

日本の医療の発展と 新興国市場展開への示唆

山田謙次



CONTENTS

- I 日本における医療の発展の歴史と事業主体の発展
- II 日本の医療がもたらした成果と新興国の医療政策への示唆
- III 新興国の医療上の課題と日本の経験を活かした市場展開

要約

- 1 日本は明治時代に当時の先進国ドイツの医療制度を規範として取り入れ、第二次世界大戦後から半世紀をかけて、医療機関の整備、医療保険制度の拡大、医療従事者の養成、医療技術の開発を行ってきた。日本のヘルスケア産業も欧米諸国の医薬品・医療機器を導入しながら、やがて独自の医療技術、医薬品・医療機器などを開発してきた。現在、新興国は医療制度の構築や医療機関の整備を急速に進めている。その過程は日本がたどって来た道と極めて似ているが、日本が半世紀かかった医療水準を、短期間で一気に達成しようともしている。
- 2 戦後、日本の医療は独自の発展を遂げ、国内の研究振興と同時に欧米の新しい医療技術を積極的に取り込んできた。その結果、日本の医療水準は世界でもトップクラスとなる一方で、コストとの対比では非常に効率的な医療体制が構築された。また、官民を通じた医薬品・医療機器の研究開発力の高さから、国内市場を満たすことはもちろん、輸出力を持つ企業をいくつも輩出した。
- 3 新興国は、経済力の向上とともに医療政策の強化に力点を置き、ヘルスケア産業の振興も重視している。①複数の医療機能の整備、②医療保険制度の対象拡大、③医科大学の整備、④ヘルスケア産業の振興——などが重要政策課題である。新興国市場で出遅れている日本企業にとって、こうした変化はビジネスチャンスである。日本政府、医薬品・医療機器業界、関連サービス業などが、自らのこれまでの経験を踏まえ、各国のニーズに総力を挙げて応えることは、日本のヘルスケア産業全体のビジネスチャンスと捉えることができる。

I 日本における医療の発展の歴史と事業主体の発展

1 新興国の市場変化を読み解く ヒントは日本の経験にある

経済成長の続く新興国において、「医療の充実」は国家的な課題である。高水準の医療サービスは、経済成長の果実の配分のなかでも、国民が最も強く求める領域の一つである。そのため、国家体制を維持するという目的も含めて、どの国でも経済水準がある段階に達すると、医療には例外なく積極的な政策が打たれる。先進国のヘルスケア産業が、次の市場を新興国に求める理由もそこにある。医療政策の強化に伴い、医療機関の整備や、医薬品・医療機器などの需要が量的に拡大するとともに、質的にも向上する。

新興国への進出を検討する外国のヘルスケア産業にとって、進出国の医療サービスの充実度とその発展性をどう見るかによって戦略が変わってくる。通常、新たな市場は、たとえ自社に適した事業コンセプトがあったとしても、現地でニーズが本当に顕在化するかどうかには常に不確実性が伴う。市場の成長をどこまで信じて投資をするのかは、経営者にとって重大な判断事項である。

業種を問わず日本企業全般にいえることは、政治的リスク・為替リスク等も含めた新興国特有の不確実性にとらわれ、事業拡大に向けた投資が消極的になりがちな点である。その結果、欧米の大手企業の後塵を拝することが多く、ヘルスケア産業でも同様の傾向が見られる。

新興国の市場拡大の不確実性を完全に払拭することは不可能であるが、欧米企業はなぜ

先行投資できるのであろうか。答えの一つに、彼らは新しいフロンティアを常にそのときどきの新興国に求めてきており、リスク対応への経験値が高いことが挙げられる。

これに対して日本のヘルスケア産業は、これまで国内および欧米の先進国市場の開拓で成長してきたため、新興国展開への経験値が低い。

しかし別の視点から見ると、日本は新興国の市場成長を的確に読める可能性がある。それは、「日本もかつては新興国であった」という事実である。日本のヘルスケア市場がどのような成長をたどり、その過程でどのようなニーズや課題が顕在化し、それに関連企業がどのように対応してきたのかを検証することができれば、今後同じような市場が成長していくと見込まれる新興国において、節目節目でどのように対応すればよいかの大きなヒントがあるはずである。

2 新興国の発展の視点から見た日本の医療状況の変遷

野村総合研究所（NRI）は、日本のヘルスケア産業が新興国に進出・事業拡大する際の支援に当たって、以下の現地の医療状況を注視している。

- ①医療機関の整備
- ②中間所得層を対象とする医療保険制度の創設または拡大
- ③医療従事者の養成
- ④疾病構造
- ⑤医療サービスの標準化と独自の技術開発

——である。これらが日本ではどのように変化し、ヘルスケア産業にどのような影響を与えたのかを述べる。

(1) 医療機関の整備

日本の医療機関は第二次世界大戦により大きな打撃を受けた。戦中の病院数は3000以上であったが、1945年には400程度まで減少した（2010年時点での病院数は約8700）。その後、1950年に「医療機関整備計画」が、51年には「基幹病院整備計画要綱」が策定され、これにより病院の病床数の整備目標が定められるとともに、公立病院を中核とする整備が進められた。この当時の公立病院は医師の養成機関の色彩が濃く、対象も貧困層や中間所得層ではなく、富裕層が中心であった。

やがて国の経済力が高まるにつれ、中間所得層向けの医療機関の整備が求められた。もともと明治・大正時代から「救貧医療」を目的とする日本赤十字社や恩賜財団済生会が設立されていたが、1955年に、これらの団体を主体とする「公的」病院への補助制度が創設され、地域医療の充実に大きな役割を果たした。さらに1960年には医療金融公庫が創設されて民間の医療機関への助成・融資が行われやすくなり、これにより民間病院の整備は大きく前進した。

日本の医療機関は民間経営の割合が高いことが特異であると指摘されることが多い（病院の7割、診療所の8割が医療法人または個人の設立による〈厚生労働省「医療施設調査」2010年〉）。これは、経済成長に伴って政府に税収が十分に入る前に民間部門での資金調達が生やすくなるという新興的な発展過程を遂げたことも一つの要因であると考えられる。後述するとおり、アジアの新興国でも同じパターンを示している（なお、日本は医療法により株式会社などの営利組織は病院を経営できないことになっているが、医療法制定前に設

立された企業立病院は現在でも株式会社の傘下にある。また、民間医療法人は法人税を課されており、国際的な統計上、こうした経営主体は「営利=for profit」に分類されている）。

1960年代からは、国立がんセンターや国立小児病院など、機能的に特化した国立の専門中核病院（ナショナルセンター）や全国各地に救急病院が整備された。これは経済力のさらなる向上に対応して、より高度で専門的な治療に対応する医療機関が整備されたことを示している。

このような日本の医療機関の整備の歴史と同様の動きが、アジアの新興国でも見られている。これらの国では、まず中核病院が国や州政府により設立される。多くは富裕層・特権層の患者を対象としている。

経済力が高まるにつれて民間により病院が整備され、病院によっては富裕層はもちろん、中間所得層までを対象とするようになる。アジアの新興国では病院が株式会社の形態を取ることもしばしばある。

近年は、がんや循環器疾患を専門とする病院が整備され、高度画像診断センターなど日本ではあまり見られない機能に特化した検査センターが設立され始めている。

(2) 中間所得層を対象とする医療保険制度の創設または拡大

1956年に鳩山一郎首相は、60年までに国民を包含する総合的な医療保障計画を進める旨を宣言した。それまでは、戦前に施行された健康保険法による「企業別健康保険」、農民救済を目的とした「(旧)国民健康保険」「公務員共済」などは存在していたが、都市

部の自営業者や中小企業の従業員向けの医療保険はなかった。

その後、1958年に（新）国民健康保険法が制定され、すべての国民がいずれかの医療保険に加入する国民皆保険制度が成立した。この国民皆保険制度の成立に伴って、医療需要は大きく膨らみ、高度成長期に医療費は、当時の経済成長以上の速度で拡大することとなった。

多くの新興国も医療保険の対象拡大には積極的である。これまで多くの国では、公務員など一部の特権層に向けた医療保険制度はあったが、自営業者、中小企業の従業員、農民を対象とする医療保険は存在しない場合が多かった。しかし現在、国によって順序は異なるが、経済成長とともに国民皆保険の方向に徐々に移行している。こうしたことにより、新興国の医療費は、経済成長と同等かそれ以上の成長を見せ始めている。

(3) 医療従事者の養成

日本では、明治政府が富国強兵のため欧米先進国の制度を積極的に導入したのと同様、医療でも、1868年に西洋医学の採用が布告されたのに続き、71年にはドイツ医学を中心とすることが決定され、これが今日の日本の医療政策の源流となった。

当初は漢方医界との軋轢もあったといわれているが、明治政府は、西洋医学教育に基づく医師免許を取得した者にしか開業を認めなかった。

西洋医学を導入する中核機関として、東京、京都、九州の各帝国大学に医学部が設置された（東北帝国大学医学部は大正時代の設立）。明治政府は当初ドイツから招聘した医師を教

授としていたが、優秀な学生をドイツなどに留学させ、彼らの帰国とともに交代させた。

また、各帝国大学で正規の西洋医学教育を受けた卒業生を各地の医科大学や医学専門学校の教授とした。加えて、東京帝国大学医学部はドイツの医局講座制を導入した。これが現在でも医学界に影響の残る学閥や医局制度の源流である。

第二次世界大戦中は軍医を短期間に養成する必要があったため、終戦時には医科大学が18校、医学専門学校は、臨時医専（大学医学部や医学部に付属する臨時医学専門部）を含めて50校設立されていた。新制大学への移行が始まる1949年に、医学専門学校は28の大学医学部または医科大学に再編された。

さらに、1970年代には国民皆保険制度の導入などによって医療需要が増大し、医師数の不足が問題視された。そのため医科大学が順次増設され、田中角栄内閣時代に「一県一医大構想」が提唱された。その結果、都道府県および政令指定都市すべてに大学医学部または医科大学が設置され、合計80校となった。ただし、その後は認可されず、1979年の琉球大学医学部が最後である。このような経緯から日本には医学専門学校（メディカルスクール）が現存せず、医師はすべて大学医学部で養成される。

東京、京都、九州、東北の旧帝国大学は、それぞれが競争をしながら医学研究を進め、独自の診断・治療手法を開発してきた。製薬・医療機器会社は、これらの大学をパートナーとして共同研究を行い、新しい医薬品や医療機器を次々と開発していった。

新設の大学医学部・医科大学にはこれら旧帝国大学医学部から医師が派遣され、いわゆ

る学閥を形成していった。医薬品・医療機器の使用法についても、旧帝国大学の流儀が学閥のなかで継承され、そうした医薬品や医療機器については多くの大学病院で臨床経験が積み、世界に通用する水準を目指して改良されてきた。

新興国でも医師や医療スタッフの養成は大きな課題である。かつて植民地であった国の場合、旧宗主国の医療技術が源流であることが多いが、近年では新興国各国の主要大学の医学部や医科大学から先進国に多くの留学生を送り、帰国者が教育を担うという循環をつくっている。現在では米国への留学生が多く、同国の臨床現場で使い慣れた医薬品、医療機器、診療材料を、本国に戻ってからも選択するケースが多いといわれている。

ただし、新興国は現在も医科大学を整備中の国が多く、学閥や医局のような仕組みはまだそれほど見られない。しかし今後は、現在中核となっている大学医学部や医科大学の教授が新設の医科大学に派遣されて勢力を伸ばし、日本と同じような学閥が生まれる可能性がある。そして遠くない未来には、日本と同様に学閥間で競争的に医学研究が進められ、その国での医薬品や医療機器の開発競争が始まるものと予想される。

(4) 疾病構造

戦前の日本で最も多かった死因は、肺炎や胃腸炎などの感染症であった。戦後しばらくは結核が死因の第1位となっていたが、ツベルクリン検査・胸部X線検査の義務化による早期発見、BCG接種による予防、化学療法による早期治療などの対策が実施されたことで結核による死亡者は激減した。また、国を

挙げたこうした取り組みが、日本の公衆衛生や医薬品、医療機器の発展の基礎となった。

1965年以降は、がん、脳血管疾患、心臓疾患など老化と結びついた疾患が増大し、これらは三大成人病と称された。さらに、モータリゼーションに伴う交通事故をはじめ、不慮の事故による死亡が増加した。

近年は糖尿病、肝疾患などが増加し、成人病というよりも「生活習慣病」と呼ばれるようになった。さらに現代は、精神疾患や認知症などが治療領域として大きくなっている。

多くの新興国における医療上の課題は、感染症がまだまだ克服できていないことであり、その端的な例に乳幼児死亡率が高いことが指摘されている。そのため、血液検査やX線検査による診断、抗生物質や抗ウイルス剤による治療が量的には最も多い。加えて、交通事故による死亡者が多いことも特徴である。

一方、新興国でも都市部を中心に、高血圧、糖尿病などの生活習慣病患者が増大し、それに伴う脳血管疾患、心臓疾患による死亡者が増加している。また、高機能病院では高度な画像診断機器も導入されている。これによりがんの早期発見も可能となっており、シンガポール、タイ、インドなどアジアの新興国では、がんの専門病院が設立されるほどになっている。つまり新興国では、日本で半世紀かかって徐々に進んできた疾病構造変化が、短期間に進行している。

(5) 医療の標準化と独自の技術開発

ある国で「医療が標準化されている」とは、診療ガイドラインなどを用いて、全国どこでも同じ考え方や方法で診断や治療が行われるという状態を指す。

診療ガイドラインとは、「医療者と患者が特定の臨床状況で適切な決断を下せるよう支援する目的で、体系的な方法に則って作成された文書」のことである（Minds診療ガイドライン選定部会監修、福井次矢・吉田雅博・山口直人編集『Minds 診療ガイドライン作成の手引き2007』医学書院、2007年）。もとの診療ガイドラインは、1980年代の米国で、国の主導で作成されたものである。それには、医療技術の高度化・複雑化に伴って治療法のばらつきが拡大したことや、医療費の高騰が背景にあった。さらに同国で診療ガイドラインが普及した理由としては、①診療ガイドラインに従えば訴訟の対象にはならないこと、②保険会社の支払い基準となったこと——などが挙げられている。

日本では、1957年の健康保険法改正の際に「保健医療機関及び保険医療費担当規則」が定められ、結核の治療、抗生物質の使用法などについて、方針や基準が定められた。現在から振り返れば、これが診療ガイドラインの端緒となりうるものであった。

しかし、日本医師会はこうした動きに対し、医師の主体性と専門職の自由を侵害するものだと強く反対し、その結果、治療や医薬品の使用基準は大幅に緩和された。

その後、診療ガイドラインを国が主導して制定することは一種のタブーになり、1999年に厚生省（当時）の私的検討会が出した「医療技術評価推進検討会報告書」で、医療技術評価の成果の臨床現場での利用としてEBM（Evidence-based Medicine：根拠に基づく医療）が必要であり、その普及・推進の一方策として診療ガイドラインの策定が必要である旨報告されるまで、診療ガイドラインが本格

的に整備されることはなかった。

一方、日本ではその間、大学医学部・医科大学と医薬品・医療機器会社等との共同研究が積極的に進められ、診断・治療技術はともに独自の発達を遂げた。

また日本は、世界に通用する新規性の高い医薬品、医療機器を、欧米以外で生み出すことのできた数少ない国である。これは、欧米の医療技術を鵜呑みにせず、極めて高度な化学、物理学、生物学などの研究水準を活かし、そうした学問と医学界との協調により生み出された成果である。

これに対して新興国の多くはその国独自の治療方法が確立しているわけではなく、留学から戻った医師・学者たちが学会などを立ち上げ、主に米国流の診療ガイドラインを採用している。そのため、多くの医療現場では、そのような米国流の診療ガイドラインに挙げられている診断方法や医薬品の使用基準などが援用されることになる。日本企業のなかでも、すでに欧米市場に進出している企業は米国の診療ガイドラインに自社製品が掲載されるように研究開発結果を学会に提供するなどしており、それが新興国でも活用されている。

ただし、現在では新興国自身も医学やバイオテクノロジー、医療情報技術などの研究を進め、医薬品・医療機器産業の振興を目論んでおり、そうなると、世界各地で医学研究や医療技術開発が進み、診療ガイドラインは各国で独自の発展を遂げることも予想される。

II 日本の医療がもたらした成果と新興国の医療政策への示唆

これまで見てきたように、日本の医療は、

表1 戦後の日本医療の発展史

西暦	和暦	事項
1950	昭和25	医療機関整備計画
51	26	基幹病院整備計画要綱
51	26	公立病院整備費国庫補助金
55	30	公的医療機関整備費補助金
56	31	第一次僻地医療計画
58	33	国民健康保険法成立により国民皆保険制度成立
60	35	医療金融公庫設立
62	37	国立がんセンター設立
63	38	医療制度調査会答申による僻地医療、救急医療を含めた「地域医療計画」の考え方提示
64	39	救急告示病院制度発足
82	57	国民医療費適正化総合対策推進本部発足
85	60	第一次医療法改正による地域医療計画策定
87	62	国民医療総合対策本部中間報告による老人医療の在り方答申
92	平成4	第二次医療法改正による特定機能病院と療養型病床群の制度化
95	7	日本医療機能評価機構設立
97	9	第三次医療法改正による地域医療支援病院の制定
2000	12	第四次医療法改正による療養病床届出、医師・歯科医師の臨床研修必修化
		介護保険制度創設
06	18	後期高齢者医療制度創設
07	19	後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム
08	20	医療費適正化計画策定

出所) 各種資料より作成

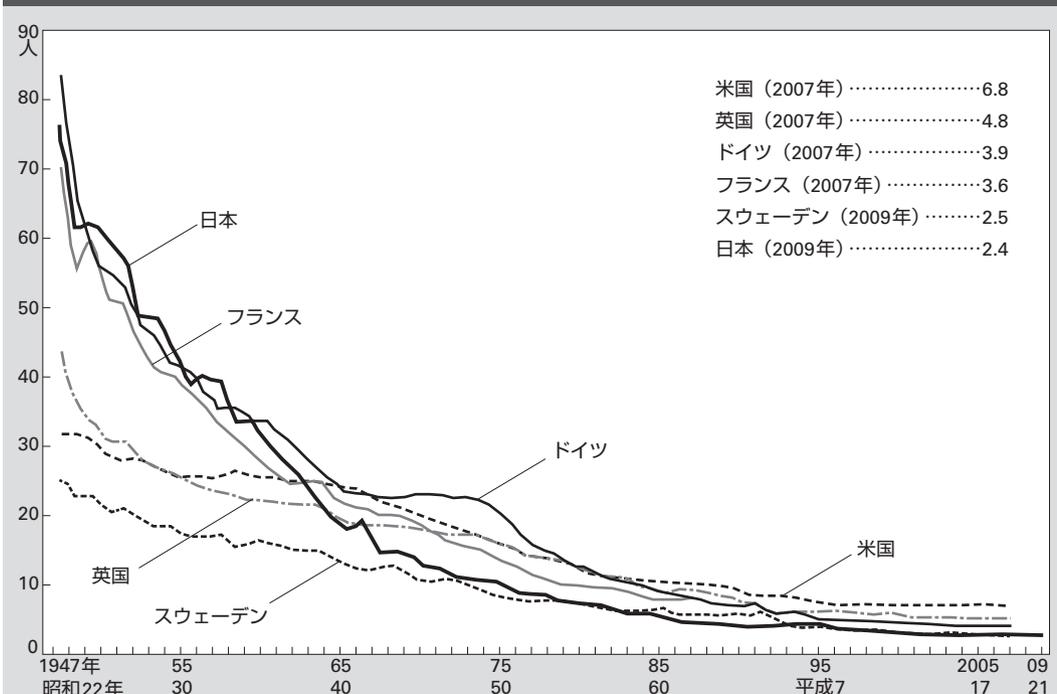
明治時代にはドイツを規範として構築されてきたが、表1に示したように、第二次世界大戦後（以下、戦後）は独自の発展を遂げてきた。また、国内研究を振興しながらも、国際的な研究交流や留学生などを通じて、外国の新しい技術を積極的に取り込んできた。

その結果、次節で述べるように、日本の医療水準は世界でもトップクラスになるとともに、コストとの対比においても非常に効率的な医療体制が構築された。国内の官民を通じた医薬品や医療機器の研究開発力の高さから、国内市場を満たすことはもちろん、輸出力を持つ企業をいくつも輩出している。

1 日本の医療水準

国際的に医療水準を示す指標として、乳児死亡率や平均寿命がよく取り上げられる。乳児死亡率は公衆衛生水準と医療水準の両者が

図1 乳児死亡率（出生千対：出生児1000人当たり）の国際比較



注) 資料：厚生労働省「人口動態統計」、WHO（世界保健機関）「World Health Statistics Annual」、UN（国際連合）「Demographic Yearbook 2007」、UN「Population and Vital Statistics Report」、ドイツの1990年までは旧西ドイツの数値
出所) 厚生労働統計協会「国民衛生の動向2011/2012」2011年

高くなければ向上しない。また平均寿命は、乳児・小児医療、食生活指導を含む保健活動、生活習慣病対策、がん・心疾患・脳血管疾患等の高度医療などの水準が総合的に表れたものとして評価される。

日本の乳児死亡率は、戦後すぐは英米などとは大きな隔たりがあったが、その後着実に改善し、現在ではこれらの諸国と比べても低率となっている（図1）。

平均寿命は、男性は1975年ごろ、女性は85年ごろに世界最高水準に達し（図2）、2009年時点でも女性は世界第1位、男性はスイスなどと並び世界トップクラスである。

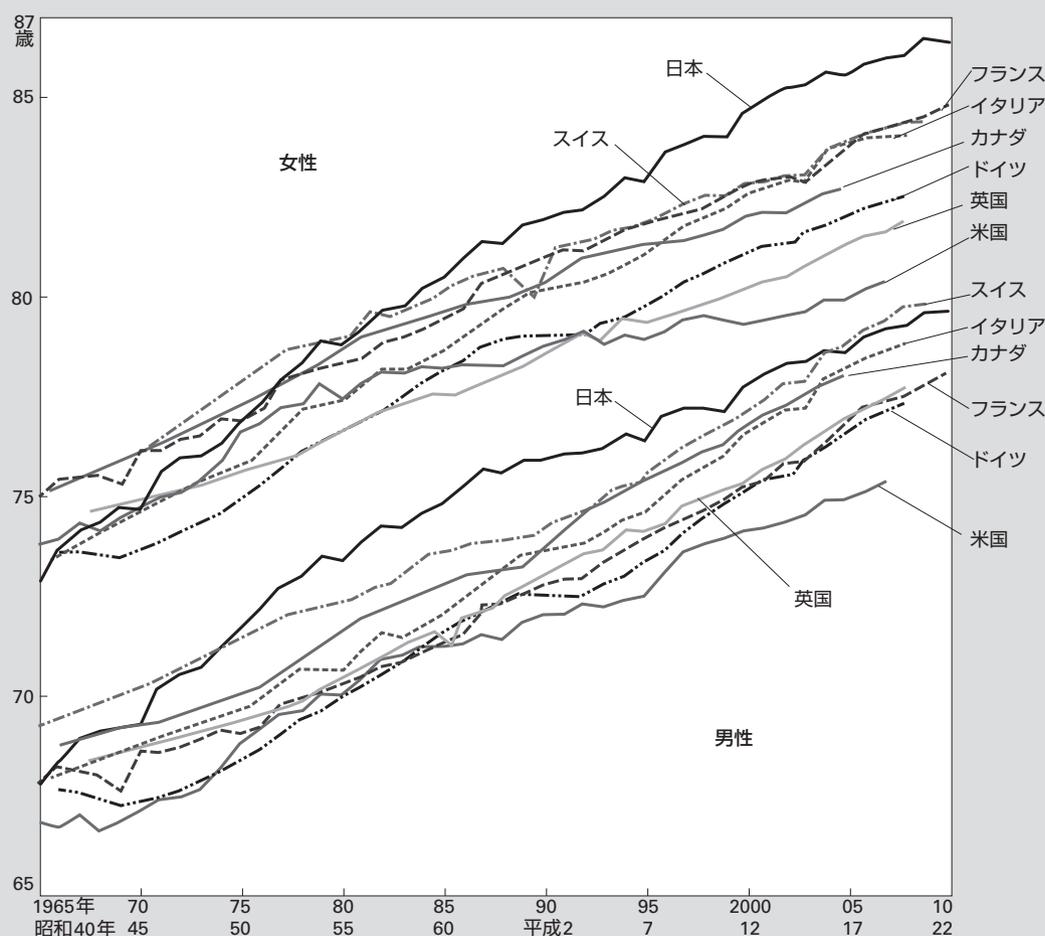
さらに、医療水準を国際比較するためによく取り上げられる指標に、WHO（世界保健機関）が数年ごとに発表する「健康達成度総合評価」があり、2000年の調査で日本は世界第1位となっている。

なお、健康達成度総合評価の評価項目は、①健康寿命、②健康寿命の地域格差、③患者の自主決定権や治療への満足度などの達成度合い、④地域や人種などによる患者対応の差別の程度、⑤医療費負担の公平——である。

2 日本の医療の効率性

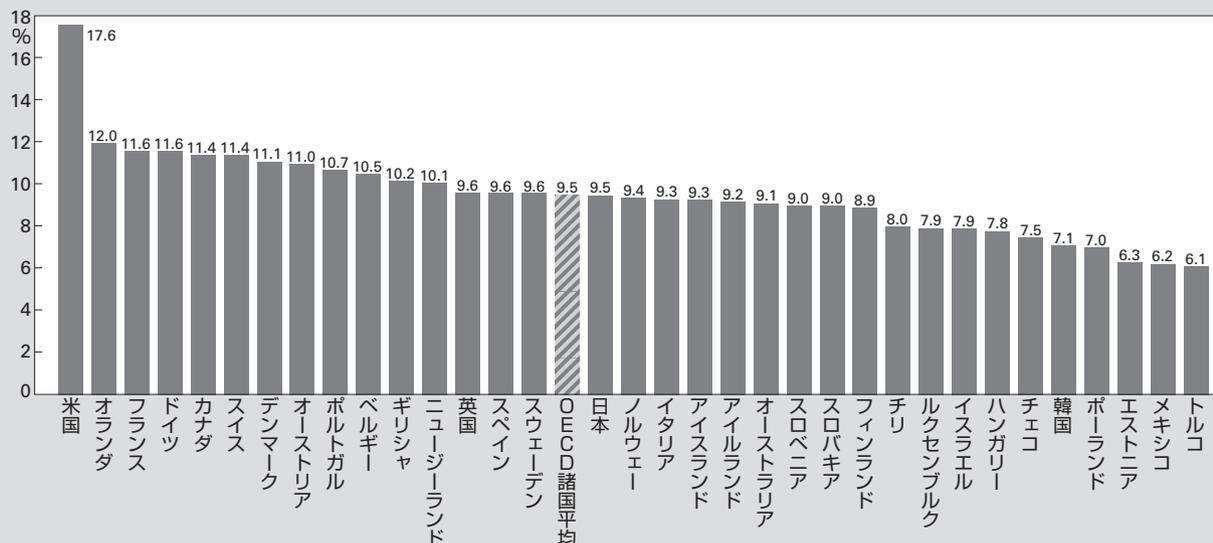
日本の医療水準の高さが決して高いコスト

図2 諸外国の男女別平均寿命の比較



注) 資料：UN「Demographic Yearbook」など、1990年以前のドイツは旧西ドイツの数値
出所) 厚生労働統計協会『国民衛生の動向2011/2012』2011年

図3 OECD諸国の医療費対GDP比率（2010年）



注1) トルコは2008年、スペイン、日本、オーストラリア、ルクセンブルク、イスラエルは2009年

2) GDP：国内総生産、OECD：経済協力開発機構

出所) OECD Health Data 2012, June 2012 (<http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf>)

で達成されているわけではないのは前述のとおりである。OECD（経済協力開発機構）の調査（OECD Health Data 2012）によれば、日本の医療費対GDP（国内総生産）比率は9.5%と、OECD諸国のなかでは平均値の水準にある（図3）。

さらにOECDの同調査によると、2007年時点での日本の医師数は人口1000人当たり2.1人で、OECD諸国の平均3.1人を下回っている。医師・看護師不足が社会問題化したのはここ数年のことで、日本は戦後一貫して、国際的な水準から見ても非常に少ない医療スタッフでこの高い医療水準を構築してきたのである。

その要因として、①地域保健活動を含む公衆衛生、②医学教育・医療スタッフ養成体制、③国民皆保険制度による新しい医療技術、医薬品、医療機器の全国への迅速な普及・活用——などが社会インフラとして構築

されてきたことが挙げられる。そのうえでの医療スタッフの努力が、日本の医療水準をここまで引き上げてきたといえよう。

3 ヘルスケア産業の競争力

このような高い医療水準を支えているのが医薬品や医療機器などのヘルスケア産業である。日本政府は早くから、この産業の振興政策を取ってきた。1967～73年にかけて段階的に進められた資本自由化までは、原則として外国企業の100%子会社を認めなかった。その間に大学や企業の研究、および海外市場への展開の促進も図ってきた。その結果、日本の医薬品・医療機器会社は1970年代半ばには欧米市場に進出しており、近年ではその輸出先をアジアや東欧などにも拡大させている。

医薬品会社の売り上げランキングで、欧米諸国以外の企業で20位以内に入っているのは日本企業だけで、医薬品・医療機器と合わせ、

年間6000～7000億円の輸出がある（図4）。

Ⅲ 新興国の医療上の課題と日本の経験を活かした市場展開

新興国は、経済力の向上とともに医療政策に力点を置きながら、ヘルスケア産業も振興している。ここでは、新興国の医療上の主要な課題を取り上げ、日本のヘルスケア産業がそれぞれにどのような対応を取ることができるかを、第Ⅰ章・Ⅱ章で述べた日本の経験をもとに検討する（表2）。

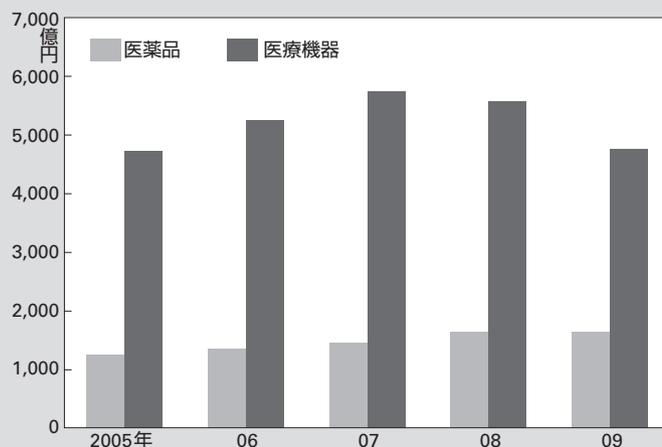
概して新興国市場で出遅れている日本企業にとって、新興国のこうした変化はビジネスチャンスであり、日本政府、医薬品・医療機器業界、関連サービス業などが、各国のニーズに総力を挙げて応えることにより、日本のヘルスケア産業全体としてのビジネスチャンスになりうると考えられる。

1 複数の医療機能整備の同時達成

新興国の多くが、

- ①公衆衛生水準向上による感染症への対応

図4 日本企業の医薬品・医療機器の輸出額



出所) 厚生労働省「平成21年薬事工業生産動態統計年報」

- ②生活習慣病への対応

- ③循環器疾患・心疾患やがんに対応した高度医療機関の整備

——など、複数の医療機能を同時に整備することを求められている。このための方策として、医療機関そのものの増設も必要であるが、それ以上に医療機関の役割を明確にした、連携体制の構築が重要である。

日本の場合、1975年ごろに地域医療計画が策定され、公衆衛生を担う保健所を基礎とし

表2 新興国の医療上の課題と日本の経験を活かした市場展開

新興国の医療上の課題	日本の経験で新興国に活かせること	日本政府・企業が取るべき対応
複数の医療機能整備の同時達成	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療計画により「地域医療を担う診療所（一次医療機関）」「手術や入院治療を担う二次医療機関」「高度医療を担う三次医療機関」などの医療機関の階層化 階層間の患者の紹介など、連携の仕組み 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床検査、画像診断、ワクチンなどの技術協力とともに、日本の経験や改善効果をきめ細かく伝えること 高度な医療機関での診断技術や、手術などに関する技術協力
医療保険制度の対象拡大と医療費抑制政策	<ul style="list-style-type: none"> 医療費の抑制に大きな効果がある施策は、①医療保険制度の再編・統合、②入院診療の包括払い制度、③高齢者医療・介護保険制度の導入など 	<ul style="list-style-type: none"> 入院診療の包括払い制度の導入に伴う、医薬品や医療機器、診療材料などの絞り込み時に費用対効果の高い製品を紹介
医科大学整備と独自の医療技術の発展	<ul style="list-style-type: none"> 医師だけでなく、薬剤師、看護師、臨床検査技師など、多様な職種の家養成方策 抗がん剤など高度な治療技術が必要とする薬剤の使用法、画像診断機器・放射線治療機器などの取り扱い方法といった臨床技術 	<ul style="list-style-type: none"> 日本の大学医学部や医科大学が、新興国の医科大学と提携し、教育カリキュラムの提供、共同カンファレンス、共同研究を推進 現地での診療ガイドラインの策定・標準化・多様化に貢献
ヘルスケア産業の振興	<ul style="list-style-type: none"> 欧米企業が技術協力やライセンス供与をしてくれたおかげで、国内で開発できるようになり、自社独自の製品をつくる実力を徐々に蓄積 	<ul style="list-style-type: none"> 同様なことを、今度は日本企業が新興国に対して実施

て、

- ①地域医療を担う診療所（一次医療機関）
- ②手術や入院治療を担う二次医療機関
- ③高度医療を担う三次医療機関

——の3段階で医療機関の階層化を図り、また、階層間で患者を紹介する連携の仕組みも講じられた。

日本では公衆衛生水準の向上に、上下水道の整備をはじめとした社会インフラ整備、地方自治体単位での健康診断の実施や、予防接種等の義務化などの施策が効果的であった。新興国においてこのような地道な制度設計をしていくうえでは、臨床検査、画像診断、ワクチンなどの技術協力とともに、それに基づいた日本の経験や改善効果をきめ細かく伝えることが重要である。その結果、検査機器、診断機器、医薬品の輸出・販売が可能となる。

また、機能の高度化を図ろうとする新興国の病院に対しては、高度な医療機関での診断技術や手術等に関する技術協力を、たとえば日本の大学と企業等とが提携して行うことで、日本の医薬品、医療機器の販売チャンスが広がることも期待される。

2 医療保険制度の対象拡大と

医療費抑制政策

医療保険制度の対象を拡大すると、医療費は必然的に増大し、医療費の抑制政策を講じる必要性が生じてくる。

日本では、橋本龍太郎内閣の行政改革により、医療費の伸びを経済成長の範囲内に抑えることが明記され、小泉純一郎内閣の経済財政諮問会議でも主要課題となった。このような経験から医療費の抑制に大きな効果がある

施策は、①医療保険制度の再編・統合、②入院診療の包括支払い制度、③高齢者医療・介護保険制度の導入——などであった。

日本のこうした経験を伝えるため、日本と新興国の間には政府や研究者レベルでの協力が求められよう。また、入院診療の包括払い制度の導入に伴って、コスト削減のために医薬品や医療機器、診療材料などは絞り込まれることになる。このときの経験から、費用対効果が高い日本製品を新興国に紹介できれば、日本のヘルスケア企業にとってビジネスチャンスが生じよう。

3 医科大学整備と独自の 医療技術の発展

新興国では病院などの医療施設の整備とともに、医療を担う人材の養成が必要となる。医師だけでなく、薬剤師、看護師、臨床検査技師など、多様な職種の特任家の養成が必要となる。さらに、抗がん剤など高度な治療技術が必要な薬剤の使用方法や、画像診断機器・放射線治療機器などの取り扱い方法といった臨床技術の習得も重要な課題である。

日本の大学医学部や医科大学が新興国の医科大学と提携し、教育カリキュラムの提供、共同カンファレンス、共同研究などを行うことにより、日本からの技術移転による人材養成と、新興国独自の治療技術開発に寄与することが可能となる。そして、現地での診療ガイドラインの策定・標準化・多様化に貢献することができる。

医療技術の開発や浸透に当たっては、医薬品・医療機器および各種の医療関連サービスを手がける企業の協力が不可欠である。新しい診療ガイドラインの策定に参加できれば、

日本のヘルスケア企業のビジネスチャンスを大きく膨らませることができる。

4 ヘルスケア産業の振興

新興国の多くは、次世代を担う産業としてヘルスケア産業に期待している。通常、新興国の企業の技術力では、新薬や画期的な医療機器・診療材料を製造することはまだできず、模倣品に近い製品も存在する。

日本のヘルスケア産業も当初は欧米からの輸入が中心であったが、外資規制もあったことから欧米企業が技術協力やライセンス供与をしてくれたおかげで、国内で開発できるようになり、自社で独自製品をつくる実力を徐々に蓄えていった。

同様なことを、今度は日本企業が新興国に行う番である。一見すると新興国の産業を利するだけの施策にも見えよう。しかし、新興

国もあらためて外資規制をしてくる可能性があり、そうなった場合でも、業務提携や資本参加などによって自社の取り分を明確にする戦略を講じるなど、単純な輸出だけではない、新しい市場を獲得していく方法を持つ必要もあると考えられる。

参考文献

- 1 島崎謙治『日本の医療——制度と政策』東京大学出版会、2011年
- 2 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社、2011年
- 3 笠原英彦『日本の医療行政——その歴史と課題』慶應義塾大学出版会、1999年

著者

山田謙次（やまだけんじ）

消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部グループマネジャー

専門は社会保障制度研究、ヘルスケア産業に向けた戦略コンサルティング