



# 研究レポート

---

No.369 April 2011

---

---

成長する中国の医療市場と医療改革の現状

上級研究員 江藤 宗彦

---

富士通総研(FRI) 経済研究所

## 成長する中国の医療市場と医療改革の現状

上級研究員 江藤宗彦

[eto.munehiko@jp.fujitsu.com](mailto:eto.munehiko@jp.fujitsu.com)

### <要旨>

現在及び今後の中国社会が安定性を維持する上で、医療制度改革は最も重要な政策課題の一つであると言っても過言ではない。中国は、2000年に世界保健機関（WHO）より医療システムの非効率性を指摘されて以来、本格的に医療改革を進めてきた。これまで既に、保険加入者数の増大や病院の整備等を目的とした改革を実施してきたが、2009年には新医療改革を公表し、「量」ではなく「質」、あるいは医療システムの構造そのものを変化させる方針を示した。国家基本薬品制度の創設、プライマリ・ケアの充実、公立病院改革などは、中国の医療制度を大きく転換させようとする改革項目である。本研究は、近年の中国医療制度改革の実態と課題を検証し、中国の医療制度改革が日本の医療産業に与えるであろう影響を考察するものである。

本稿では最終的に5つの指標（5つのC）に基づいて中国医療制度改革の課題を提示する。保険加入率・給付内容（Coverage）が改善するなか、国家基本薬品制度導入等の医療制度改革の実施により医療費抑制（Cost Control）を図ったとしても、医療費は自然に増大していく。その増大分を賄うため（Cost Sharing）に政府の財政支出が増えていくと思われる。連携医療（Coordinated Care）については、人材育成と患者の意識変化・行動変容には時間がかかるため、中長期的な課題として残っていくと思われる。そして、個人の選択（Choice）は、中国が抱える地域格差・所得格差に連動する。

日本の医療関連産業にとって、中国は、大きなビジネスチャンスであると同時に、様々なリスクがある市場である。新医療改革の中では、国家基本薬品制度創設が我が国の医療関連産業に与える影響は甚大である。また、我が国の医療機関は、中国でのブランチ病院の設立・運営や医療機関運営支援ビジネスに取り組むべき時期に来ているのだろう。

### キーワード：

中国、医療制度改革、医療保険制度、医療費、医療財源の分担、連携医療、

<目次>

1. はじめに.....	3
2. 中国の医療市場の変遷.....	3
2.1. 成長する中国の医療市場.....	3
2.2. 中国の医療システムの変遷.....	6
2.3. 新医療改革.....	11
3. 中国の医療制度の評価.....	16
3.1. 5つの課題.....	16
3.2. 保険加入率・給付範囲.....	17
3.3. 医療費抑制.....	18
3.4. 財源分担.....	20
3.5. 連携医療.....	20
3.6. 患者の選択.....	22
4. おわりに.....	23

## 1. はじめに

中華人民共和国（中国）は、2010年にGDP（国内総生産）で日本を抜き世界第二位の経済大国に躍り出し、民衆の生活も飛躍的に改善した。しかしその中国において、いまだ発展途上にある分野の一つが医療である。

1949年の建国から中国は社会主義を標榜し、医療のユニバーサル・サービス提供を目指した。このような体制下で医療提供はある程度実現されたものの、財政的な負担を政府と国有企業が担う構造はそもそも持続可能でなかった。

1970年代後半からは、鄧小平の指導の下で改革開放政策に基づく人民公社の解体や国有企業のリストラクチャリングが進められ、財政基盤を失った医療システムは深刻な打撃を受けた。さらに、目覚ましいスピードで成長する経済とは対照的に、その後の医療改革のスピードは遅々としたもので、高い医療費負担を前提とした医療サービスにアクセスできない国民が増大していった。しかし、2000年の世界保健機関（WHO）による医療システムに関する評価が、191カ国188番目の低いものであったことを契機に、中国政府は医療制度改革に本腰を入れ始めた。また胡錦濤政権は和諧社会の実現や内需主導の経済モデルへの転換を掲げており、医療制度改革においても2009年より新たな枠組みでの改革を実施している。

こういった改革の背景には、生活水準の向上により、医療の充実を国民の多くが求めるようになったという社会事情がある。2000年代に中国は年率10%超の経済成長を継続している。持続的な高成長の結果、都市部を中心に可処分所得は急速に上昇しており、高水準の医療サービスへのニーズが高まってきている。

本稿では、中国の医療市場の現状及び改革について検討を加えた。第2章の「中国の医療市場の変遷」では、建国以来の中国の医療制度の推移を整理するとともに、近年の改革動向について解説を加える。続いて第3章では前述の2章を踏まえ、5つの指標を用いて改革の分析・評価を行った。そして第4章では、総論として中国の医療制度改革の方向性を検証すると共に、我が国の医療産業にとって中国の医療市場成長はチャンスであるという認識に立ち、日本の医療産業への影響を考察した。

## 2. 中国の医療市場の変遷

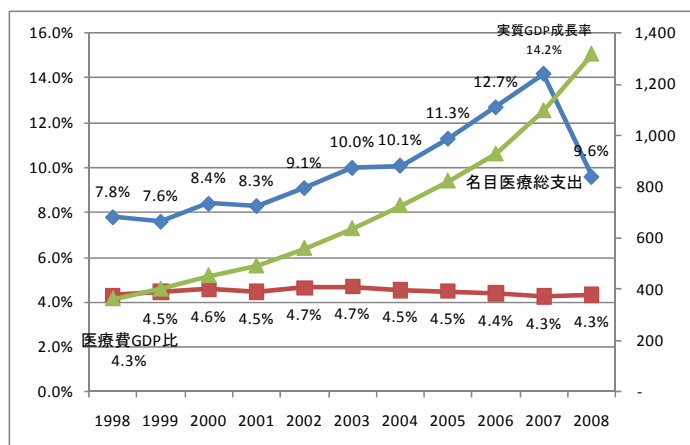
### 2.1. 成長する中国の医療市場

中国は、近年、年率10%超の実質GDP成長を記録し続けており、2006年に12.7%、2007年に14.2%の高成長を達成した。リーマンショックを起因とする世界同時不況後も、高い成長を記録し2009年の成長率は9.1%。2010年は10.5%と予測されている（図表1参照）。

高い経済成長に伴い名目医療総支出も急速に増大してきており、医療費の対GDP比で4%超の水準を維持してきている（図表1参照）。米国・英国・日本等の先進国と比

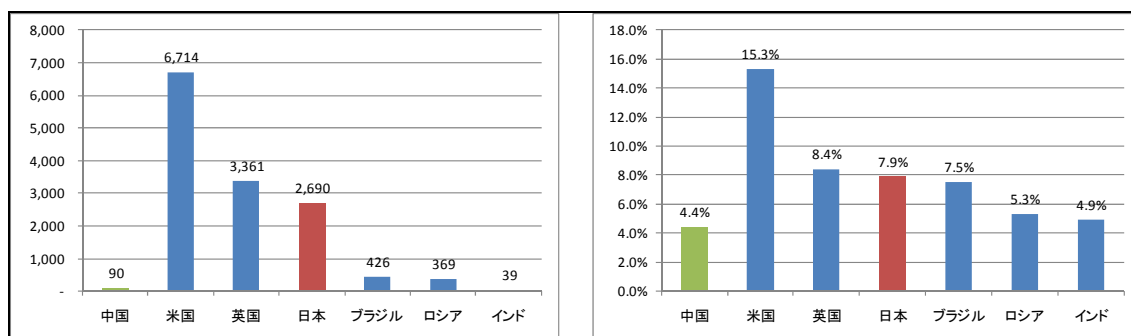
較すると医療支出の対 GDP 比は依然として低い水準にあるが、ロシアやインド等の新興国とは同程度の水準（図表 2 参照）にある。また、一人当たり医療費でみた場合には、中国のそれは 90 ドルであり、米国の 1%、日本の 3%の水準でしかなく、大きな成長余力を残していると考えられる（図表 2 参照）。

図表 1：中国 実質 GDP 成長率、医療費の GDP 比、名目医療総支出（10 億元、右軸）



出典：IMF(2010a)・中華人民共和国衛生部（2010）より筆者作成

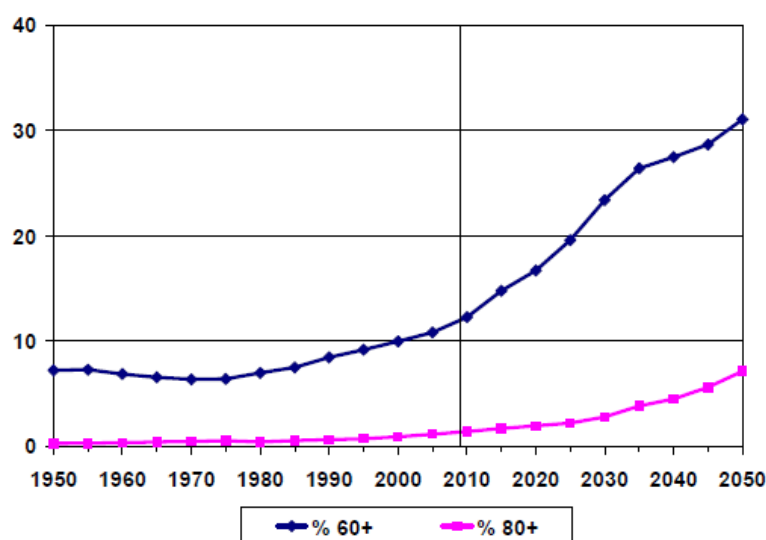
図表 2：2006 年一人当たり医療費（単位：米 \$、左下図）・医療支出の対 GDP 比（右下図）



出典：WHO Statistics より筆者作成

国際連合人口局は最新の人口動態統計を基に各国の人口予測を実施しており、図表 3 に出生率中位推計を基に推定した中国の人口予測を示す。同人口推計によれば、一人っ子政策による低出生率と長寿化による 60 歳以上人口の増大により、2010 年以降は急速に 60 歳以上人口の比率が高まっていく見通しである。一般的に免疫能力が低い高齢者群の発症率は高く、慢性的な疾患を有する事も多いため、医療サービスや薬品への需要は大きい。同予測では、2050 年の 60 歳以上人口は 4.4 億人、80 歳以上人口は 1 億人に達する見込みである。また、2010 年に 13.5 億であった人口が、2030 年にはピークの 15 億に迫ると予測している。高齢者数の増加だけでなく、人口の増加も医療費の押し上げ要因になる。

図表 3：中国の高齢者の人口に占める割合



出典：Population Division of United Nations (2009)

他方、国際社会で大きな関心を呼んでいる中国の経常収支のインバランスや人民元問題の観点からも、中国は医療制度改革を推し進めることが求められている。IMF(2010b)は、中国の経常収支黒字の主因の一つとして、高い貯蓄率を指摘している。この高い貯蓄率の原因の一つとして、国民の多くが、医療費が高騰する中、医療保険制度の未整備のため、病気になった時に発生する多額の自己負担へ備えるため貯蓄していることが考えられる。医療保険制度を充実させれば、国民は将来発生する医療費を心配しなく済み、それまで貯蓄に回していた資金を消費に回すことができるようになる。経常収支のインバランスや人民元の問題を解決していく上で国内消費を高める事が重要であり、医療制度改革がマクロ経済の観点からも重要な政策に位置づけられている。

以上を踏まえると、中国は、一人当たり医療費及び医療費の対GDP比で低い水準にあり、政府が進める医療制度改革、人口の増加及び人口高齢化等の要因により、今後も中国の医療市場は高い伸び率で成長していくと推定される。

## 2.2. 中国の医療システムの変遷

中国の医療制度は、改革開放等の国家的な大変革の影響を大きく受け、紆余曲折を経ながら、現在に至っている。本稿では、Liu and Yi (2004) の分析を参考に、中国の医療システムを、計画経済下（1949年～1979年）、市場経済移行時（1980年～2000年）、医療改革推進期（2000年以降）の3段階に分類した。

図表 4 中国の医療の分類



### (1) 計画経済下の医療制度

中国は、中華人民共和国設立後30年間は、ソビエト型の社会主義計画経済モデルを採用していた。社会主義計画経済の基本原則は、「公的所有」と「中央での計画」であり、医療制度も同原則に則って整備され、1970年代末までには、政府の計画・統制の下、国民は無料又は低負担で基本的な医療サービスを受けることが可能になっていた。

その反面、医療機関は費用が収入を大幅に超過し、その収支差を、政府、国有企業及び共同組合（人民公社）が補填する仕組みとなっていた。このような公費医療は、サービスの受け手である患者に重複診療や薬品の不正受給の誘因をもたせ、医療費高騰もあり、政府の財政状態や国有企業の財務状況は悪化していった。

### (2) 市場経済移行時の医療制度

毛沢東時代の大躍進政策や文化大革命で疲弊した経済を立て直すため、鄧小平指導部は1978年12月に「改革開放」を発表し、市場経済体制への移行を開始した。市場経済への移行に伴い、財政的に破綻していた医療制度も大変革を迫られることになる。

医療制度に最も早く大きな影響を与えたのは、人民公社の解体である。1979年には農村人口の90%が人民公社に所属していたが、解体に伴い1985年にはその比率は10%まで急激に下落した。これにより、人民公社を基に運営されていた医療保障が機能しなくなった。農村の医師は、無料医療の提供を止め、出来高払いの診療を開始するものの、十分な収入が得られなくなり、農村の診療所及び医師の数が激減した。

公的医療機関も、計画経済下と大きく異なる医療機関運営を迫られる事になった。市場経済への移行に伴い、政府税収の急激な落ち込みと国有企業の赤字により、公的医療機関への補助金が大幅に削減された。都市部では国営企業による従業員への医療保障が終わり、医療保険によって代替されるようになった。政府は強制保険の仕組みを採用していたものの、市場経済への移行によって出現した民間企業の多くは医療保

険料の納付を行わず、医療保険の加入者数は減少していった。

また、物品の価格統制の解除により医療原価が増加する一方で、診療報酬の引き上げがなかなか行われなかったため、病院の財務状況は悪化していった。医療機関は自らの存続のために、利益追求に走る結果となり、自費での医療サービスの提供、過剰投薬、差益の高い薬品の投与、正当でない報酬の受領等の悪慣行を行うようになった。

人民公社解体により農村で発生した出来高払い医療、都市部での失業者数の増大、医療費の上昇、医療保険の加入者数減及び給付内容の悪化、地方政府間での財政不均衡等の複合的な要因により、国民の多くが必要な医療を受けられなくなっていった。例えば、1995年には医療支出が自己負担に占める割合が47%であったが、2000年には60%まで急激に上昇した。そのような状況に鑑みて、世界保健機関は、2000年に中国の医療システムを、加盟国191カ国中188位と評価した。中国政府は、これを大きな恥として、これを転機に医療制度改革を本格的に実施し始めた。

### (3) 医療改革推進期

中国政府は、2000年代に入って、医療制度改革を実施するにあたり、3つの医療保険制度を整備することを決定した<sup>1</sup>。①1998年に既に導入されていた都市労働者基本医療保険に加えて、②2003年に農村部を対象に新型農村協力医療保険を導入し、③2007年には都市部に居住する市民を対象にした都市住民基本医療保険を成立させた。また、農民工への医療保険提供義務を雇用者に課すことや、民間医療保険の発達も後押ししている。

図表 5： 中国の医療保険制度の概要

保険種類	農村型医療保険	都市型医療保険	
	新型農村協力医療保険	都市労働者基本医保	都市住民基本医保
実施体制	省級(省、直轄市、自治区)単位の制度、実施主体は省級・地区級・県級		
加入対象	農村部に居住する住民	都市部の企業の従業員又は退職者	都市部に居住する市民(除く労働者・退職者)
加入者数	8.2億人(08)	2億人(08)	1.2億人(08)
強制/任意	任意	強制	任意
制度導入年	2003	1998	2007

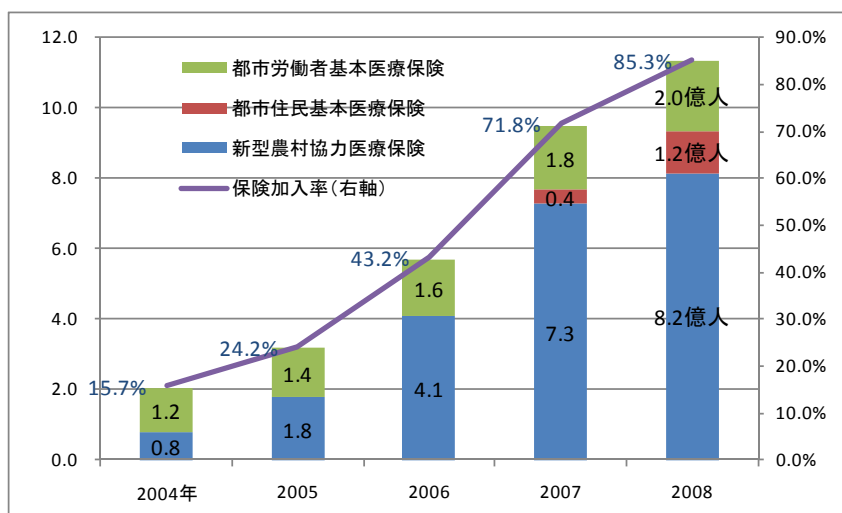
出典：各種資料より筆者作成

<sup>1</sup> 多数の農民労働者が、農村を離れ都市に出稼ぎに出て農業以外の仕事に従事している。しかし、中国では、1958年に制定された「戸籍登記条例」により、これらの農民労働者と都市住民を厳格に分離し、異なる戸籍が与えられている。医療保険制度もこの戸籍制度を前提に制度設計がなされた。なお、戸籍が異なることにより、あらゆる面で格差が存在し、農民労働者は、労働条件、社会保障、生活環境等の面で数々の困難に直面している。



2002年の新型農村協力医療保険の導入により、膨大な人口がいるにもかかわらず医療空白地帯であった農村での保険加入者数が劇的に増え、2004年に0.8億人だった加入者数が、2008年には8.2億人まで増大した（図表6参照）。これにより、保険加入率は劇的に上昇し、2008年時点で85.3%に達した。

図表6 中国 保険制度毎の保険加入者数・加入率



出典：中華人民共和国衛生部（2010）より筆者作成

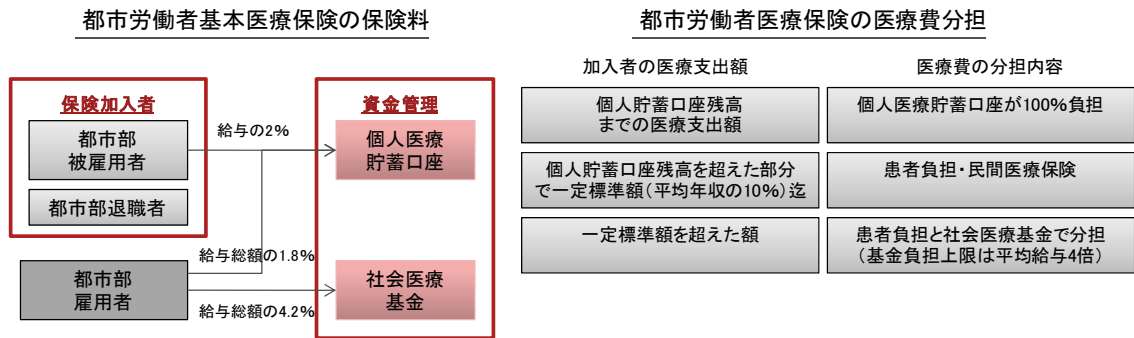
①都市労働者基本医療保険は、都市部の企業勤務者と退職者を対象にした医療保険であり、2008年の保険加入者数は2億人にのぼる（被扶養者は対象外）。労働社会保障部によれば、都市部労働者の4割以上及び都市部退職者の8割以上が本保険によってカバーされている。なお、最近では雇用関係が明確な農民工（農村からの出稼ぎ労働者）の加入を認める都市が増加しつつあるが、企業側が農民工の社会保障費を負担したくないという理由により、保険に入っていない場合が多いようである。

本保険は、被雇用者からの保険料と雇用者からの保険負担金で成り立っている。被雇用者は自らの給与の2%を、雇用者は給与総額の6%を拠出する形が基本（図表7参照）となっている。なお、退職者は保険料の納付を免除されている。雇用者が拠出する保険負担金だが、そのうちの30%は外来診療を対象とした個人医療貯蓄口座に積み立てられ、残りの70%は入院医療を対象とした社会医療基金に積み立てられる。

労働社会保障部が同保険の給付範囲や医療費の分担水準のガイダンスを示しているが、省・市政府は、保険料率、給付範囲や分担水準の決定について自由度を持っており、その内容は地域によってさまざまである。財団法人自治体国際化協会（2008）によれば、給付率に関して言えば、上海市では年齢、北京市では年間支払い医療総額によっ

て、給付率が異なる制度を採用している<sup>2</sup>。

図表 7：都市労働者基本医療保険の仕組み・原則



出典：各種資料より筆者作成

②都市住民基本医療保険は、市政府によって管轄され、都市部に居住する子供、学生、高齢者及び移民等を対象にした医療保険である。同保険の対象になる人口はおよそ 2.4 億人であり、2008 年時点で 1.2 億人がカバーされている。

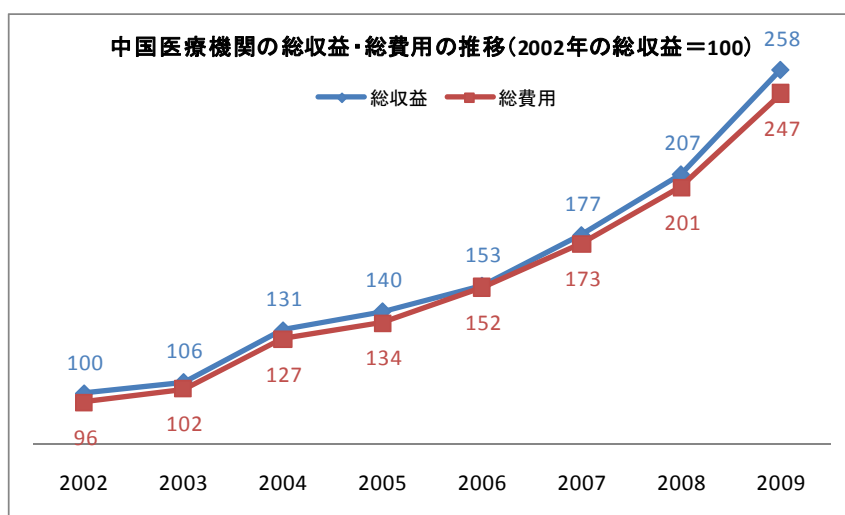
③新型農村協力医療保険は、地方政府によって運営される農村の住民を対象にした医療保険である。財源は、中央政府と地方政府の貢献分が加入者一人当たり 40 元、加入者個人が 20 元負担して、基金を構成している。制度導入後、保険加入率は急激に上昇してきており、2007 年時点の保険加入者数は、2,448 県で 730 百万人に及び、農村人口の 86%、農村地域の 85.5%をカバーしている。しかしながら、保険加入率は一つの指標であり、評価には注意が必要である。何故なら、同保険の給付範囲は重症の治療費のみに限定され、農村の医療支出の 30%を賄っているにすぎず、引き続き農村の医療費の大半は住民が負担しているからである。

医療供給体制に関しては、2000 年代に先進国の多くが急性期医療からプライマリ・ケアや予防医療に重点を移す中、その当時、医療資源が絶対的に不足していた中国では、医療供給力の増強と急性期医療の充実に重点を置いて改革を進めてきた（現在は医療総支出の 3 分の 2 を急性期医療が占める）。1990 年代には医療機関数に大きな変化はなかったが、2000 年から 2008 年の間に 25%医療機関数が急激に増大した。なお、病床数も同時期に同程度の伸び率を見せた。

<sup>2</sup> 中国では、医療保険を含む社会保障制度は、中央政府が政策の基本原則を策定し、省級政府(省、直轄市、自治区)が、中央政府の原則と合致すると同時に、それぞれの地域の特徴に基づいた、省単位の社会保障制度を策定する。また、医療保険の運営は、省級・地区級・県級の各級地方政府がそれぞれ実施しており、各級毎に対象者が異なる。例えば、企業でも規模等に応じて、省級の医療保険への加入対象となる場合と、地区級・県級医療保険に加入対象となる場合がある。

医療保険と医療施設の整備が進む中、医療機関の事業規模は急激に拡大してきた。図表 8は中国の平均的な総合病院の実質総収益と実質総費用を指数化したグラフであるが<sup>3</sup>、収益と費用共に右肩上がりであり、実質ベースで事業規模は7年間で2.5倍に拡大した。

図表 8： 中国医療機関の総収益・総費用（実質ベース）の推移



出典：中華人民共和国衛生部（2005・2010）より筆者作成

<sup>3</sup> 名目総収益・総費用を消費者物価指数で実質化。その上で2002年の総収益100として指数化した。

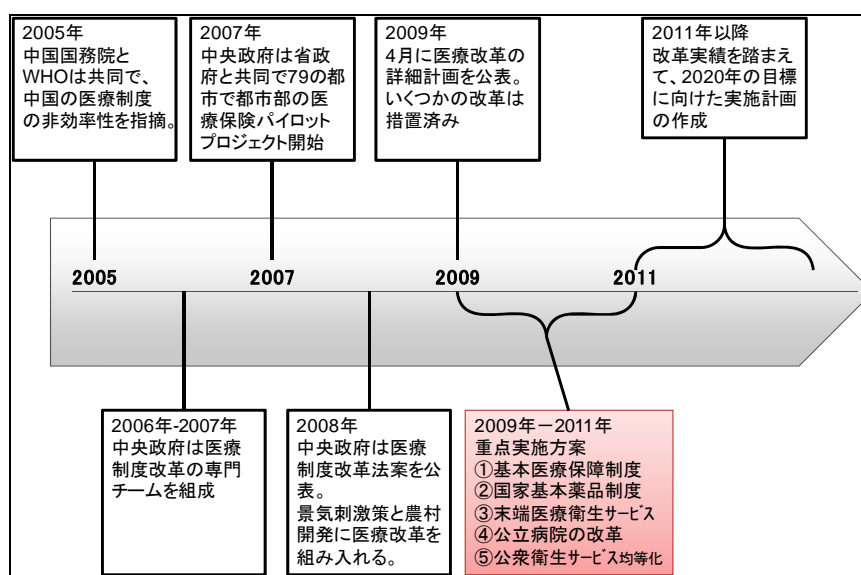
## 2.3. 新医療改革

### (1) 医療改革の流れ

2000年の世界保健機関の指摘を踏まえ、中国政府は医療保険加入率と医療供給力の向上に重点を置いて改革を実施してきたが、更なる医療の充実のために2009年4月に「健康中国2020」を発表した。中国政府は、2020年までに国民全体を対象にした基本的医療サービスの提供の実現を目指している（図表9参照）。

「健康中国2020」の策定ために、2006年に専門チームを組成し、2008年に改革案を公表した。2008年9月のリーマンショックによる世界的不況もあり、中国政府が2008年に打ち出した4兆元（2010年まで）の大型景気刺激策の一部に医療改革を組み込んだ。

図表9： 2005年以降の中国の医療改革の流れ



出典：各種資料より筆者作成

### (2) 短期の改革計画（2009-2011）

「健康中国2020」の最初の3カ年計画である「医薬衛生体制改革の重点実施方案（2009年-2011年）」では、短期的な改革目標が示されている。これらの目標は明確であり、2009年～2011年に都市部と農村での医療保険加入率を90%以上にする事、一般の医療機関へのアクセスとサービス基準を改善する事、最終消費者である患者が負担している治療費と薬品費を削減する事の3点である。

上記の改革を実施する上で、中国政府は3年間で8,500億元（≒10.2兆円、年間医

療総支出の約 20%、改革期間平均でGDP比 0.8%) の財政支出を確保している<sup>4</sup>。医療施設の整備や医療機器の購入資金にも投じられる見込みだが、医療保険への補助金や公衆衛生サービスの充実に毎年 1,600 億元が充当される予定である。

治療費及び薬剤費の削減にあたっては、価格競争力のあるジェネリック医薬品の普及、医薬品流通業界の再編統合による無駄の排除、医療保険の給付対象となる医療サービス価格の管理が実施される見込みである。

本改革の影響は広い範囲に及ぶとともに医療システム自体が非常に複雑であることから、多様な利害関係者間で少なからず意見の相違がある模様である。特に、国家基本薬品制度や公立病院改革については、合意形成を得ていくのは、多大な労力と時間がかかる可能性が高いと思われる。図表 10に改革案のポイントを示す。

図表 10 医薬衛生体制改革の重点実施方案（2009 年－2011 年）のポイント

基本医療保障制度の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険化入者の拡大(加入率90%以上)</li> <li>・一人当たり補助金額の120元への引き上げ</li> <li>・医療保険の給付範囲と給付割合の引き上げ</li> </ul>
国家基本薬品制度の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国家基本薬品目録の選定・調整メカニズムの確立</li> <li>・複雑な流通構造の簡素化・流通業者の合併等による大規模化</li> <li>・医薬品等の卸売指導価格の設定</li> </ul>
末端医療衛生サービスシステムの健全化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・末端医療組織の整備(2000箇所の県レベル病院、29,000のコミュニティー衛生サービスセンター(社区卫生服務中心)の設立)</li> <li>・研修による医療従事者の技能底上げによる医療水準の平準化</li> </ul>
公立病院の改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公立病院の管理・運営システムの効率化</li> <li>・薬価差益に頼る病院経営からの転換</li> <li>・医療機関の民営化、公共医療分野への民間資本の促進</li> </ul>
基本公衆衛生サービスの均等化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防接種・健康診断のサービスの普及と財源補助</li> <li>・国民健康カルテシステムの整備</li> <li>・テレビ放送を通じた疾病予防等の啓蒙活動の充実</li> </ul>

出典：中華人民共和国国務院（2009）より筆者作成

### (3) 基本医療保障制度の確立

中国政府は、医療保険加入率の改善にあたっては、三年以内に、都市労働者基本医療保険、都市住民基本医療保険及び新型農村協力医療保険で、都市と農村の全住民をカバーし、保険加入率をどれも 90%以上にまで高めることを目標にしている。なお、閉鎖・破産した企業の退職者や業況が厳しい企業の労働者や生活困窮者の保険加入を促進するため、中央政府財政は補助金を提供する予定である。

また、医療保険が提供する保障内容の充実を図るため、2007年に40元であった一人当たり補助額を、120元に引き上げる予定である。また、入院費用や外来診察費用の給付範囲や給付率を徐々に高めていくとしている。都市労働者基本医療保険と都市住民基本医療保険の最高支給額を、現行の給与の4倍から、6倍に引き上げる計画である。

<sup>4</sup> 8,500億円のうちの中央政府の負担額は3,318億元。

中国政府は、これまで医療保険の基金管理の共通指針を明確に示していなかったが、各基金は、収支のバランスを取りながら、剰余金を積み立てていくという方針を打ち出した。なお、累積剰余金が過大な地方においては、保障水準を引き上げる等で、基金の25%を超えないようにすることも推奨している。保険財政安定化のためのリスク対策資本制度の創設や説明責任向上のための基金の財務状況のディスクロージャーの充実も実施していく予定である。生活保護受給者や社会的弱者の保険加入を支援するため、それらの人々の自己負担への補助金額を徐々に高めていく計画を立てている。また、電子的な診療報酬の支払い制度を確立も謳っている<sup>5</sup>。

#### (4) 国家基本薬品制度の確立

中国では、薬価差益で病院経営を維持する「以薬養医」と言われる状況が蔓延しており、これまでの薬価制度は、医者にかかるのが難しく医者にかかるのに金がかかる「看病難、看病貴」という問題を引き起こす大きな要因の一つとして考えられてきた。中国政府は、これらの問題を解決し薬剤費を適正なものにしていくために、薬価制度の規制強化を図るとともに、医薬品製造及び流通業界の統合・再編を進めようとしている。

具体的には、中国政府は、製薬企業・医療機器メーカー・物流業者と個々の病院の仲介者として、省レベルで薬品入札機構を新たに創設することを計画している。薬品入札機構は、公開入札によって業者選定を行っていく予定であり、監督が十分でない医療機関による「薬漬け」を解消するとともに、より費用対効果の高い薬剤調達の仕組みの構築を目指す見込みである。なお、このシステムの下では、プライマリ・ケア医療機関が使用する基本薬品の80%が、直接配送されることになるとの予測がある<sup>6</sup>。

また、規制強化の一環として、中国政府が定める国家基本薬品目録に収載される医薬品・医療機器等は、より厳格な製造管理・品質管理（GMP<sup>7</sup>基準）や他の基準を満たすことが求められることになる。他方、中国政府としては、小規模で非効率な卸売業者や流通業者の乱立が、薬品の値段を不必要に押し上げており、薬品入札機構設立とあわせて、業者の合併が不可避との認識である。

こういった改革の結果、個々の病院や診療所における過剰投与の減少や物流の効率化が図れることが期待される。一方で、省レベルの薬品入札機構が強大な権限を持つことによる不適切な慣行の悪化・蔓延、個々の医療機関ニーズより薬品入札機構の判断が優先される等のデメリットが生じる可能性がある。

中央政府は、基本薬品の卸売指導価格を制定するとしており、薬価管理を強化して

<sup>5</sup> 我が国でいうレセプト・オンライン・システムに相当するもの。

<sup>6</sup> (出典) Deloitte Global Services Limited (2010)

<sup>7</sup> Good Manufacturing Practice の略称であり、医薬品や医療用具、食品などの安全性を含む品質保証の手段として、工場などの製造設備（ハード）およびその品質管理・製造管理（ソフト）について、事業者が遵守しなければならないことを明確にした基準のこと。

いく予定である。将来的な医療費の高騰を見据えれば、適切な薬価管理は重要な国家的施策と考えられる。

#### (5) 末端医療衛生サービスシステム<sup>8</sup>の健全化

中国政府は、これまでの急性期医療重視の姿勢から転換をして、プライマリ・ケアや予防に重点を置いて医療供給体制を整備していくことを考えている。その具体策として、3,700 の地域病院と診療所の建設・改修や、11,000 の農村診療所の整備を計画している。これらが実現すれば、各県に最低一つの標準レベルの病院、各村に独自の診療所が確保できることになる。また、政府主導で医療人材育成プログラムを実施し、特に農村において一定水準の医療人材の充実を図る計画である。また、病院と診療所の紹介・逆紹介システムの導入し、末端医療衛生機構の運営形態・サービスモデル・財源について、患者負担を減らしながら、プライマリ・ケアへのアクセス向上を図るための対策を実行する計画である。

#### (6) 公立病院改革

中国政府は、2009 年から 2011 年の間に、公立病院の試験的な改革を実施する予定である<sup>9</sup>。改革の要は、公立病院の管理・運営システムの効率化と、薬価差益で成り立っている現在の病院運営形態の転換である。

下表は、総収益を 100%とした場合の中国と日本の病院収支の内訳であるが<sup>10</sup>、中国においては薬品支出（おそらく材料費を含まないと推定）が 39%を占める一方で、我が国では診療材料費（材料費と薬品費）の比率は 26%にとどまる。また、中国の病院収支では、薬品収支（薬品収益－薬品支出）はプラスであるものの、医療収支（医療収入－医療支出）はマイナスであり、薬品での収益と政府からの補助金によって病院収支の黒字を確保する構造となっている（図表 11参照）。

公立病院は単年度ごとの予算にしたがって、予算の枠内において院長等が病院の運営を行っている。日本の公立病院でも類似の構造により権限と責任が曖昧になっているが<sup>11</sup>、中国では予算決定権限、人事権、労働報酬の配分権は基本的に政府が握っており、経営者であるはずの院長には無い。また、ソフトな予算制約（非効率な病院に財政から

<sup>8</sup> 都市や農村の末端区域の医療機構のことを指しており、具体的には農村の衛生院や都市部のコミュニティ衛生サービスセンターが該当する。

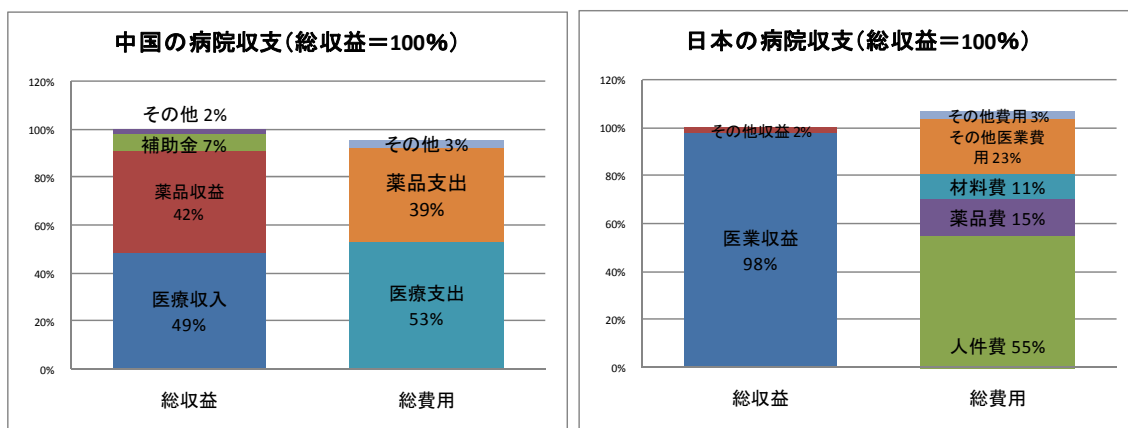
<sup>9</sup> 日本と異なり、中国では病床の 95%が公立病院の所有である。都市部の医療の殆どは衛生部又は衛生庁の医療機関によって医療が提供されている。民間医療機関は限定的であり、多くは農村部の診療所や美容整形等の自費診療所である。

<sup>10</sup> 中国と日本で勘定科目が異なるため対比には留意が必要である。

<sup>11</sup> 公立病院の多くが地方公営企業又は地方独立行政法人といった形態で病院事業を行っているが、予算の議会承認、行政経費及び不採算経費の一般会計からの繰入措置、役所による人事権・経営権の保持等により、役所と病院側の経営責任は不明確との指摘がある。

の繰入がルーズに行われる)が発生しているとの指摘もある<sup>12</sup>。なお、病院会計は現金ベースで行われており、衛生部は貸借対照表の作成を求めている。

図表 11： 中国と日本の病院収支の内訳比較



出典：厚生労働省(2009b)・中華人民共和国衛生部(2010)より筆者作成

今回の改革は、医療サービス料と財政補助を引き上げる一方で、薬価に関する規制を強化することを通じ、病院の薬価収入への依存体質を改めることを目標としている。また、公立病院の管理運営システムの変更を試験的に実施する予定である。他方、公立病院の民営化や民間の非営利病院<sup>13</sup>の開設を奨励するとのことである。

<sup>12</sup> 出典：Eggelston et al., (2009)

<sup>13</sup> 病院運営の結果生じた剰余金を外部へ配当しない医療機関のこと。米国では株式会社立の民間営利病院が認められている。

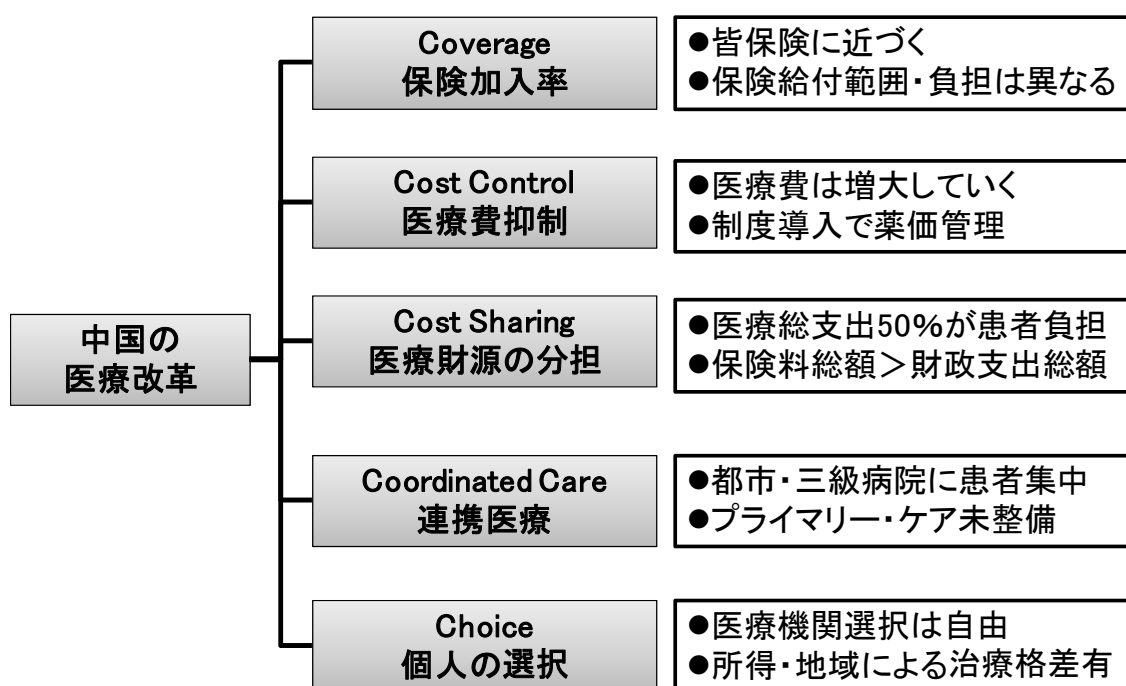


### 3. 中国の医療制度の評価

#### 3.1. 5つの課題

中国の医療の現状を、保険加入率・給付範囲(Coverage)、医療費抑制(Cost Control)、医療財源の分担 (Cost Sharing)、連携医療(Coordinated Care)と個人の選択(Choice)の観点から分析を行った (図表 12を参照)。

図表 12: 分析のための「5つのC」



Coverage は、1998 年から本格的に医療保険改革を進めた結果、国民皆保険に近づきつつある。しかしながら、医療保険の運営主体である地方政府（省政府・直轄市政府・自治区政府）の財政力によって、医療保険の給付範囲や負担率は大きく異なる。また、農村では保険の給付対象が重症の治療費に限定され、実質的な自己負担の改善は限定的である。

Cost Control は、保険加入者数の増大及び給付内容の充実等により、マクロの医療費は今後も増大していくと思われる。しかしながら、3 級病院への患者集中、不合理な診療報酬制度及び過剰投薬等から医療費が上昇している部分があり、そういった部分の制度改革が重要である。なお、人口の高齢化が一層進展することから、多くの先進国と同様に、中長期的には医療費抑制が中国の社会経済・財政にとって大きな課題になるとと思われる。

Cost Sharing は、医療総支出の 50%を患者が負担しており（我が国は 14%）、特に農村では保険の給付内容が不十分であることから、未だに十分な医療が受けられる状態にはない。更なる医療の充実を図っていくためには、財政支出の増額が避けられないと考えられる。地方政府間での経済力や財政力に格差があり、中央政府と地方政府の間で、どのように財源分担をしていくのかが大きな政策課題になっていくと考えられる。

Coordinated Care は、患者が都市の 3 級病院に集中しており、2 級病院や 1 級病院との機能分担が十分にできていなく、プライマリ・ケアの整備と地域レベルでの医療機関連携の仕組み構築が今後の課題であると考えられる。また、これまでは急性期医療を重視してきたが、中国も生活習慣病患者が増えてきており、治療から予防を重視した医療提供体制の構築が重要と思われる。但し、人材育成及び患者の行動変容には長い時間がかかり、解決には時間を要すると思われる。

Choice は、医療機関の選択は自由にできるものの、大都市に良い医療機関や医師が集中しているため、地方都市の住民は医療機関の選択肢に制約がある。また、医療保険の給付内容や給付率が十分でないため、依然として自己負担が大きく、所得によって受けられる医療サービスのレベルが決まってしまう。

### 3.2. 保険加入率・給付範囲

前章で明らかにしたように、3 つの医療保険制度の導入により急速に医療保険加入率は上昇してきている。そのため、図表 15 に示す通り、財政支出と社会保険基金の負担割合が上昇する一方で、患者の自己負担割合は小幅ながらも着実に低下してきている。

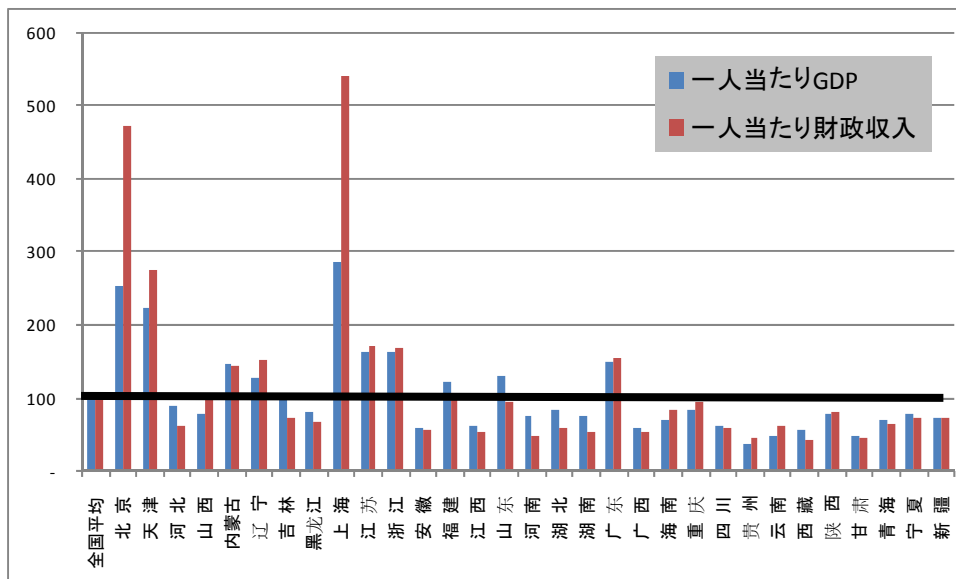
しかし、図表 7 で示したように制度的に自己負担部分が重く、依然として医療保険の給付対象や給付率等は十分ではない。OECD(2010)によれば、2007 年の農村住民の自己負担の年収に占める割合は 78%にのぼり、新型農村協力医療保険の下でも、入院費用の自己負担分を賄えているのは農村人口の 3~4%に過ぎない。

中国政府は、2020 年までに基本的医療サービスをすべての国民に提供するという目標を掲げているが、実現のためには、中央政府及び地方政府が財政支出を増大させ、医療保険の給付範囲や給付率を大幅に改善する必要がある。

医療保険は地方政府単位で運営されるため、どの程度の医療サービスを受けられるのかは、地方政府の財政力やその地方の経済力に依存することになる。図表 13 によれば、北京、上海、天津の一人当たり GDP と一人当たり財政収入は突出しており、多くの省級政府は全国平均を下回っている。地方間での財政調整によって格差を是正する

という方法<sup>14</sup>も考えられるが、「中央に政策あり。地方には対策あり。」といわれる中国においては、地方政府の自主権が強く、それは容易ではないと推察される。

図表 13：省級政府別の一人当たり GDP と一人当たり財政収入指数（全国平均=100）



出典：中華人民共和国国家統計局（2009）より筆者作成

### 3.3. 医療費抑制

医療費の増大は、医療サービス及び薬剤の数量又は価格が上昇することによって起きるが、中国政府は 2020 年までに基礎的な医療をすべての国民に提供することを目標としており、数量の増大は避けられない。そのため、医療制度の効率化を図ったとしても、医療費総額は増大する事が予想される。一方、世界的に医療技術の価格が上昇している中、より良い医療を受けたいというニーズが中国でも高まる事が予想され、価格も上昇トレンドにあることは間違いない。

図表 14は中国の名目医療総支出の伸びをしているが、1995 年～2008 年にかけて平均で年率 15%の伸びを示している。1990 年代後半から 2000 年代初頭には、病院数や病床数はそれほど増大しておらず、数量の増加というよりは、価格の上昇が主因と思われる。Yu(2005)によれば、2005 年の農村部の可処分所得は 1995 年の 1.1 倍である一方、入院費用は 1.8 倍の水準に上昇している。また、財団法人自治体国際化協会(2008)によれば、2003 年～2008 年の 5 年間の間に医療費は 80%以上高騰し、家庭の消費支

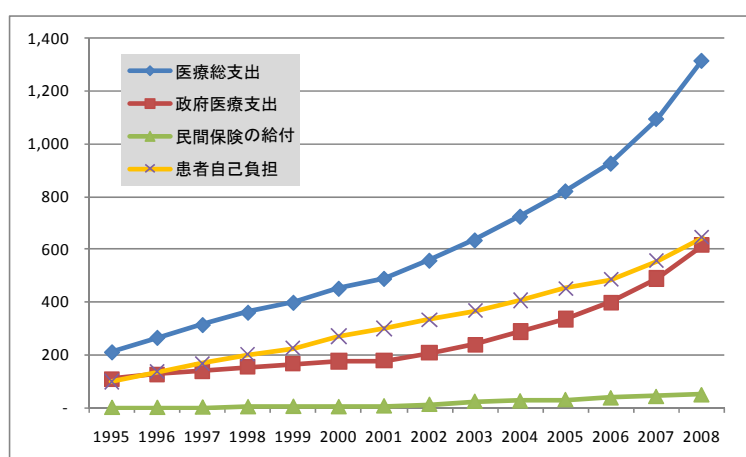
<sup>14</sup> 我が国においては、都道府県毎に運営されている後期高齢者医療制度や現役自営業者等が加入する国保の保険料は、住んでいる地域による異なる。後期高齢者医療制度に関して言えば、地域間の所得格差是正のための調整交付金が国から平均所得が低い自治体に出されている。その結果として、最も保険料の高い神奈川県と低い青森県では 2 倍程度の差がある。

出を圧迫する要因として食費、教育費につぐ三大支出の一つである。

一方、診療報酬制度や薬価制度の非効率性によって医療費が不必要に増大している可能性がある。

国家発展改革委員会の医療価格局によって入院及び外来の診療報酬水準は定められているが、これらの診療報酬は総じて原価を下回る水準に設定されている。例えば、入院の診療報酬は原価の25%、基本的な手術は原価の40%、一般検査や処置は原価の40%に診療報酬が設定されている<sup>15</sup>。一方、CTスキャン、X線撮影、病医検査は各々原価に70%、50%、28%の利益を上乗せした診療報酬になっている。

図表 14： 中国の医療総支出と内訳（10 億元）



出典：WHO（2010）より筆者作成

病院は、非現実的な水準に抑えられた診療報酬に対応するため、高度な機器の使用や過剰投薬<sup>16</sup>によって、利益を確保している。また、病院の経営陣は、医業収益目標達成のために、所属する医師に薬品の処方や高度な検査の実施を求め、目標達成度が高かった部門にボーナスを出す等のインセンティブシステムを導入している例もある。加えて、特定の製薬企業の薬を処方した場合には、報酬がでるような報酬制度を導入している病院があるという指摘もある（OECD（2010））。現状の診療報酬制度は、過剰投薬や病院の収益拡大という誤ったインセンティブを与えており、医療費を増やす要因になっている可能性がある。

また、現在の薬価制度、医薬品の入札制度及び医薬品卸売・小売業界は非常に非効率であり、価格上昇要因になっている。改革が進めば、省の薬品入札機構が、公開入札で共同購買を実施するとともに、中央政府が卸売価格を指導することになる。これにより薬価差益は解消されることが期待されるものの、省の薬品入札機構が非常に強力

<sup>15</sup> 出典：(Liu et al., 2000)

<sup>16</sup> 病院は薬品の卸売価格に15%の手数料を乗せて販売することが許されている。なお、流通を通さず製薬企業から直接購入する場合には30%の手数料をのせる事ができる。

な権限を持ちすぎること新たな弊害が出る可能性がある。他方、中国の医薬品の物流は分断され、小規模な卸売事業者や小売り事業者が乱立しているが、入札制度の変更に伴って、統廃合が進み、より効率的な物流になっていくことが期待される。

### 3.4. 財源分担

保険加入率の急激な上昇により、患者の自己負担は減少傾向にあるものの、その水準自体は引き続き非常に高い水準にある。図表 15によれば、医療保険加入率上昇により、患者の自己負担額の医療支出に占める割合は着実に低下してきている（2000年の60%が2008年には52%）が、未だに高い水準にある。

図表 15：中国の医療支出の財源構成比



出典：WHO（2010）・厚生労働省（2009a）より筆者作成

「健康中国 2020」を達成するには、保険料の引き上げ又は財政支出の増大が必要不可欠であると考えられる。特に、現在の新型農村共同医療保険への財政負担は拡大していく必要がある。その理由として、①農村の住民は都市部の住民と比較して所得水準が低く保険料及び治療費の負担能力は低く、②現在の新型農村共同医療保険は重症の疾患しか保険でカバーしておらずそもそも給付範囲が非常に限定的であることが考えられる。

### 3.5. 連携医療

「病気になった場合には親戚からお金を借りてでも都市部の三級病院を受診する」と言われるように、大病院への患者集中を抑制する観点から高い等級の病院自己負担比率を高く設定しているものの、現状では一部の病院に患者が集中しており、中国における病診連携や病病連携はうまく機能していない可能性が高い。

中国衛生部の統計によれば、中国の医療資源の80%（医療スタッフ、病床及び設備等）が都市部の三級病院に集中している。その中でも、三級甲の病院に患者が集中し、風邪等の軽い病気であっても長い時間を待つ状況が発生している。

三級病院は、患者増による収入増、設備投資や人材確保、更なる患者増といった好循環が生まれているが、二級病院や一級病院は、財源不足から、施設の更新や能力のある医療スタッフの雇用することができない。現状は、好循環の三級病院、悪循環の二級・一級病院といった二極化の状況にあると考えられる。

「鶏が先か卵が先か」ではあるが、二級病院や一級病院はプライマリ・ケアを担える体制になっておらず、連携医療を進めたくても、患者と三級病院の医師の行動変容（例えば、原則初診を一級病院で行ってもらおう）を促すことはできない。また、プライマリ・ケアや予防医療が十分に浸透してないこともあり、中国の外来診療数は過多になっている。OECD(2010)によれば、中国の病床あたりの年間外来診察数は1,048回である一方、イギリスのそれは313回である。

図表 16： 中国の等級別医療機関の現状

	現状	施設数 (2009年)	施設基準・人員基準等	今後の方向性
三級病院 (特、甲、乙、丙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 省レベルの大都市中心に立地</li> <li>● 重症度に関わらず多くの患者が受診</li> <li>● 患者殺到のため医療の質とサービス低下の可能性あり</li> </ul>	1,233	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 500床以上の病床数</li> <li>● 医師と看護師の比率が1:2</li> <li>● 主任医師、副主任医師、主治医、医師の割合は1:3:5:7であること</li> <li>● 看護師以上のランクの看護師が看護人員総数30%以上等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療の質の改善と効率的な医療提供(軽症患者の比重を下げる)</li> <li>● 基本薬価制度で収支構造が大きく変化</li> <li>● 地域での中核的医療機関のステータス獲得</li> <li>● 有力医師の確保/分院の建設</li> </ul>
二級病院 (甲、乙、丙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県レベルの都市に立地し、外来と入院サービスを提供する</li> <li>● 効率的に利用されていない</li> </ul>	6,523	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 100床以上の病床数</li> <li>● 医師と看護師の比率が1:2</li> <li>● 主任医師、副主任医師、主治医、医師の割合は1:2:4:8であること</li> <li>● 看護師以上のランクの看護師が看護人員総数20%以上等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 収入と資金繰りが課題</li> <li>● 医療設備が充実していない</li> <li>● 良い医療スタッフの確保が困難</li> <li>● 経営管理能力が弱い</li> <li>● 医療改革で存在意義が弱まる</li> <li>● 三級への昇格が一級へのリストラ</li> </ul>
一級病院 (甲、乙、丙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 農村やコミュニティに立地する衛生院</li> <li>● 医療スタッフが集まらない</li> </ul>	5,110	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 20床以上の病床数</li> <li>● 衛生技術人員総数の割合は以下通り 西洋医学・中医学の医師:38% 看護師:38% 薬剤師:8% 検査人員:4%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 運営費用を賄うだけの集患が得る事が困難</li> <li>● 大病院との連携による患者数増</li> <li>● 医療レベルの底上げ・均一化</li> <li>● 運営コストの削減</li> </ul>
級無し	—	7,425	—	—

出典：中国衛生部資料等より筆者作成

こうした現状に鑑み、新医療改革では、プライマリ・ケア強化のために、29,000 コミュニティー病院と 5,000 県病院のアップグレードを計画している。また、一級病院と級無し病院は、患者のゲートキーパーの機能を担うことが期待される。確保した財源はこの分野に優先的に配分される見通しである。

こういった改革が所要の目的を達成できた場合には、患者が一次診断をプライマリ・ケアの医療機関で行い、必要に応じてより専門性の高い病院を紹介で受診することになる。結果として、医療費が抑えられるとともに、三級病院への不必要な受診集中を解消され、より効率的に医療資源を活用できるようになる。また、プライマリ・ケアの医療機関は、患者の健康管理や予防のための定期健康診断の役割を担うことも期待

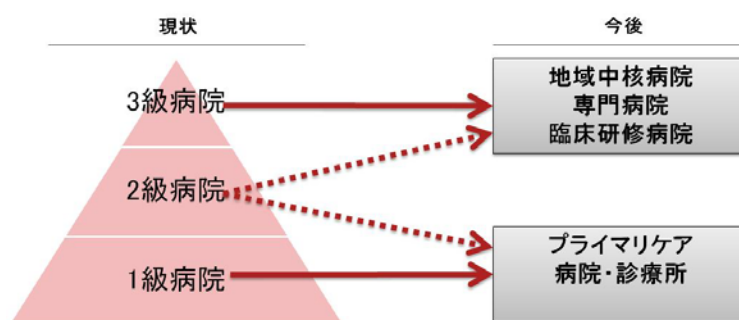
されている。

しかしながら、プライマリ・ケアを担える人材が育成され、その医療サービスの内容を患者や三級病院の医師が納得し、意識変化・行動変容が起きるまでには長い時間がかかると思われる。

また、新医療改革の中で二級病院の置かれた立場は微妙である。今後は、設備と人員の充実を図り三級病院に格上げするか、診療機能を単純化し一級病院になるかのどちらかの選択肢を迫られていけよう。昨年行った現地ヒアリングでは、医療機関の役割分担が明確になっていけば、二級病院の存在意義が分からなくなるという指摘をよく耳にした。

図表 17に現在の病院分類と今後の絵姿を示しているが、新医療改革が進展していくにつれ、現在の施設や人員規模をベースにした 3 段階の病院分類はあまり意味をなさなくなり、医療機能に基づく病院分類に移行していくと推察される。

図表 17：現在の病院分類と今後の絵姿



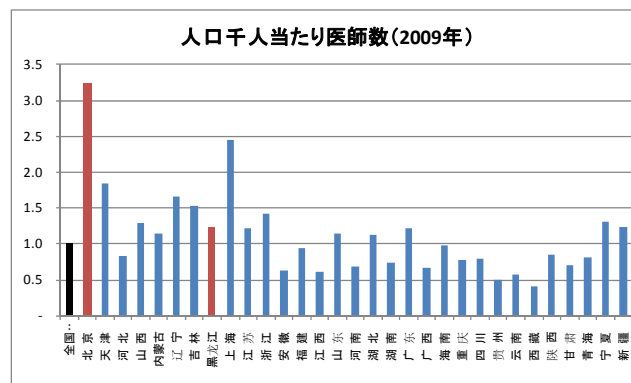
出典：筆者作成

### 3.6. 患者の選択

中国では、基本的に公的医療保険制度の指定医療機関であれば選択は自由であり、米国と異なり自分が加入する民間医療保険（保険会社及びプランを選択）によって、かかる医療機関が制限されることや、治療費の自己負担額が変わることはない。しかしながら、医療資源の偏在と所得格差によって、実質的には医療機関の選択に制約がある。

図表 18によれば、人口千人あたり医師数は、北京が 3.2 人、上海が 2.5 人と突出して高く、全国平均の 1.0 人を大きく上回っている。中国だけではなく、我が国や米国でも医師の地域間格差は問題になっているが、給与等の待遇面、生活環境及びキャリアアップのチャンス等から医師は北京や上海等の大都市での就業を希望し、地方の医療機関に集まりにくい。また、農村では無資格の医師も多く、農村の住民は良い医療得られる機会は相対的に低いと思われる。また、自己負担の金額が大きいため、所得によって受けられる医療サービスのレベルが決まってしまう。

図表 18：人口千人あたり医師数（2009年）



出典：中国卫生部（2009）

#### 4. おわりに

現在及び今後の中国社会が安定性を維持する上で、医療制度改革は最も重要な政策課題の一つであると言っても過言ではない。中国は、2000年に世界保健機関より医療システムの非効率性を指摘されて以来、本格的に医療改革を進めてきた。これまで既に、保険加入者数の増大や病院の整備等の改革を実施してきたが、2009年には新医療改革を公表し、「量」ではなく「質」、あるいは医療システムの構造そのものを変化させる新方針を示した。

本研究は最終的に5つの指標（5つのC）に基づいて中国医療制度改革の課題を提示した。保険加入率・給付内容（Coverage）が改善するものの、給付内容は地方政府の財政力や経済力によって大きく異なるものとなるだろう。また、医療保険の充実・高齢人口の増大・可処分所得増により、国家基本薬品制度を導入等の制度改革の実施により部分的に医療費抑制（Cost Control）を図れたとしても、医療費総額の増大は避けられないと思料される。その増大分を賄うため（Cost Sharing）に財源を中央政府と地方政府で、また地方政府間でどのように分担するのかが今後の大きな課題になると考えられる。連携医療（Coordinated Care）については、人材育成と患者の意識変化・行動変容には時間がかかるため、中長期的な課題として残っていくと思われる。そして、個人の選択（Choice）は、大きな地域格差・所得格差と連動せざるを得ないだろう。

日本の医療関連産業にとって、中国は、大きなビジネスチャンスを提供してくれる。市場の成長により医薬品や医療機器等の需要が今後も急速に伸びることが見込まれる。また、国内外の投資家の間では、高騰し続ける不動産市場に替わる次の有力投資先として病院市場が注目を集めている。既に中国政府は、外資系を含めた民間の非営利病院の建設を推進する方針を出しており、中国の事業者や医療関係者から、我が国の有力医療機関に対して、事業提携や中国での合資事業の話が多数寄せられている。

しかしながら、政府主導の社会経済構造、地方自治と経済格差（都市と農村、沿岸部と内陸部）が、医療システムに様々な規制・慣習を生み出しており、ビジネスを実



施する上で様々なリスクがある。特に、国家基本薬品制度の創設や物流業者及び小売業者の統合再編により、医薬品等の調達の仕組みが大きく変化する見込みである。

わが国の医薬品企業や医療機器メーカーにとっては、市場の成長は見込まれるものの、安全性強化への対応等で運営費用が増大する。さらに、共同購買や卸売り価格の指導により、粗利の減少が見込まれる。また、医療保険の拡充と医療機関整備により農村部に新しい市場が生まれるが、販売・流通網の確保が非常に重要になろう。他方、中長期的に中国の医療は質と量ともに改善していく見込みであることから、我が国の医療機関は、日本に患者を呼び込むメディカルツーリズムではなく、中国でのブランチ病院の設立・運営や医療機関運営支援ビジネスに取り組むべき時期を迎えているのだろう。

参考資料

厚生労働省 2009a 「平成 21 年度 医療費の動向」

厚生労働省 2009b 「平成 21 年病院経営実態調査報告の概要」

財団法人自治体国際化協会 2008 「中国の社会保障制度 ～ 社会保険を中心として～」

中華人民共和国衛生部 2005 「中国衛生統計年鑑 2005」

中華人民共和国衛生部 2010 「中国衛生統計年鑑 2010」

中華人民共和国国務院 2009 「医薬衛生体制改革の重点実施方案」

中華人民共和国国家統計局 2009 「中国統計年鑑 2009」

IBM Business Consulting Services, 2006, “Healthcare in China”

Deloitte Global Services Limited, 2010, “Life Science and Health Care in China Opportunities, challenges and implications”

Eggleston, K., Y. Shen, M. Lu, C. Li, J. Wang, Z. Yang and J.Zhang, 2009, “Soft Budget Constraints in China: Evidence from the Guangdong Hospital Industry”, International Journal of Health Care Finance and Economics, Vol.9, No.2,

Grail Research, 2008, “Opportunities in the China Healthcare Sector”

IMF, 2010a, “People’s Republic of China: 2010 Article IV Consultation – Staff Report; Staff Statement; Public Information Notice on the Executive Board Discussion”

IMF, 2010b, “Public Expenditures on Social Programs and Household Consumption in China”

Shanlian Hu, Shenglan Tang, Yuanli Liu, Yuxin Zhao, Maria-Luisa Escobar and David de Ferranti, 2008, “Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities”, The Lancet, Volume 372, Issue 9652, Pages 1846 - 1853, 22 November 2008

Liu, Y., Y. Liu and N. Chen, 2000, “The Chinese Experience of Hospital Regulation”, Health Policy and Planning, Vol.15. No.2.

OECD, 2010, “Improving China’s Health Care System”, Economic Department Working Papers No.751,

Population Division of United Nations, 2009, “World Population Prospects The 2008 Revision population Database”

WHO, 2010, “National Health Accounts China”, <http://www.who.int/nha/country/chn/en/>

Xingzhu Liu and Yunni Yi, August 2004, “The Health Sector in China Policy and Implementation Review – Final Draft August 2004”

Yu DZ., 2005, “Analysis on the growth of health expenditure in China”, China Health Economic Journal 2005,

## 研究レポート一覧

No.369	成長する中国の医療市場と医療改革の現状	江藤 宗彦 (2011年4月)
No.368	住基ネットはなぜ『悪者』となったのか(共通番号[国民ID]を失敗させないために) ー住基ネット報道におけるセンセーショナル・バイアスと外部世論の形成に関する研究ー	榎並 利博 (2011年3月)
No.367	生物多様性視点の成長戦略	生田 孝史 (2011年2月)
No.366	北欧から考えるスマートグリッド ～再生可能エネルギーと電力市場自由化～	高橋 洋 (2011年1月)
No.365	大手ICT企業がベンチャー企業を活用すべき理由 ーエコシステムからみた我が国大手ICT企業とベンチャー企業の関係構造ー	湯川 抗 (2011年1月)
No.364	中印ICT戦略と産業市場の比較研究	金 堅敏 (2011年1月)
No.363	生活者の価値観変化と消費行動への影響	長島 直樹 (2010年11月)
No.362	賃金所得の企業内格差と企業間格差 ー健康保険組合の月次報告データを用いた実証分析ー	齊藤有希子 河野 敏鑑 (2010年10月)
No.361	健康保険組合データからみる職場・職種における環境要因と健康状態	河野 敏鑑 齊藤有希子 (2010年10月)
No.360	生物多様性視点の企業経営	生田 孝史 (2010年8月)
No.359	クラウドコンピューティングに関するユーザーニーズの調査	浜屋 敏 (2010年7月)
No.358	高齢化社会における「負担と給付」のあり方と「日本型」福祉社会	南波駿太郎 (2010年6月)
No.357	「温室効果ガス25%削減と企業競争力維持の両立は可能か？」	濱崎 博 (2010年6月)
No.356	Global Emission Trading Scheme -New International Framework beyond the Kyoto Protocol-	Hiroshi Hamasaki (2010年6月)
No.355	中国人民元為替問題の中間的総括	柯 隆 (2010年6月)
No.354	サービス評価モデルとしての日本版顧客満足度指数	長島 直樹 (2010年5月)
No.353	健康と経済・経営を関連付ける視点	河野 敏鑑 (2010年4月)
No.352	高齢化社会における福祉サービスと「地域主権」	南波駿太郎 (2009年12月)
No.351	米国の医療保険制度改革の動向	江藤 宗彦 (2009年11月)
No.350	サービスプロセスにおける評価要素の推移 ー非対面サービスを中心としてー	長島 直樹 (2009年10月)
No.349	社会保障番号と税制・社会保障の一体改革	河野 敏鑑 (2009年9月)
No.348	カーボンオフセットと国内炭素市場形成の課題	生田 孝史 (2009年8月)
No.347	中国のミドル市場開拓戦略と日系企業	金 堅敏 (2009年7月)
No.346	企業の淘汰メカニズムはどのように働いているのだろうか	齊藤有希子 (2009年6月)
No.345	情報セキュリティと組織感情、Enterprise 2.0	浜屋 敏 (2009年6月)
No.344	高齢化社会における社会保障給付と雇用政策のあり方 ーグローバル競争力と雇用確保の両立に向けてー	南波駿太郎 (2009年5月)
No.343	森林・林業再生のビジネスチャンス実現に向けて	梶山 恵司 (2009年5月)

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/report/research/>

研究レポートは上記URLからも検索できます



**富士通総研 経済研究所**

〒105-0022 東京都港区海岸1丁目16番1号 (ニューピア竹芝サウスタワー)  
TEL.03-5401-8392 FAX.03-5401-8438  
URL <http://jp.fujitsu.com/group/fri/>