

医療における新しい展開について：コンビニエント・ケアとメディカルツーリズム

浅川 哲郎・室岡 祐司

1. はじめに

2016年11月8日に行われた米国大統領選挙は激戦の末、ドナルド・トランプ（Donald Trump）候補が勝利した。これまで特筆すべき政治経験のないトランプ候補に関しては、2017年1月以降の政権運営について未知の部分が多いが、大統領選挙戦を通じて、バラク・オバマ（Barack Obama）政権における医療政策、いわゆるオバマケア（Obamacare）や新しい地域経済圏の枠組みを謳う環太平洋戦略的経済連携協定（Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement: 以下「TPP」と略す）に対しては反対の姿勢を示している。トランプ次期大統領が実際に医療政策に対してどのような態度を取るかは現時点¹では不明であるが、オバマ大統領によるオバマケアを変更する意向を示しており、2017年以降、米国の医療システムは大きく変わる可能性がある。

米国の医療保険制度は日本など他の先進国とは異なり、民間の健康保険が社会保障制度の中心となっている。米国では国民全体を対象とする公的医療保障制度が存在していないことが特徴的である。公的医療保障制度としては連邦政府が運営する健康保険制度である、主に65歳以上の高齢者を対象としたメディケア（Medicare）と、連邦政府のガイドラインの下で各州政府が運営する公的医療扶助制度である低所得者を対象としたメディケイド（Medicaid）が存在するととどまる。これら公的医療保障制度の対象者は全国民の

25%程度にすぎず、国民の大部分は民間健康保険に加入することになる。その中で民間健康保険にも加入していない、メディケアやメディケイドの対象にもならないために、全く保険に加入していない無保険者が、全国民の15%程度に当たる約4,000万人も存在すると言われ、大きな社会問題となっていた。この問題に対して解決を試みたのがオバマケアである。

オバマケアはアカウントブル・ケア・オルガニゼーション（Accountable Care Organization: ACO）を基本コンセプトにして制度を展開しているが、その基礎となるプライマリー・ケアを提供する医師、つまり「かかりつけ医」の不足は問題とされていた²。そのプライマリー・ケアの役割を担う可能性があるのが本稿で紹介する「コンビニエント・ケア（convenient care）」の組織である。

2016年の8月から9月にかけて、筆者（浅川）はコロンビア大学経営大学院へ客員研究員としてニューヨークに滞在したが、「コンビニエント・ケア」と呼ばれる新しい形態の医療機関を良く目にするようになった。従来米国の医療機関は、大規模の病院と医師が自ら開設した診療所に二分されていたが、どちらかというときと厳しい感じであり、敷居の高さを感じるものであった。これに対して「コンビニエント・ケア」は、コーヒー・チェーンのスターバックスを思わせる外観であり、親しみやすさを感じるものである。その機能は日本であまり紹介されていないようである。トランプ新政権の医療政策がこの新しい形態の医療組織に影響を与える可能性もある

のであるが、米国医療システムにおいては無視できない存在になりつつある。また TPP により医療分野の自由化が実現した場合は、医療の供給者側の国境を超えた交流が促進されると共に医療サービスの需要者の国際的な移動も活発になることが予想される。そのような環境下で最近注目されているのが医療観光（ツーリズム）である。日本政策投資銀行のレポートによると医療ツーリストの渡航目的は、「最先端の医療技術」を求める場合や「低コストの医療」を求める場合など様々である³。医療システムは国により大きく異なっており、医療サービスの需要者が自らに適した医療サービスを求めて国境を超えるという例は今後、増加していくに違いない。医療観光（ツーリズム）のこれからの展開は注視すべきだと考える。

本稿では今後の顕著な展開が予想されるコンビニエント・ケア組織および医療観光の概要と現状における役割についてレポートするものである⁴。

2. コンビニエント・ケアの概要

1) 「アージェント・ケア・センター」

まずコンビニエント・ケアの定義について明らかにしていきたい。ユナイテッド・ホスピタル・ファンド⁵ (United Hospital Fund) の定義を用いると通常、コンビニエント・ケアと言った場合は「アージェント・ケア・センター (Urgent Care Centers)」と「リテール・クリニック (Retail Clinics)」の2つから構成される。

「アージェント・ケア・センター」とは、「緊急ではないが速やかな治療が必要な、広い範囲の急性期状態に対して、予約なしで治療を受けることが可能な施設⁶」と定義される。このアージェント・ケア・センターが米国に初めて現れたのは1970年代であるが、展開が確かなものになったのは1990年代になってか

らである。連邦政府への登録が必要ではないために、その実数について確かな情報はないが、米国アージェント・ケア協会 (Urgent Care Association of America: UCAOA) のデータベースによると、約9,000を数えると言う⁷。そのアージェント・ケア・センターは35%が医師または医師グループによって所有され、30%が企業、25%が病院、7%が医師ではない個人等によって所有されている⁸。全米で年間160百万人の外来患者が存在している。アージェント・ケア・センターにおいて提供される医療の範囲は大きく異なっているが、ハーバード・メディカル・スクール助教授のロビン・ウエイニック (Robin Weinick) らの研究によると通常はプライマリー・ケアにおける医療と緊急部門における医療の中間というところである⁹。アージェント・ケア・センターに関する最も総合的な全国的調査によると、そのほとんど (92.6%) が業務上の医療サービス¹⁰ (occupational medical services) を提供し、骨折や整形外科を提供する機関 (80.7%)、スポーツや学校医療を提供する機関 (79.3%) が続いている。3分の2近く (63.5%) の機関が定期予防接種 (routine immunization) を提供し、また、半数以上 (54.4%) はプライマリー・ケアと考えられる医療を行っている¹¹。

2) 「リテール・クリニック」

もう一方の「リテール・クリニック」はアージェント・ケア・センターと同様に予約なしの治療を夕方や週末の時間まで延長して行っている。「リテール・クリニック」は、小売店、スーパーマーケット、または薬局に位置している。そして、ワクチンのような選定した予防医療サービスの提供と、限られた種類の、しかも複雑ではない急性期の疾病の治療とに重点を置いているのである¹²。このリテール・クリニックの数は全米的においては、2001年の導入以来、着実に増加している。最初の数年は比較的ゆっくりとしたスピードであった

が、2006年から2008年の間は999ヶ所の純増とリテール・クリニックの業界は急速に増加している¹³。2007年から2009年の間にリテール・クリニックへの外来患者数は4倍になり、約600万人と見積もられている¹⁴。その後、リテール・クリニックの成長スピードは遅くなったが、2011年には再び増加に転じ、その勢いは続いている。その数は、2014年11月の時点で1,805であり¹⁵、コンサルティング会社のアクセンチュアの予想によると2017年までに2,800を超えるという¹⁶。このような急速な拡大にも関わらずリテール・クリニックは医療の現場においては比較的小さな存在にとどまっている。2010年の家庭における健康調査（2010 Health Tracking Household Survey）においては、その前年にリテール・クリニックを利用した家庭は全体の2.9%に留まっている¹⁷。そして全国の70%のリテール・クリニックが薬局もしくは大手流通業者に所有されている。つまり残りの部分は病院システムに18%、私的な所有者に12%と帰属しているのである¹⁸。

一般的に言って、リテール・クリニックは明確な治療プロトコルに基づいた限られた医療サービスを提供しているに過ぎない。洞炎や予防接種の依頼を含む10の医療ケースがリテール・クリニックへの訪問の90%以上を占めている。リテール・クリニックにおける、この限られたサービスの範囲は、従事するスタッフを看護師や医師のアシスタントなどの低いコストでの提供者であることを可能としている¹⁹。ウォルマートやウォルグリーンを含むいくつかの大きなリテール・クリニック・チェーンは慢性疾病およびプライマリー・ケアを含むなど治療の範囲を広げ始めている²⁰。

リテール・クリニックは通常の医療サービスを受けることができない人や若い患者を引きつけている。2000年から2007年の間のリテール・クリニックへの130万人の外来患者の調査では43%の患者が18歳から44歳までで、プライマリー・ケア医師に掛かっているのは23%にしか過ぎない層であることがわかった。同じ調査では39%のリテール・クリニックしかかかりつけの医師の存在を報告していない。対照的に全国レベルで言うと80%の患者が通常の医療サービスの利用を報告している²¹。

3. コンビニエント・ケアの長所と短所

コンビニエント・ケアについての評価は、まだ新しい医療サービスの提供形態だけに定まっていないが、現時点における調査結果は次のようなものがある。

1) コストの優位性

コンビニエント・ケアの利用に際して通常、最もよく指摘されるのは伝統的な緊急医療機関と比較してコストが安いということであり、それはスタッフや施設に関する間接費が安いということが起因している²²。このことは次に示すようにいくつかの調査で証明されている。

表1) におけるハーバード・メディカル・スクール准教授のアティーブ・メロートラ²³ (Ateev Mehrotra) らの2009年における研究では、ミネソタ州における大手健康保険 (health plan) からの中耳炎 (otitis media)、咽頭炎 (pharyngitis) そして尿路感染症 (urinary tract infection) 等に対す

表1) 緊急治療機関における疾病治療 (Episode of Care) 毎のコスト

	リテール・クリニック	アジェント・ケア・センター	クリニック	緊急部門
Mehrotra 2009	110	156	166	570
Thygeson 2008	104	154	159	383

出所：Chang et al. (2015) p.5.

る請求データに基づいて、コストを健康保険からの支払と患者負担分との合計を計算している。またブルーシールド・オブ・カリフォルニア²⁴ (Blue Shield of California) の役員であるマーカス・タイゲソン (Marcus Thygeson) らの2008年の研究では、結膜炎 (conjunctivitis)、手術不要の中耳炎、手術不要の扁桃腺 (tonsillitis)、アデノイド (adenoiditis)、咽頭炎等に対する保険者および患者から支払われた医療サービスおよび薬品のコストの合計を示している。

疾病治療あたりのより低いコストは、コンビニエント・ケアが上表における病院の緊急部門のようなより高額な組織に代わって用いられた場合に、全体の医療のコストを押し下げる可能性を示している。

2) アクセスの優位性

コンビニエント・ケアの次の利点は、特にプライマリー・ケアの通常の医療を受けることができない保険未加入の層にとっては、支払い可能な医療へのアクセスが増加することである。にもかかわらず調査ではアージェント・ケア・センターおよびリテール・クリニックの双方とも、より裕福な地域、つまり保険料を雇用者が負担する健康保険に加入した患者が集中している地域に位置する傾向がある。例えばランド (RAND) 研究所のレナルダブスキー (Rena Rudavsky) とアティーブ・メロートラ (Ateev Mehrotra) との研究によるとリテール・クリニックの12.5%しか医療専門職の不足している地域²⁵には存在していないと指摘している。

3) 医療の品質

アージェント・ケア・センターおよびリテール・クリニックの医療の品質に関する研究はまだ少ないけれども、いくつかの調査は少なくともいくつかの急性期治療においてはプライマリー・ケア医師のようなより伝統的な緊急治療機関で受診する場合と比較して、

少なくともいくつかの急性期状態では同程度の治療品質であった。

アティーブ・メロートラ (Ateev Mehrotra) らは、大きな健康保険の診療報酬請求データを用いて、14の基準において測定している。つまり推奨すべき治療がなされた症例を治療数全体で割ることによって計測しているのであるが、「アージェント・ケア・センター」(62.6%) および「リテール・クリニック」(63.6%)、医師のクリニック (61.1%) は似た結果であるが、病院の緊急部門 (55.1%) は著しく低い結果になっている²⁶。この結果はミネソタ州の健康保険加入者に対して行われたのであるが、この結果を一般化することはまだできないであろう。

4) 治療の継続性

これらの新しい緊急医療のモデルは治療の一貫性を毀損し、患者とそのプライマリー・ケア医師または医療母体との関係を失わせることになる危惧もある。アメリカ家庭医学会 (American Academy of Family Physicians) とアメリカ小児科学会 (American Academy of Pediatrics) は共に、リテール・クリニックが医療システムを分断し、プライマリー・ケアの関係を構築する機会を減少させる可能性があるとの懸念を表明している²⁷。

いくつかの実証データもこの懸念を示している。ランド (RAND) 研究所のラッチェル・リード (Rachel Reid) らの調査によると、ある年にリテール・クリニックで単一の症例で治療を受けた患者は、次の年には治療の継続性 (continuity of care) が、同様の症状でプライマリー・ケア医師に治療を受けた場合よりも低いという²⁸。

医療における新しい展開について：コンビニエント・ケアとメディカルツーリズム



写真1) 新しい医療機関であるコンビニエント・ケア「シティエム・ディ (CityMD)」



写真2) アージェント・ケアと明記されている「ノースウェル (Northwell)」のコンビニエント・ケア

4. 医療の国際展開と観光

日本の医療を取り巻く環境の変化の一つとして医療の国際展開の推進が挙げられる。医

療の国際展開は、2013年6月に閣議決定した日本再興戦略と共に策定された「健康・医療戦略(旧健康・医療戦略)」において位置づけられ、その後2014年の医療戦略推進法の成立による新たな「健康・医療戦略」の策

定を経て、内閣に設置した健康・医療戦略推進本部が推進している。その具体的取り組みは、新興国に対する国際医療協力の観点から医療機器・医薬品・インフラ等の輸出促進や人材教育システムを供与するアウトバウンド事業と、外国人が日本国内で安心して医療サービスを受けられる環境整備であるインバウンド事業がある。特にインバウンド事業においては、既にニューツーリズムの一環として医療と観光の連携が模索されてきた。

具体的には、2010年6月に閣議決定した新成長戦略にて「医療観光²⁹」が位置づけられ、その翌年には「医療滞在ビザ」が導入されたことにある。医療滞在ビザは外国人患者のみならずその同伴者にも適用され、医療機関の指示による人間ドックや健康診断、検診、歯科治療、90日以内の温泉湯治等の療養を可能とする。こうした環境整備によって、日本の医療の強みである最先端の医療機器による検診ツアーやがん等の治療患者の受け入れが一部の医療機関と医療滞在ビザ発給の際の身元保証機関である旅行業者や医療コーディネーターの協業により行われている。こうした医療機関の中には国際基準認証³⁰を受けているものもあり、外国人患者の受け入れ体制を独自に構築している。しかし、メディカルツーリズムの推進に対する医師会の反応をみると、混合診療による国民皆保険制度の歪みや医療現場の人材不足等への懸念から反対の声がある。また、コーディネート組織の医療分野における専門性の低さや渡航手続きや通訳のサービスの質にばらつきがある。「医療の国際化＝観光・地域の活性化の拡大と期待しがちな旅行産業と医療業界には認識の差があり、想像以上に根深い問題」と週刊トラベルジャーナル（2013）では指摘している。

医療の国際展開の現状は、日本の医療の海外展開であるアウトバウンド事業に重点が置かれているようにあるが、一方で訪日外国人旅行者の大幅増加や新興国における日本の医療に関する期待の高まりからインバウンド事

業であるメディカルツーリズムの取り組みも増加している。そこで本項は、医療の国際化を推進するプラットフォームであるメディカルエクセレンスジャパン（以下「MEJ」と略す）コンソーシアムに着目し、特にメディカルツーリズムをコーディネートする組織としてMEJが認証する認証医療渡航支援企業制度についてその仕組みをみていくこととする。

5. メディカルエクセレンスジャパン（MEJ）のインバウンド事業

MEJは医療の国際展開を推進する民間側の事務局的機能組織として「日本及び海外の人々の健康・福祉の向上に貢献すること」を目的に、2009年に経済産業省の支援によるコンソーシアムとして活動を開始した。設立当初は外国人患者の受け入れを支援するインバウンド事業を促進していたが、2013年からは新生MEJとして医療の海外展開コーディネーターであるアウトバウンド事業を拡充している。医療の国際展開には、政府と医療機関、関連する企業が連携し、質の高い医療機器や医療サービス、保険制度の仕組み等を統合したシステムとして提供することにより、高い競争力が生まれる。現に、MEJの会員は医療機器メーカーや金融、商社、医療系シンクタンク、旅行業者等から構成されているため、幅広いネットワークを構築し、各分野の知見やノウハウを生かすことが可能なプラットフォームが形成されている。

MEJのインバウンド事業は、①治療に関する相談と医療機関候補の提案、治療・受診のスケジュール調整、②ビザ・航空券・ホテル等渡航に関する手配、通訳者手配や24時間対応の多言語ホットラインの開設、③治療後のレポート翻訳サービス、再診のサポート等であり、日本におけるメディカルツーリズムの相談窓口としてワンストップでサポートできる体制となっている。MEJへの相談状況を見ると、国別では1位「中国」（334件）、2位「ロシア」（100件）、3位「グルジア」（36件）で

あり、症例分類別では1位「がん治療」(264件)、2位「検診・健診」(53件)、3位「循環器科」(39件)となっている。³¹メディカルツーリズムの現状は、中国やロシアの富裕層が日本の最先端のがんの治療や精度の高いPET検診等を求めて渡航していることが窺える。

一方で、外国人患者を受け入れる医療機関では、「健診・検診で疾患が見つかった場合の日本の受入医療機関が少ない」、「ビザが発給されず中国人の予約キャンセルが多い」、「来日すれば必ず治ると考えており来日前の治療内容の明確化が必要」等の課題が挙げられている。また、メディカルツーリズムを推進する医療機関のニーズは、医療コーディネーター・医療通訳の養成や現地医療機関との連携体制の確立、海外でのプロモーション強化にあることが明らかになった³²。

こうした課題に対応していくには、外国人受け入れを積極的に行う一部の医療機関を除き医療機関自らがワンストップ窓口として対応することは現状難しい。その場合、前述にあるように旅行者や医療コーディネーターと協業することになるが、医療分野における専門性の低さや渡航手続きや通訳、旅行サービスの質のばらつきは医療機関と患者双方のリスクとなる。そこで、MEJは、渡航者が安心して医療サービスを受け、また医療機関が適切な医療を提供できる環境を整えるために質の高い支援サービスを提供できる企業を「医療渡航支援企業」として認証する制度を構築した。

6. 認証医療渡航支援企業

MEJは、2015年6月の健康・医療戦略推進本部より公表されたガイドラインに則り、翌7月に医療渡航支援企業の認証希望機関を募集開始した。この認証の基準は、①医療滞在ビザの身元保証機関であること、②旅行業登録していること、③渡航者の受入実績が年間平均150名、うち治療目的で120名以上で

あること、④複数の医療機関からの推薦があること、⑤プライバシーマークを取得していること、⑥顧問契約等による医師への相談体制があること、⑦渡航受診者へサービスの範囲や支払い、途中解約、個人情報取り扱い等説明する資料を整備していること、⑧社内研修計画や受入見込数を含む事業計画を策定していること、⑨定期的に渡航支援業務に関する報告書を作成しMEJへ示すことである。さらに、その他の基準として、訪日前から帰国後のフォローアップまで責任をもって対応することやMEJが主催する社員研修や調査へ参加し、医療渡航支援の活性化・高度化へ協力し、医療通訳の確保等インバウンド支援事業に対する取り組み体制が構築できていることが求められている。よって、医療渡航支援企業は、既に医療渡航者の受入実績があり、ノウハウを持つ企業であることが条件となる。MEJは、(株)ジェイティービー(JTB)と日本エマージェンシーアシスタンス(株)(EAJ)からの申請を受け、2015年9月に2社を認証した。

JTBは健康増進や安全な旅行のためのツーリズム推進は時代の要請と捉え、2005年にヘルスツーリズム研究所を設立し、医食同源旅行や渡航医学(トラベルメディシン)に関する教育研修、メディカルツーリズムの受入調査事業等、業界内でも早く医療と観光の連携に取り組んできた。これらのノウハウを活かし、医療機関向けに外国人受入サポートサービスを提供するために2010年4月にジャパンメディカル&ヘルスツーリズムセンター(JMHC)を設立した。JMHCは、全国57の医療機関と提携し、健診・検診、治療、美容の127の医療プログラムを提供している³³。また、来日する医療渡航者の多い中国には、JTBの中国の拠点を活かし北京、上海、広州に事務所を構え、上海の医療機関と提携することにより、訪日前の適切な医療機関とのマッチングや円滑な渡航の支援を行う体制を構築している。

EAJは、2003年に設立し、アメリカ、シンガポール、タイ、中国、バングラデシュに関連企業を持ち、主に海外の駐在員・出張者の危機管理や医療支援サービスおよび海外旅行保険の付帯サービスである海外医療アシスタンスサービスを展開している。また、2007年には旅行業登録を行い渡航に関する航空、宿泊手配も行う。さらに、外国人に対しては自国で加入した旅行保険を使い日本の医療機関においてキャッシュレスで治療を受けるサービスを提供している。

以上、医療の国際展開におけるメディカルツーリズム推進へ向けた環境整備の状況と課題について述べてきた。メディカルツーリズムの推進は、課題があるものの日本の医療のあり方や医療の国際展開・国際協力に向き合う重要な機会となっていると言えよう。また、観光振興の観点からは、日本の技術やサービス産業の魅力を海外に発信するコンテンツとも捉えることもでき、また外国人患者の受け入れを通じて産業振興を図るきっかけとなっている。但し、医療の国際展開が進み新興国にて日本の医療サービスを受ける体制が普及してくれば、それらの国からの患者は減少することも考えられる。また、人の命に係わる医療分野は安全・信頼が第一であり、医療機関と患者を支援する人材や体制・制度の拡充が求められる。よって、メディカルツーリズムがどの程度日本に定着していくのか予測が難しい部分があるが、ワンストップ窓口機能やサービスの質を評価・認証する機能を保有するMEJのプラットフォームは重要な役割を果たしており、今後も国際貢献と産業振興・観光振興を享受できる仕組みづくりを一つ一つ進めていくことが必要である。

7. おわりに：医療における新しい展開の位置づけ

医療のアウトカムは、イノベーションによって向上させることができる。最後に新し

い医療サービス提供形態であるコンビニエント・ケアおよび医療サービスの需要者の行動様式であるメディカルツーリズムとイノベーションとの関係を考察しておこう³⁴。

ここで医療分野のイノベーションについて著名なハーバード・ビジネス・スクール教授のレジナ・ヘルツリンガー (Regina Herzlinger) の分類をベースに検討しよう。ヘルツリンガーは医療におけるイノベーションの分野として、技術 (technology)、ビジネス・モデル (business model)、消費者志向性 (consumer focused)、の3つを掲げている³⁵。この3つの分類において、技術については例えば最近のiPS細胞 (induced pluripotent stem cells) の発見などの再生医療の可能性の認識などがあげられる。またビジネス・モデルとは医療機関の垂直的もしくは水平的な統合をいい、消費者志向性とは病院の予約取得の容易性や治療へのアクセスの近さなどをいう。

本稿で扱ったコンビニエント・ケアは主にビジネス・モデルにおけるイノベーションであろう。最近では医療の分野にも積極的に発言しているイノベーション論の大家クレイトン・クリステンセン (Clayton M. Christensen) らによると医療のビジネス・モデルは更に、高度な疾病も高い専門性によって一度に解決する「ソリューション・ショップ (solution shop)」、特定のプロセスを通じて高い付加価値のサービスを付与するという「付加価値付与プロセス (value-adding process business)」そして、医療サービスを提供するのではなくてプラットフォームを通じて情報を交換するという「ネットワーク推進 (facilitated networks)」の3つの形態があると指摘している³⁶。コンビニエント・ケアが今後「ネットワーク推進」の機能を充実させれば、より効率的な医療サービスの提供が可能になると考えられる。

またメディカルツーリズムはヘルツリンガーの分類では、消費者志向性におけるイノ

バージョンと言えよう。消費者が好む観光に医療の要素を付与しているのである。しかしクリステンセンらは、メディカルツーリズムに関し、タイやインド、シンガポールの医療機関は低い間接費と「付加価値付与プロセス」において優位性を構築し、医療サービスの価値を著しく改善させる「破壊的（disruptive）イノベーション³⁷」の可能性を指摘している³⁸。コンビニエント・ケアやメディカルツーリズムは医療システムを改善する為に最近用いられてきたシステムであり、今後の展開の研究が必要であろう。

注

- 1 本稿は平成29年1月に執筆している。
- 2 アカウンタブル・ケア・オルガニゼーションについては浅川（2016）参照。
- 3 日本政策投資銀行（2010）。
- 4 本稿において1から3までと7は浅川が、4から6までは室岡が担当した。
- 5 ユナイテッド・ホスピタル・ファンドはニューヨーク州の人々の健康に貢献できる医療サービス分野の研究を行う慈善団体である。本稿のコンビニエント・ケアの部分は同団体から発行されたChang et al. (2015)を参考にして作成している。
- 6 Chang et al. (2015) p.3.
- 7 Urgent Care Association 2014.
- 8 Urgent Care Association 2013.
- 9 Weinick and Betancourt (2007) p.5.
- 10 業務上の医療サービスとは、健康診断や就業上の薬物検査、就業上の疾病治療、ケース・マネジメントや評価を含んでいる。
- 11 Weinick, Bristol and DesRoches (2009) pp.3-4.
- 12 Chang et al. (2015) p.4.
- 13 Kaissi and Charland (2013).
- 14 Mehrota and Lave (2012).
- 15 Terhune (2014).
- 16 アクセンチュアのホームページ (<https://newsroom.accenture.com/news/number-of-us-retail-health-clinics-will-surpass-2800-by-2017-accenture-forecasts.htm>) から平成28年11月27日に引用。
- 17 Tu and Boukus (2013).
- 18 Kaissi and Charland (2013).
- 19 Mehrota 2013.
- 20 Abrams 2014.
- 21 Mehrota et al. 2008.
- 22 Mehrota 2013, Weinick, Burns, and Mehrota 2010.
- 23 コンビニエント・ケア関係の研究業績が多い。
- 24 1938年設立の非営利の保険会社である (<https://www.blueshieldca.com/basca/about-blue-shield/corporate/history.sp>から平成28年11月30日に引用)。
- 25 当該地域には米国民の21%が居住している。
- 26 Mehrotra, Liu, and colleague (2009).
- 27 AAFP (2014), AAP (2014).
- 28 Reid RO, JS Ashwood, MW Friedberg, ES Weber, CM Setodji, and A Mehrotra (2013).
- 29 「医療観光」という言葉については、検診と観光目的の渡航を想起させ、治療・手術目的の渡航とはイメージが異なるという指摘もあり、本論ではメディカルツーリズムと表記する。
- 30 主な医療機関の品質認証機関としてアメリカのJCI (Joint Commission International) が挙げられる。
- 31 週刊トラベルジャーナル2013年2月4日発行11ページ「医療観光最前線」を参考。
- 32 経済産業省「外国人患者受入状況アンケート（平成25年度事業）」を参考。
- 33 データは2016年12月17日現在、JMHCホームページ参照。
- 34 従来米国における医療システムへの経営学からの検討については浅川（2009）参照。
- 35 Herzlinger (2006) p.59
- 36 Christensen et al. (2008) pp.73-110.
- 37 「破壊的イノベーション」はクリステンセン教授のイノベーション論の中心コンセプトである。詳細はChristensen (1997) 参照。
- 38 Christensen et al. (2008) p.99.

参考文献

- ・浅川哲郎（2016）「オバマ医療制度改革下の病院マネジメントシステムの変化」九州産業大学「産業経営研究所報」第48号。
- ・浅川哲郎（2009）「米国の医療システムと経営学からの批判」九州産業大学「商経論叢」第50巻第1号。
- ・羽生正宗（2011）「ヘルスツーリズム概論」日本評論社。
- ・「医療観光最前線」『週刊トラベルジャーナル』2013年2月4日発行。
- ・片岡秀尋（2015）「メディカルツーリズム再論」『観

- 光科学』第7号、琉球大学。
- ・松原謙二 (2010) 「混合診療問題について」大阪医師会平成22年度第3回医療問題研究委員会、http://www.osaka.med.or.jp/oma/images/iryomondai_kenkyukai3.pdf、2016年12月7日参照。
 - ・野村総合研究所 (2016) 「平成27年度医療技術・サービス拠点化促進事業（国内医療機関による外国人患者受入の促進に関する調査）報告書」メディカルエクセレンスジャパンホームページ、<http://www.medical-excellence-japan.org/jp/index.html>、2016年12月17日参照
 - ・ジャパンメディカル&ヘルスツーリズムセンターホームページ、<http://jp-jmhc.com/>、2016年12月17日参照
 - ・日本エマージェンシーアシスタンス(株)ホームページ、<https://emergency.co.jp/>、2016年12月17日参照
 - ・日本政策投資銀行「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 (2010年5月26日)。
http://www.dbj.jp/topics/report/2010/files/0000004549_file2.pdf
 - ・Abrams R. (2014), 'In Ambitious Bid, Walmart Seeks Foothold in Primary Care Services'. New York Times August 8: B1.
http://www.nytimes.com/2014/08/08/business/inambitious-bid-walmart-seeks-foothold-in-primary-care-services.html?_r=0.
 - ・Ji Eun Chang, Suzanne C. Brundage, Gregory C. Burke, and Dave A. Chokshi (2015), *Convenient Care: Retail Clinics and Urgent Care Centers in New York State*, United Hospital Funds.
 - ・Clayton M. Christensen (1997), *The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail*, Harvard Business School Press, 1997.
 - ・Clayton M. Christensen Jerome H. Grossman, Jason Hwang(2008), 'The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care' McGraw-Hill, 2008.
 - ・Regina Herzlinger (2006), Why Innovation in Health Care Is So Hard, Harvard Business Review, May 2006.
 - ・Kaissi A and T Charland(2013), 'The Evolution of Retail Clinics in the United States, 2006-2012.' *The Health Care Manager* 32(4): 336-342.
 - ・Mehrotra A. (2013). 'The Convenience Revolution for Treatment of Low-Acuity Conditions. *JAMA* 310(1): 35-36.
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1707731>.
 - ・Mehrotra A and JR Lave(2012), 'Visits to Retail Clinics Grew Fourfold from 2007 to 2009, Although Their Share of Overall Outpatient Visits Remains Low'. *Health Affairs(Millwood)* 31(9): 2123-2129.
 - ・Mehrotra A, MC Wang, JR Lave, JL Adams, and EA McGlynn. (2008), 'Retail Clinics, Primary Care Physicians, and Emergency Departments: A Comparison of Patients' Visits'. *Health Affairs (Millwood)* 27(5): 1272-1282.
 - ・Terhune C. (2014), 'Kaiser Permanente Joins Forces with Target Corp. on In-Store Clinics. *Los Angeles Times*. <http://www.latimes.com/business/la-fi-kaisertarget-clinics-20141118-story.html>.
 - ・Tu HT and ER Boukus (2013). 'Despite Rapid Growth, Retail Clinic Use Remains Modest. Center for Studying Health System Change Research Brief #29'.
<http://hschange.org/CONTENT/1392/1392.pdf>.
 - ・Urgent Care Association (2013), Urgent Care Industry Information Kit.
http://c.ymcdn.com/sites/www.ucaoa.org/resource/resmgr/Files/UrgentCareMediaKit_2013.pdf.
 - ・Weinick RM, RM Burns, and A Mehrotra (2010), 'Many Emergency Department Visits Could Be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics'. *Health Affairs (Millwood)* 29(9): 1630-1636.
 - ・Robin M. Weinick and Renée M. Betancourt (2007), No Appointment Needed: The Resurgence of Urgent Care Centers in the United States, CALIFORNIA HEALTH CARE FOUNDATION.
<http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20N/PDF%20NoAppointmentNecessaryUrgentCareCenters.pdf>
 - ・Robin M Weinick, Steffanie J Bristol and Catherine M DesRoches (2009) Urgent Care Centers in the U.S.: Findings from a National Survey, *BMC Health Services Research* 9: 79.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/79>