

メディカルツーリズムと医療の産業化

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所 教授 真野 俊樹

1. はじめに

メディカルツーリズムに関しては、経済産業省によって、サービス・ツーリズム（高度検診医療分野）研究会、国際メディカルツーリズム調査事業が行われている。また、観光庁によってもインバウンド医療観光事業化調査が行われており、その実証実験が進んでいる状況である。筆者が参加している行政刷新会議・規制制度改革分科会のワーキンググループでも、メディカルツーリズムはテーマの一つであり医療ビザの解禁が議論された。

2. メディカルツーリズムとは何か

日本では「メディカルツーリズム」の厳密な定義はされていないようだが、ここではやや狭く、患者が医療を求めて他国に移動することと考えよう。メディカルツーリズムには、先進国の進んだ医療を発展途上国の富裕層などが受診しに行く場合と、逆に、先進国の国民が、その国における何らかの医療制度の問題によって、他国の医療を受診する場合に分けられる。後者は日本から海外への患者流出につながる。

2007年の通商白書によれば、2006年に医療サービスを受ける目的でアジアを訪れた外国人旅行者数は180万人に達し、その市場規模は約7,800億円に上るとされる。逆に、日本ではこのような現象が話題にならないが故にメディカルツーリズムについてはほとんど議論が行われなかったが、最初に述べたように最近になって経済産業省や観光庁が検討を開始

し、長妻大臣の所信表明等でも見られるように、厚生労働省も経済成長と社会保障の両輪を推進するという考え方の中で、現在非常にメディカルツーリズムが注目されているのである。このような動きを反映してか、徳島、長崎、大阪、群馬等地方単位でメディカルツーリズムを産業化しようという動きが盛んである。しかし、本当にそれが可能なのであろうか。本稿では、メディカルツーリズムのテクニカルな話というよりも、前半でメディカルツーリズム、あるいは医療の産業化の意味合いを述べ、後半では厚生連病院を対象としたアンケート調査等によって顕在化しつつある医師の労働環境問題等を踏まえながら、メディカルツーリズムの今後の展開を占ってみたい。

3. 日本へのメディカルツーリズム

そもそも、日本の医療の質がいいのであれば、日本へのメディカルツーリズムは既に起きているのではないか、という疑問も湧こう。全く起きていないわけではない。例えば、ロシアの極東地区にあるサハリンやハバロフスク、ウラジオストックから、神奈川方面の有力病院に心臓外科手術の患者が来ている。北海道、新千歳空港を経由して、羽田空港に到着すれば神奈川の病院は近い。また国立がんセンターなどでは、旧来から外国人の患者の来院はあった（最近減り気味というが）。費用も保険診療ではないので、当然、対日本人より高額である。これは、費用の面ではなく、

優れた医療を求めて海外から来院するという
ことで、特に目新しいことではないとも言える。
日本から海外という例で言えば、移植医療を
求めて日本人が海外に行くということは
ニュースで時々話題になるくらいで多くは
ないが、ニーズはある。また、米国のメイ
ヨーククリニックやジョンズ・ホプキンス
という高度技術で有名な病院には日本人
対応スタッフの日本人がいたりするよう
に、表面に出ないだけで、従来から
ニーズはあったと考えられる。これは、
高度技術を求めてのメディカル
ツーリズムであり、産業としての医療を
求めているということである。ここで、
産業としての医療について考えてみよう。

4. 産業としての医療

いわゆる医療崩壊という激震が医療の世界
を襲っている。しかし、一方では、医療を
産業として再認識し、21世紀の基幹産業の
一つとして、特に内需拡大が期待される
産業として捉えるべきだ、という意見も
散見される。

ここで、医療を産業として認識する
場合には、医療の産業としての特性を
考えなければならぬだろう。まず、
現在開発中の最先端技術の多くが、
医療というサービスを出口として提供
されるという点である。新たに欲しい
ものが少なくなっている現代における
先進国の状況を鑑みれば、古来、人が
求めつづけても得られなかった永遠の
健康である不老長寿、あるいはそこに
少しでも近づくことが、人々の究極の
願望であることは言うまでもない。
医療には、最先端技術の研究開発およ
び新しいサービスの創出による内需の
拡大、という二つの産業政策の特性が
備わっている。さらに医療は多くの雇
用を創出できる産業であるということが
指摘されている。これは、医療が労働
集約的な仕事であることが理由になる。
ただし、この点には注意が必要である。

医療自体は労働集約的なサービスである
が、普通のサービスと単純に比較できな
い点もあるからである。それは、医療
自体が生命や人権に関わるサービス
であるために、そのサービス提供者に
高度な倫理観が要求される点、最先端
の技術を使いこなすスキルが要求され
る点である。したがって、誰もが
行い得るサービスではないという意味
では、雇用の創出には一定の限界があ
るが、逆に医療サービスに携わるた
めの教育といった別のサービス産業
との関連は高いとも言える。

医療サービスを、マニュアルを見たのみ
で提供できるサービスと思う人はいな
いであろう。そのために、医療機関を
コンビニエンスストアと同一視する論
調は排除された。また、高度な倫理
観を支えるためには、プロフェッ
ショナルとしての誇りも必要である。
その最高の実力を以ってクライアント
のために努力する、そのことがプロ
フェッショナルとしての誇りにつな
がる。そのために、「患者さん」を
「患者様」と読み替えるといった
表面的なサービススタイルも廃れた
のである。

この医療技術には二通りであろう。
一つはいわゆる個別の進んだ医療
である「先進医療」である。かつて
の「高度先進医療」制度、現在の
「先進医療」制度は、以前に比べて
急速に伸び、平成22年5月1日現在
で、第2項先進医療技術86種類、
712件が登録されている。

もう一つは、世界標準とでも言う
べき医療を支える技術、例えばIT
のような技術である。私の著書でも
述べさせていただいているが、
医療にも着実にグローバル化、そ
して世界標準の波が押し寄せてき
ている。ここで言うのは先進医療
のような個別の医療技術ではなく、
全体としてのインフラとしての医
療技術である。

いずれにせよ、新しい薬剤や医療
技術の発展に医療が支えられている
以上、産業という

視点は医療においても否定することは難しく、今後はその側面が強くと出ると予想される。

さて、産業という用語を使うと、資本主義や民主主義との関係が想起される。

5. 進歩史観を越えるべきか

フランシス・フクヤマは『歴史の終わり』という書物の中で、国際社会において民主主義と資本主義が他のイデオロギーに対し最終的な勝利を収め、その正当性を完全に証明したとき歴史は終わる、という進歩史観に則り、冷戦の終結を以って「歴史が終わる」と述べた。

国民皆保険制度（英国や北欧のように税での100%カバーも含む）も、社会保障の歴史と言うには大げさであっても、同様に「医療制度の終わり」と言えるのだろうか。そうであるとすれば、日本で言われるように、「皆保険制度がないので米国医療は劣っている」と言い切れる。事実、オバマは皆保険制度の創設を公約し、不完全な形であるが、それを実現させた。米国であっても国民の総意は皆保険制度であったということである。であれば、皆保険制度は国際標準であり、進歩史観に則った最終的な制度であるということになる。しかし、中東の国はどうか、インドはどうか。おそらく中国であってもⁱ我々の考えるような、かなりの医療レベルまで医療保険でカバーする国民皆保険制度は創設されないであろう。

サミュエル・ハンチントンは、上述したフクヤマの『歴史の終わり』の後に、『文明の衝突』を書いた。ここでは、歴史は終わったのではなく、多元的な世界観およびその衝突が

起こったと書かれている。同じように、制度派経済学でも資本主義の多様性が論じられ、「民主主義と資本主義の最終的な勝利」という進歩史観に対するアンチテーゼが投げかけられている。さらに、社会保障については、エスピナンデルセン、さらに大きなところでは、英国でブレアの掲げた「第三の道」の支柱になったアンソニー・ギデンズなども多元性を認めて分類をしていると言えよう。

いずれにせよ、医療保険制度においては、米国型が特殊であった。そしていずれの国も優れた制度である皆保険に収斂していくのか、あるいは多元性の一つのみであるのか、関心があるところである。

問題は、それが最善の国際標準ⁱⁱになるのかどうかという点と、国際標準であろうとなかろうとその考え方に対して日本がどこまで寛容であるべきか、という点であろう。米国、無保険者、悪い医療、という三段論法はすこし乱暴かもしれない。しかし、米国医療の良くない側面に、無保険者あるいは、映画の『シッコ』に見られるような民間保険偏重による資本主義的な側面が強すぎる医療、という問題があることは誰も否定できないであろう。米国医療の技術主導ではない、安さを求めているあるいはアクセスを求めているという医療制度の歪みは、米国でのメディカルツーリズムの動きの原因となった。

6. メディカルツーリズムへの誤解

次に、メディカルツーリズムへの誤解を解いておきたい。まず、一番多いのは、メディカルツーリズムによって、非常に大きな経済効果が得られるという誤解である。もちろん、メディカルツーリズムをどこまで広げて定義

ⁱ 目標には掲げている。

ⁱⁱ 厳密には最善が国際標準になるとは限らないが。

するかにもよる。極端な例として、観光に来た人が怪我をしたり病気になったりする場合の医療費まで含めることにすれば、Visit Japan（ビジット・ジャパン）キャンペーン等で日本への観光客が非常に多くなった場合に大きな経済効果が生まれることもあり得る。しかし、一般に定義されるように、癒しなどの通常の観光に含まれるものを除いて治療や診断（検診を含む）に限定した場合にはそれほどマーケットは大きなものでない。ただし、医療の質を良くしていった結果、駐在員が地元（例えばタイへの日本人駐在員であれば、日本でなくタイでお産をするといった）で医療を受けることが増えると言った部分でのマーケットの拡大はあり得る。

7. 医療は労働か

ところで、日本国内では医師の勤務の過酷さが話題になっている。当直勤務の後に、そのまま勤務すれば36時間労働になってしまい、労働基準法違反であるとか、そもそも勤務医の週当たりの勤務時間は過剰なので、勤務医を辞めてしまう医師が後を絶たない、といった議論である。

聖職と呼ばれる職業がある。聖職を辞書で調べると、国語辞典（大辞泉）では「神聖な職業・職務」とあり、宗教に関連した仕事を指すのが元々の意味である。しかし、ウィキペディア（2009年12月30日検索）では、宗教とは関連しなくても、その活動自体に公益性が高く、尊敬に値する職業に就いている場合に、その職を聖職、その職に従事する人を聖職者と呼ぶ場合があるとされている。具体的には医師や教師といった職を指すと考えていいであろう。おそらく、人権や命に関わる点を扱っていることから、聖職とされる面が大きいと思われる。聖職に労働基準法があるのだろうか。これは法律的な議論ではなく、イ

メージであるが、不思議な感じがするのは筆者だけではあるまい。

さらに、問題は、労働力はいくらなのか、ということだ。商品の価値を労働時間で決めるとする労働価値説という考え方がある。医療に価値があるのは、そこにそれをつくり出す労働時間が入っているからという意味である。実は、この考え方は、消費者側での消費時間で価格決めをする、市場価格ではない介護や医療の診療報酬にも形を変えて反映されている。

人は一日働くと疲労してしまう。つまり労働力（使用価値）を消費しきってしまうわけである。ということは、また翌日仕事をするためには、元気になるなければならない。したがって、その労働力を再生産しなければいけない。元気になるれば、また労働力を売ることができるわけだ。つまり労働力の価値というのは、労働者が元気になって働けるようになるためにかかる費用だという見方である。この考え方には、作られたものや提供されたサービスの価値が反映されていない。

ここで言うメディカルツーリズムの場合には、需要があって供給が作られるという市場原理的な考え方に基づいているので、価格の決めは市場価格になる。

8. 医療の二つの方向性

世界は大きく動いている。その中で日本も動いている。医療における流れをどう予想したらいいのであろうか。

筆者は、医療自体また医師は二つの方向に分かれていくのではないかと考えている。一つは、メディカルツーリズムに代表されるグローバル化であり、これも必要なことであるし、一つの流れであろう。一方で、かかりつけ医の強化のような、地域医療重視といったローカル化の動きも地味ではあるが、確かに

ある。

メディカルツーリズムに代表されるグローバル化は、技術重視、米国型のコスト重視ⁱⁱⁱの方向であり、これは、かかりつけ医の強化、皆保険重視、アクセス重視といったローカル化とはある意味対立する軸である。ローカル化は、中福祉中負担といわれている、いままでの日本が理想型に近いのかもしれない。

もちろん、医療者や患者の視点では今後どうなっていくのかはわからない。今まで患者の視点については述べなかったが、ロイターの調査によると、自国の医療制度に満足している人の割合が高いのはスウェーデン(75%)とカナダ(約70%)で、英国では55%が「満足」と回答し、韓国、ロシアなどの満足の割合は30%以下だった。日本においては、手ごろで良質な医療を受けられると答えた人は、15%と最低レベルであった (<http://www.reuters.com/article/idUSTRE63E2T020100415>)。

しかし、少なくとも今までは安定した医療制度を持っていた日本では、現在目立った海外へのメディカルツーリズムが起きていない。グローバル化、ローカル化という二つの考え方においては、日本では今まで後者が強かったのであるから、ローカル化の方向に振れていた。だからと言って、最先端技術の問題もあり、また、産業政策との関連もあるのでグローバル化の動きを無視することもできない。

中長期的に、最先端医療技術の保険制度への導入を次々に行っていくことが重要である。そのためにはその技術の習得が重要である。例えば、移植等の最先端医療が相対的に弱い日本では、海外、特に米国等から進んだ技術を学ぶ必要がある。そのためには、医師等の医療従事者の育成が、最も大きな問題で

ある。日本国内医療の閉塞感から、海外に学びたいという医師の海外移動が起きているという情報もある。そうならないように海外で学んだ医師が帰国し、同じレベルの医療を行えるための投資も重要である。

メディカルツーリズムという患者流出、あるいは優秀な医師の流出が日本でも大きな動きになったときこそが真の日本での医療崩壊といえる。中長期的に優れた医療を行っていくためには、医療保険制度の財務的な健全性のみならず、医療への投資も考えた上での予算計画が必要になると考えられる。

9. 医師としての方向性

マクロでの医療の動きと平行して、医師としての方向も二つあり得るのではないか。グローバルに羽ばたき得る技術重視の方向と、かかりつけ医としての方向性である。すなわち、最先端の産業として医療を支える一部の医療人と、多くのかかりつけ医という意味である。前者の医師はメディカルツーリズムを行っているような病院を勤務先に希望するであろうし、かかりつけ医を希望する医師は、地域医療中心の病院を希望するであろう。

かかりつけ医の役割として、下記のような話もある。

ある友人の母親がある病院で超音波検査をしたところ肝臓に影があると言われた。そのかかりつけ医は、その患者さんに肝臓の権威の先生を紹介した。

それは当然大きな病院である。CTを行い、超音波の再検査が行われた。MRIも行われた。その結果、この患者さんは数年前に大腸の癌を手術していたので、この影は転移性肝臓癌の可能性が高く、血管造影検査を行うことになった。家族にまず話が来たので、家族も真

ⁱⁱⁱ ただし、米国でもかかりつけ医重視の動きがある。

っ青になったという。そして、本人に話すかどうかで家族会議が行われた。とりあえず、最終の血管造影を待とうということになった。なお、こういった検査が行われるのには時間がかかる。全部で1か月以上かかっていたのである。

ただ、当人は家族でそんな話し合いがなされているとは露知らない。この患者さんは、高血圧があり、かかりつけ医にはそのまま通院していた。実は検査待ちの間にかかりつけ医のもとで点滴治療を受けていたのである。そして、肝臓で何が疑われているかをこのご高齢の患者さんは、かかりつけ医には告げていなかったのだ。

そして大病院での血管造影の結果であるが、影は悪性のようだが大きさが小さくなっているという。再度超音波検査で以前の影と比較しても小さくなっているのである。どうも、肝臓膿瘍（肝臓に袋のようなものができてそこに膿がたまる病気）だったらしい。

そのかかりつけ医の理屈は簡単だ。血液検査で炎症反応があり、どこかに炎症があるのだろうと思って抗生物質を点滴していたという。病巣が確実にわかっていたわけではないが、血液検査を何回か繰り返し、確実に炎症反応が改善しているのをみて、そのまま抗生物質を投与していたのだという。今、その患者さんに肝臓の影は無い。

確かに、大きな病院は多くの検査ができる。しかし、小回りが利かない。一方、かかりつけ医は頻繁に患者さんを診察している。診断は別にして、今回はかかりつけ医が一本とった形になったようだ。

このケースは特殊な例だと思う。反省点を言えば医師同士のまめなコミュニケーションもなかった。紹介状の返信には時間もかかる

し、頻繁にやり取りができない。こういったことも改善すべきであろう。いずれにせよ、かかりつけ医の意味を象徴的に表した例であろう。このようなかかりつけ医の医療と、最先端の機器を使って漫画の『ブラックジャック』並みの「ゴッドハンド」に憧れる医療とは似て非なるものと筆者は考える^{iv}。

10. まとめと厚生連への提案

日本国内では、医療崩壊や医療費増加のための議論が盛んである。その一方で、海外では確実に新しい医療技術に対する動きもある。そのあたりも考慮していかなければ、進んでいるとされる日本の医療も、いや医療制度さえも、いつの間にか「ガラパゴス化」してしまうのではなかろうか。私は決して海外の医療を無条件に讃美するものではないが、取り入れるものが何もないというには、海外における医療の変化のスピードはあまりにも早い。その意味でメディカルツーリズムというある意味外圧的な話が、どのように日本の医療に影響を与えるのか興味深い。

ここで、厚生連事業との関係について考えてみよう。上述したグローバル化、ローカル化という二つの方向性においては、ローカル化を目指し、地域医療、かかりつけ医医療を中心に行ってきたのが厚生連医療であるの言うまでもない。メディカルツーリズムを産業として行うには、地域との一体化が欠かせない。医療機関だけではなく地域の観光産業や食産業といった地場の産業との関係性が重要になる。単に厚生連が行ってきた保健事業の大きな柱である健診との関連だけで考えると、現在、特に経済産業省は健診にてメディカルツーリズムを起こそうとしているが、健診のみを目的に海外から多くの患者が日本を

^{iv} ただし、日本では元々技術志向の専門医であった人が、かかりつけ医として開業することも多い。

訪れるとは考えにくい。しかし、観光資源や食文化を持っている地域での地域医療や保健事業を行っている厚生連病院は、公立病院や民間病院のレベルと比べ、メディカルツーリズムを産業として行う優位性があるかもしれない。

例えば、シンガポールの観光局は中国で、中国の大手旅行代理店と人間ドックとセットになったツアーを販売している。この背景に、観光資源に乏しいシンガポールの、海外からの観光客にとって魅力的であろうとする様々な取り組みがあることを忘れてはいけない。逆に日本では、もっと観光資源をうまく生かすことが重要である。

農協観光が、食への安全志向が高まる中、「旅先で地場産の食を味わう」「国産食材に

こだわる」ことを軸にしたツアーを企画し、「ツアー・オブ・ザ・イヤー2009」の国内旅行部門グランプリを受賞している。古来、医食同源というように、このような、「食」とのハーモニーも重要かもしれない。

もちろん、医療崩壊が確実に地域医療を蝕んでいる中、貴重な医療資源を割いてまでメディカルツーリズムを行うべきとは思われない。しかし、上述してきたように、医療技術の視点、観光や地域との接点の視点からメディカルツーリズムというものに視野を広げることは悪くはないのではなかろうか。

また、最後に、「百聞は一見にしかず」、ということでメディカルツーリズムを行っているタイやシンガポールの病院の様子を写真で示した。ご参考になれば幸いである。

(写真) タイ バムルンラード病院



(写真) シンガポール マウントエリザベス病院



参考文献

- ・佐伯 啓思 『人間は進歩してきたのか—現代文明論〈上〉「西欧近代」再考』 PHP研究所 2003年
- ・佐伯 啓思 『20世紀とは何だったのか—現代文明論〈下〉』 PHP研究所 2004年
- ・フランシス・フクヤマ 渡部 昇一（翻訳） 『歴史の終わり〈上〉〈下〉』 三笠書房 1992年
- ・サミュエル・P・ハンチントン 鈴木 主税（翻訳） 『文明の衝突』 集英社 1998年
- ・アンソニー・ギデンズ 渡辺 聡子（翻訳） 『日本の新たな「第三の道」』 ダイヤモンド社 2009年
- ・イエスタ・エスピ＝アンデルセン（著）、岡沢 憲芙（翻訳）、宮本 太郎（翻訳） 『福祉資本主義の三つの世界』 ミネルヴァ書房 2001年
- ・青木 昌彦、奥野 正寛 『経済システムの比較制度分析』 東京大学出版会 1996年
- ・真野 俊樹 『グローバル化する医療』 岩波書店 2009年
- ・真野 俊樹 「医療機関もグローバル化を目指す」 『週刊エコノミスト』 2009年9月1日号
- ・真野 俊樹 「「マーケット・イン」の視点で医療をサービス産業として育てよ」 『週刊エコノミスト』 2009年4月30日号
- ・真野 俊樹 『医療マーケティング 実践編』 日本評論社 2009年
- ・真野 俊樹監訳 『ジョイントコミッションインターナショナル認定入門』 薬事日報社 2009年