

Diagnosis and treatment of small-bowel stricture by double balloon endoscopy.	Gastrointest Endosc.	2007	66	108
Early vitreous surgery for aggressive posterior retinopathy of prematurity	Am J Ophthalmol	2006	142	636-643
Effective and safe treatment with cyclosporine in nephrotic children: a prospective, randomized multicenter trial.	Kidney Int.	2008	73	1167
Epidermolysis bullosa in Japan	dermatol clin	2010	28	430
Feasibility of the radiofrequency hot balloon catheter for isolation of the posterior left atrium and pulmonary veins for the treatment of atrial fibrillation.	Circ Arrhythm Electrophysiol	2009	2	225
Five-year clinical evaluation of In-Ceram crowns fabricated using GN-I (CAD/CAM) system.	Journal of Oral Rehabilitation	2010	0	0
Japanese EC-IC Bypass Trial (JET Study): The Second Interim Analysis.	Surgery for Cerebral Stroke	2002	30	434-437
Long-term results of expansive open-door laminoplasty for cervical myelopathy -average 14 years follow-up study-	Spine	2006	31	2998
Multiinstitutional phase II study of neoadjuvant chemotherapy for osteosarcoma (NECO study) in Japan: NECO-93J and NECO-95J.	Journal of Orthopaedic Science	2009	14	397-404
Outcome in patients with Wiskott-Aldrich syndrome following stem cell	British Journal of Haematology	2006	135	362
Pirfenidone in idiopathic pulmonary fibrosis.	Eur Respir J	2010	35	821
The compound heterozygote for new/recurrent COL7A1 mutations in a Japanese	J Dermatol Sci.	2009	56	66
Transtrochanteric posterior rotational osteotomy for osteonecrosis.	Clinical Orthopaedics and Related Research	2008	466	1054-58
Treatment strategies for pemphigus vulgaris in Japan	Expert Opin Pharmacother	2008	9	1519
Types of lymphoscintigraphy and indications for lymphaticovenous anastomosis.	Microsurgery	2010	30	553
日本透析医学会年次統計				

外国人患者の受入実績の有無

回答数	31	
	回答数	%
有り	9	29.0%
無し	22	71.0%
	31	100.0%

「有り」と回答された方は平成17年～21年度の受入実績人数をご記入ください

回答数	9
-----	---

合計	112
平均値	12.44444
最大値	40
中央値	5
最小値	0
標準偏差	13.54098

「有り」と回答された方は国別内訳を上位3カ国までご記入ください

第1位

国名	件数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	標準偏差
インド	1	1	-	-	-	-	-
米国(サイパン)	1	1	-	-	-	-	-
バングラディッシュ	1	1	-	-	-	-	-
中国	1	10	-	-	-	-	-
韓国	1	3	-	-	-	-	-
中華人民共和国	1	1	-	-	-	-	-
アメリカ	1	10	-	-	-	-	-
ポーランド	1	6	-	-	-	-	-

第2位

国名	件数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	標準偏差
大韓民国	1	2	-	-	-	-	-
韓国	1	2	-	-	-	-	-
台湾	1	5	-	-	-	-	-
アメリカ	1	2	-	-	-	-	-
ドイツ	1	10	-	-	-	-	-
オーストラリア	1	4	-	-	-	-	-

第3位

国名	件数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	標準偏差
バングラディッシュ	1	3	-	-	-	-	-
シンガポール	1	2	-	-	-	-	-
イギリス	1	10	-	-	-	-	-
アメリカ	1	4	-	-	-	-	-

これから外国人患者を受け入れる施設に対して留意すべき事項

英語以外を母国語にされる場合、意思疎通が非常に問題となります。
コメディカルの英語能力
治療費支払い方法の確立が必要。例えば自国の保険によるカバーやクレジットカードによる支払い、など。
外国語によるサポート体制
言語に関しては英語であれば医師側はある程度対応可能であったが、看護師、薬剤師などの場合は、言語対策も必要と思われる。
以下の点は、既に受け入れをしている病院でも同様と思われます。医療者の外国人患者および異文化への理解。外国人患者専用の窓口、担当部門の設置。主要言語に対応する通訳の常駐。希少外国語に対応できる通訳確保のルート(例えばボランティアなど)。主要外国語でのIC用紙。
国際化を目指して、大いに今後も外国人受け入れを進めていきたいと思えます。
非常に優秀な研究者から、能力に疑問のつく研究者までの幅が広く、自身の研究に係ることができるかどうかの判断が難しい。

新たな医療技術の推進に向けた課題等

臨床遺伝学は診断を中心とする分野なので、「なし」と回答致しました。分子遺伝学的診断では欧米に比肩して遜色ありません。
まず、アジアの中でのトップを目指すべき。
Stevens-Johnson症候群・中毒性表皮壊死症などの重症薬疹に対する本邦の医療技術として、ステロイドパルス療法や血漿交換療法があげられるが、多数の症例を用いてのこれらの治療成績の検討はなされていない。これらの治療法を新たな医療技術として国際的に認識させるために、大規模な症例数における有用性の評価や長期的な視点に立脚した予後調査・解析を施行することが今後の課題である。
現在研究職で臨床をしておりません。適切なお答えはできないと思います。申し訳ありません。
言葉の障壁を乗り越えるための医療専門の通訳の養成などが必要。
研究は進歩していてもなかなか日本での臨床応用にはハードルが高いです。外国人の場合は、支払い、権利意識、医療事故、言語、宗教や習慣の違いなどが問題になると思います。
現在、厚生労働科学研究費補助金、難治性疾患克服研究事業にて研究を実施させていただいている「ウエルナー症候群(遺伝的早老症)」は、これまで世界で報告された2000名弱の患者の60%以上が日本人という日本に頻度の高い疾患です。貴事業による研究成果を活かし、海外の患者さんの受け入れも可能と考えています。
健全な研究体制の確立と、研究費用の長期的な確保が必須であることに加え、この分野に参入するphysician-scientistsの育成が急務である。
世界に発信し、患者を受け入れる場合は、それに対応できるだけのマンパワーの充実もあわせて行う必要がある。
特にはございません
欧米で進んでいる難治性自己免疫疾患に対する造血幹細胞移植療法の推進が本邦でも望まれる。
医療側の自己満足ではなく、患者にとって本当に必要な医療技術を選択し、援助していくこと。
当科では、最新の生化学的・分子生物学的研究により、新たな医療技術の推進に努めています。
海外からの患者受け入れのあっせん組織の確立が急務。 学術雑誌以外の方法での世界への宣伝(とくに費用面のメリットを)を組織的に行う。
国際医療交流に私どもの再生医療による新たな治療(高度顔面変形に対する自家培養軟骨移植による治療)が適応できると考えていますが、再生医療の臨床応用に関して多くの障害が存在します。現在臨床応用を行うべく準備中ですが、詳細な作業手順書を作成し申請書類を整えることに多くの時間がかかり、なかなか前進しません。再生医療の臨床応用申請を積極的に支援する仕組みをつくる必要と考えます。
脳神経外科領域では、ハイリスクな治療は避けられる方向にあり、新たな技術の応用は非常に難しい。新たな医療技術を導入するための指針作りが望まれる。
短期滞在型の国際医療交流においては診療及び補綴物等の製作に係る時間の制約が顕著となるため、提供する歯科医療も限定される。従って、CAD/CAMの性能を更に向上させ、製作時間の短縮並びに質の向上が適えば、対象歯科医療の範囲も拡大すると考える。また、渡航前に現地で予診できるシステムがあると、事前にある程度の治療計画の立案等の諸準備が可能となり、より迅速的且つ患者満足度の高い成果が期待できる。

国際医療交流の国際的動向に関する研究

研究分担者 遠藤弘良 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座 教授

研究協力者 岡村世里奈 国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野 准教授

研究要旨

「国際医療交流（外国人患者の受入れ）への対応の在り方」に関して検討していくためには、その前提として、国際医療交流に関する国際的な動向や外国人患者の出身国の医療状況等を理解しておく必要がある。そこで本研究では、国際医療交流の近年の動向や国際医療交流の先進国の状況等について調査を行った。その結果、国際医療交流をめぐる世界の状況は日々変化しており、今後ともその動向に注目してゆく必要があるが、国際医療交流は、それぞれの国の医療制度、政治的・社会文化的背景をもとに進められており、必ずしも世界の動向に翻弄されることなく、日本においては現行の医療制度を踏まえた視点からの推進が必要であることが分かった。

A. 研究目的

「国際医療交流（外国人患者の受入れ）への対応の在り方」に関して検討していくためには、その前提として、国際医療交流に関する国際的な動向や外国人患者の出身国の医療状況等を理解しておく必要がある。そこで本研究では、文献調査ならびに訪問調査を通じて、国際医療交流の先進国の状況や外国人患者の出身国の医療状況等を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、文献調査と聞き取り調査、訪問調査の3つを行った。まず、文献調査では、国際医療交流に関する国際的動向を把握するため、関連する文献の収集・分析を行った。次に、聞き取り調査では、中国ならびに韓国の医療関係者から、それぞれの国の医療事情や Medical Tourism に関する聞き取り調査を行った。さらに訪問調査では、Medical Tourism の先進国で

あるシンガポールとタイを訪問して、それぞれの国の Medical Tourism の状況について聞き取り調査を行った。なお、上述の聞き取り調査ならびに訪問調査の調査対象者は以下のとおりである。

（聞き取り調査）

- 1)中国：Dr. Atom Mukaida, Renji Shengsheng Hospital Management Group, COO
- 2)韓国：Prof. Ki-Nam Jin, Yonsei University

（訪問調査）

- 1) シンガポール
①Dr Joshua Jacobs, Assistant Dean, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore
- ②Mr Liak Teng Lit, CEO, Khoo Tech Puat Hospital
- ③Assitant Professor Cheah Wei Keat, Chairman of Medical Board, Alexandra Hospital

④Professor Tay Boon Keng, Chief Medical Board International, Singapore General Hospital

⑤Professor Tyrone Goh, Executive Director, National University Hospital International

2) タイ

①Dr. Ayumi Shibano, Coordination Physician, Bumrungrad International

②Ms. Yuko Tamura, Market Segment Manager, Bumrungrad International

③Ms. Yukari Kikuchi, Japanese In-House Services, Manager, Bumrungrad International

④Dr. Shogo Nakachi, Bangkok Hospital Medical Center

⑤Mr. Kotaro Tanaka, JMS Marketing Manager, Bangkok Hospital Medical Center

⑥Mr. Takahito Matsuo, Director-Japanese Division, Samitivej Public Company Limited

⑦Ms. Kumiko Onodera, International Marketing Executive, BNH HOSPITAL

⑧Dr. Khanat & Ms. Jantana, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⑨Dr. Nipit Piravej, MD, FRCST, Chief Corporate Officer, Bangkok Chain Hospital Public Company Limited

⑩Dr. Thiravud Khuhaprema, Director, National Cancer Institute

⑪Dr. Somsak Lolekha, MD, Ph.D, Former President of Medical Council of Thailand, Medical Council of Thailand

⑫Dr. Tares Krassanairawiwong, Senior Expert of Public Health, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

⑬Ms. Pawana Aunkasith, MD, Assistant

Director of Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Office International health Care Center, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

(倫理面への配慮)

該当事項無し。

C. 研究結果

1. 文献調査結果—国際医療交流に関する国際的動向—

(1) 「Medical Tourism」の意味、定義

2000年代前半以降、海外の医療機関を受診する患者の数は急速に増加していると考えられているが、その正確な数については国際的にもはっきりとしていない。このように正確な数が把握されていない理由の一つは、国際的に共通な統計方法が確立していないからであるが、もう一つの理由は、「Medical Tourism」の解釈が人によって大きく異なっているからである。すなわち、日本で「Medical Tourism」と言えば、医療観光と当初直訳されたことから医療と観光を合わせたものと解釈されることが多いが、これは必ずしも国際的な解釈とは一致しているとはいえない。なぜなら、国際的に「Medical Tourism」と言えば、医療を目的として海外へ旅行をすることを意味し、観光的要素が含まれていてもよいが、それが必須とはされていないからである。

また、人によっては、「Medical Tourism」は裕福な者を対象としたものと考えているようであるが、これも正確な解釈とは言えない。なぜなら、海外の医療機関を受診する患者の中には、コストや待ち時間、医療レベルの問題等から自国では必要な医療サービスを受けることができず、仕方なく、もしくは次善の策として、海外の医療機関を選択する者も少なくなく、必ずし

も裕福な者だけが海外の医療機関を受診しているわけではないからである。

なお、北米やアジア諸国では「Medical Tourism」という言葉が使われているが、ヨーロッパ地方では、「Medical Tourism」よりも「Health Tourism」という言葉の方がより一般的となっている。なお、最近では、「Medical Tourism」を「Medical (Health) Travel」と「(狭義の) Medical (Health) Tourism」の二つに分け、前者はがん治療や脊椎手術など治療を受けることを目的として海外に行くこと、そして後者は、健康増進プログラムや美容整形等、治療よりも観光的要素が強いものと区別することも多い。

このように、一口に「Medical Tourism」と言ってもその概念や背景は多様なものとなっている。

(2) Medical Tourism 発展の背景

以上のように、言葉の意味や概念についてはまだ必ずしも統一的な定義があるわけではないが、健診や治療を目的として海外の医療機関を受診する患者の数が急速に増加しているのは間違いない。そして、このように、近年、海外の医療機関を受診する患者が増加している背景には、①医療費（コスト）の国際間格差や、②長い待ち時間問題、③医療レベルや医療技術に関する国際間格差、④国際交通網の発展、⑤インターネット等の情報伝達手段の発達、⑥5つ星ホテルのような設備を備えた新たな病院モデルの登場、等があると言われている。

すなわち、従来、患者が海外の医療機関を受診するのは、仕事や観光で滞在中に病院や怪我をしたりした場合や、医療レベルの低い発展途上国の患者が質の高い医療を求めて先進国の医療機関を受診する場合等であり、その数も限られたものであった。しかし、1990年代後半以降、医療費の高騰や長い待ち時間等、先進諸国の医療提供体制にも様々な問題が顕在化してくるようになると、患者の中には、「Better Pricing」、「Better Availability」、「Better Quality」、

「Better Access」を求めて自国以外の医療機関に目を向ける者が現れるようになる。

そして、患者の海外の医療機関への受診を支援する斡旋事業産業の誕生や、海外からの外国人患者の受入れに積極的に取り組む病院の登場、国際交通網やインターネット等の情報伝達システムの発展等が、患者のこうした潜在的なニーズの掘り起こし・実現に寄与し、現在の国際的な Medical Tourism の発展につながっているものと考えられている。

(3) Medical Tourism をめぐる近年の動向と国際的課題

Medical Tourism をめぐる近年の最も大きな動向としては、患者獲得をめぐる国家間の競争の激化が挙げられる。2000年代前半頃は、外国人患者の受入れに積極的に取り組む国は、タイやシンガポール、南米、東欧等の一部の国々に限られていたが、近年ではアジア諸国等を中心として50カ国以上が、Medical Tourism Destination として名乗りをあげている。また、最近では、韓国や台湾、インド等のように、国や地方都市、病院協会のような団体レベルで、外国人患者の受入れ環境の整備や医療の質の向上、最新医療技術や医療機器の導入に取り組むところが増えてきており、外国人患者の獲得に向けた国家間の競争は今後一層激しくなるものと考えられる。

また、当然のことながら、Medical Tourism の発展は、新たに様々な課題も生み出している。近年、Medical Tourism に関する国際的検討課題として指摘されているものとしては、①ケアの継続性 (Continuum of Care)、②患者の安全性確保の問題、③医療の質の評価の問題、④、医療情報の保護の問題、⑤違法な臓器移植等、倫理的・法的に問題がある医療行為に関する問題、⑥国内外の患者間における医療資源の適正配分に関する問題、⑦医療紛争に関する問題、等が挙げられている。そのため、Medical Tourism (外国人患者の受入れ) を行う際には、これらの問題に対する対応策を準備しておくこ

とが必須となっているといえよう。

2. 聞き取り調査—中国、韓国の国内の医療事情—

中国で病院チェーンを展開している専門家によると、中国人の気質として、大病院志向が強いこと、先端医療機器が整備されていること以上に国際的なブランド力が重視されることが指摘された。

韓国については、国際医療交流に向けた基盤整備が国主導で進められており、当該制度導入に際して、国内への医療供給への影響を考慮した上で、外国人受入れを行う医療機関を選別する等の対応が取られていること、提供される医療の範囲として美容形成、歯科といった軽症疾患から、がん治療などの重症疾患まで考慮されている。特に、韓国医療の国際競争力として、心血管系疾患、脊椎椎間板疾患治療は世界レベル、美容形成、皮膚科、歯科分野は世界最高レベルとしている。

なお、韓国では、従来から **Medical Tourism** に関心のある医療機関が出資し合って協議会を作っていたが、2010年には、そのうち大学病院等、高度医療を提供する 27 病院が集まって作られた **KIMA** が社団法人化した。参加病院は、それぞれライバル関係に立つが、それでも、その時々共通の課題やプロモーション等に対して個別に対応するよりも、一つの目的を同じくする組織として関わる方がメリットがあると判断しており、現在では、医療費の価格の設定方法やプロモーション方法、ケアマニュアルの作成等、月に2、3回集まって検討しているということであった。

3. 訪問調査結果

(1) シンガポール

シンガポールはいわゆる **Medical Tourism** の先進国として有名であるが、この概念が流行する以前から、地理的にも宗教的にも近いアジア諸国から患者がシンガポールの医療機関を受

診し、また医師の交流も行われていた。1980年代からは私的医療機関を中心により積極的に外国人患者に対する医療サービス提供を行っており、シンガポール政府としても 2003 年から「アジアにおける医療ハブ」を旨として「**Singapore Medicine**」と呼ばれる外国人患者誘致策を積極的に進めてきている。

今回は4つの公的医療機関 (**National University Hospital (NUH)**, **Singapore General Hospital (SGH)**, **Alexandra Hospital**, **Khoo Tech Puat Hospital**) を訪問し、これらの医療機関における外国人患者受入れの現状を調査した。

いずれの医療機関においても外国人患者を受け入れており、その姿勢は **Medical Tourism** というより、これまでの歴史的経過の中で基本的にはシンガポール国民への医療サービス提供と同様に位置づけていると言える。また医療保険制度は日本のような「賦課方式」の社会保障ではなく、完全な積立方式となっている。こうしたことから国民ならびに医療者側いずれも外国人患者を受け入れることによって、自国民にしわ寄せがきているという捉え方はされていない。

しかし、受入れの積極性には医療機関の性格あるいは医師の専門性により温度差がある。**NUH**, **SGH** では医師の海外交流も盛んであり、豊富な症例を経験するという意味でも受入れに積極的であり、複数の言語に対応するスタッフを有する国際患者部門を設けている。医師の専門性による違いについてみると、外科系の医師は受け持つ症例数によって報酬も違うため、一般的に外国人患者の受入れに積極的であるが、内科系医師については必ずしもそうではない。

このように外国人患者受入れに長い歴史を持つシンガポールではあるが、シンガポール国民の高齢化等による医療ニーズの増大により医師をはじめとする医療従事者の不足が目立ってきており、公立と私的医療機関の間のバランスの問題も顕在化している。一方、近隣諸国の医療制度の充実や医療技術の発展により、必ずしも

シンガポールの医療サービスの優位性が高いとは言えない状況となりつつある。

(2) タイ

現在、国際社会の中で最も有名な **Medical Tourism Destination** の1つとして挙げられているタイであるが、実際に外国人患者の受入れに積極的に取り組んでいるのは、**Bumrungrad International (BI)**、**Bangkok Hospital** 等、一部の私立病院のみである。そこで、本研究では、これらの病院の関係者に対して外国人患者の受入れに取り組んだ背景や受け入れに伴う課題等について聞き取り調査を行ったが、それによると、これらの私立病院が外国人患者の受入れに取り組むようになった背景には、タイの医療事情が深く関係していた。

すなわち、タイでは、1980年代後半から1990年代にかけて急速な経済成長を遂げ、これに伴い個人所得も飛躍的に上昇し、また国民の医療や健康に対する意識も高くなっていった。そこで、こうした新たなニーズに対応するため、この時期、タイでは、新規病院の開設や病床の増設が相次ぎ、また、在留外国人や中流層以上のタイ国民に対して医療を提供していた私立病院でも新たな病棟の建設や最先端の医療機器の導入が盛んに行われていた。

しかし、1997年のアジア通貨危機によって状況は一変し、特に私立病院では国内消費の冷え込みに伴い、来院患者が激減し、厚生省の発表資料によれば、1998年から2003年の5年間に新設された私立病院数は72機関であったのに対して、同時期に倒産した私立病院数は217機関にも達していた (**Thailand Health Profile 2005-2007, p296**)。そして、この時期、多くの私立病院が病院の閉鎖やダウンサイジングを検討していた中、まったく別の途を選んだのがBIである。すなわちBIは、在留外国人や中流層以上のタイ国民に対して質の高い医療を提供してきた経験を活かして、国際化戦略(海外からの外国人患者の受入れ)によって生き残りを

図ろうとしたのである。

そこで、BIでは早速、国際化推進のための施策として、外国人患者の受入れプログラムを開発したり、アジアや周辺国に海外駐在所を置いて病院の宣伝を行ったりした。また同時に、BIは伝統的な病院スタイルを払拭して、患者がホテルで過ごすように快適に過ごせる環境を追求したいいわゆる「**hotel-spital**」モデルを打ち出して院内環境の改善や整備にも積極的に取り組んでいった。

そして、2001年の「9.11」以降は、アラブ系の外国人患者の獲得にも力を注ぎ、職員に対してイスラムに関する研修等も積極的に行ったり、2002年には、アジア地域で初めてJCIの認証も取得したりした。そして、このような国際化戦略によって、BIを訪問する外国人患者の数は年々増加し、2010年には43万人近い外国人患者の受け入れを行うまでに成長している。そして、このBIモデルは、**Bangkok Hospital** 等、他の私立病院にも影響を与え、現在のような**Medical Tourism Destination**としてのタイの基盤を作ることとなった。

なお、タイに関しては、一部の私立病院が**Medical Tourism**に熱心に取り組む結果、医師や医療機器等の医療資源が外国人患者に集中し、タイ国民の医療を受ける権利が侵害されているのではないかという批判が寄せられているが、今回聞き取り調査を行った政府や公的医療機関の関係者の話によると、国内でもその批判の是非については意見が分かれているということであった。

すなわち、確かにタイでは、公立病院の医師が高い給料や快適な職場環境を求めて私立病院に移る傾向があるが、その背景には**Medical Tourism**よりも公立病院の劣悪な職場環境の影響が大きいということであった。特に2001年のタクシン政権による国民皆保険制度の創設の際には、十分な財源が確保されないまま皆保険が実施されたため、公立病院に多くの患者が押し寄せ、医師や看護師等の医療職は安い給料で

長時間労働を余儀なくされた。現在でも、公立病院で働く医師の多くが公立病院の給料だけでは生活できず、私立病院でアルバイトをしながら生計を立てているというのが現状である。

このようにタイでは、私立病院が外国人患者や中流層以上の患者に対して積極的に医療を提供することによって公的病院の抱える諸問題が最小限に抑えられている側面もあるため、**Medical Tourism** と国民医療の関係について論じることは、傍で見ているほど容易なことではないということであった。

また、今回聞き取り調査を行った医療関係者の中には、**Medical Tourism** が医療全体に与えた良い影響として、①一部の私立病院が質の高い医療を提供することで、海外で学んだ優秀なタイ人医師等が働く場所を用意することができ、優秀な人材の国外への頭脳流出の防止につながっていること、②従来、タイでは患者は医師の指示に従順に従うのが当然とされてきたが、最近では、英語圏等の外国人患者の影響で、患者の声に耳を傾ける医師が増えてきたこと、等を挙げる者もいた。

D. 考察

本研究からも明らかなおおり、**Medical Tourism** と言ってもその概念や背景は多様であるため、海外の文献や情報を入手したり、海外の患者や保険会社、斡旋事業者等と交渉したりする際には注意が必要である。また諸外国における国際医療交流は、それぞれの国の医療制度、政治的・社会文化的背景をもとに進められている。

日本においては、皆保険制度により、どこにいても平等な医療が享受できる環境にあり、他国とは医療制度そのものが異なるため、現行の医療制度を踏まえた視点からの推進が必要である。

また、研究結果の中でも述べた通り、**Medical Tourism** をめぐっては国際的にも様々な検討課

題があり、日本において国際医療交流を推進していく際には、これらの課題についても1つ1つきちんと検討していくことが重要になってくるものと考えられる。

E. 結論

国際医療交流をめぐる世界の状況は日々変化しており、今後ともその動向に注視してゆく必要があるが、国際医療交流は、それぞれの国の医療制度、政治的・社会文化的背景をもとに進められており、必ずしも世界の動向に翻弄されることなく、日本においては現行の医療制度を踏まえた視点からの推進が必要である。

[参考文献]

- 1) Erik Cohen, *Medical Tourism in Thailand, Explorations in Thai Tourism Vol.11*, Emerald, 2008
- 2) Thailand Health Profile Report 2005-2007, Ministry of Public Health(http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=2&lang=en)(2011年3月15日現在)
- 3) Aihwa Ong, Nancy N. Chen, *Asian Biotech: Ethics and Communities of Fate -Experimental Futures-*, Duke University Press Books, 2010
- 4) SingaporeMedicine
<http://www.singaporemedicine.com>

F. 健康危険情報

該当事項無し。

G. 研究発表 (2010/4/1～11/3/3 発表)

- 1.論文、報告書、発表抄録等
なし

2.学会発表
なし

2.実用新案登録
該当事項無し。

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)

3.その他
該当事項無し。

1.特許取得
該当事項無し。

外国人患者受入れに必要な医療機関の条件に関する研究

1) 外国人を受け入れる医療機関の機能に関する研究

①JCI (Joint Commission International) の病院認定と

財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価認定の比較

研究分担者 齋藤剛 財団法人日本医療機能評価機構 評価事業部長

研究要旨

国際的な病院の認定組織である Joint Commission International の評価項目、審査方法を調査し、財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の評価項目、審査方法と比較検討した。認定のための評価項目の構成と審査する範囲は両者に大きな差はなかったが、審査手法と認定後に病院に要求される努力には差があった。認定を受けるために病院に要求される水準は、JCI が世界のトップレベルの病院を認定することを目的とし、財団法人日本医療機能評価機構が日本の病院すべてを対象とした評価事業を行い、日本の病院医療総体の水準の向上を目的としていることから、差があると思われる。

A. 研究目的

この研究は、外国人患者受入れに資する医療機関の認証制度を整備する上での基礎資料を得ることを目的に、世界各国で病院の機能評価と認定を行っている米国の Joint Commission International (以下「JCI」という) の病院の評価・認定の仕組みと、日本の病院の機能評価と認定を行っている財団法人日本医療機能評価機構 (以下「評価機構」という) の病院機能評価と比較検討した。

B. 研究方法

文献調査と訪問調査を行った。

文献調査としては、JCI の “Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4th ed.”¹⁾ (以下「JCI 評価項目・解説集」という)並びに “Joint Commission International Accreditation Hospital

Survey Process Guide 4th ed.”²⁾ (以下「JCI 審査手順書」という)と財団法人評価機構の「病院機能評価 統合版評価項目 V6.0 解説集」(付録の CD-ROM に病院機能評価の現況調査と自己評価調査票を収載)³⁾ (以下「評価機構項目・解説集」という)と「サーベイヤーハンドブック 2009」⁴⁾ (以下「評価機構審査手順書」という)の内容(評価項目、審査手順など)を比較検討した。JCI の認定を取得した病院の受審の記録⁵⁾の分析も行った。

訪問調査としては、JCI 本部への訪問調査(11/28～12/2 遠矢、辻)、JCI の認定と評価機構両者の認定を取得した病院への訪問調査(10/18 辻、遠矢)、JCI 審査受審予定病院での模擬審査見学(12/6 遠矢、齋藤)を行った。

この研究の担当は、主に次の3名が担当した。

辻典明 (研究協力者：日本大学医学部医療管理学 助教)

遠矢雅史 (研究協力者：財団法人日本医療機能評価機構 評価事業部副部長)

佐野元子（研究協力者：医療法人鉄蕉会経営
管理本部 企画部経営企画室 室長補佐）

（倫理面への配慮）

該当事項無し。

C. 研究結果

JCI 病院認定と評価機構の病院認定について
比較した。

(1) JCI の医療機関（病院）認定について

① 認定の目的と対象施設、認定実績

JCI は、病院 (hospitals) 以外にも、
Ambulatory Care、Clinical Laboratories、
Primary Care Centers、The Care Continuum
(home care, assisted living long term care,
hospice care)、Medical Transport Organizations
を対象とする認定プログラムを用意している。

認定の目標は、The goal of the program is to stimulate demonstration of continuous, sustained improvement in health care organizations by applying international consensus standards, International Patient Safety Goals, and data measurement support. とされている。(JCI 評価項目・解説集 P.2)

病院向け評価項目の作成と改訂は、国際委員会が行っている。A 12-member International Standards Subcommittee, composed of experienced physicians, nurses, administrators, and public policy experts guides the development and revision process of the JCI accreditation standards. The subcommittee consists of members from six major world regions: Latin America and the Caribbean, Asia and the Pacific Rim, the Middle East, Central and Eastern Europe, Western Europe,

and Africa. (JCI 評価項目・解説集 P.3)

JCI は世界のトップレベル（上位数パーセント）の病院を認定しようとしている。

(JCI アジア太平洋支部代表 ポールチャン氏談)

JCI は 2010 年 12 月現在 44 カ国の 363 施設を認定している⁶⁾。日本では、亀田メディカルセンター (Kameda Medical Center・千葉県鴨川市) が 2009 年 8 月 8 日付けで、NTT 東日本関東病院 (NTT Medical Center, Tokyo・東京都品川区) が 2011 年 3 月 12 日付けで JCI から認定された。

② 評価項目

JCI の病院向け評価項目は、Section、Chapter、Standards、Measurable Elements から構成される。

Section と Chapter は次の通りである。

Section1 Patient-Centered Standards
IPSG (International Patient Safety Goals)
ACC (Access to Care and Continuity of Care)
PFR (Patient and Family Rights)
AOP (Assessment of Patients)
COP (Care of Patients)
ASC (Anesthesia and Surgical Care)
MMU (Medication Management and Use)
PFE (Patient and Family Education)

Section2 Health Care Organization Management Standards

QPS (Quality Improvement and Patient Safety)
PCI (Prevention and Control of Infection)
GLD (Governance, Leadership, and Direction)

FMS (Facility Management and Safety)

SQE (Staff Qualifications and Education)

MCI (Management of Communication and Information)

Chapter は複数の Standards から構成され、Standards には Measurable Elements が設定されている。

③ 審査手順とサーベイヤ

審査は、調査員（サーベイヤ：surveyor）が病院を訪問して、職員や患者に面接し、ケアプロセスの実施状況を確認し、病院から提出された各種資料の内容を点検することによって実施される。

サーベイヤは約 50 人いて（居住国は様々）、個々のサーベイヤはキャリアや資格によって事務、診療、看護の領域に分類されてはいるが、JCI は領域横断的な評価手法（患者レーサーシステム：訪問審査当日にサーベイヤがランダムに患者を選択して治療内容・経過を評価するシステム）を導入していることもあり、個々のサーベイヤは、すべての領域の評価を行えるよう十分なトレーニングを受けている。

1) 審査資料 (JCI 評価項目・解説集 P.12)

The survey evaluates the organization's compliance based on:

- ・ interview with staff and patients and other verbal information;
- ・ on-site observations of patient care processes by surveyors;
- ・ policies, procedures, clinical practice guidelines, and other documents provided by the organization; and
- ・ results of self-assessments when part of the accreditation process.

2) 訪問審査体制（審査期間とサーベイヤの人数）(JCI 評価項目・解説集 P.16)

1 病院あたりサーベイヤ3 人が 4 日

かけて審査することが多いが、受審機関の規模によりサーベイヤの人数と審査日数は増減する。

3) 審査手法

訪問審査では、Tracer Methodology による審査が中心である。(JCI 審査手順書 P.27)

Tracer methodology is the foundation of the JCI on-site survey and accomplishes the following:

- ・ Incorporates the use of information provided in the accreditation survey application and previous survey and monitoring reports
- ・ Follows the experience of care for a number of patients through the hospital's entire health care process
- ・ Allows the surveyor(s) to identify issues in one or more steps of the patient care process or the interfaces between processes

The individual patient tracer activity is an evaluation method that is conducted during the on-site survey and is designed to "trace" the care experiences that a patient had during his or her stay in the hospital.

Tracer methodology is used to analyze a hospital's system of providing care, treatment, and services using actual patients as the framework for assessing international standards compliance.

サーベイヤ3 人で 5 日間の審査を行うと、平均で約 20 トレーサーを行う。(JCI 本部への訪問調査による)

このほか、サーベイヤは部署訪問を行い、職員や患者に質問して審査資料を収集する。院内のどこで誰に何を尋ねるかは、当日その場まで分からない実力テ

スト方式である。そして、質問内容は、サンプリングに基づいた機能的な方法、言い換えれば患者の視点による審査である。

4) 評価項目の採点と認定の基準(JCI 審査手順書 P.8、P.14)

サーベイヤーは measurable element (ME)を10点“fully met”、5点“partially met”、0点“not met”、適用外“not applicable.”と評価し、これをもとに Standards の点数を算出し、Standards の点数をもとに Chapter の点数を求める。Standards と Chapter が基準点を超えていれば認定される。

A. ACCREDITED

This decision results when an organization meets all of the following conditions:

- The organization demonstrates acceptable compliance with each standard.

Acceptable compliance is:

- A score of at least “5” on each standard.
- The organization demonstrates acceptable compliance with the standards in each chapter. The International Patient Safety Goals are considered a chapter.

Acceptable compliance is:

- An aggregate score of at least “8” for each chapter of standards.
- The organization demonstrates over all acceptable compliance.

Acceptable compliance is:

- An aggregate score of at least “9” on all standards.
- The total number of measurable elements found to be “not met” or “partially met” is not above the mean (three or more standard

deviations) for organizations surveyed under the organization accreditation standards within the previous 24 months.

認定の際に指摘事項があった場合、病院は1カ月以内に「改善計画」をJCIに提出し、1年半後に改善状況を報告する。

④ 認定期間と認定後の病院の義務

認定の有効期間は3年間である。(JCI 評価項目・解説集 P.13)

病院は、認定期間中にも、評価項目を遵守する義務がある。(JCI 評価項目・解説集 P.26)

JCI will continue to monitor accredited organizations and certified programs for compliance with all the International Patient Safety Goals and relevant JCI standards on an ongoing basis throughout the three-year accreditation cycle.

(2)財団法人日本医療機能評価機能(評価機構)の病院機能評価認定について

① 認定の目的と対象施設、認定実績

評価機構は、病院を対象とした認定プログラムを用意している。

認定の効果と利点は、病院の現状の客観的把握、改善のきっかけづくり、効果的で具体的な改善目標の設定、職員の自覚と改善意欲の醸成、改善の方向の明示、認定証による患者の信頼を上げている。⁷⁾

2011年3月4日現在、日本国内の2518病院(日本の病院の約30%)を認定している。

評価項目の作成と改訂は、評価機構が組織した委員会が原案を担当している。

② 評価項目

評価項目は、領域(共通領域と固有領域)、大項目、中項目、小項目からなる。

大項目は、複数の中項目からなり、中項

目は平均3つの小項目から構成される。

領域の構成は、次の通りである。

共通領域

1. 病院組織の運営と地域における役割
2. 患者の権利と安全の確保の体制
3. 療養環境と患者サービス
4. 医療提供の組織と運営
5. 医療の質と安全のためのプロセス
6. 病院運営管理の合理性

固有領域

7. 精神科に特有な病院機能
8. 療養病床に特有な病院機能

③ 審査手順とサーベイヤー

審査は、評価調査者（サーベイヤー）が病院を訪問して、職員への面接、部署訪問、病棟におけるケアプロセスの状況確認、病院から提出された各種調査票の点検によって行う。

評価調査者は約800人で、事務管理、診療管理、看護管理に分かれて登録されており、自分が担当する分野を主に評価する。

1) 審査資料

病院から提出された資料訪問審査時の面接と部署訪問による。

2) 訪問審査体制

標準的な病院（300床程度の一般病棟を主体とする病院）では、評価調査者7名（リーダー1、診療管理2、看護管理2、事務管理2）が3日間かけて審査する。

3) 審査手法（サーベイヤーハンドブックⅡ P.30～141）

評価調査者は、事前に評価機構と病院で調整済みの予定表に従って面接と部署訪問を行う。ケアプロセス（第5領域）は、診療と看護の評価調査者が2人1組になって、あらかじめ指定された病棟を訪問して審査する。どの評価調査者がどの領域の中項目、小項目を担当するかは、事前に指定されてい

る。評価調査者は、病院の部署や機能の視点から質問する。

4) 評価項目の採点

小項目をa、b、c、NAのいずれかに判定し、小項目の判定結果に基づいて中項目を1、2、3、4、5（3以上が合格レベル）と評価する。大項目の判定はせず、領域の評価もしない。

5) 認定基準

全ての中項目が3以上なら認定する。

中項目評点に2があり、改善が必要と判定された病院には、評価機構は「改善要望事項」示し3～6カ月以内に改善すること（確認審査を受けること）を求めている。

④ 認定期間と認定後の病院の義務

認定証の有効期間は5年間である。

病院は、認定期間中に重大な医療事故を起こした場合は、評価機構に報告し医療安全審査を受けなければならない。また、診療報酬不正請求により保険医療機関の指定を取り消されるなどの不正行為があった場合は、その旨を評価機構に報告し、認定の可否継続について審査を受けなければならない。

D. 考察

この研究では、JCIの病院認定と評価機構の病院認定を比較・検討する。

JCIは、受審病院向けセミナー等で「世界の上位数パーセントの病院を認定する」と述べている。

また、別の研究におけるインタビューでもJCI幹部はJCIの評価基準は「ハイ・スタンダード」であり「私達の認定を取得できるのは100病院に1つぐらいです」と述べている。⁵⁾

一方、評価機構は、日本のすべての病院を対象として認定事業を展開している。JCIの認定を受けた亀田総合病院と、NTT東日本関東病院

も評価機構の認定病院だが、小規模な医療法人立や個人立の病院、僻地の公立病院にも評価機構の認定病院はある。

JCI と評価機構の評価項目(Standards)を比較検討したところ、両者とも治療成績（アウトカム）よりも、医療提供の過程（プロセス）を重視するなど、評価対象とする範囲および認定で求められる医療の質レベルに大きな差はないと考えられた。また、JCI の認定と評価機構の認定を取得した病院の担当者へのインタビューからも、これを支持する回答を得た。

JCI の設定する評価項目は、多くの国で適用が可能なように、医療の質の基本的な考え方・レベルを明確に示しているが、個別の国において求められる医療レベルを明確に示してはいない。評価機構の評価項目は、日本の医療の特質に合致した項目設定がなされていることから、個々の項目においては、JCI よりも高い要求レベル（敷地内禁煙、医療廃棄物処理等）を認定要件に定めている。このように特定の項目においては、評価機構が求める認定要件は JCI よりも高い場合がありうる。したがって、評価項目ごとに JCI と機構のどちらがより高度な医療を認定するかという議論は医療の質評価の観点からはあまり意味をなさない。

一方、評価手法を比較した場合、JCI の評価の特徴の一つが、訪問審査当日にサーベイヤーがランダムに患者を選択して治療内容・経過を評価する患者トレーサーシステムである。

どの患者をトレーサーシステムによる審査対象とするかは、審査当日にサーベイヤーが現場で指定するため、病院が事前に準備をしておくことはほぼ不可能である。このため、JCI の訪問審査は出題範囲のない「実力試験」とも評される。対して、機構が行う訪問審査は、訪問部署およびその順序を事前に決めておくため、出題範囲の明確な「定期試験」であるとも評される。

認定後は、JCI に質改善計画およびその達成度を毎年報告する必要性があること、フルサー

ベイを受ける間隔が3年間と評価機構の認定より2年短い、などの違いがあり、JCI 認定病院であり続けるためには、認定病院が日常的に提供している医療の質が、JCI の判定基準を常に満たしている必要性が高いと言える。

現在 JCI 内部では、米国内ですすでに行われている事前通告無しの病院訪問（unannounced survey）や医療の質を示す指標を用いた評価方法（ORYX system）等を順次導入する方向で検討が進んでいるため、今後は、現在よりもさらに継続的な質改善が求められることが予想される。

認定による病院経済的な利点としては、JCI は保険会社と直接契約はしていないが、JCI の認定を受けていると、患者が国際的な民間保険に加入している場合、診療内容の事前申請などの詳細なやり取りの簡素化や、スムーズな支払い請求が可能となる。評価機構の認定は、病院が診療報酬の緩和ケア診療加算をとるための要件のひとつとなっている。

JCI と評価機構の認定には、その評価項目の構成や審査対象など共通する点もあるが、審査手法や、認定後の病院に求める継続的な医療の質改善努力のレベルなどには差がある。

この差は、JCI が世界のトップレベルの病院を認定することを目的とし、評価機構が日本の全病院を評価の対象として日本の病院医療水準の底上げを図ることを目的としているという組織目標の差による要因が大きいと考えられる。

E. 結論

医療の質を客観的に評価する機能、およびその評価結果を患者・家族、保険者等を含む社会に対して開示するという第三者機関の役割を、JCI および財団法人評価機構のいずれもが果たしている。評価手法の特性から、JCI の評価方法は、評価機構のそれと比較して、認定医療機関に継続的な質改善の努力を促す仕組みを、より強く有していると考えられた。

[参考文献]

- 1) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4th ed 2010.
- 2) Joint Commission International Accreditation Hospital Survey Process Guide 4th ed 2010.
- 3) 病院機能評価 統合版評価項目 V6.0 解説集 財団法人日本医療機能評価機構 2009年3月31日
- 4) サーベイヤーハンドブック 2009 財団法人日本医療機能評価機構 2009年6月25日 (非売品)
- 5) 平成21年度「サービスイノベーションを通じた生産性向上に関する支援事業」 サービス(医療) ツーリズム等医療の国際化に向けた利用の品質確保に必要なケーススタディ調査 報告書 平成22年2月 財団法人社会経済生産性本部サービス産業生産性協議会 委託先 国際医療福祉大学 第4章 質と安全に関する国際認定制度 Joint Commission International の概要 P.103～126
- 6) Joint Commission International Accredited Organizations
<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>
- 7) 評価機構ホームページ
<http://jcqhc.or.jp/html/merit.htm#pagetop>

F. 健康危機情報

該当事項無し。

G. 研究発表 (2010/4/1～2011/3/31 発表)

1. 論文、報告書、発表抄録等
該当事項無し。
2. 学会発表
該当事項無し。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当事項無し。
2. 実用新案登録
該当事項無し。
3. その他
該当事項無し。

外国人患者受入れに必要な医療機関の条件に関する研究

1) 外国人を受け入れる医療機関の機能に関する研究

②国際医療交流（外国人患者の受入れ）に関する

実態に関する調査

研究分担者 齋藤剛 財団法人日本医療機能評価機構 評価事業部長

研究要旨

外国人患者受入れに資する医療機関の認証制度を整備する上での基礎資料等を得るために「国際医療交流（外国人患者の受入れ）に関する調査」を実施した。調査の対象は、財団法人日本医療機能評価機構の認定病院のうち認定種別「一般」（精神科病棟と療養病床の和が許可病床数の20%未満）の病院（以下「病院」という）と日本人間ドック学会の機能評価認定施設（以下「人間ドック実施施設」という）とし、調査方法は質問紙法とした。有効回答率は、病院が27.7%、人間ドック実施施設が41.9%だった。2009年度に国際医療交流（外国人患者の受入れ）の実績があった病院は2.9%、人間ドック実施施設は1.8%だった。国際医療交流（外国人患者の受入れ）を「実施している」又は「実施する予定である」と回答した病院は8.6%、人間ドック実施施設は10.4%であった。国際医療交流（外国人患者の受入れ）に関する認証制度が創設された場合に、これを取得する意向を示した病院は3.4%、人間ドック実施施設は5.7%だった。

A. 研究目的

外国人患者受け入れに資する医療機関の認証制度を整備する上での基礎資料等を得ることを目的として、病院と人間ドック実施施設を対象に、国際医療交流（この調査では「国際医療交流」を「特定の病院・人間ドック実施施設を受診するために訪日した外国人を対象とする医療や健診」と定義した）を含む外国人診療の現状を把握し、今後の国際医療交流への参入意欲、および国際医療交流に関する認証制度を創設した場合の、認証取得意向を把握することを目的として調査を実施した。

B. 研究方法

調査対象は、病院と人間ドック実施施設とした。このうち、病院は、財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機構」という）の認定病院のうち、認定種別「一般」（精神科病棟と療養病床の和が許可病床数の20%未満）の病院とし、人間ドック実施施設は日本人間ドック学会の機能評価認定施設を対象とした。評価機構の認定病院と日本人間ドック学会の認定施設を対象としたのは、この分担研究の別の課題で、外国人受入れに資する医療機関の認証制度は「一定の医療水準にあることが確認されている」医療機関を対象とする予定だったためである。

また、評価機構の認定病院のうち種別「一般」以外の病院（精神科病院、療養病院など）を除

いた理由は、調査を企画した時点で日本には「医療ビザ」の制度がなく、外国人が日本に長期滞在して医療を受けることは稀と考えたためである。

調査方法は、自記式質問紙調査とし、調査票は病院向けと人間ドック実施施設向けの2種類を作成した。

調査票は2010年10月12日にメール便で病院と人間ドック実施施設に発送し、料金別納郵便で回収した。返送の締め切りは10月31日とした。

(倫理面への配慮)

該当事項無し。

C. 研究結果

病院向けと人間ドック実施施設向けの質問内容と集計結果は、資料1、資料2も参照されたい。

(1) 病院向け調査

2010年9月現在、評価機構のデータベースに認定種別「一般」(精神科病棟と療養病床の和が許可病床数の20%未満)として登録されていた1,495の認定病院のうち、認定後に療養型に転換した病院やハンセン病療養所などを除いた1,471病院を調査対象として調査票を送付した。

2010年12月28日までに408病院から有効回答(有効回答率は27.7%)を得た。

① 病院の規模・特徴(基本情報)

許可病床の中央値は301床だった。病院の特徴では「一般病院(急性期病院)」が85.0%を占めた。14.0%が日本人間ドック学会の認証も取得していた。

② 2009年度の外国人診療実績(Q1)

日本人と外国人(国際医療交流以外の外国人を含む)の外来新患者数を回答したのは200病院(49.0%)だった。この200病院では、外来新患者の0.1%(中央値)、年14人(中央値)が外

国人(国際医療交流以外の外国人を含む)だった。国別では、中国、韓国が多かった。

日本人と外国人(国際医療交流以外の外国人を含む)の新入院患者数を回答したのは204病院(50.0%)だった。この204病院では、新規入院の0.1%(中央値)、年2人(中央値)が外国人(国際医療交流以外の外国人を含む)だった。国別では中国、韓国が多かった。

2009年度に国際医療交流を実施した病院は12病院(2.9%)で、内訳は外来が7病院(1.7%)(患者数合計82人)、入院が9病院(2.2%)(患者数合計34人)だった。対象国や医療内容に一定の傾向を見いだすことは難しかったが、ロシア(外来24人、入院6人)や韓国(在外被爆者渡日健診・治療で外来21人、入院12人)の患者を多く受け入れている病院もあった。

③ 国際医療交流を実施(又は予定)している病院(Q3)

「Q3 国際医療交流を実施する予定がありますか。」という質問への回答は、「実施する予定はない」が248病院(60.7%)、「検討中・未定」が119病院(29.2%)、「実施している」が26病院(6.4%)、「実施する予定である」が9病院(2.2%)、「無回答」が6病院(1.5%)だった。

国際医療交流を「実施する予定である」と回答した9病院の国際医療交流開始予定年度は、2010年度4病院、2011年度4病院、2012年度1病院だった。

以下、Q3で国際医療交流を「実施している」または「実施する予定である」と回答した35病院(8.6%)を「国際医療交流実施予定病院」と言う。

④以下は、「国際交流実施予定病院」を対象として集計・解析した。

④ 国際医療交流を実施する理由(Q5)

国際医療交流実施予定35病院が国際医療交流を実施する理由は、地域の活性化に貢献するため(37.1%)、特別な理由はない(日常診療の

一環として実施しているため) (34.2%)、自院の基本理念として国際化を掲げているため (31.4%) が多く、「収入をあげ自院の経営を安定させるため」は 2.9% だった。

⑤ 2012 年度に実施する予定の国際交流 (外国人患者受入れ) の内容 (Q6)

1) 外来

国際医療交流実施予定 35 病院のうち 26 病院が 2012 年度に外来で国際医療交流を実施する (対象国、患者数 (1 名以上)、医療内容のいずれかを所定欄に記入) と回答した。

17 病院は主に人間ドック・PET 検診を実施する予定で、受入れ予定患者数の中央値は年 50 人、主な対象国は中国 (17 病院中 12 病院) だった。

他の 9 病院の医療内容に一定の傾向はなく、受入れ予定患者数の中央値は年 10 人で対象国は様々だった。

2) 入院

国際医療交流実施予定 35 病院のうち 19 病院が 2012 年度に入院で国際医療交流を実施する (対象国、患者数 (1 名以上)、医療内容のいずれかを所定欄に記入) と回答した。

実施予定の医療は、悪性腫瘍の治療、内視鏡による消化管の検査・治療、心疾患の治療などであった。受入れ予定患者数の中央値は年 10 人で、主な対象国は中国だった。

⑥ 国際医療交流のために政治・行政・民間 (医療界、関連業界) などが整備すべき要件 (Q8)

国際医療交流実施予定 35 病院のうち 40% 以上の病院が「整備を求める」とした項目 (複数回答) は、医療通訳の養成 (65.7%)、医療事故発生時の対応体制の整備 (48.6%) 契約書・同意書・検査内容説明書等の各種文書の多言語対応 (40.0%) だった。

⑦ 国際医療交流に関する認証制度への態度 (Q9)

国際医療交流実施予定 35 病院のうち国際医療交流に関する医療機関の認証制度が創設され

た場合、これを取得する意向を示したのは 14 病院 (40.0%) (有効回答した 408 病院 3.4%) のだった。

認証制度へは「(外国人) 受入れの強制にならないように」「加算等対応が相当と考えます」「日本国内の外国人に病院の施設の情報や医療の質に関する情報を公開することの助けになればと思います」などの意見が寄せられた。

(2) 人間ドック実施施設向け調査

2010 年 9 月 27 日現在の日本人間ドック学会機能評価認定 256 施設のうち日本にある 255 施設を調査対象として調査票を送付した。

2010 年 12 月 28 日までに 106 施設から有効回答を得た。(有効回答率 41.6%)

① 医療法上の区分など (基本情報)

病院・診療所の別では、病院が 50.4%、診療所 (有床) が 8.5%、診療所 (無床) が 40.9% だった。全体の 44.3% (病院の約 8 割) が評価機構の認定も取得していた。一日ドックはすべての施設が、二日ドックは 69.8% が実施していた。

② 2009 年度の外国人受診実績 (Q1)

日本人と外国人 (国際医療交流以外の外国人を含む) の受診者数を回答したのは 88 施設 (83.0%) だった。この 88 施設では受診者の 0.1% (中央値)、年 4 人 (中央値) が外国人 (国際医療交流以外の外国人を含む) だった。国別では、中国、韓国が多かった。

2009 年度に国際医療交流として人間ドック健診を実施したのは 2 施設 (1.8%) で外国人の受診者合計は 7 人 (うちロシア 5 人) だった。

③ 国際医療交流を実施 (又は予定) している施設 (Q3)

「Q3 国際医療交流を実施する予定がありますか。」には、国際医療交流を「実施する予定はない」が 51 施設 (50.0%)、「検討中・未定」が 44 施設 (43.1%)、「実施している」が 4 施設 (3.9%)、「実施する予定である」が 7 施設 (6.9%)、「無回答」が 0 施設 (0.0%) だった。