

# 第一回 アジア医療フォーラム

## ～アジア医療の現状・未来～

### 中国の医療事情と課題

CSD株式会社 ユート・ブレイン事業部

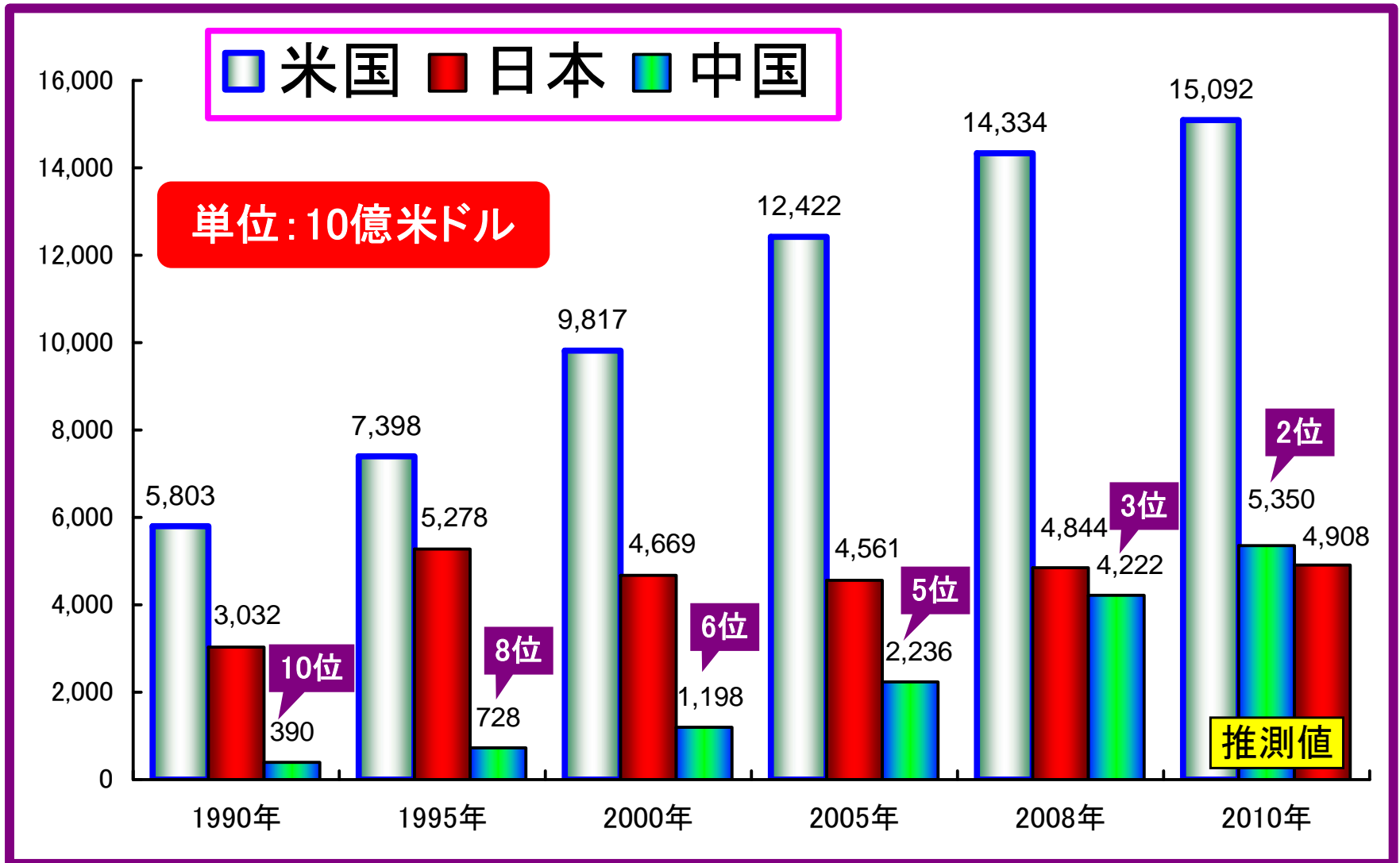
沈 友敏

2010年6月15日

# 主要内容

1. 中国の経済と少子高齢化
2. 医療費の実態と保険制度
3. 医療提供体制の日中比較
4. 急増する生活習慣病の実態

# GDP(国内総生産)の年次推移

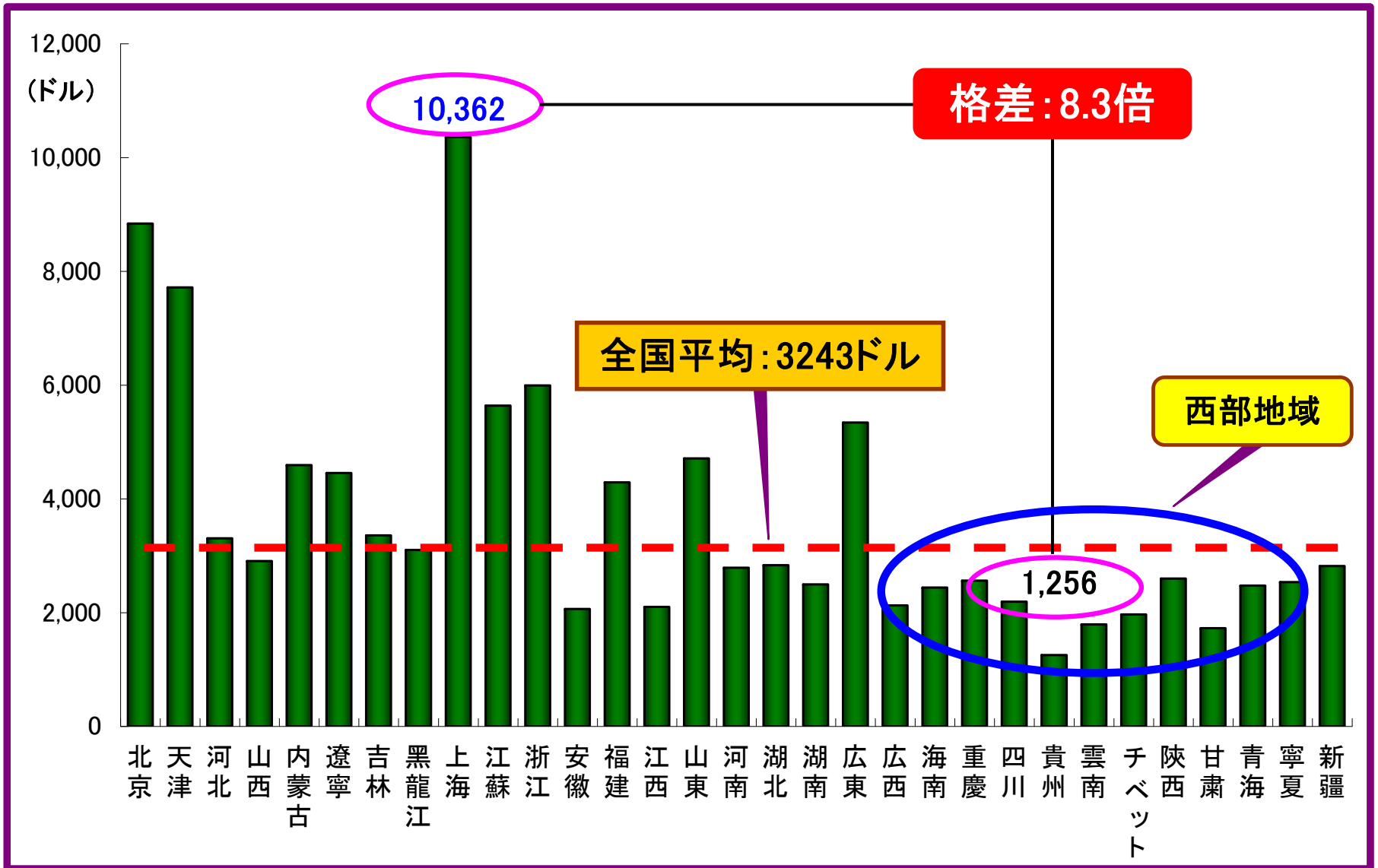


# 日中の基礎データ比較(2008年)

区分	項目	日本	中国	中国=1	
一般	国土面積(万平方キロ)	37.78	960	0.04	
	総人口(万人)	12,769	132,802	0.10	
	平均寿命(年)	男	79.3	71.0	-
		女	86.1	74.0	-
経済	GDP(億ドル)	48,440	42,220	1.2	
	1人当たりGDP(ドル)	38,000	3,266	11.6	
	平均月収(円)	358,000	34,100	10.6	
医療	医療費(億円)	331,276	69,916	4.7	
	薬剤費(億円)	71,889	32,382	2.2	
	1人当たり医療費(円)	259,300	5,319	48.7	
	1回当たりの外来医療費(円)	7,600	2,050	3.7	
	1件当たりの入院医療費(円)	424,023	76,493	5.5	

※①為替は1元=14円で換算、②中国の平均寿命は2005年数値。③青字は2006年数値。

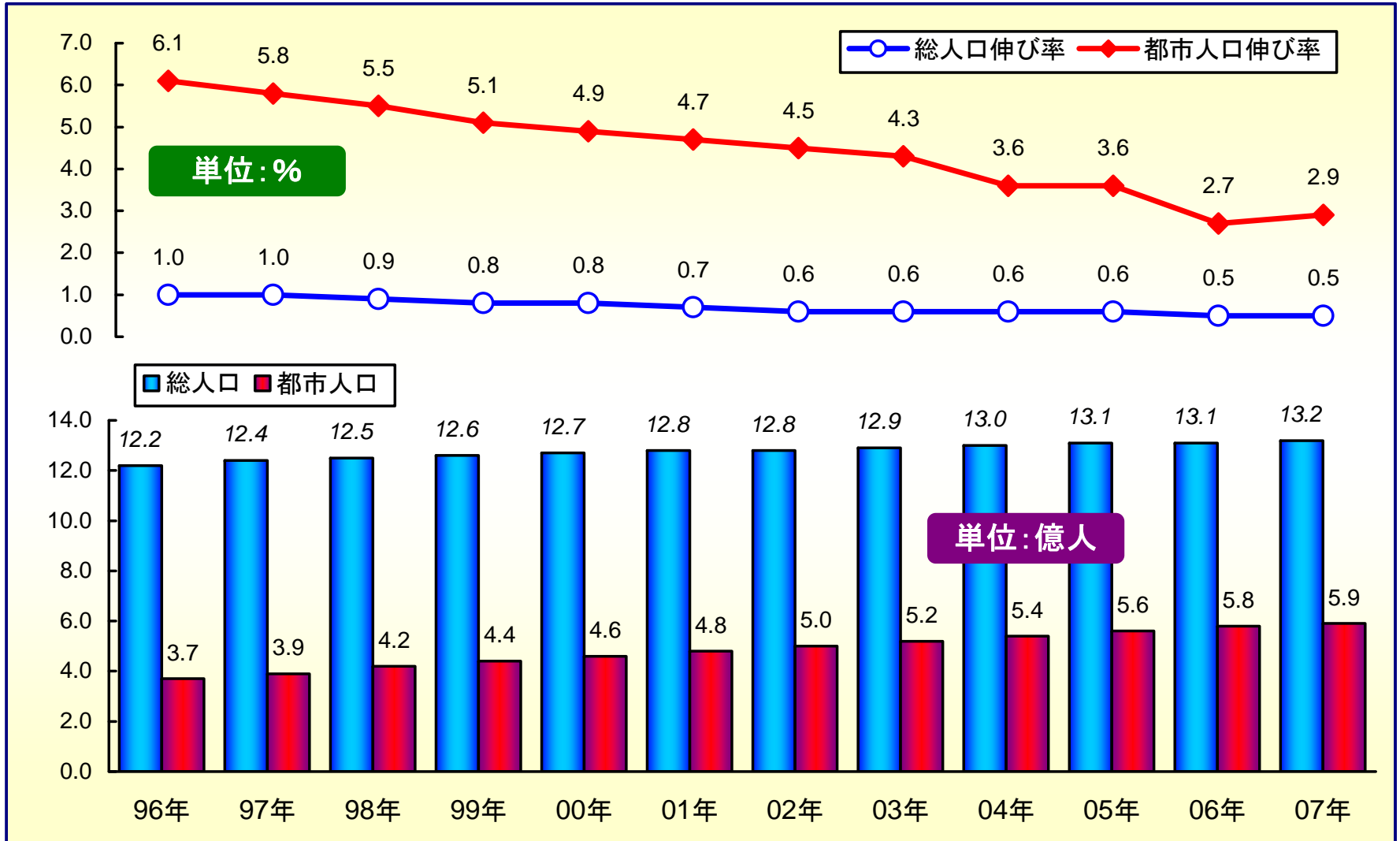
# 地域別の国民1人当たりのGDP



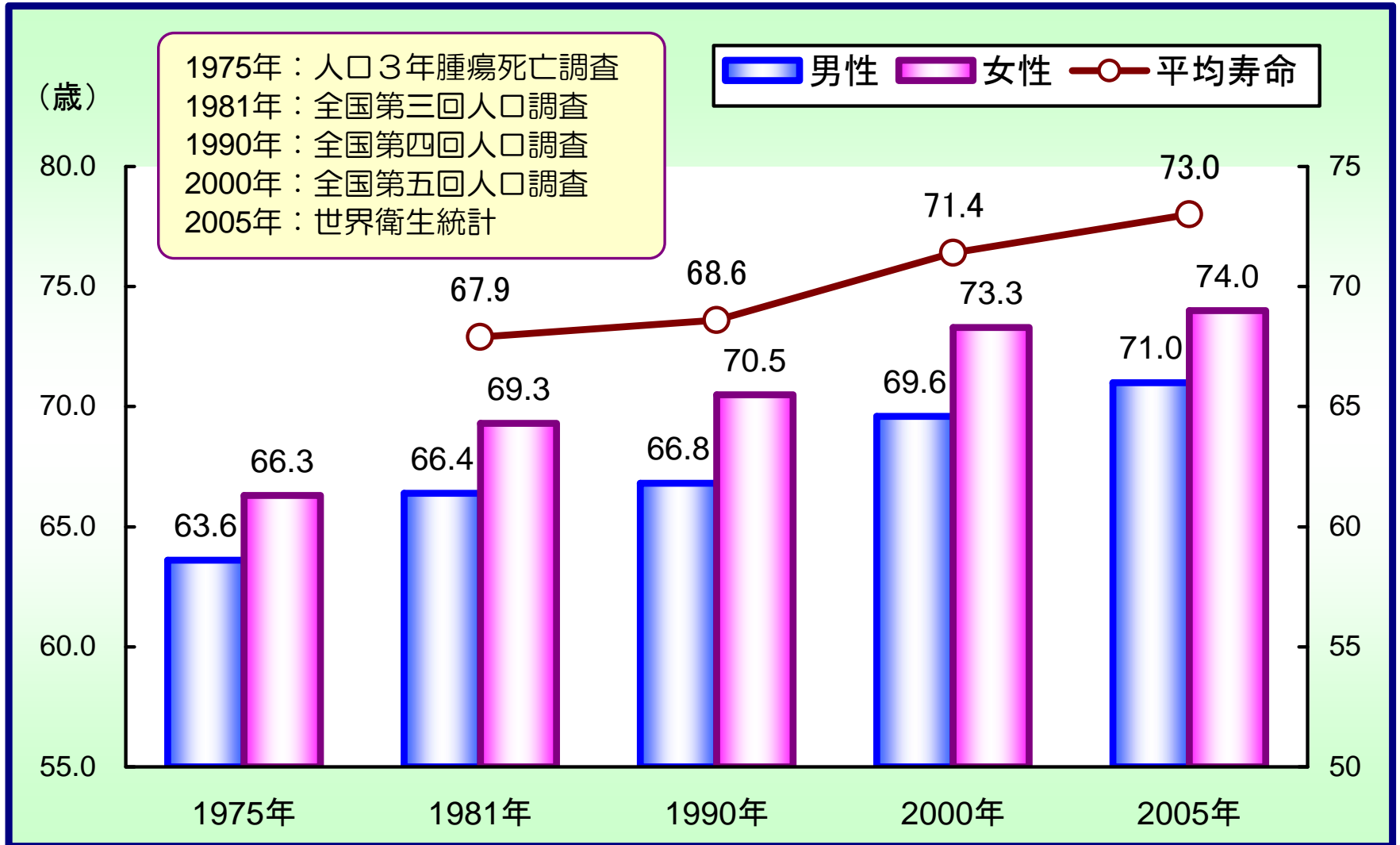
# 中国経済の主なポイント

- ◎ 1人当たりのGDPは日本の1/12
- ◎ 1人当たりの医療費は日本の1/50
- ◎ 総合経済は日本より50年遅れている
- ◎ 複眼で中国の経済を見る必要がある
- ◎ 都市と農村の格差は中国経済の特徴
- ◎ 経済水準が低いいため成長が期待できる

# 総人口の増加と都市人口の変化



# 中国平均寿命の年次推移

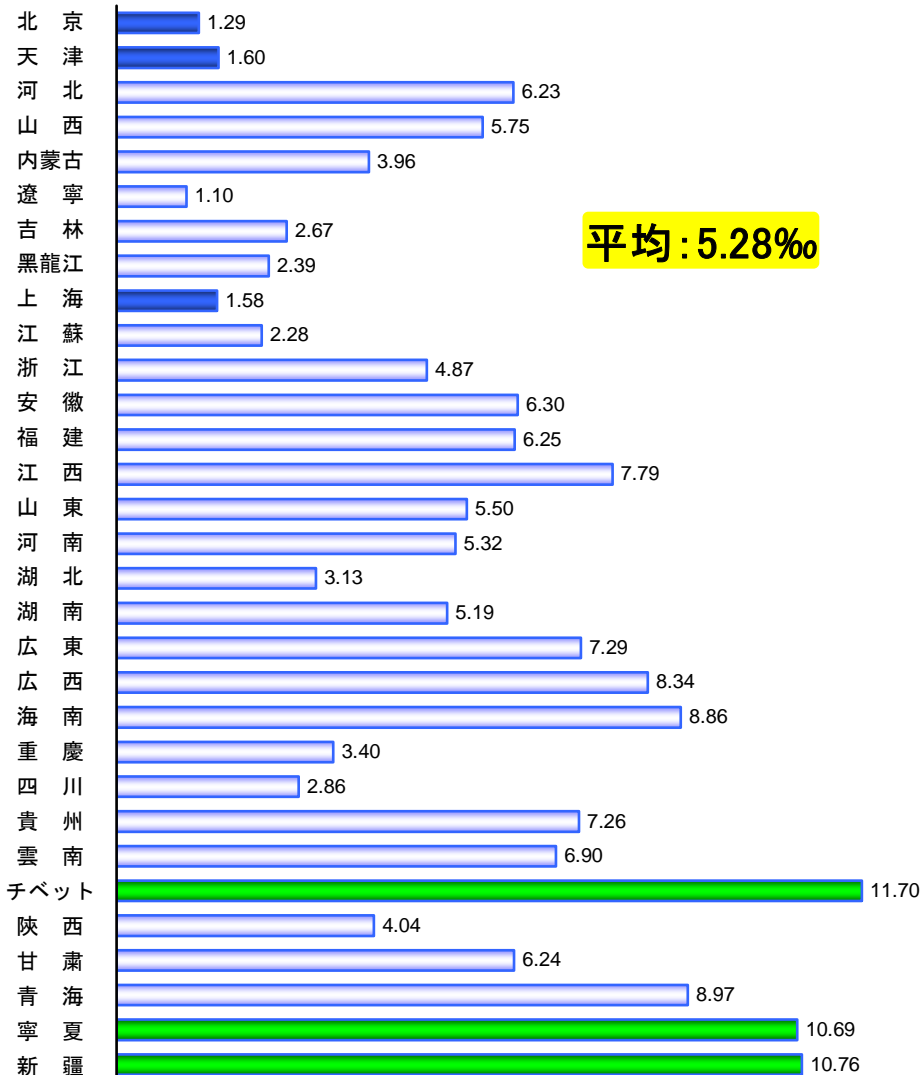
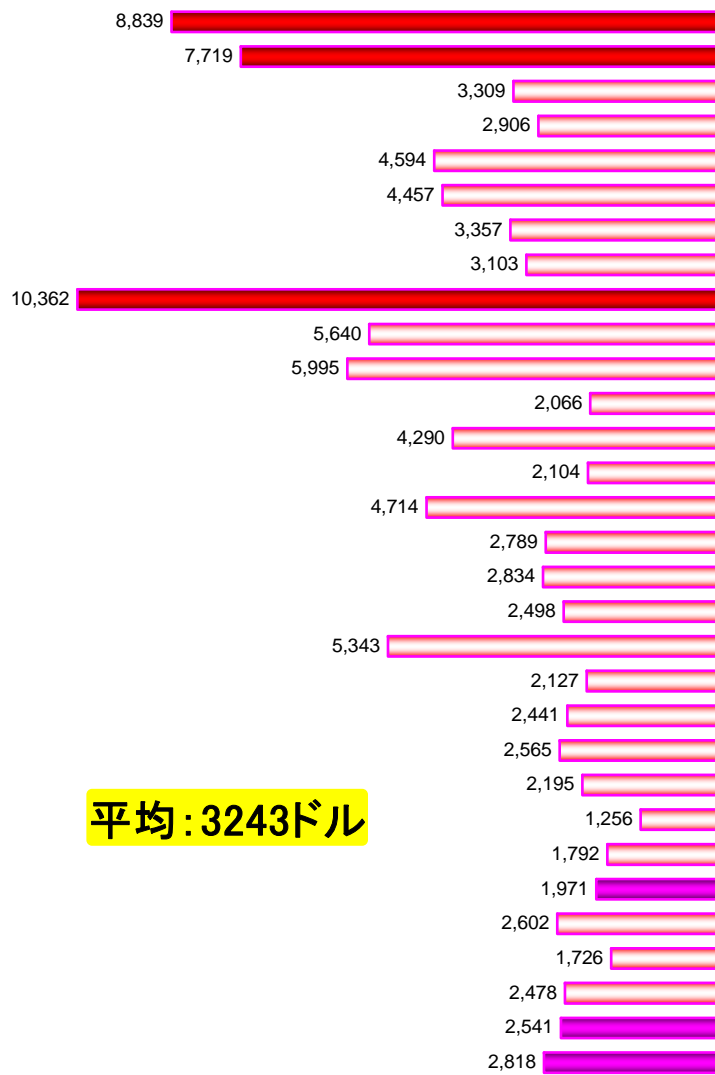




# 1人当たりのGDPと人口自然増

地域別の1人当たりGDP(ドル)

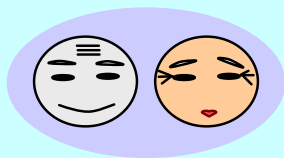
地域別の人口自然増加率(‰)



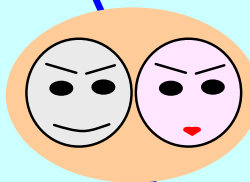
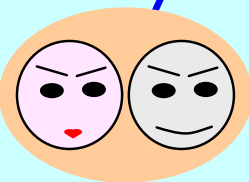
# 一人っ子政策をもたらした家族構成の変化

従前の家族構成“写真”

祖父母



父母



父母

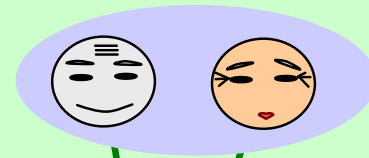


現在の家族構成“写真”

祖父母



祖父母



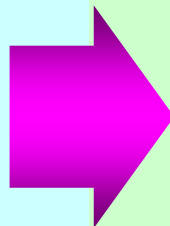
一人っ子世代



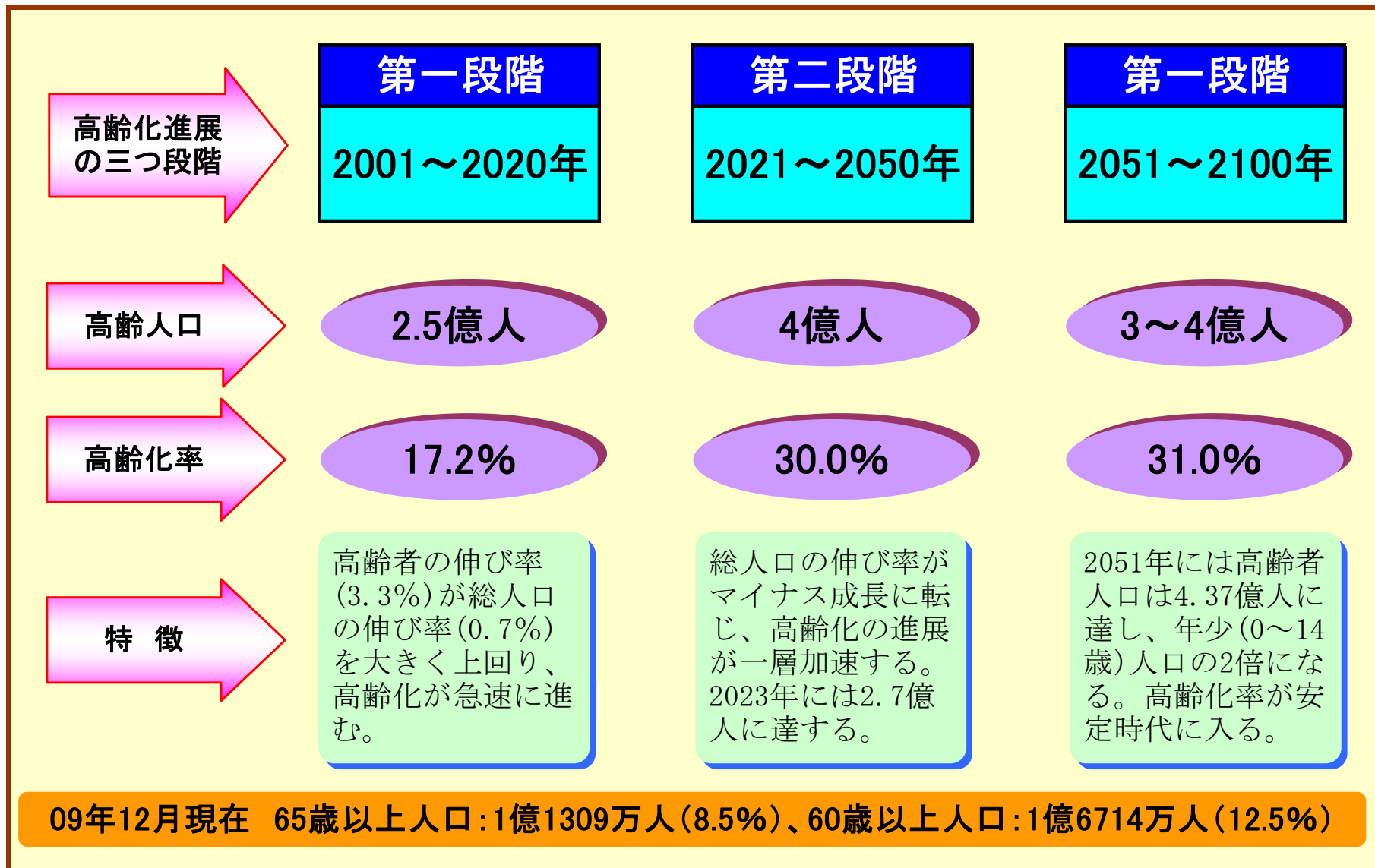
父母



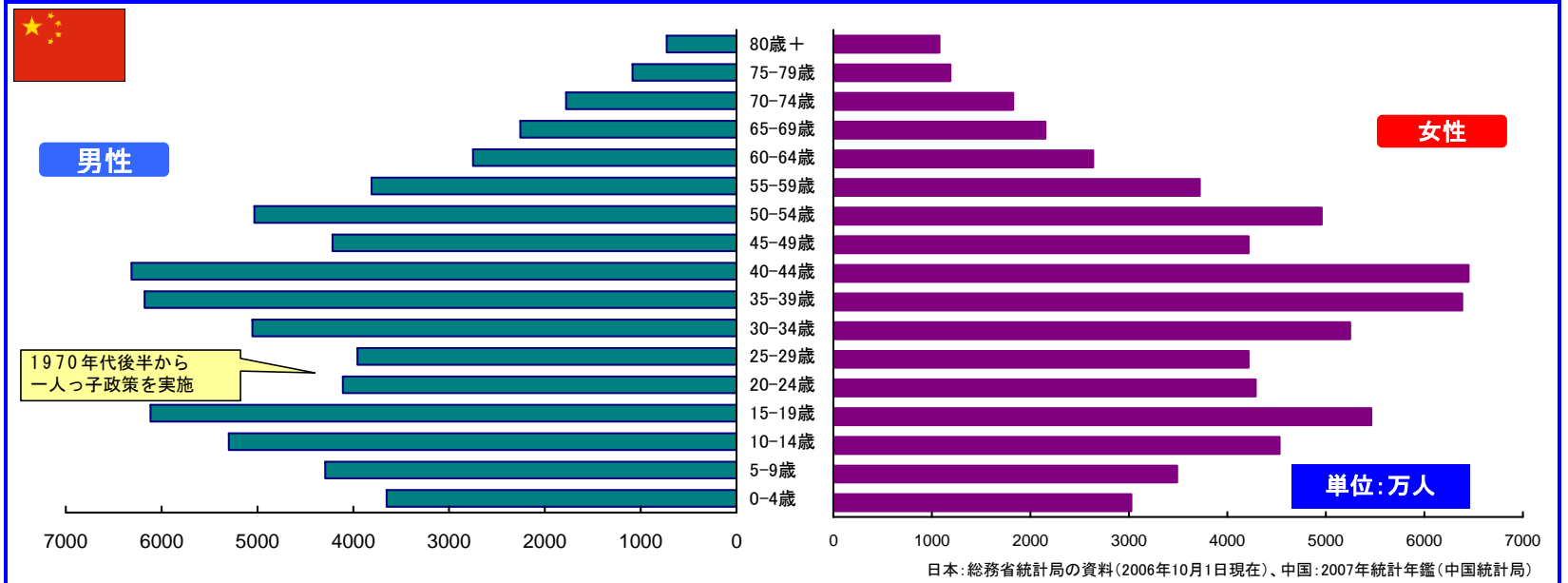
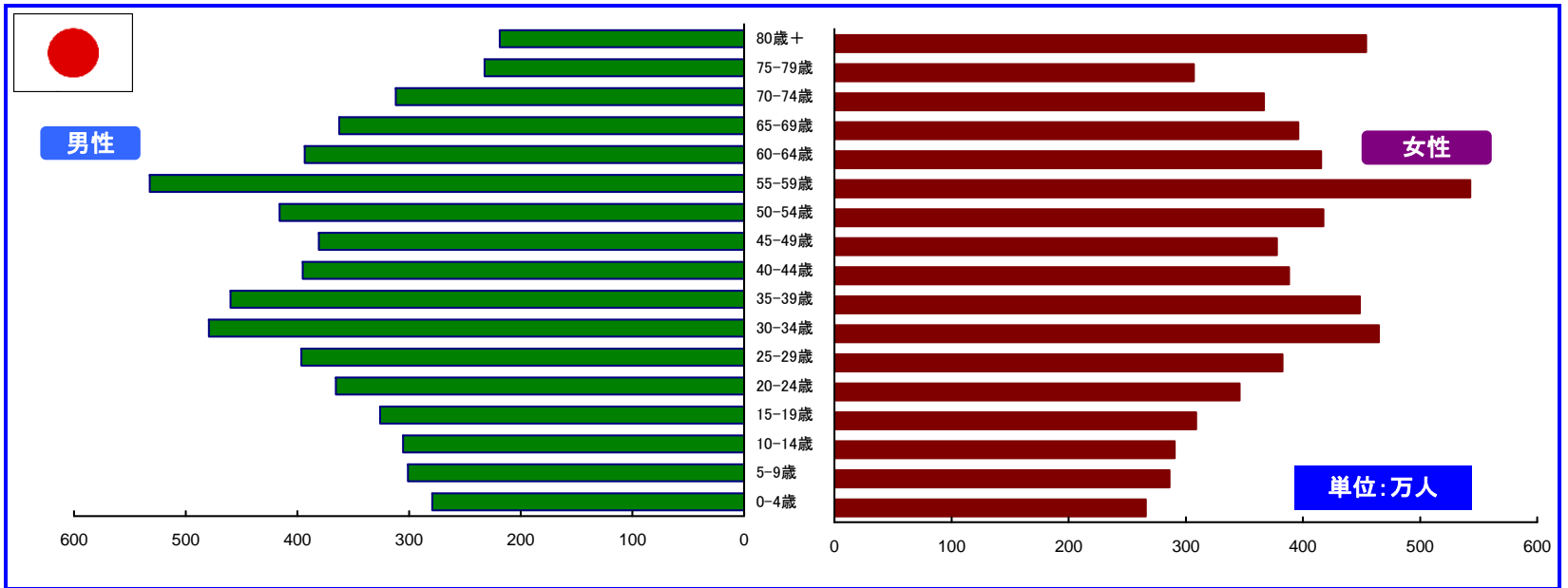
明々



# 中国の21世紀の高齢者進展予測

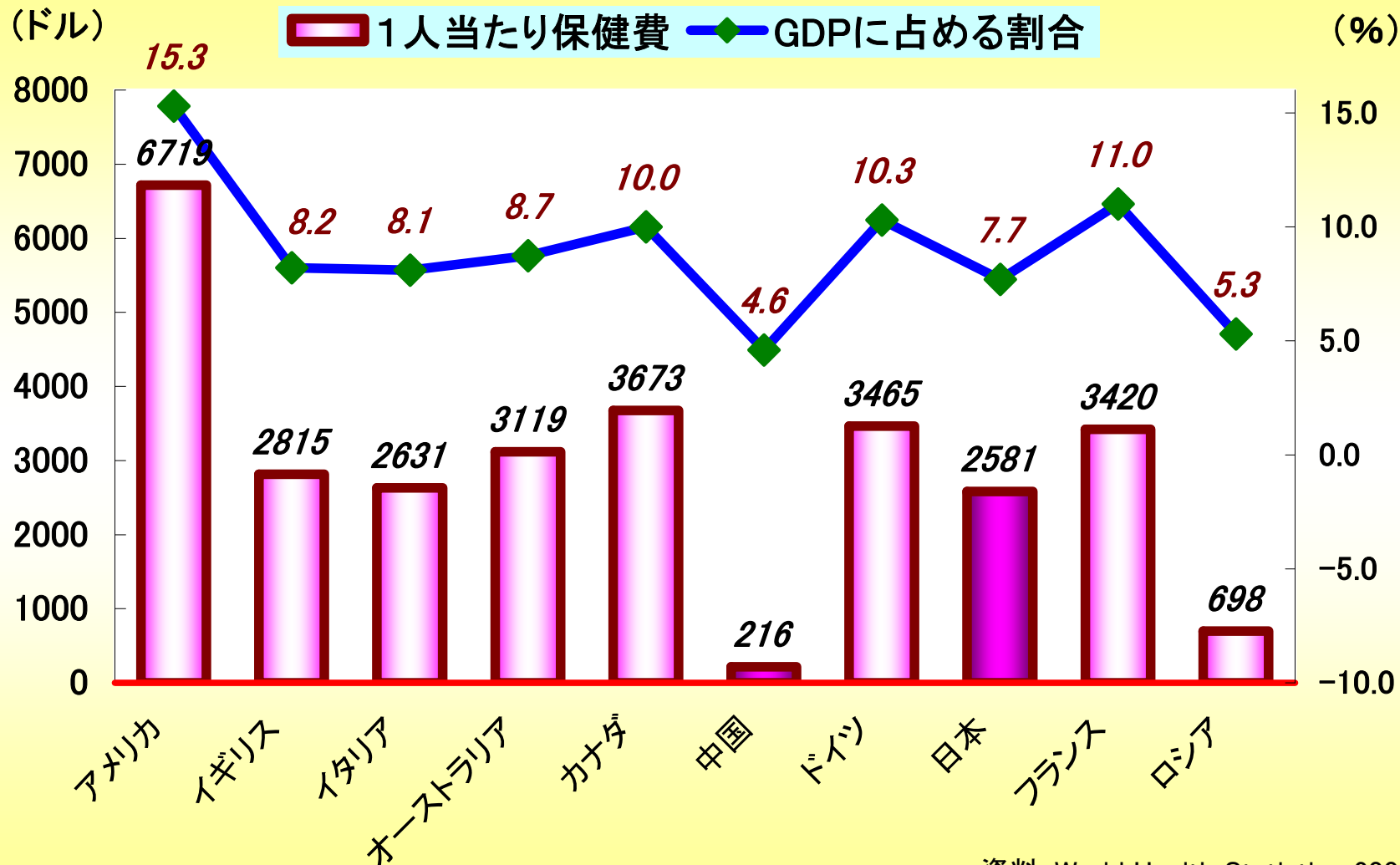


# 日本と中国の人口ピラミッド比較



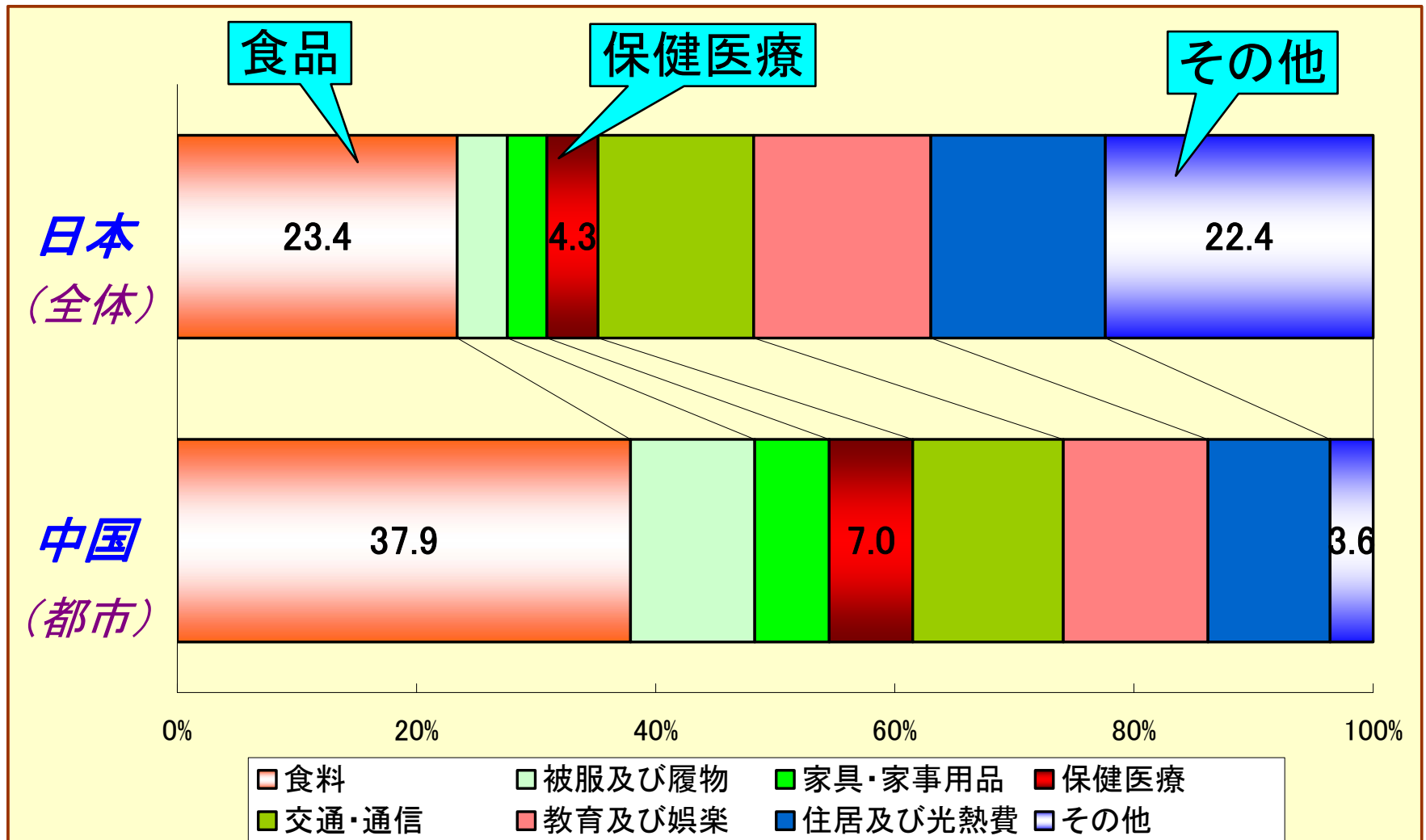
日本: 総務省統計局の資料(2006年10月1日現在)、中国: 2007年統計年鑑(中国統計局)

# 医療保健費とGDPに占める割合



資料: World Health Statistics 2009

# 消費支出の日中比較

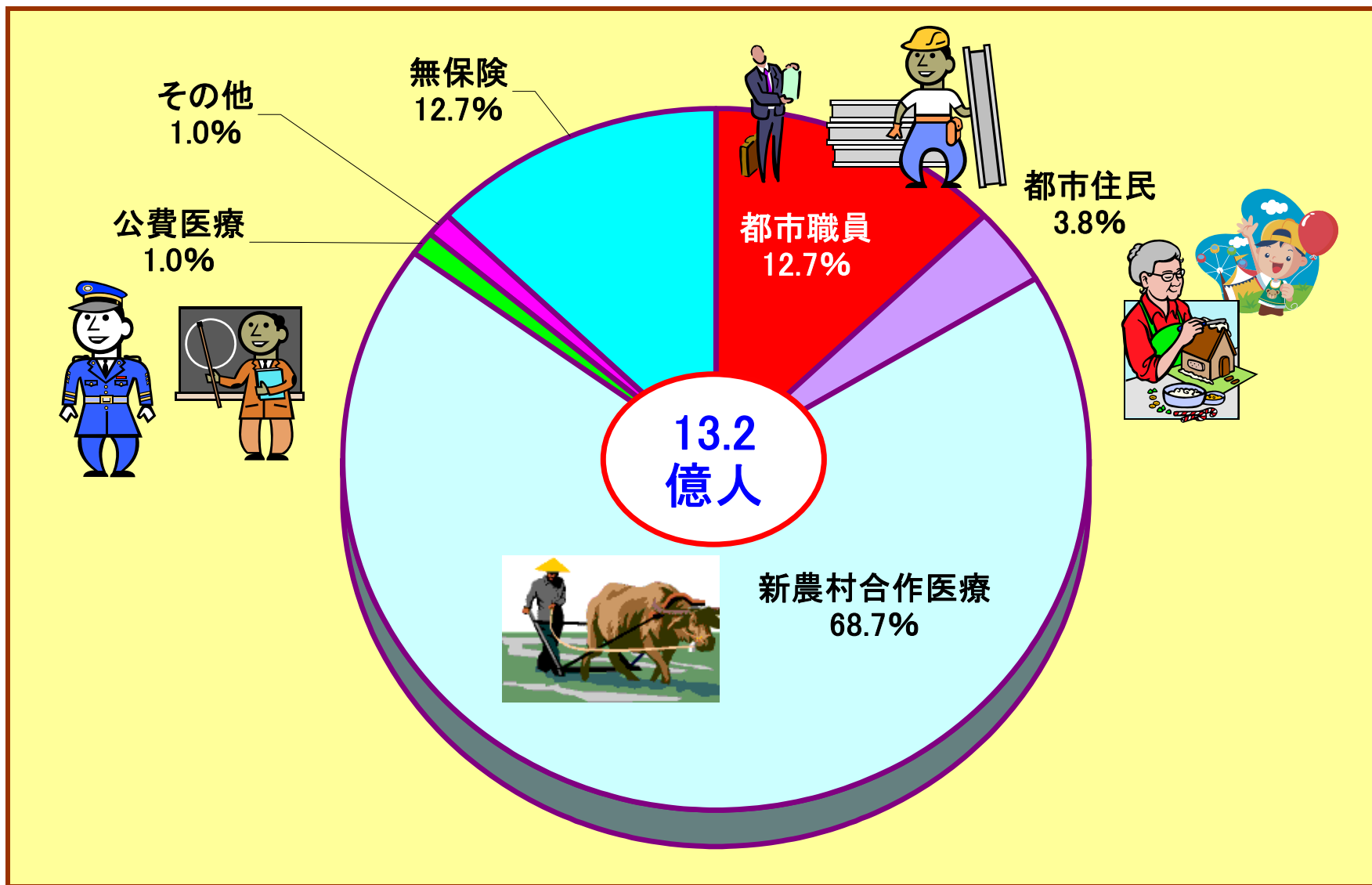


資料 日本：家計調査(2009年)総務省統計局、中国：都市部家庭状況(2008年)国家統計局

# 中国医療保険制度の歩み

制度名	時期	内容	摘要
公費医療保険	50～90年代初期	<ul style="list-style-type: none"><li>・国家公務員全員</li><li>・軍人や学生、芸能関係等</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・一人受診、家族服薬</li><li>医療資源の無駄が目立ち</li></ul>
労働医療保険	50～90年代初期	<ul style="list-style-type: none"><li>・国有企業勤労者対象 (家族も対象となる制度)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・給与から天引きされないため、企業負担が増加</li></ul>
農村合作医療	60～80年代後半	<ul style="list-style-type: none"><li>・農村部の末端行政を中心とする合作医療保険制度</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・名ばかりの制度で全国ではなく一部の農村地域に限定</li></ul>
新農村合作医療	2000年～現在	<ul style="list-style-type: none"><li>・新型農村合作医療</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・基本医療を保障する目標</li></ul>
都市職員基本医療保険	1998年～現在	<ul style="list-style-type: none"><li>・勤労者本人のみの制度</li><li>・国+企業+個人=3者負担</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・普及率が低く仕組みの煩雑</li><li>・重病への対応が不十分</li></ul>
都市住民基本医療保険	2007年からモデル事業	<ul style="list-style-type: none"><li>・保険料の徴収や補助など経済状況によって異なる</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・都市部の非勤労者を対象 児童、小中高学生 など</li></ul>
都市と農村医療救助	2007年から試験	<ul style="list-style-type: none"><li>・新たな医療保険制度の創設</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・生活貧困者を対象する制度</li></ul>

# 医療保険制度の“内訳”



※ 2008年国家衛生サービス調査



# 都市職員基本医療保険

- 中国では、日本の医療保険制度と似ている制度が一つだけある。これは2001年1月から施行された都市部に在籍する勤労者を対象とする都市職員基本医療保険
- 特徴は政府・企業・個人の3者共同で資金を調達する公的医療保険制度
- 仕組みとして、企業側(国有・民間・外資系企業等)は従業員の年収を基準に規定された額(個人年収の6%)を医療保険基金に支払い、また、従業員本人も年収額の2%を医療保険基金に納めることになっている
- 患者の窓口負担額は1~2割となっているが、一つの医療保険制度と言っても、地域の経済状況や企業の業績などによって仕組みは千差万別となっている

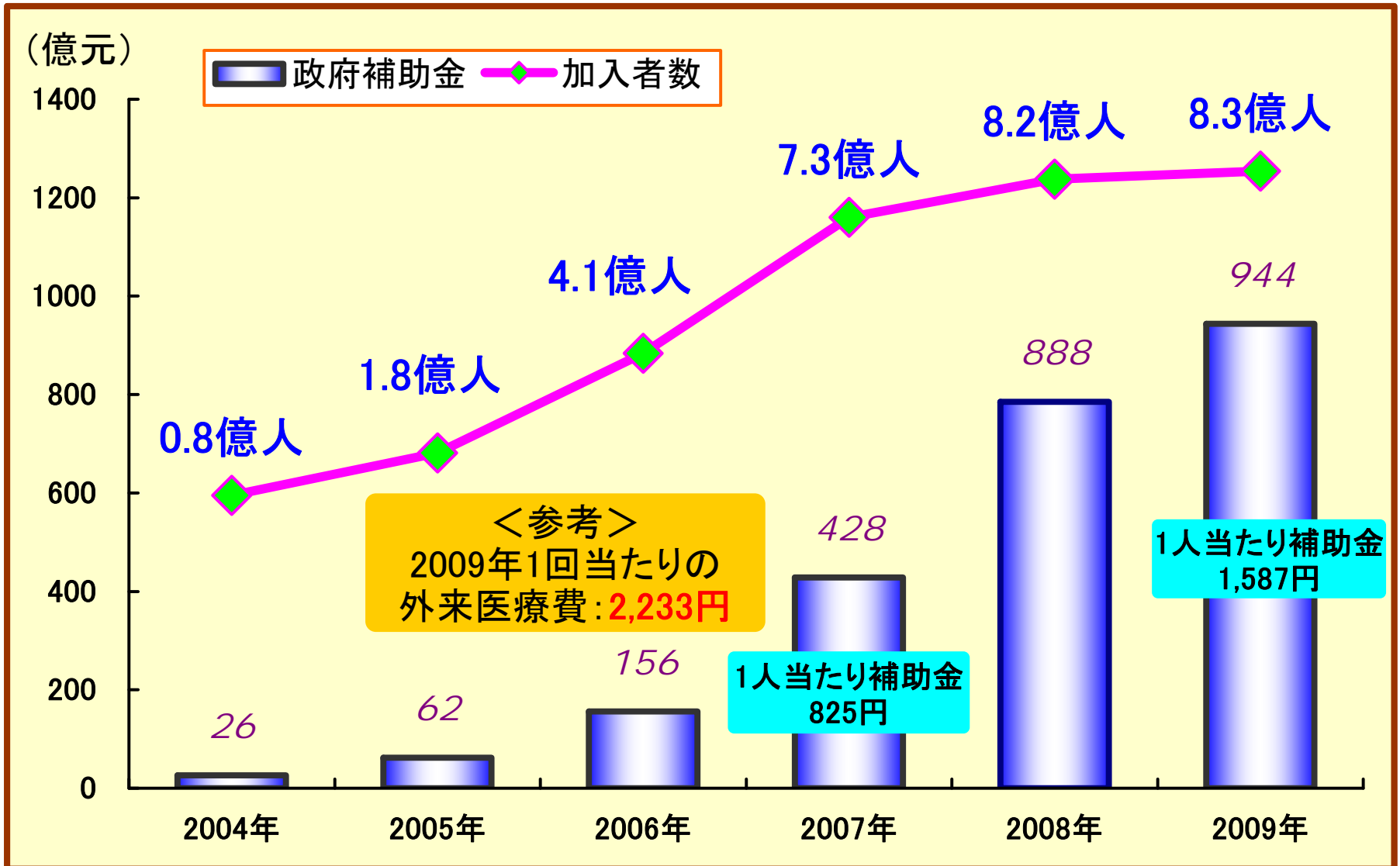
# 都市住民基本医療保険

- 中国政府は2007年4月、都市の戸籍を有する非勤労者（児童・小中高学生、非就労住民）を対象とする「都市住民基本医療保険」（モデル事業に関する通知）を全国に送付し、実施するよう求めた
- これは、「都市職員基本医療保険」に続く、一つの大きな医療保険制度となる
- 同モデル事業が掲げる目標は、2007年に79都市から試験的に実施し始め、2008年に229都市まで拡大し、2010年には同制度を全国に普及する
- 仮に中国全土に実施されれば、2億人近くの被保険者が新たに生まれてくる計算

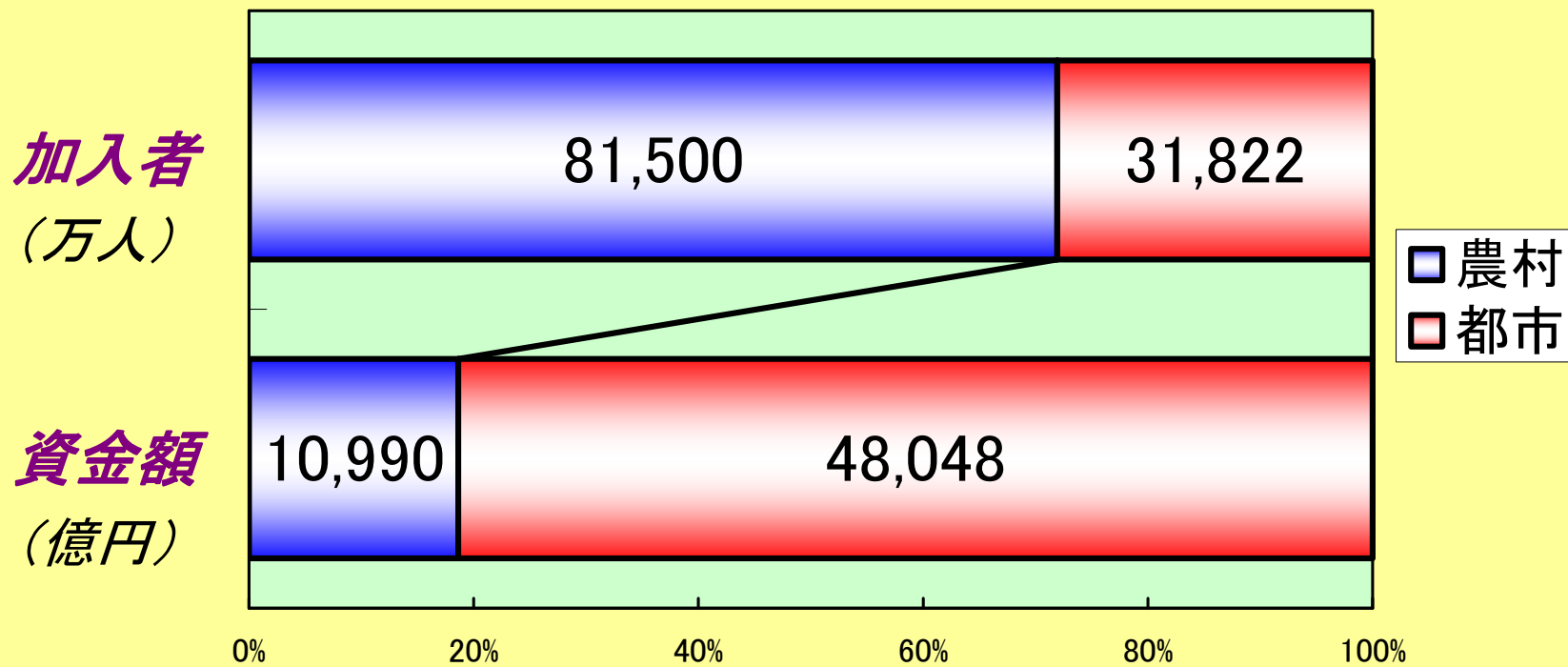
# 新型農村合作医療

- ◆「農村合作医療」とは、農村地域の住民に加入が限られている合作医療である
- ◆1960年代以降、多くの農村で実施されていたが、80年代初期の改革開放政策の導入による社会環境や経済状況などの変化で制度は崩壊してしまった
- ◆2000年から中国政府の指導の下で「個人納付・地域扶助・政府補助」という原則に基づき再び復活させた
- ◆2007年末現在、新型農村合作医療に加入する農民は7億2623万人に上っている
- ◆2007年末現在、集まった医療資金は428億元に止まり、加入者1人当たりの資金はわずか59元しかない

# 農村合作医療の加入者と補助金



# 農村・都市の医療資源の比較



1人当たりの資金  
1,348円

格差  
11.2倍

1人当たりの資金  
15,099円

※ 資料: 衛生統計(2008年)、為替: 1元=14円で換算、参考: 1回当たりの外来医療費全国平均: 2050円

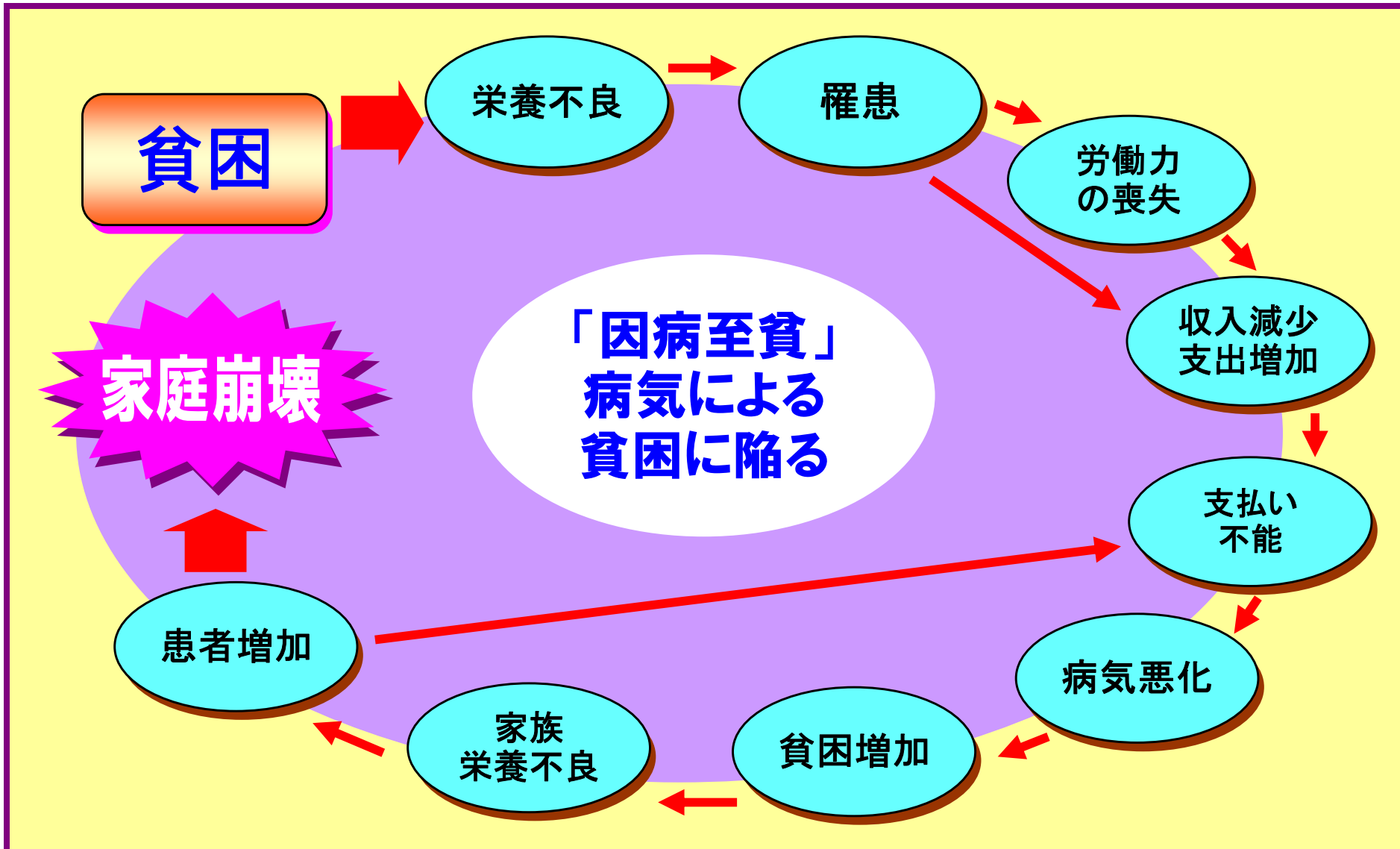
# 経済的な理由で医療を受けない

- 農村では、**36%の農民**が病気に罹っても病院に行かない。実際には**65%の農民**が入院治療を受ける必要があるが入院しない
- その背景にあるのは、医療費の過重な負担に耐えられないという経済的な理由で受診しない
- 衛生省の発表では、内陸部の農民は、病気の治療を受けられないために自宅での**死亡率が60～80%**にも達している
- 農民の年収で1回の入院医療費が支払えないことも多くある。疾病によって農民が貧困に陥ることが正に中国農村医療の実態
- 医療費はこの20年間で**約40倍**になり、GDPの伸び(**15倍**)を大きく上回る。理由①高齢化の進行、②疾病構造の変化、③多剤投与や検査漬け、④高度先進医療機器の導入

# 医療保険制度のポイント

- ◆ 医療資源への分配公平性は世界で188位
- ◆ 人口3割の都市が80%の医療資源を享受
- ◆ 日本のような制度を受けられる人は約3割
- ◆ 基本的には7割の国民が“無保険”
- ◆ 農村合作医療は名ばかりの制度に過ぎず
- ◆ プライマリーケアを重視する医療制度へ

# 病気による貧困に陥る流れ図

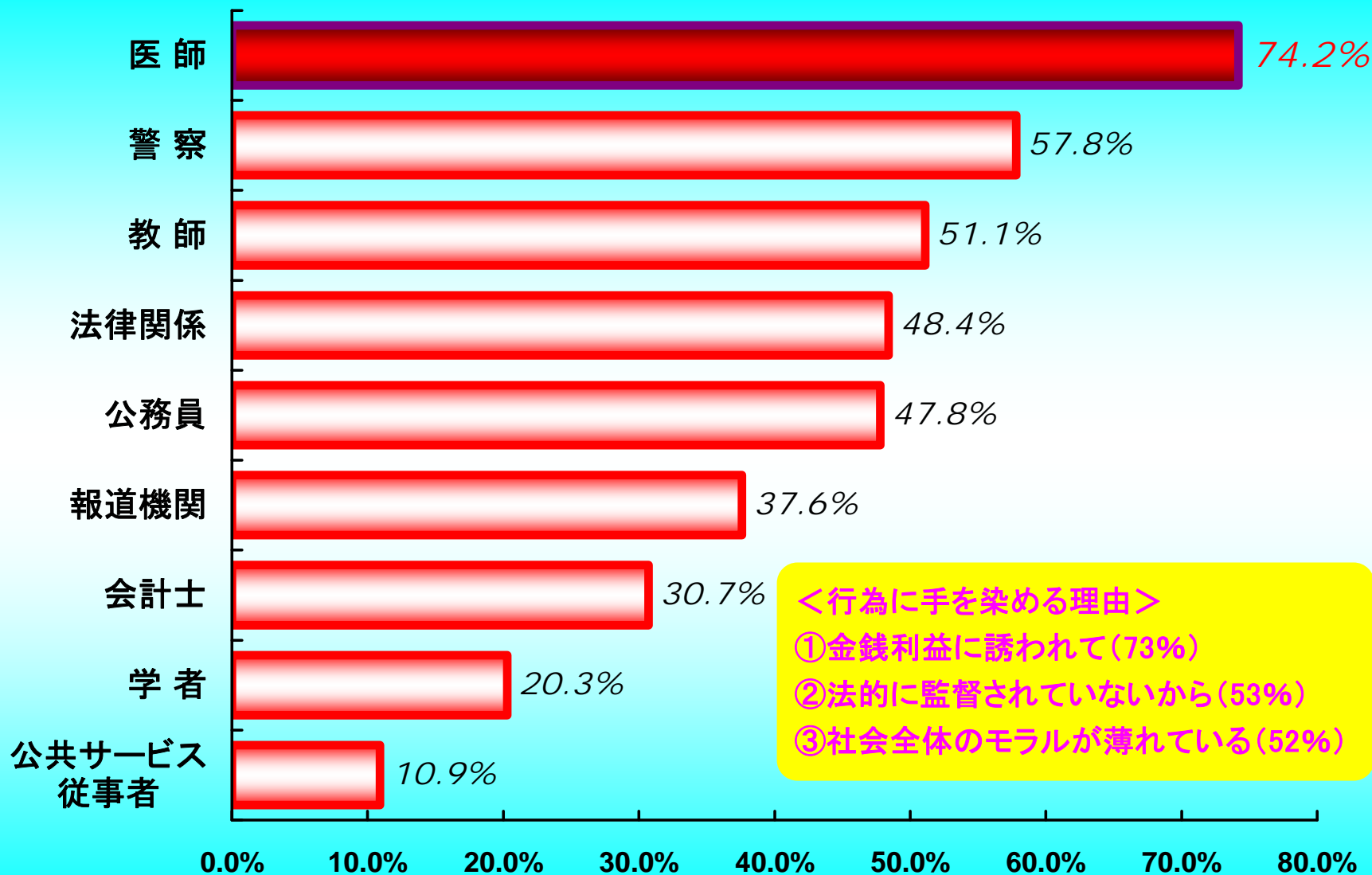




# 十大暴利業界のランキング

順	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
1	不動産	不動産	医薬業界	不動産	エネルギー	不動産
2	教育機関	高速道路	教育関係	医薬業界	医薬業界	眼鏡産業
3	葬祭業	葬祭業	エネルギー	教育関係	教育関係	葬祭業
4	出版業	自動車教習	金融業者	金融	葬祭業	通信
5	自動車産業	電力産業	不動産	電力	教材業界	医薬業界
6	眼鏡産業	テレビ	教材出版業	タバコ産業	高速道路	高速道路
7	通信	医薬業界	旅行産業	葬祭業	通信	美容
8	医薬業界	教育関係	保健品産業	高速道路	不動産	教育関係
9	留学仲介	教材出版業	眼鏡産業	美容	ゲーム機器	結婚撮影
10	ゲーム機器	ゲーム機器	公用事業	防毒ソフト	美容	ゲーム機器

# モラルに欠ける職業別ワースト順位



# 09～11年の医療衛生体制改革案

## <改革案の具体的な目標数値>

- ◆2010年に都市住民基本医療保険及び農村合作医療の年間1人当たりの保険料の政府補助を120元に引き上げる
- ◆2011年までに医療保険加入率を90%以上に高める
- ◆一連の取り組みに中央や地方が合計8500億円を投入する

## <重点的に取り組むべき項目>

- 基本医療保障制度構築の推進を加速させる
- 国家基本薬物制度を初歩的に構築する
- 末端の医療衛生サービス体系を健全化する
- 基本公共衛生サービスの均等化を次第に促進する
- 公立病院の試験的な改革を推進する

# 医療改革実施へのイメージ図

中央政府及び地方政府が医療制度改革に投入する資金：11.9兆円

改革

医療保障制度の構築

基本薬物制度の創設

医療サービス体系の整備

公共衛生サービスの均等化

公立病院改革の推進

狙い

国民の  
不満を解消

医療  
サービスを  
向上

分配

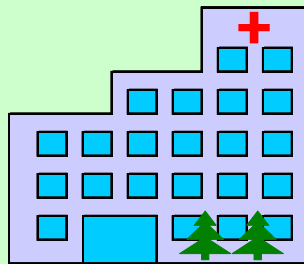
中央・地方投入の比率  
中央40% 地方60%

3分の2 資金→需要側  
3分の1 資金→供給側

8割以上の投資金を  
末端医療サービスに

# 末端医療衛生サービス機関

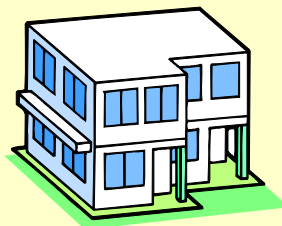
病院



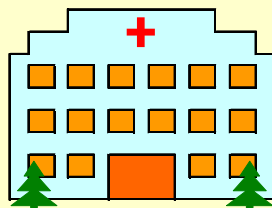
病院  
・総合病院  
・中医病院  
・専門病院

20,291施設

末端医療衛生機関

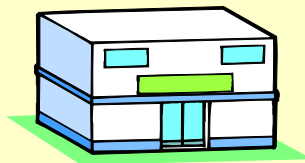


衛生院(農村)  
39,860施設



社区医療衛生機関  
(都市)  
24,260施設

24.5万施設



門診部(クリニック)  
180,752施設

# 薬価差を無くす公立病院の改革

## <公立病院改革の主な内容>

- ①公立病院のサービス構造の改善
- ②公立病院の管理体制の改革
- ③公立病院内部の運営構造の改革
- ④公立病院の補償構造の改革
- ⑤公立病院管理の強化
- ⑥多元化の病院経営の推進

## <国家基本薬物を優先的に使用>

公立病院に対して国家基本薬物の使用割合を規定するほか、国家基本薬物の仕入れ管理制度を構築していく。公立病院が優先的に基本薬物使用を促進する。国家基本薬物は「予防治療の需要、安全かつ有効、適正な価格、使いやすさ」の原則に基づいて中央政府によって制定されるもの(2009年8月に公表した国家基本薬物リスト)。

# 公立病院経営の収入源比較

## 現 行

- ◆ 医療サービスなどの収入
- ◆ 政府からの補助金(減少傾向にある)
- ◆ 薬価差益の収入(病院の主な収入源)※

※病院の薬剤利益率は原則として10~15%と定められているが、仕入れ価格が安ければ利益率はさらに高くなる(医薬分業は実施されていない)。「薬によって病院の経営を支える」ということは公立病院の実態なのだ。

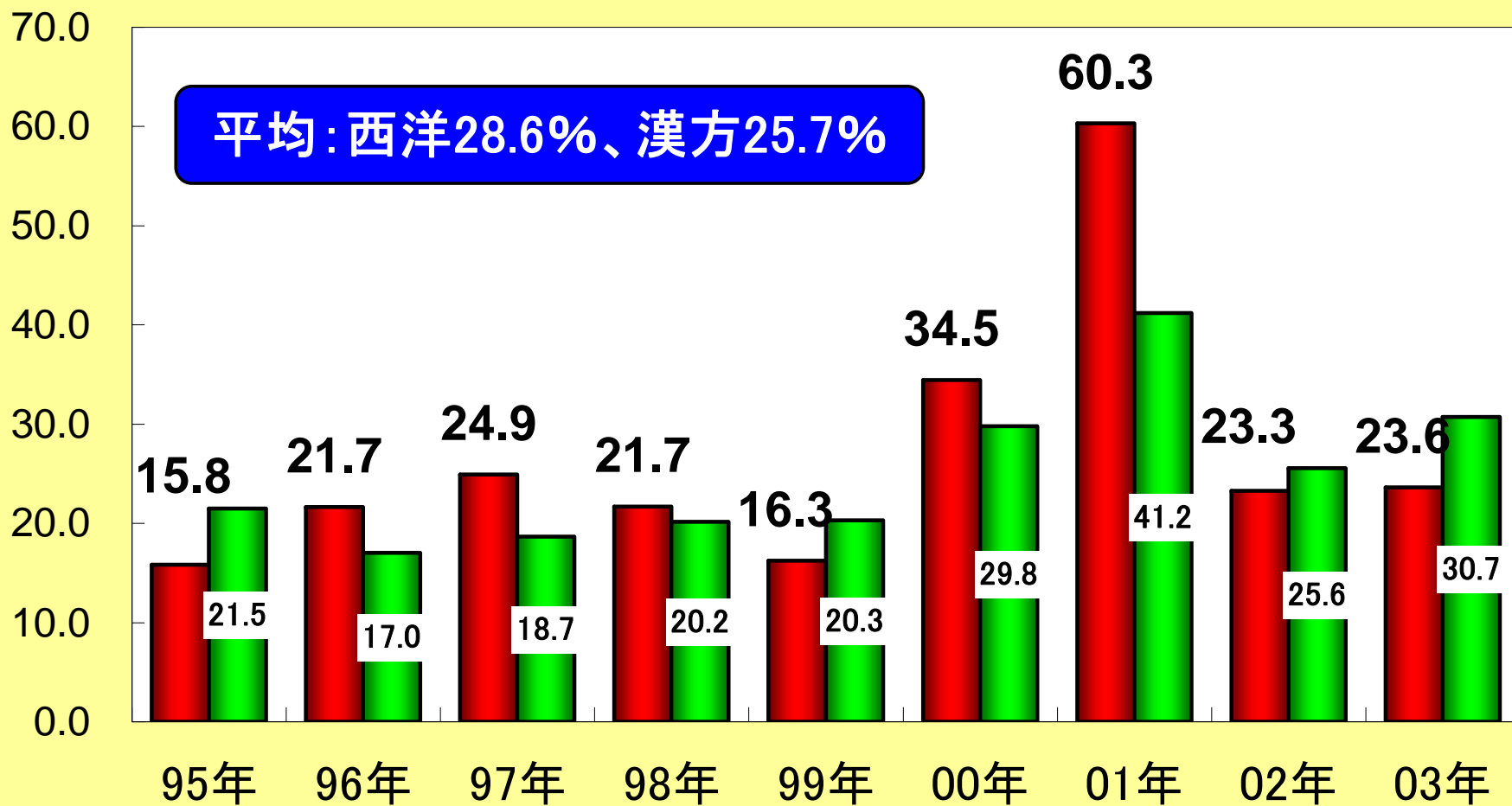
## 改革案

- ◆ 医療サービスなどの収入
- ◆ 政府からの補助金(増やすことを検討)
- ◆ 薬事サービス料の創設
- ◆ 技術サービス料の引き上げ
- ◆ 薬価差率を細分化する※

※医薬品適正使用のため、従来の販売利益率のルールを廃止し、低価な医薬品の販売率を高くし、高価な医薬品の販売差率を低くするという法則を取り入れる方針。

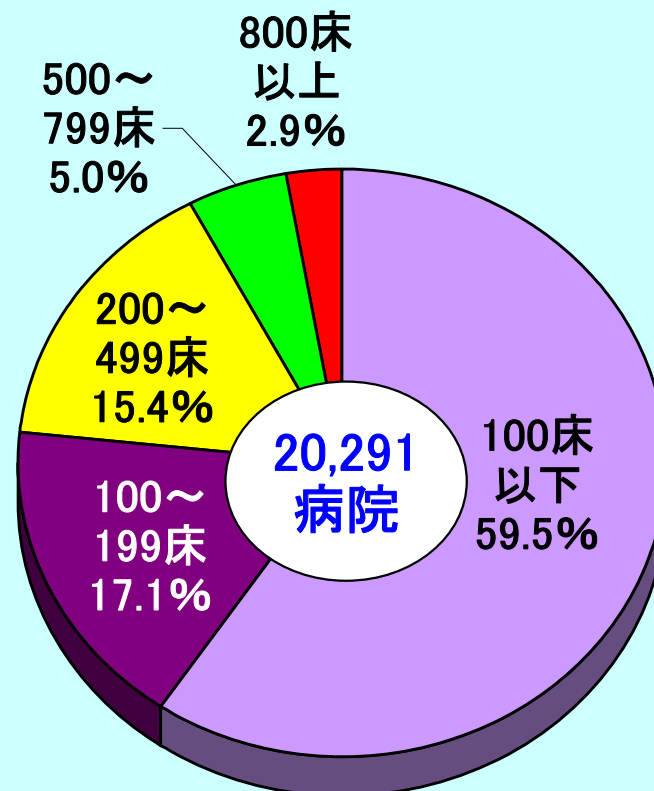
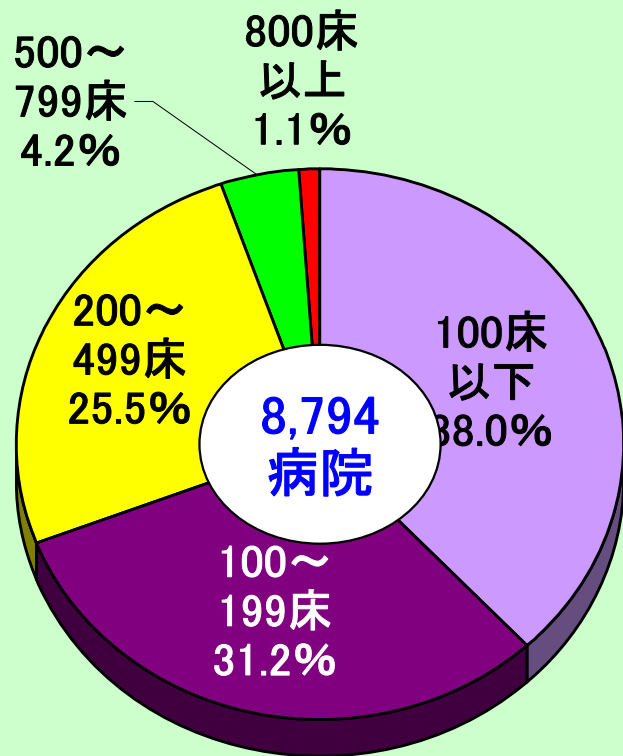
# 化学医薬と漢方薬の薬価差益率

■ 化学医薬品 ■ 漢方製剤





# 病床の規模別に見た施設構成

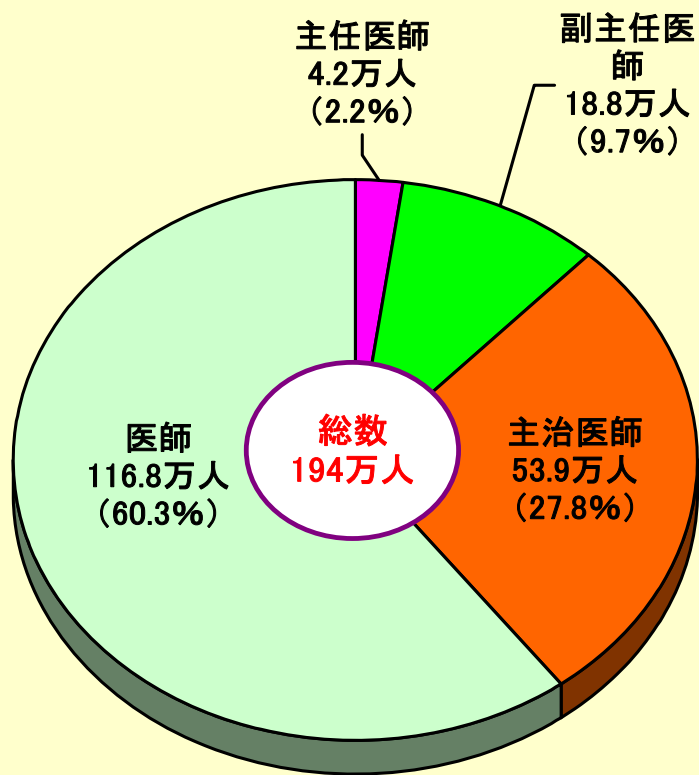


# 医療提供体制の日中比較

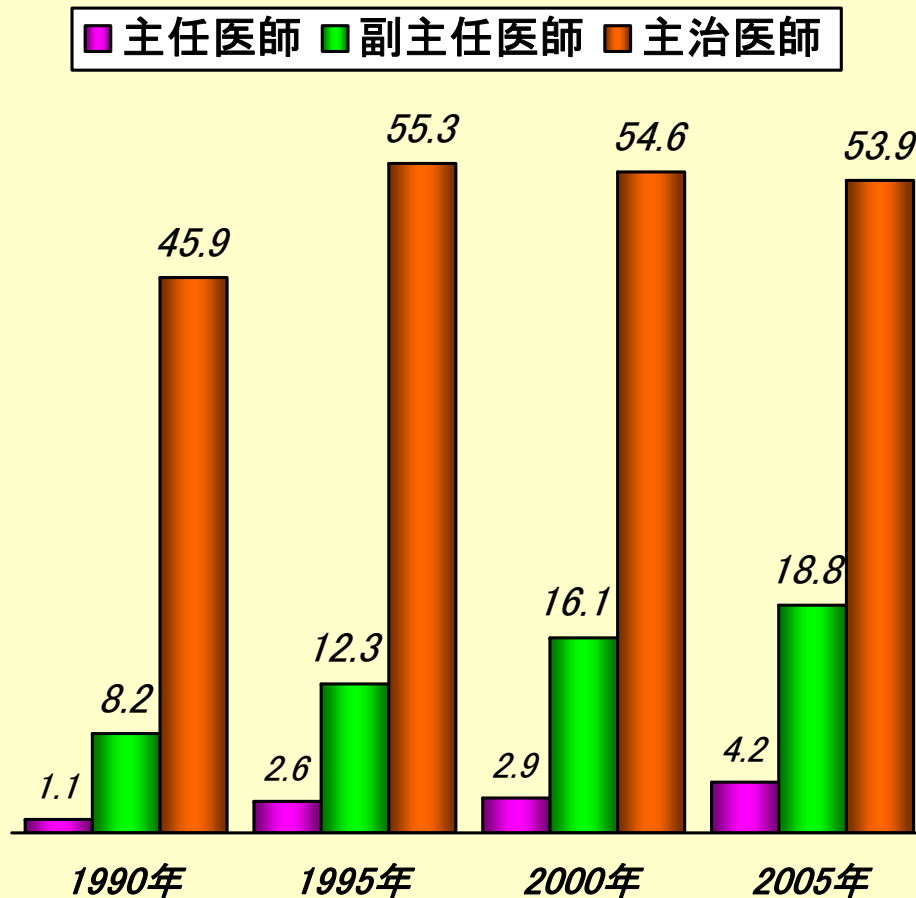
項目	日本 (2008年)	中国 (2009年)
病院総数(施設)	8,794	20,291
病床総数(万床)	161	236
1施設当たりの病床数(床)	183	154
1000人当たりの病床数(床)	12.60	3.31
1000人当たりの医師数(人)	1.47	1.75
1000人当たりの看護師数(人)	7.79	1.39

# 等級医師の構成比及び年次推移

## 等級医師の構成比



## 3級医師数の年次推移



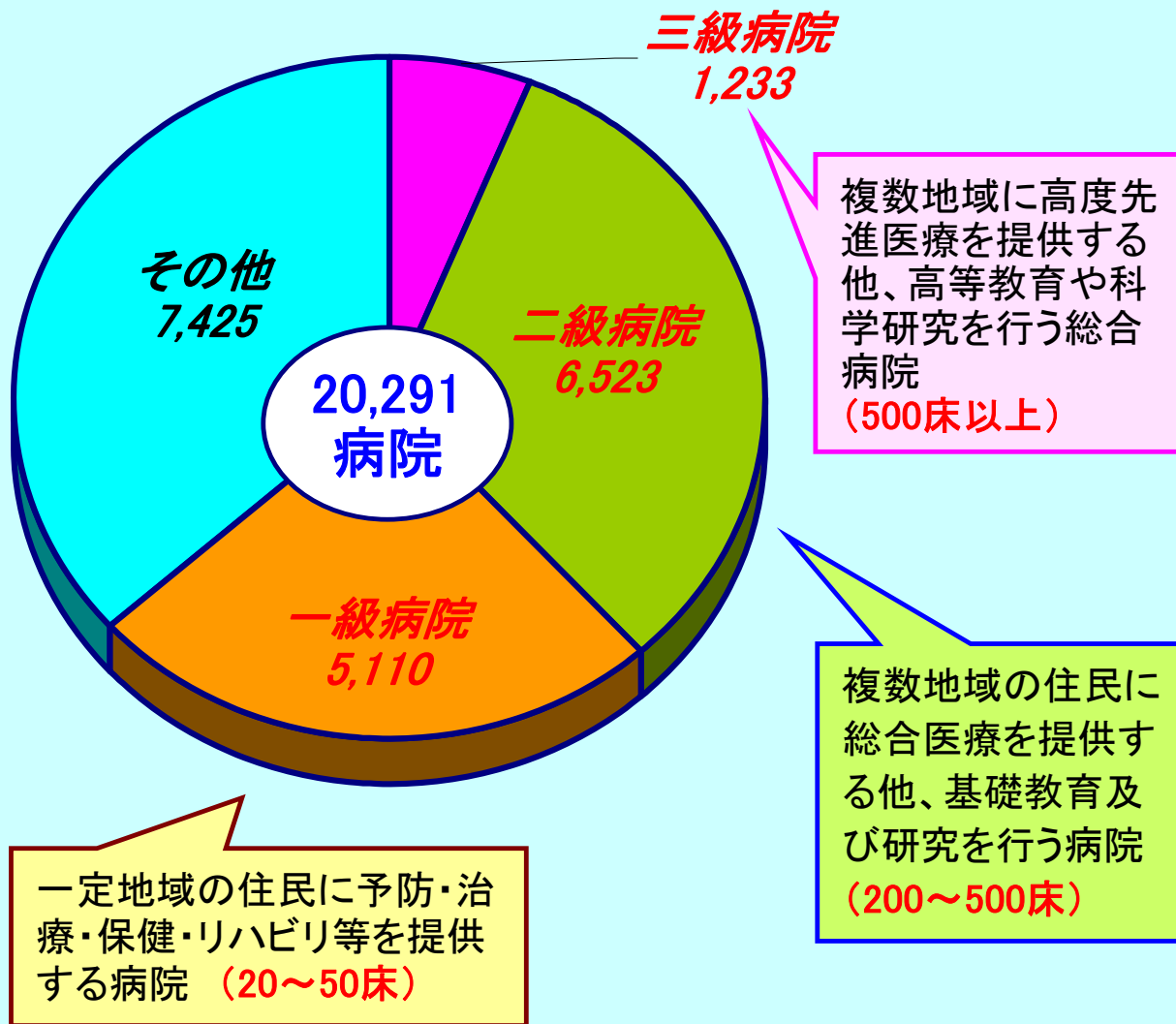
# 日本の医療圏に近い病院等級制

## 日本の医療圏

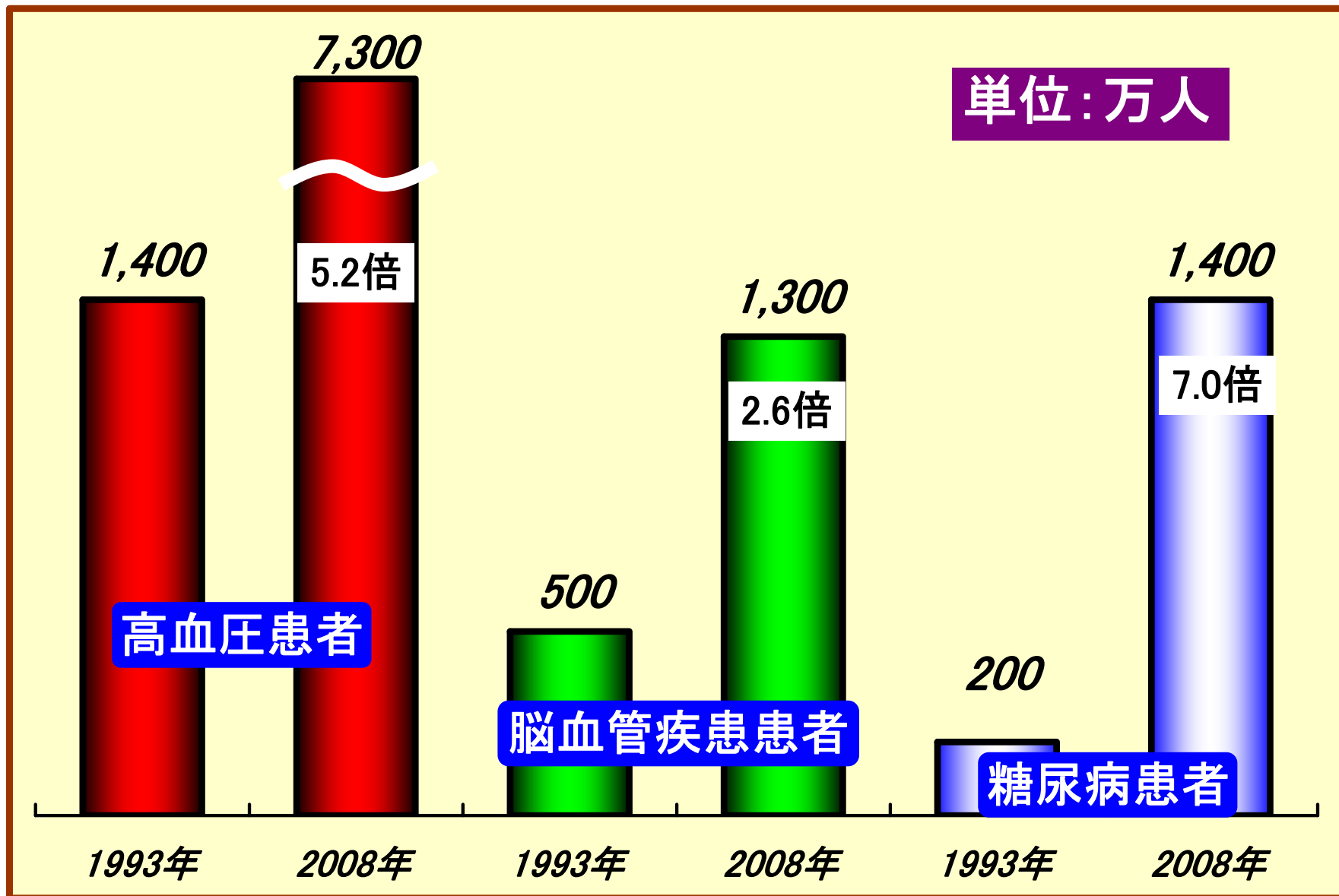
＜一次医療圏＞  
一般的な医療が可能な範囲で、概ね行政区分(市町村)の単位

＜二次医療圏＞  
入院医療が可能な範囲で、病院を持つ市町村に周辺の町村が一つの単位

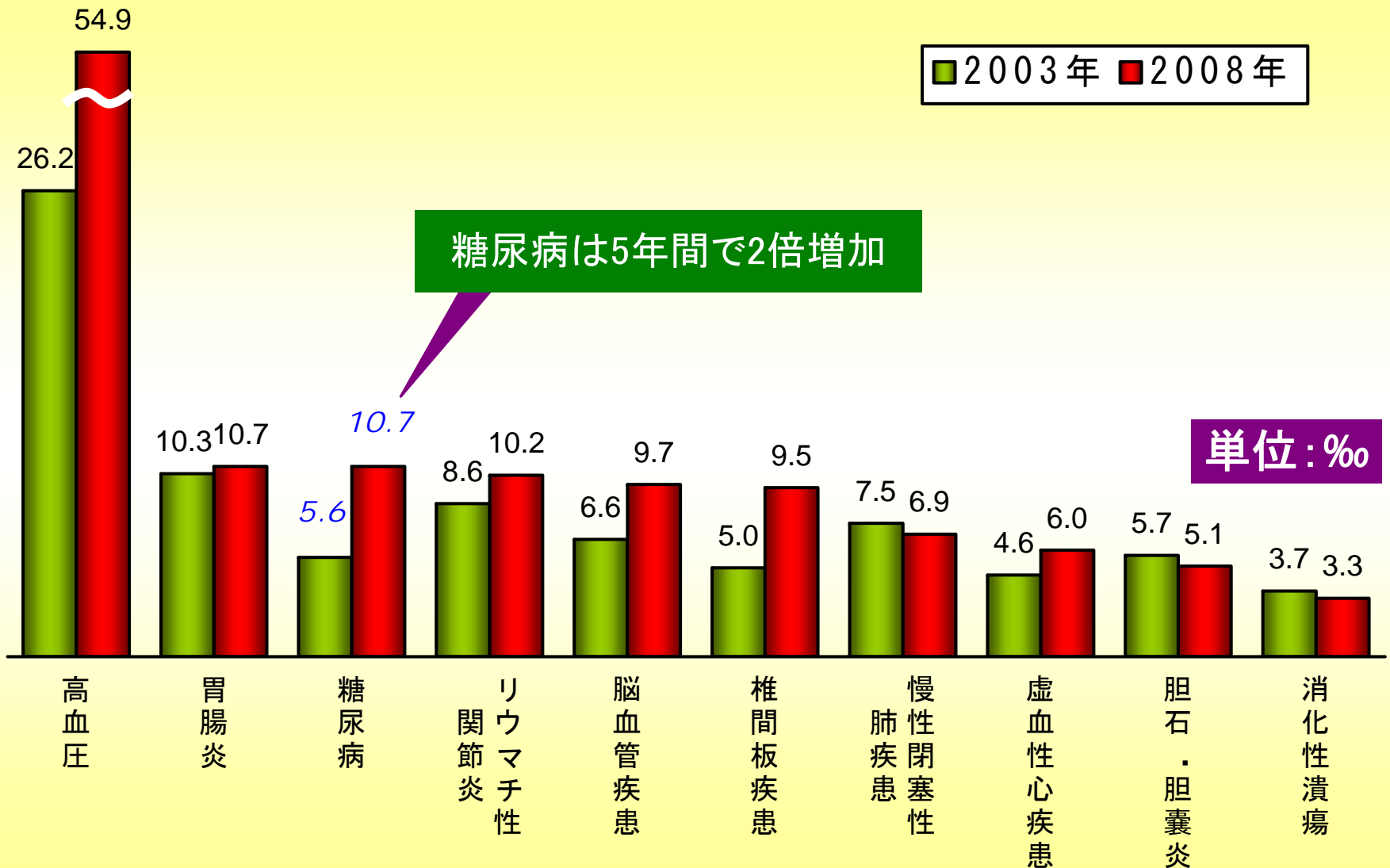
＜三次医療圏＞  
高度・先進医療も可能な範囲で概ね都道府県の単位



# 慢性疾患患者数の増加状況



# 慢性疾患の罹患率上位10疾患



# 死亡原因の上位10疾患(人口10万対)

順	都市部			農村部		
	疾病名	死亡率	構成	疾病名	死亡率	構成
1	悪性腫瘍	176.2	28.5	悪性腫瘍	144.2	24.8
2	脳血管疾患	111.5	18.0	脳血管疾患	119.7	20.6
3	心疾患	100.6	16.3	呼吸器系疾患	100.2	17.2
4	呼吸器系疾患	80.9	13.1	心疾患	86.0	14.8
5	損傷及び中毒	37.6	6.1	損傷及び中毒	52.1	9.0
6	内分泌、栄養、 代謝・免疫系疾患	20.4	3.3	消化器系疾患	15.6	2.7
7	消化器系疾患	17.5	2.8	内分泌、栄養、 代謝・免疫系疾患	8.8	1.5
8	泌尿器系疾患	7.9	1.3	泌尿器系疾患	7.1	1.2
9	神経障害	5.9	1.0	神経障害	4.5	0.8
10	精神障害	5.4	0.9	精神障害	3.5	0.6
	割合	—	91.3	割合	—	93.2

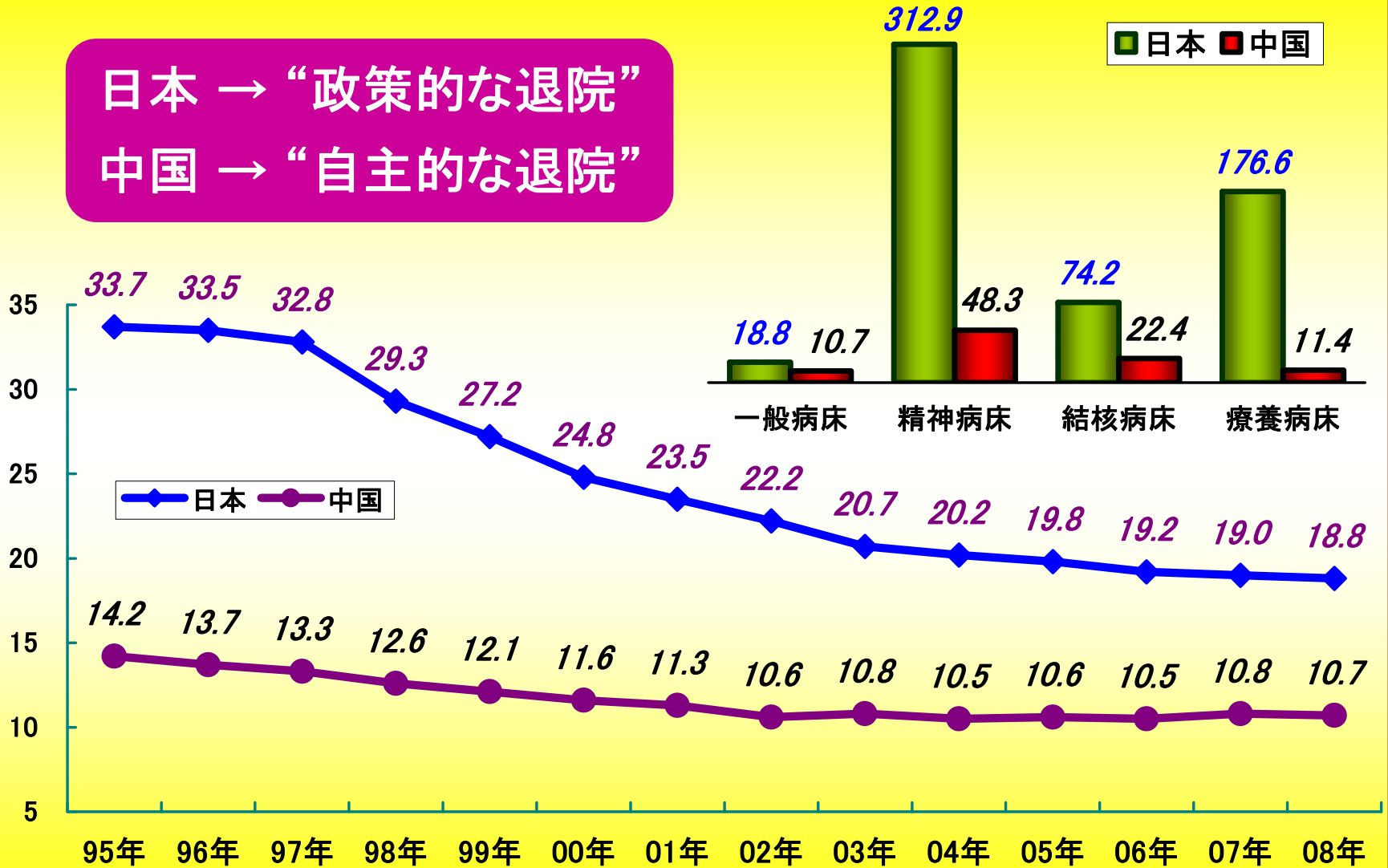
# 上位悪性腫瘍死亡率(人口10万対)

順	全体		男性		女性	
	疾病名	死亡率	疾病名	死亡率	疾病名	死亡率
1	肺 癌	30.6	肺 癌	41.1	肺 癌	19.6
2	肝 癌	26.1	肝 癌	37.4	胃 癌	16.4
3	胃 癌	24.5	胃 癌	32.3	肝 癌	14.3
4	食道癌	15.0	食道癌	20.5	食道癌	9.4
5	直腸癌	7.4	直腸癌	8.3	直腸癌	6.3
6	白血病	3.8	白血病	4.2	乳腺癌	5.9
7	脳腫瘍	3.1	脳腫瘍	3.5	子宮癌	4.3
8	乳腺癌	2.9	膵臓癌	2.9	白血病	3.4
9	膵臓癌	2.6	膀胱癌	2.1	子宮頸癌	2.8
10	骨 癌	1.7	鼻咽癌	2.0	脳腫瘍	2.7

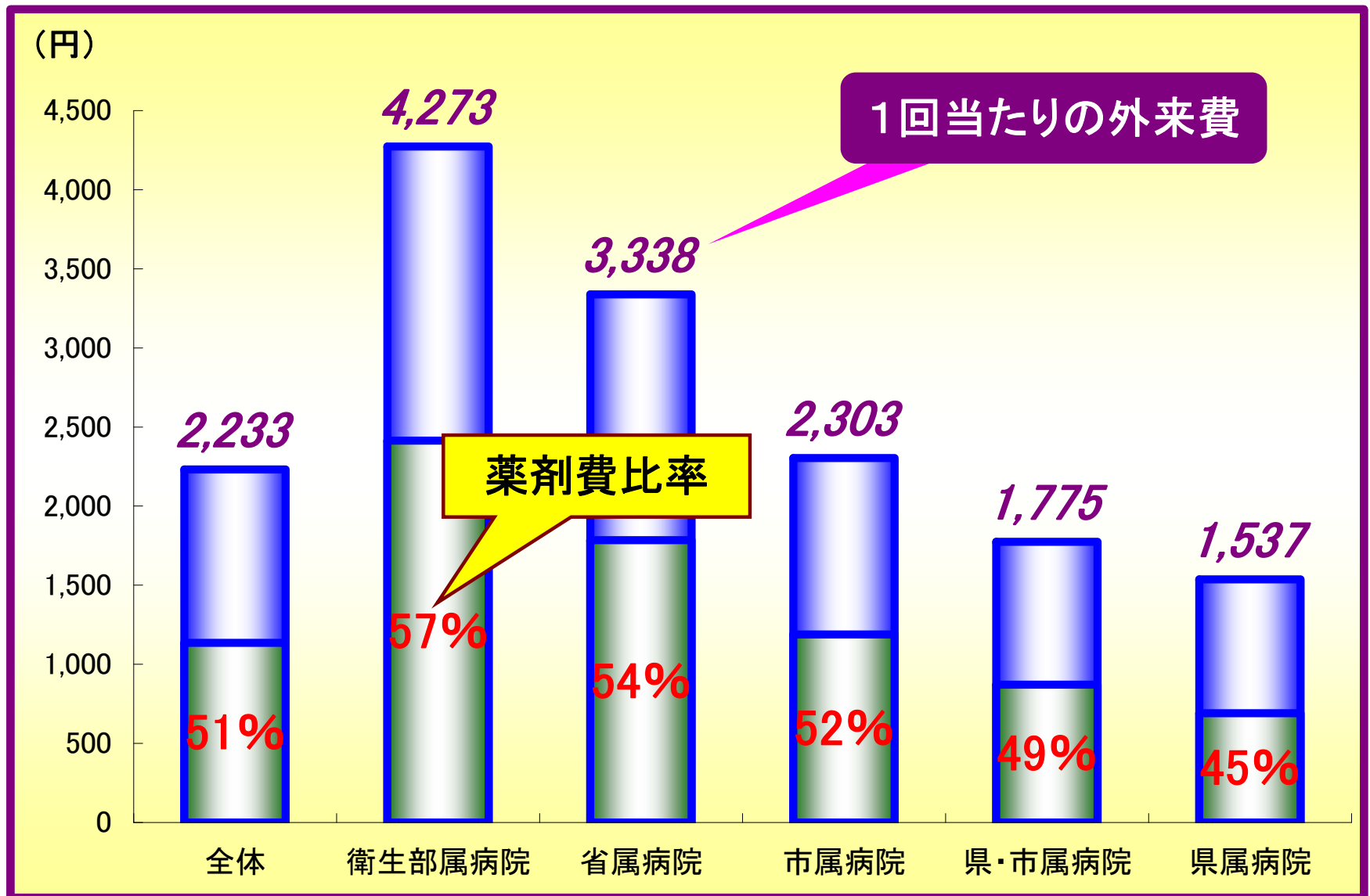


# 平均在院日数の日中比較

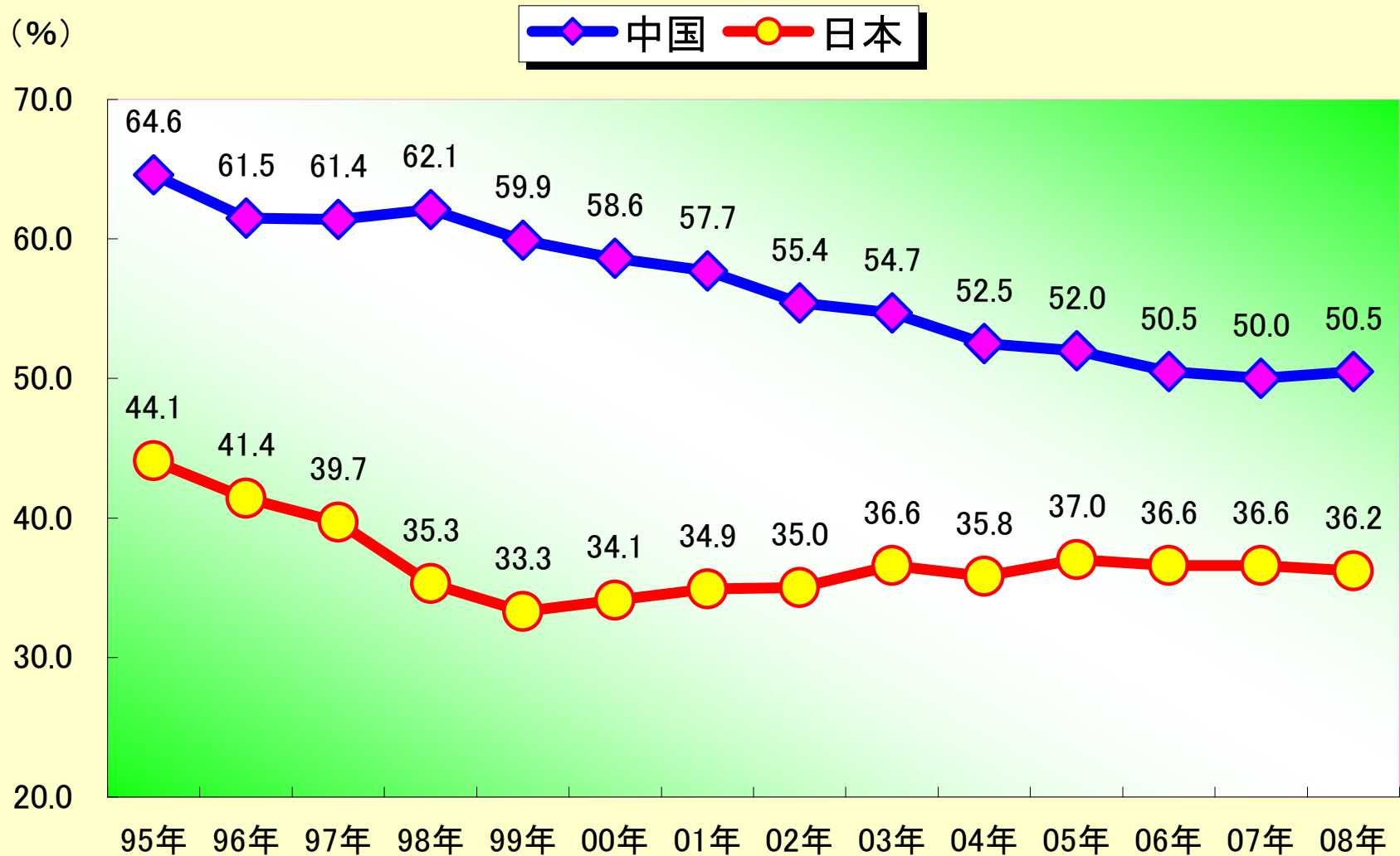
日本 → “政策的な退院”  
中国 → “自主的な退院”



# 1回当たりの外来医療費・薬剤費比率



# 薬剤費比率の日中比較(%)



# 大薬効別に見た割合と伸び率

大薬効分類	割合(%)	伸び率(%)
消化器官用薬及び代謝薬	12.58	15.2
血液・体液用薬	10.87	19.0
循環器系用薬	<b>13.37</b>	26.4
外皮用薬	0.76	15.1
泌尿生殖器官用薬	1.31	11.3
ホルモン剤	1.84	15.0
抗生物質製剤	<b>24.53</b>	<b>28.1</b>
抗腫瘍用薬及び免疫抑制剤	<b>17.00</b>	27.5
筋肉・骨格系用薬	2.85	<b>39.7</b>
中枢・末梢神経系用薬	8.47	25.1
抗寄生虫用薬	0.08	<b>34.9</b>
呼吸器官用薬	2.56	18.0
感覚器官用薬	0.56	8.5
その他	3.22	17.0
総計	100.0	22.6

※ データは22大都市病院の薬剤使用状況(2008年)

# 医療用医薬品の上位15品目

順	医薬品名	薬効名	金額(億円)	伸び率
1	塩化ナトリウム	補正用製剤	110.1	26.0
2	オメプラゾール	プロトンポンプ阻害剤	106.4	25.5
3	イチョウ葉エキス(製剤)	末梢血流や脳循環障害改善薬	104.7	24.4
4	ドセタキセル	タキソイド系抗悪性腫瘍剤	78.9	29.8
5	パクリタキセル	抗悪性腫瘍剤	77.8	25.0
6	セフォチアム	セフェム系抗生物質	77.7	39.8
7	ヒト血清アルブミン	血液成分製剤	77.1	-4.6
8	レボフロキサシン	ニューキノロン系抗菌剤	73.5	2.5
9	セフロキシムアキセチル	セフェム系抗生物質	71.4	-6.4
10	ガングリオシド	脳機能改善薬	69.7	57.8
11	ダイズ油	脂肪乳剤	66.9	11.2
12	硫酸クロピドグレル	抗血栓薬	64.6	37.5
13	パントプラゾール	プロトンポンプ阻害剤	63.8	40.7
14	サイモシン $\alpha$ 1	免疫増強剤	63.5	42.9
15	セフミノクス	セフェム系抗生物質	63.4	30.3

# まとめ：中国医療現状と課題

- ◆ 高度経済成長とは裏腹に地域間格差が大きな問題
- ◆ 豊かになる前に高齢社会が来て深刻な問題を抱える
- ◆ 日本のような医療制度を享受できる国民は3割程度
- ◆ 医療資源に対する調達・分配の公平性が欠如
- ◆ 農村部では経済的な理由で受診抑制が広がる
- ◆ 国民の医療への不満を解消するため抜本改革を推進
- ◆ 薬価差を無くす公立病院の改革は通用するのか
- ◆ 社会環境やライフスタイルの変化で慢性疾患が急増
- ◆ 日本のような医療保険制度に届くには容易ではない

ご清聴ありがとうございました！