

吸リハビリの学術交流を行いました。交流を続けているうちに1つ目の病院の方から、「上海の開発特区で日本式高機能病院を設立したい」との協力要請がありました。

そこで私は、出身校である岡山大学の協力を取り付け、内科医を1枠、非常勤で送り込むことにしました。この頃には、私も中国ではかなり人脈ができていましたから、北京大学医学部を出た日本人医師と、上海で働いている日本人内科医を手配し、北京大学出身の医師は検診を担当、上海の内科医には内科診療を担当してもらい、さらに岡山大学からスポットで医師を派遣する、例えば、月前半は内視鏡の医師、後半は糖尿病の医師を送るといったようなかたちで取り組みました。

そして、このような取り組みに参画しているうちに、日本の医療のグローバル化に一役買えそうだと考えるようになっていきました。先ほどもロシアの医療が遅れているという話がありましたが、中国の医療も遅れているところがあります。例えば、リハビリで言えば、運動リハビリは認知されているものの、脳リハビリはやっと認知された段階で、呼吸リハビリに至ってはまだ全く認知されていません。しかもご存じのように、北京は大気汚染がひどいし、タバコは吸い放題だから、そういうところに行けば日本の医療は非常に役に立つのではないかと考えています。しかし残念なことに、この上海での事業は2012年春に断念しました。その理由は、ギリシャのデフォルトがあった時、中国はヨーロッパに結構投資しており、ヨーロッパが傾けば中国も傾く可能性があること、また当法人は1つの病院ではなく、医療群を形成しているため、法人の理事会で深入りすべきではないという結論が出て断念することになってしまいました。

このような経緯で当院は中国進出を諦めたのですが、ちょうどこの中国進出を諦めた矢先、今度は経済産業省の委託調査事業を行っているシンクタンクから、インドへの医療展開の可能性について分析してほしいという依頼が持ち込まれてきました。そこで当院では、中国での交渉や学

術交流で得られた経験に基づいて、インドの医療に貢献できそうな日本式医療の導入を提案することに致しました。

また、それを裏付けるために現地調査を行うとともに、2012年8月にインド・ニューデリーで開催された国際シンポジウム「HEAL2012」に参加し、日本式医療の貢献について報告をしてまいりました。このシンポジウムには1カ月前に就任したばかりのムカジー大統領も出席されていたのですが、そこで同大統領は次のようなことをスピーチで述べられました。

①GDPの1.3%が健康への支出で失われている。②インドの保険制度は、他国のものを参考にしたい。③高度医療では外国人を呼べる一方で農村には医師がいない。④病院をつくっても医師・看護師が手配できていない。⑤ジェネリック薬品を患者に無料で配る施策を行っている。⑥予防関連の医療はさらに重要である。

ちなみに、このシンポジウムを企画した中心メンバーは、そのスピーチにおいて、「インドでは他国のシステムは持ち込めないだろう」と述べていました。どういうことかと言うと、インドにはヒンズー教にまつわる「カースト制度」が根付いているので、その点について十分配慮しなければインドでは成功しないからだとしたことでした。これ以外にも、シンポジウムの中心メンバーからは、①インドは住民1人当たりの看護師数が最低である。②病院に貧困層向けの無料病床を義務付けたが守られていない。③施薬にも貧困層向けの無料化施策があり、ジェネリック薬品で対応している。④糖尿病、幼児死亡率が高い。⑤表向きには貧困層向けの病床は一定数あるが、そこは満床だといって貧困層は入れようとならないのが実情であることなどが指摘されていました。そこで、私はこのシンポジウムにおいて日本式医療を紹介させていただくとともに、①病院内の効率を高めるためにはチーム医療が重要であること、②病院間の連携によって役割分担することの重要性の2点について提言させていただきました。

さて、このような経緯から当院では現在インド

とのプロジェクトに取り組んでいるのですが、具体的なプロジェクトの内容についてお話しする前に、何故インドなのかということについて簡単に述べさせていただきたいと思います。理由としては大きく2つあります。1つ目は、政治的な背景が日本に対して安定しているということです。2つ目は、医療需要が非常に大きいということです。2026年にはインドの人口（予測：14億7,100万人）は中国の人口（同13億5,000万人）を超えて世界一になるといわれている。加えて、アジアの中でも比較的経済的に余裕のある人が多くいらっしゃいます。現在、インドが医療の目標としているのは欧米で、経済的に余裕のある医師は欧米で学ぶ傾向が強くなっています。しかし、日本のほうが地理的に近いし、医療の質の点でも高いレベルを誇っている。ですから、わざわざ欧米まで行かなくても日本でいいじゃないかという点もあるのではないかと考えております。

それでは、現在私どもが進めようとしているプロジェクトについてご紹介させていただきます。まず、インドの医療事情ですが、所得階層により医療機関の明確な棲み分けがございます。富裕層は私立病院、中間層は私立のクリニックやナーシングホーム、低所得層・BOP層は公立の医療機関、あるいは医療機関には行けないといった具合です。

私立病院には「Apollo」「Fortis」「Max」の3大医療グループがあります。この3大グループを比較すると、「Apollo Hospitals」は創業が1984年、病院建設を中心に事業拡大して、系列病院はほぼインド全域を網羅しています。一方、「Fortis Healthcare」はApolloとほぼ拮抗しているが、これは首都デリー近郊や国内の主要都市に分布し、医療ツーリズムや海外の病院建設も積極的にやっているといえます。そして「Max Healthcare」は、規模が一番小さく、Fortisの親せき筋の人がつくったグループで、デリーとその近郊だけに集中しているといった特徴があります。

そこで私どもでは、その中の1つである Fortis

がデリーの衛星都市であるグルガオンに病院を建設したということで、「F.G.病院と日本の医療施設の間にインターネット回線を開設して、遠隔診療を試みませんか」と提案させていただきました。なぜなら、グルガオンの約100キロ先にはニムラナ工業団地というところがあって日系企業約40社が進出しており、週末になると自宅のあるグルガオンに戻ってくるということで、比較的多くの日本人が住んでおりました。そこで、まずは日本人を対象に日式医療を提供して徐々にインド人の方々にも広めていきたいと考えたからです。具体的には、「両施設間の長所を指導し合うかたちで学术交流をしませんか」と呼びかけさせていただきました。なぜなら当院のこれまでの中国の経験から、日本人を対象としてチーム医療を展開し、そのチーム医療の効率の良さをF.G.病院内でアピールすると同時に、インドで日本式医療を展開するための人間関係づくりを進めたいと考えたからです。

また、今回なぜ遠隔医療という形を選んだかということですが、この形であれば日本側にあまり負担をかけずに、日本の医療の良さを海外に注入していけるのではないかと考えたからであります。

なお、日本側医療施設の選定にあたっては、インドに売り込む医療が高機能であること、この構想を永續できる能力を持つ医療施設であること、そして構想にかかわる医療人が将来の日本の医療を考える立場の人であることを検討したうえで、大学病院が最適と判断し、ある大学病院に対して今回のプロジェクトへの参加を打診しました。上海の時は、当院（私）が中心になって事業を動かそうと考えていましたが、今回はむしろコーディネーターとして大学とFortisの間に入ったほうが良いと判断したのです。

しかし、実際に打診してみると、そうした事業に対する決定を持った大学教授から聞かされたのは、大学病院はすでに多数の案件を抱えているということでした。その教授は、タイの医療機関と学术交流を10年以上やっており、それは公的

な研究費が下りたので続けることができたが、その研究費もあと1年で終わるといふ。タイ側はずっと続けてほしいという意向らしく、どうすれば継続できるか、あるいはどうやって納得してもらって終了させるか、頭を痛めているということでした。私が持ち込んだ提案に対しては、教授はまず、「提携先は私立ではなく、公的な医療機関が望ましい」とおっしゃいました。また、その資金はどうするかという問題もあります。先行投資の概念は、大学病院では通用しません。また、人材の問題もありました。

このように遠隔医療を実現していくためにはまだまだいくつもの課題があります。そこで私どもではできることから始めようということで、現在、インドの医療従事者にグループで来日してもらい、大学病院のシミュレーションセンターを利用して、チーム医療に対する教育を行うプロジェクトを始めようとしております。なぜなら、インドに進出したとしても、インドでは医療スタッフが絶対的に少なく、インド国内で教育・指導する人材も圧倒的に不足しています。ですので、その教育の部分を私たちが担当すれば良いのではないかと考えたわけです。

さて、以上のように、私どもでは、現在インドとのプロジェクトの第一歩を踏み出そうとしているわけですが、結語として、これまでの取り組みから次のようなことを指摘できるのではないかと考えております。①日本の高い医療水準と効率性を誇る日本の医療はインドや東南アジア諸国にとっても十分価値がある。②インドは、日本の医療の投入相手として大きな将来性を持っている。③諸外国への医療投入では、相手国の思想や環境を配慮し、継続性を保つ工夫が重要である。④日本の医療の将来のため、日本の若い医療人が諸外国で指導できる環境づくりが重要である、ということです。もともと私がなぜこのようなことに手を染めたかということ、2006年、岡山県内の各医療機関と大学が連携することを目的に、NPO法人「岡山医師研修支援機構」を立ち上げました。その時、私どもの病院と同規模の病院が集ま

って「地域医療病院部会」を組織し、月1回、病院経営、医療情勢、DPC、医療安全などの勉強会や協議を行っているが、最近では医師の育成にも非常に力を入れております。将来、日本の医療を支える医師には、日本の中だけではなく、諸外国でも指導するのだという視野を持ってもらいたいと思っております。そのような環境づくりをしてチャンスを提供してあげるのが、我々の務め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。

(6) 医療のグローバル化と日本の医療機関の取り組み③：医療のグローバル化と当院の対応 (NTT 東日本関東病院 院長 落合慈之氏)

医療の国際化について、私自身はあまり意識していませんでしたが、東大病院でも国際化に取り組むといわれ、講演を頼まれた折、あらためて国際化とは何かと考えました。それは「自国の医療に他国の知見を取り入れる」「自国の知見を他国の医療に発信する」ことではないか。知見というのは、研究成果などを含む情報、技術、薬剤、医療機器、医療材料、術者、留学生などを指します。これは幕末から明治にかけて、ちょうど日本がドイツの医療を取り入れた時のような状況と同じなのかもしれません。今日、自国の医療を求めて他国から患者が来る、あるいは患者を呼ぶ、また、他国の医療を求めて自国から患者が出て行く、自国の医療を他国で展開する、そういったことが新しいコンセプトとして注目される時代になって、その新しいコンセプトがグローバルイゼーションということではないかと、私なりに整理してみたいと思います。けれども、私たちの病院で実際にいまやっていることは、とてもグローバルイゼーションとは呼べず、正直、せめて自国にいる外国人患者くらいは自国で診ようというレベルの域をまだ出していないような気がしております。

当院は2011年にJCI認証を取得致しました。その主な理由として、まず私個人の思いから述べさせていただきたいと思っております。私が高校生の時

にライシャワー駐日アメリカ大使の刺傷事件が起きました。ライシャワー大使は東京の病院に入院されましたが、非常に親日家だった大使は、入院中、外国の要人を病室に絶対入れようとはしませんでした。なぜかという、病床が汚いので日本の恥になるから面会を断っていたらしいそうです。世界的な脳神経外科の権威であった大学時代の恩師も、「トイレが汚い」との理由で、海外からの来客と大学病院では会わず、いつもホテルで会われていたことを覚えています。また、私が院長就任後、10年ほど前に読んだ、東京駐在の外国人記者による「東京では何も困ることはない。ただ一つ困るのは、自分が病気になった時、かかる病院がないことだ。病院には個室がなく、プライバシーが守られないため、病気になったら自国へ帰らざるを得ない」という記事も、国際化へのきっかけとなりました。

以上のようなことから、2000年に現病院施設が完成した時、せめて東京にいる外国人ぐらいは当院を利用してほしいと考えるようになりました。同時に、1999年の有名な横浜市立大学病院と都立広尾病院での医療事故を受けてバッシングが続くなかで、働く職員たちに自信と誇りを持ってもらいたいという思いもありました。

具体的には、2003年4月に国際化推進ワーキンググループを立ち上げ、それ以降当院では外国人患者の診療を行えるような体制や環境づくりを模索してきました。また同年9月には、米国 Mayo Clinic 国際部にお願いして当院を視察してもらい、世界標準にそこそこ達しているというコメントをいただきました。そこで翌年、今度は Mayo Clinic を訪問し、医師やコメディカルスタッフの研修交流が始まりました。さらに、2005年には、スーダン大使と交流する機会を得たのを契機に、中東諸国（13か国）大使をお招きして当院の見学会を開催、病気になったらいつでもご利用くださいと呼びかけました。それ以降、当院では、大使館関係者の受診が増え、リビア大使館員の心臓手術をはじめ、2007年にはリビア、PLO、イラク大使館からの患者が延べ約300人

を数えました。そして翌2008年にはスーダンから研修医2名、韓国からも研修医1名を受け入れたほか、サウジアラビア王妃が来院し、整形外科を受診されるなど、実績を積み重ねていきました。

このように当院では様々な取り組みを行ってまいりましたが、2001年には国際認証制度である JCI を取得しました。私が職員に JCI 受審を伝えたのは、審査の1年前で、院内に JCI 委員会を設立して JCI 受審に向けて活動を開始しました。翌11年3月7日～11日に本審査があり、午後2時30分に無事終了したが、実はそのわずか16分後に東日本大震災が起きたわけでありませぬ。JCI の取得後は、海外からも様々な問い合わせがくるようになりました。例えば、同年の夏、タイのバンコクにあるサミティヴェート病院の院長と事務長が当院を訪ねて来られました。聞けば、「日本の病院と連携したい」ということでした。その病院は患者の6割は富裕層、日本人と他の外国人が各2割というトップクラスの私立病院で、タイに滞在している日本人が治療した後、療養が必要な場合は帰国します。その際、日本でリファー（紹介）したい病院を探しているのだが、日本の情報が全く手に入らないので、たまたま JCI 認証の病院が東京にあると知って訪ねてきたということでした。その病院では患者を国元へ返すリファーのことまで考えている、それが本当のメディカルツーリズムなのだあとその時あらためて思いました。

JCI を受審する前まで、メディカルツーリズムに与るものではないと職員に言ってまいりましたが、それ以降はまじめにこのことを考えないといけないと思い、取り組み方法などを本日のシンポジウムの責任者でもある岡村先生にいろいろ教えていただきました。

さて、当院が JCI 認証後に何をやったかと申しますと、まず JCI 報告会を2回にわたって実施しました。JCI 認証の取得は、日本では亀田総合病院（千葉県鴨川市）に続いて当院が2番目で、これからも多くの病院が後に続いてほしいし、日本が世界に名を連ねていくには1病院がやって

いても仕方がないと思ったからであります。1 回目の報告会には 5 施設が参加していただき、2 回目は 15 施設もの医療機関にご参加いただきました。現在、日本の JCI 認証の病院は 4 病院 1 老健という状況ですが、私どもが知る限りでは 2013 年 1 月に相澤病院（長野県松本市）、以後は済生会熊本病院、佐世保中央病院、筑波大学、東京医科歯科大学、東京ベイ・浦安市川医療センターが受審予定と聞いております。

JCI 認証に関連してさらに申し上げますと、アメリカでは ACGME-I（Accreditation Council for Graduate Medical Education International = 卒後医学教育認可評議会）が設立され、臨床研修の世界標準化への動きが進んでいます。アメリカへ医学留学する場合、基礎医学を学ぶため研究室に入るのと、医師として働きながら勉強する臨床研修の 2 通りがあります。その臨床研修医として働くには、外国人は ECFMG（Educational Council for Medical Graduates = 臨床研修を希望する外国人医師に対する研修資格認定）の試験に受からなければいけません。しかし、アメリカやカナダ以外の国で医学教育を受けた者は、ACGME が認めている施設でトレーニングを受けていないと ECFMG を受ける資格がありません。もともと、これまでは日本から行くような場合には、暗黙のうちにそれだけのレベルが維持されていると認められ、ECFMG さえ受ければアメリカで臨床実習ができていました。ところが、日本からアメリカへの医学留学が減ってくると、アメリカは自国の医療を支えてくれる外国人留学生を担保するために、今度は ACGME で新たに臨床研修プログラムをつくって外国の施設を認証し、そこで医学教育を受けた人に ECFMG の受験資格を与えると言い出しました。そして、その ACGME の認証を取得するにはいくつか条件があり、その 1 つとして JCI 認証が挙げられています。だから日本の医学部はいま、これらの条件をクリアしないとアメリカへ留学生を送り込めなくなるから大慌てである。まず国内で仕組みをつくっておいて、後からそれが世界標準だ

とって押し付けてくるのがアメリカのやり方ですが、AMCGME の場合も、最後に International をくっつけているように、その意図を読み取ることができます。ですから、私どももそのへんをしっかりと押さえておかなければいけないと考えております。

さて、当院では、JCI 関連の活動以外にも、横須賀米海軍病院との合同研究会や医療スタッフの交換研修を実施しております。これらは JCI 受審にあたって同病院に協力していただいたことをご縁に始まりました。これまでに合同研究会を 3 回開催。また、交換研修のほうは 2012 年 1 月に当院より看護師 2 名が海軍病院へ、同 5 月には向こうから 2 名の看護師を受け入れました。研修期間は 3 日間で、両病院の医療スタッフがお互いの医療や文化を見聞するとともに、友好関係を構築して臨床実践能力を高めることを目的としています。そのうちに、海軍病院から患者の紹介があり、これまでに横須賀から 4 名、空軍横田基地からの 1 名の受入れを行っています。ちなみに、この横須賀のために保険契約（TRICARE International SOS）を結ぼうということになり、そんなことが一つの大きな流れとして生まれてきております。先の中東諸国大使館との関係については「3.11」以降、未収金問題や料金の支払い方法の見直しなどの問題が起きてきて、目下その対応に頭を悩ませております。

さて、当院では、現在、院内で JCI アドヒアランス委員会を立ち上げたのをはじめ、英文ホームページを作成したり、NTT ドコモの「はなして翻訳」を使い、せめて医療用の辞書はリファインして「おなかが痛い」くらいは通じるようなものをつくろうと、作業を進めているところであります。外国人患者の来院者数は「3.11」以降、急激に落ち込んでいましたが、ここへきてようやく回復し、現在は毎月 400 人ぐらいを数えています。それをどうやって調べたかということ、関係官庁からよくアンケートで「貴院には何人、外国人が来ますか」と聞かれますが、実は調べようがありません。電子カルテには「国籍」欄は入れられ

ないので、これは電子カルテに姓名がカタカナで表示されている人を全部拾い出して出した数字であります。毎月400人とすると1日平均は約20人。毎日の来院者が2,000人ぐらいですから、大体1%が外国人患者ということになります。

私は毎年4月、職員に年度の方針を話していますが、2012年度は「スマートホスピタルをめざそう」と呼びかけました。医療の質と患者安全の不断の追求というのは結局、医療の原則はヒトであり、教育や文化、そういうものが病院の質を決めると思っています。そして、それを助けるのが設備とかシステムで、その中には電子カルテなどのICT、バーコードやタグといったAIDCの積極的活用があります。そしてそれと同時に、グローバルリズムの中での国際性を考えている病院がスマートな病院ではないかと思っています。

なお、技術面のお話になりますが、自動認識技術の利用、これから医療機関はUDI（製品識別）を無視しては語れなくなるのではないかと考えております。ME部では効率的な医療機器の管理、検査部では業務の効率化や患者の誤認防止、看護部・薬剤部は使用期限の管理など、各部門の業務の確実性、ひいては医療安全にも役立ちます。医療機器・薬剤の生産と消費の流れをみると、メーカー、流通、そして医療機関があります。メーカーにとって大量生産、一括ロット管理、大量輸送にバーコードとかタグを使うことには大きなメリットがあり、医療機関にとっては、効率的で安全な医療に大きな役割を果たすことになります。そこで関係官庁には、メーカーから医療機関までがうまくつながるような仕組みづくりの検討をぜひお願いしたいと思います。医療におけるUDIが達成できれば、医療安全では感染対策、医療経済面では最適在庫につながってきます。患者一人一人が入院から退院まで、検査・処置・投薬・処方といった情報がすべて管理できるようになります。そうすると、トレーサビリティが確立できるし、なおかつ資源がどのくらい使われたかということが明確になり、理想的な医療経済が実現できるのではないかというふうに思っています。

す。

話は少し変わりますが、現在、アメリカではオバマ大統領が医療制度改革に積極的に取り組み、リーマン・ショック後の景気刺激策としてARRA法（米国再生・再投資法）を定め、医療のIT化を徹底的に進めようとしています。また、いわゆるオバマケア、医療保険改革法を成立させ、国民の保険加入を義務付けました。その実行性については疑問視されているものの、これを受けてACO（Accountable Care Organization）、複数の医療機関がチームを構成し、質の高い医療の提供をめざす医師および病院のネットワークが組織され、また、それに基づいてHTG（Healthcare Transformation Group）が組織され、病院ほどの医療機械、材料、薬をどこから仕入れてどう使い、誰がどの患者に使ったかという全部がアカウントブルな医療を促進していこうと動きが加速しており、アメリカはそんな取り組みを進めていることを“売り”にしようとしています。

さらに2012年7月には、米国FDAが医療機器ユニークデバイス識別規制案を発表しています。これは、流通販売される医療機器にUDIを表示することを義務化しようというもので、アメリカ国内で医療機器を使う場合には、すべてバーコードとかロット番号などがついていないと使えなくなるということであり、それが施行されると、アメリカに医療機器を供給している日本の医療産業に大きな負担がかかるとともに、市場の混乱を招く可能性があります。SUD（シングルユースデバイス）については、おそらく皆さんの病院でも実際には1回だけでは捨て切れなくて、消毒して再使用するということが起きているのではないのでしょうか。JCIも、必ずしもそれが「ノー」だとは言っていません。しかし、やむを得ず再使用する場合は最大使用回数、摩耗や亀裂の程度、再使用された器材に関する感染管理データの収集と分析などをきちんとやったうえで、大丈夫だと保証できれば再使用してもいい、としています。ただし、そんなことに対応できる病院は日本ではまだまだ少ないし、個体識別の技術がなけれ

ば自動的にそれをやることは不可能に近いといえます。

JCI 認証を取得した病院の先生方に聞いても、その項目に関しては残念ながら「×」が付いたということでした。アメリカが表向きに言っていることと内実とは違うけれども、そういうようなことが正面切って言ってくるようになると、日本はついていけない事態になるのではないかと危惧しています。

日本の医療は、社会保障の基盤を支える国民皆保険という世界に冠たる制度があるが、国際化の中での医療ということを考えると、これからは世界のメジャーリーガーとして名を連ねていかなければなりません。そうしたなかで、真のメディカルツーリズムというものが生まれてくるのではないのでしょうか。積極的に海外から患者を受入れることもあれば、医師がどんどん海外へ出さなければいけない場面もあるでしょう。国内だけに閉じこもっていたのでは、結局は日本の医療の劣化にもつながる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。

5. パネルディスカッション

「日本型国際医療交流——日本の医療機関にとって国際化とは——」

(座長 東京女子医科大学教授 遠藤弘良) (コーディネーター 国際医療福祉大学大学院准教授 岡村世里奈、日本医療機能評価機構事業推進部長 遠矢雅氏) (パネリスト ①函館新都市病院 事務部長兼海外事業室長 大堀秀実氏、②がん研究会経営戦略本部企画部 金起鵬氏、③横浜市東部病院 副院長兼看護部長 熊谷雅美氏、④りんくう総合医療センター 健康管理センター長 南谷かおり氏、⑤倉敷第一病院 院長 原史人氏、⑥NTT東日本関東病院 院長 落合慈之氏、一事例報告順一)

Q1) なぜ貴院では国際医療交流・医療の国際化

に取り組むのか

(岡村) 国際医療交流に取り組むということは、今回ご報告の中でも何度も出てきましたとおり、言葉の面でも、また異文化対応や支払の面など数々の面で医療機関にとっては大きな負担となります。今回ご登壇いただいた医療機関の方々は、地域の中核病院として、それでなくても大変思いをされて日常の診療にあたっていらっしゃると思います。そこでまず、それでなくても大変なのに、何故、国際医療交流や医療の国際化に取り組もうと考えられたのか、あらためて教えていただけないでしょうか。大堀さんから順番にお願い致します。

(大堀) 当院の場合は、事例報告のところでも申し上げましたとおり、もともと函館—サハリン間に飛行機の直行便があつて1時間ちょっとで行けたこと、また当院は脳外科の専門病院でもあるので、その領域に関してお役に立てるのではないかというのがきっかけでした。確かに、現場のスタッフとしてはそれなりに苦労しましたが、職員の間では、大変な面はあるが自院の医療を必要とする患者であれば、国籍に関係なく受入れようというトップの方針は理解していたと思います。この「なぜやるのか」という点について共通認識ができていなければ、おそらくもっと大変だったのではないのでしょうか。

(金) 「がん研究会」としての立場や役割を考えると、やはり国内だけにとどまるのをよしとするわけにはいかないということがありました。もちろん、国内にもがんに関する医療機関のネットワークの問題等、まだまだ取り組むべき課題はたくさんあります。しかし、だからといって国内医療の問題を解決してから、その次に国際化を進めようという発想では、日本はこれから世界に取り残されてしまいます。国際化も並行して進めていくことはできるはずだと考えています。

(熊谷) 当院は地域中核の急性期病院です。ですので、国や人種が違っていても、医療を必要とする患者さんに対して有効な治療を提供するこ

とは病院のビジョンからなんらズレてはいないということがあります。また、当院は、2010年に横浜でAPECが開催された時に、オバマ米大統領をはじめ各国要人の治療を担当する病院として位置づけられていました。このように、もともと外国人患者をお引き受けする土壌というか基盤があったことも大きいと思います。

(南谷) 当センターは関西国際空港に隣接していますし、災害拠点病院でもあります。移民先進国であるアメリカには、英語がわからない人には母語の通訳をつけて受診できる人権を定めた法律があります。日本の場合、医師法では診療拒否はよほどのことがなければ認められません。外国人患者が日本の医療機関を受診して困るのは外国人患者自身ですが、それは医療者も同様です。医療者が適切な医療を行うためには、やはり言葉が通じないといけないと思います。当センターではかねがね医療通訳の必要性を痛感していました。ですので、当センターが医療通訳の整備に取り組むのはある意味自然の流れだったと思います。

(原) 日本の診療報酬のパイはもう限界にきています。今後、高齢者が増加していくなかで我々が互いにその診療報酬をシェアしていかなければならないという厳しい環境を考えた時、外国からも何らかのかたちで収入を得られないだろうかというのはもともと根底にありました。中国でのプロジェクトに乗り出したときにはそのようなことを考えていました。インドの場合には、それで収入云々を得るということよりも、日本の若い医療者が海外に目を向けることがとても大事なことだと思っていましたので、遠隔医療やインドからの医療チームを日本によんで教育を行えば、良い刺激になるのではないかと考えました。また、インドから優秀な医療従事者が我々の所へ研修にやって来て、場合によってはそのまま留まってくれば、我々の病院にとってもプラスになるのではないかと考えています。

(落合) 私は「国際化」ということを職員に対して、正面切って言ってきたことはありません。

JCIを受審したのは、医療の安全、医療の質の向上が職員の自信と誇りにつながればという思いからでした。一方、冷めた目で国内の議論に目を向けてみると、「高齢社会をいかに打開するかというモデルを世界に示そう」ですとか、「医療を通じて日本は再生できる」とか唱えているだけで、実際には誰もそんなことをやっていません。やはり態度で示さなければダメだという気持ちが正直ありました。自慢するわけではありませんが、JCIの審査員から、「初めて受審した病院でこれだけ成績がいいのは初めてだ」と褒められました。日本の病院は諸外国の病院に比べるとはるかに成績が良いということをみんなが意識する。それが日本の国威発揚とは言いませんが、自信回復にはなるのではないかと思っています。国際化についていけなければ、日本はそれこそ取り残されることになると思います。

Q2) 国際医療交流や医療の国際化に関して職員の理解やモチベーションをどのように高めているのか。

(岡村) 皆様のお話を伺っていると、それぞれの医療機関が明確な考えに基づいて国際医療交流や医療の国際化に取り組んでいらっしゃるということがよく分かります。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日本の医療機関をいくつも調査させていただいてまいりましたが、国際医療交流が成功している日本の医療機関に共通している特徴の1つが、国際医療交流あるいは医療の国際化に取り組むことについて明確なビジョンやお考えをお持ちということでした。その意味では、ここにご登壇されている皆様は、まさに国際医療交流あるいは医療の国際化を成功させるための要件を1つしっかりと満たされているというわけですが、ここで皆様に次の質問させていただきたいと思います。それは、スタッフの理解やモチベーションに関することです。本日もすでに何回もお話が出ていますとおり、たとえ医療機関のトップが国際医療交流や医療の国際

化に真剣に取り組もうとしたとしても、それによって実際に負担がかかってくるのは現場の職員たちです。日本の医療機関の中には、院長が国際医療交流に取り組もうとしたものの、現場の理解が得られず、結局実現できずに終わってしまったところも少なくありません。皆様の病院では、国際医療交流や医療の国際化に向けた取り組みを行うにあたって職員の理解やモチベーションをどのように上げていかれたのでしょうか。

(大堀) おっしゃるとおり、最初は現場レベルでは反対が結構ありました。何回も打ち合わせをして大丈夫だと言っても、特に看護師たちは、「どうしたらよいのか」、「意思疎通をどう図るのか」等とかなり心配していたようで、みんなに理解してもらうのに苦労した記憶があります。この事業を始めてから赤字はありませんが、大きな黒字を出しているわけでもありません。さきほどの事例報告の中でもお話しさせていただきましたが、当院では、ロシアと当院の医療者間で交流を継続的に行っています。スタッフたちは年に1回、サハリンやウラジオストクへ視察に行ったり、あるいはこちらへ招待をしたりしており、それは福利厚生的な行事も兼ねています。そして、そんな経験を重ねているうち違和感もなくなり、今日に至っているような気が致します。

(金) 私どもでも、当初はあまり環境が整っていないくて、現場からも「本当に困ります」と言われ、「全面的にバックアップするのでお願いします」という感じでやっていました。やはり一番のポイントは、トップがやるのだと決断することだと思います。トップがはっきりした方針を打ち出さなければ、現場も何とかしようという気持ちにはなりません。そして、それが具体的に示されてこそ資源が投入され、環境が整備されていくのだと思います。また、当院では、現場からの不満の声が少なくなったというよりも、医療技術従事者を中心に国際化が進みつつあります。帰国子女もたくさんいますし、海外に行って何かしたいという医療従事者もかなりいて、国際医療交流の取り組みが逆にそういった職員のモチベーションを

高めています。不満どころか、こうやったほうがいいのではないかとというような意見さえ出てくるようになりました。

(熊谷) 当院の場合、開院時から地域に暮らしている外国人、特に京浜工業地帯にあるので外国人労働者が多いので、そういった方たちが来院するということが日常的なことでした。例えば、当院の産婦人科は女医が多いので、イスラム圏の妊婦さんは当院を選んでやって来られます。ですから職員も外国人患者さんに対して、特別構えるというようなことはなかったし、今回、ロシアの人が来られるということについても、特に職員間で戸惑いはなかったように思います。また、当院は開院6年目という新しい病院ですから、むしろそうやって外国人患者が来院するという、そんな21世紀型の病院というか、職員の中にはそういう病院でありたいという気持ちもあったような気が致します。そして、がん研さんと同様、当院でも最近、医師以外でも海外留学を経験して語学が堪能な看護職、事務職が増えてきています。また、インドネシアとのEPA（経済連携協定）で同国から看護師を受入れていますので、言語面でも割合対応ができていますから、抵抗感がほとんどありません。ロシアに関しては、PJLと連携して事前はかなりシミュレーションをしてから患者さんをお引き受けしていますので、これも職員の負担や不安の軽減につながっていると思います。

(南谷) 当センターは国際空港に近いこともあって普段から外国人患者が見えたり、海外でけがをされた日本人が帰国した時、まず当センターに来てから各地の病院へ行くとか、反対に日本で負傷された外国人が自国へ戻る時、うちにとりあえず入院して治療してから出国するというケースが多くありました。

「国際外来」を開設した時はまだ市立病院の時代で、革命的なことだっただけに成功しないだろうといわれ、職員の間でも外国人患者を受入れると未収が増えるのではないかとか、手間がかかっているいろいろ大変ではないかという意見は確かに

ありました。しかし、医療通訳を導入してからは、これまで入院費が取れていなかったのに、きちんと説明すれば患者さんが勘違いしていたことがわかって入院費が払われるようになったり、待ち時間には通訳がいろいろ患者さんから話を聞くので、診察室に入った時には頭の中が整理されていて説明もしやすい、そうすると医師も非常に助かるということで、職員にアンケート調査すると、通訳がない時が困るからもっと対応時間を増やしてほしい、というような要望が最も多く聞かれるようになりました。また、最近では、このように通訳を配置して外国人患者を診ていることが認知されてきたためか、オーストラリアやアメリカで語学研修を受けた看護師が帰国してもなかなかスキルを生かせるところがないということで、うちへ応募してくる人が増えてきています。

(原) 当院では、上海出身の中国人医師がIT分野を担当していますし、中国人看護師や日本で看護師資格を取りたいという中国人女性が看護学校に通っています。職員もそういう雰囲気を理解し、協力をしていてくれるところがあります。インドについては取り組み始めたばかりで、ほとんど私一人が動いていますが、英語圏なので中国よりもやりやすいだろうと思っています。

(落合) 「外国人患者が入院すると、看護師は最初こそビクビク、オドオドしていましたがけれども、いまでは楽しんでいるようです。自分もいろいろ勉強できるという充実感というか、そういう感じが各職種にあるようです。医師のほうはカタコトで何とか通じるし、困った時は通訳が間に入ってくれる、ということでやっています。ちょうど私が学生の頃、学会が外国の女性を雇い、学会誌に日本人が書いた英文の直しをしてもらったことがありました。その際、私は彼女の面倒を見ていてわかったことがあります。それは、向こうは私に教えてもらわなければ日本で暮らせないということです。だから私の下手な英語でも最後は何とか通じました。それと同じことで、外国人患者に何もへりくだって対応する理由なんてどこにもありません。ここは日本だから、私は日本語

しかしゃべれない。逆説的な言い方ですが、でもそれが何ですかと聞き直るくらいの気構えなければ真の国際化はできないと思います。

Q3)国内医療とのバランスをどのように考えるのか。

(岡村) それでは3つ目の質問に移りたいと思います。国際医療交流に関しては、外国人患者を診ることによって国内の患者が疎かにされるなど、日本の医療に悪影響を与えるのではないかと言われることがあります。確かに、国際医療交流に関しては、海外でも、国内医療とのバランスの重要性が指摘されています。そこで皆様は、国内医療すなわち、日本の保険診療を担う医療機関としての役割と国際化のバランスについてはどのようにお考えになっていらっしゃいますか。

(落合) 実際のところ、外国人患者だからといって、一般患者と違いがあるわけではありません。ただ、中東諸国の大使館から来る患者さんに対してはエスコートを付ける契約となっており、そのへんは職員も多少気遣っている面があるかもしれません。もっとも、VIP扱いの患者さんも来られ、そういう人に対してはごく一部だがエスコートせざるを得ないケースがあるので、当院では中東諸国の患者さんもその中に含まれているという感じになっています。

(原) 当院の場合は、自分が頑張れば済むことなのでそれほど困りませんが、大学関係者など他の人の力を借りないといけない時はできるだけ負担をかけないよう工夫しています。先ほど申し上げたように、ITを利用するのもその1つです。また、大学のシミュレーションセンターは地域医療振興のためのドクター研修が目的だけでも、人数が少なく施設に空スペースが結構あります。そこで、そのスペースを外国人医師との交流などに利用できるのではないかと考え、大学側にもそのように配慮してもらっています。

(南谷) 当センターでは、外国人患者が多いので、「通訳さんが来てくれて大変助かる」と職員

はみんな喜んでいます。特に英語圏以外になると、ラテン系などは英語が通じないことが多いので、看護師はいつも患者の顔色をうかがっていました。医療通訳の導入以来、コミュニケーションがスムーズになり、自分たちの言っていることが相手にちゃんと伝わっているんだということで、職員たちも安心して医療に専念できるようになっています。また、外国人患者のほうにも時々言いたいことがあってクレームをつける人がいますが、通訳さんたちが聞いてあげることで気持ちがスーッと収まったということもある。たしかに、外国人患者には通訳やサポーターが付くので、「外国人患者は何だか手厚い待遇を受けている」と思う日本人患者さんもおられるみたいだが、逆に外国人を相手にすることでいままでは気づかなかったことが見えてきます。というのも、外国人患者はいろいろ訴えてくるので、そういう意味では、それを日本の医療にも反映することができます。そういう意味では、外国人患者を受入れることがかえって国内の医療にプラスに働く面もあると思います。

(熊谷) 当院では、外国人患者の外来診療については、検査は順番どおりですが、診察は最後に回しています。できるだけ説明をしてあげたいということで、医師もそれをよく承知しています。入院については個室の希望が多いのですが、なかには大部屋を希望するロシア人の患者さんもいらっしゃいます。先日入院されたロシア人の患者さんも大部屋でしたが、日本人の患者さんからは何のクレームもなく、ご本人もごく普通に「ありがとうございました」と礼を言って退院されました。このように、当院では、ロシア人の患者さんを受入れることで日本人の患者さんに悪影響を与えるというようなことは特にありません。また、外国人と日本人の医療のバランスということについては、特別なことは何も考えていません。医療を必要される方が来られて、それがたまたまロシアの人だった、アメリカの人だったという感じで、対応が違うかというそれはありません。

(金) 日本人の患者さんからの苦情はたしかに

あります。中国の患者さんはちょっとうるさいとか、私が外来の患者さんを担当したときもそんなことがありました。しかし、これはサービスとしていかに確立していくかという問題ではないかと思っています。先ほどもご発言があったように、日本人でもVIPの患者さんがいて、特別扱い少し気を使う対応をせざるを得ない場合があります。医療機関としては、それぞれ患者さんの特性に合わせた対応をしなければなりません。それがたまたま通訳の補助が必要ということだけで、車椅子の患者さんが来られたら、当然安全を確保するために2名以上で対応するように、何らかのルールをつくっておくことが大切になると思います。例えば、当院では通訳が必要な患者さんには一応原則、個室をお願いしています。これもやはりルールの1つで、経済的なことを考えれば大いに検討の余地はあるけれども、相部屋だと通訳が入るために回診が長くなるなど、他の患者さんに我慢を強いることになります。そこで当院では、個室の理由をきちんと説明したうえで理解していただく。こういったルールづくりがどこまでできるかということがポイントになってくるのではないかと考えています。

(大堀) 当院では、専従の通訳が2名しかいないので、ロシアの入院患者さんは2名までに限定しています。クレームに関しては、日本人の患者さんからはなくて、むしろロシアの患者さんからの苦情のほうが目立ちます。と言っても、内容は大体決まっていて、ロシアの方は何よりも注射が大嫌いで、少しでも刺し直したりすると大騒ぎになります。だから必ず注射が上手な看護師だけがするようにしています。

Q4) カルチャーギャップへの対応

(岡村) 日本の医療機関が外国人患者を受入れる際の大きな課題の1つは、やはりカルチャーギャップではないでしょうか。そこで皆様にお伺いしたいと思います。皆様の病院でもカルチャーギャップで苦勞されたことはありますか。また、カ

ルチャーギャップの問題についてどのように対応されているのでしょうか。何か工夫されていることがありましたらぜひ教えて下さい。

(落合) 中東諸国の大使館から患者さんがみえるようになった頃、胃の検査には内視鏡を使うが説明不足だったせいか、彼らはそんな医療行為があることを知らず大騒ぎになったことがありました。彼らが豚肉を食べないことはよく承知していますが、コーヒーでも日本とは全然違うとか、あるいは女性を診察するのは女性医師でないと具合が悪いということがあります。また、米海軍病院との交流で、向こうのナースがこちらのナースの働きぶりを見て、「あっちは忙しくしていて、こちらのナースは手が空いているのになぜ手伝わないのか」と聞かれることがありました。患者の意識だけではなく、配置とかシフトに対しても考え方が違うんだなと思ったことがあります。

(原) 私はいま緩和ケアを行っていますが、そこへ中国人の子宮がんの患者さんが入院されてきたことがありました。最期は家族とできるだけ時間をともにしていただこうと思い、私は部屋から出て患者さんと家族だけにしてあげたが、亡くなった後、中国から来ていたその患者さんのお母さんが『なぜあな「は最後まで診てくれなかったのか」と抗議を受けたことがありました。なんでも、中国ではそんな時、医師は心臓マッサージをし、手を尽くしてみただけだめだったというポーズをとるのが普通だそうです。昔の日本もそうでした。結局、その患者さんに関しては、同席していた大阪在住の中国人の知人が、日本での看取りは家族との時間を大切にするのだと説明してくれて、最後にはお母さんも「謝謝」とお礼を言って帰国されました。中国人の医師も我々の緩和ケアを見学された時、「これはとても大切なことだ。ぜひ中国へ教えに来てほしい」と言っていました。やはりカルチャーの違いはいろいろなところであると思います。

(南谷) 当センターには、多くの外国人の妊婦さんが来院されます。イスラム教徒の場合には、落合先生がおっしゃられたように女性医師が担

当することになっています。しかし出産の時に当直の医師がいつも女性とは限りません。事前にそのことを説明して了解はしてもらったけれども、最初は女性の助産師が対応していて、最後に当直の医師が駆けつけた時には、妊婦のご主人が「お前は誰だ。出て行け」と激怒したことがありました。幸い自然分娩で無事に赤ちゃんが生まれたので、男性医師が介入する必要はなく済みましたが、そのようなことはありました。

また、中国の場合は、国土が広いからいろいろな文化がありますが、一般的に産後に冷たい食事は絶対に摂りません。そのため、病院食が冷たいとか、長い間お風呂に入らない地方もあるらしく、どうしてお風呂に入れるのかと文句を言われたこともあります。また、赤ちゃんが巨大児だったので帝王切開の手術を伝えたケースでは、中国から来た妊婦のお母さんが「この子を産んだ時も大きかった」といって聞き入れず、「帝王切開するのは病院が儲けたいからだろ」とおっしゃったこともあります。そして、その場は元中国人医師が通訳して説得し、無事出産が済んだのですが、そうすると今度は「胎盤をくれ」と言い出されました。その方の出身地域では、胎盤は栄養価が高いので食べるものという認識だったようで、感染などの問題があるので無理ですと言ったら、「病院の人間がみんなで分けて食べるのだろ」と憎まれ口をたたかれたこともありました。

それから、日本の医療は皆保険制度だからとことん手を尽くすというのがスタンダードになっていますが、外国の場合には“カネの切れ目が医療の切れ目”といったところがあります。日本のように最後まで医療を続けることは、外国人の考え方に立てば、それでうまくいかなければ家族に借金が残るだけになります。つまり、医療を施した後の問題をどうするのか、文化や考え方の違いということでは、実はこの点が一番大きな問題ではないかと思っています。

(熊谷) 当院の場合、ロシア人の患者さんは日本の文化を楽しんでいるような気がします。食事もてんぷらやしゃぶしゃぶ、お寿司が大好きみた

いで、病院の食事が合わないと言われたことはありません。宗教上の問題についてはひょっとしてあるかもしれませんが、当院の場合にはファシリテーターが間に入って対応してもらっており、少なくとも診療に関する限り、カルチャーギャップを感じたようなことはほとんどありません」

(金) 当初は、現場のスタッフが苦労しているなどいつも感じていました。外国人患者を受入れている病棟に行くと、とにかく痛がってすぐに呼ばれるので対応が大変だという悩みをよく聞かされました。大体、消化器系の病棟に多いようですが、いつの間にか慣れてきたのか、看護師も外国人患者はそういうものだというふうに意識が変わってきました。考えてみれば、日本人の患者は多少のことなら我慢をするということが基本にあって、病院側もそれをベースに医療を組み立てている面があるのかもしれませんが。ちなみに、痛みの緩和に関しては、最近、私のほうにも直接こんな苦情がありました。合計3回手術をしたイギリス人の患者さんで、今回が3回目の手術でしたが、術後の疼痛管理について、1回目の術後の痛みのコントロール十分ではなかった、麻酔があまり効かなかった。2回目の術後もあまり満足できなかった。我慢して何とか済んだが、3回目の術後もまた苦しんだということで、その対策を文書で回答するよう求めてきました。リスクマネージャーによって原因は概ね分析されましたが、大体つかめていて、体格によって疼痛管理の麻薬の効かせ方も微妙になってくるのではないかということでした。麻酔の効き方も違うのではないかと思います。その患者さんには善後策をしっかりと説明して納得していただいたが、ケース・バイ・ケースで治療の方法、仕方も変わってくるということを念頭に置いて検討しておかなければいけないとつくづく感じさせられました。

(大堀) 一番驚いたのは、ロシアでは朝からウオッカが出てくるということです。当院の院長と一緒にサハリンの病院を訪問した際、まずウオッカで乾杯ということで、あいさつが一通り終わったころには院長がダウン、ということがありまし

た。また、向こうの病院を訪問した時、脳梗塞の患者さんがベッドにじっと横たわっていたのですが、医師からこの人は死を待つだけだから何もしないと説明を受けた時には、正直ショックでした。

(落合) 先の痛みの話に関して少し述べさせていただきますが、JCIの際にこの点についてどのように対応しているのか問われましたので、「痛いと言った患者さんに関しては対応している」と答えたら、「何も言わない患者さんも痛がっているかもしれない。みんなに聞かなければダメだ」と言われました。JCIでは、入院でも外来でも初めて来られたら、その患者さんのバックグラウンドに関するアセスメントをちゃんとしているか、転びやすい老人だとか独り暮らしだとか、宗教は何かということに至るまで、すべてを把握したうえで治療を行っているかどうかを聞くことが求められています。

Q5) 今後の課題と抱負等

(岡村) いろいろ貴重なお話をありがとうございました。それではお時間も残り少なくなってきましたので、最後にそれぞれ課題と今後の抱負、あるいはこれから国際医療交流を始めたいという病院に対してアドバイスがあればお願い致します。

(大堀) 当院では、手術が必要な方や、精密検査が必要な方に利用していただければと思っていますが、患者さんの中にはわざわざ日本まで来られなくてもよかったという人もいます。しかし、国際医療交流は日本の医療を知っていただくよい機会でもあり、自国に帰ってから日本のことをどんどん情報発信していただければと考えています。併せて、サハリンとの直行便が何とか再開してほしいと願っています。

(金) 最も頭を痛めているのはやはり言葉の問題です。我々が提供できる通訳にはどうしても限界があります。医療通訳は重要な役割を果たしているにもかかわらず、医療従事者に準じた資格制

度もなければ、社会的にはまだまだ認知されていません。結局、医師が理解できればそれでよしとしているのが現状で、南谷先生がおっしゃられたように、移民大国であるアメリカでは英語で会話ができない住民には母語の通訳をつけているように、日本もそれくらい思い切った施策を打つ必要があるように思います。このことは通訳だけに限らず、医療情報、例えば薬剤の効能の説明文書も日本語しか公式なものがありません。そういった情報が日本語しかないというところが一番の壁になっているような気がします。

(熊谷) 当院は3次救急の指定病院なので、外国人患者の受入れに関して自院完結というのは無理があり、ファシリテーターの存在がどうしても欠かせません。現在お願いしているファシリテーターとなぜうまくできているのかというと、患者さんとファシリテーターとの関係が非常に良好で、信頼も厚いということがあります。やはりお互いに顔が見える関係にあるということがすごく重要なことだと感じています。当院としては、ファシリテーターとのつながりをしっかりと確立して、さらに良い医療を提供していきたいと考えています。その上で現在一つ課題だと思っていることは、当院の患者さんの中には治療後に日本観光される方も多くいらっしゃいます。ある患者さんの場合、北海道を旅行中に治療した個所とは関係ない症状が出て、どうすればいいのかと電話がかかってきたことがあります。こちらではどうすることもできないので、とにかく近くの病院に行きなさいと勧めたのですが、外国人患者さんにしてみればどの病院に行ってもいいかわからない。だから外国人を受入れている病院同士の情報交換というか、ネットワークがあって、北海道で何かがあればあそこに駆け込みなさいというようなことにでもなれば、もっと安心して日本で医療を受けていただけるのではないかと考えています。

(南谷) とにかく外国人患者と日本の医療者の間でコミュニケーションが円滑に進まないとい何事も始まりません。医療通訳は言葉だけでなく、

医療制度や異文化についても精通していれば、指摘されたような様々な壁を取り払うことにもつながります。いまのところは医療者も患者さんも通訳さんにすべておんぶに抱っこというのが実情です。医療通訳は決してボランティアではありません。それではモチベーションは上がらないし、通訳さんたちも結構大変な思いをしています。そういった意味で、通訳さんたちが一定のレベルを保ち、なおかつ職業として成り立つようなシステムをつくっていかなければいけないと思います。もちろん座学は必要ですが、それに必ずプラスしてOJT、現場で実際に経験を積んでいくことが重要だと思います。アメリカでは、希少言語などで通訳が少ない時はいつでもどこでも利用できるようテレビ電話も導入しています。日本でも医療通訳について関心が高まり、普及に向けて大々的に取り組んでいけば、恩恵を受ける患者さんはずっと増えていくはずだと考えています。

(原) 国際医療交流をする前に、まず、外国人患者が来ても決して「逃げないこと」が重要ではないでしょうか。そして、普段から英語だったらあの人、中国語ならこの人に相談すればいいとか、人材をある程度確保しておくことが大切だと思います。日本のチーム医療は、看護師さんがやさしいことも含めて非常に素晴らしいのに、言葉の問題ということだけで日本の良さを生かさないのはもったいないと思います。

また行政のほうにお願いしたいのは、外国に対して援助する時、病院を建てればよい、という発想では“仏つくって魂入れず”になってしまうということです。このことはインドで感じたし、東南アジアでも同じことだろうと思います。病院を建てる際には、スタッフの養成とセットで検討していただきたいと思います。

(落合) これから国際医療交流を取り組もうという場合、岡村先生も指摘されているように、自院の強みを把握し、そこに特化したメディカルツーリズムを展開していかなければダメだと考えています。私たちの病院の強みは、日本で2番目のJCI認証取得ということではなく、ただ一つ、

東京都内にあつてそこに暮らす外国人の健康生活は守りますよというスタッフの意識と誇りだと思っています。ファシリテーターとか医療通訳が果たしている役割は非常に重要ですが、同時にその育成もまた難しいと思います。たんに語学が堪能ということだけでは務まらないし、業務内容も多岐にわたっていて、現状では固定した一つの職種として必ずしも確立されていないと思います。さらに極端な話、その病院ならではの事情がわかっていて初めてできることもいろいろあります。かといって、病院ごとに人材を育てるとするのは不可能に近いと思います。また、政府にお願いしたいのは、外国人患者に対するメディカル情報サービスセンターというか、こういう疾患でかかりたい人はこういう病院に行きなさい、というようなことを教えてくれる施設が国に1つぐらいあつてもいいのではないかということです。先ほどの横浜で診療して北海道で具合が悪くなった時も、そこへアクセスすればいい。そして、こんな患者さんがやって来ますよ、と医療ファシリテーター組織に要請し、じゃあ派遣しましょう、というようなシステムが日本でつくれないかと思っています。

(遠藤) 健診・検診と観光を組み合わせた「医療ツーリズム」という概念から、高度医療を目的とした外国人患者を受け入れようという「国際医療交流」への取り組みはもう始まっています。いわば日本の文化に根ざした「日本型国際医療交流」とは何か、それを定着させていくためにはどうすればいいのかということ、本日のシンポジウムを通じてそれぞれのお立場でお考えいただくことを願っております。本日は、長丁場にも関わらず、私どものシンポジウムにご参加いただきまして誠にありがとうございました。

「医療のグローバル化と日本の医療機関」

シンポジウムの目的

私ども研究班は、平成 22 年 6 月 18 日に閣議決定された「新成長戦略～『元気な日本』復活のシナリオ～」において「国際医療交流（外国人患者）」が国家戦略の一つとして位置づけられたことから、国際医療交流に関する国内外の動向を把握するとともに、医療の国際化を目指す医療機関の課題把握やその支援を目的とした研究等を行うために組織されました。

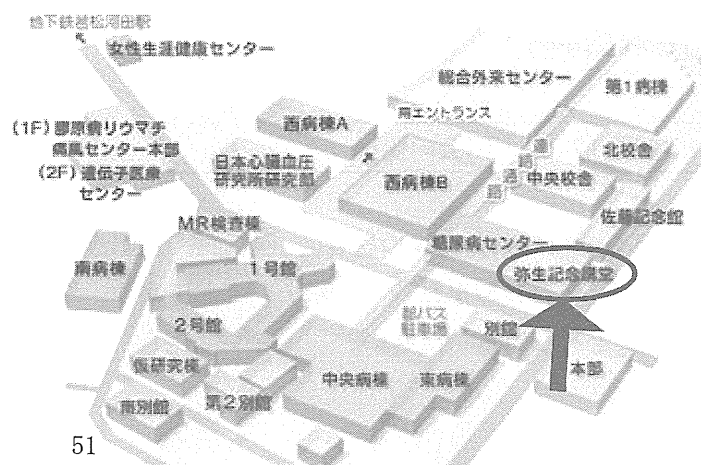
これまで私ども研究班では、「日本の医療機関における国際医療交流（外国人患者の受け入れ）の実態調査」や「医療機関のための外国人患者の受け入れマニュアル案の作成」等、数々の調査研究を実施してまいりましたが、その過程で多くの方々から、外国人患者の受け入れや医療の国際化について、必要な知識や情報を得たり、医療機関同士で情報を交換したりできる場がほしいとのご意見を頂戴しました。

そこで、私ども研究班では、これらの声に答えることを目的として、「医療のグローバル化と日本の医療機関」というシンポジウムを下記のとおり開催させていただくことになりました。このシンポジウムでは、海外からの外国人患者の受け入れをはじめとして、在日外国人患者対応や海外進出、国際認証制度取得等、様々な形で国際化に取り組んでいる先駆的な医療機関の方々にご講演いただき、そもそも日本の医療や医療機関にとって「医療のグローバル化」がどのような意味を持つのか、また今後の方向性や課題について皆様と一緒にじっくりと考えていきたいと思っております。

医療のグローバル化に関心のある医療関係者の方はもちろんのこと、医療関係者以外の方でもこの分野について勉強したいとお考えの方は是非ご参加ください。また、昼食時には簡単な懇親会も予定しておりますので、どうぞこちらにも奮ってご参加ください。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

記

- ・日時：2012 年 12 月 2 日（日）10：00～17：30（受付開始 9：30）
- ・会場：東京女子医科大学弥生記念講堂（新宿区河田町 8-1）
- ・定員：300 名程度（国際化に関心のある医療機関、関連企業、行政、報道機関等）
- ・参加費：無料
- ・プログラム：詳細は裏面にあります。
- ・申し込み方法：東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座HPのお申し込みフォームにてお申し込みください。（<http://www.twmu.ac.jp/Basic/int-trop/index.html>）
- ・お問い合わせ先：国際医療福祉大学大学院国際医療経営管理分野 岡村世里奈
メール：okamura@iuhw.ac.jp
- ・備考：懇親を兼ねた昼食会（参加費：¥3,000）を行います。ご参加ください。



シンポジウム「医療のグローバル化と日本の医療機関」プログラム

2012年12月2日（日）9:30～17:30

時間	内容
9:30	受付開始
10:00～10:05	開会の挨拶 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座 教授 遠藤弘良
10:05～10:20	「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 医政局担当者
10:20～10:50	「本シンポジウム開催の目的」 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
10:50～11:00	休憩
I 日本の医療機関における様々な国際的な取り組み	
11:00～11:30	海外からの外国人患者の受け入れ事例—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
11:30～12:00	海外からの外国人患者の受け入れ事例—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 理事・経営戦略本部長 太田隆博 氏
12:00～12:30	海外からの外国人患者の受け入れ事例—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
12:30～13:50	昼食会（※）
13:50～14:20	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
14:20～14:50	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試み —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
14:50～15:20	医療のグローバル化と日本の医療機関の取り組み③ 「医療のグローバル化と当院の対応」 NTT 東日本関東病院 院長 落合慈之 氏
15:20～15:30	休憩
II パネディスカッション	
15:30～17:20	パネルディスカッション コーディネーター 遠藤 弘良 パネリスト 上記登壇者
17:20～17:30	閉会の挨拶

※懇親を兼ねた立食形式の昼食会（参加費：¥3,000）を開催致します。自由参加となっておりますが、多くの皆様のご参加をお待ち申し上げます。なお日曜日のため会場周辺の飲食店の多くが閉店していることをご留意ください。

「医療のグローバル化と日本の医療機関」

当院の外国人患者の受入について

平成24年12月2日
医療法人雄心会 函館新都市病院
海外事業室 大堀 秀実

地域概要(函館市)

外国人観光客流入数(116,800人/2011年)
主要交通機関(JR函館駅・函館空港)



病院概要 1



開設主体 医療法人(1987年5月開設)
住 所 北海道函館市
許可病床数 155床(一般病床:DPC)
診療科 脳神経外科・脳神経内科・内科・循環器内科・整形外科
リハビリテーション科・歯科・放射線科
関連施設 病院1 老健1 クリニック2

病院概要 2

病棟基準

一般病棟入院基本料1(95床)
特定集中治療管理料(10床)
回復期リハビリテーション病棟入院料1(50床)

学会指定

日本脳神経外科学会認定専門医訓練場所(A)
日本脳卒中学会認定研修教育病院
日本脳神経血管内治療学会認定研修施設
日本整形外科学会認定研修施設
日本リハビリテーション医学会認定研修施設

病院概要 3

職員数(2012/11/1現在 非常勤含む)

診療部	20名(常勤医13名)
看護部	179名
診療支援部	81名
事務部	40名
計	320名

病院概要 4

機器設備 MRI 2台(3.0T/1.5T)
CT 1台(64列VCT)
DSA 1台(パイプレン)
SPECT 1台
超音波断層診断装置 2台
オーダーリングシステム(外来)
PACSシステム
等

病院概要 5

科別手術実績(2011年1月～12月)

- ・脳神経外科 314件(内、血管内手術 95件)
- ・整形外科 100件
- ・循環器内科 124件(内、PCI 42件)

なぜ外国人(ロシア)医療を行ったのか？

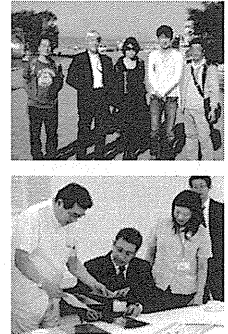
- ・ 当地(函館)は、古くよりロシアとの関係(約150年)が深かった。
- * ロシア病院、ロシア教会、ロシア領事館、極東大学
- ・ ロシア(ウジノ・サハリンスク)の医療レベルは日本より20～30年遅れていると実感した。
- ・ 開設者並びに病院長の方針
「当院の医療を必要とする患者がいれば、人種や国籍に関係なく我々の技術を提供しよう。」

海外事業沿革

- 2004年11月 ユジノ・サハリンスク視察(理事長・事務部長)
(きっかけはロシア貿易をしているPJL様さんの情報提供(ロシア医療情勢))
- 2005年05月 サハリン州立病院 医療連携提携
- 2005年08月 ロシアからの患者受け入れ開始
- 2005年11月 ユジノ・サハリンスク市立病院 医療連携提携
- 2006年10月 ユジノ・サハリンスク市鉄道病院 医療連携提携
- 2008年06月 ウラジオストック市立第1病院/
沿海州地域小児科・婦人科医療支援センター 医療連携提携

海外交流

- 2004年11月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2005年05月 サハリン州立病院医師団 来院
- 2005年11月 ユジノ・サハリンスク市立病院医師団 来院
- 2006年07月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2006年10月 ユジノ・サハリンスク市鉄道病院医師団 来院
- 2007年09月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2008年01月 インブランタ・DV社(ウラジオ) 来院
- 2008年07月 ウラジオストック/ユジノ・サハリンスク視察
- 2009年08月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2009年08月 ウラジオストック副市長他 来院
- 2009年09月 ウラジオストック:脳神経外科・整形外科カンファレンス 参加
- 2009年12月 メドセルビス社(ユジノ) 来院
- 2010年11月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2011年02月 ユジノ・サハリンスク市議長他 来院
- 2012年02月 ユジノ・サハリンスク訪問
- 2012年05月 プチ・メド社(ユジノ) 来院



医療サービス契約書

Договор о медицинском обслуживании 契約書

Настоящий Договор заключен между ЗАО «Импалит-ИВ» (далее «Компания») в лице Исполнительного директора Ждановичева Валерия Ивановича, действующего на основании Устава, и медицинским учреждением подпол Юсиной (далее «Учреждение») в лице Председателя городского Ито Такао, о том, что Юсиной будет предоставлять медицинское обслуживание российским пациентам.

株式会社 インブランタのDV (以下「甲」という)と医療法人社団法人 (以下「乙」という)は、乙によるロシア人患者への医療サービス提供について、以下の通り契約する。

1. Предмет Договора

- 1.1 «Компания» реализует Юсиной пациентам, проживающим на территории Приморского края (России), медицинское обслуживание и лечение в Японии, медицинское учреждение (далее «Учреждение») и предоставляет информацию о медицинском обслуживании в Юсиной.
- «Компания» имеет эксклюзивное право отправлять в Юсиной пациентов, проживающих на территории Приморского края (России), для лечения, в Юсиной-ной предоставляет узким специалистам услуги по лечению с «Компанией», выходящее эксклюзивное право.
- 1.2 Юсиной, в соответствии с условиями данного Договора, предоставляет платное медицинское обслуживание пациентам, предоставляемым «Компанией».

1. Цели

- 1.1. Цель: -日本の医療機関での治療を受けたいことを希望するロシア人患者 (以下「患者」という) に対して、乙による医療サービスについての情報を提供し、紹介するものとする。
-甲は沿海州域に居住し、乙の医療サービスを希望する患者を独自の窓口で紹介する権利を有し、乙は上記の患者を甲が治療した場合のみ受け入れるものとする。
- 1.2. 乙は、甲から紹介された患者に対して、本契約に定めたとおり、有償の医療サービスを提供するものとする。

研修医受入

- 2005年11月 1月間(脳外科)
 - ・サハリン州立病院 神経外科医
- 2008年11月 10日間(脳外科/循環器内科)
 - ・ウラジオストック市 市立第1病院 麻酔科医
 - ・沿海州地域小児科・婦人科医療支援センター 脳神経外科医
- 2011年02年 7日間(循環器内科)
 - ・ユジノ・サハリンスク市立病院 心臓科医



ロシア語教室

- 職員を対象にロシア語で簡単な会話が出来るのを目的に週に1度開催



医療用語	
医師 Врач ブラフ	患者 Больной ボロイ
看護師 Медсестра メドセストラ	病室 Болница ボリツナ
手術 Операция オペラツィヤ	薬 Лекарство レカレストヴォ

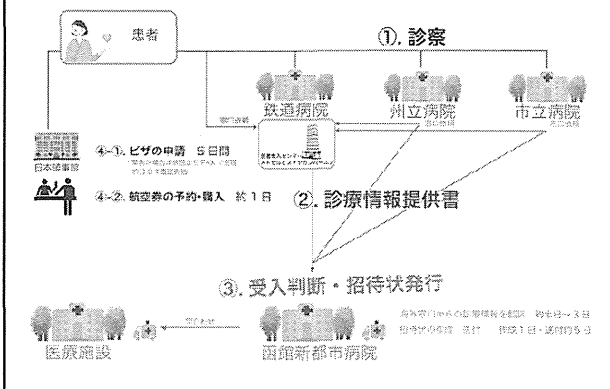
2-4

市内医療機関との連携

* 外科・消化器、小児科、婦人科、眼科、皮膚科、形成外科等 7医療機関

- 函館新都市病院海外事業室が全ての管理(入国～帰国)を行う
- 手術前後は24時間体制で函館新都市病院海外事業室がフォロー(通訳等)する
- 会計は函館新都市病院が全額支払う

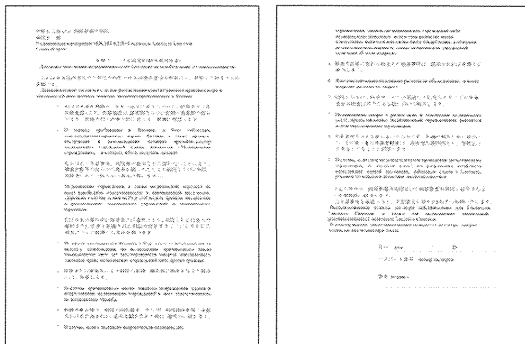
患者受入のフローチャート



院内ルール

- 海外事業室(責任者1名・専従スタッフ2名)が全ての管理(入国～帰国)を行う
- 同時に受け入れる入院患者は2名まで
- 手術前後は24時間体制で海外事業室がフォロー(通訳)する
- 医療スタッフが過剰な勤務にならないこと(日本人に行う医療と同じように)

医療サービス受託契約書



パンフレット

