

# Emerging Markets Newsletter

～No.20 2010/12/10～

日本における医療ツーリズム産業の発展可能性

アジア事業開発部

瀬越 雄二

## 1. はじめに

近年、自国における医療費の高騰、手術待機期間の長期化あるいは高度医療の不存在等の理由から、国境を越えて医療サービスを受ける個人が増加している。このような現象は、一般に、「医療ツーリズム」あるいは「メディカルツーリズム」(Medical Tourism)<sup>1</sup>と呼ばれている。現在、渡航先として最も注目を集めているのはアジア地域、特に、タイ、シンガポール、韓国、インド、マレーシア、台湾等である。

なぜ、今、医療ツーリズムが急速に発展しているのであろうか。その背景には、経

済活動等のグローバル化<sup>2</sup>という国際的な潮流がある。国際貿易の発展により国境を越えた「モノ」の移動が活発化し、その流れが「サービス」<sup>3</sup>産業にも波及している訳である。

では、なぜ、アジア地域なのか。簡単に言うと、アジア諸国による成長戦略の政策転換が医療ツーリズム発展のトリガーと見ることができる。つまり、当該地域の高度成長を支えた輸出志向型の成長戦略の結実である製造業は、中国の台頭により激しい競争環境の中に置かれ、容易に勝てない競争を強いられ、今後の持続的経済成長を達成するには非製造業の発展が欠かせないという認識に至ったことが大きく作用している。実際において、これらの国々では、現在、医療ツーリズムをサービス貿易強化分野の一つとして位置付け、政府が強力に支

<sup>1</sup> 「医療ツーリズム」という表現は既に一般化しつつあることから、本稿ではこの表現を使用し、定義の問題には深入りしない。以下、定義にこだわる事例を二つ紹介する。第一は、国際連合・アジア太平洋経済社会委員会である。同機関は、“Medical tourism”よりも“Medical travel”という表現を好む傾向にある。以下の文献を参照：United Nations ESCAP, “Medical Travel in Asia and the Pacific-Challenges and Opportunities”2008. And, United Nations ESCAP, “e-Health in Asia and the Pacific-Challenges and Opportunities”2008. 第二は、「“Medical tourism”という表現には物見遊山的なニュアンスが感じられることから、付加価値のあると言う意味で“medical value travel”と呼ぶよう求める向きもある」(齊尾武郎、「メディカルツーリズム医療は国境を超える」、臨床評価 33巻 2号 2006年)

<sup>2</sup> グローバル化とは、航空機等の移動手段の発達、それに伴う物流システムの発達およびインターネットをはじめとする情報通信手段の発達により、国家間の関係が緊密化し国境を越えて人、モノ、サービスの移動が行なわれ、国際的な相互依存関係が深まることを指す。  
<sup>3</sup> 1995年「サービス貿易に関する一般協定」(General Agreement on Trade in Service、通称「GATS」)が発効。GATSはWTOの一部を構成し、サービス貿易の障壁となる規制を対象とした初めての多国間協定であり、サービス貿易の自由化の実現を目指している。

援している。

本稿では、我が国において医療ツーリズムを産業化できるのかという問題に焦点を当てる。そこで、まず、諸外国における医療ツーリズムの歴史的発展を概観し、第二に、グローバル化の進展と医療ツーリズムの関係に注目する。第三に、アジアにおける医療ツーリズムを各国別に鳥瞰する。第四に、医療ツーリズム産業の成立要件に触れ、第五に、日本における医療ツーリズム戦略を確認する。そして、最後に、日本における医療ツーリズム産業の育成に向けた幾つかの課題に言及する。

## 2. 医療ツーリズム産業の誕生と発展

国際的に見ると、国境を越えた医療ツーリズムの歴史は古い。古代の聖地巡礼の旅<sup>4</sup>は兎も角、欧州における貴族階級および富裕層は、健康増進または健康回復のために、海外の温泉地または保養地を訪れる習慣がある<sup>5</sup>。また、非西欧世界においても支配階級や富裕層は先進医療を求めて先進諸国を訪れている。これもまた長い歴史がある。これらは全て、歴史上の医療ツーリズムと言えるかもしれない。本稿の主題は、現代の医療ツーリズムである。その主な特徴は、1990年代後半から増加の一途を辿る先進諸国の中流階級等が開発途上国において「医療費がリーズナブルで」且つ「質の高い」医療サービスを受けるべく渡航する

点である。換言すると、個人が外国での医療サービスを求める動機は、自国内で特殊な医療サービスを受けることができない場合<sup>6</sup>、あるいは、自国の医療サービスが高くて支払困難な場合<sup>7</sup>の二つに分かれる。

実際のところ、現代の医療ツーリズムは世界の医療制度の中で大きなセクターを構成するまでに成長しているが、他方、本格的な調査研究はほとんど実施されていない<sup>8</sup>。医療ツーリスト数や医療費等に関して信頼のおける国際比較が可能なデータもなければ、医療ツーリズムに係るコンセプトまたは定義等も標準化されていないのが実情である<sup>9</sup>。現代の医療ツーリズムがいつ頃始まったのか定かではないが<sup>10</sup>、1997年のア

<sup>4</sup> World Health Organization, “Cross-border Health Care in Europe”, European Observatory on Health Systems and Policies, P.1, and, C.B. Venkata Krishna Prasad, “Medical Tourism Industry-Advantage India” P.1

<sup>5</sup> Harriet Hutson Gray and Susan Cartier Poland, “Medical Tourism: Crossing Borders” P.1

<sup>6</sup> 例えば、欧州中から患者がベルギーとイタリアに集まり体外受精 (IVF) を行う。これは、彼らの本国において体外受精に関する厳しい制約が課されているからである (Nathan Cortez, “Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Health Care”, Indiana Law Journal Vol.83.7, P77)

<sup>7</sup> 実際、2000年度、米国は第二位の医療費高負担国であるスイスより一人当たり医療負担額が44%も高い。同年度、米国の医療支出はGDPの13%であり、豪州の8.3%、カナダの9.1%、日本の7.8%、英国の7.3%に比べて格段に高い (Op.cit., Nathan Cortez, P.80)

<sup>8</sup> WTO、WHO、世界銀行等は医療ツーリズムの潜在的影響に関して調査を実施した。調査結果によると、WTOは、医療ツーリズムを医療分野における世界的な需給関係の不均衡を改善するひとつの方法と見做した。WHOは、医療コストの上昇および人口の高齢化に直面する先進諸国の存在により医療ツーリズムは発展すると予想する。そして、世界銀行は、米国人が医療ツーリズムで渡航すれば14億ドルの支出削減効果があると予想した (Op.cit., Nathan Cortez, P72)。

<sup>9</sup> David Morgan, Administrator, Health Division OECD, Written Statement to Ministers’ Round Table, Medical Tourism and Global Health Congress, Los Angeles, October 26th -28th, 2009, and, Abudullahel Hadi, “Globalization, medical tourism and health equity”, the Symposium on Implications of Medical Tourism for Canadian health and Health policy on November 13, 2009 in Ottawa, Canada, P.5

<sup>10</sup> 医療ツーリズムが現在のように産業化された最初のケースは1980年から1990年代初頭におけるキューバ政府の試みという報告がある。これによると、キューバ政府は隣国の患者 (例えば、アルゼンチン、チリ、メキシコ等) に対して幅広い医療サービスを安価で且

アジア経済危機がトリガーとなり、東南アジア諸国を医療ツーリズムに向かわせたと言われている<sup>11</sup>。現代の医療ツーリズムにおける主な顧客は、米国、カナダ、英国、豪州、中東諸国および日本などの先進諸国または富裕国の患者であり、また、行き先としては、タイ、インド、シンガポール、マレーシア、ヨルダンおよび南米の幾つかの国も人気が高い。市場は現在のところグローバルに拡大する途上であり、医療ツーリズムの産業化を目指した新たな胎動が世界中に見られるのが現状である<sup>12</sup>。

### 3. グローバル化が生んだ医療ツーリズム

先述の通り、現代の医療ツーリズムの誕生およびその後の飛躍的発展は、地球規模での政治的・経済的・社会的な有機的相互依存関係の深化と無縁ではない。つまり、主権国家が並列的に存在する伝統的な国際社会が好むと好まざるとに拘わらず相互依存関係を緊密化するグローバル化がそれである。特に、1997年のアジア経済危機およびそれ以降の世界の工場として台頭してきた中国の存在は、東南アジア諸国に対して、経済・産業構造、とりわけ製造業に偏った産業構造から規制の強いサービス産業<sup>13</sup>の規制緩和または自由化に向けた政策に転換を余儀なくさせた。例えば、アセアン諸国においては、経済成長モデルの中で重要な地位を占めていた FDI（海外直接投資）が中国志向を強め相対的に減少傾向に入り、

図表1 GDPのセクター別構成比

(単位: %)

	サービス			鉱工業			農業			一人当たり GDP 2008年 USD)
	1995	2005	2009	1995	2005	2009	1995	2005	2009	
日本	65.2	69.4	71.3	33.0	29.1	27.3	1.8	1.5	1.4	43,568
シンガポール	66.5	68.3	73.7	33.3	31.6	26.3	0.2	0.1	0.0	34,760
香港	84.7	90.6	92.0	15.2	9.3	8.0	0.1	0.1	0.1	31,420
韓国	54.6	59.0	60.7	39.3	37.7	36.7	6.2	3.3	2.6	21,530
台湾	61.8	66.1	67.8	34.7	32.2	30.6	3.5	1.7	1.6	17,930
マレーシア	46.8	43.1	47.3	40.5	48.7	43.4	12.7	8.2	9.3	6,970
中国	32.9	40.5	43.4	47.2	47.4	46.3	20.0	12.1	10.3	2,940
タイ	49.7	45.8	45.1	40.7	44.0	43.3	9.5	10.3	11.6	2,840
インドネシア	41.1	40.3	37.1	41.8	46.5	47.6	17.1	13.1	15.3	2,010
フィリピン	46.3	53.8	55.0	32.1	31.9	30.2	21.6	14.3	14.8	1,890
インド	45.7	53.0	54.6	27.8	28.2	28.2	26.5	18.8	17.1	1,070

出所) 一人当たり GDP : Asian Development Outlook 2010。その他 : Key Indicators for Asia and the Pacific 2010。

つ組織的に提供した。(Op.cit., United Nations ESCAP, "Medical Travel in Asia and the Pacific-Challenges and Opportunities"2008, PP.2-6)。

<sup>11</sup> Op.cit., Abudullahel Hadi, PP.3-8

<sup>12</sup> Ibid., Abudullahel Hadi, P.3

<sup>13</sup> サービス産業は、大別すると、①分配サービス(卸売、小売、輸送等)、②生産者サービス(保険、銀行、法律、ビジネス等)、③社会サービス(教育、医療、福祉等)、個人サービス(ホテル、レストラン、娯楽等)に分かれる。

製造業の相対的地位が低下した。この傾向は、これらの諸国に対して、製造業に代わる内需志向の産業モデルまたは新たな外貨獲得産業の育成を迫った<sup>14</sup>。この政策的葛藤の中で生まれたのが医療ツーリズムである。

前頁の図表 1 は、アジアにおける主要国の GDP のセクター別構成比を示している。これらの国々では、先進諸国と比べると、概して鉱工業の比率が高くサービス業の比率が低い。これは、製造業重視の経済成長モデルの反映である。

現代の医療ツーリズムの生成発展メカニズムは、以下のように整理することができる。

第一に、WTO（世界貿易機関）等による貿易の自由化、ならびに、GATS（サービス貿易に関する一般協定）が推進するサービス貿易に関する自由化に係る動きは、いずれも国際社会のグローバル化に向けた動きである。アセアンを中心とするアジア諸国は、国際市場における中国の登場により、従来の成長戦略に大きなインパクトを受けサービス産業の育成発展に政策転換している。

第二は、グローバル化の流れの中で重要な役割を担うのが情報技術革新である。IT 技術の進化は、従来、国内産業と見做されてきたサービス産業を劇的に変化させた。その中のひとつが医療ツーリズム産業である。

第三は、欧米先進諸国における医療制度の機能不全がある。実際、先進諸国から開発途上国に行く医療ツーリストの渡航理由

は、自国における治療は高過ぎて治療を断念せざるを得ないためか、あるいは、手術までの待機時間が長すぎて治療のタイミングを逃す恐れがある状況かのいずれかである<sup>15</sup>。

第四は、国を挙げての取り組みが活発化し当該市場を拡大させている点である。

医療ツーリズムには、外貨獲得または雇用確保というメリットがある半面、短期的には関係国において益々医療格差を助長させ、医師等の医療従事者不足を深刻化させることを懸念する声があるのも事実である<sup>16</sup>。WHO（世界保健機構）は、キューバにおける医療ツーリズムの成功に続き、1990年代から拡大傾向を示し始めた医療ツーリズムと国際貿易の関係に注目し、研究を実施したという。研究テーマは、英語を母国語とするカリブ諸国はカナダ、英国、アメリカからの医療ツーリストにとって有益な渡航先になり得るかという点である。この結果、医療ツーリズムは開発途上国の医療経済（Medical Economies）の改善に寄与し、また、先進諸国が直面する医療供給問題に対する貢献が期待し得ると報告されている<sup>17</sup>。

医療ツーリズムの誕生メカニズムを図示すると、次頁の図表 2 の通りである。

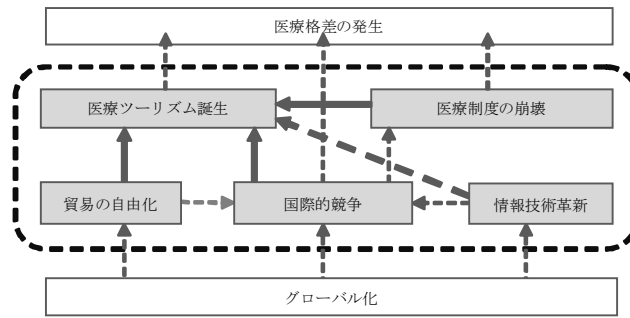
<sup>14</sup> 舛山誠一、「アジアのサービス産業の発展」、知的資産創造、2003年12月号、12頁および13頁

<sup>15</sup> 前掲論文、斉尾武郎、456頁

<sup>16</sup> 前掲論文、斉尾武郎、456頁、および、斉藤哲史、「医療ツーリズムは経済成長の牽引役となり得るか」、大和総研 Strategic and Economic Report、2010年7月26日

<sup>17</sup> United Nations ESCAP, P.5

図表 2 医療ツーリズム誕生メカニズム



(出所) Abudullahel Hadi, "Globalization, medical tourism and health equity"を参考に DIR 作成

#### 4. アジアにおける医療ツーリズム

医療ツーリズムは、その是非論は兎も角として、既にグローバル現象と言えるまで成長を遂げている。2006年時点における推定医療ツーリスト数は年間600万人、その市場規模は2012年には1000億ドルに拡大すると予想されている<sup>18</sup>。先に、医療ツーリズムの中心がアジアになりつつある点に触れた。ここでは、以下、アジアにおける医療ツーリズム市場を概観する。

まず、世界各地からどの程度の医療ツーリストがアジアを訪問しているのか見てみよう。下記の図表3は、医療ツーリストの

居住地域別に渡航先地域を分類したものである。医療ツーリストの居住地域は先進諸国だけでなく開発途上国も含まれ、渡航先は世界中に拡散している。渡航理由で分類すると、オセアニアおよび北米の医療ツーリストは低コスト医療志向が強い。欧州の医療ツーリストの場合は待機時間の解消志向が強い。それに対して、中東、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの医療ツーリストは、最先端医療または良質の医療を求める傾向が強い。医療ツーリストの国別または地域別データが公開されていないため幾分正確性を欠くが、敢えて下図から渡航先地域の人気度を読み取ると、アジアが58%と

図表 3 医療ツーリストの居住地域別渡航先地域

							(%)
患者居住地域	渡航理由	北米	欧州	中東	アジア	ラ米	
オセアニア	低コスト医療	—	—	—	99	1	100
北米		27	—	2	45	26	100
欧州	待機時間の解消	33	10	13	39	5	100
中東		58	8	2	32	—	100
アジア	最先端医療 良質の医療	6	1	—	93	—	100
アフリカ		—	4	—	95	1	100
ラ米		87	—	—	1	12	100
渡航先志向の割合		211	23	17	404	45	700
渡航先の人気度		30%	3.2%	3%	58%	6%	100%

(出所) McKinsey & Company, "Mapping the market for medical travel" および前掲資料、植村佳代「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向」

(注) ラ米はラテンアメリカの意。

<sup>18</sup> Devon M. Herrick, "Medical Tourism: Global Competition in Health Care", National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No.304, P.2 また、次の文献を参照：植村佳代、「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向」、今月のトピック No.147-1 (2010年5月26日)、株式会社日本政策投資銀行

群を抜いており、次いで北米が30%となっている。アジアが渡航目的地となっている割合は非常に高い。

次に、医療ツーリズムの産業化が成功している主なアジア諸国（タイ、インド、マレーシアおよびシンガポール）の概況<sup>19</sup>を見よう。

タイは、現代の医療ツーリズムのパイオニア的存在であり、患者数および外貨収入の点で依然世界をリードしている。タイで医療ツーリズム産業が急拡大したのは1997年以降である。アジア金融危機の影響を受け、民間病院の経営は危機的状況に陥り、その対応として始まったのが海外の患者獲得であった。現在、当該産業に関するタイの優位性は、第一に、観光産業が確立していることにある。第二は、観光客のニーズに合った柔軟な価格設定方法である。すなわち、タイで医療ツーリズムサービスを提供する病院では、顧客満足度を向上させるために企業精神の重要性が徹底されている。例えば、医療ツーリズム費用は、顧客のニーズに従って、リゾートホテル宿泊料、ツアー料金あるいはナイトクラブ料金等とのパッケージ化が容易にできるのが特徴と言える。タイ輸出促進省（Thailand Ministry of Export Promotion）によると、医療ツーリストは、国外滞在者

（Expatriates）、医療ツーリスト（Medical Tourists）、観光客（Tourists）の三種類に分類される。タイを訪問する海外患者の割合は、国外滞在者が60%、医療ツーリストが30%、観光客が10%という割合

<sup>19</sup> Op.cit., Abudullahel Hadi, P.9

である<sup>20</sup>。

次に、インドは、医療ツーリズム産業の後発組であるが、医療ツーリズム産業の主要国を目指している。インド政府は、医療ツーリズム産業の育成に積極的であるタイ政府の官民連携政策と同一の政策を採用している。例えば、地方政府が官民連携医療理事会（Public-Private Medical Tourism Council）を設置して関係地域における医療ツーリズムの産業を規制し、また、医療サービス事業者の質を管理しようとしているのはその一例である<sup>21</sup>。インドの優位性は、競合諸国に比べて、医療費が低価格という点にある。具体的には、インドにおける医療費は、欧州や米国に比べて、十分の一から十六分の一<sup>22</sup>と言われている。第二は、英国または米国において医師免許を受けた医師が大量に存在する点である。第三は、本来、インドは英語を母国語とする国であることから、医師およびそれ以外の医療従事者に言葉の障壁が比較的少ない点である<sup>23</sup>。近年、外国に移住している富裕層インド人がインドの医療サービスに大きく貢献する。また、欧州、特に英国からの医療ツーリス

<sup>20</sup> Op.cit., United Nations ESCAP, P.16

<sup>21</sup> Op.cit., Nathan Cortez, P.91

<sup>22</sup> Op.cit., United Nations ESCAP, P.15 and also see: C.B. Venkata Krishna Prasad, "Medical Tourism Industry-Advantage India" Conference on Global Competition & Competitiveness of Indian Corporate, p.257

<sup>23</sup> 医療ツーリズムは英連邦を中心に広がっているという意見がある。「現在、旧宗主国たるイギリスや近代医学の覇者アメリカでは開発途上国出身の人達が末端の医療労働を数多く担っているため、先進諸国に住む人達にとって、開発途上国の人達から医療サービスを受けることに違和感がないという事情がある。…英語圏の先進国で医療トレーニングを受けた人材が同じく英語圏の開発途上国で医療に従事しているのだから、医療レベルは相当に高い…」（前掲論文、齊尾武郎、456頁）

トが顕著に増加している<sup>24</sup>。

マレーシアの場合、医療ツーリズムへの参入は1997年のアジア金融危機以降である。具体的には、アジア金融危機以降、民間病院は患者の激減により経営危機に陥り、新たな患者を海外に求めるようになった。マレーシア政府は、実際、1998年に海外から患者を集めることを目的として国家医療ツーリズム委員会（National Committee for Medical Tourism）を設置している<sup>25</sup>。マレーシアの主な優位性もまた、インドと同様に低価格医療にある。政府は、この低価格医療を広く外国人患者に提供することにより、これまでの製造業依存の産業構造をサービス産業へ転換する突破口にしようとしている。マレーシア政府は、海外への貿易促進ミッションの派遣、あるいは、政府の支援の下で海外における顧客獲得活動を実施し、医療ツーリズム産業の育成を強力に推進している。また、保険省（the Ministry of Health）は、民間病院、旅行会社等と協働して海外からの観光客向けに医療ツーリズム・パッケージ商品を仕組んでいる<sup>26</sup>。

シンガポールは、先端医療および高品質の医療を提供する国として世界的に認知されている。政府は、シンガポールがアジアのメディカル・ハブとしての地位を確立することを目標に掲げる。実際、多くの医療観光客はインドネシア、マレーシア等の近隣諸国から来ており、更に、近年では、中国や中東からの医療観光客が顕著な増加を示している。また、米国等の先進諸

国からの医療観光客もまた、他のアジア諸国の医療費と比べると幾分高いとは言え、相対的に安価な医療費や清潔なコスモポリタンに魅せられて増加している。言うまでもなく、政府の支援は強力である。支援が強いというよりも、当該事業または当該産業の一方の事業主体が政府というべきかもしれない。2003年10月に新設されたシンガポール・メディシン（Singapore Medicine）はその中核的な機関であり、全ての医療ツーリズムに係る動きを統括している。シンガポール・メディシンが成長分野として特に指定しているのは、現在、心臓手術、眼科手術およびガン手術の三つである。また、同年、同国観光委員会（Tourism Board）は、地域の病院に対する海外の患者受け入れを奨励すること、海外の患者紹介チャネルの開拓、および、外国の認証機関から認証を受けるための支援等を行うために、医療サービス戦略ツーリズムユニットを設置している<sup>27</sup>。

次頁の図表4は情報が幾分古いですが、国別市場規模（医療観光客数および医療費）および提供された主な医療サービスを比較している。

<sup>24</sup> Op.cit., United Nations ESCAP, P.11

<sup>25</sup> Op.cit., Nathan Cortez, P.92

<sup>26</sup> Op.cit., United Nations ESCAP, P.18

<sup>27</sup> Op.cit., Nathan Cortez, P.93

図表 4 主なアジア諸国の医療ツーリズム市場

(単位:人、百万米ドル)

国	患者数	医療費総額	主な医療サービス
タイ	900,000 (2008年)	850 (2008年)	美容整形、臓器移植、歯科治療、人口股関節置換術
インド	450,000 (2007年)	480 (2005年)	心臓手術、人口股関節置換術、眼科手術
マレーシア	350,000 (2007年)	43 (2005年)	心臓手術、心臓胸部手術、美容整形
シンガポール	410,000 (2006年)	560 (2004年)	肝臓移植、人口股関節置換術、心臓手術

(出所) Abudullahel Hadi, "Globalization, medical tourism and health equity"

## 5. 医療ツーリズム産業の成立要件

医療ツーリズム産業とは、特定地域に発生した特異な現象でもなければ、単なるツーリズムの進化形でもない。それは、医療とツーリズムが結合し、ツーリズムに医療という価値を加えた新たな産業というべきであろう。その意味で、“Medical Value Travel”<sup>28</sup>という呼称は当を得た表現と言えよう。今日、世界中で展開されている医療ツーリズムには二つの重要な共通点がある。第一は、ツーリズム特有の「多数国間」活動であること。第二は、「事業性」が追求されていることである。事業性を確保するには、マーケティング戦略、価格競争戦略、ブランド戦略、事業経営、サービスの質の確保、などが必要となる<sup>29</sup>。実際、医療ツーリズム産業が成功している国を見ると、こ

れらに関して周到な計画と実行力を持って実践されている。最も重要な点は、危機意識に基づく戦略性を持った実行力と言うべきかもしれない。

ここでは、以下、事業性を議論する上で基本的となるサービスの「価格」と「質」の問題に触れる。価格は、医療ツーリズム産業が成立するか否かを見る上で最も重要な要素のひとつである。下記の図表 5 は、米国における医療費と日本およびアジアの主要 3 カ国における医療コストを比較したものである。6 つの治療分野の内、①～⑤を見ると、日本の医療費は概ね米国の 4 分の 1 であり確かに安価であるが、タイ、シンガポール、インドと比べると高いと言わざるを得ない。韓国は両者の中間に位置し

図表 5 主要国の主な医療コスト比較

治療名	米国 (千ドル)	米国=100 とした指数					
		米 国	日本	韓国	タイ	シンガポール	インド
①心臓弁置換手術	170	100	25	21	13	8	1
②心臓バイパス手術	144	100	22	17	17	9	6
③人口股関節置換手術	50	100	43	33	28	22	16
④膝代替手術	50	100	21	36	24	22	14
⑤子宮摘出手術	15	100	18	60	33	27	37
⑥健診・検診	1	100	85	89	19	47	5

(出所) 植村佳代 「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向」

<sup>28</sup> 本稿の脚注 1 を参照。

<sup>29</sup> Op.cit., Abudullahel Hadi, P.11



ている。日本において医療ツーリズム産業を発展させるためには、アジアの近隣諸国との価格差を念頭に置かなければならない<sup>30</sup>。

次に、サービスの質である。医療ツーリストが海外で治療を受ける場合、国を選ぶと同時に病院の選択をしなければならない。その際の大きな判断基準になっているのが、医療機関の質のチェックである。「認定」(Accreditation)とされている。現在、最も活用されている認定機関は、米国のJCI(Joint Commission International)<sup>31</sup>およびISO(International Standard Organization)の二つである。また、上記に加えて、医療サービス提供国において独自の認定が実施されているケース、あるいは、欧米の著名な大学病院と提携しているケースもある<sup>32,33</sup>。

現在、JCIの認定を受けている医療機関は、世界42カ国、328の医療機関に及ぶ。日本でこの認証を受けているのは一法人

(医療法人鉄蕉会・亀田メディカルセンターが2009年9月に認証取得)のみである<sup>34</sup>。

## 6. 日本における医療ツーリズム

これまで、海外における医療ツーリズムの生成発展および現状を見てきた。アジアの近隣諸国では医療ツーリズムの興隆が見られるが、日本では如何なる状況であろう。

2010年6月18日、政府は「新成長戦略」を閣議決定し、その中で国家戦略プロジェクトのひとつとして医療ツーリズムを挙げた<sup>35</sup>。これにより、政府は、医療ツーリズム産業の育成に向けて民間事業者等を積極支援する姿勢を明確にしたことになる<sup>36</sup>。

具体的には、政府は、医療ツーリズムを推進および医療滞在ビザ、外国人医師・看護婦による国内診療を認める等、必要な規制緩和を行い、更には、海外での患者獲得に向けたマーケティング、医療言語人材の育成、外国人患者の受け入れ態勢の整備、アジア諸国等の医療機関等との連携に対して支援を行うことを確約した。政府が掲げた目標は、2020年までに日本の高度医療および健診に対するアジアトップ水準の評価・地位を獲得することである<sup>37</sup>。

<sup>30</sup> 「いい診療を求めて患者や検診受診者が国境を越えて移動するメディカルツーリズムが広まれば、病院の収益力が高まって経営が安定し、医療サービスの質が改善しよう。ただし、単に医療の質が高いだけでは海外の患者や検診受診者を引きつけられない。メディカルツーリズムの動機は低価格が大きな要素となっているからだ」(土屋了介、聖職にせず産業化急げ、日本経済新聞、2010年4月8日)

<sup>31</sup> JCIは1994年にthe Joint Commission on Healthcare Organization(JCAHO)により設立されたNPOである。JCAHOは有力な医療関連機関(例えば、the American Medical Association, the American Hospital Association等)により運営されている。(Op.cit., Nathan Cortez, P.84)

<sup>32</sup> Op.cit., Abudullahel Hadi, P.15 and

<sup>33</sup> EUは、1996年EU域内における病院のクオリティ監視プロジェクト(the External Peer Review Techniques Project)を立ち上げている。また、幾つかの国では、独自の認定制度を導入している。その一つが、the New Zealand Council on Healthcare Standards(現在のthe Health Accreditation Program of New Zealand)の試みである。現在、同様の認証制度は世界中に拡大する傾向にある(Op.cit., Nathan Cortez, P.83 and P.84)

<sup>34</sup> 前掲リポート、斉藤哲史、4頁および5頁

<sup>35</sup> そこでは次のように言及されている。「アジア等で急増する医療ニーズに対して、最先端の機器による診断やガン・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供しながら、国際交流と更なる高度化につなげる」

<sup>36</sup> 経済産業省はサービス・ツーリズム(高度検診医療分野)研究会を立ち上げ、2009年7月に「研究会とりまとめ」を公表。また、同省は国際メディカルツーリズム調査事業(実証実験)を実施し、2010年3月に報告書を公表。更に、同省は医療産業研究会を設置し、2010年6月に報告書を公表している。

<sup>37</sup> 日本政府が掲げる医療ツーリズム産業育成戦略は、当然の如く、訪日外国人ツーリスト増加戦略と連動している。観光庁が設定した訪日外国人ツーリスト目標は、2013年1500万人、2016年2000万人、2020

政府がイメージする医療ツーリズムに係る工程表は、図表 6 の通りである。

では、日本における医療ツーリズムの潜在需要はどの程度あるのか。ある試算によれば、2020 年時点年間 43 万人程度、市場規模は約 5500 億円、経済波及効果は約 2800 億円と言われている<sup>3839</sup>。その内訳は、下記の図表 7 の通りである。

上記のような医療ツーリズム産業の育成に向けた政府の動きを受けて、最近では、地方公共団体、病院、旅行代理店等による事業化に向けた初動的な動きが見られるようになった<sup>40</sup>。それらは、未だアジア諸国で見られるような大掛かりな官民連携プロジェクトではない。散発的であり、民間事業者はそれぞれ自らの事業の延長線上で医療ツーリズムを捉えているに過ぎず、新規産

業のアプローチは見られない。日本経済新聞において報道された主な動きは次頁の図表 8<sup>41</sup>の通りである。

図表 6 医療の国際化推進(医療ツーリズム)に係る工程表

2010 年	2011 年	2013 年	2020 年まで
外国人患者受け入れのための規制緩和の検討・実施および推進体制・認証制度創設の検討	国際医療交流のための規制緩和の実施、推進体制および認証制度の整備、および、医療機関のネットワーク化	・ 海外医療機関との連携推進 ・ 2012 年から本格受入開始	日本の高度医療及び健診に対するアジアトップ水準の評価・地位獲得

(出所) 新成長戦略(工程表)に基づき DIR 作成。

図表 7 日本における医療ツーリズムの市場規模

分野	国名	医療ツーリスト数(万人)	市場規模(観光を含む)(億円)		2020 年における経済波及効果(億円)
健診および検診	中国	31.2	758	5,507	2,823
	ロシア	5.4			
	米国	1.3			
低コスト医療		4.6	923		
合計	-	42.5	1,681		

(出所) 植村佳代、「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向」、今月のトピック(2010/5/26)、株式会社日本政策投資銀行

年までに 2500 万人達成である。日本政府観光局によると、2009 年度訪日外国人ツーリスト数は 678 万人。

<sup>38</sup> 前掲レポート、植村佳代、4 頁

<sup>39</sup> 韓国政府も 2009 年に医療ツーリズム参入。初年度の実績は米国、日本、中国ロシアから 6 万人を集めた。

(OECD, Health Update No.9-June 2010, P.4)

<sup>40</sup> 奥山隆哉、医療観光の将来性-旅行業者の考え方、総

合メディカルマネジメント、2010 年 6 月 24 日

<sup>41</sup> 事業化の動きに関する表現は、基本的に関係記事において使用されている表現である。

図表 8 地方公共団体および民間企業による事業化の主な動き

《地方公共団体》	
自治体名	事業化の動き
1. 神戸市	ポートピアで医療関連企業・研究所を集積させる「医療産業都市構想」が進行中。医療ツーリズムも視野。(日経電子版ニュース 2010/12/09)
2. 沖縄県	沖縄ウエルネス産業研究会(座長は琉球大学長)を設立。2011年に医療観光推進機関を設立予定。メンバーは、医療機関、旅行会社、リゾートホテル、大学、行政機関など。(日経 2010/11/01)
3. 福岡市	政府は低炭素インフラを集中整備する環境特区「環境未来都市」を創設する方針を固めた。医療観光の振興案もある。候補地は福岡市を中心とするエリア(福岡市・市長定例会見 2010/07/06)
《民間企業等》	
民間企業名	事業化の動き
4. 亀田総合病院	既に本格参入。(日経 2010/10/14)
5. セコム	新興国の富裕層向けの医療ツーリズムに事業参入。米有力病院であるクリーブランドクリニック(オハイオ州)と提携し2013年の受け入れを目指す。セコムが提携する国内の17の提携病院は今年度から順次JCIの認証所得を目指す(日経 2010/10/14)
6. JTB	会員制リゾート運営のリゾートトラストと組んで事業参入。リゾートトラストが経営コンサルを手掛ける医療機関で検査サービスを提供。JTBが中国やロシアの提携旅行会社を通じて利用者を募集する。(日経 2010/10/14) (日経 2010/04/11) (日経 2010/04/10)
7. 南海電気鉄道	同社は沿線の医療機関と提携し事業参入。8月下旬から子会社の南海国際旅行は韓国や中国の旅行会社向けに「予防医療健診ツアー」を売り出した。第一陣は年明け。提携病院は、脳外科手術で豊富な経験のある富永病院、心臓手術に定評のある岸和田病院等。(日経 2010/10/11) (日経 2010/8/27)
8. サインポスト	大阪大学発のバイオベンチャーは遺伝子検査の結果をもとに生活習慣病対策を提案するサービスを中国人向けに開始。受診料は6万円程度。(日経 2010/10/6)
9. 東京ミッドタウンクリニック	会員制リゾート運営のリゾートトラストと組んで事業参入。売りものは、遺伝子を使った血液検査。(日経 2010/9/24)
10. ワークパワー	岡山の企業など10社と1病院(岡村一心堂病院)が提携し、中国人富裕層向けPET検診と観光を組み合わせた商品を販売。(日経 2010/9/12)
11. 金沢医科大学	同大学は県内の旅行会社、旅館、ホテル、料亭、家電量販店で構成するコンソーシアムを立ち上げ、人間ドックと観光をバックにした事業を展開する2011年早々第一陣を受け入れる。(日経 2010/8/30) (日経 2010/8/20)
12. スペースチャイナ	中国語通訳または観光事業を行う同社は、看護師や一般向けに医療分野に特化した中国語講座を開設し、医療ツーリズムの需要拡大に対応する。(日経 2010/8/25)
13. 近畿日本ツーリスト	陽電子放射断層撮影装置(PET)を利用する健康診断ツアーを中国、ロシア、中近東向けの富裕層向けに販売する。医療観光事業を本格化するために、観光メディアカルプロジェクトチームを6人で発足。(日経 2010/7/8)
14. エイチ・アイ・エス	傘下に収めたハウステンボスのテコ入れに医療観光を役立てたい。(日経 2010/7/8)
15. 日本旅行	訪日医療ツーリズム推進チームを設置。主に中国富裕層を対象。その他、東南アジア、中東、ロシアの富裕層も呼び込む。2013年に年間2000人の受け入れを目指す。(日経 2010/7/2)
16. 東京通訳アカデミー	医療通訳講座を強化し、メディカルツーリズム管理者の養成講座を開設する。(日経 2010/6/24)

(出所) 日本経済新聞

## 7. 医療ツーリズム産業の育成課題

日本は、戦後、国民皆保険制度を中心とする世界にも稀な優秀な医療制度を構築してきた。当該制度の根本には、「日本人のための日本人による日本での医療の提供」<sup>42</sup>という考え方があった。しかし、戦後 65 年を経て日本を取り巻く環境は大きく変貌している。国際的な変化の波<sup>43</sup>は、日本の医療制度に関しても多くの問題を提起している<sup>44</sup>。日本の医療制度自体にのみ問題がある訳ではない。問題の本質は、国際的な相互依存の緊密化の影響を受けて日本の政治経済社会構造が軋みを上げていることにある。医療制度に係る色々な議論も結局のところこのような構造変化の過程に現れたひとつの現象と言える。医療ツーリズムの産業化の議論もそのひとつである<sup>45</sup>。

本稿では、これまで、海外の医療ツーリズム等を概観してきた。以下では、日本における医療ツーリズム産業化のための幾つかの課題に触れたい。

第一は、医療ツーリズムの本質は民間事

業という点である。近年の海外における医療ツーリズム発展の基礎には、患者である個人が自国以外の場所で医療サービスを求めるという「顧客ニーズ」がある。また、先述の通り、個人が医療ツーリズムを求める動機は、自国内で法令の制約等により特定の医療サービスが受けられないか、あるいは、自国の医療サービスが高額で支払困難な状況にあるかのいずれかである。この意味で、顧客ニーズを把握し如何に充たすかという点を念頭に置いて事業戦略を練る必要がある。特に、アジア地域は医療ツーリズムのメッカであり厳しい競争環境にある。競合国との差別化<sup>46</sup>および比較優位の実現がとりわけ重要となる。

第二は、官民連携事業としての性格である。先のアジア諸国における医療ツーリズムがそうであるように、医療ツーリズムは行政と民間が一体化して事業を推進する必要がある。官民連携が事業の成否を決めると言っても過言ではない。新成長戦略では、医療ツーリズム産業の育成は地域経済の活性化を念頭に置いて検討されている。「中央と地方」ならびに「官と民」の密接な連携が不可欠であるが、他方、手厚い行政の支援を受けた場合、民間事業者としてはモラルハザードに留意が必要である。民間事業者には、事業主体としての強い自覚が求められる。

第三は、医療ツーリズムの事業推進母体が異業種連合という点である。言うまでもなく、異なるセクターに属する事業者が集

<sup>42</sup> 医療産業研究会、医療産業研究会報告書、平成 22 年 6 月、32 頁

<sup>43</sup> Op.cit., Nathan Cortez, P.131

<sup>44</sup> 外国では、医療サービスの提供、先端医療の研究や治療が国境を越えて実施されている。日本の国内需要を中心とした医療環境だけでは十分なスケールメリットが得られない。そのため、技術の発展、(医療)産業としての拡大は、公的保険制度とは直接関係のない国外の需要を視野に入れ、公的保険制度外の市場を創出することも有意義である(前掲書、医療産業研究会、32 頁および 33 頁)(括弧内の文言は筆者が挿入)

<sup>45</sup> 政府の「新成長戦略」および医療ツーリズムに関する社団法人日本医師会の見解に関しては、次の文献を参照：①社団法人日本医師会、「現政権の最近の医療政策について」(定例記者会見)、2010 年 4 月 14 日、および、②社団法人日本医師会、「新成長戦略に対する日本医師会の見解」、2010 年 6 月 23 日

<sup>46</sup> この点に関して、医療産業研究会は差別化と同時に日本が積極的に提供する医療サービスをメニューとして発信する等のブランド戦略の重要性を指摘している(前掲書、医療産業研究会、33 頁)

まって事実上のコンソーシアムを形成することになる。各構成メンバーは、同一の目標を共有し、対等な立場に立ち、予め決められた守備範囲の中で責任を全うすることになる。実際、現在の日本では、社会組織ならびに企業等の経済組織は押し並べて縦割りの性格が強く、事業主体としての異業種連合活動は容易ではない。新たな事業の創造という観点から、主体的で辛抱強い協働が要請される。

第四は、医療ツーリズムは貿易の自由化に伴う「自由市場」の産物という点である。現在、医療ツーリズムを規律する国際的な取り決めは何もない。加えて、信頼できる公式データは何もないのが実情である。患者に不測の事態が発生した場合、医療サービスを提供する国の法令に基づき法的保護等が与えられることになる。開発途上国の場合には先進国と同レベルの保護を期待するのは容易ではない。換言すると、現在の医療ツーリズム市場とは、顧客である患者が何らの法的権利または法的救済も用意していない法制度の下で医療サービスを受ける代わりに、全てのリスクを負担する脆弱な市場<sup>47</sup>と言える。また、ある医療ツーリズム実施国で不測の事態が発生した場合、その他の医療ツーリズム実施国に直接的にまたは間接的に影響が及ぶことはないであろうか。更に、基本的な問題として、医療ツーリストは通常のツーリストと同様に、単に海外で医療サービスを購入する消費者<sup>48</sup>

として見做して良いのであろうか。今後の医療ツーリズムの発展を考えると、医療ツーリズム事業者に対する何らかの規制措置または医療ツーリストの権利保護に向けた国際的な取り決め<sup>49</sup>が必要ではなからうか。  
(了)

<sup>47</sup> Op.cit., Nathan Cortez, P.131and P.132 and also see: Harriet Hutson Gray and Susan Cartier Poland, "Medical Tourism,: Crossing Border to Access Health Care" P.1

<sup>48</sup> Op.cit., Harriet Hutson Gray and Susan Cartier Poland, P.5

<sup>49</sup> 2009年10月、ロサンゼルスで開催された第二回国際医療ツーリズム・グローバル医療会議（医療ツーリズム協会主催）において、医療ツーリズムに係るアクセス、医療サービスの提供およびファイナンスについて関係国政府の責任に関して討議が行なわれた。（OECD, "Tracking the growth in medical tourism : OECD helps ministers shape the debate" Health Update, No.8-December 2009, P.4）