 2: 病床、ICU キャンパシティからみた新型コロナウイルスの市中患者数限界値（概算）

国	病床			ICU			新型コロナウイルス 市中患者数の限界値	
	受入可能 病床数	1,000人あたり 病床数	病床稼働率 [%]	受入可能 ICU数	10万人あたり ICU数	ICU稼働率 [%]	患者数限界値 [千人](人口比)	ボトルネック
米国	345,567	2.9	64	24,329	29.4	≒ 75%	3,212 (1.0%)	病床
日本	415,222	13.4	76	2,308	7.3		1,589 (1.3%)	ICU
ドイツ	140,472	8.3	80	7,101	33.9		1,306 (1.6%)	病床
スペイン	34,645	3.0	75	1,134	9.7		322 (0.7%)	病床
フランス	103,524	6.5	76	1,893	11.6		962 (1.5%)	病床
イギリス	29,843	2.8	84	1,120	6.6		277 (0.4%)	病床
イタリア	43,375	3.4	79	1,889	12.5		403 (0.7%)	病床
シンガポール	3,342	2.4	≒ 76%	167	11.4		31 (0.5%)	病床
タイ	34,886	2.1		1,815	10.4		324 (0.5%)	病床
マレーシア	14,636	1.9		275	3.4		136 (0.4%)	病床
インドネシア	78,118	1.2		1,846	2.7		726 (0.3%)	病床
フィリピン	26,080	1.0		603	2.2		242 (0.2%)	病床
ベトナム	60,233	2.6		n.a.			n.a.	n.a.

Source: World Bank, OECD, Ministry of Health Singaporeなどを基にローランド・ベルガー作成

現在世界各国で行われている都市のロックダウンや移動制限は、基本的に、医療崩壊を防ぐ、すなわち、上記の「**2 週間の感染者数を人口の 1%（東南アジアは 0.5%）未満に抑え、病床・ICU 稼働率を一定以下に抑える**」、という目標を達成、維持するために行われている。「同時感染を人口の **1%未満に抑えながら集団免疫獲得**」という戦略はリスクが伴うし、感染予防や重症化抑制に資するワクチン、治療薬の開発には時間がかかる。したがって、「医療崩壊を防ぐ」ということが、当面、ヘルスケア業界の最重要課題になる。デジタル化が医療崩壊防止に資するのであれば、「供給側ニーズ」で、待ったなしで採用していく、という推進力がはたらきはじめている。

では、具体的に、医療崩壊を防ぐことに資するアプリケーションとは何だろうか。

2. カギとなるアプリケーション

医療崩壊阻止のために現在行われている取り組みは、大きく 4 つある。

- 医療資源を有効活用する
 - 重症例に集中投下する
 - 診断効率を上げる
- 逼迫している医療資源がさらに減ることを防ぐ
 - 院内感染の防止
 - 医療従事者のバーンアウト予防

本章では、これらの取り組みで活用されはじめているデジタルヘルスのアプリケーション、ひいては、今後、「供給側起点」で急成長が予測されるソリューションを挙げてみたい。

2.1 オンライン診療と PBM

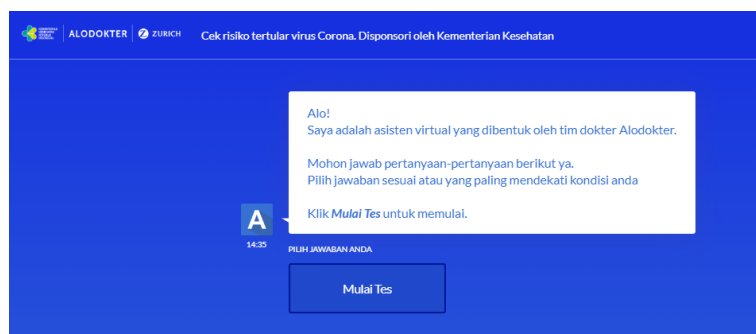
1 章で述べた通り、オンライン診療プラットフォームは、これまで、保険会社のサービスに組み込まれることで、患者の利便性と医療費抑制を目的に採用が進められてきた。特に、東南アジアでは、オンライン診療から処方箋の発行、医薬品の配送までをパッケージ化しており、PBM (Pharmacy Benefit Manager) としての役割もプラットフォームが担うことで、医療費抑制に貢献している点が大きな特徴だ。医薬品流通を変革できる可能性からも、筆者は、東南アジア型のオンライン診療プラットフォームの将来性を強く感じている。一方で、市場の創出が民間保険会社頼みなので、民間保険浸透率の低さと、その中でのオンライン診療の利用率の低さから、普及には時間がかかると感じていた。

2020 年 3 月 31 日、シンガポール保健省は、慢性疾患のフォローアップについて、オンラインでの診察に対して公的保険償還（補助金での助成）を適用する旨発表した。当面は新型コロナウイルスによる医療機関の混雑緩和、感染防止を目的とした時限的な措置ではあるものの、本プログラムの対象になるのは、民間保険加入者などに限定されたものではなく、シンガポール国民全員だ。市場は大きく広がった。

加えて、シンガポール保健省の発表は、2 つの点で極めてエポックメイキングなものだった。1 つは、保健省が、「症状が安定していれば、慢性疾患のフォローはオンラインで管理できる」と明言したこと。これによって、オンライン診療は、「慢性疾患管理においては十分に機能する」、と政府のお墨付きを得た格好だ。もう 1 つは、具体的な対象疾患を特定したこと。具体的には、糖尿病、高血圧、脂質異常症、うつ病、統合失調症、双極性障害、不安障害の 7 つが挙げられている。あらゆる診察の中でも、「慢性疾患管理」という領域が、オンライン診療と親和性が高いこと、慢性疾患の中でも対象疾患が明確になったことは、オンライン診療の普及に極めて大きな前進だ。

一方のインドネシアでは、患者の「スクリーニング」目的でのオンライン診療の活用が始まっている。インドネシア政府は、国内の代表的なオンライン診療プラットフォームである Alodokter、Halodoc、GrabHealth などを、新型コロナウイルス感染疑い患者からの問い合わせ先として活用する旨発表した。2020 年 3 月 2 日にインドネシアで最初の新型コロナウイルス感染が確認されて以降の 1 カ月間で、Alodokter へのアクセスは 3,200 万件に達し、50 万件の無料オンライン診療（チャット含む）を実施している。医療従事者とオンライン診療プラットフォームがデータを共有することで、どこに感染リスクがあるのか、などの情報交換が行われている点も特徴だ。

図 3: Alodokter の新型コロナウイルス関連問い合わせチャットサービス



シンガポール、インドネシアともに、医療機関、特に総合病院の医療資源を有効活用することを目的に、オンライン診療を活用している点が、2019年までの決定的な違いだ。結果的に慢性疾患管理、患者の初期スクリーニングなど、オンライン診療の役割は明確になりつつあり、今後オンライン診療プラットフォームがサービスモデルを進化させていくうえでも大きな示唆となるだろう。

2.2 PoC Testing と PHR

2018年、タイの大手保険会社である Muang Thai Life は、2型糖尿病患者を対象に、HbA1cの数値改善によって、保険料が最大49%ディスカウントされる保険商品「BaoWan BetterCare」を発表した。糖尿病患者が積極的に治療を続けることに金銭面からもインセンティブを与えた、アジア初の画期的な商品だ。対象となる糖尿病患者が本保険に加入すると、加入者にはHbA1cを自宅で計測するための検査機器「Accu-Chek Kit」と、その記録アプリ「MTL Better Care app」が提供される。糖尿病患者向けの測定キットに代表される、慢性疾患向けPoC検査機器は、上述のオンライン診療による慢性疾患管理の普及にも後押しを受けながら、今後大きく成長するだろう。

富士フィルムは、一般生活者が数滴の血液を自ら採血し、送付することで臨床検査ラボから測定結果と健康アドバイスを受け取る血液検査サービス「CureSign」を日本で展開している。脂質代謝、肝機能、腎機能、糖代謝などに関連する14項目の血液検査が可能で、上記Muang Thai Lifeのような慢性疾患患者のモニタリングというよりは、有リスク患者のスクリーニングとしての活用が想定されている。同社は、同検査サービスのタイにおける実証事業を2018年に実施している。

「慢性疾患のモニタリング」と「有リスク患者の早期スクリーニング」という領域に役割を確立し始めていたPoC検査機器に、新型コロナウイルスは、新たな活用領域をもたらしつつある。既に多くの方が実体験しているように、現在、空港からホテル、オフィスビル、スーパーマーケットまで、あらゆる場所で体温測定が行われている。サーモグラフィは街のいたるところに設置されるようになった。「ニューノーマル」の世界では、感染拡大を防ぎ、医療崩壊を防ぐために、我々は、自らの健康状態をトラッキングし、証明する必要があるだろう。体温や渡航歴はもちろんのこと、既往歴なども記録しておく必要があるかもしれない。また、現在沸き起こっている、新型コロナウイルスに対する抗体抗原検査結果なども持ち歩くようになるかもしれない。

そうすると、現実味を帯びてくるのが、デジタルPHR（Personal Health Record）だ。予防接種の国際証明書である「イエローカード」、日本の「母子健康手帳」や「お薬手帳」のように、これまでも個人の健康履歴は、記録、携帯されているし、その電子化にも取り組まれている。デジタルPHRが普及するための課題は、データの所有権（患者、医療機関、プラットフォーム）や、個人

情報保護のようなフレームワークの問題から、「データの入力を誰がやるのか（患者か医療従事者か）」といった運営上の問題まで多岐に亘る。加えて、慢性疾患を患っていない健康な人々は、年に1、2度ほどの医療機関への受診をわざわざ記録、管理する必要性をそれほど感じていない、という消費者ニーズ側の問題もある。

しかし、新型コロナウイルスの感染拡大防止のためには、基本的に「全員」が、「日々の」健康状態を継続的に記録、管理することが求められる。大きな難題である個人情報保護についても、感染拡大防止や移動制限を天秤にかけると、我々の個人情報開示に対するハードルが低くなることは誰もが実感しているだろう。新型コロナウイルス感染者との接触者追跡調査にあたり、台湾では、携帯電話基地局での情報だけでなく、スマートフォンのGPS情報も収集した。GPSは、基地局と比較しても圧倒的に正確な位置情報が得られるが、そのぶん個人情報に大きく踏み込むことになる。それでも、台湾政府が行った調査では、90%以上の国民が個人情報共有に賛成したという。新型コロナウイルスを契機に、デジタルPHRが市民権を得る可能性は、十分にあるのではないだろうか。

2.3 CDSS とプライマリケアのエンパワーメント

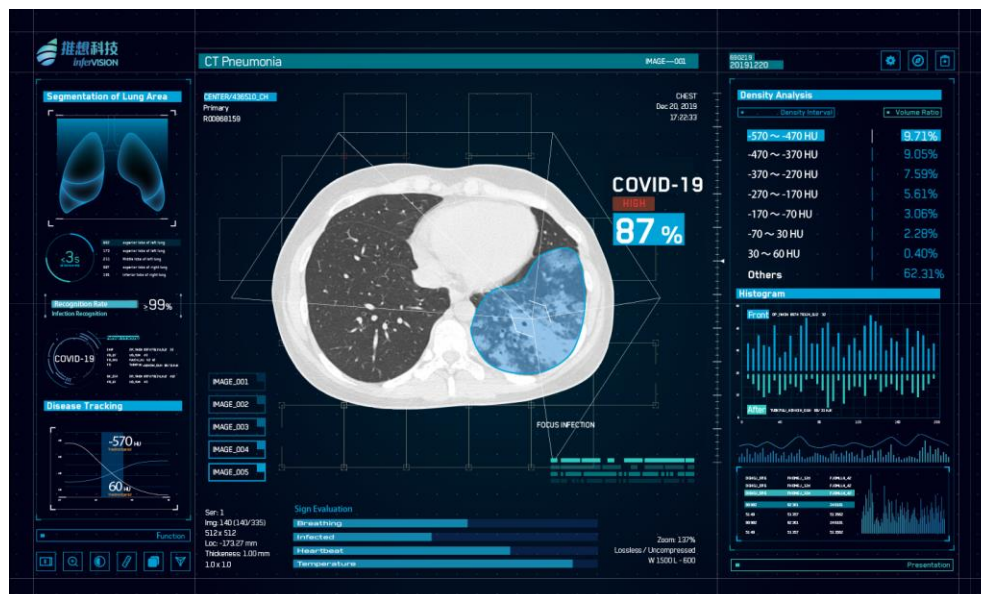
武漢大学中南病院は、新型コロナウイルスの最初の震源地となった武漢市の基幹総合病院だ。急増する患者で病院が溢れるなか、病院は、医療従事者をバーンアウトから守る必要に迫られていた。中南病院では、AIソフトウェアを活用し、CTスキャン画像から、新型コロナウイルスに起因する肺炎像と疑われる画像をスクリーニングした。確定診断には追加検査が必要だが、AIによるスクリーニングは、患者の隔離、確定診断検査対象者の優先順位付けに活用され、治療が必要な患者への早期介入を実現するとともに、医療従事者をオーバーワークから（多少なりとも）守っている。中南病院で活用されたAIソフトウェアは、北京のスタートアップInfervisionが開発したものだ。その後、Infervisionのソフトウェアは、中国国内のみならず、イタリアなどを含めた国内外45病院に導入され、70,000件以上の症例をスクリーニングしている。

CT画像に限らず、画像診断がAIによる診断支援と相性がいいことは、数々の事例で知られている。2019年以降は実用化段階に入っているものも増えてきた。昨年の筆者レポートでは、CDSSの例として、シンガポールのスタートアップTeleMedCを紹介した。TeleMedCは、民生品のデジタルカメラで撮影した目の写真をAIソフトウェアで解析し、糖尿病網膜症を感度97%、特異度92%で、2分以内に検知する。眼科病院にしかないような高度な検査機器を使わずにスクリーニングできるため、糖尿病患者が来診するプライマリケアでの活用を想定している。疑いのあるケースは眼科医に紹介する。

Infervisionは、総合病院内での専門医の診断支援として活用されている。TeleMedCは、専門医を受診する前の、プライマリケアでの活用を想定している。世界中の基幹総合病院が新型コロナウイルス疑いの患者で溢れかえって、新型コロナウイルス以外の疾患でも検査待ち時間が長くなっていることを考えると、患者のスクリーニングや、急性期治療後のフォローアップなどで、総合病院とプライマリケアの協業が加速する可能性が高い。

プライマリケア事業者にとっても、今後1-2年が、「ヘルスケア・エコシステム」の中で役割を確立できるかどうかの分岐点となる。というのも、総合病院は、プライマリケアとの協業を経ずに、一足飛びにオンライン化に踏み切る可能性があるからだ。患者の健康状態がデジタルPHRに記録され、簡易な検査機器（PoCT）が普及し、Alodoktorの例でみたようなチャットボットがスクリーニングに活用され、オンライン診療を活用した慢性疾患管理が定着するー本章で挙げてきた1つ1つの事例が、単独のサービスではなく、ソリューションとして統合される時代、プライマリケアがどのような付加価値を担っていくか、まさに大きな岐路に差し掛かっている。

図 4: Infervision 「InferRead CT Pneumonia」



2.4 医療機関向けソリューション

カナダのヘルスケアプラットフォーム「BuleDot」が会員向けに警告を発信した 2019 年 12 月 31 日、台湾は、WHO に「武漢で特殊な肺炎が発生し、患者が隔離治療を受けている」と情報提供していた。その後も台湾は、武漢からの入境者への検疫、台湾全土でのマスクの増産、政府によるマスクの全量買い上げ、GPS を活用した接触者追跡などに迅速に着手、2020 年 5 月 5 日時点で、確認患者数 438 人、死者 6 人、市中感染は 4 月 5 日以降ゼロと、感染封じ込めの優等生として高く評価されている。

台湾の迅速な対応は、2003 年の SARS での経験が大きく活かされているという。中でも台湾が力を入れたのが、「院内感染の防止」だ。まず、病院の入口の前で、手指消毒、検温、渡航歴調査、接触歴、呼吸器症状の有無などでスクリーニングを行い、基準に該当する患者は病院内に入ることなく ER 隣接の隔離施設に直接送患。病院外からの感染源持ち込みを徹底的に防止している。同時に、院内での感染防止にも着手、ウェアラブルデバイスを活用して全ての入院患者の症状をリアルタイムでモニタリングし、ダッシュボードで共有。発熱などの症状が出た場合、新型コロナウイルス感染の疑いがあるということで迅速に隔離した。また、医療従事者の体温と呼吸器症状も HIS（院内情報システム）と医療従事者向けアプリで管理、異常を感知するとシステムが自動的にアラートを発信し、病院側はすぐに対策を検討する。世界中の病院が院内感染に苦しみ、貴重な医療資源がさらに逼迫する事態にあるなか、台湾は、院内感染防止にデジタル技術をあらゆる面で活用し、院内感染を最小化、病院閉鎖などの事態に陥ることなく治療を進めている。

CLEW は、tele-ICU（遠隔 ICU）を提供するイスラエル発のスタートアップだ。2020 年 1 月にシリーズ B の資金調達をしたばかりだが、3 月には Sheba Medical Center、Tel Aviv Sourasky Medical Center の 2 病院で tele-ICU を活用した COVID-19 治療に取り組んでいる。CLEW の tele-ICU の特徴は、遠隔で ICU を監視できるだけでなく、AI を活用して ICU 患者の呼吸器症状の異変リスクをいち早く感知し、早期介入を支援することだ。医療従事者は、遠隔監視によって感染リスクを抑えながら、適切なタイミングを見逃すことなく処置を行うことができる。

ヘルスケア業界は、あらゆる業界の中でも、デジタル化の進行が遅い業界と評されてきた。中でも病院は、製薬会社や医療機器メーカーと比べても投資余力が限られていることもあり、デジタル化が遅れていた。新型コロナウイルスは、こうした状況を一変させるだろう。1章で述べたとおり、2020年のデジタルヘルスの推進力は、「医療崩壊の防止」だ。病院のデジタル化はまさにその本丸である。

3. 「民間セクター」から「公的セクター」へ

デジタルヘルスの推進力が、「消費者ニーズ起点」から「供給側起点」にシフトしていることに加え、もう1つ、極めて重要な変化がある。それは、デジタル化の牽引役が「民間セクター」から「公的セクター」にシフトすることだ。

シンガポールでもインドネシアでも、オンライン診療活用を保健省が決定し、公的医療機関で運用が開始された。特にシンガポールでは、オンライン診療の公的保険償還にも踏み込んでいる。今後、デジタルヘルスのスタートアップは、医療用医薬品メーカーなどと同様に、「公的保険償還の獲得」を至上命題に取り組むべきだろう。その市場は、民間セクターの比にならないほど巨大だ。逆に言えば、その巨大市場に対して、高品質なサービスを提供できるプラットフォームと、従来どおり民間セクターの一部を対象としているプラットフォームとでは、競争力に大きな差が生まれるだろう。CDSSに代表されるように、データの蓄積が品質に直結するサービスではなおさらだ。

民間保険会社や民間病院は、これまで、デジタルヘルス・アプリケーションを、加入者や患者に対する付加価値サービスとして提供してきた。しかし、こうしたサービスが公的保険償還の対象として定着すると、もはや付加価値サービスではなく、医療保険会社としては通常の医療保険の償還対象に含めざるを得なくなるし、病院としても通常の診療の選択肢の1つとして位置づけざるを得なくなる。結果的に、公的保険ではカバーされない、あらたな付加価値サービスを模索しなければならない。「公的セクター」に市場の牽引役がシフトすることで、デジタルヘルスは一気に普及するが、民間セクターは、これまでよりさらに一歩踏みこんだ付加価値サービス開発で競うことになる。

また、「公的セクター」に牽引役がうつることで、医療費抑制圧力は、これまで以上に高くなる。新型コロナウイルスは、足元の医療費を増大させているだけではない。公的保険の保険料収入を減らしているのだ。多くの国で、公的保険の保険料は、従業員の給与から一定の割合として徴収される。新型コロナウイルスとロックダウンによって、多くの企業が従業員の給与カット、一時帰休、ひいては人員削減を進めている。従業員の給与が下がれば、それだけ保険料収入も下がる。いくつかの国の公的医療保険は、大幅な支払超過に陥る可能性がある。新型コロナウイルスとの長期戦も覚悟しなければならないなか、医療費抑制圧力は大幅に高まるはずだ。公的セクター向けに医薬品を提供している製薬会社も、さらなる値下げ圧力を覚悟しなければならない。

4. おわりに

新型コロナウイルスによって、デジタルヘルスの普及がいよいよ加速することは間違いない。カギとなるアプリケーションも、1つ1つは真新しいものではなく、数年来期待されていたアプリケーションが中心だ。しかし、採用の「論理」や、採用の「牽引役」は、新型コロナウイルス前とは大きく違うものになる。市場の参加者は、「デジタル化の追い風」と捉えるだけでなく、新型コロナウイルス以前の想定を一旦忘れて、戦略を再構築すべきではないだろうか。

図 5: (参考) 2020 年 1 月以降の東南アジアヘルスケアスタートアップの資金調達例

企業名		国	事業概要	資金調達時期 (直近)	ステージ
Homage			在宅ケア	2020/01	シリーズB
Newman's			男性向けデジタル ヘルス & ウェルネス	2020/03	シード
NephTech			血液透析用 バスキュラーアクセス	2020/03	シード
Sepsitron			迅速血液検査	2020/03	シード
Doctor Anywhere			オンライン診療	2020/03	シリーズB
eDoctor			オンライン診療	2020/04	シード
Naluri			オンライン診療	2020/04	プレシリーズA
RWDC Industries			バイオテクノロジー	2020/04	シリーズB
BuyMed			医薬品 マーケットプレイス	2020/04	シード

Authors

We welcome your questions, comments and suggestions.



諏訪 雄栄 / SUWA, Yoshihiro

パートナー

(シンガポールオフィス在籍)

yoshihiro.suwa@rolandberger.com

京都大学法学部卒業後、ローランド・ベルガーに参画。日本および欧州においてコンサルティングに従事。その後、ノバルティスファーマを経て、復職。製薬、医療機器、消費財を中心に幅広いクライアントにおいて、成長戦略、海外事業戦略、マーケティング戦略、市場参入戦略(特に新興国)のプロジェクト経験を多数有する。

Publisher

Roland Berger GmbH

Sederanger 1

80538 Munich

Germany

+49 89 9230-0

www.rolandberger.com

Disclaimer

This study has been prepared for general guidance only. The reader should not act on any information provided in this study without receiving specific professional advice.

Roland Berger GmbH shall not be liable for any damages resulting from the use of information contained in the study.

Order and download

www.rolandberger.com

Stay tuned

www.twitter.com/RolandBerger

www.facebook.com/RolandBergerStrategyConsultants

A detailed insight into current thinking at Roland Berger is available via our new microsite at new.rolandberger.com.

© 2015 Roland Berger GmbH.

All rights reserved.

Roland
Berger

