

# 救国のヘルスケア 4+4 策

～4つの基本戦略と4つの実行戦略～

## 医療産業モデル研究委員会

～日本的医療産業モデルの構築とその国際展開に向けて～

2014年4月

一般社団法人日本経済調査協議会

Japan Economic Research Institute

## 序

2012年末、安倍政権が発足し、様々な問題の解決に向けた道筋（方向性）として日本再興戦略（所謂「アベノミクス」）が示された。

「大胆な金融政策」、「機動的な財政出動」、「新たな成長戦略」という3つの政策（3本の矢）によるものであるが、特に第3の矢である「新たな成長戦略」は、日本経済再生の重要な鍵であり、民間投資を如何に活性化させることができるかという点で注目される。その重要な位置を占める分野のひとつが医療・介護である。

この医療・介護の分野は、日経調が従来から取り組んできた重要なテーマの一つであり、2002年にまとめられた「翔け！日本の医療産業」から数え、今回で4本目となる。

医療・介護における根本的な問題は、人口の高齢化と医療・医薬の高度化などによる医療費の増加や財政の悪化とともに、特に社会の変化に十分に対応できていない制度の硬直化や非効率化がこれに加わったものと考えられる。

本報告書は、専門家を中心とした各委員の建設的な意見を極力反映させ、調査研究レポートとしてとりまとめたものであり、わが国の医療産業の発展がひいては国民の健康増進と共に日本経済発展に役立つことを期待している。

巻末CDには、15回に亘り開催された研究委員会の研究講演録として、アドバイザー、委員、講師の方々のご講演の内容も収録したので、是非、最後までご一読頂きたい。

最後に、研究委員会の運営と本報告書の作成に当たり、委員長としてお纏め頂いた地球産業文化研究所顧問の福川伸次様、ご多忙の中主査としてご尽力をいただいた東京医科歯科大学大学院の川淵孝一教授をはじめ、貴重な知見・示唆を惜しみなく提供いただいたアドバイザー、委員、講師の方々ならびにご協力いただいた関係者各位に深甚なる謝意を申しあげる。

2014年4月

一般社団法人 日本経済調査協議会  
理事長 前田 晃伸

# 医療産業モデル研究委員会

～日本の医療産業モデルの構築とその国際展開に向けて～

## 委員名簿

(敬称略)

委員長	福川 伸次	一般財団法人地球産業文化研究所顧問
主 査	川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
アドバイザー	渥美 和彦	東京大学名誉教授
	伊藤 元重	東京大学大学院教授
委 員 (五十音順)	伊藤 勝康	リポートラスト株式会社代表取締役社長
	江藤 一洋	東京医科歯科大学名誉教授
	小幡 文雄	(元)セコム株式会社専務取締役
	小松 研一	東芝メディカルシステムズ株式会社相談役
	近藤 達也	独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長
	高橋 一成	株式会社グッドライフデザイン代表取締役副社長
	辻井 博彦	独立行政法人放射線医学総合研究所フェロー
	松村 啓史	テルモ株式会社取締役副社長執行役員
	渡辺 賢治	慶應義塾大学環境情報学部教授
事 務 局	杉浦 哲郎	一般社団法人日本経済調査協議会専務理事
	奥 雅文	(前)一般社団法人日本経済調査協議会専務理事 (現)飛鳥建設株式会社執行役員副社長
	今泉 洋	一般社団法人日本経済調査協議会主任研究員
	根本 徳久	(前)一般社団法人日本経済調査協議会主任研究員 (現)東京電力株式会社カスタマーサービス・カンパニー 法人営業部高圧お客さま営業グループ課長

## 外部講師名簿

(講演録掲載順・敬称略)

北原 茂実	医療法人社団KNI理事長
大石佳能子	株式会社メディヴァ代表取締役社長
塩中 雅博	ポシブル医科学株式会社代表取締役社長
赤石 浩一	内閣官房日本経済再生総合事務局次長
中村 康彦	一般社団法人上尾中央医科グループ協議会副会長
鎌田 一	社会医療法人北斗 北斗病院理事長

## 目 次

### エグゼクティブ・サマリー

救国のヘルスケア 4+4 策 .....	1
1. 実現可能か？1.5 兆円市場 .....	1
2. なぜか輸出が伸びない！ .....	4
3. ヘルスケア分野の市場規模 .....	5
4. 低調なインバウンド .....	9
5. ぽつんとしたアウトバウンド .....	11
6. ヘルスケア八策 .....	14

### < 4 つの基本戦略+ 4 つの実行戦略 >

#### < 4 つの基本戦略 >

1) 法人実効税率を世界標準に .....	14
2) 漢方も含めて「比較優位サービス」に絞り込もう .....	16
3) M E J は商社にも門戸開放すべし .....	18
4) 留学生+「日本発スーパー翻訳機」の利活用を .....	20

#### < 4 つの実行戦略 >

5) もう“特区依存症”から脱却しよう .....	22
6) 国内あつての国際化 .....	24
7) 求められる“日本式医療”の再定義 .....	28
8) 究極の成長産業はソーシャルビジネス .....	31

7. 結びに代えて .....	34
-----------------	----

#### < 巻末資料 >

漢方の10兆円産業創生のための提言 .....	37
1. 薬草栽培による攻めの農業の育成 .....	38
2. 薬草を用いた健康食品・化粧品市場の開拓 .....	39
3. 医薬品としての薬草使用の市場形成 .....	39
4. 薬草を輸出産業にするための障壁の撤去 .....	40

講師講演録（CD-ROM に収録）

※所属・役職は講演当時

1. 日本の医療産業モデルの構築とその国際展開に向けて

東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一 主査

2. 統合医療とは

東京大学名誉教授 渥美和彦 オブザーバー

3. 漢方の総合的な産業化を推進する漢方マスタープラン

慶應義塾大学医学部准教授 渡辺賢治 委員

4. 日本の医療産業の海外展開について

東芝メディカルシステムズ株式会社相談役 小松研一 委員

5. 日本の医療機器におけるパラダイムシフト～匠のハイブリッド

テルモ株式会社取締役副社長 松村啓史 委員

6. 三菱商事、及び商事会社のヘルスケア分野の取り組み

株式会社グッドライフデザイン代表取締役副社長 高橋一成 委員

7. 日本の医療の海外進出

セコム株式会社顧問 小幡文雄 委員

8. 医療産業への薬事の貢献

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 近藤達也 委員

9. 医療産業化に向けたリゾートトラストグループの取り組みについて

リゾートトラスト株式会社代表取締役社長 伊藤勝康 委員

10. 高度国際人材の育成と医療の国際化の推進

日本歯科医学会会長 江藤一洋委員

11. 放射線治療（重粒子線治療について）

独立行政法人放射線医学総合研究所フェロー 辻井博彦委員

12. 『この国を崩壊から救うために』～北原グループの挑戦～

医療法人社団KN | 理事長 北原茂実氏

13. ミャンマーにおける「日本式乳癌検診」パッケージ

株式会社メディヴァ代表取締役社長 大石佳能子氏

14. 国際的なりハビリテーションの動向と我が国の課題

ポシブル医科学株式会社代表取締役社長 塩中雅博氏

15. 産業競争力会議（医療介護分科会）の論点について

内閣官房日本経済再生総合事務局次長 赤石浩一氏

16. 上尾中央医科グループの経営戦略

一般社団法人上尾中央医科グループ協議会副会長 中村康彦氏

17. 20年間の歩みと、これからの医療

社会医療法人北斗 北斗病院理事長 鎌田 一氏

## エグゼクティブ・サマリー

医療保険財政の逼迫や健康保険組合の財政破綻、病院経営の7割が赤字であるといった問題の打開策が一向に進展しないまま、人類史上、未経験の少子高齢社会をわが国は乗り切らなければならない。

ヘルスケア分野を成長産業と位置付ける振興策は、幾度となく検討をされてはいるものの、いまだその成果が見えにくい。

実は2003年3月に日経調でまとめた「翔け！日本の医療産業（大星委員会）」最終報告にも、その具体策として医療改革に関する工程表を明記したが、何一つ実現していない。

それから10年たって幸い安倍政権が政策課題実現のための指針として「日本再興戦略」を策定し、医療・介護分野が重点項目の一つとして取り上げられた。

しかし、その国際展開戦略は、「成長が見込まれる世界のインフラ市場を官民一体で獲得する」という文言のみである。具体的には、「国際相互理解の促進を目的とする一般社団法人MEJを最大限活用し、2020年までに海外の医療技術・サービス市場1.5兆円の獲得を目指す」としているが、想定市場規模は「インフラシステムの受注実現」の30兆円に比べると20分の1と小さい。現にアベノミクス効果で円安になったにもかかわらず日本の輸出が伸び悩んでいる。

ちなみにヘルスケア分野の市場規模は、2011年で医薬品が約9.3兆円、医療機器が2.3兆円である。2001年から2010年までで年平均8.7%の成長を続け、マーケットが520兆円に達した世界の市場規模と比べると微々たるものだ。事実、医薬品の売上ランキングを見ると、日本製品が、第3位につけているが、日本発のものが非常に少ない。

他方、医療ツーリズムを促進して外貨を稼いで国民経済に貢献するというインバウンドも低調だ。同様にわが国の医療機関が国際展開を図るというアウトバウンドもとても事業化というレベルではない。これは1961年に国民皆保険を達成した日本では、国が箸の上げ下げまで指導する“制度ビジネス”が横行し、国際競争力を全く失っている証左ではないか。

そこで今度、「医療産業モデル研究委員会（福川委員会）」を立ち上

げ、次のような救国のヘルスケア 8 策（より具体的には、4 つの基本戦略と 4 つの実行戦略）を改めてまとめた。

#### < 4 つの基本戦略 >

1. 実効税率を他の主要国並みに引き下げ、成長戦略である医療産業の国際競争力を強化する。
2. 国際展開の遅れを取り戻すべく「粒子線治療」「日本発漢方」といった国際的に比較優位な分野（コアコンピテンシー）を見極める。（そのためには個人情報に関わらないビッグデータを利活用し、コストパフォーマンスの高い医療を国内外に PR できるようなインフラを整備しなければならない。）
3. 先出の MEJ は、ヘルスケア分野の知見、経験に長けた商社や一般企業に門戸を開放し、医療機関の調達機能に精通する人材を活用できるようにする。
4. インバウンドでは、“言葉の壁”を打ち破るための人材の育成に加え、留学生+日本発スーパー翻訳機を利活用できるよう早期着手する。

#### < 4 つの実行戦略 >

1. 言われて久しい「社会実験型特区」依存症から脱却し、「あそこに行けば助かるかも特区」を創設して“アリの一穴”作戦を展開する。
2. 国内あつての国際化を再認識する。（具体的には大学付属病院、国公立病院、保険者を含めた連携を強化する非営利型のホールディングカンパニーを制度化して世界に打って出る“甲斐性”ある保健・医療・介護の複合体を育成する。同時に国内市場は生産年齢人口の減少や高齢化の進展に伴う地域医療の需要変化に対応し、病院間の過当競争を避けるため仕組みを構築する。）
3. 「日本式医療」を再定義し、国家安全上の見地も入れてグローバルヘルス（地球規模の保健医療）を展開する。
4. 究極の成長産業であるソーシャルビジネスによるCSV（共通価値創造）を活用し“里山資本主義”下での国際展開を模索する。

わが国の政治は、自己決定能力が低下しており、ポピュリズムに流されることが多い。加えて日本の財政は危機的状況にあり、国際的競争力、さらには企業の革新力が後退している。にもかかわらず人々の意識は内向きで、“総務力”も劣っている。こうした閉塞状況を脱却するためには政治、経済、技術、スポーツ、芸術、ファッションなどの分野において世界の舞台上で活躍する「ソフトパワー」を醸成しなければならない。まさに“評論”ではなく“アクション”が求められる。

## “救国のヘルスケア 4+4 策”

### 1. 実現可能か？1.5 兆円市場

新興国を中心に世界の市場は急速に拡大しており、この成長市場の獲得に向けて、世界各国が激しい競争を繰り広げている。日本企業が持つ技術力を始めとした強みを活かし、積極的に世界市場に展開を図っていくとともに、対内直接投資の拡大等を通じて、世界のヒト、モノ、カネを日本国内に惹きつけることにより、世界の経済成長を取り込んでいく。

このため、経済連携協定や投資協定・租税条約の締結拡大や、国内外の市場にまたがる制度的障害の除去に取り組むとともに、海外からの投資環境の整備やグローバル人材の育成等を通じて、日本国内の徹底したグローバル化を進め、国際展開を促進するための事業環境を整備する。

それと同時に、高度な技術や高性能製品、質の高いインフラ、豊かな文化を背景としたコンテンツなど、付加価値の高い製品・サービスを世界市場に展開していくために、政府一体となって、国内外で官民一体による戦略的な取組を進める。

2013年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」の中の国際展開の一節である。すばらしい文章だが、アベノミクスの“第三の矢”である成長戦略の中で注目を集めるヘルスケア分野については、次のような記載があるだけだ。

## 健康長寿産業を創り、育てる

<成果目標>

- ◆ 健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を 2020 年に 10 兆円（現状 4 兆円）に拡大する
- ◆ 医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模を 2020 年に 16 兆円（現状 12 兆円）に拡大する

具体的には、

- (i) . 我が国の優れた医療分野の革新的技術の実用化を強力に後押しするため、一元的な研究管理、研究から臨床への橋渡し、国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施される仕組みの構築等を行う司令塔機能（日本版 NIH）を創設する。【次期通常国会に新独法設立法案提出】
- (ii) . 保険診療と保険外負担の安全な先進医療を幅広く併用して受けられるようにするため、新たに外部機関等による専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図る「最先端医療迅速評価制度（仮称）」（先進医療ハイウェイ構想）を推進することにより、先進医療の対象範囲を大幅に拡大する。【本年秋を目途に抗がん剤から開始】
- (iii) . 一般用医薬品を対象とするインターネット販売を認めることとする。その際、消費者の安全性を確保しつつ、適切なルールの下で行うこととする。ただし、「スイッチ直後品目」等については、他の一般用医薬品とはその性質が異なるため、医療用に準じた形での慎重な販売や使用を促すための仕組みについて、医学・薬学等それぞれの分野の専門家による所要の検討を行うこととし、本年秋頃までに結論を得て、所要の制度的な措置を講ずる。【本年秋頃までに結論】
- (iv) . 医療・介護・予防分野での ICT 利活用を加速し、世界で最も便利で効率的なシステムを作り上げる。このため、レセプト等の電子データの利活用、地域でのカルテ・介護情報の共有、国全体の NDB（ナショナルデータベース）の積極的活用等を図る。特に、全ての

健保組合等に対して、レセプトデータの分析、活用等の事業計画の策定等を求めることを通じて、健康保持増進のための取組を抜本的に強化する。【健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針を今年度中に改正】

- (v) . PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）の体制を質・量両面で強化する。これにより、医薬品・医療機器の審査を迅速化し、審査ラグを解消する。【2020年までに解消】
- (vi) . 医療・介護の規制関連分野で、企業が安心して新たな事業に取り組めるようホワイトゾーンであることを確認し、消費者が安心して購入できるよう品質保証等を行う仕組みについて法制度を含む措置を講ずる。【本年8月末までに結論】

少し拙速とは言え、具体的な時間軸を記入した点は評価される。また、ヘルスケア分野に関して、国際展開戦略が出てくるのは、「成長が見込まれる世界のインフラ市場を官民一体で獲得する」という文言のみで官僚の見識が伺われる。具体的には、「MEJを最大限活用し、2020年までに海外の医療技術・サービス市場1.5兆円（現状0.5兆円）の獲得を目指す（【新興国を中心に日本の医療拠点を2020年までに10カ所程度創設】）」とある。MEJとはMedical Excellence JAPANの略称で、わが国の医療国際化事業や国際医療協力活動を行い、国際相互理解の促進、医療水準の向上への寄与を目的とする一般社団法人。その事業は、①日本の医療・機器・サービス・仕組み並びにこれら一体システムを輸出（アウトバウンド事業）、②外国人患者を国内で検査・治療するための受入れ（インバウンド事業）、③これらを促進するために必要な人材の育成、内外への情報提供・広報、関連事業者・団体・政府組織などとの連携活動（教育事業・関連事業）の3つだ。官民一体、オールジャパンで売り込みを強化して「インフラシステムの受注を実現する」シナリオが2020年30兆円（現状10兆円）なので、その市場規模は20分の1と小さい。

## 2. なぜか輸出が伸びない！

しかし、その実現可能性というと首を傾げたくなる。というのはアベノミクスの効果で円安になったにもかかわらず日本の輸出が伸び悩んでいるからだ。

通常、円安下では輸入価格の上昇で貿易赤字は拡大するものの、時間差を伴って徐々に輸出数量が増えて貿易赤字が縮小する。こうした J カーブ効果が円安から 9 ヶ月目以降にあらわれると内閣府は試算していた。ところが、安倍政権の誕生からもう 1 年以上がたつというのに、2013 年の国際収支速報（財務省が 2014 年 2 月に発表）によると、貿易収支は 10 兆 6,399 億円の赤字で、12 月に比べ 4 兆 8,258 億円拡大した。赤字は 11 年から 3 年連続だ。原子力発電所の稼働停止で液化天然ガス（LNG）の輸入が高水準で続いているとはいえ、輸出数量の足踏みは見逃せない。

品目別では、情報通信機械や電子部品・デバイスの貿易収支が悪化を続け、好調な自動車、一般機械とは好対照の動きという。日本製のパソコンと旧来型携帯電話が外国で売れず、外国製のタブレット端末とスマートフォンを購入する日本人が増える構図だ。わが国の製造業の海外生産シフトと現地化が進み、日本からの輸出が増えにくくなった面もある。伊藤忠経済研究所の試算では、2013 年度の日本の製造業の全世界売上高に占める日本法人の売上高の割合は約 77%と、10 年前より約 8 ポイントも低下。海外現地法人が日本から部品などを調達する比率も下がった。よって当然のことながら輸出が伸び悩む。

これまで貿易赤字を補ってきた海外投資収益もふるわず、経常収支の黒字は 3 兆 3,061 億円と前年に比べ 31.5%減り比較可能な 1985 年以降で最少だ。企業が海外子会社から得る利益が増える半面、中間決算を受けて日本企業が海外投資家に支払う配当が膨らんだのである。

旅行や特許などを中心とするサービス収支も、円安を追い風にした訪日外国人客数の増加で赤字幅が縮小した。だが、いずれも貿易赤字の急増と比べると小幅だった。

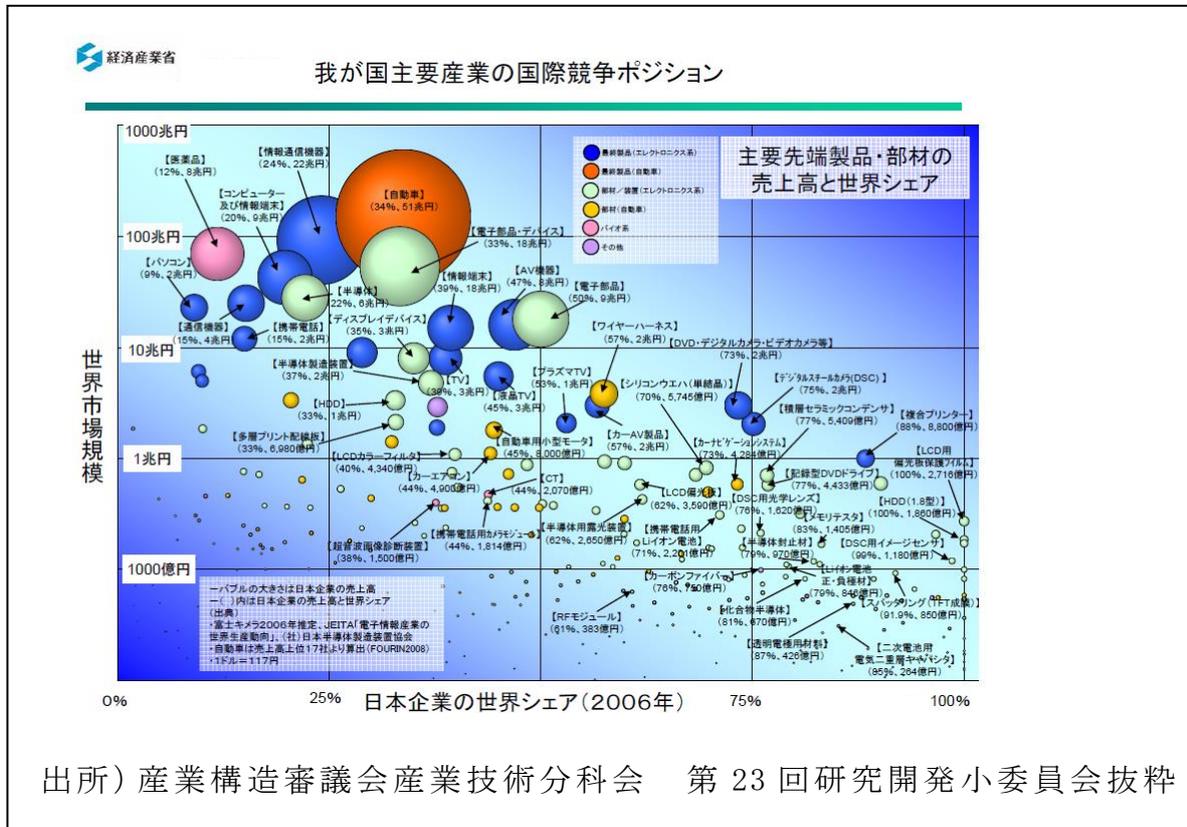
多くのエコノミストが「いずれ貿易赤字は縮小する」と今後のシナリオを念仏のように唱えていたが、それも空振りに終わったのでそろそろ地に足をつけて真の日本的医療産業モデルを構築する必要があるだろう。また、国情が異なる新興国に果たして当該モデルが適用可能かどうか煽動家に惑わされずに精査すべきだ。

### 3. ヘルスケア分野の市場規模

それではわが国におけるヘルスケア分野の市場規模はどのくらいあるのだろう。

図表 1 の縦軸は世界の市場規模、横軸は日本企業のシェアで、円の大きさは日本の市場規模である。2011 年時点で医薬品がざっと 9.3 兆円、医療機器が 2.3 兆円で世界の市場規模と比べてすこぶる少なく、それぞれ 1.6 兆円、0.6 兆円の輸入超過となっている。山中伸弥教授のノーベル賞受賞で一躍脚光を浴びた再生医療も経済産業省の試算によれば 2050 年の国内市場は 2.5 兆円にしかないという。

図表 1



例えば、世界の医薬品の売上ランキングを見ると、日本の製品が、米、スイスに次いで第3位につけているが、最近、パイプラインが乏しく抗がん剤にしても日本発のものが非常に少ない。また、モノクローナル抗体や核酸医薬品の開発も遅れている。ちなみに全世界で分子標的薬の市場は2009年に190億ドル(約1兆9千億円)だったが、2019年には450億ドルになるとの試算もある。このうち3分の1ががん分野になるといえるが、同市場は外資系の独壇場だ。

その理由の1つが臨床試験の体制が整っていないことにある。例えば、肺がんの原因遺伝子を突き止めたのは、日本の研究者。その研究者は治療法のアイデアまで出していたが、国内では臨床実験が実施できず、結局、海外の製薬企業に製品化されてしまった。

日本医師会肝入りの治験促進センターも 2003 年に設立された。特に開発の進まない希少疾病医薬品等に関して医師主導治験を実施し、その成果により薬事承認が取得できて安全に臨床現場で使えることを目指す研究者支援事業がスタートしたが、実際に薬事承認につながったケースは未だ 11 件しかない。

その最大の障害物は基礎研究と製薬企業の連携がうまくいっていないこと。特に近年は科学技術の進展が非常に速く、医療分野では抗体医薬品、分子標的薬、個別化医療、遺伝子治療といった新たな領域が次々と広がり、日本の製薬産業はそのスピード感になかなかついていけないところもある。

また、世界には約 3 万種類の疾病があるといわれているが、残念ながら、その全ての治療手段が確立されているわけではなく、アンメット・メディカル・ニーズへの対応を主要課題の一つとし、革新的新薬を開発する「創薬立国日本」が求められている。大切なのは努力する者が報われる価格付けに加えて、クスリの製品化までを考えたうえで、製薬企業側が研究者側に何を求めるのかを明確に打ち出すこと。

実際、クスリの製品化に際しては、その周辺技術の特許を取得しなければ、製薬企業はそれまでに費やした研究開発費の回収ができなくなってしまう（数百億円～1 千億円）。ところが、研究者、特に大学人は面白い結果が得られると、すぐ論文化するケースが多い。論文によって技術が公知になってしまうと、特許は取れない。製品化も難しくなるわけだ。

事実、日本の基礎研究は非常にレベルが高いが、それが臨床研究に結びついていないとされる。例えば、セル、ネイチャー、サイエンスなどの基礎研究の学術雑誌に日本の論文が取り上げられる数は非常に多いが、これに比べてニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン（NEJM）やランセットなどの臨床研究の学術雑誌に取り上げられる邦文は少ない。

基礎医学を臨床医学に結びつける機能を高め、基礎研究と臨床研究の研究者、そして製薬産業の3者が手を組んで、創薬を進める必要があるとされる所以だ。

医薬品シーズの発見源を見ると、日本ではその8割以上が製薬企業由来だ。ところが米国では、約6割。大学やバイオベンチャーと製薬企業との連携がうまく取れていないのが日本の現状で根は深い。

これに対して、圧倒的にわが国の市場規模が大きいのは自動車の51兆円。医薬品・医療機器の約4倍強。まさに、わが国はクルマで喰っているのだ。

また、日本企業のシェアを見ると、複合プリンターやデジタルスチールカメラ、さらにはDVD、電子部品などが大きい。

しかし、世界の医療市場に目を転じると2001年から2010年まで毎年平均で8.7%の成長を遂げてきた。2010年の市場規模は520兆円で、その内訳は医療サービス約430兆円、医薬品約70兆円、医療機器約20兆円だ。事実、国民医療費も38.5兆円で、これに介護費用9兆円や健康増進産業も加えると56兆円くらいになるという。つまりヘルスケア分野を「医薬品や医療機器等の製造業」と狭義ではなく、健康増進、介護・福祉分野も含めた「広義のサービス業」と捉えれば自動車産業の売り上げを凌駕することになる。実際、サービス提供者としての医療関係従事者：2,930,076.4人（2010年末現在）、サービス提供拠点としての医療施設：176,308施設（2011年末現在）、さらに関連産業として、医薬品製造販売業：6,070社（2012年末現在）、医薬品製造業：7,483社（2012年末現在）、医療機器製造販売業：2,470社（2012年末現在）、医療機器製造業：3,569社（2012年末現在）、医療機器修理業：6,389社（2012年末現在）がコミットしている（2013年度厚生労働白書資料編）。しかし、その財源の8～9割が公費もしくは社会保険料と考えると、その売上が伸びていることを手放しで喜べない。

#### 4. 低調なインバウンド

そこで、わが国のヘルスケア分野も外貨を稼いで国民経済に貢献するということになったのだが、その結果は必ずしも芳しいものではない。

インバウンド機能として、MEJ が外国人患者向けに英語に加えて中国語、ロシア語（さらにアラビア語も準備中）のホームページを立ち上げ、2011年4月から2012年11月で医療情報のやり取りをした実績は796件。問い合わせは1,971件あったが、実際に日本で検診ならびに治療を受けた件数は、この20カ月で233件（野村総研の調べ）しかないという。

国別に見ると中国が98件(42%)とトップで、次いでロシア(31.3%)、グルジア(5.0%)、ウクライナ(4.4%)、バングラディッシュ(3.4%)、インドネシア(2.6%)、シリア(1.7%)、韓国(1.4%)と続く。

日本政策投資銀行の推計によれば、医療ツーリズムは2020年には2,823億円ほどの経済効果があると言いき、観光を除いた純医療だけでも42.5万人のツーリストと1,681億円の市場規模があるとするが、その実態は惨憺たるものである。

にもかかわらず、2013年11月25日号の日本経済新聞は「理想の治療、国境越え選ぶ」という特集を組み、患者が国境を越えて病気の診断や治療を受ける医療ツーリズムがアジア地域で広がっているとしている。「最先端の医療機器や診断装置を導入した病院が増加。心臓手術などの医療コストが欧米に比べて安いという魅力もあり、富裕層を中心に世界中から患者が集まっている」と銘打つが本当だろうか。ビジネスの常道として「まずは富裕層を狙え」ということはわかるが、そもそも“言葉の壁”という障害を抱え、受け入れ体制も全くできていない日本に“お金持ちの病人や健診者”はやってくるのだろうか。

これに対して、成長戦略では「国際戦略特区」で外国人医師を受け入れるとしているが、海外の腕利きの医師がわざわざ母国でのポスト

をなげうってまで日本に来るというのか。日本で働く外国人ビジネスマンも、母国から来た二流の医師より、レベルの高い日本人医師を選ぶのではないか。そもそも健康に不安のあるような外国人ビジネスマンは、日本に赴任するはずはなく、基本的に皆、健康だ。特区に住む外国人が何人いるかは知らないが、外国人医師の下に、1日何人の患者が来るというのか。来日しても採算は取れないのではないか。

さらに同記事では「医療分野を成長産業と位置づけて医療目的で外国人の入国を認める“医療ビザ”の導入が進むほか、民間病院が他国の医療法人を買収する動きも出てきた。」としているが、そもそも「持分あり」が9割以上を占め、一般企業と同率の法人税を課しているのに“非営利組織”と称する矛盾だらけの医療法人制度など諸外国に存するのだろうか。ここで興味深いのは、日本政策投資銀行の植村佳代副調査役の協力を得て国別推計した受入人数。タイ（150万人）、シンガポール（72万人）、インド（60万人）、マレーシア（39万人）といった国民皆保険制度のない国は優に10万人を超えている。これに対して、日本（8～9万人）、韓国（8万人）、台湾（8万人）といった皆保険制度を達成した国々では医療ツーリズムは低調だ。事実、お隣の韓国では2013年12月に発表された8省合同文書に含まれる医療産業化政策に対して、医療界を中心に反対運動が起きているという（2014年1月11日号の日本医事新報）。当該諸国では公費や社会保険料といった公的資金に安住している医療団体は医療ツーリズムを是とせず、外貨を稼ぐという、格差の拡大を招くとする輩が跋扈するのではないか。具体的な推計根拠が示されていないので、想像の域を脱しないが、皮肉にも国民皆保険制度が国際展開の最大の障害物かもしれない。

というのも世界標準の医療を提供する施設として、JCI（Joint Commission International）の認証を受けた施設数は日本が2013年現在、8施設しかないのに対して、韓国、台湾はそれぞれ39、24施設も存在するが、その取得理由が必ずしもビジネス目的ではないからだ。

そのためかOECDヘルスデータ（2009）によれば米国は医療ツーリズム

ムで 1,700 億円の輸出超過だが、韓国は 70 億円の輸入超過となっている。これは、韓国の医療ツーリズムの中心は「美容整形、人間ドック、韓方（漢方）医療」と限局的で、子宮摘出手術、膝関節置換手術などはむしろ日本よりコスト高になっていることも関係している。

ちなみに、タイが得意とする分野は「臓器移植、整形外科、スパ」で、シンガポールは「がんの放射線治療、脳外科手術」、インドは「骨髄移植、心臓手術、眼科」となっている。

## 5. ぽつんとしたアウトバウンド

他方、アウトバウンドもとても産業というレベルではない。実は「日本式医療」の輸出は経済産業省が医療機関や民間事業者の取り組みを後押ししている。2012 年度は「医療機器・サービス国際化推進事業」として計 22 案件が採択された。具体的には、採択事業には公益財団法人がん研究会が姉妹提携環境にある中国・北京大学深圳医院で行う病理遠隔診断サービスの提供事業や、医療法人仁友会による日本型透析センターのタイ進出に向けた調査事業などである。

なお、経済産業省は 11 年度に、カンボジアで展開中の北原国際病院（東京都八王子市）の高度医療サービス・医療教育提供事業や中国でのテルモ・東京大学による糖尿病治療サービス提供事業など、3 カ国で展開中の 5 事業について事業性評価を行ってきた。今回、新たに 17 事業を採択したことで、経産省が「日本式医療」を海外に売り込むために事業性評価を行う対象事業は、10 カ国・22 事業（11 年度からの継続事業を含む）に増えた。

ポイントはその成果だが、残念ながら、事業化にはほど遠い。今の所、ぽつんぽつんと“日本人街”が形成されているというだけで各国の市場調査という色彩が強い。

しかし、例外もある。2013 年 12 月 13 日の日本経済新聞によれば日

越合併会社ジャパンベトナムメディカルコネクションは「さくらクリニック」を開くという。日本で医療・介護施設を運営するこひつじ会グループ（東京・墨田）と現地の医療関連会社が200万ドル（約2億1000万円）を折半で出資した。

同市で日本企業が現地企業とクリニックを運営するのは初めて。ビルを改装して日本水準の医療施設をつくるという。小児科や内科のほか、歯科も設け日本人医師2人を中心に診療にあたる。高度医療が必要な場合はベトナム国立のバックマイ病院などと連携するほか、日本からの遠隔医療相談も行う。

ハノイ市は日本人駐在員や家族が急増しているが、日本語で受診できる病院や診療所は少ない。クリニックでは日系企業の従業員向けに健康診断やワクチン接種など法人サービスも提供。ベトナム人には安価な診療代を設定して受診しやすくするという。

また、北原国際病院は関係会社を活用して日揮・官民ファンドの産業革新機構と共同で2015年3月を目途にカンボジアで救急救命病院を開く。総事業費は40億円程度を見込む。日揮が首都プノンペンで施設を設置して運営。北原国際病院が医療を提供する。日本から外科医らを派遣して緊急手術の体制も整える。

このほか北斗病院を運営する社会医療法人北斗は2013年、ロシアのウラジオストクに画像診断センターを開設した。これまで中国、インドネシア、韓国、フィリピンなどから医師や看護師の研修生が来た北斗病院は、14年度からは提携した上海の医科大学から毎年5～10人の研修医を受け入れる。

ここで留意すべきは国の補助事業に頼らないセコム医療事業の国際化。その目的は、セコムが提供する医療を国外に広め、セキュリティと融合する形で「安全・安心」を世界の人々に提供し、「社会システム産業」の国際化を実現すること。そもそもセコムグループは信頼される安心を社会へというコーポレートメッセージを掲げ、セキュリティ以外にも損害保険や、情報セキュリティ、メディカル事業などを展開

している。また、セコム医療システム株式会社は安心して快適な暮らしを営む上で、“医療・介護・健康”は必要不可欠なセキュリティであるとの認識を持ち、信頼される“医療・介護・健康サービス”を提供し、新しい社会システム産業の構築に取り組んでいる。提携関係にある医療機関は19施設あり、2013年3月末の実績で、合計病床数は5,731床（常勤医師810名、常勤看護師3,676名）となっている。しかし、株式会社立病院の新規参入がわが国では認められないこともあって次なるターゲットとしたのがアジア市場。事実、セコムのセキュリティ事業はイギリス・オーストラリア・NZ以外は全てインド以東のアジア諸国だという。経済力が向上し、要求する医療の質も高まっているこれらの国で、セキュリティとシナジーを発揮し、社会システム産業国際化の基礎を固める。

当初は、中国における高齢者施設事業も手掛ける予定だったが、領土問題や靖国参拝でストップしている。そこでインド市場を“実験場”として、現在のキルロスカ財閥（34.6%）と豊田通商（25.4%）と共同出資で約30億円の事業費をかけて、バンガロール東部に建設したSACRA WORLD総合病院（288床）は、2014年1月に全館が完成した。2013年11月初旬から一部で外来診療を開始していたが、脳外および神経内科、循環器（外科、内科）、消化器などの手術を含め、本格的な診療が2014年2月から始まっている。

2000年以降、急速な成長段階に入ったインド。だが、公的な社会保障制度は整っていない。老後の暮らしを支える公的年金の加入率もわずか5.8%にとどまる。将来への不安を背景に、消費者は金や商品投資に多くの資金を振り向けるという（2013年6月11日の日本経済新聞）。その結果として、経済全体への波及効果が大きい耐久消費財の購入は盛り上がらない。12年度の実質国内総生産（GDP）成長率は5%と10年ぶりの低水準。なかでも個人消費の伸びは4%にとどまった。

ちなみにバンガロールを含めたインドの主要4都市は日本の主要都市と人口規模では遜色ないものの経済的にはまだ小規模と言えよう。また、国民皆保険制度のないインドのヘルスケアは民間セクターに大きく依存しており、価格の設定など民間事業者の自由度が高い。

まさに民間主導の本気度の高い海外進出だが、これを契機に国際的にも通用する医療主体に関する規制改革が加速化するかもしれない。というのも日本では経営主体の過半数を占める医療法人制度や、いわゆる「混合診療の禁止」がデ・ファクトとなっているが、諸外国では自由なプライシングに加えて株式会社立病院も容認しておりダブルスタンダードが浮上する可能性が大きいからだ。

実際、米国の医療保険制度改革法（オバマケア）の保険加入の義務づけ措置を巡って日米政府の交渉はなかなか折り合わない。

国民皆保険を目指すオバマケアでは国籍や米国での滞在資格を問わず、米国に滞在するすべての人に医療保険への加入を原則として義務づける。2014年1月以降は無保険状態が3か月以上続けば、1年目で95ドル（約9,500円）か世帯収入の1%、2年目で325ドルか同2%の罰金を支払わなくてはならない。

ポイントは日本の公的保険にオバマケアが求める予防医療の提供などが含まれていないこと。国によって給付範囲が異なるのだ。日本側は地方自治体の公的助成を含めれば十分な水準だとして、罰則は不要と主張しているがTPP交渉と合わせて、その動向が注目される。

以上、わが国のヘルスケア分野の国際展開の現状について述べてきたが、それではどうすれば本格的に日本的医療産業モデルの国際展開が図れるのだろうか。「医療産業モデル研究委員会」での議論を踏まえて救国の八策を紹介する。

## 6. ヘルスケア八策＜4つの基本戦略＋4つの実行戦略＞

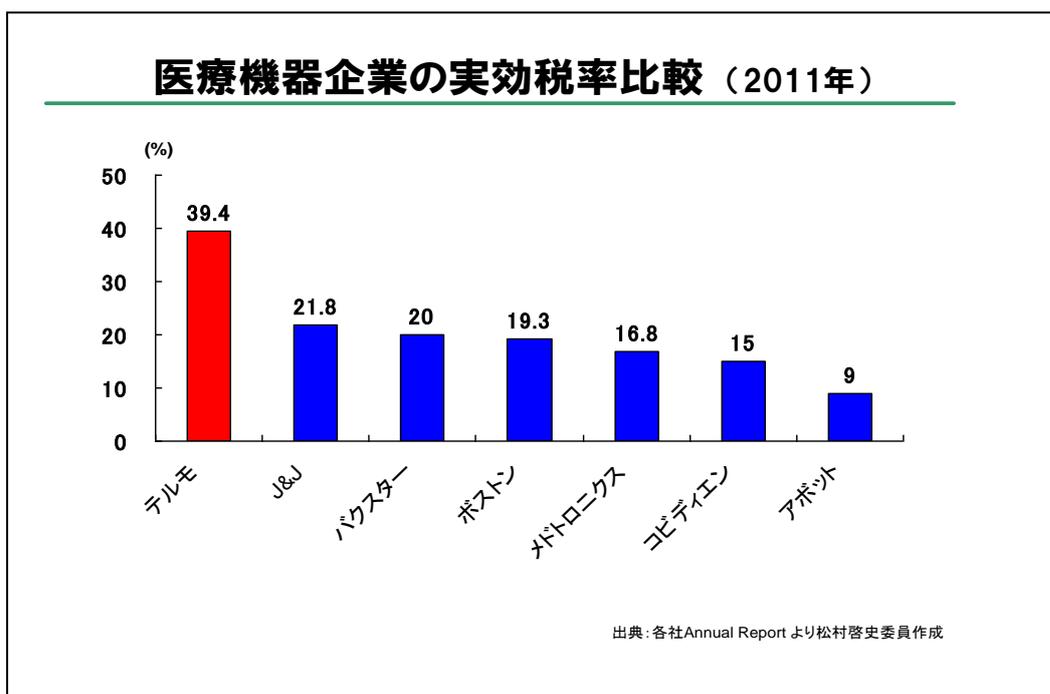
### ＜4つの基本戦略＞

#### 1) 法人実効税率を世界標準に

まず第一は、税制のサポートである。例えば、医療機器の世界の市場規模は24兆円であるのに対して、日本は2.3兆円である。2.2%強の伸び率だが、世界は6%も伸びている。一番大きいのは米国。これに対して、日本の市場規模は9%で第2位だが、売上ランキングで見

ると、トップは J&J で、次いでリバース・イノベーションを進める GE、市場規模が 8 % のドイツのシーメンスと続く。ちなみにテルモは約 4,800 億円の売上で 15 位、東芝が 16 位、オリンパスが 18 位だが、法人実効税率はテルモが 39.4% と断トツ 1 位（図表 2 参照）。J&J は 21.8%、Baxter は 20%、Abbott は 9% なのでわが国では投資回収にあまりに時間がかかる。

図表 2



直近の日本の実効税率は 38.01%（2014 年度からは復興特別法人税の前倒し廃止により 35.64%）と若干引き下げられたが、それでも 20% 台後半の他の先進国に比べて高さが際立つ。

また、グローバル企業のアジア拠点誘致を競う韓国（24.2%）、中国（25%）、シンガポール（17%）、香港（16.5%）にも水をあけられている。

現に景気回復が進んだ 2013 年、日本の株式市場には 15 兆円の海外マネーが流れ込んだが、拠点設立や企業買収など長く日本に資金を投じる直接投資の残高は 2013 年 9 月末時点で 18.1 兆円。2012 年末比 0.3 兆円増に留まる。

引き下げの必要性は誰もが認めるが、問題はいつ、どう下げるかだ。

具体的な議論が進まないのは、法人税が国の税収の 2 割（約 10 兆円）を占め、大きすぎて減らせないからである。

ハードルはかなり高く、14 年度予算でみると法人税 1 % 当たりの税収は 4,700 億円。10% 分なら約 5 兆円、国の税収全体（約 50 兆円）の 1 割が減る計算だ。

税収減を補う案として、特定業界の税負担を減らす「租税特別措置」見直しが浮上する。63 年前に始まった船舶の特別償却制度（357 億円）など長く延命してきた措置も多いが、そもそも租税特別措置は総額 9 千億円程度。財源捻出には限りがある。

しかし、国と地方の法人税収の国内総生産（GDP）比をみると、日本は 3.2% で、米の 2.7%、仏の 2.1% より高い。主要国よりも消費税や所得税の負担は軽いのに法人税だけは重い。国際標準を目指すのなら法人税を引き下げ、消費税などを上げるのが筋だ。法人税を高止まりさせれば、企業は海外に逃げかねない。

大和総研の試算では、実効税率を 10% 引き下げれば、企業の国内回帰などで輸出が年 2.3 兆円、設備投資が 1.3 兆円増え、生産が 7.3 兆円押し上げられるという。事実、欧州諸国などを対象にした研究では、税率を下げてても税収が増える「法人税パラドックス」も報告されている。これこそ後述する“特区”の出番だ。ちなみに井上雅之大阪府経済戦略局長によれば、国の税制支援と大阪府・市の特区税制を活用すると、他国に比べ高いとされる法人実効税率を中国・韓国並みの 26% 弱まで下げることができるという。大阪市はすでに 2013 年 10 月、夢洲地区の地方税ゼロの第 1 号案件として、メガソーラー（大規模太陽光発電設備）の事業計画を認定している（2014 年 2 月 6 日の日本経済新聞）。

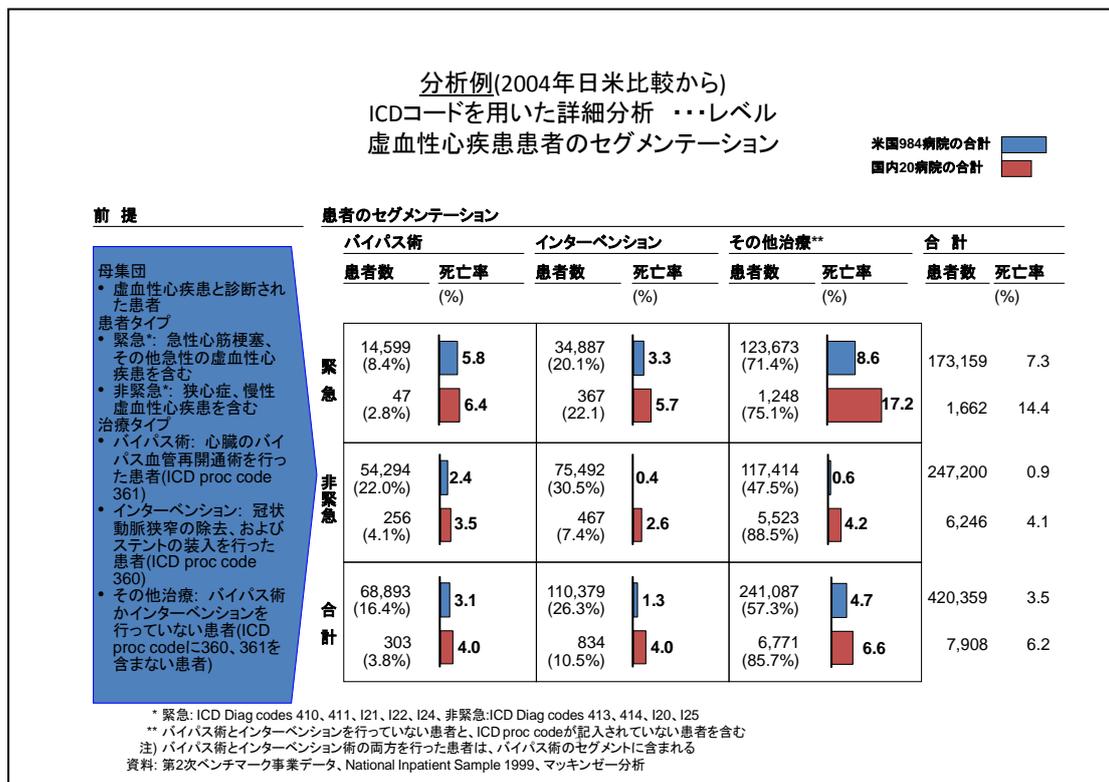
## 2) 漢方も含めて「比較優位サービス」に絞り込もう

第二は医療の国際展開において周回遅れの日本にあって、スピードアップすべく国際的に比較優位な分野を見極めること。つまり、「諸外

国にはなく日本にしかないヘルスケア分野」「日本へ行かなければ手に入らない医療」を“コア・コンピテンシー”として特定化するのである。

ちなみに 2004 年に米国と日本のどちらが医療の質が高いか、というグローバル・ベンチマークを行った所、意外にも米国に軍配が上がった(図表 3)。さすがに急性心筋梗塞の患者が海を渡って治療を受けに来ることはないと思うが、バイパス手術などで米国人もインドに行ったりしている。緊急のバイパス手術は滅多にないが、ここでは、公平を期すため、緊急と非緊急を区分した。米国の情報インフラがすばらしいのは、984 病院のデータが 20 ドルぐらいで日本からも入手可能なことである。これに対して、日本は 20 病院のデータを手に入れようと思えば、全国を歩き回らなければならない。これがわが国では大規模な治験や臨床研究は困難とされるゆえんだが、確かに 20 病院と 984 病院という差のあるデータで院内死亡率を比べてみても仕方がない。わが国でも早急に Big Data のインフラを整備して、国際的に見てコスト・パフォーマンスが高い医療を PR していく必要がある(図表 3)。

図表 3



そうした中、有力視されるのが粒子線治療だろう。事実、放射線医学総合研究所は1996～2013年ですでに108人もの外国人患者を受け入れているという。特にアジア人のがん部位の分布を見ると、炭素イオン治療の適応患者とされる肺がん（14.3%）及び、骨・軟部がんや前立腺がん（30.6%）が多い。また、世界保健機関（WHO）がまとめた最新の「世界がん報告」によると、全体の死者数が最多の肺がんでは、2012年の新規患者の36%が中国人で肝臓がん、食道がんでは5割だった。世界人口に占める中国の比率（19%）を大きく上回るという。こうした分野の治療成績は米国やドイツよりも勝っており、日本が世界に誇れると言える。

なお、わが国でも今、粒子線治療センターの建設はどんどん進んでいるが、ネックはその費用が一件当たり288～317万円と未だ割高なことである。特に加速器に相当のコストを要しているが、幸い小型加速器ができた。またハイマックと言って、今までは、患者さんが自分で動いて、コロコロ回らなければならなかったが、今はガントリーが回る。今後は、質の向上とコストダウンの同時達成が期待されるが、同時に安定したビームが出ないと粒子線治療はできないので放射線治療医に加えて医学物理士の養成も求められる。

ちなみに、粒子線治療装置は現在、三菱電機、日立、住友重機械、そして東芝の4社が狭い日本で競合しているが、やがては地域別・分野別に棲み分けることも必要になるだろう。

この他、意外にも本家本元の「日本発漢方」こそ10兆円ビジネスにつながるというユニークな提案もある。本研究会の慶應義塾大学の渡辺賢治委員が具体的な提案をしているので詳細は巻末資料を参照頂きたい。

### **3) MEJは商社にも門戸開放すべし**

そして第三は、MEJの運営主体者を広く総合・専門商社や一般企業にも開放することである。

例えば、三井物産は、2011年にマレーシアの病院グループ「IHHヘルスケア」に900億円を投資した（株式の30%を取得）。IHHの時価総額は現在約9,900億円で、民間病院事業者としては世界2位だ。2013年3月期で実質的な純利益の貢献は20億円だが、海外向けの投資であるためリスクを勘案し、リターンを年率10%以上、即ち100億円規模の配当を狙っていると思われる。ヘルスケア分野においては、相当な規模の事業である。

本投資の担当部局は、経営企画部門であり、エネルギー、商業施設、公共施設等と同様な指標で検討、投資が実行されている。株主として資産運用的に携わるというスタンスゆえ、現状では、医療機器・材料等の物販などの随伴事業は視野に入っていない純投資と思われる。

しかしながら、さらにヘルスケア分野の知見、経験の長けた企業が協業し、日本の医療製品をグループ病院で購入することに対しWin-Win-Winの関係が構築できれば、今後、相当量の日本製品の物販に繋がる可能性を秘める。

ちなみに2013年、三井物産は医薬品のR&Dプロジェクトファイナンス用にファンドを設立し、100億円を超える投資をコミットしている。また、2008年には、米国最大の医療経営支援事業会社MED3000に60億円規模で投資しており、その動向が注目される。

他方、海外での物流サービスへの投資に関しては、三菱商事の取組みが突出している。現状では、中国市場の北京、上海地区に限定して着手したばかりであるが、既に80億円規模の投資を実行し、1000億円以上の売上に達している。

中国医療市場は、年率20~30%程度伸長しており、2018年には、国民医療費100兆円、医薬品20兆円、医療機器・材料5兆円程度迄伸長することが想定されるので、ポテンシャルは極めて大きい。

一方で、三井物産の金融投資重視と対照的に、三菱商事の戦略は、日本において構築した病院ソリューション事業分野の海外展開である。そのため、各地域のプロジェクト立ち上げに対して、日本国内の院外・

院内物流、及び、医療機関の調達機能に精通する人材を必要とする。今後の国際展開にあたり「高額な資金に加え、専門性の高い潤沢なグローバル人材の供給」が課題となる。

#### 4) 留学生＋「日本発スーパー翻訳機」の利活用を

そこで可及的速やかに求められる第四の解決策は、国費・私費留学生政策を通じた、①世界展開に必須な海外ネットワークの要として活躍できる外国人と、②少子化対策として国内で活躍できる高度外国人人材の育成である。

より具体的には、目標達成の方策として、次の3つが重要である。

1. 常に最優秀者 (Best and Brightest) を選ぶことを最優先する。
2. 帰国後のフォローアップにより、常に日本とのパイプを強化する。
3. 海外拠点網を拡充整備する。

というのも、欧米先進国の留学生マーケットにおける日本のシェアは7.5% (2009年) と低位に甘んじているからである。留学生を送り出し国からみると、日本留学経験者は平均すると13人に1人という少数派であり、帰国後に一定の影響力を発揮するのは困難だ。

この状況を打開するためには、対象国・地域や専門分野を特定して重点的に資源配分し、帰国留学生がその国の特定分野・領域で多数派を形成するよう仕向けるべきである。つまり日本が得意とする“おいしい所取り”だ。

しかし、2020年の東京オリンピックまであと6年しかない。成長戦略は「人材のグローバル化」と称して、「2020年までに日本人留学生を6万人(2010年)から12万人へ倍増させる」としているがその実現可能性は極めて乏しいと言わざるをえない。さらに、「優秀な外国人留学生についても2012年の14万人から2020年までに30万人に倍増させることを目指す」としているが、どんなに題目を唱えても真のグ

ローバル化には時間がかかる。

こうした中、日本経済新聞の「大機小機」に面白い提案が出ていた。2020年の東京オリンピックまでに、ICTを駆使して既存の製品とは次元を異にする高性能で廉価な「日本発スーパー翻訳機」を作ったらというものである。

スーパー翻訳機の目的は、オリンピックを契機とした国際交流を最大化することである。英語、中国語、韓国語は使う人が多いから、ボランティアの活躍で何とかなるかもしれない。問題はそれ以外で、スペイン語、ロシア語、フランス語などの欧州言語に加えて、ヒンディー語、アラビア語、ベンガル語、インドネシア語、タガログ語、タイ語と指を折っていけば通訳が足りないのは明らかだ。

災害時の外国人の安全確保や不安解消も、スーパー翻訳機の重要な役割のひとつである。

もちろん起きて欲しくないが、オリンピック開催中に東京が大地震に襲われたら、言葉の通じない外国人の保護は大変な作業になる。そこでスーパー翻訳機を利活用して、医療施設に加えて、警察、消防、交通機関などに大量に用意してはどうか。言語ソフトについては傷病や医療に加えて、クスリ、食品、気象、交通、原発などに関連する表現や用語を充実させておくことは言うまでもない。実現すれば、その経済効果はオリンピック後も持続するだろう。翻訳機に限らず自動走行車やリニア新幹線など、オリンピックは日本が持つ技術力や資金力を結集させる良い機会である。現に東京都は広尾、墨東、多摩医療センターの3カ所を外国人患者受入可能な「オリンピック病院」に指定した。ちなみに、平田竹男（早稲田大学教授）氏によれば、日本では20年前までは義足で「走る」ということは考えられなかったという（2014年2月9日の日本経済新聞）。ましてや陸上競技など想像すらできなかった。これに挑戦したのがスポーツ義足の第一人者である白井二美男氏だ。パラリンピック競技はスーパーヒューマンとしての選手の努力のみならず、義肢装具士との二人三脚となる。ここには、プ

ロフショナルな両者の細かい摺り合わせをもとにした、繊細で忍耐の要る技術開発、製造という日本のお家芸が見られる。

スポーツ義足は、材質は炭素繊維でできており、軽量で折れにくくする工夫がされている。今までドイツや米国製が主流であったが、最近ではアイスランド製など様々な企業による技術開発が行われている。2008年北京大会の頃から日本製のものも出始めており、2020年東京大会では、メイド・イン・ジャパンが世界を席卷し、義足の技術開発という国際競争力をパラリンピックで確認したい。

車椅子も同様で、ロンドン大会で車椅子テニス男子シングルス金メダリストの国枝慎吾選手や、車椅子バスケットなどを見ても競技レベルは一定のお墨付きを得ている。

以上、ここまではやや常識的な解決策を述べた。ポイントはこうした提言をどう実現するかだ。内閣官房産業競争力会議の竹中平蔵議員の言葉を借りれば、「(自分が) 経済財政担当大臣を辞めてから7つの内閣と7つの成長戦略が策定されたが、その後の日本の成長率は下がった」という。

戦略を実行する主体がなければ、どんな戦略も画餅と化す。その主体は権限と同時に責任を負わなければならない。ここで挙げられた多数の数値目標を実現できなかった場合、誰がどのような形で責任をとるのか。過去の反省を活かした制度設計が必要だろう。

そこでさらに4つの実行戦略を提示したい。

< 4つの実行戦略 >

#### 5) もう“特区依存症”から脱却しよう

まず第一は、“特区依存症”からの脱却である。

アベノミクスの第3の矢「民間投資を喚起する成長戦略」の柱となる国家戦略特区法が成立した。全国を対象にした本格的な特区では2003年に導入した構造改革特区、2011年の総合特区に次いで3番目となる。

世界銀行の報告書によると、経済特区は2008年時点で135カ国に3千カ所。うち4分の3を発展途上国が占めるという。関税を免除する

自由貿易地域、税制優遇や財政支援で衰退した地域を活性化する英国や米国のエンタープライズゾーンなど世界銀行は6類型を示すが、国家戦略特区のような規制改革中心の特区は珍しい。

特区といえばアジアでは共産党の命令一下で動く中国が早かった。1980年に外資誘致策として軽減税率を適用する経済特区を深圳などに設けたのを手始めに、沿岸部や内陸部に開放都市を拡大。2008年には特区に進出する外貨への優遇税制を原則廃止し、省エネ、環境など特定分野への支援に転換した。

これに対して、日本の特区は原則として「社会実験型」。つまり、ある特定の地域で“社会実験”をやってみて、うまくいったら全国に拡げるというもの。しかし、「何をもって成功」というのか、また誰がそれを判断するのか運用は難しい。そのうち、日本は特区だらけで特区でない所を捜すのが難しくなるかもしれない。

こうした中、政府は2014年1月、新設する国家戦略特区の選び方などを盛り込んだ基本方針案をまとめた。産業の集積や特区内外への経済波及効果など6つの条件を設定。大都市で2～3ヵ所選ぶほか、医療農業などテーマを絞って複数の地域をまとめた「バーチャル特区」を一つ選ぶ方針だ。全国各地の活性化を目指した従来の特区和違い、強い地域の産業をより強くして日本経済の牽引役に育てるというのが、本当にこんな“裁量行政”にマーケットは反応するのだろうか。

事実、国連貿易開発会議（UNCTAD）によると、外貨による日本への対内直接投資残高の国内総生産比率は2012年で3.5%で米国の26.2%、英国の54.4%などと比べ先進国で最低水準だ。

一般に日本の特区制度は、支援策としては、①税の減免型、②規制緩和型、③併用型の3つ。目的別では（1）外貨など企業誘致による経済活性化（2）規制緩和による経済活性化（3）地域間格差の是正の3つに大別できる。

ちなみに、小泉政権の構造改革特区は②で（2）、民主党政権の総合特区は③で（1）・（2）、今回の国家戦略特区は現状では②で（1）・（2）とされる。これに対して東北の復興特区や沖縄の特区は③で（3）と分類できる。

この中で大阪府などの「関西イノベーション国際戦略総合特区」は税制優遇や利子補給など 73 件が認められ、医薬企業などの投資を特区内に呼び込む効果を上げている。しかし肝心の規制緩和は省庁の抵抗が強く 4 件（法改正は 1 件のみ）にとどまる。

ここは“アリの一穴”作戦で「ひょっとしたらあそこに行けばこの難病は治るかもしれない」という特区、すなわち「一国二制度になる」特区に絞った方が得策だろう。しかし、こうした特区も大きな市場規模は期待できず、また何事も公平・平等を重んじる日本の国民性が邪魔をする。わが国では、気がついてみたら「特区」が誕生していたという形でなし崩し的に法人税免除のクラスターを形成するしかない。地方交付税措置のない東京都が一番有力かと思うが、ヘルスケア分野では“iPS 細胞のメッカ”たる神戸の医療産業都市が面白い。今の所、ハコモノに大きな税金を投入した“官製特区”の様相が強いが神戸空港からも近く、物理的にも豊富な後背地を抱えるので、近い将来「魅力的なクラスター」になりうると考える。

## 6) 国内あつての国際化

第二は「国内市場がきちんとして始めて国際化が可能」ということである。2006 年 12 月にブルガリア政府の要請を受けて海外初進出を果たしたブルガリア・ソフィア徳田病院の例を見ても日本で徳洲会グループに 66 病院からなるチェーン病院の実績があったからこそ実現できたと考える。すなわち、一定の「規模の経済」を追求するノウハウがなければ国際展開は難しいと考える。

奇しくも、内閣官房産業競争力会議「医療・介護等分科会」は「複

数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設する」としている。

今は、わが国の医療機関の大半は国際展開など全く想定していないが複数の法人が一体となることで、国際競争力が増すかもしれない。国内的にも病床機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、急性期医療から在宅介護・生活支援サービスに至る高齢者が必要とする一連のサービスを切れ目なく、体系的に行うことができると考えられる。

確かに医療経営者にとっては、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となる。グループ内法人間で人材の異動が可能となれば、医療・介護従事者のキャリアアップの可能性が高まり、この分野の雇用吸収力が強化される。ヘルスケア産業育成の観点からは、こうした法人形態が、①健康・予防サービス等公的保険外のヘルスケア産業の育成、②医療イノベーションの実現、③地域医療ニーズ・医療技術進化に合わせた医療提供体制の合理化の担い手となり得る。

例えば、上尾中央医科グループは、1964年12月に上尾市立病院を引き継ぎ、現在の上尾中央総合病院を開設し産声を上げた。以来、病院新規開設等により拡大を続け、27の病院（ベッド数6,227床）、20の老健（入所定員2,730、通所定員946）、100の事業所（特養・クリニック・検査センター・グループホーム・サービス付き高齢者向け住宅・訪問看護[介護]ステーション・看護専門学校・リハビリ専門学校等）を埼玉・東京・神奈川・千葉・茨城・山梨に展開している。

年間入院患者延数約200万人、外来患者延数約300万人、総職員数約15,000人、それぞれの病院・施設が地域医療・福祉の中心的存在となり、上尾中央医科グループは地域とともに成長してきた。

病院グループの存在意義は、①情報共有、②ベンチマーク、③リス

ク回避の3つを掲げる。各病院・施設の各種データを集約すると膨大で貴重なデータとなる。当グループでは「データ管理システム」というオリジナルシステムを開発し、膨大な情報を自動集計・帳票化することができた。これにより、中村康彦副理事長によればGEのシックスシグマ活動にならいベンチマーク等を行い、経営等に対するリスク回避が迅速に行えるようになったという。

具体的には、ベストプラクティスを活用して、当グループの事業活動の中で、様々な成功事例・模範となる活動事例を持っている。その代表例として、老人病院をリハビリ中心の病院に転換し、地域の中心的存在となっている。

さらに、グループ内連携による強固な地域連携も実現。当グループが事業展開する多くの地域では、病院に近接し老健が存在する。それらの強固な連携を中心に病院⇔老健⇔在宅の地域完結型の連携が構築されている。

なお、当グループでは多くの病院が老朽化に直面し、新築移転・大規模増改築を計画しているが、年間約55億円の利益がその主なファイナンス財源となる。

また、すでに人口減社会に遭遇した地方では病院間の過当競争が激しくなっている。これが多くのスタッフを抱えた病院グループでは重荷となり、地方の若者達の雇用対策も兼ねて、今後、未曾有の少子・高齢化を向える都市部に進出しているグループも散見される。例えば、北九州市を本拠とするカマチ病院グループは、創設者蒲池眞澄により1974年開設、現在は社会医療法人財団池友会（急性期4病院、回復期リハ1病院）、一般社団法人巨樹の会（急性期2病院、回復期リハ病院8病院）、医療法人社団緑野会（回復期リハ1病院）の3法人で全16病院を運営している。また、学校法人福岡保健学院として看護専門学校、リハビリテーション学院6校も運営しており、2013年9月現在で稼働許可病床数は2,767床、職員数は6,143名を誇る病院グループである。ちなみに2014年4月には、千葉県千葉市及び松戸市に2病院(計

240床)、同年秋には東京都渋谷区に297床の回復期リハビリテーション病院を新規開設予定であり、新3病院を合わせると許可病床総数3,304床、職員数も約7,000名となる。

特に社会医療法人財団池友会は、九州北部で高度救急医療の最先端を展開し、一般社団法人巨樹の会は関東圏での回復期リハビリテーション医療に力を入れ、「寝たきりゼロ」を目指し、高齢化社会の医療に最善の努力を続け、地域医療の構築に大きく貢献している。

留意すべきは、2006年に八千代リハビリテーション病院を開設以来、M&A及び新規開設を繰り返し8年間で9病院を運営するという関東カマチ病院グループの超スピード展開だ。病床稼働率は回復期リハ全病院平均99.8%、患者在宅復帰率は87.07%という実績を誇り、M&Aを含むすべての病院が開設後半年以内で単月黒字転換し良好な病院運営を続けている。まさに北九州市に本拠を置く病院グループが関東地区に合法的かつ円滑に“殴り込み”をかけているという構図である。

この他、大学附属病院、国公立病院、保険者等を含めた連携を可能とすることで、米国におけるIHN(Integrated Healthcare Network)のような規模を持ち、医療イノベーションや医療の国際展開を担う施設や研究機関の登場も期待される。

例えば、長野県松本市にある社会医療法人財団慈泉会は502床の相澤病院を中心に健康センター、地域在宅医療支援センター、医学研究研修センター、脳画像研究所の各事業体から成り立っており、職員数は1,879名を数える。相澤病院は救急医療と地域医療連携を柱に10数年の間、順調に成長を続け、近年は地域がん診療連携拠点病院として、手術療法はもとより、放射線治療、化学療法、緩和ケア治療に注力している。特に放射線治療においては、ガンマナイフ、トモセラピーに加えて、新たに陽子線治療装置を導入し、2014年稼働予定である。これらに加え、がん治療に関しては早期発見から治療・緩和・終末期までの一貫した体制の整備も進めている。また、2013年2月には先出のJCIの認証も取得し、患者の安全と医療の質の向上についても更なる

充実に努めている。

しかし、これまで高度急性期病院を目指し順調に成長してきたが、生産年齢の減少と高齢化の進展に伴って地域の医療需要が大きく変化してくるなど、入院患者の年齢構成や疾病構造も変化してきており、これまでの機能だけでは成り立たなくなっているという課題がある。さらに、一般病床が過剰なこの信州・松本地域では大学病院に加えて、公立病院や公的病院間の過当競争が露骨になってきている。やがて収入の多くを国からの運営交付金に依存する信州大学附属病院や地方自治体からの一般会計繰入が増嵩している公立病院との合併話が浮上するかもしれない。但し、その前に中国の姉妹都市との医学交流を地道に展開してきた成果として、リハビリテーションクリニック・研修センターの創設に期待したいが、中国は“カントリーリスク”も高い。人員整理・解雇に伴う違約金や優遇措置の返上など“退出コスト”も無視できないほど莫大にかかるので、特に多くのスタッフを雇用する労働集約産業たるヘルスケア分野は国益を守るためにも安易な参入は慎まなければならない。

### **7) 求められる“日本式医療”の再定義**

第三は「日本式医療は何か」を再定義し、グローバルヘルス（地球規模の保健医療）を展開すること。

日本は戦後、世界一の長寿社会を短期間のうちに達成した。ポイントはここにヘルスケアの貢献がどのくらいあったかということである。確かに戦後の日本では、1950年代から1960年代初めにかけて感染性疾患による死亡率が急速に低下した。脳血管疾患以外の非感染性疾患による死亡率は、1950年代に既に、他の先進諸国と比べても高くなかった。1960年代半ば以降、非感染性疾患による成人死亡を抑えるために、一次的および二次的な地域公衆衛生対策が実施された。また、国民皆保険制度を通じて最先端医療技術の利用が拡大したことを背景に、脳血管疾患による死亡率が大幅に低下し、国民の健康は改善を続けた。

さらに、平等な教育機会および医療へのアクセスを反映して、国民

の平均的な健康状態の改善とともに健康格差が減少したと考えられる。このような戦後の健康転換に一定の成功を収めた日本も現在、①急速な高齢化に伴う健康問題、②保健医療技術で対処できない疾患、③社会的格差による影響といった新たな問題に直面している。特に人類史上どの国も経験したことのない超スピードで少子・高齢化、さらには人口減少社会に突入するわが国は在宅医療・ケアに重きを置いた“地域包括ケアシステム”に活路を求めようとしている。このモデルがうまくいくかどうかはわからないが、“老いた日本”は同じ経路をたどる他の先進国やアジア諸外国の模範ともなるし、場合によっては反面教師になるかもしれない。

ちなみに今後の世界人口は、平均寿命の延伸と出生率の低下により、60歳以上の人口は現在の8.9億人から2050年には24億人に増加すると予測されており、医療ニーズは拡大する見込みだ。また新興国では経済水準は向上しても、医薬品の研究開発などは遅れており、高度な医療サービスへの需要は高まるとみられる。

とすれば逆説的な言い方だが「日本は壮大な実験場」になりうる魅力を有するということである。まさに、わが国は国際的に見て高齢社会の“特区”と言えよう。

こうした中、米ゼネラル・エレクトリック（GE）は高齢化などの諸問題を抱える日本を「課題先進国」と見て、先端医療システムなどの開発拠点に位置付ける（2014年2月12日の日本経済新聞）。具体的には、GEは日本で弘前大学などとアルツハイマー型認知症の予兆発見や予防に乗り出す。大学が持つ青森県民の遺伝子情報や健康データを基に病気の予兆を解析し治療につなげるという。弘前大が蓄積するデータは血圧や脈拍などのほか、腸内細菌、生活習慣や家族の既往症など1人あたり300項目以上に及ぶ。遺伝子情報なども収集した上で、2015年度末までにどんな要因が認知症の予兆なのかを見極める基本的な解析手法を構築する。その後、青森県民1万人以上を対象に開発した解析手法の検証試験も始める。認知症の患者は世界で約3,600万人で経済損失は90兆円とされ、世界規模で患者の増える同症の解析を日本で

進めることが早期の事業化につながると判断した。

日本の保健医療分野における過去 50 年間の最大の成果は、低コストで国民の良好な健康指標を実現し、国民の間での公平性を徐々に高めてきたことである。日本が国民皆保険制度を構築し維持するために打ち出してきた政策は、世界の多くの国がそれぞれの状況において直面している政策議論とも共通する。しかし、わが国の国民皆保険制度の財政的持続可能性は、人口・経済・政治の諸要因によって脅かされている。さらに 2011 年 3 月 11 日のマグニチュード 9.0 の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後につくられた日本の社会制度全体を揺るがすとともに、日本の保健システムの構造的諸問題が露呈している。

それではどうしたらよいか。「ランセット」日本特集号では日本が保健医療分野において過去 50 年間に達成した成果の持続可能性と公平性を確保するために 4 つの主な改革案を提示している。具体的には、①人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行する、②政府と地方自治体の役割を見直す、③保健医療サービスの質を高める、④グローバルヘルス（地球規模の保健医療）に貢献するの 4 つだ。特に④は国民皆保険制度の「パッケージ輸出」などという浅薄なものではなく、感染症対策から完治しない慢性疾病への統合医療など安全保障上の見地からも総合的な戦略が求められる。現に、イスラム過激派の襲撃で死傷者まで出た“命がけのインフラ輸出”たる日揮のアルジェリア・プロジェクトも世界的な格差拡大が惨事の背景にあるとされる。

また、活況に沸く中国だが、国家統計局は 2013 年末の総人口（台湾や香港、マカオを除く）が前年末より 668 万人多い 13 億 6072 万人だったと発表した。ただ少子高齢化に伴い、就業年齢にあたる 16～59 歳の人口は 244 万人減り、9 億 1,954 万人。1 に近いほど所得格差が大きいことを示す「ジニ係数」は 0.473 と、2012 年からわずか 0.001 ポイントの縮小にとどまった。これは経済格差が全く解消されていないことを示すもので改めて“カントリーリスク”は極めて高いと言わざ

るをえない。

そうした中、従来、保守独裁政権下にあった約2億4千万人の人口を抱えるインドネシアも「国民皆保険」の実現に向けて動き始めるという。現在は業種や所得層によって別々の公的機関が手がける健康保険サービスを2014年1月から新機関に集約。2019年までに全国民の加入を目指す。より具体的には、会社員や公務員、低所得層、軍・警察など健康保険を一元的に管理。2019年までに外国人も含め全国民に義務化する計画だ。

保険料はおおむね基本月給の5%前後で本人と雇用主が分担するが、貧困層の保険料は政府が負担する。しかし当面、保険の対象は診察や処方薬、出産、入院費の補助などに限定する見通しだ。

インドネシアは中間層が拡大しており、「皆保険」の流れが医療ビジネスの成長を後押しする公算が大きい。米調査会社フロスト・アンド・サリバンは、同国の医療市場が2012～2018年に年率15%のペースで成長すると予測。2018年には606億ドルにもなり、MEJのスキームでは、地元の大手中国営病院と消化器・肝臓病の治療センターなど都合3事業が進んでいるようだが、これぞ「Cool Japan」と呼ばれるように、今こそ「日本式医療」の再定義が求められる。

## **8) 究極の成長産業はソーシャルビジネス**

そういう点では、最後はソーシャルビジネスこそ究極の成長産業かもしれない。その背景には、米ハーバード大学ビジネススクールのマイケル・ポーター教授が提唱しているCSV（Creating Shared Value＝共通価値創造）の考え方がある。

CSVとは、経済的価値と社会的価値の両立によって企業は新たなビジネスチャンスを手に入れることができるという概念だ。ポーター教授は、ノーベル平和賞受賞者のムハマド・ユヌス氏による貧困層向け小口金融（マイクロファイナンス）などのソーシャルビジネスや社会起業家と同様に、BOPビジネスについてもCSVと評価している。

ちなみに、国際協力機構（JICA）は 2010 年度から「政府開発援助（ODA）と民間企業の連携が途上国の発展に重要」との基本方針のもと、BOP ビジネス連携促進事業をスタートした。ここで BOP ビジネスとは、主にアフリカやアジアなど途上国の年収 3,000 ドル以下の低所得者を対象に展開するビジネスを指す。BOP は「ベース・オブ・ピラミッド」の略で全世界人口（＝約 71 億 5 千万人）の 7 割が属するとされる。低所得層が抱える様々な社会的課題の解決を目指し、社会貢献とビジネスの両面を併せ持つ。所得が少なくても買える商品の開発だけでなく、現地の雇用創出にもつながるというわけだ。

例えば、味の素は 2015 年春をめぐりにガーナで乳幼児の離乳食向け製品を全土で販売するという（2014 年 2 月 9 日の日本経済新聞）。キッコーマンはケニア（発酵食品の開発）、カゴメはインド（ニンジン加工）でそれぞれ商品化を進める。当面の売り上げ規模は限られるが、低所得層向けの BOP ビジネスで知名度を上げ、アフリカなど途上国市場開拓につなげる。離乳食の栄養強化食品は子どもの健康づくり、ビタミン A の補給は視力低下や感染症の防止に貢献できる。また、長い目で見ると、それぞれが関連しながら現地の人々の所得向上や子どもの教育の質を高めることにつながっていく。これは現地でニーズがあり、有望なのは社会的課題を解決するという、まさに CSV 概念に該当する分野といえる。

「ものづくり」に代表される日本企業の強みは何と言っても品質の高さである。しかし、ともすると品質の高い製品は値が張り、現地の所得を考慮すれば、低価格化や、買いやすい価格設定を可能にする小分け化が BOP ビジネスの原点である。当然ながら日本メーカーもこの点での対応に力を注いでいる。例えばアフリカ地域では 4 億人弱が 1 日 1.25 ドル以下で生活する貧困にあえいでいる。

最貧国への進出法として予想以上に効果を発揮しているのが、国際援助機関などとのアライアンス（協力）である。例えば、JICA や日本貿易振興機構（JETRO）・国連児童基金（ユニセフ）のほか、国連や米

国国際開発庁（USAID）といったパートナーを得ることで、住友化学は蚊帳の販売でアフリカの地元 NGO の支援を仰いでいる。

2013 年 10 月の国際通貨基金（IMF）「世界経済見直し」では、13 年の世界全体の経済成長率が 2.9% に対して、アフリカ全体は 4.9% である。2014 年以降 2018 年までの成長率は、先進工業国で 2% 程度と予測されているが、アフリカは 6% 程度の予測だ。この成長率は経済規模の大きな南アの成長率（3% 程度）で引き下げられており、南ア以外の主要国は軒並み 7～8% である。鉱業だけでなく製造業やサービス業の成長率も高い。

今後に向けての挑戦だが、資金面で日本企業や NGO と連携してマイクロ・クレジットも参考になる。その応用としてヘルスケア分野で注目されているのは少額医療保険である。これは、少額融資制度を保健医療分野に応用したもので多くの国々に普及し、成功要因として貧困層に対する保険料と自己負担額の減免が指摘されている。

事実、2000 年 9 月、国連ミレニアム宣言はより安全で豊かな国際社会を希求することを採択した。具体的には、貧困と飢餓の撲滅、初等教育の達成、女性の地位向上など、2015 年を達成期限とする 8 つのミレニアム開発目標がまとめられた。保健医療分野では、乳幼児死亡率の削減、HIV/エイズ、マラリア等の蔓延防止とともに、妊産婦の健康改善が戦略目標とされた。

実際、世界中で小さい元手で大きな収益を狙う金融的なレバレッジを社会効果にも当てはめる試みが始まっている。最近では民間の金融大手ゴールドマン・サックスが資金を拠出した。この他、カリフォルニア州フレズノで計画されているぜんそく対策もユニークな試みだ。同地域はぜんそく患者が突出して多い地域で、発作など急患対応の医療コストが地元財政を圧迫している。将来的に生活環境の見直しを促すプログラムを導入すればコストを下げられるかもしれない。さらに、もしこれが軌道に乗ってくれば、ホームレス対策や教育分野などにも適応できるのではないか。実際、円借款の規模は拡大している。2014

年度は 9,650 億円と前年度に比べ 8 % 増え、14 年ぶりの高い水準となる見直しだ。財源の柱は、過去に日本が実施した円借款の返済金である。中国や東南アジアが元利金の返済をはじめ、中東・アフリカなどへの新規借款に振り向けられるようになった。回収期に入った円借款は、安倍晋三首相の外交を支える隠れた武器となっている。

さらに注目したい動きは、BOP ビジネスで新たなイノベーション（改革）を起こし、そこで生まれた新技術やビジネスを先進国にも展開する「リバースイノベーション」である。リバースイノベーションの例としては、米ゼネラル・エレクトリック（GE）がインド向けに安価な携帯型心電計を開発し、それを欧米市場にも投入したケースがとくに有名だ。この動きは反社会的な活動をする企業への投資を回避する社会的責任投資（SRI）より、むしろ積極的に関与していこうとするものだ。まさに“里山資本主義”下でのヘルスケアビジネスの構築が求められる。

## 7. 結びに代えて

「日本政治は、自己決定能力が低下しており、ポピュリズムに流されることが多い。政党は、政策力と管理力を強化しなければならない。加えて日本では、財政が危機的状況にあり、企業環境が劣位にあり、企業の革新力が後退し、人々の意識が内向きで、コミュニケーション力が劣っている。（中略）

アベノミクスの第三の矢として成長戦略が期待されているが、とりわけイノベーション力の充実が喫緊の課題である。研究開発費の対 GDP 比率（2010）を見ると、日本は 3.56% で、米国や欧州諸国より上位にあるが、韓国の 3.74% よりも低い。特許申請（2011）を見ると、日本は 34.3 万件で、中国の 52.6 万件、米国の 50.4 万件に追い越されており、その改善が急がれる。

同時に、政治、経済、技術、スポーツ、芸術、ファッションなどの

分野において世界の舞台上で活躍する「ニューエリート」を育成しなければならない。

私は、日本が質の高いダイナミックな社会を志向すべきであると考えている。それは、規律正しく、信義を重んじ、知を尊重し、文化を活かし、フロンティアに挑戦する社会である。日本社会の特質は、これを実現する十分な可能性を秘めている。これは、グローバリズムを先導する上で有力な力になるはずである。」

本委員会の福川伸次委員長が 2013 年 8 月号の中央公論に投稿した論文の一節である。経済学では過去の経緯が将来の結果を大きく左右することを、「経路依存症」と呼ぶ。経路依存症が強く働く状況では、歴史の偶然が集団行動を決めてしまうため、メンバー全員にとって望ましくない結果に陥ってしまうリスクが高まる。

こうして生まれる「コーディネーションの失敗」の典型例が、組織の中で見られるあしき習慣である。皆でいっせいに行動を変更すれば全員が幸せになれるのに、自分だけ動く損してしまうので、誰もその一歩が踏み出せない。これがまさに構造改革が困難だった「失われた 20 年」の日本の姿である。

これに対して、革新的な製品のアイデアを生み出したサムソン電子社は 5 つの「地域別動隊」を有する。米国、欧州、中国、中東など世界 5 カ所にある LRL（ライフスタイル・リサーチ・ラボ）と PIT（プロダクト・イノベーション・チーム）である。

実際、米国で人気の 4 ドア式の観音開き冷蔵庫も LRL と PIT から生まれた。LRL と PIT はエンジニア・デザイナーを中心に心理学者、人類学者、金融専門家といった 10 人ほどで構成される名前通りの別動隊だ。多様性を重んじるサムソン電子は創造的なアイデアが出続けるような業務環境づくりに心血を注ぐ。最新の製品を体験したり、外部と協業したりできるようにしている。今後は先行する中国に次いでアフリカや南米にも設ける計画があるという。

その一端はサムソン病院の成功例にも見て取れるが、わが国のヘルスケア分野も真の意味で“産業”と言えない理由は、こうした“総務力”の欠如にあると考える。換言すれば、一つひとつのパーツは立派だが、全体を組み立てメンテナンス機能も持ち合わせる“軍師”がないのである。

何かと不確実な世の中だが、「陽はまた昇る！」という言葉信じて可及的速やかに日本的医療産業モデルを構築して、“箱物”にソフトパワーを加味した国際展開を図って欲しいものだ。

Most men love money and security more, and creation and construction less, as they get older.

-John Maynard Keynes (British economist, 1883-1946)

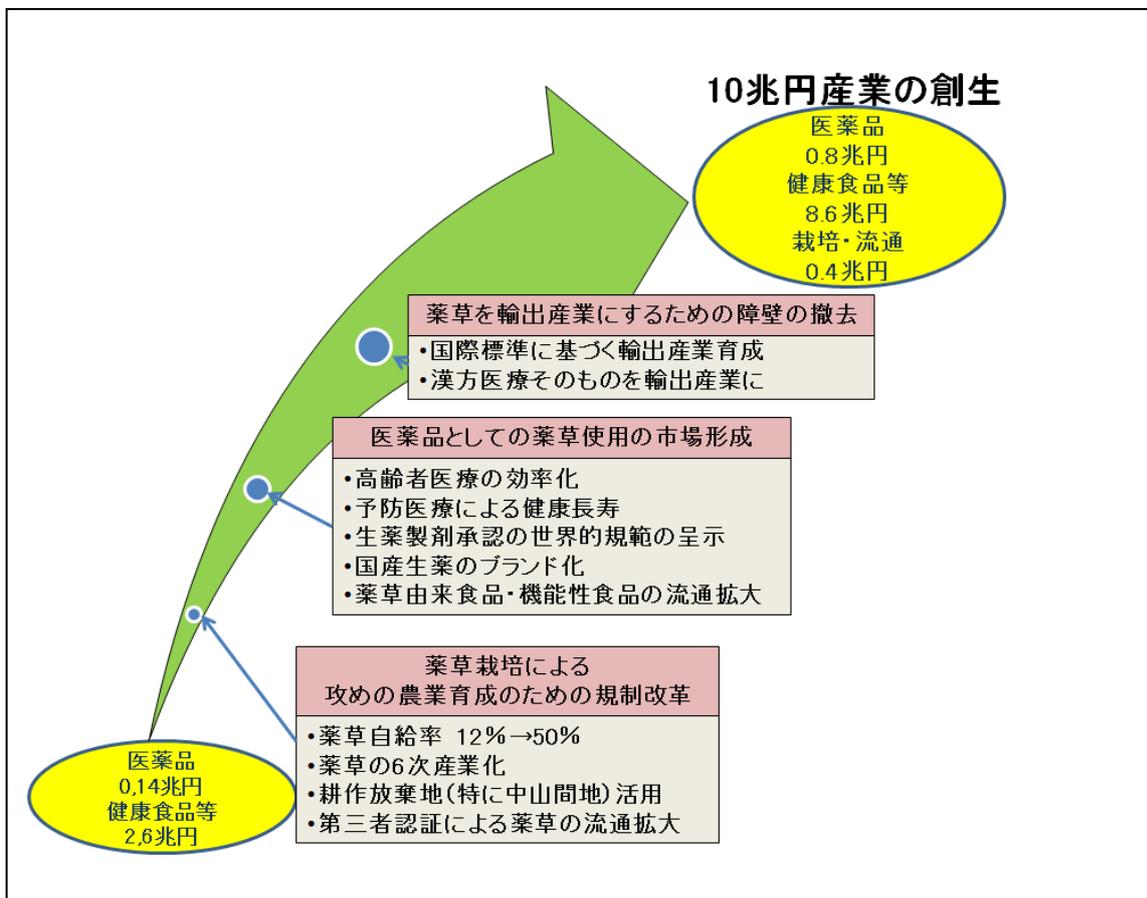
大抵の人間は老いるに従って、お金と安全への執着が強くなり、創り出すことや築こうとすることへの執着は弱くなる。

## 漢方の 10 兆円産業創生のための提言

日本経済調査協議会委員  
慶應義塾大学 渡辺賢治

医療の産業化を推進する安倍内閣において、欧米になく、品質が高く、アジアでの信頼の厚いわが国の漢方を推進することは、クールジャパンの大きな産業になる可能性を秘めている。また、原材料である生薬栽培により、中山間地を中心とした休耕田の再生をして、強い攻めの農業を育成することが可能となる。

その目的のためには検討すべき規制緩和が数多く存在する。日本独自の医学である漢方を中心するバリューチェーンにより、輸出産業を含め 10 兆円産業とするために必要な規制緩和および政府主導でやるべき事項につき別紙のごとくまとめたので提言する。



## 1. 薬草栽培による攻めの農業の育成

### 1-1. 薬用植物種苗の確保

優良種苗の確保と増産には国の関与が不可欠である。具体的には薬用植物種苗センターを設立して、生物多様性条約を考慮しつつ優良種苗を国内外から収集・育成促進、併せて品種改良、栄養繁殖等（接ぎ木）の技術革新の場とし、種苗の評価基準を策定する。特に種苗の育成は日本の技術である植物工場と圃場栽培の連携で、コスト削減と栽培期間の短縮を図る。

### 1-2. 技術革新（植物工場・培養技術等）に対する基準の策定

現状では農薬・重金属に関する基準がなく、業界が独自の基準でやっているが、ISOなどで生薬の国際基準が決められようとしている中で、まずは他国と差別化した高いレベルの安全性を保證する基準の再策定が必要である。

### 1-3. 薬草の農薬登録申請の負担軽減と省力機械の開発支援

薬草の登録農薬は農薬メーカーの採算性から登録申請がなされず極めて少数であり、栽培上の制約条件になっている。平成15年に官民一体化したマイナー作物の適用農薬拡大対策にならい、薬草農薬登録連絡協議会（仮称）を構築し、行政（国・県）、民間（生産者団体、農薬メーカー等）が一体化し、技術的検討、経費負担等について情報交換、調整する。

### 1-4. 薬草の市場開設

薬草産業を発展させるためにB to Bのネット市場を開設する。ネット販売に出荷される薬草は、事前に薬剤師、生薬原料の取扱いの経験者等からなる「第三者品質認証制度」を設けて品質評価を行うことにより、適正な品質評価と価格形成に寄与できる。今後、ISOなどの標準化の進展とともに、日本の漢方薬や日本の生薬原料を海外に輸出する際にISOの規格基準を満たしているかどうかの認証にも対応できる制度の創設にもつながる。

## 2. 薬草を用いた健康食品・化粧品市場の開拓

### 2-1. 食薬区分で薬食の区分のない部位を食とする

食薬区分において、もっぱら薬として使う部位（例えば当帰の根）以外は食として流通可能とする。ある部位は薬として使うが、同時に他の部位を食として商品開発ができるので六次産業化につながる。安全性を確保するために、表示基準を制定して、トレーサビリティが分かるように産地表示の義務化を図る。

### 2-2. 食薬区分でもっぱら薬となっている部位についても見直して、食としての流通を可能とする

薬草のもっぱら「薬」の部位にも長期に少量ずつ摂取することで予防医学に役立つものが多々あり、「機能性農産物」として新たな需要の喚起となる。

## 3. 医薬品としての薬草使用の市場形成

### 3-1. 医療用漢方製剤ならびに生薬の薬価基準の見直し

医療用漢方製剤ならびに医療用生薬の原材料である生薬が相場価格であることを考慮し、工業製品の薬価基準とは切り分けた基準策定を設ける。

### 3-2. 漢方医薬品審査部の設置

個別化医療である漢方に二重盲検の手法は馴染まない。欧米でも複数の生薬から成る生薬製剤の承認基準が定まっていない。そこで、最近のコンピューター技術を駆使した個別化医療情報のデータマイニングなどの手法を取り入れた漢方独自の審査を確立することで、世界に先駆けて伝統医療の審査基準を確立し、海外展開する際の有用な手法とすることができる。

### 3-3. 漢方医療を支える多職種連携の人材育成

漢方の知識はこれからの超高齢社会医療の中では必須であり、漢方の知識を有する多職種連携が急務である。まずは医師国家試験に位置づけることが漢方医学教育向上の動機づけになる。また、漢方診療支援のために、時間はかかるが患者満足度の高い漢方診療の保険点数を加算する。専門薬剤師については、日本薬剤師研修センターが認定する漢方薬・生薬認定薬剤師制度があり、本資格を取った薬剤師の服薬指導には指導料を加算する。

## 4. 薬草を輸出産業にするための障壁の撤去

### 4-1. 国立漢方センターの設立

省庁縦割りのわが国の行政の中でバリューチェーン全体を管轄する司令塔が必要である。米国では1992年に国立保健研究所（NIH）の中に補完代替医療の部門ができたことでこの領域が大きく飛躍した。わが国においても国立の漢方センターを設立することで、国内外における漢方の推進につながる。また、WHOやISOが推進する国際標準への対応も国立漢方センターが担当する。

### 4-2. 販売戦略としての海外人材育成

漢方および日本鍼灸を海外に展開するためには、ソフトとしての人材育成が欠かせない。そのためには1) 海外からの留学生を受け入れる漢方教育の拠点を作り、海外医師の資格で診療を可能とする。2) 海外に日本漢方、日本鍼灸の学校を設置する。

### 4-3. 漢方医療ツーリズム推進

医師が行う医療の質が高く、日本ブランドの生薬製剤でアジア・アラブの富裕層を対象としたメディカル・ツーリズムを行うことが可能である。メディカル・エクセレンス・ジャパンで推進する医療の海外展開に、日本独自のクールジャパンとしての漢方を入れるべきである。