

中国人を対象とする日本の インバウンド・メディカル・ツーリズムの展望

袁 麗 暉

1. はじめに

メディカル・ツーリズムは人々が事前に計画し、国境を越えて病気の治療を受ける行動である。現在先進国からのメディカル・ツーリストが発展途上国の病院で治療をうけることはメディカル・ツーリズムの主流となっている。外国からのメディカル・ツーリストがインド、タイなどのメディカル・ツーリズム目的国に素晴らしい収入をもたらしているため、メディカル・ツーリズムは経済成長の起爆剤として数多くの国から注目されている。2010年6月、日本政府が閣議決定した「新成長戦略」の国家戦略プロジェクトの一つに「国際医療交流」が位置づけられたことで、日本での関心も一気に高まった（中村，岩瀬2011）。

本稿は中国人を対象とする日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムに焦点を当て、中国の医療資源状況及び医療制度を説明した上、医療資源の不足及び配置の偏在、経済発展による富裕層の拡大、医療人的資源の補足の長期化から中国富裕層からメディカル・ツーリストが必ず増加すると分析する。さらに、日本がメディカル・ツーリズムの目的国として欧米諸国より地理的に優位性を有していること、欧米に比べ安い医療サービス、豊富な観光資源を有することから中国人を対象とする日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムは一定規模で展開する可能性が大いにあると結論した。最後に、医療サービスの特性や中国富裕層の特徴から、メディカル・ツーリズムの後発国として検診ツアーを切り口にする日本インバウンド・メディカル・ツーリズムの展開を提案する。

2. メディカル・ツーリズム

(1) 定義と動機

人々が事前に計画をし、国境を越えて急性期ではない病気の治療を受ける行動をメディカル・ツーリズムという。この行動は治療を受けるだけではなく、目的地でのレジャー活動も含まれている。人々が外国で治療を受ける動機として①同じ治療に対し、外国の場合、費用が遥かに安いこと②自国に比べ、治療を受けるまでの待ち時間が大きく短縮できること③自国の規制により受けられない治療を受けられること④ハイ・クォリティの医療サービスを受けること、等が挙げられる。

(2) メディカル・ツーリズムの費用

一般的にメディカル・ツーリズムの治療費は自費である。しかし、近年、商業保険、公的医療保険も使えるようになってきている。例えば、アメリカのBlue CrossとBlue Shieldo及びイギリスのBUPAが加入者に対しインドの一部の医療施設での治療費を支払うことになっている (Terry 2007, D.York 2008)。また、EU加盟国間では、自国の医療保険を使って他のEU加盟国での治療が認められている (Anne-Line Crochet 2010)。

(3) アウトバウンドとインバウンド

ある国にとって、自国の住民が外国で治療を受ける場合(患者を輸出する)、アウトバウンド・メディカル・ツーリズムになり、外国の住民が本国で治療を受ける場合(患者を輸入する)、インバウンド・メディカル・ツーリズムになる。ツーリズムと同じく、多くの国々はインバウンド・メディカル・ツーリズムに大変関心を寄せている。

(4) メディカル・ツーリズムの形式

患者の流れの方向によってメディカル・ツーリズムは二つの形式に分ける

ことができる。一つは、発展途上国の富裕層の人々が先進国で医療サービスを受けることである。この種のメディカル・ツーリズムはかつてメディカル・ツーリズムの主流であった。発展途上国からのメディカル・ツーリストたちは優秀な医療スタッフを有し、厳しく規制されている安全な医療サービスを求めて (R.C.Merrell 2008), アメリカやヨーロッパ, アジアではシンガポールの病院を訪ねていた。(MacReady N 2007, David G.Vequist IV&Erika Valdez 2009)。しかし, 1990年代末から, 患者の流れが逆転し, いま先進国の人々が安いコスト, 短い待ち時間, 自国の医療規制によって自国では受けられない治療法, 代替医療等を求め, 発展途上国で治療を受けることがメディカル・ツーリズムの主流となっている¹⁾。世界中幾つかの国はメディカル・ツーリズムの目的国になるという目標を掲げ, メディカル・ツーリズムの発展に力を注いでいる。例えば, アジアのインド, タイ, マレーシア, 中南米のコスタリカ, チリ等がある。いま, インドはアジアのメディカル・ツーリズム大国として, 2012年のメディカル・ツーリズムによる収入が21億ドルに達すると予測されている (Terry2007)。

(5) メディカル・ツーリズムのメリットとデメリット

メディカル・ツーリズムは患者にとって, 患者の出発国と目的国にとって, メリットとデメリットが存在する。

a. 患者への影響

メディカル・ツーリストは発展途上国の裕福者であれば, 自国で受けられないハイ・クォリティの医療サービスを受けることができ, 先進国の住民であれば, 自国より随分安い金額, 短い待ち時間, 或いは自国で規制されている治療²⁾, 自国で保険を使えない治療³⁾を受けることができる。また,

1) この流れ転換のきっかけは1997年からアジアの金融危機及び911事件と言われている。

2) 例えば, 幹細胞を用いる治療

3) 例えば, 肥満治療

治療を受ける前後、目的国での観光行動は外国で治療を受ける時の不安を和らげ効果もある (R Johnston 2010)。

但し、長時間のフライトが患者にとって大変なリスクであることや (D.York 2008,)、受け入れ国の医療ミスに対する法の未整備問題、患者が帰国後のフォローアップ・ケア問題等は、メディカル・ツーリズムを発展させていく上でのネックであり、乗り越えなければならない課題だと言われている (D.York 2008, D.M.Herrick 2007)。

b. 出発国及び目的国への影響

メディカル・ツーリズムは目的国にとって医療サービスの輸出であり、輸入される患者数が多ければ多いほど大変大きな収入をもたらしてくれる。患者が先進国から発展途上国への場合、メディカル・ツーリズムは経済効果をもたらすだけでなく、発展途上国の医療水準を高める可能性もある。

出発国と目的国にとって、メディカル・ツーリズムにはデメリットもある。まず、メディカル・ツーリズムは営利性であるため、患者の経済状況に見合った治療方法を設計するケースが珍しくない。治療内容と患者の経済状況とを結びつけることは目的国だけではなく出発国に対してでも医療行為の営利性を正当化する恐れがある。

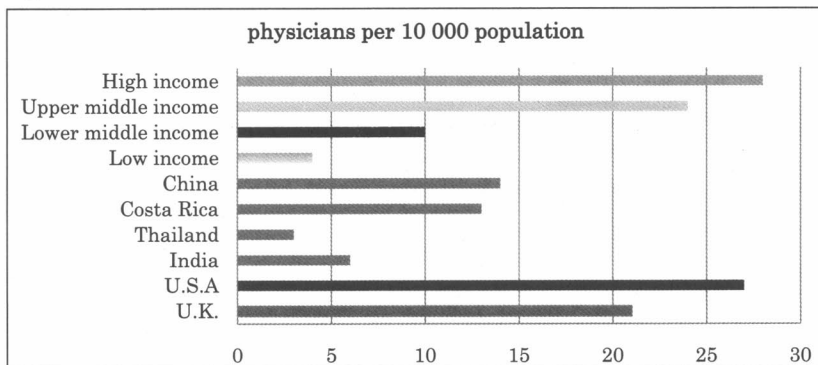
また、患者の出発国にとってもう一つのデメリットは、患者流出状況を把握しにくいいため、医療資源の有効配置に悪影響が出ることである。

メディカル・ツーリズムが目的国にもたらすデメリットは医療資源配置の不公平と医療アクセスの格差である。特に目的国が発展途上国である場合、このデメリットは著しく大きい。

図1～図5は現在患者輸出の主要国であるアメリカとイギリス及び患者の主要輸入国であるインド、タイ、コスタリカの医師、歯医者、看護師、薬剤師、病院ベッド数の状況図である。患者輸出国の医療資源は明らかに輸入国より豊富であることは一目瞭然である。さらに、目的国の発展途上国はメディカル・ツーリズムに対し色々な形式 (例えば、先進医療機器の

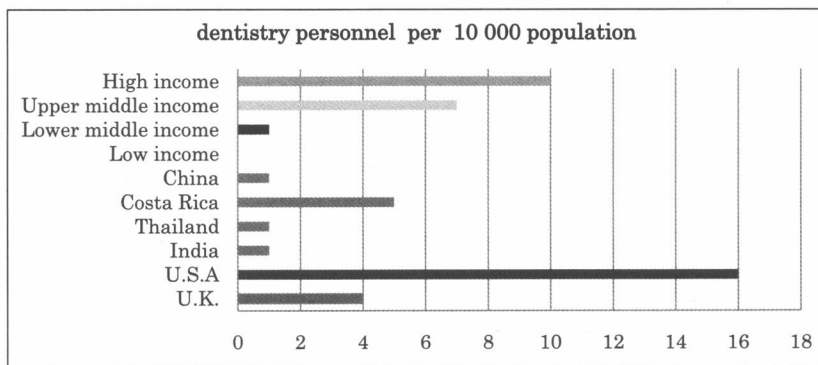
輸入税の減税) で支援していることも事実である。これらの支援はローカル医療への投資の削減に導くという指摘もある。

Fig. 1



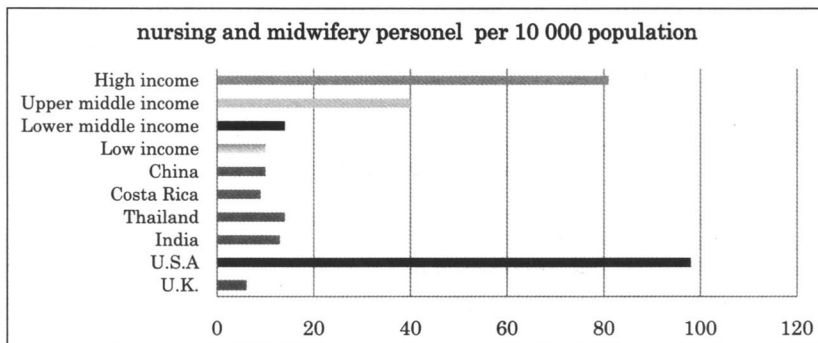
Source: WHO World Health Statistics 2010

Fig. 2



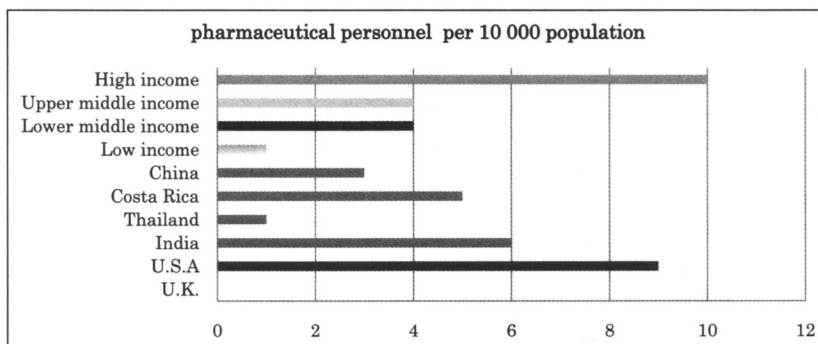
Source: WHO World Health Statistics 2010

Fig. 3



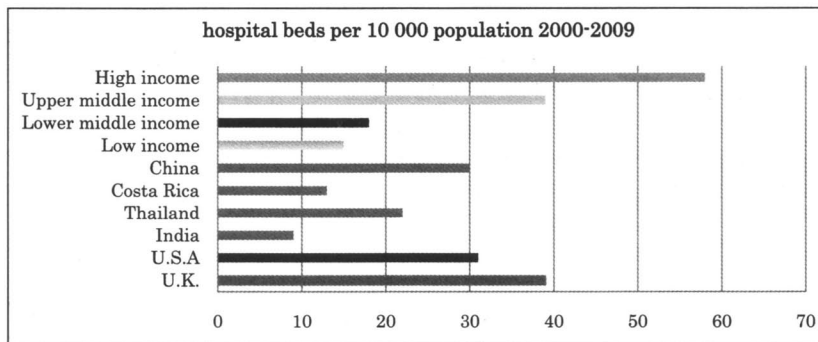
Source: WHO World Health Statistics 2010

Fig. 4



Source: WHO World Health Statistics 2010

Fig. 5



Source: WHO World Health Statistics 2010

3. 中国の医療事情

この部分では、中国の医療提供システム、医療保険制度、医療制度及び医療資源の欠如による“看病貴、看病難”の現象を紹介する。そして、数多くの中国大病院で行われている“特需医療”の現状を説明し、経済的に恵まれている富裕層のハイ・クオリティ医療サービスに対する大きな需要の存在を指摘しておく。

(1) 中国の病院、医師

1994年中国衛生部が制定した「医療機構基本標準」によると、病院⁴⁾と呼ばれる医療機構のベッド数は20床以上でなければならない。現在中国の病院の約62%⁵⁾は国営病院であり、また、非営利性病院は全病院数の77.49%⁶⁾を占めている(2010中国衛生統計年鑑)。

中国の病院は「医療機構基本標準」によって1級、2級、3級に分けられ、各級はさらに甲、乙、丙等に分けられている。3級甲等病院は最高の格付けであり、技術レベルの高い医師、先進の医療設備を持つ病院である。2009年の中国の三級甲等病院は765ヶ所⁷⁾があり、中国の東部、大都市に集中し偏った分布になっている。

中国の医師、看護師、歯科医、病床等の10,000人当たり数は、図1～図5のとおり、未だにLMI国のレベルで、不足をしている。

さらに、病院に勤務している医師、看護師、薬剤師が受けた教育レベルについてかなりの差があり、臨床医師の場合、その学歴、勤務年限、業績等によって“職称”⁸⁾が与えられている。

4) 中国語では“医院”

5) 20,291の病院中12,621病院は国営病院である。

6) 2009年の非営利病院数は15,724ヶ所である。

7) 軍に所属している三級甲等病院は含まれていない。

8) 医師の“職称”は医士、住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师である。

(2) 医療保険制度

現行中国の医療保険制度には「都市従業員基本医療保険制度」⁹⁾、「都市住民基本医療保険制度」¹⁰⁾、「新型農村合作医療制度」¹¹⁾があり、新農村合作医療制度の加入率は94.19%¹²⁾、都市従業員基本医療保険制度と都市住民基本医療保険制度の加入者数も40,061万人に達し、90%¹³⁾弱の加入率になっている。しかし、医療保険制度によって患者の自己負担率に大変な差があり(表1)、時には保険による医療費の支払いは患者にとって焼石に水にやうのものである。

表1 2008年中国医療保険制度保険料および保障レベルの状況

医療保険制度	平均保険料 (元/人・年)	保障水準 (%)	外来給付 受給率 (%)	入院給付率 (%)	1回当たり自己負担 平均額/個人平均年収 (%)
都市従業員基本医療保険	1100-1200	70~80	72.6	63.2	31.8
都市住民基本医療保険	250-300	50前後	33.3	49.2	38.2
新型農村合作医療	100	30前後	33.5	34.6	56.0

(3) 看病費, 看病難問題

医療資源が大都市、大病院に集中するという偏った分布や、自己負担率の高い医療保険制度等によって“看病費, 看病難”現象が生じた。“看病費”は患者自己負担が高いことを指している。また、医師の技術レベルに差があり、レベルの高い医師と先進の医療機器が3級病院に集中しているため、患者が3級病院に殺到し、診察を受けるまで、或いは手術を受けるまで大変長い待ち時間が要ることを“看病難”と呼んでいる。この“看病難”現象が中国の“特需医療”への需要を高めた一因となっている。

9) 中国語では城镇职工基本医疗保险制度

10) 中国語では城镇居民基本医疗保险制度

11) 中国語では新型农村合作医疗制度

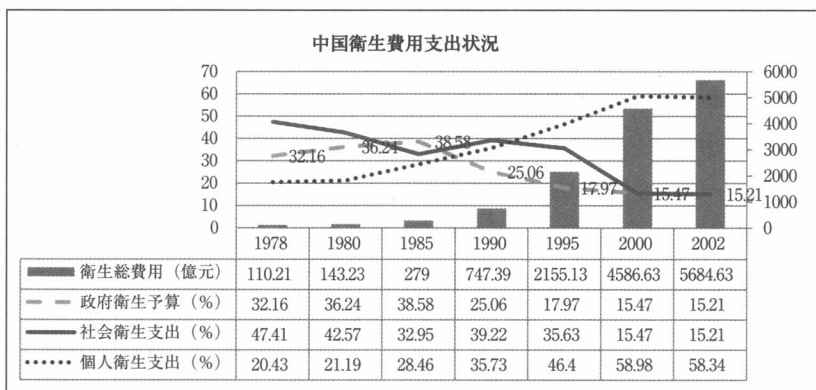
12) 「2010 中国衛生統計年鑑」511計算

13) 同上

(4) 中国のメディカル・ツーリズム—“特需医療”の現状

中国の“特需医療”は90年代まで数少ない大病院が中国に駐在する外国人および中国政府の高級幹部のために提供される医療サービスであった。1992年に中国国务院が「關於深化衛生医療体制改革的幾点意見」を公表し、“建設靠国家，吃飯靠自己”（病院の建設は国の責任で，病院の運営資金は病院の自力で）という方針を打ち出し，医療への財政投入を減らし（図6），病院の診療サービスによる利益の獲得を認めた。この政策によって，現存の“特需医療”が生まれた。“特需”とは公的医療保険を使って受ける基本医療サービスと異なる“特別な需要”を意味する。

図6



出所：「中国衛生総費用研究報告」より作成

現在“特需医療”を開設できる病院は主に3級病院である。開設条件として，医師は専門家レベル（副主任医師以上），一般診療から独立した診療室及び待合室の設置，診療室に専用医療機器の設置，待合室に空調設備，カラーテレビ，飲水設備等の設置，電話及びインターネットでの予約手段，診療全過程に病院側からの専任付添い人の配備等がある¹⁴⁾。又，公的医療保険を利用する一般診療に影響しないようにするため，特需医療の業務量が制限され，

14) 「青島市医療機構特需医療服務收費管理弁法」，2003

入院の場合は特需医療用の病床数が病院全病床数の10%（中国国務院2009）以内と決められている。

特需医療の費用は市場原則に基づいて各病院が自分で設定し、所在地政府の物価、衛生、財政部門の審査を受けなければならない。従って、統一した価格が存在しない。病院で病室のランク、診察医師のレベルによって費用は様々であるが、一般診療費用の3倍～4倍（王高林2010）に当たる¹⁵⁾。

4. 中国人を対象とする日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムの展望

日本ではメディカル・ツーリズムという言葉はそれほど古い言葉ではない。大手の検索エンジンGoogleで期間指定して検索すると1996年までヒット数は0であった。1997年から2001年まで15件があって、2001年から2006まで毎年数十件から200件余りの増しかなかった。2007年から一気に増えて一年間11200件も増えた、2011年2月8日時点のヒット数は21万あまりもあって、メディカル・ツーリズムの日本での認知度の高さが覗えた。

通商白書2007では2006年に医療サービスを受ける目的でアジアを訪ねた外国人旅行者数は180万に達し、市場規模は約68億ドルに上ると記述している。現在日本ではメディカル・ツーリズムは地域経済成長の起爆剤として注目され、徳島、長崎、北海道等地域でメディカル・ツーリズムを展開する積極的な動きが見られる。本文は中国富裕層を対象とする日本のメディカル・ツーリズムに焦点を当て、その展開の可能性、一定規模で展開する際日本及び中国への影響を分析し、医療サービスが持つ情報偏在性から検診が主導するメディカル・ツーリズムを提案して行く。

15) 特需医療の費用は殆ど公開されていない。王高林（2010）によると腺様増殖症でアデノイド切除の場合、特需医療の費用は3万元余り（日本円で約40万円）である。

(1) 中国人を対象とする日本のメディカル・ツーリズムが一定規模で展開する可能性

まず日本が持つ利点を分析したい。

a. 日本は地理的な優位性を持っている。第2節では“a. 患者への影響”の中で説明したように、メディカル・ツーリズムの展開のネックになっている3つの障害がある。しかし、目的国が日本であれば、中国の主要都市からフライト時間がただの一時間半、十時間以上もかかる欧米に比べたら、手術を受ける病人は日本を選ぶだろう。フォローアップ・ケアのリスクについて日本は中国との距離が近いという利点を持つ。実はフォローアップ・ケアの解決には遠隔治療システムの利用に大変期待をかかっている(R.C.Merrell2008)。近い将来遠隔治療システムがメディカル・ツーリズムのフォローアップ・ケアに利用される場合、中国と日本間にあまり時差がないことは大変な利点になるだろう。

b. 日本でメディカル・ツーリズムを展開するならば、冒頭で説明したように患者は発展途上国から先進国へ流れる形になる。この場合、現在主流であるメディカル・ツーリズム（患者は先進国から発展途上国へ）が発展途上国の少ない医療資源を占有する負のイメージが殆どないだろう。又、日本は先進国であって、法的整備は中国より整っているため、医療ミスに対する法の未整備のリスクについても比較的小さいと言えよう。

c. 日本の医療費用は欧米に比べると安い。表2の通り、欧米に比べると、日本の病室部屋代、手術治療費は大変安くなっている。

表2 各国の医療費比較

国名	都市	初診料	病院部屋代 (1日)	盲腸手術治療費
イギリス	ロンドン	17,400円	①個室：131,400～172,000円 ② I C U：408,200～608,000円	平均入院数：2～3日 総費用：1,302,800～1,737,100円
フランス	パリ	16,200～24,400円	①個室：123,200円 ② I C U：212,400円	平均入院数：3日 総費用 860,500円
アメリカ	ロサンゼルス	18,400円	①個室：270,700円 ② I C U：433,200～649,700円	平均入院数：2日 総費用：1,624,400～2,165,800円
日本		2,700円	①個室：20,000～50,000円 ② I C U：87,600円	平均入院数：4～7日 総費用：400,000円
中国	上海	9,800円	①個室：30,000円 ② I C U：150,000円	平均入院数：7日 総費用：112,500円

出所：真野俊樹2009

d. 日本は豊富な観光資源を持っている。メディカル・ツーリズムの中に観光の成分も含まれているため、観光資源豊富な日本にとって大変有利になっておる。日本料理、温泉等健康のイメージが強く、世界中で認知度が高いため、メディカル・ツーリズムの展開の促進要因と期待してもよい。

次に、中国人の富裕層がハイ・クォリティの医療サービスに対し高い需要を持つことについて説明する。

第3節において中国の“特需医療”事情を説明してきた。“特需医療”に対する需要は中国の医療資源の不足、偏在、そして高度の経済成長による富裕層の増加によって高まってきた。孔が2008年から2009年の間、杭州市大企業幹部280人に対し、特需医療に関する調査を行なった。その結果、51%の被調査者が病気になると特需医療を選択する、64.2%の被調査者が自分の家族がもし病気になると特需医療を選択すると回答した。さらに、特需医療の費用について73.4%の被調査者が現行特需医療費用の2倍～4倍まで受け入れられる。23.6%の被調査者が現行特需利用費用の4倍～8倍まで受け入れられる。2.3%の被調査者が現行価格の8倍以上でも受け入れられると回答した（孔麗姫 2010）。陳、王が2009年北京の3級病院5ヶ所にて無作為に300人の受診者に特需医療のアンケート調査を行なった。その結果は、46.5%の人がこれか

ら特需医療を選択するというものであった(陳, 王 2010)。以上から, 中国人のハイ・クォリティ医療サービスに対する需要の高さが証明できる。経済産業省の平成21年度サービス産業生産性向上支援調査事業の国際メディカル・ツーリズム調査事業では, 日本の医療技術について高い評価を得た上, VIP向けのサービスであれば, 中国よりも日本のほうが安いという中国系病院医師の証言を得ている。また, 中国の特需医療は医療資源分配の不公平という批評が多く, 広西省の部分病院の特需医療は世論に批判され廃止に至った(陳, 王2010)。しかし, 経済の発展に伴って, 中国の富裕層人口は増加傾向であると同時に, 医療の人的資源の補充は大変時間がかかるため, 中国からのメディカル・ツーリストがますます増加するであろう。

(2) 日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムが与える日本への影響

日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムは一定の規模になれば, 医療サービスによる収入はもちろん増加する。また, メディカル・ツーリズムは医療事業だけではなく, 観光産業, 通訳などサービス産業にも収益をもたらす。そして, メディカル・ツーリズムによって医療技術を高め, ローカル医療サービスの向上にもつながる¹⁶⁾。

一方, 大量の外国人メディカル・ツーリストへの対応は国民の医療を阻害するのではないかという心配の声もある。現在日本は地域医療崩壊と言われるほど地方での医師不足などの問題が起きており, これは日本におけるメディカル・ツーリズムを展開していく上でのネックではないかと考えられている。

(3) 検診ツアーを切り口とする日本のインバウンド・メディカル・ツーリズム

サービスの提供者にとって顧客を増やすことが大変重要であり, メディカ

16) 例えば陽子線の治療装置のような高価な医療設備を導入する場合, 一年間の減価償却費は10億円である。それだけに外国人の患者を受け入れると治療装置の維持を含め病院の経営の安定化に繋がる(中村&岩瀬2011)。

ル・ツーリズムについても同じである。しかし、メディカル・ツーリズムの主役である医療サービスは他のサービスと違う需要の不確実性をもっている。この不確実性によって人々は自分がいつ病気になることを知らない、一旦病気になると病院をじっくり選ぶ余裕があまりない。仮に病院をじっくり選ぶ時間的な余裕があるとしても、医療サービスが情報非対称性¹⁷⁾によって患者が自ら病院を選ぶのも難しい。よって、人々は病院を選択するに当たって口コミや自分のいままでの経験によろうとすることが多いのである。従って、日本のインバンド・メディカル・ツーリズムが大きく展開するためには、この分野の後発国として、ブランド・イメージを作らなければならない。その方法として検診ツアーが一番良いと考えられる。重なる検診によって、日本の病院の医療技術、良いサービスを知ってもらい、その病院の医師がメディカル・ツーリストの外国のファミリー・ドクターになれば、万の一病気になると必ず自分のことをよく知る日本の病院、自分がよく知る日本の病院へ行くであろう。

検診ツアーを日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムの切り口と考えた理由はもう一つある。それは対象とする中国人のメディカル・ツーリストの特徴である。「2010胡潤財富報告」によると中国富裕層の年齢構成は以下のとおりである。資産1千万人民元（一億三千万円）の87.5万人口の平成年齢は39歳、資産1億人民元以上の5.5万人口の平均年齢は43歳、資産10億人民元以上の平均年齢は50歳である。この若さを特徴としている中国富裕層をメディカル・ツーリズムのターゲットとするならば、検診を切り口にするのがやはり一番であろう。

17) 医療サービスに関する情報は他のサービスと違って医者に偏在することである。

5 結びにかえて

メディカル・ツーリズムはその経済効果に注目されてからまだ間もなく、ゆえにメディカル・ツーリズムについての研究は大変少ないのである。また、その経済効果とローカル医療への負の影響について徹底的な議論と検証が出来ていない状態でもある。日本はインバウンド・メディカル・ツーリズムを展開する場合、今の主流になっているメディカル・ツーリズムの逆パターンになるため、更なる理論研究及び検証が必要であろう。

参考文献

- Nicolas P.Terry, *Under-regulated health care phenomena in a flat world: medical tourism and outsourcing* Western New England Law Review Volume29, 2007
- Ronald C.Merrell,M.D. etc. *Roundtable Discussion Medical Tourism*
Telemedicine and e-health JAN/FEB 2008
- Anne-Line Crochet , *Cross Border Health Care ~ A European Union Phenomenon*
Medical Tourism Magazine,Dec.2010
- David G.Vequist IV&Erika Valdez, *Economic Report: Inbound Medical Tourism in the United States* Medical Tourism Magazine Aug. 2009
- Diane York, *Medical Tourism: The Trend Toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries.* Journal of continuing education in the health professions 28(2), 2008
- Devon M. Herrick, *Medical Tourism:Global Competition in Health Care* NCPA Policy Report No.304, Nov. 2007
- GacReady N., *Developing countries court medical tourists* Lancet 2007, No.369
- R. Johnston, V.A.Crooks, *What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries.? A scoping review* International Journal for equity in health 2010

WHO World Health Statistics 2010

経済産業省 「通商白書2007」 第3章 第2節

真野俊樹 岩波書店 2009 『グローバル化する医療—メディカル ツーリズムとは何か』
61ページ

経済産業省 平成21年度サービス産業生産性向上支援調査事業 国際メディカル ツーリ
ズム調査事業 報告書 63ページ

中村正人, 岩瀬幸代 [PRESIDENT] 2011.1.3 98-101ページ 中国人を狙え! - 日本版医
療ツーリズムの光と影

中国国務院 国発[2009]12号 「医薬衛生体制改革短期間实施方案 (2009-2011)」

王高林 「今日中国論壇」2010年No.4 “特需”医療: 存還是廃

中国衛生部 衛医発 (1994) 第30号 「医療機構基本標準 (試行)」

孔麗姪 「浙江予防医学」2010年22巻7号 杭州市企業管理者对特需医療保健服務意向的調
査分析 12~15ページ

陳方方, 王紅漫 「中国衛生事業管理」2010年第11号 特需医療服務需方意向分析 737~
739ページ

陳方方, 王紅漫 「中国医院管理」2011年30巻10号 33~35ページ 我国特需医療服務的歷
史回顧

中国国家統計局 「2010 中国衛生統計年鑑」

胡潤 「2010胡潤財富報告」