

平成24年度 日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業  
(海外展開の事業性評価に向けた調査事業)

中国におけるリハビリテーションクリニック & 研修センター  
(仮称)開設及び事業運営に向けた需要調査プロジェクト  
報告書

平成25年3月

社会医療法人財団 慈泉会

# 中国におけるリハビリテーションクリニック&研修センター(仮称)開設及び事業運営に向けた 需要調査プロジェクト 報告書

## 目次

第1章 プロジェクトの目的および実施概要.....	4
1-1. プロジェクトの目的.....	4
1-2. プロジェクトの実施概要.....	4
1-3. 実施体制.....	5
第2章 中国におけるリハビリ療法士の資格・教育.....	7
2-1. 調査目的.....	7
2-2. 調査方法.....	7
2-3. 調査結果.....	7
1) リハビリ療法士に関する資格制度.....	7
2) リハビリ療法士育成機関・教育プログラム.....	7
3) リハビリ療法士の卒後研修制度・カリキュラム.....	8
第3章 中国におけるリハビリテーションの需要と供給.....	9
3-1. 調査目的.....	9
3-2. 調査方法.....	9
3-3. 調査結果.....	9
1) 中国でのリハビリテーションに対する認知・認識.....	9
2) 中国の人口動態.....	10
3) 65歳以上の高齢者人口の推移.....	11
4) 疾患別の発病率/障害者数の推移(経時的变化、地域別、年齢別等).....	12
5) リハビリテーションサービスの提供に関する制度.....	14
6) リハビリテーションサービスの提供病院数.....	14
7) リハビリ療法士数(1病院当りの数など).....	15
8) リハビリテーション治療の受給状況(例:受給率=受給患者数/対象患者数).....	15
9) リハビリテーションの費用(患者負担額、制度等).....	15
第4章 中国におけるリハビリテーションの提供実体(質と量).....	17
4-1. 調査目的.....	17
4-2. 調査方法.....	17
4-3. 調査結果.....	17
1) リハビリテーション対象患者の状況.....	17
2) リハビリ療法士数の実態(病床当りの数等).....	18
3) リハビリテーション介入開始時期(発症後又は入院後何日目の介入か等).....	19
4) リハビリテーション実施量(1日当りのリハビリ実施時間等).....	20
5) リハビリ療法士の技能.....	20
6) リハビリテーション関連機器および装具の使用状況.....	22
7) リハビリテーション提供体制(チーム医療でのシステムが確立されているか等).....	22
第5章 中国において日本のリハビリテーション関連機器・装具の普及展開についての可能性.....	24

5-1. 調査目的.....	24
5-2. 調査方法.....	24
5-3. 調査結果.....	24
1) 中国でのリハビリ関連機器・装具の使用状況.....	24
2) 他国からの供給・輸入状況.....	26
3) 価格の調査.....	26
4) 日本製品に対する反応.....	27
第6章 中国でのリハビリテーションクリニック&研修センター（仮称）開設に向けた課題...	28
6-1. 調査目的.....	28
6-2. 調査方法.....	28
6-3. 調査結果.....	28
1) 開設候補地について.....	28
2) 法令・制度上の課題.....	31
3) 資金的課題.....	34
4) 運営上の課題.....	36
第7章 現地医療機関とのリハビリネットワークの構築.....	38
7-1. 調査目的.....	38
7-2. 調査方法.....	38
7-3. 調査結果.....	38
第8章 本調査プロジェクトの結果を踏まえての事業展開の計画.....	39
第9章 まとめ.....	49

## 第1章 プロジェクトの目的および実施概要

### 1-1. プロジェクトの目的

#### 1)背景

我々、社会医療法人財団慈泉会 相澤病院（以下、相澤病院）は、中国との友好関係を10年以上前から築いて来た経緯があり、これまでも中国の医療機関から看護師の研修受入れや現地で講演等を行うなど、様々な人的交流を行って来た。交流を図る中で、中国では高齢化社会が深刻になる一方で、近代的なリハビリテーションの普及が量的（人員的）にも質的（技術的）にも遅れており、患者が十分なリハビリを受けることが出来ない状況にあることを伺っていた。そこで、相澤病院がこれまでに培い実績を積んできたリハビリテーションシステム（技術やプログラム）を中国で普及させ患者さんの助けになればと考えたことが基本的な背景にある。

#### 2)目的

今後5年以内に、中国にて近代的なリハビリテーション治療サービス及び現地リハビリ療法士に対するリハビリテーション技術指導等を提供することが可能な「リハビリテーションクリニック&研修センター（仮称）」の開設および事業運営を軌道に乗せることを目指している。この施設を拠点として様々なリハビリテーション治療サービスやリハビリテーション研修プログラムを現地医療機関又はリハビリ療法士および患者さんに提供し、その対価として治療費やコンサルテーション料、研修費等を得ることを目指している。また、リハビリテーション治療を進めて行く過程においては、装具やリハビリ関連機器は必要不可欠であるため、これらの治療や研修プログラムを提供する中で、高品質の日本製品を活用し、現地の医療機関や患者さんに利用して頂き、日本製品の販売を推進することを目指している。

### 1-2. プロジェクトの実施概要

#### 1)実施内容

本年度は、「中国でのリハビリテーションクリニック&研修センター（仮称）開設及び事業運営」が実現可能か否かを確認するために、以下の内容について現地調査及び国内の有識者等からのヒアリング調査等を通じて、次年度以降の事業計画及び収支計画を策定した。

- ・ 現地でのクリニックや研修センター設立に関わる制度・法律上の課題について
- ・ 現地での施設設立候補地の選定について
- ・ 現地でのリハビリテーションの需要供給実態について
- ・ 現地における将来的なマーケットの拡大性について
- ・ 現地リハビリ療法士の資格制度・教育養成カリキュラム、卒後研修プログラムについて
- ・ 現地でのリハビリ治療プログラム（療法士の技能レベル・専門性、医療機関内及び地域でのリハビリ提供システム、治療費など）について
- ・ 日本人の理学療法士等（有資格者）が現地で治療を行う上での制度上の課題について
- ・ 現地のリハビリ装具や関連機器の普及状況等について
- ・ 現地政府・医療機関・リハビリ関連団体とのネットワーク構築方法について

## 2)実施項目

リハビリテーションクリニック・研修センター開設及び事業運営に向けた調査事業の具体的な実施項目を次の通りとした。

- ・ 川村義肢株式会社に本事業の概要や目的を説明し、協力を取り付ける。
- ・ 文献やインターネット等を利用して本事業の推進に関する調査を継続的に実施。
- ・ 現地調査の前に国内の有識者から中国のリハビリ事情等についてヒアリング調査を実施。
- ・ 現地協力病院として想定している泰達国際心血管病医院を訪問し、本事業の概要や趣旨等を説明し、協力を取り付ける。
- ・ 中国国際福祉博覧会・国際リハビリテーション博覧会へ参加し、中国でのリハビリ装具や関連機器の調査を実施。
- ・ 中国のリハビリテーション病院を視察し、実際に現地でのリハビリ技術やリハビリプログラムの供給状況などの調査を実施。
- ・ 泰達国際心血管病医院を再び訪れ、現地でのリハビリテーションクリニック&研修センター設立について協議を実施。

## 1-3. 実施体制

### 1)実施体制

本年度事業の委託形態は、「新興国における日本式医療サービス・機器等の需要調査事業」であり、基本的には相澤病院が単独の事業団体として本調査事業を実施した。しかし、本調査事業を効果的に進めるためには、国内のリハビリ関連機器・装具会社および中国現地の協力医療機関が必要であることから、以前より相澤病院と関係があった川村義肢株式会社と現地友好病院である泰達国際心血管病医院を協力団体の候補団体として挙げ、本調査事業への協力依頼についても事業計画に含めた上で実施体制（図表・1）を構築した。

図表・1 実施体制及び主体の役割

	力 依 頼	現 地 医 療 機 関 に 対 す る 協 力	国 内 の 有 識 者 等 へ の ヒ ア リ ン グ 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査	現 地 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 関 連 病 院 へ の 視 察 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査	中 国 国 際 福 祉 博 覧 会 ・ 国 際 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 博 覧 会 で の 装 具 や 機 器 に 関 す る 調 査
関係事業者										
社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
協力 団 体	川村義肢株式会社			○	○					
	泰達国際心血管病医院					○				○

(◎；実施担当 ○；協力)

**(1)社会医療法人財団慈泉会 相澤病院(代表団体:以下、相澤病院)**

・主体調査事業団体として、協力団体への依頼や全体のコーディネーションを実施。

**(2)川村義肢株式会社(協力団体:以下、川村義肢)**

・リハビリ装具や関連器機の普及状況・品質・価格などの現地調査におけるアドバイザーとして現地調査に同行。

**(3)泰達国際心血管病医院(協力団体:以下、泰心病院)**

・現地調査の際の協力団体として中国の医療制度、施設候補地の選定、医療費や施設運営費用などについてのサポート。

**2)実施スケジュール**

本調査事業の実施スケジュールは以下の通りである。

図表・2 今年度調査事業の実施スケジュール

実施項目	平成 24 年							平成 25 年	
	07	08	09	10	11	12	01	02	03
1 川村義肢株式会社に本事業の概要や目的を説明し、協力を取り付ける。	→								
2 文献やインターネット等で中国のリハビリ事情・制度等を継続的な調査実施。		→							
3 国内の有識者から中国のリハビリ事情等についてヒアリング調査実施。			→						
4 泰心病院を訪問し、本事業の概要や趣旨等を説明し、具体的な協力を取り付ける。		→							
5 中国国際福祉博覧会・国際リハビリテーション博覧会へ参加し、中国でのリハビリ装具や関連機器の調査を実施。					→				
6 現地のリハビリテーション病院を視察。					→	→			
7 現地協力病院を訪問し、現地でのリハビリテーションクリニック&研修センター設立について協議を実施。				→	→				
8 次年度以降の事業計画の作成							→		
9 報告書の作成							→		

## 第2章 中国におけるリハビリ療法士の資格・教育

### 2-1. 調査目的

本邦をはじめとして多くの先進国においては、リハビリテーション業務に従事する専門職者（セラピスト）は理学療法士（Physical Therapist; PT）・作業療法士（Occupational Therapist; OT）・言語聴覚士（Speech Therapist; ST）としてそれぞれ独立した専門資格が国家資格として確立されている。また、それらの国家資格を取得するためには、専門学校又は大学等の専門医療養成機関にて一定の知識・技術を学び、そして卒業しなければならない。しかし、中国においては、その実態が明らかでないため中国でリハビリテーション業務に従事する専門職者の教育・資格について明らかにする。

### 2-2. 調査方法

国内の有識者からの聞き取り調査、現地リハビリ関連者からの聞き取り調査およびインターネットでの検索を通じて調査を行った。

### 2-3. 調査結果

#### 1)リハビリ療法士に関する資格制度について

結論から述べると、中国では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士という国家資格制度が存在していない。中国の医療関連資格は大きく医師、看護師、技師の3つに分類されている。中国にてリハビリテーション業務に従事する専門職者は、いわゆる“リハビリ治療士”又は“リハビリ療法士”と言われており、“技師”としての国家資格を有した個人が理学療法・作業療法などを行っているか、あるいは医師又は看護師資格を有した個人が転職し、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士として働いていることが多いと言われている。

現在、中国国内のリハビリテーション関連団体が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の国家資格制度の確立に向けた働きかけを衛生部へ行っているが、衛生部において資格制度の整備の動きは未だみられず、この数年以内にこれらの国家資格制度が確立される見通しが立っていない現状である。

なお、2006年にリハビリテーション医療の専門技術者という認証制度がスタートしているが、同認証に合格した人は依然として少ない状態に留まっている。

#### 2)リハビリ療法士育成機関・教育プログラム

1983年に北京に設立された「中国リハビリテーション研究センター（China Rehabilitation Research Center; CRRC）」及び中国障害者連合会は、中国国内においても国際基準に合った質の高い理学療法士及び作業療法士が養成されることを目標に、1997年、日本国政府に対し、同センターに新たな養成学校の設立支援としてリハビリテーション専門職養成プロジェクト（ジャイカのプロジェクト）の実施を要望した。これを受けて、同センターでは、2001年11月から国際基準を満たした4年生教育カリキュラムが確立されている。

2002年時点では理学療法士、作業療法士を専門に養成する学校は中国リハビリテーション研究センターの首都医科大学リハビリテーション医学院（北京）と中山医科大学（広東）の2校

しかなかった。しかしながら、首都医科大学リハビリテーション医学院のリハビリテーション専科は4年制で、理学療法士と作業療法士を分けずに育成し、卒後は就職先の医療施設の需要に従い、理学療法士または作業療法士として勤務するようであった。南京医科大学などでは理学療法士、作業療法士としてではなく、リハビリ療法士として育成していた。2000年初めには、中国では理学療法士、作業療法士の大学教育はまだない状態であり、もちろん資格制度も制定されていなかった。

その後、理学療法士および作業療法士養成校が徐々に増加し、現時点では理学療法士・作業療法士養成校として、専門学校が110校、大学が44校あり、その数は更に増加しているが、地域差があり大学の多くは中国の沿岸部に集中している状況である。教育課程は3年～5年と養成校によりまちまちであり、教育プログラムについても各養成校でバラツキがあり画一的なプログラムが整備されていない状況である。

なお、リハビリテーション医師は、医科大学のリハビリテーション医師課程（5年制）を卒業、または医師から転職したケースが多く、大学卒業後は職業医師法（1999年施行）により国家試験を受けねばならず、合格するとリハビリテーション医師としてのライセンスが認められる。

出所) 国別障害関連情報 中華人民共和国 平成14年3月 国際協力事業団企画・評価部

### 3)リハビリ療法士の卒後研修制度・カリキュラム

養成校卒後の研修制度とカリキュラムとしては継続教育制度があり、学会・研修会・講演会などに参加し、参加者にはポイントが与えられ、これが職場での職能評価の要素となる。卒後教育プログラムは地域内レベル・国内広域レベルなどに分類されている。講師となる療法士は、日本などで専門的な技術を学び中国国内で研修会や講演活動をしている。

なお、学会・研修会・講演会などの参加状況は、約半数の人はそれぞれ年に1回程度と、勉強の機会が少ないことが指摘されている。今後の制度の充実が必要とされている。

## 第3章 中国におけるリハビリテーションの需要と供給

### 3-1. 調査目的

中国においてリハビリ事業を展開するためには、リハビリテーションに対する需要と供給を明らかにする必要があることはもちろんであるが、具体的にどのような需要があり、どのような供給が充足又は不足しているかを特定し、中国でのリハビリテーションに対するニーズを捉えることが重要である。そのために、中国国民及び中国政府のリハビリテーションに対する認知・認識、中国の人口動態/高齢者人口動態、疾患別有病率、障害者数の推移、リハビリ提供医療機関、リハビリ療法士数、リハビリ費用などについて情報収集を行い、それらの情報を分析し中国でのリハビリテーションに対するニーズを把握した上で我々が提供できるであろうリハビリサービスの内容を検討するための材料として活用する。

### 3-2. 調査方法

国内の有識者からの聴き取り調査、現地リハビリ関連者からの聴き取り調査およびインターネットでの検索を通じて調査を行った。

### 3-3. 調査結果

#### 1)中国でのリハビリテーションに対する認知・認識

中国では伝統的な中医学（漢方薬、針灸、気功、食事療法など）がリハビリテーション治療に用いられているが、それに加え1980年頃から西洋のリハビリテーション医学が新たな概念として社会から認識されはじめた。

出所) 国別障害関連情報 中華人民共和国 平成14年3月 国際協力事業団企画・評価部

2008年の障害者保障法改正にて「国家は障害者がリハビリテーションサービスを享有する権利を保障する」ことが明確に掲げられた（第15条）。1990年法は国および社会がリハビリテーション処置をとるのみ規定していたが、改正法はリハビリテーションを障害者の権利であるとするとともに、各級人民政府および関係部門がリハビリテーションサービスの体制を整備するなど必要な措置をとらなければならないと定めた。

近年、中国では急速な経済発展と工業施設及び交通量の増加により、労働災害・交通事故が急増し、身体障害者数が急激に増加しており、また急速に高齢化も進んでいる。このような状況の中、中国衛生部により「総合病院リハビリテーション医療管理に関する規定」が制定され、2002年に定めた中国政府の戦略目標においても「2015年までに、障害者は誰でも必要なリハビリテーションサービスを楽しむことができる」という基本方針を掲げている。

出所) 小林昌之編「発展途上国の障害者と法：法的権利の確立の観点から」調査研究報告書  
アジア経済研究所 2009年

このように中国政府機関においては、障害者支援および近代的リハビリテーションに関する必要性についての認識が高まっていることが伺える。一方で、一般市民の近代的リハビリテーションに対する認知と認識については、まだ低い状態である。リハビリテーションにおける専門職種である理学療法士の社会的認知度に関する調査がある。この調査では、中国国内の理学

療法士に対して自身の職業に関する社会的認知度についてどのように感じているかを調査したものである。この調査結果からは、理学療法士の名前および内容の双方について社会的認知度が低い結果となっている。

図表・3 中国国内での理学療法士の社会的認知度調査

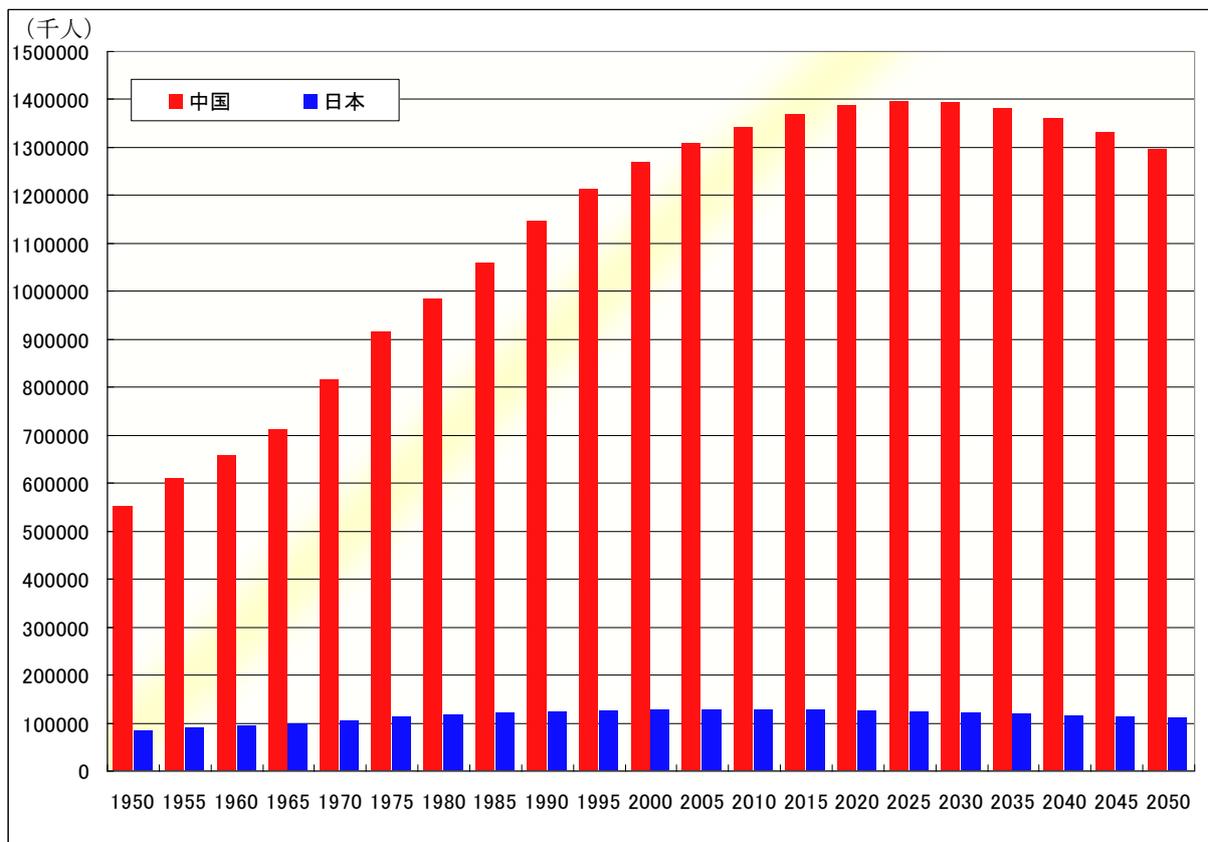
名前は知られている	9.8%
内容は知られている	17.1%
名前・内容も知られている	8.5%
どちらも知られていない	63.4%

出所) 霍明 「中国における理学療法士の実態調査」(理学療法学科 19 (4) : 269-274, 2004)

## 2)中国の人口動態

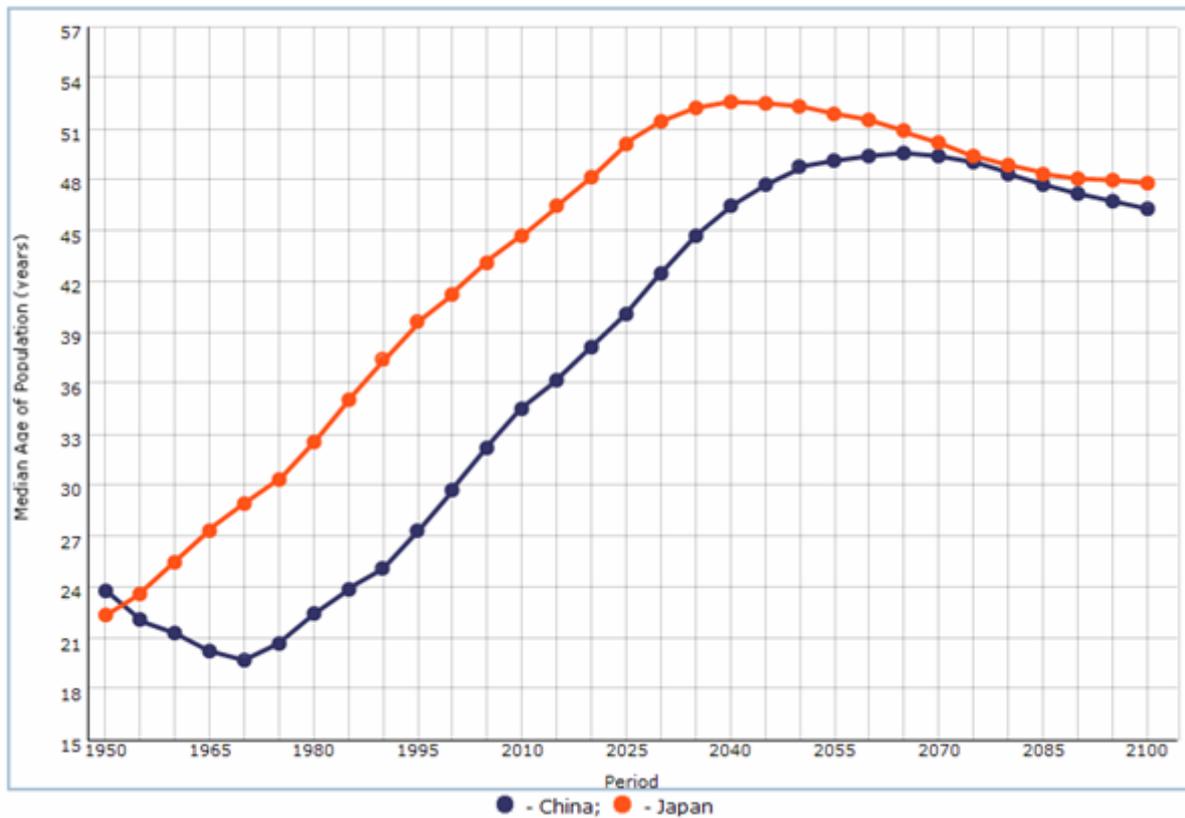
世界人口は現在約 68 億人で、そのうち 13 億 4,133 万人が中国国民である。およそ世界人口の 5 分の 1 を中国国民が占めていることになる。中国の人口は 2025 年ー2030 年にピークを迎え、その後徐々に減少して行くことが予測される。つまり、中国の総人口は今から約 20 年後には減少へ転じることになる。

図表・4 中国と日本の人口に関する推移・予測



出所) 国連 「World Population Prospects : The 2010 Revision」 を基に作成

図表・5 中央値年齢でみた中国と日本の人口推移に関する予測（単位：千人）

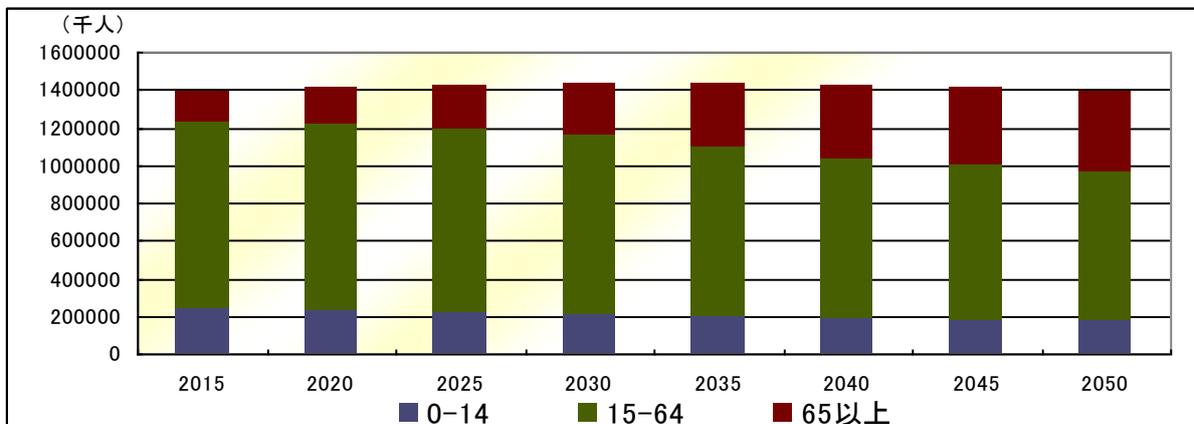


出所) 国連「World Population Prospects : The 2010 Revision」  
[http://esa.un.org/unpd/wpp/IS-Charts/aging-median-age\\_0.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/IS-Charts/aging-median-age_0.htm)

### 3)65 歳以上の高齢者人口の推移

国連の予測によると、中国の 2050 年までの人口構成（年齢 3 区分別人口構成）の予測では、15 歳未満の人口は 1970 年代後半からピークを迎えた後に減少を続けているが、15～64 歳で定義される生産年齢人口は、2015～2020 年の間にピークを迎え、その後減少する。一方、65 歳以上の高齢者人口は、増加を続け、2030 年代には年少人口を上回ることが予想されている。

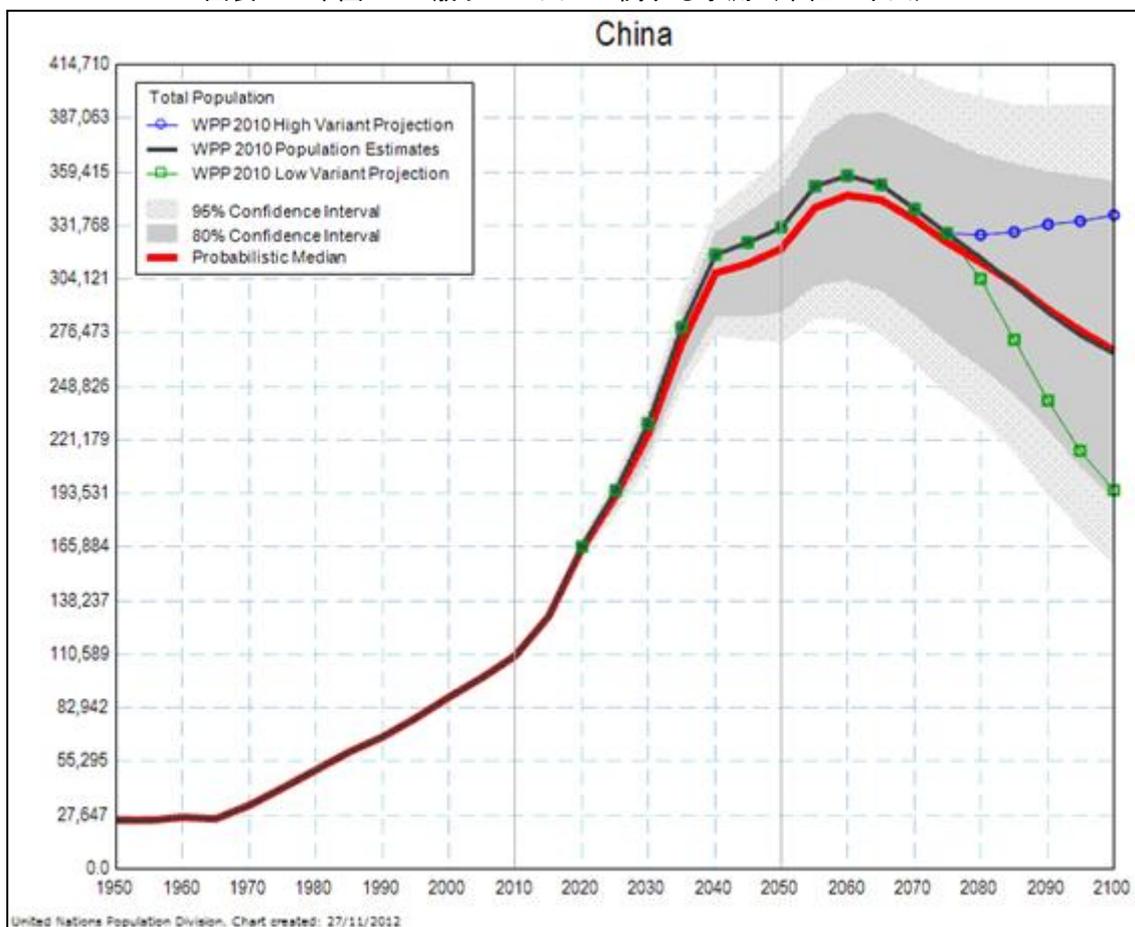
図表・6 中国の年齢 3 区分別人口に関する予測



出所) 国連「World Population Prospects : The 2010 Revision」を基に作成

また、65歳以上の高齢者人口は、年々増加しているが、2010年を過ぎたあたりから急激に増加し、2060年にピークを迎え、その後減少に転じると予測している。

図表・7 中国の65歳以上の人口に関する予測（単位：千人）



出所) 国連 『World Population Prospects : The 2010 Revision』

([http://esa.un.org/unpd/ppp/Figures-Output/Population/PPP\\_Population-Age\\_65Plus.htm](http://esa.un.org/unpd/ppp/Figures-Output/Population/PPP_Population-Age_65Plus.htm))

このような人口推移の予測から、中国においては今後暫くの期間は、高齢者人口の増加にともないリハビリテーションに対する需要が益々増加して行くことが考えられる。

#### 4) 疾患別の発病率/障害者数の推移(経時的变化、地域別、年齢別等)

一般的には、経済・衛生水準の向上により感染症等の発病率が減少してきている一方、悪性腫瘍、脳血管障害、循環器系の疾患が増加し、先進国型の疾患構造に徐々に近づいている。しかし地域によって疾病構造が異なっているのも事実である。都市部では慢性疾患が多く、他方、農村部では、肺結核を含む感染症、新生児感染症等が依然として多い状況にある。

出所) リハナビホームページ ([http://rehanavi.com/global/gn\\_world010.php](http://rehanavi.com/global/gn_world010.php))

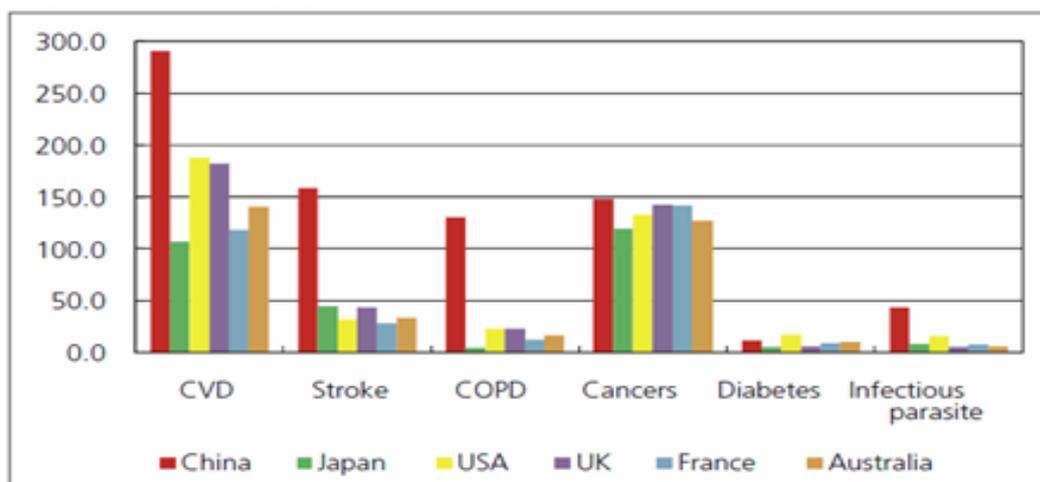
2011年に中国衛生部が発表した中国全国第3回死因調査によると、中国都市部住民の死因構成の上位は、心臓・脳血管疾患、悪性腫瘍、呼吸器系疾患が占めている。90年代初頭で行われた第2回死因調査と比較すると伝染病、栄養不良による疾病、母子疾病の死亡率は34.7%減少

しているが、非伝染慢性疾患が死亡者総数の82.5%を占め、前回の76.5%より著しく上昇している。心臓・脳血管疾患と悪性腫瘍は死因順位の第1位と第2位であり、死亡者総数の22.45%と22.32%となっている。

出所) 日本貿易振興機構 (ジェトロ) 「中国の医療機器市場と規制」2012年3月

世界銀行が2011年7月に発表したレポート(Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Diseases)でも、癌、糖尿病、循環器病、慢性呼吸器疾患などの慢性疾患は、中国国民の健康を脅かす第1の要因となっており、死因の80%以上を占め、疾患別の医療費総額に占める割合は68.6%に達すると報告している。また、慢性疾患の急速な増加は特に、今後10年間に集中し、10万人当たりの脳卒中死者数では、中国は日本、米国、フランスの4~6倍に達する見込みがある。同じく慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD)では、中国は日本の約30倍、癌でも他国に比べて多く、糖尿病でも日本や英国より高い状況となる。さらに、今後20年間、中国では40歳以上の人々の中で、慢性疾患(循環器病、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、肺癌)患者数が2~3倍に増えると予測している。

図表・8 慢性疾患の国別死亡率の比較



出所) Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Diseases

図表・9 中国の慢性病患者数 (40歳以上)

慢性病患者数	2010年	2020年	2030年
心筋梗塞	8,101,000	16,082,000	22,630,000
脳卒中	8,236,000	21,357,000	31,773,000
慢性閉塞性肺疾患	25,658,000	42,527,000	55,174,000
肺癌	1,412,000	4,622,000	7,391,000
糖尿病	36,156,000	52,119,000	64,289,000
総数	79,563,000	136,707,000	181,257,000

出所) 世界銀行 2011年7月を基に作成

## 5)リハビリテーションサービスの提供に関する制度

中国最初の近代的な総合的リハビリテーションサービスを提供する医療施設として、1983年に「中国リハビリテーション研究センター」が北京に設立された。同センターは、リハビリテーションの臨床、研究、教育を手掛ける中国障害者連合会の直属機関であり、日本、カナダ、ドイツなどから技術援助を受けている施設である。なお、現在では、中国において同センターがリハビリテーション医療施設のモデル施設となっており、中国全土から多くのリハビリ関係者が同センターを訪れている。

1983年以降、政府等からリハビリテーションに関する公文書等が公布され、中国のリハビリテーションサービスに関する制度の整備と発展を後押しする形となっている。

1989年に発表された公文書では、すべての一般病院における4つの主なリハビリ(医療ケア、予防、健康促進、リハビリ)について規定された。これによって初めて、リハビリ活動は、一般病院における重要な責任として公式に明記された。これはクリニックでのリハビリ活動の意識を高めることにつながっている。

1996年には、13番目のリハビリの訓練の発展に関連する公文書「総合病院リハビリ医学科管理規範」が公布され、すべての2級の病院(100ベットを有する病院)は、リハビリ科を持ち、1人のリハビリ医師と2人のリハビリ療法士を職員としておこななくてはならないとされた。また、3級病院は、2人のリハビリ医師と4人のリハビリ療法士を置かなくてはならないとされた。

その後、2002年に定めた中国政府の戦略目標において「2015年までに、障害者は誰でも必要なリハビリテーションサービスを楽しむことができる」という基本方針を掲げ、2012年3月には衛生部から「リハビリ病院基本標準(2012年版)」の配布について通知が出された。この通知は、リハビリ病院の設立を強化するために、3級リハビリ専門病院および2級リハビリ専門病院における施設基準を定めている。例えば、リハビリ専用ベッド数の比率、診療科の設置、リハビリ訓練室の基準、人員配置、リハビリ治療エリアの面積、設備・機器などが細かく規定されており今後リハビリテーションサービスの提供体制が更に整って行くことが予測される。

しかし、この「リハビリ病院基本標準(2012年版)」の内容の多くはリハビリサービスの提供に関する構造(Structure)に関する内容がほとんどで、リハビリサービス提供の過程(Process)については殆ど示されていない。

我々が中国で現地リハビリ療法士から話を聞いても、それぞれの機能障害と回復段階に合わせたリハビリを行うための、急性期から回復期、そして維持期へ移行していくリハビリサービスの概念や施設間での連携システムなどもほとんど確立されていない印象を受けた。更にリハビリサービスの提供に対する政府の補填は非常に限定的で、医療保険の割合は低く、個人負担が非常に大きく経済的な問題も存在しているようであった。

## 6)リハビリテーションサービスの提供病院数

国際協力事業団企画・評価部が平成14年3月に作成した「国別障害関連情報 中華人民共和国」の中で、中国衛生部の説明では、全国のリハビリテーションセンターとリハビリテーション病院は78カ所、ベッド数は1万1,000床余りとしている。リハビリテーションセンターとは別に、3級病院の総合病院のうち、593カ所にリハビリテーション科がある。しかし、これらリハビリテーションセンター、リハビリテーション科を開設した総合病院の詳細は不明としている。

広州アリソン医薬品研究有限公司「中国医薬ビジネス情報-33」2011年5月号では、総合リハビリテーション病院は12,639医院であり、中国国内の3,288施設の総合病院にリハビリテーション医学科が設置されている。そしてその数は、全国の総合病院の総計の24.6%を占めている。また、そのうちの半数の施設は、リハビリ室を持っている。一方、特定診療専門科のリハビリテーション病院は338施設で、これは全国の特設専科病院の総計の9.1%を占めている。リハビリ用ベッドは52,047床で、これは全国での保健・医療施設のベッドの総数の1.2%になる。また、総合病院のリハビリテーション科のリハビリ用ベッドは39,408床で、全国のリハビリ用ベッドの75.7%を占めている。

## 7)リハビリ療法士数(1病院当りの数など)

第4章「中国におけるリハビリテーションサービスの提供実体」の4-3.調査結果・3)リハビリ療法士数の実体、に詳細を記載しているが、中国国内の正確なリハビリ療法士を把握することは困難である。我々が中国のリハビリ療法士から聞いた話では、リハビリ治療士は、2008年では中国国内に約1万人(Physical Therapist; PT:5千人、Occupational Therapist; OT:5千人)であったが、2010年には4万人に増加したとのことであった。なお、人口10万人あたりのリハビリ療法士の数は、日本が130人であるのに対して中国では3人と極めて少ない現状にある。何れにしても、中国ではリハビリテーションサービスが必要な患者や障害者に対してリハビリ療法士が不足していることは明らかである。

## 8)リハビリテーションサービスの受給状況(例:受給率=受給患者数/対象患者数)

正確な病院数(リハビリ用ベッド数)やリハビリ療法士数および対象患者が把握出来ないためリハビリテーションサービスの受給状況を把握するのは困難である。しかし、中国国際福祉博覧会ホームページに掲載されている情報では、北京市では毎年脳卒中の患者が200万件に達し、そのうち身体機能障害を呈し後遺症で障害者となる患者が60%以上いるとされている。また、その50%の人が自立生活を送れない状態となるとされている。このような患者のうちリハビリが必要な患者は主に3級病院に集中しているが、これらの病院にリハビリテーション資源が不足しているため、現在のリハビリ施設だけではカバー出来ず、リハビリの必要な患者の80%がリハビリを受けることができない現状とされている。

中国衛生部が発表した第2回障害者調査(2006年実施)の結果によると中国では寝たきり或いは自立できない高齢者数が2700万人いるとされ、半身不随になっている人が70万人いるとしている。また、認知症高齢者82万人のうち、約24万人が寝たきりになっているとしている。中国の障害者数は8,296万人で人口総数の6.34%を占める。リハビリが必要な障害者数とリハビリを待っている障害者数はそれぞれ、障害者全体の72.28%と53.28%と報告している。

出所) 中国国際福祉博覧会ホームページ「中国のリハビリ市場への需要が爆発的な成長」  
(<http://www.crexpo.com.cn/japanese/newsdetail.aspx?id=914>)

## 9)リハビリテーションの費用(患者負担額、制度等)

中国リハビリテーション研究センターでのリハビリ料金は45分で100元(日本円で約1,450円)であった。相澤病院では20分で2,350円かかることから中国のリハビリ料金は我々の約27%の値段である。一方、他の医療施設のリハビリ療法士に確認すると30分で40元(日本円

で約 580 円) であった。また大都市にある富裕層向けの医療施設においては、日本の診療報酬で定められた額と同等の額を徴収するようである。

また、日本ではリハビリ実施時間に応じて費用がかかり、リハビリ訓練時に使用する機器等の利用料には費用がかからない。しかし、中国の多くの病院では、リハビリ機器使用ごとに別途使用料を設定している。例えば、チルトテーブル使用料が 30 元、トレッドミル歩行機器使用料が 40 元、渦流浴使用料が 40 元など設定されている。また、リハビリ機器の使用料を示した「治療項目価格表」のようなものがあり、そこには「国家が許可した」と謳われている。

図表・10 治療項目価格表の例

国家认可收费项目	
1、水中步行训练疗法：	
40元 / 次	(34020004000：偏瘫肢体综合训练)
40元 / 次	(34020004100：脑瘫肢体综合训练)
2、水中肢体功能训练疗法：	
25元 / 次	(34020002601：关节松动 (大关节))
10元 / 次	(34020002000：运动疗法)
3、气泡浴 + 涡流疗法：	
15元 / 20分钟	(34010002000：水疗)
4、水中可见光疗法：	
5元 / 每个照射区	(340100002：可见光治疗)
5、水中平衡训练：	
6元 / 次	(340200024：平衡功能训练)
6、松弛治疗：10元 / 次 (311503020)	
7、漂浮治疗：20元 / 次 (311503021)	
8、行为矫正治疗：20元 / 次 (311503028)	

保険制度に関しては、リハビリ費用についても各患者が加入している保険に応じて一定の補助がなされるようである。現地リハビリ療法士の話では、日本円で 30 万円から 40 万円程度が保険でカバーされる場合もあるとのことであった。

中国におけるリハビリ費用の設定については個々の医療施設にて自由に設定していることが我々の調査では確認された。なお、リハビリ機器の使用料がプラスで設定されているため患者の経済能力に応じて実施する治療内容も変化してくることが多々ある様で、この点については日本と大きく異なる。

## 第4章 中国におけるリハビリテーションサービスの提供実体(質と量)

### 4-1. 調査目的

中国におけるリハビリテーションサービスの内容(質と量)について調査し、現在我々が提供しているリハビリテーションサービスと対比させその差異を明確にすることで、我々が持つリハビリテーションサービスの優位性や独自性を確認する。つまり、現在我々が所有しているリハビリテーションサービス(商品)にてシーズを活かした事業展開が図れるかを確認し、提供可能なリハビリテーションサービスの内容を検討するための情報として活用する。

※ シーズ(Seeds) : ビジネスの「種」のこと。企業がもつ「技術、ノウハウ、アイデア、人材、設備」などを指す。

### 4-2. 調査方法

国内の有識者からの聴き取り調査、現地リハビリ関連者からの聴き取り調査およびインターネットでの検索などを通じて調査を行った。

### 4-3. 調査結果

#### 1) リハビリテーション対象患者の状況

疾患名	%
脳血管障害	26.2
筋骨格系その他の疾患	10.7
頭部外傷	7.4
脳性まひ	7.1
脊髄損傷	6.8
末梢神経損傷	5.7
慢性関節リウマチ	5.6
骨折	4.2
呼吸器疾患	3.5
変形性関節症	2.9
ギランバレー症候群	2.6
糖尿病	2.5
パーキンソン病	2.5
痴呆	2.2
その他精神異常	2.0
心疾患	1.5
その他	6.6
合計	100.0

障害名	%
片麻痺	24.5
関節可動域障害	11.8
疼痛	9.9
筋力低下	9.5
感覚障害	7.0
異常姿勢	6.4
対麻痺	5.9
平衡機能障害	5.6
四肢麻痺	3.6
知的障害(痴呆を含む)	3.1
精神障害	2.0
嚥下障害	1.9
高次脳機能障害	1.6
呼吸障害	1.3
四肢切断	1.2
精神発達遅滞	1.2
その他	3.5
合計	100.0

出所) 霍明「中国における理学療法士の実態調査」(理学療法学科 19(4):269-274, 2004)

2004年に行われた中国における理学療法の対象疾患に関する調査「中国における理学療法士の実態調査」では、第1位は脳血管障害であり、対象障害の第1位は片麻痺であった。他に頭部外傷や脊髄損傷などの外傷も対象疾患の上位を占めていた。今回、我々が行った現地聴き取

り調査でも、やはりリハビリテーションの対象疾患は、脳血管障害が最も多く、次いで脊椎疾患であった。前述した調査によれば、リハビリテーションの対象年齢については、年齢が40歳から59歳が47.3%と全体の約半数を占めていた。その理由として、生活習慣、喫煙、過度の飲酒などにより、若年者の脳血管障害の発症が増えているとしている。

先に示したデータは、2004年と少し古いデータであるが、現地での聞き取り調査を行う限りでは、リハビリテーションの対象疾患は2004年当初と比較し大きな変化がないことが確認され、その構成も本邦と大きく変わらないことも確認された。中国におけるリハビリテーションの対象年齢は本邦と比較すると低い結果であるが、今後は高齢化の進行とともに対象年齢も引き上がるのが予測される。

この結果から、相澤病院が得意とする脳卒中患者に対するリハビリテーションサービスが中国において活かせるチャンスが大いにあることが明らかとなった。

## 2)リハビリ療法士数の実態(病床当りの数等)

一般的には、脳卒中患者に対するリハビリテーションにおいては、患者が受けるリハビリテーションの量(訓練時間)とアウトカムには相関関係があることが多くの研究で明らかとなっている。日本脳卒中学会から出されている「脳卒中ガイドライン2009」においても一日あたりの訓練時間をより多くすることについて一定の推奨が示されている。従って、訓練時間を増加するためにはマンパワーが必要となる。つまり、効果的なリハビリテーションを提供しているかの一指標として、ベッドあたりのリハビリ療法士数を把握することは有効である。

出所) 日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン2009」(<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>)

中国障害者連合会、全国老齡工作委员会弁公室が主催する中国国際福祉博覧会のホームページ(<http://www.crexpo.com.cn/japanese/newsdetail.aspx?id=914>)では、リハビリ療法士は13,747人となっている。一方、我々が行った現地での聞き取り調査では、リハビリ療法士は、2008年では中国国内に約1万人(理学療法士:5千人、作業療法士:5千人)であったが、2010年には4万人に増加したとのことであった。なお、人口10万人あたりのリハビリ療法士の数は、日本が130人であるのに対して中国では3人と極めて少ない現状にある。公表されているリハビリ療法士の数については、調査年により変化していることが推測される。

出所) 霍明「中国における理学療法士の実態調査」(理学療法学科 19(4):269-274, 2004)

正確なリハビリ療法士の実数を把握することは困難と思われるが、1996年4月に中国衛生部から配布された「総合病院リハ管理基準」によると、2級総合病院のリハ科には、少なくとも専任あるいは兼任のリハビリ療法士2名が必要、3級総合病院では少なくとも専任あるいは兼任のリハビリ療法士4名以上が必要とされている。2004年時点では、中国全土には2級総合病院が約5,000施設、3級総合病院が約600施設あることから、衛生部のリハ管理基準を順守していることを前提に計算すると中国全土でリハビリ療法士が最低でも2万人程がいることになる。しかしながら、リハビリ療法士の実数の数ははるかに少ないと考える声もある。

リハビリ療法士の正確な数を把握することは困難であったが、リハビリ療法士の養成校の増加に伴い年々その数も増加していることは明らかである。

なお、2012年に衛生部から新たな「リハビリ病院基本標準」が配布されており、それによると3級リハビリ専門病院では1ベッドあたりのリハビリ療法士が0.4人、2級リハビリ専門病

院では1ベッドあたり0.3人の人員配置が記されているが、相澤病院においては現時点で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を合わせた数が1ベッドあたり0.24人となっている。

この結果から、幾つのが推測される。一つは、リハビリテーションサービスを提供している施設が沿岸部および3級病院に集中している現実があることから、一部の施設においては十分な訓練時間が確保されていることも考えられる。しかし、中国全体としては、リハビリ療法士が不足していることから、リハビリ療法士が患者に対して十分な指導が出来ていないことが推測され、相澤病院が実施している個別対応での1日3時間のリハビリテーションサービスは中国においては優位性があると考えられる。

一方で、中国全土でリハビリ療法士が不足していることは、リハビリ事業を進める上で人材確保の面で大きな課題となることが予測される。

### 3)リハビリテーション介入開始時期(発症後又は入院後何日目の介入か等)

我々が調査した範囲内においては、中国におけるリハビリテーション介入開始時期は本邦や欧米諸国に比べ遅れていることが明らかとなった。

近代的なリハビリテーションにおいては、発症後早期からリハビリテーションが開始され安静状態による廃用症候群(特定の器官を長期間、動かさないでいることによって生じる障害で、他の疾病の治療のための安静状態や、高齢で動けなくなるなどが原因となる。筋萎縮・筋力低下などの運動機能障害や臓器の障害、床擦れなどが含まれる)を予防することが重要視されている。相澤病院では、脳卒中患者を例にすると、その殆どが発症翌日にはリハビリテーションが開始されている。一方、北京市にある「中国リハビリテーション研修センター」の理学療法士らによると、同センターにて、入院でのリハビリテーションを受けている患者の殆どが、発症後約3ヶ月が既に経過した患者であった。

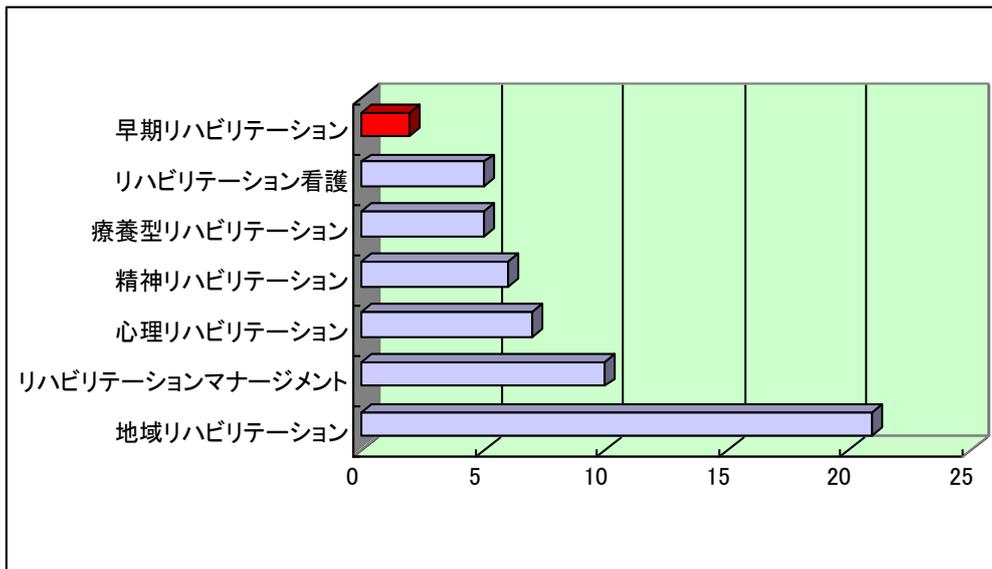
その理由の一つには、CRRCへの入院待ちの患者が非常に多いことである。CRRCでは、入院待ち期間の平均が約3ヶ月間であった。つまり、CRRCは本邦でいう「回復期リハビリテーション病院」のような位置づけとなる。しかしながら、CRRCでリハビリテーションを受けている患者の中には既に廃用症候群を呈した患者が多く見られた。つまり、CRRCへ入院する以前においても十分なリハビリテーションを受けていない患者が多くいることが示唆された。

他の理由としては、前述したように中国では急性期リハビリテーションのシステムが十分に構築されていないことが考えられ、結果、そのサービスが提供できないと思われる。国際医療福祉大学・保健医療学部・理学療法学科の霍明講師が調査した中国国内で開催されるリハビリテーションに関する講習会をテーマ別に調べてみると、図表・12が示すように急性期リハビリについての講習会の件数が最も少ない結果であった。つまり、中国のリハビリ療法士が求める知識や技術は急性期リハビリに関する内容ではなく、他の分野でのニーズが高いことから中国においては急性期リハビリの重要性に対する認知が依然低いことが示唆された。

本調査事業の現地協力病院である泰心病院は心臓専門病院であるが、リハビリについての専門的知識・技術をもったリハビリ療法士がその病院には不在であり、術前・術直後の心臓リハビリテーションが実施されていない状況である。

この調査結果から我々が得意とする急性期リハビリテーションについては、中国においては殆ど提供できていないことが示唆され、急性期リハビリテーションサービスを中国で展開していくことは大きなチャンスと捉えることができる。

図表・13 リハビリテーションテーマ別講習会件数



出所) 国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療法学科 霍明講師資料  
「中国リハビリテーション教育の変遷」を基に作成

#### 4)リハビリテーション実施量(1日当りのリハビリ実施時間等)

本邦では保険診療上、1患者が受けることが許される1日あたりのリハビリテーション時間は1日3時間までと規定されている。中国リハビリテーション研究センターの理学療法士らによると、同センターに入院されている患者の多くが1日に4~5時間のリハビリテーションを実施しているとのことで本邦の実施時間を超える結果であった。しかし、実際にリハビリ療法士が患者に直接的に関わっている時間は1日2時間程度で、実際には患者の家族又は介護者が患者に付き添いリハビリを実施していたため、十分な効果が得られているかは疑問が残る部分であった。

リハビリテーションの効果を最大限とするためには、患者が能動的となり、脳卒中などによって失われた運動機能等を再獲得するため、様々な運動を繰り返し反復する必要がある。反復訓練を進める中でリハビリ療法士が随時フィードバックを行い患者が正しい動作や動きが学習できるように働きかけることが重要である。従って、我々が提供するリハビリテーションの質を確保する上でもリハビリテーションの実施時間を十分に設ける必要があるが、現地調査を開始するまでは、果たして中国にて長時間のリハビリテーションが受入れられるかが懸念された部分であった。また、リハビリテーションの実施時間は、収益面にも大きく影響を与える部分である。本邦においては、リハビリテーション実施時間に比例した形で収益が増減する仕組みとなっているため、1患者あたりのリハビリテーション実施時間が多くなれば収益も増加することになる。なお、中国リハビリ研究センターでは45分を1単位として患者さんから費用を得る形としていた。

当初、我々が懸念していた長時間のリハビリテーションの実施については、中国でも受入れられることが今回の調査で明らかとなった。

#### 5)リハビリ療法士の技能

現地のリハビリ関連施設を視察し、中国国内のリハビリは急速に世界に追いつこうとしてい

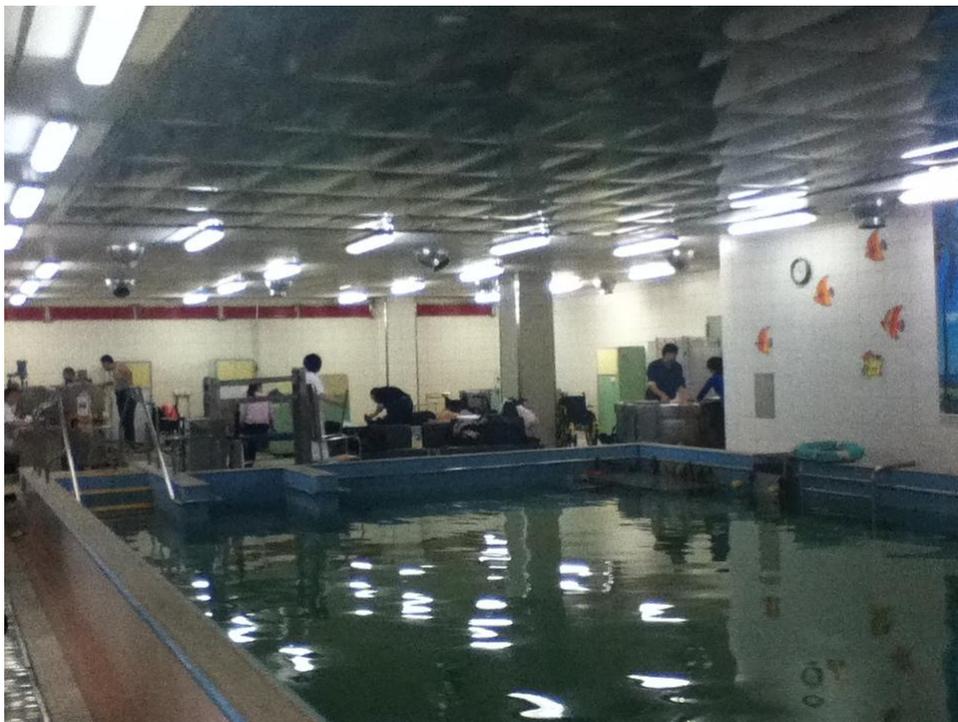
ることが伺える。日本は40年かけて少しずつ進歩してきたが、中国は一気に加速しようとしている。その中で最も進んでいるのは、施設と医療機器で、次いでリハビリ療法士の数であった。最も遅れていると感じたのは、リハビリの方法とリハビリ療法士の技術であった。ちなみに、施設・リハビリ関連機器は相澤病院の10年遅れであり、リハビリ療法士の技術およびリハビリプログラムは相澤病院の20年ほど遅れている印象を受けた。

実際に見学した機能訓練内容は、歩行練習や日常生活の練習は家族又は付添い者が行い、リハビリ療法士が提供しているトレーニングは訓練室のマット上で（寝たまま）行う筋力訓練や関節可動域訓練が多いように感じた。また、病棟内での歩行練習や日常生活の練習を行う様子は見られなかった。また、日本ではほとんど見られなくなったハバードタンク（ひょうたん型浴槽）による物理療法も待ち時間ができるほど多く取り入れられていた。

図表・14 中国でのリハビリ訓練の様子



図表・15 中国のリハビリ施設内の水治療室



リハビリ療法士の技術については、日本では古くから用いられている神経筋再教育法を習得したリハビリ療法士が数名おり、その手技（方法）を用いて患者の治療を行っていたが、相澤病院では現在では全く用いていない手技であった。

患者のリハビリ目標を明確にして治療するために重要なのは頭部 CT・MRI の脳画像であり、ここから得られる情報により機能障害や残存機能を予測してリハプログラムを立案することが相澤病院では実施されているが、中国のリハビリ療法士は脳画像等を見ることは殆どないとの話しであった。

治療記録（カルテ）についても日々記録を残すことがなく、入院時の初回評価、中間評価および退院時の評価に関する記録を残すのみであった。従って、日々の治療効果を検証することや治療成績（アウトカム）データの蓄積や分析も不十分であると感じられた。

我々が調査した範囲内の結果からは、中国のリハビリ療法士が科学的知見に基づいた知識や技術がまだまだ不足していること、また科学的根拠に基づいた系統的なリハビリプログラムを提供できていないことが確認され、相澤病院のリハビリプログラムがかなり進んでいることが明らかとなった。

## 6)リハビリテーション関連機器および装具の使用状況

第5章の「中国において日本のリハビリテーション関連機器・装具の普及展開についての可能性」を参照

## 7)リハビリテーション提供体制(チーム医療でのシステムが確立されているか等)

リハビリ療法士の技能や高額なリハビリ機器のみでは、質の高いリハビリテーションサービスを提供するには限度がある。医師、看護師、リハビリ療法士、そして家族を含めたトータルなリハビリテーション（チーム医療）を提供することが本邦においても求められているが、我々は中国においてどの程度チーム医療によるリハビリテーションのシステムが確立されているかを確認した。

チーム医療を代表する事項としてカンファレンスが挙げられるが、中国国内のリハ科主任 232 名を対象としたアンケート調査では以下のとおり、全体的には依然頻度が低い状態である。

図表・16 中国におけるリハビリカンファレンスの状況

カンファレンス実施の有無	ある	67.9%	ない	32.1%	
カンファレンスの頻度	週1回以上	26.2%	月1回	29.5%	不定期 41%
カンファレンス参加者	医師	96.7%	療法士	59%	看護師 49.2%

出所) 霍明 「中国における理学療法士の実体調査」(理学療法学科 19(4):269-274, 2004)

中国リハビリ研究センターでは、他職種によるカンファレンスを定期的実施しているとのことであったが、カンファレンスで話し合う具体的な内容については今回の調査では確認することが出来なかった。

カンファレンス以外にリハビリテーションのチーム医療を測る内容として、病棟での訓練が挙げられる。ちなみに相澤病院では、入院患者については、いわゆる“リハビリ訓練室”での訓練は原則行わず、日常生活動作訓練や歩行訓練をはじめとした各種訓練の殆どを入院病棟に

て実施している。入院病棟で訓練を実施することで、特に看護師が個々の訓練内容とその改善度合いが把握でき、必要な情報交換もスムーズとなる。また、家族への指導や協力依頼も得られやすくなることがある。

我々が訪れた現地の病院にてリハビリ療法士から話を聞くと、中国では基本的にはリハビリ室での訓練を行うシステムとなっており、病棟訓練の概念が薄いことが確認できた。病棟で訓練を行う患者は重症でリハビリ訓練室へ移動できない患者であった。

相澤病院で導入している病棟訓練のシステムは、中国においては新しいシステムであり、その優位性が高いことが示唆された。

## 第5章 中国において日本のリハビリテーション関連機器・装具の普及展開についての可能性

### 5-1. 調査目的

日本国内の多くのリハビリテーション施設では筋力強化訓練に用いるトレーニング機器、持久力訓練に用いる自転車エルゴメーターやトレッドミル、低周波治療器などの電気治療器、関節可動域訓練に用いる機器などのリハビリテーション関連機器を設置している。これらの機器とは別に、麻痺などの障害を呈した方は、患者個々が購入する下肢装具や杖、歩行器などの歩行補助具なども必要となる。

我々は、中国にてリハビリ事業を展開する際には、日本のリハビリテーション関連機器や装具などの製品を積極的に活用したいと考えているため、中国におけるこれらの製品の使用状況やその品質、価格などを調査した。

### 5-2. 調査方法

現地リハビリ関連者からの聴き取り調査およびインターネットでの検索を通じて調査を行った。

### 5-3. 調査結果

#### 1)中国でのリハビリ関連機器・装具の使用状況

我々が現地リハビリ療法士から話を聞くと、中国では大型で高額なリハビリ治療機器を取り入れる施設が多いが、それらの機器を使用できる知識・技術を持ったリハビリ療法士が少なく、実際にはそれらの機器がほとんど有効活用されていない状況が多々あると説明を受けた。同様に我々の現地協力医療機関である泰心病院の職員も「リハビリテーションサービスを行う上ではリハビリ機器を多く入れる必要がある」との考えを持っており、見た目や豪華さを大切にする中国においては、実際のリハビリテーション治療プログラム及び機器の効果等とは関係なくリハビリ治療機器を導入する傾向が強く、施設へ導入される機器と実際の使用状況は必ずしも相関するものではないことが推測される。特に新しく設立されるリハビリ施設でこの傾向が強いようである。

一方で、中国ではリハビリ機器を患者が使用する毎にその使用料を患者から徴収している事実があることから、患者がより好んで使用するリハビリ機器については各施設でも積極的に導入する傾向も強い。しかし、これも実際には科学的根拠に基づいてリハビリ機器を導入するというよりは、患者がただ単に「気持ちいい」と感じるリハビリ機器を導入するケースが多いようである。つまり、見た目が良く、その機器の使用率が高くなるリハビリ機器を選択し導入する傾向もあり、これはリハビリテーションサービスを以前から提供している施設で強いようである。

図表・17 リハビリ機器の一例



リハビリ装具・義肢に関しては、交通事故や労働災害が多いためか、切断肢への義肢のニーズが高いようであるが下肢装具のニーズはまだ低い状態である。中国にて義肢装具士から話を聞くと中国では下肢装具療法がスタートしたばかりとのことであった。2012年11月に北京市で開催された「中国国際福祉・リハビリ博覧会」を訪れた際にも、装具自体の出展は極僅かであった。実際に、中国リハビリテーション研究センターや中日友好病院を訪れた際にも装具を装着して歩いている患者さんの姿はほとんど見られなかった。

下肢装具については、今後発展の可能性が高いことが示唆された。特に相澤病院で使用しているような新しい種類の下肢装具については、我々が調査した範囲内においては、中国では全く用いられていないことが確認された。

図表・18 博覧会に出展されていた中国製の下肢装具



図表・19 相澤病院で用いている下肢装具（川村義肢株式会社製品）



現在、中国では多くの慢性病患者や障害者が徐々に在宅にて治療できる環境が整備され始めており、これに伴い家庭用リハビリ機器・用具のニーズが高まっている。日本貿易振興機構がまとめた報告書（「中国の医療機器市場と規制」；2012年3月）によると、小売りの薬局店では家庭用医療機器が販売されているが、これらの売上高は、すでに薬局店の総売上高の約20%に達している。また、2010年における中国の家庭用医療機器の総売上高は140億元で、医療機器市場の総売上高の12%を占める。しかし海外ではこの比率は一般的に25%程度と言われており、中国では家庭用医療機器の占める割合がまだ低く家庭用医療機器市場にはまだ大きな発展の余地があるとしている。このことから今後、医療施設への大型リハビリ機器の導入に比べ、患者個々が使用する小型のリハビリ機器等の需要が高まることが予測される。

## 2)他国からの供給・輸入状況

2010年に中国が輸入した医療機器全体の総額は79億5,720万ドルとなっており、うち保健リハビリ用品の占める割合は全体の1.89%（1億5,290万ドル）となっている。ちなみに診断設備と治療設備が輸入額全体の80%以上を占めている。なお、医療機器全体の主な輸入先は米国、日本、ドイツが上位を占めており、構成比はそれぞれ29.96%、17.45%、16.48%である。

*出所）日本貿易振興機構「中国の医療機器市場と規制」2012年3月*

現在、中国では日本のリハビリ機器があまり使用されていないようであるが、アメリカ、ドイツ、ロシア、台湾などから高額なリハビリ機器を輸入している施設が多いようである。日本のリハビリ機器については、約20年前のCRRC設立時に日本国内メーカーの製品が数多く導入された経緯があるが、以降は、中国国内で積極的な販売を進めてこなかったため日本製品が殆ど使用されていない状況である。日本のリハビリ機器メーカーの方の話では、「製品のコピー」に対する懸念が強く、日本のメーカーは中国に対して積極的な輸出を進めてこなかったようである。我々が訪れた中日友好病院でも開設当初は日本のリハビリ機器を使用していたが、現在は全て欧米の製品に代わっていると同病院のリハビリ医師から説明を受けた。リハビリ機器が欧米製品に代わってしまった理由は明らかではないが、おそらく現地に代理店等もなく製品のメンテナンスが出来なかったことが要因の一つとして考えられる。

中国国際福祉・リハビリ博覧会を訪れた際にも欧米、特にヨーロッパのメーカーの出展が目立った。欧米メーカーが出展している製品の品質は日本と同様に高いものであったが、中国製品の品質はまだまだ低い状態であり、一部、コピー製品を出展している中国企業もあった。一方、台湾メーカーの製品は一定の品質を確保しており中国国内でのシェアを伸ばしているようであった。

## 3)価格の調査

中国の医療機器製品の価格は、一般的には市場原理で決められており、企業が自主的に価格を設定しているようである。リハビリ機器や装具についても同様であるが、高い技術を駆使した最先端のハイエンド製品や付加価値の高い製品でない場合には、価格競争が激化しているようである。「中国国際福祉・リハビリ博覧会」に出展していた日本企業の方に話を聞くと、歩行器や杖など高い技術を必要としない製品は中国国内の企業も生産しており安価であるため、日本国内からこれらの製品を輸出しても価格競争で負けてしまうとの説明を受けた。しかし高い技術を取り入れた製品については高い価格となっており、日本製品も競争力を有する。例え

ば、博覧会で出展されていた変換型車椅子などである。

図表・20 変換型車椅子の一例



#### 4)日本製品に対する反応

中国では一般的に日本製品への認知度が比較的高い。日本製品は技術が高く、性能や品質も良く、見た目がコンパクトで、丁寧に製造されており、コストパフォーマンスが高いとみなされている。日本の家電、デジタル製品、自動車、化粧品は中国で高い市場シェアと知名度を有している。

リハビリ関連機器についても多少価格が高くても品質の良い商品が好まれる傾向がある。そのため外国製品が人気で、中でも日本製品に対する潜在的な評価は高いようである。細部にも配慮していることや欧米製品に比べて中国人の体格に合っていることなどが人気の理由となっている。直接身体に触れる機会が多いため、安心・安全への要望が強いようである。

出所) 日本貿易振興機構ホームページ

(<http://www.jetro.go.jp/j-messe/w-info/wi-120420.html>)

## 第6章 中国でのリハビリテーションクリニック & 研修センター(仮称)開設に向けた課題

### 6-1. 調査目的

中国での医療施設設立に向けた候補地の状況および日本国内と中国国内の法制度上の課題等を明らかにする。

### 6-2. 調査方法

国内の有識者からの聴き取り調査、現地リハビリ関連者からの聴き取り調査およびインターネットでの検索を通じて調査を行った。

### 6-3. 調査結果

#### 1) 開設候補地について

中国で医療施設の開設候補地を選択する場合、通常であれば各地の人口統計、疾病構成、経済活動、需要などを十分に調査した上で候補地を選択することになると思われるが、近年の日中関係を考慮すると、これらの要素以上に政治的影響の出やすい地域か否かを精査するとともに、現地パートナーとの信頼関係が候補地を選択する上で最も重要になると思われる。

今回、相澤病院は中国でのリハビリ施設開設候補地として天津市にある天津経済技術開発区を選択したが、その主要な理由は、信頼できるパートナーが天津経済技術開発区内にいて、そして天津経済技術開発区内が他地域と比べ政治的影響が比較的少ないことみられることである。

#### (1) 天津市の概要

天津市は、北京市および河北省に隣接しており、中国4直轄市（北京市、上海市、重慶市、天津市）の一つである。環渤海湾地域の経済的中心地であり、中国北方最大の対外開放港である。首都北京市とは高速道路、高速直通列車、京津城際線によって、1~2時間以内で結ばれている。2011年のGDPは1兆1,191億元で、中国の都市では上海市、北京市、広州市、深セン市に次ぐ第5位である。

天津経済技術開発区（Tianjin Economic-Technological Development Area、音訳は「泰達」）は、1984年12月6日、国务院の認可を経て設置された、中国最初の国家クラス開発区の一つである。2010年12月末まで、天津開発区は累計で76の国と地区の外国企業と香港・マカオ・台湾の投資企業の4,870社を認可し、プロジェクトの投資額は622億ドル、年間の工業生産総額は5,101.28億元を実現している。『フォーチュン』の世界トップ500の企業の中の76社が天津開発区で158のプロジェクトに投資している。

出所) TEDA ホームページ (<http://jp.investteda.org/TTJ/tyt/sk/default.htm>)

#### (2) 天津市の人口

王亜新氏が行った「中国天津市の人口動態研究」では、2007年の天津市の人口は1115万人で、年齢段階別の人口構成は、0-14歳の年少人口が128.37万人（11.5%）、15-64歳の生産年齢人口が879.57万人（78.9%）、そして65歳以上の高齢者人口が107.06万人（9.6%）となっている。中国国家统计局発行の「2012中国統計年鑑」（電子版）の発表では、天津市の総人

口は1,355万人となっているおり、2007年から人口が増加していることが分かる。

また、天津経済技術開発区内の人口は、約400万人であるが、天津市、河北省・北京市などに広げると、その合計人口は2億人弱と言われている。

### (3)天津市の富裕層人口

中国（香港、マカオ、台湾を除く）の富裕層を追跡取材し、1999年から毎年富裕層ランキングを発表している、現在中国の企業家の実態を最も把握している調査機関である「胡潤研究院」の『2010 胡潤財富報告』では下表の地域別富裕層人口を示している。

なお、個人所有資産の計算対象として、固定資産（未上場の株式権利、自宅等、不動産）と金融資産（株券、基金、債券、預金、保険）が含まれている。また、各地域の高級住宅数、最近3年間高級自動車の販売台数、個人所得税申告者数、企業登録資本等を参考としている。

また、『2012 胡潤財富報告』では、中国全国で所有資産が1,000万元以上の人口は102万人を突破し、うち、1億元以上が63,500人に上ったと報告している。

図表・21 中国地域別富裕層人口分布表（抜粋）

ランキング	省/直轄市	所有資産1,000～9,999万元（人）	所有資産1億元以上（人）
1	北京市	151,000	9,400
2	広東省	145,000	8,200
3	上海市	122,000	7,300
4	浙江省	116,500	6,760
5	江蘇省	62,600	4,300
6	福建省	33,500	2,100
7	山東省	30,500	1,720
8	遼寧省	26,800	1,710
9	四川省	22,100	1,520
10	河南省	15,200	1,040
11	河北省	14,500	1,110
11	天津市	14,500	1,030
...	...	...	...
	合計	875,000	55,000

出所) 胡潤研究院「2010 胡潤財富報告」を基に作成

### (4)天津市の平均寿命

天津市の平均寿命は、男女合わせて74.9歳である。男女別では、男性が73.3歳、女性が76.6歳となっている。なお中国全国の平均寿命は71.4歳（男性：69.6歳、女性：73.3歳）で天津市に比べ低い値である。

### (5)天津市における死亡原因

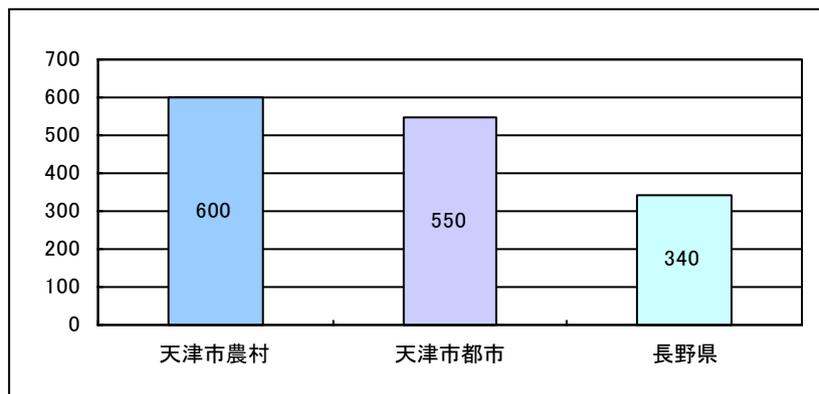
中国全国と類似して、1995年の天津市の死因の第1位は心疾患で11,361人、第2位が脳血管疾患で10,952人、そして第3位は悪性新生物で8,279人となっている。これら三大死因で、年間死亡数の62.5%を占めている。

出所) 馮彦茹「1995年中国天津市の死亡状況の特徴 三大死因の行政区別、性別、年齢階級別死亡率の検討」 埼玉医科大学雑誌 第29巻 第4号 平成14年10月

## (6)天津市における脳血管疾患の発生状況

衛生部の脳卒中防治及び診断拠点である天津市環湖医院神経内科主任の安中平氏によると、最近の脳卒中サンプル調査では、毎年天津市農村部の脳卒中発生率は10万人に600人、都市部の発生率は10万人に550人となっており、全国でも高い数値であることを報告している。また、脳卒中の発症率を男女別でみると、男性の発症率は女性の2倍である。さらに、近年、若年者の発症が増している傾向にある。これは、若い人の不健康的な食生活に原因があると考えられている。

図表・22 人口10万人あたりの脳血管疾患発症者数

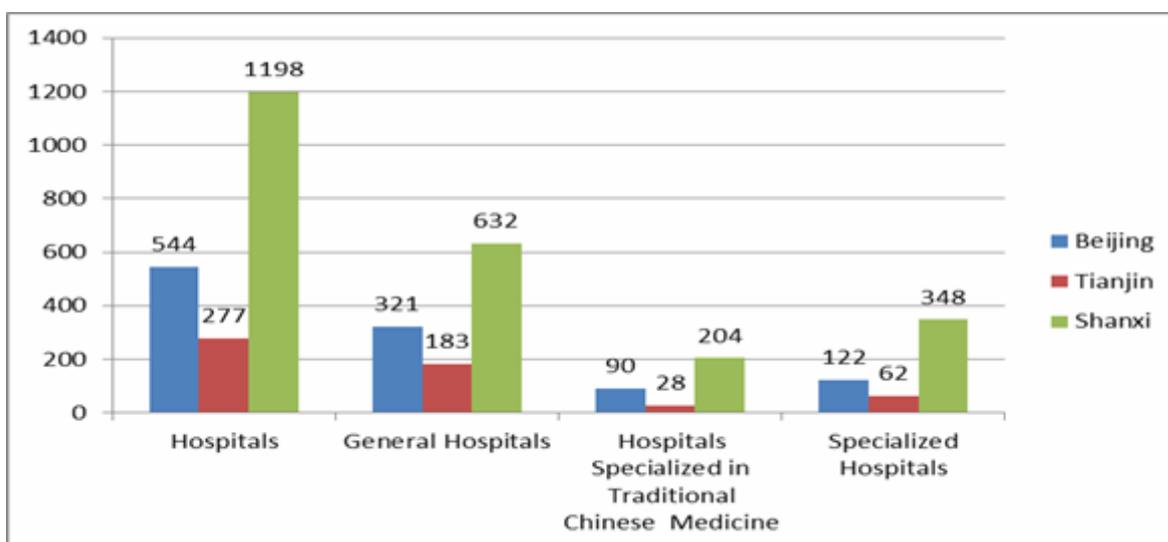


出所) 中国日報インターネット版「天津市は脳卒中の“重灾区” 男性の発症率は女性の2倍」  
2011年10月30日 ([http://www.chinadaily.com.cn/hqpl/zggc/2011-10-30/content\\_4213297.html](http://www.chinadaily.com.cn/hqpl/zggc/2011-10-30/content_4213297.html))

## (7)天津市の医療機関

天津市には277の医療機関が存在しているが、リハビリ専門の病院やセンターが存在していない。各総合病院にリハビリ科が設けられているのみである。また天津経済技術開発区内には3級病院が2つあるのみで、もちろん専門的なリハビリテーションサービスを提供する施設はない状況である。

図表・23 天津市内の医療機関数



出所) 「Number of Health Care Institutions : National Bureau of Statistics of China 2010」を基に作成

## 2)法令・制度上の課題

### (1)日本の法制度上の課題

社会医療法人の認定を受けている相澤病院は、社会医療法人の出資規制および医療法人の資産運用制限により海外出資に関しては、以下の課題がある。

- ①社会医療法人の出資規制：社会医療法人は厚生労働省の「通達」（社会医療法人の認定について：平成20年3月26日公布）によって他の団体の議決権株等を過半数以上取得することができないと定められている。
- ②医療法人の資産運用制限：厚生労働省が公開する「医療法人のモデル定款」によって、医療法人が運用する有価証券として「国債等の確実な有価証券」が謳われている。これは、「公益法人はその事業の性格からして、資産の運用は出来る限り確実な有価証券で行うことが望ましい（公益法人がリスクの高い証券を保有するのは望ましくない）」とする国税庁の考え方に基づくもと聞いている。

### (2)中国の民間資本による医療機関開設に関する政策

2010年11月に発展改革委員会、衛生部、財政部、商務部および人的資源社会保障部は、社会資本(民間資本)による医療機関の開設・運営を推進するため、「社会資本による医療機関の開設運営の更なる奨励及び指導に関する意見」を公表した。ここには、外資を含む社会資本の参入可能範囲の拡大、社会資本による医療機関の開設・運営にかかる業務環境の改善、そして非公的医療機関の持続的かつ健全な発展の促進に関わる内容が謳われている。

また、この狙いとして、医療施設の増加、医療サービスの給付拡大、多様なニーズへの対応を図ること、また、医療施設間の競争促進、医療サービスの効率および品質の向上、医療サービスの体系化が挙げられる。

### (3)中国の外国資本に対する業種規制

中国では、外国資本に対する規制業種を「奨励類」「許可類」「制限類」「禁止類」の4つに分類しており、分類毎に認可の決済レベル、出資比率規制、税金優遇規制等が異なっている。

図表・24 「外商投資産業指導目録」による業種分類

奨励類	農業新技術、ハイテク技術、省エネ技術等
制限類	一部の流通業、金融業、不動産業
禁止類	軍事、情報産業等
許可類	その他上記に該当しないもの

出所) 発展改革委員会・商務部「外商投資産業指導目録(2011年改正)」を基に作成

2010年に国務院から公表された「会社資本による医療機関の開設運営の更なる奨励及び指導に関する意見」(国弁発[2010]58号)により、医療は制限類から許可類へ分類が変更され、外国資本独資での医療機関設立も試験的にはあるが可能となっている。

出所) JETRO ホームページ (<http://www.jetro.go.jp/world/asia/cn/qa/03/04J-061202>)

また、外国資本による営利・非営利医療機関の設立も許可し、特に中国中西部への医療機関設立を奨励している。中外合弁/合作医療機関の設立は、省級衛生部及び商務部門が審査・承認

を行う。なお、中国医学、中国・西洋医学の結合、民族医学に関係する医療機関については省級中薬管理部門又は国家中薬局の意見を求める必要がある。

中知医誌の2011年12月9日の報道では、2011年9月に台湾の医療機関が商務部・衛生部の認可を受け、中国本土で台湾独資病院として営業を開始している。

#### **(4)中国での医療機関設立に係る法制度**

中国で医療機関を設立する場合、独資（外国資本100%出資）では認められず、中国企業（医療機関など）との合資もしくは合作形式での設立しか認められていない。実際の医療機関設立の根拠となる法律は、「中外合資、合作医療機構管理暫定弁法」で、この中では外国出資者の資格や設置される医療機関の条件などが定められている。

##### **①出資者の資格**

- ・当該地区の医療部門の医療機関設置計画及び衛生部制定の『医療機構基本基準』に基づくこと。
- ・中外（中国出資側と外国出資側）双方とも独立法人であり、直接または間接的に医療機関への投資及び管理の経験がある法人（医療機関など）であること。
- ・国際的に先進的な医療機構管理経験、管理モデル及びサービスモデルを提供することができること。
- ・国際的にリードする水準を有する医療技術及び設備を提供することができること。
- ・当該地区の医療サービス能力、医療技術、資金及び医療施設分野の不足を補充し、または改善することなどができること。

##### **②設置される医療機関の条件**

- ・必ず独立した法人であること。
- ・投資総額は2,000万人民币元以上であること。
- ・中国出資側が占める出資持分比率または権益は30%以上であること。
- ・合資・合作期間は20年を超えないこと（期間満了の90日前までに期間延長の申請が必要）。
- ・当該地区の省または直轄市レベル以上の衛生行政部門が定める他の条件を満たすこと。

また、中国での医療機関の設立は、多くの関係する法律や規制があり、医療事故の発生は中国の法律に基づき処理されるため、設立に際しては医療・法務専門家による調査と計画に長期間かけることが望まれている。

出所) JETRO ホームページ (<http://www.jetro.go.jp/world/asia/cn/>)

#### **(5)出資時の留意事項**

##### **①合資・合作による出資**

中国で医療機関を設立する際には合資又は合作形式での設立となるが、それぞれで適用される法律、税制、存続および投下資金の回収方法に違いがある。従って現地パートナーの選択や合作経営についての日中双方の十分な検討と意見交換が重要となる。合資・合作での経営は、一般的に中国側との相違が多く、経営が難しいとの評価が増えている。以下の表に合資と合作の相違点を簡単にまとめた。

図表・25 合資と合作の違い

	合資企業	合作企業
組織形態	株式共同経営	契約式共同経営 ・ 法人登録による合作 ・ 非法人合作
出資方法	現金、建物、機械設備、土地使用権、工業製造権、専門技術による出資。但し、すべて金銭評価し、株に換算する必要がある。さらに、外国出資者の投資比率は登録総資本の25%以上と決められている。	契約上、投資の場合は現金のみによる出資、合作の場合は現金以外のもので、株に換算する必要がない。
権力機構及び経営管理機構	最高権力機構は「董事会」。董事長は当該企業の法定代表人。「董事会」の指導による「総経理責任制」の経営管理方法。	法人合作の場合の最高権力機構は「董事会」であり、協議により第三者へ経営管理を委託することも可能。 非法人合作の場合は連合管理機構の設立は可能だが、最高権力機構ではない。その下に管理組織を設けるかどうかも自由。
損益分担方法	登記した出資比率によって分担する。	契約通りに分担する。
期限満了後の財産帰属	債務返済後の残りの財産は登記した出資比率によって分配する。	債務返済後の残りの財産は契約通りに分配する。もし、契約上、外国出資側が合作期間中先に投資を回収するとならば、期限満了時の固定資産はすべて中国出資側に帰属する。
投資回収方法	共同経営期間中の利益分配及び期限満了後の財産分配によって投資を回収する。	契約時、外国出資側が合作期間中内に投資を先行回収を決めることが可能。
双方の関係	共同投資、共同経営管理、共に利益を分配、共にリスクと損失を分担するという「四共」が原則。	当事者間の協議を尊重し、合作形式や経営管理方法等に関する制定は自由で、法律的制限はない。

出所)「中華人民共和国中外合資経営企業法」及び「中華人民共和国中外合作経営企業法」を基に作成

## ②委託投資契約等による出資

中国国内資本独資の場合には、外国資本が入る場合と比べ、医療法人を設立するのは簡単となる。形態としては貸付の内容を含めた投資契約書等を交わす方法が考えられる。係る契約においては、両者間の関係、医療機関の管理権、利益配分および違約責任等を規定しておくのが一般的のようである。しかし、一旦問題が生じると、真の投資者が中国の外資に対する投資制限を回避するために交わした契約と判断され、法的に無効であると認定される可能性が高い。

出所) JETRO「中国進出企業の事業再編等 実務に関する調査」2009年3月

## (6)撤退時の留意事項

会社清算・撤退の手続きが完了するまでの期間は、早くても1年、それ以上かかる場合があり、その費用については多くの困難が存在する。一般的には債権債務残高確認、資産処理、税務登

記抹消、税関登記抹消、工商登記抹消、従業員への経済補償金、および委託する法律事務所費用などがあり、処理を進めて行くうちにかなりの費用がかかる可能性がある。外資系企業の撤退は以前と比べると、随分容易になってきているようだが、前述のとおり、雇用や納税には注意が必要であるため経験のある弁護士やコンサルタントに相談することが望まれる。

医療事業の場合には、中国側企業との合資・合作となるので、出資持分を譲渡してしまうことが最も効率的かつ合理的である（持分の譲渡が売却で、ほぼ書類手続きで済むことになるが、負債や税金の未納分も譲渡されるので、債権債務残高の調査と確認は欠かせない）。

#### ①日本側持分を全て中国側へ売却する場合

譲渡持分の対価は基本的には当事者間同士の交渉ごととなるので、「撤退したい」と先に手を挙げた方が交渉上は不利に置かれるのが一般的である。持分譲渡も董事会（日本でいう役員会）の全員一致決議が必要とあり、必ず中国側が同意できる条件でないと一切手続きが進まない可能性が高くなる。

#### ②日本側持分を第三者へ売却する場合

中国側が自出資産買収に同意しない場合、日本側企業の出資権を買い取ってくれる中国会社を探せざるを得ない。しかし、この場合も①の日本側持分を全て中国側へ売却する場合と同様、董事会の全員一致決議が必要であり、中国側の同意が必要となるので注意が必要である。

#### ③精算

##### ・期限前の精算

やはり、董事会での全員一致決議が必要であり、中国側の同意が最初のハードルとなる。中国側の同意が得られない限り、精算もできないことになる。同意が得られて精算手続きに入ったとしても、前述の留意点で記載したように、様々な問題・リスクが想定される。なお、「有限会社」の場合、理屈としては「出資額の範囲内で損失責任を負う」はずであるが、実際は外資系企業に対して裁判所は容易に認めないようである。債務超過の場合、出資者として債務返済のための増資あるいは貸付（最後には債権放棄）をして対応せざるをえないと認識する必要がある。

##### ・期限満了による精算

期限満了した場合（譲渡あるいは期限前精算がうまくいかず月日が過ぎた場合等）は、法律により、会社は清算しなければならない。この場合、中国側の同意は必要ないのでハードルは低くなるが上記の期限前精算同様に、精算に必要な労力、リスク、費用は発生するので留意が必要である。

出所) JETRO 青島事務所「外資投資企業の終止（撤退）における法的注意事項」2008年3月

### 3) 資金的課題

中外合資医療機関の設立の際の、資金面での課題として挙げられる内容として、日本からの資金の持ち出し、資本金の払い込み義務、投資利益の回収などの問題がある。

#### (1) 日本側からの出資

日本からの資金の持ち出しについては、「日本の法制度上の課題」の所でも前述したが、日本国内の現行法制度上、医療法人が国外へ資金を持ち出すことについては不確定な部分がある。

#### (2) 投資利益の回収

中国現地法人への投資に対する主な利益回収方法については、配当、ロイヤリティー、サービスマネージャー、による回収が挙げられるが、それぞれの方法で手続きや課税も異なってくる。実

際にどの方法で投資利益を回収（又は現地での再投資）するかについては、今後の更に調査を進める必要がある。なお、以下にロイヤリティー、サービスフィー、配当による利益回収方法を簡単に説明する。

**ロイヤリティー**は、無形資産購入支払いとして国外送金が可能であるが、中国の現地法人に対して供与する技術を当局に対し開示する必要がある等、様々な書類を準備する必要があり手続きが煩雑である。中国国内で営業税が5%と企業所得税が10%課税される。

**サービスフィー**は、コンサルティングサービスの対価として国外支払いが可能である。ロイヤリティーに比べ手続きが簡素で取組みやすい。中国国内で営業税が5%と企業税みなし利益に対して企業税が25%課税される。

**配当**は、外商投資企業からの配当として基本的に年1回の国外送金が可能である。この際に中国国内で企業所得税が10%課税される。但し、外国資本が25%以上出資している外資系企業の配当金は源泉徴収が免除される。

出所) 株式会社日本政策投資銀行の作成資料 (相澤病院中国進出に係わる資料)

#### <配当利益送金の手続き>

会計年度が終了した後、年度検査、企業所得税の確定申告を済ませ、董事会を開催して利益処分案を決定する。そこから三項基金（準備基金、企業発展基金、従業員奨励福利基金）という積立金を規定に従って控除し、残った金額を処分可能利益とすることができる。

合弁企業の場合は出資比率に基づいて、合作企業の場合は契約条項に基づいて配当金が分配され、必要書類の企業所得税に関する「完納証明」、会計事務所による「会計報告書」と「验资報告書」、董事会の「配当決議書」、「外貨登記証」などを揃えれば、銀行の窓口確認のみで送金が可能である。

配当金を国外に送金する際には10%の企業所得税の源泉徴収が行われるが、外国資本が25%以上出資している外資系企業の配当金は源泉徴収が免除される。

出所) 三井住友銀行グループ SMBC コンサルティングホームページ

([http://www.smbc-consulting.co.jp/company/solution/oversea/oversea\\_350.html](http://www.smbc-consulting.co.jp/company/solution/oversea/oversea_350.html))

### (3) 現地法人の資本筋と総投資額

株式会社八十二銀行上海駐在員事務所が作成した「中国での拠点設立 ; 2012年6月6日」の資料によると、現地法人を設立する場合、企業化調査報告書 (feasibility study ; F/S) を作成する必要がある。このF/Sの作成時に現地法人の資本金の額を決める事になるが、併せて事業の規模である「総投資額」も決めることになる。この総投資額から資本金の額を差し引いたものを「投注差」と呼び、現地法人が中国国外から受けられる融資の限度額となる。

総投資額を大きく計画しておけば投注差も大きくなり中国国外からの金融機関や親会社から受けられる融資の額が大きくなるが、資本金の額と総投資額の比率は規定されているためむやみに総投資額だけを大きくすることは出来ない。また、外資系企業の場合は先に法人登記と口座開設を済ませ、その後一定期間内の「後払い」で、資本金の全額払い込みが義務付けされており、払い込み期限が会社形態や資本金の額によって定められている。

従って、むやみに総投資額を大きくすると持込み資本金の払い込み額が膨らむため日本側企業への経営負担となる可能性があることから、現地のパートナーと十分な協議を行った上で総

投資額や資本金を決めることが今後必要ある。

図表・26 総投資額と最低資本金の比率

総投資額	最低資本比率
300 万米ドル以下	70%
300 万米ドル超～1,000 万米ドル以下	50% (最低 210 万米ドル)
1,000 万米ドル超～3,000 万米ドル以下	40% (最低 500 万米ドル)
3,000 万米ドル超	1/3 (最低 1,200 万米ドル)

出所) 株式会社八十二銀行上海駐在員事務所が作成した「中国での拠点設立」資料を基に作成

図表・27 合併企業による資本金振込み制限

出資形態	振込方法	詳細		
合併企業	一括振込	「営業許可証」公布日から 6 ヶ月以内に行う		
	分割振込	合併各当事者が各々の出資持ち分の 15%を下回らず、かる「営業許可証」公布日から 3 ヶ月以内に初回分を払い込む必要がある。	50 万米ドル以下	1 年以内
			50 万米ドル超～100 万米ドル以下	18 ヶ月以内
			100 万米ドル超～300 万米ドル以下	2 年以内
			300 万米ドル超～1,000 万米ドル以下	3 年以内
		1,000 万米ドル超	審査期間判断	

出所) 株式会社八十二銀行上海駐在員事務所が作成した「中国での拠点設立」資料を基に作成

#### 4) 運営上の課題

##### (1) 施設基準の問題

中国でリハビリ事業を運営するためには、中国のリハビリ施設に関する施設基準を満たす必要がある。第3章の「5) リハビリテーションサービスの提供に関する制度にて」でも少し述べたが、2012年3月に衛生部から「リハビリ病院基本標準(2012年版)」の配布にて通知が出されている。これはあくまで3級と2級のリハビリ専門病院の施設基準であるが、この内容をみると実際には不必要と思われる部屋や治療機器(例:ハバードタンク)などの設置が求められている。基本的にはリハビリはリハビリ訓練室で行うことが前提となった基準であるため、相澤病院で実施している病棟訓練の概念とは異なり、今後実際に施設を設立する上での課題となる。

##### (2) 雇用の問題

質の良いリハビリ療法士の確保をどのように行うかは大きな課題である。現地採用するとしても教育制度が不十分である中国においては、本邦同様の知識や技術を有するリハビリ療法士を採用することは難しいと考えている。その対策としては、現在、中国国内でリハビリ療法士として働いている人を採用し、我々が教育することにある。しかし、どの様な方法でリハビリ療法士を募集・採用するかについて今後検討が必要である。

また、リハビリ療法士以外に医師や看護師、事務スタッフなどの雇用についても検討する必要があり、中国の雇用制度(法規制)等についてさらに調査が必要である。

### **(3)リハビリ療法士の教育の問題**

リハビリ療法士採用後の教育についても言葉、文化、考え方の違いなどから日本人と同様に教育を進めることは困難と考えており、教育にかなりの時間や労力が必要になると思われる。また、教育をしても直ぐに辞められてしまい技術が盗まれてしまうことも危惧されるため教育内容や方法をどのようにして行くかは今後の大きな課題である。

### **(4)施設運営経費の問題**

中国でリハビリ施設を運営する場合のランニングコストが現時点でははっきりしていない。人件費については、凡その予測がつくが、施設のメンテナンス費用や水道光熱費、材料費、医薬品費用、委託業務費などがどの程度となるのかについては、今後詳細な調査が必要である。

### **(5)日本人スタッフの問題**

日本からリハビリ指導スタッフや事務管理スタッフを現地のリハビリ施設へ派遣する必要がある。中国国外の医師免許しか持たない医師に対しては、「外国医師訪中短期医療行為管理暫定弁法」にて所定の手続き等が完了した後に、1年間の期限付きライセンスが公布され中国国内で医療行為の実施が可能となる。しかし、リハビリ療法士については、日本の資格を持つ理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の中国での就労に関する規制の有無がはっきりしていない。現地のリハビリ療法士の話では医師と同じような制度がないため、日本の理学療法士等が中国でリハビリ治療行為を行うことができないのではと考えていた。従って、管理者としてビザを取り現地スタッフへの指導を行うことになると思われるが、この点についても今後詳細な調査が必要である。

更に、日本人スタッフの住宅などの生活環境を整え、安全確保を図ることも重要な課題であると考えられる。

## 第7章 現地医療機関とのリハビリネットワークの構築

### 7-1. 調査目的

中国現地にリハビリテーション施設を設立した際に、どのように患者やリハビリ療法士の研修生を確保するか、また患者に必要なリハビリサービスを途切れることなく（シームレスに）提供できるかが課題である。人脈社会である中国において、中国国内のリハビリテーション施設やリハビリ療法士とリハビリネットワークを広げて行くことがこれらの課題をクリアする上で必要と考えられる。そこで中国でのリハビリテーションに関わる連携システムなどについて調査し、今後の活動の参考とする。

### 7-2. 調査方法

現地リハビリ関連者からの聴き取り調査およびインターネットでの検索を通じて調査を行った。

### 7-3. 調査結果

本邦においてはリハビリテーションのステージとして急性期リハビリ・回復期リハビリ・維持期リハビリと、主に3つに分類され、各ステージに応じたリハビリテーションサービスが提供されている。各ステージを担う施設も一般病院（急性期病院）、回復期病院、在宅や介護施設などと別れていることが一般的であるが、各施設間で連携をとり患者にシームレスなリハビリテーションサービスが提供されている。しかし、中国では、このような連携システムがまだ整備されていないのが現状である。2011年5月に国務院常務会議の決定により「中国障害者事業12次5カ年計画の発展要綱」が公表されているが、その中で「リハビリサービスのネットワークを作り、保障体系を整える」ことが謳われ、中国でのリハビリテーションサービスのネットワーク構築は始まったばかりである。

出所) 中国国際福祉博覧会ホームページ (<http://www.crexpo.com.cn/japanese/NewsDetail.aspx?id=1023>)

我々が訪れた中国リハビリテーション研究センターでは、中国全土から患者や研修生が集まっている。もちろん同センターが開設してから20年以上の歴史があること、そして教育施設が併設されていること、中国におけるモデル施設となっていることが、多くの患者や研修生が集まっている理由であると考えられる。また、同センターのリハビリ療法士から話を聞くと、同センターにて研修生として受入れたリハビリ療法士が自身の働いている施設に戻り、そこでリハビリを受けている患者に対して個人的に同センターを勧めているようである。そして、その患者又は家族が同センターに直接連絡を入れ、入院依頼をする流れとなっているようである。つまり、本邦のように施設間の連携システムに基づいた形で、患者の紹介が行われているというよりは、リハビリ療法士間での個人的な繋がりにより、患者の紹介が行われている。

リハビリ療法士の研修生を集める方法としては、もちろん提供する教育プログラムの質を高め、良い評判を得ることは欠かせないが、中国では継続教育制度があり、中国政府等が認定した各種研修会や学会などに参加し、ポイントを稼ぐことで個人の給与面にも反映されるシステムがある。従って、研修生を確保する戦略としては「中国政府が認める継続教育」として認定される研修システムを構築することも良い方法であると考えられる。

## 第8章 本調査プロジェクトの結果を踏まえての事業展開の計画

### 8-1. リハビリセンター開設の中国現地パートナー

#### 1) 協力合意までの経過

我々は、本調査事業の現地協力医療機関として以前から友好関係にあった「泰達国際心血管病医院」を候補病院として挙げ、本調査事業への協力を依頼するため、2012年8月に同病医院を訪れた。そこで同病院長から「数年内にリハビリ施設を設立する予定があるため相澤病院とも協力してリハビリ施設を設立したい」との話しが逆にあった。同病医院は、リハビリテーションに関してのノウハウが乏しかったため、協力先を探しているところにタイミング良く我々の計画が持込まれた形であった。我々からも相澤病院のリハビリテーションサービスやその取り組みなどについて説明し、我々が保有するリハビリテーションサービスが中国側の望むものであることが分かった。

また、同病医院とは、7年ほど前から病院幹部同士の人材交流や同病医院の病棟長クラスの看護師全員が相澤病院で研修を行うなど、信頼関係が既に築かれていたこともあり、中国でのリハビリ施設設立に向け、相互協力することとなった。

#### 2) 泰達国際心血管病医院について

泰達国際心血管病医院（以下、泰心病院）は、2003年9月に天津市の天津経済技術開発区内に心臓専門病院として開設された3級甲病院（約500床）である。2009年に国際的医療評価機関である Joint Commission International (JCI) の認証を取得し、2012年には、その更新審査に合格している。また、2011年には、中国国家臨床看護分野重要プロジェクト20病院の1病院となっている。更に、2012年には、アメリカ系の医療グループ「Asia-Pacific Medical Group; APMG」と中外合資医療機関として「TEDA-Puhua Hospital」を設立している。

図表・28 泰達国際心血管病医院の外観



## 8-2. リハビリ施設設立予定地および施設概要

### 1) リハビリ施設設立予定地

天津経済技術開発区内の中心地に泰心病院があるが、その泰心病院の直ぐ北側に空地があり、そこにリハビリ施設を新たに設立する計画となっている。その用地面積は約 8,000 m<sup>2</sup>である。

泰心病院の直ぐ隣には経営体が別である泰達総合病院（約 500 床）があり、なお、泰心病院と泰達総合病院は地上通路で繋がっている。

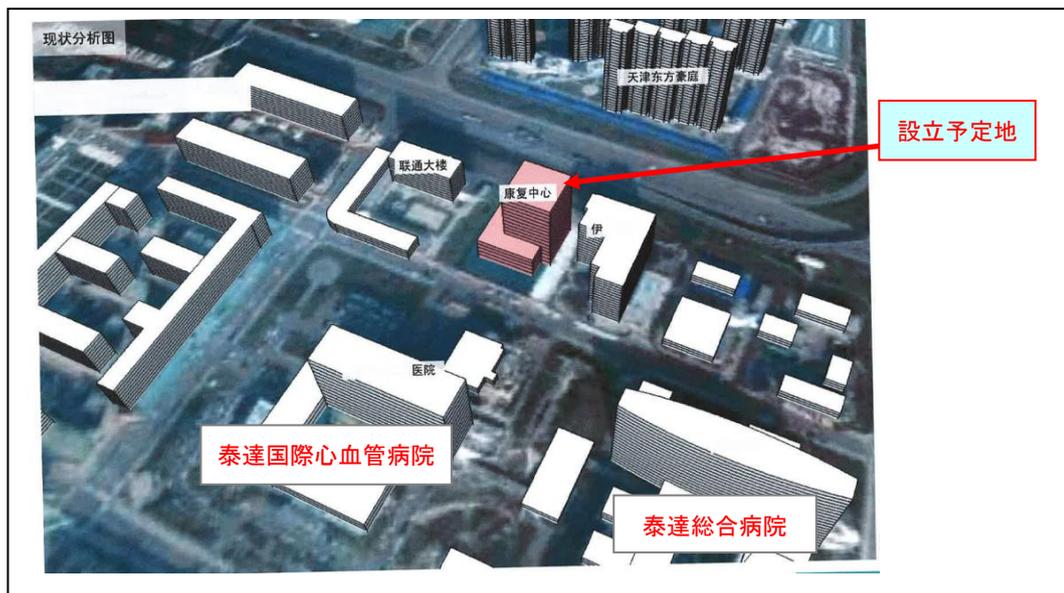
図表・29 リハビリ施設設立予定地



図表・30 隣接する泰達総合病院の外観



図表・31 リハビリ施設建設予定地と周辺病院との位置関係



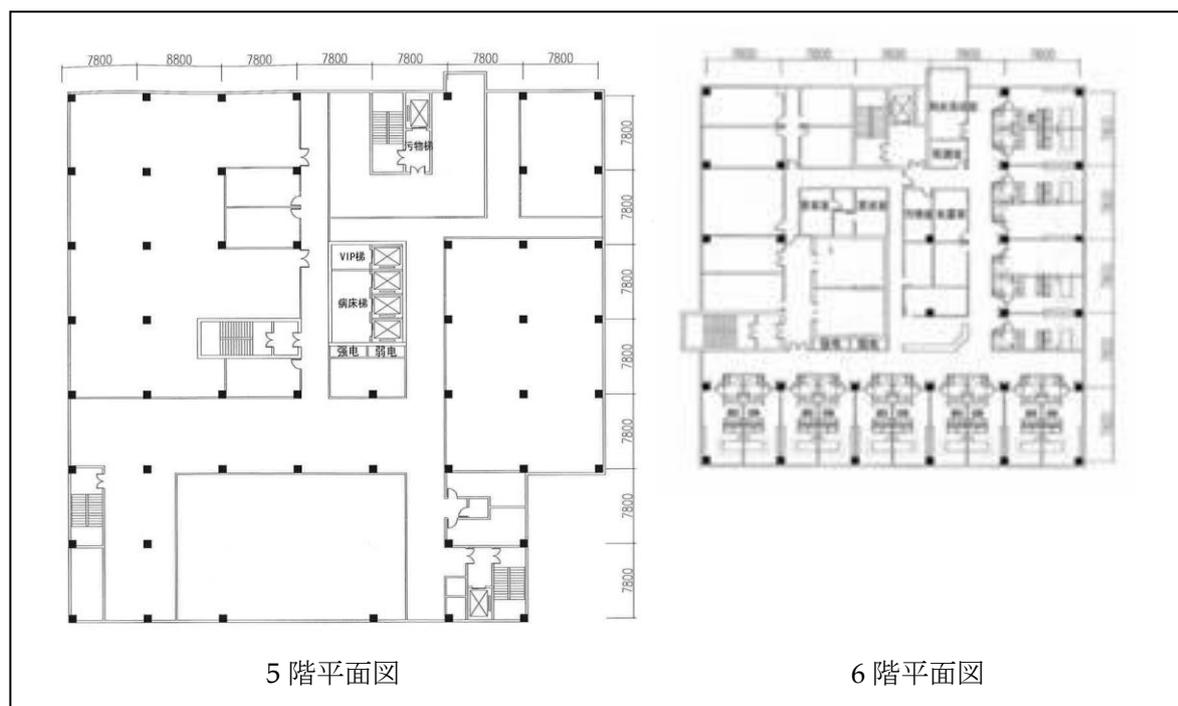
### 2) 建築施設の概要

前述した用地に、地下 3 階、地上 15 階（地上約 60m）の建物を新築する計画となっている。この建物の 5 階と 6 階部分を利用して、相澤病院と泰心病院で設立するリハビリ施設（中外合資医療機関）を設立する計画としている。なお、新築する建物の建築許可面積は 3,0011 m<sup>2</sup>となっており、我々が使用する予定となっている 5 階と 6 階部分の床面積は、約 45,00 m<sup>2</sup>である。

図表・32 リハビリ施設が入る建物



図表・33 リハビリ施設が利用する5階・6階部分の平面図



残りの階の利用については、以下の図表のようになっているが、相澤病院が関わる部分は5階と6階部分のみで他の階については、別法人の医療機関が入る計画となっている。泰心病院が既に中外合資医療機関をアメリカ系の医療グループ「Asia-Pacific Medical Group; APMG」と設立していることは前述したが、この2つの医療機関が残りの階を利用して脳血管治療センターおよび健診センターを設立する計画である。つまり図表・31の建物には大きく分けて3つの機能（脳血管治療センター、健診センター、リハビリセンター）が入ることになるが、リハビリセンターは、他のセンターとは別の法人格を持って事業を行う計画である。

図表・34 新築される建物の利用方法

階	機能	参入団体
8階～15階	脳血管疾患治療センター	APMG/泰心病院
7階	健診センター宿泊	APMG/泰心病院
5階～6階	リハビリセンター	相澤病院/泰心病院
3階～4階	健診センター（診察室・検査室など）	APMG/泰心病院
1階～2階	E R・外来・薬局・検査など	APMG/泰心病院
地下1階	テナントなど	
地下2～3階	駐車場	

### 3)建築計画

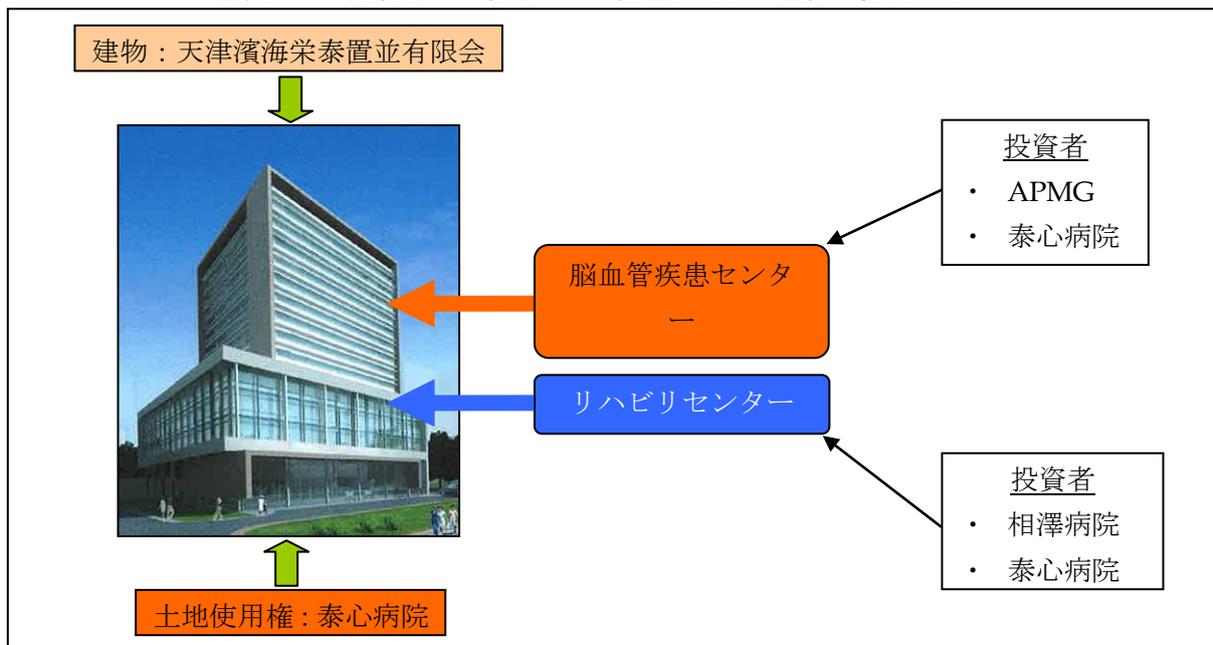
建物の建築スケジュールの予定としては、2013年4月に基礎工事が開始され、2015年5月に完成予定である。設計は、台湾に親会社がある「聖帝国際建築工程設計株式会社」が請け負っている。なお、親会社である「許常吉建築師事務所」は台北医学大学附属病院をはじめとして数多くの医療機関の建築を手がけて来ている企業である。

## 8-3. 投資

### 1)全体の投資スキーム

現時点で決まっているリハビリ施設の設立および建物の建築に関わる投資者等については複雑な形となっている。まず、建築予定地の使用权については、既に泰心病院が取得している。そして、建物の建築費用については、天津濱海栄泰置並有限会社が投資することが決っている。新たに設立される法人は内装や設備・機器などに対して投資を行う方向である。

図表・35 建物および各センター設立に対する全体の投資スキーム



### 2)リハビリ施設設立の投資スキーム

リハビリ施設設立の投資にあたり最低でも以下の2つの条件を満たす必要がある。

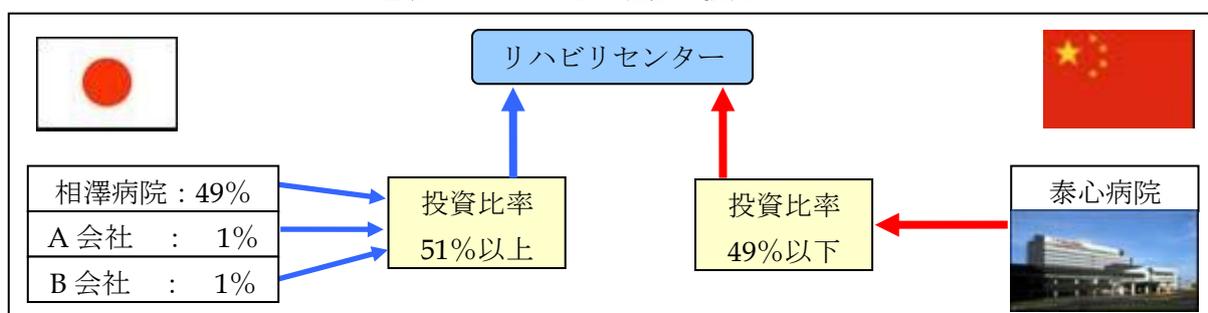
- ・ 社会医療法人は他の団体の決議権株等を過半数以上取得することができないと定められている。
- ・ 「中外合資、合作医療機構管理暫定弁法」によって中国出資側が占める出資持分比率または権益は30%以上とすることが定められている。

従って、相澤病院から投資できる最高の投資額は全体の50%未満とし、中国側からの投資を30%以上とする形で投資比率を決める必要がある。

また、リハビリ施設の運営に際し、日本側が主導権を持つためには、全体の51%以上を日本側からの投資とする必要がある。しかし、相澤病院単独では50%以上の投資ができないため、日本側からの投資比率を51%以上とするには、日本国内の他の団体等から投資を募る必要がある。現時点では数社に声をかけており、興味を示している会社もある。

なお、日本側からの投資比率が過半数以上となることについては、泰心病院との合意が得られているため、今後は具体的な投資比率について協議する予定である。

図表・36 リハビリ施設の投資スキーム



### 3)リハビリ施設設立の投資額

具体的な「総投資額」については、企業化調査報告書 (feasibility study ; F/S) を作成する際に決める必要があるが、泰心病院からの情報も含め、我々が調査した結果では、最大で約8億円 (日本円) の見込みとなる。その内訳は、5階・6階部分の使用権 (賃貸料) 20年間分で約5億円、リハビリ施設の内装・設備・機器などで約3億円となっている。しかし、総投資額を出来る限り低くしたいため、中国側へ次の提案を行い、その合意が得られている。

- ・ 日本側からの投資額は最大で2.8億円程度とすること
- ・ 日本側からの投資比率を51%以上とすること

従って、現時点でのリハビリ施設開設事業への総投資額の見込みは約6億円となっているが、今後その内訳について協議を行う計画である。なお、中国側からは、リハビリ施設内の内装・設備・機器などについて日本側が支払うことを提案されており、これについては我々としても概ね合意している。

### 4)リハビリ施設設立に対する出資への考え

今回、中国にてリハビリ施設の設立に関する協議を泰心病院と何度か行ってきたが、出資を勧めてきたのは泰心病院の院長 (劉院長) である。劉院長は、外国企業が中国でビジネスを行う際には、多少なりとも出資をして何らかの発言権を持っておかないと、継続的に事業を行うことが困難になると考えている。さらに、劉院長は日本側から出資ができない場合であっても相澤病院とは協力する形でリハビリ施設を設立したいという意向が強かった。

我々としても主導権を持った形で、中国でのリハビリ事業を進めていきたいと考えていたことから、我々の出せる範囲内で出資を行うことを積極的に検討している。なお出資金については日本国内からの自己資金や出資者を募る形で調達する方向で検討している。

最終的な出資の決定は、社会医療法人財団慈泉会理事会の承認が必要となる。

## 8-4. 中国で提供するリハビリテーションサービスの内容

### 1)リハビリ対象患者

我々は、中国のリハビリ施設で主に急性期から亜急性期の脳卒中患者を受入れリハビリサービスを提供することを計画している。その理由としては、次のことが主に挙げられる。

- ・ 脳卒中リハビリは、我々が得意とするリハビリ領域であり、日本国内でも十分な実績があること。
- ・ 中国では、脳卒中患者が今後益々増加することが予想され、その需要が高いこと。
- ・ 中国での脳卒中リハビリの内容が相澤病院のリハビリ内容に比べ優に10年以上遅れていることが明らかとなり、相澤病院の脳卒中リハビリに優位性があること。
- ・ 同じ建物内に300床規模の脳血管治療センターが設立されるため、連携により急性期から継続したリハビリサービスが提供でき、患者の確保も容易となること。

また、天津市を中心に北京市を含めた中流階級以上の患者をターゲットにしている。

### 2)提供するリハビリサービスの規模

我々が利用可能な床面積が約4,500㎡であることから、リハビリ施設の規模は50床程度を計画している。規模はそれほど大きくないが、仮に1患者が1ヶ月間入院リハビリを行うことを仮定し、稼働率が100%となった場合には、年間で約600名の患者を受入れることになる。

## 8-5. リハビリ療法士の人材育成計画

### 1)リハビリ療法士の育成

上記リハビリサービスを提供するためには、リハビリ療法士の育成が重要な課題であるが、現時点では以下のように人材育成を計画している。

#### (1)日本での研修

リハビリ施設の開設前に、開設時の主要スタッフを日本（相澤病院）で研修させる計画である。具体的な研修プログラムの策定はこれからである。

#### (2)現地での研修

相澤病院での研修のみでは、我々が望むリハビリ療法士に育てることは困難であるため、中国へ帰国後も継続して教育・育成を行うことが必要と考えている。そのため、日本から数名（3名ほど）が指導者として現地でリハビリ療法士の教育・指導にあたることを計画している。

### 2)日本での研修に掛る費用負担について

日本で研修を行う際には、リハビリ療法士の交通費などのコストが発生する。このコストを現地のリハビリ施設が負担するか、または相澤病院が負担するかは、今後検討する必要がある。

なお、これまで泰心病院から看護師の研修生を受入れていたが、その際には、相澤病院で交通費や生活費等の負担を行って来た。

## 8-6. 年度別事業計画

### 1)受入れ患者の推移

設立を計画しているリハビリ施設は50床を想定しているが、リハビリ療法士が育成されないと患者を受入れることが難しいため、基本的にはリハビリ療法士の育成計画に沿う形で徐々に受入れ患者数を増加することを計画している。

なお、1年目および2年目は基本的に入院リハビリのサービスのみを提供し、3年目以降から外来リハビリサービスも行うことを計画している。また、他施設からの研修生受入れ事業については、4年目以降から開始したいと考えている。

### 2)人員配置計画

受入れ患者の増加にともない順次スタッフを採用することを考えているが、具体的な採用方法や必要な医療従事者および事務スタッフなどの詳細については、今後、泰心病院と協議して決定して行く方向である。

## 8-7. 収支計画

### 1)収益構成

本リハビリ事業における主要な収益としては、リハビリ収益と室料収益である。現時点では具体的な研修サービスの提供について検討が出来ていないため、研修サービスによる収益は、今回の収支計画書には含めない。

### 2)費用構成

当院で用いている費用構成に準じる形で人件費、医業原価（医薬品費、材料費）、医業経費（委託費、設備関係費、研究研修費、経費）および医業外費用の構成として費用を計算している。

### 3)収支計画書

上記の収益および費用構成に基づいて収支計画書を作成した（図表・37～39）。なお、稼働率については、年間の目標受入れ患者数に対する比率である。また、2015年5月にリハビリ施設が設立し、実際にリハビリ事業を開始するまでの運用資金、日本人スタッフの人件費、借入金の返済金などについては今回の収支計画書には含んでいない。

図表・37 1年目の収支計画

		1年目			
最大25床稼働		(単価:円)			
	科目	稼働率 (100%)	稼働率 (90%)	稼働率 (80%)	稼働率 (70%)
収入	室料	355,781,000	320,202,900	284,624,800	249,046,700
	リハビリ収入	84,264,000	75,837,600	67,411,200	58,984,800
	外来収入	0	0	0	0
医業収入合計(1)		440,045,000	396,040,500	352,036,000	308,031,500
医療原価	医薬品	33,111,000	29,799,900	26,488,800	23,177,700
	材料	31,746,000	28,571,400	25,396,800	22,222,200
医業原価合計(2)		64,857,000	58,371,300	51,885,600	45,399,900
医業総利益(1)-(2)=(3)		375,188,000	337,669,200	300,150,400	262,631,600
経費	人件費	150,800,000	150,800,000	150,800,000	150,800,000
	その他経費	96,005,000	96,005,000	96,005,000	96,005,000
医業経費合計(4)		246,805,000	246,805,000	246,805,000	246,805,000
医業利益(3)-(4)=(5)		128,383,000	90,864,200	53,345,400	15,826,600
課税(20%)		25,676,600	18,172,840	10,669,080	3,165,320
税引き後利益		102,706,400	72,691,360	42,676,320	12,661,280

図表・38 2年目の収支計画

		2年目			
25床→40床→50床稼働		(単価:円)			
	科目	稼働率 (100%)	稼働率 (90%)	稼働率 (80%)	稼働率 (70%)
収入	室料	733,585,000	660,226,500	586,868,000	513,509,500
	リハビリ収入	193,766,000	174,389,400	155,012,800	135,636,200
	外来収入	0	0	0	0
医業収入合計(1)		927,351,000	834,615,900	741,880,800	649,145,700
医療原価	医薬品	66,222,000	59,599,800	52,977,600	46,355,400
	材料	63,479,000	57,131,100	50,783,200	44,435,300
医業原価合計(2)		129,701,000	116,730,900	103,760,800	90,790,700
医業総利益(1)-(2)=(3)		797,650,000	717,885,000	638,120,000	558,355,000
経費	人件費	266,220,000	266,220,000	266,220,000	266,220,000
	その他経費	192,010,000	192,010,000	192,010,000	192,010,000
医業経費合計(4)		458,230,000	458,230,000	458,230,000	458,230,000
医業利益(3)-(4)=(5)		339,420,000	259,655,000	179,890,000	100,125,000
課税(20%)		67,884,000	51,931,000	35,978,000	20,025,000
税引き後利益		271,536,000	207,724,000	143,912,000	80,100,000

図表・39 3年目の収支計画

50床稼働		3年目			
		(単価:円)			
	科目	稼働率 (100%)	稼働率 (90%)	稼働率 (80%)	稼働率 (70%)
収入	室料	855,268,000	769,741,200	684,214,400	598,687,600
	リハビリ収入	238,163,000	214,346,700	190,530,400	166,714,100
	外来収入	33,696,000	30,326,400	26,956,800	23,587,200
医業収入合計(1)		1,127,127,000	1,014,414,300	901,701,600	788,988,900
医療原価	医薬品	66,222,000	59,599,800	52,977,600	46,355,400
	材料	63,479,000	57,131,100	50,783,200	44,435,300
医業原価合計(2)		129,701,000	116,730,900	103,760,800	90,790,700
医業総利益(1)-(2)=(3)		997,426,000	897,683,400	797,940,800	698,198,200
経費	人件費	266,220,000	266,220,000	266,220,000	266,220,000
	その他経費	192,020,284	192,020,284	192,020,284	192,020,284
医業経費合計(4)		458,240,284	458,240,284	458,240,284	458,240,284
医業利益(3)-(4)=(5)		539,185,716	439,443,116	339,700,516	239,957,916
課税(20%)		107,837,143	87,888,623	67,940,103	47,991,583
税引き後利益		431,348,573	351,554,493	271,760,413	191,966,333

#### 4)投資利益の回収計画

現時点では、中国でのリハビリ事業で得られた利益について日本へ送金するか、それとも中国にて次の事業展開のための資金として、現地法人に留保するかについては決めておらず、この点についても来年度以降に具体的な検討を行う予定である。

我々の調査では、投資利益の回収方法は幾つかの方法で行うことが可能であることが明らかとなっているため、専門家のアドバイスも踏まえて来年度以降に検討する予定である。

## 8-8. 今後の実施事項

### 1)主な実施事項

#### (1)泰心病院との打合せ

来年度以降は、リハビリ施設の設立に向けて、設計、開設手続きおよび運営方法など具体的な事項について泰心病院と頻回に打合せを行う必要があると考えている。

#### (2)職員の採用

泰心病院と協力しながらリハビリ施設のスタッフを採用のための準備を行う必要がある。そのためには中国の雇用に関する法律等の調査に加え、現地でのリハビリ関連学会などへ参加して現地リハビリ療法士のリクルートを行ったり、または看護師の募集のために現地看護学校などへの訪問等も実施したりする方向で検討している。

#### (3)中外合資医療機関の設立準備

リハビリ施設設立のための制度や法律について更に調査が必要である。しかし、我々は専門的な知識が乏しいため、専門家や弁護士等と契約し、必要な手続きを進めて行くことが大切で



## 第9章 まとめ

今回、我々が調査を行った範囲内での結果では、中国ではリハビリテーションに対する需要が非常に高い一方で、専門的な知識や技術を持ったリハビリ療法士が不足していることからリハビリテーションサービスが必要な患者さんに十分なサービスが提供されていないことが確認された。その背景には、中国ではリハビリ療法士の資格制度や教育制度の整備が遅れていること、リハビリテーションサービスの提供システムが整備できていないことが考えられ、この点については、中国政府やリハビリ関連団体等も認識しており、総合的なリハビリテーションシステムの強化を計画・実行している最中である。

以上のことから中国におけるリハビリ事業の展開は、その需要が高いことと同時に、中国政府も民間資本の参入を進めていることから、実現可能な事業になり得ることが示唆された。しかし、その大前提として中国現地に信頼できるパートナーがいることである。幸いにも我々は、信頼できるパートナーが、政治的影響の少ないと考えられる天津市に存在していることが今回のリハビリ事業を進める上での大きな原動力となっている。

しかしながら、日本国内の法制度により日本の医療法人が中国へ進出することにはブレーキがかけられた形となっている。我々は、関係省庁と本件について協議を行ってきたが、明確な答えを得ることは出来なかった。しかし、次の事項が明らかとなったことも事実である。

- ・社会医療法人の出資規制については、出資比率が過半数未満であれば妨げる規制がないこと。
- ・実際には社会医療法人による海外投資事例が存在していること。
- ・社会医療法人の認可主体は、都道府県であるため海外投資については都道府県に相談することが望ましいこと。

つまり医療法人が海外へ進出することは一定範囲内であれば可能であると解釈できる。しかし、国策として日本の医療を海外に輸出する方針を打ち出しているのであれば、何らかの条件を満たす医療法人が公式に認められた形で海外へ進出できるよう制度改革等を進めて行くことが必要であると考える。