

先端医療ツーリズム帰国者が直面する課題： 現行医療制度下での継続治療の問題を中心に

岩江 荘介

宮崎大学医学部附属病院 臨床研究支援センター 准教授

【ポスター1】

メディカルツーリズムというものがあります。これはOECDの定義なのですが、消費者…要するに患者さん等が何かの治療を受けることを目的に、国内ではなく海外に、国境をまたいで渡航してそこで治療する。これがメディカルツーリズムと呼ばれているもので、一応こう定義してあるのですが、メディカルツーリズムというのはかなり多種多様な形態を取っております。例えば健康診断だけをリゾートホテルの併設のクリニックでやるというようなものもありますが、今回、私どもが対象にしているのが、いわゆる先端医療技術の提供を目的とするようなメディカルツーリズムです。

それは細胞治療であるとか臓器移植といった高難度かつ先端の医療を提供するメディカルツーリズムであって、主に中南米カリブ海あるいは東南アジア、臓器移植であれば例えば中国といったところを中心に展開されているものがあります。

特徴としては、インターネットを介して患者さんを募集しているとか、こういったものが特徴になっています。そういう意味で、こういうことを先端医療ツーリズムとこの研究では呼びます。MTというのはメディカルツーリズムという意味です。

どういったことが問題になってくるかといいますと、患者さんによってはこういった先端医療ツーリズムが魔法の杖のように映ってしまうということです。特に通常、こういった高難度なかつ先端の医療技術というものはそう簡単に受けられるものではありません。もちろん、ものによりますが、一般的にはそうになっています。特に、高度に安全管理された医療機関…特定機能病院とかで厳格に実施されるものです。もともと科学的根拠が不十分なものが多く、特に先端、高難度になればなるほどそういう傾向がありますので、不十分な治療の大半は臨床研究とか治験で行われています。まさに、こういう研究体制があるような医療機関で、しかもプロトコルに沿ったごく限られた患者さんしか普通は受けられないというのが、先端かつ高難度の医療の特徴です。ところが、こういうものがインターネットを介して募集され、しかも日本以外の比較的規制が緩いところで行われているということで、難治性の患者さんに非常に簡単に先端医療にアクセスできる機会を与える形になるわけです。

ポスター1

1. 背景: メディカル・ツーリズムについて

- **メディカル・ツーリズム (MT) とは**
 - OECDによる定義 (OECD 2011)
 - > 「消費者が、何かの治療を受けることを目的に、国境をまたいで渡航すること」
- **先端医療技術の提供を目的とするMT (Cohen & Cohen, 2010)**
 - 細胞治療や臓器移植など先端かつ高難度な医療を提供
 - 中南米カリブ海や東南アジアを中心に展開されている
 - インターネットを介して患者を募集
 - 本研究ではこの種のMTを「先端医療ツーリズム」と呼ぶこととする
- **患者によっては、先端医療ツーリズムが「魔法の杖」となり得る**
 - 通常、先端医療技術は手軽に受けられない
 - > 高度に安全管理された医療機関で、厳格に実施される (特定機能病院など)
 - > 科学的根拠が不十分な治療の大半は、研究として実施される (治験、臨床研究など)
 - MTによって先端医療技術へのアクセスが改善?
 - > 難治性疾患の患者にとっては、先端医療にアクセスできる貴重な機会になる
 - > お金があつて渡航可能な身体状態であれば、治療を受けることができる
- **先端医療ツーリズムの問題点** (Horowitz & Rosenzweig 2007, Idowa & Adewole 2015)
 - 有効性・安全性が科学的に未確立あるいは根拠が希薄な医療が提供されている
 - 医療機関の安全管理上の問題
 - > 施設レベル、技術レベル、術後管理 (感染症などの術後合併症)

お金があって、渡航できる健康状態があれば、治療を受けることができるというところで、何が問題になるかといいますと、有効性、安全性が科学的に未確立、あるいは根拠が希薄な医療が実際提供されている。そのことによって医療機関の安全管理上の問題もまた指摘されているところです。施設レベルとか技術レベル、術後管理などで、例えば感染症…肝炎に感染したとかエイズウイルスに感染したとか、術後の、手術の縫合技術が非常に低かったので、それによって副作用が発生したり、医療事故的なものが起こってしまったりとかというものがある。

【ポスター2】

こういった先端医療ツーリズムは、10年前ぐらい、ちょうどiPS細胞が出始めたぐらいからかなり議論が盛んになってきました。『Science』とか『Nature』とか『Cell』とかのトップジャーナルでもかなり議論されるようになってきているのですけれども、大半が、患者さんへ、「こういった危ないものですよ」、「ですので十分注意してください」、「ちゃんとした医療機関で受けるようにしてください」、「細胞治療とかというものはまだまだ開発段階ですのでそう期待しないでください」というような啓蒙活動、注意喚起、あるいは医療機関への情報開示のようなものを求めている運動、議論というのが中心だったわけです。

一方で、渡航前対策の効果が限定的であるような難病を抱えた患者さんであればあるほど、科学的妥当性だけで行動するのではない。わらにもすすがる思いの患者さんが多く、実際、希望をかなえるというような、科学とはちょっと違う根拠でこういったものを利用することがありますので、いわゆる入り口の段階での施策も限界があります。

そこで、われわれが注目したのが帰国後です。いろいろな論点はあるのですが、適正に帰国後の継続治療が確保されているのかどうかとか、実際、費用に健康保険が適用可能なのかどうかとか、まずは、この2点に絞って研究したということです。

【ポスター3】

方法としてはインタビュー調査が中心になりました。

まず、日本と、オーストラリアの

ポスター 2

2. 本研究の位置付け・目的・意義

- **先行研究における議論** (Master et al. 2013, Zaracny & Coulfield 2013, Qiu 2009, Lau et al. 2008)
 - 「渡航前対策（＝先端医療ツーリズムの抑制）」が議論の中心
 - 患者への注意喚起や啓蒙活動、先端医療ツーリズムを提供している医療機関への情報開示（施設概要や治療実績など）の呼びかけ
 - 一方で「渡航前対策」の効果は限定的である
 - 一国による対策では限界がある
 - 難病を抱えた患者はそれでも渡航する (Petersen et al. 2013, Rachel 2011)
 - ✓ 先端医療へのアクセスの難しさ
 - 例：腎臓移植の待ち年数、臨床研究は患者を限定する
 - ✓ 「希望を叶える」という「科学的根拠に基づく医療」とは違う価値観
- **本研究が注目した論点**
 - 先端医療ツーリズムを経験した患者の「帰国後」に注目 (Crooks et al. 2013, Leggat 2016, Bolton & Skene 2017)
 - 先端医療ツーリズム後の継続治療の機会が適正に確保されているか？
 - ✓ 母国で提供されていない治療を受けた患者が、飛び込み外来をしてきた場合、一般の患者と同様に診察に応じてもらえるか？
 - 帰国後の継続治療にかかる費用に、健康保険の適用は可能か？
 - 推奨されない治療を受けた患者でも、社会福祉制度の恩恵を受けることができるか？
- **本研究の目的・意義**
 - 上記論点の調査を通じ、「先端医療ツーリズム後の対策」に関して有益な議論を行なうための根拠を築く
 - 医療サービスがグローバル化する中で、「患者がQOLの向上を追求する自由」と「患者が治療を受ける権利」の間に生じた課題について、政策的議論を行なうための示唆を得る

ポスター 3

3. 本研究における方法

- **次の論点について、日本とオーストラリアでインタビュー調査を行った**
 - 論点1：帰国後の継続治療の現状について（応召義務の視点から）
 - 論点2：帰国後の継続治療への公的医療保険制度の適用について
- **インタビュー対象者**
 - 両国の医療関係者を中心にインタビュー調査を行った
 - 日本：7名
 - ✓ 大学病院医師・3名、総合病院医師・1名、患者支援団体関係者・1名、政策研究者・1名、マスコミ関係者・1名
 - オーストラリア：10名
 - ✓ 大学関連病院医師・3名、公立総合病院医師・1名、看護師・2名、先端医療ツーリズムを経験した患者・3名、患者支援団体関係者・1名

モナッシュ大学の研究員で、医療社会学をやっている日本人の大森真保さんと、そのボスである Alan Petersen 教授と、3人でジョイントをしました。

インタビュー対象者は、日本の場合、医療関係者を中心に7名。オーストラリアでも医療関係者を中心に10名インタビューしました。

【ポスター4】

まず論点として、継続治療の現状というのと、公的保険制度の適用ができていのかどうかというところに絞ったわけですが、制度としては、日本の継続治療というところで応召義務…患者さんを受け入れる義務に注目したところ、医師法があって応召義務というものがある。これは、正当事由がなければ基本的に拒んではいけませんよという形になっています。ただ、この正当な事由というのが何かというのが、現在、根拠となる法律省令がかなり古く、60年以上前の省令であるので、これ自体の運用もかなり議論があるのですけれども、基本的には断ってはいけませんというふうになっている。オーストラリアのほうは、法律のようなものはないのですが、『Good Medical Practice』という行動指針によってガバナンスされています。

公的医療保険については、日本の場合、国民健康保険など…もちろん団体保険とかいろいろあるのですが、一応、国民皆保険制度である。保険料と税金で賄われているということと、患者負担割合はこうなっている。オーストラリアはメディケアというような、これも国民皆保険制度です。これは税金で運用されているものです。ただし、このメディケアを利用できるのは、公立病院で公的的患者として受診した場合のみという形になっています。その場合は、負担額はゼロで、この辺りは両国で少し違ってきているのですが、共通しているのは国民皆保険制度ということです。かなり社会保障的な枠組みで行われているところが共通しています。

【ポスター5】

継続治療ができていのかどうか、ということを経験者の医師の応召義務との関連でインタビューしてみました。

日本の場合、まず、腎臓内科のお医者さんで、主に腎臓の渡航移植の患者さんを診た経験のある先生ですが、「求められた場合は当然応じます。それが渡航移植であっても当然応じる」と。「医師として職業上の義務と、渡航移植の是非の問題は切り離して考えないといけませんし、私はそういうふうを考えております。たとえ望ましくない治療の結果であったとしても、応召義務がある以上はもちろん診ます」という意見でした。

大学病院の呼吸器外科の先生にインタビューしたところ、「もちろん来院された以上は応

ポスター 4

4. 応召義務および公的医療保険に関する制度比較		
医師の応召義務に関する制度比較		
	日本	オーストラリア
規制手段	医師法	Good Medical Practice: A Code of Conduct for Doctors in Australia (Medical Board of Australia)
応召義務に関する条文	診療に従事する医師は、診療治療の求められた場合には、 正当な事由 なければ、これを拒んでほならない。(第14条第1項) ※ 「正当な事由」については、「医師の不在または病気等により、事実上診療が不可能である場合」という定義が、規制指針から出されている。(前記の年厚立寄書参照)	• それぞれの医師が個別の倫理や価値観を有する一方で、全ての医師は診療の依頼となるべき場合に倫理上の価値観を有するものと期待される。 • 医師は、 倫理の法則を基本の原則とし 、安全かつ効果的な診療を実施する義務がある。 (1.4 Professional values and qualities of doctors より一部抜粋)
公的医療保険に関する制度比較		
	日本	オーストラリア
制度の名称	国民健康保険など	メディケア (Medicare)
加入者	国民皆保険制度	国民皆保険制度
財源	保険料+税金	税金
患者負担割合	10% (75歳以上) 20% (未就学児・70~74歳) 30% (6歳~69歳)	0% (公立病院で公的的患者として受診) 15%~25% (公立・私立病院でプライベート患者として受診)

じます」と。ただ、「前の処置の原因で病状が悪化した場合でも、こちらが責任を問われる可能性もありますので、そういう意味では正直扱いにくい患者である」、というふうな発言でした。大学病院ですので、応召義務は通常の病院よりもはるかに高いということでありました。

一方、オーストラリアでは応召義務のような、そこまで固いものはないのですが、基本的には大きな問題を抱えていたとしても「それはもちろん診ます、患者のせいではありませんから」、「あくまでも患者のせいではなかったのではなくて、その前の、医師のずさんな手術が原因なので、私は診ます」という意見でした。ただ、メディケアでなく、100パーセント自由診療であって、なおかつお金が払えないような状況の人を見るかどうかというのは、「少しそれは迷うところである」という発言もありました。

【ポスター6】

考察です。

まず継続治療の現状については、医師の職業倫理あるいは応召義務に支えられているというのが現状です。特に社会保障的にこういった患者さんの継続治療が担保されているということはない。あくまで現場の先生方の職業倫理あるいは応召義務からの感覚というのでしょうか、遵法意識みたいなものによって支えられているということでした。

特に日本の場合、やはり応召義務という法的な遵法意識が少し強く、オーストラリアの場合は、職業倫理的な意識が少し強かったということと、施設の性質…公的病院なのかあるいは大学病院なのか、私的な病院なのかによって、その辺りの倫理の感覚も違ってくるのが見い出されました。

両方の国ともに共通していたのが、ツーリズムの是非の問題と、患者さんを引き受けるかどうかの是非の問題は、切り離されて考えている、ダブルスタンダードで考えているということでした。

ポスター 5

5. 「帰国後の継続治療と応召義務」に関するインタビュー調査

●日本でのインタビューより

- 渡航移転後の患者であっても求められれば当然に応じます。「医師として職業上の義務」と「渡航移転の是非」の問題は、切り離して考えないといけません。(腎臓内科医師・総合病院)
- (治療的効果が科学的に実証されていない) 治療を受けた後の患者であっても、来院された以上は応じます。ただ、前の処置が原因で病状が悪化した場合でも、こちらの責任が問われる可能性があるため、正直扱いにくい患者であることは確かです。(呼吸器外科医師・大学病院)

●オーストラリアでのインタビューより

- 我々医師はどんな患者も診る必要があります。つまり、患者が先端医療ツーリズムの結果(術後感染症など)大きな問題を抱えていたとしても、それはその患者のせいではありません。もちろん、(診察後も)大きな問題が生じるかもしれません。(感染症内科医師②・大学関連病院)
- 病気になった患者がいて、私が助けることができるなら、とりえず助けたい。ただ、そうならないと分かりませんが、自由診療として来られたら、(先端医療ツーリズム後の患者の治療なら)断るかもしれません。私たち単純に患者を診ているだけです…そうするのは公立病院だからなのか、医師の性分なのか分からない…倫理や道徳からくるのではないかと思います。(腎臓内科医師・公立総合病院)

ポスター 6

6. 考察①: 帰国後の継続治療と応召義務の現状

●医師の職業倫理あるいは応召義務に支えられた状況

- 日本でもオーストラリアでも、臨床的妥当性に欠ける治療を受けた後の患者であっても、その治療を拒否することは医師としてすべきではない、それは医師の職業上の義務あるいは倫理に反することである、という意見が大半だった。
- とりわけ、日本では「応召義務」が医師法によって要請されていることから、「選択の余地はない」という法令遵守義務に由来する態度も示された。
 - このことは、一人の患者の治療が一つの医療機関で継続的に行なわれるかどうかと関連してくるものと考えられる。
- 日本でもオーストラリアでも、職業倫理も応召義務も、その医師が所属する医療機関の性質によって、認識の差が見られた。
 - 勤務医の場合、医師個人の倫理観だけの問題ではないかもしれない。

●「先端医療ツーリズムの是非」と「患者が先端医療ツーリズムを選択する是非」はダブルスタンダード

- 「質の高い医療が提供されるべき」とする認識から、先端医療ツーリズムの件数は抑制されるべきである
- 「患者が考える「生き方」をどう実現するか」は各患者に委ねられており、医師は警告できたとしても、介入することには限界がある

【ポスター7】

公的医療保険に対するインタビューについては、基本的には保険で診ますということでした。自分の患者なので、自分の処置の範囲によって保険が使えるかどうかというのを見ていくということです。オーストラリアでも基本的には同じでした。

【ポスター8】

実際、先端医療ツーリズムの是非という問題では、結局、こういったものを制限すべきではないということは、保険の運用ということと合理的には結びつかないということが示されました。健康に問題があって保険を利用するのが国民としての権利だということと、このツーリズムを利用するかどうかというのは、別問題ではないかということでした。継続治療について「保険を使うな」と言うこと自体も問題ですし、だからといって「使ってもいい」ということを、公的に厚生労働省あるいはオーストラリアの当局が言うと、間接的に肯定してしまうことになるので、それとも言えないだろう、と。モラルが低い医療機関ほどそれを悪用する可能性があるというところが危惧されるということでした。

【ポスター9】

結びに代えてですが、先端医療ツーリズムを抑制するという正義の問題と先端医療ツーリズムを利用する患者その人たちの正義というのは、別物として扱うべきなのかどうなのかというところが今後の論点になってくるところです。

こうなると、もう少し広い意味での公共の正義であるとか、保険制度、社会福祉制度の運用の正義というような、少し大きな問題になってくる

ポスター7

7. 「帰国後の継続治療への公的医療保険の適用」に関するインタビュー調査

- **日本でのインタビューより**
 - 自分が担当した治療が、**保険診療の範囲内かどうかの問題**だと思います。(腎臓内科医師・総合病院)
 - 前に受けた治療がどんなものかによって、患者の予後や治療方針に影響しますが、「**保険を使うか、使えるか**」とは別問題です。(呼吸器外科医師・大学病院)
- **オーストラリアでのインタビューより**
 - **メディケアカード所有者で、メディカル・ツーリズムに関連する治療を受けたことを理由に、保険給付金の返還を求められたようなことは聞いたことはありません。**(感染症内科医師①・大学関連病院)
 - **先端医療ツーリズム後の患者であってもメディケアで普通に治療を受ける権利があります。(推奨されていない医療など)望ましくない行為に関連する費用について、公的医療保険でカバーすべきではないという意見もありますが、(それが望ましいか、望ましくないかを)どう判断できますか。実際には不可能です。私たちが刑事ではなく、医者なので。**(腎臓内科医師・公立総合病院)

ポスター8

8. 考察②：継続治療への公的医療保険の適用

- **公的医療保険を使用することを制限すべきでない**
 - 「**保険制度の運用**」と「**先端医療ツーリズムの抑制**」は、合理的に結びつかない
 - 健康に問題があって保険を利用するのは国民としての権利
 - 国民健康保険では、社会保障的な役割が優先される(国保法第1条)
 - オーストラリアではメディケアが税金で運用されている
- **政府は公的医療保険の利用可能性を周知すべきか**
 - 広く周知するかどうかについては議論が必要
 - **渡航を間接的に肯定することになる**
 - **医療提供者の安全意識・モラルを低下させることになる**
- **実務的な困難さ**
 - **先端医療ツーリズム後の治療だけを切り分けて処理することは困難である、という指摘もあった**

ポスター9

9. 結びに代えて:今後の議論のための論点

- ① **「先端医療ツーリズム抑制」の正義と「先端医療ツーリズムを利用する患者」の正義は、別物として扱うべきか?**
 - 「**効果・安全性が確立された医療の普及**」の正義の限界
 - 現代医学で治癒不可能な難病のケースでは、
 - 「**治癒**」に対して妥協せざるを得ない
 - 現状を受入れている事が前提
 - 患者の自発性にもとづくものなので、政策的な介入が困難
- ② **ダブルスタンダードが前提の場合、先端医療ツーリズム後の継続治療の問題を議論する意義はないのか?**
 - **このようなグレー領域の問題は、医師や現場の医療者の職業倫理や義務によって調整され処理されているが、それでいいのか**
 - **それで体制が上手く運用されているのであれば、あえて政策的な対応は不要か**
- ③ **患者の「「QOL」や「生き方」を追求する権利」と「治療を受ける権利」は確かに違いますが、全く分けて議論して良いものか?**

かなと思います。

実際、今、現場の先生方の倫理とか遵法意識で運用されている状態を、このまま柔らかい緩やかな状態で運用していくのか、政策的にそれに何らかのアクションを起こしていくのかというのは議論になってくるかなと思っております。

質疑応答

座長： 応召義務とメディカルツーリズムの関係に着眼されたのは法的に見ても非常に貴重なご報告だし、実証的な研究だと思っております。恐らく日本にも海外からやって来る人がますます増えるでしょうし、逆に日本から行く人もいるでしょう。これは、世界の傾向として避けられないと思います。そうすると、応召義務だけを根拠に対応するのでは、医療現場はかなり苦境に陥るのではないかな、と思われませんが、先生はインタビューあるいは調査されて、日本独自のそういった応召義務に依拠した対応というのが限界ではないかと感じるようなことはございましたでしょうか。

岩江： かなりそれは限界だと思います。時間の都合で説明しなかったのですが、患者さんを受け入れることと、その患者さんをとことん最後まで診るかどうかというのは別問題で、実際、取りあえず診るけれども、次の治療は別のところをお願いします、という運用がされているところもあると聞いております。大学病院であれば、そういつまでもその患者さんを診ているわけにいかないの、次のクリニックを紹介するという話になって、ある種、患者さんの応急処置、応急処置のたらい回しに陥る可能性がある。「とことん診る」というのは、むしろ現場に対していられないリスクを負わせることになる可能性があるの、そこはもう一つの論点として考える必要があります。

座長： そうすると、やはり何か制度的な枠組みの変更または構築が必要ではないかなと私も内々考えているのですが、先生はいかがですか。

岩江： これが難しいのが、それを肯定して、「保険を使ってもいいですよ」とか、「診なさい」という形になると、結局ツーリズム入り口のところを間接的に肯定することになり、ちょっとデリケートなところがあります。だからといって、何もしないと継続治療が困難になるといった問題がある。ということで、入口と出口のところ、違う論点で議論されているので、これをリンクさせるのも難しいし、政策的にどうこれを関連させていくのかというのが、やればやるほど単純ではないな、

と分かってきたということです。

座長： そうですね。これは今後の、実は大きな問題提起ではないかと私は受け止めているのです。どうも貴重なご報告をありがとうございました。