第2回 医療インバウンドの適切な推進の在り方に関する検討会
議事要旨

1. 日 時 2024年2月4日（火） 10:00～12:00
2. 場 所 ハイブリッド（経済産業省会議室、Teams）
3. 出席者

【委員】（敬称略・五十音順、○は座長）

相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会 会長
国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野医療通訳・国際医療マネジメント分
野
岡村 世里奈	准教授
渋谷 健司	一般社団法人 Medical Excellence JAPAN（MEJ） 理事長
○田倉 智之	日本大学医学部社会医学系医療管理学分野 主任教授
（東京大学大学院医学研究科医療経済政策学兼務）
山田 紀子	一般社団法人国際メディカル・コーディネート事業者協会 代表理事

【ゲストスピーカー】

原茂 順一	聖路加国際大学・聖路加国際病院 病院事務部 患者サービス課 国際係 マネー
ジャー |
|-------|--|

【オブザーバー】

内閣官房	健康・医療戦略室
外務省	領事局 外国人課
厚生労働省	医政局総務課 医療国際展開推進室
観光庁	観光地域振興部 観光資源課 新コンテンツ開発推進室

4. 議事

【今後の日本の医療インバウンドのあり方について】

- ▶ 日本の公的医療保険制度を継続するために、医療インバウンドが必要になっている。これまで
は患者が増えることを前提に医療機器等に投資をしてきたが、現在は絶対数が減り、稼働率が
落ち、赤字を生んでいる。さらに、診療報酬点数が抑えられる傾向であるためより赤字が増え
る。病院が経済的に成り立たなくなり、少ない患者に対して必要な医療が提供できなくなるこ
とを防ぐために、国策として医療インバウンドを推進し、それをシステム化することが重要で
ある。医療機関やコーディネート事業が個々に対応するには限界があり、必要性や貢献度が分
かっても動かない。国の青写真、将来構想、ビジョンをしっかりと構築し、全体で共有する必要
があると思う。

- ▶ 公的医療制度に裨益するためのインバウンドというものが位置付けられたのは大きい。また、モデルとして、現地に支店を開設するのは一案と思う。MEVietnam 事業を通じて、日本にきたい患者は多く、インバウンドとアウトバウンドの一体化、アウトバウンドしてインバウンドに繋げる、ヒト・モノ・カネを整備して投資が回るようなシステムにするのが重要である。日本の医療を広めるには、医師も国外に出ないと患者が来ないと思う。
- ▶ 海外で医療インバウンドに取り組んでいる医療機関の多くはいわゆる株式会社立病院である。そのため、医療インバウンドビジネスにも参入しやすい。公的病院でも医療インバウンドに積極的に参入しているのは台湾や韓国等ぐらいで非常に限られている。そのため、日本において医療インバウンドを推進していくためには、タイなどの株式会社立の医療機関のモデルを真似するのではなく、日本の公的医療制度や医療機関の状況を踏まえた日本型のモデルを打ち出していく必要がある。例えば、医療インバウンドには医療サービスの提供だけではなく、渡航に関するアレンジや医療関連情報のやり取り、通訳手配、支払処理等様々な関連業務が発生する。海外の株式会社立病院ではこれらの関連業務もすべて内製化して行っているが、日本の医療機関がこれらの関連業務も行うというのは負担が大きい。そのため、日本型医療インバウンドにおいては、関連業務等はコーディネーター事業者に任せて医療機関は医療の提供に専念できるような形を作り上げていくのも一つの考え方であろう。もっとも、現時点では、コーディネーター事業者は玉石混合の状態であり、日本の医療機関が安心して任せられるような状況とはなっていない。そのため、日本においてコーディネーター事業者を積極的に活用する形を取るのであれば、まずはその前提として、コーディネーター事業者の質を担保する仕組みをしっかりと構築していく必要があるであろう。また最近では、医療目的で経営者ビザを取得して公的医療保険に加入し医療サービスを受けるケースなど、本来の医療インバウンドとは異なる形の医療インバウンドも登場してきているため、こうした問題にも対応していく必要がある。
 - ✓ 株式会社立の病院について、例えばインドでは、一定の割合は富裕層以外の患者を診ないといけない、ベッドも準備しないといけないという州がある。株式会社立でなくとも、このようなモデルは日本でも可能ではないだろうか。さらに、インドでは医療インバウンドが盛んであり、その理由は医療者同士の繋がりである。時間を要するが、ここが繋がると、強い連携と信頼関係が構築される。最後に偽装滞在については、インセンティブが無くなってしまったため、しっかりと対策を講じるべきと考える。
- ▶ 日本型について付け加えると、コーディネート手数料は手数料、医療費は医療費と明確に分かれている。いかに安く済ませるかという感覚が普通の患者は、手数料に含まれる本当は必要である入院中の通訳等を省いてしまい、結果として受入側にリスクが発生してしまう。患者が支払うべき項目がはっきりしているのが理想である。さらに、受け入れ当初はコーディネーターが必要だが、将来的には医療機関が自走できるようになるのが理想である。どんな国も進んで他国に患者を送り出すところはない。中国では何故日本に行かないといけないのかという会話が既に始まっている。そうなると、医療機関が自走し現地と渡航先の医療機関同士が繋がることで、患者が安心して受診できるようになるシステムが必要になる。

【推進対象について】

- ▶ 対象患者について、富裕層というキーワードは捨てた方がよいのではないだろうか。大きなタ

ターゲットであることに間違いはないが、例えばアメリカでは、自国で治療するよりタイの方が安いので、アメリカの保険会社とタイの病院が連携し、BtoB で医療インバウンドを実施している。すなわち、対象は富裕層ではない。ちなみに、BtoB の場合は、富裕層に拘らなくても安定的に患者を送ってもらうことによって一定の収入が確保できたり、また同一の相手から患者の送受が行われることによってコーディネーターや医療機関の負担が軽減したりするなど、いろいろメリットがある。

- ▶ また、公的医療保険制度への影響に関しては台湾や韓国でも議論されている。この点、韓国では医療インバウンドに携わる医療機関ならびにコーディネーター事業者に関して登録制度を導入しており、どの国から、何人、どの診療科で、受け入れているのかしっかりと把握できている。そして、その上で、法律で医療インバウンド患者は入院の一定以上の割合を占めてはならないと法律で定めることによって、医療インバウンドの推進によって国内医療に悪影響を与えないようにしている。この点、日本は医療インバウンドの患者の状況を把握するデータが何もない。また、標準治療以外の医療サービスを提供するいわゆるグレーゾーンの医療インバウンド患者も増えてきている昨今の状況を踏まえると、医療インバウンドの患者の状況を正確に把握する仕組みが必要と考える。
 - ✓ クリニックレベルの怪しい治療については、行政が規制してしまうと身動きが取れなくなり、全体的に衰退する可能性があるので、学会がコントロールするのが良いと思う。また、アメリカ人が日本に来るのだが、中間層でも保険のカバレッジが非常に厳しく、健診も無いとのことなので、必ずしも富裕層だけではなく、幅広くターゲットとすべきであると考ええる。
 - ✓ 聖路加病院には米軍からの患者が来るが、日本で手術させるモデルは上手くいくと思う。保険会社の特約において日本で医療を受けることができ、患者が多く来ている。また、再生医療と幹細胞治療等は嫌忌されているところだが、患者が多く、利益が上がっている。医療インバウンドが産業として、適切に成長するには、この領域に対する規制や枠組みが必要と考える。
 - ✓ 標準治療にバリューはあると思う。タイの医師曰く、日本の標準治療はタイより優れているとのことである。

【国内外でのプロモーションについて】

- ▶ 現地拠点にはPRの役割だけではなく、現地の医療レベルや医療内容を詳細に分析して、自国の医療インバウンドの強みがどこにあるのか明確にしていくという役割もある。なぜなら、医療インバウンドの中でも特に医療度の高い治療領域では具体的な治療法や術式、医師の経験や専門性といった非常に細かい部分で患者は渡航する国や医療機関を決定している。そのため、現地拠点が現地国の医療レベルや医療内容を詳細に分析して、日本の優れている点を具体的に示すことができれば、それだけの射たブランディングやマーケティング、PRを行うことが可能となる。
 - ✓ 情報発信、分析について、各国毎に異なる、且つ細かい情報発信が求められる。理想は、国が医療インバウンドを実施してよいと明確に示し、その先に各国毎にどう見せるかを検

証できればよいと思う。個社が実施しても手ごたえを感じないことがあり、且つそもそも細かい分析は不可能である。

- ✓ 公的医療保険制度への貢献について、日本の医療を支えるために推進のコンセンサスが必要となる。その背景に産業促進やビジネスの観点でマーケティングとかPRがあり、ニーズがある人に提供するためのビジネスモデルを構築することが重要と考える。他国は既にこれを始めている、且つ患者は費用対効果を決定要因にするので、医療機関も変わっていかないとならない。
- 様々な問題があるが、実際に推進していくとなると、一般的に世論はどう受け止めるのか。推進した結果、上手くいかない国民から批判され、本検討会も意味がなくなってしまう
 - ✓ これまで自由診療にはあまり関わってこなかったが、多くの医療機関から、医療インバウンドも厚生労働省が関わるべきと言われている。その声は無視できないし、国際展開推進室はアウトバウンドも担当しているため、アウトバウンドとインバウンドどちらも積極的に関わる必要があるという認識である
 - ✓ 医療は産業ではあるが、かなり公益性は高いため、ビジネスライクな議論は限界がある。基本、公益性の観点から国が制度設計し、学者が学会で議論するのが大前提と考える。そのような進め方であれば、批判は出ないのではないか。病院経営の観点では、儲かる・儲からないではなく、主訴に対して治療を施さないといけない。そして、経営となると、収益率が重要だが、外国人患者の方が高いからと言って日本人を劣後させると制度が成り立たない。前述の通り、日本人を優先し、一定の割合で医療インバウンドを受け入れるとすると、自助努力の範囲で医学会全体で調整していけると思う。また、医療機関への貢献という観点では、医師の教育に投資ができ、病院経営が盤石のなることで、日本人患者増と臨床試験増を達成できる。
 - ✓ 裨益するはずの所得層が反対しないように、成功例を見せて、地域で連携して、国も推進していけばよいと思う。
 - ✓ 以前講演した際にグレーゾーンに意識が行っていたが、丁寧に議論すれば解決できると思っている。また、今後患者が減るのは避けられない中で、医療レベルを維持するための施策としての医療インバウンドは医療のみならず、宿泊、通訳、食事等、付属するサービスが多く、地域にお金が落とされるので、雇用増等に繋がることも良い点である。一方で医療機関、地域の視点では、在留と訪日の緊急医療の方に危機意識が向いている。コストが掛かる分野だが、これをカバーする手立てがないので、医療インバウンドの利益を例えば通訳費に充てるとなると納得してもらえないのではないか。これが実現すると、治療を受けた患者に手厚い医療を提供でき、満足してもらえないのではないか。
 - ✓ 推進するための意義付け重要なので上手く発信してほしい。ただし、全ての医療機関が医療インバウンドを実施する必要はなく、実施したい医療機関だけでよいと思う。また、医療機関にとって医療インバウンドに様々な負担があるが、治療するのが大変な外国人患者が1人でも満足して帰ってもらったという成功体験だけでモチベーションが保たれる医療機関もある。
 - ✓ 経営面で、医療インバウンドを同じ施設で会計だけ分けて独立採算で受け入れるのは議論

がしやすいが、既存の病院で実施するのは限界があると思う。例えば、施設レベルで分けるべきかという議論も進めるべきと考える。

以上