

アジアの国際医療観光：実態と成長要因

公益財団法人国際東アジア研究センター

戴 二彪

Working Paper Series Vol. 2013-06

2013年3月

この Working Paper の内容は著者によるものであり、必ずしも当センターの見解を反映したものではない。なお、一部といえども無断で引用、再録されてはならない。

公益財団法人 国際東アジア研究センター

アジアの国際医療観光：実態と成長要因

戴 二彪（国際東アジア研究センター）

要約

本稿は、近年世界中から注目を集めている国際医療観光の動向を概観し、特にアジアの国際医療観光の実態と成長要因を考察した。主な考察結果は次のように要約できる。

（１）国際観光全体が拡大しつつある中、国際医療観光も速いペースで伸びている。国際観光全体の主要目的地は、欧州、アジア、米州（主に北米）となっているが、国際医療観光の主要目的地は、アジア、欧州、北米、中南米となっている。

（２）国際医療観光の主要目的地の中でも、アジアのプレゼンスが最も目立っている。ただし、治療、健診、美容・健康増進といった３大医療サービスのうち、アジア諸国で一番伸びているのは美容・健康増進の関連サービスだと見られている。

（３）アジアを訪ねる国際医療観光客のほとんどはアジア地域内の客で、特に国境が接する隣国からの訪問者が圧倒的に大きな割合を占めている。

（４）アジアの医療観光を牽引している主要５カ国（マレーシア、シンガポール、タイ、インド、韓国）は、人口大国または高所得国と隣接する「地の利」を有する。これらの国とそれぞれの近隣諸国との間に、伝統的な文化（言語・宗教）・経済交流関係があるので、観光を含む人的交流は推進しやすい。

（５）アジアの医療観光先進国における医療サービスは、先進国で留学・研修・勤務経験のあった高水準の医療専門人材や良好な医療施設に支えられ、コストが安だけでなく、医療技術と医療サービス全体の水準もかなり高くなっている。

（６）アジアの医療観光先進国において、医療観光産業は官民一体のプロモーション体制のもとで実施されており、自国の医療観光地としての国際知名度の上昇を効果的に促進している。それと同時に、これらの国では、自国の地理位置、自然資源、医療資源、社会文化資源を生かして、それぞれの医療観光の特色と発展目標を確立しつつある。

アジアの国際医療観光：実態と成長要因

戴 二彪（国際東アジア研究センター）

1. はじめに

国際医療観光とは、医療サービスを受ける目的で他国を訪問し、合わせて観光を行うことである。このような国際人口移動現象は、昔から存在してきたが、1990年代以来、グローバル化の進行と国際人口移動全体の活発化、所得水準の上昇に伴う健康・美容などの関連需要の急増、および医療水準・医療機会・医療コストの国際格差の存在などの要因で、医療観光目的の国際移動が急速に増大しており、2012年の関連産業のグローバル市場規模は1,000億ドルにもなると予測されている（McKinsey & Company and the Confederation of Indian Industry, 2007; Herrick, 2007）。

このような背景のもとで、産業構造の転換と新しい経済成長分野の開拓を模索している日本も、医療観光産業の成長ポテンシャルを重視し始めている。2010年に、観光立国を推進している観光庁は、医療観光産業の振興戦略を打ち出している（観光庁, 2010）。また、九州各県と経済界が作る「九州観光推進機構」も医療観光を特色の一つとする「九州観光戦略特区」の認可取得を目指している。しかし、医療観光に関する国際的統計基準はまだ整備されていないので、世界の医療観光の実態についてさえ、様々な見解が存在している（Youngman, 2012; Aoki, 2012）。効果的に医療観光産業戦略を推進するためには、まず世界の医療観光の動向とこの分野の先進国の取り組みを考察する必要がある。

本稿は、5節から構成される。第2節では国際医療観光の定義と近年の主要タイプを考察する。第3節では、世界の医療観光の動向を概観する。第4節では、アジアの医療観光先進国におけるインバウンド医療観光の実態と成長要因を考察する。最後の第5節では、こうした考察内容を踏まえ、日本の医療観光を推進するためのいくつかの課題を提起する。

2. 国際医療観光の定義と主要タイプ

2.1 国際医療観光の定義と主要タイプ

医療観光とは、メディカルツーリズム（Medical Tourism）とも言われ、診察や治療およ

び美容・療養・健康増進など医療サービスを受ける目的で常住地を離れ、外国や国内の他の地域を訪問し合わせて観光を行うことである。医療観光は、訪問先の違いによって、国際医療観光と国内医療観光に大別されるが、近年世界中から注目を集めているのは国境を超える国際医療観光である。

医療を目的とした旅行の歴史は古い。しかし、医療観光という言葉の日本での流行は、ごく最近のことであり、その英語原語である **Medical Tourism** という専門用語も、1990年以降から英文マスメディアで登場したと見られている (Connell, 2011)。

医療観光客が求めている医療サービスは、様々であるが、主に次の3つのカテゴリーに分けられる。

- (1) 健康診断
- (2) 治療
- (3) 美容・療養 (健康増進サービス)

注意すべきことは、表1に示すように、3つのカテゴリーの内、「美容・療養」の一部の活動 (例えば、SPA やマッサージ) は、必ずしも医療機関でしか受けられないサービスではないので、統計上それが医療観光から除外される場合もある。ただし、アジアでは、このカテゴリーの医療観光客は急速に伸びており、重視しなければならない分野である。

表1 医療観光の主なカテゴリー

| | 代表的なサービス | サービス所要時間 | 手術の必要性 | 主な移動パターン |
|-------|----------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
| 健康診断 | 定期健康診断 | 数十分～数時間 | 不要 | 医療後進国から先進国へ |
| 医療 | 各種外科治療・歯科治療・手術が要る整形美容 | 数時間～数週間 | 必要 | 先進国の中低収入層: 医療コストの安い途上国の中の医療先進国へ; 途上国の富裕層: 医療水準の高い中・高所得国へ |
| 美容・療養 | (複雑な手術が要らない) 女性美容、SPA、老人療養・VIP療養 | 美容: 数時間; 療養: 数日～数週間 | 美容: 軽い手術が必要の場合もある。療養: 観光客の要求と健康状況次第 | 美容: 中・高所得国へ; 療養: (高所得者が) 中・高所得国へ |

(出所) 著者作成

2.2 国際医療観光の成長要因

Connell (2011)によると、英文紙における Medical Tourism を主題とするニュースの報道頻度は、1990年の0回から、2000年の47回、そして2008年の2,000回以上へと急増した。こうした医療観光 (Medical Tourism) への注目度の増大は、国際医療観光の発展を如実に反映している。なぜ、1990年代以降、医療観光が急速に拡大するようになったのか？その背景には次の要因が挙げられている (Arnold and Smith, 2006; Ernst, 2006; Roth, 2006; Herrick, 2007; Bookman and Bookman, 2007; Connell, 2011)。

- ① アメリカをはじめとする先進国において、医療コスト及び医療保険費が持続的に上昇していることへの対策として、医療コストの安い海外に医療サービスを求める中低所得者・医療保険未加入者および従業員の健康診断・医療費用の上昇に負担を感じる企業が増加しつつある。
- ② 医療サービスの公共性と利用機会の平等が強調されている一部の欧米先進国では、医療手術の待ち時間が長く、予約日から手術実施日まで数週間ないし数ヵ月かかるケースも少なくない。
- ③ 戦後 (第二次世界大戦以降のベビーブーム時期) に生まれた団塊世代が中高年になり、医療・健康サービスへの需要が拡大しつつある。
- ④ 冷戦時代 (1950年代～1980年代) の終わりに伴う国際関係の改善と経済グローバル化によって、国際人口移動全体が活発化しつつある。海外に転出・移住した者の中に、出身国に一時帰国の際、現地の医療施設を利用するケースがかなり多いと見られている。
- ⑤ 最近20～30年間の経済発展につれて、途上国の所得水準が顕著に上昇し、医療・健康への関心と支出能力も大きく増大している。特に、一部の資源国 (中東の石油生産国など) や所得格差の大きい途上国では、富裕層の所得と消費力が先進国市民の平均水準よりもはるかに高いので、先進国でより高い水準の医療サービスを受けたいと考える人が増えている。
- ⑥ ドラマやマスコミの影響で、女性をはじめ、人々が自分の容姿など外見の美への追求が強くなっており、整形・美容のニーズが拡大しつつある。
- ⑦ 経済発展につれて、発展途上国における医療技術・医療サービス水準が顕著に上昇し、その主要都市では、先進国と比べても総合水準が遜色ない医療施設が増加しつつある。また、先進国で医学訓練を受けた、または医療業務を経験した専門技術者が多くなっているため、先進国の患者からも信頼を得やすくなっている。

- ⑧ 専門技術水準・信頼性・知名度の高い医療施設を多く保有する先進国の主要医療機構は、グローバルな市場戦略を持っており、海外からの患者（特に高所得者やVIP）の受診・入院を歓迎している。
- ⑨ 欧米先進国周辺の途上国およびアジアの多くの国では、医療観光産業の経済波及効果と雇用創出効果を重視し、国際医療観光の促進戦略を相次いで打ち出している。医療観光客をスムーズに受け入れるために、シンガポール、マレーシア、韓国、インド及び日本などの国では、医療観光ビザも創設している。
- ⑩ インターネットの普及により、各国の医療事情（医療制度から医療サービスの価格まで）の関連情報が容易に入手できるようになっている。また、国際医療観光を促進するために設置された Medical Tourism Association（MTA）など専門組織は、加盟している各国の医療機構などの情報を開示し、情報の透明性と信頼性を高めている。
- ⑪ 航空券価格の低下と航路・フライト便数の増加によって、国際旅行は便利になりつつある。

上述した要因の内、①～⑥は需要拡大要因、⑦～⑨は供給拡大要因であり、⑩～⑪は需要と供給をリンクさせる市場環境要因だと考えられる。1990年代以降、国際医療観光が急速に拡大できたのは、これら要因が総合的に影響した結果であると思われる。

3. 医療観光のグローバルな動向

3.1 国際観光全般の動向

国際観光全般の動向として、次の特徴が挙げられる。

(1) 過去数十年間に、国際観光客規模が拡大しつつあり、国際観光産業の重要性が大きく上昇している。国連国際観光機構の統計によると、2011年に、世界各国を訪ねた外国観光客人数は9.83億人に達し（表2）、観光関連収入は1兆ドルを超えている。同年の世界輸出総額構成を見ると、国際観光は、サービス輸出額の30%、輸出総額全体の6%を占めており、石油、化学、食料に次ぐ4番目の輸出カテゴリーとなっている（UNWTO, 2012）。輸出産業における大きな存在感だけでなく、国際観光産業は、雇用創出、交通・通信インフラ整備、国際理解の促進などの面でも大きな役割を果たしている。

(2) 観光目的が多様化している。2011年に、4大訪問カテゴリー（①レジャー・観光・休日、②親族・友人訪問と健康・医療・宗教、③ビジネス、④その他）の内、レジャー・

観光・休日目的の旅行が全体の51%を占め、第1位になっているが、親族・友人訪問と健康・医療・宗教目的の訪問が27%、ビジネス目的の訪問が15%となっている（UNWTO, 2012）。

（3）地域別で見ると、欧州が一貫して第一位の国際観光目的地の座を守ってきているが、アジア・太平洋地域の市場シェアが拡大しつつある。2011年、インバウンド観光客数については、欧州が世界全体の51.3%（1990年は60%）、アジア・太平洋地域と米州（北米・中南米を含む）はそれぞれ22.5%と15.9%（1990年はそれぞれ13%と21%）を占めている。一方、観光収入については、欧州が世界全体の45%、アジア・太平洋地域と米州はそれぞれ28%と19%を占めている。今後20年間、この3大地域が引き続き国際観光の主要目的地になるが、アジア・太平洋地域のプレゼンスが更に上昇し、欧州を追い越す可能性が高いと予測されている（UNWTO, 2012）。

（4）国別のインバウンド観光客規模を見ると、フランス、米国、中国、スペイン、イタリア、トルコ、イギリス、ドイツ、マレーシア、メキシコが10大目的地国となっている（表3）。一方支出額規模で見た10大観光市場国（観光客送出国）は、10大目的地国の地域分布と比べ、主要先進国・新興経済大国に集中している（表4）。

（5）観光客の送出国—目的地構造では、2011年、同じ地域内で旅行した人数と複数地域に跨って旅行した人数はそれぞれ全体の77%と23%を占めている。国際交通が便利になっているものの、距離要因（物理的距離だけでなく、言語文化・社会的距離などを含む）が依然として国際観光行動に大きく影響していると思われる。

（6）アジアでは、中国、マレーシア、香港、タイ、マカオ、シンガポール、韓国、インドネシア、インド、日本が10大観光目的地国（地域）となっている（表3）。一方、観光客の送出国は多様化しているが、アジアないし世界観光市場における中国人観光客のプレゼンスが大きく上昇している（表4）。ちなみに、日本は、世界第9位の国際観光市場国であるが、観光目的地としては、世界の30番目とアジアの10番目にとどまっている。出入国管理制度は、観光客が訪日しやすいように改革されたが、東日本大地震（2011年）や近年の日中・日韓関係の不安定の影響で、日本への観光客数は期待されたほど伸びていなかった。

表 2 国際観光産業の成長

| | International Tourist Arrivals (million) | | | | | | | Market share (%) |
|---------------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 | 2011* | 2011* |
| World | 435 | 528 | 674 | 799 | 883 | 940 | 983 | 100 |
| Advanced economies¹ | 296 | 334 | 417 | 455 | 475 | 499 | 523 | 53.2 |
| Emerging economies¹ | 139 | 193 | 256 | 344 | 408 | 441 | 460 | 46.8 |
| By UNWTO regions: | | | | | | | | |
| Europe | 261.5 | 304.0 | 385.0 | 440.7 | 461.7 | 474.8 | 504.0 | 51.3 |
| Northern Europe | 28.6 | 35.8 | 43.4 | 56.1 | 56.0 | 56.1 | 59.3 | 6.0 |
| Western Europe | 108.6 | 112.2 | 139.7 | 141.7 | 148.5 | 153.8 | 159.0 | 16.2 |
| Central/Eastern Europe | 33.9 | 58.1 | 69.3 | 90.4 | 92.6 | 95.7 | 103.5 | 10.5 |
| Southern/Mediterr. Eu. | 90.3 | 98.0 | 132.6 | 152.5 | 164.5 | 169.1 | 182.2 | 18.5 |
| - of which EU-27 | 230.1 | 265.9 | 323.7 | 352.4 | 356.8 | 364.9 | 385.0 | 39.2 |
| Asia and the Pacific | 55.8 | 82.0 | 110.1 | 153.6 | 181.1 | 204.4 | 217.0 | 22.1 |
| North-East Asia | 26.4 | 41.3 | 58.3 | 85.9 | 98.0 | 111.5 | 115.8 | 11.8 |
| South-East Asia | 21.2 | 28.4 | 36.1 | 48.5 | 62.1 | 69.9 | 77.2 | 7.8 |
| Oceania | 5.2 | 8.1 | 9.6 | 11.0 | 10.9 | 11.6 | 11.7 | 1.2 |
| South Asia | 3.1 | 4.2 | 6.1 | 8.1 | 10.1 | 11.5 | 12.4 | 1.3 |
| Americas | 92.8 | 109.0 | 128.2 | 133.3 | 141.7 | 150.7 | 156.6 | 15.9 |
| North America | 71.7 | 80.7 | 91.5 | 89.9 | 93.0 | 99.2 | 101.7 | 10.3 |
| Caribbean | 11.4 | 14.0 | 17.1 | 18.8 | 19.6 | 20.0 | 20.8 | 2.1 |
| Central America | 1.9 | 2.6 | 4.3 | 6.3 | 7.6 | 7.9 | 8.3 | 0.8 |
| South America | 7.7 | 11.7 | 15.3 | 18.3 | 21.4 | 23.6 | 25.8 | 2.6 |
| Africa | 14.8 | 18.8 | 26.2 | 34.8 | 45.9 | 49.7 | 50.2 | 5.1 |
| North Africa | 8.4 | 7.3 | 10.2 | 13.9 | 17.6 | 18.8 | 17.1 | 1.7 |
| Subsaharan Africa | 6.4 | 11.5 | 16.0 | 20.9 | 28.3 | 31.0 | 33.1 | 3.4 |
| Middle East | 9.6 | 13.7 | 24.1 | 36.3 | 52.8 | 60.3 | 55.4 | 5.6 |

(出所) 国連国際観光機構 (UNWTO, 2012)

表3 インバウンド観光客規模からみた世界とアジアの10大目的地(単位:百万人)

| 世界上位10カ国 | | | アジア上位10カ国 | | |
|----------|-----|------|-----------|-----|------|
| 国 | 地域 | 観光客数 | 国 | 地域 | 観光客数 |
| フランス | 欧州 | 79.5 | 中国 | アジア | 57.6 |
| アメリカ | 北米 | 62.3 | マレーシア | アジア | 24.7 |
| 中国 | アジア | 57.6 | 香港(中国) | アジア | 22.3 |
| スペイン | 欧州 | 56.7 | タイ | アジア | 19.1 |
| イタリア | 欧州 | 46.1 | マカオ(中国) | アジア | 12.9 |
| トルコ | 欧・亜 | 33.3 | シンガポール | アジア | 10.4 |
| 英国 | 欧州 | 29.2 | 韓国 | アジア | 9.8 |
| ドイツ | 欧州 | 28.4 | インドネシア | アジア | 7.7 |
| マレーシア | アジア | 24.7 | インド | アジア | 6.3 |
| メキシコ | 北米 | 23.4 | 日本 | アジア | 6.2 |

(出所) 国連国際観光機構 (UNWTO, 2012) より作成

表4 観光収支からみた世界10大国際観光市場国と目的地国(2011年)

| 観光収入からみた10大目的地国 | | | 観光支出からみた10大市場国 | | |
|-----------------|-------|-----------|----------------|-------|-----------|
| 国 | 地域 | 収入(10億ドル) | 国 | 地域 | 支出(10億ドル) |
| 米国 | 北米 | 116.3 | ドイツ | 欧州 | 84.3 |
| スペイン | 欧州 | 59.9 | アメリカ | 北米 | 79.1 |
| フランス | 欧州 | 53.8 | 中国 | アジア | 72.6 |
| 中国 | アジア | 48.5 | 英国 | 欧州 | 50.6 |
| イタリア | 欧州 | 43 | フランス | 欧州 | 41.7 |
| ドイツ | 欧州 | 38.8 | カナダ | 北米 | 33 |
| イギリス | 欧州 | 35.9 | ロシア | 欧州 | 32.5 |
| オーストラリア | オセアニア | 31.4 | イタリア | 欧州 | 28.7 |
| マカオ(中国) | アジア | 約30 | 日本 | アジア | 27.2 |
| 香港(中国) | アジア | 27.7 | オーストラリア | オセアニア | 26.9 |

(出所) 国連国際観光機構 (UNWTO, 2012) より作成

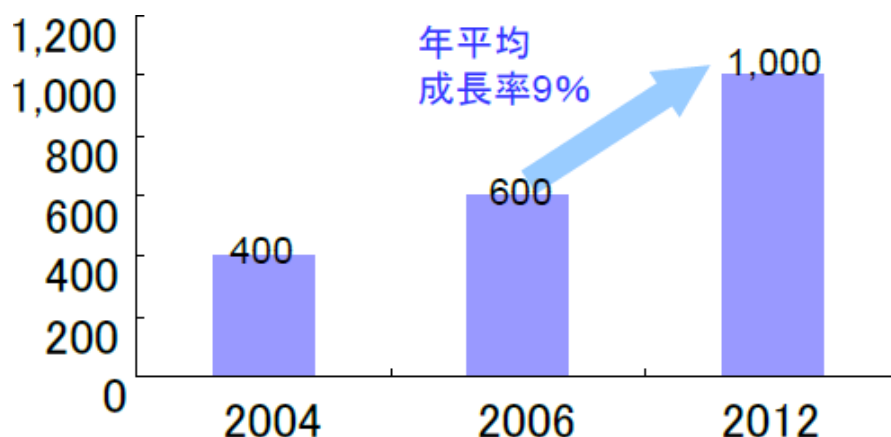
3.2 医療観光をめぐる国際市場の現状

(1) 市場規模

この10数年間に、国際観光産業全体が拡大しつつある中、医療観光産業も著しく成長している。ただし、医療観光ビザを設けている国はごく一部でありⁱ、医療目的で入国する外国人旅行者の人数や消費総額について、ほとどの国も正確に把握していないのが現状である。このため、一部の市場調査機関は、専門病院への訪問やアンケート調査などの手法を通じて、医療観光市場規模について推定を行っている。

図1は、McKinsey & Company が推定した国際医療観光収入の成長動向と予測を示している。同社によると、国際医療観光収入額は、2004年の約400億ドルから2006年の約600億ドルへ急増している。2012年は、国際医療観光関連収入（市場規模）はさらに1,000億ドルに達すと予測されている。

図1 国際医療観光収入の成長動向と予測（単位：億ドル）



(出所) McKinsey & Company and the Confederation of Indian Industry (2005, 2007)

(注) この図における予測値は広く引用されている(例えば, Herrick, 2007; 観光庁, 2010)。

前述したように、2011年に、国際観光客数と国際観光関連収入総額は、それぞれ9.83億人と1.01兆ドルに達した。2012年のデータに関するUNWTOの統計はまだ公表されていないが、近年の平均成長率を参考し保守的に推定しても、この両指標はそれぞれ10億人と1.05兆億ドルへ拡大するであろう。もし、McKinsey & Companyの予測が正しいとすれば、2012年の医療観光収入(1,000億ドル)は国際観光収入総額の約10%を占めることになる。ただし、世界金融危機の発生前に行われたこの予測は、各国の医療観光推進当局にもよく引用されているものの、その予測の前提条件の設定や推定方法には多くの問題があ

ると指摘されており（Youngman, 2012），更なる検証が必要である。

（２）国際医療観光の空間構造：主要目的地と主要市場（医療観光送出地）

国際医療産業を推進するために，観光客の空間構造の実態への関心が高い。国別インバウンド医療観光客の規模に関する統計はほとんど整備されていないが，近年，一部の国の観光行政機関または医療観光推進機関が自国を訪ねる医療観光客の規模に関する推計データを公表している。表 5 は，Youngman（2012）が各国の政府公表値に基づいて調整・作成したもので，インバウンド医療観光客数からみた医療観光目的地国の世界ランキング（世界 TOP 30）を示している。ただし，同表について，次の幾つかの欠点がある。

（１）この表におけるデータは，各国の公表値に基づいて調整されたとみられるが，調整の基準は明示されていない。例えば，この表におけるアジアの一部の国（タイ，シンガポール，インド）の数値は，それぞれの国の公表値を大幅に下回っているが，同じアジアのマレーシアに関する数値は，ほぼ同国の政府公表値のままになっている（第 4 節の表 7 を参照）。観光医療に関する各国の理解・定義はかなり違うので，こうした調整は必要であるが，調整の基準が明示されていなければ，その信頼性が損なわれる。

（２）フランス，スペイン，中国，イタリアなど世界上位の観光大国は，インバウンド医療観光客規模に関する推計データを公表していないためか，世界の医療観光目的地のトップ 30 リストに入っていない。ただし，医療観光は観光全体の中の 1 種類なので，医療観光客規模と観光客全規模の間に，ある程度の正相関関係があるはずであろう。この意味では，フランス，スペイン，中国，イタリアなど観光大国が受け入れている医療観光客の実際の規模はかなり大きいかもしれない。

表5 世界のTOP30 医療観光目的地国（2011）

| 順位 | 国（地域） | 所在地域 | 医療観光客規模（人） |
|----|---------|-----------|------------|
| 1 | マレーシア | アジア | 650,000 |
| 2 | アメリカ | 北米 | 500,000 |
| 3 | メキシコ | 北米 | 400,000 |
| 4 | ハンガリー | ヨーロッパ | 350,000 |
| 5 | 南アフリカ | アフリカ | 325,000 |
| 6 | ポーランド | ヨーロッパ | 300,000 |
| 7 | シンガポール | アジア | 250,000 |
| 8 | トルコ | ヨーロッパ・アジア | 200,000 |
| 9 | タイ | アジア | 175,000 |
| 10 | インド | アジア | 156,000 |
| 11 | ドイツ | 欧州 | 150,000 |
| 12 | 韓国 | アジア | 120,000 |
| 13 | ヨルダン | 中東 | 100,000 |
| 14 | 英国 | ヨーロッパ | 90,000 |
| 15 | UAE | 中東 | 75,000 |
| 16 | フィリピン | アジア | 70,000 |
| 17 | ルーマニア | ヨーロッパ | 60,000 |
| 18 | ベルギー | ヨーロッパ | 55,000 |
| 19 | 香港 | アジア | 50,000 |
| 20 | コスタリカ | 中南米 | 40,000 |
| 21 | スロベニア | ヨーロッパ | 33,000 |
| 22 | ブラジル | 中南米 | 30,000 |
| 22 | コロンビア | 中南米 | 30,000 |
| 22 | スイス | ヨーロッパ | 30,000 |
| 25 | リトアニア | ヨーロッパ | 25,000 |
| 26 | キューバ | 中南米 | 20,000 |
| 26 | 台湾 | アジア | 20,000 |
| 28 | イスラエル | 中東 | 15,000 |
| 29 | オーストラリア | オセアニア | 12,500 |
| 30 | チェコ | ヨーロッパ | 10,000 |
| 30 | モーリシャス | アフリカ | 10,000 |

（出所）Youngman（2012）

表5において、一部の国（地域）に対する過大評価または過小評価の問題が存在してい

るが、世界の主な医療観光国がアジア、欧州、北米、中南米に分布していることについては、異論が少ない。では、これらの地域はそれぞれどこからの医療観光客を受け入れているか。これについて、McKinsey & Company (Ehrbeck, Guevara, and Mango, 2008) は、独自の調査に基づいて国際医療観光の空間構造に関する推定結果を公表している (表 6)

表 6 世界の医療観光客の目的地・送出处構造 (単位: %)

| 目的地 出発地 | アジア | ヨーロッパ | 中南米 | 中東 | 北米 |
|------------|-----|-------|-----|----|----|
| アフリカ | 95 | 4 | 1 | - | - |
| アジア | 94 | 1 | - | - | 6 |
| ヨーロッパ | 39 | 10 | 5 | 13 | 33 |
| 中南米 | 1 | - | 12 | | 87 |
| 中東 | 32 | 8 | | 2 | 58 |
| 北米 | 45 | - | 26 | 2 | 27 |
| オセアニア | 99 | - | 1 | - | - |

(出所) Ehrbeck, Guevara, and Mango (2008) により作成

表 5 と比べ、表 6 におけるヨーロッパ地域全体のプレゼンスがかなり下がっていることに対して、アジアと北米の重要性がより突出しており、特にアジアは、オセアニア、アフリカ、アジア (地域内諸国)、北米、ヨーロッパからの医療観光客の第一目的地、中東客の第二目的地となっている。このような医療観光の空間構造把握に対して、一部の専門家は若干の疑問を持っているが (Youngman, 2012)、アジアが最重要な訪問目的地として世界の医療観光を牽引していることは、ほぼコンセンサスになっていると見られている。

4. アジアの国際医療観光の実態と成長要因

前節で概観したように、国際医療観光におけるアジアのプレゼンスが非常に高くなっている。本節では、アジアの医療観光産業の主役と見なされるマレーシア、シンガポール、タイ、インド、韓国など 5 カ国への考察を中心に、アジアの国際医療観光の実態と成長要因を分析する。

4.1 発展実態

表7は、主に上述5カ国の政府統計に基づいて作成されたもので、各国のインバウンド国際医療観光客の推移を示している。

表7 アジア5カ国のインバウンド医療観光客規模の推移（単位：人）

| 国 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| マレーシア | 232,162 | 296,687 | 341,288 | 374,063 | 400,000 | 392,965 | 578,403 |
| シンガポール | 374,000 | 410,000 | 571,000 | 646,000 | 665,380 | 765,000 | — |
| タイ | 1,250,000 | 1,450,000 | 1,370,000 | 1,200,000 | 1,500,000 | 1,500,000 | — |
| インド | 150,000 | — | — | 500,000 | — | 500,000 | — |
| 韓国 | — | — | 7,901 | 27,480 | 60,201 | 81,789 | 130,000 |

（出所）各国の医療観光推進機関のホームページおよび Youngman (2012) より作成

表7からは、次のことが読み取れる。

一つは、医療観光の発展歴史について、東南アジア3カ国が先行している。ただし、近年、南アジアのインドと東アジアの韓国も、目覚ましい躍進を見せている。

もう一つは、医療観光客規模について、5カ国の間に大きな差があり、東南アジアのタイ、マレーシア、シンガポールや南アジアのインドが韓国を大きく上回っている。

ただし、（基本的に各国の政府公表値に基づいて作成された）表7と（数値調整が加えられた）表5を比較してみればわかるように、表7における各国の医療観光客規模が明らかに表5の数値より大きい。その理由としては、主に次のことが挙げられる。

（1）各国の間に医療観光客の定義と統計対象の範囲が異なる。医療観光は、（手術を伴う）医療、手術を伴わない健診、美容・療養（健康増進）など3大タイプから構成されるが、アジア諸国で一番伸びているのは美容・療養の関連サービスだと見られている（本稿の参考文献に示されている各国の医療観光推進機関のホームページを参照）。これは、同様に医療観光産業が目覚ましく成長している中南米諸国と似ているが、先端医療サービスを売り物とする米・欧先進国および「費用が比較的安く、歯科など一般医療技術水準が高い」東欧の医療観光産業とはかなり異なる。このため、欧米先進国では、通常手術を伴う医療サービスを受ける目的の旅行者のみを医療観光客として統計しているが、アジア諸国

では、美容・療養目的の旅行者も医療観光客として統計されていると見られる。

(2) タイをはじめ、アジアの一部の国では、受診回数をベースに医療観光客数を集計しているとともに、病院で医薬品・保健用品を購入する外国人も、しばしば国際医療観光客として統計されているので、統計手法においても過大統計の傾向が存在している (Youngman, 2012)。

(3) 医療サービスを受けた国内在住の外国人 (永住者、労働者、学生、米軍基地の軍人など) は、ときどき外国人旅行者と間違われインバウンド医療観光客として統計されている。

(4) 投資家や医療観光客からの注目を集めるために、一部の国の政府主管機関や医療観光推進機関が自国の実績を故意に過大宣伝している。

以上から見られるように、表5と表7における数値の違いは、多くの要因によるものであるが、美容・療養 (健康増進) 関連サービスを特色とするアジアの医療観光産業の一面を反映しているとも言える。

4.2 医療観光客の来源地構成

若干過大評価されている表7に示されるデータに対して慎重に使う必要があるが、近年アジアの医療観光先進国を訪問する外国人客が大幅に増加していることは確かなことであろう。それは、これらの国における外国人客向けの高水準の医療観光施設の増加と規模拡大を見れば明らかである。ところで、こうした外国人客向けの医療施設・医療サービスの供給が拡大しているに対して、需要の増大はどこから発生しているのか。表6は、アジアが世界各地域からの医療観光客の重要訪問先となっていることを示しており、また、多くの医療観光広告ないし研究専門書では、大量の欧米人客が安い医療コストに惹かれインドや東南アジア諸国を訪問し、これら国のインバウンド医療観光客の主流を占めているかのように描かれている。果たしてこれはアジアの医療観光の実態を反映しているのか。

統計が整備されていないので、正確なデータに基づく厳密な判断はできないが、各国の関連調査や他の研究者の推定などの情報を総合的に分析すると、上述したイメージは実態とかなり離れていると言わざるを得ない。Youngman (2012) によると、アジアへの欧米医療観光客が増えているとはいえ、マレーシアとシンガポールでは、隣国インドネシア一からの医療観光客が全体の約6~7割、韓国では隣接する日中両国からの医療観光客が全体の6割前後を占めているⁱⁱ。また、タイでは、来源地が相対的に分散しているものの、アジア客が大多数を占めていると見られる。

一方、米・英・豪など英語圏先進国においてで多くの本国出身者が医師として活躍しているインドでは（Graham, 2004; Siskind, 2007）、先進国での留学・勤務経験者の帰国によって、国際水準の医療サービスを提供できる医療施設が増加しつつある。国際的に通用する高水準の医療人材、先進国の数分の一程度の低い医療コスト、英語を公用語とする言語環境を武器に、インドの医療観光産業が目覚ましく成長している（Herrick, 2007）。このため、インドの医療観光産業は、アジアの中で、最もグローバル的に展開されているのではないかと推測されている。しかし、こうしたイメージはやはり実態と若干離れている。表 8 は、信頼性の高いインド政府観光省（Ministry of Tourism）の 2010 年の調査データに基づいて作成され、同年インドを訪問した外国人医療観光客の国別構成を示している。

表 8 インドを訪問した外国人医療観光客の国別構成（2010 年、単位：人）

| | | | |
|---------|---------|----------|--------|
| 合計 | 156,000 | | |
| 英国 | 1,500 | アラブ首長国連邦 | 3,200 |
| アメリカ | 1,860 | アフガニスタン | 5,200 |
| カナダ | 970 | イラン | 3,000 |
| 中南米 | 190 | モルディブ | 36,700 |
| 英国以外の西欧 | 1,980 | バングラデシュ | 35,800 |
| 東欧 | 1,140 | スリランカ | 5,000 |
| アフリカ | 11,000 | ネパール | 1,350 |
| ケニア | 1,250 | インドネシア | 260 |
| ナイジェリア | 6,700 | マレーシア | 1,600 |
| タンザニア | 2,000 | シンガポール | 650 |
| 他の国 | 1,050 | 中国 | 120 |
| イラク | 7,000 | ジャパン | 170 |
| オマーン | 6,000 | オーストラリア | 330 |

（出所）Ministry of Tourism, Government of India（2011）、Youngman（2012）より作成

（注）インドのインバウンド医療観光客の規模について、同国の複数の官庁・団内異なる推定値をリリースしている。表 7 において、2010 年にインドが約 50 万人のインバウンド医療観光客を受け入れたと示されているが、複数回訪問した患者数の重複カウントや同伴者のカウントがあったかもしれない。

表 8 から見られるように、インドの場合、確かに医療観光客の送出地構成が比較的

様化しているが、周辺諸国（モルディブ、バングラデシュ、中東・西アフリカ）は依然として主な市場となっている。2010年にインドを訪問する15.6万人の医療観光客の内、欧米からの年間医療観光客数が約8,000人にとどまっている。さらにこの約8,000人の欧米諸国からの医療観光客の中でも、海外で永住しているインド系人がかなり高い割合を占めていると推測されている（Youngman, 2012）。

上述した医療観光客の地域構成を見ると、高所得の欧米諸国は、アジアの医療観光産業の貴重な市場であるが、インバウンド医療観光客の最重要なソース地域ではない。アジアの医療観光産業は、主にアジア地域内の需要に牽引されて成長したと言える。

4.3 成長要因

アジアの医療観光をリードしている諸国（マレーシア、シンガポール、タイ、韓国、インド）における医療観光産業の成長要因について、すでに若干の先行研究があったが、次のことが特に重要だと思われる。

（1）これらの国は、人口大国（インドネシアや中国）または高所得国（中東、オーストラリア、日本）と隣接する、という「地の利」を有する。これらの国とそれぞれの近隣諸国との間に、伝統的な文化（言語・宗教）・経済交流関係があるので、観光を含む人的交流は推進しやすい。

（2）これらの国における医療サービスは、先進国で留学・研修・勤務経験のあった高水準の医療専門人材や良好な医療施設に支えられ、コストが安いだけでなく、医療技術と医療サービス全体の水準もかなり高くなっている。これらの国の医療コストは、確かに多くの先進国より安いですが、周辺諸国と比べると高いほうである。したがって、その国際競争力は、手頃な医療費用と国際水準の医療サービスの双方によるものと言える。こうした医療環境は、高水準の医療サービスを受けたい周辺諸国（途上国）の医療観光者にとっても、医療費用の節約を求める先進国の中低所得層や保険の未加入者にとっても、かなり魅力的である。

（3）これらの国における医療観光産業は、官民一体のプロモーション体制のもとで実施されており（表9）、サービスの品質評価・認証を行っている国際関連協会（例えば、Joint Commission International, JCI）との連携や国際展示会やインターネットでのPRなどを通じて、自国の医療観光地としての国際知名度の上昇を効果的に促進している（Herrick, 2007）。特に、韓国は韓流（映画・ドラマ・アニメ・音楽など）ブームをうまく生かし、関係政府官庁・団体が連携して効果の高い観光PR活動を行っている。2005年には600万人の外国人

観光客が韓国を訪問したが、2012年には1,100万人を上回るようになった（韓国文化観光研究院ホームページ）。この2000年代半ばからの海外観光客の飛躍的な増加は、韓流Ⅱ期（2000年代半ば～後半：韓流深化期）と韓流Ⅲ期（2000年代後半～現在：韓流多様化期）の影響による部分が大きいと見られている。訪韓観光客全体の増加につれて、韓国の美容文化に影響され主に整形・美容目的で訪韓する医療観光客も急増するようになったのであるⁱⁱⁱ。

（4）これらの国では、自国の地理位置、自然資源、医療資源、社会文化資源を生かして、それぞれの医療観光の特色と発展目標を確立しつつある。例えば、シンガポールとインドは、それぞれ東南アジアと南アジアを代表する高度な医療サービスの中心地を目指している。タイは、アジアのSPA首都を目指していると同時に、性転換手術など一部の専門分野では、世界最高水準の医療技術と豊富な経験を有している。また、マレーシアと韓国は、整形・美容・健康増進分野の医療サービスにおいて高い国際評判を得ているとともに、知名度と国際医療連携ネットワークを生かして、収益性のより高い医療分野に進出している。

表9 アジア5カ国における医療観光のプロモーション推進機関

| 国 | 医療観光推進機関 | 設立年 |
|--------|---|--------------|
| マレーシア | Malaysia Healthcare Travel Council (MHTC) http://www.mhtc.org.my/en/index.aspx | 1998 |
| シンガポール | Singapore Medicine http://www.singaporemedicine.com/index.asp | 2003 |
| タイ | Health Travel Industry Research Society of Thailand (HTRIS) http://biz.prlog.org/HTRIS-Thailand/contact.html | 2009 |
| インド | Indian Medical Travel Association (IMTA) http://www.indianmedicaltravelassociation.com/ | 2010 |
| 韓国 | Korea International Medical Association (KIMA) (旧称： Council for Korea Medicine Overseas Promotion (CKMP)) http://www.koreahealthtour.co.kr/index.do | 2010 2007 |

（出所）著者作成

一方、これらの国が直面している課題も少なくない。例えば、国土面積が狭く、賃金水準が高い（アジア最高水準の）シンガポールは、医療コストの上昇や医療施設の空間不足・患者収容能力の限界などの問題を抱えている。これに対して、医療観光客向けの医療施設

の医療水準が高く医療コストが低いと評価されているインドの場合、社会全体の基盤施設はまだ未整備で、病院内外の総合サービスの質は低水準にとどまっているので、医療観光の総コストが最初の予算額を大幅に超えたという苦情が多いと報告されている(Youngman, 2012)。また、タイ、マレーシア、韓国の場合は、整形・美容・健康増進など分野の医療サービスを中心に医療観光を推進してきたが、ライバル同士の競争や中国など新しい市場参入者との競争に直面している。これらの国にとって、医療技術の向上によってより高品質・高付加価値の医療サービスを提供できるかどうか、今後の成長を左右すると見られている。

5. 結び：日本への示唆

本稿は、近年世界中から注目を集めている国際医療観光の動向を概観し、特にアジアの国際医療観光の実態と成長要因を考察した。主な考察結果は次のように要約できる。

(1) 国際観光全体が拡大しつつある中、国際医療観光も速いペースで伸びている。ただし、国際観光に関する統計基準はまだ定められておらず、医療観光を推進しようとする一部の国の公表数値は、実際にこれらの国を訪問した医療観光客（特に医療手術を受けたもの）の規模を過大評価していると思われる。

(2) 国際観光全体の主要目的地は、欧州、アジア、米州（主に北米）となっているが、国際医療観光の主要目的地は、アジア、欧州、北米、中南米となっている。これらの地域の中でも、アジアの躍進ぶりと国際市場におけるプレゼンスが最も目立っている。ただし、治療、健診、美容・健康増進といった3大医療サービスのうち、アジア諸国で一番伸びているのは美容・健康増進の関連サービスだと見られている。

(3) 目的地の医療技術水準が高いほど、その医療観光市場における影響力（魅力）が遠くまで及ぶと考えられる。アメリカのようなグローバルな医療研究・技術・サービス中心地（国）を訪問する医療観光客は、高い地域多様性を持っていると見られているが、アジアを訪ねる国際医療観光客のほとんどはアジア地域内の客で、特に国境が接する隣国からの訪問者が圧倒的に大きな割合を占めている。

(4) アジアの医療観光を牽引している主要5カ国（マレーシア、シンガポール、タイ、インド、韓国）は、人口大国または高所得国と隣接する「地の利」を有する。これらの国とそれぞれの近隣諸国との間に、伝統的な文化（言語・宗教）・経済交流関係があるので、観光を含む人的交流は推進しやすい。

(5) アジアの医療観光先進国における医療サービスは、先進国で留学・研修・勤務経験のあった高水準の医療専門人材や良好な医療施設に支えられ、コストが安いだけでなく、医療技術と医療サービス全体の水準もかなり高くなっている。その国際競争力は、手頃な医療費用と国際水準の医療サービスの双方によるものと言える。

(6) アジアの医療観光先進国において、医療観光産業は官民一体のプロモーション体制のもとで実施されており、自国の医療観光地としての国際知名度の上昇を効果的に促進している。それと同時に、これらの国では、自国の地理位置、自然資源、医療資源、社会文化資源を生かして、それぞれの医療観光の特色と発展目標を確立しつつある。

以上の考察結果は、日本にとっても多くの示唆を与えるものと思われる。日本政府が2010年に打ち出した新成長戦略においては、国際医療観光を、“国際医療交流（外国人患者の受入れ）”の項で取り上げ、7つの成長分野の一つと位置付けている（内閣府，2010）。その後、2011年1月から政府が医療滞在ビザを導入し、健診、治療、そして美容・健康増進の三大分野で外国人医療観光客の受け入れを積極的に取り組んでいる。しかし、2年以上たった現在、受入れ実績に関する統計は公表されていないが、それほど伸びていないと見られている。東日本大震災など突発事態による影響もあったが、諸外国の経験からみれば、日本の医療観光産業を推進するためには、次の課題を重視しなければならない。

- ① 医療観光産業の必要性への認識の共有化。現在の日本国内では、外国人医療観光客の受け入れについて、推進派の政府観光庁と慎重派の日本医師会が対立しているように見られている（日本医師会，2010）。こうした重要機関・団体間の認識の違いないし対立が解消できなければ、このままでは医療観光産業の成長が困難であろう。
- ② 特色分野と重点地域への集中。医療観光産業の将来性を重視すべきであるが、性急な推進と過大な期待は、失望と逆効果（利害関係のある団体からの反対・反発）を招く恐れがある。このため、全国各県で同時に推進するのではなく、まずは、交通の利便性があり、且つ外国人訪問客への対応経験や関連人材の多い大都市圏や地方圏の中心都市または国際観光都市において、一部の医療機関に特色のある外国人訪問客向け医療サービスをスタートさせた方が有効ではないか。とにかく、規模効果が求められているなか、特色の確立と重点医療観光地域の形成が必要である。
- ③ 国際医療観光業務を遂行できる各種専門人材の育成・確保。
- ④ 近隣諸国との関係改善。隣国同士間の緊張関係が続ければ、信頼関係が前提となる医療サービスの展開と医療観光産業の成長は不可能である。短期間内で、国レベルの

関係が修復しづらいなら、各種の人的交流ネットの構築が一層必要である。

長期的に考えると、日本は、世界に誇る医療技術と医療サービス、長寿大国としての健康保健文化、ものづくり大国としての高い医療保健製品開発能力、環境先進国としての優れた自然環境（温泉、森林、海、新鮮な空気）、など豊富な医療観光資源を有し、医療観光の高い成長ポテンシャルを持っていることは間違いない。しかし、こうしたポテンシャルを実現するためには、上述した課題への対応を重視しなければならない。特に、医療観光の推進をめぐって国内のコンセンサスがまだ得られていない現在、海外の医療観光先進国の経験と主要市場国におけるニーズをさらに考察・分析すると同時に、九州を含む国内各地の成長ポテンシャルと成長課題を正しく評価したうえで、特色のある医療観光推進戦略を検討することが重要である。これについては、今後の研究課題としたい。

参考文献

<日本語>

観光庁（2010）「医療観光の推進について」 <http://www.mlit.go.jp/common/000125458.pdf>

内閣府（2010）「新成長戦略」 <http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/sinseichou01.pdf>

日本医師会（2010）「国民皆保険の崩壊につながりかねない最近の諸問題について：混合診療の全面解禁と医療ツーリズム」，2010年6月9日（定例記者会見）

<英語>

Aoki, Mizuho, 2012, “Medical tourism — a boat to be on”, *Japan Times*. May 5, 2012

<http://www.japantimes.co.jp/news/2012/06/05/reference/medical-tourism-a-boat-to-be-on>

Arnold, Milstein and Mark Smith, 2006, “America's New Refugees — Seeking Affordable Surgery Offshore,” *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, No. 16, October 19, 2006.

Bookman, Milica Z. and Bookman, Karla R, 2007, *Medical Tourism in Developing Countries* , New York: Palgrave Macmillan.

Connell, J., 2011, *Medical Tourism*, CAB International, UK.

Ehrbeck, T, C. Guevara, and Paul D. Mango, 2008, “Mapping the market for medical travel,” *McKinsey Quarterly*, May 2008.

- Ernst, Dian M., 2006, "Medical Tourism: Why Americans Take Medical Vacations Abroad," Pacific Research Institute, Health Policy Prescriptions, Vol. 4, No. 9, September 2006.
- Graham T. McMahon, 2004, "Coming to America — International Medical Graduates in the United States," *New England Journal of Medicine*, Vol. 350, No. 24, June 10, 2004, pages 2,435-37.
- Herrick, Devon M., 2007, *Global Competition in Health Care*, National Center for Policy Analysis (NCPA) , Policy Report No. 304, November 2007.
- McKinsey & Company and the Confederation of Indian Industry (2005, 2007), cited in Laura Moser, "The Medical Tourist," Slate, December 6, 2005, and Bruce Stokes, "Bedside India," National Journal, May 5, 2007.
- Roth, Mark, 2006, "Surgery Abroad: an Option for Those with Minimal Health Coverage," *Pittsburgh Post-Gazette*, September 10, 2006
- Siskind, Greg, 2007, "U.S. Savior: Foreign Doctors," *USA Today*, July 31, 2007.
- Ministry of Tourism, Government of India (2011) , *Annual Report 2011-2012*.
- UNWTO, 2012, *UNWTO Tourism Highlights (2012 editions)*
<http://mkt.unwto.org/en/publication/unwto-tourism-highlights-2012-edition>
- Youngman, Ian, 2012, *Medical Tourism Facts and Figures 2012*, An independent report published by Ian Youngman.

<各国の医療観光推進機関に関するホームページアドレス>

マレーシア

Malaysia Healthcare Travel Council (MHTC)

<http://www.mhtc.org.my/en/index.aspx>

シンガポール

Singapore Medicine

<http://www.singaporemedicine.com/index.asp>

タイ

Health Travel Industry Research Society of Thailand (HTRIS)

<http://biz.prlog.org/HTRIS-Thailand/contact.html>

インド

Indian Medical Travel Association (IMTA)

<http://www.indianmedicaltravelassociation.com/>

韓国

Korea International Medical Association (KIMA)

(changed from Council for Korea Medicine Overseas Promotion (CKMP))

<http://www.koreahealthtour.co.kr/index.do>

韓国文化観光研究院

<http://stat.tour.go.kr>

注

i

医療観光客は、必ずしも医療観光ビザで入国するわけではないので、医療観光ビザを設けている国でも、正確な医療観光客規模を把握することは難しい。

ii

この推定では、在韓米軍及びその家族など韓国在住のアメリカ国籍の患者数は含まれていない。

iii

国際整形医学会 (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, ISAPS) によると、2010年の韓国では人口1,000人当たりの整形手術件数が16件にも達しており、人口当たり整形手術件数について、韓国は世界1位となっている。特に、ソウルに居住する韓国人女性の5人のうち1人が整形手術を受けたと報告されている (<http://www.isaps.org/>)。