

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

まず「日本の医療の海外進出」という配布資料（注：以下斜体字部分）でお話します。

《小幡委員資料》

日本の医療の海外進出

日本の医療の海外進出を考える時、一つは薬剤・医療機器と言った製造企業としての進出形態であり、もう一つは医療・看護サービスそのものを提供する主体つまり病院としての進出形態であろう。製造企業としての進出については、日本の“ものづくり”産業構造のなかで、海外進出の主体となる企業層が大企業から中小企業までを含め顕在的にもまた潜在的にも明確に存在する。一方、医療・看護サービスそのものを提供する主体としての病院の海外進出においては、その主体となりそのリスクを取り得るものがどのような形態のものか、現行の病院を取り巻く制度及び規制環境下では極めて不透明な状況にあると言えよう。

まず初めに、医療機器や薬剤の海外進出については、中小企業も含めて非常に層が厚く、きちんとした主体がある。ところが一方で、医療と看護サービスそのものを提供する主体としての病院もしくは病院サービスが海外に出て行こうという時、主体となり得る組織はあるのか、それともないのか。こういう問題提起を示している。

I. 病院の海外進出の可能性

1. 国公立・私立大学病院の進出

大学においては、「教育・研究・臨床の三位一体」を遂行するための機関の内、主に臨床機能を担うものとしての位置付けで病院が存在する。従って、「教育・研究・臨床の三位一体」を前提とする医学部門内の一機関である病院だけが単独で海外進出することは困難であろう。主務官庁である文科省としても、大学病院の海外進出について国家予算を費消する「教育・研究・臨床の三位一体」の趣旨を見出すことは困難であろう。また、私立医科大学病院の一部の大学を除いては、文科省の助成金や寄付金を受けても財務状態は厳しく、リスクを伴う多額の投資を行える状態ではなく、海外進出に伴うリスクを受けきれぬ大学は総合大学・医科大学共に殆どないであろう。文科省もまた大学の健全運営の観点から大学病院の海外進出に否定的となり、政治経済的に困難であろう。敢えて海外進出が可能な大学病院を挙

げるとすれば、マネジメント力に優れ財務的にも余力のある順天堂大学ぐらいではないか。

第一に、国公立大学や私立大学の病院が海外進出は可能であろうか。

「教育」「研究」「臨床」の三位一体という設立の趣旨に照らせば、大学病院が海外へ進出するということがどれだけの意味を持ち得るのか、という問題が一つあげられる。後は財政的な問題で、国公立病院はまず無理、さらに私立大学の内部事情を見ると非常にタイトな中でやりくりしており、総合大学が文科省以外の補助金も医学部へ流用して付属病院をなんとか存続させているような状態で、私立大学が外へ出て行くことも無理だろうと思われる。例外は順天堂大学で、授業料を値下げして良い学生を集めようという動きに出ており、実際に優秀な学生が集まる流れになっている。一番焦っているのは渡辺委員の慶應義塾大学かも（笑）。順天堂大は非常に優れたマネジメントを行って、心臓外科の天野篤医師が東大の治療チームに招かれたり、いろいろな面で優れた大学になってきた。そんな例外はあるが、一般には大学病院が海外に進出するのは非常に難しいと思われる。

2. 国立病院の進出

国立病院の設立趣旨からして、海外進出は想定されていないとも言えるが、何よりも「国内僻地医療問題の存在」が解決しなくては、主務官庁である厚生労働省もその海外進出を検討することすら政治的に困難であろう。また、厚労省はその方針として、国立病院の効率的運営を目指し整理統合を推進して来ており、海外への拡大発展よりは寧ろ国立病院の効率化の完遂に注力するであろう。また公立病院は、自治体の医療という設立趣旨からして海外進出は想定されていない存在である。

次は国立病院だが、病床数は減少傾向にある。開設者別病床数の推移は後に掲載したが、1954年から1970年にかけて若干増えたものの、1999年以降は減少しており、2004年は50年前より少ない。国立病院の整理・統合の結果だが、そんな組織体に海外進出を期待しても難しいだろう。

3. 民間病院の進出

民間病院の海外進出は、徳州会グループによる「ソフィア徳田病院」（ブルガリア）が総投資額1億ユーロ超、病床数1016床、工期5年半、計画から11年で2006年に開院したものが、本格的進出としては嚆矢であり唯一と言ってよいものと言えよう。ただし、本件進出は株式会社組織をも含む徳州会グループ（徳田虎雄氏的意思決定）によるもので、病院組織単独によるものではない。北原茂実氏が推進するカンボジア進出を始め現在進行中のプロジェクトはいくつかあるが、それらは株式会社形態での進出を選択している。

となると、民間病院ということになるわけだが、ほぼ唯一の例と言えるのが徳州会のソフィア徳田病院だろう。11年という時間をかけて2006年に開院したもので、これがエポックメイキングな海外進出例だと思うが、今やっとセコムも含め海外進出の動きが出始めたというところ。

徳洲会は他にも海外進出の約束をしているところがいくつかあるのだが、1970年代にグループ化を図り出したことから現在病院建替の時期に入っている。徳田虎雄氏は30病院の建て替えが必要と言っており、病院ひとつが大体30億円から50億円と考えると、1,000億円の資金が必要となるわけ

で、足元はなかなか厳しい実情ではないかと思われ、徳田グループへの期待も難しいかもしれない。

いずれにせよ、進出可能なのは民間病院だけであり、となれば如何にして民間病院に海外進出の主体となってもらうか、そのための体制づくりが必要なのではないか、ということである。

II. 民間病院の海外進出の課題

1. 医療法の制約

医療法は、「営利を目的として病院を開設しようとする者に対しては許可を与えないことができる」(同法7条の5項)とし、また、医療法人の運営上生じる「剰余金を配当してはならない」(同法54条)として、非営利性を謳って株式会社組織の参入を排除し、営利目的の排除している。従って、病院を開設している医療法人は、営利性(貸付に伴う利息、出資に対する配当等の受領等)を伴う出資を禁止されていることになり、元本の回収ができることに止まり、資金調達に伴うその資金コストの回収はできないことになる。

しかし民間病院の海外進出には様々な法律上の規制があり、自分で出ていくのは難しい枠組みになっている。これは私の昔からの持論だが、民間の医療法人は non profit もしくは not for profit、つまり非営利組織ということになっており、海外へ出ようと言ってもどんな形で出ればいいのか。貸金業になってしまうので病院が金を貸すことはできない。出資するにしても、厚労省が許す限りにおいて出資元本分の回収が可能だけ。これではファイナンスの金利分は負担する一方でリターンは元本だけ、という構造で進出しろという話になってしまう。日本の法制の下で、民間病院はこうした矛盾構造を抱えている。

2. 医療法人の営利性と非営利性

拙稿「営利医療の潜在力」(医学書院「病院」第61巻2002.1.1)で述べたとおり、医療法人の98%は「持分権の定めのある」法人であり、期間配当は行わないが「退会返戻」という退会時に一括分配を受けるという“古典的”配当概念を持っている。戦後の病床数の増大で見ると、医療法人のそれが他の組織形態を圧倒している。そして、この医療法人が、戦後の医療資源の絶対的不足状態を病床の供給増大(資本蓄積)により充足し、貢献してきたのである。病床数で組織形態ごとの比較をおこなうこと理由は、医療関連統計には法人企業統計のような資本蓄積を示す統計データがなく、資本蓄積を明示する代替データとして病床数を使用している。病床数の増大は、建物を含む医療設備の増大を必然的に伴う訳で、管見ではあるが資本蓄積の増大を推定する近似データとして最適であると判断したからである。(詳細は拙稿を参照願いたい。)

開設者別病院病床数の推移

開設者	1954年	1970	1999	2004年
国	127,983	157,195	148,663	127,083
都道府県・市町村	102,507	207,464	253,391	254,246
公益法人	33,930	65,592	94,261	94,892
医療法人	37,770	246,680	783,081	830,289
個人	56,744	195,898	112,916	69,477

出典：日本の長期統計系列 「24章保健・医療24-27」

国立病院・公立病院の資本蓄積は税金によるものであるが、医療法人の資本蓄積（病床数の増大による近似）が行われているという事実は、資本主義体制下のわが国経済社会システムを考えれば、利潤（利益）により資本の蓄積が行われてきたことの証左であり、医療法人の「営利性」は否定できない事実といえよう。つまり、このような資本蓄積の事実は医療法人の「営利性」を明示し、他の開設者に比べて圧倒的な成長を示して、この「営利性」のインセンティブが戦後の極端な医療資源不足の充足に大いに寄与したことは否定しがたい事実と言えよう。

わが国の医療法人の「営利性」について、河口洋行成城大学教授は、論文「わが国病院市場の競争形態に関する研究」（医療経済研究 Vol.19 No.2 2007）の注12)として、『病院市場においては非営利組織が病院を運営している場合が多いため必ずしも利潤極大化行動を取らないとの指摘もある。しかし、本研究で対象としたわが国の民間病院は、国際的基準から見れば営利組織であり、本研究においては大きな問題にならないと考える。なお、国際的な非営利組織の基準は、利益分配権及び残余財産分配権を当該組織が保有していないというものであるが、わが国の殆どの病院は持分有りの医療法人が占めており、実質的に残余財産の分配権を有している。』と述べて、わが国の医療法人が営利組織であることを前提に分析を行いその結果を得ている。また、河口教授は著書「医療の効率性測定」（河口洋行著 2008年 勁草書房）の中で、この論文と同内容の「第Ⅱ部日本の医療制度の特徴と効率性測定の留意点」という章を構成している。そして驚くべきことは、わが国の医療法人が「非営利」であることを日頃強調される田中滋慶応大学教授がこの著書に「理論と手法を適格に紹介し、また事例の検討と実証を通じて課題を明らかにすると共に、今後の医療政策への応用のあり方を説く好著」と推薦文を寄せていることである。「国内基準は非営利」で「国際基準は営利」という研究対象に対するダブルスタンダードという矛盾は、本来学問的良心からして無視してはならない点であろう。また、この矛盾をそのままにした研究からは、田中教授の推薦文にある「今後の医療政策への応用のあり方を説く」ことは決してできないのではなからうか。

日本の医療法人は not for profit つまり非営利だ、と表向きは強調されているが、実は学者の論文をよく見ると矛盾がある。

以前の委員会でも紹介したが、河口洋行先生（成城大学経済学部教授）の「わが国病院市場の競争形態に関する研究」という論文では、日本の民間病院は国際的基準から見れば営利組織であり、日本の病院市場では利潤極大行動が起こらないという指摘は当てはまらず、研究の問題にはならない」と言っている。開設者別病床数を見ても分かる通り、わが国の病院の約9割は民間病院なのだが、行政当局が非営利だと言っているにも関わらず、研究の場においては日本の医療法人は営利法人だと矛盾した主張を平気でやっているわけである。

行政当局の意向に沿って「日本の医療法人は非営利である」と主張されているのは田中滋先生（慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）だが、先の河口先生の論文を収録した本の推薦文で「今後の医療政策への応用のあり方を説く非常に優れたもの」と書かれていて、となると非営利と言いながら営利で研究した検討結果を政策に適用する、という論理構造になるわけで、一体どんな頭の構造なのかという疑問を持たざるを得ないところ。

3. 医療法人の「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」の立場性と矛盾

上述の通り、医療法の下で病院開設が認められている「医療法人」は、その立法の趣旨からして非営利法人と言うことになる。一方、河口教授の論文にあるとおり、研究対象として見た日本の病院（民間病院）市場は、『国際的基準から見ると利潤極大化行動をとる』営利法人であり「病院市場の効率性の測定」の対象となる。このような「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」というダブルスタンダードの存在を、“官”（行政）と“学”（学界）とが正面から取り上げることなく、「行政が掲げる理想」（非営利性）と「研究が対象とする現実」（営利性）とを使い分けながら医療政策、医療問題、病院問題が、行政の場でまた研究の場で議論されていることは「不都合な真実」であり、大きな問題である。その意味では、真実を追求する学界が、「ダブルスタンダードの存在」について正しい認識を持って、医療政策、医療問題、病院問題等に関し発言する必要があるだろう。

こんな笑い話に近いような状況が現在の「官」と「学」との関係。本来「学」はそういうところから離れて真理を語ってもらわないと信頼もできないわけだが、現実はこのことを平気でやっている。今日は後でインドの病院について話すが、タゴールの「感性なき知性」という言葉を思い出す。物事に対してこれは本当なのか嘘なのかという感性があって、それに基づく知性でなければ信頼できないのだが現状は程遠い。

経産省が通産省だったころから厚労省との間でぶつかり合っていたところで、医療がサービス産業なのか否かをあやふやにしたまま、いわばまやかしと言うか「ぬえ」的な存在の医療法人というものを使った。配布した論文「営利医療の潜在力」で書いたが、国は、医療法人にある意味で営利法人的なインセンティブを与えていた。診療報酬の価格付けでインセンティブを操り、不足する病床、医療資源を自らは供給せず、民間の力を使って普及させてきたのがこれまでの医療政策だと考えるが、ところがそれを正しく評価せず、あたかもそんなインセンティブはなかったかのように考える流れが今でもある。そんな中で、国内基準では非営利、国際的基準で見れば営利、こんなダブルスタンダードを持った組織が海外へ出ていくことは可能なのだろうか。

Ⅲ. 医療法人の海外進出について

1. 海外進出の唯一の担い手としての医療法人

上述の通り、わが国の病院経営形態の内、海外に病院を設立してその経営を自ら行える能力を有するものは、財務力、マネジメント能力、リスク・テイク能力といった点を勘案すれば、その潜在力を有するものは唯一民間医療法人となろう。勿論、他の経営形態による海外での病院設立の可能性を否定するものではないが、設立趣旨との適合性や、財務の制約、リスク・テイク能力等を勘案すると、その障壁は高すぎると言えよう。

海外進出の唯一の担い手は医療法人だと言い切れると思うが、それを可能にするためにはどうあるべきか、ここでは岡部陽二氏の意見を借りた。岡部氏は住友銀行の専務取締役だった方で、広島国際大学医療福祉学部と同大学院の教授を経て、現在は医療経済研究機構の副所長。「病院経営への株式会社参入を問う」という論文で、株式会社による新規病院の設立を認めていないのは主要先進国の中でわが国のみと指摘し、これを禁止する積極的理由は乏しいと述べられている。

2. 医療法人の海外進出のための要件整備

上述の通り、わが国の民間医療法人の存在形態は、「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」とのダブルスタンダード下でのみ存在できる鶴的存在である。しかし、海外進出を行うとなれば、当然国際的基準でその存在形態を規定する必要があり、必然的に営利法人として国内的にも再定義することになる。そして国内におけるこの「営利性」の是認は「株式会社による新規病院設立を認めていないのは、主要先進国の中ではひとりわが国のみであり、これを禁止する積極的理由は乏しい。」（岡部陽二広島国際大学教授「病院経営への株式会社参入の是非を問う」というわが国の医療システムの異端性・特異性を解消し、アジア諸国等での米国・韓国・タイ・シンガポール等との国際的競争に伍していく基盤ができるであろう。また、真野俊樹多摩大学教授（「医療が日本の主力商品となる」p.130）によれば、韓国では株式会社立は認められていないが、日本の地域医療計画の様な医療圏の設定とその域内における基準病床数の設定（金融自由化以前の護送船団方式としての「銀行店舗規制」と同様なもの）による競争制限的参入障壁を設けるような規制はなく、「資本力のある病院はどんどん増床し、そうでないところは倒産したり、閉院したり・・・」また「企業レベルの病院経営をおこなっている。」ということである。国内での競争を知らず、海外に進出して初めて競争環境を知るという状況では、国際競争力のある病院はなかなか出現しないであろう。

3. 「ダブルスタンダード」と国際協定との矛盾

わが国は先進国として、また「通商・資本の自由化」についてのリーディング・カントリーのひとつとして、国際協定の発展に主導的立場を有してきた。そのわが国が病院の設立に関しては、「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」という「ダブルスタンダード」を用いて国際的には通用し難い非関税障壁を設けて置きながら、株式会社形態による「自国の他国への進出は推進するが、他国のわが国への進出は認めない」と言う非対称な通商政策を取るこ

とになる。わが国の国際的立場を勘案すれば、国内的矛盾と併せ国際的観点からも、この「ダブルスタンダード」の問題を早急に解消する必要があるであろう。

IV. 医療法人の海外進出と「ダブルスタンダード」の解消

医療法人の海外進出を考える場合、「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」という「ダブルスタンダード」を解消し、海外進出の主体を明確化することが必要であり不可欠である。そこでこの「ダブルスタンダード」を解消のために、岡部陽二教授の提言の論点を参考にその具体的方策を述べたい。

1. 厚労省の政策と「ダブルスタンダード」解消の課題について

「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」という「ダブルスタンダード」を解消し、医療法人の「非営利性」を貫徹するには、現在までの厚生労働省の政策である「国立病院の整理統合」には逆行するが、嘗て英国労働党政権が行った国有化、すなわち全ての病院を国立病院にすることであろう。しかし、この方法は英国でも修正を余儀なくされたと言う結果と併せ、現下の国立病院の経営効率改善指向の政策及びわが国医師会等の政治状況を勘案すれば非現実的である。勿論、この場合にも、ODAのような援助により病院の海外進出といった議論は有り得るであろうが。

また、厚労省が「非営利性」を推進するために新設した「社会医療法人」（持分権を認めない法人）への「持分権のある医療法人」の移行は、憲法に保障された「財産権の保障」（29条）との関係があるが、その検討委員会（「医業経営の非営利性等に関する検討委員会」座長田中滋慶応大学教授）では、議事録を見る限り一部委員から「財産権」の問題について言及はあったものの、憲法学者の見解等は見られずその議論は十分とは言えないと思われる。加えて、当該制度改正は、国際標準・基準という観点からみれば、病院経営高度化の本質的部分である「コーポレートガバナンスの充実」、「経営のプロによる経営」、「情報開示の徹底」、「会計監査の徹底と強化」、「公共性の義務負担」等といった国際標準に合致する病院の将来像とそれに対応する視点に欠けているといえよう。

いろいろな理由を挙げているが、海外進出に当たっては、グローバルスタンダードをベースにしなければ出ようにも出られないし、出ていっても非常に不都合なことが起こる。『病院がトヨタを超える日』を書いた北原茂実氏も、日本の医療法人は使い勝手が悪く、結局は株式会社で出ざるを得ないということを言っている。そうならば、医療法人を株式会社で運営すること自体を認めればよいのではないか。

以下は、株式会社立病院の存在とその意味・意義ということで、岡部氏の論文を引用した。

2. 株式会社立病院の存在とその意味・意義

岡部陽二教授の提言(前掲「病院経営への株式会社参入の是非を問う」時事通信社刊第9463

号p2-8及び9464号p8-11」の論点は以下の通り。

- (1) 会社立病院の実数が67と少なく、会社立のみを採り上げた研究報告もないのは残念であるが、リストから判断する限り医療過誤などの問題が大きく報ぜられた例はない。管理面では院長の上に監督者が存在するためにむしろ行き届いており、すくなくとも会社立病院の医療の質が他に劣るということはないものと推測される。(中略) 飯塚市にある麻生飯塚病院、野田市にあるキッコーマン記念病院など地域の中核病院として市民病院としての役割を立派に果たしながら黒字経営を実現しているケースもある。ことに株式会社・麻生飯塚病院は積極経営で1,157病床を擁するわが国最大級の規模に成長、医療の質の面でも日本医療機能評価機構や環境マネジメントシステムISO-14001をいち早く取得し、医師の年報契約制を最初に採用するなど先進的であって、経営的にも安定している。
- (2) 不採算部門とされている小児科や救命救急部門についても、上記の二病院などはむしろ積極注力しており、会社立であるが故に不採算部門を閉鎖したといった実例は聞かれない。
- (3) (米国の場合) 医療サービスの質の優劣については数多くの比較研究がなされてきたが、営利と非営利の間に決定的な違いはないとされている。第三者評価機関であるJCAHOの評価も営利病院の方が総じてやや高く、病院業界誌"Modern Health Care"の優良病院ランキングでも営利病院が病院数でのシェア以上に高ランキングに入っている。
- (4) 米国では病院を営利(for-profit)と非営利(not-for-profit)を分別しているが、非営利病院も最終的に利益が上がらなければ存続できないので、利益を追求する点では営利病院と何ら異なるところはない。区分のポイントは出資者への利益配分を意図しているか否か(forかnot-for)にある。逆に、出資者の側から見ると、その投資から得られる配当・譲渡益などの利益分配(profit)を期待しての拠出であるのか、社会貢献を目的とした利益配分は求めない寄付であるのかの違いとなる。
- (5) (英国の場合) 英国では1940年代からNHS制度の下で全病院が国営化され、医療はすべて税金で賄われて患者負担はない全面的な社会保障としての医療が行われてきた。しかしながら、NHS制度は慢性病についての手術待ち日数の長期化など多くの問題を抱えるに至り、その解決策の一つとして1990年代に入って民間営利病院の開設と民間医療保険をも推奨する政策に転換された。
- (6) わが国に残存する株式会社病院や米国の上場病院企業の実績はすでに記述のとおり、むしろ患者のニーズを重視した経営をしており、医療の質においても非営利病院に劣るという証拠はまったく見当たらない。そもそも、医療行為の適切性は経営主体の違いとは無関係であって、医療に従事している病院経営者や医師・看護師など個々人の倫理感の問題であろう。
- (7) 医療法人病院の経営者の中からも株式会社に転換して病院関係者や地域の住民、機関投資家にも株式を持ってもらい、病院債も発行して、資金調達を幅を広げるべきとの主張がなされている(平成14年7月15日発行「全日本病院協会雑誌」プロの経営者から見た病院経営158頁)。

- (8) 他方、医療法人の中には、非営利性を高めるべく、財団法人形態の医療法人（以下、財団と略称）への転換を希望している病院もあるので、非営利財団の財務体質も強化すべく、出資金を寄付に振替えるに当たっての免税、利益についての免税、個人の寄付金についての免税限度拡大などの奨励措置も合わせて実施すべきである。
- (9) 病院の法人形態における営利（株式会社）・非営利（財団）の別は、要は事業目的の違い（利益分配か、慈善医療等への利益充当か）による資金拠出形態の違い（出資か、寄付か）と、それに対応しての税制面での優遇の有無（課税か、免税か）に集約されるからである。このような分かりやすい図式に整理する方向での法的整備を進めれば、病院経営者のあり方自体は、営利であっても、非営利であっても基本的に異なるところはほとんどなくなる。
- (10) サービス産業の中では最大規模に成長した医療サービス市場の中核にある病院が医療技術の進歩を先取りしてサービスや設備の高度化を進めるには、個人企業のレベルでの対応には限界がある。多様な投資家や篤志家からの資金を集積し、医療サービス産業の近代化を図ることが、消費者(患者)の利益にも直結する。そのためには、財団形態の非営利病院の経営基盤強化を図ると同時に、既存医療法人病院の株式会社への転換にも道を開いて、市場での競争を活発化させることがもっとも効果的な方策と確信する次第である。
- (11) 民間中心の医療供給体制の中で、非営利法人が市場を独占している場合の問題点は、市場競争を排除し非営利組織内で働くものの利益を含む供給者主体の運営に陥りがちである点にある。医療は非営利病院主体での供給体制が望ましいとしても、営利病院との競争に曝されて効率経営を追求せざるを得ない環境に非営利病院をおくことに意味がある。非営利病院間で競争原理を働かせることも不可欠ではあるが、参入主体を制限すればするほど競争は行われなくなる。福祉事業においても、社会福祉法人の独占体制には問題点が多い。

岡部教授は以上を論述し、病院という経営組織体が *going concern* として存続するためには、「非営利」組織であれ「営利」組織であれ利益を上げ組織の維持・改善・拡大を図ることが必然であることと、株式会社立病院の存在の意味・意義を「民間中心の医療供給体制の中で、非営利法人が市場を独占している場合の問題点は、市場競争を排除し非営利組織内で働くものの利益を含む供給者主体の運営に陥りがちである点にある。」とし、供給独占の排除と市場競争を通じての“患者のニーズ・患者の利益に応える”視点と“効率性”の視点を明らかにしている。

3. 医療法人による「社会医療法人」化または「株式会社」化の自主選択

病床数の推移を見れば、厚労省は戦後の医療資源の不足状態を、医療法人の「ダブルスタンダード」という本質を内在化させながら「国際基準の営利法人」の自由な拡大によりその大半を充足し医療資源の量的ニーズへの対応を図ってきたといえる。量的充足の達成に従い、1985年の医療法改正で「地域医療計画」を制度化し、自由な参入を抑制する競争抑制政策

を導入した。また、医療法人の非営利化については、1998年医療法改正により「特別医療法人」を導入し、2006年医療法改正により「社会医療法人」を導入し「特別医療法人」を吸収している。このように厚労省は、内在化している医療法人の営利性を転換するべく非営利法人としての「社会医療法人」の確立を図り、その税制や金融の手当ても整えて来た。ただし、「社会医療法人」への移行を国家権力で強制的に行うことは、憲法で保障されている「財産権」の侵害であり、あくまでも個々の自発的選択に委ねられ時間をかけて行われることになるであろう。仮に一気に医療法人の「社会医療法人」への転換を行うのであれば、民主主義・資本主義の体制下のわが国においては、M&Aにより国家が買収するという方法となるが、これは財政的に無理な話で想定することが出来ないことであろう。

「社会医療法人」の制定により、これまで潜在化していた医療法人の「営利性」と「非営利性」という「ダブルスタンダード」・二面性を解消する一方の受け皿として「非営利法人」が明確にできた訳で、政策当事者としてはその基盤整備の責任の一つを果たしたと言えよう。

また一方、前述のように「医療法人病院の経営者の中からも株式会社に転換して病院関係者や地域の住民、機関投資家にも株式を持ってもらい、病院債も発行して、資金調達の幅を広げるべきとの主張がなされている（平成14年7月15日発行「全日本病院協会雑誌」プロの経営者から見た病院経営158頁）」というように、株式会社立を要望するものもいる。従って、もう一方の受け皿である「株式会社立の病院の開設」を開放すれば、営利法人と非営利法人との並存を認めている国際的なスタンダードと同様の体制となり得る。

このような体制の枠組みを整備をすれば、これからは医療法人の経営者自らが、篤志家となり非営利としての「社会医療法人」を選ぶか、あるいは、営利事業主となり営利としての「株式会社立」を選ぶか、という彼等の自主選択の問題として「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」という「ダブルスタンダード」を解決することができる。これまでの厚労省や医師会の主張から類推すれば、恐らく非営利法人つまり「社会医療法人」を選択するものが大半となり「株式会社立」を選択するものは少数となるであろう。因みに厚労省の調査研究によれば、欧米の営利法人比率は、アメリカで15%程度、フランスで19%程度である。厚労省及び医師会のこれまでの主張からすれば、日本ではこれらを下回る可能性は十分にある。しかし、『供給独占の排除と市場競争を通じての“患者のニーズ・患者の利益に答える”視点と“効率性”の視点』から、病院経営者の自主選択にゆだねることが、民主主義・資本主義体制の国家としての国際的にも通じる政策選択であろう。このような自主選択により、内在化している「国内基準の非営利性」と「国際的基準の営利性」という「ダブルスタンダード」が解消されれば、病院の海外進出も自由にそして活発に展開できることになるであろう。

参考文献

1. 小幡文雄：「営利医療の潜在力」（病院 第61巻第1号 pp31-37 医学書院 2002. 1.1）
2. 河口洋行：「医療の効率性測定」（第II部第1章 p67 勁草書房 2008.5.30）
原点論文は医療経済研究 Vol.19 No.2 2007.
3. 真野俊樹：「医療が日本の主力商品となる」（第2章 p.130 ディスカヴァー携書 2012. 9.20）
4. 岡部陽二：「病院経営への株式会社参入の是非を問う」（時事通信社刊第9463号 p2-8 及び9464

号p8-11 2002. 12.5及び2002. 12.9)

5. 北原茂美： 「病院がトヨタを超える日」(講談社 2011. 1.20)
6. 厚生労働省： 「医業経営の非営利性に関する検討会」(2003～2005) 議事録及び資料
7. 厚生労働省： 「平成 16 年度厚生労働省医政局委託研究報告書」(平成 17 年 3 月)
—医療施設経営安定化推進事業—
病院経営を始めとした非営利組織の経営に関する調査研究

実は厚労省も薄々ではなく大いに問題を感じているのだと思う。持ち分権のある医療法人社団を相当意識し、これまでも特定医療法人、特別医療法人などを作ってきたが、ここへ来て non profit、not for profit を確立する最後の決め手として、田中滋先生を委員長にして「社会医療法人」を作ったと思われる。これで受け皿がきちんとできたわけで、株式会社を選ぶのか、それとも社会医療法人を選ぶのかは自主選択すればよい、厚労省や医療関係者もそう考えるようになってきたのだろう。

この論文を書いた際、名古屋の医師会に呼ばれて講演したのだが、その時に「小幡さん、頑張っ

て」と言われたことがある。聞くと、医療法人社団では介護用の特許が取れない、特許登録は介護でも営利と判断されるという矛盾があるとのこと。様々な事業を展開しようとすると、いろいろと支障が発生するような組織体だということだが、最終的には医師自身の良識に従い、あるいはどんなマネジメントをしたいのか、という自主選択すればよいこと。アメリカでは営利の比率は大体 15% 程度、フランスは 20% 弱。大きく伸びてきているわけではなく、概ねこの程度にとどまっている感。持ち分権のある医療法人社団が多い日本は、世界的に見れば for profit が 9 割以上という格好だが、この構造を修正すべきで、海外への進出も安心して進出できるようになるし、結果的に国内の医療も充実していくだろう、というのが私の主張である。

次にセコムの病院事業について。現在、今年の 7 月にインドで開院の予定だが、まだまだ未定のこと、学習中のこともあり、試行錯誤というところ。インドは全く未知の国でありセコムとしても大冒険だが、とにかく突っ走ったものである。

セコムグループが目指す社会システム産業 信頼される安心を、社会へ。



まずセコムについて。1962年、日本には存在しなかった警備事業という産業をスタート。こうした事業は人的経費すなわち人材や人件費の問題で必ず壁にぶち当たるものだが、1966年にはS Pアラームということで機械警備へ移行。さらに創業からちょうど30年後の1982年、家庭分野のホームセキュリティへ進出。例の「セコムしてますか」という長嶋茂雄氏の広告で社会に浸透したが、事業定義も「警備事業」から「安全産業」へ。その後、セキュリティ事業は社会インフラとして認知も得られ、現在では他のさまざまな事業も全部含め、いろいろなサービスを組み合わせて安全と

セコムの医療事業

なぜ、セコムが「医療・介護・健康サービス」を？

1982年 マイアラームの付加サービスとして
救急通報システム「マイドクター」提供

ご家庭での安心を追求すると…
お客様の“**生命**”を守る



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**との認識

1

マイアラームはホームセキュリティの以前の名称。国の安全保障は国民の生命と財産を守るものだが、我々はある意味で財産だけを手掛けてきた。お客さまから財産だけではなく生命の部分はどうか、何かあったときに連絡を取ってくれるようなサービスが欲しいとの声があり、胸に下げたペ

ンダントを押すと通信が出て救急車が手配される「マイドクター」を始め、今では生命の安全を守るといふ部分でも様々な事業を手掛けるようになっていふ。

セコム医療システム(株)のミッション

医療をトータルにソリューション

セコム医療システム(株)は、少子高齢化社会の中で、セコムが目指す社会システム産業構築の一翼を担い、健康・医療・介護分野において顧客(患者)本位の革新的かつ高品質なサービスを提供することで、あらゆる不安のない社会を実現します。

2

セコム医療事業の歴史-1

1988年	アメリカ最大の病院経営会社HCA社の救急医療部門を買収(その後売却)
1989年	アメリカで第3位の在宅医療サービス会社HMSS社を買収(その後売却)
1991年	セコムファーマシー(調剤薬局)による薬剤提供サービスと、訪問看護サービスによる在宅医療事業を開始(自費サービス)
1992年	24時間健康相談サービス「まっと健康ライン」を開始 社会福祉法人康和会 久我山病院と提携
1994年	ネットワーク事業スタート 遠隔画像診断支援サービス(ホスピネット)を開始 セコムケアサービス(株)による介護事業を開始
1996年	株式会社プライムステージ「サクラピア成城」の経営に参画
1997年	保険対応の訪問看護サービスの開始
1998年	セコメディック病院と提携 電動式人工咽頭「マイボイス」発売
1999年	「セコムの健康食品」販売開始 クリニック開業支援業務の開始
2000年	菱明ロイヤルライフ株式会社「ロイヤルライフ多摩」の経営に参画

3

医療事業への参入のプロセスだが、最初は救急事業をやろうと考えて、Hospital Corporation of America の救急医療部門を買収。次は在宅医療で、訪問介護を学ぶためHMS S社を買収したので始まり。日本国内では医療法の制約もあり、まず薬から参入し、次に訪問介護を開始。

病院では1992年に結核療養病院の久我山病院と提携。ここは社会福祉法人だが、結核患者が減り、都内で多くの病床を抱えて身動きが取れなくなっていた。何か手伝ってもらえないかとのことで、初めて病院経営に携わったが、その後ノウハウを積み、千葉県の子コメディック病院に至っている。

この病院は、当初「セコム病院」としたところ、厚労省から企業名は相成らんとされ、「セコム」と「メディカル」で「セコメディック」に落ち着いたもの。

セコム医療事業の歴史-2

2000年	医) 溪仁会(手稲溪仁会病院、札幌西円山病院、定山溪病院)と提携 医療法人 晋真会 ベリタス病院と提携 医療法人 横浜博萌会 西横浜国際総合病院と提携 医療用機器販売(株) マックセコムグループ入り
2001年	在宅医療向け電子カルテシステム発売 医療法人社団 誠馨会と提携 (千葉中央メディカルセンター【旧 加曾利病院】・総泉病院)
2002年	セコム医療システム(株) 設立 セコムの医療事業部門と医療関連会社3社を統合 食事支援ロボット「マイスプーン」発売 医療法人財団 神戸海星病院と提携 医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院と提携 医療法人 謙和会 友愛会病院と提携 セコム株式会社が株式会社荒井商店へ出資。 (医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院・横浜新緑総合病院)と提携

4

2000年には菱明ロイヤルライフの経営に参画。菱明という名の示す通り、三菱地所と明治生命、それから横浜銀行が始めた老人ホームだが、それぞれ100年以上の歴史がある企業であり、入居者も三菱系、横浜銀行系のかなり偉い方々。そこへ40年ほどの歴史しかないセコムが行っても「セコム、WHO?」という感じ(笑)だったが、何とか説明会を開き、説得して納得していただき、現在は三菱地所と明治生命が数%ずつ株式を所有、運営は全面的にセコムが行っている。

この頃から病院の「買収」ではなく(笑)「提携」が次々と始まったわけだが、実は病院との提携を始めるに当たって意識したのは徳洲会と中央グループ。徳洲会は1970年代から、中央グループも1980年代から始めており、20年、30年の先行にどうやって追い付くかというところだが、特に2002年から2008年までは医療費の削減ということで非常に苦しい時代を経験した。各病院が赤字を出すような状況もあって、毎月の結果が飯田代表に上がるわけであるが、くるくるとマルが付いて「何とかしろ」と戻ってくる、という時を過ごした。

セコム医療事業の歴史-3

2004年	セコムシニア倶楽部 たまプラーザ オープン
2005年	医療法人社団三記東鳳 新東京病院と提携 ※現在は(医社)誠馨会グループ
	医療法人社団あんしん会 四谷メディカルキューブと提携
	セコム健康くらぶKENKO オープン
2006年	コンフォートガーデンあざみ野 オープン
2007年	医療法人財団新誠会と提携
	医療法人財団 荻窪病院と提携
	セコムシニア倶楽部 見花山 オープン
2009年	コンフォートヒルズ六甲 オープン
2010年	セコムシニア倶楽部 港北 オープン
2011年	セコムシニア倶楽部 藤が丘 オープン セコム在宅総合ケアセンター久我山オープン
	JFE健康保険組合 川鉄千葉病院が医療法人社団 誠馨会に病院事業継承し、千葉メディカルセンターとして提携

5

その後、病院が黒字化するに従い、老健、老人ホーム、デイサービスといった病院の周辺的な事業も手掛けるようになった。

最後の千葉メディカルセンターは、JFEの健保組合が運営する病院が面倒を見てほしいとの話で、つい昨年グループに入ったばかりだが、すぐに建て替えを行った。

セコム医療システム(株)の商品・サービス一覧

	個人向け	医療機関向け	その他(企業・自治体など)
健康	<ul style="list-style-type: none"> セコムの健康食品 24時間電話健康相談 セコム健康くらぶKENKO 		<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣改善支援 MPカウンセラー
医療	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤サービス 訪問看護 	<ul style="list-style-type: none"> 病院運営支援・提携 遠隔画像診断(ホスピネット) ユキピタス電子カルテ クリニック開業・運営支援 在宅医バックアップコールサービス 	
介護	<ul style="list-style-type: none"> 通所介護 訪問介護 マイスプーン・マイボイス 有料老人ホーム(自立型、介護型) 		<ul style="list-style-type: none"> 介護予防スクリーニング 健康寿命100 
その他	<ul style="list-style-type: none"> マイドクター(救急通報) 	<ul style="list-style-type: none"> 人材紹介 医療用機器販売 	<ul style="list-style-type: none"> AEDパッケージサービス

6

現在抱えている商品・サービスはこのように多岐にわたっているが、一つトピックとしては遠隔画像診断のホスピネット。CTやMRIがどんどん普及する一方で、それを読める放射線科医は日

本で約 3,000 名しかいないと言われる。そこで、通信回線を使って画像を読影の専門医に送り、読んだ結果を還元する仕組みを作った。レベルの高い画像診断を提供し、ある意味ではCT、MRIの普及促進にもなるだろうと始めた事業。最初は赤字続きだったが現在は黒字化し、似たサービスをやるところも出始めた。ネットワークが発達した結果、中央に集中させるのではなく、大学等の先生がローカルで対応するといった動きも。



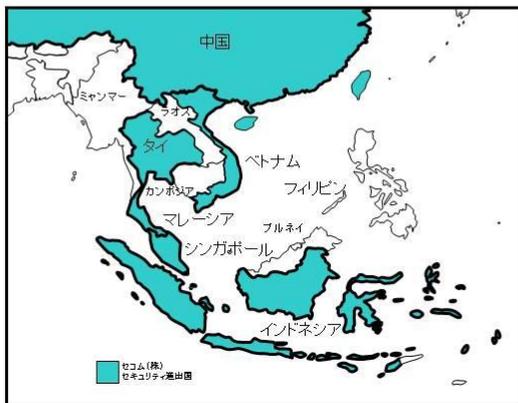
これは提携病院の全容。残念ながら名古屋がないが、関東、北海道、大阪に 18 病院を展開。

セコム医療事業の国際化

1. 国際化の目的

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「安心・安全」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。

2. ターゲットマーケット – アジア



セコム(株)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である。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盤をかためる。

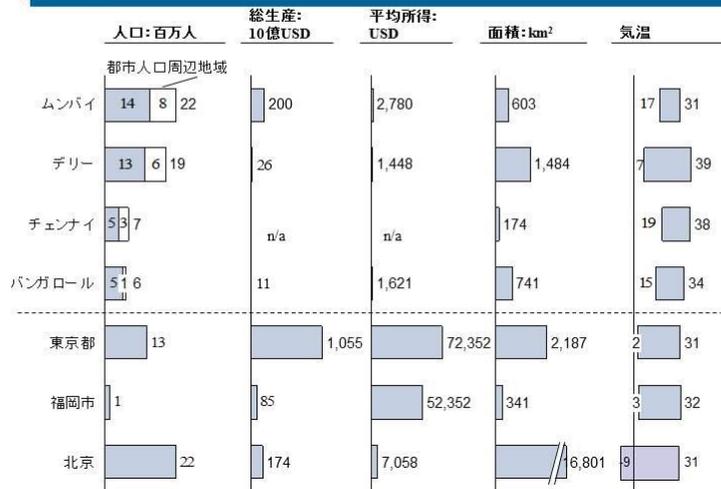
8

私は2010年に医療を離れて国際部門に移ったが、セコム医療事業の国際化を進めようという動き。インドは後述するが、一方で高齢化に向かう中国についても動いている。中国は利権の世界で「俺がやればこれだけの広大な土地がただで手に入るからやらないか」といった話が舞い込んでくる。先日、日経新聞に載ったのは、上海地区で再開発の特別会社のようなところと合弁で高級老人ホームをやるというものだが、ご多分に漏れず現在は宙に浮いている状態。病院事業をアジア諸国でいかに展開していくか、我々のノウハウを持っていく手はないか、と医療の国際化を始めているが、相手の国によってもかなり異なり、まだまだ模索している部分もある。

これからインドの例をお話するが、医師のレベルはかなり高い反面、看護のレベルは非常に低く、リハビリという概念がまだまだ少ない。セコムは初台リハビリテーション病院と提携し高い評価を得ており、石川誠先生（初台リハビリテーション病院理事長）という積極的にリハビリを手掛けるドクターもおられるので、そんなところも提供できるのではないかと考えている。

インド市場 主要4都市の概況

当該4都市は人口的には日本の主要都市と遜色ないものの、経済的にはまだ小規模

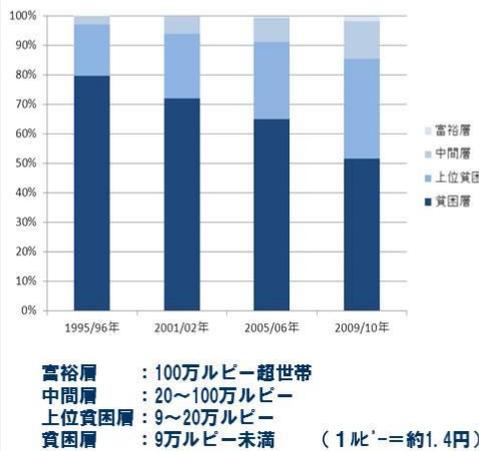


豊田通商(株)調べ 11

インドへ進出するに当たって主要4都市を比較したもの。ムンバイ、デリー、チェンナイ、バンガロールとあるが、バンガロールは新興の都市で所得が非常に高い。そして何よりも気候が安定的で、温度は高いが高原なのでそれほど暑くはない地域。ムンバイは気温だけみれば低いのだが海に近いので蒸し暑く、また古い町では新しいものへの抵抗が非常に大きいということもあり、現在は避けているところ。今後はインドネシアなども考えてはいるが、まずインドを成功させようというのが現状である。

インド市場 所得水準

インドの所得階層別世帯比率の推移



インドの賃金水準 (2011年)

昇給率	スタッフ13.2%、工員12.4%
賃金水準 (オフィス)	課長Rs.96,419/係長Rs.56,538/ 事務Rs.30,426/受付Rs.17,475
賃金水準 (工場)	工場長Rs.150,241/班長Rs.43,964/ 技術者Rs.25,345/工員Rs.14,090
初任給	高卒Rs.10,015/大卒Rs.20,355
離職率	部長級2.5%/管理職8.0%/スタッフ12.4%/ エンジニア11.2%/工員10.6%

2011年JCII(インド日本商工会)賃金実態調査

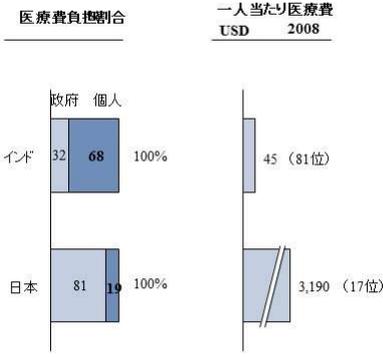
12

インドにおける医療の概況

インドの医療は民間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

インドにおける医療概要

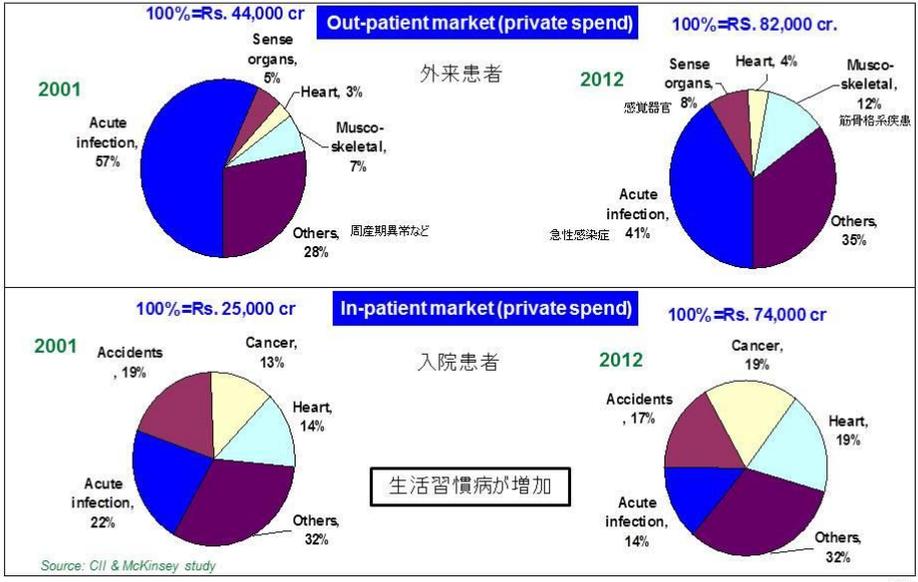
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> 公的医療保険は存在しない 国民の約5%が民間医療保険に加入 医療保険は入院患者にのみ適用
医療費の決定	<ul style="list-style-type: none"> 医療費 <ul style="list-style-type: none"> 保険未加入者: 医療機関が決定 保険加入者: 病院から申請された請求書をTPAが適正かどうか吟味し、保険者に請求。保険者が病院に直接支払 医薬品 <ul style="list-style-type: none"> 患者への販売価格は製薬企業が決定 病院の購買価格は、製薬企業と交渉 臨床検査 <ul style="list-style-type: none"> ラボ、病院が独自に設定し、患者に直接請求
病院	<ul style="list-style-type: none"> 政府系病院は全額国庫負担 私立病院は事実上、富裕層対象 私立病院の主な収入源は、臨検、薬局、食堂



脚注1: TPA (Third Party Administration), 民間組織で35-40程度インドに存在
 出典: インタビュー、WHOウェブページ、Global Insight Report: India 17 January 2008

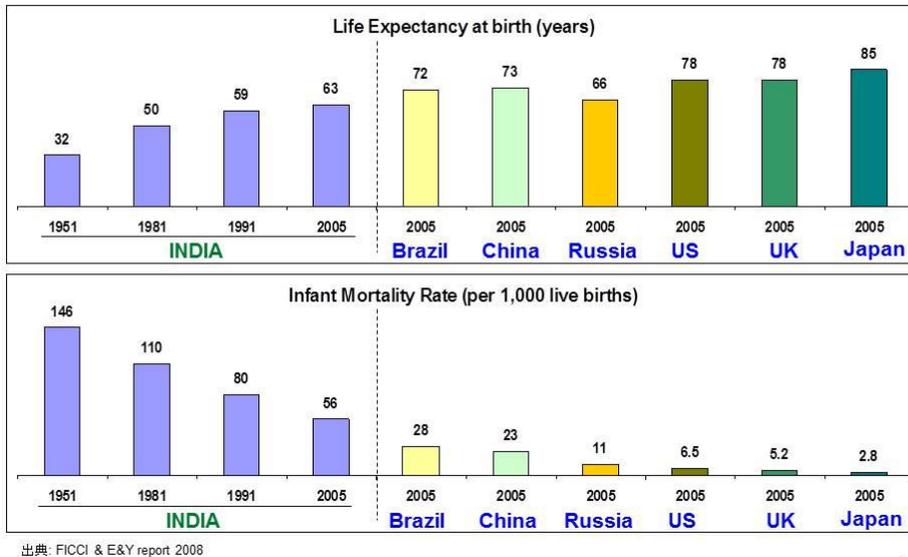
インド医療の概況としては、民間への依存が高いことが挙げられる。日本は基本的にほぼ国の保険でカバーされ、個人負担19%だが、一方インドは無料診療などもあるが医療費で見れば7割近くが個人負担。

入院患者/外来患者の来院理由



入院患者の来院理由を見ると、急性感染症が圧倒的に多い。

【参考】各国平均寿命



15

日本の平均寿命は圧倒的に長いですが、インドも63歳まで伸びてきた。小児死亡率の低下とちょうど逆相関の格好。

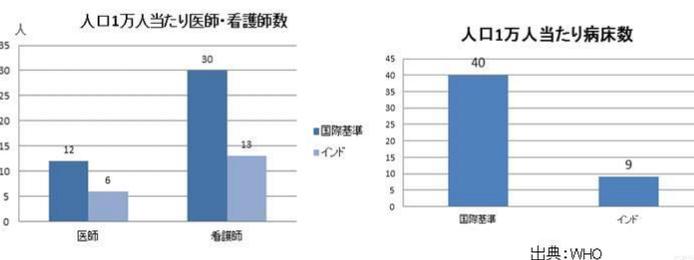
治療費の水準及び医療提供体制

各国での治療費用の目安 単位: USD

治療内容	米国	韓国	タイ	インド
心臓バイパス手術	144,000	28,900	15,121	5,200
人工関節置換	50,000	14,120	7,879	7,000
歯科インプラント	2,800	4,200	3,636	1,000
フェイスリフト(しわ取り)	15,000	15,300	3,697	4,000
レーシック(両眼)	4,400	6,000	1,818	500

出典: medical tourism association 2010調査

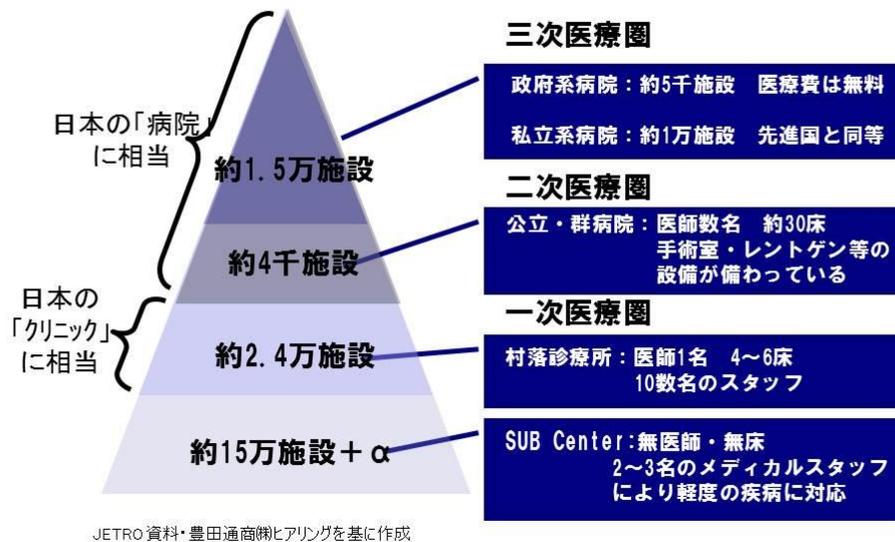
医療提供体制



16

治療費の比較では、インドは心臓バイパスなどが異常に低く、タイと比べても3分の1。人工関節置換もタイと同等。歯科インプラントも他国の3分1から4分の1。しわ取りは需要があるのかどうか分からないが、アメリカの4分の1。タイはさらに安価だが、市場として既に確立しているのかも。レーシックに関してもインドはかなり低い。

インドの医療機関の分類



17

医療機関の区分は正確にはよく分からない部分もあるのだが、JETROと豊田通商の調査結果によれば、このような構成比率で病院が存在している。「二次医療圏」と言うと日本では200床程度かと思うが、インドでは30床ぐらいが相当する格好。

All India Institute for Medical Sciences

All India Institute for Medical Sciences
(A.I.I.M.S 国立インド医科学研究所)

- >総合病院/国営
- >ベッド数：2,600床
- >病院の特長：
 - ✓ インドで最高の医療を提供する病院
 - ✓ 医療に関する最高学府。(授業料は無料)
 - ✓ 設立目的は
 - 最高の医学教育を授ける
 - 最高の医療を提供する
 - 最高の医学研究を営む



シン首相も
ここで治療

【ヒアリング内容】

- 病院運営
 - 国営病院故、治療費は無料。手術費用のみ徴収。(但し、治療を受けるには紹介状が必要)
 - 毎年予算を政府から割り当てられて運営。予算に限りがあるため、「予防」はノータッチ
 - 医師はコンサルタント料を受ける等副業は不可
- 困っている点
 - 看護師の確保が課題。24時間勤務の医師はモチベーションが高いが、看護師は中東等給与の高い国に転職
- その他
 - 患者の90%がインド人(デリー近郊50%)
海外からの来訪も多く残り10%外国人

18

これはインド国営の大学病院で、設立趣旨は最高の医学教育と、最高の臨床医療、最高の医学研究と、まさに大学設立の趣旨に沿ったもの。注目は、困っている点で看護師の確保が課題とされているところで、医師よりも看護師が不足している格好。

Sri Ramachandra Medical Centre

Sri Ramachandra Medical Centre
(ラマチャンドラ医科大学病院)

- 総合病院/私立 大学病院 @チェンナイ
- ベッド数: 692床
- 外来・入院患者: 3,500人
- 病院の特長:
 - ✓ 南インド最大級の総合病院
 - ✓ 広大な敷地内に医科大学、附属病院、研究施設を併設し南インド地区の三次医療を担う
 - ✓ ハーバードメディカルスクールと提携し、交換留学、学部設置のアドバイスを受ける



【ヒアリング内容】

■病院概要

- 1985年 非営利の民間組織として設立。インドにおける先端医療、医療教育機関として4000人の学生を受け入れる。
- 医師は米国留学経験者が多い、他はUAE、ドバイにも
- 研究開発にも注力、特に医療機器
- 将来的にUAEやサウジアラビアに病院運営ノウハウを輸出したい

■困っている点

- 看護師の確保が課題。給与水準が低く社会的地位も低い。高給を求めて転職が多い。
- 看護師がすべての業務を行っている。本業に集中させる体制を整えることが重要。
- 最近漸く『看護職』という考え方が出てきた。この考えを浸透させることが病院の使命。

19

Sri Ramachandra Medical Centre

【病棟】



【スタッフステーション】



【救急外来】



20

これは民間の医科大学病院だが、ここでも看護師確保が課題。給与水準も社会的地位が低く流出を招いているという。

Kokilaben Dhirubhai Ambani Hospital

Kokilaben Dhirubhai Ambani Hospital & Medical Research Institute

- 総合病院／私立、但し非営利
- ベッド数：750床
- 医師数：103人
- 病院の特長：
 - ✓ 09年1月リライアンスグループが非営利目的で設立
 - ✓ 最先端の機材を揃えた大規模病院



【ヒアリング内容】

■設立の背景

- インド人の消費は①食費、②医療費の順番のため、成長分野と判断。加えてリライアンスGのビジョン・CSRから、大きな資本投下を必要とするビジネスではあるが、トップダウンで設立を決定
- 同社ブランドイメージを傷つける懸念もあったが、インドにとって病院設立は必要と判断。リスクをミニマイズするために①医師はフルタイム勤務者のみと契約、②外国から優秀なスタッフを雇用。
- 15キロ圏内に人口も多く、競合病院がないため、マーケティング未実施
- メディカルツーリズムの許可も得たが、先ずはインド国民向けにサービスを提供していきたい
- 他の地域でも展開予定

■その他M&H業界で市場拡大が期待される分野

- 保険が最速。医薬品、メディアシステム、健康・予防関連、疾患マネージメントサービス等

21

これは非営利の総合病院。リライアンスグループというインドの大財閥が設立した、いわゆる非営利法人の財団が運営している。韓国で言えばサムスンやヒュンダイの病院のような、大企業がバックアップする財団法人病院を考えて貰えばよいと思う。ここには書かれていないが、看護師の問題はどこでも挙げられる課題。

Colombia Asia Hospital

Colombia Asia Hospital @ Bangalore

- 総合病院／私立
- ベッド数：100床
- 医師数：30人
- 病院の特長：
 - ✓ マレーシア資本の病院。
 - ✓ マレーシア・インドネシア・インド・ベトナムの4カ国で展開
 - ✓ 病院運営の仕組み、施設・調達は各国共通
 - ✓ 2012年までに4カ国で17病院開業予定



2階建て。
1階・・・受付、緊急外来、診察室、検査室、手術室。
2階・・・入院患者用病室

【ヒアリング内容】

■成功の秘訣

- ① サービスが最重要。
(→全てのスタッフの挨拶の徹底)
- ② 医師のレベル、医療レベル、機器、場所

■マネージメントと医師/

- マネージメントが全て決定
(但しChairmanは医師)

■IT化推進/電子98%完了

- ①顧客利便性、②コスト削減、③セキュリティ管理徹底

■困っている点

- 看護師の確保 → モチベーションアップを図る

■その他

- 藤田病院と提携
- 患者の95%がインド人。5%外国人。

22

これは隣国のマレーシアが進出した病院で、藤田保健衛生大学と提携。ここも困っている点は看護師の確保。日本では医師の確保がいつも課題だが、インドでは看護師の確保が共通の課題。

Glitzy foreign shores beckon Indian nurses

Pavan MV | TNH

Mangalore: Jacintha Saldanha, the nurse at King Edward VII Hospital in London, was just one player of the big success story of Indian nurses. Just like Indian doctors, nurses too are in high demand across the globe.



BIG DRAW: Nurses go abroad for better exposure and pay

Undivided Dakshina Kannada is the hub for nursing colleges in the state. More than 30 colleges are situated in this region, and most students pursuing nursing courses are from different states of the country. There is a huge demand

for nurses in India, but many students still prefer to work in foreign countries.

BV Kathyayani, principal of Dr MV Shetty College of Nursing, told TOI that according to the World Health Organization, about 40.5 lakh nursing jobs are vacant, and as per the Indian Nursing Council, there is a shortage of 20.3 lakh nurses in India.

WE GET EXPOSURE: STUDENTS

Swathi A, a BSc nursing student from Kerala said, "Since we spend huge amounts of money on the course, we prefer working in European countries. The money we can earn in 10 years working here, can be earned in a couple of years in foreign countries."

Laxmi D, another BSc nursing student added: "We also get exposure to global standards of medical services."

She said, "Every year, around 500 students join our college for undergraduate and postgraduate nursing courses. Of these, 70% are from outside Karnataka." Among non-Karnataka students, 50% are from Kerala, she added.

Most of the students prefer to work in foreign countries as salaries in India range from Rs 6,000 to Rs 14,000 per month. But abroad, nursing graduates get a salary of Rs 1.5 lakh to Rs 2 lakh per month, said Kathyayani.

BA Yathi Kumaraswamy Gowda, principal of Alva's College of Nursing (ACN), pointed out that nurses prefer to work in Europe and America because people and hospital authorities in these countries don't discriminate between doctors and nurses. He said "nurses get more respect in foreign countries than in India".

In ACN every year, 145 students join nursing courses and 70% of the students are from other states. In Father Muller College of Nursing (FMCN), more than 100 students join nursing courses every year of who 50% are from other states, especially Kerala. Sr Winifred D'Souza, principal of FMCN, said good infrastructure and quality education draw students.

看護師の問題についてはインドの英字新聞記事を紹介したい。(赤線部分だが) lakh というのは 10 万を示す単位で、WHOの調査によれば世界全体で看護師 400 万人が不足。インドではその半分の 200 万人が不足していると言うのだが、看護師の給与レベルを見ると、インドでは月収 6,000~1 万 4,000 ルピーなのが、海外へ出ると 15 万~20 万ルピーになるとのこと。もともと英語で教育を受け、海外へ出ることには抵抗はなく、収入が 25 倍になるのだから優秀な者からどんどん海外へ流出し、残った人を取り合っているのが実態とのことである。

インド病院概要

病院名： SACRA WORLD HOSPITAL

事業費： 1,900百万ルピー（約30億円）

出資	： セコム医療システム(株)	40.0%
	キルロスカ財閥	34.6%
	豊田通商(株)	25.4%



- ①病院形態： 総合病院
- ②主要診療科： 脳神経、整形、脊髄、外傷(トラウマ)、心臓外科
- ③設立地： バンガロール東部のIT企業と高級住宅地の集積する地域
- ④ベッド数： 288ベッド
- ⑤従業員： 医師約200名、看護師約400名
- ⑥延床面積： 24,700㎡(地上8階、地下2階)
- ⑦特徴： 周辺住宅地にアッパー層、アッパーミドル層が居住
幹線道路沿いでの患者を誘致しやすい立地

23

セコムが始める病院だが、まず 288 病床で開始。病院名はSACRAというが、決めるにあたってはインドのパートナーといろいろ議論があった。我々は日本の「桜」のイメージと「聖なる」という意味合いを込めていたが、インドでは、正確な発音は分からないが「サクラ」というと脊椎や頸椎のことで、整形外科のイメージだと難色が示されたという。

出資はセコムが 40%、キルロスカ財閥はトヨタ自動車の提携パートナーでもある財閥で、その関係で豊田通商も加わって 3本の矢でやることになっている。なぜキルロスカと合併したのか、と言われると、豊田通商の存在もあるが、もともとキルロスカ財閥のご婦人が医療を手掛けたという熱意があり、強いご要望があったもので、それを受けて組んでいこうという格好になった。バンガロールの高級住宅地が集積する地域でスタートすることになった。

インド病院立地状況



概要

- カルナータカ州の州都
- 政府の支援もあり、多くの知的産業が発展
- 特にIT産業が集積しており、インドのシリコンバレーと呼ばれる

人口

- インドで4番目の人口
- 約540万人(2009年)
- 人口密度：約7700人/km²(東京23区：約13500人/km²)

所得

- 平均所得：約1600USD(2006-2007)
- 百万ドル以上の所得者：1万人以上
- 10万ドル以上の所得者：6万人以上

主産業

- インドのIT輸出の1/3を占める企業が存在
Infosys, Wipro, Tata Consultancy Services, Google, IBM, Hewlett-Packard, Yahoo, Oracle, Cisco, Microsoft and Intel
- インドの265のバイオ企業の約半数がバンガロールにオフィスあり

24

立地したバンガロールは、皆さんよくご存じかと思うがインドのIT輸出の3分の1を占める企業が存在しており、いわゆるIT都市と言ってよいところ。

インド病院建設現場



26

インド病院建設現場



27

【ご参考】病院周辺環境 (3km圏内)

◆住宅エリア



28

余談だが「報道ステーション」で流れるセコムのCMでは、この建設現場を使い本物のドクターが出演している。

参入への課題

- 製品品質
 - 性能が良い≠売れる
 - 従来品の80%の品質で50%の価格
 - 現地生産・新興国用製品の開発も検討→旧バージョン製品活用も
- 価格
 - 欧米勢はすべての価格帯での品揃え(現地生産+開発も)
 - ミドル - ローエンドは中韓+インド勢
 - プレミアム層(2~3%)向け製品の輸出から始め、現地生産、現地開発も視野にボリュームゾーンへの浸透を図る
- 販路
 - 現地代理店管理は最重要課題...代理店任せではダメ
- 販促
 - 現地医療関係者「日本製品の良さは知っているが現物を見ない」
 - 製品だけでなく診断・治療(予防)方法や患者QOL向上含めた提案が重要
 - 日本の病院や他日系メーカーとのコラボレーション

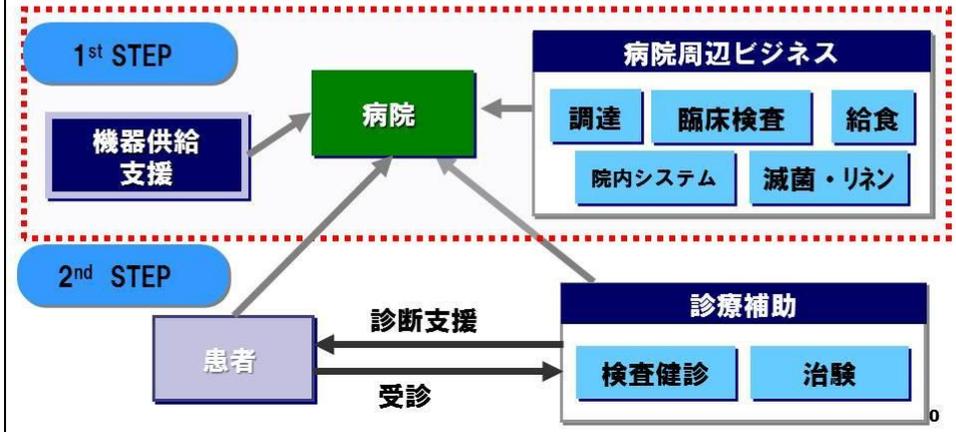
29

参入への課題をまとめたものだが、まず「性能が良い」ということと「売れる」ということは別。日本製品は性能が良いと言うが、むしろ80%の品質でよいから価格を50%にしないとダメ。品揃えという点で日本はレンジが狭く、欧米勢は広い。しかしミドルからローエンドでは価格一本で攻めてくる中・韓・インドに太刀打ちできない。ハイエンドでの品揃えと、やはりそこでも価格。それがないと折角の技術も無駄。

また、GEなどは研究所、あるいは開発センターをインドの中に持ち、ある意味で現地化が進展。さらに販路・販促の部分では、直販が理想という結論になるのかもしれないが、少なくとも現地でしっかりとした代理店、もしくは体制を作る必要がある。前回の委員会でも議論になった通り、ここはかなりのコストがかかる部分だが、製品開発と同時に販路を作って維持するためにコストをきちんとかけない限り、普及はあり得ない。

インド医療分野の展開方針

- 日本の優れた医療システムをインドに輸出、または逆を狙う
- ◆今回進出するSACRA WORLD HOSPITALの展開を支援する病院周辺ビジネスを開拓すると共に、日系企業の進出をサポート
 - ◆疾病構造変化に伴う健診・予防ビジネス展開の可能性を探る



病院というよりは医材料の話になるが、これからインドで展開するにあたって、どういう格好で進めるかという議論。できるだけ日本型医療というものを出したいが、インドは看護師も含めてすべて英語で教育を受けており、ベースはグローバルスタンダードで進める必要がある。

また、先に述べたとおり公的負担は20%に過ぎず、民間保険も未発達。自費医療圏における医療経営の実験になるわけで、様々な問題が起こると予想される。

また看護師の不足とレベル向上が課題であり、人材確保とチーム医療をどう進めるかもポイントになる。

医療機器分野での取組方針①

SACRA WORLD HOSPITALの活用

<Phase1>

- ◆ 合併病院をショールームとして日本製医療機器を紹介
- ◆ 当社とインド医療機器卸との合併事業体を通じてインド医療機関に販売

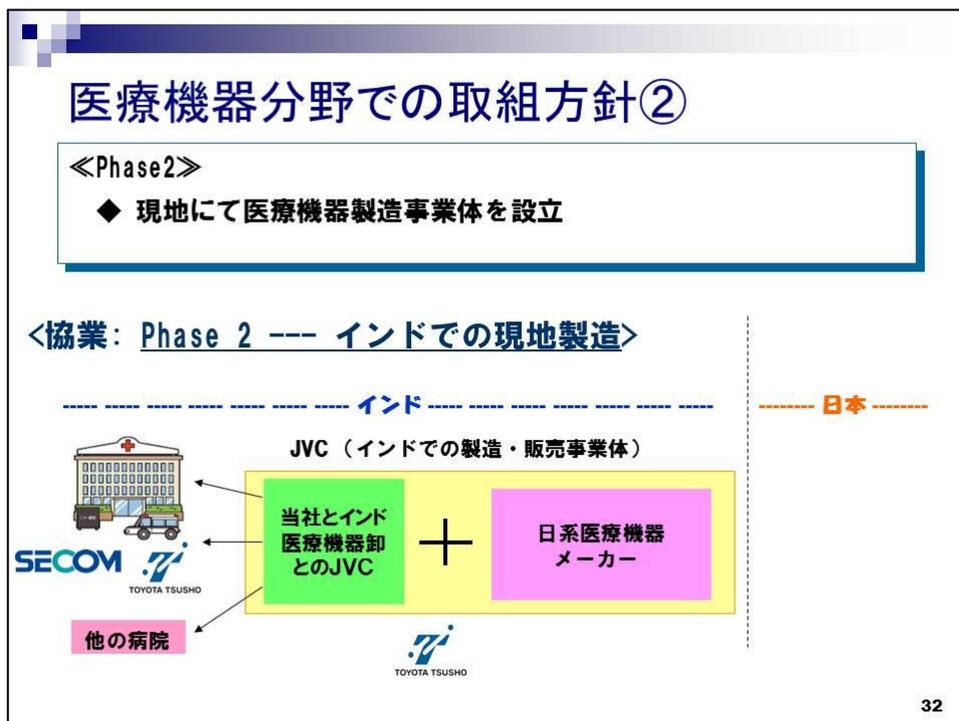
<協業: Phase 1 --- 完成品の販売>



31

この部分は豊田通商でまとめたものだが、フェーズ1から3を考えている。

まず、この合弁病院を、日本製医療機器を紹介するショールームにしたい、という思いがある。しかし実際は、インドでの日本製機器への評価は高いものの知名度が低く、馴染みのある欧米の機器を選びたがるため、日本の機器は価格をかなり下げないと難しいのが実態で、最終的にはフィリップスになった。機種選定はパートナーの納得が必要で、出だしからケンカしてもしかたがないという判断もあるが、合弁病院を日本製品のショールームに、という思いは実現できていないのが実態。余談だが、建て替えた松戸の新東京病院をインドのパートナーが見学した際、最新機器がフィリップスやGEなどすべて欧米製で、「日本の機器はどこにあるのか」と驚かされてしまったことも。



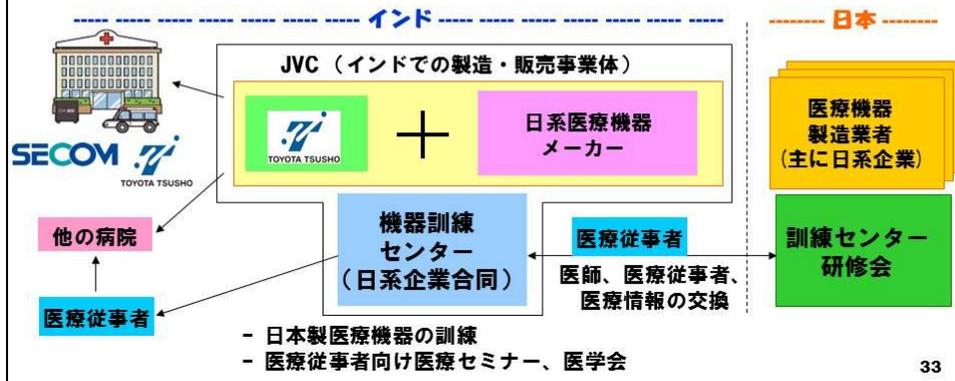
先にも言ったが、「性能が良い」と「売れる」は別で低価格が求められるし、品揃えも必要。GEが研究所や開発センターをインド国内に持っているような、現地化を進める必要がある。

医療機器分野での取組方針③

◀Phase3▶

- ◆ 日本製医療機器の訓練センター設立
- ◆ 日本の施設と連携し、日印医療従事者の交流を通じた機器販売促進

◀協業：Phase 3 --- 日本と連携した機器研修体制の構築▶



その上で日本との連携を進めるのがフェーズ3。これは豊田通商の考えではあるが、基本的にインドはこれから伸びていくであろう魅力的な市場。

さいごに

- インドは魅力的な成長市場
- 医療インフラの整備はこれから
 - 伸びる余地は十分
- 生活習慣病の増加
 - 糖尿病患者は将来1億人超へ
- 早期診断・予防へのニーズは今後ますます高まる
- 日本の医療機関・日系メーカーの経験・ノウハウが必ず役立つ市場
- インド(新興国)こそ医工連携して取り組む市場

34

インドでも生活習慣病が増加しており、そういった部分の医療サービスが非常に重要になることも確か。我々としては、これまで培ったノウハウをでき得る限りインドに移植し、医工連携を成功させたいと考えているところである。

最後に新病院の最新状況について。7月のオープンに向けてまだまだ人材登用を進めているところだが、心配していた看護師は、ヘッドクラスは1ヶ月ですぐに埋まった。これは一見良いことのようにだが、実はそれだけ簡単に人が動くわけで、流動性が非常に激しいことを意識しておく必要がある。

医師は面接を進めているところだが、日本での採用と大体同じスタイル。面談を2～3回行って気心を知り、性格等も判断した上で、どの程度の患者をどれぐらい診られるのか、数字のコミットメントまではともかくとして、おおよその計画を立てながらリクルーティングを行っているところ。

ヘッドは在日の経験もあるインド人の医師だが、我々の提携病院に在籍する国際的にも著名な内視鏡医でオリンパスの社外取締役でもある藤田力也氏の下で訓練を受けた人。その下にアドミニストレーションを行う医師と、セコムや豊田通商、キルロスカの人たちとマネジメントする委員会のようなものを置く組織形態で運営する予定。

以上、セコムの医療への取り組みについてご説明した。

(了)

(文責：日本経済調査協議会医療産業モデル研究委員会事務局)