

# 【話題】日本の医療ツーリズムHypeの可能性

佐々木 香 織

## 1 はじめに

2010年、民主党政権下における「新成長戦略」の一つとして「医療ツーリズム」推進が謳われた。それ以降、推進政策は続いている。端的に言えば、海外の富裕層に対して観光と医療サービスを提供することで、インバウンド市場に更なる弾みをつけようという経済政策である。財界と経済畑の研究者やアナリストの多くも、この政策を後押ししているようだ。この構想は薔薇色な未来に満ち溢れている。しかし筆者が長く居住した英国では、その功罪（特に負の側面）が市民生活に影を落としていた。この知見を活かせば、日本のこの状況に対し危惧がよぎる。医療ツーリズムハイプhype（長所に視野が絞られ過ぎて短所に目配りが届かず、その便益が誇大に評価される状態）に陥ってしまいか？と。

本稿は日本における医療ツーリズム推進言説がhypeである可能性について、筆者の体験を含めた話題提供として、その議論を試みる。まずは日本の医療ツーリズム推進言説を概観し、hypeに関りそうな点を特にレビューすることから始めたい。次に海外で展開している医療ツーリズムや医療の民営化の影響について、推進言説の特徴に引き寄せながら概説する。第三に、医療ツーリズムや民営化の影響とは実生活においていかなるものかを、筆者の英国滞在体験から説明する。最後に医療ツーリズムhypeの可能性を総括し、この話題提供の議論を締めくくりたい。

## 2 医療ツーリズム推進の言説

日本における2010年代の医療ツーリズム推進政策を支える言説は、4つの系統に収斂されるだろう。一つはインバウンド・訪日観光客の市場を拡大することによって、経済を成長させるという展望文脈に組み込まれたものである。訪日観光客の増加に伴う新たな雇用と需要の創出、消費の増大、外貨獲得といった経済効果を見込んだインバウンド戦略の一つに、医療ツーリズムを位置づけるものである(例えば、観光庁, 2010; 仁科2011)。すなわち医療を「観光資源」として捉えているのである。

第二の類型としては、医療の観光資源化という視座を持ちながら、既に医療ツーリズムを実現化しているアジア諸国(タイ, マレーシア, インド, 韓国など)をモデルとして日本への応用を推奨するものが挙げられる。具体的にはアジア諸国の医療ツーリズム政策, その経済効果, その成功例, その成功要因などを分析し, 日本も近似する政策を採用すべきと提案している(例えば, 柏木&廣岡2011; 水巻2011; 羽生2011; 池田2013)。そのような言説は, アジア諸国に「後れを取った日本」という危機意識をにじませつつ, 医療ツーリズム後発国の強みとして他と差別化を図ったサービスを目指すことで, 顧客獲得を目指すという論理が内包している。すなわち, アジア諸国の成功にキャッチ・アップし, 更にはそれを凌駕せよという言説である。

第三は, 日本各地における医療ツーリズムの事例紹介である。たいていは過疎が進む地方における経済活性化の一環として, 医療ツーリズム事業が展開していることを論じている(例えば, 堤2011; 中元2011; 坂田2012; 山本2015)。なかには, 単なる事例報告に留まらないものも含まれる。坂田(2012)を例にとってみよう。坂田の論考は, 現行の医療制度を既得権益や障壁として批判する傍ら, 鹿児島における医療ツーリズムの健闘ぶりを讃える構成で進められている。厚生労働省と日本医師会が国民皆保険制度による医療サービス体制に固執するあまり, 医療ツーリズムをはじめとした弾力ある病院経営が阻害されている, という論旨となっている。現行の国民皆保険制度批判に先鞭をつける

言説とも考えられるだろう。

第四の言説類型とは、上記の医療制度批判を深化させながら、医療ツーリズムによる病院の収益改善に焦点をあてたものである。外国人向けの医療ツーリズムは、国民皆保険制度に基づいた診療行為とは異なり、価格を個々の医師や医院の裁量に任せてよい「自由診療」の形で医療サービスが提供される。すなわち、国民健康保険下よりも検査や診療行為から得られる利鞘が増える類の医療行為なのである。そこで医療ツーリズムでの診療を増やせば、病院の収益改善に寄与するという理由で、その推進が奨められている（例えば、羽生2011；岡部2014）。さらに岡部（2014）の論考では、医療ツーリズムに加え、自国民に対する混合診療や自由診療の推進、そして医療の株式会社経営を含めた医療の民営化の推進を提唱している。ここに医療ツーリズムを起点として、医療の民営化推進という言説の展開も垣間見える。

## 2. 2 小括

これらの言説的な類型のうち、hypeの可能性を考慮する上で重要な点をまとめていきたい。

まず医療ツーリズム推進においては、日本がアジア諸国から後れを取った点を指摘しながら「アジア諸国に追いつき・追い越せ」という言説が散見したことである。明治以来、日本においては「欧米に追いつき・追い越せ」という言説が、学術論文からメディア表象に至るまで非常に大きな力を持ってきた。いわゆる「脱亜入欧」モデルである。したがって医療ツーリズムに限って言えば、パラダイム・シフトが起きていると言えよう。もっとも「脱亜入欧」を国是で実践してきた日本が、医療ツーリズムにおいては今まで恐らくは格下に見ていたアジア諸国に後塵を拝することへの焦りが、この言説的転換の原動力になっているかもしれない。

第二に、この「アジア諸国に追いつき・追い越せ」言説においては、アジア諸国と日本における医療制度や医療における文化・社会的な文脈との差異について、殆ど注意が払われない特徴を持つ。かつての「欧米に追いつけ」の言説

においては、殆どの場合が日本と欧米との文化や制度の差異が多少なりとも考察され、日本的な適用が模索されていた感がある。ところが、アジア諸国における医療ツーリズムに対しては、同様の議論は余りなされないようである。医療制度、社会構造そして文化的背景を比較考察しない危うさはないだろうか。

第三に医療を「観光資源」と捉えるあまり、医療が国民に対する公共サービスである側面を捨象している点である。インバウンドに伴う旅館やホテルの需要や外国人観光客が立ち寄る百貨店や土産物店の増大は、国民生活に限定的な影響しかもたらさない。他方、医療サービスは居住する国民の健康と生活に直結する。なぜなら医療サービスの需給バランスが崩れると、国民の健康や生命といった生存権にかかわる問題になるからである。しかも看護師などの医療スタッフやMRIなどの医療機器を含めた医療資源の分配には、人員や物品を補充しやすい他のサービス業と異なり、一定の制限もある。この観点から見れば、一つの疑問が生じる。医療ツーリズムの需要が増大すれば、国民の医療サービス供給へ影響は生じるのではないかと。

そこで次項では、これらの疑問に答えるべく既に医療ツーリズムが展開している国々における社会的影響の分析をレビューする。

### 3. 医療ツーリズムのインパクト—経済効果の影で

タイやインドといったアジア諸国の一部と英国やスイスといった欧米諸国の一部においては、医療ツーリズムが既に発展を遂げている。主に欧米諸国の患者が安価で快適な医療サービスをアジア諸国に求める一方、アジア・中東諸国の患者は自国の医療よりも信頼できる欧米での医療受診を求めて、医療ツーリズム需要と市場が増大してきたものである (Khan et al, 2017)。その文脈を念頭に、医療ツーリズムの影響を経済効果以外の側面から考察していこう。

まずタイやインドなどのアジア諸国においては、医療ツーリズム需要が伸びることにより、私企業が経営する民営の医療施設が増加してきた。それに伴い、医師や看護師や放射線技師などの医療従業者が、給与や待遇が良いこともあり、

公的な医療サービス（日本で言えば、国民健康保険下の診療）を提供する医院から民営の医療機関へ転職するようになった（例えば、Connell 2011；Chen & Flood 2013）。この民営医療施設へ転職した医療従事者たちこそ、日本の政策立案者と識者が推奨するアジアの医療ツーリズムを支えてきたのである。しかしながら、この転職動向は一他の要因との相乗効果もあって一公的医療サービスを提供する医療スタッフの欠乏に拍車をかけてしまったのである。例えばインドでは公的医療サービスにおいて「医師が60万人、看護師が20万人不足」（Hazarika, 2010；249）する傍ら、外国人に対する医療ツーリズムサービスが供給されている。

その結果、「倫理問題」がやがて生じるようになった（例えば、Hall, 2011；Wahed, 2015）。医療ツーリズムに訪れる海外の患者に対して最高の医療を提供する一方で、国民の医療アクセスの機会が奪われ国民の健康が蝕まれる傾向に陥っていくことは、倫理的に許容されるのか？と。つまりは、国民の生存権と生命に関わる倫理問題へ発展し、医療が単なる観光資源だけでは済まされないことが明らかとなったのである。

更にこの問題には、発展途上国と先進国の社会文脈の差を考慮に入れる必要があるだろう。タイ駐在経験のある山下（2012）の指摘が、その点をよく示している。山下によれば、発展途上国のタイにおいて医療ツーリズムが発展したのは、経済格差が著しく、生命の取り扱いを含めた全てのサービス需給に関する格差が国民に受容されやすかったからだという。他方、人権や平等を重んじる先進国の一つである日本においては、その様な医療格差は受容しがたいものだとして山下は主張する。この理解に基づき山下は、日本の優れた医療機器を含めた医療技術を、タイなどの諸外国へ輸出する経済政策を推奨している。機器などの輸出となれば、日本の医療サービスに格差を設けることなく、医療分野の海外展開が可能だからである。すなわち、上記の「倫理問題」が先進国で生じた場合、そのインパクトは発展途上国の比ではないかもしれない懸念があると言えよう。

第二に、異文化間衝突というべき問題が医療ツーリズムには伴う（例えば、

Whittaker & Chee, 2015)。それらは大きく三点に分類される。第一にタイなどのアジア地域の人びと（特に女性）は、他者との衝突を避け融和を重んじるという「オリエンタリスト」が構築してきた「文化」理解に起因してか、はたまた医療サービスを購買している側面が強く患者に認識されるせいか、患者に無理難題をふっかけられたり、「暴言を吐かれたり」しやすい点である（Whittaker & Chee, 2015 ; 294-5)。つまりアジア諸国の医療ツーリズムにおいては、いわゆる「モンスター・ペイシエント」を抱え易いのである。第二に「英語が十分ではない」というクレームに対して、看護師たちが苦慮する問題がある（Whittaker & Chee, 2015 ; 293)。第三に、中東などの男女の地位格差が一般化した地域出身の男性患者が、彼らのもつ女性観ゆえに「女性医療従事者」に対して不適切な「行動をとる問題」である（Whittaker & Chee, 2015:295)。

第三に欧州、特に英国における医療ツーリズムと医療の民営化政策の影響を見てみよう。全額自己負担、いわゆる自由診療である外国人患者の受け入れに関しては、病院の財政再建手段と赤字補填として期待が寄せられている（Lunt et al, 2015)。英国における自由診療のうち25%が外国人患者、すなわち医療ツーリズムの顧客である（Hanefeld et al, 2013)。医療の民営化という視座から見れば、自由診療の利用者のうち75%が自国民を占めるほど国内需要が伸びたことにもなる。また外国より医療ツーリズムを受け入れる一方で、英国患者が国民健康保険下では、適当な医療サービスが受けられず、かつ国内の自由診療は高価なため、安価な自由診療を享受できる海外へ医療ツーリズムに出ていくようになった状況も見逃せない。2010年に英国においては、「5万2千人の外国人患者」を受け入れ「6万3千人の英国居住の患者を海外に」送り出している（2013: 1)。つまり、ある種の医療難民が発生しているのである。

第四に自由診療が増大することにより、医師の就労状況や医療サービスに対する態度に変化がみられる。民営化の第一段階が進められた1990年代においては、医師たちは経験を積むにつれ、いわゆる国民健康保険下の病院に勤務しながら、自分自身も自由診療クリニックを開設するか自由診療の医療施設でも

勤務するようになっていった (Humphrey & Russell, 2004:1242-1244)。医師たちが多額の報酬を自由診療で得られるような点についても、巷間では「欲張り」と非難されていたが、医師自身は当然の報酬や対価と捉えるようになっていった(2004:1242)。また医師たちが国民健康保険で診察する時間を減じさせ、自由診療に携わるようになった結果、国民健康保険下の「医療サービスの待機患者増大の片棒を担っている点の一部の医師たちは認識している」ものの、こうした認識がある医師でさえ、国民健康保険下「の診察に熱心に取り組んでおり…待機リストを減らすようできる限り努めていると反駁」し (:1247)、自由診療と待機期間の増加の相関関係を否定していた。すなわち事実関係はどうかであれ、医師たちの間には、自らの自由診療勤務増加は、国民健康保険下の待機患者の増大に関連していないという見解をもつ傾向がみられたのである。このような医師の思考の変化は、患者の健康と生命を第一義とすべき医師という職業におけるモラル・ハザードの兆しがあると言えるかもしれない。

2010年代、更なる変化が進行している。なぜなら、英国に医療の民営化政策が第二段階へ進んでいったからである。端的に言えば、国民健康保険下にあった公的な病院経営に関しても、政策的に民営化の波が押し寄せた影響である。例えば、公的医療サービスを担う民営化した医院に勤務する医師たちの間に、民営の施設運営に対する戸惑いや「懸念」が生じ始めている (Waring & Bishop, 2012:177-8)。また隣国のアイルランドでも同様な動きがある。医療の民営化に伴い公共サービスとしての医療の機能が失われ、また安い労働力である外国人医療従事者の数も増大し、医療受診やサービスに格差が広がりつつある懸念があるのである (Stan, 2015)。

以上を整理してみると、医療ツーリズムとそれに伴う医療の民営化の効果として、4つの課題が生じたと言えよう。第一に医療ツーリズムの現場においては、外国人患者との文化的な摩擦という障壁が存在する。第二に医療の公的サービスという側面が、徐々に溶解して商業サービス業へ転じつつある点である。これには二段階ある。第一段階として、医療従事者が医療ツーリズムを展開する民営化医院に移動することにより、国民健康保険制度下で運営される病

院の人員が不足し、公的医療サービスの水準が低下する現象だ。第二段階では、国民健康保険下のサービスが低下することにより、自国民も自由診療を用いるようになったり、医療ツーリズムに海外に渡航するようになったりする現象である。その結果として第三の課題とは、国民の生存権というべき倫理問題が生じていることである。第四に、医療の民営化により病院が担ってきた社会的機能の変容することにより、医療従事者の士気やモラルが変容してきたことが挙げられる。この点は現段階では未知数であり、具体的なインパクトが判明するのは先のことであろう。

では一般市民にとって、このような変化はどのような意味を持つのであろうか。

#### 4 英国生活と医療—国民健康保険下の医療と民営化の医療の併存の帰結

前項で示したように、国民健康保険と自由診療が併存するならば、英国では家計に余裕のある国民は自由診療を利用し、所得の低い国民だけが公的サービスを利用していると推測されうる。それは多くの発展途上国やオバマケア以前の米国と近似した制度だと言えよう。したがって、英国は国民皆保険を謳うことは不可能になるはずである。しかし英国は国民皆保険制度を堅持していると認められている。では国民皆保険制度下で公営と民営が併存する医療システムで生活するとは、いかなるものであろうか。

この状況を理解するためには、まず国民皆保険の下に「かかりつけ医」制度があること、それにより国民に一定の医療アクセス制限をかけていることを理解する必要があるだろう。英国居住者は自分が登録した国民皆保険制度の下で運営されている診療所の「家庭医」と呼ばれる「かかりつけ医」を各自が持つようになる。このかかりつけ医の診療所に予約を取り、そこで診察を受けることから、英国では医療アクセスが原則として始まる。もっとも2010年代の民営化政策に伴い、オプションとして自由診療の家庭医の利用も可能となってきたが、あくまで補助・追加的な選択肢として位置づけられている。なお緊急の場合は国民健康保険下の救急サービスを利用でき、一定の自由アクセスが



保証されている。このような運営をしているため、国民皆保険制度と呼ばれている。

英国においては、病気や怪我の際、家庭医という全領域の診察する医師の診察を最初に受けるのが一般的である。家庭医が診察の中で自身の範疇を超えると判断した場合にのみ、より高度な施設のある病院での検査や専門医への紹介等が手配される。その際には「自由診療」における検査や専門医を患者は申請できるが、多くは国民健康保険下のサービスに留まっているのが現状である。自由診療とは、言うまでもなく全額自己負担で治療費の価格が統制されていないものであるため、診療にかかる代金は高額となる。例えば、MRI検査を受けると£500-750（およそ¥5,000-115,000）ほど請求される（日本における規定の診療報酬では1万6千円ほどで、自己負担が3割の場合4千8百円の支払いとなる）。しかし英国では、自由診療を利用するメリットがある。直ぐに医療サービスが提供されるため国民健康保険下では一般化している1-6ヶ月待ちを回避でき、教授クラスのベテラン医師の診察を享受できるからである。

一般的に国民健康保険下にある、かかりつけ医へ予約する場合は半日から2週間待ちとなる。すなわち、具合が悪くても一両日中に診てもらえるとは限らない。そこで日本ならば近場のクリニックで済ませているような、緊急ではあるが軽度の疾病・外傷であっても、家庭医の予約が取れないため、救急施設に行かねばならないことも発生する。そのせいもあってか、救急には患者が溢れかえっており「野戦病院さながら」と称されていた。しかも救急は長時間待ちであり、酷い場合には24-48時間も待たされるという状況であった。なお筆者はオプションである自由診療の家庭医サービスも利用したが、常に数時間から一両日のうちに予約が取れるため、高額だが便利なサービスであった。

では家庭医の診察を受け、詳しい検査や専門医が必要な場合はどうなるのであろうか？国民健康保険下の診療では、ほとんどの場合は待機期間が2-6か月に及ぶ。検査が実施されたとしても、更なる病院での検査や専門医の診察に1-5か月も待たされることもある。例えば癌の確定診断のための検査であっても、半年から1年以上も待たされる患者がいるのだ。

次に専門医や検査施設が揃う病院の運営を見てみよう。筆者が勤務していた国民保険下にある病院ではjunior doctorsと呼ばれる若手医師が診察の中心戦力であり、中堅からベテラン医師は前者の指導と重篤の患者の診察のみという場合が多かった。なぜなら経験豊富な専門医の多くは、週に1度か2度ほど国民健康保険診療をすることにより、残りの3-4日は民営クリニックでの自由診療を展開する許可が下りるからである。そのような医師たちは、国民健康保険下にある病院勤務と自由診療のクリニックへの自らの貢献度を、たいていは個々人の裁量で決めていた。国民健康保険を専らにする医師もいれば、自由診療に重きをおく医師もいるわけである。個々の医師の自由診療の多寡はあるにしろ、医師という人材が全体として自由診療に流れるため、前項で議論したように国民健康保険下で勤務できる医師の絶対量—しかも中堅からベテラン—が不足するのは当然と言えるだろう。

なお病院における看護師不足に伴う問題も深刻であった。日本と同様に絶対量が足りないばかりか、待遇が悪い公的医療施設では、外国からリクルートして来た発展途上国や東欧出身の看護師に頼らざるをえなくなっていたからだ。英語が母語ではない看護師が増えるにつれ、看護師と患者の間ばかりでなく、医師や薬剤師との間にも意思疎通に問題が多発し、筆者の勤務していた病院においても、頻繁に外国人看護師の英語コミュニケーション問題が議論の遡上にのぼっていた。すなわち、前項で触れた「言語問題」が国内の病院で顕在化するようになっていたのである。

他方、家庭医が自由診療の病院を手配する場合、その状況は一転する。2週間もしないうちに、患者は居心地の良い自由診療の医院において、教授クラスのベテラン医師の受診を享受できるからだ。検査も手術も、希望する日程に調整される。更に入院ともなれば、快適な個室で食事も国民健康保険より質の良いものが供給される。但し病状が急変した場合は、国民健康保険下の救急施設に転送されることが多い。なぜなら公的運営の病院には必ず救急施設もあるが、自由診療ではそれが保証されていないからである。(しかしながら2010年代の医療民営化の一環で、民営の救急施設も都市部を中心に徐々に増加しているた

め、民営の救急へ転送されることもある)したがって、自由診療の病院と国民健康保険下の病院の差異といえば、待機時間の短さ、医師のレベルの高さ、施設や食事の快適さ、そして救急設備があるとは限らない、という4点に集約されるだろう。

このように英国においては、医療格差が厳然と存在する日常がある。英国は階級社会でもあるため、このような格差も受容されやすいのかもしれない。それでも医療政策は与野党ともにその是非を問い、常に新聞やニュースでも医療が話題となっている。先進国においては医療が公共サービスでもある以上、医療の人的・物的資源の分配は重要な政策課題になるのであろう。

前項の議論と統合して考察をすれば、このような医療格差が英国で生じた原因の一つに、医療ツーリズムと自由診療化を含めた医療サービス民営化を挙げることができる。なぜなら、医療の公的サービスの側面が後退し、商業的側面が前面出るからこそ、生じた格差だからである。すなわち、公的サービスである国民健康保険下では適切な医療が保証されなくなる一方、商業的サービスである自由診療においては十分な医療が受けられるようになる体制になったのである。その帰結として、大多数の国民の生存権がある意味で揺らいでしまう状況に陥っているのである。更にその狭間で、国内の自由診療よりは安価な海外への医療ツーリズムを利用する患者も出てきている。

そこで筆者としては、英国における医療ツーリズムと民営化の推進政策のこのような結果は、他国をモデルとして日本への適用・応用を考慮する際に、他山の石となりはしまいか、という論点を提起したいと考えている。

## 5 総括—医療ツーリズム推進hype

日本における医療ツーリズム推進言説には、はたしてhypeと言えるのだろうか。その可能性は高いと言わざるをえないだろう。

本稿で議論してきたように、推進言説には特徴的な傾向があった。第一に医療を観光資源として捉え、インバウンドの総量を増やして経済効果を狙うだけ

なく、外国人患者に対する自由診療の報酬により医院の収益改善の切り札に位置付けるものである。第二に医療ツーリズムを契機として、現行の国民皆保険制度を障壁と批判し、自由診療を含めた医療の民営化を謳い、病院経営の効率化を称揚する視座である。第三にアジア諸国の医療ツーリズムに「追いつき追い越せ」という「バスに乗り遅れるな」的な発想である。これら全てに言えることは、医療を経済面で捉えた利点に集中している点である。すなわち医療全体への影響、ひいては社会的インパクトを視野にいれていない。だからこそhypeの危険性を指摘したのである。

そこで本稿は、アジア諸国と英国における医療ツーリズムと民営化の影響を議論した。すると負の影響が多方面に及ぶことが判明する。医療ツーリズムだけでも、文化的衝突という厄介な課題を抱え、外国人患者を受け入れる医療機関は時間と労力を割かねばならなくなっていた。医療全体へのインパクトに目を移せば、外国人患者への医療サービスが充実する一方で、国民への医療サービス分配への人的が欠乏する事態を招いていた。その結果、外国人を治療して外貨を得るために、国民の健康と医療をおざなりしてよいのか、という「倫理的課題」に直面するようになっていたのである。更に医療の民営化が医療ツーリズムの展開に伴い進んでいくと、国民健康保険制度下の医療サービスの機能が衰えるばかりか、医師の間にある種のモラル・ハザード的な考えの兆候、そして彼らの民営の医療行為に対する戸惑いも散見するようになってきたのである。ここに負の影響を考慮する必要性が垣間見えてくる。

だからこそ、このような負の影響が個人の生活に及ぶ点を、筆者の英国滞在の体験と見聞から説明を試みたのである。自由診療を選べる財政的余裕があれば、医療不安を抱えることが無いことは明らかであった。しかし国民健康保険下のみで医療を受けようとするれば、患者の健康と生存権を脅かす可能性が高い。なぜなら、診断を下すための検査にさえ長い待機期間があり、診察においても非熟練医師が担う役割が大きすぎており、更に治療の開始にもかなりの待機時間を要する事態を招いているからだ。つまりは、患者が必要とする医療が適当に供給されない傾向が高まりつつあるのである。

したがって、医療ツーリズムとそれに伴う医療民営化を推進する言説が展望する未来は、あまりにも楽観的で正の効果にしか焦点をあてていない—即ちhype—であることは明らかではないだろうか？確かに医療ツーリズムやそれに伴う自由診療の展開や医療の民営化にはそれなりの経済効果があるだろう。しかしながら、推進言説が唱導するインバウンドの増大と病院経営の向上だけに、その波及効果は留まらない。まずは文化摩擦を伴う。格差の少ない現行の医療体制から「地獄の沙汰も金次第」とも言われかねない医療格差を招くことは、諸外国において実証済みである。更に、医師の間にあるモラル・ハザードの兆候と民営化に伴う自身の職務への戸惑いもが派生することも、忘れてはならないだろう。したがって医療ツーリズムや医療民営化推進においては「国民の健康や生存権、ならびに医師の社会的役割や道義的責任の変容、という二つの命題を賭けるだけの価値はあるのか」という問いが重要な意味を持つという指摘をもって、この話題提供の結語としたい。

### 参考文献

[英文]

- Chen, Y.Y. Brandon and Colleen M. Flood (2013) Medical Tourism's Impact on Health Care Equity and Access in Low- and Middle-Income Countries: Making the Case for Regulation. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Spring, 286-300.
- Connell, John (2011) A new inequality? Privatisation, Urban Bias, Migration and Medical Tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 260-271.
- Hall, C. Michael (2011) Health and Medical Tourism: a Kill or Cure for Global Public Health?. *Tourism Review*, 66 (1/2), 4-15.
- Hanefeld, Johanna et al. (2013) Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS?. *Plos One*, 8 (10), e70406 [Online] <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070406> [Retrieved, 29 November 2017]
- Hazarika, Indrajit (2010) Medical Tourism: its Potential Impact on the Health Workforce and Health Systems in India. *Health Policy and Planning*, 25, 248-251.
- Humphrey and Russell (2004) Motivation and Values of Hospital Consultants in South-east England who Work in the National Health Service and Do Private Practice. *Social Science & Medicine*, 59, 1241-1250.

- Khan, Mohammad J. et al (2017) Role of Travel Motivations, Perceived Risks and Travel Constraints on Destination Image and Visit Intention in Medical Tourism: Theoretical Model. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 17(1), 11-17.
- Lunt et al (2015) International Patients within the NHS: A Case of Public Sector Entrepreneurialism. *Social Science & Medicine*, 124, 338-345.
- Stan, Sabina (2015) Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe. *Social Science & Medicine*, 124, 346-355.
- Wahed, Hanis (2015) Ethical and Legal Issues in Medical Tourism. *IIUM Law Journal*, 23 (2), 227-245
- Whittaker, Andrea and Heng Leng Chee (2015) Perceptions of an 'International Hospital' in Thailand by Medical Travel Patients: Cross-cultural Tensions in a Transnational Space. *Social Science & Medicine*, 124, 290-297
- Waring, Justin and Simon Bishop (2012) Going private: Clinicians' Experience of Working in UK Independent Sector Treatment Centres. *Health Policy*, 104,172-178
- [日本語]
- 池田信太郎 (2013) 「医療ツーリズム勃興 取り残される日本」『日経ビジネス』10/7号, 140頁.
- 岡部陽二 (2014) 「株式会社化は医療の活性化をもたらす～諸外国の例にならう～」『月刊保険診療』69 (1), 47-51.
- 柏木隆久 廣岡知 (2011) 「医療観光の展望～観光行政からの視点～」水卷中正 (編著) 『医療ツーリズム～大震災でどうなる日本式成長モデル～』医薬ジャーナル社, 36-46頁.
- 観光庁 (2010) 平成22年版 観光白書 [Online] [http://www.wp.mlit.go.jp/hakusyo/syoListDetailAction.do?syocd=npcc201101&dtaiflg=M&first\\_page=3&t22\\_id=&searchFlg=off&ass\\_flag=true&seldspnm=&syoclsd=all&docclsd=all&keyw1=&keyw2=&keyw3=&keyw4=&operator1=AND&operator2=AND&operator3=AND&SYOname=&gengo\\_from=Y&nendo\\_from=&gengo\\_to=Y&nendo\\_to=&dispcount=10&cur\\_page=1&highlight\\_search\\_flag=off&newkeyw=](http://www.wp.mlit.go.jp/hakusyo/syoListDetailAction.do?syocd=npcc201101&dtaiflg=M&first_page=3&t22_id=&searchFlg=off&ass_flag=true&seldspnm=&syoclsd=all&docclsd=all&keyw1=&keyw2=&keyw3=&keyw4=&operator1=AND&operator2=AND&operator3=AND&SYOname=&gengo_from=Y&nendo_from=&gengo_to=Y&nendo_to=&dispcount=10&cur_page=1&highlight_search_flag=off&newkeyw=) [2017年11月20日]
- 坂田亮太郎 (2012) 「薩摩の異端児, アジアに挑む」『日経ビジネス』8月6・13日号, 94-7頁.
- 堤治 (2011) 「生殖医療を中心とした山王病院の取り組み」水卷中正 (編著) 『医療ツーリズム～大震災でどうなる日本式成長モデル～』医薬ジャーナル社, 72-84頁.
- 中元隆明 (2011) 「観光医療への取り組みと課題」水卷中正 (編著) 『医療ツーリズム～大震災でどうなる日本式成長モデル～』医薬ジャーナル社, 85-91頁.

- 仁科幸一（2011）「インバウンド医療観光成立の条件—日本で医療観光を立ち上げるための支援策のあり方」『みずほ情報研究所 2011年の調査・研究レポート』 [Online] [https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2011/mhir01\\_inbound.html](https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2011/mhir01_inbound.html) [2017年11月20日]
- 羽生正宗（2011）『医療ツーリズム～アジア諸国の状況と日本絵の導入可能性』慶応義塾大学出版会.
- 水卷中正（2011）「国際医療貢献と新成長戦略の課題」水卷中正（編著）『医療ツーリズム～大震災でどうなる日本式成長モデル～』 医薬ジャーナル社, 10-15頁.
- 山下護（2012）「タイの医療ツーリズムの実態と国際医療交流の進め：富裕層を呼び込みより治療技術輸出を」『日経ヘルスケア』 5月号, 58-62頁.
- 山本竜隆（2015）「日本における統合医療の臨床実践モデル：田舎における統合医療のかたち：地域医療とヘルスツーリズムの両輪で行う統合医療」『日本統合医療学会誌』 8(1), 118-123