

第 2 章

The Health Market

保健医療市場



東アフリカ農村部では保健医療分野で、BOP 世帯が直面する困難な状況と、その裏返しとして、潜在的市場の可能性が示されています。多くの場合公的な保健医療サービスは限られ、薬一特に効き目のある一を購入できる場所・方法を見つけることさえ難しい状況です。ウガンダの農村部の典型的な家庭が1年間に費やす保険医療費は僅か183ドルです。その半分が薬一多くは非処方薬一の購入に充てられます。BOP 世帯では、自己治療が一般的です。

薬品や、その他保健医療関連の消費財—コンドーム、水道濾過用フィルター、マラリア対策用蚊帳等—の効果的流通の整備・改善に対する膨大なニーズが実際にあるにもかかわらず、支出額だけを見ると、とても新しい医薬品ビジネスのフランチャイズを立ち上げるに相応しい有望な市場とは思えないかもしれません。しかしCFWshops Kenyaは、64カ所の地元経営のフランチャイズ店を立ち上げています。150種類を超える薬品を平均0.50米ドルで処方し、40万の顧客のニーズを満たし、しかも利益を上げているのです。CFWshops Kenyaや他のベンチャーは皆新しくしかも地元に着いています。これまであまり顧みられてこなかった大きなBOP 保健医療市場への革新的なアプローチの有効性を実証しています。

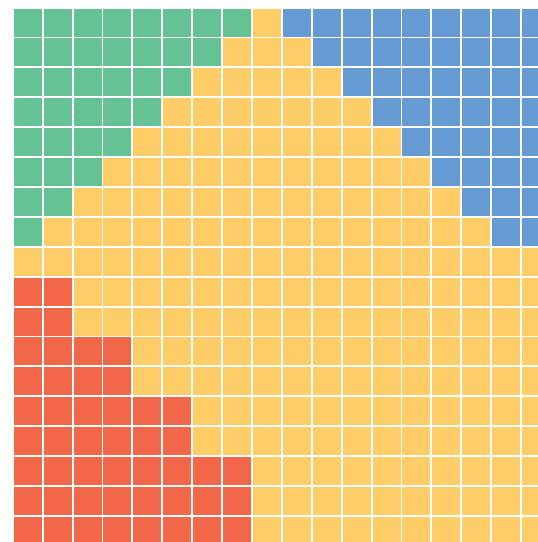
市場はどれくらい大きいのか？

アフリカ (12カ国)、アジア (9カ国)、東ヨーロッパ (5カ国)、ラテンアメリカ・カリブ海 (9カ国) のBOP 保健医療市場の規模の測定値は877億ドルです。これは、標準化したデータのある35カ国に住むBOP21億人の年間保健医療支出額に相当します。全調査国を含めると、これら4地域のBOP 保健医療市場は、39億6,000万人、推計額1,584億ドル規模の市場です (推計手法については第1章囲み1.5参照)。¹測定値で見ると、アジアは地域として最大のBOP 保健医療市場で一大きなBOP人口 (15億人) を反映し、482億ドルとなっています。アジア (中東を含む) のBOP 保健医療市場全体の大きさは推計955億ドルです。これは29億人の保健医療支出額に相当します。次に大きいのがラテンアメリカです。2億7,600万人が支払うBOP 保健医療支出は測定値で201億ドルで、BOP 保健医療市場全体の規模は、推計240億ドル (3億6,000万人) です。

東ヨーロッパのBOP 保健医療市場の測定値は、1億2,400万人の支出額112億ドル、市場全体の大きさは推計209億ドル (2億5,400万人) です。アフリカの

BOP保健医療支出

1,584億ドル



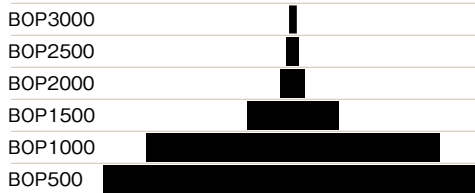
10億ドル(PPP)	
アフリカ	18.0
アジア	95.5
東ヨーロッパ	20.9
ラテンアメリカ	24.0

上記の箱一つで約5億ドル

アジアでは、パキスタン、バングラデシュ、タジキスタンが極端な例で、保健医療市場の98%をBOPが占めています。

マラウイ

所得区分別保健医療支出総額



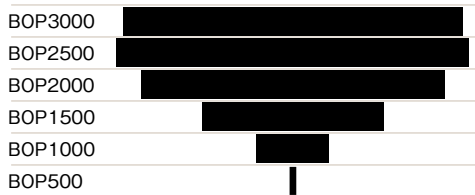
タジキスタン

所得区分別保健医療支出総額



ロシア

所得区分別保健医療支出総額



BOP保健医療市場の測定値は、2億5,800万人の年間支出額81億ドルで、市場全体の大きさは推計180億ドル(4億8,600人)です。

全世帯の保健医療支出に占めるBOPの割合、すなわちBOP市場の相対的重要性は地域、国によって様々です。アジアでは、BOP層が85%と保健医療市場を支配しています。それ以外の地域では、BOP層のシェアは遥かに少なく、アフリカ54%、東ヨーロッパ45%、ラテンアメリカ38%です。東ヨーロッパとラテンアメリカでは、人口の大多数をBOP層が占めているにもかかわらず、中所得および高所得層が保健医療市場を支配する傾向が見られます。しかし、アンバランスはアフリカが最も顕著で、総人口に占めるBOPの割合は95%である一方、支出総額に占めるBOPのシェアは54%です。

国レベルでも、BOP層の保健医療支出のシェアにかなりの差が見られます。アジアでは、パキスタン、バングラデシュ、タジキスタンが極端な例で、保健医療市場の98%をBOPが占めています。タイ(多くの人が中所得の国)でのBOPのシェアは44%です。アフリカの極端な例は、ナイジェリアでBOP層が98%を占めています。南アフリカ(人口の25%を占める富裕層が市場を支配)でのBOP支出が全体に占める割合は、僅か9%です。

東ヨーロッパではカザフスタンのBOPが圧倒的で77%を占め、次いでマケドニア旧ユーゴスラビアの38%です。ラテンアメリカ・カリブ海地域ではジャマイカ(90%)が最大のシェアを占め、次いでペルー(77%)、最もシェアが小さいのはコロンビア(31%)です。一般に人口に占めるBOPの割合が小さくなるに従って、比較的富裕な人口区分が保険医療費のシェアを不均衡に占める傾向が高まります。

市場はどのように分布しているか?

下位集中型BOP市場—支出の半分以上がBOP所得6区分の下位3区分の所得層による支出—が、アフリカ(12カ国中9カ国)とアジア(9カ国中8カ国)で支配的です。マラウイとタジキスタンがこの傾向を示しています。より経済規模の大きなインドとインドネシアも下位集中型ですが、より中位のBOP1000(500ドル超1,000ドル以下)—BOP2000(1,500ドル超2,000ドル以下)寄りに集中しています。年間の医療費支出350億ドル(国全体の支出の85%)のインドのBOP層についてこの支出傾向の特性をケース・スタディ2.1に示しました。一般にアフリカとアジアのBOP保健医療支出区分ごとの分布は、それに対応する人口の分布と同じ傾向を示しています。

ケース・スタディ 2.1 インド

実質的BOP中位集中市場

インドのBOP世帯の保健医療支出はBOP1000、BOP1500、BOP2000に集中しています。ゆえに、下位集中型ではありますが、マラウイ等の国の様な最低所得層に市場が支配されているわけではありません。これらの3所得区分がインドのBOP保健医療市場の76%を占めています。さらに保健医療市場全体の65%、世帯全体の78%を占めています。1億5,500万世帯、年間保健医療支出総額266億ドルの市場は、かなりの大きさの市場と言えます。上記各所得区分の1世帯当たりの年間保健医療支出額はそれぞれ111ドル、183ドル、264ドルです。

所得が増えても世帯当たりの保険医療支出に大きな変化は見られません。人口は比較的少ないものより富裕なインドの中所得層(391ドル)の1世帯当たりの年間保健医療支出額はBOP(192ドル)の約2倍に過ぎません。

東ヨーロッパとラテンアメリカの測定国は全て上位集中型の支出傾向を示しています。ロシアとペルーがその典型的な例です。ケース・スタディ 2.2にはBOPが年間保健医療に41億ドル(国全体の38%)支出しているメキシコの例を取り上げています。

世帯は何に支出しているか？

世帯がどんな製品・サービスを購入するかの意思決定は、ある程度所得の大きさによって決まります。それゆえ所得層別の平均的世帯支出を見ることは、製品設計に有益な指針を提供します。しかし支出するかどうかの意思決定、特に保健医療関連の支出については、そのサービスや製品を手に入れるまでの交通の便・アクセスにも左右されます。病院や診療所までの交通費に多額の現金が必要だったり、給料分に相当したり、サービスより高くつくことがわかると、事例報告が証明する通り、価格に敏感なBOP世帯は、症状がより深刻になるまで治療を受けることを待つかかもしれません。²いずれにしろ、保健医療サービスの利用機会が増え、利用できる場所が近くにあれば、交通費を支払う必要もなく、保健医療に費やすお金が実質的に増えることになります。それゆえ、現時点での保健医療支出は、支払う意欲の下限と考えるべきなのかもしれません。

BOP世帯の平均的保健医療支出は国によって様々です。市場が上位集中あるいは下位集中かどうか、また公的保健医療サービス利用がどの程度BOPに認められているかによって状況は異なります。あるいは各国の家計調査の質問内容や支出項目の違いも影響していると考えられます。例えば、インドネシア、パキスタン両国は共に下位集中型BOP市場ですが、家計調査に報告されたBOP1世帯当たりの保健医療支出額の平均はかなり異なります:78ドルと197ドル(共にアジアの測定国の極端な事例)。

さらに有意な支出傾向の特徴は、BOP世帯の平均年間保健医療支出の地域別の中央値に見出すことができるかもしれません。各地域の中央値は、アフリカ154ドル(ナイジェリア)、168ドル(ガボン)、アジア131ドル(スリランカ)、東ヨーロッパ152ドル(ウクライナ)、ラテンアメリカ325ドル(ペルー)です。ほとんどの測定国で、BOPの所得増に伴い1世帯当たりの保健医療支出も増えています。しかし、最も高い所

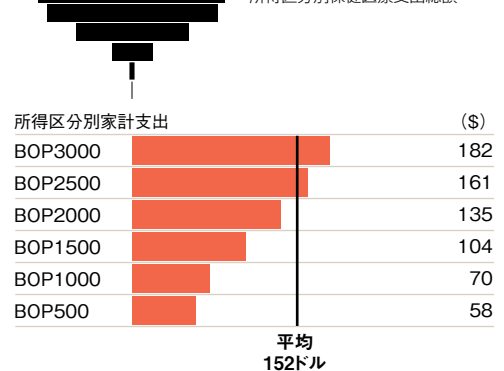
インド

所得区分別保健医療支出総額



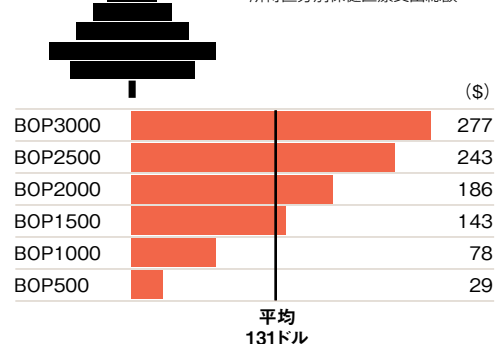
ウクライナ

所得区分別保健医療支出総額



スリランカ

所得区分別保健医療支出総額



ケース・スタディ 2.2 メキシコ:

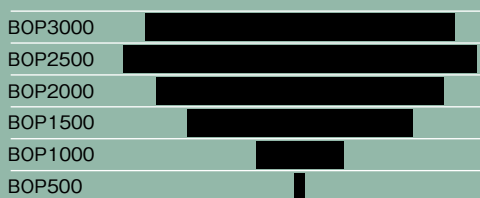
典型的な上位集中型市場

メキシコのBOP保健医療支出は、BOP6所得区分の上位3区分に集中しています。これら3区分がBOP世帯の61%（950万世帯）を占め、BOP保健医療市場（年間支出額30億ドル）の75%に相当します。しかしメキシコ保健医療市場全体の僅か29%に過ぎません。上位3区分の1世帯当たりの平均年間保健医療支出は、それぞれ235ドル、359ドル、394ドルです。

所得が増えるに伴い1世帯当たりの平均保健医療支出も2倍以上に増え、BOP層は1年間に260ドルで、中所得層は635ドルです。中所得層の保健医療支出は、BOP支出全体の支出額より60%大きい状況です。

メキシコ

所得区分別保健医療支出総額



得区分のBOP2500、BOP3000層については、多くの国で保健医療支出が所得と比例した伸びを見せていません—BOPの潜在需要の存在を示唆しています。

上記各国のBOP3000の1世帯当たりの平均保健医療支出額とBOP500のそれとの比はそれぞれ、ナイジェリア8:1、ガボン6:1、スリランカ9.5:1、ウクライナ3:1、ペルー6:1です。保健医療分野での調整助成金ビジネス・モデル（比較的豊かな顧客がBOP顧客向けのサービスのための助成金の一部を負担等）—インドのAravind Eye Care Hospital等—は、BOPの最貧困層に手術などの割高な保健医療サービスを提供する手段としてその効果が期待できる戦略です（ケース・スタディ 2.3）。

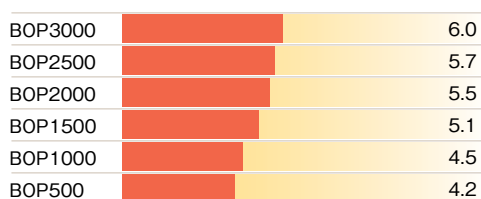
所得は引き続き上昇し、1世帯当たりの保健医療支出も増え続けています。しかし、アフリカ以外の地域は、所得の増分に比べて、支出の伸びはわずかです。中所得区分の1世帯当たりの保健医療支出のBOPのそれとの比は、ロシア1.5:1、コロンビア2:1、インド2:1、タイ3:1—ナイジェリアと南アフリカはそれぞれ11:1、14:1です。

市場はどこにあるか？

BOP保健医療市場の都市部と農村部の相対的規模は地域によって異なります。アジアでは、主にBOP人口の分布を反映し、農村BOP保健医療市場は都市部の約2.4倍の規模です。例えばパキスタンのBOP保健医療市場の71%が農村部です。アジアの測定国の中で唯一インドネシアの都市部の保健医療支出が農村部の支出を上回っています。BOP人口の割合は一般的に農村部が大きいにもかかわらず、アフリカの都市部と農村部の保健医療市場は、ほぼ同じ大きさです。例えば、ナイジェリアの農村部は都市部より22% BOP世帯数が多いにもかかわらず、BOP保健医療市場に占める割合は52%です。東ヨーロッパでは、これとは対照的に、都市部のBOP保健市場は、農村部より

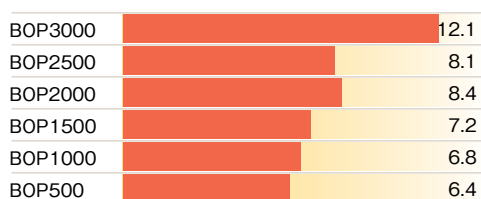
ペルー

保健医療家計支出割合



シエラレオネ

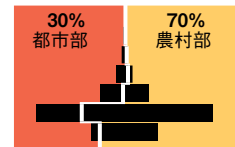
保健医療家計支出割合



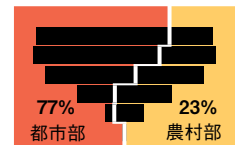
BOP世帯の多く、特に下位集中市場の低所得区分の世帯の病気への対応は、まず自己治療を行う傾向があります。

都市部と農村部における所得区
分別 BOP 保健医療支出総額

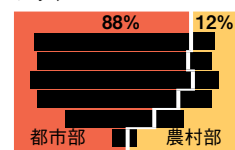
パキスタン



ロシア



ブラジル



61%大きい状況です。ロシアではBOP保健医療市場の61%を都市部が占めています。ラテンアメリカでは、都市部と農村部の市場規模の違いは大きく、都市部BOP保健医療市場は、農村部の3.5倍に達しています。ブラジルとコロンビアの都市部の割合はそれぞれ85%と73%です。

一般に農村部より都市部のBOP世帯の方が平均的に保健医療費を多く支払っています。例えば、グアテマラの都市部の年間支出額は451ドルであるのに対し、農村部は372ドルです。

全地域について、都市部への中所得および高所得人口の集中を反映して、都市部の保健医療支出総額に占めるBOP支出の割合は、農村部でのBOPの割合より少ない状況です。

BOPは何を買っているか？

BOP世帯の多く、特に下位集中市場の低所得区分の世帯の病気への対応は、まず自己治療から始まります。³それゆえ、薬局その他薬品を入手できる場が保健医療の最前線を担っている場合が多く見られます。これは、特に診療所や病院などへのアクセスが限られている農村部において顕著です。本分析で報告する多くの調査結果もこれを裏付けおり、ほとんどの測定国の全てのBOP所得区分において、BOP保健医療支出の半分以上が薬品購入に充てられています。結果として、各国、特にアフリカおよびアジアの医薬品市場をBOPが支配しています。

ナイジェリアと南アフリカを除くアフリカのBOP世帯は、保健医療費の51% (ウガンダ) から87% (シエラレオネ) を医薬品に費やしています。この割合は、より低い所得区分で高くなり、所得が高くなるにつれて若干減少します。メキシコ以外のラテンアメリカのBOP世帯は保健医療費の50% (コロンビア) から74% (ブラジル) を医薬品の購入に充てています。より低い所得

ケース・スタディ 2.3

保健医療サービスの合理化:

白内障手術に「組み立てライン」アプローチを導入

その昔、Henry Fordは、自動車製造工程を標準化・合理化させ、製造コストを下げることによってより多くの人々が自動車を手に入れられるようにしました。現在、インドのAravind Eye Care Hospitalsは、同じアプローチを白内障手術に適用しています。Aravindシステムは、病院の作業フローを効率化するために各部の専門性を信頼し集中的に活用するものです。例えば執刀医は、西側諸国の専門医が通常担当する件数の6倍に相当する150件の白内障手術をこなしています。コスト削減のために、Aravindは、姉妹医療機関Aurolabを創設し、人工水晶体を米国の価格の50分の1の価格で製造し、それ以外にも手術で利用する縫合器具や薬品を地元で製造できる体制を整えました。

Aravindは、毎年何百万人の患者の中から白内障による視力喪失の危険性のある人を特定し20万件近くの手術を行っています。Aravindビジネス・モデルの重要な点は、多層構造の価格体系あるいは調整助成金システムです：1回の手術に際し患者の支払う費用は、入院費を含め50～330ドルの幅があります。手術代を支払うことのできない多くのBOP世帯の患者の費用を含め、これらの費用は実際の手術の費用の65%に過ぎません。

治療費収入によって、Aravindは独立採算で経営を続け、事業を徐々に拡大するのに十分な利益を上げています。30年に渡り世界有数の医療サービスを提供するAravindの歴史は、手頃な価格で質の高い保健医療サービスをBOPに提供することが可能であることを実証しています (Pralhad 2005)。

ケース・スタディ 2.4 フランチャイズ戦略:

手頃な価格の保健医療サービスを求める人の元へ届けるためのビジネス・モデル

近年、フランチャイズ・モデルが、都市部と農村部の低所得地域へ保健医療商品やサービスを提供するために特に適した手段であることが実証されてきています。良く設計されたフランチャイズ構造には、厳しいビジネス環境であるBOP市場で企業の繁栄を可能とするビルトイン・クオリティー・コントロール、大量購入が可能な資金力、価格補助金、事業拡大能力が装備されています。

このアプローチの成功例の一つが、CFWshops Kenyaです。独立採算のフランチャイズ64店舗を都市部、半農村部、農村部に展開し、年間40万人の患者に必要なサービスを提供しています。フランチャイズ店は、政府公認の保健医療品・医薬品150～250種類を1処方約0.50米ドル—ケニアの低所得者が入手可能な価格—で提供しています。各店舗は、想定する顧客ベースから歩いて1時間以内の場所に開設されています。

フランチャイズ店舗のうち42カ所は、地域社会の保健医療事業従事者が経営し、年間平均600～800米ドルの収入を得ています。残りの22カ所は、資格を持った看護師が経営し、年間平均1,000～1,400米ドルの収入を得ています。参考のために、ケニアの看護師の給料は平均754米ドルです。全てのフランチャイズが、マラリア、下痢、アメーバー症（捻転胃虫）の予防・治療医薬品等、蚊帳、水処理薬品等を提供しています。それに加え、看護師の経営する診療所では、各種スクリーニング検査を実施し、より幅広い医薬品が用意されています。

CFWshopのフランチャイズ本部は、抜き打ち的な監査や契約解除をほのめかし、各フランチャイズが製品の質や価格について厳しい基準を維持するよう求めています。一方各フランチャイズの経営者は、CFWshopシステムの一員となることで、様々な恩恵に浴することができます。即ち、信頼されているブランド、マーケティング費用およびベスト・プラクティスの共有、団体交渉や大量購入による薬品価格の値下げです（Fertig and Tzaras 2005）。

BOP層に保健医療品やサービスを提供しているフランチャイズのもう一つの成功例が、民間セクターのビジネス・モデルを使ったインドの非営利組織であるJananiです。Jananiは、業務の効率化を図るため、幾つかのアプローチを組み合わせ実施しています。即ち、一部の製品への助成金付与、大量割引の適用を受けるための大量取引、既存の地域社会のネットワークおよびビジネス・ネットワークの活用、技術活用です。Jananiは、3経路—31,000店の既存小売店、農村部の保健医療サービス提供者4万人のネットワーク、医者のある診療所520カ所—を通じて避妊薬・避妊具を低いコストで販売することに重点を置いています。2005年にJananiは、5,790万個のコンドームと経口避妊薬990万セットを販売し、160万カップルの希望しない妊娠を回避する手助けをしました。⁴

さらに別の成功例が、メキシコ全土に医薬品チェーンを展開するMi Farmacita Nacionalです。同社は、低所得層に、低コストのジェネリック医薬品、精製水、粉ミルク、コンサルテーション・サービス、術前サービスを提供しています。副収入を得るために、独立採算のフランチャイズ経営者は、電話やインターネット・サービスも提供しています。⁵

上のいずれのフランチャイズ事業も、雇用を創出し、地域社会に根ざした保健医療基盤を構築しています。それゆえ、価値創造の地域密着化戦略の有効性の実証例と言えるでしょう。

多くの開発途上国が偽薬問題に直面している現在、BOPの医薬品支出の大きさは、
医薬品流通システム整備と品質管理の重要性を示しています。

層の医薬品費の割合が高い状況は同じです。この傾向は、ほとんどの東ヨーロッパの国々（ロシア69%）とインドでも確認できます。アジアの一部の国では異なる傾向を示しています。

測定国のデータから見た医薬品市場の規模とBOP世帯の医薬品支出額は以下のとおりです。

- アフリカのBOP医薬品市場は、39億ドル規模—ナイジェリア単独で13億ドルです。ナイジェリアの保健医療市場の87%を占めるBOP下位3所得区分層が、1年に費やす医薬品費は平均47.99ドルです。
- アジアのBOP医薬品市場の大きさは、308億ドル—インド単独で266億ドルです。BOP1000～2000の3つのBOP所得区分に属するインドの1億5,500万世帯が1年に費やす医薬品費は平均134ドルです。
- 東ヨーロッパのBOP医薬品市場は、92億ドル規模—うち80億ドルがロシア市場です。ロシアのBOP世帯は、保険医療費の87.1%を医薬品に充てています。1年に費やす医薬品費は平均314ドルです。
- ラテンアメリカBOP医薬品市場の大きさは129億ドルです。BOP世帯は、保健医療費の64%を医薬品に充て、年間医薬品支出額は、201ドルです。

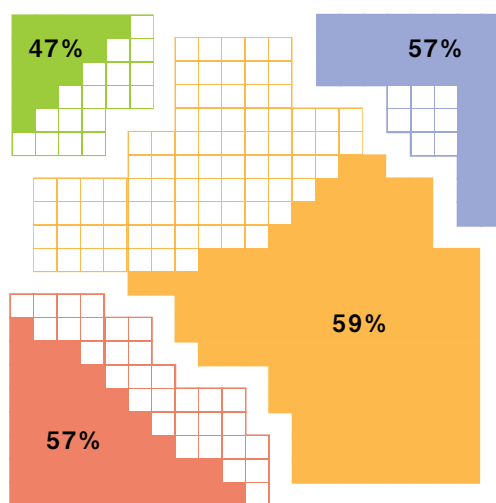
多くの開発途上国（特にアフリカ）が偽薬問題に直面している現在、BOPの医薬品支出の大きさは、医薬品流通システムの整備と品質管理の重要性を示しています。フランチャイズは、医薬品の流通システムを整備すると同時に医薬品の品質の管理とビジネスの効率性向上を実現できるビジネス・モデルです（ケース・スタディ 2.4）。

後注

1. 各国の家計調査では、全ての保健医療支出項目に関する情報が収集されているわけではないので、ある国の家計調査から得られる支出データは、その国の実際の支出額の最小推計値とみなされるべきです。
2. 2006年10月19日にメキシコシティで開催された世界資源研究所主催 BOP Circle meeting に出席した参加者のコメント。
3. 2006年5月にワシントンD.Cで世界銀行、保健・栄養・人口部門 April Harding と Alex Preker へのインタビュー。
4. Janani、「Welcome to Janani: Overview」<http://www.janani.org/overview.html> (2007年1月31日アクセス)
5. Mi Farmacita、「Beneficios」<http://www.tiendavirtual.ws/mifarmacita/contenido.cfm?cont=BENEFICIOS> (2007年1月31日アクセス) ケース・スタディ 2.4。

BOP 保健医療市場における 医薬品支出の割合

567 億ドル



医薬品市場
10億ドル(PPP)

アフリカ	3.9
アジア	30.8
東ヨーロッパ	9.2
ラテンアメリカ	12.9

上記の箱一つで約2億5,000万ドル