

# 新興国ヘルスケア市場の発展段階モデルと 日本企業の事業機会

## 中国市場のケーススタディ

梅澤幸平



### CONTENTS

- I 新興国ヘルスケア市場の特徴と事業戦略構築の際の課題
- II 新興国ヘルスケア市場の発展段階
- III ケーススタディ：中国ヘルスケア市場の発展段階と事業機会
- IV 新興国ヘルスケア市場における事業機会

### 要約

- 1 新興国ヘルスケア市場は、先進国と比較し魅力的な市場として評価されにくく、市場開拓に向けた資源投下意思決定が遅れる傾向にある。しかし市場が急成長する局面では、すでに競争環境は厳しくなっている可能性が高い。そのため、事業環境の変化の方向性を見極め、近未来の環境変化に焦点を合わせた戦略構築・資源投下を検討する必要がある。
- 2 新興国ヘルスケア市場は、政府・政策が医療の提供主体を整備し、患者のニーズを段階的に充足することにより、大きく4つの発展段階を経る。市場の非連続的な成長は、そのうち段階3のTier2都市で市場が拡大する際に起こる。
- 3 中国ヘルスケア市場は2000年代に段階3に入り、すでに市場の非連続的な成長段階にあるが、その急成長を自社に取り込みきれていない日系ヘルスケア企業が多い。段階4に向けては今後、内陸主要都市・一次医療機関市場への拡大と、診療ガイドラインの高度化が起こると想定される。日系の同企業はこの環境変化に合わせて巻き返しを図る必要がある。
- 4 新興国市場の成長を自社に最大限に取り込むには、段階2の時点で自社のプレゼンス（存在感）を獲得するための先行投資が重要となる。ASEAN（東南アジア諸国連合）やインドなどは現在、段階1または段階2にある。日系ヘルスケア企業は、これらの国々に対して参入・成長するための先行投資を検討すべきタイミングに差しかかっている。

日米欧の先進国ヘルスケア市場が伸び悩むなか、各種産業でBRICs（ブラジル・ロシア・インド・中国）をはじめとする新興国市場の成長の取り込みが経営課題となっている。

エレクトロニクスや自動車、インフラ産業などと比して、新興国における医薬品や医療機器などのヘルスケア産業は、成長が遅く市場規模も小さい。このため新興国は先進国と比較し魅力的な市場として評価されにくく、日本の本社としても、新興国事業への参入・成長に向けた資源投下の意思決定が遅れる傾向にある。

しかしながら、市場が急成長して規模が目立つ水準まで発展した段階で初めて参入・成長の戦略構築を検討したとしても、そのころには大都市部の主要な医療機関・オピニオンリーダーはすでに先行する企業に押さえられており、そうした厳しい競争環境のなかで市場の成長を謳歌することは困難となる。このため、新興国市場の開拓においては特に事業環境の変化の方向性を見極め、近未来の環境変化に焦点を合わせた戦略構築・資源投下を検討する必要がある。

本稿では、新興国ヘルスケア市場における事業環境の変化の方向性をどう見極めるかを示し、ケーススタディとして中国の事業環境の変化の方向性と事業機会を論じる。

## I 新興国ヘルスケア市場の特徴と事業戦略構築の際の課題

### 1 新興国ヘルスケア市場の特徴

新興国ヘルスケア市場の事業環境の実態を捉える際には、特に留意すべき3つの特徴がある。

1つ目は「グローバル最先端の市場と日本の40～50年前の市場が混在している」ことである。

1人当たりGDP（国内総生産）など国全体の経済力は低く、医療水準も日本の40～50年前の段階であるような国であっても、ほとんどの場合、その国の特権層を対象とする先進国並みの医療機関が少数ながら存在し、ここでは高度な医療機器や医薬品が使用されている。

たとえばインドでは、WHO（世界保健機関）によると2010年時点の乳児死亡率が1000人中52人（日本は3人）と、日本の40年前と同水準である一方で、民間病院グループのアポロ病院やフォーティス病院など、周辺諸国や欧米からの医療ツーリズムを受け入れているほどの技術水準の高い医療機関が存在している。

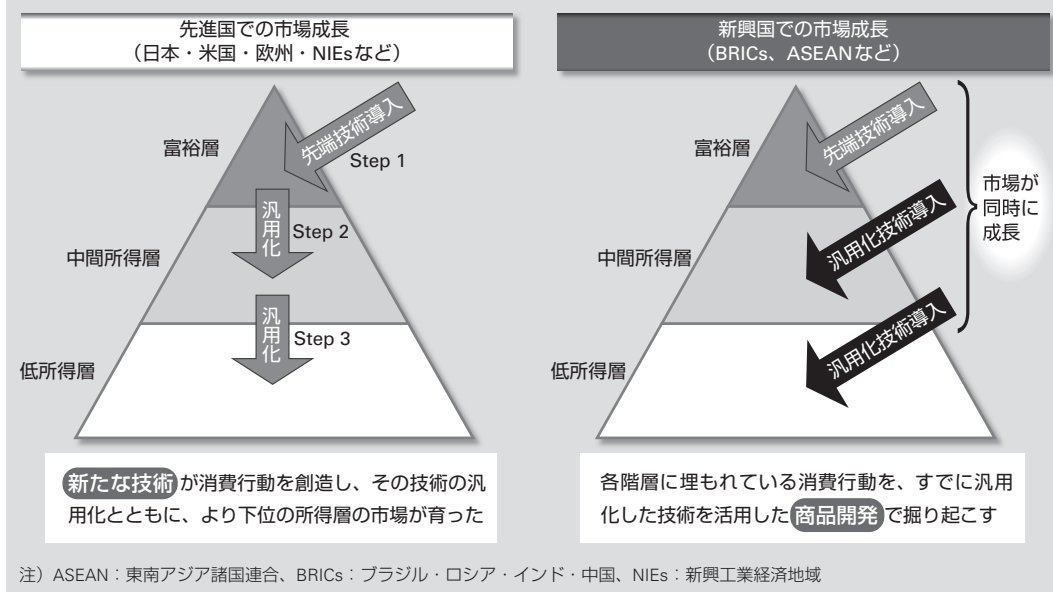
2つ目は「ある時点を境に市場が急激に成長する」ということである。

かつての日米欧の市場では、新たな技術が市場を創造し、その技術が徐々に汎用化していくことで市場も順次拡大していくという成長プロセスを経てきた。しかし、現在の新興国市場には先進国ですでに汎用化した技術が存在していることから、その技術を顧客の階層に合わせ込むことで、潜在市場も同時に顕在化する。このため新興国では、その国の経済力がある段階に達した時点で市場が急激に成長する（次ページの図1）。

3つ目は「したたかなステークホルダー（利害関係者）が存在する」ことである。

新興国政府は、現在医療費問題に苦しむ先進国に学び、低コストの医療体制・制度を構築しようとしており、場合によっては自国市

図1 先進国と新興国のヘルスケア市場成長プロセスの違い



場の有望性を材料に先進国企業との条件交渉に臨んでくる。また現地企業は、グローバルの先端技術を用いた製品を安価なものにつくり替え、それを新興国内で販売することはもとより、先進国への逆輸出をねらう姿勢も見せている。

## 2 新興国に対する意思決定の課題

上述の3つの特徴は、いずれも新興国市場への参入・成長の戦略構築を検討する際に、意思決定者の判断を迷わせるポイントにもなっている。

1つ目の「グローバル最先端の市場と日本の40～50年前の市場が混在している」ことは、現地側と本国（先進国）側との意識のギャップになって表れる。現地側が少数の有望顧客を対象とする事業の魅力を訴える一方で、本国側は、市場規模の小ささや日本の40～50年前程度に相当するマクロ指標にも着目するため、両者の「落とし所」が見出せずに

意思決定のタイミングをつかめない状況が生じる。

2つ目の「ある時点を境に市場が急激に成長する」ことについては、成長する市場でシェアを獲得・維持するには、潜在顧客に向けた営業網の拡大や製品ラインアップの拡充など、新興国の潜在市場を顕在化させるための投資が必要となる。しかし、市場規模の小さな新興国に対して全方位的な投資はできないため、資源投下をすべき潜在市場の見極めで判断に迷うことになる。

3つ目の「したたかなステークホルダーが存在する」ことは、現地政府や競合企業状況など、先進国にはない不確定要素が容易に目につくため、本国側は新興国に対する参入・成長への投資の意思決定に躊躇してしまう。しかしながらすでに述べたように、新興国参入には意思決定のタイミングが重要であることから、機を逃さないためにも、これらのステークホルダーとどのように共存して

Win-Winの関係を構築するののかの方策を検討しなければならない。

## Ⅱ 新興国ヘルスケア市場の発展段階

第Ⅰ章で述べたように、新興国ヘルスケア市場への参入・成長を意思決定する際は、「タイミング」と「潜在市場の顕在化」が重要となる。本章では、意思決定のタイミングと、ターゲットとすべき潜在市場を検討するための方法として、新興国市場の発展段階の捉え方を示す。

新興国市場は、医療サービス提供主体である医療機関と医療従事者（医師等）の増加、およびサービス対象者層（患者）の拡大に伴って、大きく4つの発展段階を経ていく。

**【段階1】** 特権層向けの高度医療機関と公衆衛生レベルの医療機関が併存

**【段階2】** その国を代表する大都市（Tier1都市）の中間層向け医療機関の増加、および医療機関の役割分担構造の確立

**【段階3】** Tier1都市の周辺都市（Tier2都市）の中間層向け医療機関、および医師の教育機関の増加

**【段階4】** 地方を代表する都市（Tier3都市）の中間層向け医療機関、および医師の教育機関の増加

### 1 【段階1】二極化した医療体制が存在

段階1では、感染症対策・母子医療など公

表1 新興国における高度医療機関の例

|                                  |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フォーティス<br>エスコート心<br>臓病院<br>(インド) | <ul style="list-style-type: none"><li>1988年にインドの心血管領域の先端民間病院として設立。その後フォーティスグループが買収</li><li>現地富裕層、政府関係者、法人契約企業の従業員や外国人患者など、限られた層をターゲットとする</li><li>CT、MRIに加え、PETなど最先端の機器を保有</li></ul>            |
| バクマイ病院<br>(ベトナム)                 | <ul style="list-style-type: none"><li>1911年に設立された公立医療機関</li><li>1985年以後、日本のODAによる資金援助・技術導入により医療水準が向上し、ベトナム北部で最高位の医療機関に成長（医学生の実習の場として大学病院よりも上位の位置づけ）</li><li>CT、MRIに加え、PETなど最先端の機器を保有</li></ul> |

注) CT: コンピューター断層撮影装置、MRI: 磁気共鳴映像装置、ODA: 政府開発援助、PET: 陽電子放射断層撮影装置

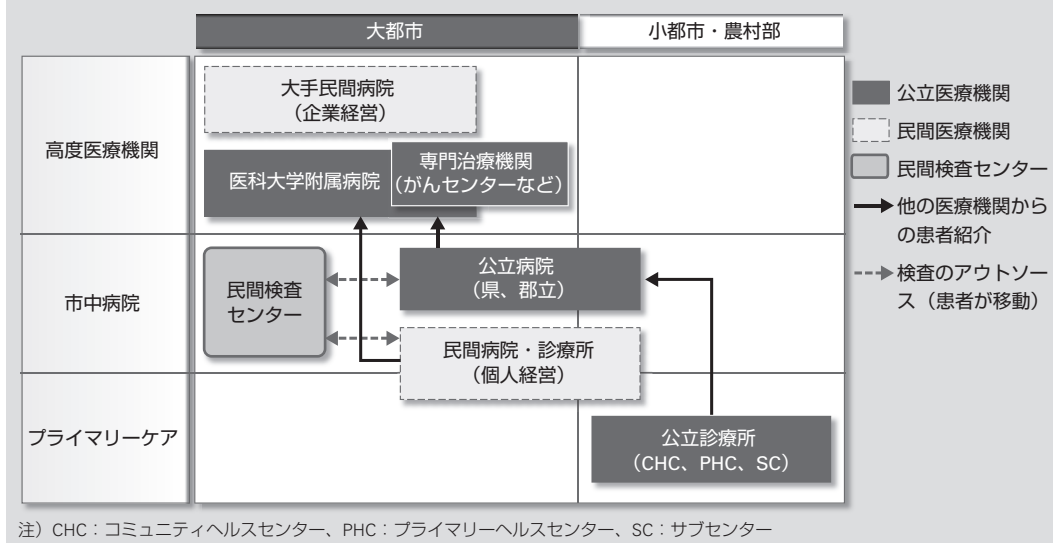
衆衛生に近い医療の整備が国策で進められ、乳幼児死亡率の低下や医療アクセスの改善などが主要部分を占める。その一方で、どの新興国にも存在する特権層、具体的には官公庁・軍・国策企業（金融、資源、インフラ等）・現地富裕層・外国人等を対象とする民間医療機関（病院企業）、およびODA（政府開発援助）予算や国家予算を重点配分した国立の基幹病院が設立され、完全に二極化した医療体制が構築される（表1）。

### 2 【段階2】Tier1都市で医療体制が確立

段階2では、Tier1都市で医科大学が増加し、大都市部での医師教育・輩出の体制が整い始める。同時に医科大学附属病院、大手民間病院、市中病院、診療所、薬局、検査センターなど、医療サービスの提供主体も出そろい、各主体の役割分担がおおよそ確立する（次ページの図2）。段階2では、高い技術水準を持った医師が医科大学から一定規模輩出されるため、Tier1都市の中間所得層向けの医療機関となる市中病院・診療所にも医師が



図2 インドにおける医療機関の役割分担構造



十分に配置されるようになる。また、Tier2・3都市住民への高度医療の提供も、Tier1都市の医療機関が担う。

段階2で重要なのは医科大学の存在である。医薬品や医療機器事業では、医師の診療プロセスに自社の製品をいかに深く位置づけてもらうかが重要であるが、その国の診療プロセスのひな型は、段階2の時点で医科大学により創出され、Tier1都市の病院・診療所に展開され始める。

### 3 【段階3・4】

#### Tier2・3都市での医療体制が 確立（ヘルスケア市場の急拡大）

段階3・4では、Tier2・3都市でも医科大学が増加し、当該都市内で高度医療から一次医療機関までを担う医師が輩出されるようになる。それに伴い、段階2のTier1都市と同様の環境変化がTier2・3都市にも起こり、市中病院・診療所の医師が増加し、中間所得層向け医療サービスの提供量が増える。

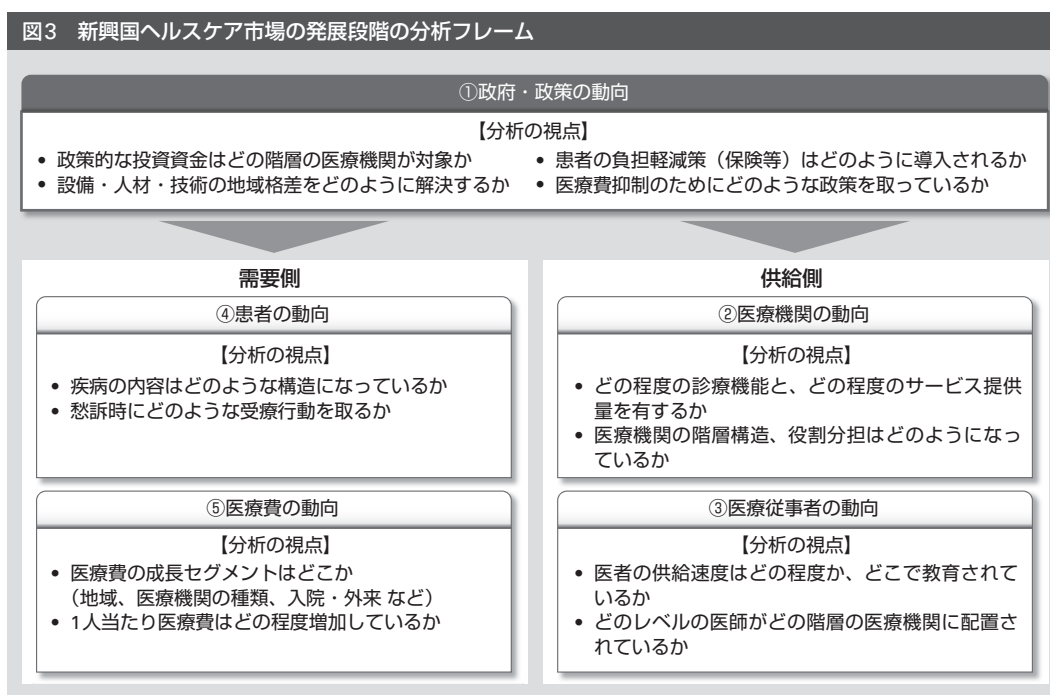
段階3・4で重要なのは、医療サービスの提供量の増加が、段階2のTier1都市のような限られた都市にとどまらず、各地に存在するTier2・3都市でも多発的に起きることである。医薬品・医療機器メーカー側から見ると、各地にオピニオンリーダーが生まれ、そのオピニオンリーダーの医療技術を継承する医師・医療機関も多くなり、その結果、市場の非連続的な成長の時期に入る。

医薬品・医療機器メーカーにとっては、この段階3・4で顕在化する急成長市場において自社製品のシェアを拡大できるかどうかことが重要となる。しかしながら、段階2で国の医療システムの基本的な骨格はすでに定まり、各分野のオピニオンリーダーも出現しているため、段階2で自社の影響力を高めておくことが、その後の段階3・4の競争力に大きな影響を及ぼすこととなる。

### 4 市場の発展段階の分析フレーム

以上のように、新興国ヘルスケア市場は段

図3 新興国ヘルスケア市場の発展段階の分析フレーム



階的に発展し、市場の成長ドメイン（領域）は各段階で移り変わる。この変化の方向性および自社の成長機会を見定めるための分析フレームは以下のとおりである。

新興国では、医療機関など医療サービスの供給側のリソース（資源）を政府が整備することで患者のニーズの充足度が段階的に高まり、その結果、ヘルスケア市場が発展する。このため発展段階を見定めるには、その国の医療の枠組みを構成する「①政府・政策」、供給側の「②医療機関」「③医療従事者」、需要側の「④患者」「⑤医療費」の各動向を分析することがポイントとなる（図3）。

「①政府・政策」については、政府が目標とする医療体制の将来像を見極めることがポイントとなる。具体的には、医療機関の新設・改善など供給側にかかわる政策と、医療保険や医療費補助など需要側にかかわる政策を時系列に分析する。

供給側の「②医療機関」「③医療従事者」については、特に各国・地域の人口に対する医療サービスの提供量の量的な充足度の差がポイントとなる。ただし、医療機関は診療科数・病床数ごとに役割が異なるため、医療機関の階層構造と役割分担も併せて分析する。

需要側については、「④患者」の疾病構造と「⑤医療費」の構造変化がポイントとなる。患者の疾病構造は、国・地域の医療水準の向上に伴って、感染症から生活習慣病、がんへと変化する。このなかで現在は何の段階にあるのかを分析する。また、医療費は医療水準の向上により高額になるため、どの地域どの医療機関でどのような疾病に対する医療費が増加しているのかを分析する。

次章ではこれらの分析フレームを用いて、成長著しい中国ヘルスケア市場の発展段階を分析し、同国での今後の事業機会についても考察する。

表2 中国の罹患率の推移

|         |        | (単位：‰) |       |       |       |
|---------|--------|--------|-------|-------|-------|
|         |        | 1993年  | 1998  | 2003  | 2008  |
| 伝染病・感染症 | 伝染病    | 5.4    | 3.5   | 2.5   | 2.1   |
|         | 年平均増加率 | —      | -8.3% | -6.5% | -3.4% |
|         | 都市     | 4.6    | 3.2   | 1.8   | 1.7   |
|         | 農村     | 5.7    | 3.7   | 2.7   | 2.2   |
|         | 呼吸器感染  | 56.1   | 61.8  | 44.1  | 38.0  |
|         | 年平均増加率 | —      | 2.0%  | -6.5% | -2.9% |
| 生活習慣病   | 都市     | 62.3   | 65.4  | 34.1  | 30.8  |
|         | 農村     | 54.0   | 60.7  | 47.5  | 40.6  |
|         | 心臓病    | 4.7    | 6.3   | 7.2   | 10.7  |
|         | 年平均増加率 | —      | 6.0%  | 2.7%  | 8.2%  |
|         | 都市     | 11.5   | 14.1  | 14.6  | 20.4  |
|         | 農村     | 2.4    | 3.7   | 4.6   | 7.2   |
|         | 高血圧    | 3.9    | 6.6   | 11.9  | 31.4  |
|         | 年平均増加率 | —      | 11.1% | 12.5% | 21.4% |
|         | 都市     | 9.5    | 15.6  | 21.9  | 60.8  |
|         | 農村     | 2.0    | 3.6   | 8.4   | 20.9  |
|         | 糖尿病    | 0.8    | 1.3   | 2.2   | 6.0   |
|         | 年平均増加率 | —      | 10.2% | 11.1% | 22.2% |
| がん・腫瘍   | 都市     | 2.5    | 3.9   | 6.3   | 15.5  |
|         | 農村     | 0.2    | 0.4   | 0.8   | 2.6   |
|         | 悪性腫瘍   | 0.5    | 0.6   | 0.9   | 1.4   |
|         | 年平均増加率 | —      | 3.7%  | 8.4%  | 9.2%  |
|         | 都市     | 1.1    | 1.0   | 1.3   | 2.2   |
|         | 農村     | 0.4    | 0.4   | 0.8   | 1.1   |
|         | 良性腫瘍   | 0.4    | 0.4   | 0.4   | 0.8   |
|         | 年平均増加率 | —      | 0.0%  | 0.0%  | 14.9% |
|         | 都市     | 0.8    | 0.6   | 0.4   | 1.0   |
|         | 農村     | 0.3    | 0.3   | 0.4   | 0.7   |

出所) 中華人民共和国衛生部編『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社

## Ⅲ ケーススタディ：中国ヘルスケア市場の発展段階と事業機会

### 1 医療政策の動向

1970年代以降の中国の医療政策には、大きく3つの転換点がある。

1つ目は、1980年代半ばから開始された医療衛生事業における改革開放政策である。それまで医療サービスは福祉政策に位置づけられ、低額な患者負担と多額の政府支出で成り立っていたが、1980年代半ばから、医療機関を独立採算型のサービス事業体に移行させる経営改善が進められた。その結果、大都市の

医療機関では、高度医療技術を取り込み、それらのサービスに見合う収益力を獲得することで経営改善・医療水準が向上した。しかしそのために患者の自己負担が増加し、かつ、高度医療の負担力のない農村では医療水準が向上しなかったため、都市と農村間で格差を生じさせることとなった。

2つ目の転換点は、1990年代初期から開始された医療保険制度の検討・導入と医療費抑制政策である。患者の高額な自己負担を抑制するために、公務員・都市労働者を対象に医療保険制度を導入するとともに、医療費の大半を占めていた医薬品費の抑制に向けて医薬分業化や、医薬品の集団購入制度などを導入した。また、運営コストの低い基礎的医療機関への受療を促すために政府は、医療機関の区分・役割を明確にして診療報酬に傾斜をつける、患者によって受診医療機関を指定するなどの施策を取った。

3つ目の転換点は、2000年代初期より始まった農村部・地方部の医療水準の底上げである。農村住民に医療保険制度を導入するとともに、農村部・地方部の医療機関に対して政府投資も増やした。また、医療水準の底上げを図るために政府主導のもと、診断・治療の標準的な手順を記載した「臨床診療指南」（以下、診療ガイドライン）の作成と現場での利用が促進された。

### 2 需要側（患者）の動向

患者の疾病構造および医療費の観点からは大きく2つの変化が読み取れる。

1つは疾病構造が伝染病・感染症から心臓病・高血圧・糖尿病などの生活習慣病に移り変わっていることである。特に2003年から08

年にかけて、都市部を中心に心臓病・高血圧・糖尿病の罹患率が急増しており、この都市部では中間所得層まで含む広い住民階層で生活習慣病が拡大していると考えられる（表2）。

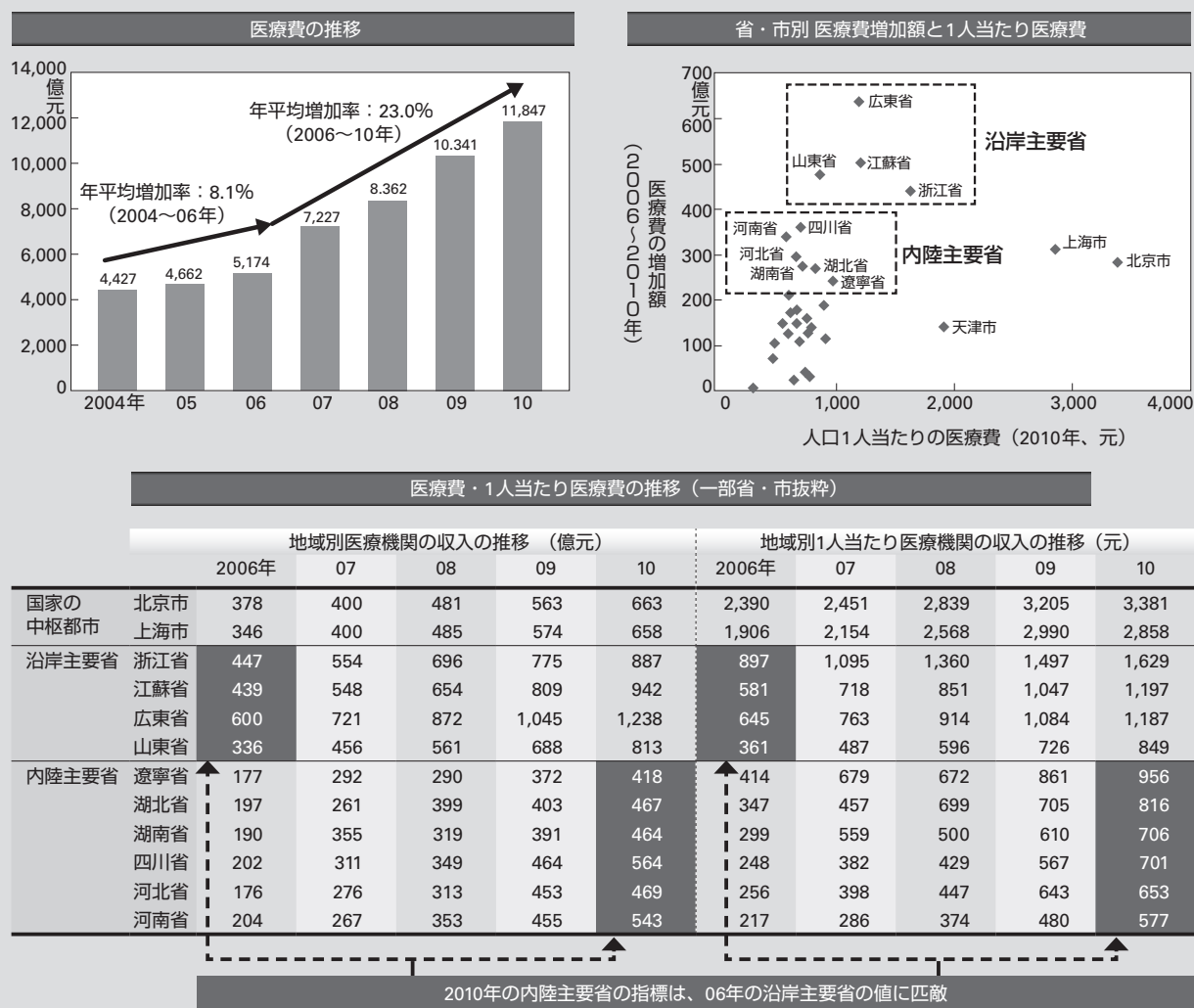
もう1つは、沿岸主要省における医療費の急増である。医療費の代替指標として医療機関の医療サービス収入を分析すると、中国の医療機関の医療費は増加の一途にある。特に2006年を境に非連続的な増加に入っており、10年は06年の倍以上になっている。この4年

間の増分を地域別に見ると、江蘇省、浙江省、山東省、広東省など、中国の沿岸主要省が大幅に増加しており、北京市・上海市の増加額を大きく上回る。また、河北省、遼寧省、河南省、湖北省、湖南省、四川省など内陸主要省も北京市・上海市に匹敵する増加率となっている（図4）。

### 3 供給側（医療機関、医療従事者）の動向

中国の医療機関は、入院診療中心の「医

図4 中国の医療費<sup>注</sup>の推移



注）本図表における「医療費」は「医療機関の医療サービス収入」を表している  
出所）中華人民共和国衛生部編「中国衛生統計年鑑」中国協和医科大学出版社



院」と、外来診療中心の「問診部（所）」、主に農村部に存在する「衛生院」、および主に都市部に存在する「社区卫生服務中心」で構成されている。

各医療機関を階層・役割の面から見ると、がんや、脳・心臓の疾病など高度な診療を提供する三次医療機関の役割は、医院のうち最大の機能・技術を保有する「三級医院」が担っている。また、外来を中心とする初期的な診断・治療は一次医療機関である問診部（所）、衛生院、社区卫生服務中心が担っており、一次医療機関では対応できない入院や手術、複雑な外来診療は二次医療機関の「無級～二級医院」の役割である（表3）。

医療機関・医療従事者を量的な面から見ると、1990年代初頭と2000年代初頭が転換点に

なっている。二次・三次医療機関数や病床数は、1970年代から90年代初頭にかけて急拡大した。その後、拡大はいったん収まったものの、2000年代初頭に入って再度急拡大し、特に沿岸主要省や内陸主要省で顕著である。医療従事者に関しても、医療機関と同じような動向を示しており、2000年代半ばから増加し始めている。医学系学生の定員数も2000年以降急激に拡大している（表4）。

## 4 中国のヘルスケア市場の発展段階

中国の医療政策、供給側・需要側の動向を総合すると、同国の市場の発展段階は現在、段階3に当たると考えられる。

段階1は1970～90年代初頭であったと想定される。国全体の衛生環境を最低限整備する

表3 中国の医療機関の階層構造

| 医療機関の類型・施設数<br>(2010年) |                                                                               | 特徴・役割                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 三次医療機関                 | 三級医院<br>(1,284施設)                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1施設当たり平均800床程度</li> <li>大学附属病院や国立専門医療研究センターなどの医療機関も多く、大都市に立地する基幹病院としての役割を持つ</li> <li>がんや移植医療など高度な技術を必要とする医療の提供や、医療技術を研究する</li> </ul>                                      |
|                        | 無級～二級医院<br>二級：6,472施設<br>一級：5,271施設<br>無級：7,891施設<br>合計：19,634施設              | <ul style="list-style-type: none"> <li>1施設当たり平均病床数は、二級で250床程度、一級・無級は50床程度</li> <li>複数の診療科を有しており、一次医療機関では対応困難な専門的な外来診療や基礎的な入院診療を提供</li> <li>大型医療機器（CT等）は保有していない施設が多く、上述の機器を利用する診断・治療が必要な場合は三次医療機関を紹介する</li> </ul> |
| 一次医療機関                 | 問診部（所）<br>：181,781施設<br>衛生院：37,836施設<br>社区卫生服務中心<br>：32,739施設<br>合計：252,356施設 | <ul style="list-style-type: none"> <li>外来を中心として、地域住民の基本的な疾患に対応する</li> <li>複雑な診断が必要な場合、または入院が必要な場合は、より上位の二次医療機関を紹介する</li> </ul>                                                                                   |

出所）中華人民共和国衛生部編『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社

表4 中国の医療機関数・病床数・医療従事者数の推移

|                              | 1970年 | 1975  | 1980  |
|------------------------------|-------|-------|-------|
| 二次・三次医療機関数（千軒）               | 6.0   | 7.7   | 9.9   |
| 年平均増加率                       | —     | 5.1%  | 5.3%  |
| 三級医院                         | N.A.  | N.A.  | N.A.  |
| 無級～二級                        | N.A.  | N.A.  | N.A.  |
| 一次医療機関数（千軒）                  | 136.2 | 134.8 | 157.9 |
| 年平均増加率                       | —     | -0.2% | 3.2%  |
| 問診部（所）                       | 79.6  | 80.7  | 102.5 |
| 衛生院                          | 56.6  | 54.0  | 55.4  |
| 社区卫生服務中心                     | 0     | 0     | 0     |
| 病床数（万床）                      | 107.3 | 156.1 | 197.1 |
| 年平均増加率                       | —     | 7.8%  | 4.8%  |
| 医院                           | 70.5  | 94.0  | 119.6 |
| 衛生院                          | 36.8  | 62.0  | 77.5  |
| 社区卫生服務中心                     | 0     | 0     | 0     |
| 医療従事者数（万人）                   | 145.3 | 205.7 | 279.8 |
| 年平均増加率                       | —     | 7.2%  | 6.3%  |
| 医師数（助理医師含む）                  | 70.2  | 87.8  | 115.3 |
| 看護師                          | 29.5  | 38.0  | 46.6  |
| 薬剤師                          | N.A.  | 22.0  | 30.8  |
| 検査技師                         | N.A.  | 7.8   | 11.4  |
| 医学系学生定員数<br>（医師・看護師・技師・薬剤師等） | 1.7   | 10.1  | 9.7   |
| 年平均増加率                       | —     | 43.2% | -0.7% |

注）N.A.：不明

出所）中華人民共和国衛生部編『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社

ために、医療機関が量的に拡充された。一方で、高度な医療技術を持つ医療機関は都市部に限られるという、二極化した医療市場にあったと推察される。

段階2は、1990年代初頭から2000年代初頭であったと考えられる。供給側の量的拡充が抑えられる一方で、医療機関の階層構造化と役割分担の明確化、医療保険制度の導入、患者の受療行動の管理など、現在の医療制度の基礎が構築された。

2000年代初頭以降が段階3である。医療機関・病床や医師など供給側が、沿岸主要都市を中心に拡充された。同時に、標準的な診療ガイドラインという形で医療技術も各地に広がった。その結果、成長セグメントが北京市・上海市など限られた大都市から沿岸主要

都市にまで広がり、市場は非連続的な成長期に入った。

## 5 中国ヘルスケア市場における 今後の事業環境変化の可能性

前述のとおり、現在中国ヘルスケア市場は段階3にあり、先行する企業は沿岸主要省市場の急成長を自社に取り込み、売り上げが急増している。しかし、日系ヘルスケア企業については、必ずしもこの急成長を謳歌できている企業ばかりではない。こうした企業は、段階3から4に移行し、市場の非連続的成長が再度起こる局面に向けて巻き返しの戦略を構築する必要がある。

今後の中国市場では、日系のヘルスケア企業が自社のプレゼンス（存在感）を高めるた

|  | 1985  | 1990  | 1995  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 12.0  | 14.4  | 15.6  | 16.3  | 16.2  | 17.8  | 17.8  | 18.4  | 18.7  | 19.2  | 19.9  | 19.7  | 20.3  | 20.9  |
|  | 3.8%  | 3.8%  | 1.6%  | 0.9%  |       |       |       |       | 2.8%  |       |       |       |       | 2.3%  |
|  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | 1.0   | 1.0   | 0.9   | 1.0   | 1.2   | 1.2   | 1.2   | 1.3   |
|  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | N.A.  | 16.8  | 17.4  | 17.8  | 18.2  | 18.7  | 18.5  | 19.1  | 19.6  |
|  | 174.0 | 177.1 | 156.2 | 290.2 | 296.2 | 273.1 | 258.8 | 264.6 | 265.5 | 274.9 | 264.0 | 244.1 | 248.2 | 252.4 |
|  | 2.0%  | 0.4%  | -2.5% | 13.2% |       |       |       |       | -1.8% |       |       |       |       | -1.0% |
|  | 126.6 | 129.3 | 104.4 | 240.9 | 248.1 | 219.9 | 204.5 | 208.8 | 207.5 | 212.2 | 197.1 | 180.8 | 182.4 | 181.8 |
|  | 47.4  | 47.7  | 51.8  | 49.2  | 48.1  | 45.0  | 44.3  | 41.6  | 40.9  | 40.0  | 39.9  | 39.1  | 38.5  | 37.8  |
|  | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 8.2   | 10.1  | 14.2  | 17.1  | 22.7  | 27.1  | 24.3  | 27.3  | 32.7  |
|  | 222.9 | 259.2 | 279.6 | 290.2 | 289.6 | 290.5 | 295.4 | 305.1 | 314.8 | 329.8 | 349.9 | 382.8 | 418.6 | 455.1 |
|  | 2.5%  | 3.1%  | 1.5%  | 0.7%  |       |       |       |       | 1.6%  |       |       |       |       | 7.6%  |
|  | 150.9 | 186.9 | 206.3 | 216.7 | 215.6 | 222.2 | 227.0 | 236.4 | 244.5 | 256.0 | 267.5 | 288.3 | 312.1 | 338.7 |
|  | 72.1  | 72.3  | 73.3  | 73.5  | 74.0  | 67.1  | 67.3  | 66.9  | 67.8  | 69.6  | 74.7  | 84.7  | 93.3  | 99.4  |
|  | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 1.2   | 1.2   | 1.8   | 2.5   | 4.1   | 7.7   | 9.8   | 13.1  | 16.9  |
|  | 341.1 | 389.8 | 425.7 | 449.1 | 450.8 | 427.0 | 438.1 | 448.6 | 456.4 | 472.8 | 491.3 | 517.4 | 553.5 | 587.6 |
|  | 4.0%  | 2.7%  | 1.8%  | 1.1%  |       |       |       |       | 0.3%  |       |       |       |       | 5.2%  |
|  | 141.3 | 176.3 | 191.8 | 207.6 | 210.0 | 184.4 | 194.2 | 199.9 | 204.2 | 209.9 | 212.3 | 220.2 | 232.9 | 241.3 |
|  | 63.7  | 97.5  | 112.6 | 126.7 | 128.7 | 124.7 | 126.6 | 130.8 | 135.0 | 142.6 | 155.9 | 167.8 | 185.5 | 204.8 |
|  | 36.5  | 40.6  | 41.9  | 41.4  | 40.4  | 35.8  | 35.7  | 35.5  | 35.0  | 35.4  | 32.5  | 33.1  | 34.2  | 35.4  |
|  | 14.5  | 17.0  | 18.9  | 20.1  | 20.3  | 20.9  | 21.0  | 21.2  | 21.1  | 21.9  | 20.6  | 21.3  | 22.1  | 23.1  |
|  | 13.1  | 14.0  | 19.9  | 32.9  | 38.9  | 48.0  | 64.4  | 72.0  | 85.6  | 91.4  | 88.8  | 98.8  | 112.8 | 111.6 |
|  | 6.2%  | 1.4%  | 7.3%  | 10.6% |       |       |       |       | 21.1% |       |       |       |       | 5.5%  |

めに着目すべき大きな変化が、2つ起こりうると考えられる。

1つ目は内陸主要都市および一次医療機関の市場拡大である。内陸主要省の市場はすでに北京市・上海市に匹敵する規模にまで拡大をしている。1人当たり医療費も2006年当時の沿岸主要省の水準まで達しているため、今後数年間で市場の成長ドメインといえる水準になると想定される。また、医療費削減と医療技術の格差是正は1990年代以降、中国の一貫した政策課題であり、その鍵が一次医療機関への受療促進とその医療技術の向上になっている。この2つの政策課題は日米欧のような先進国でも同様であるため、中国でもこの施策は長期的に継続され、その結果、一次医療機関の患者数・診療単価は増加するであろう。

2つ目は医療技術における診療ガイドラインの高度化と学閥の多発である。医学系学生数は2000年代初頭から急激に増加し、それに合わせて診療ガイドラインに基づく標準的な医療技術の普及が始まった。その結果、現在では各地に医科大学が設立され、診療ガイドラインを基礎とする標準的な医療技術教育、および医師輩出の体制が整っている。しかし、中国の診療ガイドラインは、先進国のように患者の状況（既往歴・合併症など）に合わせた診療プロセスの分岐や、治療段階に合わせた同プロセスのステップ化などはまだ行われておらず、診療ガイドラインの高度化の余地は残されている。このため、今後は患者の状況に合わせた診療ガイドラインの高度化が各地で進むと考えられ、これらは各地の医科大学が主導するため、その際、医療技術における学閥が中国全体で多発すると想定さ

れる。

## 6 中国における日系ヘルスケア企業の事業機会

前述した中国市場の事業環境の変化を見越すと、日系ヘルスケア企業には大きく2つの事業機会が想定される。

1つは内陸部や一次医療機関など、中期的に拡大する市場でのプレゼンスの獲得である。欧米系を中心とするグローバル大手ヘルスケア企業がターゲットとする三次医療機関や、沿岸主要都市の市場において現在の延長線上で競争する一方で、内陸部・一次医療機関などを先回りして開拓することにより、そうした欧米系のグローバル企業とターゲット顧客ですみ分けできる可能性がある。

2つ目は、診療ガイドラインの高度化に合わせた、製品の使い分けによる自社ポジションの確立である。元来、日系ヘルスケア企業は、患者の状況や多様化する利用シーンに合わせ、そこで自社製品の価値が最大化するような使い方をつくり出すことにより、自社のポジションを確立してきた。日本でのこの経験を強みに、中国においても診療ガイドラインの高度化に合わせて同様の使い方をつくり出すことにより、競合企業とすみ分けできるポジションが獲得できると考える。

## Ⅳ 新興国ヘルスケア市場における事業機会

新興国ヘルスケア市場では、事業環境の変化を発展段階に分けて捉えることにより、その各段階と事業機会とを合わせた参入・成長の戦略が検討できる。しかし、現在の中国の

ように段階3にまで発展し、マクロ指標でも市場の魅力度が明確になるタイミングから検討した戦略は、「巻き返し」に力点を置いたものにならざるをえない。

日系ヘルスケア企業が日本で培った経験を活かせば、中国市場では段階3からの巻き返しも可能だと考えられる。しかし、自社内に新興国の市場成長を最大限に取り込むには、段階2の時点で自社のプレゼンスを獲得するための先行投資が必要となろう。

ASEAN（東南アジア諸国連合）やインドなどでは現在、発展段階が段階1または2にあり、事業機会は今後拡大する状況にある。日系ヘルスケア企業は、こうした国々の市場の発展段階を見極め、参入・成長のための先

行投資を検討すべきタイミングに差しかかっていると考える。

#### 参考文献

- 1 中華人民共和国衛生部編『2011 中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社、2011年
- 2 吉田治郎兵衛『中国新医療衛生体制の形成——移行期の市場と社会』東方書店、2010年
- 3 厚生労働省編『世界の厚生労働2011——2009～2010年海外情勢報告』山浦印刷出版部、2011年

#### 著者

梅澤幸平（うめざわこうへい）

消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部主任  
コンサルタント

専門はヘルスケア業界関連企業（製薬会社、医療機器メーカー、商社、金融など）の事業戦略立案、海外進出支援