

令和2年度 博士課程

「インドの観光産業の現状と経営学的課題に関する研究：

宗教観光と医療観光を中心に」

創価大学大学院

経済学研究科経済学専攻

ガウタム・プラカシュ

「インドの観光産業の現状と経営学的課題に関する研究：

宗教観光と医療観光を中心に」

目次

序章 本論文の問題意識、目的と概要

第1節 本論文の問題意識	4
第2節 本論文の目的	5
第3節 本論文の概要	5

第1章 インド観光についての先行研究

はじめに	10
第1節 インド観光の歴史的な背景の研究	10
第2節 宗教観光についての先行研究	11
第3節 医療観光についての先行研究	15
おわりに	20

第2章 インド観光産業の発展と課題

はじめに	21
第1節 観光の定義	21
第2節 インドの観光産業の展開	22
第3節 インド観光産業発展の背景	23
第4節 インド観光産業の問題	29
おわりに	30

第3章 インドの宗教巡礼の経営的構造

はじめに	31
第1節 インドの宗教巡礼観光の歴史	31
第2節 インドの宗教的な巡礼観光の現状	33
第3節 巡礼観光の経済および社会的影響	35
第4節 インド政府の巡礼観光への政策	43
おわりに	44

第4章 インドの宗教トラストのマネジメントコントロール：Tirumala Tirupati Devasthanam の収益管理に関する研究

はじめに	45
第1節 TTD の背景	46
第2節 TTD の収益の分析方法	47
第3節 TTD のマネジメントコントロール	48
第4節 TTD の収益管理	53
おわりに	62

第5章 インドの医療観光の現状、展望と政策

はじめに	64
第1節 医療観光の定義	64
第2節 医療観光の概念	65
第3節 インドの医療観光の種類	66
第4節 インドの医療観光成長に対する政府の支援	73
おわりに	77

第6章	インドの医療観光:代替治療の可能性と問題	
	はじめに	79
	第1節 インドの医療観光の背景	79
	第2節 インドの医療観光における代替治療の位置	80
	第3節 代替治療観光の可能性及び問題点	88
	おわりに	92
第7章	インド観光産業における政府の役割：宗教と医療産業を中心に	
	はじめに	94
	第1節 インドの宗教観光のプロフィール	94
	第2節 インド政府の宗教観光に対する各開発計画期間における支援	95
	第3節 インドの医療観光のプロフィール	99
	第4節 インド政府の医療観光に対する支援	102
	第5節 インド医療観光が生み出す日本との発展的關係	103
	おわりに	106
終章	本論文のまとめ、貢献と限界	107
謝辞	111
引用・参考文献	112

序章 本論文の問題意識、目的と概要

第1節 本論文の問題意識

世界の観光産業は、最大かつ最も急速に成長している経済部門の1つとなっている。2018年 WTTC (World Travel & Tourism Council) の調査によると、この部門は世界の GDP (Gross Domestic Product) の 10.4% を占めている。そして観光部門の成長率は 3.9% に達し、8年連続で世界の経済成長に貢献している。当該部門は、2018年に3億1,900万人の雇用、また世界の総雇用の10%を創出している。

インドの観光産業は、インドのサービス部門において急成長し、主要な経済のドライバーの一つとなっている。2012年現時点でインドの観光産業は GDP の 6.6% を占めており全国の雇用の 7.7% を占めている (Singh, 2014)。この分野は雇用の創出、外貨獲得の重要な源であり、地域およびホストコミュニティの経済発展に寄与している (Dadakalandar, 2018)。インドの観光分野の中でも重要とされている宗教観光と医療観光の現状、問題点及び今後の課題について研究を行う。

様々な宗教の起源として、インドは世界中から巡礼者を集めている。ヒन्दウー教はインドで最も古い宗教であるが、仏教、ジャイナ教、シク教などのさまざまな宗教の発祥地であることから、文化的多様性に富み他国から持ち込まれた他の宗教も常に歓迎して来た。インドには、世界の主要な宗教の神社が多く存在し、様々な宗教の礼拝所と聖地を有している。インドの宗教と宗派の多様性はおそらく地球上のどこよりも高いと考えられる。このような現状の中、宗教が社会に及ぼす経済効果も少ないものではない。

インド観光産業を支えている医療観光は、経済的にも社会的にその貢献は大きい。経済面では大量雇用を生み出し、GDP に大きく貢献し、社会的には間接的なベネフィットを与えている。医療観光客は一般に先進国から来ており、それらの圧倒的多数が発展途上国での治療を求めている。より具体的には、主にインド、タイ、マレーシア、シンガポール、韓国を含む国々の医療観光客の主な流れは米国と西ヨーロッパからのものである (Bookman, 2007; Hopkins et al., 2010)。医療観光のホスト国とサービスを受ける医療環境客のどちらもウインウインの関係にある。

現地国民の収入水準の上昇とライフスタイルの変化、多様な観光サービスの開発、政府による政策と規制緩和などはインドの観光セクターに重要な役割を果たしている。しかし、この部門は、質の高い観光インフラの欠如、観光客に対する健康の安全性、さまざまな州の異なる道路税、観光地に対するプロモーションと情報の不足、資金不足による観光遺産の未活用、熟練された人材の不足などがこの部門の課題となっている。

この産業の持続可能と開発に関係する中央政府および州政府、民間部門、一般社会などのすべてのステークホルダーによる協調的な取り組みがインド観光産業の発展には必要な要素になるであろう。

第2節 本論文の目的

本論文の主な目的はインド観光産業の中でもインドの宗教観光及び医療観光を中心に紹介し、まず日本ではあまり知られてない宗教観光の中の巡礼観光、そして当該分野の構造、インド宗教観光で利用されている Information Technology (IT) で生み出されている経済効果、そして地域社会に与える経済学的な効果と関係性を明確にする。次に急成長しているインドの医療観光の長所と短所を紹介し、現状及び問題を明確にする。さらにインドの観光の強みとして考えられている医療観光はなぜ世界中から注目されるのか、そして代替治療とウェルネス観光に焦点を当て、現地社会に与えている経済学的効果とその社会に与えている社会的な効果を明らかにする。

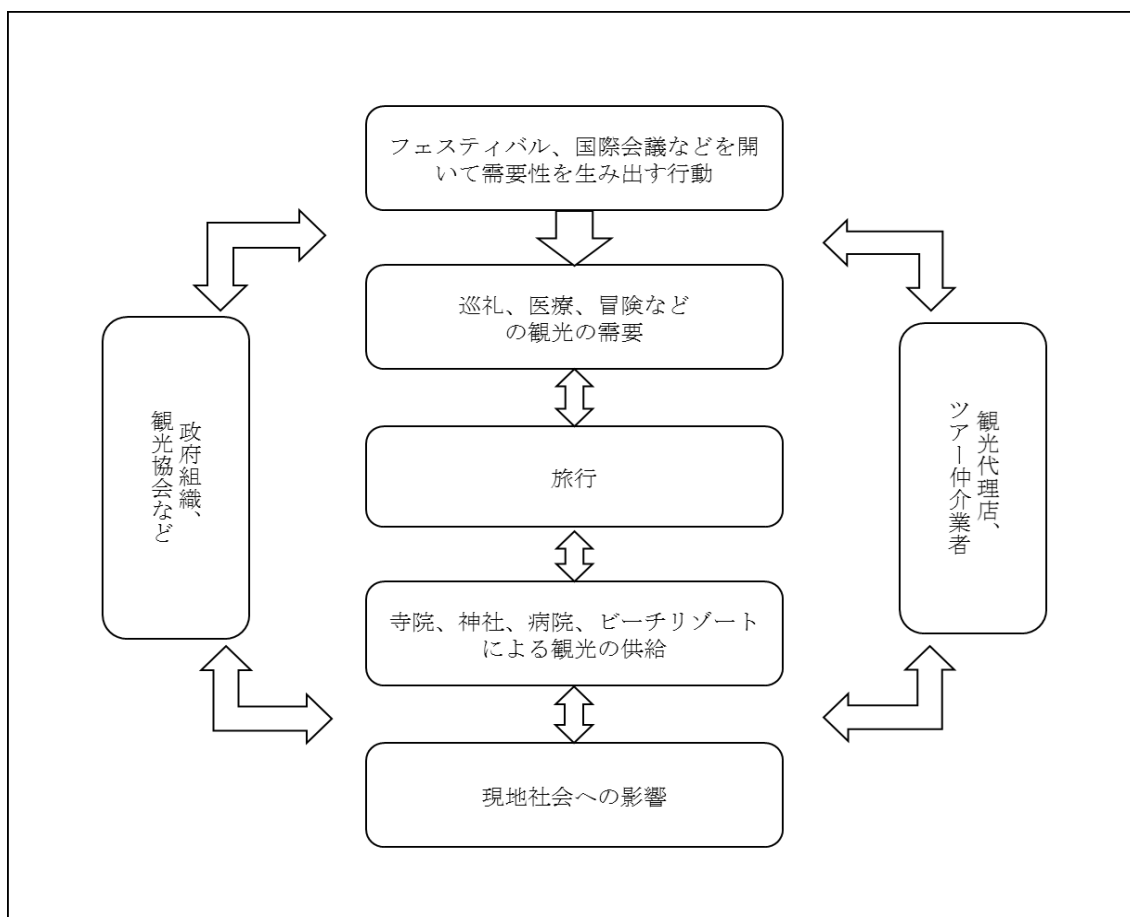
このようなインド観光産業のあり方は、途上国のみならず日本をはじめとする先進国の宗教観光の考察においても重要な示唆を提示していることから、大きな意義があると考えられる。

第3節 本論文の概要

本論文は序章と終章を除いて、7章から構成されている。まず、第1章では観光産業の先行研究レビューを行なう。第2章は観光産業の定義、インドでの展開、歴史的背景と社会への関係を明らかにする。第3章は宗教観光の経営的な構造、そして第4章は宗教トラストであるティルマラ・ティルパティ・デヴァスタナム (Tirumala Tirupati

Devasthanam、略、TTD) のレベニューマネジメントを中心に明確にする。第 5 章はインドの医療観光の現状、展望と政策を述べ、第 6 章ではインドの医療観光の中でも独自の強い代替治療方法の可能性と問題を明らかにする。そして最後の章となる第 7 章ではインドの観光産業におけるインド政府の役割を探る。インド政府観光省が実施している五か年計画の展望を明らかにし、本研究のまとめに入る。

図表 1.1 観光産業のフレームワーク



出所：筆者作成

観光産業の全体的なフレームワークは図表 1.1 で示したとおりである。図表 1.1 で表している左縦に並んでいる政府の組織、観光協会などは観光者に対して直接的そして間接的にサービスを提供している。これらの機関は治安の情報、目的地の情報、規制などの情報をほぼ無料で提供している。そして同じ図の右縦に並んでいる旅行代理店、旅行仲介業者などは国内外両方であり、観光客向けにほとんど有料で直接的にサービスを提供している。このような業者は観光産業に非常に大きな役割を果たしている。政府の組

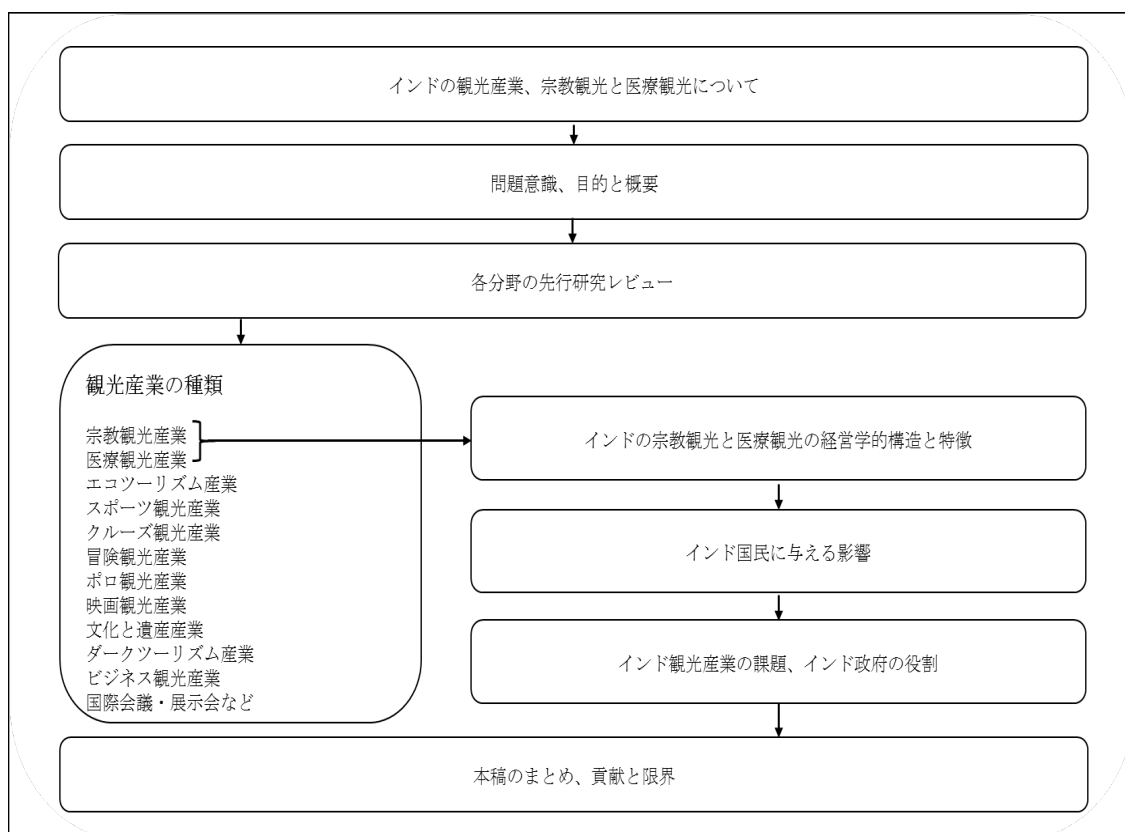
織、観光協会などは観光地または観光産業の情報を観光客に提供する。このような行動は国内であれば広告、祭り、新聞記事などである。同じく観光客が外国人の場合は海外でフードフェスティバル、ストリートフェスティバル、広告映画、セミナー、国際会議などを通して観光客に観光地の情報提供を図る。

次に、観光客が情報を得た上で初めて観光需要が生じる。これも国内の場合巡礼、医療、アクティビティ、自然観光のような観光がメインである。外国人観光客の場合は主に医療、宗教、スポーツ観光の需要がある。次は観光客が自分自身または仲介業者を通して自分の目的地また目的医院などへ向けて旅行をする。

観光サービスを供給する側に目を転ずると、スターホテル、ビーチリゾート、寺院、神社、病院などが主に観光サービスを提供している。その結果として、国内観光であれば現地またはその観光スポットが存在する州の税金収入、雇用創出など地域社会または国へのプラスの経済効果が生じる。

観光産業は直接的そして間接的に社会、政府、国際関係、国民、企業と密接な関係にある。インドで巡礼に出る文化は古代からあったのかかわらず、観光産業として政府の経済発展のツールとして考えられたのは植民地時代から独立した後（1947以降）であった。州政府の経済発展のために道路、航空インフラ整備などに投資を行い、国民の雇用も確保しながら建設を行なった。中央政府と州政府両方を参入して観光スポットの建設、再建なども行い、遺産を守っている。政府は観光客に対して比較的容易に観光地を巡ってもらうために様々なサーキットプランを作り、また観光客の安心・安全を確保し、良好な国際関係の構築し、世界平和を訴えている。観光客が増加することにより、大きな問題となっている雇用問題の解決の一助となっている。そして観光サービスを提供している企業も成長し、さらに税金が上がるようになって行く。このようなフレームワークは政府が観光者へのサービスの提供、そして観光者からは税金を徴収する形になる。このようなサイクルは観光産業のエコシステムとも言えるのであろう。

図表 1.2 本論文のフレームワーク



出所：筆者作成

図表 1.2 は本論文のフレームワークになる。ここではインドの観光産業は大きく 12 種類に分けられている。それらは宗教観光産業、医療観光産業、エコツーリズム産業、スポーツ観光産業、クルーズ観光産業、冒険観光産業、ポロ観光産業、映画観光産業、文化と遺産産業、ダークツーリズム産業、ビジネス観光産業、国際会議・展示会などである。だがここでは多くのインド国民が信頼する宗教（ヒンドゥー教、イスラム教、キリスト教、シク教、仏教、ジャイナ教など）が大きく影響を与えているため、宗教観光産業が重要な分野と考える。2011 年国勢調査によると 99%の国民が何らかの宗教を信仰している（外務省インド、2017）。

インドの観光産業の中で次に重要視されているのは医療観光である。インドでの医療を求めて国境を越える人々の数は年々増加している。先進国における自国での高額な治療費、長期間待機に対する不満、低価格の国際航空運賃、またインドでは代替治療の提供、先進的な医療技術と医療サービスの質の向上などが、インドの医療観光のドライバ

一となっている。インドのヘルスケア産業は 2008 年以降では年平均成長率（Compound Annual Growth Rate、略、CAGR）16.5%を記録している（India Brand Equity Foundation, 2017）。2017 年のインドのヘルスケア市場は約 1,600 億ドルに達し、2020 年には 2,800 億ドルに拡大すると見込まれている（India Brand Equity Foundation, 2017）。このような著しい成長をしているインドのヘルスケア産業は観光部門の経済発展に大きく寄与している。2016 年現在ではインドの医療観光市場は約 39 億米ドルであった。そして 2020 年までに 80 億米ドルに達すると予想されている。2013 年から 2016 年にかけて、インド医療観光市場の CAGR は 27%の成長を遂げている（India Brand Equity Foundation, 2017）。

本論文ではインドの観光産業のフレームワークは図表 1.2 のような流れになる。第一に本研究の問題意識、目的と特徴そして観光産業のフレームワークを利用し、概要を説明する。第二に観光産業の部門で行われた先行研究のレビューを行う。第三ではインドの観光産業の中で重要とされている宗教観光と医療観光の特徴を分析しながら各分野の別章を設けて研究を行う。インドの宗教観光の構造及び宗教トラストを経営学的に TTD のケーススタディーを行う。特にトラストのレベニューマネジメントが中心になる。続けて二つ別章を設けてインドの医療観光の実態、展望、政策、区分及び種類、長所と短所、インドの代替治療方法などを考察し、可能性と問題点を明確にする。第四では観光産業がインド国民に与えている影響、そして当該分野の発展のためのインド政府の役割と支援を明確にして本研究のまとめに入る。

本研究で使われる英単語の **Medical Tourism** の直訳は研究者によって様々である。医療ツーリズム、ヘルスケア観光、健康観光などである。筆者はいくつかの医療観光の本、そして日本の国土交通省、観光庁が発表した医療観光に携わるコーディネーターガイドラインの表記に沿って「医療観光」と表現する。なお、外国の文献、多くはインドの研究者の名前においては、その著者名の漢字がないため、英語で表記することとする。

第1章 インド観光についての先行研究

はじめに

インドの観光産業の成長を考察する上で過去に行われている先行研究や歴史的な背景も研究する必要があると考える。同時に観光産業の国際的な視点を取り入れた議論も必要である。観光のような製品（資源）は実際に売買可能な形ある製品と違い目的地自体が財として提供される特別な商品である。それ故に観光の値段（価値）は他の国の観光と比較することで相対的な価格を決めることが困難である。だが、産業の中でも医療観光のように国際的に提供する商品とサービスに一定の価値基準があるものに関して価格競争が起きてしまうこともある。

ここでは従来の観光産業の歴史をのべ、この産業についての先行研究、そしてインドの宗教観光の先行研究と近年のインドの医療観光の先行研究を三つの節に分けてレビューを行う。

第1節 インド観光の歴史的な背景の研究

ヨーロッパでは観光に関する書籍は18世紀および19世紀頃から発刊されており、ある程度の歴史を有している。だが、インドにはそれよりも古い歴史が残っている。当時の観光には次のような目的があった。①貿易と商業 ②宗教的価値と ③政治的要因であった（Gupta & Bhattacharyya, 2002）。古代の観光のやり方と目的は現在の観光の目的と考え方より少し違っていたことが言える。

約5000年前にインドではインダス文明が発展していた。インダス文明の当時でも言語と都市計画は相当緻密であった歴史が残っている。紀元前1500年頃にアリア人たちがその場所に北の方から侵入して来た。その時彼らは自分達の文化と宗教も一緒に運んできた。今のヒンズー教の叙事詩である四つのヴェーダ（Vedas）もこの期間に編集された（Zagade, 2012）。紀元前567年に、仏教の創設者ゴータマ・ブッダが生まれた。ちょうどこの時期に、マハヴィラ（Mahavira）はジャイナ教を創設した（Zagade, 2012）。その後、6世紀になってキリスト教はインドに入ってきた。7世紀には、ゾロアスター

教が今のグジャラート (Gujarat) 州に入って来た。15 世紀にはグルナーナク (Guru Nanak) がパンジャブ州でシク教を創立した (Zagade, 2012; Satish Babu, 2008)。

インドでは 17 世紀にモーグル王たちは自然の美しさだけでなく、首都であるデリーとアグラの夏の過度の暑さを避けるために、避暑地としてカシミール渓谷やパンジャブのピンジョールの丘などの場所に通っていた (Satish Babu, 2008)。植民地時代のインドは 19 世紀に入ってから外国人が増えることになった。1924 年にイギリス政府によってインドからロンドン行きの航路が就航した。これ以降インドの観光産業は新しい時代を迎えることとなった。1853 年からインドでは鉄道の運行が始まっていたため周辺の国からはインドへの旅行ルートが構築されていた。1924 年以降飛行航路の誕生によりインド人もヨーロッパ人もお互いの国へ旅行をする機会が増えたが、旅行者自体の数が少なかった。当時の旅行者の中で海外に行く人の多くは観光ではなく公務や商業目的であった。

様々な時期に種々の宗教がインドに入ってきている。古代の観光についての先行研究が宗教の叙事詩以外はほとんど存在しないのである。当時の観光の目的は政治的目的、商売目的そして宗教的な目的で観光をしていたことが分かる。そしてインドでは宗教観光が最も古い観光産業のあり方だと言える。

第 2 節 宗教観光についての先行研究

前の節で述べているようにインドでは宗教観光が最も古い観光のあり方である。個人で観光に出るには治安の問題、交通の不便、宿泊施設の不足などの問題があった。そのため団体の中に入り皆で巡礼にでることが一般的であった。巡礼観光は外貨獲得の有効な手段として、世界のいくつかの地域で主要産業として認識されている。観光産業には様々な観光のあり方があり、また長期的資本が必要である。インドは巨大な国土故に、自然環境だけでなく、言語、習慣、宗教、制度といった社会的側面においても多様性を有している。この多様性を観光資源として積極的に活用することで、インドは多くの外貨を稼ぐことができる可能性がある。

国内の主要な宗教観光は、地域開発のためには非常に有用であり、雇用創出により再び文化的価値観を根付かせることができる。唯物主義的思想によって引き起こされる現代社会の多くの弊害やストレスは、宗教的な観光の助けを借りて解消させることができ

る (Mishra, 2000)。言い換えれば宗教観光による精神的な充足によってストレスは解消される。宗教の側面から見ると信者にとってだけでなく、観光ビジネスという点でも、宗教的な文化遺産は重要な価値がある。

Mishra (2000) は、雇用創出、地域発展のことを中心に述べているものの、インフラ・サービス、ホテルなどのサービスの不足で起こされる収入の漏れについては十分に明確にしていない。例えば、自国の飛行機会社でサービスを提供することができないときは外国の飛行機会社だけの収入となるため、収入漏れが発生する。

巡礼観光は、現在のインドの国内観光の大部分のシェアを占めている。ただし、巡礼観光とそのほかの観光を区別するのが困難な場合もある。なお、巡礼者の多くは、貧しい人々であると言われる。巡礼観光は近代的な現象であり、インドでの宗教的な巡礼、文化および歴史の中では比較的新しいものである (Ivakhiv, 2005; Gupta & Bhattacharyya, 2002)。

観光が及ぼす影響は、①経済的影響、②社会的影響、③文化的影響、④環境的影響の4種類に分けられる。第1の経済的影響は、観光客数、生み出された雇用の数、観光客を対象としたビジネスの総収入・費用である。次に、第2の社会的影響は、人口の移動、観光関連施設の設定、生活水準の改善、犯罪の増減などである。そして、第3の文化的影響は、望ましくない活動の増加や観光客に対する文化的な敵意などである。第4の環境的影響は、巡礼観光客によって廃棄されたごみや異物による環境汚染である (Ivakhiv, 2005)。

Ivakhiv (2005) は、巡礼に参加するのは貧しい人々が多いと指摘するが、実際には様々な経済的なステータスにある人々が参加している。なお上述した巡礼観光の4つの影響も、第1と第3は相互に密接に関係しており、また第4の環境的影響は抽象的であり詳しい説明はなされていない。近年巡礼によるごみなどの廃棄と処理の問題は環境保全の大きな問題となっており、このことを指すものと思われる。

タミルナドゥ州は、仏教徒への支援並びに、仏教の研究に対する支援などを提供しようとしている。古代のインドにおける正式な宗教制度の支援は、政治組織とその社会経済と密接に関連している (Champakalakshmi, 1999)。しかしながら Champakalakshmi (1999) は、政治組織と社会経済の関連がどのように密接であるのかについては、詳しく述べていない。インドではいくつかの宗教トラストの委員会において直接的に政治家が介入するが、すべてのトラストに介入または社会の経済発展に貢献しているかは不明瞭である。

巡礼観光は、周辺国や国内の経済活動に大小の影響を与えている。巡礼観光は、多くの国の経済において最も重要な要素の1つでもある。世界的に有名な巡礼地の間では、激しい競争も起きている。新製品の創造などのイノベーションは、巡礼観光においても競争優位に立つ上で重要な要因である。巡礼者の誘致には、イノベーションのための継続した努力が必要となる。このことは、巡礼観光に大きな影響を与え始めている (Rountree, 2002)。Rountree (2002) は、イノベーションが巡礼観光に及ぼす影響を検討している。だが、巡礼地の寺院などのイノベーションよりも、巡礼をサポートする回りの環境のイノベーションも重要である。

現代のインドの宗教観光産業は、巡礼の伝統から大きく発展し、宗教が国の経済も支えている。宗教関係者は、巡礼地で宗教サービス、宿泊、交通手段を提供し、明確な宗教サービスを公式と非公式の形で提供している。ところが、宗教的なサービスによって生み出された収入について州政府の税金の免除を受け続けながら、市民への責任を放棄し続けている (Shinde, 2012)。

巡礼は、古代から現代に至るまで、人間社会に知られている最古かつ最も基本的な人口移動の形態の1つである。そして、巡礼がもつ法的、社会的、文化的、経済的な意味合いは常に重要であり、将来においても引き続き重要である。近年の世俗的な行動は宗教的巡礼か観光ツアーであるのか区別するのは難しい (Collins-Kreiner, 2010)。巡礼観光は、観光客が宗教的態度を達成するために強く動機付けている。巡礼は自身の信仰心を高め、かつ精神的な充足を得るために行われてきた古代から続く最古のアトラクションの一つである (Vijayanand, 2014)。

インドのヒンズー教のトラストの一つである Tirumala Tirupati Devasthanam (以下 TTD) の情報発信は信者に対して重要な役割を果たしている。さまざまな場所、さまざまな言語、さまざまな文化の人々がティルマラ (Tirumala) に訪れている。巡礼者は情報とガイダンス不足を非常に心配している。巡礼者への情報提供は TTD の義務である (Raveendra, 2014)。

宗教観光には、聖地での多くの種類の旅行が含まれる、そしてそれらは宗教的関心に動機付けられる。信者に対して宗教的な場所や宗教的なシンボルの印象も巡礼の記憶に残る (Blackwell, 2007)。巡礼の最もよく知られている定義は精神的なニーズを満たすために、宗教的に重要とされている場所への旅である。宗教的な観光客はさまざまな理

由でこれらの聖地を訪れるが、主な目的は文化的小よび教育的なものである (Sharpley & Sundaram, 2005)。

観光の専門家の Chaspoul (1993) は宗教観光の 4 つの主要な関心事について議論している。それは次のようである。①精神的な視点から神への敬意とアプローチ、②社会学的観点から宗教グループの歴史と教義をよりよく学び理解をすること、③文化的な観点から属する場所、地域、宗教的シンボルを理解するための文化的イベント、民族学的影響などを訪問すること、④地理的観点から宗教団体の行動が変化し、観光客の提案を市場のニーズに適合させること、としている。

本研究の第 4 章の TTD の収益管理に關係する先行研究で示されるように、ティルマラについての古い書籍によると、神聖なスリ・ベンカテスワラ寺院の歴史的な説明が見られ、寺院と地域はさまざまな支配者の下で管理されていた (Iyengar, 1939)。寺院に關する次の本『ティルパティ・バラジ』 (Tirupati Balaji) では、寺院の性質と意義を詳しく述べている。これは TTD のモノグラフであり、有益な小冊子である (Rao, 1949)。ティルマラ寺院の歴史、儀式、一般的な慣行は、さまざまな文化やグループによって巡礼の管理がなされていたことがわかる。 (Varadacharya, 1999; Raveendra, 2014)。

TTD の元執行役員および元会長は、寺院の適切な管理と、社会および福祉活動のために寺院の資金の活用に関する個人的な見解を提示し、寺院の儀式の実施、寺院の召使、礼拝者のドレスコード、評議員の行動規範、その他の宗教的機能および儀式、宿泊施設、ダルシャン (礼拝) の毎日のスケジュールを含む、寺院管理について述べている (Rao, 1977)。

TTD の財政を理解しようとするなら初期のものは 1960 年代となる。1951-1963 年に TTD の収益をメインとした研究では、TTD の投資に加えて収入と支出の基本的な分析を提供している。Kumar (2015) は、1951 年から 2002 年までの TTD の収入と支出を示している。ただし、一人当たりの収入と支出については明確していない。本研究では 1951 年から 2012 年までのデータ分析に基づいて、収入増大と支出について明らかにした。そして TTD が今後、経済的な目的を達成するには、収入の最大化と支出に対する管理、収支の分析を行い、その結果として今後の経営管理のあり方 (特にレベニューマネジメント) について提案する。近年になって TTD の毎年の予算は増え続けているが巡礼者数の大きな増加は見られない。

このように巡礼観光についての先行研究には分析結果が抽象的なものが多い。しかしながら、観光ビジネスにおいては重要な市場であり、より具体的な分析が求められている。以上の先行研究を踏まえ、本研究ではインドの宗教巡礼観光を考察したい。

第3節 医療観光についての先行研究

世界中において医療観光が活発になるのに伴い、医療観光に関する研究も進んでいる。従来は、医療観光は先進国を中心としたものであったが、近年になってからは新興国の方がより活発になっている。

ここでは、まず古代からのインドの医療の考え方を検討したい。ヨガの誕生後（5000年以上も前であると考えられる）、医療旅行者と学生はインドのヨガなどの代替治療の詳細について学ぶために奮闘していた。インドは、東洋の文化、精神、薬学の中心地として評判を残していたが、西洋の臨床医学がより普及し、信頼できるようになったときでさえ、インドは世界中の代替治療のための最良の場所である（Trivedi, 2013）。Trivedi（2013）は経営学的な結論は出していないが、古代からインドの代替治療が注目されていたと言える。

インドの医療観光に関する代表的な研究者によれば、インドでは安いコストで高い技術の治療を受けられるため、インドの医療観光はこれからもますますの発展が見込まれている。アジア諸国のいくつかの国にとってはインドの医療観光は独占的な市場となっている。しかし、ほとんどの国は医療観光市場に参入しようとしている。インド政府は、国の医療観光を促進する方向で努力している。これは国内そして海外の民間企業によって支えられている（Connell, 2006; Gupta, 2015）。

一方、彼らの研究では医療観光によりもたらされる現地社会におけるデメリットなどはほとんど取り上げられていない。例えば、医療のために訪れる患者が感染症などに罹患している場合、現地の民間人に感染させてしまう大きなリスクがある。インド、マレーシア、コスタリカ、タイなどの国々では、欧米にはみられない感染症があり、流行するデメリットもある。そのため外国人患者を受け入れる地域においては良好な受け入れ環境と十分なリスク管理を行えるシステムの整備が必要である。

Mishra & Shailesh (2012) は医療観光が依然として有望な産業であるのか、医療観光の発展についてきちんと考慮されているのかについて、異なる意見を示している。医療業界は、医療観光協会 (Medical Tourism Association、略、MTA)、保健センター、および国際共同委員会を含むいくつかの信頼できる団体の活動によって推進されてきた。しかし、インドの医療観光市場は、民間部門によって独占されていると述べている。

Mishra & Shailesh (2012) の研究にあるように、新興国であるインドの医療は民間部門によって占められている上で、医師倫理、病院の倫理などはきちんと守られているかどうかについて考慮する必要がある。違反している場合は厳しく処罰される法律が必要である。Bookman & Bookman (2007) は、医療観光は健康と経済の改善と言う二つの目的を含むものと結論づけている。さらに、Herrick (2007) は 2006 年時点で世界の医療観光マーケットのシェアは 600 億ドルであって 2012 年に 1000 億ドルまで増加すると発表している。このことから、市場の成長率には限界があるものの、近年では医療観光は増加傾向にあると見られる。

次は本研究の第 6 章に当たるインドの医療観光、代替治療の可能性と問題についての先行研究に焦点を当てたい。医療観光は、世界中の患者にとってますます利用しやすいヘルスケアの機会になっていて、主に生物医学的手段と、観光を組み合わせたものである (Dawn & Pal, 2011)。さらに医療観光という用語は、ここでは国境を越えてハイテクな医療を受けるために移動することを指す。医療観光は旅行代理店とマスメディアによって、急速に成長している (Dawn & Pal, 2011)。医療観光は、手術的治療、美容整形、代替治療およびウェルネス治療 (スパ、瞑想など) のための観光で構成される。本論文では、インド政府が強調した医療観光の中で二つの分野である代替治療とウェルネス観光に焦点を当てている。さらに、インドでのウェルネス観光の歴史は古代からである。今日、ヨガとアーユルヴェーダはインド医学の代名詞に変わって来ている。

他の国で医療を求めることは、母国ではできない手術や他の特定の治療のため、また長い待機者リストを含む、さまざまな要因によって動機付けられている。通常、外国で治療を受けることによって、かなりのお金の節約できることだけでなく、世界トップクラスのサービスも受けられる (Mishra & Shailesh, 2012)。これは世界中の人々に大きな魅力をもたらしている (Carrera & Bridges, 2006)。伝統的な代替治療の成長は近年の医学によって発展可能になっている (Gupta, Rajachar & Prabha, 2015)。代替治療とアロパ

シー（逆症療法）が関連して、インドはアジアの医療観光客だけでなく、全世界の医療観光客にとっても主要な医療観光地の一つになる可能性がある。

インドの医療システムは、手頃な価格で質の高い医療サービスを提供することで有名である。医療観光パッケージは、国境を越えて患者を引き付けるため、伝統の医薬品と既存のアロパシーシステムを統合することにより、「サービスのバスケット」を提供している（Gupta, Rajachar & Prabha, 2015）。近年インドの医療観光の人気は高まり、インドの医療観光産業は毎年 25%から 30%成長している（Mishra & Shailesh, 2012）。さらにインドの医療観光産業は、企業家によって支配され、病院の 80%は民間企業によって運営されているとみられている（Mishra & Shailesh, 2012）。

医療観光の概念を理解するためには、医療観光における病院が提供するホスピタリティの重要性を認識する必要がある。利害関係者は、異文化間の行動の重要性と、ホスト国と患者間の異文化コミュニケーションを知る必要がある（Kunwar, 2019）。Bookman（2007）は、発展途上国での医療観光に関する調査を実施し、医療サービスと観光の関係を明らかにしている。この研究では、医療観光は、健康を目的としたツアーであると定義されている。観光産業市場は、その基盤、課題、セクターの開発に関連する機会、およびヘルスケアの公平性の問題に関して説明される（Bookman, 2007）。彼は医療観光で取り巻く基本的な経済的および法的問題について説明している。

補完代替治療（Complementary Alternative Medicine、略、CAM）は、予防的または治療的な医学的効果があるといわれている。現代または蘇った古代の慣行を網羅している。これらの慣行は一般に医学では認められておらず、通常の証拠や健全な科学的仮説に基づいていない。CAM には、ホメオパシー、マッサージベースの療法、自然療法、食事療法、およびその他の同様の実践などのさまざまな療法が含まれる（Shakeel et al., 2011）。一般的に CAM は、現代の科学ガイドラインに含まれていないし、主要な科学団体によって推奨されていない（Ray, Chakrabarty, Paul & Som, 2018）。

Patwardhan, Warude, Pushpangadan & Bhatt（2005）は、アーユルヴェーダをインドの伝統医学（Traditional Indian Medicine、略、TIM）として認識しているが、中国の伝統医学（Traditional Chinese Medicine 略、TCM）は依然として世界最古の医療システムと見なされている。しかし、Renckens（2009）は、アーユルヴェーダは生命、予防、長寿の科学でこの地球上で利用可能な最も古い医療方法であると主張している。アーユルヴェーダは体のバランスを認識し、体を健康に保つ。現在、漢方薬と伝統薬を監視および規

制する取り組みが進行中である。中国はより多くの研究と科学に基づいたアプローチで治療を促進することに成功しつつあるが、アーユルヴェーダはまだ広範な科学的研究と証拠の基盤を欠いている (Patwardhan, et al., 2005)。これに関連して、本研究ではインド代替治療方法の (Ayurveda, Yoga, and Naturopathy, Unani, Siddha, and Homoeopathy, 略、AYUSH) の導入と重要性を考察する。

ヒンズー教の聖典であるヴェーダ (アーユルヴェーダ) は、さまざまな病気の治療に使用される薬草に関する詳細な情報を提供している。古代の癒しの技術と治療は、サンタナダルマ (普遍的な宗教) の一部であった。四つのすべてのヴェーダはサンスクリット語に言語化されている。リグ、サマ、ヤジュール、アタルバの4つのヴェーダに分類されている。ヴェーダには、健康、占星術、スピリチュアルビジネス、政府、軍事、詩、人間の動作についての詳細が含まれている (Shakeel et al., 2011)。リグヴェーダ (Rik Veda) には、健康と病気の性質、病因、治療の原則に関するセクションが含まれている。リグヴェーダの一部であるアトレヤ・サムヒタ (Atreya Samhita) は、アーユルヴェーダのハーブ、宝石、食べ物、香り、色、ヨガ、マントラ、ライフスタイル、手術の使用に関する情報を備えた、世界最古の医学書の1つとして知られている。そして3つの主要なアーユルヴェーダのテキストが現在も使用されている (Fontanarosa & Lundberg, 1998)。チャラク・サムヒタ (Charak Samhita)、サシュラット・サムヒタ (Sushrut Samhita)、およびアシュタンガ・フリダヤ・サムヒタ (Ashtanga Hridaya Samhita) は伝統的な健康を扱っており、すべての機能はヨガである (Fontanarosa & Lundberg, 1998)。

Kumar & Bharadwaj (2016) は、ヨガは素晴らしい生活の芸術であると発表している。ヨガの練習は、人々のライフスタイル、人生の考え方、性格、行動、態度を規制することができ、人生におけるより高い目標を達成するのに役立つ。人間の意識とヨガ科学は、ヨガに関する意識の謎を理解しようとする試みである。そして Bhavanani (2012) は医学について次のように主張している。新しい医療の改善と開発は、ヨガを含むいくつかの伝統的なヒーリング技術を統合し、ヒーリング、健康、長寿を促進するための基盤となっている。さらに、ヨガは現在のヘルスケアの課題に対する全体的なアプローチでもある (Bhavanani, 2012)。不妊治療中では、さまざまな不安が時間とともに増加することが示されている。ヨガは治療中に起こる心理的な問題から患者を解き放つ可能性がある。Jasani & Heller (2016) によれば、ヨガ治療方法は、他の種類のヘルスケアのストレスを解消する方法として使用されており、さらに不妊症への有効な対処方法である。

代替治療のもう一つの治療方であるユナニ (Unani) は病気を治療するための古代からの方法である。ユナニ医学のシステムはギリシャで始まり一般的にはアスクレピオス (伝統医者) の考えに基づいている (Shakeel et al., 2011)。Linde et al., (1997) によると、Hippocrates (ヒポクラテス) (紀元前 460-377 年) ギリシャの哲学者及び医師であり、ユナニ医学の父とみなされている。そして Galen (ガレノス) (131-210 AD) は Unani 薬のシステムをさらに開発したと言う。人間の病気の予防的および促進的な側面を扱い、生態学的小および環境的要因によって引き起こされる健康上の合併症を治療するユナニは、生活習慣の改善や食事制限によって健康を維持し、病気を治療する考え方である (Linde et al., 1997)。

シッダはインド独特の代替治療方法であり。シッダのスローガンは「予防は治療よりも優れている」である。シッダの歴史は、診断と治療の原則とともに、北インドのアーユルヴェーダ医学の伝統と比較することができる (Zysk, 2008)。シッダの熟練した医師は、患者の脈拍、尿、舌、目の検査など、さまざまな方法を使用して、不均衡を判断し、その本質を診断する (Bhamra, 2016)。不均衡を改善するためのシッダ治療法には、植物ベース、金属ベースとミネラルベースの薬の使用が含まれる。また、シッダ医学のシステムは、健康的な生活様式を規定している。

インドでは代替治療のもう一つの方法としてホメオパシー (Homeopathy) システムを利用したものがある。ホメオパシーは、19 世紀初頭にインドに導入された。1973 年、インド政府は同国の主要な医療システムの 1 つとしてホメオパシーを受け入れた。中央ホメオパシー評議会 (Central Council of Homoeopathy、略 CCH) は、教育と実践を規制するために設立された (Ghosh, 2010)。他の多くの国でホメオパシーが無視される理由はいくつかあるが、日本におけるホメオパシーの普及は進みつつある。しかしながら、日本ホメオパシー学会によると、日本におけるホメオパシーの現状は代替治療の方法として目立ったものになっていないとされている。なぜなら、法的枠組みの問題のためホメオパシー治療の法的な規制が設けられていないためだ。ところが、日本医学会 (The Japanese Association of Medical Science、略、JAMS) によるとホメオパシーの治療効果は科学的に明確に否定されている。

複雑で多因子の慢性疾患と多発性疾患の発生率の増加は、より効果的な治療の必要性を示している (Song, Xia, Rezeng, Tong & Tang, 2016)。医療行為では、伝統的で補完的な代替治療 (Traditional and Complementary Alternative medicine、略、TCAM) の使用は

医療の重要な部分である。世界中でますます多くの患者が TCAM 予防または緩和ケアに依存している (Song et al., 2016)。これらの現状を考えると、インドにおける代替治療はさらに促進されなければならないし、同時に代替治療を認証するための医療研究開発にもっと重点を置く必要がある。

おわりに

本章ではインド観光産業に関する先行研究とそのレビューを行った。筆者は本研究に沿ってインド観光産業の歴史的な研究、次に重要とされているインドの宗教観光、そして近年世界中から注目されているインド医療観光についての先行研究を三つの節に分けてレビューを行った。歴史的にインド観光産業を振り返ってみると当時の人々の観光に出る目的は貿易、商業、宗教的価値、政治的な要因であったことが理解できる。インドの宗教観光は巡礼の形で発展してきている。その文化はいまだに継続されおり観光の目的は純粋な宗教目的ではあるが、時間と交通の利便性の向上により、個人または家族単位での旅行が増加し、その旅行時間も短縮されている。このような観光はホスト地域の人材の雇用及びインフラの発展へ直接的または間接的に貢献している。インドの医療についての先行研究のレビューによれば、東洋医学またインド伝統的な医学は古代から脈々と受け継がれているものであった。一方、科学技術の発展と並行するように西洋医学の進歩も顕著となり、インド伝統医学の発展が遅れていることが明確になった。だが、近年インドでは西洋医学と東洋医学両方の治療を受けられることができる医療観光のような産業が発展している。さらにインド政府はインドの代替治療の促進のために厚生省とは別に AYUSH 省も創設した。

先進国と比較すれば、インドの観光産業は、割安な物価、多民族の国民、様々な宗教に対する寛容性、多くの宗教の聖地、ビーチリゾート、先進国に劣らない高質の治療、先進国で医療を学んだ熟練した医者、格安飛行機サービス、治療までの待機時間の短さ、手続きが簡単な査証システムなどに支えられていると言える。

第2章 インド観光産業の発展と課題

はじめに

本論章はインドの観光産業発展の歴史と背景また観光の課題を明確にすることを目的とする。近年、注目されるようになった様々な観光そして観光集団は、インドでは昔ながらのことであった。インド国内の人々また、周辺の国々の人々は神々への祈りを目的として巡礼の形で聖地に向かい旅に出ていた。近代的な交通手段がなかったことによって何週間もかけて団体の中に入り人生の長い旅に出ることが一般的には巡礼（TIRTHA）であったと言う。その文化はいまだに残っている。このような巡礼の仕方はインドの観光の歴史の基である。さらに、昨今インド政府にとって大きな懸念事項である雇用の問題は、この観光産業の助けにより一定程度緩和されている。また、現地社会のインフラを整備することにより、観光産業は持続可能なものになると考えられる。本論文の結論として、様々な問題などを解決しながらインド政府による国連「持続可能な開発目標」（Sustainable Development Goals、略、SDGs）への参加によって、インド観光産業は積極的に発展に向けて進んでいくとみられる。

第1節 観光の定義

国連世界観光機関（United Nations World Tourism Organization、略、UNWTO）は、国連の機関である。UNWTO は観光のプロモーション、観光による経済成長、観光開発、観光産業の持続可能性、環境の持続可能性、そして、世界中の観光客のためにアクセス可能な観光地を促進する責任がある。また、UNWTO は観光の分野では主要な国際機関であり、世界中でこの分野でのリーダーシップを発揮し、観光の知識と観光政策をサポートしている。具体的には、観光政策の問題に関する世界的なフォーラムの開催や、実用的な観光知識の情報源である（World Tourism Organization, 2016）。

UNWTO は人種、性別、言語、または宗教を区別せずに、すべての人権および基本的自由に対する国際理解、平和、繁栄および普遍的な尊重を遵守する。UNWTO は特に発展途上国の観光による利益に注目をしている。

観光の国際的な定義は、レジャー、ビジネス、その他の目的で普段の生活の場所以外で1年以下の連続して旅行および滞在する人々の活動が含まれる（Inskip, 1998; Mason,

2015; Theobald, 1998; UNWTO, 1999)。UNWTOでは観光の言葉は次のように使われている。①国内観光：母国の国内を旅行すること、②インバウンド観光：外国人が訪れてくる旅行のこと、③アウトバウンド観光：自分達の国から外国へ旅行をすること、④国際観光：インバウンド及びアウトバウンド観光で構成されることを指す(UNWTO, 1999)。

インドの観光は古代のインフォーマル部門の産業として知られている。インドの観光の基と考えられている巡礼は貧乏人の旅行という考えもある。だが、近年では経済的に余裕のある人も、ない人もすべての人々が巡礼に参加している。そして、宗教的な旅行と非宗教的旅行の違いを見分けるのは難しい場合がある (Crouch, Jackson & Thompson, 2005)。また、本論文と関係する医療観光とは、医療やウェルネススペースの活動を通じて、身体的、精神的な健康への貢献を主な動機とするタイプの観光を対象とする (UNWTO, 2018)。

インドの医療観光も古代から歴史を有している。ヨガは、5000年以上前にインド北部のインダス文明によって開発された (Micozzi, 2001)。18世紀になってヨガの達人が西洋に旅行し始め、信者を集めたことにより、ヨガは世界中で病気の予防法として知られるようになった。また、17世紀から18世紀に渡りミネラル成分を含む温泉に入る(湯治)などが主要な健康観光でもあった。

観光の定義をめぐっては、研究者によって独自の定義を用いていることが多い。だが、本研究では国連世界観光機関により決められた定義に基づく。

第2節 インドの観光産業の展開

インドにおいて観光産業を促進するための最初の組織的な取り組みは、インド政府による1945年委員会の設置である (Krishna, 1993)。当時のインドはまだイギリスの植民地であった。委員会の主な目的は、インド観光の発展の可能性を調査することであった。委員会は、国内及び外国の観光客の交通状況を調査し、国内のさまざまなアトラクションまでの交通手段を提案することを政府に要求した。そして、中央政府や地方自治体などのさまざまな当局が提供する交通機関や宿泊施設などの情報の収集も行われた (Ranga, 2003)。

インド政府は観光産業の促進及び自国経済の発展の原動力になることを目指して初めて観光産業のために第2次5か年計画（1956-1961）からようやく国家予算を割り当てるようになった。続いて第6次5か年計画（1980-1985）では、観光は社会と経済発展の主要な手段（ツール）として見なされるようになった。観光活動が勢いを増したのは80年代以降である。政府はいくつかの重要な措置を講じて1982年に観光に関する国家政策を発表した。1988年後半に、観光に関する全国委員会は、観光の持続可能な成長を達成するための包括的な計画を策定した。1992年には国家行動計画が作成され、1996年には観光促進のための国家戦略が起草された。1997年に施行された新たな観光政策では、観光の発展における中央政府と州政府、公共部門の事業、民間部門の役割が明確に認識されることとなった。観光施設を建設（寺院、神社、無料また、安い値段で宿泊できる施設、タワー、道路など）するに当たり、Panchayati Raj 機関（インドの地方自治制度）の必要性、地方団体、非政府組織（NGO）の必要性も認識されている。

インドでは1990年以降経済の自由化が進み、海外の投資家により投下資本によって新たな私立病院が設立され、外国からも患者を受け入れることが可能になっている。上記の一連の行動は外貨を稼ぐ観光産業の大きなインフラ、ツールとなっている。インド政府観光省の報告書2018年のデータを見ると様々な目的のためにインドを訪れる外国人観光客数は2017年では1000万人であった（Ministry of Tourism Government of India, 2018）。さらに外国にいるインド人（Non-Resident Indians）も含むと2017年の外国人観光者の数は1554万人を超えている。（Ministry of Tourism Government of India）当局によると2017年の国内観光者数は全国で1億6520万人を上回っている（Ministry of Tourism Government of India, 2018）。このような数の観光客数は観光産業にとり大きな成功だと考えられる。

第3節 インド観光産業発展の背景

インドのような発展途上国の観光産業は経済成長の触媒として特に重要である。全世界の観光産業は国の外貨収入を増加させるだけでなく、雇用を生み出す最大の産業の一つでもあり、全世界の労働力の10%が観光業によって雇用されている（UNWTO, 2009）。この産業は直接および間接的な雇用を創出することから、世界のほとんどの発展途上国の失業問題の解決に貢献している（Bhardwaj, 1998）。

観光産業はインドの最大のサービス産業であり、国内総生産の 6.23%を占めており、インドの総雇用の 8.78%を創出している。インドでは、年間 500 万人以上の外国人観光客が訪れ、国内観光客は 5 億人を超えている(Amutha, 2016)。また、2012 年にインド観光産業は、直接的に 2,500 万人の雇用を創出している。そして、2023 年までに 3,100 万人の雇用を創出すると推計されている (Amutha, 2016)。インド観光省は、インドにおける観光の発展と促進のためのノード機関 (Nodal Agency) であり、「Incredible India」 「信じられないほどのインド」キャンペーンを維持している。

図表 2.1 外国人観光者数と外貨収入 1999 年から 2016 年（6 月）まで

年度	観光者数（百万人）	観光者数前年比較%	外貨収入百万米ドル
1999	2.48	5.2	3,009
2000	2.65	6.7	3,460
2001	2.54	-4.2	3,198
2002	2.38	-6.0	3,203
2003	2.73	14.3	4,463
2004	3.46	26.8	6,170
2005	3.92	13.3	7,493
2006	4.45	13.5	8,634
2007	5.08	14.3	10,729
2008	5.28	4.0	11,832
2009	5.17	-2.2	11,136
2010	5.78	11.8	14,193
2011	6.31	9.2	16,564
2012	6.58	4.3	17,737
2013	6.97	5.9	18,445
2014	7.68	10.2	20,236
2015	8.03	4.5	21,071
2016	**4.19	**8.9	**10,865

**=（1 月から 6 月まで）

出所：India Tourism Statistics at a Glance 2015、一部筆者編集

図表 2.1 で表しているように過去 15 年は外国人観光客数と外貨収益の両方が上昇トレンドに入っている。インド観光省によると 2009 年までは、インドの観光部門の業績は非常に印象的であった。2002 年から 2009 年の間に、インドへの外国人観光客が 238 万人から 517 万人に増加した。世界経済の減速とテロ活動、インフルエンザなどにより、訪印する外国人観光客の成長率 2009 年には、前年比 2.2% 減少した (Ministry of Tourism Government of India, 2010)。

第 1 項 観光産業の地域社会への影響

観光産業の発展は直接的または間接的に現地の地域社会に影響を与える。現地の国民の収入、インフラ設備の発展、物価の上昇、人口増加などは現地社会に直接的に影響を与える。現地における貿易の拡大と観光地の手工芸品の販売により経済的な利益を享受することができる。また、現地の伝統芸術、手芸、ダンスミュージック、ドラマ、その他のライフスタイルの活性化にもなる。観光客も住民と一緒に上記のようなアトラクションに参加するとことでより多くの収入を得ることができる。観光客は自分が進行する寺院やその他の重要な神社をお参りするときに寄付をする。これは、地域社会の生活水準の向上につながる (Singh, 2011; Nigam, 2002; 高寺, 2004)。また、間接的には旅行仲介業者、ツアーオペレーター、ツアープロモーション業者、パッケージツアー、運送会社、航空会社、鉄道会社、通信会社、ホテル業界などは観光客の増加によってビジネスがなりたっている。そして観光に対するさまざまなタイプの課税により政府の税収が増える。ここで得られた税により地域社会のインフラ施設の開発を促進することが可能となる。

近年、宗教を目的として旅行する人の数が増えている、ヒンズー教とジャイナ教では祈りを目的とした旅行をすることが TIRTHA と言う。同じようにイスラム教ではハッジ (HAJJ) と言う。宗教観光は主要な側面 (祈りのみでなく) に関係するだけでなく、社会にも大きな影響を与える。例としてイスラム教徒のメッカ巡礼のシーズン中に世界の隅々で驚くべき活動が行われ、大勢の人が陸上、船、航空機でメッカに流れ込む。人々は愛をこめてカーバ (KAABA) 神殿を訪れるために、あらゆる苦難を経験する。そのとき現地では様々なサービス業において混乱をきたす。一方で飛行機サービス、旅行仲

介業者、宿泊業界などが大きな利益を出す。換言すれば多くの雇用を生み、そして税収を増加させることができる。

同じようにヒンズー教徒でもクンブメーラ (KUMBHMELA) 祭りのとき大勢の人々が集まる。インドのガンジス (Ganges) 川で行われるもく浴を行った人々の数は 100 万人を超えるという¹。そしてインドでは、TTD は宗教観光で影響を受ける聖地の 1 つであり。TTD が現地社会のための必要なインフラ整備は TTD 独自で行っている。さらに教育機関、病院、交通関係、水道などの整備にも協力している。そして TTD は 1 万 4 千人もの雇用も創出している。

このように観光産業の中の宗教観光は社会に大きな影響を与えている。さらに、本研究と関連する医療観光も現地社会の人々の雇用、経済サービスなどと同じように影響を与えている。インドの物価が先進国や他の途上国と比較していまだに安価であるため、大きなチェーン病院がところどころに乱立している。医療観光の目的で建設された病院でも国民がサービスを受けることができ、国際標準の医療サービスを受けられる機会を提供している。そして大規模な現地雇用を生み出している。

第 2 項 観光産業開発と SDGs の関係

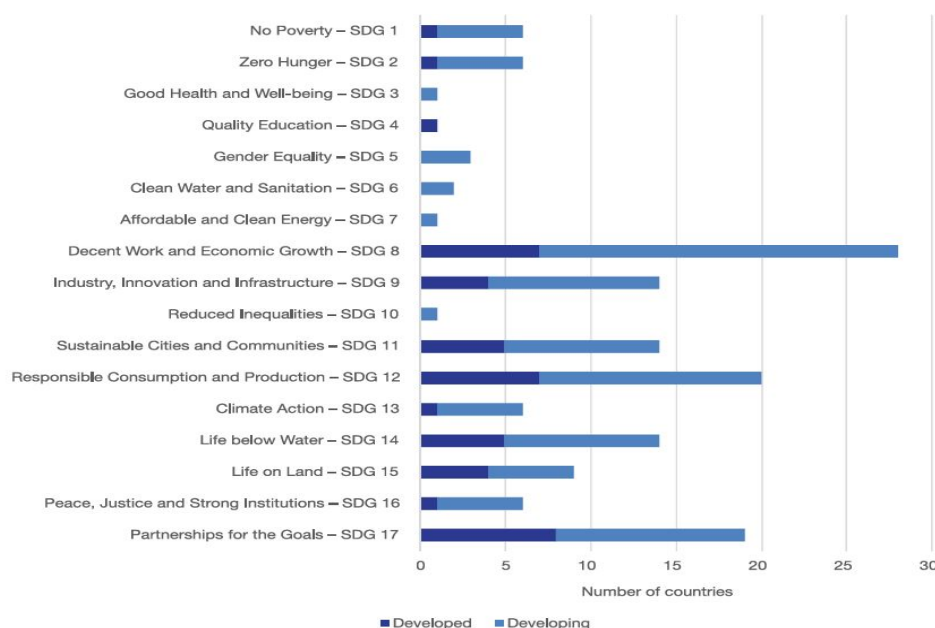
観光産業は持続可能な開発目標 (SDGs) に参入している。世界観光機関によると、サステナブルツーリズムの商品とは、その利益が永久的に続くように、地域の環境、コミュニティ、文化と調和する形で実施される商品である。また、地域コミュニティと受入れ国に経済的利益をもたらしながら、生態学的、社会文化的負荷を最小限にするように努める観光であると発表している (北脇秀敏, 2017)。世界観光機関の 2017 年のデータによると、41 か国は (インドを含む)、SDGs を達成するための観光の価値を認識している。2017 年における WTO と国連開発計画 (United Nations Development Programme、略、UNDP) との共同プログラムでは、図表 2.2 で表しているように、ディーセントワ

¹ 世界最大の宗教祭、ヒンズー教の「クンブメーラ」始まる. (2010). Retrieved 25 December 2019, from

<https://www.afpbb.com/articles/-/2682988>

ークと経済成長、責任ある消費および消費に関する SDGs 8、12、17 目標の生産とパートナーシップは、それぞれ観光と最も強いつながりがあることを表している (WTO and UNDP, 2017)。いくつかの国では、観光を使用して追加の SDG を実装して、これらの目標を達成するための重要な手段であると認識している (WTO and UNDP, 2017)。多くの国が刺激的な例を提供している。SDG 9 の産業と技術革新の基盤をつくろう (Industry, Innovation and Infrastructure)、SDG 11 の住み続けられるまちづくり (Sustainable Cities and Communities)、SDG 14 の海の豊かさを守ろう (Life Below Water) と観光のつながりがあると宣言している。さらに、SDG 15 の陸の豊かさを守ろう (Life on Land)、SDG 1 の貧困をなくそう (No Poverty)、SDG 2 の飢餓をゼロに (Zero Hunger)、SDG 16 の平和と公正をすべての人に (Peace, Justice and Strong Institutions)、SDG 13 の気候変動に具体的な対策 (Climate Action) を、などが、観光に関連付けて頻繁に言及されている (WTO and UNDP, 2017)。2030 年までに、発展途上と最も経済的発展が遅れている国々において、漁業、養殖業、観光業の持続可能な管理を含めた海洋資源の持続可能な利用が経済的利益を増やすとされている (WTO and UNDP, 2017)。これらは、直接的に SDGs とそのターゲットの中に「持続可能な観光」が明記されている項目であり、より観光産業の優先順位が高いゴールと言えるのである (北脇秀敏, 2017)。

図表 2.2 SDGs に関連する自主的国家レビューで観光に言及している国の数



出所：WTO and UNDP, 2017

発展途上国であるインドのような国の現地社会の発展の重要ツールとなっている観光産業はSDGsを達成するための優先分野として観光に投資し、インセンティブを与え、観光のためのスマートな補助金の設計、最低賃金の上昇、年金システムの構築などを行うことは社会と観光産業の持続性につながると言える。

北脇秀敏（2017）はサステナブルツーリズムの商品とは、次のような理想的な状態が述べられているにとどまる。より具体的に原則化したものが図表 2.3 で表している。

図表 2.3 サステナブルツーリズム実現のための 12 か条

- 経済の存続：長期的利益を生み出せるように、観光地と企業の存続と競争力を確保する。
- 地域の繁栄：観光による経済的利益を、受け入れ地域とその地域で過ごす観光客に最大限還元する。
- 雇用の質：性別や人種、障害などによって差別をせず、地域における雇用の数と賃金を含む質を上げる。
- 社会の平等：観光から得る経済的、社会的利益をコミュニティに平等に分配し、とくに貧困者の収入やサービスを改善する。
- 観光客の満足：性別や人種、障害などによって差別をせず、観光客に対して、安全で満足のできる経験を提供する。
- 域の管理：様々なステークホルダーの意見を取り入れながら、観光計画と受け入れ地域の管理に関する意思決定の場に当該地域コミュニティに参加してもらう。
- コミュニティの福祉：地域コミュニティに対する社会的悪影響や搾取を避け、彼らの生活の質を維持強化する。
- 文化の繁栄：受け入れ側のコミュニティの、歴史的遺産、本来の文化、伝統、独自性などに敬意を払う。
- 自然界の完全性：都市および田舎いずれにおいても景観の質を保持し、環境の物理的、視覚的劣化を避ける。
- 生物多様性：自然環境、生息地、野生生物の保全を支援し、それらへの悪影響を最小限にする。

- 資源の効率：観光施設とサービスの開発と運営において、希少また再生不可能な資源についてはその使用を最小限にする。
- 環境汚染の回避：観光客および観光業者による空気、水、土地の汚染と廃棄物の生成を最小限にする。

出所：（UNEP & UNWTO, 2005）

第4節 インド観光産業の問題

インドの観光産業の発展と同時に様々な課題も存在する。観光地に適切なインフラの欠如、舗装道路が利用できないことや、観光地への交通の便が悪いもしくは道路のないことが含まれる。インドを観光地として宣伝するための積極的なオンラインおよびその他のマーケティングの戦略の欠如、インド観光産業に投資資金が不足しているため、遺産の保護ができていない（Singh & Mulla, 2011）。

インドの政府の規制は、観光客とツアーオペレーターを不満にさせている。ビザの規則は常に変化しているため、観光者に不安を抱かせている²。熟練したガイドの不足、ラグジャリーサービス、高級交通機関の税率の高さがある。また米国国務省の報告とマスコミによると、女性の一人旅行は非常にリスクが高いとされている。インドとパキスタンの国境の観光地カシミール州には国際紛争が起きており、観光客は当該地域での観光は避けるように警告を出している。インド国内でもムンバイの高級ホテルを襲ったテロ事件もインドの観光産業の問題点の一つである。インドとパキスタンの国民についてはお互いの国を観光するにあたり、ビザ取得に多大な時間を要することや、さらには入国が許可されないケースも頻繁に発生しているため、これらの二国間の問題は観光産業にとっても大きな課題と考えられる。

² Johnson, Bridget. (2019). Problems Faced by the Tourism Industry in India. *traveltips.usatoday.com*. Retrieved from

<https://traveltips.usatoday.com/problems-faced-tourism-industry-india-109124.html>

大勢の観光客による需要の増大によって、商品、サービスや土地価格が上昇するため、居住者の経済的困窮が生じる。ショッピングセンターと交通機関などが混雑して現地住民の生活も不便になる。持ち込みのガイド、ポーター(労働者)、車などに対して現地住民そして地方政府による規制の可能性がある。伝統文化の喪失、しばしばダンスや音楽の伝統的なパフォーマンスが大幅に短縮されたり、観光客の好みに合わせて変更されたりすることで他の観光客の興味がなくなってしまう。文化や言語によって生じる問題も発生する。

おわりに

本論文ではインドの観光産業の簡略化した歴史、観光産業の定義また、インドの観光産業の背景を明確にした。インド観光産業の範型と言われている巡礼 (TIRTHA) のことも一定程度明確になったと思われる。近年でも巡礼の文化が継続されて現地社会の経済発展に非常に役に立っていることが言える。インド政府の大きな問題である雇用の問題も全国の雇用の 8.78%を占めていることは観光産業の大きな成果ともいえる。様々な目的で旅行する観光客の増加、そして毎年の外貨収益も増加していることからこの産業は持続可能な産業と言える。インド政府は SDGs への参加によって、より積極的に持続可能な観光産業へ舵を切ると考えられる。最後に観光産業の問題の大きな部分は、特に観光客のための情報の不足、現地国民の教育不足と地方政府の規制などに関係するため、現地国民向けのトレーニング、セミナー、講演会などを行い地方政府も分かりやすく情報を提供する必要があるといえる。

第3章 インドの宗教巡礼の経営的構造

はじめに

インドには、複数の宗教が存在している。インド国民に加えて、外国からもインドに宗教巡礼を訪れる巡礼者が増えてきている。主要な宗教の信者達は巡礼に参加することが多く、彼らにとって、巡礼は、長い旅を通して大きな道徳的意義を追求するものである。とりわけ、イスラム教では人生で少なくとも一度はメッカ巡礼に参加することが義務とされている (Sillah, 2014)。ところで、インドは、昔からヒンドゥー教、仏教、イスラム教、シク教、キリスト教、ジャイナ教などのあらゆる宗教にとって重要な拠点である。

本論文では、日本ではあまり知られていないインドの宗教巡礼の経済的および経営的側面として、インドの巡礼観光ビジネスの現状を考察する。

第1節 インドの宗教巡礼観光の歴史

インドは巡礼観光の土地と言っても過言ではない。インドでは、宗教的な目的のために旅行に出る文化は古代から存在しており、巡礼観光の文化がはっきりといつから始まったのかについては、いまだに明らかにされていない。ヒンズー教徒の人々から経典のように扱われている叙事詩マハーバーラタ (Mahabharata) (350 BC) によれば、これが書かれた当時においても、既に 300 以上の神聖な場所での巡礼は一般的なものであった³。インド国内のさまざまな場所に、ヒンドゥー教、仏教、ジャイナ教、シク教などの巡礼の中心地がある。その他に、教会やモスクなどの施設も人気の場所である。実際、インドの宗教巡礼は国内観光客の主な動機となっている。なお、インドではほぼすべての主要な寺院、神社や神聖なスポットは、河川や山に沿って位置している。

³ Indian Pilgrimage - Pilgrimage Places of India - Pilgrimage in India. (2017). Retrieved 12 November 2019, from

<http://www.culturalindia.net/indian-pilgrimage/>

神聖な川が合流する「サンガム (Sangam)」と呼ばれる場所は、毎年数百万人の人々が訪れ、沐浴を目的に訪れる観光客を誘致している。ヒンドゥー教では、ヒンドゥー暦で月の初日 (Sankranti) の日に神聖なガンジス川の水で沐浴できれば、人が犯したすべての罪が神によって許されるとされている。哲学者および宗教者であるアディ・シャンカラチャルヤ (Adi Shankaracharya) によって、インドの四隅に四つの「ピース (Peeth)」と呼ばれる神聖な寺院・聖地が設置されている。設置場所は、それぞれ、北部はバドリーナート、南部はカーンチプラム、西部はドワリカプリ、そして東部はジャガンナートプリである。インドの宗教巡礼者は、神聖な寺院やインドの聖地に旅行することを「ティルタヤトラ (Teertha, Tirtha Yatra)」と言う。この言葉は、「横断」という意味である。

巡礼観光は、古代と現代の文化の両方の価値を引き出した混合物のようなものであり、観光産業の主力となっている。インドはヒンドゥー教の寺院に富む国だけではなく、ジャイナ教の寺院および作品も重要な観光資源である。所々にある Tirthankara (全知の神) を祭る寺院、とりわけ Sravasti、Kaushambi、Hastinapur、Parasnath、Rajgiris、Khandgiri、Udaigiri、Khajuraho、Dilwara の寺院は特に有名である。11 世紀から 13 世紀の間に作られた Dilwara 寺院には、数多くの優れた建築物と大理石の彫刻が保存されている。

また、イスラム教徒が多いアジュメールにある神社 (Khwaja Moinuddin Chisti)、グルバルガにある神社 (Khwaja Bande Nawaj)、デリーにある神社 (Sheikh Nizammudin Aulia)、パーニーパットにある神社 (Shah Sharaf Bin Ali) も有名である。その他に、シク教の神聖な教会神社も、ガルワール (Hemkund Sahib)、アムリトサル (Golden Temple)、タルンタラン (Anandpur Sahib)、ジャランダル (Kartarpur)、パトナ (Patna Sahib) にある。これらに加えて、ビーチリゾートなどで有名なゴアにもキリスト教の教会がある。これらの場所では毎年祭りやフェアなどが開催され、これらの催しは、巡礼者以外の観光客に対しても大きな集客力となっている。

第2節 インドの宗教的な巡礼観光の現状

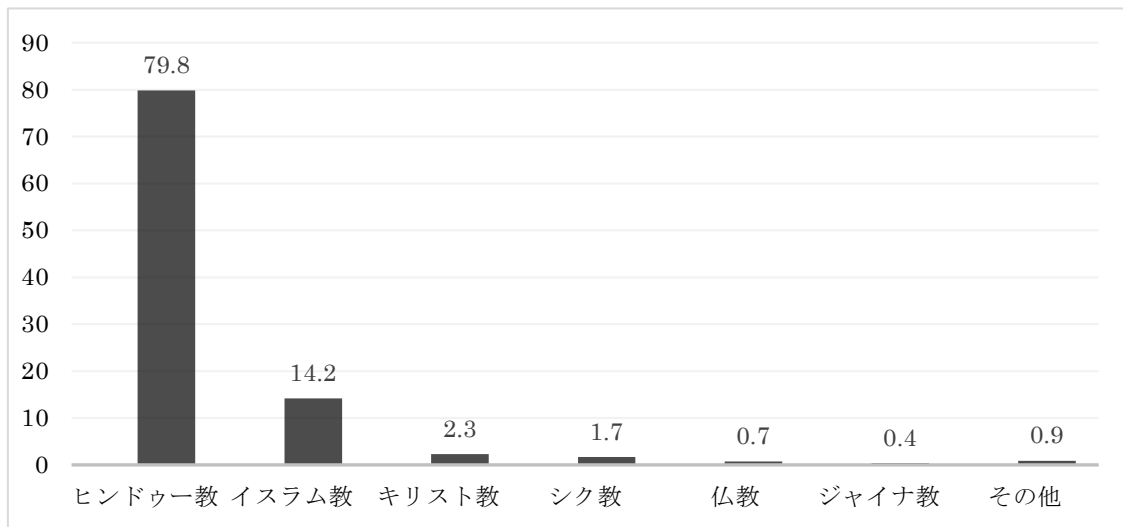
インドの観光産業は GDP の 6.8% を占めており、産業別の外貨獲得高では第 4 位となっている⁴。一方、観光産業の中で、巡礼観光だけでどの程度の収入になっているのかを特定するのは難しい。というのは、巡礼観光だけの収入の算出に必要な寄付金、お布施および個人的な労賃の形で得た収入は公開されないためである。

ただ、巡礼観光は、その地域、州さらには国の発展に貢献してきたことは明らかであるように思われる。特にインドでは、巡礼観光の最大の貢献は、その巡礼地の活性化にあるといえる。多くの小さな地域では、経済が巡礼に依存している。2009 年では、巡礼観光だけで、インド観光の総輸出額の 44.5% を占めているとの推計もある (Vijayanand, 2012)。

この数字からインドの観光産業の中で巡礼観光は大きなシェアを持ち、重要な部門であることがいえる。さまざまな問題はあるものの、巡礼観光は、高い生活水準、雇用、経済、社会の進歩を促進している。1995-2009 年までに、巡礼観光で 21% の住民に仕事を提供し、インドの全雇用の約 8.9% を占めると推計している (Ted, 1995)。同時期の北東アジアにおける巡礼観光での雇用は 9 万人で、全体の雇用の 6.1% を占めると推定されている (Taylor, 2001; Sawarkar, 2010)。

⁴ Make in India. (2019). Retrieved 12 November 2019, from https://www.indembassy-tokyo.gov.in/Make_In_India/Field_Brochure_Tourism.pdf

図表 3.1 インドの宗教別人口の割合 (%) (2011 年)



※2011 年のインド国勢調査のデータにより筆者作成。

出所：外務省. (2017). インド (India). <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/data.html>

[2017 年 07 月 05 日アクセス].

図表 3.1 は、インドの全国の宗教別人口の割合を表している。最も多いのが、79.8% を占めるヒンドゥー教徒であり、これに 14.2% のイスラム教徒が続く。そのため、図表 3.2 で示しているように主な宗教巡礼スポットの多くはヒンドゥー教徒を対象としたものである。図表 3.2 で示したスポットには、毎年大勢の国内及び国外からの巡礼者が訪問する (Vijayanand, 2012)。

図表 3.2 インドの主な宗教巡礼スポット

	Hinduism	59	Kukke Subramanya	118	Tirupati
1	Ahobilam	60	Kumararama	119	Trimbakeshwar Shiva Temple
2	Allahabad	61	Kumbakonam	120	Tuljapur Bhavani temple
3	Amararama	62	Kumbh Mela	121	Thiruvananthapuram
4	Amaravathi village	63	Kurukshetra	122	Udupi
5	Amarkantak	64	Kuruvaapur	123	Ujjain
6	Amarnath	65	Madurai Meenakshi	124	Vaishno Devi
7	Anandasram kanhangad	66	Maha Devi Tirth temple	125	Vani (Nashik)
8	Annamalai Hill	67	Maihar Devi	126	Varanasi
9	Arasavalli	68	Mahur,Renuka Devi	127	Vindhayachal
10	Attukal	69	Ghata Mehandipur Balaji	128	Vithoba
11	Avittathur	70	Mandher Devi temple	129	Vrindavan
12	Ayodhya	71	Manikaran	130	Yamunotri
13	Baba Dhansar	72	Mayapur	131	Yadagirigutta, Telangana
14	Badrinath	73	Mantralayam,Raghavendr Swamy		Islam
15	Basistha Ashram	74	Mount Abu	1	Dargah of Moinuddin Chishti
16	Batu Caves	75	Mount Kailash	2	Haji Ali Dargah
17	Belur Math	76	Mukhalingam	3	Hazratbal
18	Bhadrachalam	77	Narasimha Konda		Christianity
19	Bhavani	78	Narayanalayam	1	Goa. St. Francis Xavier
20	Bhimashankar Temple	79	Narmada River	2	St. Thomas Mount
21	Brindarvan	80	Nashik	3	Thodupuzha
22	Chitrakuta	81	Nellitheertha	4	Vailankanni
23	Chidambaram	82	Omkarshwar		Sikhism
24	Dakor	83	Palani	1	Anandpur Sahib
25	Dharmasthala	84	Pancharama Kshetras	2	Baba Bakala
26	Draksharama	85	Panchavati	3	Gobindwal Sahib
27	Dwaraka Pitha	86	Pandharpur	4	Golden Temple
28	Dwarka	87	Parashuram Kund	5	HemKund Sahib
29	Gajanan Maharaj	88	Pithapuram	6	Nanded Sahib
30	Gangotri	89	Puri	7	Paonta Sahib
31	Gaya, India	90	Pushkar	8	Patna Sahib
32	Ghatkachala	91	Puttaparthi Sri Sathya Sai	9	Sirhind
33	Godachi Veerbhadrhreshwar	92	Ramatheertham	10	Taran Taran
34	Gor Khuttree	93	Rameswaram		Buddhism
35	Gosaikunda	94	Rishikesh	1	Bodh Gaya
36	Govardhana matha	95	Ryali	2	Kusinara
37	Govindavadi	96	Sabarimala Swamisananam	3	Rajgir
38	Hajo	97	Salasar Balaji	4	Sankasia
39	Haridwar	98	Sabarimalai, kerala	5	Sarnath
40	Hemkund	99	Sangam	6	Sravasti
41	Hornad,Annapurnade	100	Saptashrangi	7	Vaishali
42	Idagunji	101	Shirdi		Jainism
43	Jonnawada	102	Shivkhori	1	Hastinapur
44	Jyotirlinga	103	Shri Kali Temple, Jaipur	2	Anantnath Swami Temple
45	Jyotirmath	104	Shri Mahadev Mandir	3	Shikharji
46	Kalaram Temple	105	Simhachalam	4	Palitana
47	Kalighat Temple	106	Sivagiri, Kerala	5	Vidisha, Kundalpur
48	Kancheepuram	107	Somarama	6	Pawapuri
49	Karanja Datta Mandir	108	Sri Kurmam	7	Champa
50	Kataragama	109	Sringeri Sharada Peetham	8	Pundravardhan
51	Kateel	110	Srirangam	9	Girnar
52	Katra	111	Srisailam	10	Mount Abu
53	Kedarnath	112	Talapady	11	Mahavirji
54	Kolhapur	113	Thanjavur	12	Shankheshwar
55	Kollur	114	Thiruchendur	13	Mahudi
56	Konark	115	Thirumanthamkundu Temple	14	Sonagir
57	Ksheerarama	116	Thrissur		Zoroastrianism
58	kuchanpally	117	Tirtha and Kshetra	1-8	Atash Behrams(total 8)

出所：各宗教の神聖な場所を基に筆者作成

第3節 巡礼観光の経済および社会的影響

巡礼観光は、国内所得の発生源となっている。観光は労働集約型サービス業のため、観光客から直接的に収入を得るだけでなく、間接的にも収入を得ることができる。直接的な収入には、水、電気、ガス、食料品などから得る収入などがある。一方、間接的な

収入にはホテルでの支出、インフラ開発への投資、タクシー、駐車場、ケータリング・サービス、などがある。巡礼観光は、同じ人が同じ所であっても、複数回訪問するため、巡礼によるお金の収入は繰り返し加算される。それは、経済の中では生産臨時収入となる。

また、巡礼観光においては、旅行代理店、ホテルチェーン、レストラン、祈祷のためのグッズ、手工芸品、花の販売店、保健部門および旅行ツールなどのニーズが生じる。例えば、神聖なスポットとして知られる Tirumala Tirupati Devasthanam（以下、TTD と略す）に献花するために、ピーク時期には、毎日大量の花が必要となる。その花は、バンガロールから供給され、TTD に年間で使われる花の量は 380 トンである (Neelima, 2012)。プリにある Jagganath Temple では、大きな服に書かれた絵、有名な Patta Chitra（服および紙に書かれた絵）、ヤシの葉の作品、手作りの服、カーテンなどが売られている。シニア・アーティストによって作られた 40 平方フィートの Patta Chitra は、インターネット上の国際マーケットで 50 万ルピー～70 万ルピーまでの範囲の価格で販売されている⁵。

さらに、インドの巡礼観光地のプリで行われる Rath Yatra と呼ばれるパレードは広く知られており、15 万人の巡礼者が集まる。ヒンズー教の信者達は昔からの考え方として、人々は、1 つの Patta Chitra またはプリの人の作品を購入しない限り、プリへの巡礼が完了しないと信じている。プリは宗教以外にもビーチリゾートが有名であり多目的場所である。

外国人よりも国内巡礼者が多く集まるイベント Kumba Mela（クンバ・会衆）がある。Kumba Mela は 12 年に一度開催され、3000 万人の巡礼者がガンジス川とヤムナー川の合流点で沐浴する。これは世界最大の集会として知られている。あまりにも参加人数が

⁵ インド 1 ルピー = 1.54 円（平成 28 年 11 月 6 日時点）

多いため、2013年のKumba Melaで迷子になった人数は4万人にも上り、彼らは「遺失物センター」でようやく再会したという事例もある⁶。

上述したイベントなどの参加者はかなり多いが、それでも巡礼観光には更なる潜在的なニーズがあると考えられる。というのは、安価な宿泊施設の不足や清潔な飲料水の不足などのために、巡礼観光に出発したくても、それができないケースは多いからである。

第1項 巡礼観光の長所と短所

まず、巡礼観光の長所として、巡礼地の地域経済の活性化があげられる。これに加えて、既存の歴史遺産や自然資源を目当てとする観光であるので、巡礼観光ビジネスそのものが環境への負荷が少ないことがある。経済面以外にも、異なる文化間の相互交流・学習、友好関係の構築といったメリットが望める。

もっとも、巡礼観光にも短所があると考えられる。とりわけ、多くの巡礼観光では、巡礼者の約80%の支出は航空会社、バス、ホテルなどの、外国企業に支払われている(Vijayanand, 2013)。巡礼地域で支払われるべき巨額の金額が、他の国・地域に流れてしまうのである。このような収入の国外流出が起らないよう、国内資本ないし現地資本を中心にインフラ整備を進め、現地企業の収入が向上するよう努める必要がある。

さらに宗教の関係でインド国内の所々で国民同士の紛争や喧嘩が頻発している。例えば、現在ウッタル・プラデーシュ州北部のファイザーバード県、正式には“アヨーダヤー県”のアヨーダヤー寺院の土地の問題等がある(B.B.C., 2019)。

⁶ Holiest day at India's Kumbh Mela. (2013). Retrieved 12 November 2019, from [http://www.bbc.com/news/world-](http://www.bbc.com/news/world-asia-india-21395425)

[asia-india-21395425](http://www.bbc.com/news/world-asia-india-21395425)

第2項 インド政府の観光政策の歴史

図表 3.3 インド政府の観光部門の五カ年計画の予算（1951年-2012年）

Five Year Plan	Time Period	Plan Allocation (in IRS)
1 st	1951-1956	0.00
2 nd	1956-1961	336.38 Lakhs
3 rd	1961-1966	800 Lakhs
	1966-1967*	58.50 Lakhs
	1967-1968*	87.65 Lakhs
	1968-1969*	183.81 Lakhs
4 th	1969-1974	36 Crores
5 th	1974-1979	133 Crores
6 th	1980-1985	187.46 Crores
7 th	1985-1990	326.16 Crores
	1990-1991	83 Crores
	1991-1992	90 Crores
8 th	1992-1997	773.62 Crores
9 th	1997-2002	793.75 Crores
10 th	2002-2007**	2900 Crores
11 th	2007-2012***	3112.71 Crores
	Revised****	5156 Crores

※Five Year Plans, Government of India; *Indian Tourism: Economic Planning & Statistics; **Annual Report,2002-2003, Department of Tourism, Government of India; ***Annual Report, 2011-2012, Department of Tourism, Government of India; ****Report of the Working Group on Tourism, 12th Five Year Plan (2012-2017), Ministry of Tourism, Government of India.

(1 Lakh = one hundred thousand, 1 Crores = 10 million)

出所：Khan, M., Noor, M. & Khan, M. (2014). *Tourism Development in India under Government Five Year Plans*. International Journal of Research, 1(3), p-128.

インドが独立するまでは、観光部門の政策はほとんど実施されなかった。さらに独立後も、第一次五カ年計画(1951-1956)においても、観光開発のための予算は割り当てられなかった。図表 3.3 にあるように、第二次五カ年計画(1956-1961)で、中央と州政府を合わせた予算 (3.36 Crores IRS)⁷をようやく割り当てた。この金額のほとんどは重要な観光地の施設の建設や運営費用に使われた。

第三次五カ年計画(1961-1966)で、観光は国の成長と発展のための道具とし、割り当てた国家予算は大きく 3 つに分かれた。第 1 宿泊施設、第 2 交通機関、そして第 3 は道路の開発であった。当時の観光の政策は、国際観光客の誘致などは中央政府、そして国内観光のプロモーションなどは中央政府と州政府の共同で実施された。その結果、国際観光客の数は増加した (Hannam, 2010)。1966 年に、インド観光開発公社 (India Tourism Development Corporation、略、ITDC) が設立された。設立の目的は、観光インフラの開発、プロモーションであった。そして、第四次(1969-1974)および第五次 5 年計画(1974-1979)では、観光部門は宿泊施設の増加、交通機関、個人によるホテル建設のためのローンなどが強調された (Hannam, 2010)。

第六次五カ年計画(1980-1985)では、国際観光と国内観光の両方が、多くの経済的、社会的便益をもたらす活動とみなされるようになった。適切なインフラの開発と同時に宿泊施設のための投資が中心であった。観光に割りあてた国家予算 187.46 Crores IRS のうち 115.46 Crores IRS は州政府によって費やされた。そして残りの 72 Crores IRS は中央

⁷ 1crores IRS = 約 17,380,000 円 (平成 29 年 7 月 2 日時点)

政府によってインド航空の運搬能力を向上させると同時に空港のインフラ発展に使われた。

1982年に、インドでは観光法が制定され、1986年には、第七次五カ年計画(1985-1990)の下で、政府によって観光に関する全国委員会が設置された。第八次五カ年計画(1992-1997)では、インド政府は、観光戦略についての提案を民間から募集し、その提案を取り纏めて1996年に国の観光戦略を策定した。第九次五カ年計画(1997-2002)では、主に民間部門が必要とする経済支援、製品開発、人材開発、マーケティング、調整、モニタリング、ホームステイのプログラムなどが導入された。また、第五次5カ年計画(1974-1979)で掲げられた、観光の発展のための取り組みも継続して行われた。

第十次5カ年計画(2002-2007)では、観光による雇用が中心課題となった。観光部門に割り当てる国家予算も2,900 Crores IRS(日本円約504,020,000,000)に増加した。この予算は、主に道路、鉄道、航空輸送、都市インフラ、文化の分野で支出された。これらによって、観光業における雇用者数は250万人にまで達した。第十一次5カ年計画(2007-2012)では、2011年までに1000万人の外国人観光客、そして8億1200万人の国内観光客が、インドで観光を行うよう目標をたてた。国内観光客のほとんどが巡礼観光客であるため、宿泊施設や輸送などに資源が投入された。また、一部の限られた国に対し、空港で到着時に観光ビザを発行できるようにもなった。第十一次5カ年計画(2012-2017)では、国の平均GDP成長率の目標が8.2%とされていた。多くの外国人観光客向けの24時間外国語の通訳サービスも開始もされていた。

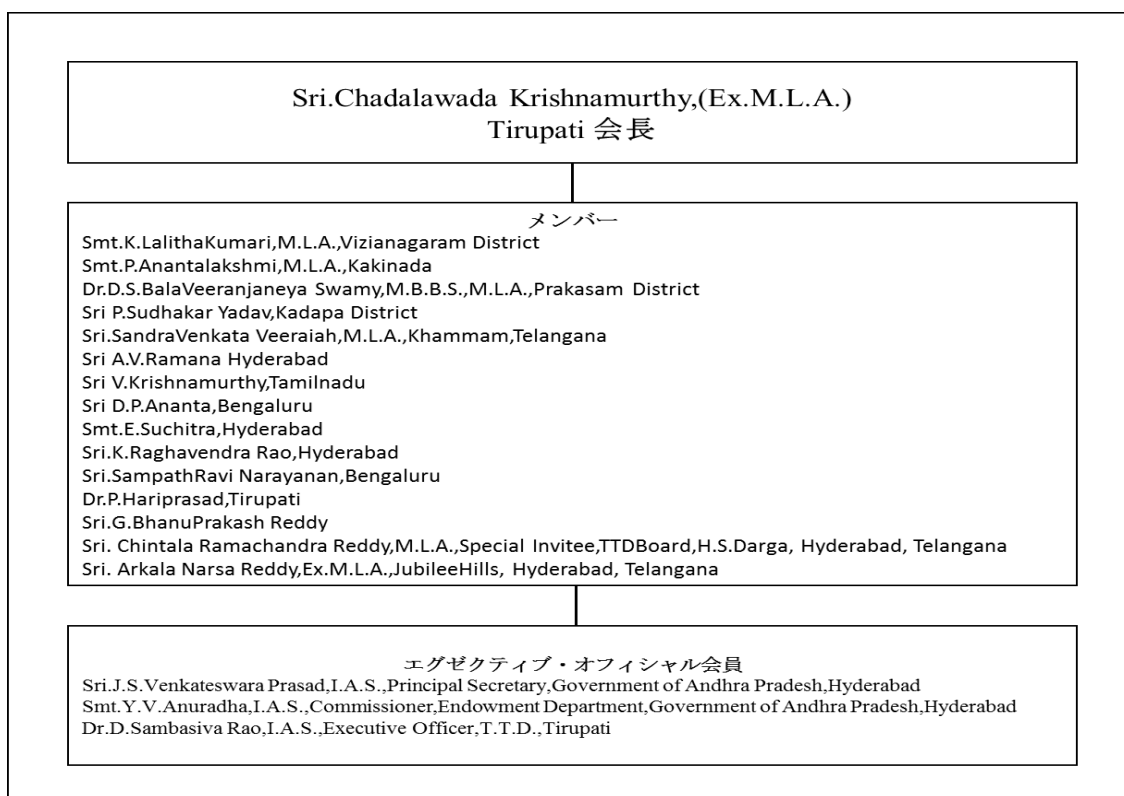
図表3.3に示されたインド政府の観光部門に割り当てられた国家予算は、観光部門の様々な項目用途で使用されていた。インド政府は宗教巡礼観光にも、非常に力を入れている。特に、宗教巡礼者に対するサービスビジネスが重視され、宗教巡礼ビジネスとしての注目が高まってきている。

第3項 インドの宗教巡礼の例として *Tirupati Balaji* 寺院

西インドにある *Tirupati Balaji* 寺院は、古代宗教のバイシュナヴィズム(Vaishnavism)の寺院である。この寺院は、9世紀に建立されたと考えられている。ここでインドの宗教巡礼の例の一つとし(*Tirumala Tirupati Devasthanam* 略、TTD)の寺院を運営する組織構造及び収入について考察する。

Tirupati Balaji 寺院は TTD の中の主要な寺院である。15 世紀までは有名でなかった寺院は、その後徐々に遠方の人々にまで知られようになった。植民地時代（1843-1932 年までの間）には寺院の経営は、ハッティラマジ (Hathiramji) 修道院の院長によって行われていた。1932 年にマドラス政府（現タミル・ナードゥ州）が、ティルマラ・ティルパティ・デバースタナム (Tirumala Tirupati Devasthanam) を設置し、この経営委員会に経営管理および他の業務を移管することとなった。TTD の委員会は、1987 年の TTD 法第 30 条第 1 附則 2 に基づき、政府によって任命された委員によって構成されている。アーンドラプラデシュ州政府は、(TTD) の理事会を任命する。この理事会の期間は 1 年間である。委員はヒンズー教でならなければならないが、社会のために貢献している人物、例えば議員、政府の機関に務めている者などから任命される。組織図は以下の通りである。

図表 3.4 Tirumala Tirupati Devasthanam トラストの理事会



出所：T.T.D のウェブサイトで公開されている以下の情報を基に、筆者作成。

Tirumala Tirupati Devasthanams. (2015). Retrieved 12 November 2019, from <https://www.tirumala.org/TTD%20Trust%20Board.aspx>

TTD の最高経営責任者で執行役員である Dr.D.Sambasiva Rao は、2 つの合同役員によって支援される。その他に、チーフ警戒警備員、森林保全者、ファイナンシャル・アドバイザー、チーフ・アカウント・オフィサー、チーフ・エンジニアも、執行役員の活動を支援している (Santhi, 2014)。寺院の経営的、経済的及び将来に行われる資産などの運用も現執行役員会長の責任である。

インドではヒンズー教の高収入の寺院ランキングに入る Tirupati Balaji は、世界でも最も高収入の寺院である。2016 に TTD が発表した年次予算報告では、年次予算はインドルピー 2678.07 Crores であった。また、インドの有名なテレビ局 ZEE NEWS によれば、Balaji 寺院には 20 トンの金とダイヤモンド・ジュエリーがあり、そのうちのいくつかは 12 世紀に貯蔵されたものであるといわれている。

TTD の目的は、寺院の発展、建設と改築などである。一方、毎日約 7 万人⁸訪れる巡礼者のために行列を管理するサービス、移動するための無料バス、病院、学校の提供・運営なども行っている。TTD の予算報告書では、教育関係にインドルピー約 93 Crores、病院と医療関係にインドルピー約 173 Crores が割り当てられている。これで巡礼者に直接的な治療の支援も行われている。

インド政府の観光部門に割り当てた国家予算と TTD の年次予算報告を比べてみると、TTD の 2 年半分の予算の金額は、インド政府が観光部門に割り当てた五カ年計画の 5 年間の総予算よりも上回る。このデータを比較するとインドでの宗教巡礼は、観光部門また、国民に対して大きな役割を果たしていることが分かる。

また、古来の考え方だと、神のために個人のできる範囲でお金などを寄付するのが美德であったが、近年では宗教もビジネスモデルとしての性格が強まり、寄付する値段、お参りする値段まで決められているのが現実である。

⁸ Tirupati temple to get Rs 52K-cr cover!. (2010). Retrieved 12 November 2019, from

https://zeenews.india.com/business/news/finance/tirupati-temple-to-get-rs-52k-cr-cover_12518.html

第4項 宗教巡礼の例としてサウジアラビアでメッカ

インド以外に巡礼観光が進んでいるサウジアラビアでは、2012年にHAJJとUMRAHの巡礼で得た収入が国の総GDPの3%にも上り⁹、2011年と比較すると10%増加していた。新聞のガルフ・ニュースによれば、2015年に、サウジアラビアの巡礼で得た収入はGDPの7%にまで増加するという。メッカで年に1度開催されるイベントも盛況であり、サウジアラビアにおいて巡礼観光の重要性が高まってきている。

巡礼に参加するのにも経済的に余裕がないとできないが、HAJJは他の場所でできない。そして人間は精神的なニーズを満たすためのお金は、気にせず支払う性格があるため、十分に経済力のある人は年に1度、またない人でも人生で一度はHAJJに参加したがる。精神的なニーズで心を満足させるためにはヘリコプターをチャーターして巡礼に出る人もいれば歩いて参加する人もいる。このことから、人間の経済的なステータスに関係なく神への信仰心が高いことが考えられる。HAJJのような巡礼観光は社会に大きな経済的影響を与えている。

第4節 インド政府の巡礼観光への政策

マハラシュトラ州のPendarpurに、Pandurangaへの祈りのために訪れる巡礼者は、261キロも歩かなければならない。だが、最近、マハラシュトラ州政府は6万人以上の巡礼者の立場を考え、巨額の公共支出で261キロの道路の建設を決定した。この建設により、自然環境への影響が懸念されるが、このような巡礼観光政策は、間違いなくインド国民の数百万人の生活水準を向上させるだろう(Vijayanand, 2012)。一方で、インドでは多数の巡礼に参加するには相当な距離を歩かなければならず、インフラ・サービスの不足は勿論、現地住民および村人による観光戦略を策定することも重要である。

⁹ Revenue from pilgrims makes 3% of Saudi GDP. (2013). Retrieved 12 November 2019, from

<https://www.arabnews.com/revenue-pilgrims-makes-3-saudi-gdp>

近年、インド政府は Swadesh Darshan Scheme (国内観光計画) を発表している。現在、モディ首相の PM JAN DHAN YOJANA (首相の人・マネー計画) の中では、巡礼観光で訪れる人々を中心として、ツーリスト・サーキットを作ることが盛り込まれている。仏教サーキット、クリシュナ・サーキット、ラマエナ・サーキットは宗教の中心となっている。このサーキットは、1回のツアーで多くの神聖地および宗教巡礼に簡単に参加できることを目的としている。このようなサーキットを合計13個作ることになる。2014/15年計画では、インド政府が観光スポットと宗教観光地の実装と発展のためにそれぞれ1億と6億インドルピーの予算を出している¹⁰。

おわりに

現在、インドの観光部門は、インドの経済発展に大きな役割を果たしている。巡礼観光は環境に負荷を掛けることなく、持続的に収益を上げることができる経済活動である。巡礼目的地に恵まれているインドは、地域住民に経済的利益をもたらす重要な存在になっている。本章では、インドの宗教観光の歴史、現状、社会に与える影響、寺院の経営構造、観光資源である巡礼における政府の役割などを明らかにした。国内および海外の観光客を誘致するために、国内で充実したインフラが整備されれば、それは国民の幸せにつながるであろう。最も重要なのは、これにより、直接および間接的な雇用機会が創出され、人材の国外流出が多少なりとも減少すると推計される。

しかし、現状を考えると宗教間で引き起こされるテロの問題、インド・パキスタンの国境紛争などによる諸問題は、国際社会においてインドにマイナスの印象を与えており、特に観光客および巡礼者に対しても地政学的リスクが高い印象を与えてしまう恐れがある。これらの問題をいかに解決していくかについては、今後の研究課題としたい。

¹⁰ PM Jan Dhan Yojana. (2015). *Swadesh Darshan Scheme Yojana - PM Jan Dhan Yojana*. [online] Available at:

<http://pmjandhanyojana.co.in/swadesh-darshan-scheme/> [Accessed 5 Jul. 2017].

第4章 インドの宗教トラストのマネジメントコントロール：

Tirumala Tirupati Devasthanam の収益管理に関する研究

はじめに

マネジメントコントロールは、組織内の信頼の制度化に関連付けられている。収益管理は収入の拡大、将来計画、目標設定、および公共施設や設備などの経済的および管理的機能をコントロールする。

巡礼観光は、現代インドで急成長しているサービス産業であり、インド人の 80%以上がヒンズー教を信じているため、それらの大半はヒンズー教徒である。ティルマラ・ティルパティ・デバスタナム (Tirumala Tirupati Devasthanam、略、TTD) は、インドで最大の宗教トラストである。以上のような現状を踏まえて、本研究では、TTD のマネジメントコントロールの 2 側面、(i) 収益管理と商業利益、(ii) 地域社会への経済的および事業的影響を明らかにする。二次データに基づき、本研究は TTD の収益管理に焦点を当てる。

はじめに、筆者は TTD が世界中で宗教市場を作り出しマーケットを拡大したことを調査した。近年の IT を活用した TTD の優れた収益管理のおかげで、TTD は世界中でヒンズー教の最も豊かな寺院の 1 つに変わって来た。信頼の制度化は、宗教的なオブジェクトの価格設定、マーケティングポリシーの変更、多様化戦略、および成功を導くための IT の使用の開始によって可能となった。TTD は、宗教的な商品やサービスの価格設定、マーケティングポリシーの変更、多様化戦略を利用した、そしてトラストの成功を導くために IT が役に立った。

次に、TTD の例を用いて、巡礼観光の経済的影響と収益管理というコンセプトを説明する。この地域 (アーンドラプラデーシュ州) の巡礼者数の増加に伴って、観光業に携わる労働人口も増加し、社会インフラ (学校、鉄道、水道、宿泊施設など) が開発されてきた (Shinde, 2007)。データ分析結果に基づいた本研究の結果として、TTD で新しい収益管理システムまたはチームを確立することを示唆する。

第1節 TTD の背景

収益のマネジメントは、機関の計画策定と実施、目標とその達成状況を評価する科学である。さらに機関の目標と目標を達成できるようにするための組織化を意味する。会社は目標を特定し、ポリシーを策定して、これらの目標を達成するためのリソースを入手して利用可能にする戦略を実行する (Sourkouhi, 2013)。宗教団体 (協会) では、需要の予測、利用可能性と価格設定の最適化、最大の利益また収入予算の達成、および収益の管理を指す。さらに、価格設定などの一連のレバーを利用し、収益を最大化するためのマーケティング、流通チャネルを構築することである (Smith, 1992)。

巡礼観光では、収入は特定の寺院または宗教に関する場所に巡礼者が訪れるまでの入場料、通行料 (Toll-tax)、宗教活動のためのレンタルサービスなどを指す。これらの宗教に関する商品の利益を最大化するための収益を管理することは、その巡礼先の収入を管理することでもある。TTD のような巡礼先でも収益管理はその機関の経営領域であると言える。

TTD は、インド南東部のアーンドラプラデシュ州にある独立したヒンズー教のトラストである。TTD は 12 個の寺院と同様にそれらの副寺院と約 14,000 人の従業員の雇用を維持している。9 世紀に設立されたと言われている寺院はこれまで色々な経営の変化を経験して来た。17 世紀 18 世紀の段階でも、寺院の管理における大きな変化が起きている。Anirvinna (1998) と Kumar (2015) によれば、次のように 4 つのフェーズで TTD の大まかな経営段階を分けることができる。

- ロイヤル後援の期間
- 植民地時代の期間
- Mahants (修道院長と彼らが支配権を握った期間 (A.D.1843-A.D.1932))
- 1932 年以來のインド州政府によって承認されたトラストとしての現在の TTD の期間

現在の TTD は、ティルマラとティルパティの様々な分野のインフラに貢献している。例えばエンジニアリング、輸送、教育、収益、病院などである。それぞれの部門から、TTD は巡礼者の訪問に必要な手配に加えて、多くの地元のプロジェクトに投資する。それらのいくつかには、高速道路、鉄道、病院、学校、水道、宿泊施設、大学の建設なども含まれる。

近年、TTD は成功したトラスト（機関）としてその名を轟かせている。過去数年にわたり、さまざまな観点で多くの TTD の研究が行われた。しかし、収益管理の観点に関する調査はまだに少ないため、筆者は 1951 年以降の収益の分析を試みた。本章では TTD のウェブサイトから収集したデータと公開された文献に基づき、レビューを実施し、TTD の収益管理戦略を分析している。その結果に基づき、収益管理による巡礼地への影響を明らかにする。

第2節 TTD の収益の分析方法

本章は、2つの研究で構成されている。第一は TTD の収益管理、第二は巡礼観光が地域社会に与える経済的およびビジネスの影響を明らかにしている。両研究は、主にインターネット、書籍、TTD の広告、および研究記事を通じて取得した二次データに基づいている。財務に関係するデータは TTD の年次財務データ、年次予算計画、年次報告書、財務諸表から収集した。さらに TTD のさまざまな記録、ファイル、その他のドキュメンタリー資料、新聞、テレビ、オンラインニュース、TTD のホームページと一部の公開された博士論文および未公開の文献から収集した。筆者は、地元住民や巡礼者への直接インタビューも実施した。

また、2011 年までの財務データを使用している理由はその後のデータは簡単に入手できないためである。通常、寺院の管理委員会は年次予算を除くすべての財務データを未公開としている。そのため近年の収益データの詳細も収集が難しいのである。ただし、年次予算についてのみ、2016 年と 2017 年のデータを使用している。

データ分析は、インフレ計算ツールを使用して実行し、インフレ率を計算している。データの提示は表と図で示した。インフレ率計算のために、筆者は次の 2 つの異なる手法を使用している。

第一は複利計算式（compound interest formula）を使用する。

FV = Future Value（将来価値）

PV = Present Value（現在の値）

i = Interest rate（金利）

n = Number of year（年の数）

$$FV = PV(1 + i)^n \dots \dots \dots (1)$$

第二は消費者物価指数 (consumer price index、略 CPI) の式を使用する。

$$\text{Final Value} = \text{Initial Value} * \frac{\text{CPI Final}}{\text{CPI Initial}} \dots \dots \dots (2)$$

本章では、筆者はインフレ率を計算して価格の実質的な価値を明らかにし、その収入と支出を算出した。より具体的には、1961年の貨幣の購買力は2011年の貨幣の購買力とは異なるため、インフレ率の計算式を用いて実際の価値と比較する。したがって、本章では二つの計算式を使ったインフレ率の計算を行う。

トラストの投資ポートフォリオに関する、宗教的な場所のデータにアクセスするにはいくつかの制限がある。それは経営委員会が内部データの開示を許可していないためである。トラストのデータ制限にもかかわらず、TTDには2種類の寄付収入がある。それは①資本収入と②収益収入である。基本的には土地、金、銀、送金 (HUNDI) または現金の寄付金が資本の収入の方で集まる。今度は TTD が何らかの手を加えて得た収入は収益収入に算入される。例えば食堂の売り上げからの利益、投資収益、教育機関が徴収した手数料、道路料金所からの収入、投資または定期預金の利子収入などである。ここで筆者は収益収入と支出のみを本研究の研究対象とする。

第3節 TTD のマネジメントコントロール

第1項 TTD の歴史

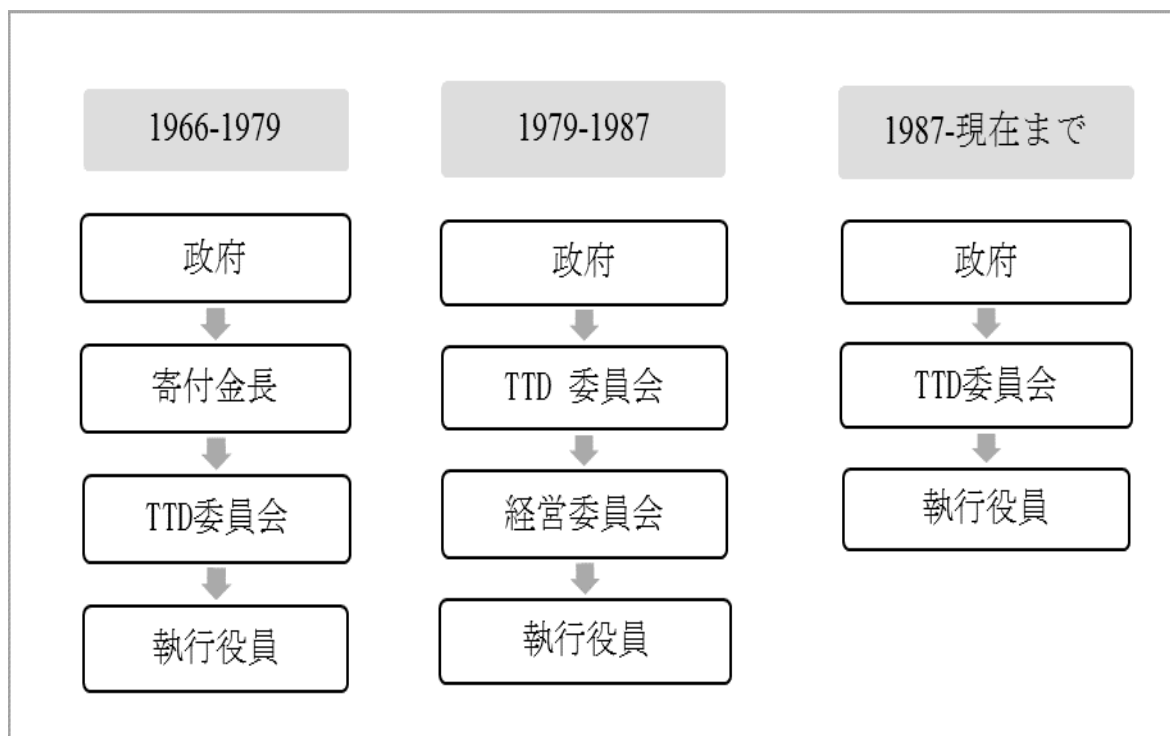
TTD の管理の履歴は、利用可能な記録の時期から、大まかに4つのカテゴリに分類されレビューが行われている。ロイヤル後援による TTD の管理、イーストインディアカンパニー (植民地時代) による TTD の管理、僧侶 (修道院長) による TTD の管理と1932年以降のインド州政府によって承認された TTD トラスト (現在の TTD) による管理の歴史を持っている。

第2項 1933～1966年までの政府によるマネジメントコントロール

1933年19日にインドのマドラス州政府がマドラス法の制定に伴い、TTDとその資産の管理はMahantsから奪われ、TTDの委員会に付与された。そのTTDはマドラス州政府によって設立された(Kumar, 2015)。TTDの理事会は、永続的な継承の目的で法人として構成されていた。また、州政府が任命した長官を通じてTTDの管理を行っていた。政権は、州政府によって任命された理事会と執行役員によって管理されていた。委員会はすべてのポリシーを実行する権利を持っていた。1933年に制定された法律と委員会での管理は、間違いなくMahants(僧侶)よりは良くなっていた(Kumar, 2015)。しかし、当時に制定された法にはTTDの範囲が限られていた。TTDの関係者は寄付者からの寄付金、土地などの資金はより収益の出るところに世俗的な利用または投資を行うことを希望していた。

独立後の1953年にアーンドラプラデシュ州が設立された後、1951年のヒンドゥー教の宗教と慈善寄付法(The Hindu Religious and Charitable Endowments Act 1951)がアーンドラプラデシュ州政府によって採用された。その後、州政府はアーンドラプラデシュ慈善とヒンズー教の宗教機関法1966(The Andhra Pradesh Charitable and Hindu Religious Institutions and Endowments Act, 1966)と呼ばれる包括的な制定法に置き換え、1967年1月にこれを発効した。その法はいまだに(Act 17 of 1996)として施行されている(Kumar, 2015)。1966年法の第14条はTTDの政権管理を扱っている。それ以外の一般規定と規則は、1951年に制定された法に基づいている。TTDの組織管理は1966年以降の法に基づいており、TTDの組織構造は図表4.1で示したようになっている。1979年に内部組織は多少変更となるが1987年にはまた新しい法が制定された。その後はいまだに変化がなく現在までその組織構造は継続されている。

図表 4.1 TTD の管理組織の変更



出所：Kumar (2015) 一部筆者が作成

第3項 1966～1979年までの政府によるマネジメントコントロール

1966年から1979年までの期間は、アーンドラプラデシュ州慈善とヒンズー教の宗教機関法 1966 の第 86 条で TTD 委員会は 11 人を超えないように制限されていた。執行役員は TTD の最高経営責任者となる。その委員は州政府によって任命されなければならない。彼はヒンズー教を信仰していると公言する人でなければならなかった。TTD のすべての財産は、法の規定により理事会に帰属する。そして委員会には TTD のすべてを管理する権利があった。そのため、TTD の管理を改善する機会があった。当時の法律（1966 年の法）では、ティルマラの回りの丘の市民のための市民委員会の構成もされていた。

第4項 1979～1987年までの政府によるマネジメントコントロール

1979年から1987年にかけてTTDの管理にさらに変更が加えられた。州政府は次の理由でTTDのガバナンスをよりよくするため個別の別法を施行した。

- ① TTDは、広大な資源と豊富な財産を持つ州の主要な宗教機関(トラスト)になった。
- ② TTDが大きなトラストになって1966年の法の規定は不十分であることが判明した(Kumar, 2015)。TTDの管理および必要と思われる場所に迅速な決定を下すため。
- ③ TTDのような巨大な組織では、寄付金長による管理と監査が困難となり、管理上の非効率性が発生した。

この期間には、TTDは、インフラ開発と現地の企業と現地の人々ために積極的に様々な分野の支援を行っていた。例えば、シェルターハウスや病院を建設することで病人や巡礼者を救済した。大学や学校を複数建設して教育のための環境を整備した。ティルパティやティルマラを含む、アーンドラプラデシュ州のいくつかの場所に礼拝場所や結婚式ホールも建設した。TTDは、インドの文化や遺産に大きな支援を行い、ヒンドゥー教の宗教を広めている。TTDは当時から巡礼者に関する情報を様々な寺院に広め、神話や精神的な本を出版していた。また、TTDのスタッフに様々な福利厚生プログラムを提供していた。ティルパティ近くの特定の村を発展開発プログラムに採用していた。アーンドラプラデシュ州政府と一緒に水道施設や医療施設のような社会インフラの国家開発プログラムへ参加していた。さらに、TTDは、ティルマラとティルパティの巡礼者に必要なすべての施設を提供し、様々な宗教の会議を開催し、様々な分野のアーティスト達を奨励していた。

この期間には、TTDのために政府により構成された別個の管理委員会があり、ティルマラ・ティルパティ・デバスタナム管理委員会(The Tirumala Tirupati Devasthanams Management Committee)と呼ばれていた。管理委員会の権利はTTDの財産を取得、保持、および処分する権限まで与えられていた(Neelima, 2012)。さらに必要とされたときは、管理委員会の名で訴訟を起こす権利もあった。管理委員長は、TTD委員会の元委員長が就任するようになっていた。委員はTTDの元委員、執行役員は元書記官、そしてアーンドラプラデシュ州政府が推薦する二人の理事会があった。この管理委員会は、TTDの財産、資金、および人事を管理し、規則を作成する。寺院の毎日の礼拝そして、各寺院で行われる儀式や祭りの準備なども行っていた。管理委員会はTTDで行われる

礼拝 (Archana)、儀式 (Ritual)、お祭り (Utsavam)、または TTD に関連するサービスやパフォーマンスの料金を変更する権限もあった。

管理委員会は、TTD の執行役員によって提示された予算を考慮するものとする。管理委員会は、TTD 委員会に毎年の予算報告書を提出する必要がある、会計年度終了後 3 か月以内に 1 年間の予算報告を義務付けられていた。その後必要とされた場合、TTD の事務局が詳細なメモをすべての新聞に公開することにしていた。これは財務の透明性を担保するためであった。なぜなら、TTD は公共の宗教機関であり、その収入は大部分が公共の支援と献身に依存しているからだ。現在では、前年度の年予算と本年度の予算のみが一般に公開されている。

第 5 項 1987 年以降現在に至るまでの政府によるマネジメントコントロール

1987 年に TTD 法 1987 が制定された。前回の法律とほぼ同じように規定が存在していたが、組織構造は短縮化されていた。図表 4.1 で示しているように、TTD の管理と組織構造は以前からアーンドラプラデシュ州政府によって管理されている。新しく簡略化された組織構造は、1987 年の TTD 法に基づいている。1987 年以降の期間、TTD が維持する会計システムは、アーンドラプラデシュ州政府の地方資金部門が定めた手続きによるものである。1950 年代と 1960 年代の TTD の行政管理は、現在ほど大きくなく、収益は現在の規模の 10 パーセントにも達していなかった。行政管理は今ほどの多くの部門がなく、当時は単一のエントリ (A Single Entry) の会計システムを採用していた。利益計算書と貸借対照表は、会計要件の一部として毎年作成されていた。毎年公開する年間の計画予算書の詳細もなかった (Kumar, 2015)。

上記のような経営管理に関する問題の解決のため、1974 年には TTD に新しい複式簿記システムが導入された (Kumar, 2015)。新しい会計システムは、TTD の財政状態を迅速に把握することを目的としていた。さらに、合理的で正確な内容になった。TTD の会計システムは 7 つのグループに分けられ、約 65 の独立した部門があった。執行役員は全体的な監督と管理を行っている。

TTD の 65 個の独立した部門は、31 の個の会計部門の下で動いていた。各部門の個別の勘定帳簿があり、各部門の個別の銀行口座を持っていた。銀行は、部門ごとに受け取ったすべての領収書を回収し当日に中央部門に転送していた。資産、負債、領収書、支

出、および投資の項目には総勘定元帳が与えられていた。様々な項目の元のエントリの各本は、自己均衡型だった。借方記入項目の合計が貸方記入項目の合計と等しいことがわかるようになっていた。

新しい会計システム導入の結果、TTD の資金は毎日銀行口座に預け入れられることができ、銀行残高から利息を得ることができた。この新しい会計システムは、銀行に預けた資金を長期預金（Long-Term Bank Deposits）にもできた。このようなことは一般には定期預金 FD（Fixed Deposit）として知られている。これにより、TTD は余剰資金の利子収益を最大化することができた。さらに重要なことは、この新しいシステムにより TTD はポートフォリオの選択肢を広げることに成功した。

この法律では TTD に対しての寄付、贈与や Kanuka's（友人や家族から、自分で物理的に寺院や聖地に行くことができなかつたため、神に礼拝するために送られた寄付金）の形で受け取った金額を含む資金を対象としている。様々な寄付に対する制限もかけている。資金はその目的のために定められた手順に従って、委員会によって任命された役員によって運用されるものとしている。すべての資金は銀行に預けるか、政府が承認した証券に投資される。

1987 年の法律は、TTD のファイナンシャル・アドバイザーおよび最高会計責任者の指示によって、各分野の会計、年間のすべての収益と支出を規定の形式で別々に保管し監視するよう規定されている。さらに、この法律は、アーンドラプラデシュ州政府が委任した監査人より、年次会計を監査し、年次会計に関する報告をアーンドラプラデシュ州政府に提出することを定めていた。その規定はいまだに継続している。政府は、毎年口座を監査し、口座に関する年次報告書をアーンドラプラデシュ州政府に提出するものとしている。

第4節 TTD の収益管理

第1項 TTD の収入の源

寺院入園時の収入（Arjitham）（寺院の管理者により礼拝のための固定された料金）、特別なお菓子（Prasadams）の販売（ベジタリアン食品）、ラドゥー（Laddu）およびヴァーダ Vada（インド大陸の人気のあるお菓子）、特別なファストパスからの収入、結婚式場（Kalyanamandapams）と休憩所（choultries）や旅行者用の宿屋からの収入、髪そり

(Kalya nakatta) からの収入、その髪からの収入、食堂での販売代金、教育助成金、教育機関が徴収する料金、料金所の収入や投資または定期預金からの収入は TTD の重要な収入源である (TTD Budget, 2016-2017)。

TTD に複数の経路からもたらされる収入源は、過去 40 年間で急速に増加している。ただ、すべての収入源が同じ割合で成長したわけではない。実際、様々な収入源に対する優れたマネジメントコントロールの変更と、近年の IT を利用した効率化のおかげでもある。その結果 TTD は世界中の豊かなヒンズー教の寺院の一つに変わった。TTD トラストの年間予算は、インド観光部門の全国の観光分野のための国家予算よりも上回っている。TTD の 2011 年度に発表された予算は 1,641.76 Crore インドルピーであった¹¹。当時、インド全国の観光部門に割り当てられた国家予算は 5 年間で 3112.71 Crores インドルピーであり、TTD の年間予算よりも少なかった (Khan et al., 2014)。

TTD を訪れる巡礼者増加は、図表 4.2 から明確に読み取れる。1951～1952 年の間に寺院を訪れた巡礼者は、平均 226,000 人であった。それが 1980～1981 年には 7,952,000 人に増加した。さらに、2001～2002 年には 23,725,000 人と 3 倍程度まで増加した。また、現在では、一日平均 70,000 人 (2017 年度では 25,200,000 人) の巡礼者達が TTD を

¹¹ The Tirumala Tirupati Devasthanams (TTD), which manages the hill shrine of Lord Venkateswara at Tirumala near here, on Friday approved a Rs 1,641.76-crore budget for the fiscal year 2011-12. After a monthly meeting, the TTD Executive Officer, Mr. I. Y. R. Krishna Rao, told presspersons that the cash offerings made in the temple hundi alone are estimated at about Rs 675 crore. The interest on the TTD's investments in cash and gold deposits made at several nationalized banks is estimated to earn it about Rs 431.73 crore, he said. The revenue from the sale of worship tickets, including paid rituals tickets and special entrance darshan tickets, is expected at Rs 207 crore during the financial year, Mr.Rao added (Business Line, 11 Feb 2011).

訪れる¹²。このような増加傾向は1971年以降継続している。祭典の時期(Brahmotsavams, New Year's Day, Vaikunta Ekadashi and Radhasapthami など)には、1日10万人以上の信者達が寺院を訪れ、ティルマラ地域では、丸一年の間、ほぼ満員のような状況になる。

¹² The strategy is very clear to make India's richest temple adopt analytics for crowd management and pilgrim safety.

PV Sessa Reddy, general manager, IT in-charge, TTD says it is necessary to have an online system to have a better interface with the people. Consider this: The average pilgrim strength visiting the temple, which used to be around 30,000 pilgrims a day during 2006, is now over 70,000. On average, 2.5 crore people visit the temple every year (The Financial Express, 22 Jan 2018, written by Mahalaxmi).

図表 4.2 TTD の (1951-2012) 年の巡礼者数と収入 単位：インドルピー名目値

年度	巡礼者の数	※※Hundi からの 収入	収入合計	支出合計	収益合計
1951- 1952	226,000	1,200,000	3,300,000	4,100,000	-800,000
1961- 1962	1,167,000	6,200,000	24,300,000	30,200,000	-5,900,000
1971- 1972	3,394,000	26,000,000	65,900,000	60,900,000	5,000,000
1981- 1982	7,952,000	90,900,000	264,200,000	241,800,000	22,400,000
1991- 1992	11,801,000	406,500,000	1,214,900,000	905,400,000	309,500,000
2001- 2002	23,725,000	2,243,000,000	4,877,500,000	3,998,400,000	879,100,000
2011- 2012	※25,550,000	*****	16,323,874,022	11,761,117,400	4,562,756,622

出所：Kumar (2015) 一部筆者作成

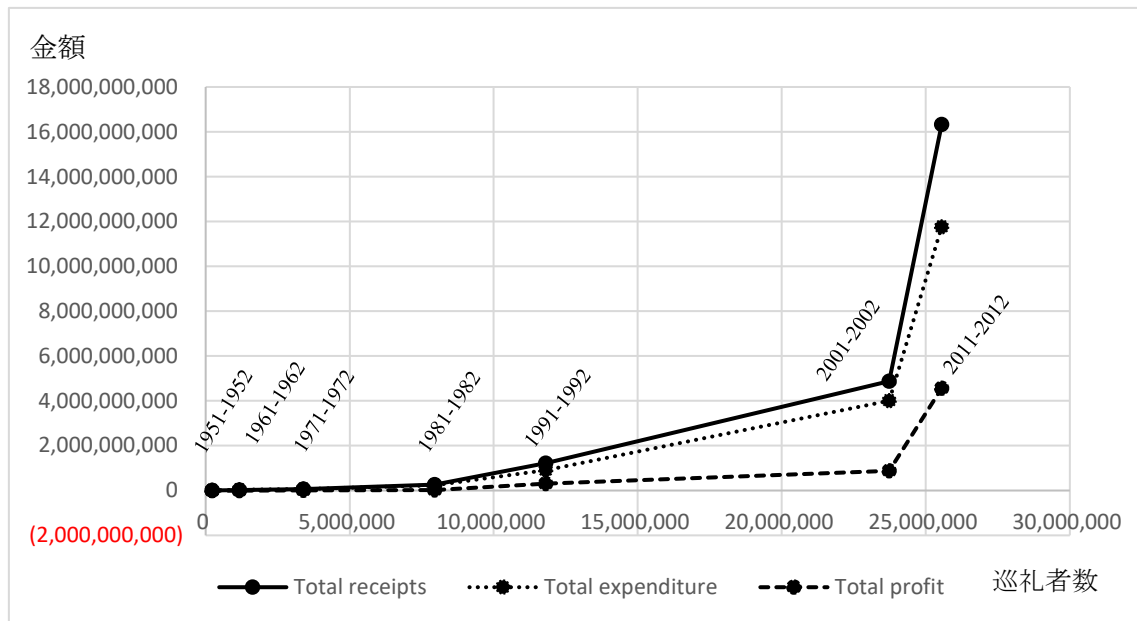
※ Rao (2011)

※※ Hundi は、ある場所から別の場所に金銭を振り替えるための送金手段として使用されている。Hundi は多くの国では禁止されているがインドでは、条件付き Hundi は現在でも使用されている。

TTD の巡礼者の数の増加に伴い、収入と Hundi の両者は驚くほど増加している。1961-1962 まで損失を出していた TTD は 1971-1972 年に入ってから利益を出すようになった。図表 4.2 で示しているように、1951-1952 年に 3,300,000 インドルピーの収入は 1981-1982 年になって 264,200,000 インドルピー、および 2011-2012 年には 16,323,874,022 インドルピーに増加した。総収入の増加に伴い総支出の金額も増加している。1951-1952 年に Hundi の金額 1,200,000 であったものが 2001-2002 年には 2,243,000,000 インドルピー

一まで増加した。総巡礼者も 1951-1952 年に 226,000 から 2001-2002 年には 23,725,000 人まで増加した。Rao (2011) によると、2011-2012 の総巡礼者の数が 25,550,000 人に増加している。2011-2012 年の総収益も 4,562,756,622 インドルピーまで増加している。

図表 4.3 TTD の巡礼者数、総収入、支出、および利益 単位：インドルピー名目値



出所：筆者作成

図表 4.3 ではでは、10 年ごとの巡礼者数、総収入、総支出そして収益の推移を表している。そして、TTD を訪れる巡礼者が年々増加していることが明確になっている。この劇的な増加は 1971-1972 年から続いている。また、総収入と総支出そして収益も同様に増大していることが分かる。ただし 2000 年に入ってからこれらの数値の増大は顕著である。

図表 4.4 巡礼者の数と一人当たりの収入と支出 (1951-2012) 単位：インドルピー

年度	巡礼者数	総収入	総支出	一人当たりの収入	一人当たりの支出	10年ごとの収入成長率	一人当たり収入(現在価値)	一人当たり支出(現在価値)
1951-1952	226,000	3,300,000	4,100,000	14.60	18.14	*****	*****	*****
1961-1962	1,167,000	24,300,000	30,200,000	20.82	25.88	636%	871.90	1,079.49
1971-1972	3,394,000	65,900,000	60,900,000	19.42	17.94	171%	429.79	407.17
1981-1982	7,952,000	264,200,000	241,800,000	33.22	30.41	301%	340.17	309.24
1991-1992	11,801,000	1,214,900,000	905,400,000	102.95	76.72	360%	441.75	330.24
2001-2002	23,725,000	4,877,500,000	3,998,400,000	205.58	168.53	301%	394.21	304.27
2011-2012	25,550,000	16,323,874,022	11,761,117,400	638.90	460.32	235%	638.90	460.32

出所：Kumar (2015)のデータにより筆者作成

※現在価値とは 2011 年の物価水準を基準として算出した。

図表 4.4 は、10 年間ごとの過去 70 年間の巡礼者数に基づく収入と支出を示している。70 年前の価格価値を調べるためにはインフレ率の計算が必要になる。そして価格の現在価値は 2011 年をベースとして計算を行っている。支出と収入は一人当たりで計算されている。1960 年代までの支出金額は収入を上回っており、TTD がその時期まで損失を出していた。しかしながら、1966 年から 1979 年にかけて構築された新しい管理システム導入の後、TTD は収益をあげるようになった。TTD では支出が増えても利益もそれに伴い増加している。

2011 年を基準にしてインフレ率の計算を行っている。結果として、1961 年の巡礼者一人当たりの支出は 26 インドルピーが現在 (2011 年時点) 1079.49 に等しいことを示している。つまり、1961 年の 26 インドルピーの購買力は、2011 年の 1,079.49 インドルピーに匹敵する。具体的には、1961 年から 2011 年までのインドのインフレ率は 4,051.9% であった。これらの時期の平均年間インフレ率は 7.74% であった。

インフレ率の計算は、前のセクションで述べた式の通りのインフレーションツールで行った¹³。

指標	値
総インフレ (1961-2011)	4,051.9%
年間インフレ平均 (1961-2011)	7.74%
CPI 1961	1.7
CPI 2011	70.77

上記の値を使用して、インフレの将来価値を複利計算式で計算すると。

FV=Future Value (value on 2011)

PV= Present Value (value on 1961)

i = Interest rate (inflation)

n =Number of times (years) the interest is compounded

$FV = PV(1 + i)^n$, where:

$FV = PV(1 + i)^n$

$FV = 26(1 + 0.07737)^{50}$

= 1,079.493793

消費者物価指数 (CPI) の式を使用すると、インフレ計算は次のようになる。

Final value = Inital value * $\frac{CPI\ final}{CPI\ Initial}$

¹³ Inflation calculator - Indian Rupee <https://www.inflationtool.com/indian->

[rupee?amount=26&year1=1961&year2=2011](https://www.inflationtool.com/indian-rupee?amount=26&year1=1961&year2=2011)

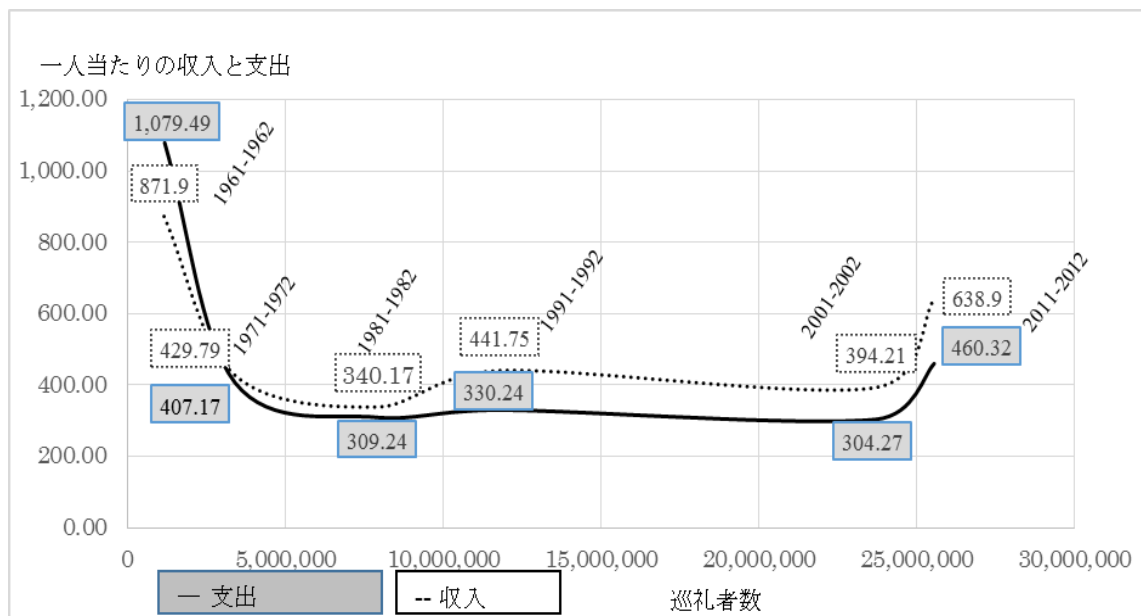
この場合、

$$\text{Final value} = 26 * \frac{70.77}{1.7}$$

$$\text{Final value} \approx 1,079.49$$

この場合、将来価値は、インフレ率を初期値に適用した後に得られる最終的な金額を意味する。言い換えれば、将来価値は、購買力の観点から、1961年のインドルピー26に相当する2011年の金額である。1961年から2011年の間に50年があり、平均インフレ率は7.737%であった。したがって、図表4.5のように金額を調べることができる。

図表 4.5 現在価値の一人当たりの収入と支出との変化 単位：インドルピー実質値



出所：Kumar (2015)のデータにより筆者作成

図表 4.5 は、巡礼者一人当たりの収入と支出を示している。両方とも、1961年から1972年までの最初の10年間は下がっている。そして2001-2002年まで大きな変化はない。一人当たり収入については、1971-1972年までは一人当たり支出を下回っていたが、その後は上回るようになっている。1971-1972年から2001-2002年までの30年間の間は収益額も安定している。2001-2002年以降の時期では、一人当たりの収入と支出の両方が増加し始めた。これは巡礼者一人当たりの収入および支出が以前より高くなったこと

を表している。ただし、このような状況が続くと巡礼にかかる費用が増加して巡礼者数が減少してしまうことが予想される。一人当たりの収益率も縮小することになる。このことは、今後の TTD の持続可能性を考慮した新たな収益管理のあり方が必要であることを示唆している。

第2項 地域社会に対する社会経済的な影響

ほとんどの研究では、新聖地や周辺の地域では、宗教観光客及びそれに関連するビジネスにより経済的に大きな影響を受ける (Collins-Kreiner et al., 2006; Walpole & Goodwin, 2000)。つまり、インドにおける宗教観光産業は宗教団体と慈善トラストによって支えられている。インドでは毎年 100 万人以上の巡礼者が 2000 以上の巡礼地へのツアーを行っている (Shinde, 2011; Shinde, 2012; Gladstone, 2013)。このように巡礼地また現地への巡礼者の流入は、宗教観光を支えている宗教トラストのおかげだと考えられる。

ティルパティ (Tirupati) エリアは、1951 年に 25,000 人の小さな町から驚異的なペースで成長している。2001 年には都市の人口が 23 万人に増加し、1951 年に比べるとほぼ 10 倍になった (Shinde, 2007)。ティルパティの人口の劇的な増加は、1981 年にティルマラからの居住者の受け入れを開始した後であった。それ以来、ティルパティは移住者の一番のターゲットになった。1981 から 1991 年までの人口増加の 42% 以上は移住者に起因している。このような状況が発生したのは TTD による社会インフラ (学校、病院、大学、道路、水道) の整備、および当時作られたティルパティ近くの工業団地開発によるものであった (Nagabhushanam, 1999)。巡礼者増加による影響は、地元の労働者の割合が高いことから明確になる (Nagabhushanam, 1999)。1971 年の現地の総労働力の割合は 70% から 1991 年には 80% 以上に増加していた。ティルパティエリアの TTD は、そのトラストだけで 14,000 人以上を直接雇用し、そして間接的に約 23,000 人以上の雇用を生んでいる。これらの雇用は社会インフラ、巡礼者のための施設開発、巡礼者へのサービス、宗教のための商品の販売などにより生み出されている (Nagabhushanam, 1997)。

第3項 TTD での情報技術 (IT) の活用

TTD は長期にわたって IT を駆使し、TTD トラストの成長に大きく貢献している。Information Technology (IT) で生み出されている経済効果、そして地域社会に与える経済学的な効果と関係性は以下の通りである。

まず、巡礼者を管理するために、歩道には生体認証カウンターが設置されており、巡礼者にユーザー名とパスワードが提供される。礼拝 (Srivari, Ajitha, Sevas) の様々な種類の予約、宿泊施設の予約、結婚式の予約、式場の予約、送金の手続き (Hundi) などには TTD のウェブサイトへの登録が必須である。礼拝に制限 (Quota) があるため、チケット利用が可能になってからは 180 日以内に 1 人の登録ユーザーに対して 1 回のお参り (Seva) のみが許可させる。クォータ (Quota) が利用可能になってから 90 日以内に 1 人の登録ユーザーに対して 1 回のみ宿泊施設の利用が可能となる。巡礼者の予約が成功すると、それぞれのメールアドレスに対して確認のメールが返送され、予約巡礼者へ時間の詳細などが伝えられる。E-Darsan カウンター (礼拝のための前売り券売り場) は、インド全国の 81 箇所に設置されている。IT を利用した TTD は、現代の広告の方法、例えば TV チャンネル、モバイル端末アプリ、ラジオ局などを利用して TTD の情報提供を促進している (TTD homepage, 2019)。Salehi と Farahbakhsh (2014) は TTD の広告について観光客数を増やすための重要なツールと述べている。TTD も巡礼者の数を増やすために広告によりプラスの影響を享受している。近年の新しい IT 機器等の導入なしに TTD のような大きいトラストの管理と運営をしていくことは難しいと考えられる。

TTD のようなトラストの発展の結果は、その地域の雇用も増加した。そのため地域の国民の人口も増加した。また、TTD も国民のための社会インフラ、例として学校、道路、水道のようなところに経済的な支援や管理をしている。このように地域の人々の暮らしを向上させている。また、地元住民の生活水準に直接的に関係していることが分かる。

おわりに

TTD の経営管理組織の今日までの発展の経緯について検証したが、1987 年以降の管理組織の簡素化によって意思決定も迅速かつ分かりやすくなったと評価できる。さらに、

IT を利用したオンラインでの予約システム、オンライン Hundi、E-Darshan カウンターなど迅速なパフォーマンスで旅行者に情報を一元的に把握することができるようになった。収益管理の観点からは、TTD の収益は 1971-1972 年から現在まで継続して増加している。分析により、2001 年以降は収入と支出が両方増加している。ただし、収益と支出のギャップは徐々に縮小しつつある。つまり、TTD トラストへの利益が将来減少する可能性を示唆している。したがって、TTD の過去 30 年の収益管理システムを見直す必要があると考える。すなわち新しい収益管理システムを再確立することを示唆する。その新たな考え方をを持ったチームは、今あるリソースを最適化して、将来に起こりうるトラストの金融危機を軽減するためのあらゆる方針を検討する必要があると考える。

さらに、本研究は、TTD のようなトラストが観光産業をサポートする上で非常に重要な役割を果たしていることを考察している。現地の社会発展のための TTD からのインフラへの投資は周辺地域に大きな貢献となる。巡礼者は必ず聖地を訪問し礼拝して信仰心を充たすことから、巡礼観光は経済学的には聖地によって独占された市場の形をとっていると考えられる。寄付金が社会のためになり循環させる考え方は TTD の持続可能性に直接リンクしている。直接的または間接的に地元の人々の社会的発展と地元の雇用を保護するこのようなモデルは、インドのような発展途上国においては観光産業の宗教的なビジネスツールになる。TTD のような収益管理モデルは、他のヒンドゥー教の寺院や仏教徒の神社などでも行うことが可能であり、発展途上国のネパールにおいても様々な寺院や神社 (Sworgadwari、Pashupatinath、Muktinath、Lumbini) などで多くの Guthis (トラスト) があり TTD のモデルが採用できれば、社会発展のツールになると考えられる。寄付、贈与や Kanuka's、Hundi により、大きな資金が集まり、観光産業を支えながら地域経済の多様化に貢献することができる。

最終的に、収益管理システムは TTD の財務情報を透明化し、より多くの資金と資本を集めるのに役立つ。その集められた資金と資本は、また地元の人々の利益のために投資される。巡礼者だけではなく地域社会への社会的および経済的影響の観点から考えても収益管理の影響は現地の人口の増加、雇用、現地の住民のライフスタイルの向上まで幅広く関連するものと言える。

本研究はヒンズー教と巡礼観光に関する研究である。このことは、他の宗教を差別することを意図するものではない。

第5章 インドの医療観光の現状、展望と政策

はじめに

近年、インドでは医療分野が成長産業として捉えられている。インドでの医療を求めて国境を越える人々の数は年々増えている。自国での高額な治療費、長時間待機に対する不満、低価格の国際航空運賃、ほとんどすべての医療技術の発達とサービスの向上などがインドの医療観光の成長の背景として考えられる。インドでは他の国と比較して破格の値段で世界レベルの治療を受けられる‘First World Health Care at Third World Prices’とも言われている (Turner, 2007)。ところが、世界中からインドの医療観光について注目されているのにも拘わらず、日本ではインドの医療観光についての経営学的な研究は非常に少ないのが現状である。

本章では、インドの医療観光の構造と区分、インドと外国の医療費の比較、インドの医療観光成長に対する政府の支援、医療観光発展の主な要因、医療観光の短所、医療観光の問題点について明らかにしたい。

英語の“Medical Tourism”の和訳は研究者によって様々である。医療ツーリズム、ヘルスケア観光、健康観光などがある。筆者はいくつかの医療観光の文献、そして日本国土交通省、観光庁が発表している医療観光に携わるコーディネーターガイドラインの表記に沿って「医療観光」をその訳語として用いることとする。

第1節 医療観光の定義

「医療観光」とは、医学的介入を通じて健康を強化または回復する目的で自分の日常的な診療圏の外に移動する行為である (Carrera & Bridges, 2006)。彼らは「日常的な診療圏外への移動」については、はっきり示していない。国内の医療観光を中心に行っているのか、外国への移動のことを指しているのか判別することは困難である。

具体的な成果がかなりの時間をかけて現出するような治療を受けるために移動する行為 (Connell, 2006) を医療観光と定義する研究者もいれば、手術や歯科治療等を含む

医療サービスを受けるために国境を越えて外国に移動する行為 (Kumar, 2009) と言った定義もある。

また、消費者が何らかの医療を受けるために国境を越えて旅行することとも言える。もっとも一般的には、歯科ケア、美容外科、選択手術および受精治療などの場合、医療観光の目的で支出した費用を計算するのは簡単ではない。また、すべての治療は観光ビジネスには含まれるわけではない。例えば、美的な理由による美容外科手術は、健康の概念に該当しないと考えられる (Lunt et al., 2011) ¹⁴と言った考え方もある。

本論における医療観光の範疇は、国内あるいは、外国で受けられる薬や手術以外のサービスも含んだ医療のことを考える。なぜなら身体的治療と精神的治療の方法に相違点が多いからだ。

第2節 医療観光の概念

医療観光 (Medical Tourism) が近年多くの人たちの関心を集めている。主な要因は、先進国の治療費が比較的高額であること、そして重要な要因は国際的に医療安全法が標準化されてきたことで医療事故や副作用に対する不安感が解消されつつあることが考えられる。また、格安航空会社の登場等により外国への旅行が容易となり、国外で医療サービスを受けるといった選択肢が増えている。また、グローバル化の影響によりクレジットカード等の電子決済を行うインフラが整備されたことも理由の一つとして考えられる。また、アジア諸国の経済成長に伴う国民のライフスタイルの変化により、医療観光に対する需要が高まってきていると考える。

医療観光客または患者が医療観光で受けたいと考える治療は様々である。脂肪吸引手術、鼻成形手術、豊胸手術、矯正手術、レーシック手術のような美容手術から、関節移

¹⁴ Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). *Medical Tourism: Treatments,*

Markets and Health System Implications: A scoping review [Ebook]. Directorate for Employment, Labour and

Social Affairs.

植手術、骨髄移植手術、心臓バイパス手術のように生命に関わる重要な手術まで多岐に及ぶ。一般的には、海外に治療を受けに行く根本的な理由は自国に比べて費用が大幅に節約できるからだ。しかし、高所得層の場合は例外であり、彼らは、インドの伝統医学であるアロマセラピー、近年ブームが再燃したヨガやタイの伝統的なマッサージ・セラピーを受けて肉体的または精神的により健康になる（Well-Being）ために医療観光を選ぶ場合もある。

医療観光を、産業またはビジネスの場面からみると大きく 2 つに分けることができる。第 1 には医療サービス産業と第 2 は医療サービスを支える製薬産業、医療器機産業および医療サービスを受けるまでのコンサルタント事業などである。これらの産業の密接で、新たな経済的なイノベーションが次々に誕生している。例として、ヨガの勉強またはヨガのために訪れた患者で天然ハーブの食品、漢方薬、アーユルヴェーダ薬などを購入する場合がある。

医療観光は、外国から患者を誘致する方法の 1 つであり、医療サービスと休養、レジャー、文化活動等の観光が統合された新たな観光の形となっている。医療観光の利用者は医療と観光という 2 つの目的を同時に満たすために外国を訪れるという考え方である。

第3節 インドの医療観光の種類

図表 5.1 で示しているようにインドの医療観光の構造は 4 つに分けられる。研究者によっては健康観光の中に医療観光、そしてウェルネス観光と大きく 2 つに分けることがある。だがその国独特の代替治療方法などがある場合は、次の 4 つの区別が容易である。第 1 は手術的観光、第 2 美容整形、第 3 代替治療方法、そして第 4 ウェルネス観光である。

図表 5.1 ではインドの医療観光の種類は医療サービスをもとにして分けたものである。そして市場の区分は企業の売り上げをもとにしたものである。競争の区分は、世界中の他の国で同業サービスを提供している競争相手国を示す。最後の強みの区分はインドの各医療サービスの強みを指す。

第1項 インド医療観光の区分

第1の手術的観光は命にかかわる手術などが含まれており、市場は大きく、インドの医療観光の強みである。区分別に医療観光の市場シェアを調べるのは難しいが India Brand Equity Foundation (2013)のレポートによると、インドにおけるヘルスケア産業の71%のシェアは病院が占めている。その中で主な企業は Apollo Hospitals Enterprise Ltd、Aravind Eye Hospitals、CARE Hospitals、Fortis Healthcare Ltd、Max Hospitals、Manipal Group of Hospitals、Narayana Health である。手術的観光の同業サービスの競争国はシンガポール、ヨルダン、タイ、米国、日本、マレーシア、コスタリカ、韓国、メキシコ、トルコなどである。これらの国ではインドより比較的に治療費が高いため、インドの医療観光の強みが際立つ。

図表 5.1 インドの医療観光の構造と区分



出所：(Dawn & Pal, 2011) 一部筆者編集

第2の美容整形は直接人間の命に関わりのない医療であり、市場シェアは中間レベルにある。人の好みで行われる手術もあれば、歯、顔などの審美目的により手術する人もいる。インドでは美容整形手術の歴史は古くはないが、20年前からかなり人気を博しており、重要性を増している。インドのムンバイ、デリー、コルカタ、チェンナイ、バンガロール、プネ、チャンディーガルには美容整形手術が中心に行われている。2005年から2007年にわたって美容整形産業は年平均成長率34%で増加し、当時の1.1億米ドルの計画を上回っている¹⁵。International Survey on Aesthetic/Cosmetic 2015の推計データによると2015年時点でインドに2150人の委員会認定の整形外科医がいると発表している¹⁶。さらにインドは世界中の整形外科医の5.3%のシェアを誇っている。同業サービスの競争国は南アフリカ、キューバ、タイ、韓国、日本、米国、ブラジル、メキシコなどであり、現時点では美容整形ではインドの強みは感じにくい。

第3の代替治療方法はインド独特の治療方法である。アーユルヴェーダ、シッダ治療、ユナニ治療、ヨガなどは代替治療方法の例である。そしてインド独特とはいえないが、ユナニ治療方法もインドで受けることができる。アーユルヴェーダとは予防医学だけでなく高度な生命哲学でもある。身体の状態に応じて適切な食事とそうでない食事について語られてある。ハーブやミネラルを含有した製剤、生物製剤（ギーなどのタンパクで形成）を含めたものを薬として使われるため近年アーユルヴェーダ薬は注目されている。インドではアーユルヴェーダ治療で使われるハーブのマーケットは2019年には61億ドルまで増加すると推定されている（Ali & Yadav, 2015）。インドのハーブ市場の主な

¹⁵ Research and Markets (2017). *Indian Aesthetic (Cosmetic Surgery) Industry: A Primer*. [online]

Researchandmarkets.com.

Available

at:

https://www.researchandmarkets.com/reports/604717/indian_aesthetic_cosmetic_surgery_industry_a [Accessed

31 Jul. 2017].

¹⁶ The International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2016. (2016). Retrieved 6 December 2019,

from <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>

企業は Himalaya Drug , Emami, Aswini, Ayur, Dabur, Cholayil Pharma などであり、インドそして海外でのハーブおよびアーユルヴェーダ製品の特許を取得している。

シッダ治療方法は、人間の 5 つの要素（地球、水、火、空気、宇宙）の正常な平衡が失われ、異なる形態の不快感をもたらす状態である。シッダ医学の診断法は、患者の脈拍、診断および臨床歴を観察した後、医師の臨床的観察に基づいている。2014 年に 5,000 人以上の外国人医療観光者がケララ州でシッダの治療を受けていた¹⁷。

ユナニ治療方法は、身体が 4 つの基本要素で構成されていると信じられている。地面、空気、水および火であり、食生活や睡眠といった生活習慣や生活環境を病気の原因と考え、それらの改善により病気予防を目指すとともに、自然治癒力を重視し、患者の免疫力を回復させることが治療の基本になっている。

ヨガは肉体的、精神的、倫理的に身体を健康にする芸術と科学の融合である。インドではヨガは古代から行われていて、ヨガはヴェーダ（ヒンズー教の教典）に由来している。治療方法は人のコレステロールレベルを調査し、血圧を正常化する。これによって内部の調和が保たれ、体を解毒し、免疫システムを向上させる。

MAKE IN INDIA のレポートによると、インドのウェルネス市場の規模は 4,900 億インドルピーである。この内約 40% がサービス提供に由来している。インドの AYUSH（Ayurveda、Yoga and Naturopathy、Unani、Siddha and Homoeopathy、略称、AYUSH）部門の年間売上高は約 1,200 億インドルピーである。近年米国だけで 3,200 万人以上の人々がヨガの練習をしている。世界中でヨガの需要は急激に増加している¹⁸。インド観

¹⁷ Kabirdoss, Y. (2016). AYUSH and Alternative Medicine Industry in India: Analysis of Growth, Trends and Progress

2017 - 2022. Retrieved 11 December 2019, from <https://timesofindia.indiatimes.com/india/E-visas-for-alternative-medicine-may-see-ayurveda-do-healthy-business/articleshow/52833506.cms>

¹⁸ Department of Industrial Policy & Promotion (2014). *Make in India - Wellness*. New Delhi – 110 001, India:

Department of Industrial Policy & Promotion.

光省は、医療観光イベント、ロードショーなどを開催して、海外市場でも、AYUSH システムおよび薬品の普及を推進している。

これらの代替治療方法は多くの国内外の患者を引き付け、医療観光を生み出している。インド国内そして海外の市場シェアは拡大しているものの、ほかに競合国が存在しないためインドの強みと考えられる。

第4のウェルネス観光もインド重要な医療観光の1つである。スパ、応力除去、アンチエイジングセンター、瞑想治療、指圧治療、鍼治療などがこの分野に入っており、外国からインドへ医療観光者を誘致している。図表 5.2 で示しているようにインドのウェルネス観光は世界中の国の収益額で比較すると、トップ 12 位に位置する。Global Wellness Institute の報告書によると、ウェルネス観光の中でも重要となっているのは美容およびアンチエイジング、健康的な生活、栄養、減量、ウェルネスライフスタイル、不動産業、鉱泉、温泉産業としている。2013 年から 2015 年にインドを訪れるウェルネス観光旅行者の数は 18%増加している。

ウェルネス観光をリードする国はアメリカ、ドイツ、フランス、中国、日本などである。収益ランキングから分析すると、インドのウェルネス観光マーケットはいまだに弱く感じるが、年間の旅行者数を比較すると今後の市場拡大と収益増加が見込まれている。

図表 5.2 世界のウェルネス観光市場、収益順位で上位 20 か国

国名	旅行件数(100万)	直接雇用人数(100万)	支出額(億米ドル)	支出額順位 (2015年度)	支出額順位 (2013年度)
アメリカ	161.2	1.87	202.2	1	1
ドイツ	58.5	1.11	60.2	2	2
フランス	30.6	0.32	30.2	3	3
中国	48.2	2.37	29.5	4	9
日本	37.8	0.18	19.8	5	4
オーストリア	14.6	0.16	15.4	6	5
カナダ	25.3	0.25	13.5	7	6
イギリス	20.6	1.18	13.0	8	10
イタリア	6.6	0.15	12.7	9	7
メキシコ	15.3	0.48	12.6	10	11
スイス	9.2	0.10	12.2	11	8
インド	38.6	5.32	11.8	12	12
タイ	9.7	0.50	9.4	13	13
オーストラリア	8.5	0.10	8.2	14	16
スペイン	13.6	0.08	7.7	15	14
韓国	18.0	0.13	6.8	16	15
インドネシア	5.6	0.52	5.3	17	17
トルコ	9.3	0.06	4.8	18	19
ロシア	13.5	0.15	3.5	19	18
ブラジル	8.6	0.12	3.3	20	24

出所：Global Wellness Institute. (2016). *International Wellness Tourism Growing Much Faster than Domestic*. [online] Available at: <https://www.globalwellnessinstitute.org/international-wellness-tourism-growing-much-faster-than-domestic/> [Accessed 23 Aug. 2019]. 一部修正

米国は依然としてウェルネス観光市場において圧倒的な先導者であり、世界のウェルネス観光の収入の3分の1以上を占めている。また、世界中の上位5か国（米国、ドイツ、フランス、中国、日本）は世界市場の61%を占めている。2013年から2015年までのデータによると中国は、ウェルネス観光支出額ランキング（ランク9からランク4）は大幅に増加し、その額は123億ドルから295億ドルに急増し、約2倍以上の成長を遂げている（Global Wellness Institute, 2016）。

第2項 インドと外国の医療費の比較

患者に質の高いケア、欧米国よりも比較的安いサービス、旅行やホスピタリティ部門からのパッケージでの取引や安いサービス、治療までの待ち時間の少なさは、インドの

医療観光の最大の魅力である。図表 5.3 で示しているようにシンガポール、タイ、アメリカよりもインドの医療費は低価格であり、患者に対して魅力的にうつることから、経済的優位性が見られる。このような医療サービスはインド医療観光の長所である。

欧米国（アメリカ、カナダ、イギリス、アイルランド）からの患者数の増加傾向は、スリーブ状胃切除術のためにインドに旅行することである。例えば、スリーブ状胃切除術の値段で国別比較をすると、コスタリカは 11,500 米ドル、メキシコは 8,900 米ドル、インドは 6,000 米ドルである。また、アメリカの医療費と比較するとインドは 30%から 70%まで安くなる。図表 5.3 で示している心臓バイパス手術のアメリカの値段と比較すると、15 分 1 の価格で治療が受けられることが明らかになっている。

図表 5.3 インドと他の国における重要な医療費の比較 (単位米ドル)

医療の種類	米国	コスタリカ	コロンビア	インド	ヨルダン	韓国	メキシコ	タイ	マレーシア	シンガポール	トルコ
Heart Bypass	\$123,000	\$27,000	\$14,800	\$7,900	\$14,400	\$26,000	\$27,000	\$15,000	\$12,100	\$17,200	\$13,900
Angioplasty	\$28,200	\$13,800	\$7,100	\$5,700	\$5,000	\$17,700	\$10,400	\$4,200	\$8,000	\$13,400	\$4,800
Heart Valve Replacement	\$170,000	\$30,000	\$10,450	\$9,500	\$14,400	\$39,900	\$28,200	\$17,200	\$13,500	\$16,900	\$17,200
Hip Replacement	\$40,364	\$13,600	\$8,400	\$7,200	\$8,000	\$21,000	\$13,500	\$17,000	\$8,000	\$13,900	\$13,900
Hip Resurfacing	\$28,000	\$13,200	\$10,500	\$9,700	\$9,000	\$19,500	\$12,500	\$13,500	\$12,500	\$16,350	\$10,100
Knee Replacement	\$35,000	\$12,500	\$7,200	\$6,600	\$9,500	\$17,500	\$12,900	\$14,000	\$7,700	\$16,000	\$10,400
Spinal Fusion	\$110,000	\$15,700	\$14,500	\$10,300	\$10,000	\$16,900	\$15,400	\$9,500	\$6,000	\$12,800	\$16,800
Dental Implant	\$2,500	\$800	\$1,200	\$900	\$900	\$1,350	\$900	\$1,720	\$1,500	\$2,700	\$1,100
Lap Band	\$14,000	\$9,450	\$8,500	\$7,300	\$7,000	\$10,200	\$6,500	\$11,500	\$8,150	\$9,200	\$8,600
Gastric Sleeve	\$16,500	\$11,500	\$11,200	\$6,000	\$7,500	\$9,950	\$8,900	\$9,900	\$8,400	\$11,500	\$12,900
Gastric Bypass	\$25,000	\$12,900	\$12,200	\$7,000	\$7,500	\$10,900	\$11,500	\$16,800	\$9,900	\$13,700	\$13,800
Hysterectomy	\$15,400	\$6,900	\$2,900	\$3,200	\$6,600	\$10,400	\$4,500	\$3,650	\$4,200	\$10,400	\$7,000
Breast Implants	\$6,400	\$3,500	\$2,500	\$3,000	\$4,000	\$3,800	\$3,800	\$3,500	\$3,800	\$8,400	\$4,500
Rhinoplasty	\$6,500	\$3,800	\$4,500	\$2,400	\$2,900	\$3,980	\$3,800	\$3,300	\$2,200	\$2,200	\$3,100
Face Lift	\$11,000	\$4,500	\$4,000	\$3,500	\$3,950	\$6,000	\$4,900	\$3,950	\$3,550	\$440	\$6,700
Liposuction	\$5,500	\$2,800	\$2,500	\$2,800	\$1,400	\$2,900	\$3,000	\$2,500	\$2,500	\$2,900	\$3,000
Tummy Tuck	\$8,000	\$5,000	\$3,500	\$3,500	\$4,200	\$5,000	\$4,500	\$5,300	\$3,900	\$4,650	\$4,000
Lasik (both eyes)	\$4,000	\$2,400	\$2,400	\$1,000	\$4,900	\$1,700	\$1,900	\$2,310	\$3,450	\$3,800	\$1,700
Cornea (per eye)	\$17,500	\$9,800	N/A	\$2,800	\$5,000	N/A	N/A	\$3,600	N/A	\$9,000	\$7,000
Cataract surgery (per eye)	\$3,500	\$1,700	\$1,600	\$1,500	\$2,400		\$2,100	\$1,800	\$3,000	\$3,250	\$1,600
IVF Treatment	\$12,400	N/A	\$5,450	\$2,500	\$5,000	\$7,900	\$5,000	\$4,100	\$6,900	\$14,900	\$5,200

出所 : Medicaltourism.com. (2019). Compare Prices. Retrieved 11 December 2019, from <https://www.medicaltourism.com/compare-prices>. 一部修正

第4節 インドの医療観光成長に対する政府の支援

1947年にイギリスから独立したインドは、独立後30年経過してからようやくすべての市民に包括的な医療サービスを提供すると宣言した。1991年のインド経済のグローバル化と自由化の後、インド政府は外国人観光客のために民間部門による医療サービス提供を開始した。民間の病院であるため経済的に裕福なインド国民も最先端の医療サービスを受けることが可能になった。

1980年代の民間部門の急速な成長と1990年代のコーポレート医療部門の出現は、これらの部門を促進するための包括的な政策であった。医療部門のため安価な土地の提供、医薬品輸入などに補助金の交付、州政府が支援する医療教育を通して訓練された医師と専門家の提供、インド政府の保険制度などはインド医療の成長の要因になっている。インド医療の成長によってインドでの医療観光も次々に成長している。

インド医療観光の支援のため、インド政府観光省のウェブサイトでは、インド政府が認定した旅行代理店のリストを定期的に更新し、医療関連機関を通じて病院の国際患者受入サービスの情報を更新している。インド政府は医療観光客に治療を受けるためのメディカル・ビザ（Medical Visa、略、Mビザ）を発行している。特定の国の患者に限り空港に到着した時点でMビザが発行される。さらに、患者を補助するために同伴する配偶者や子供にもビザ（Miscellaneous Visa、略、MXビザ）が発行される。更新可能なMビザ、MXビザの基本的な有効期間は1年となっている。

インド観光省は、医療観光を促進するためのいくつかの施策を実施しており、海外市場でプロモーション、パンフレットなどの広報資料、CDやドキュメンタリー映画などを作成して、インドへの医療観光の情報を拡散している。さらにインド国内では市場開発援助スキーム（Market Development Assistance、略、MDA）の下で、承認された医療観光サービス提供者のみに財政的支援が提供されている。観光省は、ウェルネス観光の促進に関する国家レベルのワークショップを開催し、AYUSH省、保健福祉省、病院および医療サービスのための全国認定委員会（National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Services、略、NABH）が参加した。ウェルネス産業を代表するアーユルヴェーダ、スパ、スキンケア・センター、美容ケア・センター、ジム、フィットネス・センター、予防保健センター、ヨガセンターなどがNABH認定の上サービスの改善を行っている。

インド政府は、ハリドワール・リシケシとプズチェリにおいて観光客を徹底的に治療し、精神的にも充足する完全な治療を提供するためのウェルネスセンターを開発している。インド保健福祉省の2007年の通知によると、オーストラリア、カナダ、イギリス、アメリカ、ニュージーランドなどのいくつかの国の開業医がインドの病院で働くことが可能となっている。このような動きは、全世界の医療業界の知識を共有し医師の治療知識や能力が向上していくことが期待されている。

第1項 インドの医療観光発展の主な要因

インドのヘルスケア部門は、公的および民間セクターにおけるインフラの巨大な成長を目の当たりにしている。インドの医療関連産業は年間ベースで最も成長率が高い産業の1つである。India Brand Equity Foundation 2017によると、インドのヘルスケア市場規模は全体で約1,000億ドルに達し、インド政府は2020年には2,800億ドルまで拡大すると見込んでいる。年平均成長率は22.9%を達成している。2017年時点で10億ドルの医療情報技術（IT）市場は、2020年には1.5倍の成長が見込まれている。このような成長の要因として以下のようなことが考えられる。

多くの熟練した医師や専門家が、国際的な経験を有している。患者の母国と同等の高い医療水準を提供する高品質の看護能力もある。患者の健康状態とスケジュールに合わせた治療を提供するための環境を構築し、文化や習慣など多様化した観光客に適合した医療も提供されている。現代の医療技術、高品質のインプラント、国際的に認められた医療備品を使用する等の安全性も証明されている。病院においても外国人患者の待機時間はほとんどないか、あっても少ない。外国の治療と比較してそのコストの低さも医療観光を検討している人々には重要な要因となる。安定的で他国通貨と比較して割安な為替レートや格安国際便、インド全国の大都市における多目的病院の出現、言語問題を解消するための通訳サービスの普及、完全な治療のための代替治療、ウェルネス、アンチエイジング・プログラムも用意されている。そして、さまざまな代替治療がAYUSHに組織化されている。

インドを訪れる観光客のために国際的なバンキング・サービスやクレジットカード利用範囲は拡大している。また、国内の保険需要が膨らむことにより、国際的に利用可能な医療保険も拡大している。さらに、旅行保険会社との提携、近代的な病院、国際認定された病院、ホテル設備や上質なサービス、良好な鉄道や道路網等の交通インフラの整備、テレコミュニケーション・ネットワークの開発、そして観光インフラの改善が、インドの医療観光の発展に寄与している。政府による規制緩和やFDIの方針では、保険サービスと医療サービス（病院・診断、医療機器・装置を含む）において、インド準備銀行による自動承認ルートにより100%のFDIを認めている。インターネットの普及により病院や観光についての情報がより入手しやすくなったため、インドへの医療観光はより一層発展していくと考える。

第2項 インドで医療観光の短所

医療観光における長所が多いということにより、インド医療観光の分野は発展し続けている。一方で、いくつかの問題も生じている。その結果、治療する側そして治療される側のどちらにも影響が出ることになる。まず、治療を受ける側から見れば、外国で治療を受けるには精神的な不安が生じる。手術後、場合によって長期間入院の必要に迫られ治療費が当初の想定より高くなることもある。旅行中の外傷、または感染症への罹患が帰国後に判明することがある。また、自国の医療機器と比較すると質の劣る医療機器を利用していることもある。その上、医療機器の質を判断できるのが、実際治療を受ける段になってからのことも多い。以上のことから、患者が母国での治療と比較すると信頼性に劣る、もしくは治療法などの問題や治療施設が整っていないことなどが懸念事項として挙げられる。

さらに、治療後のフォローアップができないため、予後の経過を判断することができない。特に歯のインプラント治療については間隔を開けて5回から6回通院する必要がある。トラブルが起きた時に外科医が外科手術の損害を賠償する保証はない。民間病院に対する法的措置は、国際法に基づいてない場合があり患者の大きな懸念事項の1つになっている。病院での衛生管理の問題や、季節性疾患（チクングニヤ、マラリアなど）に罹患して院内において感染してしまう可能性がある（Freire, 2012）。

次に治療する側から見れば、途上国の数多くの医師は就業先として公立病院を魅力的に感じていない。そのため、個人的にクリニックを開業するか、私立診療所のチームに参画したりする。これにより彼らの生活の質はより向上し、彼らの社会的なプロ意識を強くすることができるが、その結果国立病院では医師不足が生じ、私立病院では高い治療費を支払う外国人の患者を優先させるため、国内の患者を待機させる場合もある。

発展途上国の問題である貧困問題はインドにおいても深刻で、経済的に困窮した一部の国民は、自分の人生を改善するためにお金を得る代わりに自分の臓器を売る場合もある。お金のためにサロゲートマザー（代理母）になってしまうような貧困層の問題なども生じる。

第3項 インドの医療観光の問題

インドはインフラ施設の未整備は大きな問題の一つになっている。電力供給は不十分であり、上水の供給も不十分である。それと同時にインフラ・サービスを行っている機関の間での連携に矛盾が生じている。そのため、インドを含む発展途上国の医療観光に精神的な不安を抱かせる可能性がある。インドのいくつかの病院は外国人患者からの信頼が欠如している。具体的には、衛生的でない食品の取り扱い、適切なホスピタリティ・サービスの欠如、サービスの価格設定、および医療業界標準価格との乖離等があげられる。

保険および関連サービスの分野でも問題点がみられる、不十分な保険金、保険金詐欺などによる海外での払い戻し問題などである。次に病院間での連携不足、医療産業の資本不足、コミュニティへの不参加、農村部への関心の欠如、優れた通訳者の不足、および不安定な交通事情などである。医療観光を促進する上で政府の役割は大きい。医療観光への規制、官僚制で発生する腐敗（Hager, 1973）、不十分な医師の配置基準、長期的な投資家の欠如、フレンドリー・ポリシー（許認可窓口一本化）の欠如、テロと共同体の緊張などが主な問題である。

おわりに

本研究では、インドの医療観光に注目し、その現状、展望と問題点について検討した。近年、治療目的でインドを訪れる外国人患者は年々増加しており、その理由として先進国と比較して非常に低価格でサービスの良い医療を受けられることがあげられる。そして、インド政府は医療観光が国の経済発展並びに国民の健康な生活にも重要な役割を果たす分野として積極的に支援している。

インドは医療観光分野において世界中から注目されており、実際医療観光市場において有利な立場に立っている。医療観光において特に重視されるのは、医療技術、医療費、医療設備、看護師サービス、言語などであり、インドはこれらに関しては先進国のような質の高いサービスを提供している。外国特に米国で学び、インドに帰国した医師や看護師の下で治療を受けることは、患者により安心感を与える。また、インド独特の代替

治療はしっかりと組織化されており、病院、保険センターなどが認定までしていることからインドの医療観光はますます発展していくと考える。

一方で、インド医療観光の独自の問題として、医療関係のインフラ不足、治安の問題、医療設備が限られた病院にのみ整備されていることなどの問題が挙げられる。外国人には理解しにくい多民族多文化の複雑な社会問題もあり、デモのような政治的な問題も存在する。これらの問題は医療観光には悪影響を与えている。先進国や発展途上国からの患者にインドでの医療に対する信頼感を高めるために、治療費の基準、政府や機関による監査が必要と考える。

第6章 インドの医療観光:代替治療の可能性と問題

はじめに

本章は、インドの医療観光の問題と可能性を探ることを目的としている。インドは、世界中の医療観光客のターゲットの国の一つになっている。ただし、医療観光には政策と運営どちらにもいくつかの問題がある。インドを含む他の多くの発展途上国は、医療観光産業の発展において多くの問題を抱えている。インドの医療観光産業は、手術的治療、美容整形、代替治療方法、ウェルネス治療の四つのカテゴリに分類できる。本章では、筆者は代替治療とウェルネス治療に焦点を当て、それらの治療による医療観光の可能性と問題を考察する。

結果は、インドの医療観光産業には大きな可能性があると考えられる。国際的な観光客は比較的 low コストでインドを訪れることができ、ビザの手続きは容易であり、インドは世界標準の医療サービス及び代替治療のサービスも提供している。それと共に、医療観光の可能性を実現するためには次のような問題の解決も必要であると考えられる。インドの医療観光産業は標準化された生薬や医薬品の不足、本物（純正品）の原材料不足、遅れた加工技術、インフラ不足、異文化間の理解と言語のスキル不足、非医療スタッフ向けのトレーニング不足などが考えられる。

第1節 インドの医療観光の背景

近年、シンガポール、インドネシア、マレーシア、フィリピン、タイ、イギリス、アメリカ、日本、韓国、インドなどの国々で医療観光が人気を集めている（Turner, 2007; Connell, 2006）。特に、インドの医療観光の需要はこれらの他の国々よりも著しく高く評価されている（Mishra & Shailesh, 2012）、インドで医療を求めて国境を越える人々の数は年々増加している。患者の本国での高い医療費、長い待ち時間に対する不満、低価格の国際航空運賃、ほぼすべての医療技術の開発、医療に対するサービスの質向上がインドの医療観光産業の成長要因の一つであると考えられている（Turner, 2007）。さらに Turner (2007) はインドの医療観光を“First World Health Care at Third World prices”（「第3世界の安い価格で第1世界（先進国）並みの治療」）と評価している。しかしながら、

最近の傾向とインド政府により医療観光への注力にもかかわらず、世界中の地域から訪れる医療目的の観光客はまだ比較的少ない現状である。

近年の医療産業の競争は世界中のどこでも激しいものである。歴史を振替ってみると、発展途上国の富裕層の患者は、最高品質の医療を受けるために先進国を訪れる (Herrick, 2007)。今日では、先進国からも金銭的に余裕がない患者は、かつて「第三世界」として特徴付けられた地域に医療を目的にして観光する。これらの患者は、手頃な価格で質の高い医療を探している (Herrick, 2007)。このため、インドは医療観光の中心地になりつつある。

インドの医療観光は、手術的治療、美容整形、代替治療方法、ウェルネス治療の四つのカテゴリに分類されている。本章では、インド政府から特に注目と支援を受けている2つの分野である代替治療とウェルネス治療観光に焦点を当てる (AYUSH, 2017; IANS, 2017)。代替治療は、アーユルヴェーダ、ユナニ、ヨガ、自然療法、シッダ、およびホメオパシー (集合的に AYUSH と呼ばれる) で構成される。詳細については、参考文献レビューのセクションで述べている。一般に、ウェルネス観光は人間の生活習慣に焦点を当て、精神的、感情的、身体的、職業的、知的レベル側面からバランスをとろうとする人々に役立っている。

第2節 インドの医療観光における代替治療の位置

主に AYUSH (アーユルヴェーダ、ユナニ、ヨガと自然療法、シッダ、ホメオパシー) の代替治療方法は、インドで急速に人気を集めている。この治療方法の関心が高まっているため、インド政府は 2014 年に AYUSH 省 (Ministry of AYUSH) を設立し、インドの医療観光を促進している (Ministry of AYUSH, 2015)。代替治療に適切な戦略を実施するために、インド政府は毎年 AYUSH 省の予算を増加し続けている。2018 年の AYUSH 省の総予算は前年と比較して 13% 以上も増加している (PTI, 2018 年)。AYUSH 省は、代替治療産業で働く資格のある労働力を生み出すために、研究及び教育のため多額の投資を行っている (Ministry of AYUSH, 2019a)。さらにこの部門の発展のために必要なインフラを整備し、強力な規制の枠組みを実装するための中央委員会を設立している。

世界中で代替治療方法に対する認識が高まっており、代替治療方法の需要が急速に増えている。Research and Markets によれば、AYUSH は 100 億米ドルの市場であり、2020

年までに 150 億米ドルの市場に拡大すると予想されている (Research and Markets, 2017)。様々な新興企業がこの市場の拡大のために躍起になっており、アーユルヴェーダとホメオパシーのための薬や処方箋の再包装を行っている。これらの代替治療は、アロパシー薬の処方箋では効果が得られなかったか、その副作用によって苦しんでいる患者に対して推奨されている。

しかし、上記のような進歩にもかかわらず、インドの代替治療とウェルネス治療観光にはいくつかの課題が存在する。まずは、多くの薬品の開発、国際市場での製品や薬品の標準化、製品や薬品のプロモーション不足などが課題となっている。本論文においては、インドにおける代替治療とウェルネス治療の可能性と問題を探る。筆者は最初に参考文献のレビューを行い、AYUSH の概要を示す。次にインドの代替治療の観点に基づいて代替治療やウェルネス治療の情報を一般化する。次に、インドの代替治療とウェルネス産業の可能性と問題を評価する。最後に、本章における研究の結果である、インドにおける代替治療とウェルネス治療の含意について議論する。

補完代替治療 (Complementary Alternative Medicine、略、CAM) は様々な名前で知られている。異なる民族、国やコミュニティによって異なるタイプの名前で代替治療のラベル (名前) が付けられている。例えば、伝統的な漢方薬 (Traditional Chinese Medicine 略、TCM) という用語が使用されている (Song, Xia, Rezeng, Tong & Tang, 2016)。インドでは、伝統的なインド医学 (Traditional Indian Medicine、略、TIM) を使っている (Patwardhan, Warude, Pushpangadan & Bhatt, 2005)。さらに中国では、伝統的、補完的、代替治療 (Traditional and Complementary Alternative Medicine、略、TCAM) という複合用語が時々使用されている (Song, Xia, Rezeng, Tong & Tang, 2016)。米国では、代替治療 (Alternative Medicine) および補完医療 (Complementary Medicine) という用語が頻繁に使用されている。ヨーロッパでは、ほとんどの場合、補完的な医療 (Complementary Medicine) とされている (Fisher.& Ward, 1994)。この研究では、インドの AYUSH 省に基づいて代替治療 (Alternative Medicine) と代替治療 (Alternative Treatment) を使用している。

第1項 インドの医療観光の種類

医療観光は、健康観光とウェルネス観光の大きく二つに分けて研究を行っている研究者もいる。ここではインドを中心に研究をしているためインドのような独特の医療システムを持っている国の研究にはさらに二つに分けて、合計四つの大まかなカテゴリまたは区分化したほうが分かりやすくなるを考える。医療観光のその四つの区分は次のようになる。①手術的観光②美容整形③代替治療④ウェルネス治療という四つのカテゴリに分けられる。インドの状況をよりよく理解するために、図表 6.1 は医療観光の区分とインドにおいて利用可能な医療サービスを示している。市場セグメントは市場全体のサイズまた言い換えれば企業の売上に基づいている。競合のセグメントは、他の国で同じタイプの医療サービスを提供している国を指す。さらに強みのセグメントでは、インドの各医療サービスと競合国とを比較して相対的な強みの有無を指す。

図表 6.1 インドの医療観光の構造と区分



出所：(Dawn & Pal, 2011) 一部筆者編集

手術的な治療には生命に直接的に関係する手術が含まれている。そのため母国でお金に余裕がないまたは、治療に必要な医療技術を確認できない患者の選択肢にインドはなっている。したがって、インドの医療観光の中で当該セグメントの市場は拡大している。インドの物価は他の先進国等と比較していまだに安いいため、トップクラスの治療でも安価で受けられることが、インドの医療観光の強みの1つである。セグメントごとに医療観光市場の売上を調べることは困難であるが、インド全体の医療市場の中でインドの病院は最大のシェア（71%）を占めている（Biswas, Allard, Pousette & Härenstam, 2017）。Apollo Hospitals Enterprise Ltd.、Aravind Eye Hospitals、CARE Hospitals、Fortis Healthcare Ltd、Max Hospitals、Manipal Group of Hospitals、および Narayana Health はインド人気の大手病院である（Dawn & Pal, 2011）。手術的な治療サービスの競合国には、シンガポール、ヨルダン、タイ、米国、日本、マレーシア、コスタリカ、韓国、メキシコ、トルコが含まれている。これらの国での治療費はインドよりも比較的高い現状にある（Dawn & Pal, 2011）。

美容整形は、人間の生命に直接関係しない治療がほとんどである。市場の大きさは中間レベルにあると考えられている。このセグメントでは、人の好みに応じて行われる手術もあれば、患者の歯や顔の形を矯正する手術もある。インドでは美容整形の歴史は特に古くはないが、過去 20 年間では非常に重要で人気が高まっている（Global Wellness Institute, 2018）。インドで最初の独立した整形外科は、1958 年にナグプール（Nagpur）で政府の大学病院として設立された。近年ではインドの大都市のムンバイ、デリー、コルカタ、チェンナイ、バンガロール、プネ、チャンディーガルが美容整形治療の主要な都市となっている。これらのサービスの競合国には、南アフリカ、キューバ、タイ、韓国、日本、米国、ブラジル、メキシコがある。これらの国々の技術的進歩により、インドは美容整形治療の市場シェアは大きいとは考えられない。

次にインドの代替治療のサービスだが、これはインド独自の治療方法で現在までほとんどインド国内だけで利用可能となっている。アーユルヴェーダ、シッダ、ヨガは、インド独自の代替治療方法の例である。これらに加えて、患者はインド特有ではないが、ユナニ、ホメオパシーの治療もインドで受けることもできる。アーユルヴェーダは予防医学だけでなく、高度な生活習慣の哲学でもある。アーユルヴェーダは適切な食事を処方し、個人の体調に応じて適切でない食事なども制限する。近年、アーユルヴェーダの

薬にはハーブ、ミネラル、動物の油（油とタンパク質）が含まれているため、アーユルヴェーダの薬が注目を集めている。インドでは、アーユルヴェーダ治療で使用されるハーブの市場は、2019年に61億ドルに増加すると予想されている（Ali & Yadav, 2015）。インドのハーブ市場の主要企業には、ヒマラヤ薬（Himalaya Drug）、エマミ（Emami）、アスウィニ（Aswini）、アユール（Ayur）、ダブール（Dabur）、コライルファーマ（Cholayil Pharma）、パタンジャリ（Patanjali）などがあり、インドおよび海外でもハーブとアーユルヴェーダ製品の特許権を取得している。

ウェルネス治療には、人間の生活に関わるすべての活動を改善し、バランスを取りながら生活をするためのコンサルティングまたは治療が含まれている。ウェルネスは、患者の生き方、例えば身体的、精神的、感情的、職業的、知的な側面などに影響を与える。ウェルネス観光の主な動機は、健康的な食事、フィットネス、リラクゼーション、マッサージ、贅沢な生活、治療を含む予防的で積極的なライフスタイル向上活動に従事することである（World Tourism Organization, 2019）。ウェルネス観光には、通常、スパ治療、ストレスを解消する治療、アンチエイジングセンター、瞑想、指圧治療、鍼治療などが含まれる。Global Wellness Institute（2017）が発行したレポートによると、ウェルネス観光の最も重要な分野は、美容とアンチエイジング、健康的な生活、栄養、減量、ウェルネスライフスタイル、不動産産業、鉱泉温泉、スパ産業とされている。さらにウェルネス観光の主要国には、米国、ドイツ、フランス、中国、日本が含まれる。2013年から2015年の間に、インドへのウェルネス観光目的の旅行者数は18%で増加し（Global Wellness Institute, 2016）、全世界のウェルネス観光における収益は過去5年間では平均7.8%増加している（Global Wellness Institute, 2018）。しかし、インドのウェルネス観光産業はまだ発展段階の状態にある。

代替治療とウェルネス観光はかなりユニークな分野であり、市場へのシェアも徐々に増加しているため、インドでは健康省と別にAYUSH省が2014年11月に設立された。それ以前にもインド医学とホメオパシーの開発のために、インド医学とホメオパシーシステム（Indian Systems of Medicine and Homoeopathy、略、ISM&H）の名を冠した部門を健康省が所管する形で、1995年に設立されている。2003年になってこの部門の名前が変更されAYUSH部門になった。その際明確な治療方の名前例えば、アーユルヴェーダ、ヨガ、ユナニも含まれていた。さらに、2014年にはアロパシーと東洋医学のシステムが大きく異なることで様々な問題が噴出したためさらに別の省が設立された。AYUSH省により世界中でアーユルヴェーダ、ヨガ、自然療法、ユナニ、シッダとホメオパシーの

宣伝が行われている。言い換えれば AYUSH 省は、代替治療 (AYUSH) システムの最適な開発と普及を確保するための省である (Ministry of AYUSH, 2019a)。

第2項 AYUSH の代替治療の紹介

代替治療の AYUSH についてはそれぞれ以下にて説明を行う。

アーユルヴェーダ:アーユルヴェーダは予防医学とヘルスケアのための完全な医療システムを提供する。これはインドで長年にわたって有効であることが証明されている。アーユルヴェーダの薬は、個々人に合わせて天然のハーブを基に処方されている。アーユルヴェーダの科学は、人間の生き方に関する知識に基づいている。個人個人が自分の生き方を知っている場合、彼らは彼らにとって良い食事とライフスタイルは何であるかを理解することができる。アーユルヴェーダの考えでは5つの要素 (エーテル、空気、火、水、および地球) が最も重要な基本概念とされている。これらは、Vata、Pitta、Kapha として知られる3つの Dasha (生物学的組織) で表現される (Dawn & Pal, 2011)。これらの生物学的組織は、身体機能のすべての側面を完全に理解し、健康的な生活に必要な調和の取れたバランスを確立するために個人によって使用される。

ヨガと自然療法:ヨガはサンスクリット語の「ヨーク」から来ている。ヨガは規律でありバランスを取りながら固有の力を改善する完全な自己実現方法である。ヨガは、個々の霊と神の普遍的な精神を結びつける手段としても定義されている。さらに、ヨガは精神的な変化の抑制である (AYUSH, 2018)。ヨガは肉体的および精神的な幸福による自己進化と啓発のためのツールで、いくつかの種類 of ヨガには、重要な臓器を完璧な状態に保つためにマッサージする方法もある。さらにヨガは、体内を調和させ、浄化し解毒し、免疫システムを高める。

自然療法では、人体には独自の自己構築力と自己治癒力があると考えられている。この方法では病気の正確な原因とその特定の治療法を追求するものではない、むしろ、病気の原因となる要因の全てを調べる。例えば、身体の正常な機能を妨げる可能性のある不自然な生活習慣、思考、睡眠、作業、環境などの要因を調べて治療する方法である。

ユナニ：ユナニ治療方法は、人体は4つの重要な要素（地球、空気、水、火）で構成されていると考えている。また、これらの要素は、寒さ、暑さ、湿気、乾燥の気質が異なることを確認する。これらの要素が協力して相互作用すると新しい気質を持つ新しい化合物すなわち、高温湿潤、高温乾燥、低温湿潤、低温乾燥が生まれる。ユナニテムの治療方法は、ユナニ特定の医者（医師）による観察と身体の検査を行った上で治療が施される。ユナニでは人の病気は、その人が創造した物質と物に起因する考えられている（Dawn & Pal, 2011）。ユナニの治療は、健康を維持するための、病気の予防と治療を行っている。ユナニでは様々な実践が含まれている。例えば、Venesection（必要な血を出す治療）、カッピング（Cupping）、発汗を行う治療、トルコ式バス（Turkish baths）、マッサージ、Cauterization（イボなどを焼き落とす方法）、運動、リーチング（蛭治療）などが含まれる。ユナニダイエット療法は、特定の食事を食べたり、食品の品質と量を調整したりする。ユナニ治療の薬は、主に薬草のような天然の医薬品（動物または鉱物由来）を使用している。化合物製剤には、生の形の組み合わせまたは単一の薬が好ましく、ユナニ理学には、身体の恒常性のバランスを保つために特定の運動テクニックを使用する（World Health Organization, 2010）。

シッダ：シッダ治療は、人体の病気は5つの要素が正常なバランスが失われる状態と定義している。それによって様々な種類の不快感と痛みが生じる。シッダ治療法は、患者を観察し、脈拍、診断、病気の既往歴を確認した後に特定の医者（医師）の臨床判断に基づく。シッダによると、特定の食品は身体的および精神的なパフォーマンスを改善し、病気のリスクを減らすとされている。古代からのシッダ治療方法の概念は、“食べ物は薬であり、薬は食べ物である”とされている。特定の食品レシピ/穀物が、すべての病気の薬とともに処方される（Sivaraman & Rajalakshmi, 2005）。

ホメオパシー：近年、ホメオパシーは世界の多くの地域で実践され、急速に成長している医療システムの一つである。インドでは、錠剤の安全性と治療法の優しさで幅広く知られている。研究によると、インドの人口の約10%のヘルスケアのニーズはホメオパシーに依存し、インドで2番目に人気のある医学のシステムと考えられている（Ministry of AYUSH, 2019b）。ホメオパシー治療には、多数の要素と3つの主な治療の仕方がある。（1）患者の状態と個人的な特徴、（2）薬物とその組成および製造プロセス、そして（3）医師達と様々な治療法と健康の概念である（Poitevin, 1999）。

これらの代替治療システムはすべて、国内および国際的にも患者を引き付け、インドにおける医療観光を生み出している。

第3項 ウェルネス観光

ウェルネス観光は、インドの医療観光のもう一つの重要な分野である。スパ、ストレスを解消センター、アンチエイジングセンター、瞑想治療、指圧治療、鍼治療、ハーブセラピー、アロマセラピー、バッチフラワーセラピー、クロモセラピー、ハイドロセラピー、オイルマッサージセラピー、磁気セラピー、泥セラピーとバランスの取れる栄養のある食べ物などがウェルネスの主要な項目となる。近年では、多くの人々がより健康的なライフスタイルを求め、健康、旅行、休暇を統合した形の旅を求めている。最近のウェルネス観光市場には、一次のおよび二次的な観光客が含まれている。一次的なウェルネス観光客にはウェルネスを目的として旅行を選択する。さらに二次的なウェルネス観光客は何かの目的で、旅行や訪問中にウェルネス観光を体験する。つまり、二次的ウェルネスの観光客は、ウェルネスを主な動機としない (WTM, 2016)。

インドには、国内と国外の観光客を対象としたウェルネス観光で有名な目的地が多数ある。インドは、ウェルネスの観光客にとって最高の目的地の一つとして取り上げられている。インドは比較的低コストで国際標準の医療サービスと共にウェルネスのサービスも提供している。インドのウェルネスサービスプロバイダーのほとんどは、有名なホテルやリゾートに由来している。観光客はウェルネスの広告ホームページやホテルの情報をチェックして希望するプロバイダーを選択する。世界全体のウェルネス産業の成長率は15%であるが、インドのウェルネス産業は年間18.6%のペースで成長している。また、中国、ブラジル、米国、インドネシアはウェルネス産業ではさらに高い成長率を記録している (Manideep, Reddy & Reddy, 2018)。

第4項 インドの医療観光の成長の理由

インドは、最も急成長している医療観光の目的地として世界中で知られている (Turner, 2007)。インドを訪れる医療観光目的の観光客は、母国では治療する経済的余

裕がなかったり、または母国の法律等により治療やサービスを受けることが困難だったりする場合は外国での医療サービスを求める。観光客がインドを理想的な医療観光の目的地にする主な理由は、以下の通りである (Dawn & Pal, 2011)。

- ① インドでの治療費は、米国や英国などの国に比べて比較的安価である。
- ② インドの医療目的のための医療ビザ (Medical Visa) を取得することは、他の国よりもはるかに簡単である。
- ③ インドは最新の医療機器と技術を備えた世界トップクラスの医療サービスを提供している。
- ④ 近年、旅行代理店通じてリーズナブルな航空運賃とホテル料金の提供が実現されている。
- ⑤ 手術および治療を受けるまでの待機時間がほとんどない。
- ⑥ 治療終了後、患者のリクエストに応じて (病院内/外で) 代替治療のサービスも提供している (アーユルヴェーダ、ヨガ、ユナニ、シッダ、ホメオパシーなど)。
- ⑦ 一般的に、英語でコミュニケーションを取れる熟練した医師と医療スタッフがいるため、外国人観光客とコミュニケーションをとることが比較的容易になっている。
- ⑧ 医療観光客は、治療を受けることに加えて、世界七大建造物の一つに数えられるタージマハルの見学等、世界で最も魅力的な観光地を訪れる機会もある。

第3節 代替治療観光の可能性及び問題点

第1項 代替治療の可能性

近年は、高度なコンピューター機器とマスメディアの普及により、代替治療を求める患者の数が徐々に増加している (Suzuki, 2004)。代替治療は、世界中の医療における一つのトレンドになりつつある。代替治療の範囲は広く、これには世界の様々な国や地域の伝統的な医療やセラピーだけではなく、健康保険が適用されていない新しい治療方法も含まれている。人口の割合で比較すると、驚くべきことに、現代の西洋医学の利用者

はいまだにまだ少ない現状である。世界保健機関（WHO）は、世界の医療産業の 65～80%を「伝統医学」に分類している（Suzuki, 2004）。

代替治療の人気の高まりには複数の要因がある。このような治療と医療方法は、患者の気分を良くし、リラックスさせて集中力を高めて、ストレスを軽減するのに役立つ。癌などの深刻な病気の患者が手術の後に代替治療を利用することで、より早く日常生活にもどることができるようになる。特定の代替治療方法が癌などの症状の一部の痛みを緩和または除去し、強力な薬の深刻な副作用を軽減するのにも役立つという科学的な証拠もある。例えば、鍼治療は、一部の化学療法薬によって引き起こされる痛みや病気の治癒に役立つことが知られている。また、頭頸部癌の治療後の口腔内の痛みの軽減にも役立つような事例もある。

さらに、一部の患者にとって、代替治療士（医師）により一般的に提供されている診察、触診や問診から得られる快適さと満足は、有意義な利点である。最高に能力のある（熟練した）セラピストによるがんの治療と回復の際のコンサルティングは、手術や病気からの快方速度を速めることに非常に役立つことがある。一部の患者は、前向きで希望を感じる方法として代替治療を使用している。アロパシー治療や医師が提供するコンサルティングは難しく感じる患者（特に精神的に悩んでいる患者の場合）には、代替治療のセラピストが提供している方法が楽で回復に役立つ事例もある。

代替治療方法を利用している高齢者はかなり多くなっている。Astin（1998）によると高齢者の人口の 35%から 60%が利用しているという結果がある。これは他の年齢層よりも高い数字である。2013 年の欧州環境庁のレポートによると、世界の高齢者（60 歳以上）の人口は約 8 億 4100 万人に増加し 2050 年には 20 億人まで増加すると予測されている。（European Environment Agency, 2013）。開発途上地域では、60 歳以上の人口は、今後 30 年間で年率 3%を超えるペースで増加すると予想されている。開発途上地域では 60 歳以上の人口は 20%まで増加し先進国では 22%から 32%まで増加すると予測されている（European Environment Agency, 2013; United Nations, 2013）。

インド人によって実践されている最も人気のある代替治療方法の一つのアーユルヴェーダは、現在、高齢患者に最も一般的に使用されている治療法である。さらに、ホメオパシーは、別の人気のあるインドの治療システムである（Sharma, Dubey, Malhotra, Manocha & Handu, 2017）。2007 年の国民健康インタビュー調査（National Health Interview Survey、略、NHIS）によると、ヨガを含む心身療法（Mind-Body Therapies）は行動、感

情、または精神に関係した問題を抱える子供たちに最も好まれた治療方法である。2012 NHIS は、子供のヨガの練習とヨガ療法の使用が 2007 年で 2.5%から 2012 年には 3.2% (40 万人を超える子供) に増加したことを報告した (Rosen, French & Sullivan, 2015)。

インドの医療観光市場は 2020 年までに 2 倍以上になり、80 億ドルに達すると予想されている (IANS, 2017)。多くの西洋諸国の市場と比較すると、AYUSH などの伝統的および代替治療の復活が、インドの医療観光市場を支えていることは明確である (IANS, 2017)。

第2項 代替治療の問題

代替治療で使われる生薬および医薬品産業は、毒性汚染物質のない標準化された本物の原材料の調達を確保する必要がある。ハーブ製品の製造におけるコンプライアンスと工程内品質管理の維持を保証するために、洗練された加工技術とインド政府の管理下のもとですべての工程を実施する必要がある。これらの製品の治療効果、安全性、保存期間のエビデンスも重要である。包括的な科学研究とエビデンスに基づいたアプローチはアーユルヴェーダのグローバルな推進には必要不可欠である (Patwardhan, Warude, Pushpangadan & Bhatt, 2005)。

いくつかの代替治療方法と医療システムはシンプルで健康的であり、セラピストは無害で重篤な副作用がないことを保証して、この代替治療方法を薦める。ただし、すべての治療に副作用がないわけではない。手術の遅れ、放射線、化学療法、またはその他の治療を必要とする患者に伝統的な治療または代替治療を使用することにより、がんなどの病気が悪化し、体の他の臓器に転移する可能性がある。いくつかの代替治療方法、薬、セラピーは、深刻な問題さらには死を引き起こすことが報告されている (Simon, 2019)。特別なビタミンとミネラルは、過度に使用するとがんやその他の病気のリスクを高める可能性がある。一部の企業では、薬副やサプリメントの副作用などの説明を容器に貼付するルールを食品と医薬品局 (The Food and Drug Administration、略、FDA) の規則を適切に遵守しないときもある。場合によっては、有害な汚染物質が製造の時点で含まれることがある。

インドの医師とインドの臨床インフラは優れていると思われている。ただし、一般的なインフラは、必ずしも医療観光客のニーズを満たすわけではない。医療観光では、異

文化への感受性に精通し、十分な言語スキルを備えた訓練を受けた非医療スタッフも必要である。さらに、医療費は一般的に許容されるが、他の費用（特に宿泊や食事）は過剰になる可能性がある。

第3項 代替治療におけるインド政府の役割

インド政府は、代替治療の発展のために支援と奨励を表明している。伝統的なインド医学の促進のために、健康省の下にインドの医学とホメオパシーのシステム（Indian Systems of Medicine and Homoeopathy、略、ISM&H）と言う名前の部門を設立した。現在ではアユシュ省（Ministry of AYUSH）として知られている。インド政府は、独自に特定の教育、原材料の入手と開発、医薬品の標準化、研究開発、情報、コミュニケーション、およびヘルスケア全般にわたり直接管理している。すなわち、インド医学中央評議会（The Central Council of Indian Medicine）を通して教育および訓練を監督している（Patwardhan, 2007）。一部の代替治療と医療製品は、世界銀行のプロジェクトの下で政府の家族福祉プログラム（Family Welfare Programs）に追加されている。これらの薬は、貧血、子宮および腹部の合併症、妊娠中の浮腫、痛みや授乳困難などの分娩後の問題、栄養不足、小児下痢などの一般的な疾患に使用される（Kumar, 2000）。

インド政府の教育政策と人材開発は、AYUSH システムの教育の基準を定めている。同省は、ホメオパシーの中央評議会（The Central Council of Homoeopathy、略、CCH）とインド医学の中央評議会（The Central Council of Indian Medicine、略、CCIM）の二つの法規制機関と連携して機能し、これらの評議会が推奨して大学の立ち上げを許可している。現在では、アーユルヴェーダは 401 校、シッダは 11 校、ユナニカレッジ 53 校が全国の 59 の大学と提携している。これらの大学のうち、140 のアーユルヴェーダ大学、12 のユナニ大学、3 つのシッダ大学でさまざまな専門分野の教育を大学院において提供している（Ministry of AYUSH, 2019a）。

インド政府はまた、代替治療の生薬の安全性と品質の管理のために新しい薬物検査研究所を設立している。さらに、すでにある研究所をアップグレードして、生薬、安全性と品質に関する認証と認可を提供している。科学産業研究評議会（The Council for Scientific and Industrial Research、略、CSIR）は、2002 年にニューミレニアムインディア（New Millennium India）と言う研究プログラムの下で開始された。アーユルヴェーダ

は、テクノロジーリーダーシップイニシアチブプログラムの下で、関節炎、糖尿病、肝臓障害を含む3種類の疾患を特定した。なぜならこの病気は多くのインド人を苦しめているからだ (Patwardhan, Warude, Pushpangadan & Bhatt, 2005)。

アーユルヴェーダ科学研究中央評議会 (The Central Council for Research in Ayurvedic Sciences、略、CCRAS) は、AYUSH 省の独立機関であり、アーユルヴェーダの科学分野に沿った研究の調整、実施、策定、開発と促進を行っている。評議会の中心的な活動は、臨床研究、薬物研究 (薬用植物研究、薬物標準化、品質管理、および薬理学研究) および文献研究で構成されている。AYUSH 省の年間の国家予算はかなりの額に及び、2018-19 年の推定総予算は 1626.37 千万インドルピーである。その予算の 2019 年 3 月までの執行額は、1606.96 千万インドルピーであった。インド政府は 2001 年に伝統的知識デジタルライブラリ (Traditional Knowledge Digital Library、略、TKDL) を設立し、これは伝統的知識リソース分類 (The Traditional Knowledge Resource Classification、略、TKRC) システムとつながりがある (Ganguli, 2004)。このような活動は、インドの代替治療の研究開発に非常に有用だ。Intra Mural Research (IMR) という名前の研究所の下で、認知障害、痛風、鉄欠乏性貧血などの 12 の疾患に関する 14 の臨床研究プロジェクトが実行された。現在、IMR は、痛風、アレルギー性結膜炎、頸椎症など、16 の疾患/状態に関する 20 のプロジェクトに取り組んでいる (Ministry of AYUSH, 2019a)。これらのプロジェクトは、AYUSH 分野の普及に非常に大きな貢献をしている。

おわりに

本章は、代替治療とウェルネス観光に特に焦点を当てたインドの医療観光の概要を示すことを目的としている。インドの医療観光は、手術的治療、美容整形、代替治療、ウェルネス治療の4つのカテゴリに分類される。インド政府は代替治療とウェルネス観光を引き続き重視しているため、筆者はこれら2つのタイプの医療観光に焦点を当て、その可能性と問題を検討した。

インドの医療観光産業には大きな可能性があると考えられる。低コスト、ビザ発給手続きの容易さ、世界トップクラスの標準化された医療サービス、アロパシー治療と代替治療へのアクセスなどは、インドを魅力的な医療観光地にする主な要因であると言える。しかし、インドの医療観光産業も多くの問題及び課題に直面している。代替治療に使用す

る医薬産業は、標準化された原材料使用の確保、加工技術の改善、インフラの整備、高度化などが課題となっている。さらに医療サービスを提供する側では、異文化に対する感受性を高めること、言語スキル、非医療スタッフのトレーニングの強化、高騰する宿泊費、移動や食費の問題を解決する必要がある。これらの問題は、インドの医療観光産業の成長を妨げる深刻な要因になる可能性があるため、慎重に検討して解決する必要がある。

また、本研究においてインド政府が医療観光を促進するために重要な役割を果たしていることが理解できた。インド政府は、医療観光の促進および支援するために、様々な組織や評議会を設立して積極的に関与している。そしてその機関を通して指導やガイドラインを提示している。インドのすべての病院が同じように標準化されているわけではないため、サービスの品質の改善を継続させる必要がある。現在、インド政府は医療観光客のための効率的なビザ発給のプロセスを確立している。これは、入国する外国人医療観光客数の増加に直接的に役立っている。ビザ手続きをさらに簡素化する努力は、有益なステップである。

代替治療とウェルネス治療は科学的根拠に基づいており、病気に対する伝統的な薬や治療方法の臨床的な有効性が確認されている。それにもかかわらず、これらの医薬品は以前から課題に直面している。伝統的な薬とセラピーのあり方を徹底的に検証する必要がある。処方された薬の有効成分とそれらが作用するメカニズムについて詳細な研究を行うことも重要である。代替治療で使われる伝統的な医薬品の生産と流通の品質の基準は、慎重に策定され、積極的に実施される必要がある。さらに、それらの有効性を保証し、潜在的な毒性を最小限に抑える必要がある。

第7章 インド観光産業における政府の役割：宗教と医療産業を中心に

はじめに

インド観光産業の最も古くて重要な分野として知られている宗教観光と近年世界的そしてインドでも成長し続けている医療観光は国の発展の大事なツールである。このような成長の裏にはインド政府の直接的な支援また間接的な支援がある。本研究では論文のフレームワークで示したように政府による役割や支援を考察する。したがって、宗教観光への時期的な支援やインフラの発展（五か年計画の基にして）を明らかにする。さらに、観光産業で次に重要である医療観光への支援についても考察する。

第1節 インドの宗教観光のプロフィール

巡礼は、部分的または完全に信仰を目的とした観光である。インドは、ヒンドゥー教、仏教、ジャイナ教、イスラム教のような多くの宗教と宗派の聖地であり、インド国内のさまざまな地域に主要な巡礼センターが存在している。宗教と精神は、主に聖地、人物や出来事とのつながりとして現れる。その結果として主要な観光地に旅行する（巡礼に出る）ことにより、その地域の発展につながっている。言い換えれば国内観光の成長は、宗教観光に大きく依存している。このような観光の可能性を引き出すには、政府も含む巡礼地の利害関係者全体の協力を仰ぐ必要がある（Ministry of Tourism Government of India, 2015a）。

1949年11月に憲法制定議会で成立し、1950年1月に施行された第一次五か年計画（1951-1956）では観光分野に特段多くの国家予算が割り当てられなかった。第一次五か年計画では観光に関係する港、電気発電所、内陸水輸送、民間航空航路が構築されていた（Khan et al., 2014）。これらも間接的に宗教観光に対する支援と考えられる。次の五か年計画にも同じようにインフラ発展の計画が制定されてインド政府は国内の宗教観光を支援してきた(詳細は次の節で述べる)。

インド政府は宗教観光の促進に前向きであった。それはイギリスの植民地時代のころ1933年に制定された法律とTTDの委員会が設立したことから確認できる。1947年のインドの独立前後でも様々な宗教委員会と法律を制定されていたことがインドの歴史に

残っている。ただし、インドの国家予算が宗教観光のために割り当てられるまでには長い時間を要している。それまでは様々な宗教トラスト、団体が宗教観光及び精神地の管理と発展を行っていた。直接的に州政府や中央政府が当該分野へ支援を行ったとしても間接的支援、監査、管理とサポートであったと言える。

2014/2015 年の国家予算では、インド政府は宗教観光の促進のために、当時の会計年度に 10 億インドルピーを割り当てた。その予算は巡礼と精神性の増強に関する PRASAD 国家ミッション（PRASAD National Mission on Pilgrimage Rejuvenation and Spiritual Augmentation）の下で利用されることとした（Ministry of Tourism Government of India, 2015b）。インドの国のスキームである PRASAD 国家ミッションの主な目的は、宗教観光客数に基づいて巡礼地を特定し、開発することである。さらにその目的にはすべての利害関係者のニーズを理解し、努力、競争力、持続可能性と雇用機会を強化することも含まれている。

第2節 インド政府の宗教観光に対する各開発計画期間における支援

インドが独立するまえから宗教目的で地方政府、その寺院や神社のトラスト、寺院を管理している Mahant（修道院長）と王族達の直接的な支援と管理があった（Kumar, 2015）。だが、ここではインド独立後の政府により制定された五カ年計画の期間をもとにして観光産業の内、宗教観光の対象となる支援と発展を探りたい。

第1次五カ年計画（1951-1956）-独立後の最初の5年間の計画では、観光に関する規定はなかった（Khan et al., 2014）。当時のインド政府は観光産業の対象となる港、発電所、運送、海上輸送、民間航空などを整備した。当時の観光部門は運輸省の下で管理されていた（Khan et al., 2014）。観光を宣伝する資料の作成、展示会、映画の上映などの活動も積極的に行っていた。さらに、旅行代理店やツアーオペレーターを利用して国内外に観光案内所を開設してプロモーション活動が行われた。

第2次五カ年計画（1956-1961）-第2次五カ年計画では、初めて観光のための国家予算が割り当てられた。観光のために州政府と中央政府が別々に予算を計上して、支援を実施した。その結果、観光センターの増加、交通機関の改善と宿泊施設の開設等の発展がみられた。観光産業の発展を成功させるために三つのスキームが立てられた。第一のスキームは、外国人観光客向けの施設を開設することを目的としていた。このスキーム

は中央政府により直接実行され、中央公共事業部を通じて実施されていた。第二のスキームは、外国人観光客にとっても重要な場所で、国内の観光客向けのインフラ（交通、宿泊施設など）を開発することを目的としていた。このスキームは、中央政府と州政府が共同で行った。第三のスキームは、巡礼センター、庭園やピクニックスポットなどの観光地において現地の住民にとっても利益となるインフラを整備することを目的としていた。このスキームは州政府によって実施されていた（Menon, 1993）。

第3次五カ年計画（1961-1966）-第3次5か年計画により、観光産業の成長は国の発展のツールとして認められるようになった。第1次五カ年計画のときに訪れた外国人観光客の数は17,000人で、第3次五カ年計画が実施された時期には123,000人に増加した。同様に、当時の推定外貨収入も1950年では4千万インドルピーから1960年には2億インドルピーへ増加していた。この時期でも第2次五カ年計画で実施した観光のスキームは変わらず継続されており、主に宿泊施設、交通機関、道路開発が行われた。当時設立された観光センター（文化会）のお陰で、外国人及び国内観光客の両方がベネフィットを享受した。国内観光の多くは宗教目的の観光であるため、このような行動は宗教観光への支援に繋がる（Ministry of Tourism Government of India, 2015b; Vijayanand, 2014）。そして当時の観光センターの施設の開発及び改善は州政府の責任であった（Khan et al., 2014）。

1966年から1969年までは政治情勢により新たな五カ年計画は策定されなかったが、年間計画の継続により観光部門へ割り当てる予算は継続していた。この時期に観光産業促進のための政府支援（ローン）により新たなホテルの建設とリフォームが行われた。この三年間は中央政府および州政府単独で観光産業への支援を行っていた。

第4次五カ年計画（1969-1974）-第4次五カ年計画では、インド政府は観光産業が外貨を稼ぐための重要なツールであり、雇用の創出にも貢献できることを認識している。さらに国際関係の構築においても観光の果たす役割を認識している。また、同時期にインド政府が観光を促進するために開設した委員会の提案で、新たな観光スポットの開発が行われ、飛行機のチャーター便が奨励された。計画の中で重点がおかれたのは、宿泊施設、巡礼地域、交通機関、娯楽施設などで多くの観光客の往来が確認された地域であった。第4次五カ年計画では観光産業への予算額も増加した。この時期にも再度中央政府と州政府が共同で観光産業へ予算を割り当てていた。

第5次五カ年計画（1974-1979） -第5次五カ年計画までは、観光産業の開発は国内経済発展の重要な手段として定着していた。全世界の観光産業の市場も増加しており特に発展途上国の観光産業は雇用の創出や貴重な外貨収入を得るなどの多角的なベネフィットを受けていた。技術革新、輸送システムの増加、交通機関の整備と増加及び国際航空運賃の低価格化により、観光産業の成長性が見込まれたことにより当該産業への投資に対して優先順位が与えられた（Khan et al., 2014）。この時期には主に三つのプランが重要とされていた。①海外からの観光客の需要を満たすために、宿泊施設の増設と輸送サービスの整備を行うこと、②国内の様々な観光地域へのアプローチを容易にするために可能な限り交通網を拡大すること、③海外においてインド観光のプロモーションを実施することである。第5次五カ年計画における観光部門への総配分は13億インドルピーであり、中央政府と州政府が共同で予算を割り当てていた（Bala, 2012）。

第6次五カ年計画（1980-1985） -第6次五カ年計画は1980年に開始された。この時期までに国際観光と国内観光の双方とも、多くの経済的および社会的利益を伴う産業であるとみなされるようになった。1982年にインド政府が初めて観光の政策（The First Tourism Policy）を発表した（Baken & Bhagavatula, 2010）。第6次五カ年計画では観光地域における観光客の訪問数の不均衡は各地域のインフラ開発及び整備により是正されると考えられた。重要とされている国内の宿泊施設のベッド数を増やすために宿泊部門への投資に重点を置いた（Bala, 2012）。国内観光の発展と同時に持続可能性も考慮し環境や観光地域の生活や文化を破壊しないように配慮された。観光地、巡礼地への旅行サーキットも実施された。観光部門への総配分は18億インドルピーであり中央政府と州政府が共同で予算を割り当てていた（Bala, 2012）。この計画の一環として、インド航空の増便と同時に、より多くのフライトに対応できるように空港インフラの強化が優先された（Khan et al., 2014）。

第7次五カ年計画（1985-1990） -第7次五カ年計画の時期には観光産業の成長率は年率7%であった。民間部門の投資が観光産業の発展を加速させ、公共部門の投資もインフラ開発に集中した。地元の手工芸品やその他の創造的な芸術への投資も行われた（Singh, 2011; Nigam, 2002）。観光製品の多様化が進み、野生生物観光、アドベンチャー観光、ウィンタースポーツ、ビーチリゾート観光などで持続可能性と有効な活用方法が検討された。様々な地域にある遺産の修復と開発が行われた。それには宗教に関する遺産なども含まれていた。当時宗教目的のための宿泊施設 Dharmshala と Musafirkhana のような施設も建設されていた。これらの建設と管理はインドの旅客住宅開発委員会

(Bhartiya Yatri Avas Vikas Samiti) が実施しており、建設のための資金は、中央助成金と地元の寄付金によって賄われていた。さらに、そのような宿泊施設は、国内および国際的な観光客の両方を対象としていた。第 7 次五カ年計画での観光部門への総配分は 32 億インドルピーであり中央政府と州政府が共同で予算を割り当てていた (Khan et al., 2014)。

第 8 次五カ年計画 (1992-1997) -第 8 次五カ年計画ができるまでの 2 年間は国内政治の事情により年間計画のみ実施され、観光部門にはそれぞれ 8 億と 9 億インドルピーの予算が割り当てられた。引き続き 1992 年からの第 8 次五カ年計画では 77 億インドルピーが割り当てられた。当該時期についても第 7 次五カ年計画を引き継いで国際観光プロモーションに注力した。国内の文化観光の促進もされていたため、宗教観光にも間接的に支援がなされた (Baken & Bhagavatula, 2010)。

第 9 次五カ年計画 (1997-2002) -第 9 次五カ年計画では、インド観光省に 79 億インドルピーの予算が割り当てられた。この時期は特に観光製品の開発が中心に置かれた。観光の発展における相乗効果を達成するために、関係するすべての関係機関との効果的な調整を行った。目的を達成させるために、全国観光諮問委員会 (National Tourism Advisory council、略、NTAC) の設立が提案され、前回の五カ年計画の引き続き観光の多様化が行われた。第 9 次五カ年計画では次の観光形態が確認された。①伝統 (東洋) および自然健康観光、②農村観光、③巡礼観光、④遺産観光、⑤冒険観光と⑥若者と高齢者の観光、である。観光部門に直接住民による参加が奨励された。これは個人の企業家が直接、観光産業に新規参入を促すことが目的であった。マーケティングツールとしてインターネットの活用を推進する必要があると、1999 年にインド観光省のウェブサイトが開設された。観光情報の提供によって、宗教観光客を含めて様々な目的の観光客向けのサービスが増加した (Ministry of Tourism Government of India, 2015a; Fazili & Ashraf, 2006)。また、持続可能な観光開発を目的に環境保護と保全が強調された。現地の観光地でも観光規則が設けられ、清潔で衛生的な環境を維持し、地域の生態系を保護しながら、伝統、文化、遺産を尊重することが決められた (Khan et al., 2014)。

第 10 次五カ年計画 (2002-2007) -第 10 次五カ年計画ではインド観光省に 290 億インドルピーの予算が割り当てられた (Fazili and Ashraf, 2006)。世界的にも経済的規模が拡大している観光産業はインドにとっても重要な経済発展のツールとして認められ、また観光産業もその期待に応える成果を出していた。世界から旅行客をインド観光に向か

わせるためにさらに新たな計画が策定された。それには、長期的な旅行、近隣国への旅行、農村および民族観光、休暇に行われる健康観光、高齢者観光、精神的な観光（巡礼）、エコツーリズム、スポーツおよび冒険観光が含まれていた（Fazili and Ashraf, 2006）。当時国内観光だけで知られていた地域も国際的に知られるように観光サーキットを作られた。そのサーキットにより、現地の税収入の増加、文明、遺産、文化、巡礼地などに様々な利益を得た（Fazili and Ashraf, 2006）。インドを訪れる観光客に安全で安心の旅行を提供し、観光客の中にはインドの印象が残るよう“India within him”を感じさせるようにした。

第 10 次五カ年計画で観光産業を成長させるために次のように戦略が制定された。

- ① 観光産業を国の優先事項として位置付ける。
- ② 観光地としてのインドの観光の競争力を強化する。
- ③ 観光製品の開発を改善し、拡大する。
- ④ 国際標準のインフラを整備する。
- ⑤ 効果的なマーケティング計画およびプログラムを組み立てる。

2002 年にインド観光政策 2002 が策定された（Ministry of Tourism Government of India, 2011）。この政策では委員会やワーキンググループの設置や従業員へのスキルアップ訓練などが盛り込まれた。さらに、2002 年に「驚きと感動のインド」Incredible India というキャンペーンがインド政府によって実施され、インドを世界の観光市場において究極の観光地として宣伝した。Incredible India キャンペーンは、世界中の観光客を引き付けるために実施され、インドの文化、歴史、精神性、ヨガなどを紹介することにより、インドを魅力的な観光地として世界に発信することが目的であった。

第 11 次五カ年計画（2007-2012）-第 11 次五カ年計画ではインド観光省に 311 億インドルピーの予算が割り当てられた。観光省は、観光プロジェクトへの資金提供のために、特定の州政府と会議を開催した。発展が遅れている地方の観光スポットに対して予算総額の 2.5%割り当てるようにした（Ministry of Tourism Government of India, 2010）。予算配分の優先順位を作りながら、観光地への高速道路の建設、観光地の衛生環境の改善や維持を含むプロジェクトに重点が置かれた。インド観光省によると、最初の 4 年間で予算の 99.23%が執行されたとの報告があった。様々な観光でインドを訪れる海外からの観光客の数は 2010 年時点で 1,000 万人の目標を達成することができた。この目標を達

成するために、観光市場の多様化、空港、道路、観光地の宿泊施設などのインフラ整備と改善、航空便の増加及び接続便の増加などが行われた（Khan et al., 2014）。第10次五カ年計画の観光戦略を継承して新たな観光形態が生まれた。農村観光、追加文化観光、クルーズ観光、ミーティング、インセンティブ、会議、展示会（The Meetings, Incentives, Conferences, and Exhibitions、略、MICE）観光や医療観光などである。

インド政府はアティティデヴォババー（Atithi Devo Bhavah）「お客様は神様である」と言うスローガンを Incredible India キャンペーンの中に組み入れたキャンペーンプログラムを実施した。そして2009年に Visit India 2009 キャンペーンを展開した。観光産業をさらに促進するために外国直接投資(Foreign Direct Investment、略、FDI)を100%許可した。FDIによって主に新たなホテル、レストラン、ビーチリゾート、観光客向けの統合型リゾート施設が誕生したことにより、観光サービスの質・量がともに増加した。

第12次五カ年計画（2012-2017） -インド観光省は、第12次五カ年計画の期間中に主に宗教をテーマにした観光（巡礼観光）の開発を計画した。それに伴い中央政府と州政府による共同支援計画を組み立てた。特定された宗教の観光サーキット（観光するルート）、例えば仏教、ヒンズー教、スーフィズム、ジャイナ教、シク教、キリスト教のサーキットを計画した（Ministry of Tourism Government of India, 2011）。現在そのサーキットは計画通り作成済みである。第12次五カ年計画の終わりまでに、世界の観光客受け入れ数におけるインドのシェアは、1%になった、そして2011年から2016年間の観光客の増加率は12.38%であった。インドの総観光客のうち国際観光客は1%を占めている。この計画でも前回の計画と同様の政策と戦略が継続されている。インド観光省によると観光による総雇用は730万人に上ると発表している（Ministry of Tourism Government of India, 2011）。

第13次五カ年計画（2017-2022） -第13次五カ年計画では前回の五カ年計画の政策と戦略を引き継いでいる。インド観光省によると、計画スキームに対する支出の50%以上は様々な観光インフラの開発、観光地や巡礼地の建設と改善に使用されている。観光産業ではホテルの貢献が重視されているため、ホテルのサービスによりホテルを六つのカテゴリに分類している。さらにホームステイの利用拡大を見込み、ホームステイの登録制度を導入した。観光省は旅行代理店、ツアーオペレーター、アドベンチャーツアーオペレーターおよび観光輸送オペレーターやホテルに対して支援を実施している。観光省は人材開発にも注力している。現在、21の学校でトレーニングを行っている。海外で

インドの観光を宣伝するために広報物、テレビ、オンラインおよびソーシャルメディアでのグローバルメディアキャンペーンも実施している。近年人気のあるソーシャルメディア例えば、Facebook、Twitter、Youtube、Instagram、Periscope、Vimeo、Pinterest、LinkedInなどで広告や宣伝をうっている（Ministry of Tourism Government of India, 2019）。インド政府は上記 SNS を通じてインドの観光に対する様々な情報を定期的に投稿している。また、海外でのインド旅行フェアおよび展示会への参加、市場調査、国際機関への協力やニッチな旅行へ力を入れている。このような行動は直接的また間接的に宗教観光に影響を与えている。

第3節 インドの医療観光のプロフィール

インドは世界中の観光客にとって最も魅力的な目的地の一つである。したがって、インド観光部門の最近の成長傾向は、観光産業に国内経済の推進力になり得ることを示している。これはインドの遺産や伝統的な文化の魅力によるものだけでなく、一部ではインドの医療インフラの成長によるものとも考えられる。インドは、世界中から訪れる人々の医療やリラクゼーションのニーズに対応している。また、ヨガ、瞑想、アーユルヴェーダのような代替治療方法も多数提供しているため、海外の観光客から人気が高まっている。

インド政府は、インドを世界的な医療観光の目的地とするための様々な施策を行っている。医療観光のような観光サービスは政治的な後押しが必要不可欠となる分野である。インド観光省（Ministry of Tourism、略、MoT）は、メディカルビザ（Medical Visa、略 M ビザ）と呼ばれる医療観光客向けの新しいカテゴリのビザ発給を開始している。さらに、航空業界を含む基本的な交通インフラを改善することで、医療観光客の入出国手続きをより迅速に行えるように努力をしている。

国の発展ツールとしての観光産業は、インドの経済資源の開発と GDP を成長させるために重要な役割を担っている。換言すれば、医療観光はインド国民のために次のようなベネフィットを提供している。

- ① 米国、英国、日本のような先進国で受けられるいくつかの医療サービスは本国より安価で、国際機関によって認定された病院で医療を受けられるチャンスがある。

- ② インドは、豊かな文化、歴史的遺産や様々な宗教や信仰が根付いているため、観光訪問とセットで治療を受けられる機会がある。
- ③ 医療観光によりインド国民の雇用が創出されている。さらに従業員また医療従事者は、外国の人々とつながりができることにより国際的な知識を吸収し、人脈を広げる機会を得ている。

第4節 インド政府の医療観光に対する支援

インド政府は、優秀な医師達に対して国内または海外留学のための奨学金を給付して欧米の医療先進国での修学や研修を受けることを支援している。そのためインドの病院のほとんどの医師と外科医は、米国、ヨーロッパ、またはその他の先進国の医療機関で訓練を受けているか、現地で勤務の経験を有している（Ministry of Tourism Government of India, 2019）。したがって、ほとんどの医師と看護師は英語に堪能である。世界の国際的なコングロマリットのトップクラスの医療および診断機器は、インドの多くの病院で利用できるようになっている。また、インドの看護師は世界でもトップクラスのランキングに入る(Ministry of Tourism Government of India (Niche Tourism Division), 2015b)。インドの約 1000 に及ぶ看護師の認定トレーニングセンターは、主に教育病院(大学病院)に付属しており、毎年約 10,000 人の看護師が卒業している。これにはインド政府による意向が大きく反映されている。

インドでの医療観光のあり方は今に始まったことではなく、その構想は数十年前からあった。1959年に設立されたデリーの専門病院 BLK 病院は、インドで最も発展した病院の1つである。この病院には周辺の国々から人々が治療の目的で訪れていた。この病院ではほとんどの病気への治療が可能だった。だが、インドの医療観光産業が大きく成長するきっかけになった要因は 100%の FDI を許可してからである。2000年の1月以降は、インドの医療部門では自動ルートで FDI を許可している（Sunitha & Ajil Babu, 2013）。

インド政府は、ヘルスケア分野での FDI を積極的に促進するとともに、低金利のローンを提供し、医療機器の輸入税に対しても支援を行っている。政府は、医療ビザを取得するための手続きを簡素化し、いくつかの国の観光客には空港に到着した時点でビザの発給を行っている。インドの医療観光のプロモーションのためにベルリンに医療観光向

けの専用展示スペースも設けている (Ministry of Tourism Government of India, 2019) 。海外でインドの医療観光に焦点を当てたロードショーは利害関係者と協議して継続的に開催されている。最後のロードショーはインド観光省により 2009 年 10 月に西アジア (ドバイ、リヤド、クウェート、ドーハ) で開催された。さらにこの分野の促進のためにインド観光省自らが医療観光の資料の作成、パンフレット、CD、およびその他の広報資料を作成しており、対象となるこれらの諸国に対して幅広く宣伝を行っている (Ministry of Tourism Government of India, 2019) 。インド観光省によると、医療観光の発展のために観光省が提供する財政的インセンティブもある。承認された医療およびその他の観光フェア、医療会議、ウェルネスフェア、その関連ロードショーへの参加については、観光省が市場開発支援を提供している。このスキームは、2009 年に医療観光サービスプロバイダーとウェルネス観光サービスプロバイダーにまで拡張されている。マーケティング開発支援 (Marketing Development Assistance、略、MDA) スキームに基づく財政支援は、承認された医療観光サービスプロバイダーに提供されている。つまり、インド政府観光省により承認され合同委員会インターナショナル (Joint Commission Internationa、略、JCI) と医療サービスのための全国認定委員会 (National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Services、略、NABH) の認定を受けた病院へ支援が行われている。このスキームにはアロパシー治療だけではなくスパを含むウェルネスセンターや代替治療の AYUSH も含まれる。

上記のような施策によりインド政府はインドの医療観光産業を支援している。

第5節 インド医療観光が生み出す日本との発展的關係

ここではインド医療観光の規模拡大にともう日本との関係について考察したい。前述のとおり日本は医療でも先進国であり、その医療水準は高く、アジア地域の富裕層が医療観光の目的地とする国でもある。

一方で、日本は超高齢者社会に直面しており生産年齢人口は年々減少し、2017 年には 7596 万人、2029 年には 6951 万人と 7000 万人を割り込み、2065 年には 4529 万人になると内閣府では推計している。特に深刻な人材不足にさらされているのは介護分野である。厚生労働省によれば、2020 年度時点で約 26 万人、2025 年度には約 55 万人の介護人材を確保する必要があると試算されている (内閣府ホーム、2020) 。こうした事態に備えて、新たな外国人材の受入れ及び共生社会実現に向けた取組 (在留資格「特定技

能」の創設等)として平成30年12月8日、第197回国会(臨時会)において「出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律」が成立し、同月14日に公布された。特定技能の在留資格が認められた産業分野は全14分野にわたり、技能の習熟度により特定技能1号と特定技能2号の2つの資格が設けられている(経済産業省、2019)。今後5年間で14分野の合計で34万5150人の受入れ見込みが立てられており、特に介護分野にいたっては6万人と最も多くの受け入れ枠が設定されている(朝日新聞DIGITAL、2018)。すでに経済連携協定(Economic Partnership Agreement、略EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れEPAにより、インドネシア、フィリピン、ベトナムからはEPA看護師候補生や介護福祉士候補の受入れが実施されている。しかし、厳しい受け入れ人数の条件により、制度開始の2008年から2018年までの10年間で看護師候補者1300人、介護福祉士候補者は4302人に留まっている((公社)国際厚生事業団資料より)。そのほか、技能実習制度を利用して来日した後、日本語能力検定試験1級等を取得し(厚生労働省、2005)、看護師国家試験に合格して日本で就業する外国人も見られるが、やはり言葉の壁(特に漢字への抵抗)により非漢字圏の外国人の合格率は低い。

インドからも2018年より技能実習生が来日している(JETRO、2019)。現在までの実績は約109人程度となっているが、2019年3月にはインド人看護師が介護人材として日本に送られた(JETRO、2019)。インドにおける看護師の社会的地位は改善傾向が見受けられるものの先進国と比較すると文化的・宗教的な理由により低く、仮に就職がかなったとしても月収は2~3万円程度にとどまる。一方日本における看護師や介護福祉士は国家資格であり、就労条件や就業先も安定している。特に看護師の社会的地位は高くその職業が与える印象も良好である。また、リクナビなどで検索する、年収について看護師は400~500万円、介護福祉士300~430万程度となっていることから、アジア地域の看護師資格を有する者の出稼ぎ国として一定程度の認知度を誇っている。平均月収2~4万円程度のベトナムやフィリピンからの労働者にとっては、上記の金額は魅力的であり、5年程度日本で働くことで自国にマイホームを建築した後に帰国するものもいる。

以上の状況を踏まえると、インドへの医療観光客が増加することで医療技術や付帯サービスの質が高いことが国際社会に認知されることで、インド人の医療・介護人材の高い技術力に対する客観的な評価が醸成される。また、中国に次ぐ約13.5億人の人口をほこるインドからの医療・介護人材の受け入れを拡大することで、日本の当該分野にお

ける労働力不足を解消することの一助になることは確かである。そのためにも、まずはフィリピン、ベトナム、インドネシアと同様にインドからの EPA を通じての看護師・介護福祉士候補者の受け入れを早期に実現することが先決である。EPA 経由で受け入れたインドの医療・介護人材が日本において活躍する機会が増加すれば、受け入れ企業側でのインド人医療介護人材に対する技術力への信頼感が生まれ、ひいてはインドの高い医療教育や技術への認知度が向上する。換言すれば、インドへの医療観光客の増加につながると考えられる。

さらにもう一步踏み込んで考察をすると、内閣府に設置された健康・医療戦略推進本部が発表した「アジア健康構想」に示されているように、日本において高い医療・介護技術を身に付け、将来的にアジア地域の介護産業等で就労することにより人材の国際循環を目指すとともに、結果として日本の介護人材の充実も図る流れに、インドも積極的に参加すべきである。実際インドには日本の国際的な医療事業拠点「SAKURA WORLD HOSPITAL」が 2018 年に開設されている（日本貿易会月報オンライン、2016）。当該施設において日本の医療技術を修得し、医療の高度化を図り、高齢化社会を見据え、予防、リハビリテーション、自立支援型介護等の幅広いヘルスケア産業の拠点となることが期待されている。自国の医療技術の向上は寿命の伸びに直結するため、今後問題になるのはやはり高齢化、超高齢者化社会をむかえるにあたっての介護人材不足である。

日本は世界に先駆けてすでに当該問題に直面しており、2025 年までに介護人材不足の問題はさらに深刻になる（みんなの介護ニュース、2015）。他のアジア地域の国に目を向ければ、中国が介護人材不足の問題を危惧している。そのため、中国では一早く日本の最先端介護技術を取り入れるべく、介護を専門で教える学校を複数設立し、日本から教育者を招き、多くの技能実習生を日本に送りだしている（TRS 協同組合、2019）。インドにおいても同様の課題が発生すると推察されるため、質の高い医療介護人材を多数育成し、日本へ送り出すことは雇用の創出や将来の自国の高齢化問題への対応策に大変有効である。したがって、インドの医療観光の信頼度を高め、インバウンド需要を拡大する意味でも、積極的に日本への医療介護人材を送ることが 1 つの有効な施策となると考える。

おわりに

本章ではインド観光産業における政府の役割と支援を宗教と医療産業を中心に考察した。国の発展の大事なツールとなっている観光産業はインドの国内総生産の増加にも大きく貢献している。GDP で考えると約 7% の押し上げに寄与している。ここでは特に観光産業の中心となる宗教観光の発展を時系列で詳しく調べた。第 1 次五か年計画から第 13 次五か年計画までの宗教観光の促進のための施策について考察した。結論としてインド政府はインド独立以前から支援を開始しており独立後はさらに積極的な支援を行っていたことが確認できた。言い換えれば政府支援がなければ今のような成長・発展はなかったとも推測できる。さらに、2000 年以降に顕著に成長した医療観光産業に対する支援や政府の役割を考察した。医療観光に関係する企業に提供している財務的な支援、海外で継続的に実施している宣伝活動、国際会議、医療観光の政策や国内外で行われる展示会などは医療観光産業の成長に大きく貢献している。すなわち他国との信頼関係の構築が重要とされる医療観光では政府による支援と協力が必要不可欠となる。

終章 本論文のまとめ、貢献と限界

世界経済において成長分野の一つとして認識されているのが観光産業である。世界の GDP の 10.4%は観光産業が占め、近年当該部門の成長率は 3.9%増加していることは特筆すべきことと考えられる。さらに、観光産業は SDGs の項目にも含まれており、「持続可能な開発」の達成には重要な分野である。本論文ではこのような視点でインドの観光産業を考察した。インドの観光産業の中でも、宗教観光と医療観光に焦点を当てて、考察した。インドの観光産業も世界の観光産業のように発展しつつあることが確認できた。2012 年時点でインドの GDP に占める割合は約 6.6%でありインドの国内雇用の 7.7%を生み出している。この数字は決して小さいものではなくインド政府や研究者にとっても注目すべき重要な分野であると言える。

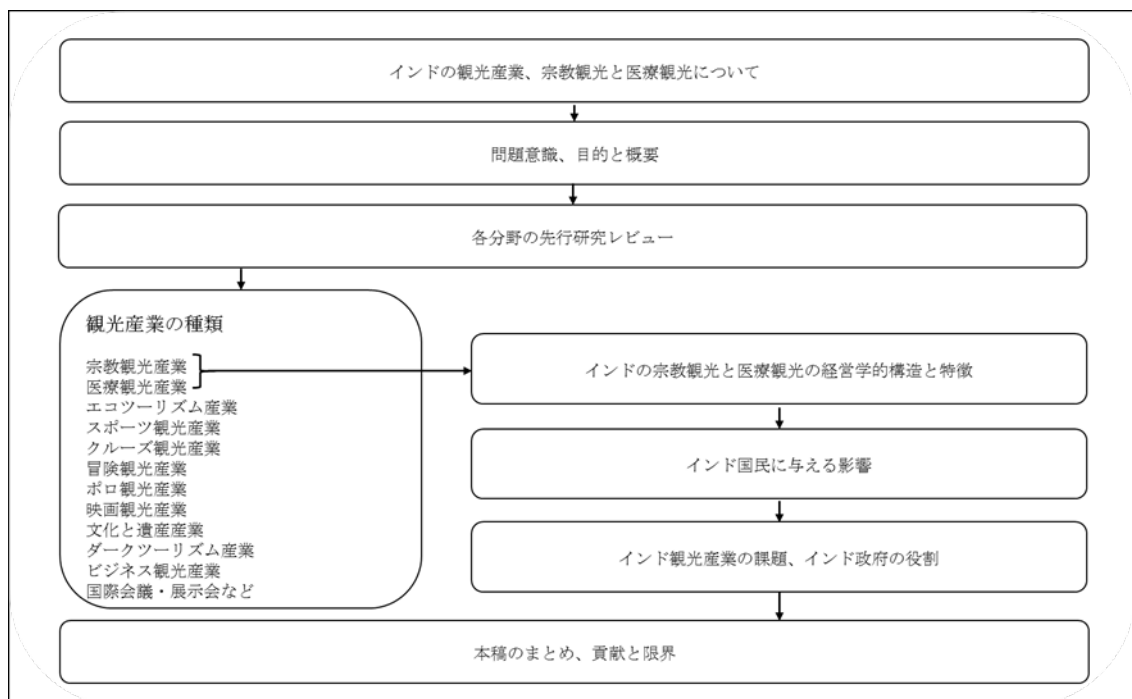
本論文のフレームワーク図表 7.1 で表している。インドの観光分野の中でも最も重要とされている宗教観光と医療観光に焦点を当てることにした。それは 80%以上のインド国民はヒンズー教徒を信仰し、宗教観光はインドの観光産業の最も古いあり方であるからだ。さらにインド医療観光に注目したのは、2000 年以降、著しい成長を示しているからである。インドのヘルスケア産業の 2008 年以降の年平均成長率 (CAGR) は 16.5%に達している。ここではこれら分野の現状、発展の歴史や成長、社会への貢献、問題点及び今後の課題について研究を行った。

様々な宗教の原点として、インドは世界中から巡礼者を集めている。ヒンドゥー教はインドで最も古く、国民の大多数が進行している宗教であるが、仏教、ジャイナ教、シク教などの様々な宗教の発祥地でもある。昔ながら宗教は社会発展のために様々な方面で貢献してきた。近年においては宗教観光と名を変えてはいるが、宗教観光の社会的な貢献がより顕著に認識されるようになったとも言える。

本研究のもう一つの焦点でもある医療観光も同じようにインド社会発展のために貢献している。この部門のベネフィットを享受できるのは直接医療観光を担当する企業だが、間接的には国民や政府も恩恵にあずかることができる。先行研究やデータによると医療目的で訪れる観光客の多くは一般的には先進国からである。理由は様々だが、例えば不妊治療、格安な外科的手術治療、代替治療などのサービスを受けることが主な目的である。

インド観光産業は、質の高い観光インフラの欠如、観光客に対する衛生環境や安全性、州により異なる道路税、観光地に対するプロモーションと情報の不足、観光プロダクト発展のための資金不足、観光遺産の不明確さや十分に熟練した人材の不足などがこの部門の課題となっている。これらの問題を解決しながら新たな施策を打つことできれば、インド観光産業の更なる開発と持続可能な成長へ結びつくであろう。観光産業に関係する中央政府および州政府、民間部門、社会やすべてのステークホルダーによる協調的な取り組みが必要であると考えられる。

図表 7.1 本論文のフレームワーク



出所：筆者作成

本論文の目的は図表 7.1（図表 1.2 の再掲）のフレームワークの通り、インド観光産業の中でもインドの宗教観光及び医療観光を中心に紹介し、まず日本ではあまり知られてない宗教観光の中の巡礼観光、そして当該分野の構造、インド宗教観光で利用されている Information Technology (IT) で生み出されている経済効果、そして地域社会に与える経済学的な効果と関係性を明らかにした。次に急成長しているインドの医療観光の長所と短所を紹介し、現状及び問題を明らかにした。さらにインドの観光の強みとして考

えられている医療観光はなぜ世界中から注目されるのか、そして代替治療とウェルネス観光に焦点を当て、現地社会に与えている経済学的効果とその社会に与えている社会的な効果を明らかにした。

このようなインド観光産業のあり方は、途上国のみならず日本をはじめとする先進国の宗教観光の考察においても重要な示唆を提示していることから、大きな意義があると考えられる。

本論文は序章と終章を除いて、7章から構成されている。第1章ではインドの観光産業の歴史的な研究と宗教及び医療の先行研究のレビューを行った。第2章は観光産業の定義、インドでの展開、歴史的背景と社会への関係を考察した。第3章は宗教観光の経営的な構造そして第4章では宗教トラストであるティルマラ・ティルパティ・デヴァスタナム (Tirumala Tirupati Devasthanam) のレベニューマネジメントを中心にトラストの成長と今後の将来性を明らかにした。第5章はインドの医療観光の現状、展望と政策を述べ第6章ではインドの医療観光の中でインド独特となる代替治療方法の可能性と問題点について述べた。そして最後の章となる第7章ではインドの観光産業におけるインド政府の役割と支援を開発計画期間ごと、特にインド政府の五か年計画ごとに明らかにした。

インド観光産業の全体的なフレームワークは図表 1.1 で示したとおりである。第7章で述べているインド政府の役割はまず、観光地または観光産業の情報を観光客に提供することである。提供チャンネルとしては国内また海外での広告、フードフェスティバル、ストリートフェスティバル、映画広告、新聞記事や国際会議などであった。さらに、図表 1.1 で左側に位置している政府の組織や観光協会などはほぼ無料で情報の提供と安全と安心の観光サービスを受けられることを訴えている。このような一連の行動はインド政府が間接的に観光産業を支援していることの証左である。

本論文の作成にあたり様々な制約があることを認識した。まず、インドは発展途上国であり様々な分野の研究が遅れている。例えば研究がされている分野であっても近年の研究者にとってはその情報へのアクセスがかなり難しい点も痛感した。2000年から発展し続けている医療観光の研究の情報も入手が困難であり特に治療で訪れる観光客のデータが不足している。次に宗教観光の分野では宗教法人(宗教トラスト)がすべての財務データの情報を公開しないため、正確な経済活動を把握することが難しい。さらに、

地域によっては寄付金と賃金による収入が不明確となっているため、会計上の考察も正確性を欠く現状である。

インド観光産業を支えている宗教観光と医療観光にはいくつかの課題も見られる。それは、インド政府が計画立てた巡礼サーキットや新たな巡礼町の構築により発生する問題について一部国民より反対の声が上がっており、そのことへの解決策が打たれていないことである。例えば、現在ウッタル・プラデーシュ州北部のファイザーバード県“正式にはアヨーダヤー県”のアヨーダヤー寺院の土地の問題等がある。また、宗教地域や巡礼サーキットの拡大による環境問題は、観光客の行動に関連しているだけでなく、環境管理のための制度にも関連している。さらに、巡礼地域では混雑などの問題が起こるため、すべての宗教観光地に何らかの制度的構造と公的なメカニズムが必要とされる。それにより宗教観光の発展が持続可能なものとなる。

筆者は、国民の中でも、特に学生たちにとって、観光の重要性を学ぶ必要があると考える。学生への教育が進めば、巡礼部門において、国民のポジティブな意識、巡礼地の清掃およびメンテナンス、異なる宗教への友好的な態度などに結びつき、これによって巡礼観光はますますインドの発展に寄与していくと考える。

次に医療観光の分野でも様々な課題が見られる。観光客側の問題としては、インド医療観光地での適切なインフラの欠如、良好な道路の欠如やアクセスの困難さ、医療観光の情報の不足、マーケティング戦略の欠如、熟練したガイドの不足、非医療従業員との言語問題、高級ホテルサービスや公共交通機関の高い税率などがある。一方、医療サービスを提供する側の課題は、大勢の観光客による需要の増大により、商品、サービスや土地の価格が上昇するため、居住者の経済的困窮が発生している。インドでは人口に占める貧困層の割合が多いため、金銭目的での不法な代理出産（サロゲートマザー）の問題も起きている。さらに、臓器売買も現実に起きている。インドの医療観光分野で上記の問題に断固として対処することが、国際的な信用を得る上でも大きな課題であることは明確である。

最後に、現在世界中で拡大している感染症の Covid-19「新型コロナウイルス」により、世界中の観光産業が破壊的な影響を受けている。新型コロナウイルスによって引き起こされたインドの観光産業の経済危機や今後の立ち上がりについては今後の課題としたい。

謝辞

本論文をまとめるに当たり、多くのご支援とご指導を賜りました指導教員である高木功教授に深く感謝申し上げます。さらに同大学経営学部の平岡秀福教授、現在名誉教授であります佐久間信夫教授のご指導とご鞭撻にも重ねて感謝申し上げます。創価大学のご支援や同大学の先輩及び同級生のご助言も私にとっては貴重な財産となりました。また、上武大学大学院の星野為國教授、同大学の藤田輔教授のご指導や博士課程への進学指導やご支援にも深く感謝申し上げます。学外では論文執筆に当たりご指導頂いたネパールのトリブバン大学の Ramesh Raj Kunwar 教授、佐賀大学名誉教授の北川慶子教授にも心より感謝を申し上げます。

特段、本論文作成に当たり主査の高木功教授そして副査の平岡秀福教授と池本幸生教授（東京大学）のご尽力にも深く感謝申し上げます。そして、これまで自分の思う道を進むことに対し、温かく見守り辛抱強く支援してくださった両親に対しては深い感謝の意を表して謝辞とします。博士課程に至るまでの長い道のりの中で自分の大学での勉強を休学し、ずっと私の研究活動を応援してくれた妻に感謝するとともに素晴らしい研究環境構築のため、母国ネパールでの生活を選択してくれた二人の子供達への協力に対しても父親としてまた研究者として感謝の気持ちを伝えたい。

最後に、創価大学の創立者、池田大作先生に深く感謝の言葉を申し上げます。小職のような留学生にも素晴らしい研究環境や財政的な支援をしていただいたことは何にもまして大きな励みとなり、感謝の念を抱かずにいられません。若輩ではありますが、小職の研究活動が全く微力ではありますが、創価大学の発展につながる事が出来れば幸いです。また、発展につながるような研究活動を今後も継続して参る所存です。

引用・参考文献

<英語文献>

- Ali, I., & Yadav, M. (2015). International Journal of Management Studies (With Special Reference to Vindhya Herbal Products). *International Journal of Management Studies*, 2(1), 68-80.
- Amutha, D. (2016). Development and Impact of Tourism Industry in India. *SSRN Electronic Journal*. doi: 10.2139/ssrn.2825213
- Anirvinna, C. (1998). *A Study of the Finances of the Tirumala Tirupati Devasthanams*, (Doctoral dissertation). Tirupati: Sri Venkateswara University. Art and Archaeology New Delhi.
- Astin, J. (1998). Why Patients Use Alternative Medicine: Results of a National Study. *JAMA*, 279(19), 1548-1553. doi: 10.1001/jama.279.19.1548
- B.B.C. (2019). The complex history of India's Ayodhya holy site. Retrieved 2 May 2020, from <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-50065277>
- Baken, R., & Bhagavatula, S. (2010). Some Reflections on Tourism and Tourism Policy in India. *SSRN Electronic Journal*. doi: 10.2139/ssrn.2122440
- Bala, S. (2012). *A study on national tourism and civil aviation policies*. (Doctoral dissertation). Madurai Kamraj University.
- Bhamra, S. (2016). *Investigating the use and identity of traditional herbal remedies amongst South Asian communities using surveys and biomolecular techniques*. De Montfort University, p.21.
- Bhardwaj, D., Chaudhary, M., & Kandari, O. (1998). *Domestic tourism in India*. New Delhi: Indus Publ. Co.
- Bhavanani, A. (2012). Yoga in Health Care. *Patient First - Joint International Conference on Quality Assurance and Patient Safety*. (pp. 1-14). Pondicherry, India.
- Biswas, U., Allard, K., Pousette, A., & Härenstam, A. (2017). *Understanding Attractive Work in a Globalized World*. Singapore: Springer Singapore.
- Blackwell, R. (2007). *Motivation for Religious Tourism*. Oxfordshire: CABI.

- Bookman, M., & Bookman, K. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave MacMillan.
- Bookman, M., & Bookman, K. (2007). *Medical tourism in developing countries* (1st ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Carrera, P., & Bridges, J. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447-454. doi: 10.1586/14737167.6.4.447
- Champakalakshmi, R. (1999). *Trade, ideology, and urbanization*. Delhi: Oxford University Press.
- Chaspoul, C. & all, e., (1993). *Tourism religieux*. Paris: Editions Touristiques Europeennes.
- Collins-Kreiner, N. (2010). Researching pilgrimage. *Annals of Tourism Research*, 37(2), 440-456. doi:10.1016/j.annals.2009.10.016
- Collins-Kreiner, N., Kliot, N., Mansfeld, Y., Sagi, K. (2006). *Christian Tourism to the Holy Land*. London: Routledge. doi.org/10.4324/9781315260358
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100. doi: 10.1016/j.tourman.2005.11.005
- Crouch, D., Jackson, R., & Thompson, F. (2005). *The media and the tourist imagination*. London: Routledge.
- Dadakalandar, U. (2018). A Study on Impacts of Pilgrimage Tourism with Respect to Annavaram Satya Narayana Swamy Temple in Andhra Pradesh. *Journal of Tourism & Hospitality*, 07(05). doi: 10.4172/2167-0269.1000387
- Dawn, S., & Pal, S. (2011). Medical Tourism in India: Issues, Opportunities and Designing Strategies for Growth and Development. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 1(3), 185-202.
- European Environment Agency. (2013). *Increasing divergence in global population trends: Analysis for update and improved assessment of this megatrend*.
- Fazili, A., & Ashraf, S. (2006). *Tourism in India*. New Delhi: Sarup & Sons.

- Fisher, P., & Ward, A. (1994). Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. *BMJ*, *309*(6947), 107-111. doi: 10.1136/bmj.309.6947.107
- Fontanarosa, P., & Lundberg, G. (1998). Alternative Medicine Meets Science. *JAMA*, *280*(18), 1618-1619. doi: 10.1001/jama.280.18.1618
- Freire, N. (2012). The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad. *International Business Research*, *5*(2), 41-50.
- Ganguli, P. (2004). Patents and patent information in 1979 and 2004: a perspective from India. *World Patent Information*, *26*(1), 61-62. doi: 10.1016/j.wpi.2003.10.015
- Ghosh, A. (2010). A short history of the development of homeopathy in India. *Homeopathy*, *99*(2), 130-136. doi: 10.1016/j.homp.2009.10.001
- Gladstone, D. (2013). *From Pilgrimage to Package Tour*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Global Wellness Institute. (2016). Retrieved 21 August 2019, from <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/press-releases/international-wellness-tourism-growing-much-faster-than-domestic/>
- Global Wellness Institute. (2017). *Global Wellness Economy Monitor*.
- Global Wellness Institute. (2018). *Global Wellness Economy Monitor*.
- Government of India Planning Commission. (2005). *Mid-Term Appraisal of 10th Five Year Plan (2002-2007)*. Government of India Planning Commission.
- Government of India. (2014). *India Tourism Statistics 2014*. Government of India Ministry of Tourism Market Research Division.
- Gupta, M., Rajachar, V., & Prabha, C. (2015). Medical tourism: a new growth factor for Indian healthcare industry. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2161-2163. doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20150597
- Gupta, S., Lal, K. & Bhattacharyya, M. (2002). *Cultural tourism in India*. Indraprastha Museum of Art and Archaeology. New Delhi.
- Hager, L. (1973). Bureaucratic Corruption in India. *Comparative Political Studies*, *6*(2), 197-219. doi: 10.1177/001041407300600203

- Hannam, K., & Diekmann, A. (2010). *Tourism and India: A critical introduction*. Routledge.
- Herrick, D. (2007). *Medical tourism: Global Competition in Health*. Dallas, Texas. National Center for Policy Analysis.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?. *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185-198. doi: 10.1057/jphp.2010.10
- IANS. (2017). Ayush boosting medical tourism in India: Experts - ET HealthWorld. Retrieved 20 August 2019, from <https://health.economicstimes.indiatimes.com/news/industry/ayush-boosting-medical-tourism-in-india-experts/59725359>
- India Brand Equity Foundation. (2013). *Healthcare*. Jawahar Vyapar Bhawan, Tolstoy Marg New Delhi INDIA: India Brand Equity Foundation.
- India Brand Equity Foundation. (2017). *Healthcare*. Jawahar Vyapar Bhawan, Tolstoy Marg New Delhi INDIA: India Brand Equity Foundation.
- Inskeep, E. (1998). *Guide for local authorities on developing sustainable tourism*. Madrid: World Tourism Organization.
- Ivakhiv, A. (2005). Nature and Ethnicity in East European Paganism: An Environmental Ethic of the Religious Right?. *The Pomegranate*, 7(2), 194-225. doi: 10.1558/pome.2005.7.2.194
- Iyengar, K (1939). *History of Tirupati*. Tirupati: TTD Press.London: Continuum.
- Jasani, S., & Heller, B. (2016). Impact of a Structured Yoga Program on Anxiety in Infertility Patients: A Feasibility Study. *Journal of Fertilization: In Vitro - IVF-Worldwide, Reproductive Medicine, Genetics & Stem Cell Biology*, 04(02). doi: 10.4172/2375-4508.1000183
- Khan, M., Noor, M. & Khan, M. (2014). Tourism Development in India under Government Five Year Plans. *International Journal of Research*, 1(3), 126-137.
- Krishna, A. (1993). *Case Study on the Effects of Tourism on Culture and the Environment India Jaisalmer, Khajuraho and Goa* (1st ed.). Bangkok: UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific.

- Kumar, K., & Bharadwaj, A. (2016). *Human consciousness and Yogic science* (1st ed.). Delhi: D K Printworld.
- Kumar, M. R. (2015). *A Study on The Finances of the TTD and Its utilization In Providing Amenities in Tirumala and Tirupati* (Doctoral dissertation). Tirupati: Sri Venkateswara University.
- Kumar, S. (2000). India's government promotes traditional healing practices. *The Lancet*, 355(9211), 1252. doi: 10.1016/s0140-6736(05)74695-x
- Kumar, S. (2009). Designing Promotional Strategies for Medical Tourism in India: A Case Study of an Ophthalmic Hospital in NCR. *Health and Population: Perspectives and Issues*, 32(2), 86-95.
- Kunwar, R. (2019). Medical Tourism and Hospitality in Hospital. *The Gaze: Journal of Tourism and Hospitality*, 10(1), 67-123. doi: 10.3126/gaze.v10i1.22778
- Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eitel, F., Hedges, L., & Jonas, W. (1997). Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *The Lancet*, 350(9081), 834-843. doi: 10.1016/s0140-6736(97)02293-9
- Mahalakshmi, B. (2018). TCS and Tirumala Tirupati Devasthanams: Pilgrims set to gain as tech meets temple. Retrieved from <https://www.financialexpress.com/india-news/tcs-and-tirumala-tirupati-devasthanams-pilgrims-set-to-gain-as-tech-meets-temples/1024538/>
- Manideep, A., Reddy, M., & Reddy, P. (2018). Competitiveness of Indian Wellness Industry A Conceptual Analysis. *International Journal of Pure and Applied Mathematics*, 118(24), 1-15.
- Mason, P. (2015). *Tourism impacts, planning and management*. Routledge.
- Menon, K. (1993). *Case study on the effects of tourism on culture and the environment, India: Jaisalmer, Khajuraho and Goa*. Bangkok: UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific (Thailand).
- Meštrović, T. (2014). Medical Tourism History. Retrieved 7 August 2019, from <https://www.news-medical.net/health/Medical-Tourism-History.aspx>

- Micozzi, M. (2001). *Fundamentals of complementary and alternative medicine* (2nd ed.). Churchill Livingstone: Books etc Trust.
- Ministry of AYUSH. (2015). *Annual Report*. Government of India Ministry of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha, And Homeopathy (AYUSH).
- Ministry of AYUSH. (2019a). *Annual Report*. Government of India Ministry of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa, And Homeopathy (AYUSH).
- Ministry of AYUSH. (2019b). Retrieved 14 August 2019, from <https://main.ayush.gov.in/about-us/about-the-ministry>
- Ministry of Tourism (Niche Tourism Division). (2015). *Revised Guidelines for the Promotion of Wellness and Medical as Niche Tourism Products*. New Delhi: Ministry of Tourism Government of India (Niche Tourism Division).
- Ministry of Tourism Government of India. (2008). *India Tourism Statistics 2008*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2010). *Annual Report. 2010-11*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2011). *Report of the Working Group on Tourism 12th Five Year Plan (2012- 17)*. New Delhi: Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2013). *India Tourism Statistics at a Glance 2013*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2015a). *Annual Report 2014-15*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2015b). *PRASAD National Mission on Pilgrimage Rejuvenation and Spiritual Augmentation*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2016). *Annual Report 2015-16*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2016). *Swadesh Darshan Scheme Guidelines*. Ministry of Tourism Government of India.

- Ministry of Tourism Government of India. (2017). *Annual Report 2016-17*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2018). *Statement Containing Brief Activities of the Ministry of Tourism 2018*. Ministry of Tourism Government of India.
- Ministry of Tourism Government of India. (2019). Retrieved 25 January 2020, from <http://tourism.gov.in/publicity-and-events>
- Mishra, D., & Shailesh, K. (2012). Making Indian Healthcare Market a Global Medical Tourism Destination. *IOSR Journal of Business and Management*, 2(4), 23-28. doi: 10.9790/487x-0242328
- Mishra, L. (2000). *Religious tourism in India*. New Delhi: Mohit Publications.
- Nagabhushanam, N. (1997). *Pilgrimage Tourism and Sustainable Development—A Case Study: Tirupati* (Unpublished Ph.D. Thesis) Sri Venkateswara University, Tirupati, India.
- Nagabhushanam, N. (1999). Structural and Morphological Transformation of Tirupati town. In R. Ram M. Rao and S. Simhadri (Eds) *Indian Cities: Towards Next Millennium*. Delhi: Vedam Books.
- Neelima, K. (2012). *Tirupati: A Guide to Life*. Random House India.
- Nigam, D. (2002). *Tourism, environment, and development of Garhwal Himalaya*. New Delhi: Mittal Publications.
- Patwardhan, B. (2007). *Drug Discovery & Development: Traditional Medicine and Ethnopharmacology*. New India Publishing.
- Patwardhan, B., Warude, D., Pushpangadan, P., & Bhatt, N. (2005). Ayurveda and Traditional Chinese Medicine: A Comparative Overview. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 465-473. doi: 10.1093/ecam/neh140
- Poitevin B. (1999). Integrating homoeopathy in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(2), 160–166.
- PTI Tirupati. (2011). TTD approves Rs 1,641-cr budget for 2011-12. Retrieved June 30, 2019 from <https://www.thehindubusinessline.com/economy/TTD-approves-Rs-1641-cr-budget-for-2011-12/article20093564.ece>.

- PTI. (2018). AYUSH Ministry allocation in Budget increased by 13 per cent. Retrieved 3 September 2019, from <https://timesofindia.indiatimes.com/business/india-business/ayush-ministry-allocation-in-budget-increased-by-13-per-cent/articleshow/62743094.cms>
- Ranga, M. (2003). *Tourism potential in India*. Delhi: Abhijeet Publications.
- Rao, A. (2011). Overcrowded Tirupati to allow only one visit a year. Retrieved June 25, 2019 from <https://www.indiatoday.in/india/south/story/overcrowded-tirupati-to-allow-only-one-visit-a-year-128056-2011-02-07>.
- Rao, C. A. (1977). *Administration of Temples*. Tirupati: TTD press.
- Rao, S. V. (1949). *Tirupati Sri Venkateswara Balaji*. Tirupati: TTD Press.
- Rao, V. B. (1992). *Organisational and Financial Management of Religious Institutions*. New Delhi: Deep & Deep Publications.
- Raveendra, N. B. (2014). Tirumala Tirupati Devasthanams Programmes its Impact on pilgrims – A Study. *Research Journal of Language, Literature and Humanities*, 1(4), 8-11.
- Ray, J., Chakrabarty, D., Paul, R., & Som, K. (2018). Prevalence of the use of complementary and alternative medicine in an eastern Indian population with emphasis on tribal/ethnic minority groups. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(4), 384-389. doi: 10.1016/j.jtumed.2018.04.001
- Renckens, C. (2009). A Dutch View of the “Science” of CAM 1986—2003. *Evaluation & The Health Professions*, 32(4), 431-450. doi: 10.1177/0163278709346815
- Research and markets (2017). AYUSH and Alternative Medicine Industry in India: Analysis of Growth, Trends and Progress 2017 - 2022. Retrieved 10 September 2019, from <https://www.researchandmarkets.com/reports/4388820/ayush-and-alternative-medicine-industry-in-india>
- Rosen, L., French, A., & Sullivan, G. (2015). Complementary, Holistic, and Integrative Medicine: Yoga. *Pediatrics in Review*, 36(10), 468-474. doi: 10.1542/pir.36-10-468
- Rountree, K. (2002). Goddess Pilgrims as Tourists: Inscribing the Body through Sacred Travel. *Sociology of Religion*, 63(4), 475-496.

- Salehi, H. & Farahbakhsh, M. (2014). Tourism advertisement management and effective tools in tourism industry. *International Journal of Geography and Geology*, 3(10), 124-134.
- Santhi, A. (2014). Analysis of Revenue Receipts and Revenue Payments of Services of Tirumala Tirupati Devasthanams, Andhra Pradesh, India. *International Journal of Social and Economic Research*, 4(2), 203. doi: 10.5958/2249-6270.2014.00497.8
- Satish Babu, A. (2008). *Tourism development in India*. New Delhi: A.P.H. Pub. Corp.
- Sawarkar, K. and Mishara, S. (2010). *Promoting Tourism in India a Case Study*. Kanishka Publishers Distributors.
- Shakeel, M., Dilnawaz, P., Ziyaurrahman, Safura, K., & Chanderprakash, B. (2011). Alternative System of Medicine In India: A Review. *International Research Journal of Pharmacy*, 2(4), 29-37.
- Sharma, E., Dubey, A., Malhotra, S., Manocha, S., & Handu, S. (2017). Use of complementary and alternative medicines in Indian elderly patients. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 7(9), 1. doi: 10.5455/njppp.2017.7.0411401052017
- Sharpley, R. & Sundaram, P. (2005). Tourism: a sacred journey? The case of ashram tourism, India. *International Journal of Tourism Research*, 7, 161-171.
- Shinde, K. (2007). Pilgrimage and Environment: Challenges in a Pilgrimage Center, *Current Issues in Tourism*, 10(4), 343-365.
- Shinde, K. (2011). What are Charitable Trusts Doing in Religious Tourism? Insights from an Indian Pilgrimage Site. *Tourism Planning & Development*, 8(1), 21-36. doi: 10.1080/21568316.2011.554051
- Shinde, K. (2012). Place-making and environmental change in a Hindu pilgrimage site in India. *Geoforum*, 43(1), 116-127. doi: 10.1016/j.geoforum.2011.07.014
- Shinde, K. (2012). Policy, Planning, and Management for Religious Tourism in Indian Pilgrimage Sites. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 4(3), 277-301.
- Sillah, Y. (2014). *Marriage and Society*. Xlibris LLC 225.

- Simon, S. (2019). *The Truth About Alternative Medical Treatments*. Cancer.org. Retrieved 22 June 2020, from <https://www.cancer.org/latest-news/the-truth-about-alternative-medical-treatments.html>.
- Singh Jaswal, S. (2014). Role of Tourism Industry in India's Development. *Journal of Tourism & Hospitality, 04*(02). doi: 10.4172/2167-0269.1000126
- Singh, A., & Mulla, A. (2011). *Management of tourism in India*. Gurgaon: Madhav Books.
- Sivaraman, G., & Rajalakshmi, K. (2005). Concept of Siddha Nutraceuticals. *Acta Horticulturae, 6*, 153-159. doi: 10.17660/actahortic.2005.680.23
- Smith, B., Leimkuhler, J., & Darrow, R. (1992). Yield Management at American Airlines. *Interfaces, 22*(1), 8-31. doi: 10.1287/inte.22.1.8
- Song, P., Xia, J., Rezeng, C., Tong, L., & Tang, W. (2016). Traditional, complementary, and alternative medicine: Focusing on research into traditional Tibetan medicine in China. *Bioscience Trends, 10*(3), 163-170. doi: 10.5582/bst.2016.01105
- Sourkouhi, Z. (2013). Strategic Management; Concepts, Benefits and Process. *IOSR Journal Of Business And Management, 13*(3), 61-64. doi: 10.9790/487x-1336164
- Subbaramaiah, S. (1968). *Finances of an Indian temple: a case study of the finances of the Tirumala-Tirupati Devasthanams (1951-1963)*. Jullundur city: international Book Company.
- Sunitha, L., & Ajil Babu, R. (2013). Role of Fdi in India's Health Care Sector: Major Issues and Challenges. *International Journal of Humanities and Social Science Invention, 2*(5), 37-40.
- Suzuki, N. (2004). Complementary and Alternative Medicine: A Japanese Perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 1*(2), 113-118. doi: 10.1093/ecam/neh029
- Taylor, J. (2001). Authenticity and sincerity in tourism. *Annals of Tourism Research, 28*(1), 7-26. doi: 10.1016/s0160-7383(00)00004-9
- Ted, S. (1995). *Cultural tourism and business opportunities for museums and heritage sites*. Tourism Management, Elsevier, 361-365.
- Theobald, W. (1998). *Global tourism*. Oxford [England]: Butterworth-Heinemann.

- Tirumala Tirupati Devasthanams. (2019). Retrieved 24 September 2019, from <https://www.tirumala.org/#>
- Tirupati Tirumala Devasthanam (2016). T.T.D. Budget 2016-2017. Retrieved June 30, 2019 from <http://news.tirumala.org/wp-content/uploads/2016/01/TTD-Budget-2016-17-Press-Release.pdf>.
- Trivedi, M. (2013). Medical Tourism in India, *Pholica* article 387.
- TTD. (2016). Retrieved 12 November 2019, from <http://news.tirumala.org/wp-content/uploads/2016/01/TTD-Budget-2016-17-Press-Release.pdf>
- Turner, L. (2007). 'First World Health Care at Third World Prices': Globalization, Bioethics and Medical Tourism. *Biosocieties*, 2(3), 303-325. doi: 10.1017/s1745855207005765
- UNEP & UNWTO. (2005). *Making Tourism More Sustainable: A Guide for Policy Makers*. Madrid.
- UNWTO. (1999). *Tourism Market Trends 1999 - East Asia and the Pacific (English version)*.
- UNWTO. (2009). *UNWTO world tourism barometer*. Madrid, Spain.
- UNWTO. (2018). *Launch Report on Health Tourism*. Retrieved from <https://www2.unwto.org/press-release/2018-12-20/unwtoetc-launch-report-health-tourism#targetText=As%20defined%20in%20the%20report,medical%20and%20wellness%2Dbased%20activities>.
- Varadachary, T. (1999). *Tirumala, the Panorama of Seven Hills*. Tirupati: Tirumala Tirupati Devasthanams.
- Vijayanand, S. (2012). Socio-Economic Impacts in Pilgrimage Tourism. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(1), 329-343.
- Vijayanand, S. (2013). Pilgrimage Tourism and Its Economic Dimensions in Tourism Management. *Radix International Journal of Economics & Business Management*, 2(1), 1-31.
- Vijayanand, S. (2014). The Issues and Perspectives of Pilgrimage Tourism Development in Thanjavur. *International Journal of Tourism & Hospitality Reviews*, 1(1), 45-51.

World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine Benchmarks for Training in Unani medicine*.

World Tourism Organization (2016). *UNWTO Basic Documents, Volume I – Statutes, Rules of Procedure, Agreements, fifth edition*, UNWTO, Madrid, DOI: <https://doi.org/10.18111/9789284417513>

World Tourism Organization and United Nations Development Programme (2017), *Tourism and the Sustainable Development Goals – Journey to 2030*, UNWTO, Madrid, doi.org/10.18111/9789284419401

World Tourism Organization. (2019). *Implementation of the general programme of work for 2016-201*. (UNWTOA) Specialized Agency of the United Nations.

WORLD TRAVEL & TOURISM COUNCIL. (2019). *TRAVEL & TOURISM ECONOMIC IMPACT 2019 WORLD* [Ebook]. United Kingdom. Retrieved from <https://www.wttc.org/-/media/files/reports/economic-impact-research/regions-2019/world2019.pdf>

WTM. (2016). International Wellness Tourism Growing Much Faster than Domestic | WTM Insights. Retrieved 8 January 2020, from <https://news.wtm.com/international-wellness-tourism-growing-much-faster-than-domestic/>

Zagade, S. (2012). *Hospitality management and health tourism in India*. Saarbrücken: LAP.

Zysk, K. (2008). *Siddha medicine in tamil nadu*. Nationalmuseets Tranquebar Initiativ.

<日本語文献>

JETRO (2019) 「インド人実習生で Win-Win の関係：地域・分析レポート」 . <https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/special/2019/0303/8a304f4d32ce3777.html>, (参照 2020-03-26).

TRS 協同組合 (2019) 「外国人技能実習生：送り出し国別紹介」 . <https://www.trskk.or.jp/country/>, (参照 2020-03-26).

朝日新聞 DIGITAL (2018) 「外国人労働者受け入れ」、5年で最大35万人政府試算
外務省 (2017) 「インド」 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/index.html>, (参照 2020-03-26).

- 北脇秀敏. (2017). 持続可能な開発目標と国際貢献：フィールドから見た SDGs. 朝倉書店.
- 経済産業省 (2019) 「在留資格“特定技能”について」
<https://www.meti.go.jp/press/2019/08/20190809002/20190809002-1.pdf>, (参照 2020-03-26).
- 厚生労働省 (2005) 「厚生労働省：看護師国家試験受験資格認定について」.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112866.html>, (参照 2020-03-26).
- 国際厚生事業団 (2019) 「2020 年度来日 経済連携協定 (EPA) に基づく受入れ説明会」、
EPA 外国人看護師・介護福祉士候補者 受入れの枠組み、手続き等について..
<https://www.asahi.com/articles/ASLCG454QLCGUTFK00D.html>, (参照 2020-03-26).
- 高寺奎一郎. (2004). 貧困克服のためのツーリズム—Pro-Poor Tourism. 古今書院.
- 内閣官房健康・医療戦略室 (2019) 「アジア健康構想及びアフリカ健康構想」、アジア健康構想. 内閣官房健康・医療戦略室.
- 内閣府ホーム (2020) 「高齢化の状況」 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html (参照 2020-03-26).
- 日本貿易会月報オンライン (2016) 「インド初、官民連携の“日本式”総合病院の挑戦: インド初、官民連携の「日本式」総合病院の挑戦」.
<https://www.jftc.jp/monthly/feature/detail/entry-70.html>, (参照 2020-03-26).
- みんなの介護ニュース (2015) 「第 56 回 介護職員の人材不足問題、最新版！2025 年には全国で 38 万人、東京・大阪・愛知…と大都市圏で 2 万人以上が不足する未来は変えられない!?:」. <https://www.minnanokaigo.com/news/kaigogaku/no56/>, (参照 2020-03-26).