

# 日中医療制度の比較と 中国人観光客の「医療観光」への影響

徐 蘭  
大 島 一 二

## 1. はじめに

筆者はすでに発表した研究<sup>1)</sup>において、近年、来日中国人観光客の「医療観光」が増加している事実を報告し、さらに、その具体的な中国から日本への送り出しシステム、日本での診療システム、さらに、アンケート調査による満足度調査の結果等を分析した。そこでは、システムの詳細な状況と医療観光アンケート対象者の高い満足度等が明らかになった。しかし、この研究では、多くの中国人観光客がなぜ日本での医療サービスを求めるのかについて、その要因を十分に明らかにすることはできなかった。

そこで、本稿では、この要因を明らかにするため、日中の医療制度、医療保険制度、医療サービスの相違を分析する。つまり、日中間には医療制度、医療保険制度、医療サービスの上でどのような差異があるのか、さらにその相違に起因して、日本の医療が中国人医療観光客からどのような点で一定の評価を受けているのかを明らかにしようと考えている。

## 2. 日本・中国の医療水準の相違

まず、世界保健機関（WHO）の最新の報告書「World Health Report」で

---

1) 徐蘭・大島一二（2020）。

は、世界各国の医療システムを「医療水準」、「医療サービスを受けることの難しさ」、「医療費負担の公平性」などの視点から総合的に比較している。その結果、日本は「質の高い医療サービス」や「医療負担の低さ」、「国民の平均寿命の高さ」などで欧米を抑えて2位となったが、中国は64位だった。

世界保健機関は2015年に「世界衛生統計」報告も発表している。これによれば、当時の世界人口の平均寿命は71歳であり、このうち女性は73歳、男性は68歳で、1990年に比べて男女とも6歳延びている。この当時、平均寿命が最も高い国と性別は、日本人女性（87歳）とアイスランド人男性（81.2歳）であった。また、2013年の日本人の平均寿命は84歳で、世界1位であったが、同時期の中国の人口平均寿命は男性74歳、女性77歳に留まった。

このように、日本人の平均寿命は1980年代にはすでに世界第一位に達しており、大地震が起きた2011年を除いて延ばし続けていることは世界的にも知られている。2018年の日本人男性の平均寿命は81.7歳、女性は87.26歳で、いずれも30年前から5歳ずつ延びている。また、100歳以上の高齢者は6万9785人、これにたいして中国では5万8789人しかおらず、中国の人口が日本の10倍であることから考えると、いかに日本が長寿大国であるかが分かるであろう。

このほか、2018年5月23日、医学界の国際的にトップクラスの権威を誇る学術誌の一つである『ランセット』<sup>2)</sup>では、世界195カ国の医療の質のランキングが示され、日本は西欧北欧等に次いで12位となった。医療の質の得点を見ると、日本は最高得点のスウェーデンに次いで2番目に高い。このように、日本の医療水準は世界最高水準に達していると考えられよう。

こうした客観的な国際医療状況の中で、近年の中国の急速な経済発展と、所得の増加に伴い、より多くの中国人が海外に出て、世界の変化と中国との

---

2) 『ランセット』（『The Lancet』）は、週刊で刊行される査読制の医学雑誌である。同誌は世界で最もよく知られ、最も評価の高い世界五大医学雑誌の一つであり、編集室をロンドンとニューヨーク市に持つ。

相違に直面することとなった。とくに、中高所得者層の健康志向と医療に対する需要が急速に高まったことで、中国人の海外の先進的な医療体制に関する関心と需要が高まっている。こうしたなかで、日本への観光旅行の中国人観光客の爆発的な増加に伴い、旅行客の目的が急速に多様化するなかで、その目的の一つが、これまでのショッピング旅行中心から、文化体験、医療健康診断等へと変化しているのである。

日本政策投資銀行の報告によると<sup>3)</sup>、2020年までに医療健康診断だけを目的とした訪日中国人観光客は年間31万人を超え、日本の医療ビザの80%が中国人に交付されている実態があるという。前述のように、世界でも長寿率が最も高い国の一つとして、日本の医療体制の完成度は世界で高い水準にあるといえる。この「高品質の医療サービス」と「医療負担の相対的平等」などの優位性によって日本の医療制度は世界保健機関（WHO）から世界上位に選ばれている。物価水準の相違などから、日本の医療健康診断の価格は単純に平均すれば中国より高価ではあるが欧米諸国と比べると安価である。また日本の医療技術は他国と比較して先行しており、現在の重篤な病気治療における多くの核心的技術は日本の医療技術が最も優れているとされる。

また、日本は、精密検査（人間ドック等）による早期がん検診についての健康診断が最も普及している国の一つである。がんの初期段階では、ほとんどの人が自覚症状はなく、症状が発症してはじめて病院に行く為に重要な治療時期を逃すことが多い。定期的にCT、MRI、超音波などの精密機器での検査を受診し、体の各部位について精密検査を行うことで、がんを検査するだけでなく様々な生活習慣病も、いち早く察知して治療することが可能になる。検査対象は主に胃、肝臓、肺、腸、心臓、血圧、糖尿病、前立腺、甲状腺、卵巣などであり、検査項目は多種多様である。マルチ機器、マルチレベルの技術手段を用いて、300種類以上のがんの種類を一度に徹底的に検査出来るシステムも構築されている。また現在では、「PET-CT」<sup>4)</sup>技術を主と

3) 日本政策投資銀行（2010）。

4) PET-CTとは、positron emission tomography（陽電子放出断層撮影）の略で、

し、他にX線検査等の検査手段を結合して、初期のがん細胞も見逃さない技術が進展している。

以下、こうした検査を可能にする検査機器に関する統計をみてみよう。

大型精密医療機器については、100万人あたりのCT保有数(台)、100万人あたりのMRI(核磁気共鳴)保有数(台)を比較すれば、以下ようになる。

- ・CT, 日本:101.3台, 米国:43.5台, 中国:15.7台
- ・MRI, 日本:46.9台, 米国:35.5台, 中国:4.9台

また、放射線治療設備<sup>5)</sup>を利用して、医師が1人の患者にかかった検査時間を日本、欧米、中国で比較すると、日本:15~20分、欧米:15~20分、中国:3~5分と、中国が短い。

こうした相違の結果、前述したように、世界保健機関(WHO)による世界各国の医療システムの総合評価(2016~2017年)は、日本:1位(93.4点)、アメリカ:15位(91.1点)、中国:132位(67.5点)であった。

### 3. 日本・中国のがんに関する医療水準の相違

つぎに、日本と中国のがん治療に関する医療水準格差の実態について、もう少し具体的にみてみよう。

表1, 2は、中日両国のがんの5年生存率の比較と、日本と中国の医療に関する基本的データについて示したものである。これらの表からは、日本は中国よりはるかに生存率が高く、特に肺がんの生存率が高いことがわかる。

---

放射能を含む薬剤を用いる、核医学検査の一種である。放射性薬剤を体内に投与し、その分析を特殊なカメラでとらえて画像化する。CTなどの画像検査では、通常、頭部、胸部、腹部などと部位を絞って検査を行うが、PET検査では、全身を一度に調べることが出来る。核医学検査は、使用する薬により、さまざまな目的に利用されているが、現在PET検査といえば大半がブドウ糖代謝の指標となる<sup>18F</sup>-FDGという薬を用いた「FDG-PET検査」である。CT検査などでは形の異常を診るのに対し、PET検査では、ブドウ糖代謝などの機能から異常を診る。臓器のかたちだけで判断がつかないときに、機能をみることで診断の精度を上げることが可能である。

5) CTで直径1mmの腫瘍を認識することができる機器をさす。

肺がんは発病率と死亡率が最も高く、人々の健康と生命への脅威が最も大きいがんの一つである。ここ数年、多くの国では肺がんの発病率と死亡率が明らかに高くなり、男性の肺がん発病率と死亡率はすべてのがんの第1位であり、女性の発病率および死亡率はすべてのがんの第2位となっている。肺がんの病因は現在でも完全に明らかではなく、大量の資料では長期の大量喫煙が肺がんの発生に非常に密接な関係があることが証明されている。従来の研究では、長期的な大量喫煙者が肺がん罹患する確率は非喫煙者の10~20倍であり、喫煙を開始する年齢が若いほど肺がんにかかる確率が高いことが証明されている。よって相対的に喫煙者の多い中国は肺がん罹患可能性が高いことになる。

病院でのヒアリングによれば、なぜ日本人がん患者の生存率が高いのか、の理由として、早期発見が出来ることが大きいとの説明があった。日本の防がん検診では、300種類以上の早期初期がんが発見・治療され、世界のがん検診をリードする記録が保持されている。この精密防がん検査では、10mm以下のミリメートル、ミクロンオーダーの大部分の可能性のある早期がんや超初期がんを発見できる。一般的に世界レベルのがん検診の平均水準は15mm以上のがんである。日本の防がん検診のレベルの高さがわかる。

表1 がん5年生存率の中日比較(%)

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
日本	80	81	58	95	84
中国	30	67	10	45	62

資料:片山ゆき(2018)から作成。

表2 各種医療データの中日比較(歳, %)

	平均余命 (歳)	がん治癒率 (%)	がん生存率 (%)	医療保険 加入率(%)
日本	83	68	70	99
中国	74	18	20	95

資料:片山ゆき(2018)から作成。

ここまで述べてきた諸点から、多くの中国人がまず注目する点として、日本の医療技術水準の高さであることが理解できるであろう。

#### 4. 日本・中国の医療費用と保険制度

さらに、両国の医療に関する相違は、技術水準だけではない。

中国では、高齢者が大病を患うことにより、一般家庭が長年貯めてきた貯金をすべて吐き出す事態に至ることがよく知られている。不幸にしてがんや心臓病のような大病に罹患すると、1種類の輸入薬の処方を受ければ約1万円（約16万円）以上の支出が必要になる。こうした高額な入院費に加え、多くの患者の1日の診察支出は5000元（約8万円）以上となることも少なくない。いうまでもなく、中国にも医療保険は存在するが、PET/CTなどの検査や、多くの輸入薬がすべて医療保険の対象外になっているなど、「病気をすれば貧乏な家族を作る」と言われているのが実態である。

特に中国のように人口が多く、過去の社会制度を様々な局面で継承している国では、複雑な医療制度、機関の存在は整理が必要で、こうした制度や機関が高い医療費をもたらす原因ともなっている。もし、家族が大病を患った場合、知らず知らずのうちに、少なからず家族生活を押しつぶしてしまっている現状がある。こうした実情は日本ではあまり知られていないが、日本と中国との比較で、医療費はどの水準にあり、こういった問題がおこっているのだろうか。

まず、医療保険の相違である。日本においては、病院で処方される大半の薬や医療設備利用料は、基本的に医療保険の対象となる。そのため、薬を個人で自費購入しなければならない事態は多くない。一般的に1~3割の負担にとどまる。

この「国民皆保険」、「医療費後払い」制度は、すでに1950年代には確立された。国民皆保険制度は、自国民のみならず、日本で合法的な居留資格を持つ外国人も日本の医療保険制度に加入することができる<sup>6)</sup>。この国民皆保

---

6) 周知のように、日本では、国民健康保険は自営業者、その家族、退職者、無収入

険制度により、一部の実費医療を除き、一般的な治療費の自己負担は30%となる。しかも高齢になると自己負担率は低下し、70歳～74歳は20%、75歳以上は10%となる。さらに重要なのは、1人1カ月の医療費の自己負担額が8万円（約5000元）を超えると、超過分は保険組合が負担する高額療養費制度の存在である。

また、日本の医療制度は、国民の健康を守るために検診を重視していることも注目できる。この検診の実施は医療費の上昇をできるだけ抑えて、医療コストの削減にも積極的な役割を果たしている。予防は治療に勝り、年に1度の健康診断は勤務先や自治体が無償で提供している。基本的には1年に1回小検、5年に1回は大きい検査である。小検では胃がん、腸がんなどを主に検診し、女性は乳がん検診も合わせて早期発見・早期治療を図り、がん検診の知識を広める。大きい検査には、多くの項目が含まれている。日本社会の高齢化が深刻な現在、糖尿病患者は日本の人口の4分の1に達していることから、メディカルチェックでは、糖尿病の予防に向けたガイドラインを順守するよう求める項目も盛り込まれた。

また、日本での出産は健康保険の対象外となるが、むしろ出産を奨励する政策により、出産の場合は市町村から40万円以上の給付金を支給する制度が存在している。この制度では留学生が日本で子供を産む場合も給付金を受け取ることができる。

このほか、日本と中国の病院制度で大きく異なる点は、日本では病院と薬局（薬の処方）が明確に分かれていることである。つまり、大半の日本の病院には薬局がなく、医師が処方箋を処方した後、患者は処方箋を持って専門

---

者など広く国民全体に向けた強制的な医療保険が存在しており、日本の社会保険制度の重要な構成部分となっている。これは、従業員向けの健康組合（企業従業員）、共済組合（公務員、教員、医師）と併せて日本国民皆保険の体制を構成している。健康組合、共済組合の医療保険給付は本来、国民健康保険よりもはるかに優れており、自己負担分は、過去においては本人10%負担に過ぎなかったが、国民医療費の急増によって、国民健康保険財政が赤字に転落したことにより、残りの2つの制度が黒字を計上していたため、数回の改革を経て、現在はすべての制度の自己負担額が30%まで引き上げられている。

の独立した薬局で薬をうけとるシステムである。これにたいして、中国では、制度的な不備から、医師が自らの所得を多くするために、意図的に薬を大量に処方し、場合によっては不要な薬を処方することが発生している。

こうした日本の医療保険事情に対して、中国の医療保険システムと問題点は以下の通りである。

中国の医療保険については「中華人民共和国労働法」第七十二条に規定されている<sup>7)</sup>、これによれば、医療保険には主に3つの形式がある。

- ① 都市部労働者基本医療保険（従業員医療保険）：会社員個人と会社がそれぞれ50%ずつ納付し、毎月会社が給与から天引きする。
- ② 都市・農村住民基本医療保険（住民医療保険）：高齢者、子ども、主婦、不安定就業者等が対象。
- ③ 新型農村合作医療（新農合）：農村住民の加入。しかし、2018年から、医療保険は次第に都市と農村を区別せず、北京地区などはすでに「新農合」から②に移行しつつある。

中国には特殊な状況があり、各省・市の医療保険政策は異なっており、医療保険の形式によって、医療費の個人負担比率も異なっている。医療保険個人負担額の還付<sup>8)</sup>には、様々な制限が存在する。北京市の例では、北京市職員の医療保険外来の還付基準下限は年間1800円で、他に上限の規定されている地域もある。医療費がこれ以下の場合還付は受けられない。また、病院はランク付けされており、異なる病院で受診すると還付率も異なる。最大の

---

7) 「中華人民共和国労働法」第七十二条の規定によると、社会保険基金は保険類型に基づき財源を確定し、社会統合計画を逐次実行する。使用者及び労働者は、法により社会保険に加入し、社会保険料を納付しなければならない。社会保険には、社保＝「五険一金」のうち「五険」、養老保険、医療保険、失業保険、労災保険、出産保険が含まれる。このうち、医療保険は外来、入院医療費に用いられる。一定の年限負担金を納め、定年退職後は終身医療保険の待遇を受ける。養老保険は一般に累計15年を納付し、定年退職の年齢に達することで受給できる。失業保険は1年間の累積拠出金で、非自発的離職について受け取ることができる。出産保険は妊娠および出産に対する医療費および出産手当金を支給する。労災保険は労災認定を申請し、労災手当金を受け取ることができる。

8) 中国の医療保険制度では、医療費はすべていったん本人が納入し、その後、条件に合った一部が還付される制度となっている。



問題は、多くの医療サービス、薬種が医療保険外の扱いを受けており、自費診療となることである。例えば、がん、各種輸入薬、分子標的薬<sup>9)</sup>などはすべて自費診療となる。よって、中国では、がんなどの大病に罹患した場合、たとえ医療保険に加入していても、患者の負担はかなり重くなる。

つまり、中国にも健康保険制度は存在するが、重篤な病気ほど自費診療となることが多く、過大な医療費負担をもたらしていると考えられる。

## 5. 医療サービス体勢の相違

また、医療保険に関する制度上の問題点とは別に、医療サービス体勢の相違も大きな問題である。

中国では長い間、医者と患者の関係は非常に緊張を伴った関係であった。病院に運ばれた患者が、医療費を払えずに診察を断られたり（中国の病院は費用の先払い制が一般的である）、そのため手遅れになったりしたという報道は多い。その後、前述した長時間の待ち時間や医療過誤などにより、患者本人や家族が病院で暴れ、医師に暴力をふるい、さらには人命を奪う事件も頻発している<sup>10)</sup>。

しかし、このような事件は日本ではあまり聞かれない。日本では交通事故に遭遇したり、公共の場所で突然倒れたりして救急車で運ばれた後、身元がはっきりせず、お金も持っていないくても、医師がそのまま応急手当や治療をし、治療費を払えなければ医療救済を申請することもできるからである。日本の医療関係者の患者に対する態度も丁寧で、医師も看護師も丁寧に病状を説明して、基本的な身体検査（身長、体重、血圧、血液検査、尿検査など）を行う。このような細心のサービスがあるので、医者と患者のトラブルは極めて少ない。また日本では一般病棟では多額の入院料はかからず、高級病棟（差額ベット）でのみサービス料が加算される。しかも1日3度の食事等、

9) 分子標的薬とは、体内の特定の分子を狙い撃ちし、その機能を抑えることによってより安全に、より有効に病気を治療する目的で開発された薬を指す。

10) 王晨・曹艶林・鄭雪倩・高樹寛等（2014）では、こうした事件が頻発していることが述べられている。

すべて病院側で準備がされている。患者の看護についてはトイレ、入浴を含めすべて看護師が行い、看護師は専門的な訓練を受けてから、それらのサービスの提供をしている。一方で看護師不足に関しては、中国では人口1000人あたりの平均看護師数が1~2人であるのに対し、日本では約10人である。病室でのサービスの質は言うまでもなく日本の病院の方が良くなる。日本の人口は1億2700万人だが、世界保健機関の統計によると、1000人当たりの病床数は13.7床で、世界平均の3.7床を大きく上回って高い水準となっている。

また、日本の病院では、一般に入院時は家族の終日看護を必要としない。看護、付き添い、看護を含むサービスはすべて病院から提供されており、1日3回の食事も看護師が患者に届けるようになっているからである。入院時に病院の栄養士が患者個人の食習慣を聴取してアレルギーの有無等、相談、分析を実施する。食後に看護師は提供した食事について、満足しているかどうかを聴取して、できるだけ患者に応じた記録を作成している。患者が食事を摂取できない場合、食事量が非常に少ない場合には、看護師は医師に報告し点滴に栄養素などを添加するなど対処を行っている。

ここまで述べてきた医療サービスの提供は、日本では多くの病院でごく一般的であるが、国際的には必ずしもそうではなく、往々にしてサービス水準は低い。この点は中国の多くの病院がそうである。また、海外の多くの病院では、家族の付き添いなど、家族の負担も少なくない。

こうした中日間の医療システムの相違はどのように発生したのだろうか。

1868年の明治維新から、日本は西洋医学の人材を育成し、20世紀の初めまでに西洋医学の医師が1万人近くいたとされる。現在、日本は医学人材の育成において、世界をリードしている。

中国の現代医学教育は出遅れており、中国では同済大学などの有名な医学学校が外国人によって設立された。日本では、医師は他の業種と比してかなり収入が高く、試験の合格も非常に困難と言われている。医学本科は6年制で、その後は統一試験を受けないと臨床実習に進むことはできない。医師免

許試験に合格した学生は、医学部を卒業して指定病院で研修医研修を通常は5年間受けることになる。つまり、大学で6年、研修医として5年、合わせて11年間で一定の技術を有する医師として認められる。

また、日本の病院には大別して3種の病院がある。つまり、街の診療所・クリニック、公立等の総合病院、大学病院である。分業体制としては、軽度の病気では街のクリニック等で受診し、中度重度の病気の場合、総合および大学病院で受診するのが一般的である。こうした方法によって、患者の状態に合わせて医療リソースを調整することが可能となる。ほとんどの病院が予約制を採用しているため、多くの病院では昼前後には受付を終え、医師も診察する患者数に一定の見通しが可能で、患者の診療時間も比較的短い。

また、前述のように、比較的豊富な医療人材を背景に、日本の街には数多くの私立病院やクリニックがあり、サービスも治療レベルも、基本的に地域住民の日常的なニーズに対応している。一般的に風邪などで頭痛や発熱などがあれば、日本人の一般的な行動は、近くの診療所での受診であろう。中国も以前はそうであったが、近年では、中国では多くの患者が大病院に集中する傾向が顕著であり、そのため、当然待ち時間は長くなる傾向にある。この原因は主に医療人材の分布の不均衡で、技術の高い良い医者は概ね大病院で勤務するのが一般的であり、一部の小さい診療所の医者の技術は高くない場合が多いからである<sup>11)</sup>。

こうしたことから、中国では大病院に患者が集中し、待ち時間が長時間に及ぶことも珍しくない。また、前述のように、長時間の待ち時間に不満を持った患者が、医師の診察中に、突然診察室を訪れ診察を希望することが頻発し、混乱や暴行事件等を招いている。

しかし、日本の民間医療は小さい診療所の治療の質が落ちる心配は少なく、経験豊富な医師が地域の診療所で勤務することが多く、小さな診療所で

---

11) 前掲、王晨・曹艶林・鄭雪倩・高樹寛等(2014)によれば、中国では、患者の集中のため、患者の客観的な病状の確認ミス、薬効の強い薬への依存、抗生物質の乱用などの弊害がみられるという。

も医師の全体的レベルは高いと考えられる。逆に経験のある医師を求めて、地域の小診療所で診察を受ける患者も多いという。これに対して、中国の小さなクリニックの医療環境は悪く、医者の方の能力のレベルは平均的に低い。そのため大きい病院に長時間待ちでも患者が押し寄せ、待ち時間を長くするという悪循環を発生させていると考えられる。

ここまでみてきたように、中日間には医療に関する保険制度、費用、医療サービスシステム等に大きな格差が存在している。

## 6. まとめにかえて

ここまでみてきたように、中日両国の医療制度、医療サービスを比較すると、なぜここ数年で、これまでの「爆買い」旅行から、中国の上中階層を主要な対象とした、日本での「医療観光」へと、中国人観光客の志向が変化しているのか、より明確に理解できるであろう。

こうした状況の中で、日本の観光庁は、中国の富裕層を対象とした医療サービス観光プログラムを提供するだけでなく、健康診断や治療を受けられる制度作りを進めている。さらに「医療ビザ」が発給され、特別なビザで日本を訪れ、重篤な病気が検出されて入院した場合、ビザの期限が切れた時点で入管局を通じて更新を続けることができる制度もあり、入管関係者の柔軟な対応も可能となっている。

こうした一連の医療観光をとりまく新たな状況の出現により、いわゆる「観光」においては、単に自然風景の観光、人文資源の観光だけでなく、医療観光等の新しいサービス観光の発展可能性が高いことが理解できる。自然環境や人文資源はそう大きく変化しないが、サービス業は絶えず革新でき、さらに医療等の他の産業の発展を牽引することができるのである<sup>12)</sup>。こうし

12) いうまでもなく、本稿で述べてきた医療体制、医療サービス体制の相違の背後には、日本政府の医療保障分野における30年以上にわたる模索と改善があることはいうまでもない。日本が国家レベルで国民健康管理を始めたのは1978年で、当時日本の厚生省は初めて「国民健康運動計画」を打ち出し、「健康診断の普及」、「保健看護師と栄養士の数の増加」などを重点施策に掲げた。目的は完全な基礎医療機関ネットワークの構築であり、10年後、日本政府は再び国民健康対

たことから、この研究をさらに深めていきたい。

<参考文献>

- 王晨・曹艶林・鄭雪倩・高樹寛等（2014）「医患双方対暴力傷医事件的認知与態度分析」『中国医院』2014年3月第18巻第3期，pp.6-9
- 片山ゆき（2018）「中国における三大死因とは？—4人に1人が「がん」で死亡」ニッセイ基礎研究所HPから作成。<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58729?site=nli>
- 徐蘭・大島一二（2020）「訪日観光客の「医療検査旅行」に関する分析：企業調査、アンケート調査から」『桃山学院大学経済経営論集』第61巻第4号，pp.61-73，2020年03月
- 日本政策投資銀行（2010）「進む医療の国際化 —医療ツーリズムの動向—」2010年5月26日。

（じょ・らん／桃山学院大学大学院経済学研究科博士後期課程）

（おおしま・かずつぐ／経済学部教授／2020年7月30日受理）

---

策の「PLUS版」を打ち出し、老人健康診断の仕組みの確保、地域保健センターの規範化、健康運動指導士の育成などの目標を盛り込んだ。このほか、国民の運動習慣の育成や運動指針の作成、フィットネス施設の建設推進などにも一層力を入れている。2000年から始まった第3次国民健康対策では、「健康日本21プロジェクト」が発令された。日本政府はまた、2002年に「健康増進法」を公布し、国民の健康推進に法的根拠を提供することを目指している。こうした一連の施策によって日本の医療健康保障制度は整備され、世界をリードする医療システムの基盤となってきたのである。よって、本稿で述べてきた中日間の医療格差には、中国の医療体系が学習すべき点が多いと考えられる。

## Comparison of Japan-China Medical Systems and Impact on Chinese Medical Tourism

XU Lan

OSHIMA Kazutsugu

In this paper, in order to clarify the cause of “medical tourism” among Chinese tourists, which has been increasing in recent years, we analyzed the differences between Japan-China medical systems and services.

Lancet, one of the world’s leading academic journals of medicine, announced a health care quality ranking in 195 countries on May 23, 2018, with Japan ranked 12th behind Western Europe’s small Nordic countries. In terms of medical quality, Japan has the second highest score after Sweden. Taking into account factors such as population and society of small countries in northwestern Europe, measured by factors such as the size of the same population and social conditions, Japan’s healthcare is arguably the highest in the world.

As evidence, Japan has recently been ranked number one in the World Health Organization’s (WHO) global medical rating. Comprehensive comparative aspects such as “level of medical care”, “difficulty of receiving medical care”, “fairness of medical expenses” from the latest report of the World Health Organization (WHO) In Japan’s medical system, where “high quality medical service”, “low medical burden” and “life expectancy of the people” are high, Japan is ranked first in Europe and America, and China is 64th.

As you can see, there are many differences between the Chinese and Japanese medical systems and services, and China has many problems. Therefore, the attitude of Chinese tourists seems to have changed from “shopping” to “medical tourism” in recent years.