

鏡等の作製) サービスの提供を行ったりするなど、限定的な形で国際医療交流を発展させるに至っていた。この他の地域でも図1に示した通り、国内の医療事情や地域事情等に応じて独自の国際医療交流を展開していた。

2. 国際医療交流に対する評価や見直しの必要性に関する認識の高まり

第2点目としては、国際医療交流に関しては、これまで海外でもその成長産業としての側面ばかりが目立ってきたが、最近では、各国の研究者を中心として、国際医療交流が国内医療に与える影響や、国際医療交流そのものへの評価の必要性を唱える声が高まってきていることが明らかとなった。

ちなみに、図2は、昨年1年間に公開された関連書籍や発表された学術論文において指摘された国際医療交流が外国人患者の受入れ国や送出国に与える影響をまとめたものであるが、この図からも分かるとおり、国際医療交流が外国人患者の受け入れ国に与える影響としては、例えば、「国家歳入」や「外貨獲得」の拡大等、これまで指摘されてきたことと同様のことが指摘されていた一方で、そのマイナス面として「二層化」の問題等が指摘されるようになっていた。

二層化問題とは、国際医療交流の主な受入れ国には、新興国や準先進国が多いが、これらの国々では、国際医療交流は単に外貨獲得の拡大につながるだけでなく、①外国人患者

を誘致するために医療機器の整備や医療技術の向上に努めることから、国全体の医療水準を向上させることができる、②自国の医療水準が向上し、医療現場の雇用環境が向上することによって、これまで先進国で就労していた医師や看護師が自国に戻り、自国の抱える人的医療資源の不足の問題の改善につながる、③これらの効果を自国の患者にも及ぼすことによって、国内で問題となっている医療の不均衡の問題を改善することができる、等の理由によって国際医療交流を正当化し、多くの税金を投入してきた。しかし、実際には、一部の受入れ国では国際医療交流の推進によって国家全体の歳入は増加したものの、その過程において、国内における頭脳流出(医師や看護師などの医療人材が公的部門から雇用環境の良い民間部門に移動)が起こり、自国民の医療環境や医療水準の向上のために用いられるべき医療財源が外国人患者を誘致するための医療施設や医療機器の整備などの投資に回され、国際医療交流による利益が国民に適切に再分配されないことで結果的に民間部門と公的部門の医療環境の二層化が進んでしまっているという問題である。

	メリット	デメリット
外国人患者受入れ国	<ul style="list-style-type: none"> ・外貨獲得 ・医療機関等による税収の増加 ・医療専門職の国内流出の防止・海外流出者の帰国 ・雇用の創出(専門職、一般職) ・医療従事者の技術の向上 ・医療機器の整備状況の向上 ・国内医療の質の向上 ・周辺産業の活性化、等 	<ul style="list-style-type: none"> ・(莫大な)投資の必要性 ・(無駄・過剰)医療機器・施設の整備 ・医療資源の国内患者からの剥奪 ・医師・看護師等の医療人材不足の悪化 ・公から民への頭脳流出 ・医療システムの二層化、等
外国人患者送出国	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の医療へのアクセス確保 ・医療費の抑制、等 	<ul style="list-style-type: none"> ・国内の医療サービス市場の縮小 ・フォローアップの問題、等

図2 受入れ国・送出国に与える影響(筆者作成)

こうした国際医療交流が与える影響に対する評価は、外国人患者の受入国だけではなく、外国人患者の送出国についても同様に行われていた。もっとも、これらの評価は明確な科学的根拠に基づいたものではないため、最近では、国際医療交流に関して、科学的根拠に基づいた評価を行うことの重要性が強く主張されるようになってきていた。

3. 国際医療交流に関する国際的諸課題 —国際医療交流をめぐる海外の国際学会や研究者間で問題となっている諸課題—

第3点目としては、現在海外では、国際医療交流に関してする諸課題として、国際学会や学術論文等を中心として以下のような諸点が検討対象となっていることが明らかとなった。

(1) 正確なデータ収集の必要性

第1は、正確なデータ収集の必要性である。すなわち、国際医療交流が世界的規模で拡大傾向にあることは、受け入れ国政府による外国人患者数に関する統計発表や個々の事例報告から明らかとなっているが、そもそも国際医療交流に関しては国際的に統一した定義がないために、外国人患者数の調査方法は受け入れ国によって大きく異なっており、その正確な数を把握するのは事実上不可能となっている。そのため、最近では、OECD や WHO 等の国際機関あるいは一部の海外の研究者から、国際医療交流に伴う患者の国際的な移動の状況や規模を正確に把握し、受け入れ国間の比較を可能するためにも、国際医療交流に関する統一したデータ収集評価システムの構築の必要性が課題の

1つとして指摘されるようになっていた。

(2) 国際医療交流における患者の安全性や医療の質の担保するための認証制度の構築の必要性

第2の課題は、国際医療交流における患者の安全性や医療の質を担保するための認証制度の構築である。これまで、国際医療交流にともなう患者の安全性や医療の質の担保をするための国際認証制度としては、JCI や Trent、ISO 等が注目されていた。しかし、最近の国際医療に関する国際学会や一部の海外の研究者の間では、これらの国際認証制度はあくまでも医療施設の質や安全性を担保するための認証制度であって、国境を越えて医療を受ける患者 (Medical Traveler) の安全性や医療の質を担保するための認証制度としては不十分な点があるとして、国境を越えて医療を受ける患者のための国際認証制度作りの必要性が指摘されるようになってきていた。

(3) ファシリテーター事業者に対する規制をめぐる問題

第3の課題は、ファシリテーター事業者に対する規制をめぐる問題である。国際医療交流が現在のように発展した背景には、国際医療交流のコーディネーターの役割を担うファシリテーター事業者の存在が大きいことはいままでもない。しかし、このファシリテーター事業者に関しては、一部の国ではファシリテーター事業者を登録制にして規制しているところもあるものの、ほとんどの国では誰でもその気になればファシリテーター事業者になれるというのが現状となっている。

そのため、最近では、悪質なファシリテーター事業者によって患者や医療機関がトラブルに巻き込まれるケースも報告されるようになってきている。そこで、最近では、国際医療交流に関する国際学会等を中心として、ファシリテーター事業者に対する国際的な規制（基準づくり）の必要性が指摘されるようになってきていた。

（４）患者の国際移動に伴うリスク対策の問題

第４の課題は、患者の国際移動に伴うリスク対策をめぐる問題である。すなわち、例えば、2011年には、インドの医療機関を受診したイギリス人患者が超多剤耐性菌に感染して、イギリスの医療機関で感染を広げてしまうなど、患者の国際移動によって新たな感染リスクが生じてきている。これまで、このような問題については個々の受入れ国や医療機関にその対応が委ねられているが、近年では、国際医療交流に関する国際学会を中心として、このような問題に対する国際的に統一したガイドラインの策定を求める声が高まる傾向がみられた。

（５）遠隔医療に関する規制の問題

第５の課題は、遠隔医療に関する規制をめぐる問題である。すなわち、国際医療交流に関しては、「ケアの継続性」を担保することが非常に重要であることが以前から国際的な共通理解となっていた。そこで海外の医療機関の中には、インターネットやスカイプ等を通じて、外国人患者と医師間で治療の前後にコンサルテーションを積極的に行うところが増えて

きていた。しかし、このような行為は、一般に「遠隔医療」に該当し、それぞれの国で一定の規制が行われているが患者の出身国と受入れ国で遠隔医療に関する規制内容が異なることから、最近では、その実施をめぐる混乱をきたすような事態が生じていた。そこで近年では、海外の一部の研究者から、国際医療交流と遠隔医療の規制の問題についてあらためて検討すべきとの声が高まるようになってきていた。

（６）法律上・倫理上の問題

最後に国際医療交流に関する近年の大きな検討課題と挙げられるのが、様々な法律・倫理をめぐる問題である。現在、国際医療交流に関する国際学会や国際医療交流に関する海外の研究者の間で具体的に検討対象となっているのは、①自国で法律により禁止されている治療を他国で行うこと（例：墮胎等）②臓器売買、③再生医療、④自国で安全性が認められていない医療を他国で受けること、等である。また、この他にも、国内の医療機関に見放された末期癌患者に対して、ファシリテーター事業者が他国の医療を勧めることの是非等についても問題視する声があがってきていた。これらの法律上・倫理上の問題に関しては、現在のところ、問題提起に留まり、具体的な対応策が論じられるまでの段階に至っていないが、問題の性質上、今後、その動向には注視していく必要があるものと考えられる。

D. 考察

以上、国際医療交流に関する最新の海

外の動向について概観してきたが、現在の海外の国際医療交流をめぐる状況を一言で説明するのであれば、ひたする拡大を目指してきた段階を終え、その成長産業としても側面には引き続き着目しつつも、それと同時に「国際医療交流」に関する国際的な枠組みやルール作りをどのように行うべきかという検討の段階に入ったと言えることができる。そのため、わが国において外国人患者の受入れの在り方を検討する際にも、このような現在世界で進みつつある国際医療交流の国際的な枠組みやルールの動向についても十分留意していくことが肝要であると考えられる。

E. 結論

本研究班の報告書においてこれまで何度も述べてきたとおり、国際医療交流は、それぞれの国の医療制度、政治的・社会的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肝要である。しかし、その一方で、今回の研究で明らかになったとおり、現在、世界では、ひたすら成長産業としての国際医療交流に着目し、その拡大だけを目指していた段階を終えて、その国際的な枠組みやルール作りを模索する段階に入ってきている。そのため、日本において、国内の医療制度等を踏襲した国際医療交流を推進していくとしても、それが国際的な枠組みやルールから乖離したものであれば意味がない。そのため、そのような事態を避けるためにも、今後は国際的な枠組みやル

ール作りの動向にも十分留意しながら、日本の医療事情や文化、社会・経済事情に応じた国際医療交流を推進していくことが重要と考えられる。

[参考文献]

- 1) Abdullah AM Sarwar et al. (2012), Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective, Iran J Public Health. 2012; 41(8): 1-7.
- 2) C. Michael Hall(ed) (2012), Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility, Routledge,
- 3) C. George et al (eds), eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges, Springer
- 4) De Neve JW et al. (2012), International patients in a Turkish hospital: a quantitative study on cross-border health care at the intersection of Eastern Europe, Asia and the Middle East, World Hosp Health Serv, 2012;48(1):5-7
- 5) G. Bloom et al(eds), Transforming Health Markets in Asia and Africa: Improving Quality and Access for the Poor (Pathways to Sustainability), Routledge
- 6) Gupta V, Das P (2012), Medical Tourism in India, Clin Lab Med., 2012 Jun;32(2):321-5
- 7) Jaime Seba (2012), Hospitality and Health: Issues and Developments,

- Apple Academic Press
- 8) James PT (2012), The impact of medical tourism on Thai private hospital management: informing hospital policy, *Glob J Health Sci.*, 2012 Jan 1;4(1):127-39
 - 9) Jean V. Mchale(2013), Organ transplantation, the criminal law, and the health tourist: a case for extraterritorial jurisdiction? , *Cambridge Quarterly of Health Ethics*, 2013 Jan;22(1):64-76
 - 10) Jill R. Hodges (2012), Risks and Challenges in Medical Tourism: Understanding the Global Market for Health Services, Praeger Pub
 - 11) Johan Willem van de Gronden et al(eds) (2011), Health Care and EU Law (Legal Issues of Services of General Interest), T.M.C. Asser Press
 - 12) John C. Lanqenbrunner, Aparnaa Somanathan (2011), Financing Health Care in East Asia and the Pacific: Best Practices and Remaining Challenges (Directions in Development), World Bank
 - 13) John Harrington, Maria Stuttaford (2010), Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives, Taylor & Francis
 - 14) Johnston R et al. (2012), "I didn't even know what I was looking for": A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists, *Global Health.* 2012 Jul 7;8:23, (<http://www.globalizationandhealth.com/content/pdf/1744-8603-8-23.pdf>)
 - 15) Josef Woodman (2012), Patients Beyond Borders Dubai Healthcare City Edition, Healthy Travel Media
 - 16) Kathy Stolley, Stephanie Watson (2012), Medical Tourism: a Reference book (Contemporary World Issues), ABC-CLIO Inc.
 - 17) Kelley Lee et al (eds) (2012), Asia's Role in Governing Global Health (Routledge Contemporary Asia), Routledge
 - 18) Kristen E Allen (2012), the making of medical subjects: Medical tourism and its adherence to neoliberal ideologies, Biblio Bazaar
 - 19) Maria Todd (2011), Handbook of Medical Tourism Program Development: Developing Globally Integrated Health Systems, CRC Press
 - 20) Maria K Todd (2011), Medical Tourism Facilitator's Handbook, CRC Press
 - 21) Melanie Smith, Laszlo Puczko (2008), Health and Wellness Tourism, Routledge
 - 22) Ruamsak Veerasoontorn (2011), a Dynamic Model of Medical Tourism: An Analysis of Patient Narratives, LAP Lambert Acad. Publ.
 - 23) Simon Taylor (2012), Cross-border

- patients and informed choices on treatment in English and French law and the Patients' Rights Directive, European Journal of Health Law, 2012 Dec;19(5):467-84
- 24) Valorie A Crooks et al. (2013), Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives, BMJ OPEN, (<http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e002302.full>)
- 25) Wagle S (2013), Web-based medical facilitators in medical tourism: the third party in decision-making, Indian Journal of Medical Ethics, Jan-Mar;10(1):28-33

F. 健康危険情報

該当事項なし

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

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当事項なし

2. 実用新案登録
該当事項なし

3. その他
該当事項なし

平成24年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「外国人患者の受入れに関する医療機関の整備に関する研究」

分担研究報告書

シンポジウム「医療のグローバル化と日本の医療機関」の開催

研究代表者 遠藤 弘良 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座 教授

研究分担者 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

研究分担者 遠矢 雅史 公益財団法人日本医療機構評価機構 事業推進部長

開催概要

本研究班では、外国人患者の受入れに関心を持つ医療機関からの外国人患者の受入れや医療の国際化について必要な知識や情報を得たり情報交換をしたりする場が欲しいとの声に応えるために平成24年12月2日、東京女子医科大学弥生記念講堂にて「医療のグローバル化と日本の医療機関」と題するシンポジウムを開催した。

シンポジウムでは、本研究班・研究代表者の遠藤弘良の開会挨拶、厚生労働省医政局総務課の坂上祐樹氏が同省としての「国際化に向けた施策の現状と今後の方向性」について述べた後、同・研究分担者の岡村世里奈より、本シンポジウムの開催目的に関する説明が行われた。

その上で、本シンポジウムでは、国際医療交流や医療の国際化に先駆的に取り組んでいる6つの医療機関にそれぞれの取り組み内容について紹介してもらった。そして続くパネルディスカッションでは、遠藤弘良を座長、岡村世里奈、遠矢雅史両研究分担者の司会進行のもと、本シンポジウムのテーマである「日本型国際医療交流の在り方」について6医療機関の事例報告者とともに議論を行った。

本シンポジウムの事例報告ならびにパネルディスカッションの要旨は本項以降に記載のとおりである。なお、本シンポジウムには、厚生労働省や経済産業省、観光庁、国際化に関心のある医療機関や研究機関、医薬品・医療機器メーカーや旅行会社、翻訳業、コンサルタント会社、建設会社、行政、出版・報道などから幅広い分野から約250名近くが参加した。

また、併せて開催された意見交換会では外資系企業等の参加者も加わって、最新情報の紹介や活発な意見交換が行われた

1. 主催者挨拶

研究代表者 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座教授 遠藤弘良

これからシンポジウムを開催させていただきます。私この研究班の研究代表を務めさせていただいております東京女子医科大学の遠藤と申します。私どもの研究班では、厚生労働省の研究費で3年間、いわゆる国際医療交流の研究を行ってまいりました。本日のシンポジウムは、これまで

3年間いろいろ研究にご協力いただきました医療機関の皆様にご参集いただくことによって、日本には国際医療交流に関してどのような取り組みが行われているのか皆様に広く知っていただくとともに、今後の日本における国際医療交流はどのようなものか議論していきたいと思っております。

実は、私どもの研究班では昨年と同様のシンポジウムを開催しました。その時は医療機関の方々のみを対象としていました。しかし国際医療交流に関して議論していくためには、医療機関だけで

はなく、マスコミや旅行業者など関連する分野の方々にも国際医療交流に関する理解を深めていただく必要があると考え、今回のシンポジウムのオープン形式にしております。その結果、今回のシンポジウムには250名近くの様々な分野の方にご参加いただいております。

本日はかなり盛りだくさんの内容を1日で詰め込んでおります。そのためかなり込み合ったスケジュールとなっておりますが、最後までどうぞ宜しくお願い申し上げます。

2. 厚生労働省としての国際化に向けた施策の現状と今後の方向性

厚生労働省医政局課長補佐 坂上祐樹

ご紹介に預かりました厚生労働省医政局の坂上です。本日はお集まりいただきまして有難うございます。本日は、厚生労働省として国際医療交流についてどのように考えているのか、またどのような取り組みを行っているのか、簡単にご紹介させていただきたいと思っております。

平成22年6月に取りまとめられました新成長戦略では、健康大国戦略ということで、医療についても国際化を推進していきましょうということになりました。そこで、医療滞在ビザの創設や医療通訳者の養成など様々な取り組みが行われることになりましたが、我々厚生労働省医政局としては、外国人患者の受入れ体制の検討・整備をやっていきましょうということになりました。

と言いますのも、国際医療交流に関しては、インバウンドやアウトバウンド等、様々な形がありますが、厚生労働省としては、国内で医師不足など様々な問題があることを踏まえれば、海外進出などについて検討するのは時期尚早であり、まずは国内の受入れ体制をしっかりと整備することが必要であると考えたからであります。すなわち、日本には、もともと日本で生活されている外国人の方や、ビジネスや観光で日本を訪問される多くの外国人の方がいらっしゃいます。まずはこうし

た外国人の方々が安心して日本を訪問できるように、病気になった際には安心して日本の医療機関を受診できるような環境整備をしていくことが大事なのではないかと考えたわけであります。

そこで厚生労働省として、具体的にどのような取り組みを行ったかということですが、まずは先ほど遠藤先生からお話がありまして、厚生労働研究として、遠藤先生をはじめとした先生方に研究をお願い致しました。具体的には、まず、国内の医療機関における外国人患者の受入れ状況がどのようなものか把握するための実態調査をお願い致しました。また、国際医療交流に関する海外の動向についても調査をお願い致しました。そして、これらの調査結果をまとめていただき、医療機関が外国人患者を受入れる際にどのような点を注意すべきなのか分かるようなマニュアル等も作成していただきました。このような研究は平成22年度から本年度まで継続してやっていただいております、本シンポジウムもこれらの研究の一環となっております。

また、厚生労働省では、このような厚生労働科学研究とは別に、外国人患者の受入れに関する医療機関のための認証制度(JMIP)というものもやっております。これは外国人患者の方が安心して日本の医療機関を受診できるように、医療機関の申請に基づいて第三者機関が医療機関を審査して、外国人患者の受入れ体制が整備できている医療機関を認証していこうというものでございます。これは国がやるというよりも第三者に評価していただくということで、日本医療教育財団にお願いしてこの取り組みを進めさせていただいております。この認証制度の概要については、本日の資料の中にパンフレットを入れさせていただいておりますので、どうぞそちらをご覧ください。

なお、この認証制度に関しましては、どのようなメリットや効果があるのかということをよく聞かれます。そこで、そのメリットや効果についてまとめてみますと、まず、認証制度の取得を目指すことによって、外国人患者の受入れに関する

自院の現状や課題、目標等を把握することが可能となり、それを通じて病院職員の自覚や意欲が向上すること、また外国人患者の受入にに必要な医療文化や医療習慣の違いに対する理解や対応力が高まっていくのではないかと考えております。また、認証医療機関が増えてくれば、各認証医療機関から事例やデータが集まってきますので、それを収集分析し、認証医療機関間で共有することによって更なるサービスの向上や問題点の改善に繋げていけるのではないかと考えております。そして、この認証制度は、外国人患者の受入に関する体制整備を認証するものではありませんが、これは外国人患者だけではなく、日本人患者にもメリットがあるのではないかと考えております。すなわち、日本では患者と医療従事者の間では阿吽の呼吸といいますが曖昧なまま診療が行われ、それがトラブルの原因となってしまうことも少なくありません。しかし、外国人患者に阿吽の呼吸というものは通じませんので、そういうところをしっかりと整備することによって、日本人患者に対する医療サービスの質も向上することを厚生労働省としては期待しております。

以上のように、厚生労働省では厚生労働科学研究や外国人患者の受入に関する医療機関のための認証制度を通じて国際医療交流に取り組んでいっております。厚生労働省としては、日本の医療機関を受診する患者であれば、日本人患者であろうとも、外国人患者であろうとも安心して受診できるようでなければならぬのではないかと考えてこのような取り組みを行っております。その点をご理解いただいた上で、この後のシンポジウムもお聴きいただければと思います。

3. シンポジウムの背景・目的

分担研究者 国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野准教授 岡村世里奈

分担研究者をしております国際医療福祉大学大学院の岡村でございます。本日はシンポジウム

にご参加いただきまして誠に有難うございます。シンポジストの先生方にご登壇いただく前に本日のシンポジウムの目的について簡単にお話しさせていただきたいと思っております。

まず、国際医療交流の概念について。英語では「Medical Tourism」ですが、この言葉は日本では当初、「医療観光」と訳されたことから、医療と観光を組み合わせたものが Medical Tourism と考えていらっしゃる方が日本には多いようです。しかし、これは国際的に見ると必ずしも正確な理解とは言えません。国際的にも Medical Tourism に関する統一的な定義はありませんが、一般に Medical Tourism と言えば、「医療を受ける目的で国境を超えて他国へ行くこと」（米国医療図書館 Mesh）を意味します。したがって、このスライドに示したように、Medical Tourism というのは非常に幅広い概念であります。そのため、海外では、治療的要素が強い Medical Tourism を「Medical Travel」、治療的要素がほとんどなく健康増進や観光的要素が強い Medical Tourism を「(狭義の) Medical Tourism」と呼んで区別しています。今回のシンポジウムは、厚労省研究班主催のシンポジウムということもあり、このような区分に則れば、いわゆる Medical Travel としての国際医療交流について考えていきたいと思っております。観光的要素の話は一切出てきませんので、この点についてはあらかじめご了解いただきたいと思います。と存じます。

さて、私ども研究班では、これまで国際医療交流に取り組んでいる、または国際医療交流に関心のある多くの医療機関の調査をさせていただきました。その結果、日本の医療機関が海外からの外国人患者を受入れることは決して簡単ではなく、そこには多くの課題があることが分かりました。

これらの課題を整理しますと、次の7点を指摘することができます。すなわち、①言語の問題、②医療文化・習慣の違い、③概念の違い（例：インフォームド・コンセント）、④弱い「説明力」「交渉力」、⑤「事務処理能力」、⑥現場の理解、

⑦社会の理解の7点です。このうち第1番目の言葉の問題については皆様すぐに想像がつくのではないのでしょうか。しかし、私個人としては、言葉の問題よりも②～⑤の課題の方が日本の医療機関が外国人患者を受入れる際に大きな問題になるのではないかと考えています。

どういうことかと言うと、例えば、医療文化や医療習慣は国によって大きく違ってきます。一例を挙げれば、例えば、中国では医療費は前払いとなっています。そのため、医療費が払えなければ、たとえ治療の途中であってもそこで治療がストップしてしまいます。日本人の感覚からすれば、お金がないからといって途中で治療をやめるのはとんでもないことですが、中国人にとっては、それは普通のことという感覚でしょう。また、国際医療交流の一環として中国人の方を対象に健診サービスを提供した医療機関からよく「中国人の方が病院で騒いで困る」といった話を伺います。ご存知の方も多いと思いますが、中国では日本のように病院内では静かにするという習慣がありません。

このように一口に「医療」といっても、国によって医療文化や医療習慣は大きく異なります。そのため、日本の医療機関が外国人患者の受入れを行うのであれば、受入れの対象と考えている外国人患者の国の医療習慣や医療文化についてもある程度知識を有したり理解したりしておくことが必要となってきますが、そこまで対応ができていない医療機関はまだ少ないようです。

すなわち、ここで何を申し上げたいかと言うと、日本の医療関係者や国際医療交流に関心のある方々の中には、日本の医療サービスは世界的にみてもレベルが非常に高いので、言語対応などの体制をきちんと整えれば、それだけで国際医療交流はうまくいくと考えていらっしゃる方が少なくないようですが、実際にはそんなに甘くはないということです。言語対応だけではなく、海外の医療文化や医療習慣に対する現場スタッフの理解力の向上や、支払い等の処理能力の向上、社会の理解など、様々な複合的要素についての能力を向

上させていく必要があります。

さて、このように国際医療交流に取り組むことが日本の医療機関にとって決して簡単なことではないとしたら、何故、日本の医療機関は国際医療交流に取り組む必要があるのでしょうか。また、一口に「国際医療交流」といっても、**Medical Tourism**の定義のところでお話したように、様々な形の国際医療交流があります。日本の医療や文化に根差した「日本型国際医療交流」とはそもそもどのようなものであるべきなのでしょう。これは国際医療交流について考えていくうえで最も重要な問いと考えられますが、これまで日本ではこの重要な問いに関する検討がほとんど行われてこなかったような気が致します。

そこで、本日のシンポジウムでは、この点についてしっかりと考えていくために、すでに海外からの外国人患者の受入れに取り組んでいる医療機関の方々等、医療の国際化の分野で先駆的な取り組みを行っている6医療機関の方に事例報告者ならびパネリストとしてお集まりいただきました。この6医療機関の方々には、①なぜ海外からの外国人患者の受入れなど、医療の国際化に取り組むことになったのか、②日本人患者とのバランスをどのように考えているのか、③外国人患者の受入れを行うことは現場のスタッフの負担増につながるが、その点についてはどのように対処しているのか、④外国人患者の受入れに関しての自院の抱える課題としてはどのようなものがあるか、⑤自院では解決することは不可能で、国レベルで解決すべき問題はあるか、の5点については必ず触れていただくようお願いしてあります。

これらの先駆的な医療機関の方々の事例報告や午後のパネルディスカッションを通じて、本日も参加いただいた方々一人一人に、「日本型国際医療交流とはどのようなものであるべきか」という問いに対する答えを考えていただければと思っています。長丁場ではございますが、どうぞ最後までお付き合いいただきますよう宜しくお願い申し上げます。

4. 各医療機関による事例報告

(1) 海外からの外国人患者の受入れ事例—自院完結型①: 函館新都市病院の取り組み (医療法人 雄心会 函館新都市病院 事務部長兼海外事業室長 大堀秀実氏)

当院は、病床数 155 床、患者の 7 割以上が脳神経外科の患者である脳外科をメインとする病院です。職員は総勢 320 名、そのうち医師は 20 名 (常勤医 13 名) となっております。手術の実績 (2011 年) は脳外科 314 件 (うち血管内手術 95 件)、整形外科 100 件、循環器内科 124 件です。

私どもの病院では、海外から外国人患者を受入れているといっても、その 9 割以上はロシア極東地域の患者となっております。最初に、当院がなぜこのようにロシア人患者を受入れるようになったのかご説明したいと思います。函館は昔からロシアとのかかわりが深く、150 年来のお付き合いがあると言われていました。100 年前には函館にロシア病院があったそうで、現在は市内にロシア教会、ロシア領事館、ロシア極東大学函館校があります。

そうしたなか、2004 年にロシア貿易をしている会社の紹介で、ロシアのユジノサハリンスクを訪問する機会があり、その時にロシアの医療レベルは日本より 20~30 年遅れていることを実感致しました。そこで当院の開設者と病院長が、「当院の医療を必要とする患者がいれば、人種や国籍に関係なく我々の技術を提供しよう」との思いから、翌 05 年、サハリン州立病院と医療連携を結び、ロシアからの患者受入れを始めました。また同年にユジノサハリンスク市立病院、翌 06 年には同市の鉄道病院、さらに 08 年にはウラジオストク市立第 1 病院なども医療連携を結びました。そして、それ以降、毎年のように当院の医師、看護師やリハビリのスタッフがユジノサハリンスクやウラジオストクを訪問する一方、ロシアからも

病院、行政の関係者の方たちが当院を訪問するようになり、2005 年にはサハリン州立病院、08 年にウラジオストクから 2 名のドクター、11 年にはユジノサハリンスク市立病院から心臓科医 1 名の研修を受入れました。なお、当院は専門病院に近い病院であるため、対応できる診療科が限られています。しかし、ロシア側からは当院では対応ができない診療を求めるケースも出てきました。そこで現在では、函館市内の外科 (消化器)、小児科、婦人科、眼科、皮膚科など 7 医療機関と連携して、本院で対応できない場合には、これらの医療機関にロシア人患者受入れをお願いしています。ちなみに、他の医療機関にロシア人患者の受入れをお願いする際には、当院の海外事業室が入国から帰国まですべての管理を行い、手術前後は 24 時間体制でフォローし、会計は当院が全額立て替え払いしています。

さて、次にロシア人患者の受入れの流れについて簡単にご説明したいと思います。当院の場合、ロシア人患者の受入れにあたっては、ロシア側に仲介してくれる窓口会社があります。ユジノサハリンスクでは 2 社、ウラジオストクでは 1 社です。つまり、当院では、ロシア人患者を直接受け入れることはしていません。

そして、まず、その窓口会社からオファーが入ると、当院で 3 日以内に自院で治療ができるのか、あるいは連携の医療機関でできるのかを確認し、併せて料金のシミュレーションを行い、窓口会社を通して患者にフィードバックを行います。そして患者から要望があれば、来院前に患者と医療サービス契約書を結びます。そしてその契約書の写しが送られてきた段階で当院が招待状を発行し、患者はビザの申請をするという流れになっており、来院された患者にはクリティカルパスをお渡ししています。

次に当院におけるロシア人患者の受入れ体制についてですが、当院では、院内ルールとしては、ロシア人患者の受入れに関してはすべて海外事業室 (責任者 1 名、専従スタッフ 2 名) が担当することになっております。そのため、専従スタッ

フが2名ということもあり、同時に受入れる入院患者は2名までに制限しています。また、診察時にドクター、看護師が過剰な負担がかからないよう、患者からはあらかじめ状況を確認することになっています。

また、ロシア人患者の方には、たまたま院内にあった2つの個室(40㎡)を利用してもらっています。室内にはロシア語のドラマや映画のDVDが置いてありますが、これは当院で購入したのではなく、入院した患者が持参して退院時に病院に寄付していったもので、患者から結構喜ばれています。手術同意書、フェイススケール、処方薬説明書、検査結果報告書などもロシア語と日本語を併記したものを用意しています。ちなみに、以前当院で治療や検査をうけたロシア人患者の方が、帰国時の入国審査で、日本で処方した薬の持ち込みに対し、どういった薬なのか内容が証明できないということで審査に長時間を要したり、もしくは没収されたりすることがありました。また、空港で放射能検査を実施することがあるようで、反応が出たりした場合も時間を要したり、理由をはっきり説明できないと入国を拒否されたりすることもありました。そこで、当院では、現在は、薬を処方する時には必ず薬の証明書を出し、併せて放射線造影検査の証明書も渡すようにしています。ロシア人患者の方からは、それ以来、スムーズに帰国できるようになったと聞いています。

さて、ここで当院のロシア人患者の受入れに関するデータをいくつかご紹介してみたいと思います。このスライドに示す通り、当院では、2006年度～11年度までの間に、計173人のロシア人患者を受け入れてまいりました。それを診療科別に見てみると、脳外科と循環器内科が多く、地域別ではユジノサハリンスクが86%でほとんどを占めており、ウラジオストクが13%、ごくわずかですがモスクワからの来院もありました。次に、問い合わせ数とキャンセル数についてですが、問い合わせの件数が増えると同時に、キャンセル数も増えてまいりました。キャンセル理由の内訳は、

患者都合が63%、受入れ困難、治療不可などの病院都合が37%で、前者の理由としては治療費が高いというほか、不明も目立っております。もっとも、そのほとんどはやはり費用の関係ですとか、問い合わせしてみたものの受入れの決定が早い韓国のほうへ行く患者が多いからではないかともみえています。

ちなみに、当院の場合、外来に関しては、平均滞在日数は1～2週間、通院日数は2日前後で、平均治療費は20～25万円という具合になっています。一方、入院患者の場合は、受入れ開始当初の治療費は大体100万円前後でしたが、最近では平均約160万円、入院期間は1週間～10日が最も多くなっています。また、医療費の支払いに関してですが、当院では、基本的に日本の診療報酬点数×15円で算定し、これに20%の手数料を掛けて請求させていただいています。1点15円なのだからいいじゃないかと思われるかもしれませんが、この20%はロシアの窓口となっている3社に対する当院の支払いにあてており、その上限額は現在、1件当たり40万円に設定されています。また、支払い方法としましては現金、クレジットカード、振り込み等がありますが、やはりクレジットカードで一括払いというケースが一番多くなっています。

なお、医療事故への対応についてですが、当院では来院時に「契約は日本の国内法に則って対応する」旨を患者・家族の方へ説明し、署名してもらっています。医師賠償責任保険は、日本人に行う医療と同じく保険が適用されることも確認済みです。いずれにせよ、病状と検査・治療に関するリスクを病院側と患者がともに把握し、一緒に乗り越えていこうという姿勢が最も重要ではないかと考えています。

以上のとおり、当院では多くのロシア人患者の受入れを行ってまいりましたが、こうした経験から実感したことは、①通訳は2名(ロシア語のできる日本人・日本語のできるロシア人)で行うのが最適である。②疾患や治療に関するリスクを医療機関と患者と共有することが重要である。③ロ

シア人のロシアの医療に対する信頼度は低い(にせ薬・誤診断)のに対して、ロシア人の日本の医療に対する信頼度は非常に高い(実直・几帳面)、④帰国時には多額(数十万円)の土産を買う(私も付き合わされる)、といったことであります。

当院のロシア人患者の受入れに関する今後の課題としましては、かつては定期便があった函館⇄ユジノサハリンスク間の航空便を何とか再開してほしいということと(現在は新千歳⇄ユジノサハリンスク間)、ロシアに帰国後の医療連携をどうするかということです。と言いますのも、ロシアの医師は自院以外で行った医療には関与しようとしないうえ、ロシアの連携医療機関の院長が毎年のように変わり、これまでの経過は知らないというケースが目立ちます。

最後に、私どもがこれまでロシア人患者の受入れを行って来て思ったことは、ロシアの方に函館や北海道、日本のことを知っていただく。そして必要な方には日本の一般的な医療を体験して満足していただく。そして、近い将来、質の高いよい医療連携関係を構築することでロシア(極東)の医療レベルが向上してロシアの方々が自国でより良い医療が受けられるようになる、それに少しでも貢献できれば良いのではないかと考えております。ご清聴ありがとうございました。

(2) 海外からの外国人患者の受入れ事例—自院完結型②: がん研有明病院の取り組み(公益財団法人がん研究会 経営戦略本部企画部 金起騰氏)

当会は1908年の創立です。当時、“国民病”と言えば結核でしたが、その年、ヨーロッパで国際癌研究協会が創設され、日本でもそれに呼応するかたちで設置されました。以来、日本を代表するがん研究および治療機関として知られ、1979年にインターフェロンβ遺伝子を同定し、いまでも国際特許の恩恵を受けています。そして92年には米国の科学専門誌『SCIENCE』で、私どもの「がん研究所」が世界で最も優れた研究機関の

1つであるという評価をいただいております。また、2005年には東京臨海副都心の江東区有明に全面移転し、それを機に国際的な活動に対応するためインターナショナルセンターを設置いたしました。

当会は、病院(有明病院)だけではなく、がん研究所、がん化学療法センター、ゲノムセンターという4つの施設で構成され、2011年から公益財団法人に移行しました。国内外に向けて、“がん診療・研究において世界に誇るがん研となる”という「Vision」(将来展望)を明確に打ち出しており、それが我々の活動の大きな拠りどころとなっています。

有明病院は05年に移転後、診療体制を整備し、臓器別チーム医療体制の確立、がん総合治療部門の設置、外来化学療法(ATC)の導入、緩和ケアへの積極的取り組みなどに加えて、インターナショナルセンターの設置に伴い、外国人患者を積極的に受入れていくことになりました。当院はまた、各種指定病院、特定機能病院をはじめ都道府県がん診療連携拠点病院、臨床研修病院などのほか、外国医師臨床研修病院にも指定されており、海外から毎年多くの医師、研究者を受け入れています。

院内のがん登録数は、8,866症例(2009年)に上り、年間の外来実績は延べ患者数で約40万人(2011年)、入院実績では約22万人(同)を数えています。手術件数も年々増え、11年は7,113件、12年は7,300件に達する見通しです。がん手術数を病名別で見ると、2010年の場合、胃、乳、子宮頸、卵巣、子宮体、大腸、胃・内視鏡は日本で最も多く行っております。

次に、がん研究会がこれまで果たしてきた国際貢献について、我々が外国人患者を受入れる背景にもなっていますので、簡単にご紹介したいと思います。先ほど申し上げたインターフェロン遺伝子のクローニングをはじめ、ヒト白血病ウイルスHTLV-1の単離、抗がん剤耐性遺伝子の同定、がん抑制遺伝子APCの単離・同定、遺伝子KOによるモデル動物の開発、TGFβシグナルの分

子機構の解明などに取り組んでおり、発表している英文科学論文は毎年100報を超えるます。学会関連では、国際対がん連合(UICC)の日本事務局を務めているほか、日本癌学会の創設にも携わり、近年ではがん分子標的治療研究会、国際癌化学療法シンポジウム開催等の活動を行っています。また、国内外からの治療、研修、指導の要請を受けて、例えば2012年4月～9月の半年間、研修した医師、研究者146名のうち25名は国外からは受入れています。海外学会との交流も盛んで、同期間に手術等の指導も含めて177件の交流がありました。こうした活発な交流の背景には、「がん診療・研究において世界に誇るがん研となる」というVISIONがあり、がんの基礎研究と化学療法の研究所を併設していること、世界的な研究成果を発信してきた歴史、東京臨海副都心に位置していて羽田まで車で20分、成田まで60分という環境にあること、有明に移転後はがん診療に特化し、世界に誇る診療体制をめざしていること、さらにインターナショナルセンターを設置したことによって外国人患者を一括して面倒を見ているということ挙げることができます。

さて、そのインターナショナルセンターについてですが、人員は、センター長(消化器外科部長)以下5名体制で、主な活動としては、海外医療機関や姉妹提携先との関係業務、外国人患者の診療補助(通訳他)、外国人患者の受入れ体制の整備、外国人研修医の受入れ、さらには院内の国際化に向けての啓発活動、英会話講座の開催、英文ホームページなど外国向け広報も行っています。

外国人患者の来院は、移転して以降、訪日・在日合わせて2005年99人、06年190人、07年258人、08年310人、09年267人、10年264人、11年314人となっているますが、12年は4～10月の7カ月間ですでに299人に達しています。

このうち、インターナショナルセンターが対応した言語補助が必要な外国人患者を国別にみると、中国からの患者が多く、11年は12人だった

のが、12年は4月～10月で28人を数え、次いでロシア、インドネシア、アメリカ、韓国の順となっている。言語補助を要する患者は、外来の場合、延べ人数で2012年は同期間で448人とすでに11年の年間446人を上回り、入院患者についても、11年は東日本大震災の関係もあって延べ人数は199人と少なかったのですが、12年は同487人に上り、これまでのピークだった09年の年間473人を超えています。このように、12年に入って患者の受入れが非常に増えている傾向が顕著見られます。

日本人患者とのバランスということについては、現状では外国人患者は数としてはまだまだ少ないといえます。外来の日本人患者は延べ約40万人、入院は同約20万人であり、これに対して外国人患者はその1%にも満たないものとなっております。例えば、外国人の入院延べ患者数は約730人(実患者数約50人)を収容するために必要なベッド数は2床にすぎず、当院の病棟稼働率は年間約88%、すなわち全700床のうち84床は回転のために常に空けている状態なので、いまのところ支障は全くありません。しかも最近是在院日数が短くなっており、日本人患者への影響はほとんどないことから、我々としてはもっと外国人患者を増やしていきたいと考えています。

一方、外国人患者の受入れにあたって、様々な問題が生じることは承知しており、現場から声を上げてもらって、院内整備を進めています。例えば、インターナショナルセンター長を中心に病院の全職種からなる国際医療チーム(医師5名、看護師4名、薬剤師1名、技師3名、事務5名)を編成して毎月1回、問題点を吸い上げて解決策を打ち出し、院内周知を図っています。また、それを大所高所からバックアップしているのが国際委員会で、常務理事、病院長、看護師長、研究所の幹部などで構成され、外国人患者の受入れだけでなく、国際的ネットワークの拡大や国際ブランド化などをめざしています。

当院では、外国人患者の受入れ対応については、一通りの体制は整っているとはいえ、まだまだ工

夫の余地があり、標準化をどんどん進めていきたいと考えております。例えば、治療に関する法的仕組みづくり、訴訟になった時にどの法律を適用するかという準拠法の問題や、同意書も英語だけではなく各国語を検討中で、そのためには英語以外の通訳体制も強化しなければいけないと考えています。また、海外保険会社との提携、医療費の確実な回収方法の確立も課題といえます。

当院は歴史ある組織ということで、これまでは保守的なところもみられましたが、このように国際的新規事業を行う体制が整備されてくるにつれ、徐々に組織風土も変わってきました。さらにインバウンドだけにとどまらず、アウトバウンドによって日本の医療サービスに関する認知度と信頼度の向上を図っていく必要があると認識しています。海外医療機関との提携先は現在2つしかありませんが、今後は提携先をどんどん増やして国際ネットワークを形成し、学術・医療技術協力をより一層展開していきたいと考えています。そして、そうすることが外国人患者受入れの促進につながるのではないかと考えています。ご清聴ありがとうございました。

(3) 海外からの外国人患者の受入れ事例—外部事業者利用型：済生会横浜市東部病院の取り組み
(済生会横浜市東部病院 副院長兼看護部長 熊谷雅美氏)

当院は、全国で医療機関と福祉施設を開設・運営している法人の病院の1つで、病床数560床の急性期病院です。横浜市鶴見区にあり、羽田空港まで車で30分、病院の目の前には「第二京浜国道」が通り、品川、東京方面へ行くには非常に交通の便がよい場所に立地しています。また当院は平成19年3月に開院した新しい病院で、急性期病院の中でも高度急性期医療を行っており、この11月には横浜市内で初めて手術支援ロボット「ダヴィンチ」を導入して、前立腺摘出手術を行いました。

私どもの病院では、「医療を通じて生命（いの

ち)を守ります」というVISIONを掲げており、日頃から在日・訪日を問わず外国人の方がごく普通に来院されています。そのため、外国人の方が受診されたとしても特別に外国人患者を受入れているという感覚はありません。当院の「目標」は、「地域住民にとって自慢となるような病院になる」「全国の急性期病院が目標とする病院になる」ことであり、そして「行動」としては「高度急性期医療を行う」「政策医療である精神・重症心身障害を行う」「総合病院としてのメリットを活かし、多角的に診断し、他職種によるチーム医療を行うこと」をめざしています。このように平成24年度の目標にも、外国人医療に関する言葉は一切打ち出していない。

また、私どもの病院は職員数が約1,100人で、うち医師が約190人、看護師は約600人となっております。平成23年度診療実績は、病床稼働率95.6%、平均在院日数9.7日、手術件数は5,177件で、病床稼働率には精神科も含まれるので、一般病床だけだと98%くらいになり、ほとんど空きのない病院と言えます。それにも関わらず、なぜロシアの患者さんをお引き受けしているのかということについてご説明したいと思います。

開院当時、当院の初代院長がファシリテーター会社(=PJL(株)、以下、PJLという)の社長と親交があり、その社長から「ロシアの医療は非常に遅れており、日本で医療を受けたいという人が多い。何とか力を貸してくれないか」という依頼を受けました。先に申し上げましたとおり、当院は羽田や東京に近い高度専門医療の急性期病院(全科対応)で、新しい病院なのでアメニティーも充実していました。例えば、3つの特別個室があつて付き添いの家族も一緒に宿泊できるため、ホテルを別に確保しなくても家族ぐるみでお引き受けができる、そんなハード面も整備されていました。そのため、当時そのようなご依頼が来たのだと思います。そして、ロシア人患者を受入れることについて当院のVISION等に照らして考えてみると、医療を通じて命を守る、地域の自慢になる病院をめざすというのは、困っている

人がいれば国・人種を問わず医療を提供することであり、それは私どもの VISION にもかなっているのではないかと考えました。

もともと、私どもは急性期病院ですから、自院完結型でやっていくというのは病院の方針とは相いれません。そこで、外部事業者が間に入り、私どもはあくまで医療に特化するのでよければロシア人患者の方をお引き受けしましょうということになりました。

また、ロシア人患者の受入れの話をいただいた際に、実際に現場を見てくださということで私どもはサハリンを訪問したのですが、現地の病院を視察してみると、一般病床のナースステーションが廊下に設けられていて、しかも机が1つあるだけという状態だったり、サハリンでも最も医療機能が高いといわれる病院でも日本の中古のNICUが使われたりしていました。そうした医療状況を目の当たりにして、私どもとしましては何とかロシアの方々の日本の医療に対する期待にお応えしたいという思いが強まっていったということもありました。

当院におけるロシア人患者の受入れ状況についてですが、新患の患者数は2007年9名、08年5名、09年5名、10年9名となっており、大体これくらいの患者さんにお越しいただいています。また受入れの流れについてですが、まずは、PJLの担当者と当院の担当者を決めてあります。当院の担当者は私となっており、看護担当の副院長ということで看護部門の責任者として窓口業務を任されました。そして受入れの具体的な流れですが、まずはPJLから、こんな疾患を抱えた患者がおり、診療が可能かどうかという問い合わせがあり、詳細な患者のデータをもらいます。当院ではそのデータに基づいてどのような治療を行うのか、どれくらいの期間を要し、費用はどのくらいになるというシミュレーションを行って、診療が可能であればPJLへ治療方針、診療行程、診療費などを示します。PJLがその内容を患者に伝え、患者が了解した場合にはPJLから当院に正式な診察の依頼が入り、この依頼が入ると、当院

ではベッド調整等受入れ準備を行っていくことになります。ちなみに当院では診療に特化しているため、健診の患者さんは受入れていません。しかも先に申し上げたような稼働率なので、治療を行う患者さんだけを引き受けているのが実情であります。

初めてロシアから受入れた患者さんは脳腫瘍の患者さんでした。サハリンにいた時からかなり悪くて、即手術が必要なような状態で来院されました。通訳についてはすべてPJLのほうで対応していただき、患者さんの微妙な気持ちについては病床で携帯電話を使ってスムーズにやりとりすることができました。おかげで診療のほうも無事にすみ、この患者さんの診療を無事に終えたことは私どもにとっても大きな自信となりました。

もちろん、当院でも、ロシア人患者の受入れを始める際には、いくつもの不安がありました。言葉の問題や、文化や風習が違うので本当に満足していただけるのかどうか、それから自由診療なので料金の滞納がないか等の点についてです。先の初めて受入れた脳腫瘍の患者さんの場合、手術をして結構長い期間入院されたため診療費が約600万円にも上り、正直、本当に払っていただけるのだろうかという不安がありました。しかし、PJLという「よきパートナー会社」が間に入っていたので全く問題はなく、私たちは診療だけに専念することができました。当院の場合、ファシリテーター会社であるPJLがたんなる通訳としてだけではなく、患者さんと非常に良好な関係を保っているため、患者さんのPJLに対する信頼が非常に厚いようです。深刻な病状を伝える場合、例えばがん患者についてはバッドニュースを伝えなければならぬこともあります。そのあたりの通訳は大変微妙だと思うけれども、いまのところ何か問題が生じたということはなく、患者さんの気持ちに寄り添えることが重要だと感じています。

ロシア人患者を受入れて課題に思ったことを整理すると、まず、診療時間が日本人の2倍かかることがあげられます。やはり通訳が入ることで、

どうしても説明に時間を要してしまいます。それから帰国後、継続診療を受けていただくために紹介状を出しているが、向こうでかかる病院に関しては、私たちは全く知りません。顔が見えないという不安感というか、心配に思うことが多々あります。また、お引き受けするかどうかを決めるにあたっては、どのような医療を提供できるかというシミュレーションをきちんと行い、診療が可能かどうかをしっかりと見極めることが大事です。そのためにも信用がおけるファシリテーターの存在は不可欠であり、それが何よりも私ども医療従事者が安心して医療を提供できることにつながると考えています。ご清聴ありがとうございます。

(4) 医療のグローバル化と日本の医療機関の取り組み①: 当院における医療通訳サービス (地方独立行政法人 りんくう総合医療センター 健康管理センター長・国際外来担当 南谷かおり氏)

当院は、関西国際空港島から連絡橋を渡った対岸の泉佐野市にあり、大阪府立泉州救命救急センターと市立泉佐野病院、同病院感染症センターで形成され、2011年に地方独立行政法人に移行しました。病床数は348床、診療科数は23科。関西国際空港が24時間空港ということもあって、昼夜を問わず外国人患者も含めて運ばれてくることが多く、機内で発症した患者の対応も受付けています。2年前にはすぐ隣に大阪府立大学獣医臨床センターが移転し、そこにはスリランカやインド、バングラディッシュの留学生が来ています。また近くにホテルが2つあって、航空会社のクルーや中国、韓国人観光客などがたくさん滞在しています。

こうした立地条件から、当センターでは、外国人患者の受入れ自体は何も特別なことではありませんでした。以前は通訳がいないので、身振り・手振り、中国人患者には筆談、本などの多言語ツールの利用、あるいは患者の家族や知り合い

が通訳で付き添ってきたり、航空会社やホテルの従業員や留学生が通訳を務めたりしていました。しかし、こうした場合、何が危険かという点、身振り・手振りはとかく勘違いが生じやすいといえます。また、漢字による筆談はある程度通じますが、往々にして意味が異なるケースがあります。例えば、「診断書や手紙を書きましょう」と言った時、「手紙」は中国語ではトイレトペーパーの意味です。多言語ツールの利用も、本を見せて答えられるものとか、マークシートみたいなものならいいですが、相手がそれを外国語で答えられると分からなくなってしまう。また、在日の患者さんの場合には、子どもがバイリンガルだからといって学校を休ませて、親の通訳に連れてきたりすることもあります。しかし、子どもさんが身内の通訳だと、その子のお母さんにがんの告知をしなければならない時にはどうすればいいのかという問題が生じます。当センターでの出来事ではありませんが、女の子の子宮を摘出しなければいけないということを10歳になるお兄ちゃんが通訳するということがありました。結局、家族もお兄ちゃんも子宮を摘出しなければいけないという説明の意味が分からず、分かった時にはすでに摘出された後だったという話を聞いたことがあります。さらに、知り合いによる通訳は、知り合いが同じコミュニティに住んでいる場合、それを職業としているのではありませんから守秘義務がないということになります。そうすると、隣人がその人の病状を全部知ってしまうことになり、プライバシーが守られないという問題が出てきます。また、そもそも医療用語を正確に理解し、忠実に訳せているのかも疑わしい場合が多くあります。当センターへも航空会社の人がよく付き添ってきますが、専門的な領域になると、分からない言葉は訳さないということがよくあります。そうしてどんどん端折っていくと、今度は意味が全然通じなくなってしまう、結局、言葉がわかる他の医師を呼んだということもありました。また、通訳の中立性の観点から言えば、例えば外国人患者が仕事にけがをして会社の従

業員が付き添ってきた場合、やはり会社の利益ということも考えるので、果たして正確に通訳しているのかどうかという問題もありました。

そこで当院では、2006年に無料で通訳を行う「国際外来」を開設しました。実は、私は父親の仕事でブラジルに住んでいた帰国子女で、ブラジルと日本で医師免許を取得し、英語、ポルトガル語、スペイン語ができます。国際外来は当初、私と英語医療通訳者7名でスタートしました。翌07年にはメキシコに行っていたスペイン語ができる看護師が参加し、中国で医師をしていた人もボランティアで参加しました。その後、病院が通訳者をホームページで公募して採用を開始し、講習会や面接で通訳者を新規登録し、それが50名以上に増えてきました。そのため、とても私一人で通訳コーディネーターを務めるのはむずかしくなり、通訳コーディネーターを採用してもらいました。このコーディネーターは日本人ですが、スペイン語ができます。そして2012年10月には、新たに国際医療コーディネーターとして2名を採用しています。

現在、当院の登録医療通訳者は総数61名で、4言語（英語28名・中国語13名・スペイン語15名・ポルトガル語5名）を扱っています。その中には、見習いとして外国人サポーターというのを設けており、トレーニングを重ねたうえで医療通訳者になるというかたちを採っています。また、医療通訳の配置状況はシフト制をとっており、英語は月～木曜日、スペイン語とポルトガル語は火・木曜日、中国語は火曜日で、いずれも10時～15時の間は院内に滞在してもらっています。そして、同言語の医療通訳者とサポーターを1名ずつペアで配置しています。なぜなら、そうすればお互いにチェック機能が働き、サポーターは医療通訳者の仕事を習うことができるからであります。また、男女1名ずつにしたり、産婦人科対応の時は女性2名にしたり、ネイティブと日本人をペアにするなどの工夫をしています。

通訳件数は、初年度の2006年度は88件でしたが、11年度は731件に上りました。というこ

とは、1日2～3件は対応している勘定になります。もっとも、これはあくまでも通訳件数であって、自分で日本語をしゃべったり、医師が英語を使ったりしているケースがあるので、外国人患者はもっと来院していると思います。通訳件数を言語別にみると、一番多いのはスペイン語（42%）です。当院にはスペイン語の通訳者が揃っていることと、スペイン語に対応できる病院が少ないため、患者の口コミで次々広がったようです。英語（27%）とポルトガル語（22%）は同じくらいで、中国語（8%）はもっとニーズがあるかと思っていきましたが、多分、認知度がまだ低いためではないかと思えます。また、患者を国籍別にみると、当院の場合は国際空港に近いこと、近くに外国人が日本に来て日本語を学ぶ施設や獣医臨床センターがあることから、様々な国の人が来院しており、ほぼ世界全域にわたっているといっても過言ではありません。

次に、外国人患者の障壁についてお話してみたいと思います。外国人患者の障壁については、先ほどから各報告者の方も指摘されているように、言葉の壁だけではなくありません。文化の壁、制度の壁、こういった様々な壁が存在して外国人医療を難しいものになっているものと考えられます。以下、当院で実際にあった（対応に苦労した）ケースをいくつかご紹介してみたいと思います。

①トルコ人の通訳ケース

トルコ人の50代の男性で、来日した折、空港で倒れて当院に救急搬送されてきました。診断は脳内出血でした。英語は日常会話くらいしか分からず、トルコ領事館を通じて家族に連絡してもらいましたが、家族とは絶縁状態のようで誰も来日してきませんでした。そこで当院がすべて面倒を見たのですが、トルコ食が食べたいと言いつたり、頻繁にナースコールを鳴らしたりするといった調子で、看護師長から相談を受けました。結局、この患者さんに関しては、周りの医療スタッフが疲れ果ててしまい、当院の通訳兼看護師が付き添ってトルコに帰国してもらいました。しかも本人が持っていたクレジットカードは使えず、治療費

は未収のままになっています。

②ブラジル人の通訳ケース

奈良県在住のブラジル人の10代の妊婦で、夫と一緒にこちらへ働きに来ている患者さんがいました。初めての妊娠で、最初は自宅近くの産婦人科で受診していましたが、言葉がわからないということで、夫が運転する車で片道2時間かけて当院に通院し、無事出産をしました。ところが、ブラジル人の家族や友人が病室（相部屋）にやって来てわいわい騒いだり、夜勤明けの夫は、日中は眠いのか妊婦のベッドで寝たりしてしまふことがありました。また、夜中にはその妊婦がテレビをつけるなどのトラブルがあり、医療通訳は常時いるわけではないので、すごく困ったということもありました。

③中国人の通訳ケース

中国人の30代の男性で、新婚旅行で来日したものの、道路を横断中に交通事故に遭って頭が肋骨を骨折、意識不明の状態に搬送されてきた方がいらっしゃいました。旅行会社の中国人添乗員が通訳をしていましたが、医師の日本語がわからず、当院の医療通訳が対応することになりました。中国からも両親が来日し、ICUのほうでも毎日、医療通訳を通して妻と両親に説明しているうちに、幸い数日後に意識が戻り、歩行できるまでに回復しました。この人の場合、日本に新婚旅行に来るくらい経済的に余裕があったこと、また旅行者用の医療保険に加入していたためすべて費用を支払って無事帰国されました。しかし、もし意識が戻らず日本にずっと滞在することになったら、医療費はどうなったのか、保険はそういうことまで全部カバーしてくれるのか、そういった問題も当然考えられます。

また、もう一つ同じようなケースで亡くなった中国人の方がいらっしゃいましたが、その方の場合は持病の悪化が原因ということで、加入していた医療保険が適用されず、結局医療費を支払ってもらえませんでした。

④空港で足止めされた旅行者の通訳ケース

アイスランドで火山が噴火した時、欠航便が続

出し、外国人旅行者が関西国際空港で足止めされるということがありあました。そうすると常備薬がだんだんなくなってきます。そこで最初にイスラエル人グループ、続いてスペイン人、オランダ人、フィンランド人も当院にやって来ました。持参した薬を見せてもらい、薬の商品名から成分を調べて同等の成分や量を含んだ薬を処方しましたが、その中で1人、日本では未認可だった薬を飲んでいる人がいて、なんとか類似品を処方して対応したということもありました。

以上、紹介したような当院での通訳経験を通して分かったことがいくつかあります。1つ目は、通訳がいれば支払い方法の選択肢が増えるということです。例えば、在日患者の方の場合であれば、分割払いが可能であること、健康保険に入っていれば高額療養費制度が利用できるということを知り知らない方が多いので、通訳が入れば説明することが可能となります。以前、先端医療を勧めたら、「お金がないので治療はいい」と断った外国人患者の方がいらっしゃいましたが、その方は日本の健康保険に加入されていました。つまり、その患者さんは、高額療養費制度が利用でき、自己負担は月額10万円以内に収まるということを知らなかったわけです。「分割払いもできますよ」と言ったら、その患者さんは必ず給料日の翌日に当院にやって来て、6回の分割払いで完済されました。このように、病院側でもきちんと説明できていなかったり、患者さん側も勝手にあきらめていたりする場合があります。そこへ通訳が入って、いろいろな情報を提示してあげると、患者さんもしっかりと払ってくれるのだと思います。

2つ目はコミュニケーションについてですが、外国人患者の場合には、診察を受けても患者さん自身が理解し、納得できていない場合には他の医療機関を2次受診するケースが多く見受けられます。当院を受診される外国人患者さんの場合にもこのような2次受診の患者さんが多く見受けられます。こうした患者さんたちは皆さま、診断は同じだけれども、最初の病院では説明がなかったとおっしゃいます。自分で理解できなければ、

外国人患者は納得しません。また、薬を処方しても何のための薬か説明がないと、服用しない人が多くいらっしゃいます。

同じように、検査ばかりで会話や説明がなければ、結果的に「問題なし」と言われても外国人患者の方々は納得しません。これは日本の医療でも問題になっている点だと思いますが、“検査偏重”に加えて電子カルテの時代になると、日本人の患者でも相手の顔を見ながらの会話が少なくなっています。特に外国人患者の場合には、なぜ問題がないのかをきちんと説明しなければならず、彼らから「日本の医療は大丈夫か」と、コミュニケーション不足を疑問視されたことが結構あります。

以上のような意味でも、外国人医療においては、やはり医療従事者と患者を取り持つ医療通訳という存在は不可欠だと思っております。ご清聴ありがとうございました。

(5) 医療のグローバル化と日本の医療機関の取り組み②: アジア諸国に日本式医療を根付かせる取り組み—中国・インドでの市場分析 (一般財団法人淳風会 倉敷第一病院 院長 原史人氏)

当院では、これまでに中国との学术交流や医療展開に挑戦してきました。また、最近ではインドとの連携プロジェクトにも着手し始めています。岡山県倉敷市にある当院がなぜそのようなアウトバウンド事業に取り組むようになったのか簡単にご報告させていただきたいと思えます。

まず中国についてです。2006年、病院スタッフの親戚が中国で事業展開をしている関係で、大連から脳外科の医師が我々のところへ健診にやってきました。彼はとても気に入ってくれて、「大連で健診事業を共同で立ち上げないか」と誘われたのが中国とのかかわりの発端でした。大連ではすでに施設を用意しており、私も日本の医療を持ち込めば一定の利益が見込めるのではないかと、健診以外にリハビリや老人医療でもビジネスチャンスがありそうだと考えていたが、残念なことに

計画が大ざっぱで危ないような気がしたので、これは丁重にお断りをしました。ただ、その医師とは良好な関係をその後も良好な関係を保っていました。

そうしたところ、今度はその医師が北京に老人病院を作ったことから北京での医療展開を考えるようになりました。そしてたまたまある日本人コーディネーターから北京の呼吸器の急性期病院を紹介してもらいました。そこで、私の専門は胸部外科なので、その病院に対して呼吸リハビリを主体にした連携のスキームを提案してみました。つまり、急性期病院と慢性期対応病院に声をかけ、呼吸リハビリで両病院が連携するというものです。ところが、そのスキームを提案した直後、コーディネーターが紹介料を要求してきました。「成功報酬なら支払うが紹介料は払えない」と言ってもコーディネーターは引き下がりません。そこでとりあえず手付金として一部支払いましたが、その後彼からの音信は一切途絶えてしまいました。そして驚いたことに、その2か月後、同じコーディネーターから私の提案したスキームとまったく同じものを日本の他の病院を中心とした計画として提示され、「一緒にビジネスをしないか」と誘われるということがありました。このような依頼者によるパクリを経験したことから、もう北京では医療展開をするのはやめた方がよいと考えるようになりました。もともと、その一方で、これらの経験から中国では老人医療に対する関心が非常に高いことも分かりました。

そこで当院で次に考えたのが上海です。上海でも北京と同様の連携スキームを2つの病院に提案して交渉を開始しました。その結果、1つ目の病院は、院長が親日家ということもあって話がとんとん拍子に進み、呼吸リハビリのセラピストを3か月派遣し学术交流というかたちで取り組み、これは非常にいい結果を出しました。一方、もう一つの病院は、日本の病院と交流した経験がなかったということもあり、かなり値踏みされた感がありましたが、こちらも一定の結果を残すことができました。このように上海では2つの病院と呼