

**海外における医療ニーズ等及び  
国内企業の海外進出状況等調査及び分析業務  
報告書**

2015年3月



株式会社ワールド・ビジネス・アソシエイツ

この報告書は、平成 26 年度に株式会社ワールド・ビジネス・アソシエイツが厚生労働省医政局総務課医療国際展開推進室から受託して実施した「海外における医療ニーズ等及び国内企業の海外進出状況等調査及び分析業務」の成果です。

# 目次

<b>1. 業務の概要</b> .....	1
1.1 業務の目的及び概要 .....	1
1.2 業務の内容.....	1
1.3 スケジュール及び調査体制 .....	3
<b>2. アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査</b> .....	5
2.1 アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査の実施内容 .....	5
2.2 調査対象地域のサマリー .....	9
2.3 インドネシア .....	16
2.4 フィリピン.....	34
2.5 ブルネイ .....	56
2.6 マレーシア .....	68
2.7 アラブ首長国連邦(UAE) .....	82
2.8 イラン .....	96
2.9 カタール .....	109
2.10 サウジアラビア.....	139
<b>3. アジア・中東 21 か国・地域における日本の医薬品・医療機器企業の進出状況調査</b> .....	171
3.1 調査の実施内容 .....	171
3.2 調査の実施方法 .....	171
3.3 21 か国・地域調査のサマリー .....	173
3.4 21 か国・地域における進出状況、課題及び現地政府に対する要望等 .....	178



# 1. 業務の概要

## 1.1 業務の目的及び概要

### (1) 目的

政府の重要な政策方針である、『日本再興戦略 改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)』においては、「日本で承認された医薬品・医療機器について相手国での許認可手続きの簡素化等の取組をより推進する」ものとされ、また『健康・医療戦略(平成26年7月22日閣議決定)』においては、「新興国・途上国等のニーズに応じて日本の医薬品、医療機器等及び医療技術並びに医療サービスの国際展開を図る」ものとされている。

日本企業による医薬品・医療機器の国際展開を推進するためには、相手国に関する基礎的情報(政治経済・財政状況、医療・保健水準)、政府・国民が抱える諸問題、医療ニーズや当該地域に進出する日本企業の動向を幅広く正確に把握する必要がある。

本事業を通じて、海外における基礎的情報等の収集を行い、医療ニーズや抱える課題などを把握することにより、また、日本の医薬品・医療機器企業による現在の海外進出状況などを把握することにより、日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性を把握することや課題解決のための今後の取組施策に繋げ、日本企業による医薬品及び医療機器の国際展開を促進することを目的に実施した。

### (2) 概要

海外における基礎的情報、医療ニーズ等について調査を行うとともに、日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性の分析を行う。

また、日本の医薬品・医療機器企業による現在の海外進出状況や当該企業が抱える課題及び政府等に対する要望について調査を行うとともに、日本企業が有する強み・弱み、課題に対する改善方法を提案する。

## 1.2 業務の内容

### (1) 業務フロー

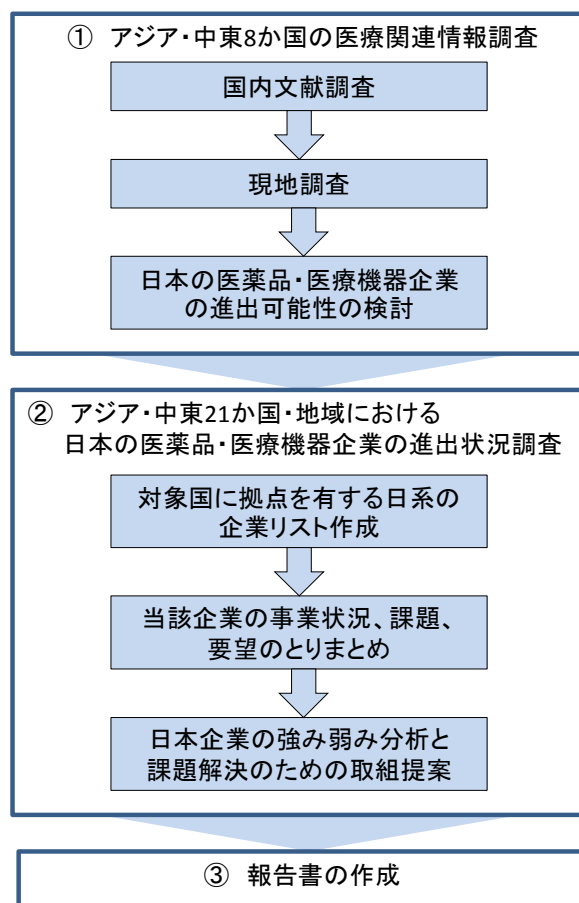
本業務のフローを図表 1-1 に示す。

本業務は大きく 2 つのパートに分かれる。

1 つ目は、アジア・中東 8 か国の医療関連情報を文献調査及び現地調査によって調査し、日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性の示唆を行うことである。

2 つ目のパートは、アジア・中東 21 か国を対象として、日本の医薬品・医療機器企業の進出状況や企業が抱える課題、対象国政府への要望について調査し、対象国における日本企業の強み・弱み、課題に対する改善方法を提案することである。

図表 1-1 業務フロー



## (2) 業務内容と業務の実施方法

### ① アジア・中東8か国の医療関連情報調査

業務仕様書にて指定された調査・分析項目について、文献調査及び現地調査を実施して、アジア・中東の8か国を対象として、調査分析を行う。また日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性の検討を行った。

なおここで言うアジア・中東8か国とは以下を示す。

アジア地域： 1)インドネシア、2)フィリピン、3)ブルネイ、4)マレーシア
中東地域： 5)アラブ首長国連邦、6)イラン、7)カタール、8)サウジアラビア

上記アジア・中東8か国のうち、サウジアラビアを除く7か国について現地調査を実施した。サウジアラビアについては、文献調査にて情報収集を実施するものとした。

現地調査では研究員1~2名が1か国あたり2~3日程度現地に滞在し、現地政府機関、現地企業、日本政府機関、日本人商工会、日系企業等を訪問して、情報収集を実施した。

### ② アジア・中東21か国における日本の医薬品・医療機器企業の進出状況調査

アジア・中東の21か国・地域を対象として、日本の医薬品・医療機器企業の進出状況や

当該企業が抱える課題及び対象国政府等に対する要望について調査を行った。また日本企業が有する強み・弱み、課題に対する改善方法を提案した。

具体的には仕様書に指定された項目について調査・分析・提案を実施した。

なおここで言うアジア・中東 21 か国・地域を以下に記す。

アジア地域： 1)インド、2)インドネシア、3)韓国、4)カンボジア、5)シンガポール、  
6)タイ、7)台湾、8)中国、9)フィリピン、10)ブルネイ、11)ベトナム、  
12)マレーシア、13)ミャンマー、14)モンゴル、15)ラオス  
中東地域： 16)アラブ首長国連邦(UAE)、17)イラン、18)カタール、  
19)サウジアラビア、20)トルコ、21)バーレーン

対象 21 か国・地域に拠点を持つ日系の医薬品・医療機器企業リスト作成にあたっては、日本商工会、業界団体等に対する聞き取り調査や文献調査により実施した。

日本企業の現地拠点に対する調査については以下の方法により実施した。

- ・①の対象 8 か国については、現地調査の際にヒアリング調査を実施した。
- ・その他の国については、メールによるアンケート調査、日本本社の海外拠点担当者に対するヒアリング調査、現地拠点に対する電話ヒアリング等により実施した。

### 1.3 スケジュール及び調査体制

#### (1) スケジュール

本業務の実施スケジュールを図表 1-2 に示す。

図表 1-2 実施スケジュール

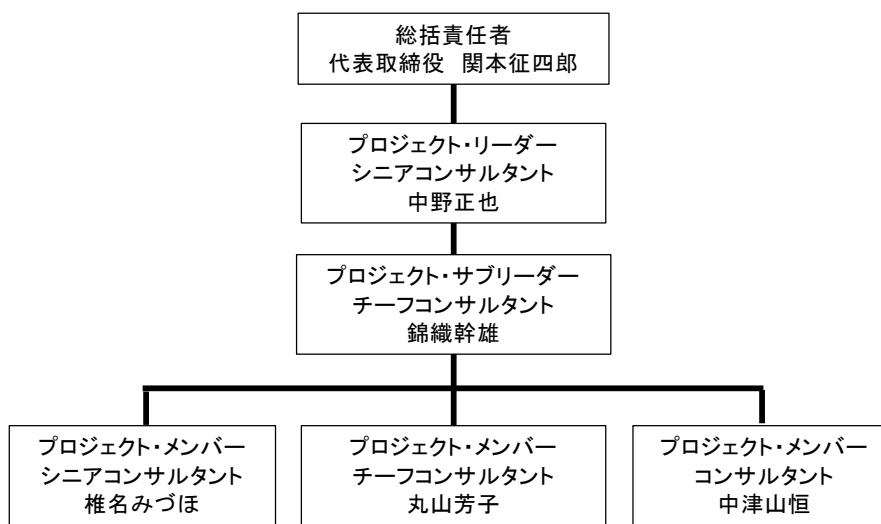
		2014年		2015年		
		11月	12月	1月	2月	3月
①アジア・中東8か国の 医療関連情報調査	文献調査		→			
	現地調査準備		→			
	現地調査			→		
	日本の医薬品・医療機器企業の 進出可能性の検討			→		
②アジア・中東21か国・ 地域における日本の医薬品・医療機器企業の進 出状況調査	企業リスト作成		→			
	企業に対するアンケート・ヒア リング調査			→		
	日本企業の強み・弱み分析と 課題解決のための取組提案			→		
報告書作成					→	
打合せ(適宜)			○	○	○	○

## (2) 業務実施体制

本業務の実施体制を図表 1-3 に示す。

本業務は株式会社ワールド・ビジネス・アソシエイツの代表取締役が総括責任者となり、いずれも中小企業診断士の資格を有し、海外等での調査、分析業務に豊富な実績を有するコンサルタントがチームを組んで実施した。

図表 1-3 業務実施体制





## 2. アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査

### 2.1 アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査の実施内容

#### (1) 国内文献調査

国内文献調査で利用した文献の主な入手先は、以下の通りである。

##### ①Web サイト

- 調査対象各国省庁
  - － 医療・医薬品・医療機器を所管する省庁
  - － 海外からの投資促進を所管する省庁
  - － 各種統計を所管する省庁 等
- 国際機関
  - － 国際連合、世界保健機関(WHO)、世界銀行、経済協力開発機構(OECD)等
- 日本国行政機関および政府系機関
  - － 厚生労働省、経済産業省、外務省
  - － (独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)
  - － (独)日本貿易振興機構 (JETRO)、(独)国際協力機構 (JICA) 等
- 国内の医薬品及び医療機器の業界団体
  - － 日本製薬工業協会(製薬協)、日本ジェネリック製薬協会 (JGA)、
  - － (一社)日本医療機器産業連合会 (医機連) 等
- 国内の医薬品及び医療機器関連企業
- 調査対象各国の日本人商工会

##### ②日本国大使館

- 調査対象各国の在外日本国大使館

##### ③出版物

- 業界団体の出版物 (会員外に公表しているもの)
- 日系企業海外進出データベース 等

基礎的な保健指標については、各国の集計方法などのばらつきを抑え、同条件で比較できるよう、原則として世界保健機関の統計(World Health Statistics)を用い、必要に応じて各国の統計値で補うこととした。

## (2) 現地調査

現地調査を実施した国における日程、訪問先は以下のとおりである。

図表 2-1 現地調査日程と訪問先

### 1. インドネシア

期間	2015年 1月 22日(木)～23日(金)
政府系機関	保健省 (Ministry of Health) Center for International Cooperation
医薬企業	日系医薬品企業
その他	在ジャカルタ日本国大使館
	(独)日本貿易振興機構(JETRO) ジャカルタ事務所
	JJC(ジャカ ジャカルタ・ジャパン・クラブ)

### 2. フィリピン

期間	2015年 2月 2日(月)～5日(木)
政府系機関	保健省 (Department of Health) PPP センター Office for Administration and Finance Bureau of Food and Drugs Administration)
	International Affairs Division Professional Regulation Commission (資格認定機関)
病院	Adventist Medical Center Manila (民間病院)
	St. Michael Medical Hospital (民間病院)
	Medical City (民間病院)
	Dr. Jose Fabella Memorial Hospital (国立病院)
医薬企業	日系医薬品企業
その他	(独)日本貿易振興機構(JETRO) マニラ事務所

### 3. ブルネイ

期間	2015年 2月 2日(月)～4日(水)
政府系機関	保健省 (Ministry of Health) Department of Environmental Health Services Department of Healthcare Technology Services Department of Laboratory Services Department of Medical Services Department of Pharmaceuticals Services Department of Policy and Planning Department of Scientific Services Raja Isteri Pengiran Anak Saleha (RIPAS) Hospital (国立病院)
病院	Jerudong Park Medical Centre (民間病院)
	Gleneagles JPMC (民間病院)
その他	在ブルネイ日本国大使館
	商社ブルネイ駐在事務所

	日系健康食品企業
	日系コンサルタント企業

#### 4. マレーシア

期間	2015年1月28日(水)～30日(金)
政府系機関	医療機器庁(Medical Device Authority) 開発投資庁(Malaysian Investment Development Authority)
病院	Gleneagles Kuala Lumpur
医療機器企業	日系医療機器企業
その他	在マレーシア日本国大使館 (独)日本貿易振興機構(JETRO) クアラルンプール事務所 日系医療サービス企業 マレーシア日本人商工会議所

#### 5. アラブ首長国連邦(UAE)

期間	2015年1月17日(土)～19日(月)
政府系機関	ドバイ保健局 (Dubai Health Authority) Health Funding Department
医療機器企業	日系医療機器企業
その他	(独)日本貿易振興機構(JETRO) ドバイ事務所 現地医療機器商社、医療機関経営を含むグループ企業の本社

#### 6. イラン

期間	2015年1月10日(土)～12日(月)
政府系機関	イラン厚生省 (Ministry of Health and Medical Education) Food & Drug Organization International Department Drug & Narcotic Affairs Medical & Equipment Legal Department Heyat Omana Arzi : HOA(医療機器調達評議会)
病院	Gandi Hospital (民間病院) Bahman Hospital (民間病院)
医療機器企業	現地日系医療機器メーカー代理店
その他	在イラン日本大使館 (独)日本貿易振興機構(JETRO) テヘラン事務所 Syndicate of Iranian Pharmaceutical Importers (医薬品輸入社協会)

#### 7. カタール

期間	2015年1月14日(水)～15日(木)
政府系機関	最高保健評議会(Supreme Council of Health) Pharmacy & Drug Control Department National Health Strategy PMO

医療機器企業	現地日系医療機器メーカー代理店
その他	カタール日本人会

### (3) 国際展示会

今回、UAE 現地調査期間に Arab Health 2015 が開催されていたため、日系企業の海外展開状況を把握するために参加し、日系企業出展者からヒアリングを行った。

Arab Health は、ドイツの MEDICA に次いで世界で 2 番目に大きい、中東地域では最大の医療関連の国際展示会である。当初は隔年で開催されていたが、現在は毎年の開催で、2015 年は第 40 回目の開催となる。

2015 年の国別出展者では日本からの出展者数は 33 となっているが、進出先の法人が出展している例もあり、日系企業としての実数はこれよりも多いと推察される。

<p><b>Arab Health 2015 概要</b>  開催期間：2015 年 1 月 26 日～2015 年 1 月 29 日(4 日間)  主催：Informa Life Sciences Exhibitions  会場：Dubai International Convention &amp; Exhibition Centre, UAE</p> <p>まだ 2015 年の統計が公表されていないため、2014 年のデータを掲載。  出展者数：3,746  出展国数：70  国別パビリオン数：35  来場者数：124,882 人</p>
---

表 2-2 Arab Health 参加日程とヒアリング先

参加日	2015 年 1 月 26 日(月)、27 日(火)
医薬品企業	1 社
医療機器/施設企業	18 社
コンソーシアム	(一社) Medical Excellence JAPAN

## 2.2 調査対象地域のサマリー

### 2.2.1 アジア地域

アジア地域の調査は、インドネシア、フィリピン、ブルネイ、マレーシアが対象である。

#### (1) 基礎的な概要

4か国のうちインドネシアとフィリピンは、1億人を超える人口を有する点、多くの島嶼で構成されている点、経済成長率が ASEAN 諸国の中でも高い点などの共通点が多い。一方ブルネイとマレーシアは、民族的には共にマレー系が 6 割以上であり、国語、公用語がマレー語である点、1人あたりの GDP は ASEAN の中では高い点、人口はそれぞれ約 40 万人、3,000 万人弱と 4か国の中では少ない点などの共通点がある。

これらの背景から、インドネシアとフィリピンのグループと、ブルネイとマレーシアのグループに分けることで、医療制度等と疾病構造に違いが明らかになることが特徴的である。

なおこれら 4か国はすべて、東南アジア諸国連合(ASEAN)加盟国であり、2015 年末に ASEAN 経済共同体(AEC)として、関税等の条件が撤廃され、一つの経済圏になることが予定されている。

#### (2) 医療制度等、医療に関する環境

インドネシアとフィリピンは、経済成長は著しいもののまだ発展途上であり、貧富の差が大きい。特に多くの島があるため交通等インフラ整備状況の差が大きく、経済的及び医療サービスへのアクセスに地域格差がある。

両国共、国民皆保険制度が導入されている。インドネシアは 2014 年 1 月にスタートしたばかりで 2019 年を最終年とし「インドネシア社会保障実施機関(BPJS)」が担当している。

また、フィリピンでは、2010 年にアキノ政権が開始した Universal Health Care 政策により、国民健康保険プログラム (National Health Insurance Program: NHIP) の強化がはかられている。これに基づき公的医療保険制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) : フィルヘルス) であり、低所得者の加入率を上げる政策を取りながらカバー率を上げている。財源の強化として、2013 年 1 月からタバコ税及びアルコール税の保健分野への特定財源化がはかられた。

ブルネイは、石油・天然ガスに恵まれているため非常に裕福であり、医療は国家ビジョン (WAWASAN Brunei 2035) において、社会保障の一環として重点テーマに挙げられている。ブルネイ国籍を持つ者が国立の医療機関で受診した場合は、問診料 1 ブルネイドル (2015 年 2 月 26 日の為替レートで約 87.9 円) のみで、治療費及び薬は全て無料である。また、民間病院で受診する場合は、国立病院から紹介を受けて受診すれば無料である。

マレーシアには公的な医療保険制度は存在しないが、公立の医療機関は非常に安価に受診できる。マレーシア国民であれば 1 リンギから数リンギ (2015 年 2 月 27 日時点で 1 リンギは 33.1 円) で受診できる。低所得者、公務員等については無料である。なお、民間の

医療機関は費用が高いが、民間の医療保険に加入して対応する人も少なくない。

### (3) 疾病、主要な死因の状況

各国保健省の統計による主要死亡原因は、以下の通りである。

インドネシアにおける主な死亡原因は、脳卒中、結核、高血圧であり、糖尿病も原因の6位である。(なお2007年の統計であり、それ以降の正式公表数値はない) また、フィリピンでは、トップ3は心疾患、血管系疾患、悪性新生物(がん)であり、肺炎、結核、糖尿病がこれらに続いている。(2010年の統計)

ブルネイでは、がん、心臓病、糖尿病の順である。(2012年の統計) マレーシアでは、循環器系疾患、呼吸器系疾患、感染症・寄生虫病であり、次のがんである(2013年の統計)。循環器系疾患は、高血圧、高脂血症、糖尿病等による動脈硬化が原因となり引き起こされる。

ブルネイを除く3か国では、感染症対策がいまだに必要であると同時に、所得の増加にともなう食生活の変化等による生活習慣病が大きな問題となってきた。結果として、生活習慣病はブルネイも含めた4か国すべてに共通した課題であり、中でも糖尿病が問題となっている。

### (4) 日系医薬品、医療機器メーカーの進出状況

4か国に進出している企業は、アンケートやヒアリングにより把握した範囲では以下のとおりである。代理店に関しては、アンケートおよびヒアリングで分かった範囲で含めている。ブルネイに進出している企業はないが、マレーシアの現地法人がブルネイ国内で製品を取り扱っている例がある。

進出目的は、労働力の確保と人件費の削減、現地市場の開拓及び周辺国への輸出拠点とする点が共通している。

図表 2-2-1 進出している日系医薬品、医療機器関連企業数

	インドネシア	フィリピン	ブルネイ	マレーシア
医薬品企業	14	6	0	8
医療機器企業	11	7	0	11

(出所) ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### (5) 日系企業の課題

インドネシアにすでに進出している医薬品企業にとっては、国民皆保険導入の結果、安価なジェネリック薬品が推奨されているため、この分野での低価格競争が激しくなると予想される。したがって、ターゲット医薬品の見直しが必要となる。また、医療機器企業にとっては、欧米の競合企業との差別化及び販売促進の方法を業界として検討することが必要である。

インドネシアに新たに進出を検討する場合は、医薬品企業は資本制限が85%であること、販売だけの進出は許可されないため、良い現地パートナーの発掘が必要なことをまず検討する必要がある。また、医療機器企業については、資本金規制はないが、販売業者登録及

び個別製品の販売許可は必要であるため、この場合も良い現地パートナーの発掘が必要である。

さらに、医薬品、医療機器企業共に、進出する場合のビジネス上のインセンティブに関して、法律上税の優遇措置はあるものの、実際には税務当局が優遇措置を認めないことがあるためインセンティブは機能していないことも認識しておく必要がある。

フィリピンにおいても、すでに進出している医薬品企業にとっては国民皆保険導入の結果、安価なジェネリック薬品が推奨されているため、この分野での低価格競争が激しくなると予想される。したがって、ターゲット医薬品の見直しが必要となる。また、医薬品の流通過程で、卸売及び販売店（ドラッグストア）が独占、寡占状態であるため、取引交渉が不利にならないような対策が必要である。一方、医療機器企業に関しては、最近の2年間で進出の意思決定をした企業が多く、日本製品の品質の良さをアピールしフィリピン市場に早く定着させることが期待される。また、フィリピンは国の政策として保健分野の改革を進めており、医療機器需要の増加が予想されるため、現在、進出のチャンスであると考えられる。

ブルネイでは、政府は天然資源に依存することからの脱却のために国内企業の進行を図っており、内閣府傘下のブルネイ経済開発委員会が **Brunei Research Incentive Scheme (BRISc)** という仕組みをもっている。この仕組みで指定している研究開発テーマ（クラスター）のひとつに医療がある。**BRISc** を利用すると、高度教育機関 (**Institute of Higher Learning: IHL**) または政府機関と協業することを条件として、日本企業は3割の費用負担で研究開発ができる。このような協業がない場合、費用負担は5割である。技術力はあるが資金力がない中小企業は、**BRISc** を活用してブルネイで研究開発を行うことも考えられる。

マレーシアにおいては、医療機器に関して、2015年7月以降「医療機器申請制度」が実施されるため、取り扱っている製品の登録が必須となる。また、マレーシアの医師は欧州やカナダ、オーストラリアへの留学経験者が多いため、これらの国の製品を使い慣れており、購入の優先度が高い。日本製品の売り込みのためには、中長期的には医師の留学先として日本が受け入れる体制を強化するとともに、短期的には、日本製品の存在をアピールする機会を増やし、デモンストレーション等により製品に触れる機会、場所の提供が必要である。

## 2.2.2 中東地域

中東地域は、アラブ首長国連邦(UAE)、イラン、カタール、サウジアラビアについて調査を実施した。なお、サウジアラビアについては現地調査を実施しておらず二次資料のみによる調査である。

### (1) 基礎的な概要

各対象国とも、原油などの豊富な地下資源を保有しており、それを基盤として政府の財政が比較的潤沢である点が共通している。ただし、原油への依存が高い分、国際的な原油価格が政府財政に影響する側面もある。

民族、宗教面では、アラブ民族系の UAE、カタール、サウジアラビアの3か国と、ペル

シャ民族系のイランに大別される。

この分類は各国が所属している経済圏にも連動しており、アラブ系の対象国は湾岸協力理事会(Gulf Cooperation Council : GCC)、イランは経済協力機構 (Economic Cooperation Organization : ECO)に対応する。GCC は湾岸地域のアラブ系国家を中心とした 6 か国で構成されており、ECO は中東および中央アジアの非アラブ・イスラム諸国 10 か国で構成されている。

なお、GCC は域内の通商促進の観点から食品や一部の医薬品などの標準規格を策定しており、GCC 加盟国への輸出にあたっては各国ごとの規制と GCC 規制の両方に留意する必要がある。

経済開発と人口の側面からは、UAE、カタールの両国は近年の成長が大きく、かつ自国民の人口が 100 万人以下の規模と小さい上、自国民以外の居住者が住民の約 8 割を占めるという共通点がある。

図表 2-2-2 中東地域調査対象国 概要

	民族/言語	宗教	経済圏	産業構造	経済開発	人口
アラブ首長国連邦(UAE) カタール	アラブ民族、アラビア語	イスラム教 スンナ派	GCC (湾岸協力理事会)	鉱業(原油、LNG等)に大きく依存	近年大きく成長	少ない (国民以外の居住者が約8割)
サウジアラビア						
イラン				経済協力機構(ECO)	多い	
	ペルシャ民族、ペルシャ語	イスラム教 シーア派				

(出所) ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成資料

## (2) 医療制度等、医療に関する環境

各国とも、保健・医療に関する国家戦略を策定し、医療水準の向上に努めている。対象国における対人口の上水道普及率はイランが 96%、それ以外の国ではすべて 100%となっており<sup>1</sup>、衛生状態においてはほぼ先進国と同程度であるとみてよい。

イラン以外の調査対象国では、医療を推進するための財政面の制約はあまり厳しくないと言える。しかしイランについては、2011 年からの経済制裁により海外銀行口座の資産が凍結されていて、医療機器、医薬品においても輸出国側では制裁対象外であるものの取引に許可が必要であることなどから、取引自体が少なく供給が十分でないという状況にある。

調査対象国では、いずれも人口あたりの病床数は OECD の基準に届いておらず、そのためどの国においても新規の病院建設を計画しており、病院数は急激に増加している状況である。入れ替え需要について明確だった国はイランのみである。

医療従事者について、UAE、カタール、サウジアラビアの民間病院においては、医師の約 9 割が外国人という特徴がある。UAE、カタールでは特に看護師が不足している。

一方で、この地域では自国居住者への医療サービスの提供だけではなく、医療ツーリズム

<sup>1</sup> “Progress on Drinking-Water and 2014 Sanitation” World Health Organization/ Unicef



ムに対する政府の取り組みがある。具体的には、UAE とイランにおいて取り組みが始まっている。UAE の目的は観光業との連携のほか、従来海外で受診せざるを得なかった高度医療を国内で提供することであり、イランでは不妊治療技術等の高い技術を諸外国より安価に提供することを強みとした外貨獲得が目的となっている。

### (3) 疾病、主要な死因の状況

調査対象国は、WHO における所得水準において、イランが低位中所得もしくは高位中所得に分類され、UAE、カタール、サウジアラビアが高所得に分類されている。所得水準の向上に伴う生活環境の改善、また石油産出国であり医療保健政策に充てる国家予算を確保できる国家であるため、疾病構造は感染症から非感染症へと遷移している様子は全ての国で見られる。所得水準の向上による車社会の発達による運動不足、食生活の変化、生活環境や医療環境の向上による高齢化による疾病など、疾病構造は先進国と同様になっている。

対象国における死因の順位は以下となっている。

図表 2-2-3 中東地域調査対象国 死因順位

	UAE	イラン	カタール	サウジアラビア
1位(自国民)	循環器	循環器	がん	循環器
1位(外国人居住者)			事故	事故
2位(自国民)	事故	事故	循環器	事故
2位(外国人居住者)			循環器	循環器
3位(自国民)	がん	がん	事故	周産期
3位(外国人居住者)			がん	周産期

(出所) ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成資料

欧米、日本等の高所得国と比較して特徴的なのは事故による死亡が多い事である。車社会の発達に比較してインフラ整備や規制取締の強化が遅れている事も考えられるが、イランを除く 3 か国に関しては、外国人労働者は建設現場などでの就業が多い事も一因であると考えられる。サウジアラビアの周産期の死亡が多いのは、所得水準から考えるとかなり特徴的であるといえる。4 国間で比較した妊産婦死亡率が高い訳ではなく、サウジアラビアの統計では、ICD-10 では分類不能となっている疾病が死因となっていることから、周産期の死亡順位が 3 位とはいえ、対策が必要なレベルではないと考える。

### (4) 日系医薬品、医療機器メーカーの進出状況

医薬品では、サウジアラビアに日本の製薬会社が現地メーカーと合弁で設立した製薬会社があり、製造を行っている。

医療機器では、UAE とサウジアラビアで拠点を保有している企業がある。製造拠点としては、イランにてかつて OEM 生産を行っていた企業があるが、現時点では製造されていない。

そのため多くの日系企業では、中東地域へは概ね現地代理店、医薬品卸を通して製品の供給を行っている。

中東地域へ進出している企業へのヒアリングによれば、UAE は中東、アフリカ地域の統

括拠点として位置付けられる場合が多い。UAE の拠点からは、統括範囲内の各国ごとに、契約している販売総代理店を通して各国市場に販売している。

日系企業が UAE を拠点としている理由は、UAE 市場が大きく魅力的であるというよりはむしろ、港湾設備や航空便など輸送の拠点としての利便性、UAE のドバイ首長国のフリーゾーン（経済特区）にて外資 100%での法人設立が可能で進出が容易であることなどが主要な理由となっているものと思われる。

医療機器においては、その特性上、操作する医師、技師等への教育が必要であることから、販売総代理店は技術スタッフを雇用し、教育、メンテナンスの体制を整える必要がある。これに対して各メーカーとも、代理店のエンジニアを教育するシステムを構築している。企業によっては、中東地域にトレーニングセンターを設置し、管轄地域における代理店の技術エンジニアに操作方法などの教育を行っているところがある。

なおイランについては、かつて日本人が駐在する拠点があつたが、経済制裁開始後、日系医療機器企業はすべて拠点を閉鎖してしまった。現在も取引はかなり絞られているが、若干回復する兆しがみられる。

またトルコを中東に含めるか欧州に含めるかは企業の方針により、欧州に含める企業もある。

なお、現地メーカーの状況としてはイラン、サウジアラビアには国産ジェネリック医薬品産業が存在している。イランは WTO 未加盟国であり、イラン厚生省は自国医薬品メーカー保護のため、輸入できる医薬品を「自国で製造できないもの」に限定して認めている。

4 か国に進出している企業は、アンケートやヒアリングにより把握した範囲では以下のとおりである。

図表 2-2-4 進出している日系医薬品、医療機器関連企業数

	UAE	イラン	カタール	サウジアラビア
医薬品企業	1	0	0	2
医療機器企業	9	4	3	6

(出所) ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### (5) 日系企業の課題

中東地域には、自国内で医薬品、医療機器が製造できる国はほぼないことから、ほとんどの製品は輸入に依存している。例えば医療機器で、大きなシェアを占めるのは欧米系のシーメンス、GE、フィリップスである。

これらの企業は、GCC 加盟の UAE、カタール、サウジアラビアにおいて、医師向けのセミナーなどを通し、ブランド名の浸透を高める活動を数多く行っている。UAE、カタールでは 9 割の医療従事者が外国から来ているため長期に関係を築きにくいことから、このような広告宣伝的な販売促進活動は医師にわかりやすく、受け入れられやすいといえる。また、技師の出身国がばらばらで技術水準も異なることから、製品のオプションでなるべく操作が自動化されるものを好む傾向にある。

一方、日本企業では納品先の医師、技師のニーズをきめ細やかに取り込む製品開発をとっており、医師や技師が長期に使用することを前提としている。そのため、適切な教育を

行い実際に操作してもらえばその良さがわかるものの、その段階に至るまでのプロセスに時間と手間がかかる。また、ブランド名を訴求する販促活動が欧米企業より少ないことから、ブランドの存在感としては見劣りしている状況である。

以上のことは、日本企業のもつ技術的な強みが市場のニーズにマッチしていないこと、また欧米型のブランド浸透を行うための販促活動も国内市場ではノウハウの蓄積がないことから、苦戦している状態と推察される。

しかしイランではそれとは異なる訴求を行っている事例がある。イランでは世界平均より乳がんの罹患率が高いことから、政府に対して乳がん検診政策を提案し、その検査機器（マンモグラフィー）の購入促進に取り組んでいる日系企業（政府への提案は現地代理店が実施）がある。これは、日本で実績のある検診施策を紹介することでイラン人の疾病改善につながるという点で、広告宣伝などの働きかけとはまったく異なるチャネルでの販促活動と位置付けられる。またイランでは、日本に対し新規患者の発掘（unknown-patient）に強いというイメージがあり、このイメージを利用したブランド力が使えることは有利である。

日本では、胃がんの罹患率減少のために生活指導を行って成功してきた事例など、他にも同様のスキームで活用できる施策はあるものと思われる。すなわち、日本政府から、これまで導入してきた検診制度などの医療制度を紹介し、それとともに関連する医療機器を同時に提案するというオールジャパンの取り組みには成功の可能性が示唆される。

## 2.3 インドネシア

### 2.3.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制等

インドネシアの国土面積は、約 189 万平方キロメートル（日本の約 5 倍）であり、東西に 5,110km と非常に長く、また赤道にまたがる 1 万 3,466 の大小の島からなっている。

人口は、約 2.49 億人でこの数は世界第 4 位である。大多数はイスラム教徒で、世界最大のイスラム人口国である。33 州から構成されており、首都はジャワ島のジャカルタで人口は 997 万人（2013 年）である。

インドネシアは共和制を取っており、正式にはインドネシア共和国と称する。大統領制であり、現大統領は、ジョコ・ウィドド大統領（2014 年 10 月 20 日就任、任期 5 年）である。議会は、国会：定数 560 名（任期 5 年）と地方代表議会：定数 132 名（任期 5 年）がある。

現在のジョコ政権は、内政面では、経済・社会政策を最優先課題とし、鉄道、港湾、電力・エネルギー等のインフラ整備及び社会保障の充実を目標に掲げている。また、外交基本方針としては、国益を重視し、独立かつ能動的な全方位外交を展開している。この外交理念に基づき、ASEAN を重視した地域外交、国際的な課題への対応に積極的に取り組んでいる。

##### ・経済状況

インドネシア経済は、世界金融・経済危機の影響を受けた 2009 年も比較的高い伸び率を達成し、その後も堅調な経済成長をとげている。しかし、世界経済の成長鈍化や米国の金融緩和縮小等の影響を受け、2013 年の成長率は 5.8%と減速した。

図表 2-3-1 インドネシア 経済成長率（実質）

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
経済成長率 (単位：%)	6.3	6.1	4.6	6.1	6.5	6.2	5.8

（出所）インドネシア中央統計局からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

失業率は、中央統計局によれば 2006 年には 10%を超えていたが、2013 年には、6.2%まで低下した。ただし、毎年新規に労働市場に参入すると試算される 250 万人を吸収する雇用創出のためには年率 6%以上の経済成長が必要とされている。

2013 年の海外からの直接投資(実現ベース)は前年比 22.4%増の約 286 億ドルに達した。国内投資も前年比 39%増の約 136 億ドルに達し、ともに過去最高値を記録した。

また、2011 年 5 月、中長期的な経済成長を実現すべく、当時のユドヨノ大統領は、「経済開発加速・拡大マスタープラン (MP3EI)」を発表し、2025 年には、世界の 10 大経済大国

となる目標を掲げた。

図表 2-3-2 インドネシア 主要経済指標

主要経済指標 (2014年推計値)		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	5.2	%
国内総生産(名目)(現地通貨:ルピア)	10,068,556.3	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	856.1	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	10,156.7	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	6.0	%
失業率 対労働力人口比	6.1	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

2013年における主要産業の実質 GDP 構成比は以下のとおりである。(出所:国際金融情報センター)

- ・ 製造業 (24%)
- ・ 農林水産業 (14%)
- ・ 卸売、小売、ホテル、飲食業 (14%)
- ・ 鉱業、採石業 (11%)
- ・ 地域、福祉、個人サービス業 (11%)
- ・ 建設 (10%)
- ・ 金融、不動産業 (8%)
- ・ 運輸、通信 (7%)
- ・ 電気、ガス、水道業 (1%)

#### ・生活水準

年間世帯可処分所得が 5,000 米ドル～35,000 米ドルを中間所得層とした場合、(独)日本貿易振興機構の分析によれば、インドネシアの中間・富裕層人口は、2010年に 8,200 万人であったが、2020年には 2 億人(人口の 70%強)に達すると予測されている。

首都ジャカルタ市内には、大きなショッピングモールがいくつもあり、世界の有名ブランド店や、カフェチェーンが入店し利用客でにぎわっている。

中間層の生活スタイルは、ローンで簡単に手に入るオートバイを所有し、ミニマートや小規模な個人商店などの商店での買い物である。自動車やエアコンはまだ高級品であり保有率は低いが、所得の増加とともに富裕層を中心に所有者が増えている。

消費者の情報収集手段として、テレビやロコミ以外に、フェイスブックやツイッターなどのソーシャルメディアの利用が多い。人口の 6 割が集中するジャワ島に住んでいる人々が生活様式に関するオピニオンリーダーとなっている。

## (2) 民族、言語・宗教、人口統計

インドネシアの民族は、大半がマレー系であり、約 300 種族が存在する。住民の内、ジャワ人が 45%、スンダ人が 14%、マドゥラ人が 7.5%、沿岸マレー人が 7.5%、中国系が約

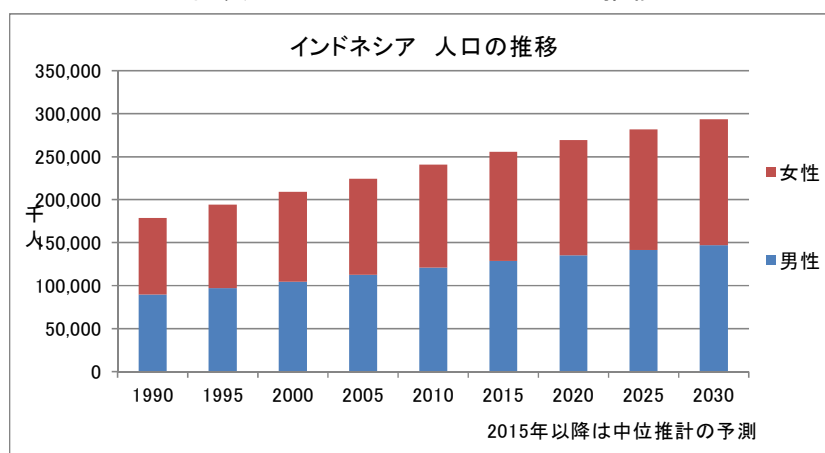
5%、その他が 21%となっている。

言語は公用語がインドネシア語であるが、会話言語ではそれぞれの地域で語彙も文法規則も異なる 583 以上の言葉が日常生活で使われている。

宗教は、イスラム教が 88.1%と大部分を占めるものの、キリスト教 9.3%（プロテスタント 6.1%、カトリック 3.2%）、ヒンズー教 1.8%、仏教 0.6%、儒教 0.1%、その他 0.1%の宗教についても存在する。

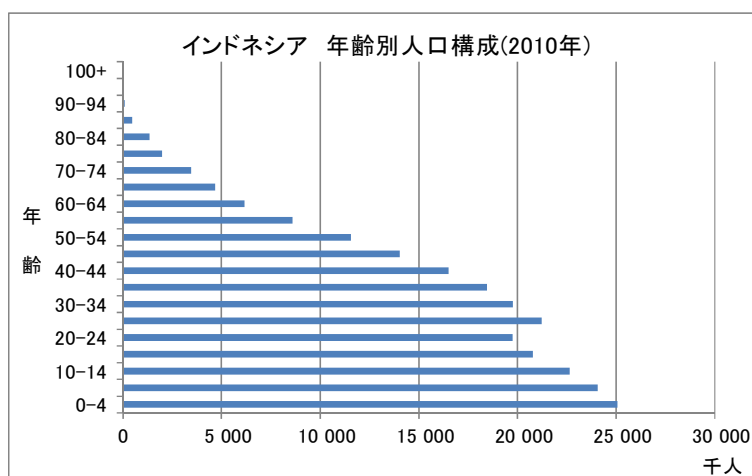
人口は、2013 年に約 2.49 億人であり、これは中国、インド、米国に次いで世界第 4 位である。人口増加率は、2010 年以降 1.4%台で推移していたが、2013 年は 1.37%とやや落ち着いている。総人口の約 6 割が、全国土面積の約 7%のジャワ島に集中している。また、人口構成をみると、15 歳未満の年齢層別人口は、2010 年時点では増加が鈍化し、2030 年の推計では減少に転じる。かわって、65 歳以上の人口は急激に増加する。このころが人口ボーナス期の最終時期となる。

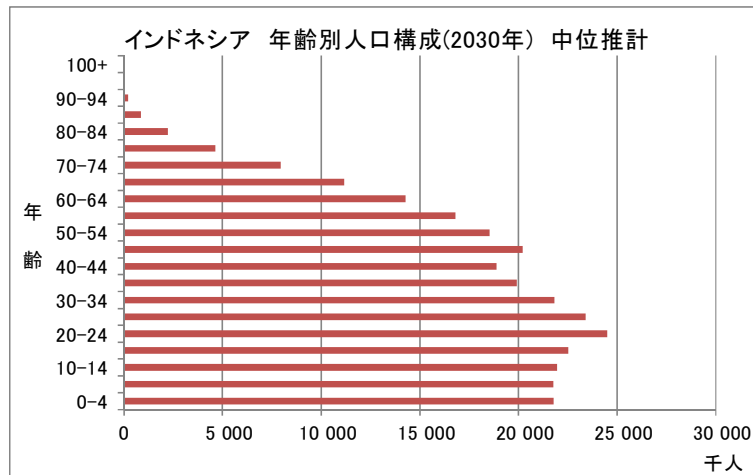
図表 2-3-3 インドネシア 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-3-4 インドネシア 年齢別人口構成





(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

### 2.3.2 基礎的情報（保健・衛生）

#### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

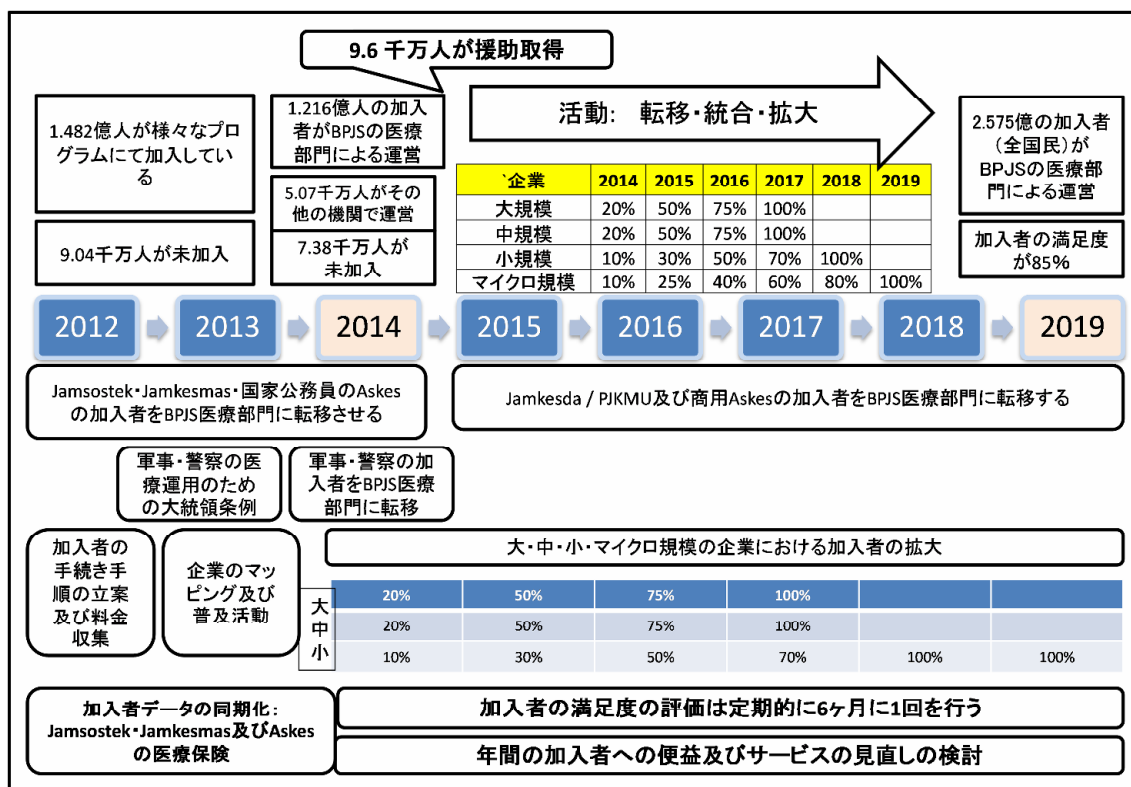
##### ①医療・保健政策

インドネシアにおける、医療・保健に関する担当は保健省が担っており、「Indonesia Sehat 2010」（ヘルシー・インドネシア 2010）政策の中で、a)健康な環境での生活、b)清潔で健康な生活行動の実行、c)標準的な医療機関の普及と有効利用、d)高い水準の健康を保持することを掲げている。

昨年 2014 年 1 月から、国民皆保険制度が実施されたが、実施のための大統領令が出されたのが前年 2013 年 12 月であり、十分な周知期間がないままスタートした。

移行期間の最終年度である 2019 年までのロードマップは、下記のとおりである。

図表 2-3-5 国家医療保険への加入者のロードマップ



(出所) インドネシア共和国、保健省、医薬・医療機器指導総局資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## ②医療制度

インドネシアにおける医療保険制度は、従来、労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）、貧困者向けの医療保険制度（JAMKESMAS）、公務員向けの医療保険制度（ASKES）、軍人及び警察向けの医療保険制度（ASABRI）、地方政府による貧困者向けの医療保険制度（JAMKESDA）などがあった。2014年1月にインドネシア社会保障実施機関（BPJS）が発足し、国民皆保険制度として2019年までに順次統合される計画である。企業労働者のBPJSへの加入義務期限は2015年1月であるが、どこまで加入が進んでいるかは結果待ちの状態である。

保健省へのヒアリングでは、2015年1月時点での加入率は総人口の70%であり、人数にして1億5～6千万人である。2015年中には80%（2億人）の加入を目標としている。

なお参考として、従来の医療保険制度の加入率は以下のようにになっている。（出所：厚生労働省2013年海外情勢報告）

医療保険の加入率は、保健省の統計によれば2011年6月現在で国民の63%が加入しており、その内訳はJAMKESMASが32.3%（約7,640万人）、JAMKESDAが13.5%（約3,190万人）、ASKES及びASABRIが7.4%（約1,740万人）、JAMSOSTEKが2.1%（約483万人）、その他民間保険が7.7%（約1,820万人）である。全国民の約4割が保険制度に加入していない無保険者となっていた。

また、貧困者向け医療保険制度（JAMKESMAS）に関しては、貧困者に対する医療扶助



制度はこれまで様々な政策が実施されてきたが、2005年1月から貧困者向けの医療保険制度が整備され、公務員向け医療保険制度の実施機関である健康保険公社（PT.ASKES）が運営することになった。本制度は当初「貧困者医療保健（ASKESKIN）」と呼ばれていたが、2008年より、PT.ASKESを経由して支払っていた方式から政府が直接病院へ支払う方式へ変更し、名称も「健康保障制度（JAMKESMAS）」となった。

本制度では一定の医療サービスが無償で受けられ、初期医療としては保健所及びその関連施設（保健所支所、地域助産所、村保健ポスト等）8,967施設、高度医療としては1,020施設の病院で受診可能となっている。対象者は貧困層及び低所得者層であり2010年末の時点で7,640万人（全人口の約1/3）である。この制度に対する政府予算は、2005年の制度開始以降年々増加しており、2005年は2.1兆ルピア（約210億円）、2007年では4.6兆ルピア（約460億円）、2010年は5.1兆ルピア（約510億円）であった。

### ③医療提供体制

インドネシアの医療提供機関は、病院、保健所及び村レベルで運営される施設がある。

病院に関しては、公立病院と民間病院があり、それぞれ総合病院と専門病院に分類される。さらに、総合病院は提供サービスの診療科の数により、クラスA～クラスD及びそれ以外に分類される。

クラスA 広範囲にわたって、専門的な診療サービスの提供可能な病院。

クラスB 広範囲（11の専門分野）について診療サービスの提供可能な病院。

クラスC 基本的な4分野（外科、内科、小児科、産婦人科）について専門的な診療サービスの提供可能な病院。

クラスD 基本的な2科目の診療サービスの提供が可能な病院

また、県や市が運営する保健所（Puskesmas：プスケスマス）があり、初期医療の中心的役割を担っている。さらに、保健所へのアクセス改善のため、保健所支所、巡回保健所、地域助産所（Polindes）、村保健ポスト（Poskesdes）なども整備されており、保健所の機能を補完している。（出所：厚生労働省2013年海外情勢報告を基に、施設数を2013年の統計値に更新）

#### ・医療ツーリズム

インドネシアの富裕層では、シンガポールやマレーシア、米国において高度医療を受診する人が増えており、その数は年間60万人とも言われている。これに対し政府は、国内でこれらの人を対象に医療を提供できるように、2年前から医療関連の投資規制を緩めている。しかしながら、例えば高齢者施設をバリ島に計画中であるが、商業省はビジネス思考で支援しているものの、保健省側はコストだけの持ち出しになるリスクを懸念しており、大統領直轄のプロジェクトにしないと調整が取れないようである。

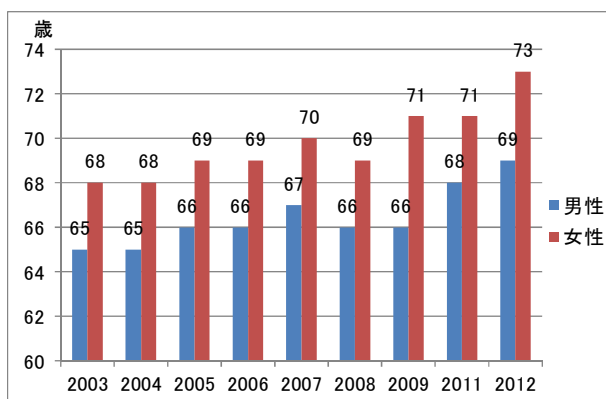
## （2）医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO）World Health Statisticsなどに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成）

5歳未満死亡率は改善方向にあるものの、妊産婦死亡率（出生10万人当たり）は、2013年で190人であり、他のASEAN諸国と比べてかなり高く、MDGsのターゲットである2015年108人の達成が危ぶまれる。また、HIV罹患者数、結核罹患者数は共に2009年以降増加しており、感染症対策は引き続き注力する必要がある。

平均寿命は、毎年確実に延びている。

図表 2-3-6 インドネシア 出生時平均余命

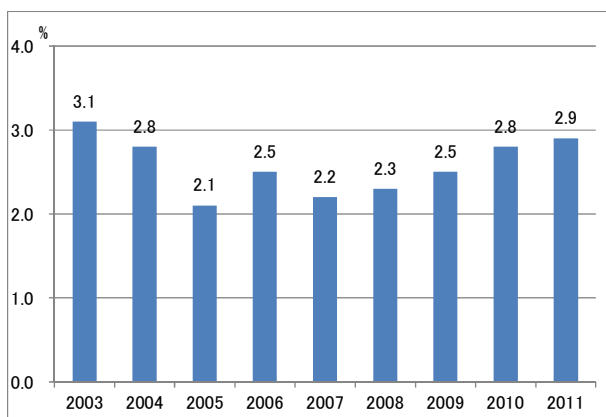


2013年のデータでは、男性68.6歳、女性72.7歳で、毎年確実に長くなっている。

※2010年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

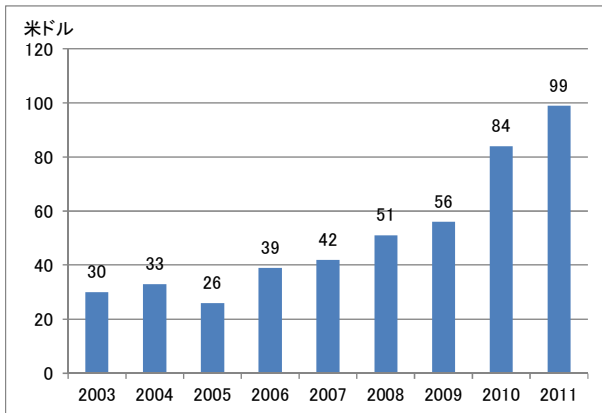
図表 2-3-7 インドネシア GDPに占める総医療費の割合(%)



2012年のデータでは、総医療費は約266億米ドル。対GDP比は3.0%で、ASEAN諸国で最低レベルである。

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

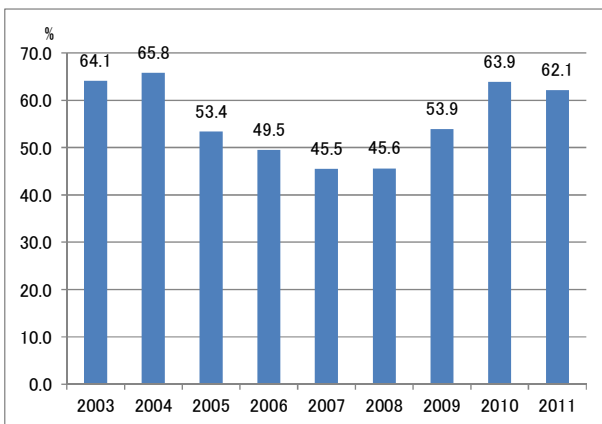
図表 2-3-8 インドネシア  
国民 1 人あたりの年間総医療費



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

毎年増加しており、2012 年は 108 米ドルにのぼると推計されている。

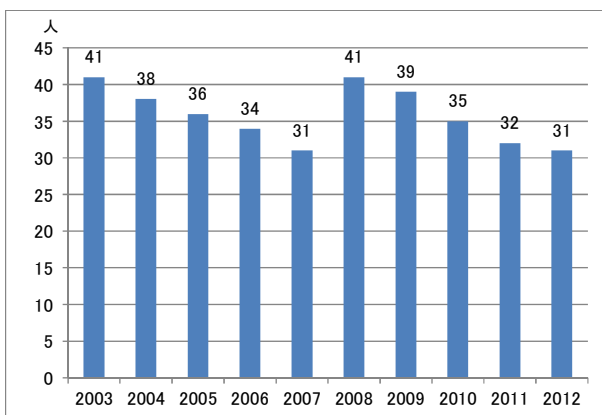
図表 2-3-9 インドネシア  
総医療費に占める家計負担の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

1 人あたりの年間医療費は、年々増加しているが、所得も毎年増加しているため、2010 年以降、家計負担率としては大きな変化はないと推察される。

図表 2-3-10 インドネシア  
5 歳未満死亡率 (出生 1000 人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2008 年以降死亡率は減少しているものの、他の ASEAN 諸国と比較すると高くなっている。

参考：2011 年の数値で

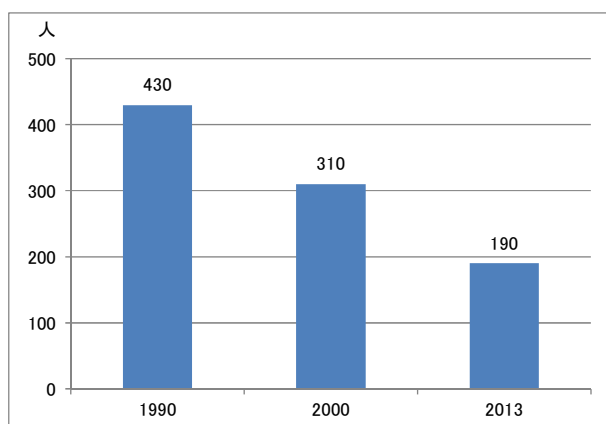
フィリピン 20.2 人

ベトナム 17.3 人

タイ 10.6 人

マレーシア 5.6 人

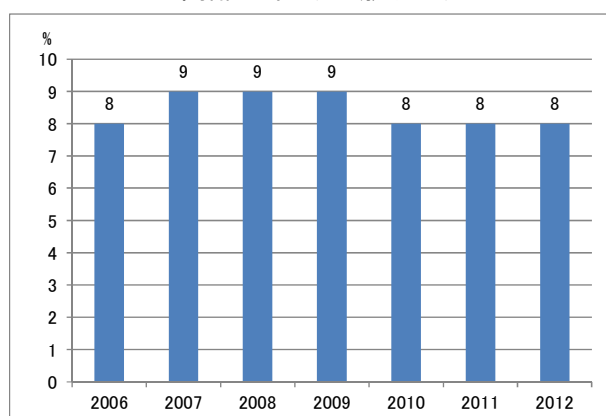
図表 2-3-11 インドネシア  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

1990 年以降死亡率は減少しているものの、2013 年は 190 人であり、MDGs のターゲットである 2015 年 108 人の達成は危ぶまれる。

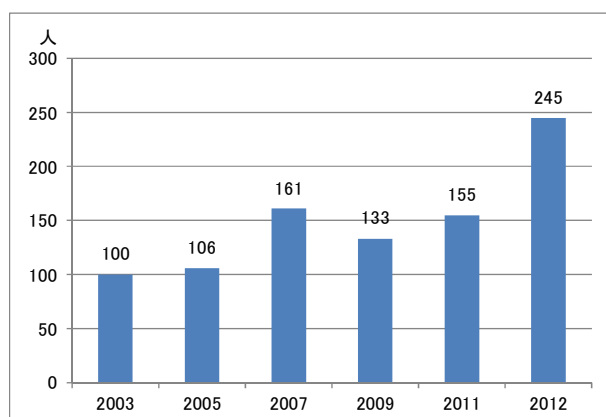
図表 2-3-12 インドネシア  
高齢化率（60 歳以上）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

World Bank の統計で、65 歳以上の高齢化率は、2007～2013 までの高齢化率は、5%である。高齢化率はまだまだかなり低いといえる。しかしながら、平均寿命が毎年延びていることと、15 歳未満人口の減少傾向により高齢化率は今後急速に進むと推測される。

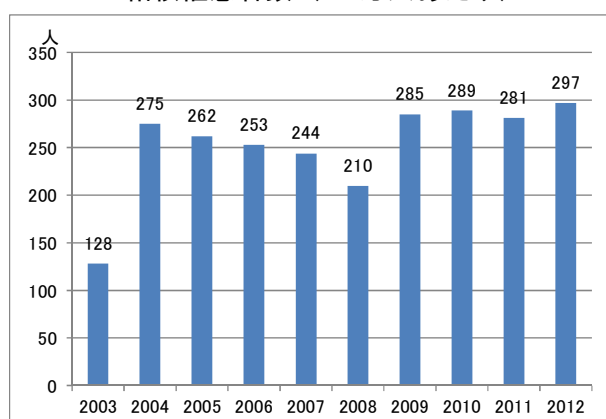
図表 2-3-13 インドネシア  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

HIV/AIDS の感染者はアジアで最も拡大している国の 1 つである。

図表 2-3-14 インドネシア  
結核罹患患者数（10万人あたり）



（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

2009年以降、年々増加傾向にある。感染者数は、2009年及び2010年は世界第3位、2013年は世界5位と報告されている。

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

### ・主要死亡要因

死因は、2007年の公表データが最新で、それ以降の公表データはない。（5年ごとの調査であるが、2012年分は、公表しないこととされた）

感染症の結核が死因2位であるものの、他にも高血圧や糖尿病など生活習慣病が目立っている。

図表 2-3-15 主要死亡要因（2007年）

	死因	割合
1	脳卒中	15.4%
2	結核	7.5%
3	高血圧	6.8%
4	怪我/事故	6.5%
5	周産期の死亡	6.0%
6	糖尿病	5.7%
7	がん	5.7%
8	肝臓疾患	5.1%
9	虚血性心疾患	5.1%
10	下気道疾患	5.1%

（出所）インドネシア保健省資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ・疾病構造

#### 1) 感染症

結核に関しては、報告数は年々増加しており、WHOによれば感染者数は2013年196,310人と報告されている。2009年、2010年は世界第3位であったが、2013年は世界5位であった。

HIV/AIDSにおいては、インドネシアはアジアで最も感染が拡大している国の1つである。新規HIV感染報告者数は2005年859人であったものが、2013年29,037人と急増している。推定HIV感染者数は、2006年193,000人であったが、2012年には591,823人で

ある。

また、AIDS の報告数は 2013 年末で 52,384 人である。主な感染源は、異性間性行为（約 8 割）、薬物注射（約 1 割）である。

マラリアの発生率は、人口 1,000 人当たり 2005 年 4.10 人であったが、2013 年は 1.38 人と減少したものの、地域差が大きい。ジャワ島やバリ島での発生数は少ないが、東部地区のパプア州（42.65 人）、西パプア州（38.44 人）、東ヌサトゥン州（16.37 人）が特に多い。

総じて、HIV/AIDS は増加しており、また結核は死因の第 2 位でもあり感染症対策は引き続き必要であるといえる。ただし、保健省国際協力センターへのヒアリングでは、感染症は、HIV/AIDS を除き地方でも減ってきており、WHO の基準はクリアできている。また、感染症（結核、マラリア、HIV/AIDS）については、国民皆保険制度のコスト要因の観点から対策を検討しているとのことであった。

## 2) 非感染性疾患

経済発展に伴う生活様式の変化から、非感染性疾患の顕著な増加が報告されている。糖尿病については、インドネシア全体の有病率は 1.5%、都市部での有病率が高く、たとえばジャカルタ特別州では 2.5%である。インスリン非依存型が 74.3%、インスリン依存型が 25.7%である。循環器疾患として、高血圧は 18 歳以上の有病率が 25.8%であり、心疾患の症状がある者は 7.2%である。政府は対策として、「予防意識向上」の指導を実施している。

## ③医療機関数

インドネシアの病院、保健所及び村レベルで運営される施設の数下記のとおりである。

なお、保健所（Puskesmas：プスケスマス）は、2013 年には全国に 9,655 施設ある。病床を有する施設もあり、有床の保健所は 3,317 施設（全体の 34.3%）である。（出所：厚生労働省 2013 年海外情勢報告を基に、施設数を 2013 年の統計値に更新した。）

また、保健所は施設によって規模が異なるが、平均すると医療従事者として医師（1 施設当たり 1.84 人）、看護師（1 施設当たり 11.99 人）、助産師（1 施設当たり 10.58 人）等が配置されている。

保健所へのアクセス改善のため、保健所支所、巡回保健所、地域助産所（Polindes）/ 村保健ポスト（Poskesdes）なども整備されており、保健所の機能を補完している。保健所の下部組織である保健所支所は医薬品供給も行っており、2010 年では全国に 23,049 施設ある。巡回保健所は自動車や船を用いて遠隔地での巡回診療や母子保健活動を実施している。

図表 2-3-16 インドネシア 病院数（単位：施設）

	2011		2012		2013	
	総合病院	専門病院	総合病院	専門病院	総合病院	専門病院
公共病院	1,126	279	1,240	300	1,271	291
民間病院	245	69	368	175	447	219
（小計）	1,371	348	1,608	475	1,718	510
総合計	1,719		2,083		2,228	

（出所）インドネシア保健省資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-3-17 インドネシア 2013 年クラス別病院数(単位:施設)と病床数(単位:床)

	A	B	C	D	その他	合計	病床数
公共病院	50	232	544	353	383	1,562	226,522
民間病院	7	62	198	164	235	666	51,928
合計	57	294	742	517	618	2,228	278,450

(出所) インドネシア保健省資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-3-18 インドネシア 2013 年 医療品供給施設数

薬局	ドラッグストア	医薬品卸	医療機器販売代理店
21,103	7,861	2,846	1,921

(出所) インドネシア保健省資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### ④医療従事者数の現状

医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、栄養士、歯科衛生士、放射線技師、臨床検査技師、作業療法士などの職種があり、2013年の従事者数は、医師（専門医含む）78,597人、歯科医師 11,857人、看護師 288,405人、助産師 137,110人、薬剤師 40,181人である。

保健省によれば、看護師は、全体としては十分であるが、ジャワ島に集中しており、地方は不足という偏在が問題である。医師は、現在も不足しているが、人数の問題よりも配置が大きな問題である。インドネシア東部の病院では、50%が医師不足状態であり、一方西部の病院では余っている。このように医療従事者の配置に関しては、地域格差が大きな問題となっている。

図表 2-3-19 医療従事者数

	2010	2011	2012	2013
専門医師	8,403	16,574	27,333	36,756
医師	25,333	33,172	37,364	41,841
歯科医師	8,731	10,575	11,826	11,857
看護師	169,797	230,280	235,496	288,405
助産師	96,551	120,924	126,276	137,110
薬剤師	18,022	25,439	31,223	40,181

(出所) インドネシア保健省資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### ⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

##### ・医療従事者の教育

インドネシアにおける医学生教育システムは、Medical Practice Act 2004に規定されている。大学医学部にて1～3年次は臨床前教育、4～5年次は臨床実習の教育を受けて、卒業後は1年間のインターンシップを経て医師登録が可能となる。その後医師会への登録を経て医師免許の取得をする。（出所：インドネシアにおける医師の質改善に向けた改革：卒前コアカリキュラムの改訂と医師免許制度の変更を通して（279 医学教育 2009, 40（4）：279～284））

看護師の教育レベルについて、2005年のデータによると4階層に分類されている。

- ・最上位はS2と称され、看護学修士の資格を持っている者で全体の0.25%である。
- ・次がS1で4年の座学と1年の実習によって看護学士を取得するか看護専門養成学校出身者の編入プログラムによる看護学士で、全体の2.75%である。
- ・第3レベルは、D3と称され公立または私立の看護専門養成機関で3年間の座学と実習を受けた者で、全体の39%である。
- ・第4レベルは、高校専修コースで看護及び助産の専門教育を受けた者である。ほとんどが年配の看護師であり、看護経験は豊富であるが、理論的知識が少ない。全体の58%を占めている。

(出所：公開講座 アジアの看護を理解しよう－2国間経済連携協定に基づき来日中のインドネシア人・フィリピン人看護師を受入れて－報告書(2011年2月26日 大阪市))  
薬剤師を養成する薬学部・薬科大学が国公立8機関、私立32機関存在する。大学の教育年数は薬学部課程4年と薬剤師課程1年(約6か月の研修を含む)の合計5年である。

(出所：財団法人 日本医薬情報センター (JAPIC) JAPIC NEWS No.280)

#### ・医療従事者の資格制度

2014年、医療従事者の資格に関する新しい規則(法令76)ができ、「インドネシアメディカル・カウンシル」が設立された。医療従事者すべての資格登録、資格の更新認定を行う機関であり、日本、韓国、欧米の制度を参考にして作られた。資格の認定には国家試験を実施し、合格者の資格登録は5年間有効であり、更新のためにCPD(Certified Professional Development)制度を導入した。

参考として、医療従事者の教育に関する、JICAの協力プロジェクトについてあげておく。

- a. プロジェクト名：JICAの看護実践能力強化プロジェクト
- b. 期間：2012年10月15日～2017年10月14日
- c. プロジェクト概要：インドネシアを含む東南アジア諸国では、都市部と地方部の格差の拡大や、疾病構造の変化、今後予測される高齢化、家族看護の弱体化、保健医療サービスの提供および教育における民間機関の役割の増大など、新たな課題に対応できる体制構築が必要となってきた。このような状況を踏まえ、保健医療サービスの提供に大きな役割を果たしているのが看護師であることから、インドネシア政府は看護師継続教育の強化を通じた看護師の教育レベルの向上や免許更新制度の導入等各種施策に取り組み始めている。

また、グローバル化が進み保健分野においても人材の国際化が進む中、インドネシアも国際的な基準を満たした看護師の育成が急務であるとし、人材育成の方針の一つとして掲げている。

インドネシアの看護継続教育においては、分野に特化した育成が行われており体系的な研修を通じた育成が行われていない。こうした状況を踏まえ、インドネシア政府の要請にこたえて、JICAは、同国の看護継続教育の強化や看護師の実践能力向上を目的とした「看護実践能力強化プロジェクト」を実施している。



## 2.3.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

### ① 医薬品

国内製薬企業は、カルベ・ファルマ (Kalbe Farma)、キミア・ファルマ (Kimia Farma)、インド・ファルマ (Indo Farma)、ビオ・ファルマ (Bio Farma) の国有製薬企業 4 社を含む約 200 社である。

医薬品市場の売上げの 70% はローカル企業が製造している。しかしながら、原材料の 90% 以上は輸入に依存している。鉄、化学など他の分野と同様にサプライチェーンの上流に属する素材産業が弱く、輸入に頼っているのが現状である。主な輸入元は、中国、インド、日本であるが、原材料の輸入依存度が高いことへの対策を政府は検討中である。

現状では、医薬品製造上位 17 社の市場の占有率は合計で 32% 強であり、その内訳は販売チャネル別に病院 12.24%、処方箋薬局 8.94%、薬局 (OTC) 10.98% である。

今後 2018 年までの 3 つのチャネルの市場傾向としては以下の通りである。

- ・民間病院における医薬品の自費購入市場は、中期的には成長すると思われる。中間所得層は増加し、かれらは治療のために長時間並ばなければならない公立病院では受診せず民間病院に行くからである。ただし、民間病院においても社会保障実施機関 (BPJS) による e-catalog 上の安い薬が入手可能になるため、長期的には、この市場での医薬品の売上高の成長には限界がある。
- ・BPJS による需要は、現在 50 億米ドルであるが、60~80 億米ドルに増えると予想されている。すべての国民が BPJS でカバーされると、すべての国民が同等に低価格の医薬品にアクセスできるようになり、価格競争は熾烈なものになる。
- ・医薬品市場の 40% を占める OTC 市場は毎年 2 桁成長をしている。低価格問題に巻き込まれず、ブランド力と所得が増加する中間層を中心に、個々人が購入できるという点で一番期待できる市場である。

今後の動向として、製薬市場合計の成長率は CAGR (Compound Annual Growth Rate : 平均的成長率) では 11% と見込まれており、2018 年にはインドネシア医療市場は世界の上位 20 か国に入るとの予測がある。また、今後 10~20 年の医薬品業界のトレンドとして 3 項目考えられる。一つは、ジェネリック医薬品の縮小。二つ目は、生産管理の標準化 (プロセス改革によりコスト削減)。三つ目は、市場での生き残り企業が限定されてくる (小規模事業者は減っていく) と思われる。

### ② 医療機器

医療機器は、90% 以上を輸入に依存しており、主な輸入元はシンガポール、中国、日本、米国である。中国や韓国は価格競争力が非常に高い。輸入規模は、2011 年 5.7 億米ドル、2012 年 6.2 億米ドルである。(出所：経済産業省委託調査報告書「平成 25 年度新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 - 国別詳細版 -」)

需要が伸びている製品としては、X 線、CT、MRI、除細動器、保育器、ガンマナイフなどであり、今後期待される製品としては、人工呼吸器、麻酔器、生体情報モニター、医療電子機器、超音波スキャナ、診断装置、使い捨て製品などである。(出所：平成 25 年度医療 IT 海外調査検討タスクフォース海外調査報告書及びインドネシア保健省へのヒアリング)

医療機器監督機関は保健省（MOH）および国家食品医薬品監督庁である。第三者認証はなくすべて保健省が行うが、審査官の人数は10名程度と少なく、個別製品の品目登録の承認をとるのに約9ヶ月の期間を要する。

インドネシアで医療機器を販売する際は、販売業者登録と個別製品の品目登録が必要となる。医療機器の流通許可は最大5年間有効であり、延長する場合は延長申請が必要である。また、海外資本が直接医療機器の卸や販売をすることは許可されていないため、適切な現地のパートナーの選定が重要となる。

インドネシアの医師の留学先は主にドイツと米国である。帰国後彼らが選択する医療機器はおのずと馴染みのあるドイツ製や米国製であり、日本の医療機器はこの時点で、ハンディキャップを負っている。日本の国レベルで、医療機器の売り込みをする前に医師の留学先として取り込むことが必要である。

中小の医療機器メーカーが少しずつ育ってきている。(独)日本貿易振興機構では、医療機器に関してインドネシアへ関心のある企業ニーズを汲んで、2013年、医療機器ミッションを企画した。

### ③医薬品・医療機器の調達

医療施設への医薬品・医療機器のデリバリーは、島が多くロジスティックスの面でコストが多くかかっている。

調達に係る新規則である、e-procurement(ネットによる購買)は5年後には終了する予定で、代わりにITCを活用したe-catalog(ネット上に品名や価格、取扱い業者等を掲載)による調達システムが完成する。医薬品、医療機器ともに対象である。このシステム構築には、日本や韓国等の協力が必要である。

このe-catalogの内容を見るとかなり安い医薬品が多い。例えば100錠80インドネシアルピア(日本円で1円以下)の薬もあり、保健省の立場では薬代を安く抑える意図が電子カタログから読み取れる。

調達プロセスは、医師が必要な医薬品、医療機器を調達部門に提示し、調達部門が公募、入札を行う。医療機器は国の予算で調達し地方の公立病院にも配置する。

調達方法には、以下の4つがある。

#### a. オープン入札

決められた条件に基づき登録済の業者が対象となる。価格競争と入札の透明性は高いが手続きに時間と手間がかかる。

国家予算や地方自治体の予算による調達を行う場合には必須の方法である。事前に登録する業者の評価選定のための機関(委員会)が必要である。

#### b. クローズ入札

特定の業者に対して入札権が与えられる。事前に業者の評価、選択がされ、長期の事績ある企業に限られる。価格競争を維持しながら、オープン入札よりも調達担当者の負荷は少ない。

#### c. 個別契約

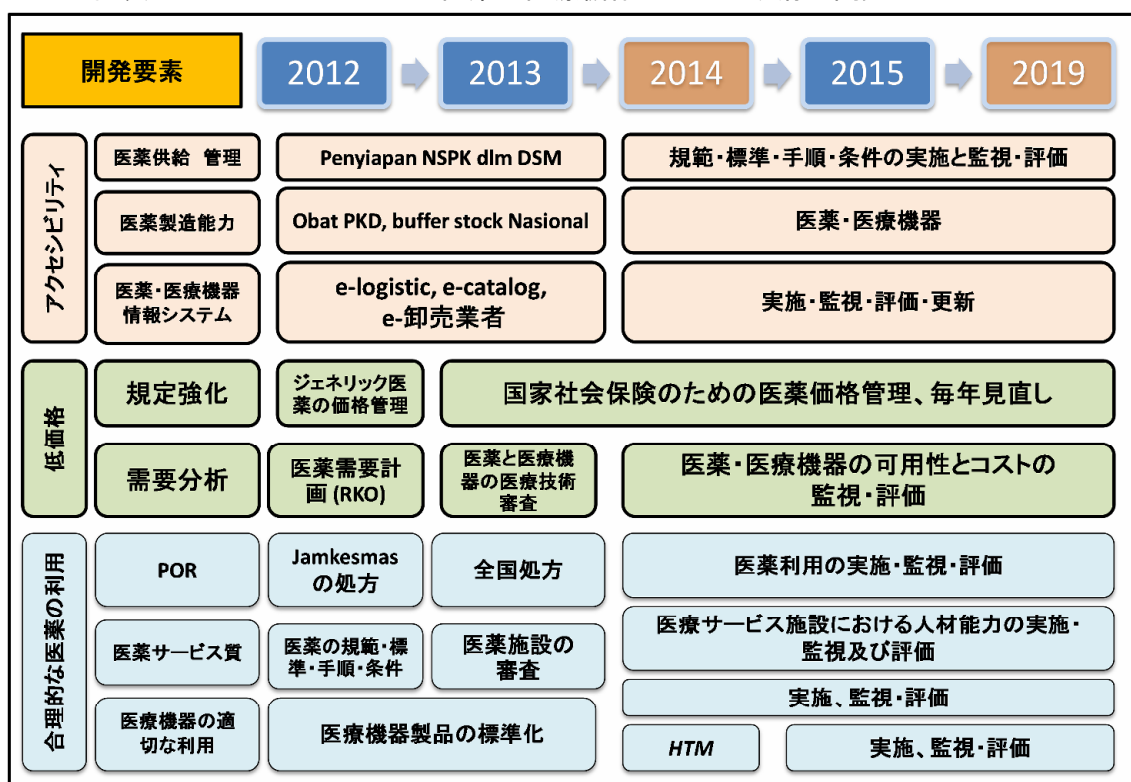
3社から相見積もりを取り、内容を検討しつつ価格交渉も行う。

d. 直接購入

少量購入の場合や緊急に必要とされるものの購入時に採用される。価格は比較的高くなる場合が多い。

また、日系医薬品メーカーへのヒアリングでは、インドネシアの薬事承認プロセスに関して、今後 ASEAN のハーモナイゼーションを進める中で、手続きが簡素化されることを期待していた。しかしながら、手続き書類の形式統一は進むであろうが、政府による承認プロセスは必ずしも簡素化されないようである。医療機器に関しては、最近では ASEAN として進める薬事承認に関するハーモナイゼーションの添付資料（クリニカル審査とリスク分析に関わる審査）が求められるため、承認取得の手続きがかえって煩雑になることが懸念されている。（出所：「経済産業省委託調査報告書 平成 25 年度新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 - 国別詳細版 - 」）

図表 2-3-20 インドネシア医薬・医療機器における政府の開発ロードマップ



（出所）インドネシア共和国、保健省、医薬・医療機器指導総局資料に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ翻訳、作成

2.3.4 対象国が抱える問題点及びニーズ

インドネシアの保健省国際協力センターへのヒアリングでは、現在の課題として以下の 6 点があげられた。

- ・国民皆保険制度における加入者カバー率の向上
- ・e-catalog システムの推進（国民皆保険制度を支える電子調達システム）

- ・医療機器の国内生産の推進（海外からの投資促進）
- ・疾病対策として HIV/AIDS の減少対策及び糖尿病等の生活習慣病対策
- ・医療サービスの地域格差是正（医師及び看護師の偏在是正）
- ・医療ツーリズム対応の施設拡大（海外流出ツーリストの国内取り込み）

また、インドネシアにすでに進出している医薬品企業からは、政府における新薬の審査、認可に要する期間が長いので、これを短くしてほしいとの要望があった。理由の 1 つとして、審査、認可に係る政府の専門審査官は現状 10 人程度しかいなく、人数の少ないことが指摘された。

### 2.3.5 日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性

#### ・ビジネス環境

総人口は 2 億 4 千万人であるが、インドネシアの国内市場としては、ジャワ島に住む 1 億 5～6 千万人を対象とするのが妥当である。

調査時点で、インドネシアに進出している日系企業は、医薬品製造及び販売企業が 14 社、医療機器企業が 11 社であるが、中には 1970 年代の Grand Fathering Clause により進出し、資本比率 99.99% の企業の例もある。

現在の海外企業の進出条件は、以下のとおりである。

- ・医薬品企業の場合は、資本金は 85% 以下に制限されており、販売するには販売業者認可及び個別製品の販売認可が必要である。
- ・医療機器については、資本金規制はないが、販売業者登録及び個別製品の販売許可は必要である。

進出した場合、ビジネス上のインセンティブに関して、法律上税の優遇措置はあるが、実際には税務当局が優遇措置を認めないことがあるためインセンティブは機能していない。

医薬品に関しては、国民皆保険の推進に伴う医薬品需要の拡大に対応するため、地場企業による国内での増産を図りかつジェネリック医薬品の製造を推進している。製品情報は電子カタログで公開されるため、価格競争は激化すると推測される。

#### ・日本企業のインドネシア進出可能性

##### ・医薬品

医薬品企業に関しては、製品の販売チャネルとして 3 つに分けられる。医師の処方箋を必要とする病院での販売、処方箋薬局での販売、薬局での OTC 医薬品の販売である。これらのうち病院及び処方箋薬局での販売は、大きな需要が見込まれる。ただし、インドネシア政府が低価格医薬品を推奨する傾向が強い中、地場企業及びインドや中国等のジェネリック医薬品メーカーと差別化を図るために、日本製品の品質の良さと価格のバランスをいかに訴求し浸透させるかがポイントになるであろう。一方 OTC 市場は今後益々拡大すると考えられ、この分野の医薬品を輸出するビジネスモデルは大きな可能性があると思われる。この場合、輸出先として現地のパートナー販売業者あるいは、すでに進出している日系企業が考えられる。

## ・医療機器

医療機器企業に関しては、インドネシア政府は海外からの投資を期待しており、国民皆保険の導入により医療機器の需要も増加すると予想される。なお、インドネシアでは欧米に留学する医師が多く、高度管理医療器については、留学時に使い慣れた欧米系の医療機器を選択する傾向がある。しかし、医療機器の需要は、90%を輸入に依存している状況、また医療ツーリズムを支援する製品としては多岐にわたることに鑑みて、我が国の医療機器企業にもビジネスチャンスはあると思われる。そのためには、展示会の開催・参加等を通じて積極的に日本企業、日本製品をアピールする必要がある。また、中間所得層の拡大に伴い、生活習慣病の増加対策として、一般家庭用の血圧計などは有望視されるであろう。

また、医薬品及び医療機器企業単独のビジネスチャンスではないが、インドネシア保健省のニーズとして、電子カタログシステムの構築については日本や韓国の支援が必要であるとの話があった。また、レセプトの電子申請についてもIT化のモデル導入も行われているようである。日本としてはIT企業と医療関連企業が協力してこの分野へのサービスを提供することも有望であると考えられる。

## 2.4 フィリピン

### 2.4.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制等

フィリピンの国土面積は、299,404 平方キロメートル（日本の約 8 割）であり、7,109 の島々から構成される。

人口は、2010 年フィリピン国勢調査では、約 9,234 万人であり、首都はマニラで、首都圏人口は約 1,186 万人である。

政治体制は、立憲共和制であり、議会は、上・下二院制で、上院 24 議席（任期 6 年、連続三選禁止）、下院（最大で）292 議席（うち、小選挙区は 234 議席、政党リスト制は最大で 58 議席。任期 3 年、連続四選禁止）である。また内閣、正副大統領はそれぞれ直接投票により選出される。

大統領は任期 6 年で再選禁止である。大統領は閣僚任命権があり、現在ベニグノ・アキノ 3 世が就任している。副大統領も任期 6 年で再選禁止であり、現在ジェジョマール・ビナイが就任している。

内政については、2010 年 5 月 10 日の大統領選挙で故コラソン・アキノ大統領の長男であるベニグノ・アキノ 3 世上院議員（当時）が当選し、2010 年 6 月 30 日にアキノ政権が発足後、汚職・腐敗の撲滅への決意を表明した。また、ミンダナオ和平及び治安の強化も政権の重要政策として掲げている。

外交基本政策については、以下の 3 項目を掲げている。

- a. 二国間及び地域的枠組みへの参加による政治・安全保障協力の推進
- b. 経済外交を通じた外資導入及び雇用創出による経済発展
- c. 海外出稼ぎ労働者の保護

##### ・経済状況

フィリピンの実質 GDP 成長率は、2010 年に 7.6%と高い水準を記録した後、2011 年は世界経済低迷の影響を受けて 3.6%とやや鈍化したものの、2012 年には 6.8%、2013 年には 7.2%、2014 年は推定で 6%強と他の ASEAN 各国との比較においても高い伸びを記録しており経済は好調である。この傾向は 2016 年の大統領選挙までは継続すると推測される。

図表 2-4-1 経済成長率(実質)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
経済成長率 (単位:%)	4.6	1.1	7.6	3.6	6.8	7.2

(出所) 外務省 HP:フィリピン国家統計局資料からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

インフレ率は、2008 年に世界的な原油・食料価格の影響を受け、通年 9.3%と高い水準となり、国民生活にも大きな影響を与えた。しかしその後は落ち着きをみせており、2012 年は 3.2%、2013 年は 3.0%とフィリピン政府が目標に掲げる 3~5%の範囲内に収まっている。

図表 2-4-2 物価上昇率

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
物価上昇率 (単位:%)	9.3	4.1	3.8	4.6	3.2	3.0

(出所) 外務省 HP: フィリピン国家統計局資料からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

サービス産業（ホテル、飲食業、コールセンター等）の割合が高い経済構造であり、2013年の統計では、1次産業 10.4%、2次産業 32.7%、3次産業 56.9%である。（出所：（独）日本貿易振興機構 マニラ事務所 フィリピン概況 2014（National Statistical Coordination Board））

フィリピン経済を支える重要な要素は、約 7 割の個人消費による内需であり、それを支えるのが海外出稼ぎ労働者による送金である。貿易赤字もこの送金で支えられた経常収支の黒字によって相殺されている。フィリピン人海外出稼ぎ労働者は、2011 年 12 月時点で全人口の 1 割超に相当する約 1,046 万人で、行き先は、米国が約 343 万人、中東諸国が約 299 万人を占める。また、海外労働の内容はメイド、建設労働者、船員等である。2013 年の送金総額は、金融機関を経由したものだけで、227 億米ドルで過去最高を記録した。

2013 年の外国からの直接投資は、約 2,740 億ペソ（約 6,300 億円（1 ペソ=2.3 円））であり、1 位英領バージン諸島（約 928 億ペソ、33.9%）、2 位米国（約 553 億ペソ、20.2%）、3 位日本（約 448 億ペソ、16.4%）であるが、1 位のバージン諸島は実質米国や日本の企業の経由地とみられ、1 位、2 位は米国又は日本である。（出所：（独）日本貿易振興機構 マニラ事務所 フィリピン概況 2014）

#### ・生活水準

フィリピンの生活水準については、他国との格差、国内における貧富の差及び地域格差の視点を考慮する必要がある。フィリピンのローカル情報サイトである「フィリピンウオーカー（2014/11/05）」にて詳細内容がわかりやすく紹介されている。その中で紹介されたフィリピン国家統計局の報告書等から上記の 3 つの視点で見ると以下のようなものである。

##### a. 他国との格差

フィリピン国家統計局（PSA）が 2013 年 12 月 24 日に発表したフィリピン人の世帯収入に関する統計報告書によると、2012 年度のフィリピンの世帯年収の平均は 23 万 5 千ペソ（日本円で 44 万 4,000 円：1 ペソ=1.89 円で計算、以下同じ。）であった。一方、日本の世帯収入は、2012 年度のデータで平均が 537 万 2,000 円であり、フィリピンの世帯収入は日本の 12 分の 1 である。また、IMF による 2015 年推計値で国民 1 人あたり GDP を比較すると、マレーシア 10,400 米ドル、タイ 6,200 米ドル、インドネシア 4,400 米ドル、フィリピンは 2,700 米ドルであり ASEAN の中でも低いほうである。（出所：（独）日本貿易振興機構 マニラ事務所 フィリピン概況 2014）

##### b. 富裕層と貧困層の所得格差

2012 年度では、上位 10%の富裕層の世帯年収は 71 万 5 千ペソ（日本円で 135 万 1 千円）であり、下位 10%の貧困層の世帯年収は 6 万 9 千ペソ（日本円で 13 万円）であった。上位

10%の富裕層と下位10%の貧困層では、10倍の所得格差がある。

### c. フィリピン国内における地域格差

フィリピン国内でも地域間で大きな格差がみられる。首都マニラが最も所得が高く、平均世帯年収は37万9千ペソ（日本円で71万6千円）。一方一番所得の低いミンダナオのイスラム圏は13万ペソ（日本円で24万5千円）であった。ミンダナオのイスラム圏はモロ・イスラム解放戦線（MILF）があり、中央政府との関係にも特殊な事情がある。また、一昨年台風ヨランダによる甚大な被害を受けた東ビザヤ地区も貧困地域の一つであり、世帯年収は16万6千ペソ（日本円で31万3千円）であった。マニラ首都圏の年収はミンダナオ地区の3倍、東ビザヤ地区の2.2倍である。このように地域により2～3倍の所得格差が生じている。

このような格差がある中で、マニラ首都圏には高層ビルが立ち並び、特に中心地マカティエリアでは、世界の高級ブランド店が入居するショッピングモールが多く、若者を中心に消費活動が活発である。

図表 2-4-3 フィリピン 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	6.2	%
国内総生産(名目)(現地通貨:ペソ)	12,746.2	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	289.7	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	6,985.7	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	4.5	%
失業率 対労働力人口比	6.9	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

## (2) 民族、言語・宗教、人口統計

フィリピンの民族は、マレー系が主体であり、ほかに中国系、スペイン系及びこれらとの混血並びに少数民族がいる。

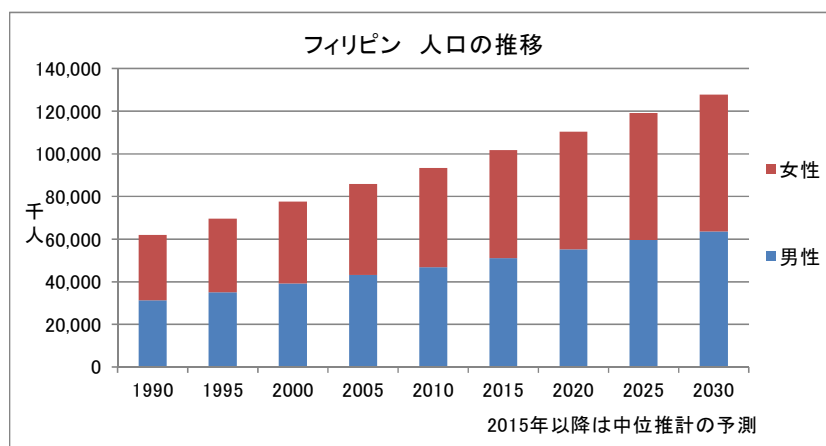
言語は、国語はフィリピン語、公用語はフィリピン語及び英語である。7,100以上の島々からなる地域において、タガログ語をはじめ、セブアノ語（セブ語、ビサヤ語）、ボホラノ語、ワライ語、ビコール語、ヒリガイノン語、イロカノ語、パンパンガ語の8大言語を含む100近い言語集団があると言われている。

宗教は、ASEAN唯一のキリスト教国であり、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教は5%（ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上である。）

人口は、2013年度推計値で約9,800万人であり、2014年7月27日に1億人を突破したとされている。また、2030年には1億2千万人をこえると推測されている。人口構成をみると、きれいなピラミッド型をしており、人口ボーナス期間は今後30年～50年といわれている。

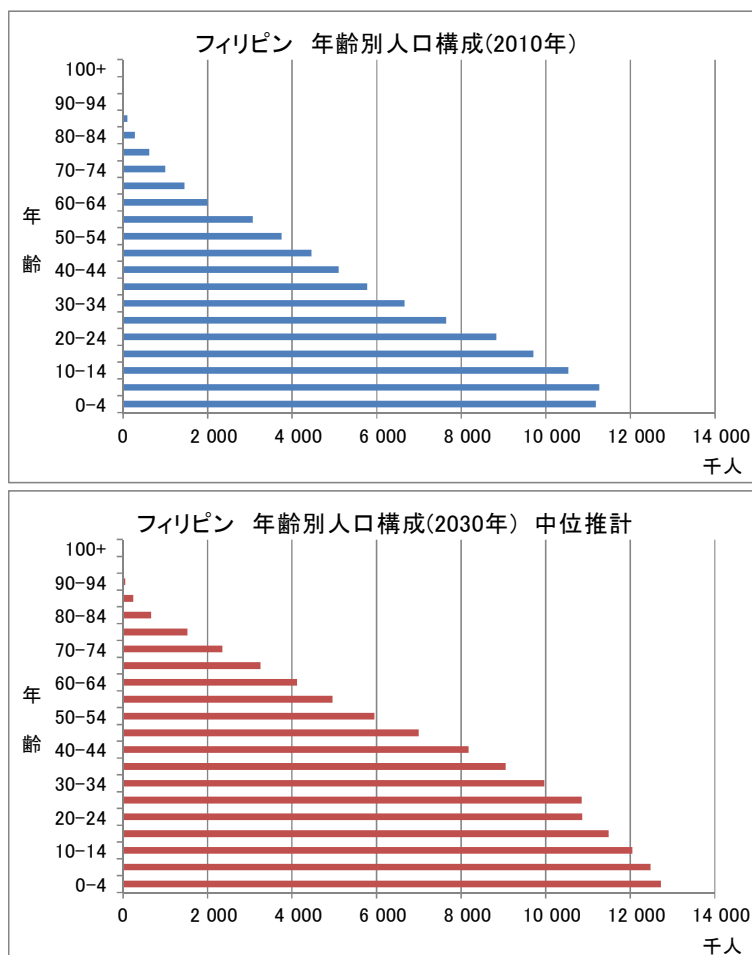


図表 2-4-4 フィリピン 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-4-5 フィリピン 年齢別人口構成



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

## 2.4.2 基礎的情報（保健・衛生）

### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

#### ①医療・保健政策

2010年にアキノ政権が開始した Universal Health Care 政策は、a.経済的リスクからの保護、b.公的医療施設およびサービスの改善、c.MDGs 関連の保健サービスの強化を戦略目標として掲げている。この3つの戦略目標の要となるのが、国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program: NHIP）の強化である。

フィリピン健康保険公社（Philhealth:フィルヘルス）の取り組みは、いくつかの問題を抱えながらも、「貧困」の指定を受けたものについて、国と自治体が保険料を肩代わりする貧困プログラム（Sponsored Program:SP）の推進によりカバー率の向上がはかられている。カバー率は、2010年51%から2014年82%に向上した。なお、2013年1月からタバコ税及びアルコール税（Sin-Tax）の85%を、保健分野の特定財源化された。（出所：2014年12月、東京大学における、フィリピン保健省のプレゼンテーション資料）

医療施設の改善については、2010年～2014年にかけて公立病院及び市町村の医療施設のアップグレードを図った。2012年6月には医療施設の新各付け基準を発行（DOH Administrative Order 2012-0012）し、病院は必ず手術室を備える等、設備の充実をはかる一方、基準を満たさない場合は医療施設に格下げした。これにより2013年には、前年と比較して「病院数」は、公立病院では188減少し542施設、民間病院では183減少し912施設となった。（出所：2014 Philippine Statistical Yearbook）

貧困者救済の観点から問題点を挙げると、Philhealth の給付は、医薬品については病院外で買ったものには適用されず、病院が出したのものには給付が行われる仕組みである。ただし実施状況はよくなく、医師は病院には在庫がないといって病院では薬を出さず、医師自身が持つ薬局で高めの薬を買わせるといったことがある。

また、No Balance System（公立病院における、貧困者に対する支払い免除）がうまく実施されていない。公立病院への不信から、民間病院にかかるため、カラバオ（水牛）や家畜を売って貧困が深刻化する例もあり、このような負の連鎖を断ち切る必要がある。国民皆保険制度の目的に鑑みて、弱者である貧困者が医療施設に容易にアクセスでき、平等なサービスを受けられる体制整備にむけて改善が図られることが望まれる。

#### ②医療制度

フィリピンには、公的年金制度として民間企業等で勤務する者を対象とした年金制度（社会保障機構（Social Security System : SSS）が運営）と、公務員を対象とした年金制度（公務員保険機構（Government Service Insurance System : GSIS）が運営）とがある。

医療保険制度は1995年2月、これら SSS、GSIS 両制度のうち医療保険部分を統合し設立された。公的医療保険制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation (PHIC)）:フィルヘルス）である。フィルヘルスも SSS や GSIS 同様、政府管轄下の機関となっている。

財源は、労使双方の負担による社会保険料、投資活動による資産運用に加え、公的支出（保健省及び地方自治体）から成り立っている。2013年1月からタバコ税及びアルコール

税 (Sin-Tax) の 85%が保健分野の特定財源化された。

給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額がフィルヘルスより医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。2011年9月からはケース払い方式が導入され、特定の疾病や特定の手術・治療に対しては、入院室料・給食費、医薬品費、医療材料費、医師の技術料も含め、予め定められた一定の金額がフィルヘルスから償還されるようになった。

図表 2-4-6 フィリピンの医療制度

概要	フィリピン健康保険公社 (Philippines Health Insurance Corporation (PHIC)): フィルヘルス)により全国規模の公的医療保険が運営されており、フィリピン政府はすべての国民をフィルヘルスの被保険者とする 것을 目指している。公的医療機関及び民間医療機関 (フィルヘルスの指定医療機関のみ)ともフィルヘルスが提供する公的医療保険の対象であるが、フィルヘルスの診療報酬は医療機関が患者に請求する価格のすべてをカバーするものではない。また、フィルヘルスの給付は入院給付が中心となっている。	
名称	フィルヘルス (Philhealth)	
根拠法	共和国法第7875号 (National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No.7875)	
運営主体	フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation: PHIC)	
被保険者資格	全国民	
給付対象	本人	
給付の種類	入院給付 (包括払い: ケースレート、出来高払い) 高額療養費制度 外来給付	
本人負担割合等	包括払いが規定されている疾患の入院給付に関しては、規定額を超えた部分に関して自己負担となる。また、包括払いの対象とならない場合には、各医療行為毎の規定額を超えた部分に関して自己負担となる。	
財源	保険料	保険料は収入の2.5% (労使折半)となっている。
	政府負担	先住民族の保険料は政府負担、低所得者の保険料は地方自治体等が負担している。
実績	加入者数	8067万人 (2013年6月)
	支払総額	472億ペソ (2012年12月)

(出所) 厚生労働省海外情勢報告 2013年の資料: フィリピン健康保険公社資料より

図表 2-4-7 フィリピン保健分野予算

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
保健分野予算 (単位: billion pesos)	24.65	31.87	42.08	53.23	83.70	86.50

(注) 2014年、2015年の予算が多い理由は、タバコ税及びアルコール税 (Sin-Tax) を保健分野への特定財源化したことによる

(出所) 2014年12月、東京大学における、フィリピン保健省のプレゼンテーション資料に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ③ 医療提供体制

医療施設は大きく、公的機関 (公的病院及び診療所) と民間機関とに分類される。

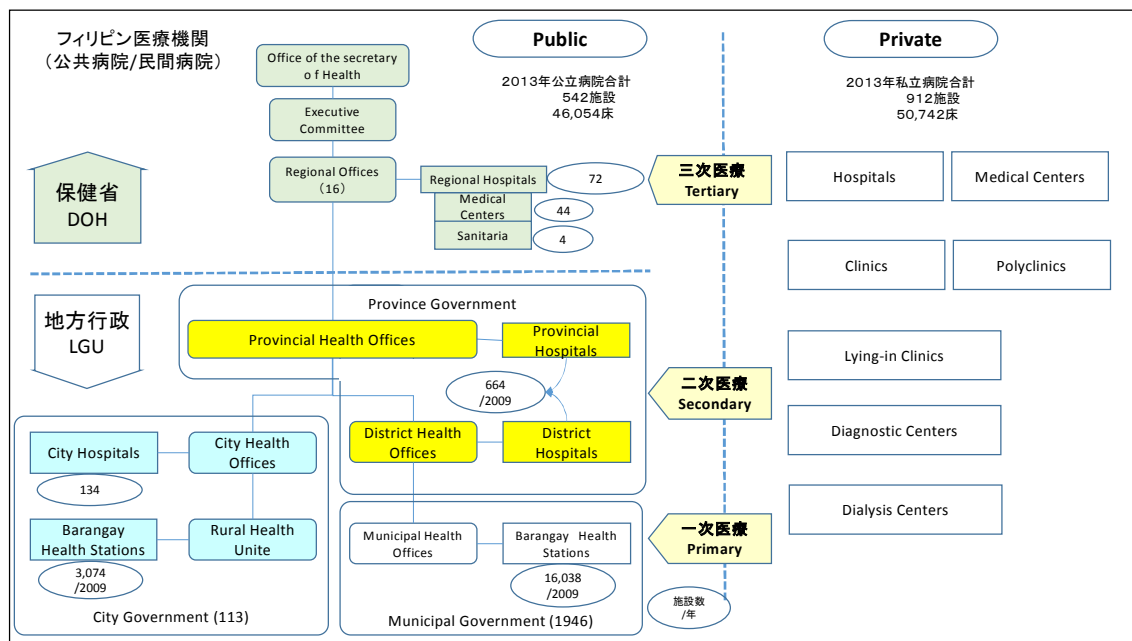
公的機関は、保健省 (Department of Health: DOH) が直接管轄する公的病院と、地方政府が管轄する病院及び施設に分類される。地方政府管轄には、州レベルで管理される“Province Hospital”、District Hospital”と市レベルで管理される“Rural Health Unit”と最

小行政単位であるバラングイが管理する“Barangay Health Stations”がある。

人口 1 億人のうち、民間病院が 1,000 万人、公的病院・施設が 9,000 万人を見ている。

医療サービスのレベルとしては、1 次から 3 次に区分されており、1 次診療は、“Rural Health Unit”及び“Barangay Health Stations”が担っている。2 次診療は、州レベルで管理される“Province Hospital”、“District Hospital”の任務であり、3 次診療は、保健省が直接管理する病院の任務となっている。

図表 2-4-8 フィリピン 医療提供機関体系



(出所) 2014 年 12 月、東京大学における、フィリピン保健省のプレゼンテーション資料に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## (2) 医療・保健分野の基礎的指標

① 基礎的保健指標 (本項のグラフは世界保健機関 (WHO) World Health Statistics などに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成)

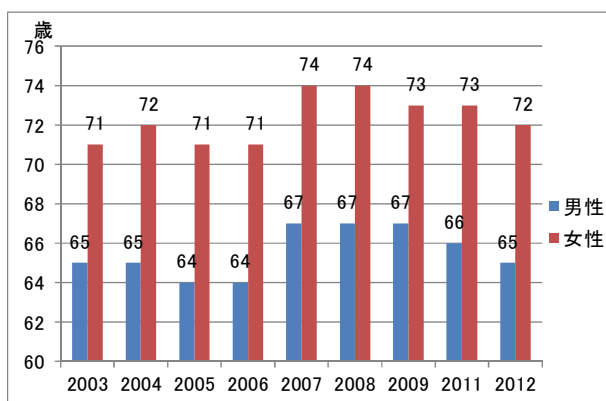
5 歳未満死亡率、妊産婦死亡率等は改善方向にあるものの、MDGs のターゲットとして、妊産婦死亡率は、2015 年の目標値出生 10 万人当たり 52 人の達成が危ぶまれる。

平均寿命は、やや延びている。

GDP に占める総医療費の割合は年々増加傾向にあり、また、国民 1 人あたりの年間総医療費は、2009 年以降毎年 10%以上の増加傾向にある。

HIV 罹患者数は比較的低くなってきているが、国連合同 AIDS 計画による 2012 年 11 月に発表では、2011 年に新たに HIV に感染した人の数が、2001 年に比べて 25%増加している 7 か国の 1 つにあげられており、引き続きの対策が必要である。

図表 2-4-9 フィリピン 出生時平均余命



※2010年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

・ World Bank の統計では、

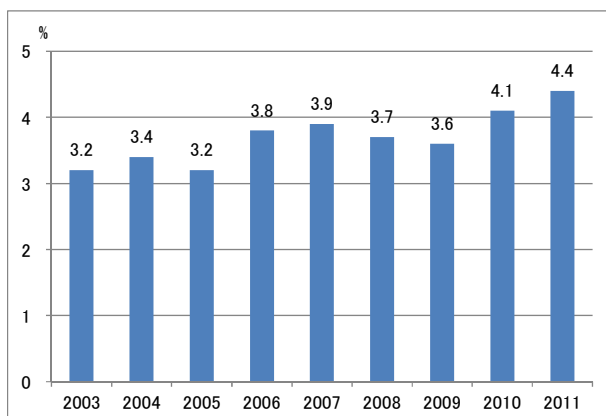
	2010	2011	2012
女	72	72	72
男	65	65	65

・ 2014 Philippine Statistical

Yearbook の統計では、5年ごとの平均で以下の通りである。

	2000-2005	2005-2010	2010-2015
女	70.1	71.6	73.1
男	64.1	66.1	67.6

図表 2-4-10 フィリピン  
GDP に占める総医療費の割合(%)

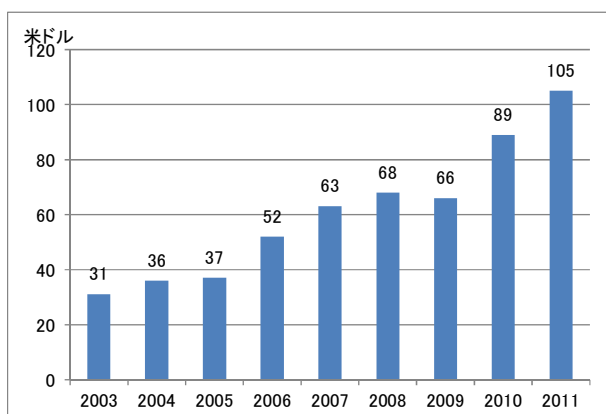


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2014 Philippine Statistical

Yearbook によると、2011年の医療費支出額は 416.5 billion ペソ (GDP : 9,708.3 billion ペソ) で支出割合は 4.3%であった。また、2012年の医療費支出額は 467.8 billion ペソ (GDP : 10,567.3 billion ペソ) で支出割合は 4.4%であった。

図表 2-4-11 フィリピン  
国民 1人あたりの年間総医療費

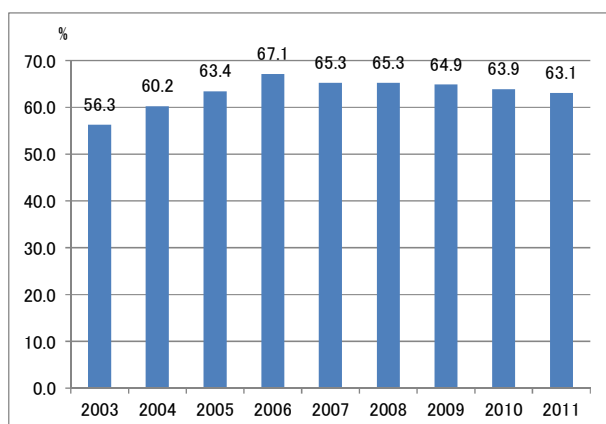


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2014 Philippine Statistical

Yearbook によると、2011年の国民 1人あたりの年間医療費支出額は 4,392 ペソ、2012年は 4,847 ペソであった。総人口の増加率が 1.8%であったのに対し、医療費の増加率は 10.4%であった。

図表 2-4-12 フィリピン  
総医療費に占める家計負担の割合(%)



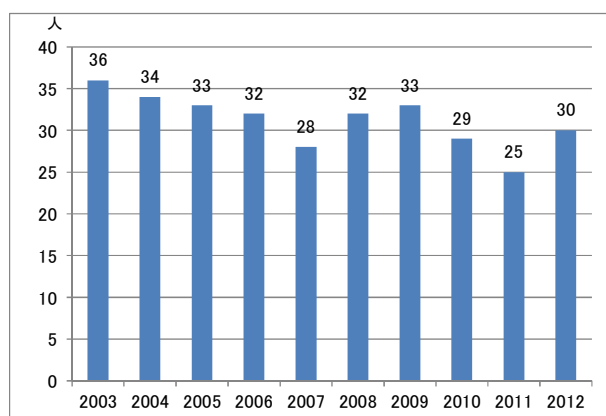
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

総医療費に占める家計負担費の割合はほぼ横ばいであるが、参考として、

2014 Philippine Statistical Yearbook によると、家計支出における医療費の割合は、

2000年 1.9% 2003年 2.2%  
2006年 2.9% 2009年 2.9%  
2012年 3.7% であり、年々増加している。

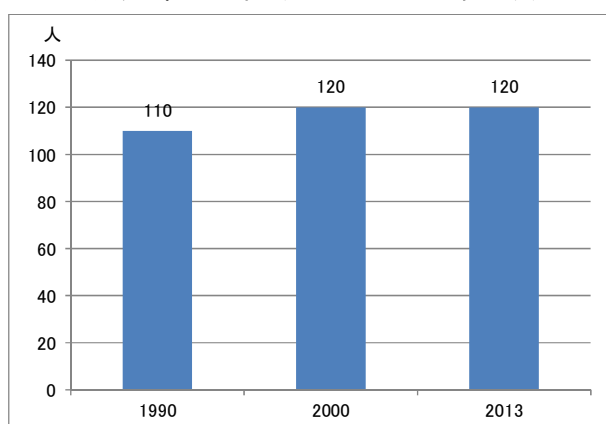
図表 2-4-13 フィリピン  
5歳未満死亡率(出生1000人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2014 Philippine Statistical Yearbook によると、5歳未満死亡率は2013年の統計数値で、都市部で25人、地方で38人であった。

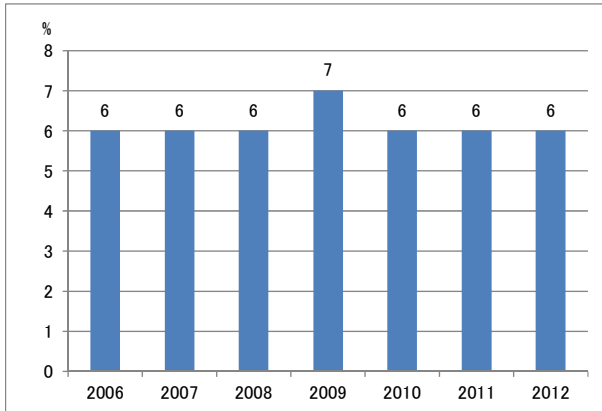
図表 2-4-14 フィリピン  
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

フィリピン保健省の統計では、1990年は221人、2010年は110人であり、MDGsのターゲットである2015年に52人の目標達成が危ぶまれる。

図表 2-4-15 フィリピン  
高齢化率（60 歳以上）

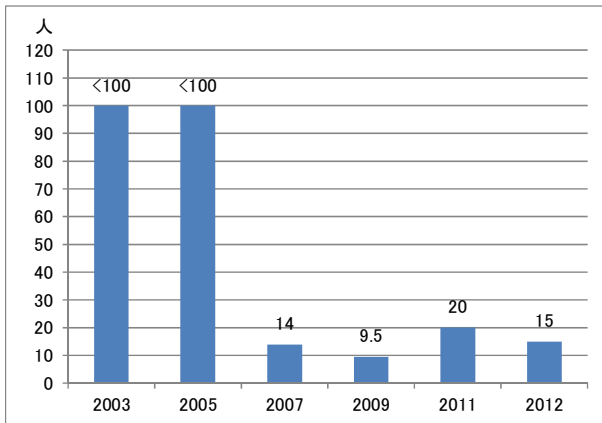


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

左のグラフから、WHO の 60 歳以上の高齢化率はほぼ一定で 6% であるが、参考として、World Bank の統計で、65 歳以上の高齢化率は、2007～2013 まで 4% である。

人口構成がきれいなピラミッド状況なので、高齢化率はかなり低いといえる。

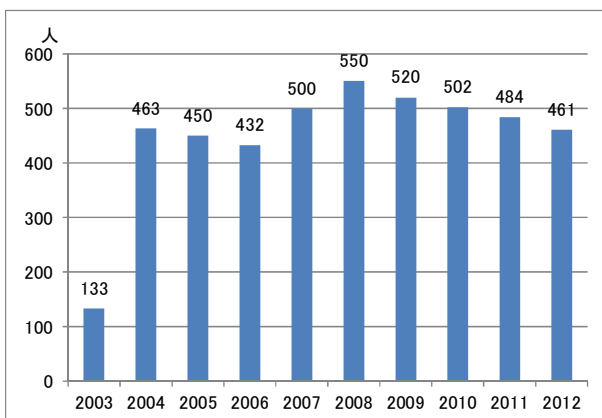
図表 2-4-16 フィリピン  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

HIV/AIDS 患者の発生に関しては、国連合同 AIDS 計画 (UNAIDS) が 2012 年 11 月に発表した“2012 Report on the Global AIDS epidemic”によれば、2011 年に新たに HIV に感染した人の数が、2001 年に比べて 25% 増加している 7 か国の 1 つである。

図表 2-4-17 フィリピン  
結核罹患者数（10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

結核は、2010 年の統計で死亡原因の 6 位であり、死亡人数は 24,717 人である。グラフのとおり、2009 年以降減少しずつ減ってはいるが、まだ結核蔓延国である。

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

### ・主要死亡要因

先進国型の「生活習慣」系疾患である心疾患、血管系疾患が死因の上位1位、2位を占めており、糖尿病は8位である。一方、肺炎や結核のように開発途上国に多くみられる「感染症」は死因の4位、6位を占めており、「生活習慣病」と「感染症」が混在している。

図表 2-4-18 フィリピン 10大死亡要因 (2010)

		人数	割合	対10万人
1	心疾患	102,936	21.1%	109.5
2	血管系疾患	68,553	14.0%	72.9
3	悪性新生物	49,817	10.2%	53.0
4	肺炎	45,591	9.3%	48.5
5	不慮の事故	36,329	7.4%	38.6
6	結核	24,714	5.1%	26.3
7	慢性肺疾患	22,877	4.7%	24.3
8	糖尿病	21,512	4.4%	22.9
9	腎臓病	14,048	2.9%	14.9
10	周産期に発生した病態	12,086	2.5%	12.9
	1~10 計	398,463	81.6%	
	死亡者合計	488,265	100.0%	

(出所) 2014 Philippine Statistical Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ・疾病構造

#### 1) 感染症

結核は、2010年の統計で死亡原因の6位であり、死亡人数は24,717人である。また、“World Health Statistics 2009”によると、有病率は人口10万対500人であり、結核蔓延国である。

HIV/AIDS患者の発生に関しては、国連合同AIDS計画(UNAIDS)が2012年11月に発表した“2012 Report on the Global AIDS epidemic”によれば、2011年に新たにHIVに感染した人の数が、2001年に比べて25%増加している7か国の1つである。(出所：厚生労働省海外情勢報告2010~2011)

マラリアは、現在は国家の重要な疾患ではなくなったが、ミンダナオ、パラワン、北部ルソン等、発生の多い地域もある。(出所：厚生労働省海外情勢報告2010~2011)

感染症対策として、全国予防接種プログラムを年2回実施している。2011年にPneumonic Coccial Vaccine (肺炎球菌ワクチン)が始まった。

HIV/AIDSについても保健省(DOH)で病気の制圧と予防として取り組んでいる。

図表 2-4-19 フィリピン 三大感染症

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
結核(死亡者数)	-	-	23,994	24,569	25,470	24,717	-	-
HIV/エイズ(生存者含む)	210	309	342	528	835	1,591	2,349	3,338
マラリア(感染者数)	36,090	24,194	23,207	11,885	12,385	24,270	18,087	-

(出所) Philippine Yearbook 2012 に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成



## 2) 非感染性疾患

10大死亡原因の1位～3位が心疾患、血管系疾患、悪性新生物（がん）、8位が糖尿病であり、生活習慣病等の非感染疾患の増加が目立ってきている。

主食は米であるが、タイ米のような粘り気の少ない品種が好まれ、量を多めに食べる傾向がある。また、肉は栄養価が高いと考え、肉をおかずに米だけという食事が多い。野菜を付け合せとして一緒に食べる習慣がないようであり、しかも油で揚げた肉料理も好まれている。このような食生活が生活習慣病の原因となっていると思われる。

政府は慢性病対策として、喫煙機会を減らすべく2016年にはタバコの料金を値上げする予定としている。また、運動や減量プログラムの推進を図っている。

### ③医療機関数

病院数は、2013年の統計で、公的病院合計542施設（病床数46,054床）、民間病院合計912施設（病床数50,742床）であり、人口1万人当たりの病院の病床数は、12.2床である。また、医療実施機関を分類別にみると、2009年ベースでは、DOH直轄病院72、州政府管轄の病院664、市レベル所轄の保健所3074、また、2011年バランガイ所轄の保健支所18,396である。

図表 2-4-20 フィリピン病院数

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
公的病院	657	702	719	701	711	723	730	732	730	542
民間病院	1,068	1,136	1,202	1,080	1,073	1,098	1,082	1,087	1,095	912
合計	1,725	1,838	1,921	1,781	1,784	1,821	1,812	1,819	1,825	1,454

（出所）2014 Philippine Statistics Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-4-21 フィリピン病院別病床数

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
公的病院	41,933	43,739	47,897	47,141	47,889	49,093	49,372	51,317	49,557	46,054
民間病院	40,947	43,397	45,286	45,420	46,310	48,337	48,783	50,597	51,809	50,742
合計	82,880	87,136	93,183	92,561	94,199	97,430	98,155	101,914	101,366	96,796
ベッド数 /10,000人	10.4	11.0	11.7	11.6	11.8	12.3	12.3	12.8	12.7	12.2

（出所）2014 Philippine Statistics Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

なお、保健省は、特に公的病院の近代化が急務であるとしており、保健省の中に官民パートナーシップ（PPP）センターを設置し、PPPのスキームを活用して公的病院の大規模なリニューアルを計画している。

### ④医療従事者数の現状

フィリピンの医療従事者の数は、WHOの統計では、2004年時点で、医師93,862人（人口千人当たり1.14人）、看護師352,398人（人口千人当たり4.26人）である。

フィリピン統計局によれば、2005年から2012年までの毎年の新規資格認定者数及び当該期間の累計認定者数は下図の通りである。

図表 2-4-22 年別新規資格認定者

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005-2012 累計
医師	2,559	2,593	2,930	2,565	4,009	2,218	2,260	2,204	21,338
歯科医師	977	859	581	654	546	477	414	359	4,867
看護師	18,090	30,423	60,209	27,763	77,898	67,390	60,273	44,731	386,777
助産師	2,102	2,555	3,498	3,881	9,807	3,510	2,882	2,810	31,045
薬剤師	1,582	1,265	1,241	1,123	2,364	1,350	1,290	1,693	11,908
栄養士	261	279	320	273	636	476	507	601	3,353
放射線技師	378	323	413	836	1,813	844	1,020	1,026	6,653
理学・作業療養士	1,190	1,120	877	762	1,514	664	816	853	7,796
視能訓練士	76	184	168	256	263	50	54	66	1,117
臨床工学技士	1,759	1,583	1,311	1,414	2,270	1,424	1,612	2,054	13,427

(出所) 2012 Philippine Statistical Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

医師、看護師、薬剤師は都市部に集中しており、地方では不足している。法律で地方自治体も1人は栄養士が必要と規定されており、栄養士に関してはちょうど足りている。

また、これらの医療従事者のほか、バラングイ・ヘルス・ワーカー (Barangay Health Worker : BHW) と呼ばれるボランティア職員が存在しており、施設にもよるが各村落に数名程度勤務している。

なお、公的部門に所属する主な医療従事者の人数は、2011年時点で医師 2,944人、歯科医師 1,912人、看護師 5,294人、助産師 17,514人となっている。

図表 2-4-23 公的機関に所属する医療従事者数

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
医師	3,064	2,969	2,967	2,955	3,047	2,838	2,901	2,682	2,944
歯科医師	1,946	1,929	1,946	1,930	1,894	1,891	1,991	1,718	1,912
看護師	4,735	4,435	4,519	4,374	4,577	4,576	4,729	4,495	5,294
助産師	17,196	16,967	17,300	16,857	16,821	17,437	16,611	16,875	17,514
合計	26,941	26,300	26,732	26,116	26,339	26,742	26,232	25,770	27,664

(出所) 2014 Philippine Statistical Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

看護師に関しては、2009年～2011年までの3年間で29万人が失業しているとの情報もあり、コールセンターで勤務する者や英語教師として働く者も多いのが現状である。

また近年、看護師の海外流出が問題となっている。毎年約15,000人の医療従事者が海外へ流出しており、約30万人のフィリピン人看護師が121か国で就労しているという推計がある。看護師を含めた医療従事者の海外流出により国内（特に地方部）での人材不足が進み、保健医療システムを維持する上での大きな問題となっている。

## ⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

### ・医療従事者の教育

看護師養成の教育プログラムは、BSN (Bachelor of Science in Nursing: 看護学学士) と呼ばれ、4年間の一般教養及び専門プログラムの課程で構成されている。看護教育を合理的に行う目的で、フィリピン高等教育委員会は、看護師の主要な責任分野として以下の11

項目を定めている。

1. 安全で質の高い看護
2. 資源と環境のマネジメント
3. 健康教育
4. 法的責任
5. 倫理・道徳的責任
6. 事故啓発と専門的能力の開発
7. 質の向上
8. 研究
9. 記録管理
10. コミュニケーションの技術
11. 協働とチームワーク

(出所：長崎大学・フィリピン大学共催国際シンポジウム 日比経済連携協定に基づくフィリピン人看護師の国際移動 - 現状と課題 - 報告書)

なお、看護学科のあるフィリピンの大学 (College and University) は 142 校存在する。また、4 年間の看護課程を修了し国家試験に合格するためには、日本円で 100 万円～150 万円かかると言われている。

薬剤師の資格を取得するためには、大学にて Bachelor of Science in Pharmacy (薬学士) を取得するか又は同等の資格 (Council of Pharmaceutical Education の認定校で履修) を取得し、国家試験に合格することが必要である。なお、薬学関連の大学等は 41 機関存在する。大学の教育課程は 4 年であり、その内 960 時間はインターンシップとしての研修が必須である。960 時間の半分は、Council of Pharmacy が認める処方箋薬局、製薬会社、病院内薬局の 3 つの機関でそれぞれ 160 時間ずつの研修が義務づけられている。残り 480 時間は上記のいずれかの機関で研修することが必要である。

#### ・医療従事者の資格制度

フィリピン職業規制委員会 (Professional Regulation Commission: PRC) が医療従事者の認定及び更新管理を行っており、対象資格は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、助産師、栄養士、臨床工学技士、視能訓練士、理学・作業療法士、心理士、放射線技師、呼吸検査技師の 12 資格である。

医師、看護師、薬剤師の試験は、年 2 回実施される。看護師に関しては、中東国からのリクエストがある場合は年 1 回追加実施する。看護師に対する海外からの需要があり、デンマーク、オーストリア、カナダから問合せがきている。また、イギリスもオープンになった。ドイツとは 2014 年 2 か国協定がスタートした。

すべての資格について、取得後は、Continued Professional Education (CPE) を受けて 3 年ごとに更新する必要がある。

## 2.4.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

### ① 医薬品

医薬品の60%が輸入品で、40%が国産である。(パウダーを輸入し、フィリピン国内でカプセル詰めするのは、製造とみなす) 医薬品の輸入傾向としては、インド、アメリカ、韓国などからが多い。

医薬品を販売するためには、保健省の食品薬事管理局 (FDA) の認可を受け登録する必要がある。新薬の承認には6~12か月かかる。

現在、47万の医薬品の約半分が製品登録証明 (CPR) を更新して有効である。3年ごとの更新が必要である。

保健省 (DOH) は、ジェネリック法に基づき公立病院での処方薬には、価格の安いジェネリック薬しか認めない。

病院外薬局での医薬品価格は非常に高い (インドやタイと比べて10倍近く高いといわれる) が、その理由は、輸入品が多いことと、卸売業者やチェーン展開するドラッグストアが独占、寡占状況にあるためである。例えば、卸売業者の ZUELLIG 社はシェア80%である。また、ドラッグストアをチェーン展開するマーキュリーや医薬品の製造販売会社のユニラブも独自の流通システムを持っている。

DOH では並行輸入も行っており、量は少なくとも既存の業者に値段を下げさせる圧力になることを期待している。

薬局の数は、2013年末で2万軒弱あるうち、マニラ首都圏に約5,000軒、中部ルソン地方に2,300軒が集中している。例えば、マーキュリードラッグ (Mercury Drug) のように大手企業がドラッグストアとしてチェーン展開をしており24時間営業も珍しくない。

図表 2-4-24 フィリピン医薬品流通業者数 (2013年12月31日現在)

	業種	件数
1	製造業	316
2	販売業	411
3	輸入業者	629
4	輸入・卸業者	451
5	卸業者	3,698
6	村の薬店	7,741
7	薬局	19,788

(出所) 2014 Philippine Statistical Yearbook に基づきワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ② 医療機器

医療機器の90%は輸入である。国内生産は10%程度であり、生産内容は、絆創膏、注射器、整形用インプラント、脱脂綿、コンタクトレンズ等である。

ほとんどは、中国、インドからの輸入であるが、その他に台湾、韓国からもある。日本の大手企業の製品もあるが少ない。ヨーロッパブランドの中国での製造品もあるが、耐久性に問題がある。(出所：民間病院の医師へのヒアリング)

医療機器は、Device と Equipment とを分類している。両者の違いは、Device は短期的なもの、交換できるものであり、例えばペースメーカーやIUD (子宮内避妊器具) は Device

に分類される。また、何かをするのを助けるもの、例えば血圧計も device である。Equipment は大型、長期使用のものとしている。

### ③医薬品・医療機器の調達

医薬品及び医療機器の入札については、Government Procurement Act（共和国法 9184 号）に規定されている。

#### ・公的病院の医薬品の調達プロセス

- ・保健省中央組織の各部局（Bureau）でニーズを把握し、担当部署が取りまとめて年間調達計画を立てて調達する。
- ・担当部署は、Procurement and Logistics Service である。
- ・サプライヤーは必要書類を提出する。（市長からの営業許可他。製造者からの販売契約書）
- ・「2 封筒システム」をとっており、1 つ目の封筒は適格性の審査、2 つ目の封筒は価格比較。1 つ目が通った場合だけ 2 つ目の封筒を開ける。開けた 2 つ目の封筒のなかで、1 番金額が低いものから、要件を満たしているかを調べる。もし満たしていなければ 2 番目に低い入札について調べる。これを繰り返し、要件を満たしていれば決定となる。
- ・地方にも BAC（Bid and Award Committee）があり、自分の地方で必要なものを調達できるが保健省中央組織の BAC のほうが大きい。
- ・ワクチンもこの流れで、保健省中央組織が調達して地方へ送る。インフルエンザ、マラリア、結核、ジフテリア、ポリオ等のワクチンが対象である。

#### ・公的病院の医療機器の調達

- ・政府の病院に予算がつくと、病院の購入機関は Term of Reference を主要新聞に掲載し、入札の旨を周知する。
- ・Pre-bidding Conference（入札前説明会）に 10 社～20 社が集まる。そこで、会社から案件についての質問があり、病院側が答える。その後、各社が入札書類を提出する。
- ・病院が評価し、レントゲン、CT などの機器等は、最低額を入れた会社が落札する。敗れた会社から苦情が出て解決が長引くこともある。フィリピンにカウンターパートがない外国企業は参加できない。
- ・対象機器は、手術用テーブル、分娩台、超音波スキャナ、人工呼吸器、内視鏡などである。
- ・仕様に関してはエンドユーザーに出させている。
- ・なお、医療機器の買い替えについては、病院からそのニーズが Bureau of Health Facilities and Services（保健設備サービス局）に出され、判断される。

#### ・地方への権限移譲

2015 年から分権化により地方に資金を配分して、Equipment の調達は地方で行う方向に変更した。ただし、仕様の不一致を避け、その地方にあったものを調達するため保健省中央組織から保健省地方局へ Sub-allotment（再配分）する。

ワクチンは保健省中央組織で買って地方に配分する形に変わらない。地方局が州の分も

調達する。州、市町は独自の税源もあるが地方局がサポートする。

公的病院での医薬品の調達は、保健省所轄の 72 病院（一括）と地方政府所轄の 1,500 病院・施設はそれぞれ、別々に調達している。

#### ・民間病院の医薬品調達

教会が経営する民間病院の例を以下に示す。

- ・ Distributer（販売業者や代理店）の MR（Medical Representative）が医師を訪問して医薬品をプロモートしている。ジェネリックがどんどん増えており、病院側としては選定が大変である。
- ・ FDA は医薬品の認定(Certificate of Product Registration)はしているが、どの医薬品を購入するかは、各病院の薬局自体の責任なので購入担当者は判断が難しい。例えば、流通しているパラセタモール（解熱剤・鎮痛剤）だけでも 200 種類もある。
- ・ 病院での購入医薬品の決定は、Therapeutic Committee（医療委員会）が行っている。求める要件を提示し、Distributor に文書を提出させる。病院では同じ種類の医薬品は 3 ブランドまで置くことを認めている。
- ・ 選定基準の 1 つに値段もあり、値段交渉も行う。
- ・ 薬局の薬は主に入院患者のためであるが、外来の患者が購入することもある。病院外の薬局は、エアコンがないなど保管方法などにより品質の心配がある。

#### 2.4.4 医薬対象国が抱える問題点及びニーズ

保健省、公的病院、民間病院、日系製薬企業等にヒアリングを実施し、現状の問題点や今後のニーズを伺った結果を、政策面、国民皆保険制度関連、医薬品関連、医療機器の保守及びシステム関連、医療人材の育成と配置に分類すると以下の通りである。

##### ヒアリングによって挙げられた問題点及びニーズ

政策面	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 中央政府は、病院や産院等の保健分野に力を入れているが LGU（地方政府）では保健分野のプライオリティーは必ずしも高くなく、病院の改善が難しい。</li><li>・ 現政権は、病院の経営、設備、薬局の向上に力を入れているが、病院の近代化には近代的医療機器が必要であり、維持管理の面でも PPP のスキームが必要である。</li><li>・ 日本、欧米が PPP に関心を持っている。DOH の新しい Acting Secretary（臨時大臣）は透析、がんセンターの機器、人工呼吸器などの小規模の PPP を視野に入れている。</li></ul>
-----	--

<p>国民皆保険制度関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Philhealth</b> の給付は、医薬品については病院が出したものに給付が行われ、病院外で購入するものには適用されない仕組みである。しかし、病院内給付の実施状況がよくない。医師によっては、病院に在庫がないと出して出さず、自分の持つ薬局で高めの薬を買わせるといったことがある。</li> <li>• <b>No Balance System</b> (公的病院における、貧困者に対する支払い免除制度) がうまく行っていない。公的病院への不信から、民間病院にかかるためわずかな財産を売って貧困が深刻化する例もある。</li> <li>• 民間病院での手術のプロフェッショナル・フィーには定額がない。例えば、盲腸ならこの金額などと一定にする標準価格が必要であるが、そうするには時間が掛かる。</li> </ul>
<p>医薬品関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 医薬品の <b>After Market Survey</b> を行なっているが、輸入医薬品で、FDA に登録されていない医薬品が出回っている。(2015年2月始めのマニラ新聞に、未認可の医薬品約8種が流通している。その警告がFDAから出された。)</li> <li>• 輸入流通業企業として、大手2社があるが、“Unilab”はその1つである。ここを通して政府の <b>Bulk Procurement</b> (一括大量購入) ができれば、安価な医薬品が購入できるが、現在は公的病院72施設と州立病院等1,500施設がそれぞれ購入しているため安くできていない。</li> <li>• 医薬品の価格が高いのは、ディストリビューターである <b>Zuellig</b> 社のシェアが80%であり規模が大きく、それだけ頼りにもなるが独占状態であるためである。他には、マーキュリードラッグやユニラブも自分たちの流通システムを持っており、ドラッグストアのチェーン展開で寡占状況となっている。</li> </ul>
<p>医療機器の保守及びシステム関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• フィリピンにはモニター、テスト、メンテナンス業者がないため、10年前に導入した機器が今も正しく機能しているという保証がないのが現状である。インフラは、PPPの仕組みで構築できればそれでよいが、医療機器はPPPで入手してもその後のメンテナンスの能力がないとうまく維持できない。</li> <li>• <b>Philhealth</b> からの給付は、手続きに3か月～6か月経ないと支払いを受けられない。また、各病院で別々のITシステムを使っている。この点でのIT対応が重要である。</li> <li>• Web上に認可薬を掲載することは今後検討する。現在は、<b>Philippine National Drug Formulary</b> としてハンドブックに掲載されており、時折改訂されている。</li> </ul>
<p>医療人材の育成と配置</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 今年はPPPでインフラに取り組んでいるが、2016年はヘルスヒューマンリソースに取り組む必要がある。遠隔医療で、地方を都市の医師と繋げるアイデアもある。医療従事者の配分の不均衡が問題である。</li> <li>• 医療従事者の給料は、地方と都市、国内と国外で格差がある。解決に効く切り札はないが、<b>Philhealth</b> の財源からインセンティブが増すと考えられる。</li> </ul>

#### 2.4.5 日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性

保健省、公的病院、民間病院、日系製薬企業等にヒアリングを実施した際、日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性について挙げた意見を列挙する。

##### 現地でのヒアリングで挙げられた意見

- ・医薬品は、パウダーで大量購入し、フィリピンでカプセル詰め、タブレット化する方法を日本の会社がフィリピンの会社とタイアップして実施することは可能である。
- ・工場進出を考える場合は、地元のことをよく知っているローカル企業とのタイアップを検討するのが良い。
- ・品質の良い日本の医薬品、医療機器が大量仕入れで、価格が安くなれば売れるだろう。
- ・大手に対抗して作られた組織、Philippine Pharmaceutical Manufacturer Association もあるのでここと協力することも考えられる。
- ・Philhealth の給付対象は入院給付から始まったが、ぜんそく、糖尿病など慢性病患者への“Pharmacy Care Benefit Package”という新しい実験が始まっている。これは毎月または毎週、薬を受け取るものであり、これも別のマーケットになりうる。
- ・フィリピンでは Made in Japan の品質の良さは評判である。病院関係者をホテルに呼んで説明会を実施したり、各病院をまわって売り込んだりしている。カビテ州にも多くの病院があり、協会を通じて紹介することもできる。
- ・PHAP (=Private Hospital Association of the Philippines)、PHA (=Philippine Hospital Association)、HA (=Hospital Administration) などの関係団体が、カンファレンスを行なっているので、これらに積極的に参加することが必要である。

##### ・現在の進出企業

1970年代から進出している製薬会社と比較的最近進出した企業がある。また、2014年になり、フィリピンへの進出がニュースとなっている企業が増えてきている。

##### ・医薬品分野のビジネス環境

医薬品は、60%を輸入に依存しており、パウダーを輸入してカプセル詰めした場合は国内生産とすることを考慮すると、ほとんどを輸入に依存しているといえる。したがってフィリピンでの医薬品市場は海外の製薬会社にとって大きな魅力であると考えられる。

また、医薬分業体制は整っており、2013年末時点で薬局数は19,788、村の薬店7,741である。さらに、24時間営業する薬局（ドラッグストア）も珍しくない。住民の医薬品購入アクセスに関し、インフラは整っていると考えられる。なお、ジェネリック医薬品は、国民皆保険においても低価格調達の対象となっている。

問題点は、病院外で販売される医薬品が非常に高いことである。このことは、保健省も認識していることであるが、規制による薬価の統制には至っていない。貧困層においても病院外で医薬品を購入せざるを得ない状況も多く、この場合国民皆保険制度の支給対象外であるため個人の負担が大きい。

さらに、保健省の認可を受けていない医薬品が市中に出回ることが問題となっている。また、認可を受けていても品質の悪い医薬品もあり、民間病院の調達関係者の悩みとなっ



ている。

#### ・医薬品分野の日本企業進出の可能性

上記のビジネス環境を踏まえて、日本の医薬品企業のフィリピン進出の可能性を考える際のポイントとなる点を以下のように考える。

#### ・製品戦略

- ・低価格競争に巻き込まれない新薬分野で処方薬及び OTC 薬は有望な分野であると考えられる。
- ・生活習慣病、慢性疾患関連の医薬品も有望な分野であろう。
- ・一方、すでに 200 種もあるといわれるパラセタモール（解熱・鎮痛剤）のような普及薬は品質の悪いものも含まれている可能性が多い。フィリピン人は、一般的に「ジェネリック薬は品質が悪い」とのイメージを持っているようであるが、逆にそれだけ品質の良い薬を求めているといえる。日本のジェネリック薬の品質の良さを訴求し、適切な価格で提供することは、価格競争が厳しい中でもチャンスがある分野であるとも考えられよう。

#### ・販売チャネル

- ・医薬品提供のポリシーとして、品質の良い日本の医薬品を、適正価格（一般的に現状より安い価格）で提供する。
- ・これは、現状の医薬品流通業者の既得権に対するチャレンジであり、フィリピンの医薬品企業の抵抗を招くことになると思われるため、販売チャネルとして、大手に対する対抗組織と提携を図り、民間病院及び首都圏郊外や地方の中心都市にある薬局などをターゲット市場としてスタートする。
- ・また、地道な販売チャネル開発として、例えばマニラ郊外で開業している元在日米軍基地の軍医は日本の医薬品、医療機器の大ファンであり、日本製品の品質の良さを知っていて、大変興味を持っている。その州のオピニオンリーダーでもあり、このような人脈をたどることも必要であると考ええる。

#### ・競合外国企業調査

- ・欧米及びインドや中国の製薬企業の戦略・動向の情報収集。現地での情報収集が必要である。

#### ・政策支援

- ・新薬のフィリピン市場への早期投入のために、フィリピンとの相互認証（日本で承認された医薬品は、即フィリピンで販売可能なように）の合意に向けて政府レベルで医薬品企業を支援する。
- ・流通プロセスにおける独占、寡占状況を許していることが正当な競争を阻害している。独占禁止法の目的や意義をフィリピン政府に紹介することも必要と考える。また、医薬品の価格が高い事に関して、「最高価格の設定」も必要と考える。

#### ・医療機器分野のビジネス環境

医療機器の90%を輸入に依存している。一方国内生産は10%であるが、内容は絆創膏、注射器、整形用インプラント、脱脂綿、コンタクトレンズ等である。

政府は公的病院の近代化を推進しており、医療機器の需要は大きいといえる。

また、民間病院においては、グアムやサモアなど英語圏からの人々を医療ツーリズムで受け入れており、ここでは高度な医療機器の需要もある。現在、国際的医療評価機関（JCI:Joint Commission International）の認定を受けている病院は、マカティメディカルやメディカルシティ、セントルーク病院など10施設もない。今後認定病院の増加が期待できると、医療機器需要も増えるであろう。

#### ・医療機器分野の日本企業進出の可能性

フィリピン政府は公的病院の近代化に注力しており、医療機器の需要が増加すると見込まれる。したがって日本の医療機器企業にとって、進出の大きなチャンスであると考えられる。医療機器は多岐にわたるため、製品によって製造工場を建設するか、販売拠点を設置し輸出先とする、現地パートナーと提携する等、進出形態は異なると考えられる。また、アジア諸国のなかでフィリピンの戦略的位置づけも検討が必要である。

民間病院においても、日本製品の品質の良さは認識されているところであるが、製品の認知度、製品へのアクセスの機会が欧米と比べてまだまだ低いとの意見もある。欧米企業は、いわば「海外展開システム」といえる戦略を構築しており、長期的な視点で医療機器を売り込んでいる。このようなスキームを我が国としても、フィリピンに適用することが必要であると考えられる。（出所：「世界の医療機器市場～医療機器ビジネス 海外展開の可能性」(独)日本貿易振興機構 2011年9月)

政権の行方を見ながらとなるが、「保健省の新しい Acting Secretary (臨時大臣) は透析、がんセンターの機器、人工呼吸器などの小規模の PPP を視野に入れている。」との情報もある。ターゲット市場を絞りこんで、このスキームも検討の余地がありそうである。

#### ・システム関連分野

医薬品、医療機器企業単独の分野ではないが、IT 企業等とコンソーシアムを形成し、オールジャパンとして、例えば、バラバラな各病院のシステムの統一化、フィルヘルスへの給付請求のシステム化、認可された医薬品、医療機器の Web 掲載システム、遠隔地診療の可能性などを提案することによりフィリピン政府のニーズに応えることになると思われる。

### 2.4.6 投資環境

賃金について、労働力が豊富であり、かつ失業率が高止まり（2012年で7.1%）であるため ASEAN 諸国の中では賃金は低く、上昇率も年5%位にとどまっている。

電気料金は高い。日本、シドニー、マニラはともに一般用で1KWh当たり、0.30米ドルほどである。これと比較すると、ジャカルタは0.08米ドル、ホーチミン及びハノイは0.09米ドル、上海0.13米ドルであり、東南アジアにおいてマニラの高さが際立っている。

BOI (投資委員会) がいろいろな税優遇措置、インセンティブを提供している。

#### 2.4.7 特記事項

上記の調査に加え、直近に以下のような動きがあったため、特記する。

- ・ (2015年2月4日のマニラ新聞記事) フィリピン国内最大手の製薬会社、ユナイテッド・ラボラトリー社は、メディカル・センター・マニラなど首都圏近郊の中堅病院を買収した。医薬品販売が低調となったことへの対応策とみられる。
- ・ (The Daily NNA フィリピン版、2014年10月) フィリピン保健省は、PPPを通じて民間企業の技術と資金を活用し、老朽化が進み、収容能力が限界に達する公立病院を生まれ変わらせる。
- ・ (The Daily NNA フィリピン版、2014年5月) 国際協力機構 (JICA) の官民パートナーシップ (PPP) 方式インフラ事業の実施に向けた「協力準備調査」に、日本企業が計画するフィリピンの「外来手術センター・病院開発事業」が採択された。

## 2.5 ブルネイ

### 2.5.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

国名は一般には単に「ブルネイ」と呼ばれるが、ブルネイ・ダルサラーム（Brunei Darussalam）が正式名称である。

ブルネイの国土面積は5,765平方キロメートルで、三重県（5,777平方キロメートル）とほぼ同じである。この国土に、外国人在留者含めて約40万人が住んでいる。

石油・天然ガス資源に恵まれ、1人当たりGDPは高く（2010年統計で約3.2万米ドル）、福祉も充実している。

ブルネイは1902年に英国保護領となり、1984年に独立した。独立に際して国王が宣言した、「マレー主義に立つ、イスラム的王政の維持」（略語「MIB」）をいわば国是とする。儀礼と格式を特に重視している。

広義には「立憲君主制」とされる。「憲法」は、国民の基本的権利等の保障を中心眼目とする近代社会的「民主主義憲法」ではない。本来的な「立法府」は持たず、国王の権限が大きく、かつ首相等主要大臣を兼ねるなど、実質的には「立憲君主制」以前の君主制に近い。「絶対王政」などと表現されることが多い。ただし、国王自身は「開明」的である。

図表 2-5-1 ブルネイ 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	5.3	%
国内総生産(名目)(現地通貨:ブルネイドル)	21.9	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	17.4	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	77,824.0	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	0.4	%
失業率 対労働力人口比	2.7	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

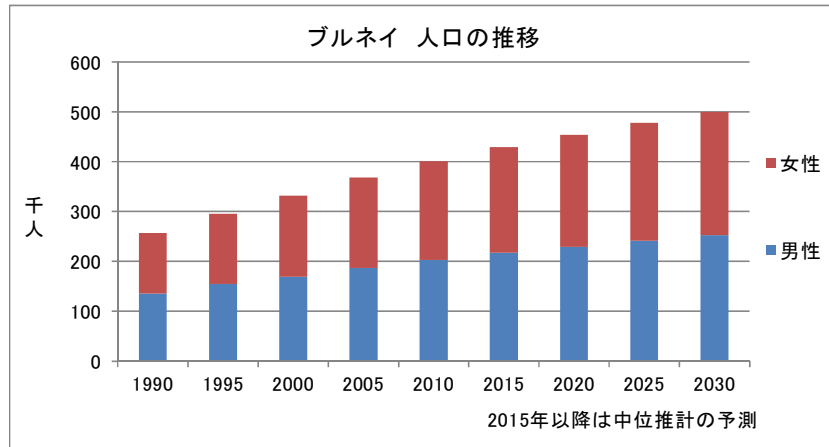
#### （2）民族、言語・宗教、人口統計

人口41.4万人のうち、マレー系27.4万人、華人系4.5万人、その他9.5万人。ただし、当国国籍は有しないが、長期に滞在する外国人をも含む。比率としては、マレー系(66.2%)、華人系(10.9%)、その他(マレー系を除く原住民、インド人等)(22.9%)である。(出所: Brunei Darussalam Key Indicators 2011)

憲法で、公用語(国語)はマレー語と定める。しかし、英語は広く通用し、中国語も華人系等の間である程度用いられている。

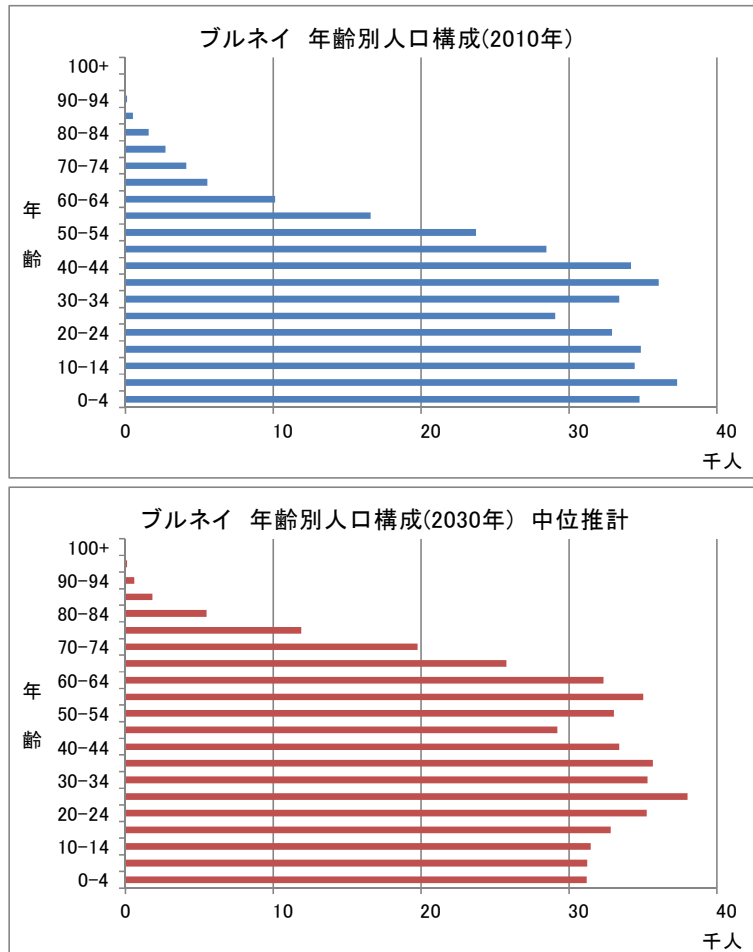
憲法でイスラム教を国教と定めており、全国にモスク及び礼拝所が合計110ヶ所ある。信仰の自由は保障されている。

図表 2-5-2 ブルネイ 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-5-3 ブルネイ 年齢別人口構成



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

## 2.5.2 基礎的情報（保健・衛生）

### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

ブルネイ国籍を持つ者が国立の医療機関で受診した場合は、問診料 1 ブルネイドル（2015 年 2 月 26 日の為替レートで約 87.9 円）のみで、治療費及び薬は全て無料である。国内に治療できる医療機関がない場合には、海外での治療を旅費も含めて無料で受けることができる。外国人の場合は問診料が 5 ブルネイドル、治療費及び薬は有料となっている。

ブルネイ国籍を持つ者が民間病院で受診した場合の料金は、受診ルートによって異なる。国立病院から紹介を受けて受診した場合は無料であるが、初めから民間病院で受診した場合は有料である。

ブルネイは国家ビジョンとして WAWASAN Brunei 2035 を定めており、医療は社会保障の一環として重点テーマに挙げられている。保健省は、WAWASAN Brunei 2035 に整合したビジョンと戦略である Vision 2035 and Healthcare Strategy を定めている。ここでは、バランスト・スコアカードのフレームワークを用いて、短期および長期の目的と目標を定めている。

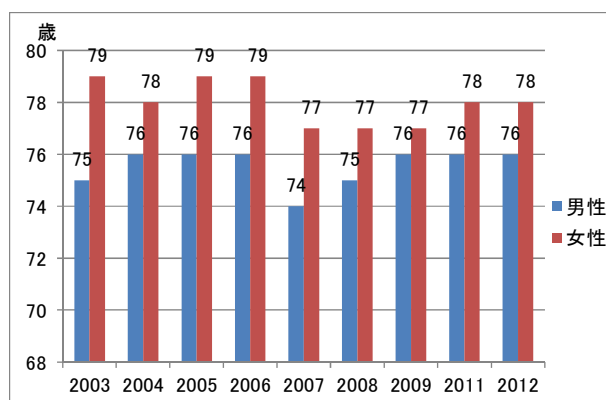
ブルネイは豊かな国であるが、天然資源には限りがあることから、現状の医療制度の持続性には危機感をもっており、医療を無料で提供し続けるのは現実的ではないといしている。そのため、National Health System Infrastructure Master Plan を計画している。

### （2）医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO） World Health Statistics などにに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成）

以下に、基礎的保健指標を示す。

図表 2-5-4 ブルネイ 出生時平均余命



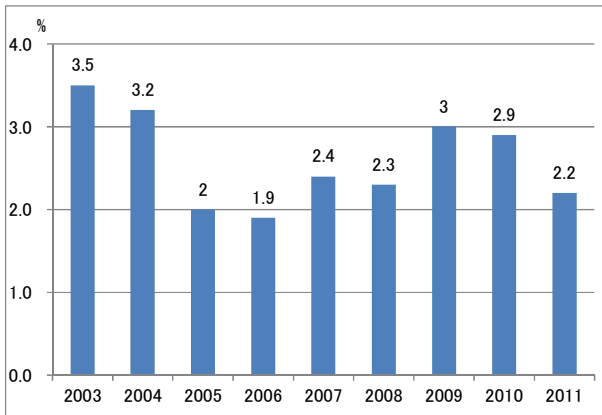
出生時平均余命は、2003 年から 2012 年までほぼ変化がない。

2010 年のデータは WHO の統計では欠けているが、ブルネイ保健省の統計では、男女とも 78 歳となっている。

※2010 年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

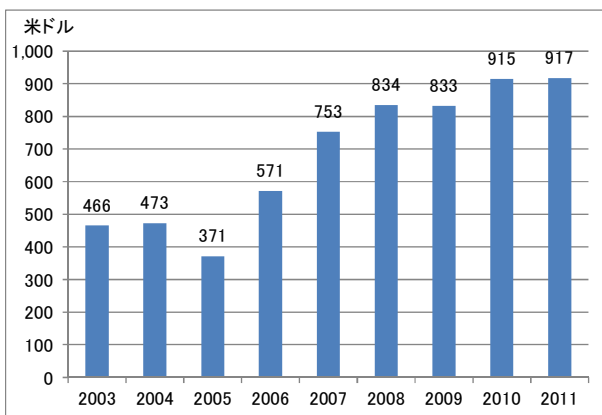
図表 2-5-5 ブルネイ  
GDP に占める総医療費の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2011 年の OECD 平均が 9.3%、2010 年の日本が 9.7%なので、ブルネイはかなり低い水準にある。2011 年の総医療費は、34.00 億ブルネイドルである。(出所: Health Information Booklet 2012)

図表 2-5-6 ブルネイ  
国民 1 人あたりの年間総医療費

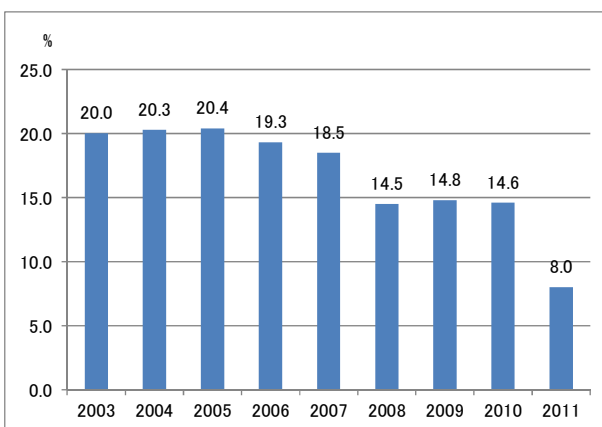


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2011 年の OECD 平均が 3,322 米ドル、2010 年の日本が 3,213 米ドルなので、ブルネイは低い水準にある。

国民 1 人あたりの年間総医療費は、2005 年を底として増加している。政府としては、医療費の増加に注意を払っている。

図表 2-5-7 ブルネイ  
総医療費に占める家計負担の割合(%)

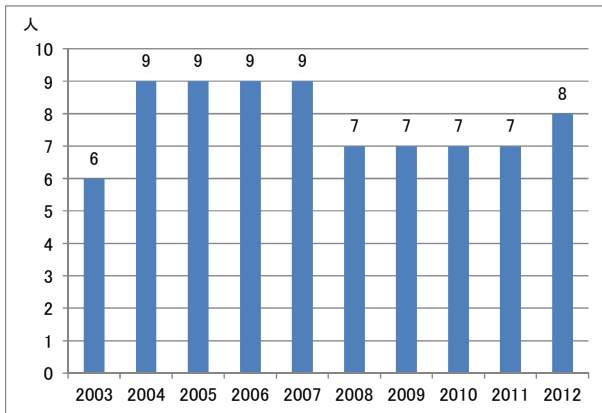


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

2011 年については、総医療費 34.00 億ブルネイドル (BND) × 1.1% = 37.40 百万 BND (出所: Health Information Booklet 2012)

2011 年末の為替レートは 1 米ドル = 1.2965 BND で、これは 28.85 百万米ドルに相当する。

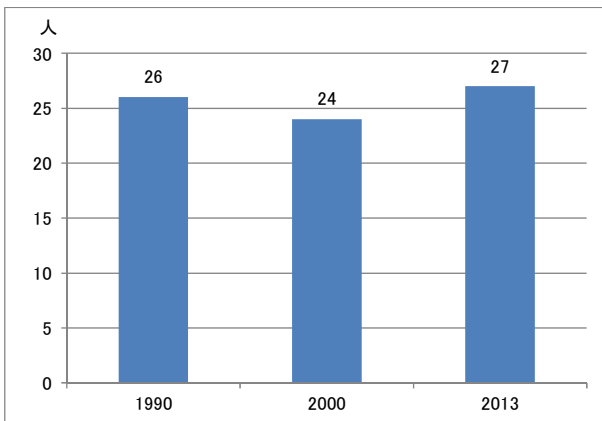
図表 2-5-8 ブルネイ  
5歳未満死亡率（出生1000人あたり）



（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

5歳未満死亡率は、ASEAN 諸国では低い部類にあり、良好である。参考のため日本の値を挙げると、2012年で3人である。

図表 2-5-9 ブルネイ  
妊産婦死亡率（出生10万人あたり）



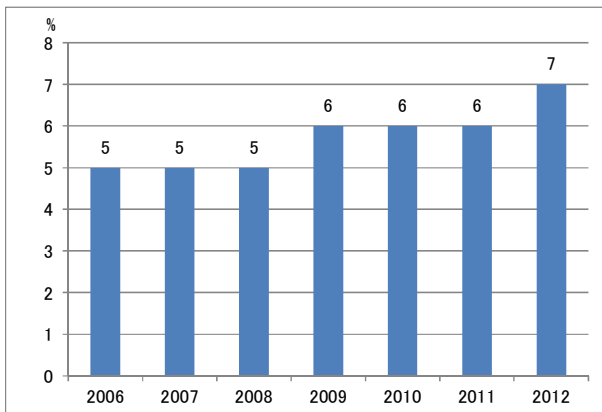
（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

妊産婦死亡率は低い部類である。ブルネイの統計は以下の通りで、WHO の統計とはやや乖離がある。年間の死亡数は0-3人である

年	出生10万人あたり
2006	15.3
2007	15.8
2008	0.0
2009	15.1
2010	15.6
2011	0.0
2012	43.4
2013	15.0

（出所）Health Information Booklet

図表 2-5-10 ブルネイ 高齢化率（60歳以上）

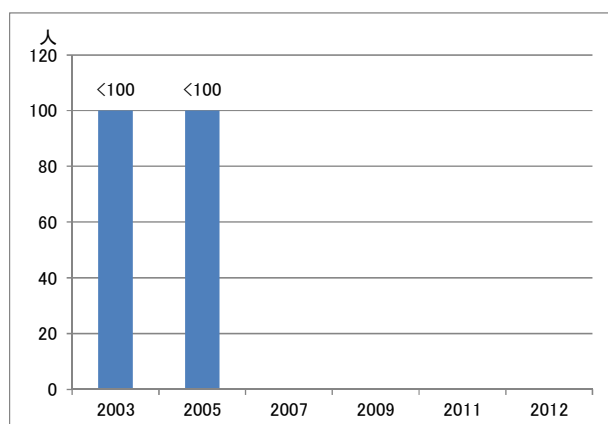


（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

高齢化率は漸増傾向にあり、インドネシア、フィリピン、マレーシアと同程度の水準である。



図表 2-5-11 ブルネイ  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



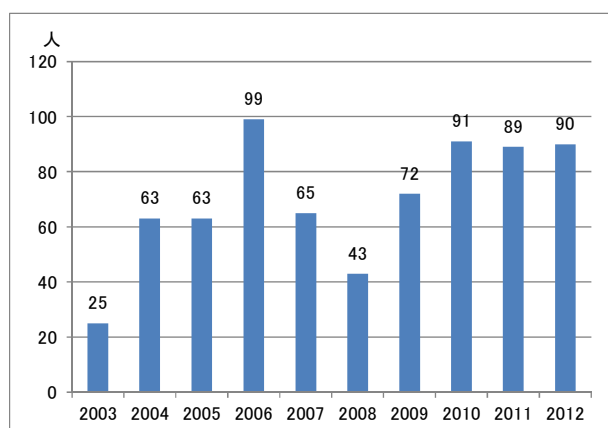
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

世界保健機関の統計では 2007 年以降の HIV 罹患者数は 0 が続いているが、ブルネイ保健省の統計（全年齢）は以下の通りである。

年	人	10 万人あたり
2006	2	0.53
2007	0	0.00
2008	8	2.06
2009	11	2.79
2010	5	1.25
2011	14	3.44
2012	15	3.64
2013	14	3.35

(出所) Health Information Booklet

図表 2-5-12 ブルネイ  
結核罹患者数（10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

結核罹患者数は、平均的な水準の域を出ない。

参考のため日本の値を挙げると、2012 年で 19 人である。

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

2009 年から 2012 年までの死亡要因トップ 3 は、悪性新生物、心臓病、糖尿病の順である。2008 年は、心臓病、悪性新生物、糖尿病の順であり、2008 年から 2012 年までこの 3 つがトップ 3 を占めている。

マラリアの流行はほとんどないが、デング熱と手足口病が比較的多い。

図表 2-5-13 ブルネイにおける感染症

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
手足口病 (人)	2,895	860	1,590	689	696	999	2,342	2,220
デング熱及びデング出血熱 (人)	68	16	32	30	299	25	290	416

(出所) Health Information Booklet からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

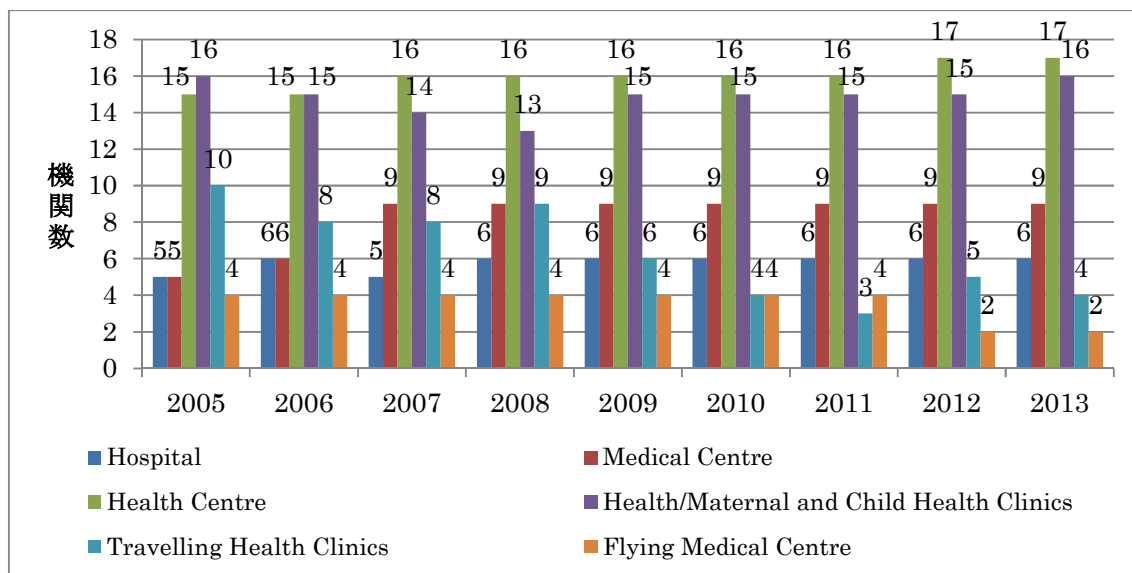
なお、Health Information Booklet では、2011年のデング熱及びデング出血熱が減っている理由として、2010年に行った対策、とくにカンポンアイール（水上集落）における対策が効いていた可能性が示唆されている。また、近隣諸国を含めて、3年から5年周期で流行していて、低い時期に当たっていたことが挙げられている。

### ③医療機関数

国立の医療機関は、総合病院が4、ヘルスセンターが17、クリニックが16、巡回クリニックが5、Flying Medical Servicesが2である。Flying Medical Servicesは、陸路、水路のいずれでも医療機関へのアクセスが難しい地域に対して、1次医療を提供している。

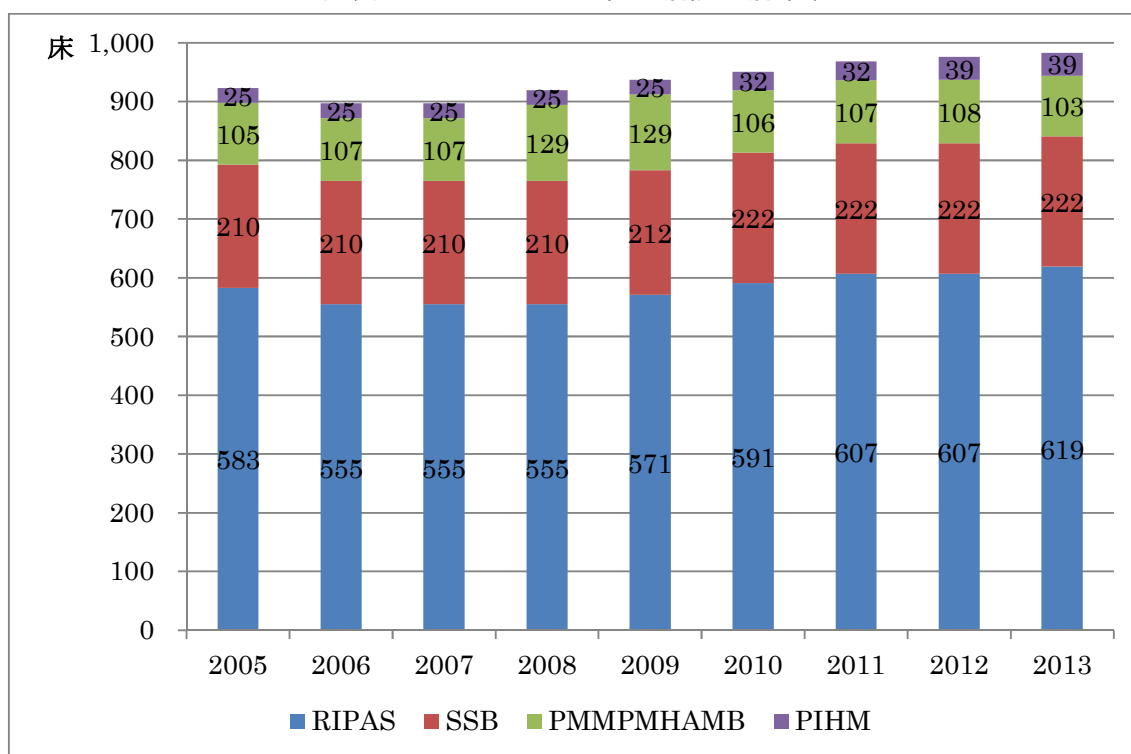
民間の総合病院は2機関である。Jurdong Park Medical Centre（略称JPMC）は、100床規模のがんセンターを建設中である。2015年中に竣工し、2016年にサービスを提供開始予定である。JPMCに隣接するGleneagles JPMC（正式名称）には心臓センターが設置されている。

図表 2-5-14 ブルネイの医療機関



(出所) Health Information Booklet からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-5-15 ブルネイ国立病院の病床数



※ RIPAS : Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Hospital  
 SSB : Suri Seri Begawan Hospital  
 PMMPMHAMB : Pengiran Muda Mahkota Pengiran Muda Haji Al-Muhtadee Billah Hospital  
 PIHM : Pengiran Isteri Hajah Mariam Hospital  
 (出所) Health Information Booklet からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

2005 年から 2012 年までの期間では、医療機関数には大きな変化はない。国内に 4 つある国立病院の病床数は、漸増傾向にある。

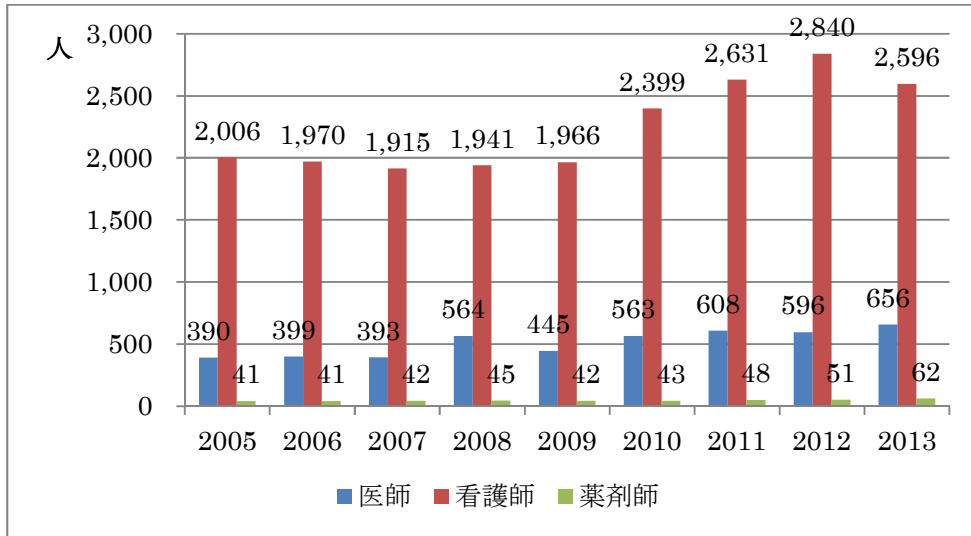
#### ④医療従事者の現状

2013 年の統計では、医師 656 名、看護師 2,596 名、薬剤師 62 名である。医師は外国人が多く、ブルネイ人の医師を育てることが急務である。経験豊富な看護師が少ないため、外国人看護師を雇用しているが、それでも不足感がある。薬剤師の数は決定的に不足している。

2015 年 3 月 19 日付け Brunei Times は、「ブルネイ人医師は近年で倍増」と題する記事で「ブルネイ人医師は現在 319 人で、2008 年の 194 人から 64%も増加した。これは全医師の約半数であり、7 年前は 3 分の 1 にすぎなかった」と伝えている。<sup>2</sup>

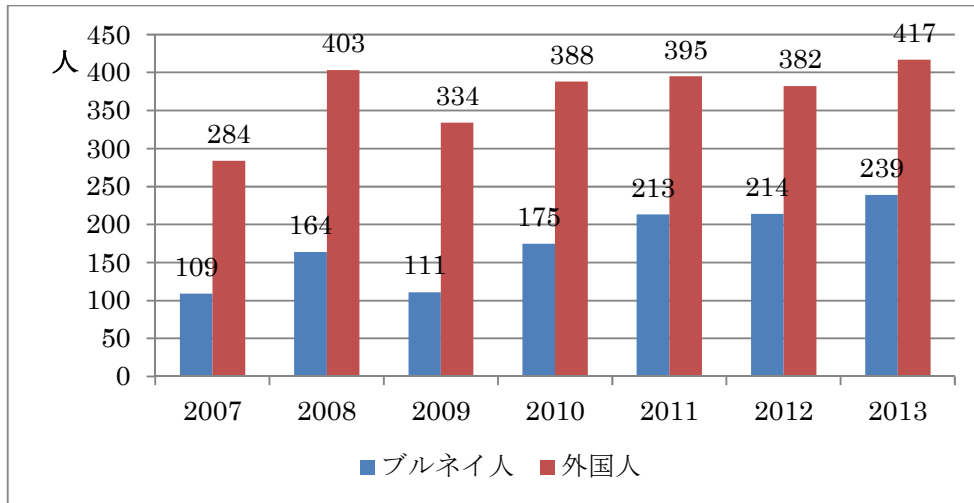
<sup>2</sup> 数値は記事のままで、2008 年のブルネイ人医師の数は、Health Information Booklet の統計値とは異なっている。

図表 2-5-16 医療従事者数



(出所) Health Information Booklet からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

図表 2-5-17 ブルネイ人医師と外国人医師



(出所) Health Information Booklet からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

2011 年以降の統計では、空軍の医療機関を算入したことが明記されている。しかしながら、2008 年に医師の数が大きく増加し、2010 年に大きく減少したあと、2011 年に 2009 年と同程度の水準に戻っていることから、2008 年と 2009 年についても空軍の医療機関を算入した値となっているのではないかと推察される。

#### ⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

医師、看護師について委員会 (Board) があり、規制を行っている。医療従事者は、審査基準 (qualification) を満して、登録する必要がある。

医師は、経験・技量に応じて、Junior、Middle、Senior に分類される。医師になるには、ブルネイ大学 (Universiti Brunei Darussalam) の医学部に相当する Pengiran Anak Puteri

Rashidah Sa'adatul Bolkiah Institute of Health Sciences (PAPRSB IHS) で3年間学んだあと、英国、オーストラリア、カナダの大学で臨床教育を受ける。日本との関係では、ブルネイ保健省と香川大学医学部との間で国際協力協定を締結している。

看護師は Assistant と Staff に大別され、それぞれがまた細分化されている。過去には PAPRSB 看護大学 (Pengiran Anak Puteri Rashidah Sa'adatul Bolkiah College of Nursing) があったが、2009年にブルネイ大学と統合し、ブルネイ大学で看護師の教育を行っている。Brunei Times は2014年5月14日の記事で、この統合以降に入学者が100名から半減したことを報じている。PAPRSB IHS の Agong Lupat 講師によると、基準の引き上げと、厳格な選考過程が原因と見られる。同講師は、職業訓練学校などが魅力ある課程を提供していることも、間接的な原因と見ている。

ブルネイ人の薬剤師を育成するプログラムを行っており、国内の大学で教育できるように準備している。この薬剤師育成プログラムの効果が出てくるには、5年程度かかる。現在は国内に薬学部がないため、教育省が学生を海外の大学に送って育成している。

### 2.5.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

医薬品は、薬事規制 (medicine order) に基づいて登録する必要がある。登録の基準は、ASEAN Common Technical Requirement に沿っている。

医薬品は、ICH (International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use) の基準に従っている。また、薬物は、毒物法 (Poison Act) に従っている必要がある。

医療機器については、現在、ASEAN Medical Device Directive を策定中である。現在は基準がないので、CE マーク、FDA、GHTF (Global Health Task Force)、TGA (オーストラリア) に拠っている。

販売は、Poison License に拠っている。2015年3月からは、Poison Act に従って卸売 (whole seller) /輸入許可を得る必要がある。販売業者は、物流に関する基準 (Good Distribution Practice) および貯蔵に関する基準 (Good Storage Practice) に従う必要がある。

政府としては、医療費抑制の観点から、後発医薬品の使用を推奨している。

国立医療機関については、医療機器の予算は、維持管理とは別に、リプレースやアップグレード用の特別予算を持っている。医薬品、医療機器とも集中購買を行って、国立病院に提供している。集中購買では入札を行い、新聞等で告知している。

### 2.5.4 医療・保険分野における問題点及び今後のニーズの分析

#### ①非感染性疾患

ブルネイにおいては非感染性疾患への対策が急務であり、非感染性疾患に焦点を当てた白書 Brunei Darussalam National Multisectoral Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (通称 BruMAP-NCD) を公表している。

非感染性疾患については、学校で教育を行っている。プログラムのひとつに信号機システム (Traffic Light System) があり、食品を Red / Yellow / Green に分けている。Red は

摂取しない方がよいもの、Yellow は週に 2~3 回、Green は毎日食べてよいものである。

BMI が基準値を超えている児童は、肥満クリニック (obesity clinic) に呼んで指導している。

非感染性疾患に関する年代別のプログラムがあり、10 代、青年向けにもプログラムがある。成人については、職場に対する指導を行っている。保健省の中でも指導している。

これらのキャンペーンは、保健省の Health Promotion Centre が行っている。

たばこについては、喫煙できる年齢を 18 歳から引き上げることを検討している。たばこの健康への影響について、周知活動を行っている。

国内では、たばこの販売が禁止されている。持ち込みは禁止していないが、統制を行っている。たばこ税は、1 本につき 0.25 ブルネイドルに設定されている。

## ②ハラル医薬品

国家レベルのハラル認証はマレーシアが有名であるが、ブルネイでも国家としてハラル認証を行っており、より信用力が高いとされている。ハラルのガイドラインは食品については制定済みであり、ハラル医薬品とハラル化粧品の 2 つのガイドラインが検討されている。

## ③医療ツーリズム

保健省は、ブルネイの医療制度は居住者向けなので、医療ツーリズムは政府ではなく民間セクターの仕事であるという認識であるが、産業第一資源省が医療ツーリズムを推奨しているということである。

諸外国が抱いているブルネイの医療水準に対するイメージはあまりよくないが、民間病院の施設は非常に充実しており、フィットネスセンターを併設するなど、医療以外の施設も充実している。民間病院は、医療ツーリズムに対応し始めているところである。

ブルネイは豊かな自然を誇り、長期滞在型の旅行先として魅力がある。療養を兼ねた長期滞在も、医療ツーリズムの有望な実現イメージのひとつであろうと思われる。

### 2.5.5 日本企業の進出可能性

#### ①研究インセンティブスキームの活用

ブルネイでは最終製品を製造する企業が非常に少ないため、ほとんどの製品を輸入に頼っている。また、前述の通り、ブルネイ政府は天然資源に頼り切ることをよしとしていない。したがって、最終製品を製造する企業の育成を推進している。

内閣府傘下のブルネイ経済開発委員会 (Brunei Economic Development Board: BEDB) が、Brunei Research Incentive Scheme (BRISc) という仕組みをもっている。BRISc では研究開発テーマ (クラスター) を指定しており、そのひとつに医療がある。この制度を利用すれば、日本企業が 3 割の費用を負担し、ブルネイ政府に 7 割を負担してもらうことができる。この費用負担割合が適用されるのは、高度教育機関 (Institute of Higher Learning: IHL) または政府機関と協業することが条件となっている。そうした協業がない場合には、日本企業と政府の費用負担は 50:50 となる。

このような枠組みは、技術力があるが資金力がない中小企業に最適だと思われる。とくに医療機器は、一部の企業を除けば比較的規模の小さい企業であるので、BRISc を利用した進出が有効に機能すると予想する。

## ②ブルネイの労働市場

ブルネイの労働市場を見ると、失業率が比較的高く、給与水準は低い。

ブルネイでは公務員が非常に多く、住民の 50%が公務員と言われる。ブルネイ国民に限ると 70%が公務員である。就労希望者の公務員志向は高いが、十分な職がないために、若者の失業者が増えているのが社会問題化している。

ブルネイの国民 1 人あたり国内総生産は高いが、一般労働者の給与は決して高くない。ブルネイ国内のフィリピン人労働者の最低賃金は、2015 年 2 月に月額 520 ブルネイドル (2015 年 2 月 26 日の為替レートで約 45,700 円) に引き上げられた。

## ③ブルネイを足がかりとした海外展開

ブルネイ単独の市場を考えた場合には、ブルネイの人口が 40 万人であることを念頭に置く必要がある。たとえば、比較的小規模な企業で、ブルネイで課題となっている生活習慣病の予防や診断などのサービスを提供する企業や、単価が高い医療機器を販売している場合などが適すると考えられる。

逆に、大規模な企業や、単価が低い製品を販売している場合などは、ブルネイを足がかりとした展開がよいこともあり得る。

第一の展開先候補は、ASEAN 諸国である。ブルネイは ASEAN の一国であり、2015 年の ASEAN 経済共同体発足により、域内での関税が撤廃されるなど、域内の経済活動が一層活性化されるものと思われる。

第 2 の展開先候補は、中東を始めとするイスラム諸国である。ブルネイは敬虔なイスラム教国であり、歴史的、文化的に、イスラム諸国と近い。

第 3 の展開先候補は、イギリスを旧宗主国とする諸外国である。実際、ブルネイに進出した日本企業には、それらの国からの問い合わせが多いという話もある。

## 2.6 マレーシア

### 2.6.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

マレーシアの国土は約 33 万平方キロメートルで、日本の約 0.9 倍である。マレーシアは中間所得層が 6 割で、人口分布からは拡大クアラルンプール（greater Kuala Lumpur）・ペナン・ジョホール・ペラ・サラワクの 5 極と言われている。

2008 年半ばまで経済成長率は 5%前後で推移していたが、世界金融経済危機に伴う輸出急落で 2009 年は-1.7%と大幅に下落した。2010 年は内需の回復及び好調な中国経済に牽引されて通年では 7.2%まで回復した。外需低迷により 2010 年後半から成長は減速傾向にあるが、2011 年は投資と国内消費に支えられて 5.1%を維持し、2012 年、2013 年の経済成長率は、それぞれ 5.6%、4.7%を達成した。2014 年は 5.5-6.0%と推定され、2015 年は 5.0-6.0%と予想されている。

2009 年 4 月に就任したナジブ首相は、政権成立後直ちに外資の誘致に向けたサービス 27 分野の資本規制の撤廃、投資関連規制や手続きの規制緩和措置を打ち出した。その後、2010 年 3 月の「新経済モデル」（同年 12 月に第二部を発表）による市場志向的の軌道修正の発表、同年 6 月の「第 10 次マレーシア計画（2011-2015 年）」による中期的ビジョンの提示、同年 10 月の「経済変革プログラム」（2011 年 1 月追加案件を発表）による 2020 年までのロードマップ及び重点投資分野の明示等、矢継ぎ早に政策を発表するとともに、補助金削減による財政健全化の具体的措置も図りつつ、2020 年までの先進国入りの目標達成に向けて取り組んでいる。（出所：外務省「マレーシア基礎データ」、マレーシア財務省 Web サイト）

図表 2-6-1 マレーシア 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	5.9	%
国内総生産(名目)(現地通貨:リンギット)	1,078.1	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	336.9	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	24,520.8	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均值)	2.9	%
失業率 対労働力人口比	3.0	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

#### （2）民族、言語・宗教、人口統計

2012 年マレーシア統計局のデータによると、人口は 2,933 万人である。民族の構成は、マレー系が約 67%、中国系が約 25%、インド系約 7%となっている。

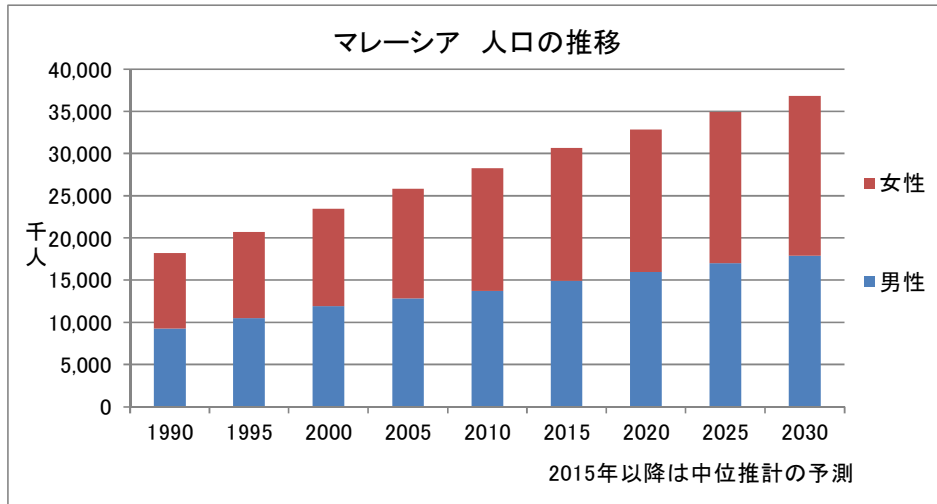
言語は、マレー語（国語）、中国語、タミール語、英語が用いられる。

宗教は、連邦の宗教であるイスラム教が 61%、仏教が 20%、儒教・道教が 1.0%、ヒンド



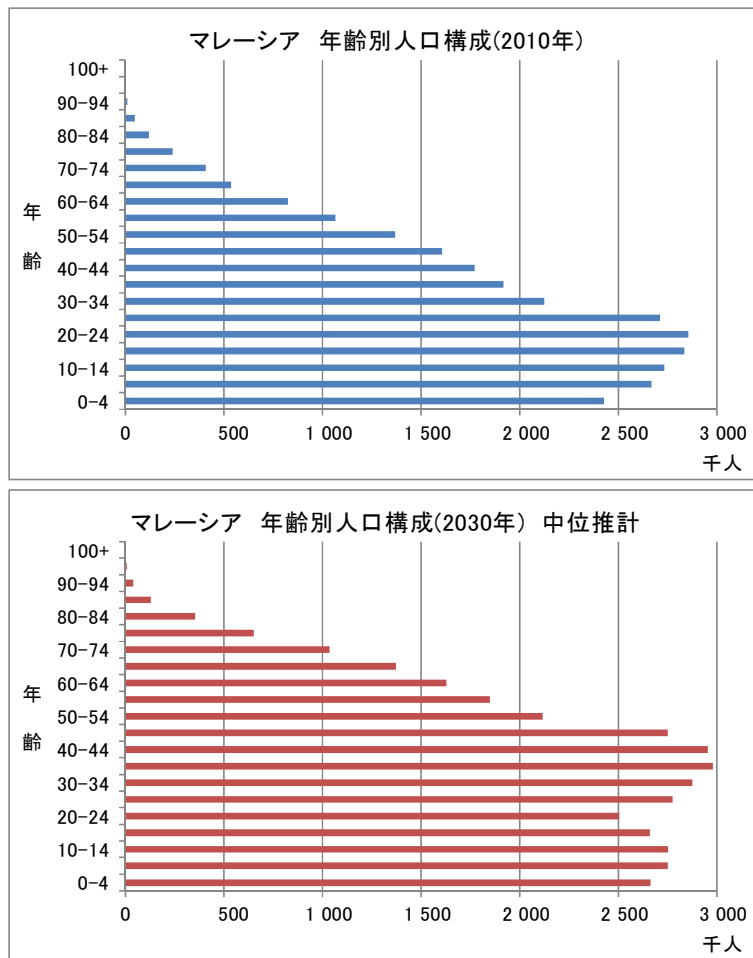
ウー教が 6.0%、キリスト教が 9.0%となっている。

図表 2-6-2 マレーシア 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-6-3 マレーシア 年齢別人口構成



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

## 2.6.2 基礎的情報（保健・衛生）

### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

マレーシアには公的な医療保険制度は存在しないが、公立の医療機関は非常に安価に受診できる。公立の医療機関では医療料金法（Fee Act）に基づいて診療費を設定しており、マレーシア国民であれば1リンギから数リンギ（2015年2月27日時点で1リンギは33.1円）で受診できる。検査、手術、入院、薬剤などの費用も低く設定されている。低所得者、公務員等については無料である。

公的な医療機関は待ち時間が長く就業者には利用しづらいが、民間の医療機関は費用が高い。したがって、民間の医療保険に加入して、民間医療機関を利用する人も少なくない。

第10次マレーシア計画（2011～2015）で医療は重点領域となっており、17の活動項目が定められている。詳細については後述する。

昨今の経済情勢により中所得者が低所得者に落ち込む傾向があり、そうした所得層では民間の医療機関に通う経済的な余裕がない。1次医療を提供する1Malaysia Clinicは全国に戦略的に展開されており、1回の受診につき1リンギで治療を受けることができる。高齢者は無料である。

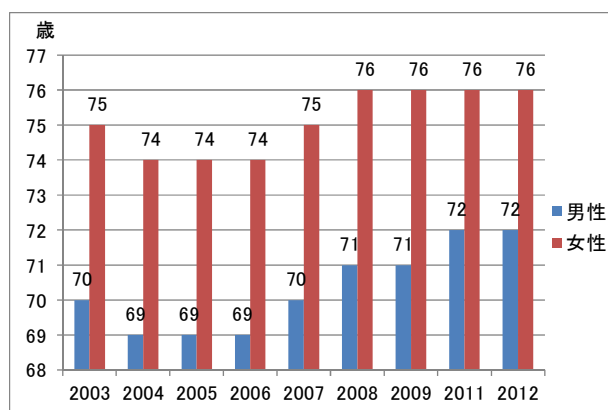
### （2）医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO） World Health Statistics などに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエーツ作成）

現時点では高齢化率はまだ低いですが、平均寿命が伸びている一方で出生率が低下していることから、高齢化が進んでいる。医療費は増加傾向にあり、高齢化の進行も踏まえて、医療費の抑制が課題となっている。

死因の第3位は感染症であり、デング熱、手足口病、結核などが多い。とくに、デング熱は年間4万人を超える感染者があり、注目を集めている。このうち1割程度はデング出血熱と診断されており、年間70名ないし130名が死亡している。

図表 2-6-4 マレーシア 出生時平均余命



※2010年データはない

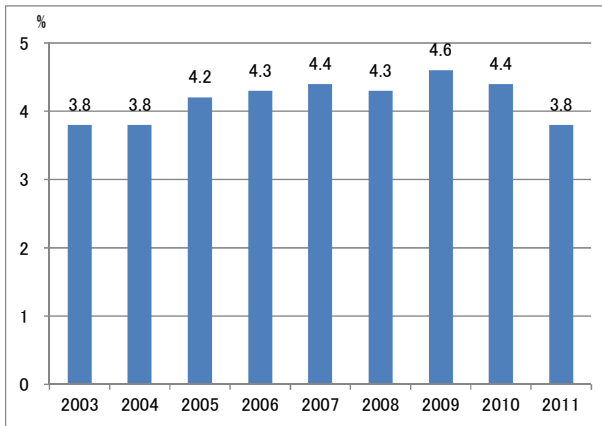
（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

出生時平均余命は徐々に伸びている。OECD 34か国平均には及ばないが、アジア 22か国平均を超えている。

2010年	男性	女性
OECD	77.0	82.5
マレーシア	71.9	77.0
アジア	69.9	74.5

（出所）Health at a Glance Asia / Pacific 2012（OECD）及び Health Facts 2012（マレーシア保健省）

図表 2-6-5 マレーシア  
GDP に占める総医療費の割合(%)

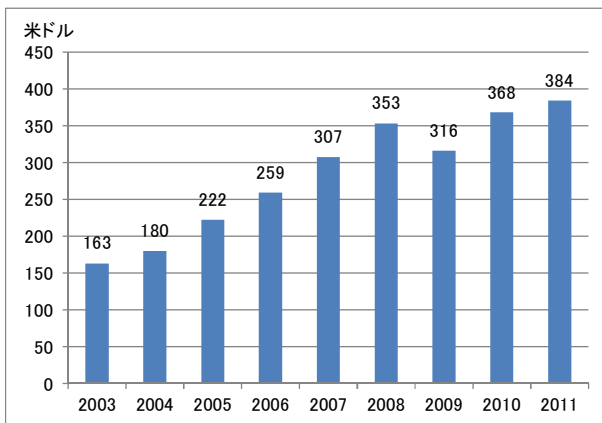


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

Health at a Glance Asia/Pacific 2012 (OECD) によると、2010年のアジア 19 개국平均は 4.5%、OECD 平均は 9.5%であり、マレーシアの水準はアジアでは平均的である。

Health Fact 2014 によると、2011年の GDP に占める総医療費の割合は 4.40%、金額は 37,542 百万リングである。

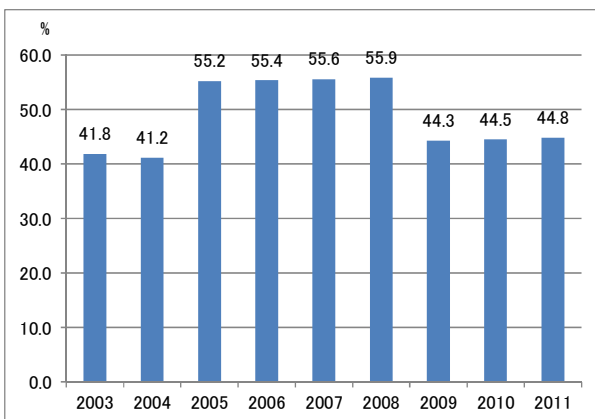
図表 2-6-6 マレーシア  
国民 1 人あたりの年間総医療費



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

国民 1 人あたりの年間総医療費は増加傾向にある。2003 年には 163 米ドルであったが、2011 年には 384 米ドルまで増加している。

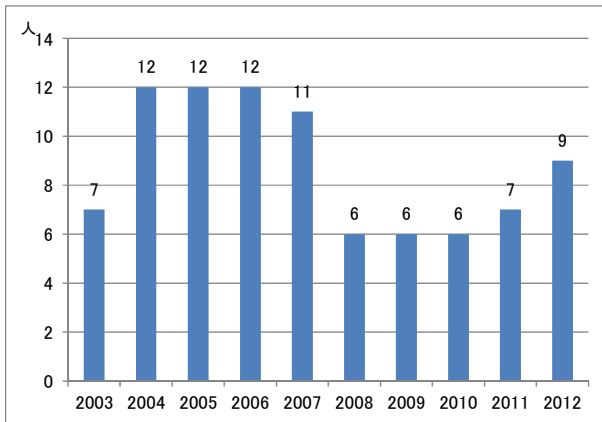
図表 2-6-7 マレーシア  
総医療費に占める家計負担の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

Health Fact 2014 によると、2011年の総医療費は 37,542 百万リングで、家計負担割合 44.8%は 16,819 百万リングに当たる。

図表 2-6-8 マレーシア  
5 歳未満死亡率（出生 1000 人あたり）



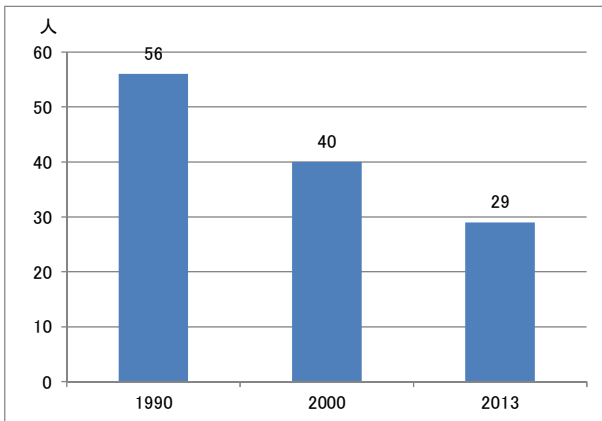
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

5 歳未満死亡率は低い水準にある。2010 年の統計では、OECD 並みの水準であり、アジア 20 国平均をはるかに凌駕している。

2010 年	人
OECD	5
マレーシア	6
アジア	32

(出所) Health at a Glance Asia / Pacific 2012 (OECD)

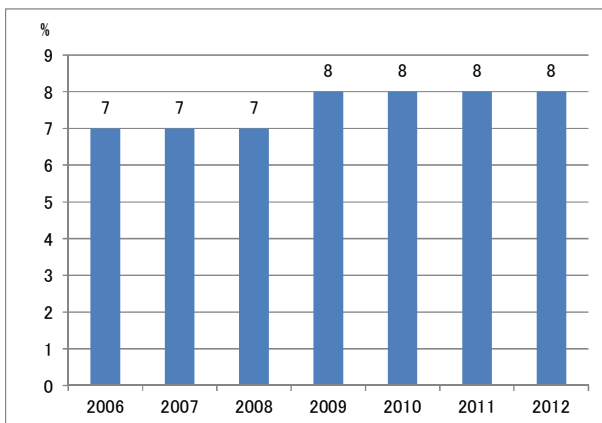
図表 2-6-9 マレーシア  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

マレーシアの統計では、2003 年から 2013 年の出生 10 万人あたり妊産婦死亡率は 26 人から 40 人である。最も数値が高い 2005 年については 40 人で、WHO の統計値との乖離が大きい。

図表 2-6-10 マレーシア 高齢化率（60 歳以上）



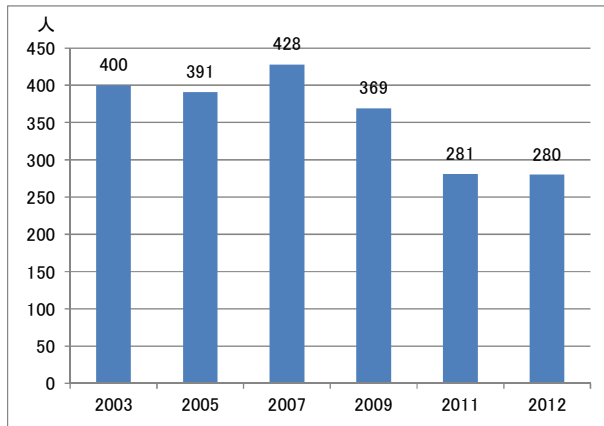
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

高齢化率は 8%である。

出生率は、近年一貫して低下しており、これまでピラミッド型を維持してきた人口分布は、2040 年には中年層をピークとした形に変化すると予想されている。

図表 2-6-11 マレーシア

HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



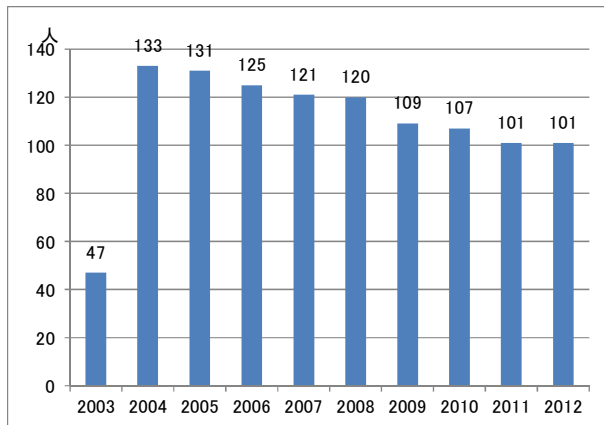
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

HIV 罹患者の比率は高い。2009 年の統計では、OECD 平均の 1.9 倍、アジア 19 개국平均の 2.8 倍に上っている。

2009 年	人
マレーシア	358
OECD	191
アジア	128

(出所) Health at a Glance Asia / Pacific 2012 (OECD)

図表 2-6-12 マレーシア  
結核罹患者数（10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

結核罹患者の比率は比較的高い。2010 年の統計では、アジア 22 개국平均の 49.3%だが、OECD 平均に比べると 5.6 倍の水準にある。

2010 年	人
アジア	217
マレーシア	107
OECD	19

(出所) Health at a Glance Asia / Pacific 2012 (OECD)

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

2013 年の統計では、死因トップ 3 は、循環器系疾患、呼吸器系疾患、感染症・寄生虫病となっている。悪性新生物（がん）は 4 位である。統計の分類が現在の体型となった 2010 年以降、この順位は変わっていない。なお、2010 年および 2011 年の統計値は保健省管轄の政府系病院のみである。

心血管疾患、糖尿病、これに関わる疾患は、重大な脅威と目されている。The National Strategic Plan for Non-Communicable Disease (NSP-NCD)においては、2010 年から 2014 年の中期戦略計画で、心血管疾患及び糖尿病の予防及び制御を目標として掲げている。

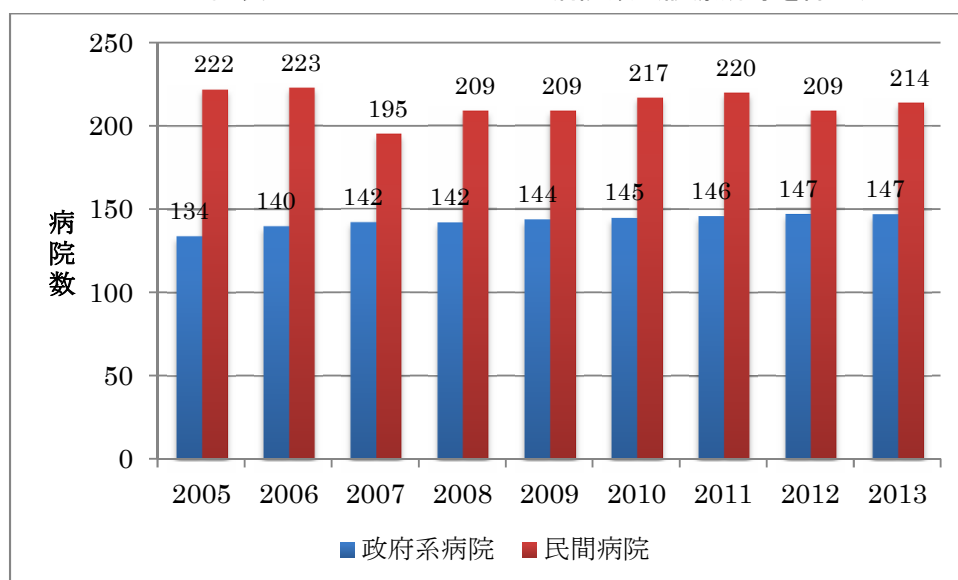
保健省は、統計調査 National Health and Morbidity Surveys (NHMS) を行っている。これまでに、NHMS I (1986)、NHMS II (1996)、NHMS III (2006)、NHMS 2011 が実施されてきた。NHMS 2011 では、18 歳以上の糖尿病患者が前回調査値 11.6%から 15.2%へと大幅に増加した。これは、ほぼ 6 人に 1 人が糖尿病に罹患していることを意味する。2018 年には、18 歳以上の糖尿病患者は 20%を超えると予測されている。

HIV/AIDS に対しては、The National Strategic Plan (NSP) on HIV/AIDS を定めている。1986 年にマレーシア国内で初めて症例が報告され、2002 年にはピークを迎え、人口 10 万人あたり 28.2 人が罹患した。2010 年には同 11.7 人まで低減したが、NSP 2011-2015 では、2015 年に同 11.0 人とすることを目標として掲げている。

### ③医療機関数

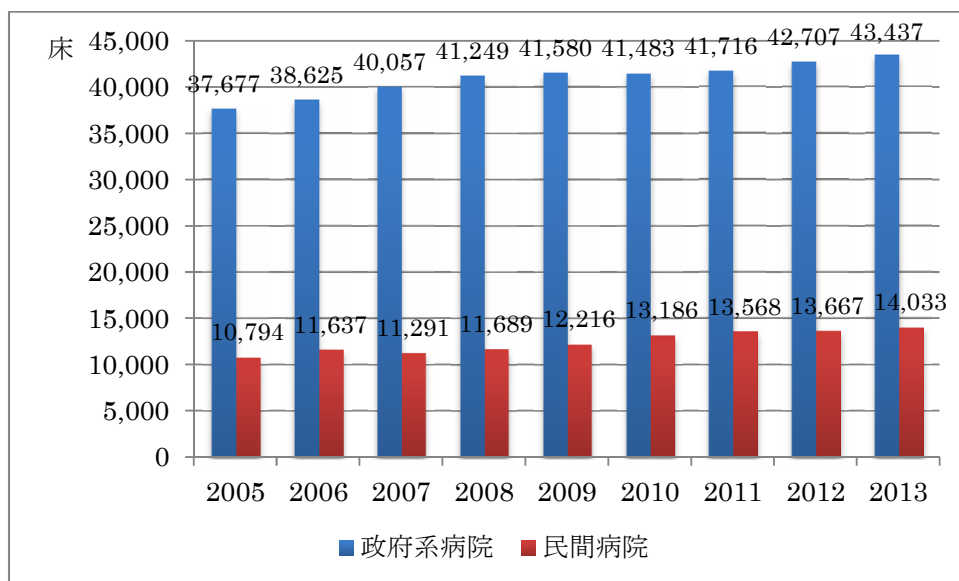
2013 年末の統計では、政府系病院 150 (病床数 43,437)、同診療所 2,860、民間病院 214 (病床数 14,033)、同診療所 6,801 である。政府系診療所としては、前記の他に、ヘリコプターを使った 8 つの Flying Doctor (13 チーム)、262 の 1Malaysia Clinic がある。1Malaysia Clinic には、バスを使った 5 つの 1Malaysia Mobile Clinic (8 チーム)、船を使った 3 つの 1Malaysia Mobile Clinic (6 チーム) が含まれる。

図表 2-6-13 マレーシアの病院数 (診療所等を除く)



(出所) Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-6-14 マレーシアの病床数（診療所等を除く）



（出所）Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

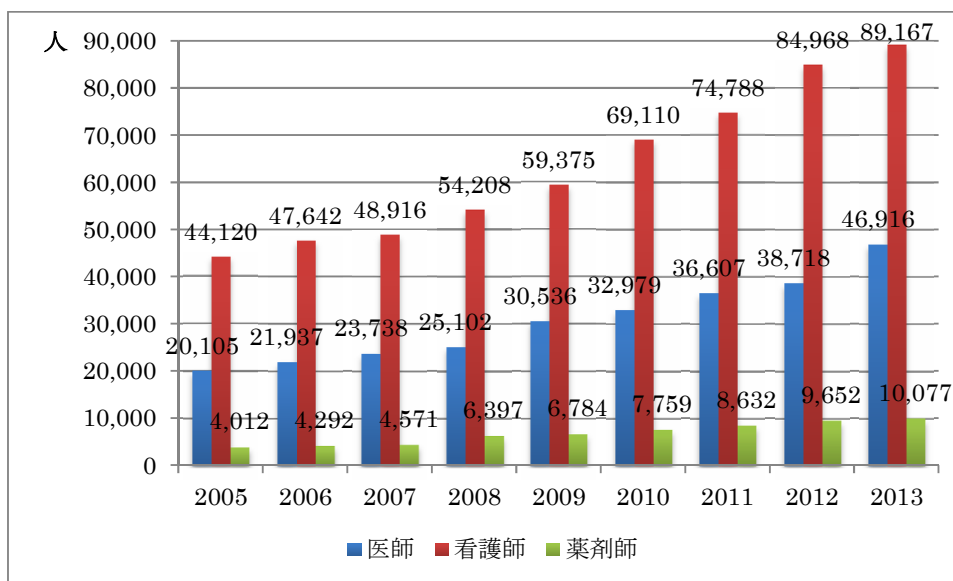
上図の通り、病院の数は一貫して民間の方が政府系よりも多いが、病床数は政府系の方がはるかに多く、民間の 3 倍程度となっている。政府系病院の方が、ひとつひとつの医療機関の規模が大きいことがわかる。

#### ④医療従事者の現状

2013 年末の統計で、医師 46,916 名（政府系 35,219 名、民間 11,697 名）、看護師 89,167 名（政府系 62,514 名、民間 26,653 名）、薬剤師 10,077 名（政府系 6,752 名、民間 3,325 名）となっている。

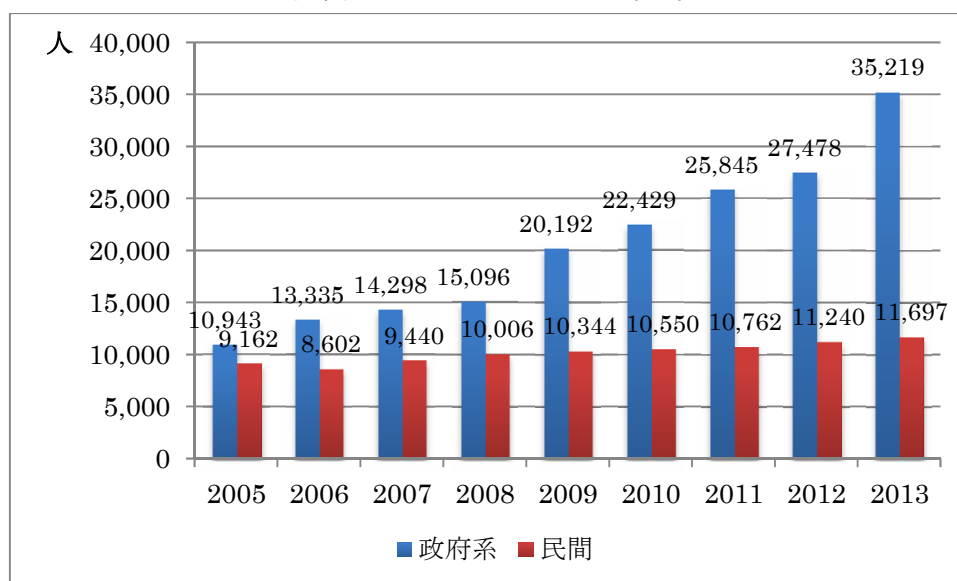
養成機関を増やしたので看護師の数は増えているが、病院としては経験の浅い看護師を敬遠する傾向がある。医療機関は、経験豊富な看護師の確保に努力している。公立病院では医療従事者の報酬を引き上げており、民間病院は対抗上、報酬を引き上げざるを得ない状況である。

図表 2-6-15 マレーシアの医療従事者



(出所) Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

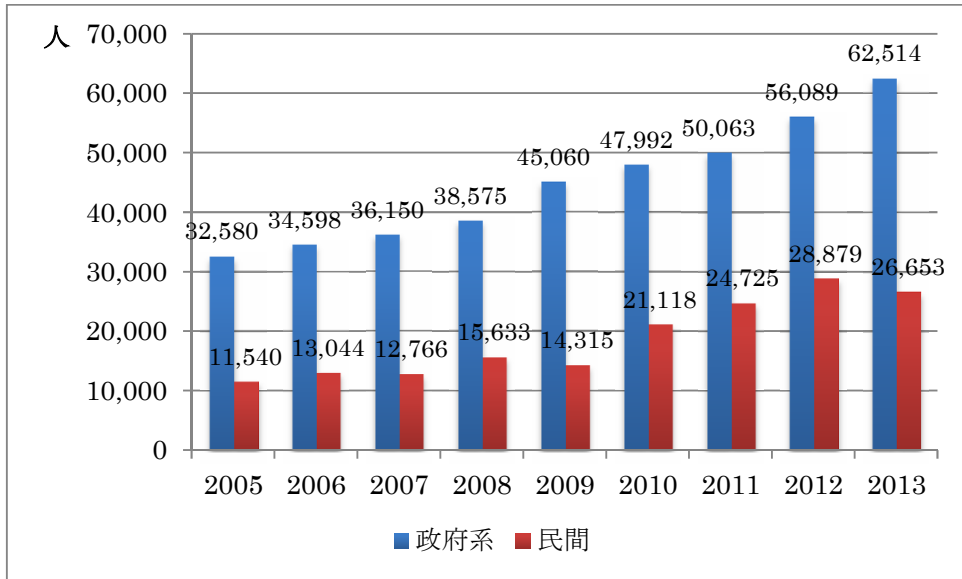
図表 2-6-16 マレーシアの医師



(出所) Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

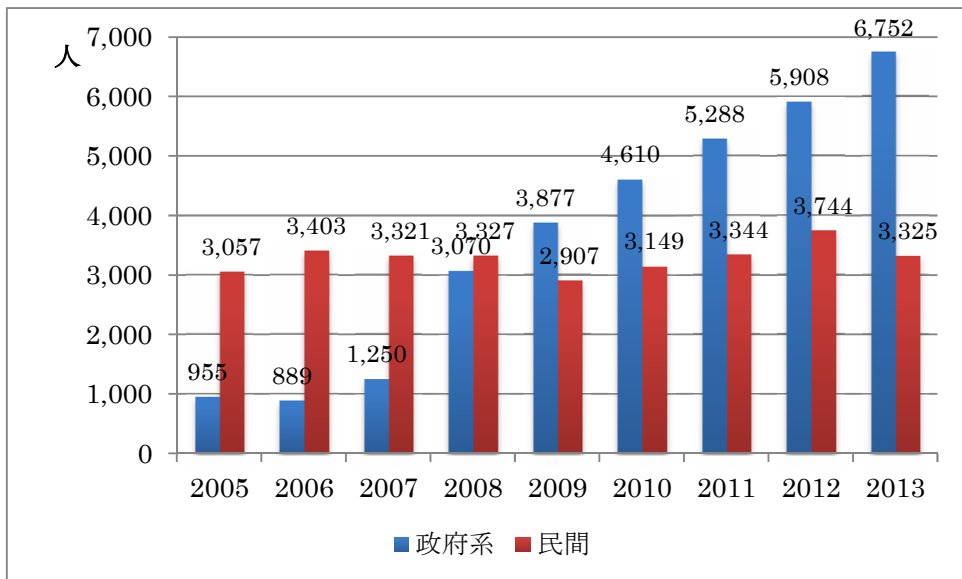


図表 2-6-17 マレーシアの看護師



(出所) Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

図表 2-6-18 マレーシアの薬剤師



(出所) Health Facts からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

2005 年から 2013 年までの間に、医療従事者の数は大きく増えている。とくに政府系医療機関の従事者が大きく増えており、医師は 3.2 倍、看護師は 1.9 倍、薬剤師は 7.1 倍に増えている。比率としては民間の看護師の伸びの方が大きく、2.3 倍となっているが、総数では政府系が大きく勝る。

#### ⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

医師資格を得るためには、マレーシア国内外の認定医学校を卒業した上で、保健省の医学評議会 (Malaysia Medical Council) に医師登録を行う必要がある。

認定医学校は全世界で合計 375 校あり、マレーシア国内では 17 の国立及び私立大学が認定されている。日本では、広島大学、北海道大学、九州大学、長崎大学、東北大学、東京医科歯科大学、徳島大学、大阪大学、琉球大学、旭川医科大学の 10 校が認定されている。

医師登録後、Houseman として 2 年間の研修を受け、さらに Medical Officer として 2 年を公立病院で過ごす。その後、民間医療機関への転職、修士課程への進学、国外医学校で専門医資格を取得するなど、自由な活動が認められる。

外国人医師の場合は条件付き登録となり、診察対象患者や活動内容等に様々な条件が課せられることが多い。

### 2.6.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

#### ① 医薬品

##### ・ 医薬品の概況

医薬品はマレーシアの有望な国内産業で、マレーシア貿易開発公社 (MATRADE) によれば、過去 10 年間、年率 8% から 10% の割合で成長を続けている。国内向け、輸出向けとも、後発薬が強い。

保健省の医薬品管理局 (the Drug Control Agency : DCA) が認可している企業は 250 社あり、74 社が医薬品を製造している。176 社が伝統薬を製造しており、207 社が化粧品を製造している。

マレーシアの医薬品企業は、ほとんどすべての利用形態を製造できる。また、必須医薬品 (National Essential Drugs List : NEDL) の 80% を製造できる。

2012 年の主な輸出先は、順に、マレーシア、ブルネイ、アメリカである。伸びが大きい輸出先は、ミャンマー、中国、ナイジェリア、ドイツである。

マレーシア製薬協会 (Pharmaceutical Association of Malaysia : PhAMA) によれば、マレーシアにおける医薬品の主な流通経路は、政府、薬局、診療所、民間病院の 4 つであり、2009 年の流通シェアは以下の通りである。

図表 2-6-19 マレーシアにおける医薬品の流通経路 (2009 年)

政府	薬局	診療所	民間病院
38%	23%	22%	17%

(出所) PhAMA Industry Fact Book 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

##### ・ 医薬品に関する規制

マレーシアは、医薬品査定協定・医薬品査察協同スキーム (The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : PIC/S) のメンバーである。PIC/S のメンバーであるということは、マレーシア国内の製薬企業が高い水準にあることを意味する。

マレーシアの製薬企業の製品は、大きく、処方薬、市販薬 (OTC)、伝統薬、サプリメントに分けられる。処方薬は医師及び薬剤師だけが取り扱い、他の 3 種類は専門でない者が販売してもよい。

## ②医療機器

### ・医療機器の概況

マレーシアにおける医療機器の定義は、GHTF（Global Harmonization Task Force）に基づき、通達（Act 737, 2012）で定めており、Webサイトで参照できる。なお、GHTFは1992年に創設された国際会議で、日本、オーストラリア、米国、カナダ、欧州連合をメンバーとし、患者の安全を確保すると同時に、安全性・有効性・臨床的に有益な医療技術を世界中へ提供することを目的として医療機器規制の国際統合化を進めてきたが、2012年をもって発展的に解消している。

マレーシアの医療機器市場では輸入が70%強を占めており、この傾向は今後も続くと思われる。マレーシアでは、医療機器は文化的、歴史的背景から欧州勢が強い。日本企業にとっては、欧州勢の牙城をいかにして突き崩すかが課題である。

マレーシアには、かつては医大や医学部がなく、医師は欧州やカナダ、オーストラリアで学んでいた。そうした経験からも、医師が欧州製品を好む傾向が見られる。前述のように、医師になるための認定医学校は日本に10校しかないことには留意が必要である。

### ・医療機器に関する規制

医療機器に係る登録には2種類ある。ひとつは業許可制度で、輸入、輸出、販売、製造の4業種がある。もうひとつは医療機器申請制度である。

現在新制度への移行期間であり、2015年6月までに既存の認証資格を登録しなおす必要がある。

現在輸入されている機器は、すべて登録未了である。ライセンスをもつ輸入業者が販売している。この状況は2015年6月までであり、2015年7月以降は登録が必須である。

認証を行う第三者機関は、現在8機関あり、2機関増やす予定である。

機器の認証に要する日数は、機器の種別によって異なる。医療機器はリスク度合いに応じて4つのクラスに分かれており、リスクの低い順から、クラスAで100日、クラスBが医療機器申請については、GHTF創設5か国の承認があれば、書類審査のみで機器の認証が得られる。

こうした制度は規制強化とも受け止められるが、価格のみを訴求するような企業を排除することにもつながり、全体としては全ステークホルダーにとってプラスとなる施策であると考えている企業もある。

## 2.6.4 日本企業の進出可能性

### ①日本企業の進出状況

2014年末で約14,000社が進出し、うち4分の1程度が日本人商工会に参加している。医療関連では、大手企業以外に中小企業も進出している。医療関連で進出している企業の業種は製造・販売に限らず、医療関連サービスで進出している事例もある。

マレーシアに拠点をもたない企業の場合、シンガポールの拠点から事業を行っている例も見られる。

マレーシアでは外資100%で病院を設立できるよう規制緩和されており、病院経営に資本

参加している日系企業もある。しかし、実際に外資 100%で病院を設立することは、制度設計上は可能であっても、現実には難しいという声も聞かれる。

## ②経済政策における医療の位置づけ

経済変革プログラム (The Economic Transformation Programme: ETP) では 12 の主要経済分野 (The National Key Economic Areas: NKEA) を定めており、医療はそのひとつである。NKEA では具体的な活動である EPP (Entry Points Project) を選定しており、医療に関連する EPP は以下の 17 項目である。

1. 外国人労働者向け民間保険の義務付け
2. 臨床研究を支援する生態系の創生
3. マレーシア医薬品
4. 医療ツーリズムの再活性化
5. 診断サービス連携の創造
6. 健康都市の開発：世界レベルの医療・生命科学キャンパス
7. マレーシアの体外診断薬産業レベル向上
8. マレーシアの次世代単回使用医療器材分野における地位構築
9. 高価値医療機器受託製造のためのハブ化
10. マレーシアの臨床治療機器の地位確立
11. 医療機器サプライチェーンの編成
12. 高付加価値医療機器製造
13. 医療機械設備・備品群の構築
14. 腎臓関連製品
15. 移動医療サービス
16. 組織的高齢者介護
17. 退職者村

## ③医療関連企業の進出

前述のように、医療は経済政策において重点化されている。投資開発庁 (Malaysia Investment Development Authority) が投資を促進している 18 業種の中に、医薬品と医療機器が位置付けられている。なお、18 業種の中には研究開発が別に含まれている。

マレーシア政府は、「マレーシア人の雇用第一 (Malaysians First)」という政策を掲げ、マレーシア人の雇用確保を方針としている。外国人労働者の雇用が認められるセクターおよび外国人労働者の送出国が認められる国は限定されている。また外国人労働者には、年次雇用税が課せられる。

マレーシアの失業率は低く、2013 年の失業率は 3.1%となっている。現地労働者を雇用する義務がある一方で、単純労働に従事する外国人労働者を受け入れていない。したがって、進出にあたっては労働力の確保に十分留意する必要がある。

## ④医療ツーリズム

医療ツーリズムの定義では、駐在員とその家族が旅行者に含まれており、かなりの割合

を占めている。実際、ある民間病院では最大の顧客が駐在員とその家族であるとのことで、他の病院でも同様であると推察される。

海外からの医療ツーリズムは、インドネシアからの来訪者が多い。2011年の統計ではインドネシアからの来訪者が57%となっており、医療ツーリズムを手がける企業の中には、インドネシアからの来訪者が90%を超えるというところもある。

マレーシアが医療ツーリズムの訪問先として常に上位を占めているのは、国を挙げての観光政策が奏功していると思われる。また、外国人の長期滞在を推進するマイ・マレーシア・セカンド・ホーム（MM2H）プログラムも、医療ツーリズムの興進に寄与しているものと思われる。

前述のように、外資が病院経営に参画することは可能である。民間病院が公的な医療保険の対象外であるということは、医療というサービスを商品として積極的に扱うことができることも同時に意味し、医療ツーリズムにおいては、むしろ好ましいと考えることもできるであろう。医療以外の観光やレジャー目的での長期滞在と組み合わせて、療養型の医療ツーリズムを提供することも有望な事業のひとつであるように思われる。

#### ⑤ハラル医薬品

イスラムの教えに則った食品は、合法を意味する「ハラル」と呼ばれる。医薬品においては、ワクチンの製造に豚由来の成分を用いることがあり、これが非合法（ハラム）と判断されることがある。また、医薬品のカプセルも、同様に豚由来の成分が用いられることがある。

マレーシアには国家によるハラル認証制度があり、2012年には世界で初めてハラル医薬品の認証制度を導入した。その後、インドネシアとタイが続いている。また、ブルネイでもハラル医薬品のガイドラインを検討中である。

ハラル医薬品の需要は高まっていると考えられ、市場参入の機会と捉えられる。

#### ⑥サプリメント

マレーシアでは生活習慣病が社会問題化しており、サプリメント（健康補助食品）の需要が高まっている。市民の間では口コミ等でサプリメントが評判となり、比較的高価な商品も購入されている。マレーシア政府の政策と国民の健康に対する意識の変化により、医療に隣接する事業として、サプリメントが有望になってきているものと思われる。

#### ⑦予防医療

前述のように、マレーシアでは生活習慣病、より具体的には心血管疾患及び糖尿病に対する問題意識が高まっている。これらの疾病に対しては、生活習慣の改善が必要であると同時に、予防医療が重要である。たとえば、健康状態を容易に測定することができるになれば、国民の健康増進に寄与すると同時に、進出を考える企業にとっては有望な事業になり得るものと思われる。

## 2.7 アラブ首長国連邦(UAE)

### 2.7.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制

アラブ首長国連邦（以下 UAE）は、アラビア半島の北東部に位置する、7つの首長国からなる連邦国家で、面積は8万3600平方キロメートルで北海道とほぼ同じである。

7つの首長国は、アブダビ、ドバイ、シャールジャ、アジュマーン、ウンム・アル＝カイワイン、フジャイラ、ラアス・アル＝ハイマの各首長国であり、首都はアブダビ首長国のアビダビである。なお、以下アブダビ首長国とドバイ首長国については、都市国家として成立しているため、以下都市名は各首長国と同義として、「首長国」の表記は省略する。

1892年からイギリスの保護領であったが1971年に連邦国として独立した。議会は連邦国民評議会であり、選挙により選出される20名及び各首長の勅選により任命される20名で構成されている。

##### ・経済状況

各首長国によって経済事情はかなり異なっており、最大の首長国であるアブダビは、原油生産の9割、国土の8割、GDPの6割、自国民の4割強を占めている。それに続くドバイは、GDPの3割を占めている。残り5つの首長国は1人あたりGDPも低く、財政的にはアブダビに依存している。アブダビは石油・ガス中心の経済構造であるが、ドバイは資源に乏しいことから、フリーゾーン(経済特区)の開設や港湾・空港のインフラ整備により、商業、物流、観光によって成功している。2010年の歳入は、フリーゾーン等に進出している企業や観光による各種の手数料（企業のライセンス取得料、更新料、不動産売買手数料、ホテルの宿泊手数料、ビザ手数料等）が67%、税収が21%、原油収入が9%、投資配当が3%である。

##### ・生活水準

IMFによる主要経済指標は以下の通りであり、WHOでの所得水準では高所得国(High)に分類されている。

図表 2-7-1 アラブ首長国連邦 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	4.3	%
国内総生産(名目)(現地通貨:ディルハム)	1,529.4	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	416.4	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	65,037.4	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	2.2	%
失業率 対労働力人口比	—	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

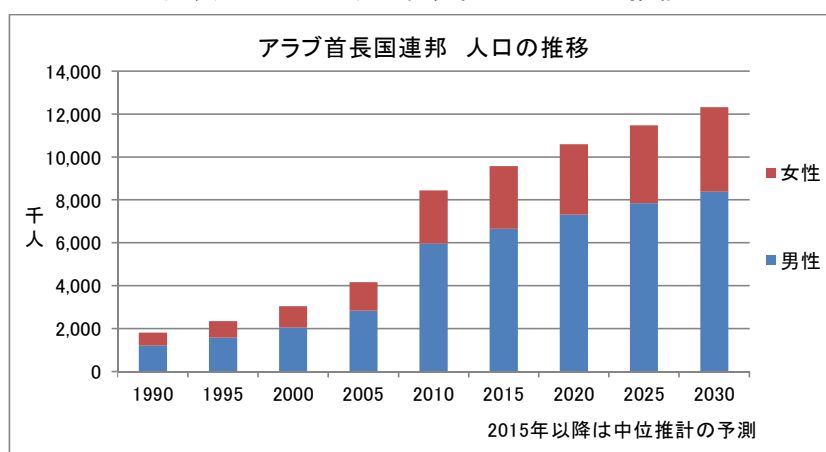
ドバイは2009年の世界同時不況の影響からは回復し再び成長軌道に乗っている。ドバイ政府は2020年にはドバイで万国博覧会が開催されることから、政府系企業による大型開発プロジェクトが多数予定されている。ドバイ政府は、2013年に大規模な繰り越し債務と一部の早期返還を行い、債務総額は減少したものの、2020年のドバイ万博に向けてのインフラ開発の財政負担が注視されている。

UAEには約35のフリーゾーンがあり、うちドバイに約25のフリーゾーンがある。ジュベリアリ港に近いジュベリアリ・フリーゾーンには約6,400社、IT関連企業が多いドバイ・インターネットシティには約1,000社、報道関連企業が多いドバイ・メディアシティには約1,200社が入居している。また、ドバイには2つの医療フリーゾーンが設定されている。Dubai Healthcare City (DHCC)は2つの病院、120のクリニックや医療関連施設、医療関連企業が入居しており、ホテルも隣接している。現在の第1期に続き、近隣地に第2期が計画されている。Dubai Biotechnology and Research Park (DuBiotech)はバイオテクノロジーや製薬の研究開発に特化したフリーゾーンとして建設中(一部稼働)である。(出所：(独)日本貿易振興機構ドバイ事務所「アラブ首長国連邦(UAE)の一般政治経済情勢」、外務省「アラブ首長国連邦・基礎データ」、UAE政府Webサイト)

## (2) 民族、言語・宗教、人口統計

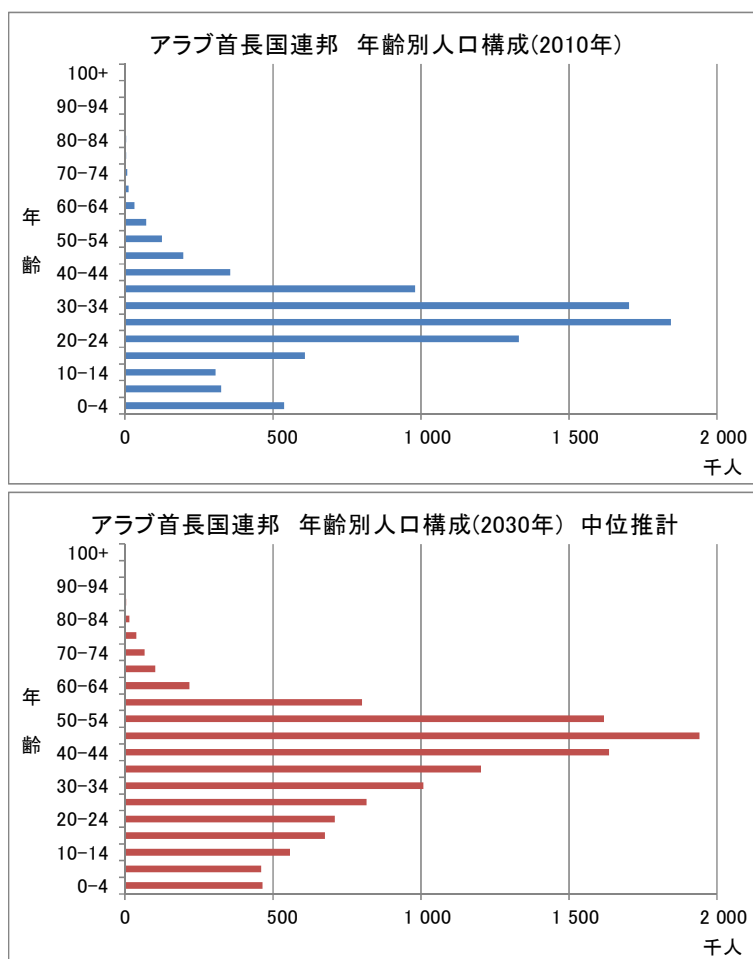
UAEの人口は2010年に国家統計局推計での発表によると約830万人、うちアラブ首長国人は約11%である。人口は政府統計でも複数あるが、人口は800~900万人、自国民は10~20%程度と考えられる。外国人労働者が多いため、男女比、年齢構成がいびつな構成となっている。言語はアラビア語であるが英語は併用されており、ほとんど全てに英語とアラビア語は併記されている。イスラム教を信仰する国である。

図表 2-7-2 アラブ首長国連邦 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-7-3 アラブ首長国連邦 年齢別人口構成



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

UAE の人口構成は高齢者が極端に少なく、男女共に生産年齢人口に集中している。これは 80~90%は海外からの労働者である点に起因している。海外からの労働者の増加による人口の増加は続いており、国家規模は大きくなっているといえる。

## 2.7.2 基礎的情報（保健・衛生）

### (1) 医療の現状・医療制度・医療提供体制

UAE は首長国連邦であり、連邦全体を統括しているのは保健省 (Ministry of Health) であり、アブダビ、ドバイには独立した保健局 (HAAD: Health Authority - Abu Dhabi)、(DHA: Dubai Health Authority) が設定されている。その他の 5 首長国についてはそれぞれに独立した保健局はなく、保健省が一括して管轄している。また、アブダビでは方針や施策を決定する機関はアブダビ保健局であるが、医療施設の運営はアブダビに関してはアブダビ・ヘルス・サービス (SEHA: Abu Dhabi Health Service Company SEHA とはアラビア語で Health の意味) が担っている。また、国家保健評議会 (National Health Council) が設けられ、連邦と首長国間の調整や民間と公共との調整を行っている。



実際には各首長国で制度があると考えた方が良い。一例として、代理店の事業免許は各首長国で与えられるため、代理店の選定の際にはどの首長国での事業免許を持っているかの確認が必要となってくる。ドバイの事業免許はアブダビでは無効である。

図表 2-7-4 UAE における保健省・保健局の役割

首長国	医療サービス提供	規制・政策策定 (首長国レベル)	規制・政策策定 (国家レベル)	調整・連携
アブダビ	SEHA	HAAD	MOH	National Health Council
ドバイ	DHA	DHA		
その他	MOH	MOH		

(出所) (独)日本貿易振興機構資料よりワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### ①医療・保健政策

UAE-Yearbook2013 によると今後のヘルスケア・ポリシーは以下と記載されている。

- ・医療資格の首長国間での融通性を高める。ドバイとアブダビは提携を開始する。
- ・高齢化対策。DHA にて 20 年間の高齢化対策プログラムが開始された。
- ・医療費の削減。アブダビでは診療費の上限金額を設定したところ手術費が 14.9%、検査費が 24.2%削減された。
- ・医療従事者数を増加する。UAE では 5 年間に医師を 40%以上の増加、HAAD では 1,000 人あたり 1.6 人を 5 年間で 2.3 人に増加。特に不足している救急、新生児、循環器、内科を増加させる。
- ・病院の設立。HAAD は 2021 年には 1,600 床以上の病床が必要であると見込んでいる。
- ・海外へ流出している患者に国内で受診してもらう。DHA が 2,000 人の海外受診者を調べたところ、10%の患者は国内治療の可能性を探ることなく海外での受診をしていた。国内の医療機関の充実や医療機関情報を幅広く提供する事により、これらの患者が国内で受診する可能性が多いにある。

その他、肥満への対策として、食事の改善、運動の推進、喫煙への対策として、禁煙教育の推進、事故への対策として警官による交通安全強化が別途挙げられている。

医療ツーリズムは特にドバイにとっては、重要な政策の一つである。2012 年 DHCC で患者 502,000 人のうち 15%は医療ツーリズムによるものであった。2009 年が 230,100 人の 5%、2010 年が 412,000 人の 10%と比較すると急激に成長している市場である。ドバイでもアブダビでも海外からの患者は増加している。ドバイでは年に 10~15%の増加率である。2012 年の Euromonitor International 社の調査によると、UAE での医療ツーリズム市場は 16 億米ドルであった。DHA では今後も施設の充実、医療従事者の充実、入居期間の招致、規制の緩和、患者への宣伝、患者サービスの向上など、なお一層の拡張に向けて

政策を検討していくとのことである。

## ②医療保険制度

ドバイでは公務員には **Enaya**（アラビア語で「アラーの助け」の意味）と呼ばれる雇用者保険制度が確立していたが、一般企業での医療保険は義務とはなっていなかった。2010年の調査では、4分の3のアジアとアラブ諸国の外国人が医療保険でカバーされていない事が判明し、DHAは段階的に雇用主での保険加入を義務付けることになっている。企業の規模に応じた期限までにDHA許可を受けた、約40社の保険会社の提供する保険に加入する事が求められる。フェーズ毎の導入予定は以下の通りである。加入する保険の最低限の保障範囲が決められている。(DHAによる **Employers Guide to Dubai Health Insurance Law** に準拠する)

フェーズ1：2014年10月末まで	被雇用者1000人以上の企業
フェーズ2：2015年7月末まで	100 - 999人の企業
フェーズ3a：2016年6月末まで	100人未満の会社
フェーズ3b：同上	被雇用者の配偶者と扶養家族
フェーズ3c：同上	家庭内労働者

アブダビではドバイと同様に、雇用主に対して保険加入義務がある **Daman**（首長国立の保険会社）が提供する **Thiqa**（アラビア語で「アラーの助け」の意味）プログラムへの加入もオプションで用意されており、現在、保険での人口カバー率は98%になっている。

他の首長国においては、アブダビで導入されている **Daman** が提供する **Thiqa** プログラムと同じものを順次導入してカバー率向上を目指している。

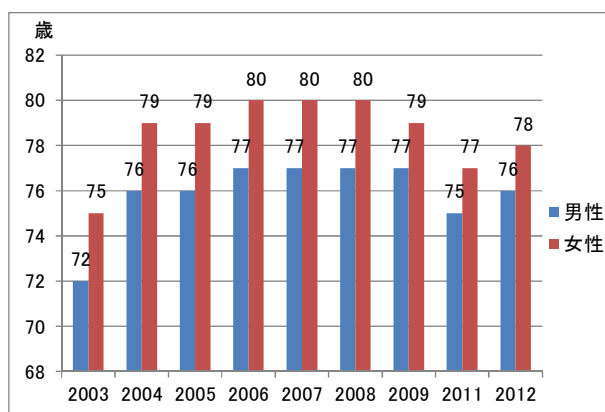
## ③医療供給体制

人口の増加に伴って、特に人口の集中しているドバイとアブダビにおいては、医療施設数も医療従事者数も不足しており、今後の増加が課題になっている。ドバイは都市国家であり地域内での患者の移動にも問題はないが、アブダビは面積も広く砂漠部は都市が点々としている首長国であるので、地域内での患者の移動手段の確保が課題になっている。

## (2) 医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO） World Health Statistics などにに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエーツ作成）

図表 2-7-5 UAE 出生時平均余命



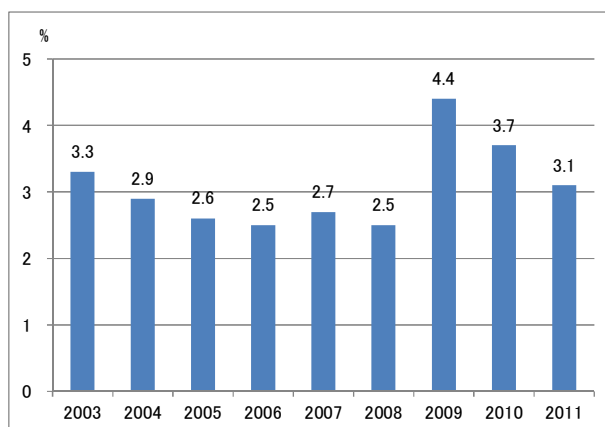
※2010年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

出生時平均余命は、10年間で上昇している。

医療制度の整備、GDPの成長に伴うインフラ整備、生活環境の改善が考えられる。

図表 2-7-6 UAE  
GDPに占める総医療費の割合(%)

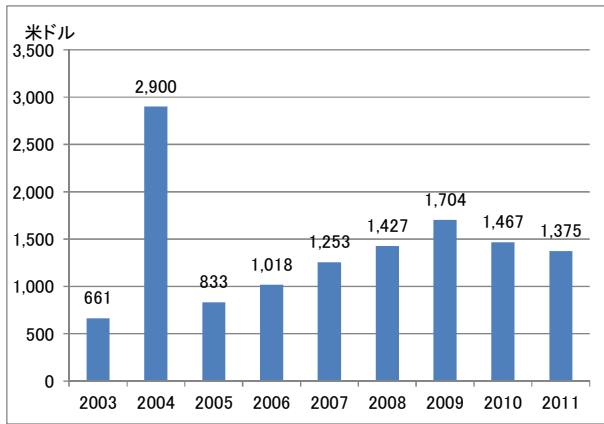


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

GDPに占める総医療費の割合は2009年の世界同時不況の影響によるGDPの低下により急激に上昇したが、その後はGDPの上昇と共に減少している。

図表 2-7-7

UAE 国民 1 人あたりの年間総医療費

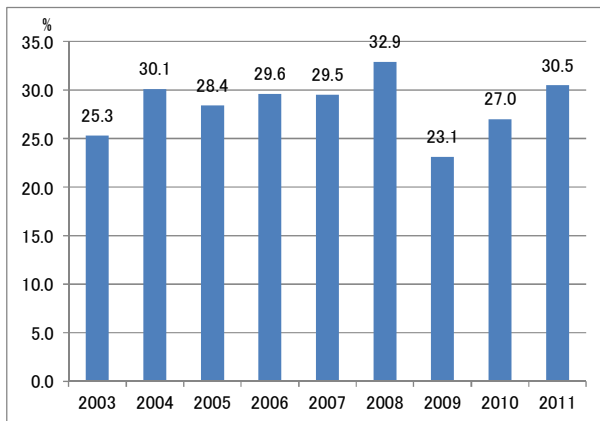


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

国民 1 人あたりの年間総医療費は増加していたが、2009 年以降、近年は減少傾向である。

図表 2-7-8 UAE

総医療費に占める家計負担の割合(%)

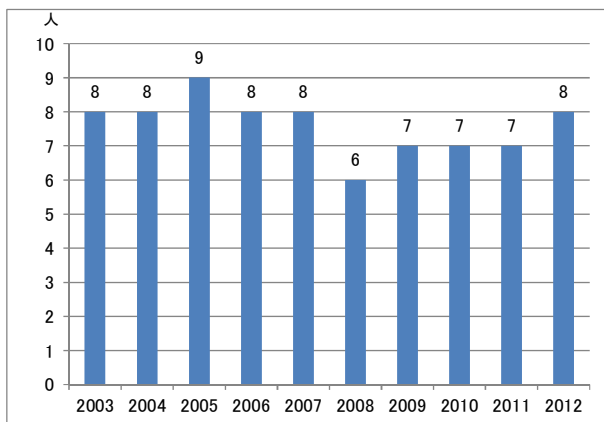


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

総医療費に占める家計負担の割合は年によって変化があるが概ね 30%程度である。世界同時不況が 2009 年であることから、2009 年は家計負担が減少した結果だと考えられる。

図表 2-7-9 UAE

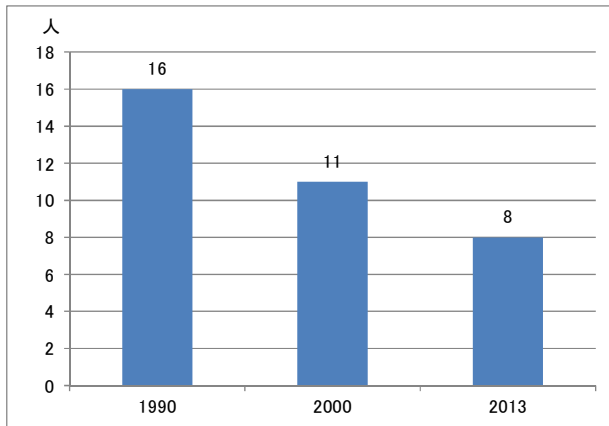
5 歳未満死亡率 (出生 1000 人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

5 歳未満死亡率はここ 10 年ではあまり変化は見られない。1995 年時点では約 14%であったことを考慮すると、次項の妊産婦死亡率の低下と共に母子保健制度の整備が影響していると考えられる。

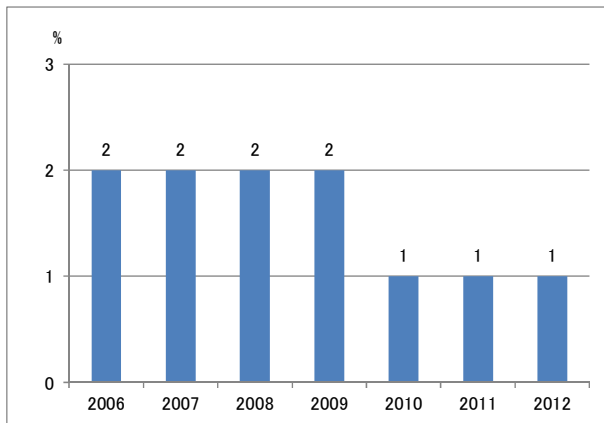
図表 2-7-10 UAE  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

妊産婦死亡率は 1990 年から順調に減少しており、UAE 政府の母子保健制度への継続的な取り組みの成果が伺える。

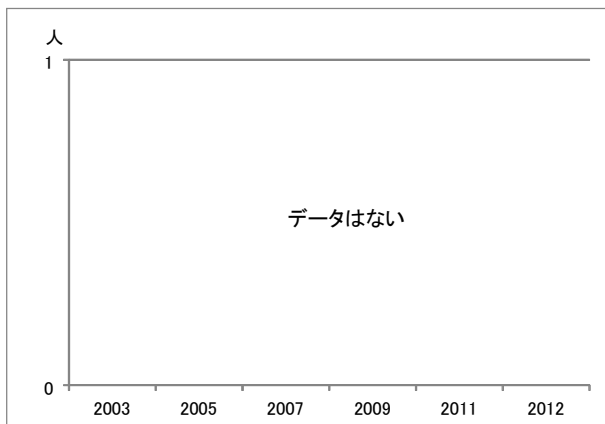
図表 2-7-11  
UAE 高齢化率（60 歳以上）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

UAE の高齢化率はかなり低い。外国人労働者は生産年齢人口に合致していることが一因であると考えられる。

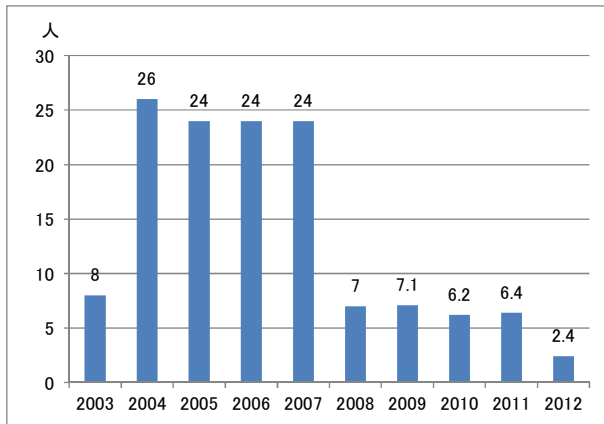
図表 2-7-12 UAE  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

UAE 政府から数値は公表されていないが、Country Cooperation Strategy for WHO and the UAE 2012-2017 によると 2011 年末現在で現在 726 名の患者が生存していると報告されている。2010 年から 2011 年にかけての新しい患者は 93 名であるが、公式発表はあくまでも検査で発見された患者数であるので、実数はこれ以上の潜在患者があると考えるのが妥当であろう。

図表 2-7-13 UAE  
結核罹患率（10万人あたり）



（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

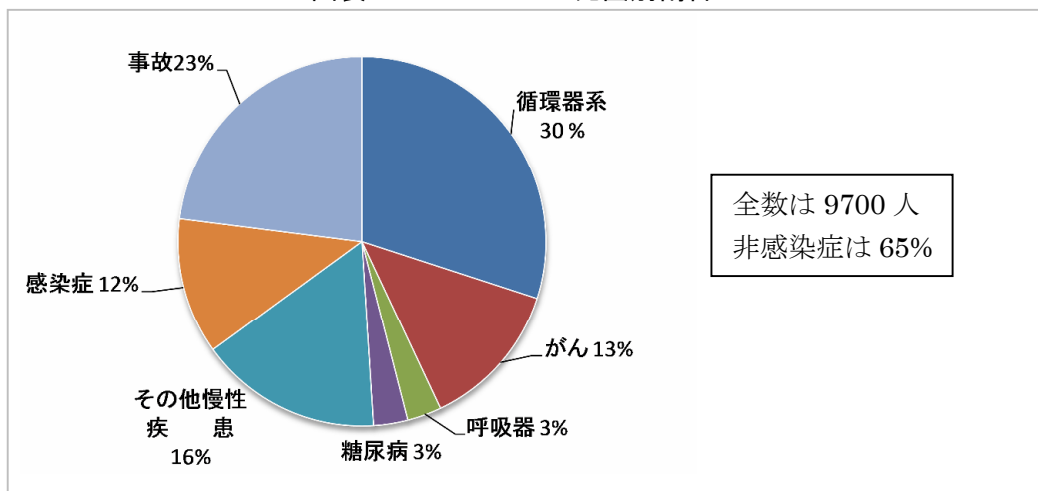
疾病構造が感染症から非感染症へと変遷しているなかで、近年の結核患者数は減少している。2007年から2008年への急激な減少は、2008年に導入された居住ビザ希望者と就労ビザ希望者を対象にした感染症検査の要件を変更したためと考えられる。

UAEの死因は1位：循環器系(30%)、2位：事故(23%)、3位：その他慢性疾患(16%)、4位：悪性新生物（がん）(13%)、5位：感染症(12%)となっている。感染症による死亡は減少し、非感染症による疾病の比率が65%と増加している。他の高所得国における死因と比較すると事故による死因が多いのが特徴的である。

これは、車の利用率は高く、ドバイでは高速道路も整備されており、建設も盛んなため工事現場での事故も多いのではないかと考えられる。高所得国と比較すると高齢化は進んでいないのでアルツハイマー等の認知症は低く、糖尿病が高い。これは、生活習慣病のリスクが大きい生活習慣である上に、糖尿病の予防や治療に関するプログラムが他の国と比較してまだ整備されていないことに起因すると考えられる。

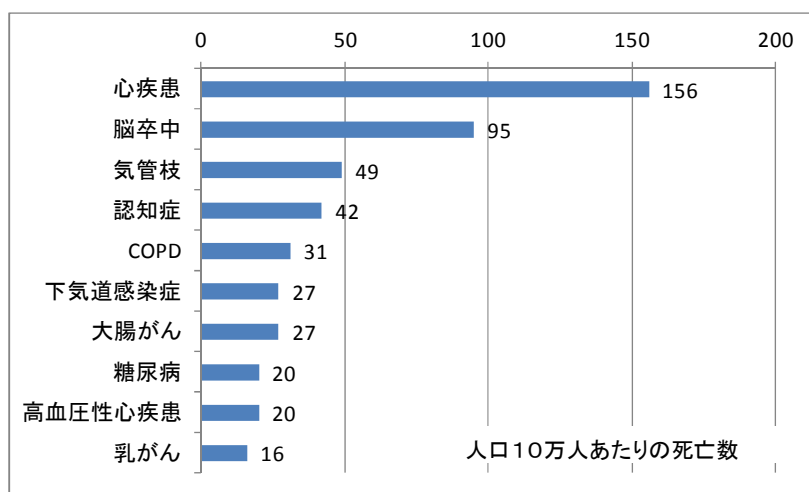
糖尿病に関してドバイでは、糖尿病に関する患者教育や予防プログラムをこれから整備していくという状況である。

図表 2-7-14 UAE 死因別割合



（出所）WHO・Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-7-15 高所得国における死亡原因トップ 10 (2012)



(出所) WHOFactSheet - The top 10 causes of death (May 2014) から  
ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

アブダビの2012年の統計情報によると、悪性新生物（がん）は疾病による死因の第2位であり15%占めている。これはWHOでのUAEのデータと割合が類似している。アブダビでは2012年に新たに1729人の患者が報告されており、うち47%が男性、53%が女性である。また、28%が自国民（アブダビ国民）であり、72%が外国人である。

図表 2-7-16 UAE アブダビにおけるがんの順位

全体(死因)	男性	女性	患者数
1 乳がん	肺がん	乳がん	乳がん
2 肺がん	血液系	大腸がん	血液系
3 血液系	肝がん	胃がん	大腸がん
4 大腸がん	大腸がん	子宮がん	リンパ腫
5 肝がん	胃がん	白血病	甲状腺がん

(出所) AHHA-Cancer Facts & Statistics (2012)からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

患者が主に女性であるにも関わらず患者数でも死因でも第1位を占めている乳がんの患者数はかなり多いことが分かる。男性1位の肺がんは、喫煙との関係が考えられる。患者数で4位、5位となっているリンパ腫、甲状腺がんは比較的予後の良いがんであることから、患者数では上位を占めているものの、死因とはならない場合も多いと推察される。早期発見により予後はかなり良い乳がんが死因で第1位を占めているのは、まだ検診に関する関心が薄く、発見時にはステージが進行してしまっているケースが多いのではないかと考えられる。

感染症では、水痘、マラリア、梅毒が上位3位までに見られる。特に1位の水痘は2位のマラリアの4倍以上の患者数となっている。3位の梅毒はほとんどの患者はドバイであり、

観光やビジネスで外国人や自国民の流入流出が多いこと、経済的に発展していること、様々な文化背景が混在していることが原因となっていると考えられ、他の性感染症についても他の地域より多いと推察される。

図表 2-7-17 UAE 地域毎の感染症患者数 (2010 年)

疾病	合計	Abu Dhabi	West ern	Al Ain	Dubai	Shar jah	Ajman	Umm Al Quwain	RasAl Khaim ah	Fujai rah
水痘	13,906	4,902	398	2,130	3,317	1,388	304		471	684
マラリア	3210	636	175	638	834	731	40	12	101	43
梅毒	2919	34	1	19	2820	13	26	0	0	6
B 型肝炎	1855	462	27	222	959	59	92	4	4	26
C 型肝炎	1367	495	10	163	559	76	28	9	17	10

(出所) MOH-Recorded Communicable Diseases by Medical District 2010 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ③医療機関数

UAE における医療機関数とその推移は以下となっている。データでは提示されていないが、民間のクリニック・ヘルスケアセンターの件数は 2010 年から 2011 年で 500 件以上増加しており、その後も急速に増加していると考えられる。

図表 2-7-18 UAE 医療機関数とその推移

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
病院	公共	34	32	33	33	34	33	33
	民間	51	58	59	53	58	65	74
	合計	85	90	92	86	92	98	107
クリニック・ヘルスケアセンター	公共	197	243	277	271	269	...	...
	民間	2,135	2,057	2,087	2,394	2,927	...	...
	合計	2,332	2,300	2,364	2,665	3,196	...	...

(出所) Health Establishments in the UAE(2013)からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

UAE 国で 70 の公共病院を持ち、うち 15 は連邦政府施設である 160 以上のプライマリクリニックとセンターがあり、10 施設は母子専用である。110 の病院とセンター、クリニックは母子専用ユニットを持っている。これらの施設編成から、2000 年以降の妊産婦死亡率の低減は UAE における母子保健政策への取り組みによるものだと考えられる。

ドバイには公共病院が 4 件、民間病院は 28 件、700 件程度のクリニックがある。



図表 2-7-19 UAE 病床数とその推移

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
病床数	公共	7,607	6,627	7,061	7,035	7,029	7,125	7,223
	民間	2,076	2,549	2,665	2,557	2,556	3,494	3,730
	合計	9,683	9,176	9,726	9,592	9,585	10,619	10,953

(出所) Health Establishments in the UAE(2013)からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

病床数はゆるやかな増加傾向がみられるのみである。2013年の1万人あたりの病床数は人口830万人とするとUAEは13.2床であり、2012年のOECD平均の48.3床のみならず、GCC平均の18.2床も下回っている。UAE政府は医療機関の不足は認識しており、医療ツーリズムのインバウンドの増加とアウトバウンドの減少のためにも、医療機関の数と質の充実に積極的に取り組んでおり、ハーバードやジョンズ・ホプキンス等、有名医療機関との協力も進んでいる。また、建物と設備は公共で建築し、運営管理は民間でというPPP方式で既に経営している病院もある。公的な支出のみに頼るのではなく、民間との連携により速やかに医療機関を開設して行く必要性にも迫られている状況である。

#### ④医療従事者の現状

図表 2-7-20 UAE 医師、看護師数とその推移

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
医師	公共	4,711	5,969	5,159	5,312	5,031	5,251	6,166
	民間	5,412	7,342	6,847	7,440	7,866	7,723	9,921
	合計	10,123	13,311	12,006	12,752	12,897	12,974	16,087
看護師	公共	13,460	15,443	14,091	14,889	14,325	15,253	15,579
	民間	3,876	8,688	7,948	9,473	10,611	15,736	15,540
	合計	17,336	24,131	22,039	24,362	24,936	30,989	31,119

(出所) Health Establishments in the UAE(2013)からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

上記の表は公共医療機関と民間医療機関で業務に携わっている医師と看護師の人数である。現在は医師の80%、看護師の90%は外国人であり短期間での離職も多く、それがまた不足の原因となっている。

2012年のOECDでの人口1万人あたりの医師数は平均32人で、UAEは16人、日本は23人となっている。UAEでの看護師は人口1万人あたり37人で、OECD諸国レベルで考えると最低レベルである。なお日本は105人となっている。

UAE政府も医療従事者の不足についての対策は教育機関を設立して自国の医療従事者を育成することであることは承知しているが、自国での育成は時間も予算も必要となるため、短期的な視点で海外から採用することとしているようである。現在では、公共で2校、民間で数校のメディカルスクールがあり、最大のものはUAE政府によるエミレーツ大学のメ

ディカルスクールである。また看護学校も 2 校あり、医師の卒業後の実習も行える様になっている。しかしながら、これらの教育機関での供給は人口の増加には追いついておらず、国外からの人材に頼らざるを得ないのが現状である。

#### ⑤医療従事者の資格制度

医療従事者の資格については、その認定要件が **Healthcare Professionals Qualification Requirements(2014)** に詳細に記載されている。認定は、保健省、ドバイ保険局、アブダビ保険局それぞれで行っており、1 か所で取得すれば全てに共通で認定されるという訳ではない。ただしドバイとアブダビは既に相互共通化を始めており、UAE 政府は他の首長国もその方向へ向かうことを期待している。

医師は、インターン、レジデント、一般開業医(**General Practitioner**)、スペシャリスト、コンサルタントと 5 種類に分類されている。要件は免許(資格)と、実務経験やその他の要件に分かれており、スペシャリストとコンサルタントは実務経験やその他の要件がさらに 3 階層に分かれて記載されている。この階層については、UAE 以外の各国の免許から UAE の免許への認定要件が記載されている。歯科医師についても同様である。

看護師は、レジスター、アシスタント、スペシャリティ、ナース・プラクティショナーの 4 種類に分類、助産師は、レジスター、アシスタントの 2 種類に分類され、医師と同様に免許と実務経験の要件が記載されている。医師や歯科医師とは違って実務経験の階層は設定されていない。また各国毎に設定された要件もない。

その他の医療職についても看護師と同様であり、職種によってはアシスタント、テクニシャン等の設定がされている場合もある。

医療フリーゾーン内においては、上記の資格やその他の資格について、独自の緩和要件での設定を認められており、フリーゾーン内では自国の免許がそのまま有効な対象国も欧米を中心として多くある。

### 2.7.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

#### ①医薬品

保健省によって価格は規制されており、先発品には国際参照価格が適用される。ジェネリックは先発品より 30%低下した価格となる。国内には 4 社のジェネリック会社があるが、国産のジェネリックの価格は、輸入したジェネリックより安い価格設定となる。現在は、医薬品の過剰な使用、連邦間での連携の欠如、検査設備の不整備などにより、現在は海外企業が中心の市場となっている。

#### ②医療機器

医療機器の管轄は保健省である。輸入が主であり欧米メーカーのシェアが大きい。今後は、医療ツーリズムの促進、人口の増加に伴い、医療機関の設立が必要に迫られていること、また **Dubaiotech** の開設に伴う医療機器の導入が見込まれること、生活習慣病の悪化防止やがんの早期発見のための健康診断の増加が考えられること等から、今後も UAE の市場

成長は続いて行くと考えられる。

#### 2.7.4 対象国が抱える問題点とニーズ

UAE では人口の 60%以上が過体重であり、20% が糖尿病、さらに 18%が予備群であるとされている。14 歳以下の喫煙率が 2005 年の調査では 39%、2010 年の調査では 82.1%と、新たな課題となっている。また、血族婚姻も多いことが、染色体異常、新生児死亡の多い一因であると考えられる。(出所：WHO Country Cooperation Strategy at a glance UAE (May 2013))

UAE 政府では①生活習慣病の増加抑制、②若年層の喫煙率減少、③医療従事者の不足解消、④初期の高齢化対策の必要性、⑤医療ツーリズムのインバウンドの一層の増加、⑥医療ツーリズムでの海外渡航の減少、を現在の課題として挙げている。(出所：UAE Yearbook 2013)

#### 2.7.5 日本の医薬品・医療機器企業による進出可能性

上記で挙げた課題毎に進出の可能性を検討する。

- ①生活習慣病の増加抑制：糖尿病、循環器、肥満対策、がん対策には検診で使用する機器が見込まれる。また自己チェック用の小型医療機器も考えられる。医薬品はこれらの疾病に対する先発薬、またジェネリック医薬品のニーズ増加が見込まれる。
- ②若年層の喫煙率減少：禁煙プログラム、啓蒙活動の導入
- ③医療従事者の不足解消：新規の医療従事者の流入があっても、欧米製品が使い慣れている従事者が多い事には変わりはないであろうが、日本製品を新たに使用してみたいという医療従事者へのアプローチの機会が増えるであろう点は挙げられる。
- ④初期の高齢化対策：認知症患者のケア、その他の医療機器
- ⑤医療ツーリズムのインバウンドの一層の増加：新規医療設備の開設、設備充実のための高度医療機器の導入
- ⑥医療ツーリズムでの海外渡航の減少：同上

上記の課題のうちいくつかは、日本においても課題となっている事と同様である。中東諸国においては低価格だけではなく、高品質な製品を求める傾向があるため、他の地域よりは単なる価格競争のみとはならない市場であるといえる。

ただし、すでに欧米企業により市場は完成されており新規に進出する場合には、方策に注意が必要である。製品自体の性能向上と合わせ、医師や利用者とのコミュニケーションの強化や情報提供、代理店の教育によるアフターサービスの充実などが競争力を向上させる際での課題となる。既に進出している各日系企業では、この様な点において工夫や努力を行っている。

## 2.8 イラン

### 2.8.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制等

イラン・イスラム共和国の面積は 164 万 8,195 平方キロメートルで日本の約 4.4 倍の広さを持つ。首都は北部のテヘランで、行政区画は 31 州に分かれている。イランは世界第 4 位の原油埋蔵量及び世界第 2 位の天然ガス埋蔵量を有する有数の産油国であり石油関連産業が主な産業である。1979 年、ホメイニ師の指導によるイスラム革命により現体制となる。その後、イラン・イラク紛争（1980 年～1988 年）が勃発した。2013 年 8 月からはローハニ師が大統領に就任している。

なお、現大統領の就任時に任命された厚生省の大臣は医療分野、特に国民皆保険の整備に大きな功績を残している。

##### ・経済状況

ローハニ大統領の就任後、イラン情勢は急速に動き出し米国との関係も改善してきている。2011 年 11 月から実施されている金融取引に関する経済制裁は、イラン経済に大きな影響を与えているが、その緩和と解除について期待されている。なお、日本においては、イランとの決済チャネルとして、Special Purpose Account (SPA) がある。これは実質的にイランから日本に送金ができるスキームであり、日本、イラン両国の協議により 2013 年 7 月から整備されている。

##### ・生活水準

WHO での所得水準では低位中所得国 (Lower Middle) に分類されている。

図表 2-8-1 イラン 主要経済指標

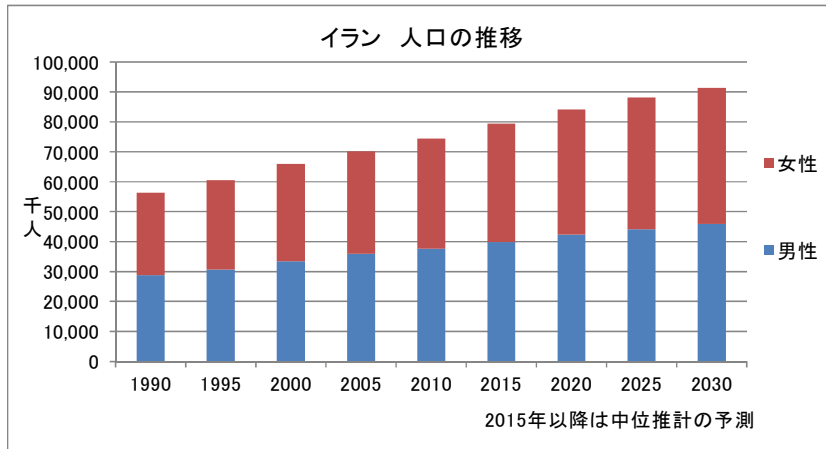
主要経済指標 (2014年推計値)		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	1.5	%
国内総生産(名目)(現地通貨:リヤル)	10,774,572.0	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	402.7	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	16,463.4	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均值)	19.8	%
失業率 対労働力人口比	11.6	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

#### （2）民族、言語・宗教、人口統計

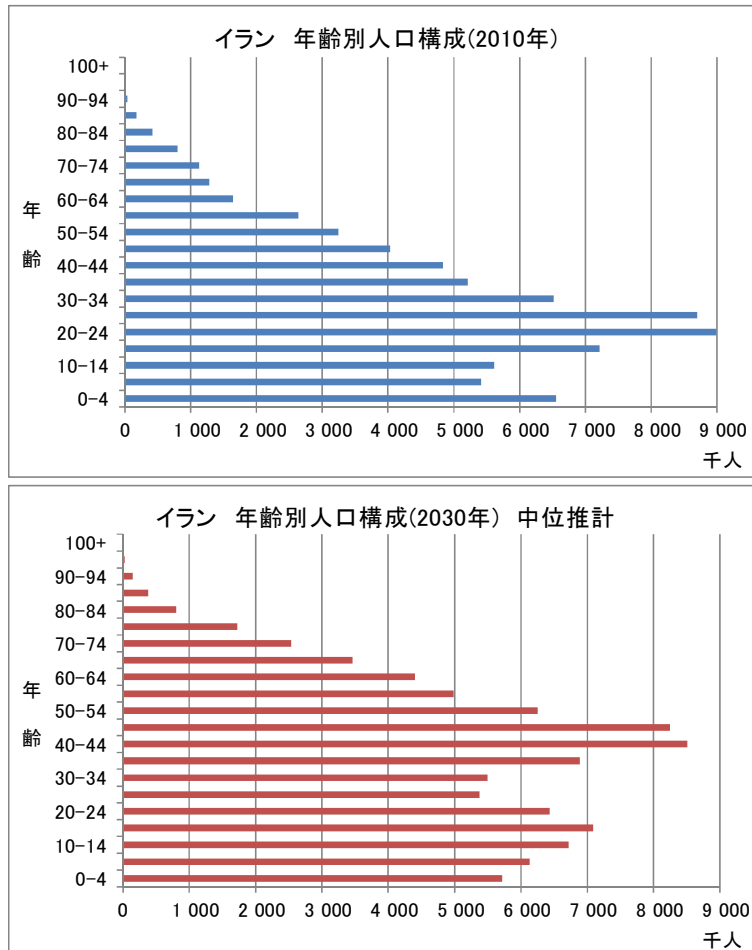
民族はペルシャ人（他にアゼリ系トルコ人、クルド人、アラブ人等）、言語はペルシャ語が公用語であり、その他ではトルコ語、クルド語、アラビア語が使われている。イスラム教が約 90%（主にシーア派）、他にキリスト教、ユダヤ教、ゾロアスター教等が信仰されている。人口の約半数がペルシャ人で、トルコ系、クルド系がそれに続く。イランの人口は約 7,560 万人（出所：世界人口白書 2012）で人口は緩やかに増加を続けている。

図表 2-8-2 イラン 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-8-3 イラン 年齢別人口構成



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

## 2.8.2 基礎的情報（保健・衛生）

### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

イラン政府ではイラン・イスラム共和国憲法に基づいて長期計画に従った経済運営が行われている。1989年に最初の5か年計画が策定され、現在は「第5次経済社会文化開発5か年計画」が2010年3月～2015年3月までを対象として実行されており、医療・保健政策もその一環となっている。

イランにおける、医療・保健に関する担当行政機関は厚生省(Ministry of Health and Medical Education : MOHME)である。

#### ①医療・保健政策

医療保健に関する戦略、施策については以下のものがある。

- ・ Health Sector Policy
- ・ Health Innovation and Science Development Plan by 2025
- ・ Comprehensive Health Sector Road Map
- ・ 5-year Health Development Strategy

このうち、Health Sector Policy が最上位の戦略である。5-year Health Development Strategy については、2014年は第5次計画の最終年度であり、現在第6次の計画に入っている。この計画での大きな2つの課題は、国民の医療費支払い負担の軽減と、特定疾患の予防である。特定疾患とは、循環器系、糖尿病、精神疾患である。

また、Health Innovation and Science Development Plan by 2025 では以下のポリシーが含まれており、それぞれに2階層の戦略が作られている。(出所：イラン厚生省、Iran's Health Innovation and Science Development Plan by 2025 Iranian J Publ Health, Vol. 38, Suppl. 1, 2009, p.13-16)

#### ②医療保険制度

イランの医療保険制度は以下の4種類が設定されている。

- ・ Iran Health Insurance Organization (IHIO)  
政府管轄の保険であり、公務員と地方や遠隔地の居住者を対象にしたもの。  
(人口の46%をカバー)
- ・ Social Security Organization (SSO)  
非政府系の保健であり、民間企業などに勤務する人を対象としたもの。
- ・ Armed Forces Medical Services Insurance Organization (AFMSIO)  
軍人向け保険 (人口の6%をカバー)
- ・ その他 基金や慈善団体が運営する保険 (人口の2%をカバー)  
Iranian Benefit Organization (IBO)、  
Imam Khomeini Imdad Committee Health Insurance

上記2種類の保険で人口の90%をカバーしている。2013年6月には4種類のいずれにも加入していない国民が約800万人いたが(人口の約10%に相当)、これらを Iran Health Insurance Organization に加入させるための対策を行い、2014年末には国民皆保険が実現

した。

未加入者が存在している一方で数百万人は複数の保険に加入しており、それぞれの保険によってカバーされる条件や自己負担割合が異なるため、その都度条件の良い保険を利用している。

加入する保険と診療内容により自己負担割合は違うが、医療保険を使用している全国民の自己負担割合は現在平均で65%である。医療保険制度の充実のため、5年後を目標に50%、最終的には30%以下にまで低減させていきたいという方針である。

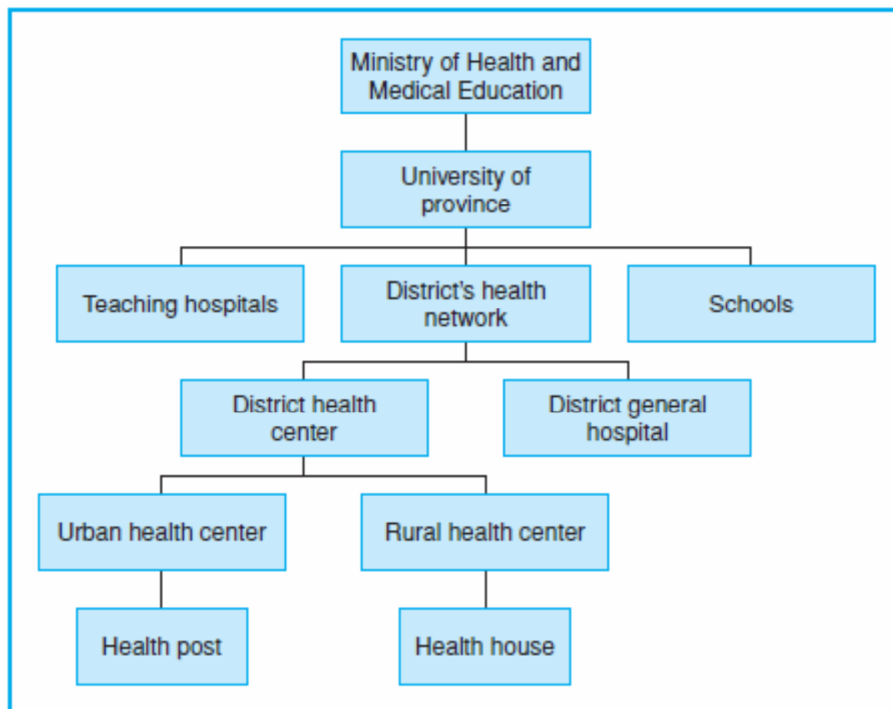
付加価値税 (VAT) は2009年3%から導入され、現在は6%である。今年度は6%から7%に引き上げる予定であったが、8%への引き上げとして、追加の1%については全てヘルスケアの予算とすることが決定された。今年度の引き上げが最終の予定であったが、ヘルスケア関連の予算を増加させる目的で、来年度も1%の引き上げが予定されている。

### ③医療供給体制

イラン厚生省によると、医療サービスの提供は公共部門によるものが約8割で、うち厚生省による割合が62.5%、その他公共部門(軍など)が20.3%、民間部門によるものが17.2%である。(出所: Iran Statistical Year Book(1391-西暦2013年) Health and Treatment)

公共部門では、各州に設けている大学病院が中核機関となっており、各州の大学病院は、治療、公衆保健サービス、学術研究・教育の機能を持っている。その傘下に Local Medical Network があり、National Primary Care Center(2,700~3,000)、Health House が(18,000~20,000)ある。公共部門の病院数は約500である。

図表 2-8-4 イランの医療機関の構造



(出所) Health System in Iran International Medical Community JMAJ, January/February 2009

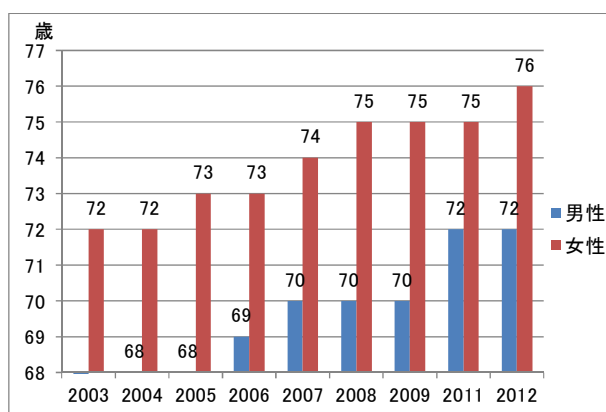
#### ④医療ツーリズム

医療ツーリズムについては、まだ本格的といえる水準ではないが、民間病院にて始まっている。首都テヘラン市内のガンジー病院で、不妊治療、整形外科、臓器移植、インプラントを行っている。患者の誘致先としては、トルコ、アゼルバイジャン、カザフスタンなど、経済協力機構(ECO)加盟国であり、安価な治療費で高い技術が受けられることを競争優位としている。

#### (2) 医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標 (本項のグラフは世界保健機関 (WHO) World Health Statistics などにに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエイツ作成)

図表 2-8-5 イラン 出生時平均余命

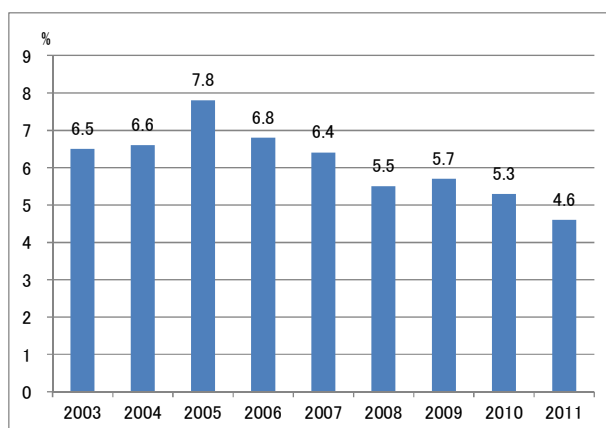


イランにおける出生時平均余命は上昇している。医療環境の整備、生活環境の改善が考えられる。

※2010年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

図表 2-8-6 イラン GDPに占める総医療費の割合(%)

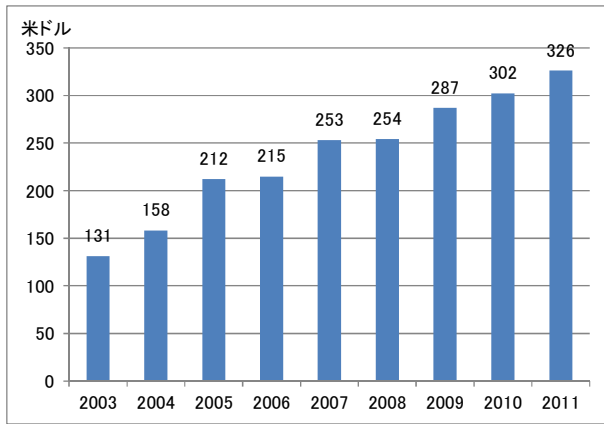


GDPに占める総医療費の割合は減少している。国の医療費抑制政策の効果、GDPの成長が考えられるが、次項の国民1人あたりの年間総医療費は年々増加している背景を考えると、医療費の減少によるものではないと推測される。

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics



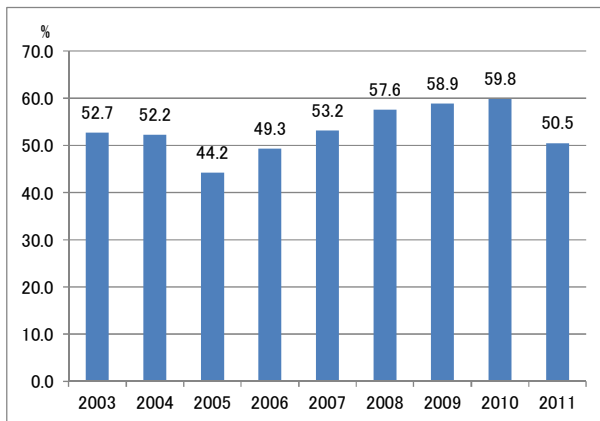
図表 2-8-7 イラン  
国民 1 人あたりの年間総医療費



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

国民 1 人あたりの年間総医療費は年々増加している。10 年間で 2.5 倍に増加している。医療環境が整備されてきたことが一因として考えられる。

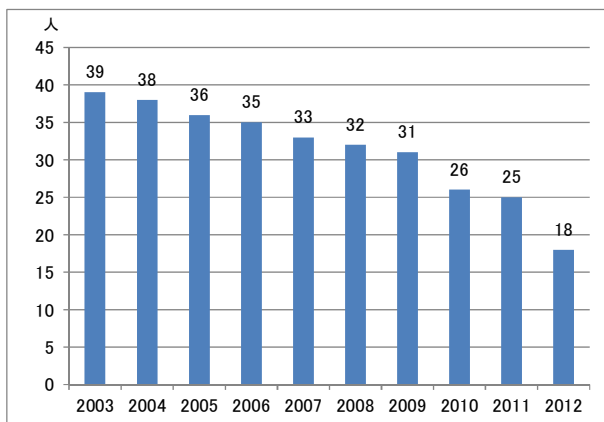
図表 2-8-8 イラン  
総医療費に占める家計負担の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

総医療費に占める家計負担の割合は 2011 年に大きく減少している。医療保険制度の整備により、家計からの負担が公共への負担へと移行しているため、今後も減少が続くと考えられる。

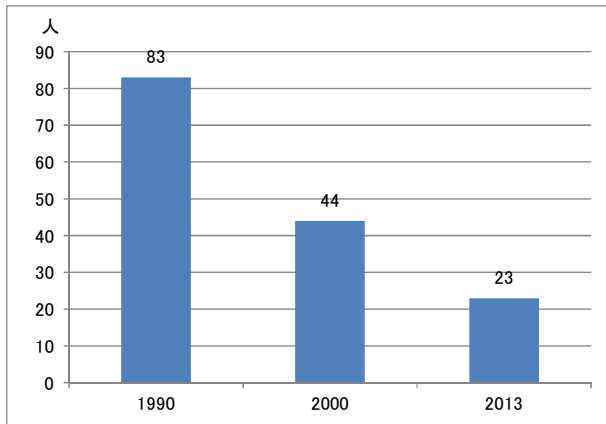
図表 2-8-9 イラン  
5 歳未満死亡率 (出生 1000 人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

5 歳未満死亡率は顕著に減少している。次項の妊産婦死亡率の減少度合いと合わせると、政府による母子保健プログラムが整備されてきたことが一因として考えられる。

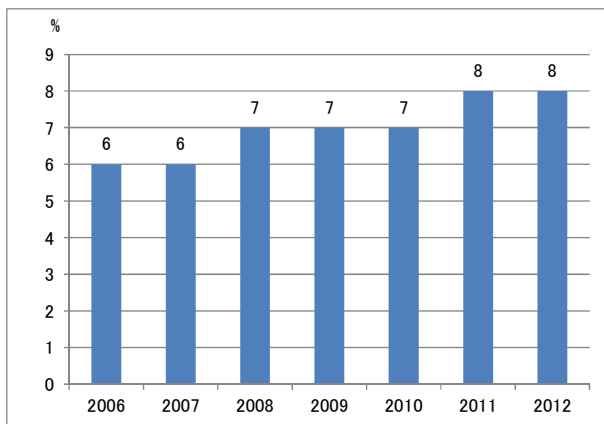
図表 2-8-10 イラン  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

妊産婦死亡率は急激に低下している。母子保健制度への取り組みの成果であると考えられ、高所得国の数値にかなり近づいている。

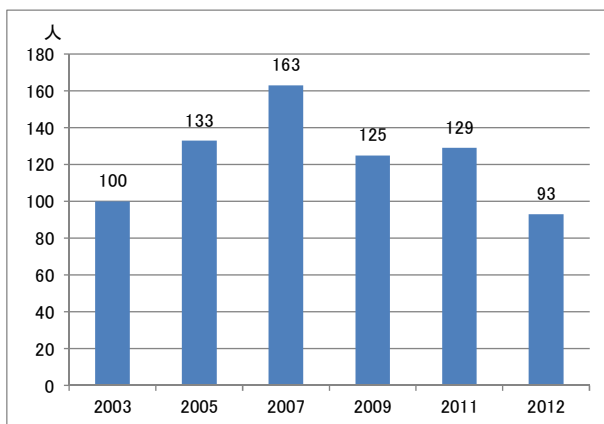
図表 2-8-11  
イラン 高齢化率（60 歳以上）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

イランの高齢化率は低い水準で移行している。

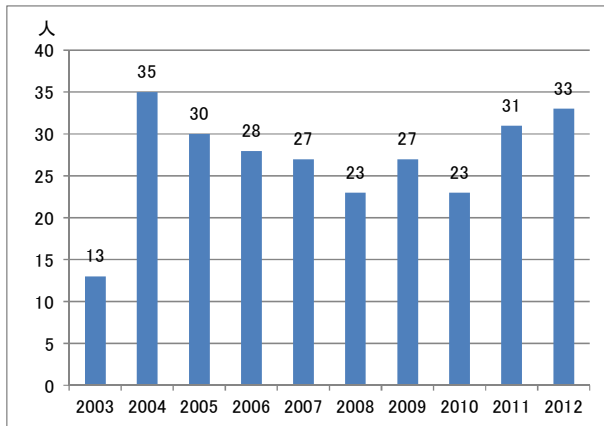
図表 2-8-12 イラン  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

HIV 罹患者数は近年、減少傾向である。

図表 2-8-13 イラン  
結核罹患率（10万人あたり）



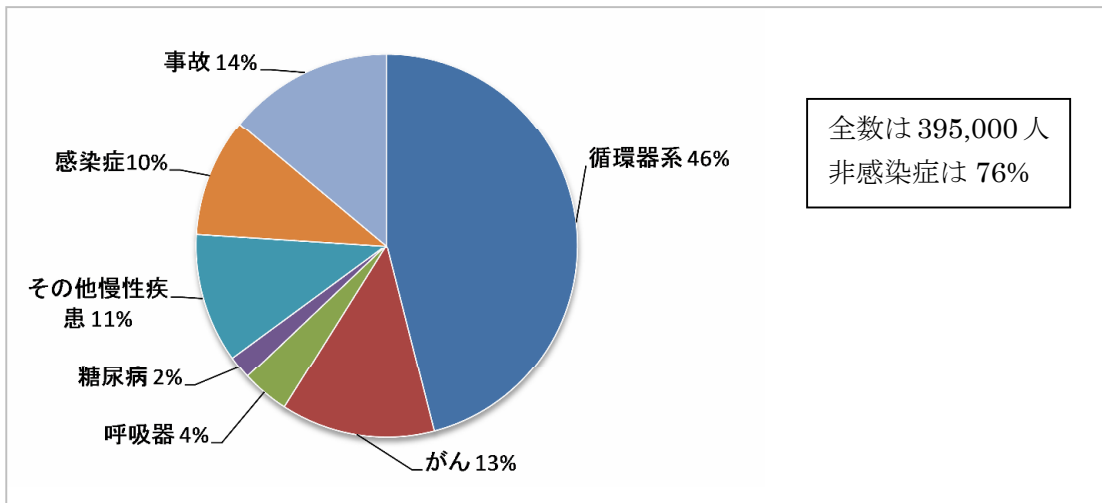
結核患者数は減少していたが、近年はまた増加している。これは日本等の他の国でも見られる現象である。

（出所）世界保健機関（WHO） World Health Statistics

②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

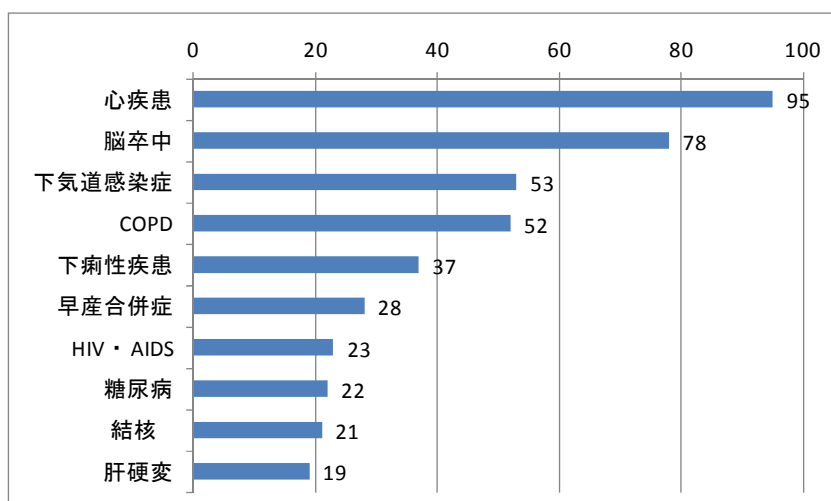
イランにおける主な死因のは非感染症が 76%を占め、1 位：循環器系（46%）、2 位：事故(14%)、3 位：悪性新生物（がん）(13%)、4 位：その他慢性疾患(11%)、5 位：感染症（10%）となっている。疾病における死因の構造は他の低位中所得国と比較して呼吸器疾患の割合が少なくなっている。

図表 2-8-14 イラン 死因別割合



（出所）WHO・Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-8-15 低位中所得国における死亡原因トップ 10 (2012 年)



(出所)WHOFactSheet - The top 10 causes of death (May 2014) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-8-16 イランと日本のがん年齢調整死亡率比較 (100 万人あたり)

順位	イラン (%)	日本 (%)
1	胃がん 16.46	肺がん 21.34
2	乳がん 9.81	胃がん 16.81
3	食道がん 7.27	直腸・大腸がん 14.66
4	肺がん 6.72	肝がん 11.13
5	リンパ腫 6.37	乳がん 10.5

(出所) WHO データ(2010) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

死因 3 位のがんの中では死亡率 1 位は胃がんである。これは、ピロリ菌の除去や検診による早期発見が出来ていないためだと考えられる。また 2 位が乳がんになっていることは、女性での死亡率では 1 位であると考えら、罹患率の高さが推察される。また 3 位に食道がんである事から、胃がんの検診があまり行われていないために、発見時にはステージが進行してしまっているケースが多いのではないかと考えられる。

### ③医療機関数

イラン厚生省によると、現在の公共部門の病床数は 85,000 床であるが、これを 5 年間で 125,000 床まで増加させたいと考えている。増加分 40,000 床の目標達成のために、都市圏では 1,000 床程度の大規模病院の設立を予定しているが、人口が少ない地方では 500 床程度とすることが現実的だと考えているということである。この病床増加分の設立にあたっては、PPP(Public Private Partnership)によって実行する意向もあり、その理由として、民間は一般的に公共部門より効率的に運用ができるため医療費の削減につながること、また行政組織は政策や規制を管理するという本来の目的に特化すべきであると考えている。まだ具体的な手法については構想段階であり、どこまでを公共部門、どこまでを民間部門

が担うかについては検討中である。民間部門の利益として、病床稼働率の 70%分の利益については保証するという事を考えている。現在、この事業にイタリア、トルコ、韓国などが興味を示している様子である。(出所：イラン厚生省へのヒアリングによる)

2013 年度のイラン政府の発表によると、全病床数は 131,140 床、うち厚生省で管轄する病院が 90,033 床、民間が 13,436 床、その他が 27,671 床である。1 万人あたりの病床数は少ない地域では 8.4-12.8 床 (5 州)、多い地域では 21.9 床以上 (2 州) であり、多くの地域は 12.9-17 床、17.4-21.8 床となっている。

また、病院、産科病院、療養所で 850 施設あり、62.5%が厚生省によって管轄されている。医療センターと健康センターは 11,197 施設あり、前年より 3.7%増加した。77.4%が厚生省によって管轄されている。ヘルスホームは 17,714 施設となっている。その他には、5207 軒の検査施設、5337 軒のリハビリテーションセンター、3231 軒の放射線センター、9501 軒の薬局がある。(出所：Iran Statistical Year Book(2013) Health and Treatment)

#### ④医療従事者の現状

イランにおける 2004 年から 2010 年までの医師と看護師の人数変化は、医師が 6 万人から 6.2 万人、看護師が 8.3 万人から 9.8 万人とそれぞれ増加している。

2010 年現在の 7450 万人の人口で考えると 1 万人あたりの医師 8.3 人 (OECD 平均 14 人)、看護師は 1 万人あたり 13.1 人 (OECD 平均 28 人) と両者共に不足状態、特に看護師は深刻な不足状態となっている。(出所：世界保健機関 (WHO) World Health Statistics 2010、Country Cooperation Strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran 2010-2014 p26)

その他、イラン政府から発表されている 2013 年厚生省で雇用している医療従事者数 (全体の約 6 割と考えられる) は、医師：29,914 名、歯科医師：2,988 名、薬剤師：1,317 名 (イランの統計上ではここまですべてを Physician としている)、その他医療職：203,993 名、その他職：112,182 名。その他医療職で最も人数が多いのは、看護師：58763 名である。

人口 1 万人辺りの Physician 数は、少ない地域では 1.1-3.0 人 (4 州)、多い地域では 7.1-9.0 人 (1 州) となっており、大部分の地域は、3.1-5.0 人、5.1-7.0 人の地域に含まれている。医師だけの数を考えるとやはり不足の状態であることが分かる。

(出所：Iran Statistical Year Book(2013) Health and Treatment)

#### ⑤医療従事者の資格制度

イランでは大学の医学部に入学する。大学入試のコンクールで成績が上位でなければ医学部には入学できない。医学部は 7 年制で国内に約 45 校、看護師の養成課程は 4 年間で国内に約 150 校あり、薬剤師は 5 年間、理学療法士は 4 年間のカリキュラムとなっている。

(WHO - World directory of medical schools, Tehran University of Medical Sciences)

なお、2009 年時点において、36 の医学部を含む 41 の公立大学がある。その他、45 校の看護師、助産師、10 校の薬剤師、13 校の歯科医師、22 校の他の医療職、6 校のリハビリテーションの育成機関がある。うち 2 校の医学部については研修プログラムを行う病院を持つ。これらの教育機関は 2009 年以前の 30 年間に設立されたところがほとんどであるが、いくつかはその教育レベルには疑問が残る状況であったとのことである。(出所：Health

### 2.8.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

医薬品と医療機器は厚生省（Ministry of health and Medical Education : MOHME）の医薬食品局（Food and Drug Organization : FDO）が管轄している。経済制裁下にあるイランにおいて、医薬品と医療機器の調達は厚生省の大きな課題となっている。公共部門の一次医療レベルで使用されるものに関しては特に問題はないが、公共部門でもより高度な医療、また民間部門の調達においてはその不足が課題となっている。特に医薬品に関してはモニタリングセンターを設立して（Information Center for Drug Shortages）状況を確認し、不足が予測される場合には警告(Warning of Shortage)を発している。

医薬品購入のガイドラインは既に作成されており、ジェネリック医薬品の使用促進など、医療費抑制の体制が整備されている。医療機器に関しても同様に整備していく予定となっている。

#### ①医薬品

医薬品をイラン国内で販売するためには、Marketing Authorizing Holder (MAH) か License Holder(LH)として認可登録を受ける必要がある。登録後は2段階の審査を受けて4年間のライセンスが発行される。製造業には別途の審査で2年間、輸入業にも別途の審査が設けられている。販売する医薬品の認可登録は同じく2段階の審査を受けて行われる。

現在では89社以上の製薬会社があり、そのうち20社は原薬会社、いくつかはバイオ系の会社である。最大の会社は11.5%のシェアを取っている。また医薬品卸は15社あり、医薬品の輸入免許を持っている企業は約120社ある。ただし、輸入が可能な医薬品はイラン国内で製造されていない物と限られている。全消費量の96%は国内生産で4%が輸入されている。しかしながら、抗がん薬、麻酔薬などの高価値薬は約60%が輸入となっている。

イラン国内で使用可能な医薬品は医薬品評議会(Medicinal Drug Planning Council)が作成している医薬品リストがあり(Iran Drug List=IDL)、国内で使用される医薬品は登録が必要である。ただし、医師が自分の意思により非処方薬として使用する場合はリストに掲載されている必要はない。IDLでは成分名、含有量、形状、コード、その他、登録日が記載されており、医療品関係機関に配布されている。リストは総合表の他に、OTC とオーファンドラッグについては別途抜き出した表が添付されている。公共部門の医薬品の調達は厚生省の Food and Drug Organization(FDO)にて行っている。(出所: Archives of Iranian Medicine, Volume 16, Number 12, December 2013)

図表 2-8-17 イランドラッグリストの一例

Drug Name	Dosage Form	Route of Admin	ATC Code	Description	List Name (原表はペルシャ語)	Date (イラン歴)
Ibuprofen 100mg/ml, 4ml	INJECTION	PARENTERAL	M01AE01		List specific drugs available. Only distributed in hospital pharmacy	1390/06/14
Ibuprofen 200 mg	CAPSULE	ORAL	M01AE01	-	OTC medicines list	
Ibuprofen 200 mg	TABLET	ORAL	M01AE01	-	OTC medicines list	
Ibuprofen 400 mg	CAPSULE, GELATIN COATED	ORAL	M01AE01	-		
Ibuprofen 400 mg	TABLET	ORAL	M01AE01	-		
Ibuprofen 5%	GEL	TOPICAL	M02AA13		OTC medicines list	

(出所) Iran Drug List (2014)からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## ②医療機器

高度医療機器はほとんど輸入であるが、消耗品等は 25%が国内生産されている。

医療機器は経済制裁後に日本メーカーが撤退したので、欧米メーカーのシェアが圧倒的である。中国、韓国メーカーも進出はしているものの、品質面での信頼が低く、低価格とサービス競争で民間部門への参入は比較的あるが、公共部門の調達では価格、品質、アフターサービスを第3者機関の評価を元に相対的に比較して決定しており、価格よりも品質、アフターサービスが重視されるため、その数は少ないとのことである。

公共部門の調達は厚生省の医療機器調達部門である Heyat Omana Arzi (HOA) にて行われる。この部署は、国の方針にしたがって医療機器に関する長期的な導入計画策定を行っており、調達する一つ一つの機器について購入の可否を決定しているわけではない。病院は、自機関の診療収益だけで医療機器が購入できる場合には、HOA にリクエストをださずに購入できるが、病院でも診療収益と政府からの補助金の合計金額を管理しており、もし自機関の診療収益ではまかないきれない高額な機器を調達するのであれば、HOA に申請を行うことになる。

経済制裁は様々な医療機器の稼働に影響を与えている。コバルト 60 の輸入が不可能なため、30 台の放射線治療機のうち 11 台は稼働しておらず、11 台は標準以下レベルでの稼働、8 台のみが正常稼働となっている。PET、サイクロトロン、ガンマナイフ等の輸入もかなり難しくなっており、MRI に使用する液体ヘリウムまでもが影響を受けている。

(出所 : Archives of Iranian Medicine, Volume 16, Number 12, December 2013)

#### 2.8.4 対象国の抱える問題点とニーズ

イランにおけるがんの死亡率を見ると、胃がんが第1位である。胃がんは、ピロリ菌の除去による予防が可能であり、早期発見すれば予後は悪くないがんであり、これらの検査や治療のプログラムを導入する事により減少は可能であると考ええる。2位の乳がんも、検診での早期発見や国民教育の普及により減少は可能である。胃がん、乳がんの死亡率減少については、社会的ニーズも今後の拡大も期待できる分野である。

検診用医療機器、治療用医薬品の導入と同時に、早期発見のために国民教育のプログラムを導入する事で重症化する患者が減少し、最終的には医療費の抑制につながると考える。心臓血管系、糖尿病については生活習慣病と考えられ、喫煙率の低下、食生活の改善、運動の推進が推奨される。こちらも国民教育のプログラミングと同時に生活改善薬、医療機器を提案して行く事は可能であると考ええる。

#### 2.8.5 日本の医薬品・医療機器企業による進出可能性

経済制裁下にあるイランにおいて、進出している日系企業はごく限られており、商社、報道関係等、事業会社でない企業がほとんどである。一度撤退すると、再度法人設立を行うのは新規に設立をするよりも困難であると推察して、多少費用はかかっても現地従業員のみをわずかに雇用して事業を維持している企業もある。経済制裁後、かなりの日系企業が撤退してしまい、完全閉鎖となった企業も多く、経済制裁により債権回収が行えなくなった企業もあるとのことである。

現在でも依然として、特に高度治療用の医薬品、各種の医療機器のニーズはあると考ええるが、経済制裁下における現地進出は難しいのが現実である。この期間にも欧米系の企業はシェアを伸ばしており、再開時は日系企業が連携して取り組む必要があるだろう。特に胃がん、乳がんの死亡率減少については、社会的ニーズも今後の拡大も期待できる分野であり、経済制裁解除後にこの分野での早期進出を行う事により優位性を確立できる可能性は高いと考えられる。

経済制裁中のイランであるが、イラン側では日本製品を輸入したいという要望は強い。医薬品と医療機器は人道支援物資として既に規制の対象外であり、SPA(Special Purpose Account)による日本への送金システムも既に構築されているが、イランでの各方面でのヒアリングによると日本側の銀行が取り扱いに慎重であるために、日系企業としては事業環境が整っていないと認識されているようである。しかしSPAの利用により、代理店を通じた取引の再開を模索している企業はでてきている。また、現地代理店のヒアリングでは、一時縮小していた営業活動を再開するという動きもある。

イランでは医療機関の大規模な増設が今後5年間で予定されており、医薬品、医療機器ともに需要は拡大すると考えられる。日本製品の品質への信頼性は高く、特に公共部門においては価格のみではなく、品質も重視しての調達を行っており、日本企業の強みを生かして競争していける環境である。



## 2.9 カタール

### 2.9.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制等

カタールの面積は、11,427 平方キロメートルと秋田県よりもやや狭い。

歴史的には、1916 年に英国の保護下に入るが、1968 年英国がスエズ以東から軍事撤退を行う旨宣言したことにより、1971 年 9 月 3 日、独立を達成した。

政治は首長制をとり、1995 年無血クーデターにより新首長に即位したハマド首長が自由化・民主化を推進。2003 年 4 月には三権分立を定めた恒久基本法を、国民の信任投票で採択した。2013 年 6 月 25 日、ハマド首長は退位を宣言し、タミーム皇太子が新首長に即位している。これまで、サーニ家を中心とした政権基盤の強化及び円滑な世代交代を行っており、政情は安定している。

なお、カタールは湾岸協力理事会（GCC）の加盟国である。

##### ・経済状況

カタールの国土は狭いものの、原油の埋蔵量/生産量は世界上位にあり、また天然ガス埋蔵量は世界第 3 位、生産量は第 4 位である。特に、LNG 輸出国としては世界最大である。日本にとっても、カタールは最大の LNG 供給国の一つとなっており、カタールとしても日本は LNG の最大の輸出先である<sup>3</sup>。

この LNG の産出が本格的に始まったのは 1996 年からである。それまで LNG が埋蔵されていることは知られていたが、商業化には結びついていなかった。この LNG の開発にあたって日本からの資金面、技術面での支援が大きかったため、この経緯を知る中高年以上の世代は大変親日的である。

図表 2-9-1 カタール 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	6.5	%
国内総生産(名目)(現地通貨:リヤル)	771.7	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	212.0	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	144,426.5	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	3.4	%
失業率 対労働力人口比	—	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

現在の主要産業は石油関連産業であるが、ポスト石油に備えた産業開発、ガス開発、石油化学、化学肥料、製鉄、セメント産業等) 輸出産業育成を行っている。また、教育の充

<sup>3</sup> 「新首長下でのカタールの石油・天然ガス開発の現況と展望」 (独)石油天然ガス・金属鉱物資源機構 2013 年 11 月 [http://oilgas-info.jogmec.go.jp/pdf/5/5021/1311\\_b01\\_hamada\\_qa.pdf](http://oilgas-info.jogmec.go.jp/pdf/5/5021/1311_b01_hamada_qa.pdf)

実、高度な社会福祉制度の見直しを実施している。

経済面では、豊富な石油資源の恩恵で、2014年の名目国内総生産は約2,120億ドル、1人あたり国内総生産が約14万ドルとなっている。この1人あたりGDPは日本の3倍以上である。

なおカタールは2022年のサッカーワールドカップの開催地に決定しており、また中東関連のニュースを中心としたテレビ局のアルジャジーラは、本社がカタールのドーハ市に位置するなど、スポーツ、文化面での存在感を示しつつある。

#### ・生活水準

首都ドーハには、大型のショッピングセンターが複数存在し、テナントに高級ブランドや世界的に知られるアパレルメーカー、カフェチェーンなどが入店している。これら生活者の購買意欲から推測すると、生活水準は十分に高いと考えられる。一方で、首都ドーハ中心部の高層ビル群は街全体のごく一角を占めるのみで、かつ高層ビルの5分の1程度は国家機関（省庁関連）と観察され、幅輳的な産業発展がまだ未熟といえる。

以上のことから、カタール国民の生活水準は、現在は十分に高いが、この20年弱以内のきわめて短期間に急速に発展したものであり、社会基盤などもまだ整備途中であるものと理解される。

また後述するように人口の大部分が外国人労働者であり、この中には高度知的労働者も、単純労働者も両方が含まれるが、そのほとんどは賃金が安い単純労働者であって生活水準はかなり低く、人口の数からみれば低賃金の外国人居住者が大勢を占めているものと思われる。

#### （2）民族、言語・宗教、人口統計

カタールはイスラム教を信仰するアラブ人の民族国家である。公用語はアラビア語であるが、英語がかなり普及している。

カタールの人口は2014年末で2,235,431人<sup>4</sup>と、200万人に届かない規模であるが、きわめて特殊な状況にある。

まず人口増加率を見ると、2005年から2010年の間に2倍以上に急激に増加した。この短期間の人口増加の主要な要因は、インフラ整備のために流入した建設労働者等であった。これらの労働者は、主に南アジア、東南アジア等からの若い男性である<sup>5</sup>。経済成長が継続的に進み、かつ産業構造の多様化が進んでいるため、高度知的労働に従事するも労働者も含め、現在も外国人労働者の流入が続いている。

これら外国人労働者等の要因により、人口の男女比、年齢構成は大きくいびつな状態になっている。

2012年の統計では、男女比では、女性を100としたときの男性の比率が283.7と、圧倒的に男性の割合が大きい。また、年齢構成は若年の生産年齢人口に集中している。

以上のような人口構成に対して、医療ニーズ等は特殊な状況にある。

---

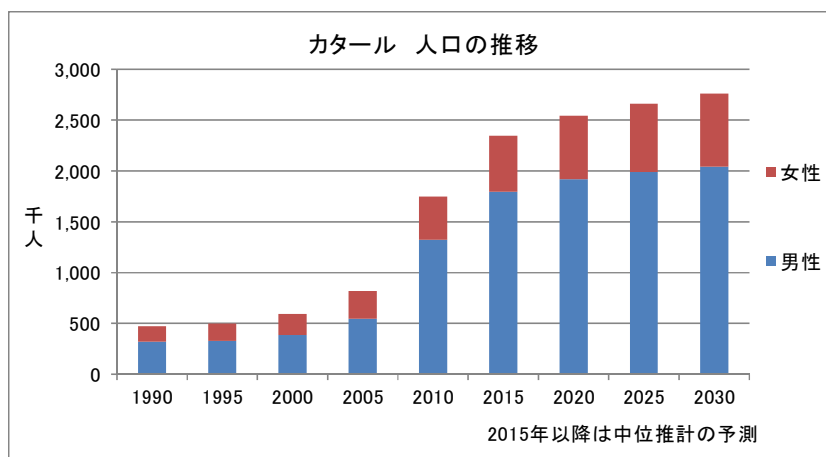
<sup>4</sup> Ministry of Development Planning and Statistics  
<http://www.qsa.gov.qa/eng/populationstructure.htm>

<sup>5</sup> Qatar Health Report 2009 p21

全体的に若年層が多いことから、包括的あるいは長期的な医療サービスは活用されにくくニーズが低い。一方で、男性特有の疾患、または若年層や妊産婦向けの医療サービスへのニーズが高いという傾向がある。

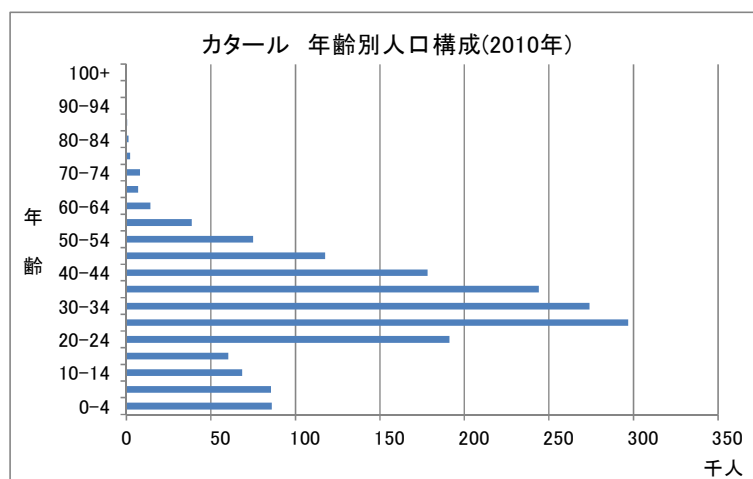
なおカタールでは、安全保障上の理由から、カタール国民のみの人口については公表していない。

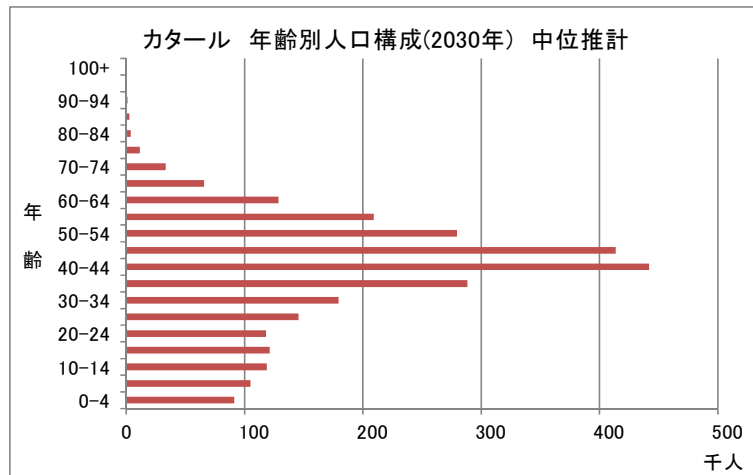
図表 2-9-2 カタール 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

図表 2-9-3 カタール 年齢別人口構成



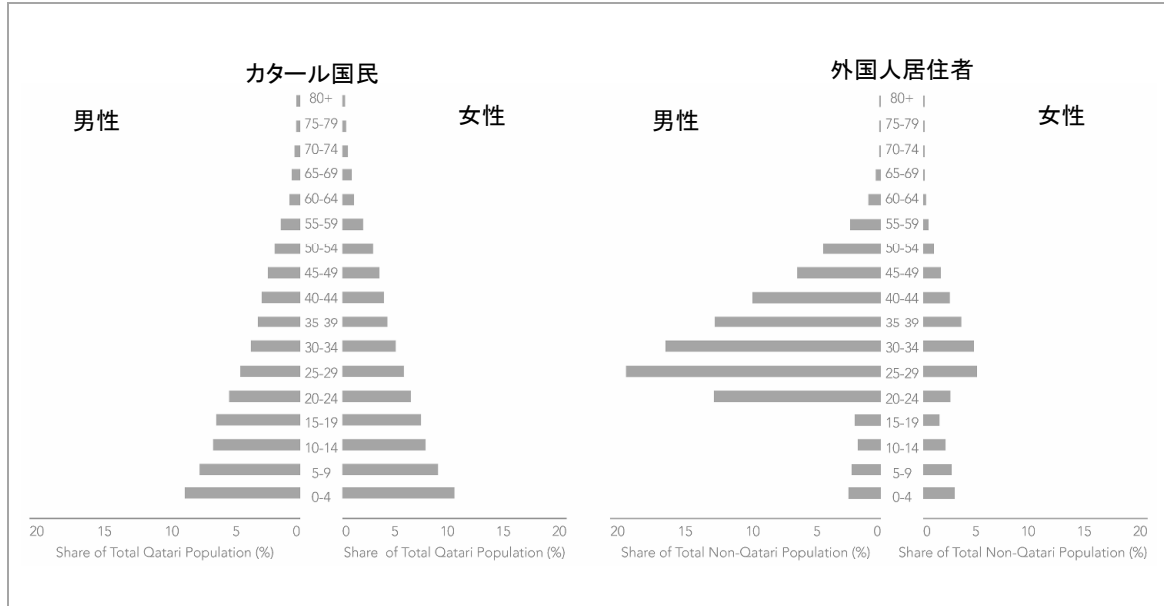


(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

カタール国民と外国人居住者の年齢構成比は、以下のようになっている。男女比は、カタール国民ではほぼ均衡しており、外国人居住者で大きく男性に偏っている。

年齢別構成比は、カタール国民ではピラミッド型であり今後の人口増加が見込まれる。外国人居住者では、労働年齢である20歳から45歳までが大半を占め、その子供世代と思われる10歳以下の子供の数がやや多い傾向にある。

図表 2-9-4 カタール 年齢別人口構成比 (カタール国民、外国人居住者)



(出所) Qatar Health Report 2012, Supreme Council of Health

## 2.9.2 基礎的情報（保健・衛生）

### （1）医療の現状・医療制度・医療提供体制

#### ①医療・保健政策

カタールにおける、医療・保健に関する担当行政機関は最高保健評議会(Supreme Council of Health)である。最高保健評議会は、2009年に厚生省(Ministry of Public Health)からの改組にて設立された。

カタールの医療・保健政策は以下のように行われている。

2008年に「Qatar National Vision 2030」によって国家長期ビジョンが発表された。これに伴い「国家開発戦略(National Development Strategy) 2011 – 2016」が策定され、さらに医療・保健分野で「国家保健戦略(National Health Strategy)2011 – 2016」が策定された。

国家保健戦略では、目標達成のために42のプロジェクトが設定されている。このうちすでに完了しているものもあり、現在稼働中のものは37である。2014年に発表された中間報告では、プロジェクトの進捗率は44%が達成されていると総括されている。

「国家保健戦略 2011 – 2016」では、以下の7つの目標の達成を目指している。

- |                           |
|---------------------------|
| 目標 1 - 総合的な世界クラスの医療制度     |
| 目標 2 - ヘルスケアの統合システム       |
| 目標 3 - 予防医療               |
| 目標 4 - 自国内での専門家の育成        |
| 目標 5 - 国家保健施策             |
| 目標 6 - 効果的かつ安価な料金での医療サービス |
| 目標 7 - 高い品質の研究            |

また、「国家保健戦略 2011 – 2016」に基づき、調査時点では以下の重点施策に関する戦略が実施中、あるいは計画中である。

下記のように、特定疾患を対象としたものでは、「国家がん戦略 2011-2016」、「国家メンタルヘルス戦略 2013 – 2018」が実施中で、今後「口腔衛生戦略」、「糖尿病戦略」が策定される見込みである。

さらに医療施設の強化については、2014年に「ヘルスケア施設マスタープラン(Healthcare Facilities Master Plan) 2013-2033」が策定されている。

#### ■施行中

- |  |
|--|
| 1- 国家がん戦略 (National Cancer Strategy 2011-2016)   |
| 2- カタール国家がん研究戦略 (Qatar National Cancer Research Strategy)  |
| 3- 国家プライマリヘルスケア戦略<br>(National Primary Health Care Strategy 2013-2018)                           |
| 4- 国家研究所に関する統合、標準化戦略<br>(National Laboratory Integration and Standardization Strategy 2013-2018) |

- 5- カタール国家メンタルヘルス戦略  
(Qatar National MENTAL Health Strategy 2013-2018)
- 6- ハマドメディカルセンター アカデミックヘルスシステムイニシアティブ  
(HMC Academic Health System Initiative 2011-2016 Strategy)
- 7- ハマドメディカルセンター 看護戦略  
(HMC Nursing Strategy 2013-2015)
- 8- ヘルスケア施設マスタープラン  
(Healthcare Facility Master Plan 2013-2033)

■ 計画中

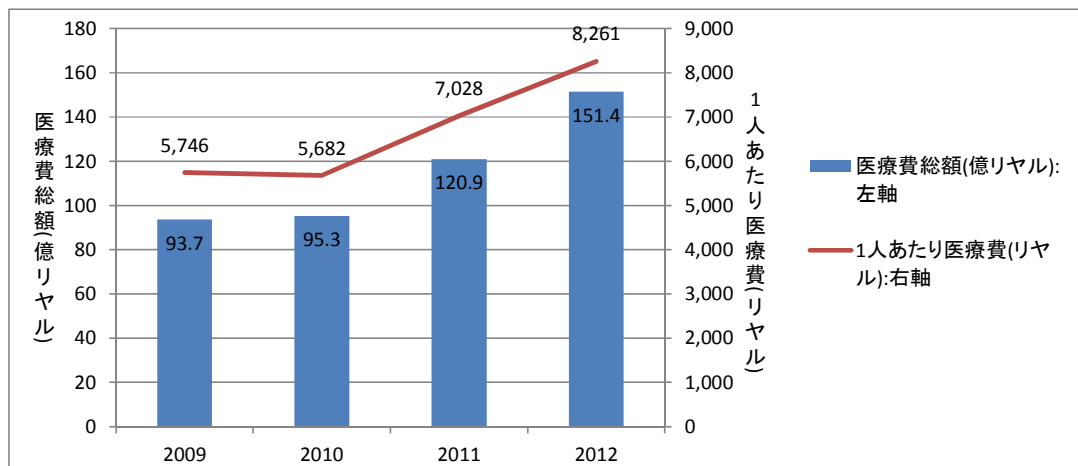
- 1- 口腔衛生戦略 (Oral Health Strategy)
- 2- eヘルスおよびIT戦略 (e-Health and IT Strategy)
- 3- 糖尿病戦略 (Diabetes Strategy)
- 4- 福祉マスタープラン (Welfare Master Plan)
- 5- 公共衛生計画 (Public Health Plan)

なお、医療・保健に関する情報は、2009年以降、最高保健評議会により「カタールヘルスレポート(Qatar Health Report)」が毎年刊行され、まとまった情報が入手可能である。調査時点での最新版は、2014年4月に発行された「カタールヘルスレポート 2012版」である。

②医療費の規模

最高保健評議会が集計する国家保健会計報告(Qatar National Health Accounts Report 2012)では、2012年の年間の医療費総額は151.4億カタールリヤル(41.6億米ドル)であり、医療費総額、1人あたり医療費ともに近年継続的に増加している状況である。

図表 2-9-5 カタール 医療費総額の推移



	2009	2010	2011	2012
医療費総額				
単位:億リヤル	93.7	95.3	120.9	151.4
単位:億米ドル	25.7	26.8	33.2	41.6
1人あたり医療費(リヤル)	5,746	5,682	7,028	8,261

※米ドル換算は掲載年の Qatar National Health Accounts Report の記載どおり  
(出所) Qatar National Health Accounts Report 2009-2010, 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

医療費の財源の 80%が政府からの医療費であり、そのうち大部分が公共病院であるハマドメディカルコーポレーションが負担をしている。

図表 2-9-6 カタール 医療費収入内訳

	億リヤル	億米ドル	比率	
収入内訳				
政府による保健医療支出 (CHE)	94.1	25.9	79.1%	current healthcare expenditure (CHE) came from the Government
保険料	9.4	2.6	7.9%	Voluntary prepayment (made by employers or individuals)
家計による医療費支出	12.9	3.5	10.9%	households accounted
企業による支出	2.4	0.7	2.0%	corporations
合計	118.8	32.6	100.0%	

	億リヤル	億米ドル	比率	
政府による保健医療費 (CHE)負担の内訳				
最高保健評議会(SCH)	17.6	4.8	18.7%	SCH
ハマドメディカルコーポレーション(公共病院)	64.7	17.8	68.8%	Hamad Medical Corporation
プライマリヘルスケアコーポレーション(公共診療所)	9.6	2.6	10.2%	PHCC
関連省庁(内務省、軍病院)	2	0.5	2.0%	Other line ministries (MOI and Armed Forces)
アスパイアゾーン基金(スポーツ関連)	0.3	0.1	0.3%	Aspire Zone Foundation
合計	94.2	25.9	100.0%	

※Qatar National Health Accounts Report の掲載に基づき 1 米ドル=3.69 カタールリエルで算出  
(出所) Qatar National Health Accounts Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

医療費の使い道としては、38%が入院患者向けサービス、35%が外来患者向けサービスに充てられており支出の大部分を占めている。

図表 2-9-7 カタール 医療費支出内訳 (提供サービス、機関別)

	億リヤル	億米ドル	比率	
支出内訳(提供サービス別)				
入院患者向け治療	45.5	12.5	38.3%	Curative inpatient care
外来患者向け治療	40.9	11.2	34.4%	Curative outpatient care
放射線療法など医療関係サービス	14.3	3.9	12.0%	Ancillary services
長期療養、日帰り療養、リハビリ	2.7	0.7	2.3%	Long-term care, day curative care and rehabilitative care
予防医学	0.5	0.1	0.4%	Preventive care
医療関連用品	5.2	1.4	4.3%	Medical goods
政府管理予算、その他	9.7	2.7	8.1%	Governance, administration and other:
合計	118.8	32.6	100.0%	

	億リヤル	億米ドル	比率	
支出内訳(機関別)				
病院	47.5	13.05	40.0%	Hospitals
外来診療機関	31.2	8.57	26.3%	Providers of ambulatory care
放射線療法など医療関係機関	10.9	3.00	9.2%	Providers of ancillary services
医療用品販売事業者	5.2	1.43	4.3%	Retailers and other providers of medical goods
ヘルスケアシステム提供事業者	7.8	2.14	6.5%	Providers of health care system administration and financing
海外での治療	16.0	4.40	13.5%	Rest of the world (TA)
予防ケア提供事業者	0.1	0.03	0.1%	Providers of preventative care
長期入院施設	0.1	0.03	0.1%	Residential long term care facilities
合計	118.8	32.64	100.0%	

※Qatar National Health Accounts Report 2012 の掲載に基づき 1 米ドル=3.69 カタールリエルで算出  
(出所) Qatar National Health Accounts Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ③医療制度

社会医療保健制度は、カタールに居住する市民および外国人の両方に適用される。

2013年6月、健康保険法(Health Insurance Law (No. 7, 2013))が施行され、国家医療保険公社(National Health Insurance Company: NHIC)が設立された<sup>6</sup>。これにより、国家健康保険スキーム (National Health Insurance Scheme: SEHA)を国民皆保険制度として運営している。

フェーズ1は2013年にカタール国民の12歳以上の女性を対象に産婦人科を範囲とする段階から開始され、フェーズ2として2014年4月からはすべてのカタール国民向けに医療全般が適用されることになった。2016年までには外国人居住者を含めた全員をカバーする計画である。

医療保険の対象となる病院は国家医療保険公社が認定しており、公共病院、基準を満たした民間病院が含まれる。海外の医療機関は対象としない。

国家健康保険スキーム(SEHA)では、カタール国民の医療費は全額政府が負担する。保険番号はカタール国民カード番号と同じであり、特に保険用の登録をすることなく、医療機関で手続きを行える。負担する医療費の上限はないが、対象となる医療行為を指定しており、美容外科などは対象外となる。

<sup>6</sup> National Health Insurance Company ホームページ <http://www.nhic.qa/indexen.html>



外国人居住者の保険料率については、まだ検討段階であるが、年齢や患者の自己負担額の希望によって複数の選択肢を提供できるように計画している。被保険者にはカードが配布される。また保険料は、勤務する企業が保険料を負担する計画である。この雇用主負担分は雇用者に転嫁できない<sup>7</sup>。

#### ④医療提供体制

カタールの医療機関は、統計上、公共機関(Public)、準公共機関(Semi-Public)、民間機関(Private)の3種類に分類される。

一応、プライマリーヘルスケアセンターが初期診療、慢性疾患対応を行い、病院を2次、3次拠点として位置づけているが、まだ病院の数が少ないこともあり、初診からどの医療機関を受診しても良い。

しかし患者は大病院を信頼し好む傾向にあるため、大病院に患者が集中しており、混雑が激しい。そのため、政府の意向としては、今後はプライマリーヘルスケアセンターの利用を促進するとのことである。

なおカタールにおいては、公共病院が病院の半分以上を占めており、また予算の面からも民間より余裕があることから、公共病院への信頼が厚い傾向がある。

さらに、カタールにおいて特徴的な病院の仕組みが2点ある。まず、宗教上の配慮から、医療スタッフもすべて女性とした、女性専用病院が存在することである。同じ理由から一般的な総合病院においても待合室、診察室は男性、女性が分かれている。

もうひとつは、出稼ぎ外国人向け(Single Male Laborer : SML)の医療機関が存在することである(カタール赤新月社のプライマリーケアセンターなど)。これは人口の圧倒的な部分を占める外国人居住者を対象としたものである。一般の病院では高齢の患者が多く成人病などの診察が多いと推察されるが、外国人労働者は若く、罹患しやすい疾病が異なっている。そのため出稼ぎ外国人に多い疾病について対応することを目指したものである。

#### ・公共機関

カタールでは従来から、政府が出資する2つの医療組織によって医療サービスが提供されてきた。

1979年に設立された総合病院のハマドメディカルコーポレーション(The Hamad Medical Corporation : HMC)と、設立時には独立組織であったプライマリーヘルスケアを提供する、プライマリーヘルスケアコーポレーション(Primary Health Care Corporation : PHCC)である。これらの2つの組織は、経営状況等について最高保健評議会への報告義務がある。ハマドメディカルコーポレーションについては、2009年以降年次報告書を公開している<sup>8</sup>。

2014年時点で、ハマドメディカルコーポレーションは9つの医療機関を、プライマリーヘルスケアコーポレーションは21のケアセンターを運営している。

このほかの公的機関が運営する医療機関には、カタール国営石油会社(Qatar Petroleum :

<sup>7</sup> 「カタール国民健康保険スキームに関する最新情報：実施規定」(独)日本貿易振興機構 2014年1月

<sup>8</sup> The Hamad Medical Corporation (HMC) 年次報告書

[http://www.hamad.qa/en/press/about\\_hmc/annual\\_reports/annual\\_reports.aspx](http://www.hamad.qa/en/press/about_hmc/annual_reports/annual_reports.aspx)

QP)、カタール空軍(Qatar Armed Forces : QAF)、内務省(Ministry of Interior : MoI)があり、これらの機関は職員を対象に医療サービスを提供している。

・準公共機関(非営利組織)

準公共の医療機関には、カタール整形外科スポーツ医学病院(Qatar Orthopaedic and Sports Medicine Hospital : Aspetar)、シドラ医療研究センター(Sidra Medical and Research Center)、カタール赤新月社(Qatar Red Crescent Society : QRCS)が該当する。これらは非営利組織として運営されている。

・民間機関

民間病院としては Al Ahli Hospital、American Hospital、Doha Clinic、Al Emadi Hospital が挙げられるが、そのほか約 200 程度の診療所がある。

また、上記の運営主体による分類のほか、今後医療機関の拡充を図っていくために、医療機関の種別を以下の 9 種類に分類し、新設する医療機関の標準形を定めている。

図表 2-9-8 カタール 医療機関の分類

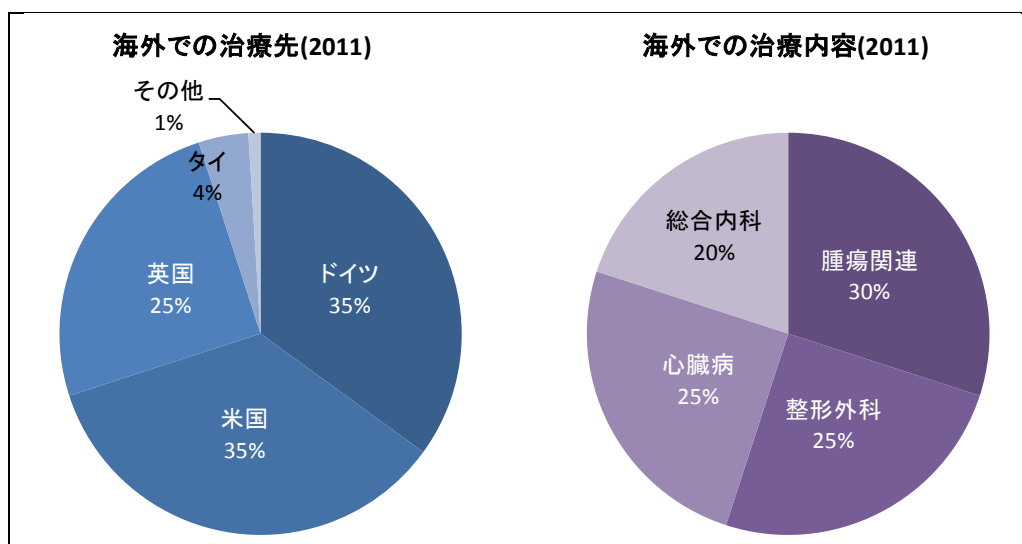
分類	日本語訳	機能
Clinic	クリニック	1 次、2 次診療に対応し、救急対応は行わない。地域における医療アクセスを確保し、疾病予防などの活動を行う。放射線技師が不要な超音波診断、生理学検査を行うことができる。
Health Center	ヘルスセンター	2 種類以上の診療科を備えたもので、基本的な条件は clinic に準じる。薬局を併設する場合もある。救急対応は行わない。
Health and Wellness Center	ヘルス&ウェルネスセンター	Health Center の機能に、ジム、スパなどの温浴施設、健康的なレシピを教える料理教室など健康増進施設を併設したもの。
Diagnostic and Treatment Center	診断治療センター	外来専用で、救急患者の受け入れを行うが、救急医療での外科手術は行わない。必要な場合には近隣の病院に患者を転送する機能を持つ。なお、当面設置の予定はない。
General Hospital	総合病院	外来、入院の両方の機能を持ち、また複数の診療科を設置する 24 時間体制の病院。医療、外科手術を行い、高い水準の医療を提供する。集中治療室があり、救急対応も行う。
Specialized Hospital	専門病院	General Hospital と同程度の水準の機能を備えるが、1~2 つの診療科のみの病院(例：がん、女性・小児のみを対象)。救急対応は行わない。
Long Term Care Facility	長期療養施設	主として入院施設であるが、外来でリハビリや慢性疾患への対応を行うことができる。
Diagnostic Center	診断センター	画像診断や検査を提供する施設で、放射線科医などが責任者となる。この施設では医師の常駐を必要としない。
Pharmacy	薬局	有資格の薬剤師が責任者となる施設。包装や瓶詰などを行うことができる。

(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ⑤海外での治療

カタール国内で提供できない種類の2次、3次医療については、カタール国民は政府が指定した海外の医療機関で受診することができる。渡航先はドイツ、米国、英国で全体の9割を占めている。

図表 2-9-9 カタール 海外での治療の渡航先



(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

しかし図表 2-9-7 カタール 医療費支出内訳 (提供サービス、機関別)にもあるように、海外での治療が医療費支出の13.5%を占めており、海外での医療費負担は大きい。そのため、国家保健戦略の中で「プロジェクト 6.2-海外での受診の管理」を挙げて、国内の医療体制を整え、海外の受診件数を低減させることによって、医療費負担の適正化を図っていく方針である。

特に従来は臓器移植については海外に頼らざるを得なかったが、国内での臓器提供を促進し症例を増加させたことで、2012年には全体の6割まで国内で対応できるようになるなど、国内での医療体制整備は効果を上げている。

図表 2-9-10 カタール 臓器移植件数

	2008	2012
カタール国内での手術	1 (3%)	18 (60%)
海外での手術	29 (97%)	12 (40%)
合計	30 (100%)	30 (100%)

(出所) Supreme Council of Health ANNUAL REPORT 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## (2) 医療・保健分野の基礎的指標

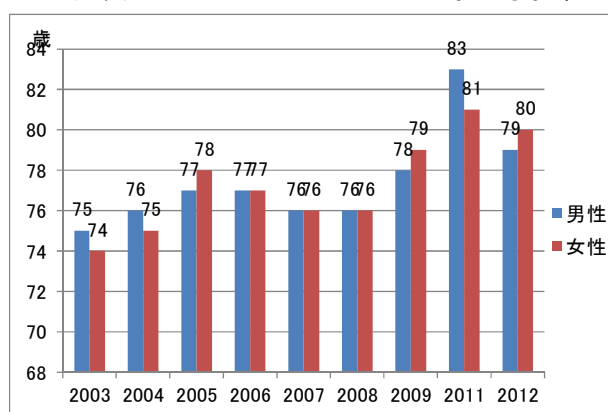
①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO） World Health Statistics などにに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエーツ作成）

カタールでは、概して死亡率、罹患率などは改善されている傾向にある。これは、総医療費の向上からも推測されるように、病院制度などが順次整備され、医療、衛生に関する環境が向上してきたことが要因になっているものと思われる。

妊産婦死亡率などかなり成績が良い指標もあるが、一方で結核は GCC 平均、OECD 平均に届いていない指標があるなど、指標によって状況は異なっている。

また高齢化率については、カタール国民に若年層が多く、また外国人居住者も生産年齢人口がほとんどであることから、数値はかなり低くなっている。

図表 2-9-11 カタール 出生時平均余命



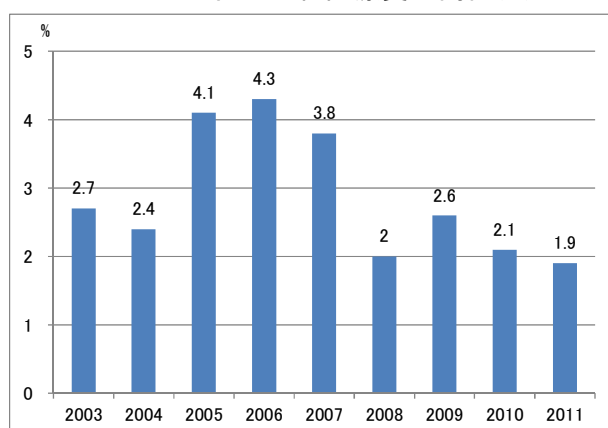
※2010年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

出生時平均余命はこの10年で上昇している。これは、医療制度がこの10年で整備されたことが影響していると思われる。

なお、カタールヘルスレポート2012によれば、人口全体の平均余命は78.3歳、男性が77.4歳、女性が79.2歳である。また、平均余命は1991年から3.7%、2001年から1.8%上昇していると分析されている。

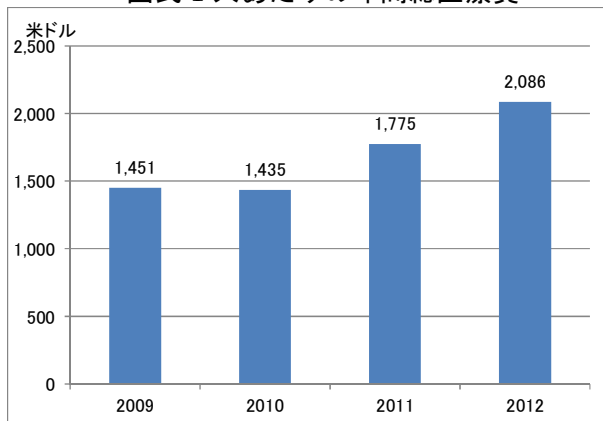
図表 2-9-12 カタール  
GDPに占める総医療費の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

GDPに占める総医療費の割合は低下の傾向にある。しかし、これはGDPの成長によるものであり、医療費金額については、近年増加している。総医療費の金額については、図表2-9-5 カタール医療費総額の推移に記載している。

図表 2-9-13 カタール  
国民 1 人あたりの年間総医療費

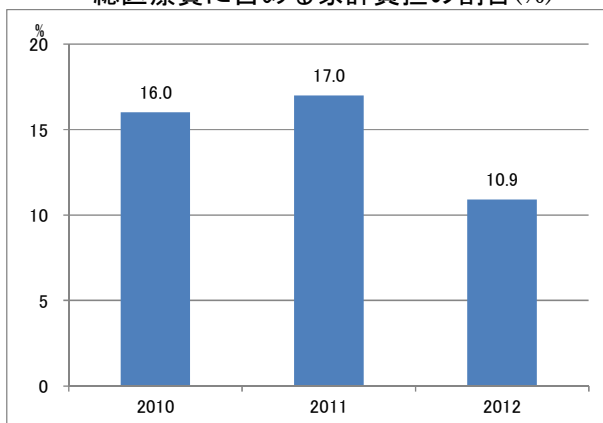


(出所) Qatar National Health Accounts Report 2009-10, 2011, 2012

国民 1 人あたりの年間医療費は近年増加の傾向にある。これは、図表 2-9-5 カタール 医療費総額の推移 の掲載データと同じデータである。

なお、カタールヘルスレポートのデータを採用しているため、2008 年より以前のデータはない。

図表 2-9-14 カタール  
総医療費に占める家計負担の割合(%)

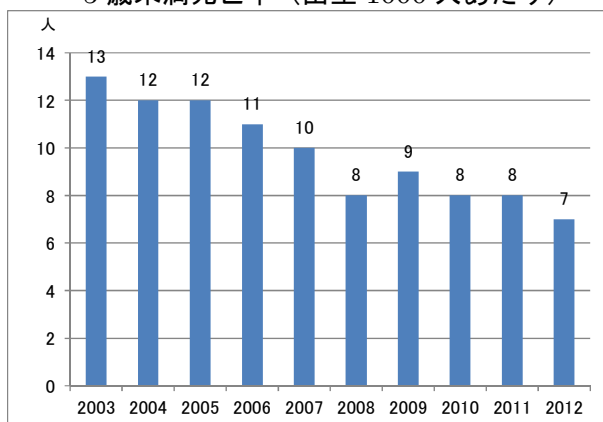


(出所) Qatar National Health Accounts Report 2009-10, 2011, 2012

総医療費に占める家計負担の割合については減少傾向である。2012 年の家計費負担の金額については、図表 2-9-6 カタール 医療費収入内訳 に記載している。

なお、カタールヘルスレポートのデータを採用しているため、2009 年より以前のデータはない。

図表 2-9-15 カタール  
5 歳未満死亡率 (出生 1000 人あたり)

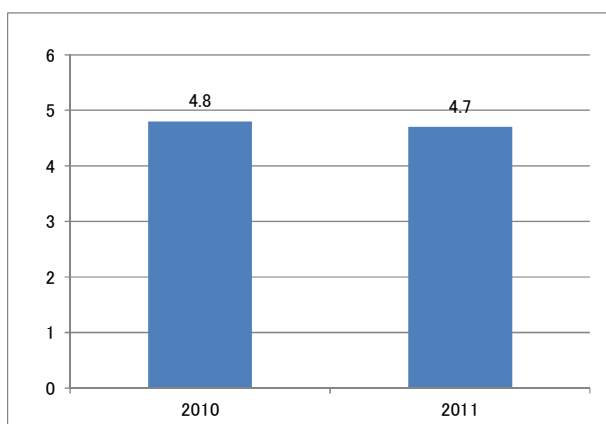


(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

5 歳未満死亡率は、この 10 年で約半減している。

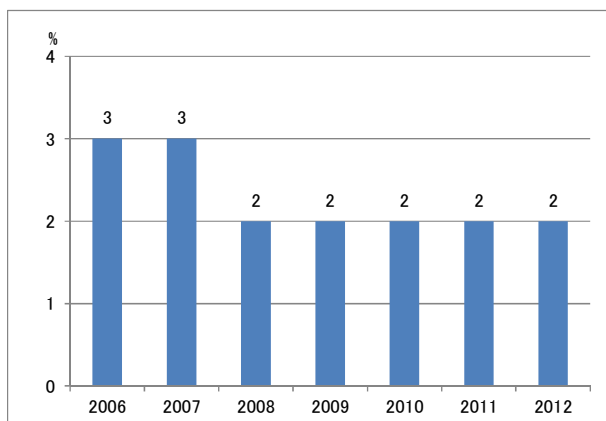
カタールヘルスレポート 2012 によれば、2012 年の 5 歳未満死亡率は 8.8 人(10 年前から 14% 減)、新生児死亡率は 4.3 人(同 12% 減)、乳児死亡率は 6.9 人(22% 減)となっている。

図表 2-9-16 カタール  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



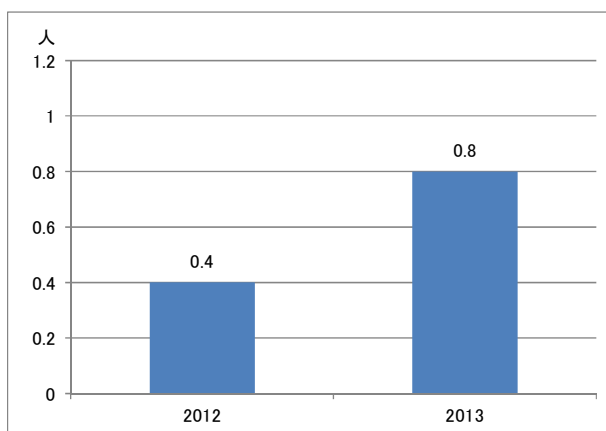
(出所) Qatar Health Report 2011, 2012

図表 2-9-17 カタール 高齢化率（60 歳以上）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

図表 2-9-18 カタール  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



(出所) Qatar Health Report 2011, 2012

妊産婦死亡率はかなり低いといえる。

カタール国民の人口が 40 万人弱であることから、年間の死亡者数は数人以下と推測される。

カタールヘルスレポート 2011 によれば、カタール国民での死亡率は、記載上 0.0、外国人居住者の死亡率が 7.7 との記載になっている。

なお、カタールヘルスレポートのデータを採用しているため、2009 年より以前のデータはない。

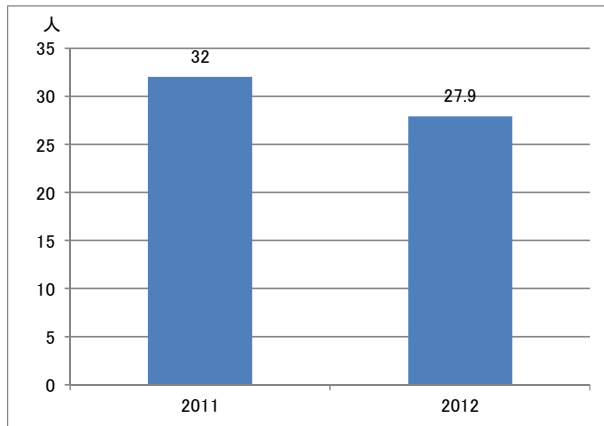
カタール国民の人口ピラミッドを見ると高齢者が少なく、また外国人居住者が生産年齢人口にあたっていることから、高齢化率はかなり低くなっている。

HIV 罹患者数はかなり低いものの、2012 年は前年の 2 倍となっている。

図表 2-9-25 特定感染症の状況の再掲である。

なお、カタールヘルスレポートのデータを採用しているため、2010 年より以前のデータはない。

図表 2-9-19 カタール  
結核罹患率 (10 万人あたり)



(出所) Qatar Health Report 2011, 2012

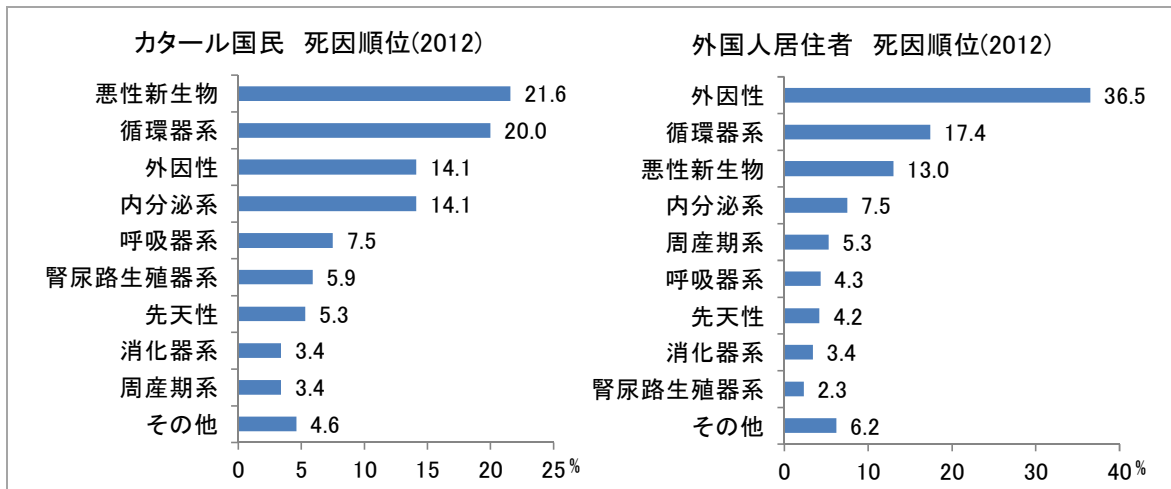
2012 年の 10 万人あたり結核罹患率は 27.9 人である。カタールヘルスレポート 2011 によれば、GCC 加盟国平均が 26.7 人であることと比較すると、まだカタールの罹患率はやや高いといえる。図表 2-9-25 特定感染症の状況の再掲である。なお、カタールヘルスレポートのデータを採用しているため、2010 年より以前のデータはない。

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

### ・主要死亡要因

死因については、カタール国民と外国人居住者では、その属性から状況が異なっている。

図表 2-9-20 カタール 死因順位



(出所) Qatar Health Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

まずカタール国民であるが、悪性新生物（がん）による死因が第 1 位である。疾患に関する戦略の中で「国家がん戦略」が最初に策定された背景には、このような理由があると思われる。次いで内因性の要因としては、循環器系、内分泌系が続く。

経年による傾向としては、人口構成の変化や保健医療システムの向上により、伝染性の疾病の比率が減少し、非伝染性の疾病の比率が増加している。

一方、非カタール市民については、事故、怪我といった外因性の要因による死因が最も高い。これは、若い外国人労働者の比率が高いことが要因と推測される。逆に成人病に関する死因は比較的低い。

## ・疾病構造

「カタールヘルスレポート」では、最初の刊行である 2009 年版から、疾病を非感染性疾患と感染症に分けており、その上で重点的に取り上げている疾病として、心血管疾患(CVD)、がん、糖尿病について毎年報告を行っている。

### 1) 非感染性疾患

#### 1)-1 心血管疾患(CVD)

カタールにおいて心血管疾患の罹患率は明らかになっていないが、死因に占める割合は 10%を超えている。この疾患への取り組みに重点をおいているのは、生活習慣などのリスク要因を改善することによって発症の予防が可能だからである。国家保健戦略においても、「プロジェクト 3-2 栄養と運動」「プロジェクト 3-3 禁煙」、「プロジェクト 3-6 国家検診プログラム」の中で、予防活動への取り組みを行っている。

図表 2-9-21 心血管疾患症例件数と死因に占める割合

	男性	女性	合計	死因における割合
合計	168.0	69.0	237.0	12.2
カタール国民	53	35	88	13.0
外国人居住者	115	34	149	11.7

(出所) Qatar Health Report 2011 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### 1)-2 悪性新生物 (がん)

2012 年のがんの罹患率は人口動態を反映して、カタール国民と外国人居住者では異なっている。1 万人あたりの発症率は以下のとおり、やや増加傾向にある。カタールヘルスレポートでは、この増加の背景には、早期受診を促進していることによる発見率の向上も要因になっていると分析している。

	2011 <sup>9</sup>	2012 <sup>10</sup>
カタール国民	10.0	10.8
外国人居住者	5.1	6.5

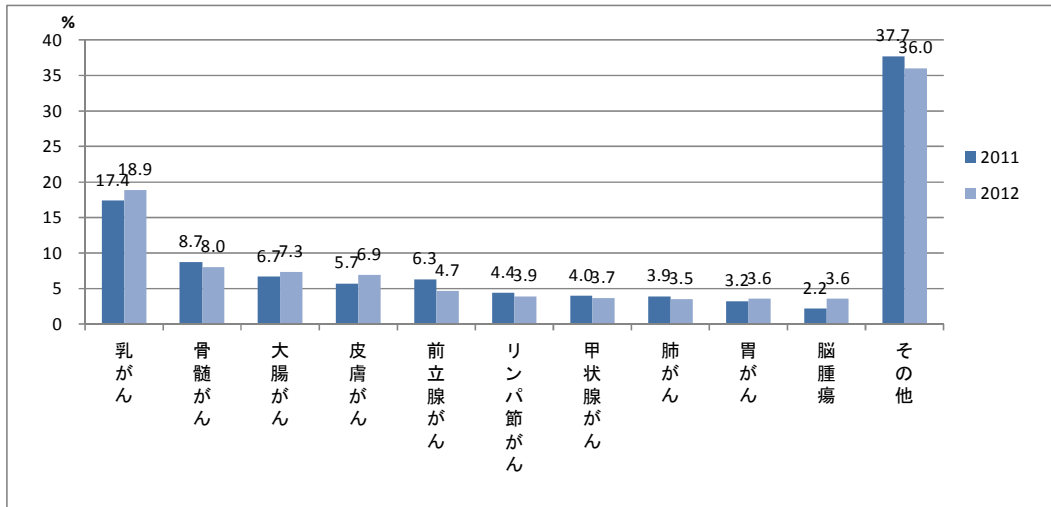
また、発症部位別では乳がんが最も多く、次いで骨髄がん、大腸がんとなっている。

<sup>9</sup> Qatar Health Report 2011 p22

<sup>10</sup> Qatar Health Report 2012 p20



図表 2-9-22 がんの部位別症例件数

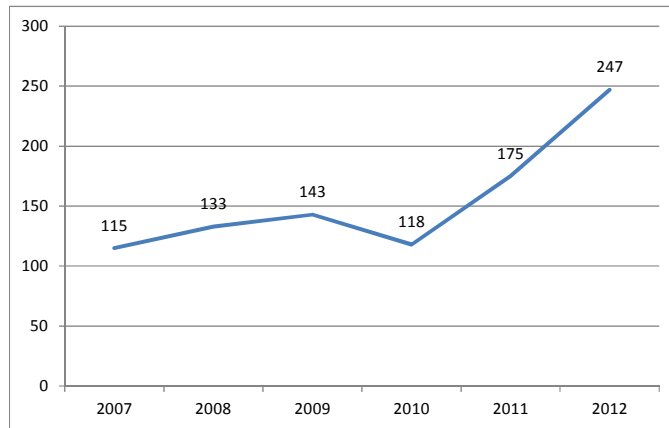


※症例全体を1としたときの各部位の比率

(出所) Qatar Health Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

また、乳がんについては症例件数についての統計があり、これによれば2010年以降で件数が増加している。この増加についても人口全体の増加、および検診による発見の増加が影響しているものと推察される。

図表 2-9-23 乳がんの発症件数推移



(出所) Qatar Health Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### 1)-3 糖尿病

カタールヘルスレポートによれば、カタールの糖尿病罹患率は明らかになっていないが、その90%が2型糖尿病である。国際糖尿病連合(The International Diabetes Federation)によれば、カタールでは、糖尿病の治療のために年間2,960米ドルを出費しており<sup>11</sup>、2035年までにカタールの糖尿病罹患率は29.7%に上昇すると予測している<sup>12</sup>。

最高保健評議会では、医療費削減の観点からも早期発見と疾病管理を行うため、国家保

<sup>11</sup> Qatar Health Report 2010 p39

<sup>12</sup> Qatar Health Report 2012 p23

健戦略の「プロジェクト 1-7 糖尿病サービス設計」の実施と、国家糖尿病戦略の策定を行い、対応していく予定である。

## 2) 感染症

感染症の罹患率はすでに低くなっているが、国家保健戦略「プロジェクト 3-5 感染症予防」にて、予防をさらに進めている。

感染症では、10万人当たりの感染症罹患率は1,776となっており、これは2011年から34.7%減少、2005年からは132%減少している<sup>13</sup>。また、その大半がインフルエンザ様疾患である。

図表 2-9-24 感染症の状況

	症例数	比率(%)	前年比(%)	
インフルエンザ様疾患	18,990	58.3	-46.5	Influenza-like illness
水疱瘡	4,483	13.8	-36.6	Chicken Pox
C型肝炎	872	2.7	14.1	Hepatitis C
B型肝炎	560	1.7	-5.6	Hepatitis B
おたふく風邪	382	1.2	3.8	Mumps
サルモネラ	331	1.0	3.1	Salmonella
疥癬	328	1.0	13.5	Scabies
結核	763	1.6	-11.9	TB
下痢	235	0.7	-71.2	Diarrhea
STD帯状疱疹	180	0.6	-13	STD Herpes Zoster
その他	5,680	17.4	66.8	Others
合計	32,552	100.0	-34.7	

(出所) Qatar Health Report 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

また、結核、HIV/AIDS、マラリアについての罹患率は以下のとおりである。

図表 2-9-25 特定感染症の状況 (人口10万人あたり罹患率)

	結核	HIV/AIDS	マラリア
2011	32	0.4	39
2012	27.9	0.8	38.6

(出所) Qatar Health Report 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## ③医療機関数

「カタールヘルスレポート(Qatar Health Report)」2009年版から2012年版によれば、民間病院機関数は横ばいであるのに対し、公共病院機関は2011年以降増加している。それに伴い、公共病院の病床数が増加している。

<sup>13</sup> Qatar Health Report 2012 p24

図表 2-9-26 カタール 病院等機関数とその推移

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
病院	公共	5	5	5	5	5	5	6	8
	準公共	-	-	-	1	1	1	1	1
	民間	4	4	4	4	4	4	4	4
	合計	9	9	9	10	10	10	11	13
プライマリー ヘルスケア センター	公共	29	30	30	30	30	30	37	32
	準公共	-	-	-	-	-	-	1	1
	民間	165	194	219	177	200	239	318	337
	合計	194	224	249	207	230	269	356	370

(出所) Qatar Health Report 2009, 2010, 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-9-27 カタール 病院の病床数とその推移

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
公共	1,623	1,641	1,651	1,640	1,623	1,626	1,911	2,208
準公共	-	-	-	55	55	不明	15	15
民間	370	383	383	383	397	426	277	279
合計	1,993	2,024	2,034	2,023	2,020	2,052	2,203	2,502

(出所) Qatar Health Report 2009, 2010, 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

なお「ヘルスケア施設マスタープラン 2013-2033」によれば、入院施設がある病院とその機能別の病床数は以下のようになっている。

図表 2-9-28 カタール 入院施設がある病院の病床数

運営主体	Providers	外科病床	一般病床	産婦人科 病床	小児病床	リハビリ 理学療法科 病床	行動療法 精神科 病床	介護 高度看護 病床	ICU	ICU / NICU	Total
		General Medical/Surgic al Beds	Obstetrics and Gynecology Beds	Pediatric Beds	Physical Medicine and Rehabilitation Beds	Psychiatric/ Behavioral Health Beds	Skilled nursing and Geriatric Beds	ICU Beds	NICU/PICU Beds		
HMC	Hamad General Hospital	398			106				67	24	595
HMC	Rumailah Hospital	89			52	165	64	59			429
HMC	Skilled Nursing Facility				80						80
HMC	Women's Hospital		242							80	322
HMC	Al Wakra Hospital	52	18		17				16	36	139
HMC	Heart Hospital	60							55		115
HMC	Al Khor Hospital	63	25		10				10	10	118
HMC	National Center for Cancer Care & Research	62									62
HMC	Cuban Hospital	40	14		14				6	6	80
民間	Al Ahli Hospital (AAH)*	144	66		22				10	8	250
民間	Al Emadi Hospital (AEH)	40	9		10				2	3	64
民間	American Hospital	18	1		1						20
民間	Aspetar**	50									50
民間	Doha Clinic Hospital (DCH)	47							4		51
	Total	1,063	375		312	165	64	59	170	167	2,375

Source: Data from Providers  
 \* The table above shows the number of designed beds (250) but the number of available beds (180) was used in the gap analysis.  
 \*\* The table above shows the number of designed beds (50) but the number of available beds (25) was used in the gap analysis.

(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ  
注釈加筆

病院数の増加にともない病床数も増加しているが、1万人あたりの病床数で見ると2008～2010年で前年を下回る状況になっている。現地調査でのヒアリングによれば、これは人口の増加が急激すぎ、病床の増加が追い付かないことが原因であるとのことである。その結果、1万人あたりの病床数は2012年時点でもOECD先進国のほぼ半分の水準にとどまっている。

なお、図表2-9-29における「人口計」と「モデル人口」であるが、「人口計」は外国人居住者も含めた数値、「モデル人口」はカタール国民のみを対象とすることを示している。この視点からは、カタール国民のみを対象にすれば湾岸協力理事会(GCC)加盟国を上回る水準になるが、外国人居住者を含めると、GCCの水準も下回っている状態ということになる。

図表 2-9-29 カタール 1万人あたりの病床数とその推移

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
カタール(人口計)	22.0	19.4	16.7	14.3	12.7	12.0	12.7	13.7
カタール(モデル人口)	33.3	30.5	27.3	24.6	21.9	21.6	22.9	24.6
比較:湾岸協力会議(GCC)	na	na	19.3	na	na	18.1	18.3	18.2
比較:OECD	55	54	54	55	na	50.8	48.3	49.6

(出所) Qatar Health Report 2009, 2010, 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

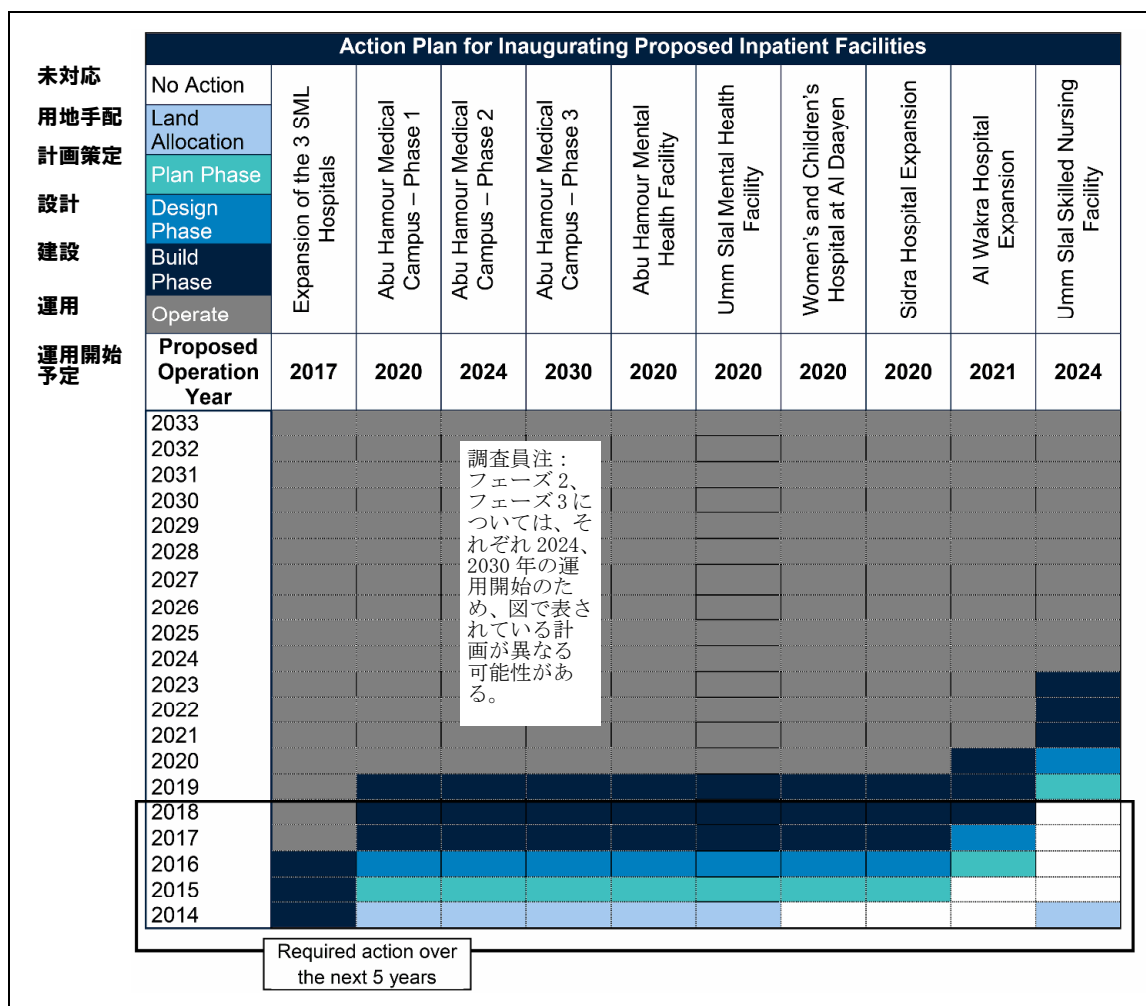
病床数不足の解消のために、「ヘルスケア施設マスタープラン 2013-2033」によれば、以下のように新規病院および既存施設の拡張が計画されている。増床する中で、産婦人科病床が多いことが特徴的である。

図表 2-9-30 カタール 新規病院および既存施設の拡張の概要

施設名	施設概要	病床数
Abu Hamour Medical Campus	ドーハの南西の開発区域の人口増加に対応して建設。女性向け、小児科を設置する。3次医療施設としての役割を持つ。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病床 160</li> <li>・産婦人科病床 190</li> <li>・小児病床 30</li> <li>・理学療法/リハビリ病床 56</li> <li>・ICU 64</li> </ul>
Abu Hamour Mental Health Facilities	Abu Hamour Medical Campus 敷地内に位置する精神科施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病床 95</li> </ul>
Umm Slal Mental Health Facilities	カタール国民が多く居住する Umm Slal 地域に位置する精神科施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病床 95</li> </ul>
Umm Slal Skilled Nursing Facility	Umm Slal 地域の看護・介護施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度看護・介護病床 80</li> </ul>
Al Daayen Women's & Children's Hospital	カタール北部の救急外傷センター (TMCH :Trauma Mass Casualty)敷地内に設置される女性、小児専用病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産婦人科病床 165</li> <li>・小児病床 56</li> <li>・NICU/PICU 30</li> </ul>
Al Wakra Hospital 拡張計画	Al Wakra 地域の人口増加に対応した増床	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産婦人科病床 50</li> <li>・小児病床 24</li> <li>・ICU 48</li> </ul>
Sidra Medical and Research Center 拡張計画	準公共機関であるシドラ医療研究センターにおいて、近隣の人口増加に合わせて増床が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産婦人科病床 120</li> <li>・小児病床 150</li> </ul>
the three SML Hospitals 拡張計画	外国人労働者(SML)向け病院 3 病院の拡張	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病床 96 /1 病院あたり</li> </ul>

(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-9-31 カタール 新規病院建設計画



(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ  
注釈加筆

④医療従事者の現状

病院数の増加に伴い、医療従事者数も増加している。その数は 2005 年から 2012 年までの 7 年間でほぼ倍増している。

図表 2-9-32 カタール 医療従事者の人数とその推移

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
看護師	5,545	5,905	6,560	8,425	8,291	10,615	9,722	10,649
医師	2,102	2,323	2,595	3,546	3,518	5,593	4,232	4,637
薬剤師、薬剤師補	1,074	1,139	1,255	1,470	1,417	2,004	1,654	1,787
検査技師	578	602	629	855	1,026	1,248	1,115	1,126
歯科医	675	727	826	1,101	812	996	893	1,152
放射線技師	192	205	242	383	567	864	589	632
歯科技工士	126	131	316	422	465	238	607	724
理学療法士	126	144	169	249	272	568	404	531
検眼医、検眼鏡士	101	112	143	154	184	225	91	107
衛生指導員	54	55	110	93	96	—	—	—
その他	646	686	1,489	989	1,002	91	1,375	1,121
	11,219	12,029	14,334	17,687	17,650	1,379	20,682	22,466

(出所) Qatar Health Report 2009, 2010, 2011, 2012 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### ⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

公共機関であるハマドメディカルコーポレーション、プライマリヘルスケアコーポレーションともに施設数を増加させているため、医療従事者数は不足している。

カタール国内では、石油、LNG 関連産業企業の給料が高いため人気が高く、相対的に医療従事者は敬遠されている。また、現在のところ国内で十分な人材を育成できていないため、医療従事者の 8 割以上を海外から採用している状態である。

海外からの医療従事者が国内で医療行為を行うには、最高保健評議会の医療従事者ライセンス局(Healthcare Practitioners Registration & Licensing Department)での審査を受ける必要がある<sup>14</sup>。この資格審査は 2 段階によって行われ、まず資格取得国での証明書、勤務履歴などの書類を提出し、医療従事者ライセンス局が勤務先に勤務状況を確認するなど、カタールの基準を満たしているかどうかを確認する書類審査と、インターネットを通じた学科試験がある。ただし、政府が特別に招致を求める医療従事者においては、書類審査のみが免除される場合がある。

なお、一般的に海外からの医師等の採用活動にあたっては政府は関与しておらず、各病院が独自に採用を行っている。

海外からの医療従事者を抑制していくために、「国家保健戦略」では、7 つある目標の一つを「目標 4-自国内での専門家の育成」と設定しており、急速に増加している医療専門家の需要を自国内で賄うことを目指している。

調査時点で医療系従事者の教育を行っているのは、以下の教育機関である。これらの教育機関については海外大学による教育機関が多いことが特徴的である。なお入学資格として、カタール国民である必要はない。

<sup>14</sup> Healthcare Practitioners Registration & Licensing Department  
<http://www.sch.gov.qa/qatar-council-of-health-practitioners/registration>

- 医師養成課程
  - ・ Qatar University College of Medicine
  - ・ Weill Cornell Medical College in Qatar (米国系)
- 看護師養成課程
  - ・ University of Calgary in Qatar (カナダ系)
  - ・ College of the North Atlantic Qatar (カナダ系)
- 薬剤師養成課程
  - ・ Qatar University College of Pharmacy

### 2.9.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

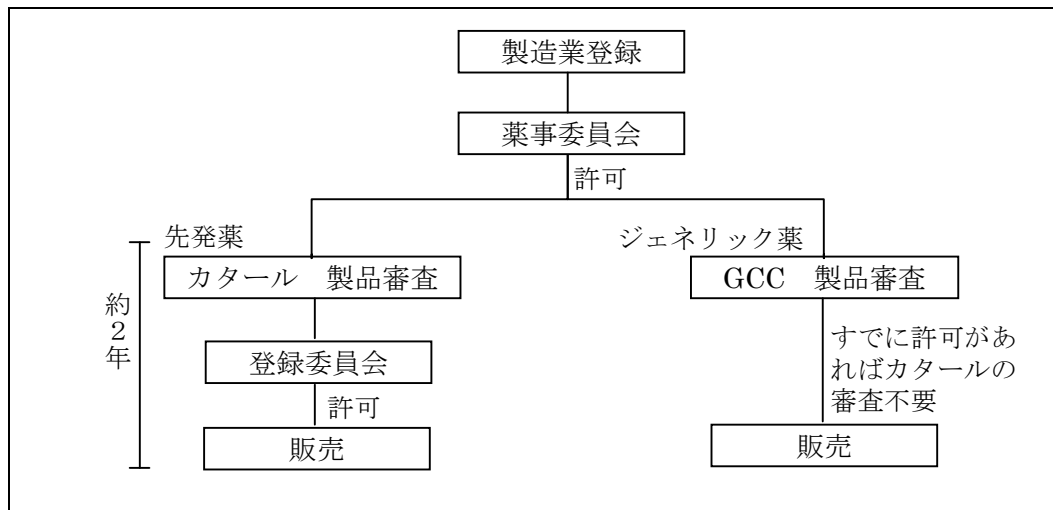
#### ① 医薬品

最高保健評議会の医薬管理局(Pharmacy & Drug Control Department)が、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、食品、健康食品についての規制、承認、監督を行っている。

現在、医療費負担の低減のためにジェネリック医薬品を推奨するプロジェクトが計画されている。

カタール国内で医薬品を製造している企業はないことから、医薬品はすべて輸入をすることになるが、医薬品(医療機器含む)の輸入業者として許可されているのは19社である。

輸入にあたっての手続きは以下のとおりである。



1) 製造業登録 (日本の薬事法の「製造販売承認」あるいは「外国製造業者認定」に相当と思われる)

- ・ 事業者の概要、製造している製品等について申請する
- ・ 薬事委員会 (Pharmaceutical committee) にて審査され、許可を得る

(先発薬の場合)

2) 製品審査(CPP:Certificate Pharmaceutical Product)

- ・ 医薬管理局担当者によれば、申請は ICH 標準(日米 EU 医薬品規制調和国際会議)とほぼ同じと考えて差し支えないとのことである。



- ・ 5つのモジュールで構成される CTD (Common Technical Document) にて行う。
- ・ 申請書は、政府機関である Registration Committee (登録委員会)にて検討される。委員会は専門家や病院によって構成されている。
- ・ CPP の審査には 2 年かかる。CPP は取得後 5 年間有効である。
- ・ 将来的には審査プロセスを e-CTD (電子 Common Technical Document) として電子化をしたいと考えている。予算は確保しているが、適切なシステム会社が見つかっておらず、まだ開発に着手していない。

(ジェネリック薬の場合)

### 3) 湾岸協力理事会(GCC)の統一基準による許可

- ・ カタールとしての審査は行わない。医薬管理局担当者によれば、ジェネリック医薬品は数が多く、カタール一国で審査しきれないためとのことである。GCC の機能も使い、役割分担を行うことで行政の負荷を減らしたいとの意向である。

なお医療費抑制の目的で薬価は国内で統一されており、CIF 価格 (運賃・保険料込条件価格) を基に、輸入業者が 56%、薬局が 44%の利益を得られるように設定されている。ただし、ハマドメディカルコーポレーションへの卸価格はこれとは別途定められ、上記価格より低価格での購入になるとのことである。

## ②医療機器

調査時点では、医療機器については、医薬品のような製品審査はなく、医療機器輸入の許可があればどのような機器でも輸入が可能である。

ただし、医薬管理局担当者によれば、今後規制を行う方向で、その内容を検討中とのことである。その基準については、サウジアラビアの基準が参考になるのではないかとコメントがあった。

「ヘルスケア施設マスタープラン 2013-2033」によれば、現時点で各病院が保有する高度医療機器の内容と保有台数は以下のとおりである。

図表 2-9-33 カタール 現状の各病院の保有医療機器

		CT	サイクロトロ ン	透析装置	IVR/CL	体外衝撃波結 石破碎装置	グラブナイ ー	MRI	RAD/RF	リニアアクセ ラレータ	PET
<b>2013 Diagnostics &amp; Treatment Capabilities</b>											
運営主体	Facility Name	CT	Cyclotron	Dialysis	IR/CL	Litho	MAMMO	MRI	RAD/RF	Linac	PET
	Al Ahli Hospital	2			1		1	1	1		
	Al Emadi Hospital	2				1	1	1	3		
	Future Medical Center	1					1	1	2		
	Al Wakra Hospital	1		14			1	1	9		
	American Hospital						1		1		
	Aspetar Hospital	1						2	4		
	Clinics & Polyclinics							6	13		
	HMC Cuban Hospital	1					1	1	3		
	HMC Al Khor Hospital	1		27		2		1	3		
	HMC Hamad General Hospital	3		130	2	4	2	6	11		
	HMC Heart Hospital	1		6	5				2		
	HMC National Center for Cancer Care & Research		1				1	1	1	2	1
	HMC Rumailah Hospital	1						2	1		
	HMC Sidra Medical & Research Center	3		16	5		1	3	9		1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>193</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	

Source: Data from SCH, Providers and site visits by the Project Team

(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ  
注釈加筆

図表 2-9-34 カタール 2033 年までの新設病院、拡張も含めた医療機器調達推計

	CT	透析装置	MRI	IVR
Abu Hamour Medical Campus	3	30	2	12
Trauma Mass Casualty (TMCH)	5	10	4	12
Al Daayen Women's & Children's Hospital	1		1	
Expansion at Sidra	1		1	11
Expansion at HMC	4		2	9
Expansion at Al Khor Hospital	2		1	9
Expansion at Al Wakra Hospital	2		1	
3 Single Male Laborer (SML) Hospitals	3 (1 per hospital)		3 (1 per hospital)	
Tanween Hospital	1		1	
Aster Hospital	1		1	
Diagnostic and Treatment Centers (DTCs) / Other hospitals	13	108	15	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>148</b>	<b>32</b>	<b>53</b>

(出所) Qatar Healthcare Facilities Master Plan 2013-2033 からワールド・ビジネス・アソシエイツ  
作成

目立つのは、ハマドメディカルコーポレーション(HMC)の中心的病院であるハマド総合

病院(Hamad General Hospital)において、透析装置が 130 台あることと、MRI については 1 病院で 6 台を保有するなど、多くの医療機器を設置していることである。

なお MRI については、ほぼすべての病院で保有しており、普及率はかなり高いといえる。

また「ヘルスケア施設マスタープラン 2013-2033」においては、2033 年までの病院の新設、拡張に合わせて追加が必要となる装置について医療機関ごとの推計を行っている。CT、透析装置、MRI、IVR ともに、おしなべて現状の台数が約 2 倍になる見通しとなっている。

現地における医療機器の日系企業の代理店担当者によれば、カタールで比較的シェアが高いのはドイツのシーメンスだということである。ただし、例えばハマドメディカルコーポレーションでは、放射線関連機器ではシーメンス、超音波診断機器では GE というように、医療機器分野ごとに強いメーカーがあり、必ずしもシーメンスであればどの製品でも強いというわけではない。

なお、代理店担当者の所感によれば、日系企業製品の課題としては以下のようなものが挙げられる。

#### 日系企業の代理店担当者による日系製品の課題

##### 1) 価格

- ・米国、EU のトップブランドの中でも日本メーカーの製品は価格が高い。それは日本国内で製造しているためにやむを得ないことだと思われる。しかしシーメンスは、中国で製造したものをシーメンスブランドで販売しており、「信頼あるシーメンスブランドが安価で購入できる」と支持されている。

##### 2) マーケティング力

- ・日本メーカーがマーケティングにかける力は圧倒的に少ない。シーメンスなど欧米メーカーは意思決定をする医師に向けた統合的なマーケティング戦略を持っている。そのため、ブランド認知力が高いが、日系企業についてはそれほどでもない。
- ・例えば、欧米メーカーは、製品のデモンストレーション、セミナー、BtoB ミーティング、工場ツアーといった製品を理解してもらうための仕掛けを年 2 回程度行っている。日系企業でもせめて年 1 回程度は実施すれば、日本製品の印象が強まり、口コミによる波及効果が見込めるとと思われる。
- ・2014 年に安倍首相がカタール来訪を行った際にセミナーがあり多くの日本人に会ったが、そのような日本を身近に感じてもらう機会があると良い。

##### 3) コミュニケーション力

- ・日本企業側に英語に堪能な人が限定されるため、事業機会を逸することにつながる場合がある。

### ③医療機関による調達

現在、医療機器に関して国内の基準は設けられていないことから、医療機器の技術水準等については病院ごと、案件ごとに指定される。ただし一般的には、EU 基準である CE マークか米国 FDA の承認を受けていることのどちらか、あるいは両方の条件が付くことがほ

とんどである。また、入札にかかる高額機器では必ず技術支援やアフターサービスに関する要件が盛り込まれる。そのほかの条件に、「米国、EU、日本企業製品であること」という条件が付くこともある。

#### ・公共病院

入札予定規模が 50,000 リヤル以上を国際入札、50,000 リヤル未満を国内入札と入札の形式を分けている。

公共病院である Hamad Medical Center にてカタール国内の 80%以上の医薬品、医療機器を調達している。調達する医薬品、医療機器の採用は、医療調達委員会(Drug Supply Committee)にて決定される。医薬管理局担当者によれば、病院医師による特定企業への嗜好が反映されることはないのではないか、とのことであった。

#### ・準公共、民間病院

病院ごとに調達を行うが、例えば非営利のシドラ医療研究センターでは、調達を電子調達システムによる公開入札にしており、入札状況について web サイトで公開するなど透明性確保を図っている病院もある<sup>15</sup>。

### 2.9.4 対象国が抱える問題点、ニーズ

カタールは近年急速に発展しているが、その中で国民皆保険制度や病院制度の整備などに順次取り掛かっており、課題に対しては明確な対応をとっている。また、医療費削減のため、国内での臓器移植に対応し海外での治療を低減させたり、ジェネリック薬の促進を行うなどの対応をとっている。

これは国家保健戦略において取り組むべきプロジェクトを明確にし、それを着実に実行に移していることによる。国家保健戦略の策定にあたっては、海外からプロジェクト管理の専門家をコンサルタントとして招聘し、権限を与えて対応をさせている。

このような現状においても、最大の課題といえるのは、近年の急激な人口の増加に対し、病院建設のスピードが追い付いていないことである。国家保健戦略を策定しているコンサルタントによれば、現在でも年間 10%ずつ人口が増加しているのに対し、病床の増加が追いつかず、量的に必要な医療が提供できていないとのことである。

同時に医療従事者の不足も大きな課題である。カタールの財政状況からすれば海外からの医療従事者を採用すること自体は障害にはならないものの、病院の増加に合わせて医療従事者が海外から居住することになれば、それがさらに人口の増加につながることになる。

さらに、国内の医療従事者の教育についても、そもそもの人口の規模を考え合わせれば自国内での教育には限界があるため、教育機関も海外に依存している。

疾病構造の観点からは、心血管疾患(CVD)、悪性新生物(がん)、糖尿病が重点疾病である。これら生活習慣病に対する予防、早期発見、効果的な治療が国民の健康増進、また医療費削減に有効であると推測される。

以上の課題の解決にあたっては、それぞれ以下のようなニーズが想定できる。

---

<sup>15</sup> シドラ医療研究センター 入札ホームページ <http://www.sidra.org/procurement/>

■カタールにおける問題点、ニーズのまとめ

課題		想定されるニーズ
・急激な人口増加に対し、病院建設、医療人材の供給が追いつかない	⇒	・病院建設に関するコンサルティング ・医療機器の効果的な導入に関するコンサルティング
・医療人材の採用、教育に関する高い海外依存率	⇒	・医療教育への提携
・カタール国民の生活習慣病の予防による罹患率低下、早期発見、効果的な治療	⇒	・検診スキームのノウハウ提供 ・予防医学へのノウハウ提供 ・がん治療に関する技術、治療機器に関する情報提供

なお、経済産業省の「平成 25 年度医療機器・サービス国際化推進事業」の報告書によれば、2014 年 5 月の安倍首相の中東歴訪への随行にあわせ、カタールにおいては「国際展開支援官民ミッション」を設定し、再生医療技術をはじめとした先端医療技術および関連する人材の育成プランの提示などを行った。この際、再生医療の分野に関するプレゼンテーションを実施している。この訪問の中で、王室メンバーによるカタール財団が出資するシドラ医療研究センターを訪問した際、小児分野における心臓・角膜治療の協力要請があったとのことである<sup>16</sup>。

## 2.9.5 日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性

調査時点では、カタールに進出している日系の医薬品・医療機器企業はない。

カタール日本人会の集計によれば、2014 年 11 月時点での会員状況は以下の通りであり、その大多数が石油、LNG 関連企業となっている。

法人会員 23 団体（民間企業 22 社、在カタール大使館） （内訳） -総合商社 5 社 -石油・LNG 関連企業 5 社 -プラント建設企業 3 社 -船舶関連、建設会社、銀行 各 2 社 -電力会社、電機メーカー、コンサルティング会社 各 1 社
--

そのため、現時点でカタールで調達されている日系企業の医薬品、医療機器等については、すべて代理店を通じた販売となっている。

なお、ハマドメディカルセンターで日系企業の医薬品が使われていることが確認できた。医療機器の場合、その製品の特性上、代理店であっても技術エンジニアを雇用し、病院

<sup>16</sup> 「平成 25 年度医療機器・サービス国際化推進事業（日本の医療機器・サービス等の海外展開に関する調査）報告書」経済産業省 2014 年 3 月

で機器の操作をする技師に対しての教育を行う必要がある。そのため、代理店では製造企業から技術的な教育を受けるなどの体制づくりを行っている。

このような背景より、日系企業側からすれば、直接進出する場合と代理店を通して販売する場合の主な違いは、現地に法人を設立し駐在員を派遣するかどうかということになる。

カタールでは、現地に法人を設立するためには外国投資法（Foreign Investment Law）により現地資本が 51%以上入っている必要がある<sup>17</sup>ため、現地進出するにあたっては必ず現地企業との提携が必要になる。

また、進出形態の可能性として製造拠点、開発拠点としての役割については、カタールの人口や産業構造から鑑みると果たしにくい。

したがってカタールに直接日系企業が進出するのは販売力の強化を目指したものとなる。

この場合、すでに 2033 年までの病院計画、医療機器の推計調達量が想定されている中で、現地に直接進出するに足る販売量があるかどうか、判断することになると思われる。

さらに拠点を設ける費用対効果の側面からは、国は異なるものの UAE のドバイまでは直線距離で約 400km、飛行機で 1 時間の距離であることから、ドバイからカタール市場を管轄するという選択肢が当然出てくる。

むしろ日本製品をより多く市場に販売するということを目的とするならば、競合になっている欧米企業と差別化できる販促活動を、代理店と協力して実施できる体制づくりの方が重要であろう。これは、既存企業だけではなくこれから市場に入っていく新規企業にとっても同様の課題となる。

一方で、医薬品や医療機器以外の、病院建設、医療教育に関するニーズに対応するならば、別途進出可能性を検討する必要があると思われる。

---

<sup>17</sup> 「カタールにおける事業展開について」(独)日本貿易振興機構 2012 年 8 月

## 2.10 サウジアラビア

### 2.10.1 基礎的情報（社会・経済情勢）

#### （1）政治・経済状況等の一般情勢（生活水準を含む）

##### ・政治体制等

サウジアラビアはアラビア半島の大部分を占め、その面積は215万平方キロメートルと、日本の約5.7倍の大きさがある。国土の大部分は砂漠であり、行政区域は13州あるが、そのうち、人口、産業は、3州に集中しており、1)首都があるリヤド州(731万人)、2) マッカ州(747万人)、3) 石油産業が集中する東部州(441万人)となっている<sup>18</sup>。

2015年1月23日、第6代アブドラー・ビン・アブドルアジーズ・アール・サウード国王が崩御し、第7代国王にサルマン・ビン・アブドルアジーズ・アール・サウード皇太子が即位した。なお、サウジアラビアの国名は「サウード家によるアラビアの王国」に由来する君主制国家である。国王は首相を兼任し閣僚会議を主宰している。また、重要な政治的ポストは王族が占めている。

政教一致であり、イスラム法では法律が制定できないため、建国以来不文憲法を貫いていたが、1993年3月1日統治基本法が公布され、憲法の役割を果たすようになった。

王制の維持、イスラム法の堅持及び国内開発の推進を基本方針として比較的安定した政治運営を行っている。

湾岸協力理事会（GCC）や石油輸出機構(OPEC)に加盟しており、それぞれにおいて中心的な存在であり、発言力が強い。

##### ・経済状況

経済面では、豊富な石油資源の恩恵で、2014年の名目国内総生産は約7,779億ドル、1人あたり国内総生産が約5.4万ドルとなっている。この1人あたりGDPは日本の1.4倍以上である。

サウジアラビアは、世界最大の原油輸出国であり、サウジアラビアにとって日本はアメリカに次ぐ輸出相手国となっている<sup>19</sup>。

産業の中心は石油関連産業であり、潤沢な収入を得ている。一方で、政府としては産業の多角化を進めているものの、外国資本導入はあまり多くはない状況である。

それでも、一般社団法人中東協力センターが日本側事務局として、日本・サウジアラビア産業協カタスクフォースが設立され、日本からの投資誘致に関する活動を行っており、日系企業の進出も進められている<sup>20</sup>。石油関連以外の製造業では、自動車製造業、生理用品製造業などが進出済みであり、100%出資での企業も存在する。2013年11月時点で、サ

<sup>18</sup> 「サウジアラビア経済概況」（独）日本貿易振興機構 リヤド事務所 2013年11月  
<http://www.jetro.go.jp/world/seminar/97/>

<sup>19</sup> 「サウジアラビア経済概況」前掲

<sup>20</sup> 日本・サウジアラビア産業協カタスクフォース事務局 <http://www.saudiarabia-jccme.jp/>

ウジアラビアに進出している日系企業は全産業で 61 社である<sup>21</sup>。

なお、失業率が 12.1%と高く、特に若年層の失業が問題になっている。そのため、2011 年からサウダイゼーション（自国民雇用）政策をとり、民間企業におけるサウジアラビア国民の雇用を奨励して、順守しない企業に対しては厳しい罰則規定を設けている。

図表 2-10-1 サウジアラビア 主要経済指標

主要経済指標（2014年推計値）		
経済指標	数値	単位
国内総生産(実質)変化率	4.6	%
国内総生産(名目)(現地通貨:リヤル)	2,917.0	単位:10億
国内総生産(名目)(米ドル)	777.9	単位:10億
一人当たり国内総生産(購買力平価換算)	53,935.1	ドル
参考:日本の同指標	37,683.1	ドル
インフレ率(消費者物価指数年平均値)	2.9	%
失業率 対労働力人口比	12.0	%

(出所) 国際通貨基金(IMF) World Economic Outlook Database 2014October

失業率のみ Saudi Arabian Monetary Agency 2012

なお、サウジアラビアの為替制度は米ドルペッグ制を採用しており、20 年以上 1 米ドル =3.75 リヤルで固定されている<sup>22</sup>。

#### ・生活水準

「平成 21 年度サウジアラビアの消費市場とビジネスグループ」(独)日本貿易振興機構の報告書によれば、サウジアラビアにおいては超富裕層が存在する一方、所得の低い外国人労働者も多く、日本のような平均的な消費者の概念は成り立ちにくい。属性別のおおよその生活水準としては 1)サウジアラビア人高所得者層(100 万ドル以上の投資資産を保有) 約 9.1 万人、2)一般のサウジアラビア人(ほぼ日本と同じ程度の生活水準) 約 2,000 万人、3)外国人(幅広く分布するが、最も多い南アジア系で一般的なサウジアラビア人の 6 割程度の水準) 約 960 万人のようである。

#### (2) 民族、言語・宗教、人口統計

サウジアラビアはスラム教のスニ派を信仰するアラブ人の民族国家である。ただし、東部州の一部にシーア派も居住している。

公用語はアラビア語であるが、第 2 公用語として英語が指定されているため、政府発表資料では英語になっているものもある。サウジアラビアでは、イスラム歴を使い、保健省の統計等も、イスラム歴で表記されているものが多い。イスラム歴は太陰暦であり、1 年は 12 か月あるが、太陽暦と比較すると約 1 か月短くなっており、30 年に 11 回の閏年で調整を行っている。西暦 2015 年 1 月 1 日は、イスラム歴 1436 年 4 月 10 日に該当する。

<sup>21</sup> 「サウジアラビア経済概況」前掲

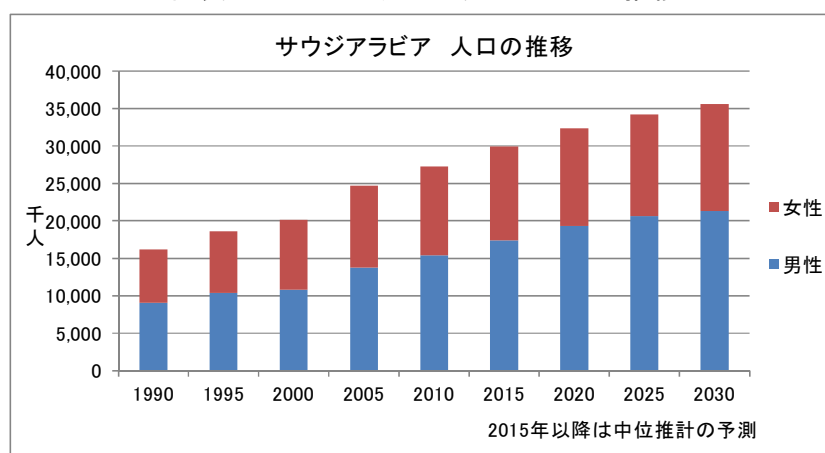
<sup>22</sup> 基本的なサウジアラビアの輸出入制度 為替管理制度 (独)日本貿易振興機構 ホームページ [http://www.jetro.go.jp/world/middle\\_east/sa/trade\\_04/](http://www.jetro.go.jp/world/middle_east/sa/trade_04/)



イスラム教の信仰としては厳格であり、例えば女性の運転は禁止されている。このような背景から、これまで女性の雇用は少なかったが、2011年6月の国王命令で女性の就業機会促進がうたわれ、化粧品売場などでの女性販売員雇用が義務化されるなど、徐々に女性の雇用を進めている状態である<sup>23</sup>。

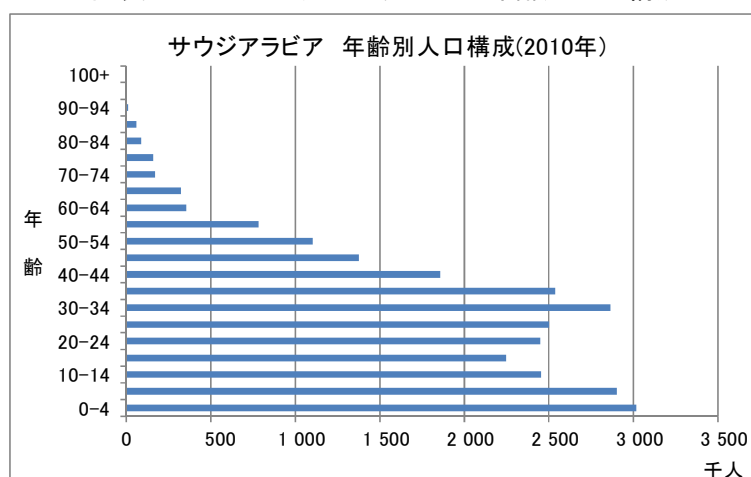
サウジアラビアの人口は、2013年時点で29,994,272人であり<sup>24</sup>、そのうちの68%がサウジアラビア国民、外国人居住者が32%となっている<sup>25</sup>。外国人居住者も含めて人口は年々増加しており、2007年からの7年間で1.23倍、この期間の人口増加率の平均は4.3%となっている。

図表 2-10-2 サウジアラビア 人口推移



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

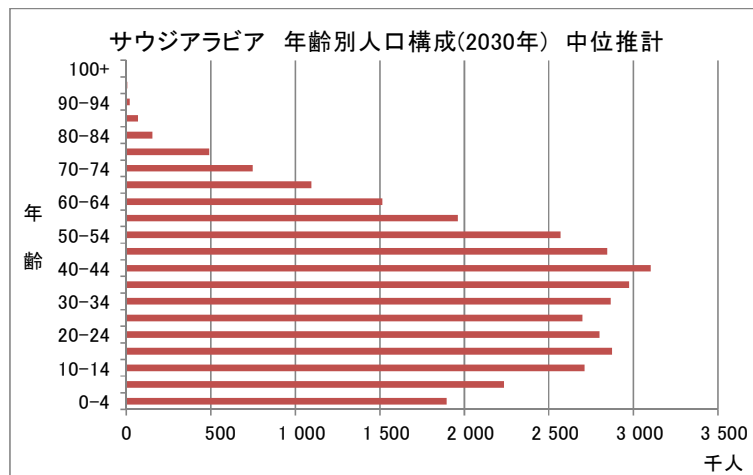
図表 2-10-3 サウジアラビア 年齢別人口構成



<sup>23</sup>サウジアラビア進出に関する基本的なサウジアラビアの制度 (独)日本貿易振興機構 ホームページ [http://www.jetro.go.jp/world/middle\\_east/sa/invest\\_05/](http://www.jetro.go.jp/world/middle_east/sa/invest_05/)

<sup>24</sup> Statistical Book for the Year H1431(2010)-H1434(2013)

<sup>25</sup> Statistical Book for the Year H1431(2010)-H1434(2013)



(出所) United Nations. World Population Prospects, 2012.

## 2. 10. 2 基礎的情報 (保健・衛生)

### (1) 医療の現状・医療制度・医療提供体制

#### ①医療・保健政策

サウジアラビアの医療の所管官庁は保健省 (Ministry of Health)である。

保健省では、10年計画である「戦略計画(Strategic Plan 1431-1440)(西暦 2010-2019)」(アラビア語のみ)を設定し、今後取り組むべき課題について明示している。

#### 戦略計画(Strategic Plan 1431-1440)(西暦 2010-2019)の構成

- Part1: 現在の保健医療に関する概要
- Part2: サウジアラビアの保健医療に関する SWOT 分析(強み、弱み、機会、脅威)
- Part3: 戦略の構築
  - ビジョン
  - ミッション
  - 価値
  - 戦略の柱
  - 導入手法
- Part4: プログラムのスケジュール
- Part5: 統合と集中 保健医療国家プロジェクト
- Part6: 附録

この戦略におけるスローガンは「患者第一主義(Patient First)」であり、先進国と同水準に保健医療システムを発展させ、保健医療サービスの品質向上を図ることを目指している。

### Part3 戦略の構築で挙げられた保健省の5つの戦略目標

1. 統合、集中された保健医療アプローチの導入
2. 組織的な業務文化の確立、品質水準および測定、モニタリング業務の質的向上
3. 高い技術を持った人材の誘致と人材育成
4. 医療情報サービスの向上
5. 最適な資源活用および医療および研究における経済的な適用

また、「戦略計画」の Part5 で取り上げている「統合と集中 保健医療国家プロジェクト (National Project for Integrated and Comprehensive Healthcare)」の中では、以下の4つの主要プロジェクトが位置づけられている<sup>26</sup>。

#### ・プライマリーヘルスケアセンタープロジェクト

統合と集中プロジェクトの中では最も中核となるプロジェクトである。プライマリーヘルスケアセンターの設置数については、計画策定時点では、2013年に2,109施設、最終年には2,750施設まで拡大する計画である。

#### ・病院

計画策定時点では、2010年の31,400床から、最終年には70,693床と倍増させる計画である。今後の建設については入札を行う計画である。

#### ・専門医療センター

すでに9か所の心臓病センターを設置しているが、今後も設置を続け計画最終年には15か所にする予定である。また、がんセンターについても5つが設置済みであるが、これも計画最終年には8か所にし、既存病院での増設なども含めて12か所でがんの専門治療が受けられるようにする計画となっている。

#### ・メディカルシティ

合計で5か所のメディカルシティを完成させ、メディカルシティ合計で6,200床を確保する計画である。メディカルシティには、がんセンターのほか、希少疾患、神経疾患、高度な心臓手術、放射線療法、臓器/角膜移植など高度医療を行うことが期待されている。

なお地域別に以下の5つのメディカルシティが指定されている。

- King Fahd Medical City (KFMC) in Riyadh (対象地域:Central Region)
- King Abdullah Medical City in Makkah (対象地域:Western Region)
- King Faisal Medical City (対象地域:Southern Region)
- Prince Mohammad Bin Abdulaziz Medical City (対象地域:Northern Region)
- King Khalid Medical City (対象地域:Eastern Region)

<sup>26</sup> 保健省ホームページ 国民の日にあたっての保健省メディアレポート(2014年9月18日)  
<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Publications-2014-09-18-001.aspx>

そのほか、医療品質向上、医療費削減に関して課題とされており、それぞれに施策を設定している。

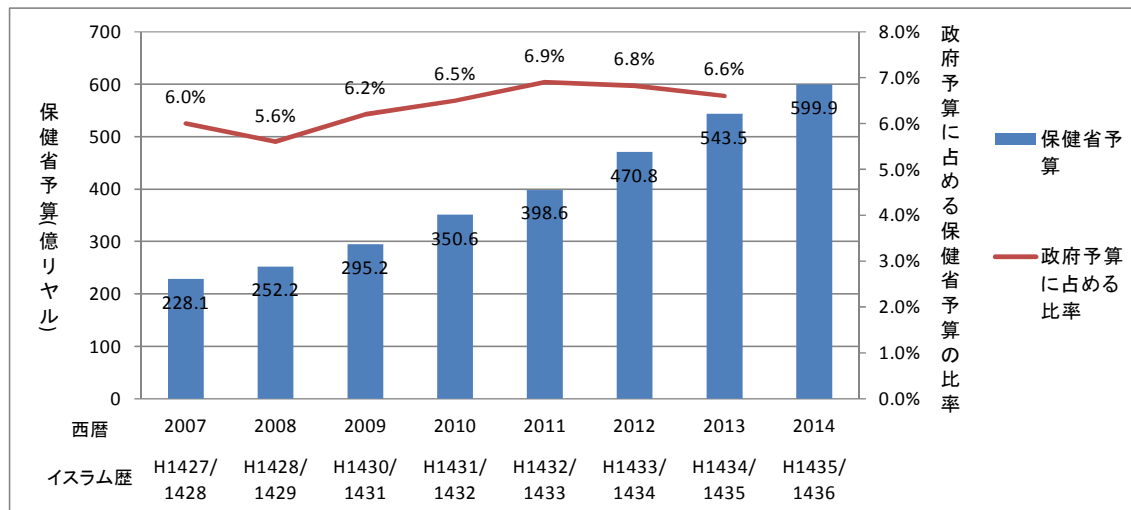
なお、保健省は保健白書に該当する「保健年鑑(Statistical Book for the Year)」を英語版も含めて毎年発行しており、医療、保健に関する統計資料については概ね整った状態である。調査時点での最新版は、2014年に発行された Statistical Book for the Year 1434(2013)である。

ところで、サウジアラビア保健省は、オーストラリア保健・高齢化省と協定(Deed of Agreement)を締結し、ICD-10-AM(Australian Modification) (第6版)と Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs)の診断群分類に関するライセンス使用許諾を得ている。ICD-10-AMは疾病及び関連保健問題の国際統計分類であるICD-10をもとに1998年にオーストラリア国立保健医療分類センター(National Centre for Classification in Health)が作成、改定を行っている<sup>27</sup>。この制度導入にあたっては、オーストラリアのWollongong大学のプログラムが採用されている。これにより、以下で取り上げる保健年鑑に掲載される疾病については、おおむねICD-10-AMの分類に基づいたものとなっている。

## ②医療費の規模

保健省の予算規模は、毎年継続的に増加しており、2014年は599.9億リヤル(160億米ドル)となっている。

図表 2-10-4 サウジアラビア 保健省予算と政府予算に占める比率



(出所) Statistical Book for the Year H1431(2010)-H1434(2013)等<sup>28</sup> からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

<sup>27</sup>保健省ホームページ ICD-10-AM について

<http://www.moh.gov.sa/en/HICC/ICD10AM/Pages/Introduction.aspx>

<sup>28</sup> 2007-2008年 サウジアラビア保健省ホームページ

<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/Pages/Budget.aspx>

2009-2013年 Statistical Book for the Year H1434(2013)

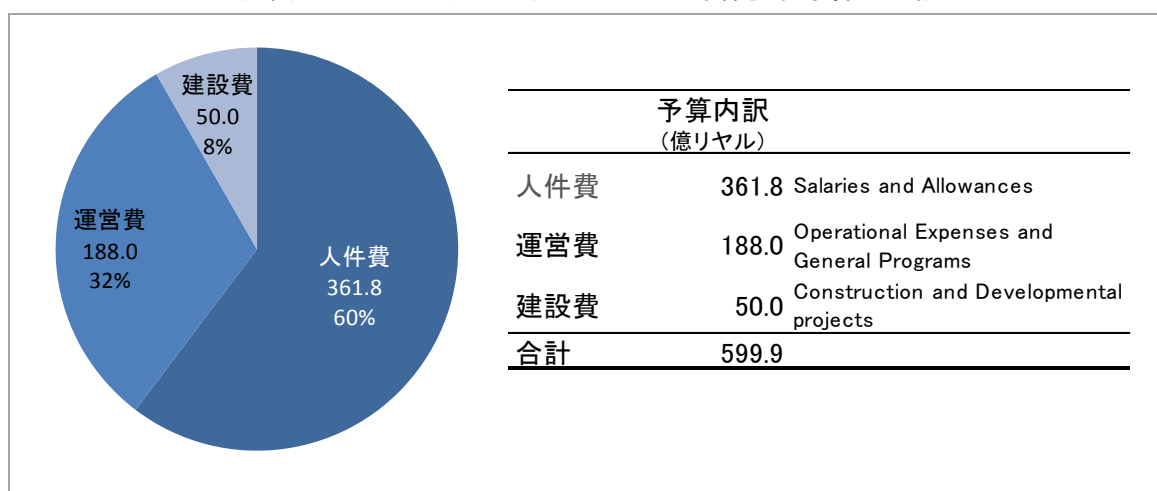
2014年 サウジアラビア保健省ホームページ

<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2014-01-14-001.aspx>

2014年の保健省予算の内訳は、人件費が全体の60%を占める。次いで運営費であるが、これは、病院等の医薬品、医療機器および付属品、患者の生命維持装置、国内外での治療費、研修費および奨学金疾病予のほか、政府が実施するプログラムが含まれ、その内容は肥満管理などの疾病予防プログラム、メディカルシティプロジェクト、デング熱対策等となっている。

建設費については、メディカルシティプロジェクトに加えて、28の施設の新築、増改築が含まれている。

図表 2-10-5 サウジアラビア 2014年保健省予算の内訳



(出所) 保健省ホームページ<sup>29</sup> からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

### ③医療制度

サウジアラビアでは、国民皆保険制度が整備されている。

協同保険会社管理法 (Cooperative Health Insurance Act) が1999年に施行され、政府は協同保険評議会(CCHI:The Council Of Cooperative Health Insurance)を設立し、健康保険を管轄している。

健康保険サービスは、協同保険会社管理法第5条に基づき、協同保険評議会が認証をした保険会社(Health-Care Services Provider)を通して提供される。現在認証されている保険会社は26社ある<sup>30</sup>。

### ④医療提供体制

統計的には、医療機関は、政府が管轄する公共機関と、民間機関に分類され、それぞれ病院とプライマリーヘルスケアセンターが存在する。

病院は全体の7割、プライマリーヘルスケアセンターは全体の9割を公共機関が運営している。

<sup>29</sup> サウジアラビア保健省ホームページ

<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2014-01-14-001.aspx>

<sup>30</sup> 協同保険評議会ホームページ 保険会社リスト

<http://www.cchi.gov.sa/en/InsuranceCompanies/Pages/Companies.aspx>

公共機関の病院には保健省が管轄するものと、その他の政府関連の病院の2種類がある。その他政府機関の病院には、大学病院、軍病院、国家警備隊病院などが含まれる<sup>31</sup>。

#### 主だったその他政府関連病院

- ・大学病院 (University hospitals)
- ・軍病院(Armed Forces Hospitals)
- ・国家警備隊 (National Guards Medical Services)
- ・内務省医療サービス(Ministry of Interior Medical Services)
- ・キング・ ファイサル専門病院・研究センター  
(King Faisal Specialist Hospital & Research Center, Riyadh, Jeddah)
- ・王立委員会病院(Royal Commission Hospitals in Jubail and Yunbu)
- ・教育省健康機関(School Health Units, Ministry of Education)
- ・サウジ赤新月社(Saudi Red Crescent Authority)
- ・淡水化会社(Water Desalination Corporation) ほか

なお、上記のうちサウジ赤新月社は、救急医療の病院となっている。

後述するように、サウジアラビアの民間病院での医療従事者の9割以上が外国人であり、一般的に高い水準の医療が受けられるのは、民間病院であると認識されている。

プライマリーヘルスケアセンターは、1次診療を行い地域における医療アクセス拠点として位置づけられる。そのため、予防接種、母子健康サービスといった、日本での保健所が行う機能も一部担っている。

#### ⑤海外での治療

サウジアラビアでは、国内で提供できない2次、3次医療について、海外での治療を認めている。海外での治療を受けるためには、受診している地域の医療機関から保健省に照会を行い、承認された場合に受診が可能になるという手順となっている。

2013年に保健省が認めた海外での治療は2,980件である。保健省では、医療アクセスの改善、国内での臓器移植、心血管手術技術の向上により、海外での治療が必要な症例は減少しているとしているものの、実際に海外で治療を受けている件数は近年増加しており、特に2013年には前年比で3倍以上と増加した。

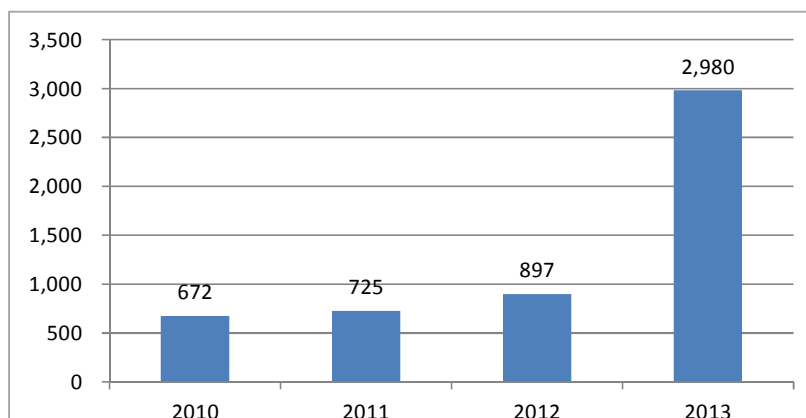
医療機関からの照会件数で多いのは、1位眼科 9,135件(18.3%)、2位小児科 5,327件(10.7%)、3位心臓病 5,072件(10.2%)となっている。

一方、海外での治療の1位は悪性腫瘍 528件(17.7%)、次いで2位小児科 289件(13.1%)、3位整形外科 374件(12.6%)となっている。

医療機関からの照会と実際に海外で行われている治療内容については傾向が異なっており、初期診療とのニーズ、技術面において何らかのギャップがあるものと思われる。

<sup>31</sup> Statistical Book for the Year H1434(2013) p62

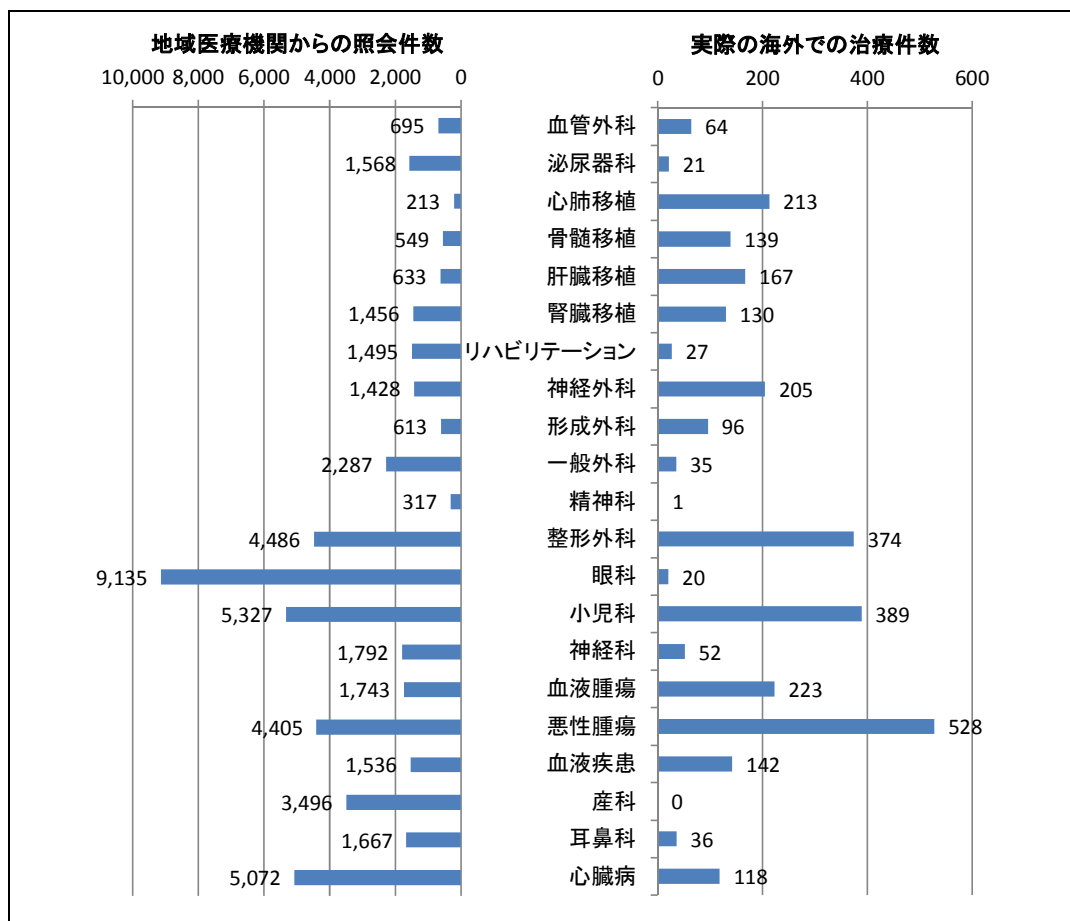
図表 2-10-6 サウジアラビア 海外での治療件数の推移



(出所) Statistical Book for the Year H1431(2010)-H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

図表 2-10-7 サウジアラビア

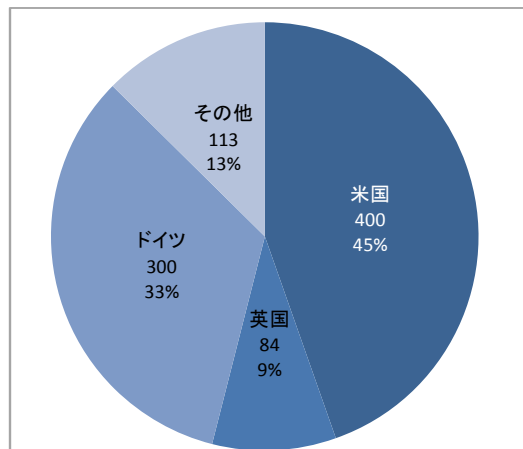
治療項目別 海外での治療に対する地域域医療機関からの照会件数と実際の治療件数



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

海外での治療の渡航先としては米国が最も多く全体の 45%、次いでドイツが 33%となっている。

図表 2-10-8 サウジアラビア 海外治療の渡航先 (2012 年)



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

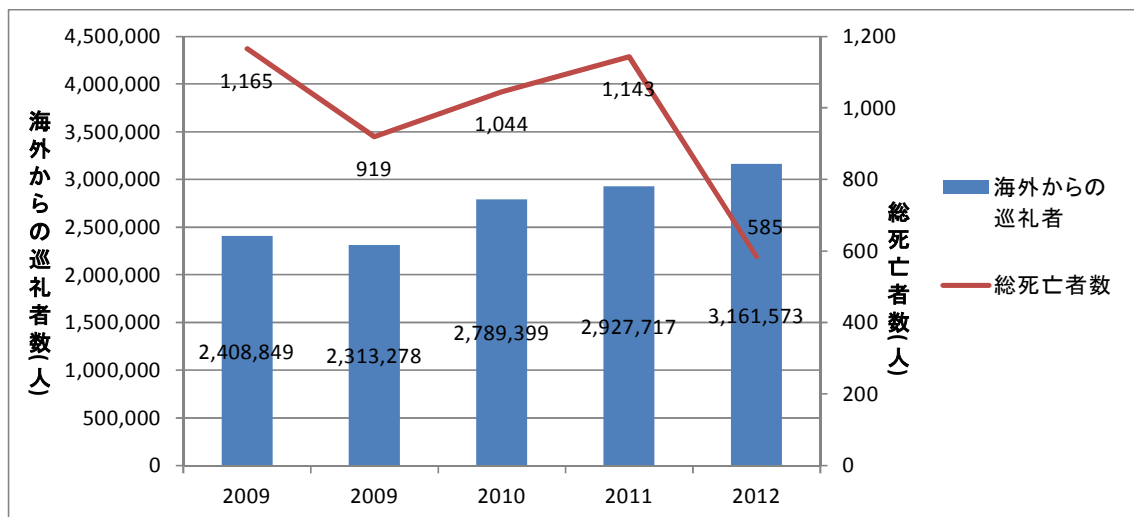
#### ⑥巡礼に対する医療サービスの提供

サウジアラビアにおける特異な事項として、イスラム教の行事である巡礼(ハッジ)がある。これは、イスラム歴の 12 月に、イスラム教徒が聖地であるメッカとその周辺を訪れるもので、例年海外からのイスラム教徒約 300 万人が入国する。

この期間、聖地周辺では一気に人口が膨れ上がるため、保健省では臨時の医療機関を設置したり、医療従事者に救急対応マニュアルを配布するなどの対策を行っている。

また空港、港湾における入国手続きの際、巡礼者の国籍によっては、予防薬投与、予防接種を行うなどの感染症対策をとっている。これらの巡礼者に対する医療サービスは無料で提供されている。

図表 2-10-9 サウジアラビア 巡礼期間の海外からの巡礼者数と聖地周辺での総死者数



(出所) Statistical Book for the Year H1433(2012) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

この巡礼期間中に、例年 1,000 人程度の死亡が発生している。死因の 1 位は心臓病・血



管疾患 23.8%であり、次いで 2 位心肺不全 21.0%、3 位呼吸器系疾患 11.3%となっており、この 3 つの要因で死因の半数以上を占めている。

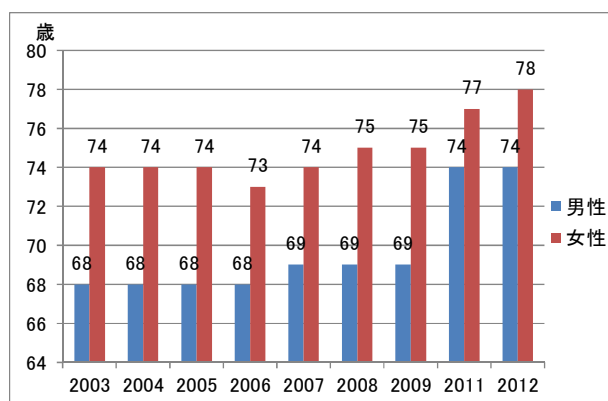
## (2) 医療・保健分野の基礎的指標

①基礎的保健指標（本項のグラフは世界保健機関（WHO） World Health Statistics などにに基づき、ワールド・ビジネス・アソシエーツ作成）

サウジアラビアでは、国民 1 人あたりの医療費が年々増加しているが、健康保険制度が導入されたことで、家計の負担は減少している。

この 10 年で出生時平均余命や、5 歳未満死亡率、結核罹患率は大きく改善している。これらの基礎的な医療・保健状況が向上していく中で、今後多様化していく傾向にあると推察される。

図表 2-10-10 サウジアラビア 出生時平均余命

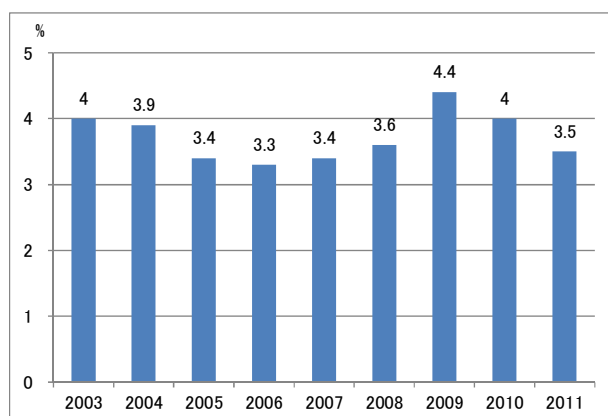


出生時平均余命については、2009 年以降上昇しており、特に男性の伸びが大きい。

※2010 年データはない

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

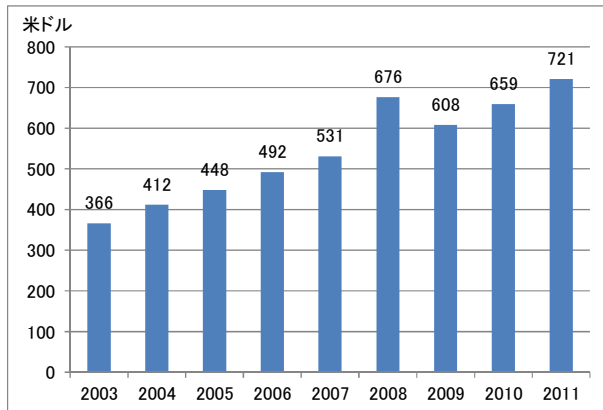
図表 2-10-11 サウジアラビア  
GDP に占める総医療費の割合(%)



GDP に占める総医療費としては、年によって上下があるが、概ね 4%前後となっている。ただし、図表 2-10-4 で示しているように、保健省の予算は年々増加しており、2007 年から 2014 年までの 7 年間で 2.4 倍に増加しており、政府予算に占める割合もやや増加している。

(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

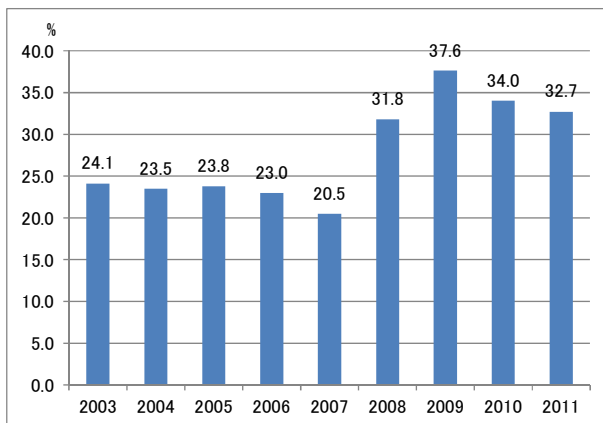
図表 2-10-12 サウジアラビア  
国民 1 人あたりの年間総医療費



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

国民 1 人あたりの年間総医療費としては、2011 年までの 8 年間で約 2 倍に増加している。

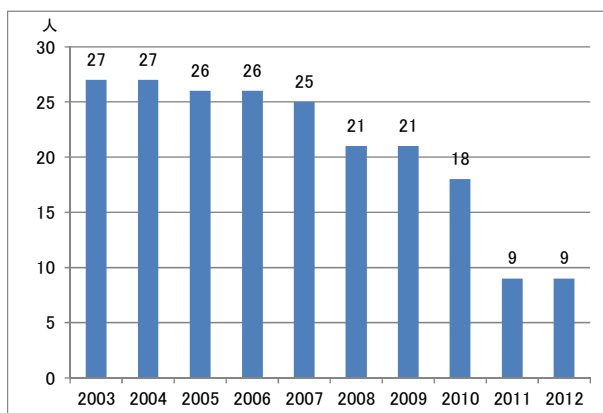
図表 2-10-13 サウジアラビア  
総医療費に占める家計負担の割合(%)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

総医療費に占める家計負担は 2008 年以降増加している。これは 2006 年から健康保険制度が順次導入され、保険料の負担などが加わったことによるものと推察される。

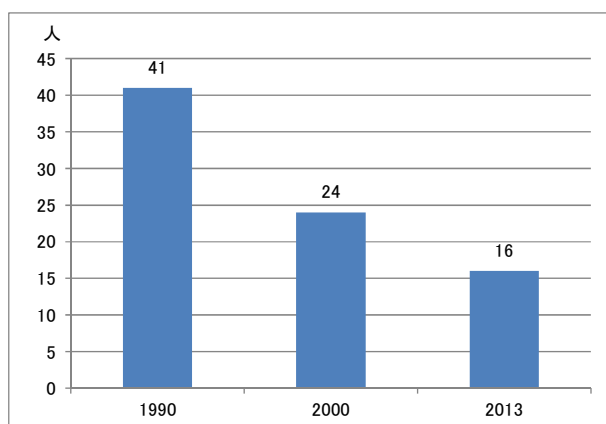
図表 2-10-14 サウジアラビア  
5 歳未満死亡率 (出生 1000 人あたり)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

5 歳未満死亡率については、この 10 年で劇的に改善しており、2012 年には 10 年前の 3 分の 1 まで減少した。

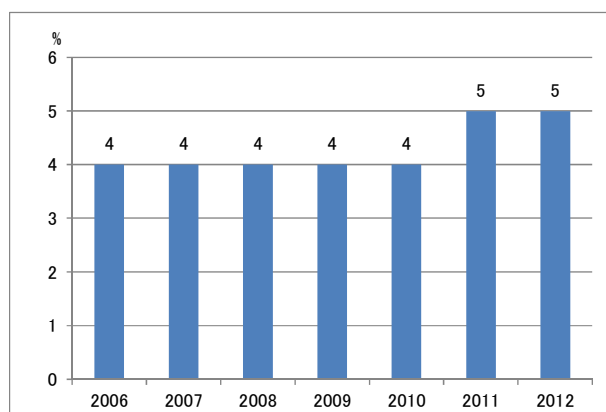
図表 2-10-15 サウジアラビア  
妊産婦死亡率（出生 10 万人あたり）



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

妊産婦死亡率は大きく改善しており、2013 年には 10 万人あたり 16 人となっている。

図表 2-10-16 サウジアラビア 高齢化率(60 歳以上)



(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

高齢化率は 5% 台であり、かなり低い状況である。

図表 2-10-17 サウジアラビア  
HIV 罹患者数（15 歳から 49 歳、10 万人あたり）



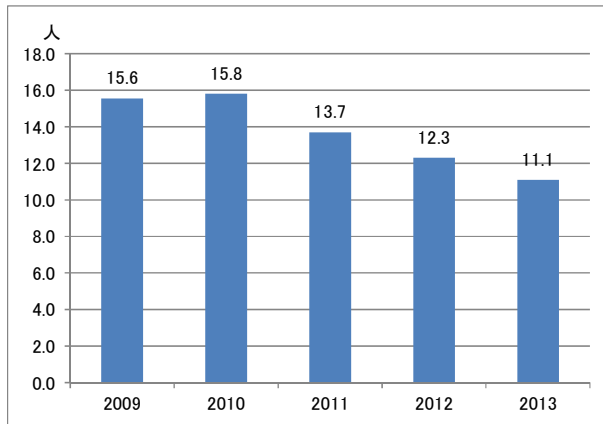
(出所) 世界保健機関 (WHO) World Health Statistics

保健省は統計値としては発表していないようである。保健省が 2013 年に世界 AIDS データに合わせて行った発表<sup>32</sup>では、罹患率は 1 万人に 2 件、2012 年の新規患者数は 1,233 (うちサウジアラビア国民が 431、外国人が 802) のことである。2012 年は、2011 年から 6.1% 減少し、2010 年からは 1.8% 減少した。なお、1984 年から 2012 年までの合計罹患者は合計 18,762 人 (うち、サウジアラビア国民が 5,348 人、外国人が 13,414 人) であった。

<sup>32</sup> 保健省広報ホームページ

<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Publications-2013-11-30-001.aspx>

図表 2-10-18 サウジアラビア  
結核罹患率（10万人あたり）



(出所) 保健省 Statistical Book for the Year 1434(2013)

結核については、その罹患率が徐々に減少してきている。2013年の症例数としては3,323件だった。

なお内訳は肺結核が10万人あたり8.16人(73.6%)、肺外結核が2.92人(26.4%)であった。

## ②主要死亡要因及び疾病構造の調査・分析

### ・主要死亡要因

2012年において、死因が明らかなもので一番多かった要因は損傷、中毒、外因性によるものであった。しかしそれを除いた、疾病によるものとしては、1位循環器系疾患、2位周産期、3位悪性新生物（がん）によるものとなっている。

ただし、ICD-10AMに基づく基準において分類不能とされた原因の数が最も多くなっていることに留意が必要である。

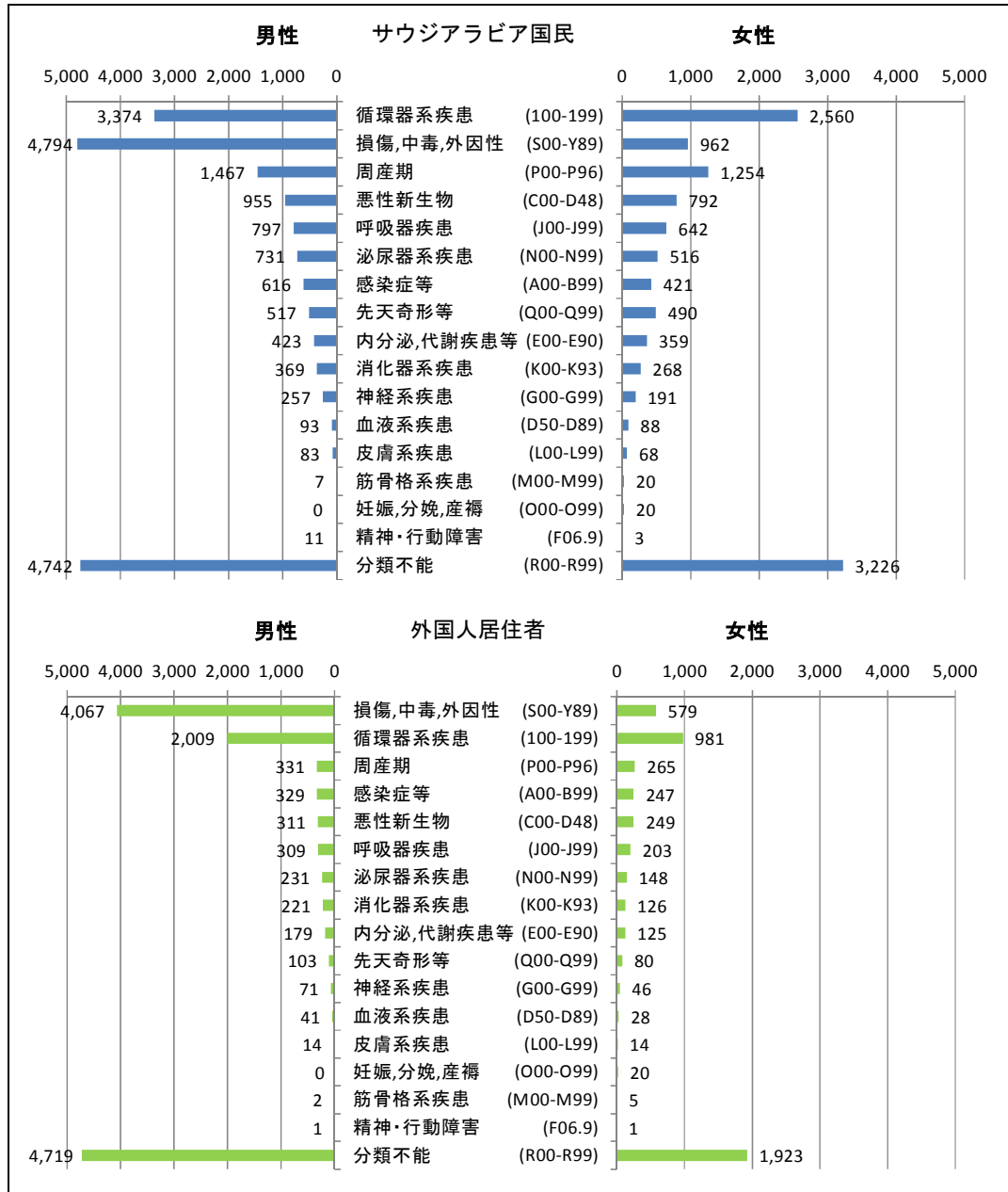
図表 2-10-19 サウジアラビア 死因別件数と推移

	循環器系疾患	損傷,中毒,外因性	周産期	悪性新生物	呼吸器疾患	先天奇形等
2008	8,403	8,761	4,486	2,254	1,854	1,216
2009	7,705	8,130	3,773	2,034	2,068	1,095
2010	7,748	8,355	4,190	2,198	1,892	1,233
2011	8,607	7,702	3,729	2,028	1,824	1,214
2012	8,924	10,402	3,317	2,307	1,951	1,199
	Diseases of circulatory system (I00-I99)	Injury, poisoning & external causes (S00-Y89)	Conditions originating during perinatal period (P00-P96)	Neoplasms (C00-D48)	Diseases of respiratory system (J00-J99)	Congenital anomalies (Q00-Q99)
	内分泌,代謝疾患等	感染症等	消化器系疾患	泌尿器系疾患	神経系疾患	皮膚系疾患
2008	1,021	1,624	996	1,468	614	269
2009	1,012	1,446	853	1,437	504	223
2010	1,140	1,533	892	1,430	525	231
2011	1,193	1,427	833	1,559	514	181
2012	1,086	1,613	984	1,626	565	179
	Endocrine nutrition metabolic disorders (E00-E90)	Infectious & parasitic diseases (A00-B99)	Diseases of digestive system (K00-K93)	Diseases of genitourinary system (N00-N99)	Diseases of nervous system (G00-G99)	Diseases of skin & subcutaneous tissues (L00-L99)
	血液系疾患	筋骨格系疾患	妊娠,分娩,産褥	精神・行動障害	分類不能	合計
2008	205	41	49	7	13,452	46,720
2009	244	32	57	2	13,693	44,308
2010	223	24	52	4	14,622	46,292
2011	268	24	47	3	13,640	44,793
2012	250	34	40	16	14,610	44,670
	Diseases of blood & blood forming organs (D50-D89)	Diseases of musculoskeletal system (M00-M99)	Complications of pregnancy, child birth & puerperium (O00-O99)	Mental & behavior disorders (F06.9)	Ill-defined symptoms & conditions (R00-R99)	

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

さらに死因について国籍別、性別にみてもみる。データは、病院の9割を占める保健省管轄の病院における、2012年のものであり、大きな傾向は読み取れる。これによれば、サウジアラビア国民における疾患については、ほぼ全体の傾向と同じく、1位循環器系疾患、2位周産期、3位悪性新生物（がん）となっている。一方で、外国人居住者は損傷、中毒、外因性によるものが圧倒的に多い。これは、出稼ぎで入国している外国人が多く、若く疾病にかかりにくいことが原因となっていると推察される。

図表 2-10-20 サウジアラビア 保健省病院における国籍別 性別 死因別件数 2012年



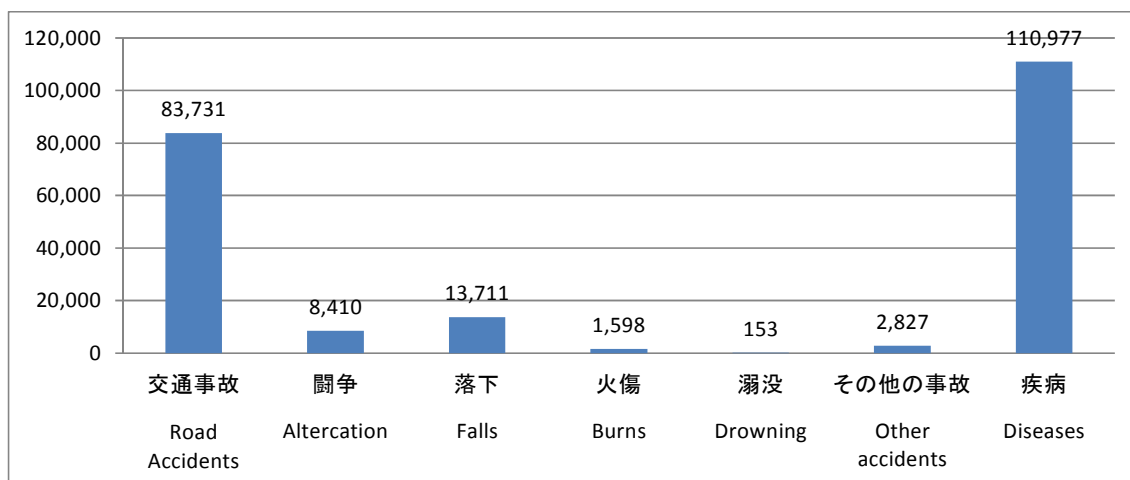
(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエツ作成

なおいずれも損傷、中毒、外因性によるものが目立って高くなっているが、その要因のひとつとして考えられるのが交通事故の多さである。

サウジアラビアでは高速道路の整備が進んでおり、かなりの速度での運転をしているとのことで交通事故が非常に多い。

サウジアラビアの救急医療は赤新月社病院が担当しているが、その救急患者の分類によれば、交通事故での搬入が2位となっており、全体の4割弱を占めている状況である。その他の外因性による搬入との比較から、外因性による死因の大部分は交通事故によるものではないかと推察される。

図表 2-10-21 サウジアラビア 赤新月社 救急患者の症状別分類



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## ・疾病構造

### 1) 感染性疾患

保健年鑑では、セクション 3「公衆衛生と予防医学」の章にて感染症に関する状況を取り扱っている。

特筆されるのは、ワクチン予防疾患において、2013 年における DPT (ジフテリア、百日咳、破傷風)、HBV3 (B 型肝炎)、OPV (経口ポリオワクチン) における 3 回の予防接種率は 97.7% であり、MMR (はしか、おたふく風邪および風疹) の予防接種率は 97.9% とかなり高いことである。

また、人畜共通感染症については、農業水資源省 (Ministry of Agriculture and Water) および市町村地域省 (Ministry of Municipal and Rural Affairs) による感染管理プログラムが機能していると総括されている。狂犬病については近年 5 年間で発生は確認されていない。また、黄熱病、ペストについては 2013 年の感染は発生していない。

また、そのほか以下の感染性疾患について保健年鑑で取り上げている。

- ・ ビルハルツ住血吸虫症 (Bilharziasis)
  - 水資源が不足する中で、衛生的な水が入手しにくいことにより寄生虫から感染する。子供が罹患した場合に発達、認知障害を引き起こし、成人には膀胱がんのリスクが高まる点で、マラリアに次いで社会経済的に重要な疾患である。
- ・ リーシュマニア症 (Leishmaniasis)
  - 東地中海地域の風土砂であり、サシチョウバエ (サンドフライ) の吸血により、リーシュマニアの原虫が侵入して発症する。
- ・ マラリア
  - 2013 年に 2,513 件の症例が確認された。

ただし、2012 年にサウジアラビアで発見された中東呼吸器症候群 (MERS: The Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus (MERC-CoV)) については、保健年鑑での記述

はない。保健省では、ホームページにて感染に関する注意喚起を呼びかけている<sup>33</sup>。

図表 2-10-22 サウジアラビア 感染症の罹患率の推移 (人口 10 万人あたり)

	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>A.疫学的感染性疾患</b>						
髄膜炎菌性髄膜炎	6	3	6	4	2	Meningococcal Meningitis
インフルエンザ菌性髄膜炎	0	0	1	1	3	Meningitis, Haemophilus
肺炎球菌性髄膜炎	17	18	12	3	3	Meningitis pneumococcal
その他の髄膜炎	317	228	242	215	293	Meningococcal(Other Cases)
<b>B.ワクチン予防疾患</b>						
麻疹	81	334	362	294	252	Measles
水疱瘡	31,402	1,818	19,469	18,704	10,934	Chickenpox
肝炎	5,020	4,854	4,494	4,609	4,259	Hepatitis
ジフテリア	1	0	2	0	8	Diphtheria
百日咳	26	0	11	6	0	Whooping Cough
新生児破傷風	10	4	14	14	10	Tetanus Neonatorum
おたふく風邪	138	45	26	64	37	Mumps
風疹	13	35	0	18	66	Rubella
<b>C.環境に影響される疾患(Environment-acquired Diseases)</b>						
コレラ	4	6	1	5	5	Cholera
腸チフス&パラチフス	316	-	-	-	-	Typhoid & Paratyphoid
細菌性赤痢	121	93	54	67	35	Bacillary dysentery
サルモネラ症	1,372	1,393	1,394	1,141	1,045	Salmonellosis
アメーバ赤痢	3,064	2,852	1,985	2,172	1,819	Amoebic Dysentery
A型肝炎	1,258	616	321	310	236	Hepatitis A
包虫症	0	1	1	7	0	Echinococcus hydatid disease
<b>D. 人畜共通感染症</b>						
ブルセラ症(マルタ熱)	4,803	4,460	3,942	3,661	3,264	Brucellosis
デング熱	3,350	3,526	3,302	1,749	6,512	Dengue Fever
狂犬病	0	0	0	0	0	Rabies
<b>F. その他の感染症</b>						
C型肝炎	2,487	2,448	2,328	2,340	1,577	Hepatitis C
結核	16	16	14	12	11	tuberculosis
その他の感染症	220	82	85	108	34	Other infectious hepatitis

\*腸チフス&パラチフスの値については、グラフ上の数値記載がないためにデータ未取得  
(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

## 2) 非感染性疾患

2014年3月の保健省の発表によれば、非感染性疾患に関する健康情報システムの見直しにあたり、米国ワシントン大学の健康指標評価機関(Institute for Health Metrics and Evaluation)と5年間のプロジェクトで新しい統合情報システムの導入を行っている<sup>34</sup>。

このプロジェクトの第一段階では、慢性疾患につながるリスク要因を追跡するために、データベースを構築する計画である。この調査は、社会的、経済的要因だけでなく、けがや病気につながるリスク要因に関するすべての情報を測定する設計となっており、病院や医療施設での外来患者を追跡してインタビュー調査を行った。また、調査を実施する保健

<sup>33</sup> 保健省ホームページ <http://www.moh.gov.sa/en/CCC/informationcenter/pages/healthguidelines4.aspx>

<sup>34</sup> 保健省ホームページ 健康情報調査  
<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/Pages/healthinformatics.aspx>



施設の能力も同時に実施され、健康に影響を与える社会的、経済的要因を特定した。保健省では、この第一段階の調査結果をもとに、非感染性疾患の予防・治療プログラムを開発し、実施のための基盤づくりにつなげたいという意向である。

このプロジェクトで取り上げられた慢性疾患は、以下の5つとなっている。

・糖尿病	・肥満
・高血圧	・高コレステロール
・喫煙	

なお保健年鑑では特に非感染性疾患の状況について記述した項はなく、セクション4「ヘルスサービスと活動」における外来患者の来院、手術の内訳等で疾病の状況を把握することになる。

図表 2-10-23 サウジアラビア 保健省管轄病院 外来 2013年

	産婦人系疾患	眼疾患	筋骨格疾患	耳鼻咽喉疾患	皮膚科系疾患	口腔歯科疾患
件数	1,249,062	1,233,634	1,066,367	750,634	679,698	672,917
比率	11.0%	10.9%	9.4%	6.6%	6.0%	5.9%
	Obstetrics and Gynecology	Eye diseases	Musculo-skeletal diseases	ENT diseases	Skin and subcutaneous tissue diseases	Oral and dental diseases

	消化器系疾患	糖尿病	泌尿器疾患	胸部疾患	神経系疾患	高血圧
件数	524,748	466,006	477,325	428,447	390,527	361,189
比率	4.6%	4.1%	4.2%	3.8%	3.4%	3.2%
	Diseases of digestive System	Diabetes Mellitus	Diseases of genito-urinary system	Chest diseases	Nervous system Diseases	Hypertension

	冠動脈性心疾患	感染症	血液疾患	リウマチ、その他の心疾患	その他疾患	合計
件数	161,361	68,299	152,193	144,869	2,525,666	11,352,942
比率	1.4%	0.6%	1.3%	1.3%	22.2%	100.0%
	Coronary heart diseases	Infectious & parasitic diseases	Blood diseases	Rheumatic & other heart diseases	Other diseases	Total

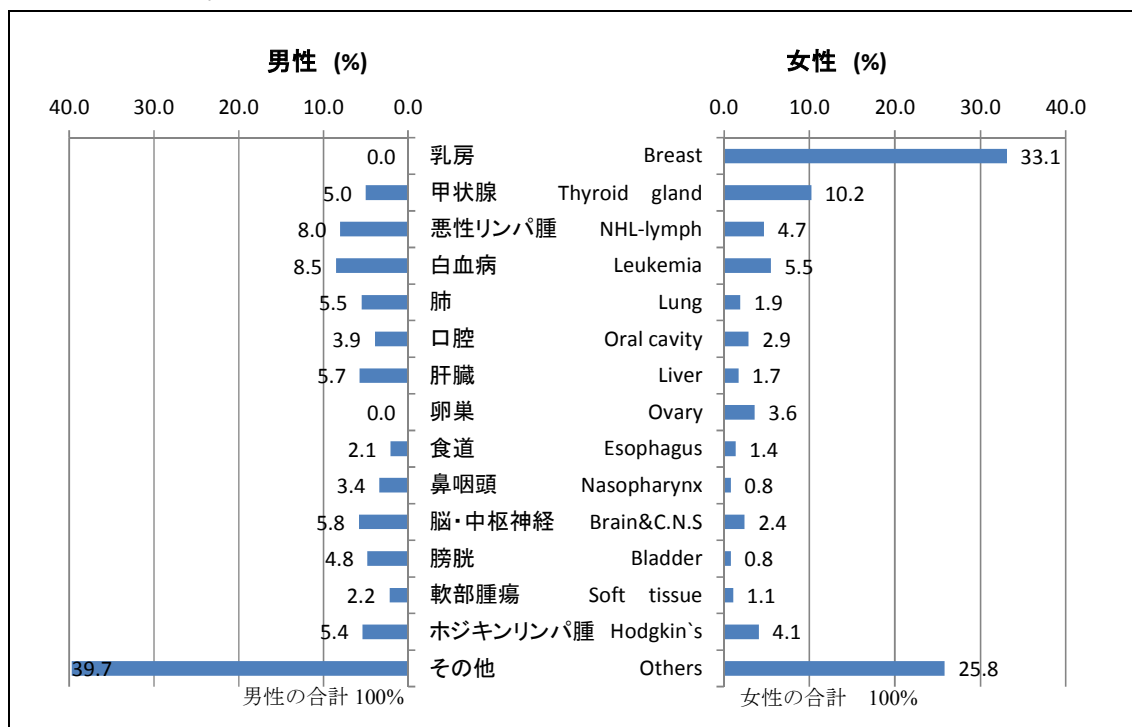
(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

以上は、保健省管轄病院における外来患者の疾病の分類である。もっとも多いのが産婦人科系であり、これは通常分娩も含まれるのではないかと推察される。次いで眼疾患、筋骨格疾患となっている。現地調査を行っていないため、これら疾患の具体的な状況については不明である。

次に、保健省の管轄する King Faisal Specialist Hospital and Research Center (Riyadh and Jeddah)における、部位別がんの症例の比率をみると、男性で最も多いのが白血病、次いで悪性リンパ腫、脳・中枢神経になっており、女性では乳がん、甲状腺、白血病の順と

なっている。

図表 2-10-24 サウジアラビア King Faisal Specialist Hospital and Research Center (Riyadh and Jeddah)における部位別がんの症例の割合 2012年



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

以上から、サウジアラビアでは感染性疾患はかなり克服されている。一方で非感染性疾患は、循環器系疾患、周産期、悪性新生物（がん）に関するものが多い。さらに、生活習慣病が課題であると認識されており、具体的な疾患への取り組みのほか、予防措置に力を入れて取り組んでいる。なお、眼疾患、女性で乳がんが多いことが一つの特徴である。

### ③医療機関数

医療機関は、保健省、あるいはそのほかの省庁管轄の公共機関によるものと、民間機関によるものがある。

図表 2-10-25 サウジアラビア 医療機関数とその推移

		2009	2010	2011	2012	2013	
病院	公共 保健省管轄	244	249	251	259	268	MOH hospitals 2009年からの増加率 109.8%
	その他政府機関	39	39	39	39	39	Other Governmental 2009年からの増加率 100.0%
	民間 民間	125	127	130	137	136	Private Hospitals 2009年からの増加率 108.8%
	不明*					2	
	合計 合計	408	415	420	435	445	2009年からの増加率 109.1%
プライマリーヘルスケアセンター	公共	2,037	2,094	2,109	2,259	2,259	MOH Primary Health Care (PHC) Centers 2009年からの増加率 110.9%
	民間	217	199	198	198	192	Private Clinics 2009年からの増加率 88.5%
	合計	2,254	2,293	2,307	2,457	2,451	2009年からの増加率 108.7%

\*不明分は、2013年 Figure 7.3 にて病院数合計で 445 とあるが内訳には掲載されていないもの(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013)等 からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

なお保健省で管轄している医療機関としては、以下のような種類がある。

図表 2-10-26 保健省管轄の施設種類別施設数

病院	268 Hospitals
プライマリーヘルスケアセンター	2,259 PHC centers
心臓病センター	9 Cardiology Center
がんセンター	4 Oncology Center
歯科センター	32 Dental centers
糖尿病センター	20 Diabetes Center
透析センター	144 Dialysis Center
リハビリセンター	19 Rehabilitation centers
中央研究所	10 Central laboratories
入国時保健センター	23 Health centers control at entry points
禁煙クリニック	62 Anti-smoking clinics
法医学	20 Forensic Medicine

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

#### ・病院

サウジアラビアでは病院の 7 割は、公共病院である。

病院数の推移をみると、2009年からの 5年間で約 1.1 倍に増加している。これは、保健省管轄の公共病院、および民間病院の増加によるものである。

#### ・プライマリーケアセンター

プライマリーケアセンターは、全体の 9 割が公共機関による施設である。

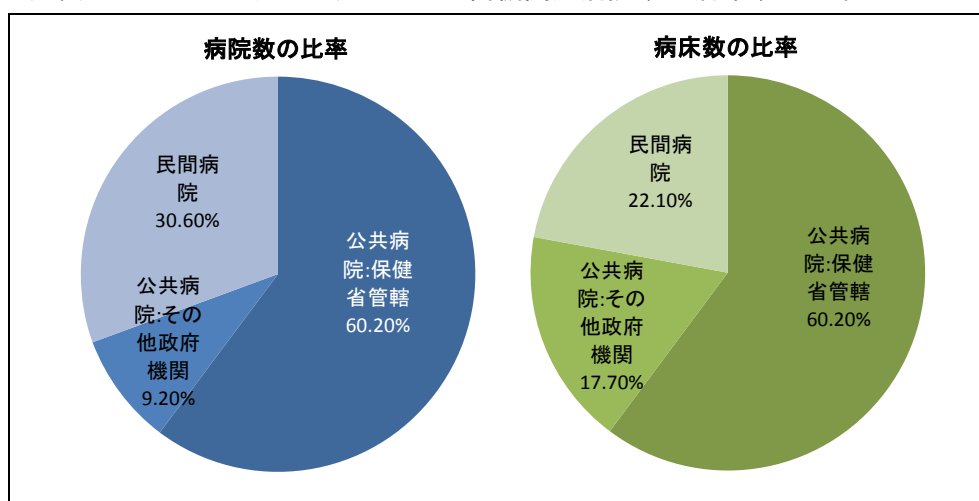
現在実施中の国家保健戦略では、10年計画の最終年である 2019年までに 2,750 施設に

増加させる目標を設定している<sup>35</sup>。

これに沿って、公共機関では病院と同様に 2009 年からの 5 年間で約 1.1 倍に増加しているものの、民間機関ではむしろ 1 割程度減少している。

次に、病院における病床数についてみてみると、その他政府機関の病院において、病院数に比して病床数が多く、逆に民間病院において病床数の比率が低くなっている。これは、その他政府機関の病院に軍の病院などが含まれるため、1 病院あたりの規模が大きくなっており、民間病院では逆に病床数が少なくなっていることが要因と推察される。

図表 2-10-27 サウジアラビア 運営機関別病院数と病床数の比率



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

これらの病床数については人口 1,000 人あたりで、公共病院が 16.6 床、民間病院で 4.8 床であり、合計は 21.4 床である。病院数の増加にも関わらず 1,000 人あたり病床数がほぼ同じ推移となっているのは、人口が同時に増加していることによるものと推察される。

図表 2-10-28 サウジアラビア 運営機関別病床数の推移 (人口 1,000 人あたり)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
公共病院	17.45	17.14	17.38	16.70	16.00	16.10	16.60	Governmental Hospital beds
民間病院	4.65	4.58	4.66	4.72	4.70	4.80	4.80	Private hospital beds
合計	22.1	21.7	22.0	21.4	20.7	20.9	21.4	

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

<sup>35</sup> 保健省広報ホームページ

<http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Publications-2013-09-23.aspx>

図表 2-10-29 サウジアラビア 運営機関別病床数の推移 (実数)

	2009	2010	2011	2012	2013		
公共病院	保健省管轄	33,277	34,370	34,450	35,828	38,970	Ministry of Health
	その他政府機関	10,822	10,939	10,948	11,048	11,497	Other Governmental
民間病院		11,833	12,817	13,298	14,165	14,310	Private sector
合計		55,932	58,126	58,696	61,041	64,777	

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

さらに、病院における平均入院期間と病床利用率を見てみると、病床利用率はこの 5 年間で若干低下している。総合病院、産科・小児科病院では、平均在院日数はほぼ同じ傾向で推移しているため、この利用率の低下は病床の増加によるものと思われる。

なお、サウジアラビア駐在経験者からのヒアリングでは、当地では家族を大切にしている傾向が強く、入院より自宅での療養を希望することが多いとのことである。平均在院日数等の数値を見るには、そのような傾向を加味して判断する必要があると思われる。

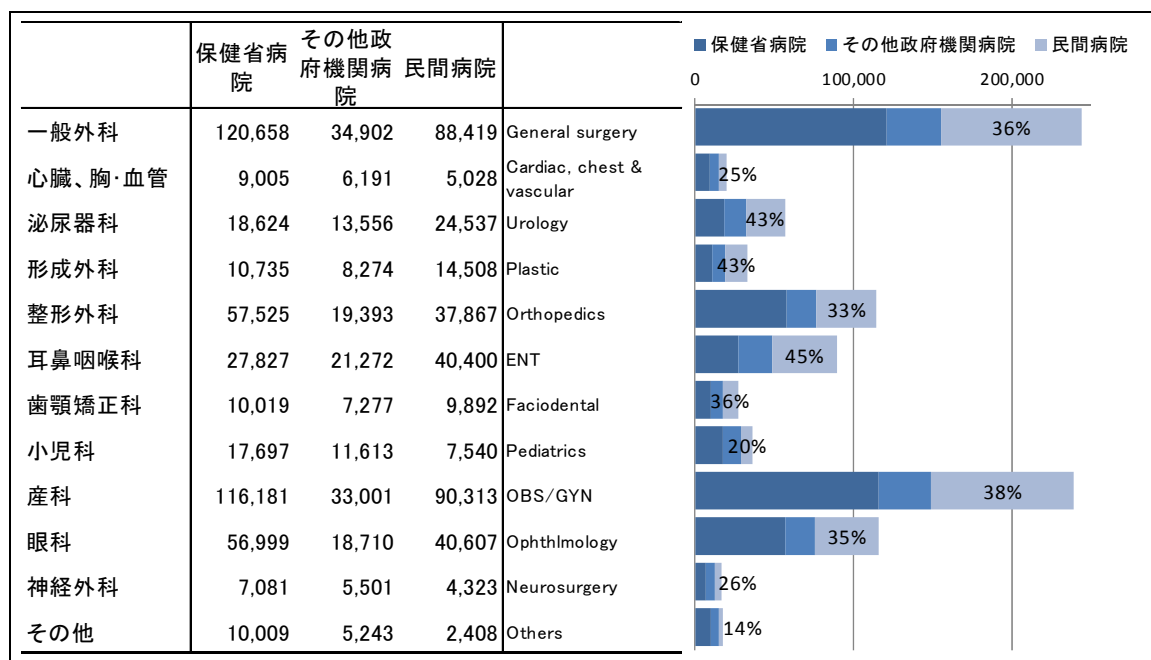
図表 2-10-30 サウジアラビア 診療科別平均在院日数、病床利用率

	平均在院日数 Average length of stay			病床利用率 Bed occupancy rate		
	総合病院	精神科、胸部、発熱系病院	産科・小児科病院	総合病院	精神科、胸部、発熱系病院	産科・小児科病院
2009	3.8	54.6	3.1	60.8	82.4	68.0
2010	3.9	53.5	3.3	59.9	84.0	71.2
2011	3.9	65.6	3.3	57.2	85.1	69.6
2012	3.9	66.0	3.2	56.6	71.0	68.8
2013	3.9	68.4	2.3	53.6	60.3	49.2
	General Hospitals	Psychiatry, chest & fever hospitals	OBS/GYN & pediatrics hospitals	General Hospitals	Psychiatry, chest & fever hospitals	OBS/GYN & pediatrics hospitals

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

次の図表は、病院で行われた手術について、病院の運営機関ごとに比較したものである。これを見ると、件数では一般外科、産科、眼科、整形外科の順に多くなっていることがわかる。さらに、病院数では 30%である民間病院での手術件数比率が全体的に高い傾向にあることがわかる。このことも、民間医療機関の方が高度な医療を行っているという一般市民の印象を裏付ける一つの示唆であるといえる。

図表 2-10-31 サウジアラビア 手術の症例別 運営機関別 件数 2013 年



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

#### ④医療従事者の現状

保健省では、医療従事者を、医師、薬剤師、看護師、周辺医療従事者（Allied health professionals）の 4 つのカテゴリに分類し、統計をとっている。周辺医療従事者には、検査技師、放射線技師などが含まれる。これらすべての医療の専門家は、2009 年から 2013 年までの 5 年間で約 1.4~1.5 倍に増加している。医療機関の増加が 1.1 倍程度であることから、それを上回って人材を増加させていることになる。

図表 2-10-32 サウジアラビア 医療従事者数と増加率

	2009	2010	2011	2012	2013	
医師（歯科医含む）	55,284	66,014	69,599	71,518	80,475	Physicians include dentists 2009年からの増加率 145.6%
薬剤師	14,943	14,928	15,317	15,590	21,766	Pharmacists 2009年からの増加率 145.7%
看護師	110,858	129,792	14,632	139,701	154,568	Nurses 2009年からの増加率 139.4%
周辺医療従事者	59,618	66,705	74,108	76,769	91,781	Allied health professionals 2009年からの増加率 153.9%

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

人口 10,000 人あたりの数値では、同じ 5 年間の増加率はやや緩やかであることから、医療従事者は増加しているものの、人口に合わせた増加になっていることがわかる。

図表 2-10-33 サウジアラビア 医療従事者の割合(人口 10,000 人あたり)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
医師	21	22	22	24	24	24	27	Physicians 2009年からの増加率 122.9%
歯科医	3	2.8	3	3	4	3	4	Dentists 2009年からの増加率 144.8%
薬剤師	6	6	6	6	5	5	7	Pharmacists 2009年からの増加率 123.7%
看護師	39	41	44	48	47	48	52	Nurses 2009年からの増加率 117.8%
周辺医療従事者	20	21	24	25	28	26	31	Allied health professionals 2009年からの増加率 130.2%

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

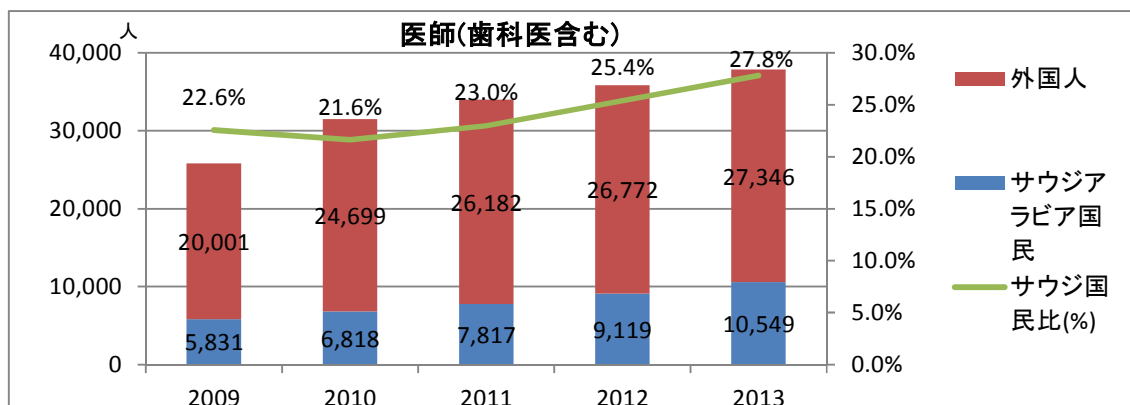
医療従事者で特徴的なのは、外国人の比率が高いことである。

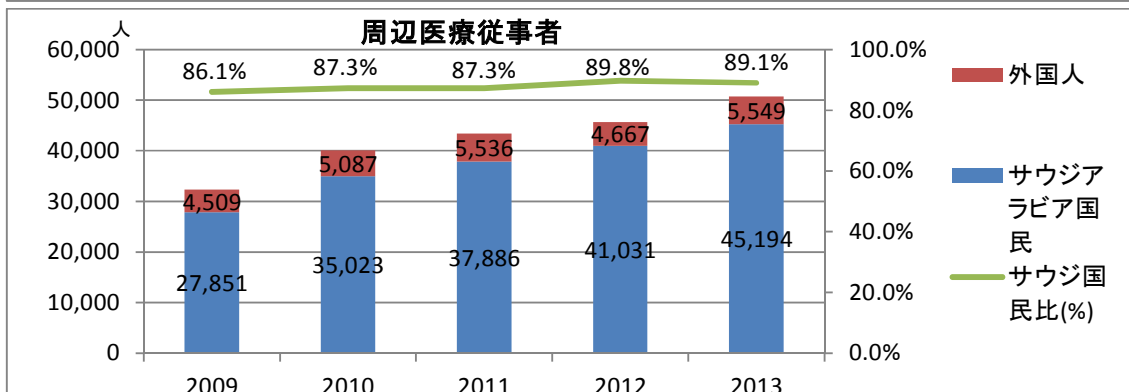
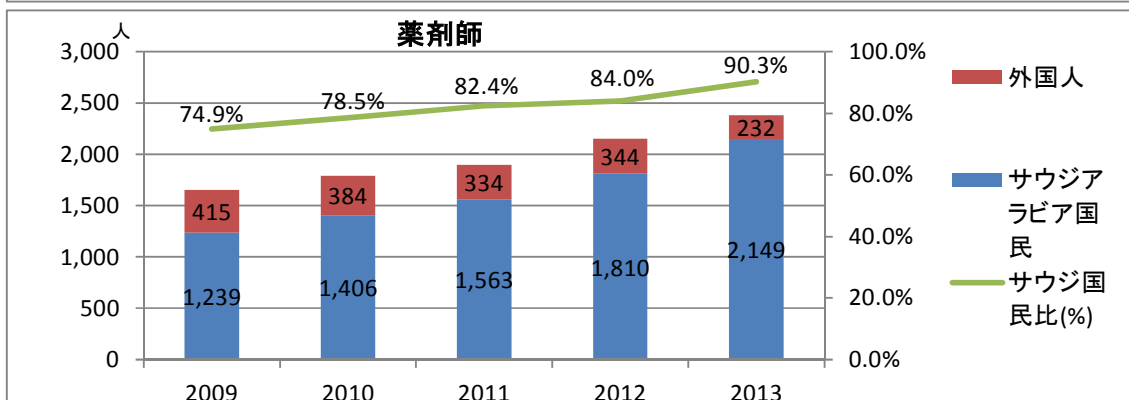
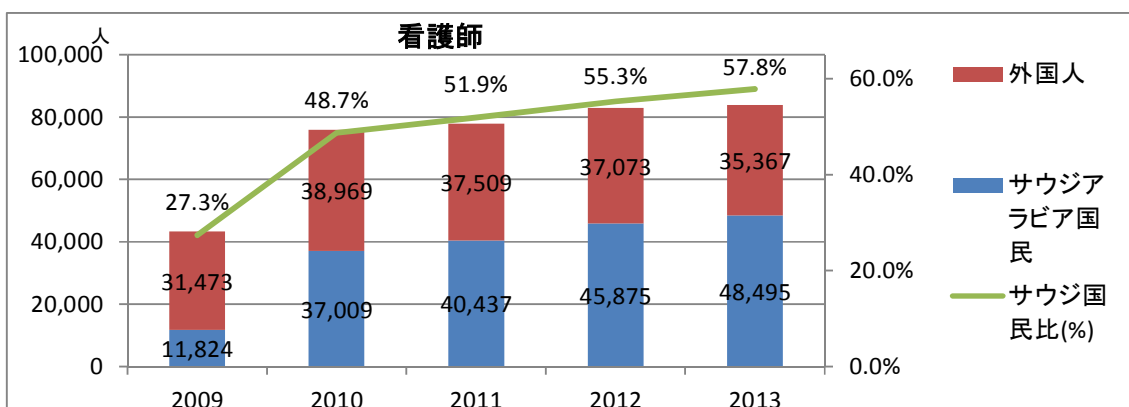
以下の統計は、保健省直轄の公共医療機関の医療従事者が、サウジアラビア国民か、外国人かを示したものである。これを見ると、歯科医を含む医師ではサウジアラビア国民の医師の比率は 20%台であり、80%以上が外国人医師であることがわかる。ただし、サウジアラビア国民の比率は継続的に増加している。人数では、2013 年には 2009 年の 2 倍の人数になっており、後述する医療従事者の教育の成果も現れていると思われる。それでも増加数では外国人医師の方が多く、医師数を充実させるためには海外からの採用に依存していることがわかる。

看護師においては、自国民の採用についてはより積極的であり、看護師の全体数も増加しているが、その中でもサウジアラビア国民の看護師を大きく増加させ、逆に外国人看護師は減少している。

薬剤師や医療周辺従業者は、従来よりサウジアラビア国民の比率は高かったが、近年、さらにその比率、人数を増加させており、2013 年では約 9 割が自国民となっている。

図表 2-10-34 サウジアラビア 公共医療機関勤務の医療従事者の国籍とその比率の推移





(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

同じく、公共医療機関における周辺医療従事者に関する職種別の国籍、男女比は以下のようになっている。職種ごとにサウジアラビア国民比率が異なっており、検査技師、薬局、放射線技師などでは比較的高い。逆に目立って外国人比率が高いのが腎臓透析の担当者であり、99.2%が外国人技師となっている。



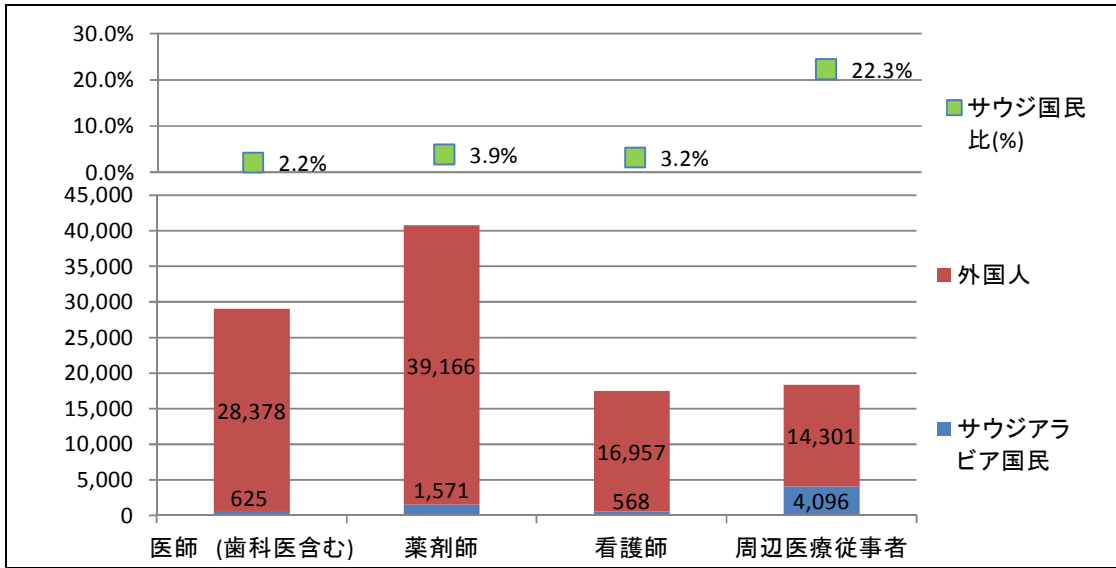
図表 2-10-35 サウジアラビア 公共医療機関勤務の周辺医療従事者数

	検査技師	薬局	放射線技師	公衆衛生	リハビリ テーション	歯科衛生士	保健サー ビス管理	医療記録
サウジアラビ 男性	6,623	5,338	4,661	3,146	1,801	1,493	2,049	1,611
ア国民 女性	1,860	805	801	38	739	1,106	354	568
外国人 男性	216	113	113	21	260	40	5	34
外国人 女性	692	362	748	2	423	128	16	93
合計	9,391	6,618	6,323	3,207	3,223	2,767	2,424	2,306
サウジ国 民比(%)	90.3	92.8	86.4	99.3	78.8	93.9	99.1	94.5
	Laboratory	Pharmacy	Radiology	Public Health	Rehabilitation	Dental	Health Services' Management	Medical Records
	外科手術	ソーシャル ワーカー	麻酔	栄養	医療秘書	心理療法	統計	検眼
サウジアラビ 男性	1,402	1,094	1,221	1,193	620	557	654	424
ア国民 女性	62	502	17	324	220	191	30	119
外国人 男性	63	3	99	4	29	12	2	2
外国人 女性	452	4	214	24	124	5	1	10
合計	1,979	1,603	1,551	1,545	993	765	687	555
サウジ国 民比(%)	74	99.6	79.8	98.2	84.6	97.8	99.6	97.8
	Surgical Operations	Social Services	Anesthesia	Nutrition	Medical Secretary	Psychotherap y	Statistics	Optometry
	腎臓透析	殺菌	心電図検査	聴覚/ス ピーチ	その他	合計		
サウジアラビ 男性	1	58	19	32	2,632	36,629		
ア国民 女性	3	3	6	48	769	8,565		
外国人 男性	5	66	20	10	266	1,383		
外国人 女性	494	49	36	6	283	4,166		
合計	503	176	81	96	3,950	50,743		
サウジ国 民比(%)	0.8	34.7	30.9	83.3	86.1	89.1		
	Renal Dialysis	Sterilization	ECG & EEG	Hearing / Speech	Others	Total		

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

公共病院でサウジアラビア国民の比率を上昇させているのと対照的に、民間病院、プライマリーケアセンターの医療従事者は、ほとんどが外国人となっている。サウジアラビア国民の比率は、医師で2.2%、薬剤師で3.9%、看護師で3.2%となっており、一番比率が高い周辺医療従事者でも22.3%となっている。民間医療機関は外国人によって運営が行われているといっても過言ではない。

図表 2-10-36 サウジアラビア 民間病院勤務の医療従事者の国籍とその比率



(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

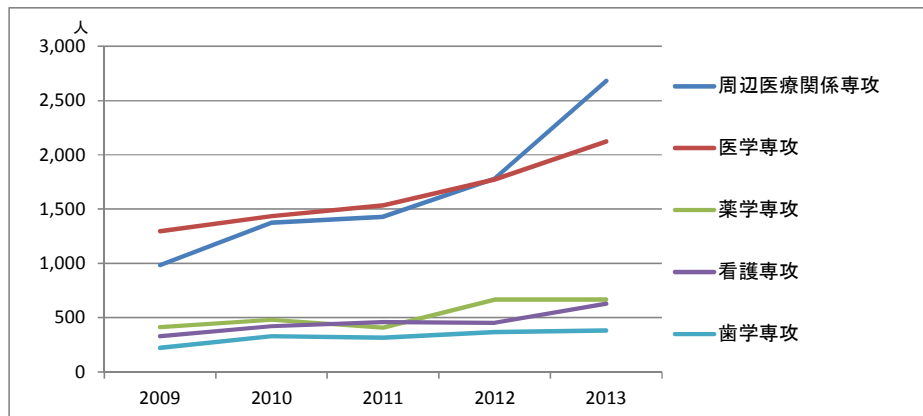
⑤医療従事者の教育・資格制度の現状

保健省では、自国内での人材育成を促進する政府方針の一環として、医療従事者の教育にも力を入れている。

施設面では、既存の保健施設に教育機能を併設し大学に改組したものや、また医学大学を卒業した後、さらに高度な医療技術を習得できるような中間研究施設も設立している。

保健省では、国内および海外に留学する場合の医学教育に関するガイドラインを作成しており、継続的に教育カリキュラム、実習手法について見直しを行っている。

図表 2-10-37 サウジアラビア 医療関係大学院生の専攻別学生数推移



	2009	2010	2011	2012	2013	
医学専攻	1,296	1,435	1,535	1,772	2,123	Medicine
歯学専攻	221	330	316	369	382	Dentistry
薬学専攻	414	480	408	668	666	Pharmacy
周辺医療関係専攻	985	1,375	1,430	1,781	2,682	Applied Science
看護専攻	330	423	461	454	629	Nurse
合計	3,246	4,043	4,150	5,044	6,482	

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエイツ作成

医療関係学部、大学院の国籍別学生数、学部数は以下の通りとなっている。学生の 98% はサウジアラビア国民であり、今後の医療従事者の自国内採用を促進する方針が実行されているといえる。

図表 2-10-38 サウジアラビア 医療関係学部の学生数

		合計	医学部	歯学部	薬学部	周辺医療 関係学部	看護学部	理学療法 学部	公衆衛生 学部
			Medicine	Dentistry	Pharmacy	Applied Science	Nurse	Physiothera py	Public Health & Health Information
サウジアラ ビア国民	男性	26,395	9,527	2,515	3,915	9,500	643	0	295
	女性	26,658	6,415	1,590	3,269	10,561	4,127	613	83
	合計	53,053	15,942	4,105	7,184	20,061	4,770	613	378
外国人	男性	322	153	19	72	61	17	0	0
	女性	508	135	28	138	170	28	9	0
	合計	839	288	47	210	231	45	9	9
合計	男性	26,717	9,680	2,534	3,987	9,561	660	0	295
	女性	27,166	6,550	1,618	3,407	10,731	4,155	622	83
	合計	53,892	16,230	4,152	7,394	20,292	4,815	622	387
学部数		92	22	16	19	20	12	1	2

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

図表 2-10-39 サウジアラビア 医療関係大学院の学生数

		合計	医学専攻	歯学専攻	薬学専攻	周辺医療 関係専攻	看護専攻
			Medicine	Dentistry	Pharmacy	Applied Science	Nurse
サウジアラ ビア国民	男性	3,169	1,213	268	364	1,205	119
	女性	3,125	849	106	261	1,411	498
	合計	6,294	2,062	374	625	2,616	617
外国人	男性	91	30	3	12	41	5
	女性	97	31	5	29	25	7
	合計	188	61	8	41	66	12
合計	男性	3,260	1,243	271	376	1,246	124
	女性	3,222	880	111	290	1,436	505
	合計	6,482	2,123	382	666	2,682	629
機関数		55	13	6	9	19	8

(出所) Statistical Book for the Year H1434(2013) からワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

## 2.10.3 医薬品・医療機器の普及・流通状況

### ① 医薬品

現地調査を行っていないため実際の医薬品流通についての情報は乏しいが、サウジアラビアには日系企業による現地資本との合弁の製造企業がある。

また民間の調査会社の報告<sup>36</sup>によれば、サウジアラビアは湾岸地域での最大の医薬品製造

<sup>36</sup> "GCC Pharmaceutical Industry" Alpen Capital March 31, 2013

拠点であり、国内には 15～20 社程度の医薬品製造業が存在する。

#### 民間調査会社によるサウジアラビアの医薬品市場に関する記述（要点）

サウジアラビアで製造されるもののほとんどは海外への輸出向けとなっており、サウジアラビア国内へ供給されているのは製造されたもののうち 15%のみである。それでも、輸出より輸入額の方が圧倒的に多い状態である。

国内資本の企業では主にジェネリック医薬品を製造しており、グラクソ・スミスクライン、日系のグローバル先発薬企業は、サウジアラビア国内での製造を行うために国内企業との合弁会社を設立している。しかし、現地での生産に乗り出す企業は一部であり、たとえ医薬品の認可プロセスは長くかかっても輸入による市場参入を志向する企業がほとんどである。その理由としては、政府による価格統制と労働力の不足が挙げられる。これに対して、政府は製造業誘致によって失業者への雇用促進をしたいなどの意向もあり、税優遇などのインセンティブを提供しているがあまり効果を上げていない。

国内企業が製造しているジェネリック医薬品は、国内需要の 20%未満しか満たせていない。また国民は輸入される世界的なブランドの先発薬を好んでいるという実態もある。

処方薬は国内流通量の 85%以上を占めているため、製薬会社が直接消費者へ与える影響は限られており、それが著名な世界的なブランドを志向する原因の一つとなっている。

また、食品医薬局は OTC 医薬品について、コンビニエンスストアやスーパーでの販売を禁止しており、宣伝についての規制もあるため、市場は小さくなっている。

## ②医療機器

日系医療機器企業の進出としては、駐在員事務所を設置している企業、サウジアラビア人がマネージャーを務める拠点を保有している企業が確認された。それ以外で医療機器を販売している企業は、代理店を通じた販売を行っているかと推察される。

以下は、進出している企業にヒアリングした、サウジアラビアの医療機器に関する情報である。

- ・サウジアラビアの薬事規制は厳しい。それ以外の国は、米国 FDA か欧州 CE 規格があれば輸入できるため、比較的緩やかである。
- ・サウジアラビアでは現地での生産を求められている。この背景には、サウジアラビアでの若年層の失業率が高いことが理由にあると思われる。
- ・サウジアラビアとしては、サウジアラビアで製造することで GCC への輸出がしやすくなると説明している。しかし、印象としてはサウジアラビア人の勤労意欲は低く、仮に製造を行ったとして、メイド・イン・サウジアラビアの製品が品質面で信頼されるかと言えば疑問である。
- ・やむなく、現地での製造について検討はしているものの、GE などでは製品ラインが幅広く、何か製造できる製品はあるかもしれないが、当社では難しいと思われる。
- ・仮に、政府機関への入札参加にあたって、現地で製造していることが条件になると当社では対応できないと思われる。日本政府から働きかけてくれるのであれば、サウジアラビア政府に、現地生産を入札の条件とするようなことを止めてほしい。なお、同様の動きはアフリカの一部の国にもでてきている。

また、別の進出企業でのヒアリングによる情報は以下のとおりである。

- ・サウジアラビアでの公共機関への入札の場合、同じ製品であれば要求仕様は1種類しかない。ハイエンド、ミドル、ローエンド製品という区分けがあるが、それぞれのランクの製品に細かな修正仕様は加えられない。
- ・サウジアラビアは、人工関節の手術が多い。手術後のフォローアップは日本、欧米では一般的であるため、この分野に可能性があると思われる。
- ・サウジアラビア食品医薬品庁(SFDA: Saudi Food & Drug Authority)の薬事規定については、厳しいといわれるが、あまり苦労していない。現地代理店が適切に対応していると思われる。
- ・サウジアラビアに対しては貿易規定、入国審査に改善を希望したい。通関の制度が急に変わり輸入できないことがあった。しかも航空便で通関できなかったものが DHL に委託したところ通関できるなど、原則がどのように運用されているのかわからない。

上記コメントにもあるが、サウジアラビア食品医薬品庁(SFDA)では医療機器の輸入等に関して明確なガイドラインを設定し、認可等については厳格に運用されている。以下は、現在設定されている医療機器に関するガイドラインの一覧である<sup>37</sup>。

- MDS-G1 Guidance for Medical Device Importers and Distributors
- MDS-G2 Guidance for Local Manufacturers
- MDS-G3 Guidance for Medical Device Authorized Representatives
- MDS-G4 Guidance for Overseas Manufacturers
- MDS-G5 Guidance on Marketing Authorization Procedures
- MDS-G6 Guidance on Post-Marketing Surveillance
- MDS-G7 Guidance on Medical Devices Bundling\_Grouping Criteria
- MDS-G8 Guidance on Medical Devices Intended for Demonstration or Training Purposes Only
- MDS-G9 Guidance on International Quality and Efficiency Samples
- MDS-G10 Guidance on Labelling Requirements for Medical Devices

#### 2.10.4 対象国が抱える問題点、ニーズ

サウジアラビアは、UAE、カタールと同様に医療従事者に占める外国人比率が高くなっている。ただし、この点については順次国内での教育を充実させてきているため、徐々にサウジアラビア国民による医療従事者数は増加しており、特に公共病院にてその増加は顕著である。一方で、民間医療機関ではそのほとんどが外国人医療従事者によって対応され、むしろ信頼は厚く、実施されている手術件数などから判断しても公共病院と民間病院での医療技術に差がある可能性がある。

疾病については、公共病院での専門病院は心臓病、悪性新生物（がん）、糖尿病、透析、リハビリの分野で設置され、今後も増加させていくことが予定されており、これらの疾患

<sup>37</sup>サウジアラビア食品医薬品庁(SFDA)ホームページ 医療機器規定  
<http://www.sfda.gov.sa/en/medicaldevices/regulations/Pages/default.aspx>

について高度な医療技術のニーズがあると考えられる。特に、今後 5 つのメディカルシティを建設・増設し、高度医療を集中的に提供する計画であることから、これらの疾患に関する医療機器については高い需要が見込まれる。

またがんにおいては女性で乳がんの症例数が最も高く、乳がん関連の検診についてのニーズを設定することができると思われる。

さらに予防医療の分野では、糖尿病、肥満、高血圧、高コレステロール、喫煙に関して統合情報システムが開始されており、今後実際の予防活動を導入していく中で、検診、関連医薬品、測定機器などの導入が進んでいくものと考えられる。

■サウジアラビアにおける問題点、ニーズのまとめ

課題		想定されるニーズ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病、がん、糖尿病、透析、リハビリの分野での高度医療を提供する必要性</li> <li>・特に乳がんの罹患率が高い</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の増加に伴う新規導入</li> <li>・検診、治療に関する医療機器、医薬品に関する最新技術情報、実際の購入</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・国内医療従事者人材における医療技術の向上</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療教育、技術向上への提携</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病、肥満、高血圧、高コレステロール、喫煙に関する統合情報システムの実施</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診システムの導入</li> <li>・関連医薬品、測定機器の購入</li> </ul>

2.10.5 日本の医薬品・医療機器企業による海外進出可能性

すでに医薬品、医療機器とも日系企業の拠点もあり、他の湾岸諸国と比較しても人口が多く、さらに政府としても医療機関も引き続き増加させていく計画であることから、進出するに足りる市場だと考えられる。

さらに、サウジアラビアの医療制度については湾岸協力理事会(GCC)内でも最も整備されていると考えられ、かつ発言力が強いことから、サウジアラビアに進出することで、他の湾岸諸国への波及効果についても期待できる。

一方で、事業環境の点からは整備がまだ不十分であり、サウジアラビア政府としては、雇用創出の観点からも製造業を誘致したいというものの、製造拠点として進出するには十分に検討を要する状態である。

医薬品についてはジェネリック薬製造業も含めて約 20 社弱があるとのことから現地企業との合弁でライセンス生産をするという可能性は十分にある。

しかし医療機器については、精密加工の工程が含まれるため、たとえノックダウン方式の組み立て工程でも、ものづくりに不慣れた国民の中で品質を担保できるかどうかは未知数のところが多いと考えられる。

医療機器において進出を考える場合には、まず販売拠点として市場動向を十分に把握する目的での進出が望ましいと考えられる。

### 3. アジア・中東 21 か国・地域における日本の医薬品・医療機器企業の進出状況調査

#### 3.1 調査の実施内容

アジア・中東 21 か国・地域における、日本の医薬品・医療機器企業による現在の海外進出状況や当該企業が抱える課題および対象国政府等に対する要望等について調査を行う。

調査のため、対象国に拠点（支店、駐在員事務所等）を有する日系の医薬品・医療機器の企業リストを作成する。

#### 3.2 調査の実施方法

まず、調査対象国 21 か国・地域について海外進出している企業のリストアップを行った。次に、それらの企業が医薬品、医療機器の各業界団体に協力を依頼し、アンケート配信を実施した。

##### ①進出企業リスト作成

- 1) 「海外進出企業 CD-ROM 2014 年版」（東洋経済新報社）にて、対象国に海外進出拠点を有する企業のうち、以下分類の企業の抽出
  - ・ 医薬品…医薬品・医薬品卸に分類されている企業
  - ・ 医療機器…精密機器に分類されている中から医療機器企業
- 2) 「医薬品企業総覧 2013」（株式会社じほう）から、対象国に海外進出拠点を有する医薬品企業を抽出し、ホームページから海外事務所等を確認
- 3) 日本製薬工業協会の会員各社のホームページから、海外進出拠点を確認し、抽出
- 4) 日本 OTC 医薬品協会の会員各社のホームページから、海外進出拠点等を確認し、抽出
- 5) (一社)医療機器産業連合会（医機連）の賛助会員各社のホームページから、海外事務所等を確認し、抽出

##### ②アンケートの実施

- 1) ワールド・ビジネス・アソシエイツにおいて、医薬品、医療機器関連業界団体において①で作成した進出企業の多くが加盟することを確認し、協力を依頼した。
- 2) 業界団体の指定方式（メール、郵送）にて、加盟企業へ調査票の発信  
発信日：医療機器／2015 年 1 月下旬、医薬品／2015 年 2 月上旬
- 3) メール、郵送により調査票の回収  
回収期限：2015 年 2 月中旬～下旬

##### ③業界団体へのアンケート協力依頼

###### ・ 医薬品関連企業

①の作業の結果、調査対象企業は、医療用医薬品、一般用医薬品、検査薬・試薬、原薬関連企業となった。一部の企業については、日本製薬工業協会、日本ジェネリック製薬協

会にアンケート協力を依頼した。アンケートを依頼した 79 社のうち、回答があったのは 20 社である。

1) 日本製薬工業協会

①で作成したリストによって対象となる会員会社 22 社に、ワールド・ビジネス・アソシエイツからメール、郵送にて調査票を発信。

2) 日本ジェネリック製薬協会

会員会社のうち、国際委員会に所属する企業 11 社に日本ジェネリック製薬協会からメール配信、およびワールド・ビジネス・アソシエイツから郵送にて調査票を発信。

3) 日本 OTC 医薬品協会

①で作成したリストによって対象となる会員会社 8 社にワールド・ビジネス・アソシエイツから郵送にて調査票を発信。

・医療機器関連企業

(一社)日本医療機器産業連合会（医機連）の加盟 19 団体を調査範囲とし、調査票を医機連から各団体に配送、各団体から加盟企業に調査票をメールにて発信した。発信先会員企業は各団体のみが把握しているため発信数の合計は不明である。回答があったのは 27 社である。

④ヒアリングの実施

1) ①で作成のリストから、調査対象国に複数の拠点に進出をしている企業を抽出

2) 進出に関するより詳細な情報を取得するため、日本国内事業所にてヒアリングの依頼、実施

ヒアリング実施：2015 年 2 月～3 月

- ・医薬品…5 社
- ・医療機器…4 社

⑤進出企業リストの更新

③のアンケートの回答により、海外進出が明らかになった企業、拠点について、①で作成した進出企業リストを更新して記載した。

また、現地調査のヒアリング、調査を行う際に、マスコミ報道等にて進出が明らかになった企業についても追記を行った。

なお、医療機器についてはその業種の性質上、代理店による展開についても進出先拠点に含めることとし、アンケート回答、現地調査で明らかになったものについてのみ進出しているとして集計に含めている。



### 3.3 21か国・地域調査のサマリー

#### 3.3.1 日系医薬品・医療機器企業の進出状況

##### ① 医薬品関連の企業

医療用医薬品を主に販売している医薬品企業のうち、調査対象国に本格的に進出をしているのは最大手の数社がほとんどであるが、中規模先発品企業がそれに続いている。ブロックバスター薬やオリジナル製の高い医薬品に関しては世界的にニーズがあることは当然であり、そのニーズへの対応が結果的にこの様な進出となっていると考えられる。どの国においても競合としては、主に欧米系の先発品企業である。その点は、日本国内と変わらないといえる。

ジェネリック企業でも進出はみられるものの、企業数は少ない。世界的には大手のジェネリック企業が存在しているが、日系企業はそこまでの規模には至っていない。現在は、日本のジェネリック医薬品の品質の高さに加え価格は高くないという強みを生かして展開していくための準備段階にあるといえる。

OTC 医薬品は東南アジアを中心に製品を輸出している企業が多いと思われるが、調査の結果では代理店を通じての販売がほとんどであり、拠点を設けている企業は数が少なかった。

代理店にどこまでの機能を期待するかによって、代理店に対する教育内容も異なってくる。MR や DI 的な役割まで期待するのか、オーダーテーカーとしてのみ期待するのか、またマーケティング活動をどの程度まで担ってもらうのかは、各国の規制や基準、商習慣や市場規模によるところもあるので、各企業でそれぞれの国に応じた対応となっている。

##### ② 医療機器関連の企業

医療機器企業は高度医療機器から消耗品まで多様な製品があるので、販売拠点としてだけでなく、他の製造業と同様に、一部では人件費の安さ等を理由に製造拠点としての進出も行われているが、アンケート結果では市場開拓を主眼としての進出が多かった。大部分の企業にとって医療機器の製造はその性格上、精密さ、安全性、衛生状態など、製造に必要とされる技術水準が高く、単に人件費が安いというだけでは海外生産には移行しにくいことが背景にあると推察される。

また、製品にもよるが、比較的単価が高く、最新技術や独自技術を導入している製品では、国内生産によるコスト増も製品価格で吸収しやすいこと、競合の欧米企業も同様に最新技術や独自技術を導入している機器等は積極的な値引きを行う姿勢はあまり見られず、このような製品では価格競争が激化しにくいことも要因と考えられる。

医薬品との大きな違いは、販売後にメンテナンスや部品交換を必要とする機器も多く、それらを行う拠点の存在が重要であることである。そのため、日系企業が直接拠点を持つ場合はもちろん、代理店に販売を依頼する場合にも、医師や技師などへの利用者、医療施設などのメンテナンス担当者への継続的なトレーニングが必要となり、その体制の構築及び運用に費用がかかる。この教育体制をスムーズに海外でも展開できるかどうか、進出の成否を分けるひとつの要因だと考えられる。

高度医療機器については、特に中東において欧米系の企業との競合が激しくなっている。また、東南アジアについては、価格競争では中国、韓国、インドとの競争が挙げられている。

図表 3-1 調査対象国に進出している日系企業数

	アジア 調査対象国														
	インド	インドネシア	韓国	カンボジア	シンガポール	タイ	台湾	中国	フィリピン	ブルネイ	ベトナム	マレーシア	ミャンマー	モンゴル	ラオス
医薬品	12	14	22	1	23	14	21	62	6	0	10	8	0	0	1
医療機器	10	11	17	0	15	13	9	40	7	0	12	11	2	1	1
総計	22	25	39	1	38	27	30	102	13	0	22	19	2	1	2

	中東 調査対象国					
	アラブ首長国連邦	イラン	カタール	サウジアラビア	トルコ	バーレーン
医薬品	1	0	0	2	4	1
医療機器	9	4	3	6	7	1
総計	10	4	3	8	11	2

アジア進出企業数 (日系企業数)	中東進出企業数 (日系企業数)	進出企業数総計 (日系企業数)
79	5	80
55	10	55
134	15	135

※複数国進出の重複を省いた集計

(出所) ワールド・ビジネス・アソシエーツ作成

### 3.3.2 日系企業の強みと弱み

#### ①日系企業の強み

アンケートの傾向から明らかになったのは、医薬品、医療機器ともに、概ねの日系企業は自社の強みとして日本ブランドであること、すなわち高品質であることを挙げていることである。また価格の安さだけを挙げた企業はなく、高品質だが比較的安価で入手できるなど高品質と合わせた訴求がされている。

そのほか見られたのは、現地での販売網を築き顧客と信頼関係ができてきていること、現地従業員のチームワークがあることなどである。

しかし製品面での独自性や競合との差別化についてはほとんど挙げられなかった。一般的に医療関連に限らず、自社の強みを明確に意識することはなかなか難しいが、技術力が必要な医薬品、医療機器企業においても、明示的な回答はしにくかったものと推察される。進出企業にとって日本ブランドは、大きな信頼としてすでに活用できているものの、個別企業のブランドの浸透を課題として挙げている企業が多く、「日本製」の信用力はあっても「製品のブランド」が確立できていない。

今後競合となる他国製品と差別化できる具体的なセールスポイントとして位置づけていくためには、何が高品質といえるのか深掘りするべきだと思われる。今回の調査では、高

品質とは何かという点までは調査ができなかったが、品質で競合する欧米系企業、価格で競争する中国系、韓国系企業との明確な競争優位を明らかにすべきだと思われる。

## ②日系企業の弱み

今回のアンケートでは、弱みと現地政府の対応など環境に関する課題が混在した回答が多かった。その中で、自社の弱みについては、競合の価格競争に人件費などが高騰していて対応しにくいというものが目立った。コストに関しては、韓国進出企業から、韓中経済自由貿易協定にて中国製が無関税で入ってくることによりさらに競争が厳しくなると想定している声が聞かれた。

一方で、今回カタールで現地代理店からのヒアリングでは、日系企業のマーケティングが欧米系企業と比較して弱い旨の指摘があった。一方で、マーケティングの不足については、日系企業からの回答ではまったく挙げられなかった。代理店は販売を主としているため、マーケティングについて重視したいのは当然であると思われる。しかし、当該代理店は欧米企業の代理店も兼ねている企業であることから、比較にはある程度の信憑性はあるともいえる。今後、現地市場での市場拡大を狙うためには、市場に合ったマーケティングが行われているか、外部からの評価についても必要と思われる。

### 3.3.3 日系企業の今後の取り組み

今回の調査対象国は所得水準も国家の発展段階も様々であるので、医療保健と医薬品・医療機器産業の関連という視点で感染症・母子保健と非感染症に分類して考察する。一般的には前者は開発途上で所得レベルが低い国にて対策が必要であり、後者は所得レベルが高い国にて対策が必要となっている。

#### ①感染症・母子保健への取り組み

感染症と母子保健に関して、対象国には、国際連合が掲げるミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の改善努力が必要となっている国が含まれている。

感染症については医療へのアクセスや医薬品の供給や費用が課題となってくる。そのうち、医薬品の供給や費用に関しては日系ジェネリック医薬品企業が貢献できる可能性があると考えますが、地元企業のジェネリック医薬品には超低価格品も多く、日系企業は地元のジェネリック企業と競争しにくい場合も多い。また、HIV 対策においては特に治療薬に最先端の医薬品も多く、必然的に治療での医薬品の費用負担が問題となってくる。この点については社会保障との関連も強いいため、各国の社会保障制度の整備に任せる部分が多いと考える。

母子保健については、日本のノウハウを生かして定期健診プログラムや母子手帳の導入等が別途行われている。今回の医薬品・医療機器という観点からは、検診プログラムの導入に伴う機器の導入が関連してくる。

## ②非感染症への取り組み

生活習慣病を中心とした慢性疾患については、予防、発見、治療の観点からは、特に予防及び発見への貢献が考えられる。各国で増加している、循環器系疾患、呼吸器系疾患、糖尿病、悪性新生物（がん）については、国家レベルでの検診プログラムの導入や国民に対する啓蒙活動による未治療患者の発見に対するノウハウの提供を積極的に行っていくことにより、結果的に検診に必要となる医療機器や検査薬の導入が促進され、治療対象の患者数が増加する事により、治療に必要となる医薬品や医療機器の需要も増加することとなる。

今回の対象国では、まだ治療への対策のみで、予防や発見への対策までは至っていない国がほとんどである。今後は結果的に医療費の削減に繋がる予防や発見への対策に積極的に取り組んでいく国も増加していくと考えられ、既に健康維持に関心の高い富裕層においては予防や発見の意識は高まっている。国家レベルでの検診プログラムを日系企業側から提案している事例もあり、すでに各種の検診プログラムの構築を行って来ている日本側からの積極的なアプローチが有効であると考ええる。

### 3.3.4 各国政府への要望、その他

各国政府機関に対する要望としては、薬事審査に関する内容が多い。具体的には、審査の透明性、短期化、日本の規格、審査との共通化が主だったものである。これらは、どの国に進出している企業でもほぼ共通の傾向である。

進出先では欧米や韓国、中国と比較すると日本は消極的だと捉えられているようであるが、日本製品や医療分野での取り組みにおける先行事例への関心は高く、コミュニケーションの強化は、現地訪問先から要望としても挙がっていた。

以下は、各国政府に対する要望である。

- ・薬事審査が担当者によって要件が変更になる等の不透明性の解消。
- ・審査期間の短縮や、日本を含めた他での基準を満たしている場合の簡易審査の導入。
- ・規制整備と監督時の不透明性の解消。
- ・現地企業との公平な競争環境の整備。
- ・競合国はロビー活動も含めて政府機関とのコミュニケーションを密に取っている。日本も経済産業省・厚生労働省・外務省の連携で政府間でのコミュニケーションを強化して日本に対する理解を深めてもらいたい。

また、日本政府に対する対応としては、韓国進出企業や、イランの現地代理店からのヒアリングから聞かれたように、日本で成功した薬価制度、検診制度などを各国政府と共有する意見があった。また、イスラム教信者の多い国では人前で肌を露出することを忌避するために AED の普及が遅れていることもあり、日本で進んでいる事例を紹介することで、日本製品を単に製品として輸出するのではなく、システムとして輸出することにつながるという意見があった。

そのほか、日本政府に対しては以下のような要望が挙げられた。

- ・新しく進出を検討する国に対する情報提供。
- ・現地政府の方針等に関するスピーディな情報収集と民間企業への情報提供。
- ・日本の規格との共通化への働きかけ。
- ・英文による日本の公式認証書の発行。
- ・現地政府の施策が日系企業に不利になっている場合（外資系企業の不利な競争条件、公共病院入札の際に現地生産を条件にするなど）の是正の働きかけ。

### 3.4 21 国・地域における進出状況、課題及び現地政府に対する要望等

#### 3.4.1 インド

##### (1) 医療、医薬品等に関する概況

1人あたり医療費は年々増加しているが、1人あたり医療費のGDP比率はむしろ下がっている。経済成長に比べて医療費を抑制している状況である。

WHOの2010年世界保健統計によると、インドにおける医療費支出は、対GDP比で4.1%と低水準にある。このうちの政府支出は26.2%(対GDP比で1.1%)で、民間支出は73.8%(対GDP比で3.0%)である。インドの公的医療制度には公的資金が十分に投入されておらず、インドの保健医療体制は民間病院への依存度が高くなっており、民間病院の市場シェアが高まっている

医療へのアクセスについては、都市部と農村部での格差が開いている。医療人材は、国際的な水準に比べて不足している。

医薬品の価格は、国家医薬品価格決定政策(National Pharmaceuticals Pricing Policy, 2012: NPPP-2012)によって上限が定められている。NPPP-2012における医薬品価格規制の主要原則は、①医薬品の必須性、②製剤価格のみの規制、③市場ベースの価格決定、である。

国家必須医薬品リスト(NLEM)の上限価格を固定する方法は、その医薬品の市場総売上高の1%以上の市場占有率を持つ銘柄すべての単純平均価格を採用している。

##### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (12社) (うちアンケート回答企業数3社)

②医療機器の進出企業 (10社) (うちアンケート回答企業数7社)

##### ③日系進出企業の概況

医薬品、医療機器とも、日系企業の進出は進んでいる。調査の結果では、医薬品関連企業が12社、医療機器関連企業が10社進出している。

アンケートの回答では、医薬品関連企業では3社が4拠点を有し、医療機器関連企業では7社が14拠点を有している。1社を除けば、進出時期は比較的最近である。医薬品関連企業では2000年代半ばから、販売、開発、製造会社が設立されている。医療機器関連企業では、1社が1990年代後半に販売会社及び製造会社を設立したのを除けば、他は2010年代に入ってからからの設立で、現地で販売及び製造を行っている。

##### (3) 日系企業の強み

###### ①医薬品関連企業

強みとして「日本人の豊富な新薬研究開発経験」と「ポテンシャルの高いインド優秀人材」のシナジー効果が期待できる点が挙げられた。一方、「特になし」とする回答もあった。

## ②医療機器関連企業

コスト面では、現地組み立てによりコストを低くできる点が挙げられた。サービス面では、様々な地域に拠点を設け、販売及びサービス体制を構築し顧客の信頼を勝ち得ている点が強みとして挙げられた。ブランドと実績については、日本のメーカーである点、世界での販売実績がある点を強みであるとした回答が見られた。

### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

医薬品、医療機器に共通して、市場価格水準がきわめて低く収益性が脅かされる点が課題として挙げられている。

#### ①医薬品関連企業

競合としては、グラクソ・スミスクラインやノバルティスなど、早い段階前からインドへ進出しているメガファーマが挙げられた。

課題としては、以下の点が挙げられている。

- ・欧米およびインドのグローバル製薬企業（新薬研究開発部門）との人材獲得競争が起きている。
- ・現地メーカーの後発品がかなりの低価格で販売されているため、売上、利益とも他国と比較し大きくなる。
- ・新製品を当該国で販売したとしても、特許期間中にも関わらず、後発品が発売されるリスクもある。政府による強制実施権発動が懸念される。
- ・インドの宗教・慣習上、動物実験に制約がある。
- ・通関の煩雑さや道路の未整備等により、研究試薬等の調達に時間がかかる
- ・治験に対する理解が不十分である

#### ②医療機器関連企業

課題として、現地企業が低価格で品質の悪い製品を提供し、また中国メーカーの低価格品が販売されていることから、価格競争に巻き込まれて市場価格水準がきわめて低く、収益性が脅かされていることが挙げられている。

また、法規制関係が不安定で、輸出入の難しさや突然の変更への対応に時間を要する点、物流網が脆弱である点も、課題として挙げられている。

さらに、将来的に医療機器登録制度が導入される可能性がある点を不安視する回答もあった。

### (5) 現地政府に対する要望

インド政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

#### ①医薬品関連企業

- ・特許存続期間中に後発品が発売（強制実施権の発動）されないように欲しい。
- ・臨床試験実施の障害となっている、治験中の死亡・傷害に対する補償制度には新しい規制（2015年6月12日施行予定）が出され、緩和の動きがあるが、まだ臨床試験実

施環境は整っておらず、被験者の同意場面の録画記録の義務付け、臨床試験サイトの制限（最少約 50 病床）など、多くの制約事項がある。これらの薬事上の制約の撤廃をお願いしたい。

- ・インドで申請中の薬剤の承認審査に遅れが見られている。Advisory Committee にあたる Subject Expert Committee (SEC) のキャンセルもあり、審査の透明性確保や審査プロセスの適切な運用がなされていないケースがある。新薬 NDA 審査に関してできるだけ審査期間や手順の透明性確保に向けた取り組みが継続して実施されるようお願いしたい。

## ②医療機器関連企業

- ・当該国のレギュレーションについて、日本から英語や日本語でアクセス可能な政府窓口を開設して欲しい。
- ・日本で取得した承認またはその臨床結果を当該国の認証取得に活用できるようにして欲しい。
- ・各種規制、認可手続きを透明化ならびに簡素化して欲しい。

## (6) その他特記事項

日本政府に対する要望として、以下の内容が挙げられている。

### ①医薬品関連企業

- ・知的財産権が保護されるよう、現地政府に働きかけて欲しい。
- ・新薬承認申請書審査の手順の改善や透明性確保に関して、日本当局の経験をインド当局に共有して欲しい。

### ②医療機器関連企業

- ・海外進出企業に助成して欲しい。
- ・日本で取得した承認またはその臨床結果を当該国の認証取得に活用できるようにして欲しい。

## 3.4.2 インドネシア

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

インドネシアは、総人口 2 億 4 千万人であるが、医薬品、医療機器の主な市場としてはジャワ島に住む 1 億 5~6 千万人と考えるのが妥当である。疾病構造については、感染症と生活習慣病の両面への対応が必要である。また、政府は年間 60 万人とも言われている医療ツーリズムにより海外に流出する診療人口を国内に取り込みたいと考えている。

医薬品については、売り上げの 70% は国内企業が製造しているが、原材料の 90% 以上は輸入に依存している。政府はこの対策を検討中である。また、保健省は、2014 年 1 月の国民皆保険の導入と共に、安価なジェネリック薬の普及を意図しており、e-catalog と称するシステムでインターネット上に公開している。

医療機器に関しては、90% 以上を輸入に依存している。インドネシア国内で医療機器を販



売する場合、販売業者登録及び個別製品の登録が必要であり、海外資本が直接卸や販売をすることは許可されていないため、適切な現地のパートナーの選定が重要となる。

(その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.3 インドネシアの項を参照のこと)

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業数 (14 社) (うちアンケート回答企業数 5 社)

②医療機器の進出企業数 (11 社) (うちアンケート回答企業数 6 社)

### ③日系進出企業の概要

医薬品企業は、製造及び販売拠点として 1970 年代に進出したケースが半数である (14 社中 7 社)。また、販売拠点だけの場合は卸売業として拠点を設けている。

医療機器企業は、製造拠点として 1990 年代に進出した企業が 4 社ある。また、医療機器の内容は、医療用不織布、血液回路、透析用穿刺針、輸血セット、血圧計、リハビリ機器、医療用ベッド等である。

進出目的は、医薬品、医療機器企業ともに、現地市場の開拓と周辺国の市場開拓及び労働力の確保と人件費の削減が挙げられている。医療用ベッドメーカーでは、現在は世界への輸出拠点として東南アジアのマザー工場の位置づけとなっている。

## (3) 日系企業の強み

医薬品関連企業では、強みとして自社製品の知名度の高さや高品質な原料の安定供給、情報提供による高い信頼性などが挙げられている。

一方医療機器関連企業では、強みとして、日本ブランドとして世界で販売実績がある点、高品質の製品である点、充実したアフターサービス体制を構築している点が挙げられている。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

### ①医薬品関連企業

競合は、コスト低減により安価な薬剤を販売できる強みがあるローカルのジェネリック企業及び、欧米日を中心とした外資系企業が挙げられている。

弱みとして、コスト競争力が弱い、語学力の不足、駐在員の在任期間が短いことを挙げている企業がある。

今後の課題として、インドネシア政府の医療費抑制策の強化により、ジェネリック品が増加し、製品競争および価格競争が激化することが挙げられている。

### ②医療機器関連企業

競合に関して、医療用ベッドメーカーにとっては、インドネシアの地場企業 (MAK) 及び中国系メーカーである。リハビリ機器メーカーとしては、オランダのエンラフ社 (強み: 低価格、製品力、代理店戦略など充実している)、チェコの BTL 社 (強み: 低価格、製品

力、代理店戦略など充実している)、USAのチャタヌガ(強み:低価格、製品力、代理店戦略など充実している)等である。

課題は医薬品、医療機器企業に共通して、人件費が毎年高騰しており、すでにジャカルタよりも高い水準の地区もあるため、今後製造原価を押し上げる要因となる点や離職率が高い点、ゼネストなどの労働問題が挙げられている。また、インフラ面で、交通渋滞が常態化していることも課題としている。

## (5) 現地政府に対する要望

インドネシア政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

### ① 医薬品関連企業

- ・ 医薬品医療機器総合機構(PMDA)と日系製薬企業グループ(JPCI)が仲介して、インドネシア政府との懸け橋をした。この延長で、日本、インドネシア両国の政府間連携を強固にしてほしい。これは、東南アジア各国について共通の要望である。
- ・ 国民健康保険制度(JKN)の運用上の混乱を最小限にしていきたい。
- ・ 国内に製造設備を持つ企業でなければ、医薬品のMAH(Marketing Authorization Holder)になれず、海外企業にとって進出時の障害となっている。本要件の撤廃を要望したい。((6) その他の特記事項参照:注1)
- ・ 輸入品は特許切れ後現地製造に切り替えることが規制上義務付けられているが、このような国内品と輸入品の差別的な扱いを解消いただきたい。((6) その他の特記事項参:注2)
- ・ 新薬の許認可を早くしてほしい。
- ・ 評価担当者は10人しかいないため、人数不足は致命的である。評価専門家の育成をお願いしたい。
- ・ ASEANのハーモナイゼーションにより、ASEAN内の1国の認可が取れば、それで他国にも通用できるようになることを期待する。
- ・ 薬事行政に関する透明性を高くしてほしい。

### ② 医療機器関連企業

- ・ 制度変更の事前アナウンスの早期化。

## (6) その他の特記事項

日本政府に対する要望として、以下の内容が挙げられている。

### ① 医薬品関連企業

- ・ BPOM(インドネシア国家食品医薬品監督庁)、DEPKES(インドネシア保健省)の高官は親欧米派が多く、親日派は少ない。特に医薬品に関しては、欧米が一流で、日本は一流半と見られている。背景の一つには、英語はわかるが、日本語は読めないし、話せないというロジックがあると考えられる。  
これに対し、現在のBPOM長官は人柄・経歴から見て、日本に対して親近感を持っている様子であり、早期の取り込みが期待される。元々、食品の安全衛生管理畑が長い

ので、例えば、日本の食の安全に対する取り組みなどを紹介してはどうかと思う。また、PMDAによるBPOMとの共同セミナー等も地道な活動として意義があると感じている。薬剤監視（ファーマコビジランス）などにも関心を持っているBPOM職員は多い。日本製薬工業協会にも働きかけて、官民一体となった親日派の育成を提案したい。

- ・規制の緩和を働きかけて欲しい。
- ・進出先政府方針等に関するスピーディな情報収集と民間企業への情報共有化の推進をして欲しい。
- ・日本の国民健康保険制度のノウハウを共有いただくなど、運用上の混乱を抑えることができるように当該制度実施機関（BPJS）へアドバイスをしていただきたい。
- ・インドネシア政府に対する要望の（注1）及び（注2）に掲げたような、インドネシア国内製造業者の過剰な保護政策を改め、健全な国際競争を可能とする政策への転換をインドネシア当局に対し働きかけていただきたい。
- ・公衆衛生の分野も含めて、「トータルパッケージ」でアジア諸国に売り込みを期待する。

## ②医療機器関連企業

- ・各国の医療機器ライセンスを取得しやすい仕組みをとってほしい。

### 3.4.3 韓国

#### （1）医療、医薬品等に関する概況

韓国の医療・保健に関する所管官庁は保健福祉部（Ministry of Health & Welfare）である。食品・医薬品・医療機器などの安全性の確保については、保健福祉部の傘下で食品医薬品安全庁（Korea Food and Drug Administration: KFDA）が担当していたが、2013年の朴槿恵大統領政権に移行してからは、内閣府直轄の省レベルに格上げとなり、英語名称がMinistry of Food and Drug Safety (MFDS)と変更となった。

韓国の病院数は、2008年の2,175機関から2012年の2,826機関と5年間で129%に増加、医院数も2008年の26,526機関から2012年の28,030機関と5年間で105%に増加している。これらのことから近年においても医療機関は拡充しているといえる<sup>38</sup>。

一方で、2012年に薬価引き下げにより医家向け医薬品の市場については前年比で約20%落ち込むなど、市場の対応は厳しいものとなっている。

韓国では、医薬品、医療機器ともに国産メーカーが存在して競合となっているほか、日系企業の提携先にもなっている。

医薬品は、薬事法とそれに関する法体系の中で承認のプロセスが定められている。2013年から「医薬品品目許可更新制度」が発効し、2013年から新規に許可・申告される品目については有効期間を5年間として、5年ごとに品質、安全性および有効性を再評価して許可を更新する必要がある。

医療機器について、輸入にあたっては韓国国内法人による薬事申請が必要となる。

医療機器は、人体に与える潜在的危険性（リスク）の程度により、4つの等級に分類され、

<sup>38</sup> 「2013 医療資源統計」韓国保健産業振興院

それぞれに対応した審査が必要とされる。

- 1 等級：潜在的危険性がほとんどない医療機器
- 2 等級：潜在的危険性が低い医療機器
- 3 等級：重症度の潜在的危害性を有する医療機器
- 4 等級：高度の危険性を有する医療機器

\*潜在的危険性に対する判断基準…人体に接触している期間、侵襲の程度等

また、体外診断分析器用試薬についても、その等級の分類基準および潜在的危害性に対する判断基準を別途定めている。

医薬品、医療機器ともに GMP 評価制度による製品、製造所の評価が行われる。

なお、韓国は 2012 年に米韓自由貿易協定(FTA)が発効、2014 年 11 月に韓中 FTA が合意されている(現時点で発効時期未定)。米国とは医薬品が 5 年以外の関税撤廃対象となっており、韓国における医療関連市場では関税撤廃による相手国からの輸入製品の値下がり、知的財産の取り扱いによる制度変化が予想される。

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (22 社) (うちアンケート回答企業数 9 社)

②医療機器の進出企業 (17 社) (うちアンケート回答企業数 12 社)

### ③日系進出企業の概況

アンケートからは、医薬品関連では 1989 年に進出した企業が最も早く、現地企業との友好を目的としたことがきっかけであった。そのほかの企業においては、おおむね韓国市場での販売強化を目的としている。アンケート回答 9 社のうち、製造拠点があるのは 1 社のみ、開発拠点は 2 社が保有している。また、企業の設立はほとんどが独資であり、外資単独での進出を行っている。

医療機器では、1971 年の進出がアンケート回答企業の中では最も早い。進出の目的としては設立当時に日本向け製品の生産工場として位置づけていた以外は、市場拡大を狙ったものがほとんどである。そのため、回答した企業のうち製造拠点を持っているのは 2 社のみである。ほとんどの企業では拠点は 1 か所のみが進出であるが、2 社で、事業内容が異なる 2 法人を設立していた。また、アンケート回答 12 社中 3 社は合資で事業を行っており、これは設立時期に依存しない。また同様に 3 社は代理店のみの販売であり、これは売上規模によるものと推測される。以上のことから、医療機器では進出の形態は進出からの経年の要素より、企業のビジネスモデルによって企業にとって適切なものが選択されているものと考えられる。

## (3) 日系企業の強み

### ①医薬品関連企業

日系企業、先発薬企業である信頼を挙げたもののほか、特許(物質特許、用途特許)を有していること、販売体制が構築できていることが挙げられた。中では、優秀な人材を確保し強いチームワークがあることを挙げた企業が 2 社あったことが特徴的であった。

## ②医療機器関連企業

医療機器企業の強みの概ねの傾向としては、進出が早い企業ほど販売網の整備などを挙げ、進出時期が最近の企業では日本ブランドとしての品質を上げる傾向にある。

### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

#### ①医薬品関連企業

競合として、欧米系企業、現地企業名が具体的に挙げられている回答が目立った。

なお、競合企業の活動では以下のような活動が脅威になっているとの声があった。

- ・ 欧米系多国籍企業：新製品について遅滞なく承認許可を取得し市場へ投入する
- ・ 現地大手企業：改良新薬等で特許期間内に競合品を立ち上げ、大規模なマーケティング活動で攻勢を仕掛けてくる。

- ・ 欧米系企業が優秀な人材を高額で雇用する（特に抗がん剤メーカー）

この中で特に課題として挙げられたのは、市場投入までの期間の短縮である。この点については薬価に関する課題も関連しており、まとめると以下ようになる。

- ・ 市場投入までの期間短縮
  - 開発源国とほぼ同時に新薬許可を取る臨床開発スケジュールを確立する。
  - 最短期間で薬価申請を取得するスキルを獲得する。
- ・ 薬価への対応
  - 薬価算定ルールの改定頻度が高い。（事業を長期的に考えるのが難しい）
  - 新薬承認に際しての保険薬価が諸外国と比較し安価である。（新商品を投入しづらい）
  - 各種の薬価調整システムがあり、大きく薬価が下落する。（後発品が2剤発売されるとオリジナル薬価の70%、3剤以上の発売で53.55%となる。また昨年からは処方調剤節減奨励金制度が施行され、いくつかの製品で大きな影響を受けている）
  - 新薬承認に際しての保険薬価が諸外国と比較し安価である。

#### ②医療機器関連企業

医療機器の課題は、大きく分けると3つに分けられる。この中で薬事審査については大多数ではなく、むしろ保険制度について複数の企業から言及されていることが特徴的である。一方で、高コストの克服については、欧米企業が現地で組立を行ってコスト削減を行っている事例を挙げた企業や、今後の現地製造の必要性について記述している回答も見られた。

- ・ 薬事審査
  - 薬事審査期間が長い。（MFDS規定の変更による薬事登録の長期化）
  - 薬事審査基準が不明確。（基準があいまいで担当官により意見が違う場合がある）
- ・ 保険制度
  - 保険制度により製品価格が決定されてしまうため、適切な価格で提供できない。
  - 保険価格の下落。
  - 保険適用範囲の限定。

- ・ 現地企業、中国企業との競争
  - 韓国政府の FTA により、中国等締結国から安い関税もしくは関税ゼロで輸入され価格競争で厳しい条件となる。
  - 当社が市場を形成した後に現地企業が類似商品をやや安価に提供し競争が激化している。
  - 韓国国内製品と比較して 4~5 倍高く、コストダウンが必要である。

## (5) 現地政府に対する要望

韓国政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

### ①医薬品関連企業

韓国政府に対しては、新薬における薬価が低いこと、頻繁な改定について改善を望む声が多数であった。そのほか、韓国政府による情報発信の強化や、具体的な薬事審査基準の緩和があった。

- ・ 薬価への見直し
  - 薬価算定ルールの改定頻度の低減
  - 新薬保険薬価算定システムならびに薬価調整システムの見直し(イノベーションの評価、薬価が低すぎることによる上市をあきらめる製薬企業も出始めているようである)
- ・ 情報発信の強化
  - 韓国当局の薬事政策、規制等が日本を含む海外の申請者にタイムリーに伝わり難い (MFDS の英語ウェブサイトの情報が限られている)。英語での情報発信を強化し、海外当局との連携を促進いただきたい。
  - バーコード等の包装関連において詳細な法規が把握できないため、詳細な法規も記載願いたい。
- ・ 薬事審査の緩和
  - BSE/TSE 規制の EMA 基準並への緩和
  - 剤型追加時の承認要件の緩和化
  - 臨床試験ガイドライン策定時のガイドライン採用
  - 参考国の多様化 (日本分の反映を考慮頂きたい)
  - 希少医薬品許可要件の更なる緩和化

### ②医療機器関連企業

韓国政府への要望には、課題の解決に対応するものとして、MFDS 薬事登録にあたり、日本薬事登録での承認を認めてほしい、あるいは審査基準を同じにして欲しいというもの、保険制度について、保険償還制度の透明化を望むもの、医療機器の関税撤廃を要望するものがあつた。

一方で、特に要望がないと記述した企業もあり、いくつかの企業では韓国政府の対応に問題はないと考えられているようである。

さらに、韓国政府に対する新しい政策の提案として、自社の得意領域から在宅医療サービスを医療費抑制の打ち手として推進して欲しいという意見があつた。これは日本側から

も韓国政府との政策課題・対応策の共有を希望している。

なお代理店を設置している企業からは、特に韓国対象ということではなく、今後の展開を図る上で日本政府に対する要望が聞かれ、公式認証書の発行や、新しく進出を検討している国に対する情報提供が求められていた。

#### (6) その他特記事項

薬価については、日本側からも韓国政府に対し、日本の薬価システムの紹介を希望する要望があがった。またこれに関連し、日韓での薬事規制、制度上類似性は多いことから、日本が特にアジア地域での国際展開をしてきた取組、経験を韓国当局と共有することが、日本からの進出を促進することにつながるという意見があった。

### 3.4.4 カンボジア

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

カンボジアはベトナムとタイの間に位置し、日本の国土の約半分の面積に、人口 1,470 万人が居住している。民族的にはカンボジア人が 90%とされており、クメール語が公用語となっている。気候は大きく雨季（6月～11月）と乾季（12月～5月）に分かれ、気温は年間を通じて高い熱帯性気候となっており、感染症が発生しやすい気候となっている。

ポル・ポト政権時代の停滞期があったものの、特に2000年以降の経済発展は目覚ましく、近年は年7%のGDP成長率を続けている。

医療に関する所管省庁は保健省(Ministry of Health)であり、国立マラリアセンター(National Malaria Center of Cambodia)、国立 HIV/AIDS、皮膚病、性感染症センター(National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs)など、感染症に関連した施設を設立している。

医療機器、医薬品ともに保健省の許可が必要となる。

#### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (1社) (うちアンケート回答企業数 0社)

②医療機器の進出企業 (0社) (うちアンケート回答企業数 0社)

#### ③日系進出企業の概況

日系企業の進出については、カンボジアでの投資促進機関であるカンボジア開発協議会(The Council for the Development of Cambodia : CDC)への投資優遇制度の届け出、現地日本人商工会議所への聞き取り調査から、製薬会社1社の製造拠点としての進出が確認されている。それ以外の医薬品、医療機器関連企業についての進出は確認できなかった。

#### (3) その他特記事項

カンボジアでは、経済産業省の「平成24年度日本の医療サービスの海外展開に関する調査事業 カンボジア HHRD (Healthcare and Human Resource Development) プロジェクト

ト」による医療機関の進出についての調査が行われている。

そのほか、日本人医師が設立する診療所、歯科医院などが少なくとも 4 件確認できているが、これらはいずれも日本人等、外国人居住者に対する比較的高額な医療を提供することを前提としたものである。

### 3.4.5 シンガポール

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

シンガポールは、総人口 540 万人（2013 年）で、市場規模としては大きくないが、アジア各国への販売拠点として、1970 年代後半から販売会社として進出した企業もある。最近では、アジア地域の統括拠点としてまた情報収集拠点としての役割を持たせている企業も多い。ビジネスを英語でおこなえることと、優秀な人材の確保ができるという点が企業進出の理由でもある。

医薬品については、シンガポール政府は研究開発環境の整備に注力している。

医療機器に関して、シンガポール保健科学庁（Health Science Authority）によると、シンガポールでは、2007 年に制定した Health Products Act に基づき、医療機器の生産、輸入、販売にかかわる企業は、政府からライセンスを取得し製品登録を行う必要がある。この制度は米国、カナダ、EU、オーストラリア、そして日本を参考にして策定されており、これらの国で認証を取得している医療機器は簡易審査による製品登録が可能となっている。したがって、シンガポールで医療機器ビジネスを行う企業にとって好ましい制度となっている。

（出所：JETRO トピックス 「シンガポールへ医療機器ミッションを派遣 - 医療機器のアジア販路開拓に手ごたえ -」（独）日本貿易振興機構(JETRO) 2010 年 10 月）

#### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業数 (23 社) (うちアンケート回答企業数 7 社)

②医療機器の進出企業数 (15 社) (うちアンケート回答企業数 9 社)

#### ③日系進出企業の概況

医薬品企業の多くは販売目的で進出しているが、4 社は開発業務も行っている。また、東南アジア地域における活動拠点として、契約交渉、承認取得支援業務を専門に行っている企業もある。

製造拠点として進出した企業 1 社は 1980 年に操業しているが、他は 2000 年代になってからの進出であり、2011 年以降の進出または拠点を増設企業が 5 社ある。

進出目的は、ASEAN ビジネスの拠点機能、グローバル人材の確保を挙げている。また、富裕層も多くオリジナル製品が受け入れられやすい市場であり、学術的側面からの製品評価確立にも有用であり、アジアに対する影響力もあるとしている企業もある。

医療機器企業のアンケート回収先のうち半数は 1970 年代あるいは 1980 年代に販売会社として進出している。



取扱い製品としては、診断装置、診断用試薬、血液バッグ、透析用穿刺針、血液回路、採血システム、心電計、脳波計、AED、眼科機器等である。

### （３）日系企業の強み

医薬品企業では、日本オリジナル企業として高品質な製品の安定供給、情報提供等を行うことにより高い信頼性があることを挙げている。また、豊富なエビデンスがあることを強みとしている企業もある。

医療機器企業では、日本メーカーとして世界で販売実績があること、また、高品質製品を提供し信頼があること、販売及びサポート体制の評価が高いことを挙げている。

### （４）日系企業の弱み、競合、課題

#### ①医薬品関連企業

競合としては、欧米の外資系企業であり、具体例としてロシエが挙げられている。

今後の課題として、現地情報の適時・適格な入手が必要であり、また複数製品の販売を推進することが重要であるとしている。政府の医療費抑制策の強化及び薬事規制強化やジェネリック品の増加による競合の激化を課題としている企業もある。

#### ②医療機器関連企業

競合としては、豊富な資金力と知名度のある欧米の巨大企業がある一方、非常に安価な製品提供をする中国企業が挙げられている。

課題として主に 2 点あげている。一つは、中国や韓国企業によるローエンド製品の安価な提供による価格競争。二つ目は薬事審査に時間がかかることと審査基準が不明確なことである。

### （５）現地政府に対する要望

シンガポール政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

#### ①医薬品関連企業

- ・ 欧米の承認を参照すること（verification route）による確認審査の仕組に参照先国として日本も加えていただきたい。
- ・ 審査期間の短縮。
- ・ 薬事規制の明確化。

#### ②医療機器関連企業

- ・ 薬事許認可の簡素化と EC（European Conformity）及び 510K（Premarket Notification: 米国における市販前届出）との連動。
- ・ 規制要件の明文化。
- ・ HS コードを使った関税情報の容易な取得。
- ・ 企業誘致を担当している機関の明示。
- ・ 外国人労働者の雇用規制の緩和。

## (6) その他の特記事項

日本政府に対する要望として、以下の内容が挙げられている。

### ①医薬品関連企業

- ・シンガポール政府の方針等に関するスピーディな情報主集と民間企業への情報共有の推進をしていただきたい。
- ・ICH GCG のメンバーであるシンガポール当局と連携し、ICH で合意された新たなガイドライン（例えば Q8 の QbD など）を ASEAN 地域に早期に普及させるように働きかけをいただきたい。
- ・日本の承認証で早期承認が得られるようにしてほしい。

(参考) ICH (International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration)

(参考) GCG (Global Cooperation Group)

### ②医療機器関連企業

- ・薬事申請手続きと承認期間の短縮。
- ・各国の医療機器業界・医療機器に詳しい人材（担当官）の育成。
- ・領事館にいる医務官との交流機会の創出。

## 3.4.6 タイ

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

タイ政府は、2020年までにASEANにおける医療セクターの中心地となるべく、医療関連産業を進展させることを掲げている。具体例の一つとして、医療ツーリズムで患者を集めるために民間病院も含め、医療技術の高度化を推進している。

タイの医薬品は、現代医薬品と伝統医薬品の2つに大別され、医薬品生産登録許可証は、一般医薬品の登録とタイ伝統医薬品の登録に分かれている。2010年には、医薬品企業は地場企業及び多国籍企業の合計で80社登録されている。

タイの産業省や経済産業局は2012年～2016年にかけての「医薬品産業戦略」を立て、研究と製造業の近代化を通じて医薬産業を強化する目標を掲げている。

医療機器は、消耗品医療機器製品、画像診断機、整形外科製品、義肢製品等の分野で、ほとんどを輸入に依存している。タイに医療機器を輸入する前に、必ずタイFDAに申請して、輸入許可と登録許可を得る必要がある。医療機器の販売会社は約1,700社ある。また、医療機器メーカーの80%はタイ資本であり、そのほとんどが高い技術を要しない限られた製品の生産に特化している。高い技術を持つ企業は、診断試薬や実験用試薬、放射線治療器具、オシロスコープ、スペクトラム・アナライザー等を生産している。

タイ国内に法人を持たない企業は、製品販売許可を取得できないため、現地の代理店や卸売り業者をパートナーとして持つことが推奨されている。

タイ政府の政策により、特に診断機器、整形外科領域、呼吸器領域の高度化が見込まれ

ている。(出所：経済産業省委託調査報告書「平成 25 年度新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 - 国別詳細版 -」)

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業数 (14 社) (うちアンケート回答企業数 5 社)

②医療機器の進出企業数 (13 社) (うちアンケート回答企業数 7 社)

## ③日系進出企業の概況

医薬品企業のアンケートの回答企業は、すべて販売拠点として進出している企業からであり、1990 年代から出ている企業が 3 社、2000 年代になってからの企業が 1 社であった。

進出目的は、タイ国内の市場開拓及び東南アジア諸国への進出の足がかりとするためである。

医療機器企業に関しては、進出企業数は 13 社で、販売拠点及び製造拠点として進出しており、最近では販売支援や研究開発拠点としての進出もみられる。

進出目的は、現地市場の開拓、第三国への輸出、労働力を確保した製造拠点とするためとする企業が多い。また、2014 年の進出では、経済産業省のプロジェクトにおいてタイ政府機関との交流があり、人工関節に関する共同研究の申し込みを受けて進出を決めた例もある。

## (3) 日系企業の強み

### ①医薬品関連企業

日本国内で生産した高品質な医薬品の安定供給をすることで差別化を図っている点や、自社の得意分野 (例えば、移植免疫や泌尿器領域) での存在感が高いことをあげている。また、1994 年に進出して以来、感染症分野において信頼性が高く、医師との強いパイプがあることを強みとしている企業もある。

### ②医療機器関連企業

日本ブランドの品質が高く、信頼性がある。また、サービス体制の良さにより顧客の評価が高いことが強みといえる。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

### ①医薬品関連企業

競合は、欧米を中心とした外資系企業が主たる競合であるが、製品別に相手は異なるとしている。具体例としては、ファイザー、グラクソ・スミスクライン、ノバルティスであり、これらはグローバル展開しているメガファーマであり、歴史・企業認知度・組織体制・製品ラインナップに強みを有している。

課題としては、強制実施権の発行があり、その基準が不明確であることが挙げられている。また、タイの財政状態が厳しい場合、ジェネリック品の推進が考えられること、医薬品の承認までの期間が長いことを挙げている。

## ②医療機器関連企業

競合について、フィリップスは国際ブランドとして確立されており、認知度が高いのでユーザーが多い。また、消化器系では Boston Scientific、Cook（米国）、外科系では Storz、Wolf（ドイツ）、Stryker、Johnson & Johnson、（米国）、Medtronic（アイルランド）、ローカル企業が競合であり、マッサージチェアに関しては中国のイースパル、ロンタイなどである。

課題としては、タイは医療機器の認証が厳しく、認証取得に時間がかかること。（これに関しては日本の厚生労働省から英文の認定書が発行されれば、現地でスムーズに認証されると思われる。）また、ローカルメーカーや中国企業によるローエンド製品の安価な提供により価格競争にまき込まれることが課題としている。

## （5）現地政府に対する要望

タイ政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

### ①医薬品関連企業

- ・強制実施権の発行をする場合は、基準を明確にしてほしい。
- ・薬事法の改正が進められているが、海外の申請者にとっても大きなインパクトがあることから英語での情報公開をお願いしたい。
- ・日本薬局方は USP（米国薬局方）及び EP（欧州薬局方）との調和が進んでおり、公定書として国際的にも信頼度が高い。タイにおいて、日本で開発された日本薬局方規格の医薬品への早期アクセスを実現するために、日本薬局方を参照局方として認めていただきたい。他の ASEAN 主要国でもすでに日本薬局方は参照局方として認められている。
- ・最近の医薬品登録審査において、タイ当局から登録包装実施サイトにおける site specific stability データが審査開始の必須要件として要求されている。他の包装サイトにおける安定性データが存在し、かつ包装サイトの違いによる安定性への影響が無いことが合理的・科学的に説明できる場合には、登録審査中にこのような Site specific stability データは免除されるよう、柔軟な対応をお願いしたい。

### ②医療機器関連企業

- ・患者の安全と医療の質に重点を置き、高品質な医療機器の購買を推奨して欲しい。
- ・タイ FDA や通関に係る規則を明文化して欲しい。
- ・医療に対して積極的な投資をして欲しい。

## （6）その他の特記事項

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

### ①医薬品関連企業

- ・原薬規格、賦形剤規格の日本薬局方と USP/EP の統一をしていただきたい。
- ・盤谷(バンコク)日本人商工会議所化学品部会の下に医薬・医療分科会が立ち上がる事になったが、商工会組織内に医薬・医療分科会が立ち上がっていないインドネシアを始

めとするアジア各国でも、同様に日系医療関連企業の指導をしていただきたい。

## ②医療機器関連企業

- ・ 英文での厚生労働省による公式認証書を発行できるように検討をお願いしたい。
- ・ 人口関節の共同研究開発はスタートしたばかりであるが、現地での国際会議に日本政府の代表に参加していただき政府支援のプロジェクトのアナウンスをお願いしたい。
- ・ 日本の医療機関と現地の医療機関との継続的な関係への支援をお願いしたい。例えば、トレーニングの実施機会の設定、人材の受け入れ等。

### 3.4.7 台湾

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

台湾の医療保険制度は、1995年に開始された政府管掌の「全民健康保険」であり、国民の99%がカバーされている。給付対象は、入院・通院等の他、薬に関しては処方薬及び一部のOTC薬も対象であり、伝統的中国医薬も対象となっている。

システムの導入にも注力しており、NHI (National Health Insurance) Smart Card (全民健康保険スマートカード) と呼ばれるICカードを国民に持たせている。これにより、リアルタイムの情報収集ができ、コスト管理が容易であり迅速な償還も可能となっている。また、利用者の満足度も70%を超えている。(出所：2014年12月、東京大学における、Universal Health Careについて、台湾に関するプレゼンテーション資料)

台湾の医薬品市場は、外資系企業が50%以上を占めている。医薬品企業は、西洋医薬メーカーと中国医薬メーカーに分類される。

医療機器は、約70%を輸入に依存している。

#### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業数 (21社) (うちアンケート回答企業数 7社)

②医療機器の進出企業数 (9社) (うちアンケート回答企業数 5社)

#### ③日系進出企業の概況

医薬品に関して、21社が進出しているが、販売拠点のうち1社は支店としての進出をしている。1963年から進出している企業があり、製造拠点、販売拠点合計で5社ある。また、その後も1990年前後に進出している企業が多い。台湾においては、長く事業展開をしている企業が多い。

医療機器に関して、台湾市場に対する販売目的で代理店契約により進出している例が2社ある。その他の形態は、日本本社の支店として進出している例が1社、現地からの調達目的の進出が1社である。また製造拠点を持つ例は、買収した現地企業が工場を所有していたためである。

### (3) 日系企業の強み

#### ①医薬品関連企業

1960年代に進出した企業は、進出依頼の長い歴史に裏打ちされた信用を勝ち取っている。また、品質の良さや、特許の取得を強みとして挙げている企業もある。

#### ②医療機器関連企業

日本ブランドの品質が高く、信頼性がある。また、サービス体制の良さにより顧客の評価が高いことが強みといえる。

### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

#### ①医薬品関連企業

競合は、欧米のメーカーであり、優秀な人材を高額で雇用している例もある。具体的な企業名として、ファイザー、ノバルティス、ロシュ、サノフィを挙げている。

また、台湾のジェネリックメーカーも競合としている。

課題としては、以下の内容が挙げられている。

- ・台湾国内市場が飽和状態であること。
- ・毎年薬価改定があり、既存薬の薬価が継続的に引き下げられる大変厳しい市場環境となっていること。
- ・予算がないと、ある医薬品についての償還を止めてしまうことがある。
- ・新薬の薬価算定は既存の類似薬の価格も参照されるため、既に周辺国と比べ著しく安い価格を基準に新薬の薬価算定がされ、新薬の価値が適性に評価されない構造になっている。その結果、外資系企業には台湾での新薬発売を見送るケースも出ており、過度な薬価抑制策が台湾の患者の新薬へのアクセスの阻害要因になっている。
- ・新薬の市場導入に対して、海外臨床データの活用が困難であること。
- ・審査期間が長く、初期段階から詳細な CMC データを求められる等の薬事規制のハードルが高いこと。

(参考) CMC (Chemistry, Manufacturing and Control: 医薬品の前臨床開発)

#### ②医療機器関連企業

競合は、消化器系は Boston Scientific、Cook (米国)、外科系は Storz、Wolf (ドイツ)、Stryker、Johnson & Johnson、(米国)、Medtronic (アイルランド)、ローカル企業及び、ロッシュなどである。

なお、マッサージチェアに関しては中国のイースパル、ロンタイ、シンガポールのオーシムなどが競合である。

課題としては、法規制登録に時間を要すること。また、中国企業による安価な製品や、コピー製品の投入への対応が挙げられている。

## (5) 現地政府に対する要望

台湾政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

### ①医薬品関連企業

- ・日台で治験データを相互認証していただきたい。民族差がないような薬剤において共同にて治験を行い、共同審査のような法規的な枠組みを作って欲しい。
- ・医療保険リストの定期的な改訂を徹底して欲しい。
- ・審査の迅速化と開発段階における柔軟な変更管理。
- ・イノベーションに見合う薬価を付与して頂きたい。
- ・薬価改定の頻度の多さと調整幅の大きさを改善してほしい。
- ・新薬発売時の低薬価について、他国と比較し薬価低減のインパクトが大変大きいのが、一律カットするのではなく、メリハリをつけて頂けるとありがたい。具体的には、効果が高い有望な薬剤は有用性加算、画期性加算、市場性加算をつけるなど（日本と同じような制度）も検討いただきたい。
- ・簡略審査制度の参照国として、欧米に加え日本を追加いただきたい。

現行の Risk Management Plan (RMP) 規定では台湾独自に作成することが要求されており、欧米の RMP/REMS は参考として任意で提出することとされている。既に欧米日本で RMP/REMS がされている薬剤については、これに追加して、台湾で必要な要件を annex として作成すれば、欧米日本の RMP/REMS をそのまま受け入れるなど、柔軟な規制を要望したい。

### ②医療機器関連企業

- ・薬事審査期間の短縮化。
- ・日本で行った評価の共有化。

## (6) その他の特記事項

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

### ①医薬品関連企業

- ・台湾政府への要望について、日本政府からの働きかけをしていただきたい。

### ②医療機器関連企業

- ・英文での厚生労働省による公式認証書を発行できるように検討をお願いしたい。
- ・進出国とのコミュニケーションを密にし、日本で行った評価を進出国で反映できるようにして欲しい。

## 3.4.8 中国（香港を含む）

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

中国における医療の所管官庁は衛生部(Ministry of Health)であり、国の保健・衛生事業に関する方針、政策を制定し、監督、指導している。また、衛生部傘下の国家食品薬品監督管理総局 (China Food and Drug Administration : CFDA) が医薬品、医療機器ならびに

食品に関する許認可および市販後の有効性・安全性管理業務を管轄している。ただし、各省の地方行政の法規、通達、指導にて地方行政が担当する業務もあることから、実務上は中央、地方行政の両方が関係する。

医療機関は、病院、基層医療衛生機構(プライマリーケアに相当)、専門公共衛生機構の3種類に分類される。これらの合計数は、2008年の891,480機関から2012年の950,297機関と5年間で106%と増加している。このうち、病院数だけを見ると、2008年の19,712機関から2012年の23,170機関と同期間に117%の増加となっており、特に病院の伸び率が大きい<sup>39</sup>。

一方で医師数は2000年の1,603,266人から2011年の2,020,154人と1.3倍に増加している。看護師は同じ期間で、2000年の1,266,838人から2011年の2,244,020人と1.7倍に増加している<sup>40</sup>。中国では、1998年の医師法で医師資格が国家資格となり、国家資格に合格した者しか医療行為を行えなくなった。そのため、統計では2002年の医師数が前年比を下回っている。しかしその後、一貫して医師数は増加している。

医薬品については、「医薬品登録管理弁法」の規定に従って行う。申請は以下の分類によって行われる。

(ア)申請の分類

新薬申請、模倣薬申請、輸入薬申請、補充申請、登録更新申請

(イ)医薬品の起源による分類

中薬・天然物、化学医薬品、治療用生物製品/予防性生物製品

(ウ)申請時の開発・販売状況での分類

- 1類：国内外で未上市（販売されていない）医薬品
- 2類：投与経路を変更し、かつ国内外で未上市の製剤
- 3類：既に国外で上市しているが、国内では未上市の医薬品
- 4類：既に上市している塩類薬物の酸基、塩基(または金属元素)を変更するが、その薬理作用は変更しない原薬およびその製剤
- 5類：国内で既に上市している医薬品の剤型を変更するものの、投与経路は変更しない製剤
- 6類：既に国家医薬品品質基準のある原薬または製剤（模倣薬）

(エ)生産地による分類

中国国内での製造承認、輸入承認、小分け包装承認、輸入承認取得後、中国国内生産に切り換える場合

日本の薬事法にあたる「中国人民共和国薬品管理法」および「医薬品登録管理弁法」について、2014年から改正の検討が行われており、上記情報は変更になる可能性がある。

医療機器については、中国で生産、販売される医療機器は3種類に分類され、それぞれ基準が異なる国家食品薬品監督管理総局、ほかの審査を通らなければ生産、販売ができない。

第I類：低リスク、通常の管理によって、その安全性、有効性を保証できる医療機

<sup>39</sup> 「中国の医療機器市場調査（基礎データ収集）」(独)日本貿易振興機構, 2014

<sup>40</sup> 2013 中国衛生統計年鑑 図 2-1-1 衛生人員数

<http://www.nhfp.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2013/index2013.html>



器

第Ⅱ類： 中リスク、その安全性、有効性を保証するためには厳格な管理が必要とされる医療機器

第Ⅲ類： 高リスク、その安全性、有効性を保証するために特別な措置を通じて厳格な管理が必要とされる医療機器

なお、中国では、医薬品、医療機器ともに国産メーカーが存在し、日系企業の競合ともなっている。

香港の薬事審査は、現在のところ中国政府とは同一制度にはなっていない「(6) 香港について」を参照)。

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (62社) (うちアンケート回答企業数 11社)

②医療機器の進出企業 (40社) (うちアンケート回答企業数 20社)

### ③日系進出企業の概況

#### ・医薬品関連企業

医薬品について、中国に進出が確認できたのは 62社と調査対象国では最大である。中には、5 拠点を保有する企業(ホールディング会社、地域別の販売会社、製造会社、開発拠点等) や、4 拠点を保有する(ホールディングス機能、輸出入、製造の機能ごとの分社)など、複数の拠点を保有している企業も目立つ。

進出の経緯としては、販売を主眼にした市場の成長速度、市場の規模を理由にしたものがほとんどである。しかし回答の中には、製造拠点として進出した企業も 2 社含まれていた。中国で製造することによる「製造設備の増強とコスト削減」を挙げており、もう 1 社は参入当時に工場建設が義務付けられていたことが理由である。また中には、グローバルの開発拠点として位置づけている企業もある。しかし、この理由はいずれも販売強化と並行した理由として挙げられており、販売市場としての魅力による誘因が大きいことには変わりはない。

#### ・医療機器関連企業

医療機器に関して進出が確認できたのは 40社であり、これも日系企業の進出先としては最大となっている。

アンケート回答企業の中で最も早く進出したのは 1988年であり、進出から 30年近く経過している。進出時期と進出の理由の関係をみると、進出時期が早いほど主に安価な人件費を求めたコスト削減を目指したものが多く、2000年前後から市場開拓を主眼とした傾向が増えてくる。これに伴い、製造拠点を設置している理由も、市場の近くが有利であることを挙げた企業があった。さらに近年では、台湾進出の足掛かりにする、高齢化への対応を行うなど、さらに一歩進んだ市場展開を考慮している企業がある。

拠点数においては、また広い国土であることを反映して複数の拠点を持っている企業も多く、回答からは、現地に法人設立している 17社中 7社(41%)が 2つ以上の拠点を保有している。中には現地法人の駐在員事務所を含めて全国に 30近くの拠点を有する企業もある。

回答企業の中で、代理店のみを活用している企業は2社だけであった。

なお、現時点での現地の拠点は独資であることがほとんどである。現地企業との合弁は、回答企業では2社しか確認されず、ほぼ日系企業が独占した経営権を持っている状態である。

### (3) 日系企業の強み

#### ①医薬品関連企業

強みとしては、品質の信頼性についてあげたものがほとんどである。供給の安定性(地方への物流を含む)を挙げた企業も3社あった。価格競争力だけに言及したものはなく、中国市場においては、現地企業との品質面での差別化が図られている。

現地政府への取り組みとしては、地方政府への訪問や意見提出を行うなど、頻度の高いコミュニケーションに努めている様子がうかがえる。なお、医学関連大学への奨学寄附金を行うなど、わかりやすい貢献を行っている企業も存在する。

#### ②医療機器関連企業

強みとしては、日本製であること、品質の信頼性についてあげたものが多いが、企業ごとの特性による違いがでてくる。例えば、先進診療技術のトレーニングができる自社トレーニングセンターを整備していることを挙げる企業のほか、品質に比べて安価であるというようにコスト面を挙げた企業も見られた。

### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

#### ①医薬品関連企業

中国国内にはすでにジェネリック医薬品の大企業が成長している。したがって、先発薬メーカーでは、他のメガファーマを含む欧米日の競合に対応しつつ、価格が安いジェネリック薬企業との競争も行わなければならない。

アンケートの回答によれば、先発薬企業間での競争では、製品ラインナップごとに競合が設定されていることが読み取れる。ここから中国市場はすでにかなり成熟しており、専門分野ごとに市場が細分化されているようである。また、人件費の高騰、「現地会社の幹部人材(ローカル及び日本人材)の育成、確保」を課題としてあげた企業も2社あった。

一方で、ジェネリック薬企業の競合として具体的に名前が挙げたのは、中国では、山東齐鲁製薬、江蘇恒瑞薬業、山東魯南製薬であり、さらにインドの原薬・製剤製造企業として、SunPharma、Dr Reddy'sの名前も出された。

これらの状況のもと、日系企業が強みとして挙げた日本ブランドである「信頼性」は追い風ではあるもののそれだけでは競争優位にはなりにくく、技術力、提案力、価格など複数の観点を踏まえて、日系企業が際立つポジションを設定する必要があると考えられる。

#### ②医療機器関連企業

競合として名前が挙げたのはそれぞれの専門領域における企業であり、いわゆる欧米系大手企業であるシーメンス、GE、フィリップスの名前は挙げられておらず、日系企業が進出する市場が多様化していることが読み取れる。また、競合に日系企業の名前を挙げる

企業もあることから、たとえ進出済みの日系企業があっても中国市場に進出しており、このことから日本ブランドだけでは差別化要因になりにくい状況であるものと推察される。

このような市場が成熟しつつある状況を背景に、課題となっている内容も多岐にわたっている。

最も多く見られたのは、薬事審査に関する内容であったが、反日感情に言及したものや、審査機関が長いこと、基準があいまいで担当者によって判断が異なること、円安による輸入コスト増大、人件費高騰などコスト増に関するものも散見された。挙げられた主な課題をまとめると以下ようになる。

- ・ 中国における医療機器の製品登録上の困難
  - 薬事審査期間が長い。
  - 再認証申請時に最新の規格を適用される。
  - 薬事審査基準が不明確。(基準があいまいで担当官により意見が違う場合がある)
  - 海外で安全性が保証されていても中国指定の検査センターで実機での型式試験が求められる。
  - 中国の規格標準 (GBYY) の中には、製品の安全性にあまり関わらない独特な規格あり、対応に苦慮する。
  - まだ実施はされていないが、中国の製品登録が有料化される見込み。非常に高額な費用が請求されると聞いている。
- ・ 公立病院の入札
  - 医療消耗品入札制度が省・市・病院レベルなど多層化し、また情報が得にくい。
  - 国立病院等政府関連の調達情報が入手しにくく、公的病院への販売が難しい。(中国のため反日感情が強い)
- ・ 国産医療機器優遇への動き
- ・ 人件費の高騰

## (5) 現地政府に対する要望

中国政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

### ① 医薬品関連企業

現地政府への要望は以下のようにまとめられる。これらのほとんどは複数の企業から同時に挙げられたものであり、各社の要望は概ね集約されていると思われる。

- ・ 審査に時間がかかる。
- ・ 外資系メーカーと中国系メーカーの間の競争条件が不平等。
- ・ 薬価制度が大きく変化する。(今後の事業予測がつきにくい)
- ・ ルールが不透明。(新薬の承認、医療機関の入札制度)
- ・ 各省毎に制度や規則が違う。(地方保護主義) の是正
- ・ 国家医療保険収載リストの短期かつ定期的な見直し。
- ・ 開示した重要な技術情報の漏えい防止。

なお以上の課題のうち審査の時間の短縮には、解決方法として、中国国家食品医薬品监督管理局 (CFDA)、中国国家食品医薬品监督管理局医薬品審査センター (CDE) の審査人員の大幅な増大を挙げ、それに対し日本製薬工業会とのタイアップによるバックアップを

提案する意見もあった。

## ②医療機器関連企業

医療機器に関する要望では、課題として挙げられた項目の解決として最も多かったのが薬事審査機関の短縮である。そのほか、以下のような要望が挙げられているが、上記挙げられた課題の解決として挙げられたものは少なく、企業努力で対応することを前提としていると推察される。

- ・審査に時間がかかる。
- ・審査基準を日本と同様のものでも認めて欲しい。
- ・規制等レギュレーションについて、日本から（英語や日本語で）アクセス可能な政府窓口を開設していただきたい。
- ・国外への支払い(外貨流出)が困難であり、円滑な経済活動の障害となっている。改善が求められる。

また薬事審査に関しては日本側にも、日本で取得した承認またはその臨床結果を当該国の認証取得に活用できるように中国、および他国政府への働きかけを希望するものが4件あり、政府レベルでの薬事関連交流活動に期待する意見、中国企業によるコピー製品についての取り締まり強化と、コピー製品は違法行為であることの啓蒙活動の徹底を要望する意見が挙げられている。

## (6) 香港について

アンケートの結果によると、中国と香港に拠点进行している企業は、医薬品が10社、医療機器が1社である。香港だけに拠点のある企業は0社である。

中国の一国二制度により香港は中国とは異なる制度となっており、医薬品は香港の衛生署衛生福利局が管轄している。輸入許可にともなう登録手続きや承認審査、知的財産の保護に対する要望はアンケートでは特に意見はなかった。薬価保険制度が発達しており新製品が上市しやすいとのことである。ちなみに医薬品を販売する際には西洋の医薬品を販売する業者は漢方薬を販売できないという制約がある。

医療機器は香港の衛生署医療機器管理事務所が管轄している。現在機器の輸入、流通、販売に関する特定の薬事法は存在していないが、今後は強化される予定となっており、既にガイドラインは作成されている。

マカオには香港の承認があれば特に規制はなく製品を販売可能だが、マカオでの価格が安いと違法な並行輸入が行われており、医薬品は各社ともパッケージを変えるなどで対応している。この点への香港政府による取締り強化を望む意見があった。

## 3.4.9 フィリピン

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

フィリピン政府は、国民皆保険制度を推進し、国民が医療サービスへ容易にアクセスできるような改革を実施している。同時に病院等の医療施設の近代化を重視し、官民連携(PPP)のスキームを利用した開発も目指している。これらの政策の下で、医療機器、病

院の設備と運営、病院や保険制度のシステム化等、近代化に向けての多方面の需要が見込まれる。

医薬品は、60%が輸入品であり、インド、アメリカ、韓国からの輸入が多い。政府は国民皆保険制度の導入以降、低所得者層のカバー率向上を図っており、薬価を低く抑えるためにジェネリック薬の普及を推進している。一方、病院外の薬局での価格は非常に高い。その理由は、輸入品が多いことと、卸売業者やチェーン展開するドラッグストアが独占、寡占状況にあるためである。薬局の数は、全国に2万件弱ある内、マニラ首都圏に約5,000件、中部ルソン地方に2,300件が集中しており、24時間営業も珍しくない。

また、医療機器の90%は輸入であり、ほとんどが中国、インドからの輸入である。その他に台湾、韓国からもある。国内生産は10%程度であり、生産内容は、絆創膏、注射器、整形用インプラント、脱脂綿、コンタクトレンズ等である。

(その他詳細情報については、第2章アジア・中東8か国の医療関連情報調査 2.4 フィリピンを参照のこと)

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業数(6社) (うちアンケート回答企業数 2社)

②医療機器の進出企業数(7社) (うちアンケート回答企業数 2社)

## ③日系進出企業の概況

医薬品企業は、ほとんどが完成品を輸入して販売している。一部はパウダーを輸入し現地でカプセルに詰める工程を行っている。1970年前後に進出している医薬品企業が3社あり、他社は2000年以降の進出である。

医薬品企業の進出目的は、現地の市場開拓を挙げている。

医療機器企業については、特に直近の2年間に進出した企業が多く、2015年以降生産開始予定の例もある。

医療機器企業の進出目的は、低コストの輸出拠点、フィリピン市場の拡大、売り上げ拡大を挙げている。

## (3) 日系企業の強み

医薬品では、泌尿器領域医師とのコンタクトが強く、強固な信頼関係を構築していることや、営業及びマーケティング機能を中心とした機能診断、実行可能な機能強化ロードマップを策定し、着実な実行により成長加速を推進していることを挙げている。

また、日本のオリジナルメーカーとして、高品質な原末・製剤の安定供給を行っていることや情報提供を行えることにより高い信頼性を得ていることを挙げている。

一方、医療機器では、高品質、高機能な日本製マッサージチェアの提供が強みであるとしている。

#### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

##### ①医薬品関連企業

競合は、ローカルのジェネリック企業である。理由は、開発行為や医薬品情報提供活動を実施しないので、コスト低減により安価な薬剤を販売できるという強みがあるため。

また具体的な競合としては、フィリピンローカル企業であり圧倒的シェアを誇る UNILAB (ユナイテッド・ラボラトリーズ社)、他にはファイザー、グラクソ・スミスクライン、ノバルティス、ベーリンガー、サノフィ、メルク等の多国籍企業である。

課題としては、政府の医療費抑制策の強化によりジェネリック品増加による競争激化をあげている。

また、フィリピンの「製薬協」に加盟し業界のプロモーションコードを遵守しているのは外資系製薬企業のみである。一方、ローカル企業はプロモーションコードに縛られず自由なプロモーション活動が出来るため、ローカル企業と公正な競争が出来る市場環境ではないことを挙げている。

##### ②医療機器関連企業

競合は、マッサージチェアに関して、中国メーカーのイースパルやロンタイである。また、課題として中国メーカーの安価製品との競合やコピー製品への対応が挙げられている。

そのほか課題として、以下の内容が挙げられている。

- ・中小企業にとって、良い技術を持っていれば、海外のバイヤーからの引き合いのリクエストの可能性はあるが、その後輸出するまでの薬事手続き等の課題が多い。
- ・代理店を置いているだけの企業は、この代理店からの情報や現地で学会等に参加した医師や自社のアジア拠点であるシンガポールスタッフからの情報を得ているが、日本本社で直接、適時な情報は必ずしも入手していない。
- ・フィリピンで製造しているが、現在は 95%輸出である。今後現地国内市場の開拓も必要である。

#### (5) 現地政府に対する要望

フィリピン政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

##### ①医薬品関連企業

- ・プロモーションコードの遵守する外資系企業と、それに縛られないローカル企業との間で、公正な競争環境にない状況を改善する種々の検討をして頂きたい。
- ・フィリピン FDA による申請の受付から審査開始までの待ち時間 (Decking Schedule) が長く、承手続き認証取得までに時間がかかっている。待ち時間の短縮の施策を実施して頂きたい。
- ・薬事規制を明確にして頂きたい。

##### ②医療機器関連企業

- ・欧米や日本で使用可能となっている医療機器は、アジアを含む他国でも使用できるはずである。したがって、各国の医師や患者に早急に必要な機器を提供できるように、承認手続きの簡素化をして頂きたい。

## (6) その他特記事項

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

### ①医薬品関連企業

- ・ 公平な競争環境を確保するために、プロモーションコードの遵守に関してフィリピンのローカル企業も遵守するような制度の提案をフィリピン政府にして欲しい。
- ・ また、デリバリー企業及び薬局（チェーン展開のドラッグストア）は現状では独占、寡占状況にある。これが医薬品価格の高い原因にもなっている。医薬品企業としては価格が高いことは悪いことではないが、患者にとってまたフィリピン政府にとって長期的な視点では好ましくない。この点でも公平な競争環境を作り出す方法をフィリピン政府に提案して欲しい。具体的には、最高価格設定や、独占禁止法の考え方を導入する必要があると考える。
- ・ フィリピン FDA による医薬品承認の時間を短縮できるようにフィリピン政府に施策の実施を提案して欲しい。

## 3.4.10 ブルネイ

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

ブルネイ国籍を持つ者は、国立の医療機関を実質無料で利用できる。さらに、国内に治療できる医療機関がない場合には、海外での治療を旅費も含めて無料で受けられる。外国人の場合は問診料が 5 ドル、治療費及び薬は有料となっている。

ブルネイ国内には、完成品を作る企業がほとんどなく、医薬品や医療機器は輸入に頼っている。

（その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.5 ブルネイの項を参照のこと）

### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (0 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

②医療機器の進出企業 (0 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

### ③日系進出企業の概況

医薬品及び医療機器でブルネイに直接進出している日本企業はない。過去にはジェネリック医薬品の製造で進出を計画した企業があったが、実際に進出するには至っていない。医療と関連のある分野では、健康食品で進出している日本企業がある。

シンガポールやマレーシアの現地法人からブルネイへ輸出やサービスを行っている日系企業は存在する。

### (3) 日系企業の強み

ブルネイは親日的であり、日本との結びつきも強い。ブルネイにとって、日本は最大の

輸出先であると同時に、主要な輸入元である。2012年及び2013年のブルネイの貿易相手としては、輸出先としては日本が1位であり、輸入元としては日本が5位である。ただし、比率は下がっており、輸出は44.1%から39.8%へ、輸入は7.5%から5.8%へと減少している。これは、主要産業である天然ガスの取引に関して、互いに依存性を下げよう努めていることが理由だと推察される。こうした背景をもとにして進出を図れることが、日系企業の強みである。

#### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

医療に関しては、医師が欧米の大学で学んでいることから、欧米企業の医薬品及び医療機器関連企業が競合となる。

歴史的、地理的な関係から、ブルネイはシンガポール及びマレーシアとの結びつきが強く、とくに輸入に関して、主な交易相手となっている。2012年の輸入相手は、1位はシンガポールで23.6%、2位がマレーシアで19.9%であった。2013年には順位が逆転し、1位がマレーシアで21.9%、2位がシンガポールで19.1%となっている。ブルネイはボルネオ島の東マレーシアに囲まれるように位置しており、マレーシアと物流を行いやすい。

ジェネリック医薬品や医療用消耗品については、マレーシアを拠点とする企業の動向に着目する必要があるものと思われる。

#### (5) 現地政府に対する要望

医療関係で進出している企業がないため、記載すべき事項はない。

#### (6) その他特記事項

ブルネイへの進出を考えた場合、文化や商習慣に配慮する必要がある。形式的には絶対王政であり、キーパーソンを把握することが難しいとも言われており、現地への進出を考えるには、ブルネイの文化や商習慣を熟知する人物の協力が不可欠である。

### 3.4.11 ベトナム

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

デング熱、日本脳炎、マラリア、食中毒、赤痢、アメーバ赤痢、A型肝炎、腸チフス、狂犬病、結核、B型肝炎といった感染リスクが高い病気も数多く存在している。

ベトナムの特許制度は必ずしも運用状況が好ましくなく、特許の保護期間中に、後発品メーカーが先発品のデータを参照の上で承認申請手続きを開始することを妨げられない。また、商標権の侵害についても懸念があり、後発品メーカーが先発品の名称や包装に類似したものを使用できるケースもある。

ベトナムの法律には特許強制実施権に関する条項が定められているが、ベトナム政府はこれを発動したことはない。



## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (10社) (うちアンケート回答企業数2社)

②医療機器の進出企業 (12社) (うちアンケート回答企業数6社)

### ③日系進出企業の概況

調査結果では、医薬品関連企業は10社、医療機器関連企業は12社が進出している。

アンケート結果によると、医薬品関連企業は2社が2拠点を有しており、うち1拠点はタイ現地法人の駐在員事務所である。医療機器関連企業は6社が10拠点を有している。医薬品関連企業の進出時期は最近であり、1社が2014年に駐在員事務所を開設し、1社が2015年に製造会社の設立を準備中である。医療機器関連企業の進出は2000年代半ばからで、販売及び製造を行っている。

## (3) 日系企業の強み

### ①医薬品関連企業

強みとして、日本のオリジナルメーカーとして高品質な製品を供給できること及び情報提供等により信頼性を勝ち得ていることが挙げられている。

### ②医療機器関連企業

製品面では、高品質かつ高機能な日本製品であることが強みとして挙げられている。サービス面では、様々な地域に拠点を設け、販売及びサービス体制を構築し顧客の信頼を勝ち得ていることが挙げられている。また、医療現場に密着した営業活動、有力な医師との関係構築といった、医療従事者との良好な関係を強みとして挙げている。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

### ①医薬品関連企業

マーケティング面では、価格、製品の差別化が難しいことが課題として挙げられている。規制面では、担当者毎に対応が変わるため、薬事対応がしにくいことが課題となっている。現地法人設立においては、工場設立等の初期投資が大きいことが課題として挙げられている。

### ②医療機器関連企業

競合として、中国メーカーとローカルメーカーが挙げられている。中国メーカーについては、安価であるだけでなく、技術が向上していることを脅威として捉えられている。また、欧米メーカーの市場が拡大していることも危惧されており、競合として挙げられている。

課題は、競合として挙げた中国メーカー及びローカルメーカーが安価な製品を出していることから、価格競争に巻き込まれていることが挙げられている。さらに、中国メーカーに関しては、コピー製品への対応も課題として挙げられている。

政策面では、政府予算にばらつきがあり、十分に資金が回されていないことが課題とし

て挙げられている。

#### (5) 現地政府に対する要望

ベトナム政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

##### ①医薬品関連企業

- ・日本で承認された医薬品を、そのまま販売できるようにして欲しい。
- ・現行法規では、現地法人設立に向けて、工場設立が必須条件となっており、大きな投資を要する。この規制を緩和して欲しい。

##### ②医療機器関連企業

- ・国民が十分な医療を受けられていない状況に対して、積極的な投資をして欲しい。

#### (6) 日本政府に対する要望

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

##### ①医薬品関連企業

- ・日本で承認された医薬品を、そのまま販売できるようにして欲しい。
- ・規制の緩和を働きかけて欲しい。

##### ②医療機器関連企業

- ・ベトナムに対する医療支援を継続的に行って欲しい。
- ・東南アジアにおける薬事法統一化の活動を行って欲しい。
- ・貿易の自由化を推進して欲しい。現状では、ベトナムでは輸入販売の際に生産国の自由販売証明書（CFS）が要求されるが、日本でライセンスがあっても生産国の中国になればCFSが取得できない。また、ベトナムは世界貿易機関（WTO）に加盟しているが、三国間貿易ができない。たとえば、中国生産子会社で生産したものを、ベトナム販売子会社がマレーシアで販売することができない。

### 3.4.12 マレーシア

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

マレーシアには公的な医療保険制度は存在しないが、公立の医療機関は非常に安価に受診できる。低所得者、公務員等については無料である。

公的な医療機関は待ち時間が長く就業者には利用しづらいが、民間の医療機関は費用が高い。したがって、民間の医療保険に加入して、民間医療機関を利用する人も少なくない。

（その他詳細情報については、第2章アジア・中東8か国の医療関連情報調査 2.6 マレーシアの項を参照のこと）

#### (2) 進出企業の状況

##### ①医薬品の進出企業（8社）（うちアンケート回答企業数1社）

## ②医療機器の進出企業（11社）（うちアンケート回答企業数4社）

### ③日系進出企業の概況

調査した範囲では、マレーシアに進出している日本企業は、医薬品関連企業が8社、医療機器関連企業が11社である。

アンケート結果では、医薬品関連企業1社が1拠点、医療機器関連企業4社が4拠点を有している。医薬品関連企業の進出は早く、1970年代半ばに販売会社を設立している。医療機器関連企業の進出は、回答の範囲では2010年代に入ってからである。

2014年12月には、ある医療機器メーカーの現地製造法人が設立され、2015年7月から診断装置および基板を生産する予定であることが報じられている。

### （3）日系企業の強み

#### ①医薬品関連企業

強みとして、日本のオリジナルメーカーであり、高品質な製品を安定供給できることが挙げられている。また、情報提供等により信頼性を得ていることも挙げられている。

#### ②医療機器関連企業

強みとして、信頼性の高さで知られる日本のメーカーであり、世界での販売実績があることが挙げられている。製品ラインアップが充実しており、ケアサイクルをカバーしていることも挙げられている。サポート面では、装置の稼働現場に近い代理店および自社スタッフが、タイムリーなカスタマーサポートを提供していることが強みに挙げられている。

### （4）日系企業の弱み、競合、課題

#### ①医薬品関連企業

主な競合としては、欧米を中心とした外資系企業が挙げられている。

課題として、押し並べて制度面が挙げられている。薬事申請に関しては、照会事項や求められる資料・データが多く、承認までにかかる時間が長いことが挙げられた。さらに、薬事審査基準が不明確・不透明な場合が多いことを課題視している。

また、薬事規制や医療費抑制策規制の強化が行われていること及びハラル規制強化の方向性があることについても課題に挙げられている。

#### ②医療機器関連企業

競合としては、ブランド名称が強く、商品ポートフォリオの広い大手医療機器メーカー、安価な製品を供給できるローカル及び中国系メーカー、積極的なカスタマーサポートが評価されている販売代理店が挙げられている。

課題としては、競合の認識状況から、ローカルメーカーと中国メーカーがローエンド製品を低価格で製品を提供し、価格競争に巻き込まれていることが挙げられている。また、この状況を打破するために、ブランドを浸透させることも課題として挙げられている。

制度及びその運用面では、入札状況が不透明であること及び2015年7月の医療機器規制施行以降の新製品登録申請から認可までの期間がわからないことが挙げられている。

また、製造拠点や販売拠点の設立において適切な相談先を見つけにくいことも、課題として挙げられている。

#### (5) 現地政府に対する要望

マレーシア政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

##### ①医薬品関連企業

現地政府に対しては、薬事規制の明確化を望む回答があった。

##### ②医療機器関連企業

現地政府に対しては、企業誘致を担当している機関の明示を望む声があった。規制面では、医療機器登録申請から許可までの期間明示と短縮及び ISO や GDPMD (Good Distribution Practice for Medical Devices) の認証機関の増強に対する要望が挙げられた。

#### (6) その他特記事項

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

##### ①医薬品関連企業

- ・進出先政府方針等に関して、スピーディに関連情報を収集して欲しい。
- ・民間企業への情報共有化を推進して欲しい。

##### ②医療機器関連企業

- ・薬事申請手続きと承認期間の短縮を図れるよう、二国間の関係を築いて欲しい。
- ・各国の医療機器業界・医療機器に詳しい担当官を育成して欲しい。
- ・領事館にいる医務官との交流機会を設けて欲しい。

### 3.4.13 ミャンマー

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

2012年の統計では、死因上位は、HIV (6.6%)、敗血症 (6.1%)、外傷 (5.4%)、胎児成長遅延・胎児栄養失調等 (4.6%)、その他肝臓病 (4.0%) と続いている。2009年の統計では、敗血症、マラリア、頭部外傷、肺結核、脳卒中の順で、HIVは7位であった。

ミャンマーは、2030年までに国民皆保険制度の達成を目指している。

インフラの整備は、まだ十分でない。病院数に比して救急車両が足りておらず、日本の福祉車両を寄贈して、改造して救急車両にした事案もある。

2013年12月、厚生労働省は「日本国厚生労働省とミャンマー連邦共和国保健省との保健・医療分野での協力に関する覚書」の署名を行った。具体的には、①ミャンマー保健省の行政官を日本に受け入れ、国民皆保険達成を目指し、日本の公的医療保険制度についての経験を共有、②医師・看護師・助産師・公衆衛生専門職等の人材開発、③医療サービスにおけるケアの質向上のための専門知識の交換、④病院・保健所の日本式管理のノウハウの移転、といった分野において、相互に協力を行うことを確認した。政府間での協力関係の強化は、日本企業のミャンマー進出においても良い影響を及ぼすものと思われる。

ミャンマーの経済が成長し、また民主化が進んだ 2012 年ごろからは日本企業の進出が目立っており、食品・飲料、衣料、ソフトウェア、農機、自動車、電機などの製造拠点、コンビニエンスストアの展開、直行便の就航、銀行の進出などが報じられている。

2012 年 11 月 2 日には外国投資法が改正され、翌 2013 年 1 月 31 日に施行細則が公表された。改正の目的は、外資の資金やノウハウを積極的に取り入れて、国内産業の強化やインフラ整備を加速させることである。

もともとミャンマーは非常に親日的な国柄であり、経済状況や法律・政策などの環境が整って日系企業の進出が進んでノウハウが蓄積してくると、医療を含め、前記業種以外の企業も進出がしやすくなっていくものと推察される。

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (0 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

②医療機器の進出企業 (2 社) (うちアンケート回答企業数 1 社)

### ③日系進出企業の概況

調査した範囲では、医薬品関連企業が 0 社、医療機器関連企業が 2 社、ミャンマーに進出している。

アンケートの回答では、医療機器関連企業 1 社が、2012 年に駐在員事務所を開設し、隣国であるタイから販売活動を行っている。

また、1 社が現地で縫合針の製造を行っていることが報じられている。

## (3) 日系企業の強み

医療機器関連企業から、強みとして、日本のメーカーであること及び世界での販売実績があることが挙げられている。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

医療機器関連企業から、競合としてフレゼニウス及びビー・ブラウンが挙げられている。

課題としては、ブランドの浸透が挙げられており、強みとして挙げられた日本企業の品質と世界での販売実績を、まだ十分に活かせていない状況がうかがえる。

## (5) 現地政府に対する要望

今回の調査では、現地政府に対する要望は寄せられていない。

## (6) その他特記事項

改正後の外国投資法では、最低資本金、出資比率、税制優遇の点では外資に有利になった反面、改正前には規定のなかった現地人の雇用義務が制定された点に注意が必要である。

現地人の雇用義務は進出後の年数で比率が増大するため、進出後に、日本語が堪能な現地人の獲得競争に陥ることも懸念される。

また、2013 年 3 月時点では、減資（資本金の取り崩し）に関する手続きが不明で、開発

投資案件での出資金の回収が難しいという報告もある。

#### 3.4.14 モンゴル

##### (1) 医療、医薬品等に関する概況

モンゴルでは感染症による死亡はかなり減少し、非感染症による死亡が増加しているが、結核の罹患率がアジア地域では高くなっているのが特徴的である。若年層の事故による死亡も多い。医薬品・医療機器は保健省が管轄しており、医療供給体制はロシア統治時代からのものを引き継いでいる。医療施設は各レベルで設定されており、患者の受診には制限はないが、首都ウランバートルと地方部、公共部門と民間部門の医療レベルの格差は大きい。

医薬品は安全性や品質の低さ、周辺国からの偽薬の流入、地方部における医薬品不足が問題になっている。医療機器のメンテナンスが行えず活用できていないケースも見られる。臨床検査機関は特に地方部において健康管理には必要な役割を果たしている。(出所:WHO Country Cooperation Strategy for Mongolia2010-2015)

##### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (0社) (うちアンケート回答企業数 0社)

②医療機器の進出企業 (1社) (うちアンケート回答企業数 0社)

##### ③日系進出企業の概況

医療機器企業が1社2013年に駐在員事務所を開設した。アンケートの回答ではなかったが、現地機関への確認では代理店を通じて販売している日系企業はあるとのことである。

##### (3) 日系企業の強み

日本ブランドへの信用力は強く、富裕層の増加と文化交流の増加により医療分野に限らない全ての製品において日本製品への信頼と要望は増加している。

##### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

競合として、欧米企業、韓国企業、中国企業が挙げられる。特に消耗品や検査機器等は中国製の台頭が著しい。日本製品の品質の良さは認めているものの、価格面を考慮して中国製の購入をするケースが多い。医療機器にスピードや精度を厳密に求めないので中国製を選ぶといった例が挙げられる。韓国は医療機関や検査センターの設立を行っており、現地での評判も良い。これらの医療機関で使用する医薬品や医療機器は韓国系企業のものが中心となるので、日系企業が大幅に入り込むのは難しいと考えられる。また欧米系の医療機器企業が検査センターを設立するという例もある。

##### (5) 現地政府に対する要望

経済成長が著しいものの発展途上であり貧富の差が大きい。ロシアと中国に囲まれた内

陸であるため輸入においては航空便の利用が主となること、道路などの交通インフラも整っていないため、ウランバートルと地方部での医療へのアクセス格差、物資の輸送についての課題がある。ウランバートル市内の輸送でも交通渋滞が激しく困難な場合がある。日本の国土の4倍の地域に人口約300万人のうち首都ウランバートルに約140万人が居住しており、将来的にはウランバートルから地方部への様々なサービスの展開がモンゴル政府における課題となってくるであろう。

#### (6) その他特記事項

地方部での医療ニーズはあるものの日系企業がウランバートル以外に拠点を構えるのはかなり困難であると考えられる。韓国企業や欧米企業が行っている施設を設立する方式で、富裕層が増えているウランバートルに日系企業が連携しての検査センター設立も検討できると考えられる。

### 3.4.15 ラオス

東南アジアに位置する、ASEAN10か国で唯一の内陸国である。2012年時点で東南アジアの中では最も保健指標が悪く、ミレニアム開発目標では「極度の貧困と飢餓の撲滅」と「妊産婦の健康の改善」について2015年までの目標達成は困難であるとされている。

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

ラオスでの保健分野での課題は母子・新生児保健、小児保健医療、栄養改善、感染症対策、などが挙げられている。中央政府の保健省が管轄しているが、国家予算の保健医療財政の配分は少なく、住民窓口負担に依存しているため貧困層と富裕層の医療へのアクセスは大きな差がある。提供されている医療の質は低く、富裕層や外国人は隣国タイの病院を利用している。国内にジェネリック製造会社は多数存在しており（電話帳での医薬品製造販売での検索にて約30社）、日本の製薬企業と提携している企業もある。

#### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業（1社）（うちアンケート回答企業数 0社）

②医療機器の進出企業（1社）（うちアンケート回答企業数 0社）

#### ③日系進出企業の概況

医薬品企業が1社、また医療機器企業が1社、現地に拠点を有している。その他、代理店や業務提携にて医薬品を販売している日本企業がある。しかしながら、現地に拠点を有している医療機器は前工程の工場、医薬品は原料生産の目的であり、販売先としてラオスを視野に入れての進出ではなく、安い人件費や植物の育成環境への評価による進出である。代理店経由で販売している製薬企業も売上高は極めて少ないのとのことであり、民間病院での富裕層向け医薬品として販売しているのみである。

### (3) 日系企業の強み

医薬品企業、医療機器企業共に、日本製品への信頼とブランド力があることが挙げられる。しかし、アンケート回答による企業の売上規模から勘案しても、現在のところ日系企業が積極的に販売を拡大していく市場としての対象国にはなっていない。

### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

企業アンケートでの意見は特になかったが、ラオス国全体の状況から考えると、一般的に各国で言われている、品質は良いが価格が高い点があげられる。競合は低価格で提供している現地企業、韓国、中国であると推察できる。

### (5) 現地政府に対する要望

ラオス政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

- ・ 現地の規制、制度が未整備な部分があり、政府との確認が必要であると共に時間も掛るので早期の整備が望まれている。
- ・ 農繁期には人材確保が難しくなり計画的な人員計画が必要である。
- ・ 最低賃金上昇や物価上昇による原価上昇が今後も続くと考えられる。

### (6) その他特記事項

ラオスの経済水準、医療水準を考慮すると、日系企業が製造・販売拠点を設けて本格的に進出するにはまだ時間が必要であり、代理店を通じての製品販売がしばらく続くであろう。しかしながら、経済特区の設立やインフラの整備など政府の対策は急速に進んでおり、今後の成長可能性は大きいと考える。医療では感染症対策と母子保健への対応が求められている。感染症について、医薬品の供給や費用に関しては日系ジェネリック医薬品企業が貢献できる可能性があると考えますが、現地企業との価格競争で日系企業が進出する意義があるかどうかを各企業とも慎重に見極めていく必要がある。母子保健について、今回の医薬品・医療機器という観点からは、検診プログラムの導入に伴う機器の導入が考えられる。

## 3.4.16 アラブ首長国連邦(UAE)

### (1) 医療、医薬品等に関する概況

UAEは首長国連邦であり、連邦全体を統括しているのは保健省 (Ministry of Health) である。アブダビ、ドバイには独立した保健局 (HAAD: Health Authority - Abu Dhabi)、(DHA: Dubai Health Authority) が設定されている。また、国家保健評議会 (National Health Council) が設けられ、連邦と首長国間の調整や民間と公共との調整を行っている。

アブダビでは、医療保険の人口カバー率は 98%になっており、ドバイもそれに続き医療保険船制度を導入し始めている。

人口の増加に伴って、特に人口の集中しているドバイとアブダビにおいては、医療施設数も医療従事者数も不足しており、今後の増加が課題になっている。ドバイは都市国家であり地域内での患者の移動にも問題はないが、アブダビは面積も広く砂漠部は都市が点々としている首長国であるので、地域内での患者の移動手手段の確保が課題になっている。



また UAE では医療ツーリズムを国家戦略に挙げており、高品質の医療機器、医薬品へのニーズは高い。ヘルスケアフリーゾーンの設置や医療ツーリズムの増加など医療産業の拡大に積極的であり、それに伴い医療関連の市場は拡大していくと考えられる。ただし、医療製品に対する規制は UAE では厳しくしていく方向で動いている。

(その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.7 アラブ首長国連邦の項を参照のこと)

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (1 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

②医療機器の進出企業 (9 社) (うちアンケート回答企業数 5 社)

## ③日系進出企業の概況

アフリカ・中東地域への拠点としている企業が多く、UAE 内ではドバイへの進出が大半である。税制面、安全面、フリーゾーンの設置や空港や交通等のインフラ整備が積極的に行われており、海外企業の進出環境が整っていることからドバイを選択していると考えられる。

アンケートでは、1993 年に支店を設置した医療機器メーカーの進出が最も早い。また、中東地域の中心という位置づけからか、従業員数も現地ヒアリング、アンケートから 10～50 人とかなり大きい規模の企業が目立つ。

## (3) 日系企業の強み

医薬品企業は、日本ブランドへの信頼、信頼性の高い品質、他国での販売実績への高い評価、高い研究開発力によりオリジナル薬を保持していること等が挙げられる。医療機器企業は、日本ブランドへの信頼、高い品質、他国での販売実績への高い評価、特定分野に特化した製品のフルラインナップによるサービス提供が可能なこと等が強みである。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

医薬品企業、医療機器企業共に、中東諸国における一般的な傾向と同様、欧米企業の進出に出遅れているため、製品の品質やブランドの知名度における競合として挙げられたのは欧米企業であるが、価格競争では中国企業も挙げられる。医療機器企業へのヒアリングでは、日本企業の顧客ニーズに合ったオプション機能のみを付加して適切な価格で販売しようという姿勢と、欧米企業の不要である可能性が高いが多くのオプション機能を付加し高価格で販売するという違いが理解されず、本来であれば日本企業の強みである点が弱みとなってしまうという意見もあった。

また、中東地域の取引の中心となっていることを反映してか、UAE の市場というより、周辺国への展開も含め、欧州 CE 規格、米国 FDA を基準とした規格、基準が世界標準となる傾向があることから、それに適合しない場合入札の規格から外れるなどのために、日本製品が優れていても市場に入れない、市場への参入が遅れるなどのビジネスチャンス喪失を懸念しているアンケートの回答があった。

また、中東の地政学的リスクがそのままビジネスリスクとなる傾向があることが指摘されている。

#### (5) 現地政府に対する要望

アラブ首長国連邦政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

- ・日本の薬事基準は CE、FDA と比較しても非常に厳しい規格である事を理解して欲しい。

#### (6) その他特記事項

ドバイでは 2020 年に万博開催が決定しており、以前にも増して各国からの進出もドバイ側の誘致も盛んになって来ている。ドバイヘルスケアシティ、ドバイオテックへの日本企業の進出は今後、検討されて来るのではないだろうか。

ドバイでは医療ツーリズムを国家戦略に挙げており、高品質の医療機器、医薬品へのニーズは高い。

### 3.4.17 イラン

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

医薬品と医療機器は厚生省 (Ministry of health and Medic Education : MOHME) の医薬食品局 (Food and Drug Organization : FDO) が管轄している。経済制裁下にあるイランにおいて、医薬品と医療機器の調達には厚生省の大きな課題となっている。公共部門の調達は、厚生省傘下の医療機器調達評議会 (Heyat Omana Arzi : HOA) が担当している。

一次医療レベルで使用されるものに関しては特に問題はないが、公共部門でもより高度な医療、また民間部門の調達においてはその不足が課題となっている。

特に医薬品に関してはモニタリングセンターを設立して (Information Center for Drug Shortages) 状況を確認し、不足が予測される場合には警告 (Warning of Shortage) を発している。医薬品輸入社協会 (Syndicate of Iranian Pharmaceutical Importers) のヒアリングでも、日本製を含めた品不足が指摘された。

医薬品購入のガイドラインは既に作成されており、ジェネリック医薬品の使用促進など、医療費抑制の体制が整備されている。医療機器に関しても同様に整備していく予定となっている。

イランでは医療機関の大規模増設が今後 5 年間で予定されており、医薬品、医療機器ともに需要は拡大すると考えられる。日本製品の品質への信頼性は高く、特に公共部門においては価格のみではなく、品質も重視しての調達を行っているため、日系企業は十分な競争力を保持しているといえる。

(その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.8 イランの項を参照のこと)

#### (2) 進出企業の状況

① 医薬品の進出企業 (0 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

## ②医療機器の進出企業（4社）（うちアンケート回答企業数 1社）

### ③日系進出企業の概況

経済制裁後、医療機器企業は事実上撤退している。日本への販売代金の送金の問題があるため代理店との取引も中止している企業もある。現地でヒアリングした日系企業の代理店では、日本からの製品が入らないので、事業がかなり縮小しているとのことである。医薬品企業は拠点を設定している企業はない。

他業種も含め、日本から UAE に輸出し、UAE からイランに輸出されるという形式がとられているケースもあり、日本製のものであっても、イランが日本から輸入したかどうかは、統計上は確認できない状況である。UAE を拠点にしてイランに輸出している企業があると想定されるが、UAE が輸出統計の形態を近年変更しており、詳細項目までは公表しなくなった為、UAE を通じての輸入情報も現在は不明とのことである。他業種の例では、某大手自動車企業は、UAE の代理店がイラン国内で販売しているもので、日本から直接輸出はしていない形態となっている。

#### （3）日系企業の強み

医薬品企業は、日本ブランドへの信頼、信頼性の高い品質、他国での販売実績への高い評価、高い研究開発力によりオリジナル薬を保持していること等が挙げられる。医療機器企業は、日本ブランドへの信頼、高い品質、他国での販売実績への高い評価、さらに悪性新生物（がん）の未治療患者へのアプローチ方法、検診プログラムのノウハウを持つこと、代理店の教育に力を入れていること等が挙げられる。

#### （4）日系企業の弱み、競合、課題

医薬品企業、医療機器企業共に、イランでの競合は主に欧米企業であるが、その他具体的にはアンケートで以下が挙げられた。

- ・中東諸国における一般的な傾向と同様、欧米諸国の進出に出遅れているため、製品の品質やブランド力における競合として挙げられるのは欧米企業である。価格面では韓国企業が挙げられるが品質面での評価は低い。
- ・政治的なコネクションを持っている外国企業がシェアを伸ばしている。米国企業は米国主導の経済制裁で他国を排除し市場を独占している状況がある。
- ・送金ルートを活用して、シェアを伸ばしている韓国企業がある。

#### （5）現地政府に対する要望

イラン政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

- ・自国製品保護がきつく患者監視装置などに高い関税がかけられており、イラン国産と公平な競争が出来ない。
- ・入札仕様で FDA の縛りを失くすか日本の薬事を認めて欲しい。
- ・輸出規制があり、Windows や PC の出荷が出来ない。最近の装置は Windows ベースが基本となっているので規制緩和をして欲しい。
- ・イスラム教の影響で AED の普及が遅れているが、救急救命の視点から AED の普及を望

む。

#### (6) その他特記事項

日本政府への要望として、以下の内容が挙げられている。

- ・日本の薬事が CE、FDA と比較しても非常に厳しい規格である事を国家ベースで要請して頂きたい。
- ・危険といわれる国ほど需要も多いが、全て会社がリスクをカバーしなくてはならない現状があり、国家間での交渉により、ビジネスを円滑に進める環境を作って欲しい。
- ・経済制裁の影響で日本のどの銀行もイランからの入金を受け付けてくれない。
- ・政府同士で日本の製品購入の対価を石油で支払うなど、もっと大きな枠組みでビジネスに直接つなげるような大胆な交渉を期待。中国、韓国、インド、パキスタンなどはアメリカとの枠組みとは関係なく自国の為に独自で交渉を行いどんどん市場を伸ばしている。

### 3.4.18 カタール

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

カタールは、湾岸協力理事会（GCC）に加盟するアラブ民族による国である。

医療・保健の担当行政機関は最高保健評議会(Supreme Council of Health)である。

最高保健評議会の医薬管理局(Pharmacy & Drug Control Department)が、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、食品、健康食品についての規制、承認、監督を行っている。

医療機器については、医薬品のような製品審査はなく、医療機器輸入の許可があればどのような機器でも輸入が可能である。

(その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.9 カタールの項を参照のこと)

#### (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (0 社) (うちアンケート回答企業数 0 社)

②医療機器の進出企業 (3 社) (うちアンケート回答企業数 1 社)

#### ③日系進出企業の概況

カタール日本人会へのヒアリングでは、日系企業が直接進出している拠点は確認されなかった。現時点ではカタールで調達されている日系企業の医薬品、医療機器等については、すべて代理店を通じた販売となっている。市場も小さく、進出企業数の数は多くない。医療機器での進出においては、現地でのヒアリングから CT、MRI などの取り扱いをしている企業、アンケートから患者監視装置、脳波計、筋電計、心電計、除細動器等を取り扱っている企業が 2010 年に進出していることが確認できている。

#### (3) 日系企業の強み

現地日系企業の代理店からのヒアリングによれば、日系企業の製品ということで、品質が高いと感じてもらえるとのことであり、日本全体のイメージが大きく貢献していること

がうかがえる。

#### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

同様に、現地日系企業の代理店からのヒアリングによれば、米国、EUのトップブランドの中でも日本メーカーの製品は価格が高い。それは日本国内で製造しているためにやむを得ないことだと思われるが、例えばシーメンスは、中国で製造したものをシーメンスブランドで販売しており、「信頼あるシーメンスブランドが安価で購入できる」と支持されている。

しかし、現地代理店からは日本メーカーがマーケティングにかける力は圧倒的に少ないという意見があがった。シーメンスなど欧米メーカーは意思決定をする医師に向けた統合的なマーケティング戦略を持っている。例えば、欧米メーカーは、製品のデモンストレーション、セミナー、BtoB ミーティング、工場ツアーといった製品を理解してもらうための仕掛けを年 2 回程度行っている。これらに対応するために、日本メーカーでもせめて年 1 回程度実施することで状況は変わるとされることである。

また、現地代理店にとって、引き合いがあった際に日系企業に質問をした際、日系企業側に英語に堪能な人が少なく迅速な対応ができず、事業機会を逸する場合がある。

#### (5) 現地政府に対する要望

カタール政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

アンケートからは、日本の薬事審査を欧州基準の CE マーク、米国 FDA と同様に条件として認めてもらえるよう、国家間での交渉を希望するものが指摘された。

現在、カタールとしては医療機器の薬事審査は必要とされていないが、公共病院の入札の際に FDA が条件に加わる場合が増えてきているとのことである。日本の薬事が欧州基準の CE マーク、米国 FDA と比較しても非常に厳しい規格であり、FDA を新たに取得しなくても認めてもらえることで市場参入が容易になるという意見である。

また、現地代理店からのヒアリングでは、日本に対するイメージ向上のため、2014 年に安倍首相がカタール来訪を行った際のセミナーのように、日本人が直接訪問し日本を身近に感じてもらう機会があると、現地で日本の存在感が増すよいきっかけとなるという声があった。

#### (6) その他特記事項

経済産業省の「平成 25 年度医療機器・サービス国際化推進事業」では、2014 年 5 月の安倍首相の中東歴訪への随行にあわせてカタールにおいては「国際展開支援官民ミッション」が設定された。その中で実施されたビジネスフォーラムでは、日系企業から我が国の製薬産業や医療産業の紹介が行われている<sup>41</sup>。

---

<sup>41</sup> 「平成 25 年度医療機器・サービス国際化推進事業（日本の医療機器・サービス等の海外展開に関する調査）報告書」経済産業省 2014 年 3 月

### 3.4.19 サウジアラビア

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

サウジアラビアは、湾岸協力理事会（GCC）に加盟するアラブ民族による国である。日本の約 5.7 倍の大きさの国土に、約 3,000 万人が居住している。豊富な石油資源のため、富裕層が存在する一方で、失業率が 12.1%と高く、特に若年層の失業が問題になっている。そのため、2011 年からサウダイゼーション（自国民雇用）政策をとり、民間企業におけるサウジアラビア国民の雇用を奨励して、順守しない企業に対しては厳しい罰則規定を設けている。

医療・保健の担当行政機関は保健省（Ministry of Health）である。医薬品、医療機器等についての規制、承認、監督は、サウジアラビア食品医薬品庁（SFDA: Saudi Food & Drug Authority）が担当している。

（その他詳細情報については、第 2 章アジア・中東 8 か国の医療関連情報調査 2.10 サウジアラビアの項を参照のこと）

#### (2) 進出企業の状況

① 医薬品の進出企業（2 社）（うちアンケート回答企業数 2 社）

② 医療機器の進出企業（6 社）（うちアンケート回答企業数 3 社）

#### ③ 日系進出企業の概況

サウジアラビアにおいては、日系製薬メーカーが現地企業と合弁で事業を実施している。なお、出資比率は当初に比べるとそれぞれ減少している。この企業の設立の経緯は 1989 年 11 月の「日本－サウジ経済協力会議」にて、日本への原油安定供給と引き換えに、石油領域以外での日本からの投資として製薬領域での協力が日本政府に要請されたものである。

医療機器においては、駐在員事務所、日本人は駐在しておらずサウジアラビア人が支店長を務めている企業が確認された。それ以外の企業では、代理店を通じた販売を行っているかと推察される。

#### (3) 日系企業の強み

##### ① 医薬品関連企業

日系企業との合弁会社は、日系企業から技術提携を受けたサウジアラビア最大手の医薬品ディストリビューターとして、現地顧客の信頼度が高い。有効性並びに安全性に関する医薬品情報を提供することで、他社製品と差別化ができています。日系企業側にとっても、現地にパートナーがいることで販路確保に役立っています。

製品開発者などをサウジアラビアに招聘し、講演や医学シンポジウムなどを行うことによって、存在感を高めている。

##### ② 医療機器関連企業

日本のメーカーであることそのものが強みとなっている。また世界的に展開してきた実績も有利な条件となっている。さらに、現地代理店と共同で保健省や中核病院などへの訪

問を定期的に行い、存在感の向上に努めている。

#### (4) 日系企業の弱み、競合、課題

##### ①医薬品関連企業

中近東諸国は国によっては、薬事審査のプロセスや審査期間が不明確であり、発売可能時期の予測或いは販売計画が立て難いことが問題となっている。

##### ②医療機器関連企業

医療機器に関しては、薬事審査が厳しいという企業と、厳しくないという企業の両方が存在している。

#### (5) 現地政府に対する要望

サウジアラビア政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。

##### ①医薬品関連企業

薬事審査プロセスの明確化と審査機関の短縮が要望として挙げられた。

##### ②医療機器関連企業

ヒアリングからは、サウダイゼーション（2011年から行われている自国民雇用を推進する政策）を目的として、政府機関への入札参加の際に、サウジアラビアで製造していることが条件にならないように働きかけてもらいたいという要望が聞かれた。製品ラインナップが豊富な欧米企業では、加工度が低い製品の製造も可能だと思われるが、高度な医薬機器の取り扱いしかない場合には、現地での製造は困難である。

また、イスラム教の影響でAEDの普及が遅れているが、救急救命の視点からAEDの普及を望むとの要望があった。

### 3.4.20 トルコ

#### (1) 医療、医薬品等に関する概況

トルコでの死因は、循環器系、悪性新生物（がん）、呼吸器系となっており、感染症による死亡は低い。都市部のイスタンブールやアンカラには設備の整った医療機関もあり、トルコ政府は医療ツーリズム拡大への意欲も高く、医療部門への投資拡大、医療水準の向上は急速に進んでいる。

医薬品や医療機器に関しては、医療水準の向上に伴い、品質の良い製品へのニーズが高くなっている。トルコ国内の製薬産業も高い技術力を有しており海外へも輸出している。

（出所：WHO. Country Cooperation Strategy at a glance Turkey, Updated May 2013.）

#### (2) 進出企業の状況

##### ①医薬品の進出企業（4社）（うちアンケート回答企業数 1社）

## ②医療機器の進出企業（7社）（うちアンケート回答企業数 3社）

### ③日系進出企業の概況

日系企業で進出しているのは、医薬品企業、医療機器企業共に多くはないが、今回調査した中東諸国では進出が進んでいる国である。日本本社の管轄下ではなく、ヨーロッパ支社やシンガポール等の東南アジア支社の管轄下として運営管理している企業が多く見られる。また市場の拡大に伴い近年拠点を設けた企業もある。トルコでの日本製品へのニーズを考えると、代理店を通じた販売を含めて、今後の市場規模に伴って進出は拡大されていくと考えられる。

#### （3）日系企業の強み

医薬品企業は、日本ブランドへの信頼、信頼性の高い品質、他国での販売実績への高い評価、先発品の医薬品企業は高い研究開発力によりオリジナル薬を保持していること等が挙げられる。医療機器企業では、日本ブランドへの信頼、高い品質、他国での販売実績への高い評価があること、特定分野での製品フルラインナップによるサービス提供が可能なこと等が強みとなっている。

#### （4）日系企業の弱み、競合、課題

医薬品企業、医療機器企業共に、中東諸国における一般的な傾向と同様、欧米諸国の進出に出遅れているため、製品の品質やブランド力における競合として挙げられたのは欧米企業であるが、中東諸国の中でも価格競争の激しい市場であり、競合に中国企業やインド企業を挙げている企業もある。またトルコ国内の医薬品企業、医療機器企業も品質面、価格面において競合となっていると推察される。

#### （5）現地政府に対する要望

- トルコ政府への要望としてアンケートに挙げられていることは、以下の通りである。
- ・コピー品への対応を強化して欲しい。

#### （6）その他特記事項

中東の地政学的リスク、政治リスクが課題となる可能性がある国であると考えられているようである。

## 3.4.21 バーレーン

### （1）医療、医薬品等に関する概況

バーレーンは、カタール、サウジアラビア沖のペルシャ湾に浮かぶ島国で、面積は奄美大島よりやや大きく、中東湾岸諸国の中では最も人口が少なく約 120 万人である。湾岸協力理事会（GCC）に加盟するアラブ民族系の国家である。

医療に関する担当省庁は保健省(Ministry of Health)である。2012 年は、年間政府支出 32 億 6,090 万ディナール(86 億 7,260 万米ドル)のうち、保健・医療関係の支出は 2 億 3,215



万ディナール(6億1,742米ドル)であり、7.1%を占めていた。また、2003年から2012年の保健・医療関係の支出は、平均14.1%で成長してきたが、2012年の対前年比は7.1%の増加となっており、伸び率としては落ち着いてきている。また政府全体に占める割合はあまり変動せず安定している<sup>42</sup>。

医療機関のほとんどは保健省、および国防省傘下の軍事病院や内務省保健・社会問題局が管轄するものとなっている。2005年以降、病院数、医療費の支出額ともに増加している。

## (2) 進出企業の状況

①医薬品の進出企業 (1社) (うちアンケート回答企業数 0社)

②医療機器の進出企業 (1社) (うちアンケート回答企業数 1社)

## ③日系進出企業の概況

医薬品においては、2012年4月から駐在事務所を設置している企業がある。

医療機器については、アンケートでは、代理店によって進出しているとの回答が1社からあった。

「バーレーンの医療機器市場」(独)日本貿易振興機構、2011によれば、2007年のバーレーンの主な医療機器の輸入額の輸入元別内訳をみると、1位米国(34%)、2位ドイツ(21%)、3位英国(12%)、次いでフランス(8%)、イタリア(4%)、中国(3%)、日本はスイスに次ぐ8番目で医療機器輸入額の2%弱である。

## (3) 日系企業の強み

医薬品については、アンケートの回答がないため、詳しい強みは把握できなかった。

医療機器においては、アンケートからは、日系企業は高い技術力とイノベーションを持っていると定評がある。アンケートの回答では、他国では競合になる中国製は、バーレーンでは入札の対象から外されるため競争上優位があるとの意見があった。この取り組みの中で、企業は代理店への教育に力を入れセールス、サービスの質を上げる努力を行っているとのことである。

## (4) 日系企業の弱み、競合、課題

医薬品については、アンケートの回答がないため、詳しい強みは把握できなかった。

医療機器においては、アンケートからは、フィリップス(オランダ)、GE(米国)、Dräger(ドイツ)、Mindray(中国)が主要な競合会社であり、特に欧米系企業では、大きな資本力をバックに買収を繰り返し、モニター、心電計などの小型機器からMRI、CTなど大型機器までトータルで提案できる体制を整えている。日本企業はフルラインナップによる提供ではないことが不利となっている。

---

<sup>42</sup> バーレーン保健省 ホームページ

[http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/HS2012/PDF/Chapters/CH04-financial%20resources\\_2012.pdf](http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/HS2012/PDF/Chapters/CH04-financial%20resources_2012.pdf)

#### (5) 現地政府に対する要望

アンケートからは特に要望は聞かれなかった。

#### (6) その他特記事項

経済産業省の「平成 25 年度医療機器・サービス国際化推進事業」では、2014 年 5 月の安倍首相の中東歴訪への随行にあわせて、バーレーンにおいて「国際展開支援官民ミッション」が設定された。この際には、ビジネスフォーラムは行われず、晩餐会や視察といった行事が中心となった。