

グローバル化下での社会システムの変容と再構築

—医療の産業化と社会保障の関係性に注目して—

堀 真奈美 教養学部人間環境学科社会環境課程教授

[プロジェクト報告]

Changes of Social Systems and their Reconstruction under Globalization: Focusing on the Relationship between Industrialization of Medicine and the Social Security System

Manami Hori

Professor, Department of Human Development- Human Welfare Environment, School of Humanities and Culture, Tokai University

Since health care markets are usually dictated by domestic and local policies, health care services in Japan are not so much affected by globalization at present. But in some countries, globalization has a great influence on their health care markets as medical tourism is becoming popular around the world. For example, some countries, especially developing ones, can attract customers from developed countries by offering high quality health care at a cost lower than in their home country. The Japanese government has recently acknowledged that health and medical care will certainly form a huge global market in the future. On the other hand, health care services have been under a constant pressure to reduce costs. This article discusses how the policy to advance health care markets and that for sustainable social health care insurance can be made compatible.

Accepted, Dec. 2, 2013

はじめに

グローバル化とは、交通・通信技術の発展を背景に、“ヒト、モノ、カネ”を中心とした人間のさまざまな営みが国境を超えて地球規模に拡大することをいう。この定義から考えると、医療はドメスティック、ローカルな政策に決定される要素が大きく、これまでグローバル化とは縁遠い存在と考えられてきた。

そもそも日本の場合、島国であるという地理的要件や言語の壁により、患者が医療のためにグローバルに自由自在に移動するという事は考えにくい。たとえば、救命救急や感染症等の急性期医療を受けるために日本から海外に行くという事は時間制約を考えてもありえないし、慢性疾患で長期療養が必要な場合は、居住地ないしは職場の近隣でなければ継続治療は困難であろう。また、国民皆保険により、全ての国民が原則公的医療保険に加入することができる状態で、医療費の私費負担をしてまで海外医療機関に受診しようという人は限られるだろう。

その逆も然りであり、そもそも地理的要件や言語の壁により外国人患者が医療目的で日本に大挙してやってくるという

ことは容易には想像しがたい。公的医療保険が適用されない外国人患者の場合は、原則全ての治療が自由診療になるため、医療費の負担も決して低いとはいえない。さらに、移動時間、交通費もかかるし、利用できるのは、ロシアや中国など近隣国の一定の富裕層に限られると思われる¹。

一方、医療サービスを提供する医師についても、国際援助活動や研究留学を例外として、海外により良い診療条件を求めて日本から医師が移動するというのは一般的ではない。また、外国人医師が日本により良い診療条件を求めて移動してくるということもほとんど聞かれない。そもそも、外国人医師が診療することができる法的環境は整備されていないし(医師の国家資格の相互承認が必要になる)、仮に認められたとしても日本語を話せない場合は、日本で診療を行うのは厳しいだろう²。つまり、“ヒト”の移動ということで考えるかぎり、患者、医療従事者何れにおいても頻発化はしておらず、日本の医療はグローバル化の影響を受けているとは少なくとも現時点ではいいがたい。

では、“モノ”はどうであろうか。医療機関で医療サービスを行うには、医師の技術とともに、医療用医薬品や医療機器(医療材料含む)が必要であるが、これらは、他の製造物と同じように一定の安全性や品質の国際基準をクリアしていれば物理的に国境を超えることは難しくはない。国際競争力がある一部の医薬品や医療機器は現在でも海外でも販売されて

いるが、内外価格差、認可の遅延などもあり国際競争力が高いとはいえない。どちらも業界全体としては輸入超過の状態が続いており、利益の多くはドメスティックに依存している（国内では診療報酬体系によって価格が決められている）。なお、技術については、無形であることから、“モノ”以上に、グローバルに移動することが容易であると考えられるが、実際に普及するかどうかは、その技術を身に付けた人材の流動化が前提となる。

最後に、“カネ”についても、マクロレベルでは、日本の保健医療支出の9割以上が公的支出（社会保険、税）であり、私的支出は少なく、海外からの資金が流入してきていることはない。ミクロレベルでは、医療機関の資金調達は、銀行や福祉医療機構からの借入れが中心で、外国資金が市場を通じて日本の病院経営に入ってくるということは今のところない³。なお、近年では、条件を満たせば、直接医療機関債（地域医療振興債）や社会医療法人債（社会医療法人のみ）を発行することも可能になっている。

以上のように、現時点では、グローバリゼーションの波により医療産業のあり方が変わるというほどの大きな影響を与えているという状態にはない。だが、後述するように、近年、医療分野を成長産業にしようという政策的な動きが出てくる中で、グローバリゼーションに注目が集まるようになってきている。では、成長産業化が進めば医療のグローバリゼーションは進むのであろうか。あるいは、逆に、グローバリゼーションを積極的に進めれば、日本の医療は成長産業となるのであろうか？

以上を素朴な問題意識とし、本稿では、医療の成長産業化とグローバリゼーションがどのように関係するのかを考察することにする。まず、近年の医療の成長産業化に関する政策的な動向を整理した上で、1) 医療の国際展開（医療ツーリズムなど）、2) 医療機器・医薬品業界の国際競争力の向上という視点からグローバリゼーションとの関係を検討しよう。

1. 国内における医療の成長産業化へ向けた動き

医療の成長産業化が、公に盛んに議論されるようになったのは、2000年代半ば以降であり、その歴史は浅い⁴。たとえば、経団連が2010年4月に発行した『成長戦略2010』では、過度な医療保険・介護保険に過度に依存する発想を転換することが重要であるとした上で、医療分野では、ICTを活用

して診療データの蓄積・分析を行うことや、革新的な医薬品・医療機器の研究開発の促進や規制改革等を通じて医療サービスを多様化していくとともに、医療サービス提供者による価格決定可能な診療領域を拡大する等の施策により、医療分野における国際競争力の強化を図るべきであると述べられている。ここでは、2020年までの目標として、「医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人」を掲げており、主な施策として、「日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進」や「医療・介護・関連産業のアジア等海外市場への展開促進」、「医療・介護サービスの基盤強化」などが挙げられている。

さらに、2010年6月に公開された経済産業省の『医療産業研究会報告書』では、「国民皆保険制度の中で日本の医療サービスは計画された供給が行われており、需給を自立的に調整する機能が低いことから、需要と供給との間でギャップが発生」することを問題視し、「増大する需要に応じた供給がなされるよう医療の産業化を進め、医療市場を拡大させる必要がある」と主張している。具体的には、①医療生活産業の振興（疾病予防、疾病管理、リハビリ、介護予防など医療周辺市場の活性化）、②医療の国際化（医療ツーリズム、外国人医師の活用、日本の医療サービスのシステム輸出など）、③医療情報のデジタル化・標準化（共有可能な医療情報ネットワーク、医療情報の標準化など）の取り組みがあげられている。さらに、同報告書では、日本の公的医療保険制度を前提としつつも、先端技術の発展、サービスの視野拡大のために、中国やロシア、アジア・中東等、拡大する国際市場を念頭に置く必要があることが強調されている。その推進のために、医療滞在ビザの創設や医療機関の広告規制の緩和、外国人医師・看護師の受け入れ、病床総量規制の特例などが必要な取り組み事例としてあげられている。実際、2011年1月には医療滞在ビザが創設された。また、総務省により財政健全化を求められた公立病院の中には、医療ツーリズムなど医療で収益をあげようという動きも一部にみられる。

こうした動きにほぼ同調するように、菅政権では、2010年6月『新成長戦略』（内閣決定）として、健康を環境・エネルギーとともに「強みを活かす成長分野」とし、「ライフ・イノベーション」の中心としての「医療・介護・健康関連サービス」にあげている。また、ライフ・イノベーションにおける国家戦

略プロジェクトとして、国際医療交流（外国人患者の受け入れ）を行うとした。そして、この中では、2020年までに医療・介護の市場規模75兆円、健康関連サービス産業を25兆円と見込まれていた。

東日本大震災を経て誕生した野田政権では、2012年7月に『日本再生戦略』（内閣決定）を公表し、菅政権とは文言が若干異なるが、グリーン（環境・エネルギー）、農林漁業と並んでライフ（健康）は、「国内外で成長が見込まれる」3分野としている。より具体的には、「革新的医薬品、医療機器の創出」や「ロボット技術等を活用し、多様な医療機器、福祉機器を開発」することがあげられている。また、観光立国戦略として、「医療と連携した観光」や「医療サービスと医療機器が一体となった海外展開や医療・介護システムをパッケージとした海外展開」があげられており、2020年までに、海外市場での医療機器、サービス等ヘルスケア関連産業の獲得市場規模を約20兆円にすると記載されている。国内では、医療・介護は2020年までに市場規模78兆円、うち健康関連サービスで25兆円が見込まれている。

2012年の12月の総選挙を経て、自民党政権が復活、安倍政権が発足したが、安倍政権の「日本再興戦略」（内閣決定）でも、文言こそ異なるが、「グローバル市場の成長が期待でき、一定の戦略分野が見込める4つのテーマ」の一つとして、健康長寿産業があげられている。また、健康長寿産業のみならず、医薬品・医療機器産業、医療・介護・保育などの社会保障分野⁵も制度の設計次第によっては成長を見込める産業の柱の一つとされている。内容は、野田政権の『日本再生戦略』の延長路線上のものが多く、医薬品・医療機器開発や再生医療の実用化を進め、国際競争を意識した規制・制度改革、研究開発及び海外展開支援の取組を加速させるとしている。目新しいところでは、医療、教育、農業、都市再生などの分野で大胆な規制・制度改革を実現する「国家戦略特区」創設としていることがあげられる。なお、医療の国際化については、医療ツーリズムという文言はなくなり、一般社団法人MEJ（Medical Excellence Japan）を“ハブ”とし、官民一体で新興国に医療技術・サービスをセットで輸出し日本の医療拠点を10か所程度創設すると記載されている。なお、『日本再興戦略』では、医薬品・医療機器、再生医療、健康長寿のための予防を加えた関連市場規模を、2020年に国内で26兆円、30年に37兆円、海外市場は、20年311兆円、

30年525兆円と予想している。

上記の動向だけを見ると、医療は将来の成長産業として期待されていることが明らかである⁶。だが、医療は、産業としての側面がある一方で、国内では社会保障としての側面がある。産業として成長させるといふ意味では支出の増加は望ましいことになるが、社会保障としての側面から考えると、負担増を伴わない支出増は持続可能性という視点から問題となり、増税や社会保険料の上昇などの負担増ができない場合は、支出抑制が望ましいということになる。団塊世代の高齢化に伴い、支出の自然増も見込まれる中、公費負担の追加を想定することは容易ではない⁷。このように、片方では増加を推進し、他方では抑制を推進するというのは政策全体として矛盾が生じ、整合性がとれていないとも言える。

こうした矛盾を解消して、両者を両立することは果たして可能であろうか。論理的には、①公的医療保険の守備範囲を小さくして、民間保険や私費医療部分で拡大するか（あるいは予防などもととの保険外分野を拡大する）、②市場を国内からグローバルに視点をうつすことで、利益を国内ではなく海外で稼ぐという方法をあげられる。このうち、前者の①については、公的保険の守備範囲をどこに設定するかという国内政治問題に発展する大きな問題となり、現状のように何を優先すべきかの基準がない状態で、これらを設定するには、利害調整も含め時間を要すると思われる。また、仮に、公的医療保険と切り離れた、私費医療部分のみが独立して拡大させようとしても、現実には、米国のように、私費負担部分が上がると公費負担部分も上昇傾向することから、矛盾が解消されない可能性が少なくない（最初から保険外である予防分野でビジネスを拡大することに反発は出ないだろうが、政府が見積るほどの大きな市場規模になるかは疑問の余地がある）。それに対し、②の医療の国際展開については、海外で稼いだ分を国内に還元させるという意味で国民の理解を得やすいということもあり、注目が集まっているのではないかと思われる。だが、日本において医療の国際展開や医療機器や医薬品産業の国際競争力の向上が実現可能であるかは未知数である。また、初めに述べたようにグローバリゼーションと医療の成長産業化の関係性も不明である。以下では、グローバリゼーションと医療の成長産業の関係性を、医療の国際展開と革新的新薬の創出という2つの視点から検討したい。

2. 医療の国際展開は可能か？

2.1 医療ツーリズムの供給側の事情

医療の国際展開のあり方としては、医療ツーリズム（インバウンド、アウトバウンド）という形と医療サービス・医療機器そのものをパッケージで輸出するという形がある。

タイ、シンガポール、インドなどアジアの新興国は、観光資源と医療を組み合わせた医療ツーリズム（メディカル・ツーリズム）を国策として展開している。米国で留学した医師を自国に呼び戻すことで米国並みの治療の質を維持しつつ、現地の安い人件費、安い医療費により、米国を中心とした先進諸国からの患者を集めることに成功している（インバウンド）。なお、医療ツーリズムの受け皿となる供給側の国が医療ツーリズムを推進する背景には、外貨獲得により自国の医療水準や産業基盤の底上げを図れるというメリットがある。

だが、自国民向けの医療は、二流・三流というように二極化しないしは、完全に二元化していることが多い。たとえば、シンガポールでは、CPFと呼ばれる強制医療貯蓄制度による医療費支払に備える自助の仕組みと公立病院と私費医療で料金を負担する民間病院のデュアルシステムで形成されている。CPFは、シンガポール独自の政治体制や経済発展の仕方が背景にあるが、医療貯蓄制度は賦課方式でないことから、世代間移転の問題が発生せず、家族間の口座費用の移転が可能であるなど「互助」を促進する仕組み⁹であるともいえる。また、公立病院の支払と民間病院の支払が独立していることから、医療ツーリズムを積極展開したとしても、公立を中心とした一般国民向けの医療供給体制への影響は少ない。

また、タイでも2002年の30バーツ政策から国民に対して医療費無料政策がとられているが、利用できる病院は、外国人向けに医療ツーリズムを実践しているような民間病院では

なく完全にデュアルなシステムとなっている。こうした二元的なシステムは、支払能力による差、公私の医療格差があることを前提とした仕組みになっている。

医療ツーリズムによる外貨獲得は、国内の医療格差を拡大させるものであったとしても、高度な医療技術にキャッチアップできると同時に、国民に対しては低額負担で一定の医療を平等に提供するという意味で、有効な手段であると考えられるが、国民皆保険で混合診療を禁止している日本でこのようなデュアルシステムをそのまま導入することはありえないであろう。

2.2 医療ツーリズムの需要側の事情

ところで、海外の医療サービスを受けようという需要はどこにあるのだろうか？ 医療ツーリズムの受け皿は新興国であるのに対し、需要側は先進国の患者が多い。初めに述べたように、大陸で隣国と近接する国は例外としても、医療はドメスティック、ローカルな要因が多いというのは他の国でも共通のはずである。なぜ、わざわざ国境を越えて、医療サービスを受けに移動するのであろうか？ この背景には、それぞれの国の抱える医療制度の問題がある。

先進諸国で唯一例外として社会保障としての医療が完備されていない米国は、医療費が世界一高いことで知られる。医療保険も民間保険中心のため、保険料の負担および医療費の自己負担をしきれない患者も少なくない。保険を持っていない、保険があっても十分なサービスを受けられる補償カバーではないなどの事情がある人々にとっては、米国内で医療サービスを受けるよりも、渡航費をかけてでも、他国で、相対的に安く、治療を受けられることは魅力的であるだろう。新興国の多くは英語が通じる環境ないしは多言語の医療通訳を配置しているので、言語の壁も相対的に敷居は低い。また、米国とは異なり、国営医療のイギリスでは、予算制約に

表1 医療ツーリストの居住地域別渡航先の割合

渡航先		アジア	北米	ヨーロッパ	中東	ラテンアメリカ	構成比 (%)
医療ツーリストの居住地域	渡航目的						
オセアニア	低コスト医療費	99				1	100
北米		45	27		2	26	100
ヨーロッパ	待機時間の解消	39	33	10	13	5	100
中東	最先端の医療技術／ より良い品質の医療	32	58	8	2		100
アジア		93	6	1			100
アフリカ		95		4		1	100
ラテンアメリカ		1	87			12	100

出所 日本政策投資銀行（2010）「進む医療の国際化」図表4参照

よる待機期間の長期化という問題があるために、待機可能な治療については、長期間待っているよりは、海外まで行って医療サービスを利用するメリットを感じる人もいるだろう。

このほか、9.11以降、中東の富裕層は、米国以外の国で高度治療を求めようになっているとも言われる。また、自国の医療技術が高度化していない途上国の富裕層にとっては、先進国並みの高度な医療を受けられることは大きな魅力であろう。患者の流動化が始まれば、それに応じて、医師や医療従事者のグローバルな流動化も生じるだろう。移動が容易なEU内では、東欧から西欧への移動など報酬や待遇のよい国へ医師や看護師が流動する現象も見られる。

2.3 病院丸ごと輸出

以上述べてきたように、日本において医療ツーリズムという意味での国際展開は必ずしも本格始動していない。また、医療ツーリズムが定着してきているとも言い難い。だが、安倍政権になり、医療の国際展開の焦点は医療ツーリズムではなく、新興国に医療技術・サービスをセットで輸出することにシフトしている。これは、日本の医療圏を拡大してとらえ、日系の医療機関や診断センターを海外に設置し、日本の医療機器、医薬品、情報システム等が進出・普及しやすいバックボーン形成を行うことがねらいとなっている。2012年には、イラクに超音波診断装置など医療インフラをパッケージで輸出するという試みも始まった。2013年5月には、北海道の北斗病院と、国内医療機器メーカーの協力を得て、ロシアのウラジオストックに画像診断センターを開設している。また、北原国際病院が2013年度中にカンボジアに救命救急センターを開設する予定がある。だが、これらはまだ始まったばかりであり、成否を問うには早すぎる段階にある。

3. 国際競争力のある革新的医療機器や新薬の創出

既に述べたとおり、現在、日本の医療機器・医薬品産業はともに輸入超過であり、国際競争力が必ずしも高くない。まず、平成23年における医療機器の日本国内売上額は約2.4兆円、内輸入金額は約1.1兆円で約44.4%を占める。個別に参照すると、診断系医療機器は日本が得意とする分野であり、輸入割合が低い¹⁰、治療系医療機器は輸入割合が高く5割以上、その他の医療機器では眼科用品及び関連製品と衛生材料及び衛生用品の輸入割合が高くなっている。厚生労働

省(2010)によると、生産額で見ると、国内総生産額は約1.8兆円、内輸出額は約0.5兆円となっている。なお、経済産業省(2013)によると、全体としての市場規模は2兆円を超えていても、品目ごとの市場規模は小さく細分化しており、国内市場のみではコストに見合った利益を回収することができないことから、企業の商品開発が進みにくいという。治療系機器(人工心臓弁、人工関節、ペースメーカー等)を中心に輸入超過幅が増大している。一方、「検査漬け」の過剰行為抑制という視点から診療報酬抑制が図られたこともあり、診断系医療機器が関連する行為が抑制されている。

国内の医療機器の流通経路は卸業者が一次、二次とある二重構造になっており、慣習による取引先固定化がみられ、並行輸入は行われていない。公正取引委員会(2005)によると、こうした流通構造が、内外価格差の一要因であるという。さらに、医薬品と同じく、デバイス・ラグがあり、他国との許認可スピードの違いによって、技術が古くなり輸出製品とならなくなってしまうという問題がある。また、一部の大手グローバル企業を除くと、医療機器メーカーは中小企業が中心であり、海外展開を進める体力もノウハウもない企業が少なくない。国家戦略として医療機器の海外展開をするならば、政府支援が求められるだろう。だが、その前提は付加価値のある製品である必要があり、競争力のない製品を強引に海外展開するのであれば、成長産業政策ではなく、中小企業保護に化してしまう危険がある。

一方、厚生労働省(2013)によると、日本の医薬品市場の規模は約9.3兆円で、その9割超は医療用医薬品である。世界の医薬品市場規模は9,529億ドルであり、日本のそれは世界の11.7%を占め、国別に見たシェアではアメリカに次いで世界第2位の市場となっている。

医薬品の貿易収支は、2000年をピークに悪化し、2012年には約1兆6,203億円の赤字になっている。だが、輸入超過の背景には、日本市場だけでなく海外市場¹¹も含めた成長戦略に基づき経営資源の最適配分を進める中で、コストの面なども勘案して、海外の製造拠点を増加させていることが関係しているという。このように考えると、医薬品産業に対するグローバル化の影響は少なくないともいえる。このような状況を日本における市場環境の構造問題とする意見もあり、実際に近年になり日本国内での創薬の空洞化は指摘されている。

国内市場の医療用医薬品市場規模の伸び率は、薬価改定や医療制度改革に強く影響を受けている。1991年以降、薬価の引下げ等により国民医療費に占める薬剤費比率は約30%から約20%へ低下してきたが、ここ10年ほどは20%強の水準で横ばいに推移している。

ちなみに日本のライフサイエンス分野の研究開発費は諸外国に比べて低く、企業の研究開発費対売上高も約18%と米国よりも高い状態になっている。国策として、研究開発関連予算を増加させるとともに、研究開発税制の上乗せ措置を拡充することで、試験研究の活性化を図っている。

4. おわりに

本稿では、医療の成長産業化とグローバル化がどのように関係するのかを考察してきた。

第一に、近年の医療の成長産業化に関する政策的な動向を整理した上で、支出増加プレッシャーとなる成長産業と支出抑制プレッシャーとなる社会保障との両立可能性をふまえると、医療の国際化がその両立を可能とする鍵となる可能性を示した。

第二に、医療の国際展開（医療ツーリズムなど）については、医療滞在ビザの発行などすでに着手されているが、インバウンドでの市場規模としてはそれほど大きなものではないことを示した。また、現在では、医療ツーリズムではなく、新興国にアウトバウンドで病院丸ごと輸出のような新しい形での輸出が試みられようとしていることを紹介した。この病院丸ごと輸出の成否を評価するには早急であるが、最終的には新興国の経済成長や医療資源の創出、インフラがどれほど整備するかによっても変わるだろう。

第三に、医療機器・医薬品の創薬促進により、国際競争力を高めようという動きについては、国策として成長産業とする以前にすでに開発拠点の海外シフトや新興国のシェア拡大などグローバル化が一定程度、進んでいることを示した。大手の医療機器・医薬品メーカーは、国際競争力を維持するために経営統合や海外拠点の展開を図っているが、医療機器・医薬品メーカーの中心は中小企業であり、グローバル化に対応する体力、資金、ノウハウを持ち合わせていないところも少なくない。政府は高付加価値産業としてこれらの業界を成長させようとしているが、これらの産業は国内市場においては、診療報酬の影響を大きく受ける分

野でもある。国内市場の診療報酬のインセンティブによりイノベーションが生まれにくくなっているとすればそれらを是正し、国内市場と海外市場の棲み分けおよび価格戦略をどのようにするのかを改めて整理する必要があるのではないかと考える。

注

- 1 医療滞在ビザが2011年1月に創設され、経済産業省が医療滞在ビザにかかる身元保証機関登録の業務を行っている。身元保証件数は、2012年度までの累積合計で200人程度となっている。
- 2 但し、看護師・介護士の場合は、日・インドネシア経済連携協定（平成20年7月1日発効）、日・フィリピン経済連携協定（平成20年12月11日発効）のように、年度ごとに外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れを実施している。その意味ではグローバル化に対応した法環境ができつつあるともいえるが、累計人数を見ても2000人を超えておらず、決して大規模なものではない。
- 3 株式会社の病院参入は認められておらず、資金調達手段も限定されている。
- 4 医薬品、医療機器の国際競争力向上のみに限定すれば、厚生労働省が2002年に発行した『医薬品産業ビジョン』、2003年に『医療機器産業ビジョン』でも述べられている。このビジョンは、2007年に『新医薬品産業ビジョン』、2008年に『新医療機器・医療技術産業ビジョン』が更新されている。安倍内閣の『日本再興戦略』に合わせて、2013年6月に『医薬品産業ビジョン2013』、『医療機器産業ビジョン2013』が出されている。
- 5 この戦略では健康長寿産業を戦略的分野の一つに位置付け、健康寿命延伸産業や医薬品・医療機器産業などの発展に向けた政策、保育の場における民間活力の活用などを盛り込まれているが、医療・介護分野をどう成長市場に変え、質の高いサービスを提供するか、制度の持続可能性をいかに確保するかなど、中長期的な成長を実現するための課題が残されている。
- 6 但し、市場規模の推計根拠が明白ではないため、実際に予測どおりの成長をするのかは定かではない。少なくとも期待が大きいことは明白であるとは言えよう。
- 7 2013年1月に財政制度等審議会が公表した「社会保障の公費負担と経済・財政の調和」では、公費負担の伸びが経済の伸びと大きく離れないよう調和をとる必要があると述べられている。また、2013年8月の社会保障制度国民会議の最終報告書を受けて閣議決定された、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子」では、自助・共助を前提とし、公助は自助や共助では対応できない困窮等の状況にある者に対しては公助によって生活を保障するという考え方を基本に、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図っている。公費の追加が困難であると予想されることから、新たな財源確保がされない限り、現行制度では、給付の伸び率の抑制が図られる可能性は高い。
- 8 まず、医療ツーリズムとは、治療目的の観光とメディカル・ツーリズムと、治療ではなく、予防・健康増進が目的

のヘルス・ツーリズム（温泉や森林浴，健康診断などをセットで行うことが多い）と呼ばれるものに大別することができる。本稿では，メディカル・ツーリズムを狭義の医療ツーリズムとして焦点を当てることにする。

- 9 だが，自営業者や低所得者など十分な金額を貯蓄できない人々や日本以上に早いスピードで進むといわれる高齢化の進展により将来的に必要な十分な医療を受けられない人々が出てくるという可能性もゼロではない。
- 10 診断系医療機器の中でも軟性内視鏡の日本企業の世界シェアは100%となっている。
- 11 医薬品市場は，国内市場，海外市場ともに拡大しているが，国内市場ではあまり変化が見られない。その背景には日米欧の三大市場はこれまでと同様に市場拡大しているものの，アジア新興国やBRICs 諸国がそれ以上にシェアを伸ばしてきていることが要因となっている。

参考文献

- 経済産業省（2010）『医療産業研究会報告書』
- 経済産業省（2013）『医療の国際化～世界の需要にこたえる医療産業』
- 経団連（2010）『成長戦略』
- 公正取引委員会（2005）『医療機器流通実態に関する調査報告書』
- 公正取引委員会（2006）『医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書』
- 厚生労働省（2003）『医療機器産業ビジョン参考資料』
- 厚生労働省（2010）『新医療機器・医療技術産業ビジョン』
- 厚生労働省（2010）『新医療機器・医療技術産業ビジョン』
- 厚生労働省（2011）『年薬事工業生産動態統計年報』
- 厚生労働省（2013）『医療機器産業ビジョン』
- 厚生労働省（2013）『医薬品産業ビジョン』
- 小林江梨子他（2012）『医療機器の改良をめぐる医療機器規制』『医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス』Vol.43, No.2, 138-144
- 坂口昌吉，宮本裕一（2010）『最近の医療機器 QMS 調査の状況について』『医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス』Vol.41, No4, 301-310
- 内閣官房・医療イノベーション推進室（2012）『医療イノベーションの推進について 革新への挑戦～日本の技術が医療を変える～』
- 長尾剛司（2009）『最新〈業界の常識〉よくわかる医薬品業界』日本実業出版社
- 中村洋（2010）『新薬創出・適応外薬解消等促進加算』の意義と課題）社会保険旬報，No.2431，pp.30-31
- 日本政策投資銀行産業調査部（2010）『進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向』『今月のトピックス』No.147-1
- 日本製薬工業協会（2013）『DATABOOK 2013』
- 日本製薬工業協会（2013）『日本の薬事行政 2013』
- 日本能率協会総合研究所（2009）『医療機器産業の現状』
- 野口雄司（2012）『医療安全（医療機器の安全確保）からみた関連法規と診療報酬制度』『医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス』Vol.43, No.1, 23-32
- 真野俊樹編（2009）『グローバル化する医療』岩波書店
- みずほコーポレート銀行産業調査部（2012）『医療機器メーカーの成長戦略』

参考 URL

官邸 HP www.kantei.go.jp 参照