

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
 医療リスクマネジメントセンター 教授
 (社) 農協共済総合研究所 客員研究員

まのとしき
 真野俊樹

目次

1. マレーシアとはどんな国か	11. 日本人の医師とHSC
2. ブミプトラ政策	12. プリンスコート病院
3. マレーシアの医療制度の背景	13. パンタイ病院
4. マレーシアの医療状況	14. KPJ病院
5. マレーシアの医療制度	15. サイムダービー病院
6. マレーシアの公的医療と民間医療提供、 民間医療保険	16. マラヤ国立大学病院
7. 中流層が民間病院を選ぶ理由	17. 高齢者施設
8. メディカルツーリズム政策	18. ジョホール州とシンガポール
9. ロングステイ	19. ジョホール州の開発
10. マレーシア・マイ・セカンド・ホーム (MM2H) 政策	20. おわりに

1. マレーシアとはどんな国か

マレーシアはTPP（環太平洋経済連携協定）参加国でもあり、その動向を把握しておくことは重要である。昨今、日本政府ならびに経団連（日本経済団体連合会）も、マレーシアやシンガポールとの関係強化に積極的な姿勢を示しており、政府はTPP参加への支持を得るため、全品目を自由化交渉のテーブルに載せる用意があることを、先般の事前協議で表明している。マレーシアは、2020年までに中所得国から高所得国への成長を達成するとした「ビジョン2020」を掲げ、高付加価値性に立脚する新しい経済モデルに移行しようとしている。すなわち労働集約型の低付加価値産業を投資リストから外し、知識集約型あるいは資本集約型の産業を優遇する体制へとシフ

トしようとしているのである。また、政府改革計画における成長産業のカテゴリーには、メディカルツーリズムを中心に医療関連産業も少なくない。とりわけシンガポールに近いジョホール州では、ヘルスケアと教育分野で大規模な開発計画が進んでいる。そこで本稿では、産業としてのマレーシア医療と、経済戦略としてのメディカルツーリズムに着目して、近年のマレーシアの動向を報告する（マレーシア現地調査期間：2011年12月5日～11日）。

マレーシアは、人口約2,840万人（2010年、統計局）、国土面積約33万平方キロメートルと、日本とほぼ同じ国土面積を持ちながら（日本は約38万平方キロメートル）、人口の少ない国である。東南アジアのマレー半島南部とボルネオ島北部にまたがる連邦立憲君主制国家

である。国王は13州のうち9州にいるスルタン（首長）による互選で選出される。人口の6割はマレー系、3割は華人系、1割はインド系が占めている。イスラーム教国であることから中東諸国との結びつきが強い。なお、現在もイギリス連邦の一員である。対日関係については、「ルックイースト政策」を掲げたマハティール政権、それを継承したアブドラ政権の下で緊密な関係が維持されてきた。マレーシアの2010年の名目GDPは約2,189億ドルである。1人あたりの名目GDPは8,423ドルで、購買力平価ベースでは14,744ドルにおよぶ（IMF、2011）。

マレーシアは人種別に一人当たりのGDPが違うのが特徴である。例えば、2004年の統計の民族別の平均月収（2011年9月現在、1ドル＝約3.0リンギット）は、中華系が4,437リンギット、インド系が3,456リンギットで続き、マレー系は2,711リンギットである。中華系が最も豊かなのは、マレーシア経済において支配的な立場にあるためだが、ペトロナスやプロトンといった政府系企業においては、後述するブミプトラ政策の影響でマレー系が独占的な立場を有する。

クアラルンプールの人口は約160万人で、2010年の近郊を含む都市的地域の人口は583万人である。近年は高速道路や市内鉄道、モノレールなどのインフラ開発が進み、豊富な緑の中に高層ビルが立ち並ぶ清潔で治安がよい近代都市となった。

観光資源がタイやベトナムに比べて乏しいなど日本には比較的なじみが少ない。しかし、最近では日本人のロングステイの人气がNo. 1となるなど、治安の良さ、災害の少なさとい

った面がクローズアップされており注目されている。

インドネシアのように人口が多いわけでもなく、シンガポールのような先進国並みの国でもないために、特徴を出さねばならないという考え方が強い。また、以前のマハティール首相は、「ルックイースト政策」という必ずしも米国追従ではない政策をとっていた。最近のナジブ政権でも、そこまで明確ではないにせよ、日本に対しては親近感を持っている国である。

TPP（環太平洋連携協定）にも参加しており、シンガポールほどではないにせよ、国の開放を進めている姿勢が感じられる。

基本的に注目されているエリアは、首都であるクアラルンプール、海辺であるペナン島が中心であるが、最近シンガポールに近いことで急速に注目を集めているのが、ジョホール州である。イメージとしては香港に対する広州といった形での発展が期待されている。

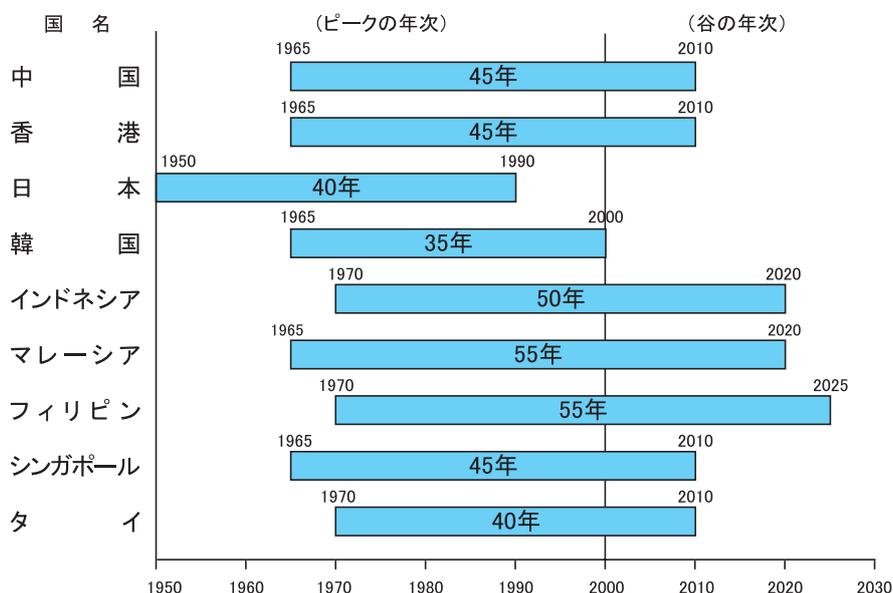
2. ブミプトラ政策

華僑に対し先住民であるマレー人の優位性を確立するために一連のマレー人優遇の国策が施行されており、これをブミプトラ政策という。これにより、例えば国立大学医学部入試では、マレー人がその他の国籍の人より有利になっている。しかし、おもしろいもので、メディカルツーリズムを行っている病院では、マレー人の医者嫌うという。患者が、「げた」をはかせた入試の医者より、海外や私立の医学部を卒業した医師を好むからである。

逆に、高給な民間病院で働きたいとおもっ

図1 人口ボーナス期

人口ボーナス期とは、(15～64歳人口) / (～14歳+65歳～)の値が2以上になる期間をいう



(出典) アジア研究 2006年 4月 P95-112
近年にみる東アジアの少子高齢化より

ている医師は、英国（英連邦であるため）を中心に、海外留学組である。現地の日本人や中流以上の層は、民間病院を受診する。極端な言い方をすれば、A級医師とB級医師がいる。念のために言えば、このことはTPPとは何の関係もない。むしろ、地域枠などで入試を優遇することに対するアンチテーゼかもしれない。

3. マレーシアの医療制度の背景

マレーシアのような中進国の社会保障制度は、現状では公務員、民間、企業労働者を対象としており、自営業者や農家への拡張が課題とされる。また中進国は、産業構造上は工業化の最中であり、中程度の所得水準にある。

またマレーシアでも高齢化のインパクトが大きい。アジアが若いというのは幻想であ

り、高齢化は急速に進展している。人口ボーナス期とは、(15～64歳人口) / (～14歳+65歳～)の値が2以上になる期間をいうが、この時期が終わりつつある(図1)。

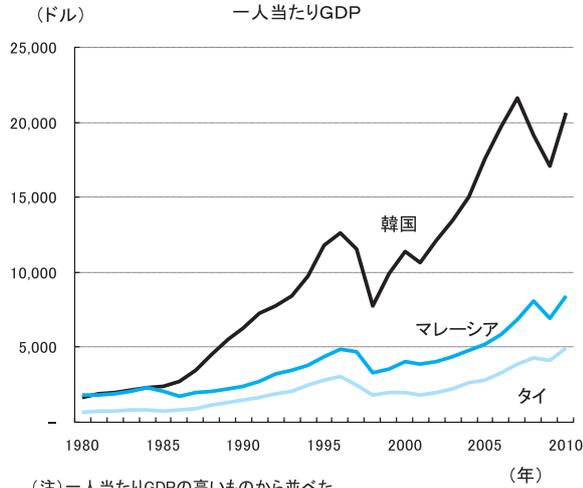
人口構成上は出生率の急速な低下がみられ、また、農村社会から都市社会への移行期にある。また先進国に達する前に成長率に鈍化がみられるのではないかという、「中所得国のワナ」という現象が危惧されている(図2)。

また、ベビーブーマーが大都市に出てホワイトカラーになった日本の事例に対し、マレーシアでは都市に残る者が多く農村に戻っていない。ベビーブーマーを抱えるのは、都市か農村かという視点で差異がみられる。

このような状況を背景にしているために社会保障制度をいかに充実させるのか、非常に

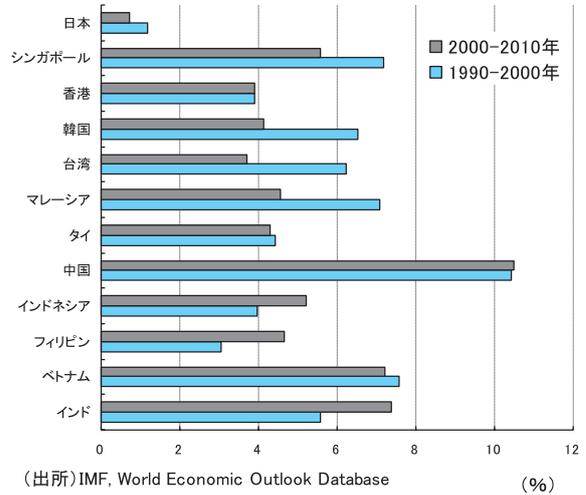
図2 中所得国のワナ (middle income trap)

先進国に達する前に成長率が鈍化



(注)一人当たりGDPの高いものから並べた
 (出所)ADB, Key Indicators, 2010
 (出典)日本総研 大泉氏資料

図表 アジアの中所得国の成長率(年平均)



(出所)IMF, World Economic Outlook Database (%)

艱難辛苦している。要するに、社会保障制度を充実させたとたんに、成長率の鈍化と急速な高齢化によって、社会保障制度自体が崩壊するのではないかという持続性に関する議論である。

4. マレーシアの医療状況

「Health Facts 2010」(マレーシア保健省発行)によれば、総医療費は約351億リンギットつまり、9,000億円ほどである。

GDPあたりの医療費は4.75%、うち公的な支出がさらにその46.16%である。人口は毎年1.3%増加し、65歳以上の人口比率はわずか4.9%、1,000人当たりの粗出生率は4.0、1,000人当たりの乳幼児死亡率は3.4、平均寿命は76.4歳である。

公的な病院は、国立が131施設(その他、心臓センターのような専門施設6施設)で

33,211床(その他専門施設4,582床)、その他の公的医療機関が8施設で3,690床である。民間病院は217施設で13,186床である。非常に単純な計算であるが、国立病院は1施設当たり民間病院の4倍近いベッド数を持っていることになる。開業医は6,442件で、歯科医は1,512件である。

イギリス医療の伝統崇拝がいたるところで見られる。マレーシアには国民のための保険制度はない。通常は公立の病院で治療を受けるが、多床室が中心で、またトイレなども決してきれいではないので転院したがる患者が多いという。

公立病院の医師は公務員になるが、他病院での医療という公務員の兼業は最近認めたといい。これは医師不足の対策であり、公立病院は賃金も低いので民間病院に医師が移動しないための方策でもある。マレーシアには医

学部は36校にあり、海外で研修などを行った医師には原則的に3年間公立病院で働く義務が課せられている。

開業医は登録制ではないが、プライベートクリニックは少なく、特に都会では公立病院勤務が多い。医師の都会集中は問題になっており、地方はAssistant Medical Officer（医介補）が治療を行う場合もある。英国と異なる点は、プライマリケアで、英国のような登録制のゲートキーパー医師はいない。そのため、病院に患者が集中する。なかでも、国立は1リンギット（約27円）で医療を受けることができる。しかし後述するように、民間病院が人気である。

なお、民間病院であれば自由というわけではなく、民間病院向けの規制法があり、患者への請求金額も上限が規定されたりしている。

5. マレーシアの医療制度

医療保険制度については民間と公的なものが入り組んだ状況になっている。まず、公務員や民間の従業員を対象とする制度^(注1)はあるが、全国民を対象にした医療保険制度はない。一方、実際の医療提供については、英国の制度に基づき、国民は公立の病院・診療所において、外来は1リンギット（約27円）という低額で、入院については、3リンギッ

ト（約81円）というわずかな負担で受診することが可能となっている。すなわち、公的な仕組みにおいては、公立病院による安価な医療提供と税による病院への費用保障によって医療制度が完結しているようにみえる。しかし、英国と違って、民間の医療提供への国民のシフトが見られる^(注2)。公的病院の医療費割合が2003年の61.6%から2005年の54.4%に低下しているのに対して、民間病院での医療費割合は2003年の38.4%から45.6%へ増加傾向にあり（図3）、民間病院のシェアが高まってきている。民間においては民間医療保険でカバーするか自費で受診するしかない。

なぜ、値段差があっても民間病院を受診するのかについては後程項を改めて考察したい。

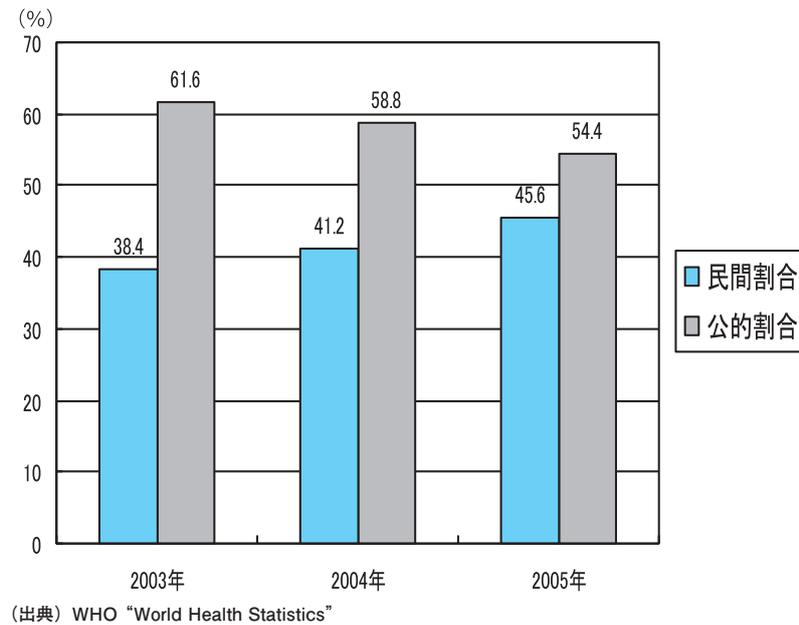
現在、政府は場合によっては民間医療保険も統合し、保険料は収入に応じた累進ではなく一律とする国民健康保険制度の導入について検討を行っているが、これは以前から何度も話題に出ている課題である。しかし民間病院は現在の状況で収益もよく、むしろ保険制度の導入によって一人当たり単価が減る可能性もあり、必ずしも賛成ではないようだ。さらに、政府は社会保険制度を作りたがっている。かかりつけ医の登録制も視野にあり、ベーシックは公的、プライベートは高度医療という区分を明確にしようという目論見があ

(注1) 1951年から被用者積立基金（EPF：Employee Provident Fund）というシンガポールのCPF（Central Provident Fund）に似た制度がある。2007年現在で1,175万人が加入するEPFへの拠出割合は、月額給与の23%で、そのうち、従業員が11%、雇用主が12%を負担する。EPFの口座には2種類あり、2007年1月から、拠出・配当額の70%に相当する第一口座と、30%に相当する第二口座に分類されている。第一口座は55歳到達時に貯蓄残高の全額を引き出すことができる。一方、第二口座は、住宅購入の際の頭金やローン返済、扶養児童への教育、医療等に宛てることことができる。

(注2) 英国での民間医療保険PMI（Private Medical Insurance）は、NHS（National Health Service）の代わりに、民間の医療機関から医療サービスを受ける場合に利用される。主として比較的所得の高い個人および大手企業の従業員を対象とする職域向け商品として販売されている。

2008年時点のPMI加入者数は約365万人であり、加入者は多くはない。また、HCP（Health Cash Plan）は、NHSにおいて、一部自己負担とされている薬剤費や、NHSの対象とならない一部の歯科、眼科治療に関する治療費、差額ベッド代などを補償している。2008年時点のHCP加入者数は約294万人である。

図3 医療費全体における公民の割合



る。裏返せば、現状ではさほど高度な医療でなくても民間病院を患者が受診しているのである。実際にマレーシアの民間病院は、タイのメディカルツーリズムを行っている株式会社病院よりも混雑している。

さらに、「政府は低所得層向けに、低料金で医療サービスが受けられる1（ワン）マレーシア・クリニック、低料金での朝食、昼食提供を促すワンマレーシア・ラクヤット・メニューなどを導入しており、これを充実させる」という方針である^(注3)。

6. マレーシアの公的医療と民間医療提供、民間医療保険

民間病院は視察した限りでは日本の医療水準と比べて大きな差はないように思われるが、公立病院のほうは若干の差がある。救急

患者などは、通常クアラルンプール病院（公立・多床室）に送られる。すなわち、公的病院の役割は基本的な医療ニーズ（プライマリー）を確保することである。ところが、中流が増えているマレーシアでは、民間病院に患者が流れている。

さて、このような民間の医療提供に対して民間医療保険が必要になるのであるが、マレーシアでは欧米を資本とする民間保険会社が活躍しており、医療保険においても、欧米型の実損給付型医療保険（入院日数に対する日額支払ではなく、医療費の実費を支払い対象とする保険）が主流となっている。ただ通院はカバーしていないものが多い。また、償還払いではなくキャッシュレスでの決済が主流である。

1997年に生命保険会社が医療保険を販売で

(注3) マレーシアナビ！ 2011年8月12日 (<http://www.malaysia-navi.jp/news/110811062855.html>、2012/3/22閲覧)。医療サービスの他にも、ナジブ・ラザク首相は自身のウェブサイト上で生活上昇問題に取り組むと約束している。世界的な食料価格の上昇がマレーシアにも影響を及ぼしているため、経済成長を確保しつつ、国民の負担を軽くするための戦略を策定するという。

きることが決まってから、民間医療保険が増加するようになった。特に近年、医療費全体に占める民間医療機関の割合が増加するのに伴って、マレーシアでの民間医療保険販売が増加している。民間医療保険のおよそ8割を、生命保険会社または総合保険会社が主に生命保険の特約として、販売している。なお、日本の大手損害保険会社も進出している。

7. 中流層が民間病院を選ぶ理由

さて、富裕層が民間病院を選ぶ理由をみてみよう。タイの民間病院であるバンコク病院の場合、上位3%の富裕層がターゲット（その他は外国人患者）であるが、マレーシアの場合、医療は官がやるという国民の意識が変化してきており、中流層も民間病院で受診することが多くなってきている。これは、国が豊かになっていく上で、医療ニーズまたは要求が多様化し、それにこたえる医療ニーズが高くなっているためであると思われる。民間病院受診のメリットは待ち時間が短い、技術の差、アメニティが主である。

マレーシアでは一次医療は公的で十分カバーされている。アメニティ重視者、さらに高度な技術を望むものが民間病院を受診するという構図であり、公的の役割を無視しているわけではない。繰り返しになるが、政府としては民間病院にあまりに重点が置かれることも好んでいない。公的な保険ができて、高度な医療を担う民間と、一次医療や救急医療を担う公的医療という役割分担ができればい

い、という考えであろう。

また、過剰な営利主義を防ぐために法的に民間病院への規制も行われている。対して、民間病院側ではマレーシア私立病院協会（APHM）のようなグループを作り、政府と対峙している。さらにこの協会では後述する傘下の病院でメディカルツーリズムの振興やJCI（Joint Commission International）といった医療の国際認証を取得し、質の向上にも努めようとしている。また、JCIを取得していない病院もISOやMSQH（Malaysian Society for Quality in Health）の認証を取得している。

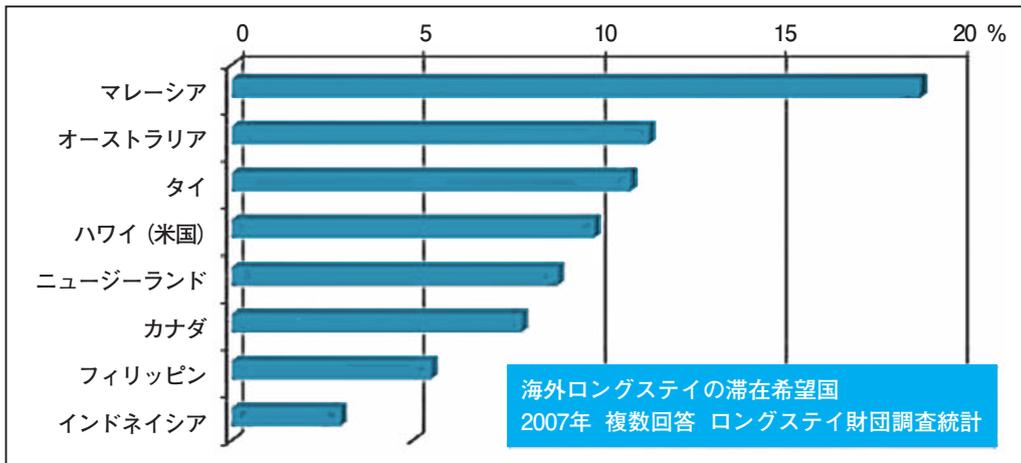
8. メディカルツーリズム政策

マレーシアでは、2020年までに先進国入りをするという2020年ビジョンに基づき政策が体系化されている。低賃金に頼る労働集約的な産業から付加価値の高い産業を核とする経済構造への転換を目指した「第10次マレーシア計画2011～2015年」では、12の国家重点経済分野のひとつとして民間医療が挙げられ、メディカルツーリズム振興と、毎年100万人の外国人受け入れ、高度医療機器の設置などによる成長産業として育成することが示されている。「政府改革計画」（GTP）は犯罪や汚職などの社会問題の解消を扱い、「新経済モデル」（NEM）では成長産業の開拓を含め8大改革戦略が示された。この成長産業のカテゴリーに、メディカルツーリズム、イスラーム金融、ハラール食品^{（注4）}が含まれる。

競合する近隣の国々の中で比較優位をどの

（注4）ハラールとはイスラーム用語で、「許された」または「合法的」という意味で、ハラール食品はその品物の原料や作られた過程によって決まる。例えばイスラーム教徒は豚肉を食べないので、原料に豚肉・豚の脂などが使われていればハラールではなくなる。また、他の肉であったとしても正しい方法で屠殺したものでないとハラールとは呼べない。ハラール食品はこのようなルールを守った上で作られた食品のことである。

図4 定年後の海外ロングステイの滞在希望国



(出典) 2008年ロングステイ財団調査統計

ように確保するのか。新しい成長産業を作っていくとなると、ニッチ、民族性、特殊性、イスラームを全面に出すというやり方になる。マレーシアにメディカルツーリズムの比較優位があるとしたら、ムスリム（イスラーム教徒）患者が家族連れで来ても安心して滞在できる点が挙げられる。医療関連の高度人材の受け入れとメディカルツーリズム人材育成とのリンクも試みられる。

一方、メディカルツーリズムは1998年1月からメディカルツーリズム推進委員会ができてから本格化した。委員会は、保健省、観光局、APHM、マレーシア航空、マレーシア観光協会といくつかの民間病院により運営されている。

マレーシア政府観光局は、2010年にメディカルツーリズム専用の公式ホームページを開設し、認定したメディカルツーリズムの提携先35施設の情報に掲載しており、また病院リストとして豪華な書籍も作成している。なお、この35施設はすべて民間病院である。

また、MHTC (The Malaysia Healthcare

Travel Council) というメディカルツーリズム推進の組織を国会の承認のもとで2009年に保健省の傘下に創った。ここには保健省からトップが派遣され17名のメンバーでメディカルツーリズム推進のために活動している。このMHTCの設立以降、メディカルツーリズムはヘルスケアトラベル産業とされた。メディカルツーリズムの目標患者数を2010年に100万人としていたが、現在もまだ40万人に止まっている。

9. ロングステイ

財団法人ロングステイ財団の2007年における調査ではマレーシアはロングステイ希望候補地の1位である（図4）。

ロングステイの定義であるが、ロングステイ財団は、以下のように定義している。

(1) 比較的長期にわたる滞在

「移住」「永住」ではなく、日本への帰国を前提とする「海外滞在」で、2週間以上にわたる長期滞在。

(2) 海外に「居住施設」を保有、または賃借する

短期旅行者向けの宿泊施設ではなく、多くの場合生活に必要な施設（キッチンなど）が整っている宿泊施設や適切な「住まい」を保有または賃借する。

(3) 「余暇」（自由時間）を目的とする

海外でより豊かな自由時間を過ごし、現地の人々との草の根交流などの余暇活動を行う。

(4) 「旅」よりも「生活」をめざす

海外旅行が短期間の観光・ショッピングのような非日常的体験を目的とするのと異なり、ロングステイは海外における日常生活の体験を目的とする。

(5) 生活資金の源泉は日本

生活資金の源泉は日本国内にあり、現地での労働や収入を必要としない。

この(5)の点が重要であり、雇用を奪わずに消費のみをしてくれるという点で、ロングステイの日本人が現地に好まれているのである。

さて、そこで、なぜアジアなのかと言えば、日本からの直行便が数多くあり、その所要時間も短いところで4時間、長くても8時間程度と、比較的短い距離に位置している利便性の高さが人気の理由であろう。さらに、アジアでは、物価の安さに加えて治安が安定していて、すでに多くのロングステイヤーが暮らすタイやマレーシアは、アジアロングステイの筆頭候補地になっている。

都会的な賑わいや充実した設備などを望むならバンコクやクアラルンプールなどが人気が高く、また最近では香港や上海、ホーチミン、

ハノイなども人気が上がってきているようだ。旧き地方都市の良さを残す落ち着いた街ならチェンマイやコタキナバル、海辺のリゾートならプーケットやバリ、地方都市の良さリゾートの良さの両面を兼ね備えたペナンやセブなども人気の候補地となっている。

都会では、交通や生活面でのインフラが整っている都市機能が大きな魅力となるし、リゾート地では、都会にない落ち着いた暮らしが望める。しかし、都会やリゾート地は物価が高いという難点がある。チェンマイの場合にはそこそこの町で物価が安いという点に魅力があると考えられる。

一方、日本人にとってのアジアでのロングステイの問題は、何もすることがない点にあるようだ。確かに、ゴルフといったリゾート的娯楽のほかにはあまりすることはないであろう。

いずれにせよ、政府が後押ししているわけで、その動きを見てみよう。

10. マレーシア・マイ・セカンド・ホーム (MM2H) 政策

ロングステイについては、各国について特色があり、各国ごとに日本語でのプロモーション書籍が出版されている。マレーシアにおけるロングステイ振興策のMM2Hは2002年に開始され、制度改編を重ね、現在、更新可能な10年間のビザが主に下記のような条件を満たすことで得られるようになっている。

定期預金：150,000リンギット（50歳以上）、300,000リンギット（50歳以下）或は、10,000リンギット／月の国外での収入。

以前にあった、国籍・年齢制限の撤廃や預

写真1



金額などの申請条件の改定、更にビザの期間を10年に延長した結果、2010年までにビザ総取得件数は14,816件（家族単位で一件と数える）まで増加した（マレーシア政府観光局統計）。MM2H参加件数が最も多いのは中国（2,452件）であり、続いてバングラデシュ（1,806件）、イギリス（1,636件）と続く。日本（1,206件）は4位に位置し、主要なマーケットとして積極的なプロモーション活動の対象国とされている。

MM2Hのポイントのひとつに安心できる医療があげられる。その意味で、メディカルツーリズム政策との親和性が高く、今後共同してプロモーションを行っていくことが予想される。

11. 日本人の医師とHSC

さて、このような国に、日本人の医師が誕生した。循環器の専門医で現地での医師免許を取得しているわけではないので、日本人のみを診察するが、HSCメディカルセンターという一等地のビルにある病院（20床）に勤務されている（写真1、2）。実際にお会いしてお話をお聞きしたが、PCIの症例数も多く、

写真2



仕事は充実しているようであった。

この病院のオーナーは海外感覚にすぐれ、経営的に軽症の患者を多く診察するよりPCI（経皮的経血管的冠動脈形成術又は、経皮的冠動脈インターベンション術）などの手技を重視している。患者の60%は外国籍という病院である。患者はインドネシアからが最も多い。またこのビルにはホテルも併設し、医療介護が一体化した施設開発にも関心を持っている。

12. プリンスコート病院

マレーシアでメディカルツーリズムといえば、まずこのプリンスコート病院があがる。

それは、写真3を見ていただければわかるように、病院離れしたすごさがある。設計はオーストラリアの建築家で、内部は天井まで吹き抜けになっており、冷房費用がかかりそうなつくりになっている（写真4）。

それもそのはずで、この病院の親会社は（マレーシアでは株式会社病院が認められている）、マレーシアのGDPの3割近くを稼ぎ出しているといわれる石油会社のペトロナス（ツインタワーで有名）である。JCI（Joint

写真3



写真4



写真5



写真6



Commission International；アメリカの国際的医療認証機構）の認証は2008年にマレーシアで最初に取得している。

ベッドは277床、ICUは10床、オペ室は10室、平均在院日数は3日である。手術ロボットの「ダビンチ」を所有し、リニアック（放射線治療装置の一つ）やトモグラフィ（人体断層撮影装置の一つ）も持っている。レーシックや美容外科も行っている。

このほかに、チェーン病院であるパンタイ病院やグリネーグス病院、マレーシア第一のチェーン病院であるKPJグループが有名である。中でもパンタイ病院とグリーンイーグ

ルス病院は、日本の三井物産の資本も入っている病院グループである。

13. パンタイ病院

パンタイ病院（写真5）は、マレーシア国内に11病院ある。その中でもパンタイ・クアラランプール病院は基幹病院であり、274床、170名の専門医を有する。JCIを取得している（写真6）。患者はやはりインドネシア人が多く、入院では日本人は1%以下であろうということであった。多言語対応のコールセンターを持ち、空港からの搬送も行っている。

写真7



14. KPJ病院

KPJ病院はジョホール州からはじまったマレーシア第一の民間病院グループである。現在21施設を所有している。JCIの認証を取得している病院が現時点ではなく、2病院が取得に向けて動いているということであった。MSQH (Malaysian Society for Quality in Health) の認証を受けている。

イスラームの従業員も多く、写真でもわかるように、病棟はきれいで、ショップも充実している(写真7、8)。外国人患者はやはりインドネシアからが多いという。それはインドネシアからの患者は一般的な病気の治療でも来るからであるといい、インドネシアにはプロモーションのオフィスを設けている。

ヒアリングに応じてくれたマーケティングの部長は米国人で、病院経営のプロではないがマーケティングの腕を買われてリクルートされたという。なお、海外患者は国内患者に比して治療費が5～10%高く、収益の2%を担っている。残念ながら米国人の患者は少ないようだ。

写真8



15. サイムダービー病院

クアラルンプールから車で30分くらいの郊外にある病院である(写真9)。この病院ではトモセラピー(高精度の放射線治療の一つ)(写真10)も可能で、日本でいえば大学病院ではない地域の中核病院、といった感じである。1日約1,800人の外来があり、日本人のいる工場が周辺に多いために月に400人くらいの日本人が訪れる。

現在は393ベッドであるが病院は拡大している。平均在院日数は3日である。

この病院もJCIを取得しており、さらにこの病院の前院長は、アジアの病院協会の会長を務めている。メディカルツーリズムにも熱心であり、図5のようなツアーを組んでいると案内があった。

以上のいずれの病院も多くはJCIの認証を取得しているか、取得準備中である。また、CTやMRIがない民間病院はないそうである。

16. マラヤ国立大学病院

国立病院には中間層でもあまり行きたがらないという。理由は、待ち時間が長いからと

写真9



写真10



図5 メディカルツーリズム・ツアーパンフレット

One of the top trusted healthcare providers and the JCI-accredited Sime Darby Medical Centre in Subang Jaya is at the forefront of state-of-the-art medical technology, quality patient safety and care in the SEA region; a key reason that makes it a preferred healthcare travel destination.

Hotel	3D/2N Health Screening Package @ Sime Darby Medical Centre
Holiday Villa Hotel & Suites Subang (5*)	Price per person on both sharing with JPY
Grand Dorsett Subang Hotel (5*)	
Sumway Resort Hotel & Spa (5*)	• Cardiac Screening 91,000
Return Economy Class air ticket from Tokyo to Kuala Lumpur ✓	• Prime Time (below 50 years) 95,350
Roundtrip private transfer from airport to hotel ✓	• Gastroscopy Screening 101,145
Airport taxes & fuel surcharges ✓	• Golden Glow (above 50 years) 103,320
2 nights hotel accommodation at 5-star hotel ✓	• Colorectal Screening 116,505
Daily breakfast ✓	• Prime Time Lady (below 50 years) 105,495
One Health Screening package ✓	• Golden Glow Lady (above 50 years) 117,955
One way private transfer from hotel to Sime Darby Medical Centre ✓	• Digestive Tract Screening 135,930

Terms & Conditions

- Booking to be made 7 days before departure
- Subject to seats and rooms availability
- Other terms and conditions apply

For booking, email us at masholidays@malaysiaairlines.com

FOR OTHER PACKAGES, LOG ON TO holiday.malaysiaairlines.com

設備の問題である。この国では、国立病院より民間病院のほうが概して設備がよいのである。医師のレベルは一流とはいえないが、民間病院の医師は英国留学を中心に海外帰国組も多いので、民間病院の医療レベルは悪くな

さそうである。

また、この国ではタイのように、公務員医師のアルバイトが自由ではないために、民間病院においても契約制で掛け持ちをしている医師は少ない。

写真11



そんな中でも、政府の肝いりで作られたハートセンター（写真11）やマラヤ国立大学病院（写真12）はやや別格のようだ。

17. 高齢者施設

退職者などの高齢者が多いロングステイヤーのなかには、介護を求めて移住する人もいる。一方では、マレーシアではいまだ高齢化がさほど進んでいない。逆に言えば、介護に対するニーズは医療ほど顕在化していない。そのために現地用の施設は必ずしも充実しているとは言えない。しかし、将来を見据え、また現在の海外からの需要を求めて、富裕層用の介護施設を建設中、あるいはこれから建設しようとする動きが起きている。しかし、介護の専門職がないために、医療職から介護技術を学んだりして行う家事援助の延長上に介護技術が位置づけられている。一方、このような介護ニーズを安く満たすことが可能であるため、現在はさほど大きな動きになってはいないが、将来は介護を求めてのロングステイあるいは移住も考えられる。

最後に、新たな開発拠点として話題になっているジョホール州をみてみよう。

写真12



18. ジョホール州とシンガポール

実際にシンガポールとジョホール州では多くの人の出入りがある。しかし、実際にこの国境を渡ってみると、なかなか面倒なことに気が付いた。

まず、シンガポールからの出国のために、1回車を降り、そこでいわゆる通関も含め出国手続きを行う。その後、しばらくのドライブ（写真13、14）を経て、今度はマレーシアへの入国の手続きが必要となる。ここで、出国時と同じように1回車を降りなければならない。また、マレーシアからも大量の労働者がシンガポールへ移動する。彼らはバスやバイクで移動するが、その雰囲気は独特なものがある。後述するようなメディカルや高等教育での誘致が進んだとしても、シンガポールからの高度専門職の移動には難があるということになる。

なお、この出入国の場面はテロ対策の関係から写真の撮影はできないということであった。また、泳いで渡れない距離ではないので、密入国の対策も重要であるという。

写真13



写真14



写真15

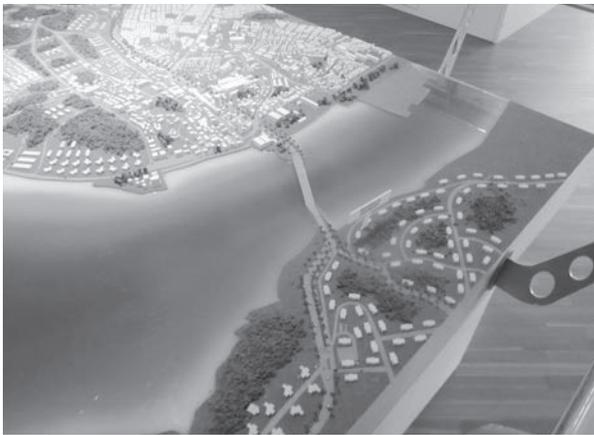


写真16



19. ジョホール州の開発

マレーシア南部の州であるジョホール州の南部には壮大な開発計画（イスカダルマレーシア）がある。

飛行場や工業、高速道路の架設、地下鉄をシンガポールとつなぐなど、その対象地域は広く、シンガポールの面積の2.5～3倍である。

計画の要となるのは、ジョホール州とシンガポールをつなぐ2本の橋である。1本目のルート上にはジョホールバル市もあり、比較的开发が進んでいる（写真15）が、現在セカンドリンクといわれる2本目の橋（写真16）を活かしてさらに開発が進められている。

そして、このセカンドリンク方面では、教育、メディカル、そしてウェルネスという高齢者対応の3つが予定されている。教育関連のエデュシティ計画が先行しており（写真17）、英国のニューキャッスル大学がすでにキャンパスを作っている（写真18）。

一方、メディカルおよびウェルネスについてはまだまだで、現状ではヘルスケアコロンビア・アジアという株式会社の病院がひとつあるのみだが（写真19）、パークウェイグループのグリーンニールズ病院が進出を決めているという。

ジョホール州の行政府も移転しており（写真20）、前述した医療関連の高度人材の受け

写真17



写真18



写真19



写真20



入れと、メディカルツーリズム人材育成とのリンクが試みられている。

ちなみに日本人にも、ジョホールへの投資に関心を示している人がいるようであった。

20. おわりに

マレーシアでは、公的な医療保険制度がない。その代わりに貧しい患者の受診の機会を奪わないために国立病院が整備されている。しかしその一方、中所得層以上は、医療の質が高いとされる民間病院を受診する。この場合には、自費か民間医療保険を利用することになるが、極めて安い医療機関があっても、そこを受診することは稀だという。質を求め

るといふ姿勢は、社会保障の受給者というよりも消費者の態度に近い。

民間病院への信頼が厚い点が、日本と比較すると面白い。簡単に言えば、国立病院には、中流層以上はいかない、あるいは行きたくないという行動をとる。ただし、長期政権が続いており（通常内閣は5年間継続）、この現象は国民が政府を信頼していないということではないようだ。国立病院つまり政府の役割を「貧しい人への対応である」というように限定的に見ているためであろう。医師の称号も米国流のMD（Doctor of Medicine）ではなく英国流のMBBS（Bachelor of Medicine and Surgery）を使うあたり、英国流の、国

営ではあるが高級な医療を提供しない、といったNHS (National Health Service) の概念が受け継がれているといえよう。

日本も欧州とは異なり民間の医療提供の占める割合が大きい。もし、日本に国民皆保険がなかったとしたら、マレーシアに似た状況になっていたかもしれない。このようなマレーシアの状況を行動経済学の観点からアプローチしてみても面白いかもしれない。

謝 辞

本論文は、文部科学研究「医療観光に関する医学および社会科学・地域研究の視点からの学際研究」の1部である。

共同研究者、中でも東京外国語大学アジア・アフリカ言語文化研究所／京都大学地域研究統合情報センター共同研究員 川端隆史氏、早稲田大学国際学術院アジア太平洋研究センター 小野真由美氏の協力によるところが大きい。この場を借りて感謝申し上げる。

参考文献・資料

- ・厚生労働省編 (2009) 『世界の厚生労働 2009』TKC出版
- ・大泉啓一郎 (2007) 『老いてゆくアジア－繁栄の構図が変わるとき』中公新書
- ・大泉啓一郎 (2011) 『消費するアジア 消費するアジア－新興国市場の可能性と不安』中公新書
- ・小野真由美 (2010) 『日本人の国際退職移住・ロングステイツーリズム：マレーシアの事例からみるケアを求めた国際移動への展開』アジア政経学会 2011年10月発表論文
- ・小野真由美「日本ベンチャー学会医療イノベーション部会」2012年2月11日定例会配布資料
- ・小野真由美 (2007) 「ロングステイツーリズム－第二の人生はマレーシアで」『観光文化学』pp145-150、新曜社
- ・川端隆史 (2011) 『マレーシアのニッチ戦略～メディカル・ツーリズム振興策を事例にした考察～』アジア政経学会 2011年10月発表論文
- ・阪本恭彦・洋子 (2006) 『ご褒美人生マレーシア』イカロス出版
- ・真野俊樹 (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』岩波書店
- ・ラシン編集部 (2005) 『ロングステイ50都市ランキング

- －楽園の探し方入門』ラシン特選ボックス
- ・マレーシア保健局資料「Health Facts 2010」
- ・IMF “World Economic Outlook Database 2011”
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/weodata/index.aspx> (2012/3/22閲覧)
- ・若林敬子 (2006) 「近年にみる東アジアの少子高齢化」『アジア研究』52 (2)、95-112
- ・ロングステイ財団ウェブサイト (<http://www.tt.em-net.ne.jp/~soy7686/index.html#jouken> 2012/3/22閲覧)

訪問先各病院資料 (ウェブサイトより)

- ・http://www.myhealthcare.gov.my/en/index.asp?page=mhtc&subpage=mhtc_mission
- ・<http://www.tourism.gov.my/>
- ・<http://www.malaysiahealthcare.com>
- ・<http://www.myhealthcare.gov.my>