

アジアにおけるメディカル・ツーリズム

——「国際移動」の新動態, 医療観光の現状と課題——

重 松 伸 司

追手門学院大学

は じ め に

本報告は, オーストラリア研究所の 2009 年度～2010 年度共同研究「クインズランド州の観光産業の発展に関する研究 (Present Situation of Tourism Industry in QLD)」の一環である。本研究の予備調査として, 2009 年度に行った東南アジア (シンガポール, マレーシア) 及びオーストラリア・クインズランド州での短期実地調査をもとに, 2010 年 8 月 27 日, クインズランド大学において, 英文による口頭報告 *An Overview on Medical Tourism-Effect on Asian Societies* を行った。本稿はそれをもとに要約したが, 同大学のセミナーでは報告時間はごく限られており, 実質的な議論もほとんど行われなかった。ここではあくまでも中間的な報告にとどまっていることを, 予め断っておかなければならない。

本稿では, 研究表題とは少し異なるが, オーストラリアのクインズランド州のみに研究対象を限定していない。より広く, オーストラリアと多面的な連関を持つアジア諸国・諸地域における, 新たな国際移動の一動態とみなされる, 「観光産業」=メディカル・ツーリズムの課題について概観する。なお, 医療研究や医療行政あるいは観光学が, 筆者の主たる研究ではない。研究関心は, あくまでもアジアにおける多面的な国際移動とその影響についてであり, その視点から若干の考察を加えたい。

キーワード: 国際移動, メディカル・ツーリズム (Medical Tourism), 医療観光, Global Health Care, 新ビジネス, オーストラリア, タイ, マレーシア, シンガポール, インド, 韓国, 台湾, MT 4 要件, 移植ツーリズム, イスタンブール宣言

1. メディカル・ツーリズムとは

近年, メディカル・ツーリズムという用語が, 観光・国家施策・地方行政・医療・教育・外交などの諸分野で使用されることが多い。ここではまず, この用語の意味合いについてま

とめておきたい。

Medical Tourism（以下、MT と略記）は、21 世紀に入って急速に広まった概念であり、また重要なことは、それが「新たな産業」の一業態となりつつあることだ。MT はいわゆる「グローバル化」の一つの潮流となり、アジア新興国の発展を示す重要な指標となっている。予め指摘しておくならば、MT は医療・経済・社会・文化などの諸側面で、必ずしもメリットの側面だけが強調されるわけではなく、様々な「負の側面」も想定される。そのことはいずれ検証されるであろうが、まず、わが国を含めて、MT とはどのような呼称・概念で理解されているのだろうか。

観光庁や経済産業省では、英語表記をそのまま直訳して「メディカル・ツーリズム」と表記するか、あるいは「医療観光」としており、日本政策投資銀行（DBJ）の報告書では「医療ツーリズム」と表記している。フジ虎ノ門健康増進センターの齊尾武郎医師は「メディカル・ツーリズムとは何か」に言及する中で、この用語について、端的に以下のように指摘している。

「患者さんが海外旅行をして滞在先の病院で治療を受けることを“medical tourism”（医療観光）という。あるいは、この「観光」という言葉の物見遊山的なニュアンスを嫌って、「付加価値のある」という意味で medical value travel と呼ぶよう求める向きもある」（齊尾武郎「メディカル・ツーリズム－医療は国境を超える－」『Clin Eval』vol.33, 2006, p.455）

このように、旧来の「観光旅行」概念、つまり健康体の客が、食や景観や文化を楽しむ目的での「観光」を主体とする「海外旅行」という概念ではなく、「診断、治療、健康維持・管理」を第一義的な目的とする「海外で治療を受けるための旅行」である。その意味合いを強調するために、Global Health Care あるいは Health Tourism という用語も最近では使われ始めている。

このような用語・概念の一般化は、実はそれほど単純ではなく、受け入れ側（ホスト国・地域）の行政・経済・社会・住民生活あるいは生命観・倫理・歴史風土と複雑な相関性を持つ。そのことは、MT を求めている国・地域の受療者（クライアント）にとっても、問題の内容や実態は異なるが、また同様に重要な問題となりつつある。

2. 「新ビジネス」としてのメディカル・ツーリズム

MT は、旧来の観光旅行とは大きく異なると述べたが、もう少し具体的に指摘しておく。

第一に、自国民に対する医療・福祉・厚生を目的とする、行政施策としての「住民向け医療事業」から、外国人を対象とする「国際的医療産業」への転化である。

MT を積極的に推進し、あるいは推進することを国策として取り組んでいる国・地域が増大している。2008 年の時点では、インドを筆頭に、シンガポール、タイ、マレーシア、台

湾、韓国などアジアの新興発展国、あるいは、メキシコ、コスタリカ、ブラジル、南アフリカなどの南米・アフリカ諸国、そして先進国であるアメリカ、ドイツさらには日本など、世界 50 カ国・地域が参与している。特筆すべきは、アジアの中進国・新興諸国が積極的に市場を開拓していることである。

第二に、医療サービスの提供側が中進・新興発展国であるのに対して、医療サービスを受ける側のクライアントは、受療分野によっても当然異なるのだが、全般的には先進諸国・地域の人々である。実際、MT の顧客は、2008 年の時点では、世界全域でクライアント総数は推計 600 万人であるが、彼らは主として先進諸国の人々であり、そのうちアメリカが 50 万人強、イギリスが 7 万 5 千人、オーストラリア、日本などであり、そのほかに中国やロシア、中東地域の富裕層が少数ながら含まれている。

市場規模は 2006 年時点で、総額 600 億ドル、2012 年には、推計 1 千億ドルにのぼると見込まれている。市場としての医療産業の増大の背景には、後述するように、ホスト側の医療技術・社会インフラの向上があるが、対して、クライアントとしての国・地域には、国際的な規模での医療費負担の増大がある。

今日、世界規模で約 1 兆ドルの医療負担が発生しているとみられる。先進諸国とりわけアメリカでは、保健医療費の削減が政策の大きな焦点となっており、非医療保険者が 3200 万人にも上る。先進諸国の顧客が多い背景には、受療者個々人の医療負担だけに留まらず、国家財政における負担の軽減を図る意図が見られる。

第三に、こうした国際的な状況の中で、MT は政府主導ないし政府が積極的に支援する「国家プロジェクトとしての新産業」として取り組まれている点が顕著である。とりわけ、アジアの中進・新興諸国における顕著な事例が、これまでの調査で明らかとなる。

日本政策投資銀行（DBJ）産業調査部、植村佳代氏作成の調査報告（「進む医療の国際化－医療ツーリズムの動向－」2010 年 5 月〈今月のトピックス〉no.147-1（以下、「DBJ 報告」と略記）は、メディカル・ツーリズムの現状と動向について、適切かつ詳細な資料を提示している。本報告をもとに、MT を推進している主要諸国の施策を、以下のように要約する。

- ・タイ：政府観光庁による「医療ハブ構想」（2002 年）、ヴィザ発行手続きの簡素化政策
- ・シンガポール：保健省による「シンガポール医療」キャンペーン（2003 年）
- ・マレーシア：医療目的の外国人滞在期間の延長
- ・フィリピン：観光局による医療目的の外国人受け入れ数目標を年間 10 万人と設定。
- ・インド：財務大臣による宣言「国際保健目標（Global Health Destination）」の発表。

また、台湾では、中華民国行政院が 2007 年より「メディカル・ツーリズム構想」を発表

し、ヘルスケアサービスを国際的に展開する政策を推進している。我が国においても、他のアジア諸国に比して比較的遅い展開ではあるが、2010年より観光庁や経済産業省が医療観光の事業に関する調査を開始している。中でも、2010年3月に発表された、経済産業省の「国際メディカルツーリズム調査事業 報告書」（野村総合研究所作成）は、全9章136頁の詳細な事業調査報告であり、とりわけ、第6章「海外ニーズ調査結果」では、シンガポール、タイ、中国、ロシアにおける医療ツーリズムの取り組み事例を紹介し、今後のMTの課題と方向性を分析する上で貴重な情報を提供している。

3. メディカル・ツーリズムの「先進」諸国

「MT先進」諸国は、欧米の「経済先進」諸国よりも、むしろアジアの中進・新興国に多いことについてさらに検討する。

先に引用した「DBJ 報告」では、図表1「世界の医療ツーリズムの状況」に、主要MT国における医療分野、医療コスト及び医療（受療）人口のデータが、地図上に落とし込まれている。この地図をもとに、アジア地域に限定して、主要なMT先進国をクライアント数の上位からリストアップすると、以下のようにまとめられる。

1. タイ：

受療者人口－140万人（2006年）→200万人（2010年目標）

主たる医療分野－心臓、ガン治療、整形外科、神経内科

医療コスト－アメリカの20%

2. シンガポール：

受療者人口－57万人（2006年）→100万人（2010年目標）

主たる医療分野－ガン治療、心臓病、整形外科

医療コスト－アメリカの35%

3. 韓国：

受療者人口－100万人（2020年目標）

主たる医療分野－美容整形、ガン治療、人間ドック

医療コスト－不明

4. インド：

受療者人口－45万人（2007年）

主たる医療分野－心臓・肝臓移植、美容整形

医療コスト－アメリカの20%

5. マレーシア：

受療者人口－34 万人（2007 年）

主たる医療分野－美容整形，代替治療

医療コスト－アメリカの 25%

6. 台湾：

受療者人口－（不明）

主たる医療分野－高度先進医療（生体肝移植，心臓手術など），人間ドック，美容

医療コスト－日本の約 3 分の 1

受療者の治療分野によって，受療者数や医療コストは大きく異なるから，単純なコスト比較は困難である．また，もっぱら民間の医療保険に依存しているアメリカや，国民健康保健・保険が，ある程度普及しているアジアの国々における医療費，そして国民一人当たりの年間総所得や「中間層」人口の総人口に占める比率など，比較基準の複合的な分析指標と分析枠が必要となる．ここでは極めて単純化した相対比較をすれば，上記 MT 先進国における医療コストは，おおむねアメリカ（あるいは日本）におけるその約 20～30% 程度であろう．直接的な治療費以外に付随的に発生する旅費，滞在費，施療前後の諸経費などを含めたとしても，その総額はアメリカにおける総治療費の 50% を超えないものと考えられる．

また，先述の一覧から窺えることは，MT 諸国が得意とする医療分野では，美容・整形外科が多く，次いでガン治療，さらには，心臓・肝臓移植など高度先進医学の分野が挙げられている．

4. メディカル・ツーリズムの 4 要件

MT 先進国が国際的な規模でクライアントを受け入れるには，一般に TCFL の 4 要件を満たすことが必要条件と考えられる．

第一には，医療技術（Medical Technology）である．

いわゆる先進諸国・地域のクライアントが求めるのは，在来医療分野か，先端医療分野かを問わず，彼らの居住国・地域の医療水準同等かあるいはそれ以上である．この点については，MT 先進国の諸報告によれば，アメリカの国際的な病院（医療水準の品質認証機関 JCI = Joint Commission International）の評価を導入している．また，アメリカ・カナダの病院認可基準 HA を導入する病院も増えている．因みに，タイ・シンガポール・韓国・インド・マレーシア・台湾の各国は認証機関の受認数に多少はあるが，すべて JCI の評価を受けている．つまりは，米国基準による国際的保証を得ているということになる．

第二には，医療費用（Medical Cost）である．

この点については、すでに述べたように、医療コストの概略は推計されている。だが、現状では各国・各医療機関での、医療費用に関する個別統計資料が公開されていないために、具体的な分析は困難となる。

先に引用した「DBJ 報告」では、図表 7 で「主要国の主な医療コスト比較」を行っているが、それをもとに〈表 1〉で MT 諸国別及び医療分野別のコスト比較を行ってみる。

健診・検診分野では、相対的に医療コストは高く、アメリカのコスト基準に対する指数平均は 49.0 であるが、インドを除けば指数平均は 60.0 であり、それでもアメリカの健診・検診コストよりは低い。心臓弁膜手術や心臓バイパス手術といった高度な医療技術を要すると考えられる分野でも、それぞれの指数は 17.0、14.2 に過ぎない。健診・検診を除く医療分野での医療コストの指数平均は 23.6 であり、アメリカの 3 割にも満たない安さである。

また、国別に見ると、アメリカのコストを基準にして、韓国が 42.7 と比較的高いが、インドはわずか 13.2、東南アジアのシンガポール、タイがほぼ同じ比率の 22.5、22.3 である。総じて、アメリカの医療コストの 30% 以下である。

第三に、医療設備（Medical Facilities）である。

MT には、その治療前後及び治療中に滞在する医療関係施設・設備の充実が求められる。例えば、タイの場合には、MT 受療者の居住国別一覧（DBJ 報告図表 6）によれば、UAE が 44%、オマーン及びカタールが 15%、ヨーロッパ 6%、日本 5%、その他アジア 12%、北米 3% である。特にアラブ諸国からの MT を重視しているが、その実例は福岡県バンコク事務所の報告（「タイのメディカルツーリズムの現状と今後の展望について」2009）に示されている。東南アジア最大の私立病院バンコク病院は 700 名の医師、650 名の看護師、1000 名の職員、アラビア語、日本語、ミャンマー語など 15 カ国言語対応の通訳 70～80 名を擁している。その人的規模だけでなく、アラブ人専用の受付窓口、アラブ 6 か国の通貨両替の可能な院内銀行など、多様なアメニティに注力している。筆者が携わった県立看護大学の設立

表 1 MT 諸国別及び医療分野別コスト比較

治療名	米国 (千ドル)	米国 = 100 とした指数						
		米国	日本	韓国	タイ	シンガポール	インド	治療別指数平均
心臓弁膜手術	170	100	25	21	13	8	1	17.0
心臓バイパス手術	144	100	22	17	17	9	6	14.2
人工股関節置換手術	80	100	43	33	28	22	16	28.4
膝代替手術	50	100	21	36	24	22	14	23.4
子宮摘出手術	15	100	18	60	33	27	37	35.0
健診・検診	1	100	85	89	19	47	5	49.0
各国別指数平均	100	35.7	42.7	22.3	22.5	13.2		

及び国際交流協定締結のために訪れたバンコクの国立マヒドン医科大学では、病棟の最上階は3,4室続きのスイートルームであり、国内要人のみならず外国人 MT 利用者の特別室であった。そうした VIP 室は、我が国国立大学の病院とは比較にならないほどの設備であり、高級ホテルとかわらない清潔さと快適さを強調している。

第四に、医療言語 (Medical Languages) である。

英語文化圏の MT クライアントを誘致するには、英語の使用が大きな誘引条件となる。

先の「DBJ 報告」の資料によれば、MT 利用者の居住地域別渡航先及び渡航理由について、オセアニアからアジアへ (99%)、北米からアジアへ (45%) の渡航比率が高く、その主たる理由が「低コストの医療」である。この報告資料からは他の渡航理由は窺えないが、おそらくは医療言語が英語であることも安心要因の一つではないかと推測しうる。

インド・東南アジア・東アジアを問わず、MT 先進諸国の医療施設では、おおむね、国際「共通」語の英語を基本的な医療言語としている。それはタイ・マレーシア・シンガポールなどの医療関係者の多くが、欧米で医療教育を受け、英語を医療教育のメディアとしているという教育環境も重要な要素ではあろう。ただ、非英語圏の受療者ましてや微妙な意思疎通を必要とする患者の場合には、母国語でも時に困難な、双方向の「説明と同意 (Informed and Consent)」をどのように的確に確認するのが求められる。このことは、院内での医療行為にかかわる直接的なメディアとしての英語の問題だけではない。

MT 諸国では、医療・看護・介護さらにその周辺の社会・文化インフラとして、英語をメディアとする国際的なコミュニケーションを推進している点にある。そのことが、欧米諸国のみならず、他のアジア諸国・地域からの MT クライアントをも誘致する要因となっているようである。

今後は、英語のみならず、多様な民族・国・地域のクライアントに対応した文化・言語・宗教慣習・食慣行など、多言語・多元文化の専門家たる医療コーディネーター、医療通訳者が求められることになる。しかし、この領域に関する具体的かつ個別的な報告や資料は極めて少なく、先のバンコク事務所の報告では、今後の課題として言及されているが、DBJ 報告やその他のシンクタンク報告などでは、経済的側面でのメリットは伝えるが、間接的あるいは社会文化インフラの問題に関する分析は少ない。

上記 1~4 では、メディカル・ツーリズムについて主としてその経済的な側面について、マクロ的に考察してきた。では、この新ビジネスが受け入れ国・地域の人々に対して、一体どのような影響を及ぼすのだろうか。これまで得られた情報は断片的であるが、それらをもとに、現在生じている問題及び今後派生するであろう課題について、個別事例として指摘しておきたい。

5. メディカル・ツーリズムとメディカル・ディバイド

第4項の〈表1〉では、メディカル・ツーリズム先進国での主たる医療分野には、臓器移植は含まれていない。しかし、現実には、合法、「非合法」を問わず、インド・東南アジアにおける臓器移植受療のための「移植ツーリズム」は増大しつつあると考えられる。

以下には、当面入手しうる公開情報を引用して、「移植ツーリズム」に伴う、現地国・社会での問題を指摘するにとどめたい。

日本臓器移植ネットワークでは、移植を切望する患者および関係者に向けて、インターネットによる公開情報 Digital Transplant を提供している。その第16号では、香港、マレーシア、ベトナム、タイ、フィリピン及びオセアニアのニュージーランドとオーストラリアの臓器移植事情について、ごく簡略に現状を伝えている。それらの情報のうち、タイとマレーシアについて、以下に全文を引用しておく。

5-1. タイにおける臓器移植の現状 (Digital Transplant vol.16.)

「〈タイー移植に関する正しい知識の普及と啓発がカギ〉

タイにおける腎臓移植は72年3月3日に始まり、その後心臓・肝臓移植が87年、肺・心臓同時移植が89年に始められました。現在、26の腎臓移植センターが腎臓移植を行っており、心臓移植は6施設、肝臓移植は4施設、肺移植は2施設で行われています。また、タイの日本赤十字が、国内の臓器幹旋組織として臓器提供センターを設立して、コーディネーター33名と共に臓器移植の推進に努めています。初めての心臓移植が成功した2年後には法律の整備などをしながら99年末までに42件の心臓移植が行われてきましたが、移植術が成功しても感染症や大気汚染によって予後が悪くなることもあり、生存率は決してよくありません。

移植待機者数は年々増加しており、腎臓移植を待つ期間はまちまちで、およそ2週間から6年となっています。ドナー不足と長い待機期間の解決方法として、臓器提供センターが国

表2 タイにおける臓器移植

死後の臓器提供者数						
94	95	96	97	98	99	年
15	26	22	60	48	70	人
死後の臓器提供による移植数 (94年～99年 Total)						
腎臓	肝臓	心臓	心肺	肺	眼球	
402	65	42	21	15	154	件

の総ての施設を対象に、死後の腎臓および他の臓器の斡旋システムについて通達し協力を呼びかけました。

タイでは、慢性的な人材不足と臓器売買に関するニュースが誤解を招き、臓器提供の数は伸び悩んでいます。今後も、もちろん臓器売買の無い正しい移植医療の確立を目指します。」

さて、この情報から、少なくとも次の事実が明らかとなる。

- ①タイにおける臓器移植は比較的早く、1972年に始まっている。腎臓移植に始まり、心臓・肝臓、肺・心肺同時移植と続く。
- ②心臓移植については、法律の整備とともに、臓器提供センターなど施設の設立と手術実績も増加しつつある。
- ③死後の臓器提供者は、94年の15人から99年の70人と4.6倍に増加している。
- ④それでも移植希望の待機者数と待機期間は増え、「慢性的な人材（提供者）不足」の状況にある。

この情報には臓器提供者は「死後提供」に関するデータに限られている。では生体臓器移植はないのか。そのことを示すデータはない。だが、「臓器売買に関するニュースが誤解を招き、臓器提供の数は伸び悩んでいます」という指摘はある。売買される臓器があることを推定させる報告である。次節でマレーシアの事例を挙げて検討する。

また、法の整備は、腎臓に関する規定に限るのか、あるいは他の臓器全体に関する規定であろうか。仏教徒が多数を占める（推計全国民の約95%）民族構成において、臓器移植という行為と生命観、死後観、身体観をめぐる宗教倫理と法との関連、臓器売買という商行為の受け止め方についての論議は、ここには示されていない。

さらに、もう一点、臓器移植に付随する「術後インフラ」、つまり社会的な衛生状況・衛生観念の問題である。それは、上記の報告にも指摘されている「移植術が成功しても感染症や大気汚染によって予後が悪くなること」であるが、その実態に関する報告は管見の限りではない。

5-2. マレーシアにおける臓器移植の現状（Digital Transplant vol.16.）

「〈マレーシアー国をあげて移植支援体制を構築〉」

マレーシアでは、75年にクアラルンプール病院で初めての腎臓移植が成功しました。その後も近親者からの臓器提供による生体腎移植を中心に、腎移植が700例以上行われてきましたが、肝臓移植は95年、心臓移植は97年と、最近始められたばかりです。経験あるいは施設は整っていますが、死後の臓器提供は少なく、98年末までに43名の提供しかありませんでした。しかもそのうちの2人は外国人でした。

腎移植に関しては、毎年、およそ2000人の新しい患者が腎不全で待機リストに登録されています。移植待機中は透析治療を行いますが、費用と労働を維持することが難しく、大き

表3 マレーシアにおける臓器移植

	91	92	93	94	95	96	97	98	年
総移植数	113	113	132	197	99	136	111	68	件
死後の提供	1	6	13	22	36	94	77	43	件
生体間	112	107	119	175	63	42	34	25	件

な問題となっています。また、腎臓移植のための平均待機期間は16年にもなります。

マレーシア透析センターの発表(99年)によると、クアラルンプール病院に通院する8259人の患者のうち3442人は透析を受け、そのうち2520人は死体間移植の待機リストに登録されています。国全体としては、膨大な数にのぼります。

マレーシアにおける主な宗教では、究極の思いやりと博愛の行ないとして臓器移植を認めています。一般の人達の移植に関する誤った認識や文化的な考え方、否定的な考えが臓器提供数の少なさや待機登録者の少ない原因となっています。

しかし、マレーシアは国を挙げて臓器移植を推進し始めています。マレーシア泌尿器科学会がマレーシア臓器配分機構(MOSS)を設立し、健康省が移植調整委員会(NTCC)と14の組織・臓器提供チームを作ってサポート体制に入り、その大臣自身が支援運動のメンバーにもなっています。また、臓器移植を受けた患者と家族、そして理解のある関係者が、透析患者と移植を受けた患者の生活の質を向上させるためにグリーンリボン支援団体を設立しています。ゆっくりではありますが確実に『いのちの贈り物』の認識が広まり、少しずつ死後の臓器提供が増えてきています。」

以上の資料をもとに、マレーシアにおける臓器移植の現状について、タイと比較しつつ要約する。

- ①マレーシアにおける臓器移植は、腎臓移植が1975年に始まり、タイの3年後である。だが、肝臓移植については、タイよりは8年、心臓移植についてはタイよりは10年も遅れている。
- ②マレーシアでは、臓器移植については国家的事業として取り組んでいる。
- ③タイに比べて、死後移植よりも生体間移植が多いが、1991年から1998年にかけて、移植総数は半減、生体間移植は4分の1と経年的減少が顕著である。
- ④「移植に関する誤った認識」「文化的な考え方」「否定的な考え」が「臓器提供数の少なさや待機登録者数の少なさの原因」となっている。
- ⑤慢性的な待機者数と待機期間の大きさが問題となっている。

マレーシアはイスラーム教を国教としており、仏教国であるタイとは異なるが、イスラーム教における生命倫理や、来世観と臓器移植との関連についての論議は、定まっていない。さらにまた、生体間移植の減少に対して、死後の臓器提供の増加が意味することは何か、そ

のことを、生命観の変化あるいは社会関係の変化との文脈からは論議されていない。

5-3. マレーシアにおける「移植ツーリズム」問題

これまで述べたのは、あくまでも政府が後押しをする「公的・合法的な」メディカル・ツーリズムの一側面である。しかし、今日これらのメディカル・ツーリズムとほぼ同時並行的に進行しているのは、腎臓をはじめ心臓、肺、肝臓などの臓器移植のための移植ツーリズム（transplant tourism）である。現状では、臓器移植を目的とする海外での治療が必ずしも主流であるとは言えないが、明らかに MT の重要な医療分野となっていることは事実である。ただ、このツーリズムは、受療者側および提供者側に大きな問題を生じている。現地調査の中で現れてくるいくつかの事例のうち、マレーシアにおける腎臓移植ツーリズムの状況を、特集記事の具体的な事例から検証しておきたい。

以下は「臓器を得るには海外へ」と題する新聞の特集記事 FOCUS（Sunday Star, Malaysia, 1, August, 2010）を、筆者が要約した内容である。

事例 A は、48 歳のマレーシア人男性である。二児の父親である A 氏は、数年来腎臓病を患っており、週 3 回、各 4 時間人工透析を受け続けている。2010 年時点で、マレーシアでは人工透析治療中の患者は、2 万 1 千人、その内 1 万 1 千人が腎臓移植待機中の患者である。A 氏も 1 万 1 千人の一人であるが、問題は、A 氏が人工透析治療のため、持続的な業務に就くことは困難であり、生活維持にも支障が生じていることだ。そのため、できるだけ早く、海外での腎臓移植手術を切望している。

では、なぜ、海外での移植ツーリズムを希望するのか。

その背景には、マレーシアにおける「臓器移植に関する倫理コード」がある。それによれば、現在、臓器移植の提供が可能な条件は以下の 3 点に限られている。

- ①親族（両親、兄弟・姉妹、配偶者）
- ②「生涯移植（Life-related Transplant）」と呼ばれるボランティアの提供者（ドナー）。
- ③国が認定した死後臓器（DD=Deceased Donor）

現況では、上記 3 条件のどれかに合致する提供は、絶対的に不足しており、マレーシア国立移植資源センター（NIRC）コーディネーター長のレラ・ヤスミン・マンスール医師によれば、「臓器提供者（ドナー）は、140 万人当たり一人であり」「サウディアラビアのような戒律の厳しいイスラーム国家に比べてもずっと遅れている」。そのため、マレーシアでは、移植希望者は 10～15 年待機しなければならない。しかもその間、透析費用と就業制約の課題が残る。

臓器提供不足と海外移植の関連については、専門医師による証言が裏付けとなる。マレー

シア移植協会 (Malaysian Society of Transplant) 会長のハルジット・シン医師によれば、「マレーシア人の海外移植希望者は、国内での治療が受けられないためである」。

では、海外での臓器移植は安全かつ確実という保障はあるのか。この点に関しても、シン医師は批判的である。

リスクの第一は、移植に伴う感染の危険性である。手術による HIV、肺炎などの感染症に罹患するケースが多い。

リスクの第二は、術後治療の経費の大きさであり、合併症が発生しない場合でも、月に 3 千～4 千リングット (約 9～12 万円) の治療費を定常的に必要とする。

移植ツーリズムは「ハイコスト・ハイリスク」であるとシン医師は警告し、海外におけるマレーシア人の臓器移植ツーリズムには否定的である。同医師によれば、移植ツーリズムとは「臓器を商品とし、その売買を是とする『移植コマーシャリズム』であり」「その背景には非合法の治療行為がある」と指摘する。

事例 B は、51 歳のマレーシア人女性である。二児の母親である Bさんは、育児のために移植を受けることを家族から求められた。1994 年にインドで腎臓移植手術を受け、その費用は、5 万リングット (約 150 万円) であった。腎臓提供者は、娘の結婚資金を必要とするインド人男性であったが、彼の手に渡った金額は不明であるという。移植手術は結局失敗に終わり、その後人工透析を受けざるを得ない状態にある。それでも、死後腎臓の移植よりも、次は若い人からの生体腎臓移植を望んでいる。

事例 C は、移植患者の家族から移植ブローカーに転じた華人系マレーシア人男性である。

C 氏の兄弟で 41 歳になる男性は、2008 年に中国・広東省の一都市の病院で腎臓移植を受けた。それは成功に終わるが、術前から術後の移植ツーリズムの過程で、C 氏は「移植ブローカー」に転身する。そのプロセスとは、2008 年の時点では次のような内容である。

マレーシアの透析センターに、移植ツーリズム勧誘のパンフレット配布→移植を希望すれば、中国での移植手術経験者から連絡→中国に渡航→中国のブローカーに連絡→術前に、広東省の一都市で臓器適合性のチェック、臓器提供者と面談→その都市から車で 2 時間の距離にある別な医療機関で手術→術前・手術・術後の検査期間を含めて、2 週間の滞在→その後帰国。総経費は 18 万リングット (約 540 万円)。

記事内容では、医療機関は素晴らしく、しかし治療はひそかに行われた。仲介者あるいは情報提供者の患者への報酬は不明である。移植ツーリズムに関するネットワークが形成されていることが窺われ、こうしたインフォーマルなネットワークを通じて、移植が行われているのが現実である。さらに、提供者の中国人は、20 歳台の青年であり、彼らは、ラップトップの PC、携帯電話、その他の機器類を持っていて、決して貧困な状態にあるとは見受け

られなかったという。

移植ビジネスは、すでにアジア各地で根を張りつつある。それはコマーシャリズムとしての臓器売買の現実の姿でもある。こうした違法な移植ツーリズムに対する規制措置として、2008年にトルコで「イスタンブール宣言」が決議された。それは、基本的には、臓器の密売禁止及び違法な移植ツーリズムの禁止であり、戦略的には、臓器の合法的提供と移植に関する倫理綱領である。その後、インドとパキスタンが宣言を受け入れ、違法な臓器売買禁止は法制化された。しかし、実態としては不明であり、今日もなお、水面下での非合法的臓器売買と移植治療が行われていると推定されている。

前出のレラ医師の言うように「移植の大半は、ドナーに依存している。潜在的にはドナーは多い。しかし、実際には臓器を得ることが困難である」。

グローバル化の中での臓器の商品化とは、マレーシアに限った問題ではない。受療者側の多くを占める経済先進国自体の課題でもある。（2011年8月31日）

追記

本稿の脱稿後、2012年1月に『医療ツーリズム－アジア諸国の状況と日本への導入可能性－』（羽生正宗著、慶応大学出版会）が刊行されたことを記しておく。

F24 FOCUS SUNDAY STAR, 1 August 2010 Malaysia

Have organ, will travel

The lack of organs for transplants has forced some desperate patients to "buy" from overseas. While the transaction usually involves a willing seller, questions have been raised over the ethical and health implications of such a practice.

By RASHVINJEET S. BEDI
sunday@thestar.com.my

AZMAN Johan*, 48, wishes he could get a kidney transplant soon.

Due to kidney failure, he goes for dialysis three times a week, each time lasting four hours. The former lorry driver does not hold a regular job and has to depend on his wife, who is a clerk, to support the family.

The father of two was to have undergone a transplant three years ago when his wife, who was a perfect match, agreed to donate a kidney. But Azman was not well and the operation was called off.

Last month, he was scheduled to have the transplant but this time, his wife backed out at the last minute. He suspects his mother-in-law had a role to play but did not bring up the matter.

Now he is waiting for a non-living donor but he knows it is a long shot.

"I really hope to get a kidney soon," he sighs.

Azman is one of 21,000 patients undergoing dialysis treatment in the country. Of this number, 11,000 are eligible and waiting for a kidney transplant.

There are also those waiting for heart, lung and liver transplants but their numbers are lower than those waiting for kidneys. While kidney patients can undergo dialysis while waiting for donors, others usually die waiting for a transplant.

The ethical way

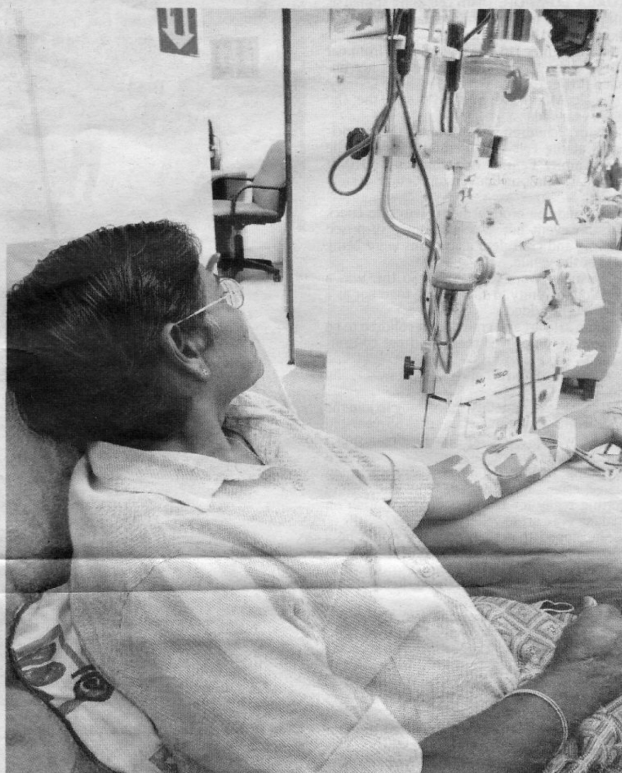
In Malaysia, the accepted and ethical way for getting a transplant is to have either your own relatives (parents/siblings/spouses) be the donor (called the life-related transplant) or from a nationally organised deceased donor (DD) programme.

"There is a lack of dead donor organs and most patients don't want to bother their relatives with a request for donation. They also know if they wait their turn for an organ in Malaysia, it might take 10 to 15 years," says National Kidney Foundation (NKF) chairman Datuk Dr Zaki Morad Mohd Zaher.

Desperate for a better quality of life, those who can afford it go overseas for transplants, with China and India being the favoured destinations.

But there's no guarantee they will return healthier. World Health Organisation (WHO) adviser Prof Dr Francis Delmonico told a recent seminar that some Malaysians who went abroad for organ transplants have returned home with HIV, hepatitis and other problems.

Dr Zaki says that because money and profiteering are often involved in these transplants, one cannot be sure of the standard.



Lost cause: Letchumi regrets her decision to procure a kidney in India as the kidney failed after two years.

exclude infectious diseases that can be transmitted to the recipient? Is the surgeon competent enough to remove the organs without damage and place the organs without complications to the recipients?" he asks.

He adds that because such transplants are illegal in these countries, they are often done quietly outside the usual operating hours and the patients are discharged even before they are ready to be sent home.

He also says most Malaysians do not plan for the cost of subsequent care and will

patients by proclaiming that everything will be well after the transplant.

"Even if there is no complication after the transplant, post transplant care (medications/routine blood tests) will cost about RM3,000 to RM4,000 a month. If they develop complications such as infections or surgical complications, the cost will be higher," says Dr Zaki.

The issue of getting an organ overseas for transplant goes beyond health implications. It is considered a form of exploitation, as usually it is the poor, marginalised and uneducated

図1 "FOCUS", SUNDAY STAR (Malaysia), 1, August 2010

Business thrives with willing donors

> FROM PAGE 24

who sell their organs for money. P. Letchumi, 51, went to India for a kidney transplant in 1994. She recalls the locals waiting at a designated area in a hospital to sell their kidneys.

She met the organ donor match; a man who desperately needed money to get his daughter married off. The operation cost her about RM50,000 although she is not sure how much the man received.

When asked if she felt what she did was wrong, Letchumi replies that her family wanted her to have the operation so that she could take care of her two small children back then.

But two years after the transplant, her kidney failed and she had no choice but to go for dialysis. She doesn't believe in purchasing organs for transplant now.

"What if the seller encounters problems with his kidney later on? He can't get a replacement," she says, adding that she would even reject a cadaver transplant now because a younger person would deserve it more.

Datuk Dr Harjit Singh, President of the Malaysian Society of Transplantation (MST), acknowledges that Malaysians go overseas for organ transplants because of unavailability of donor organs locally.

But that does not make it right to go through any unethical and illegal means of getting the organs, be it from a living or deceased donor, says Dr Harjit.

Such illegal practice is certainly akin to a crime against humanity. By law of nature, we all have to die some day. But as people become affluent, they want to live forever," he opines.

The buying and selling of kidneys is called "transplant commercialism", and it is illegal in almost all countries around the world.

Cases of commercialisation have



Dr Lela: 'We have so many potential donors but we are not able to procure the organs'

reportedly happened in Pakistan, India, China, Egypt, the Philippines, Israel and some South American countries. Kidneys taken from executed prisoners are also sometimes sold.

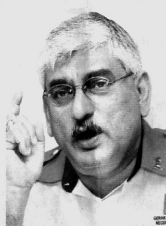
Dr Harjit says that the local people also need organs but are denied because it has become a question of who has the money.

"Why do only the rich have a right to live? What price are we going to put on human organs? Will the price of an organ from an 18-year-old boy be worth more? We are degrading ourselves by putting a price on organs," he says.

Because it was considered to be a huge problem, a group of leading medical experts from around the world met in Istanbul, Turkey in 2008 to develop strategies to prevent organ trafficking and transplant tourism.

They came up with the Declaration of Istanbul to inform, inspire and promote ethical practices in organ donation and transplantation throughout the world.

India and Pakistan subsequently came up with legislation to ban such practices.



Dr George: 'All you need is a team of rogue surgeons. Sometimes, respected people are behind it'

Datuk Dr Jacob George, president of the Consumers Association of Subang and Shah Alam (CASSA), says that guidelines contained in the Istanbul Declaration should be strictly adopted by the Malaysian government, leaving no loopholes to clinical predators, businessmen surgeons, private hospitals and their industry to promote transplant tourism in the country.

He claims there are some organ transplant players in the country monitoring the situation.

"Don't assume that it can't be done. All you need is a team of rogue surgeons. Sometimes, it is the respected people who might be behind it," he adds.

Secret business

Agents promoting transplants are only known to those who are undergoing treatment such as dialysis and their activities are conducted covertly these days, unlike in the past.

A manager of a dialysis centre says they used to get pamphlets on overseas organ transplants two years ago but not anymore.

Dr Harjit says more often, the

patients who have had transplants overseas will pass the information to other patients in need.

Chan Ming Ren* can attest to this fact. His brother was 41 when he had a kidney transplant in China about two years ago. He got the contact from a person who underwent a similar transplant.

Chan says the initial check-up was done in Guangzhou and after getting a match the person selling his kidney was brought to a hospital two hours' drive away.

At this hospital, Chan says, there were many Europeans and Africans also waiting for kidney transplants.

The sellers, meanwhile, were all men in their early 20s, says Chan. There were two other Singaporeans and a Malaysian teenager who underwent kidney transplants at the same time as his brother.

"It is all done in proper hospitals although it's very secretive," he says, adding that all the patients were given fake names.

Chan says his brother could see the surgeons performing the surgery on the kidney seller before it was transplanted onto him. The surgery was over in four hours while the whole process from start to finish was completed in a fortnight, costing him RM180,000. His brother's transplant has been a success so far, and he is now able to work, says Chan.

"Before, he couldn't even drive unless he had his dialysis," he says, adding that his brother spent almost RM200,000 on treatment before the transplant.

Chan believes in the concept of willing seller and buyer. He also insists that those selling their organs were not poor.

"They are materialistic. These youngsters want handphones, laptops and other gadgets," he says.

He does agree that it is sad that they would resort to selling their organs.

Inspired by his brother's trans-

plant, Chan tried his hand at becoming a local agent, establishing contact with Chinese agents. But his venture was short-lived when his first customer was denied a transplant because of frail health. That customer then told other people not to trust Chinese doctors.

When asked if it was possible to meet an agent, Chan says it was impossible to do so these days.

"He won't meet you. He won't even talk to me. Only my brother can call him," says Chan, adding that his brother's agent went into the business after his wife had a kidney transplant about five years ago.

More donors needed

The problem of transplant tourism goes back to the willingness of the public to donate their organs. National Transplant Resource Centre (NTRC), chief co-ordinator Datuk Dr Lela Yasmin Mansor says it is a well-known fact that there are not enough organ donors in the country although awareness is rising.

"Compared even to orthodox Muslim countries like Saudi Arabia, we are lagging behind."

"The organ donor rate is 1.4 per million population last year in Malaysia."

"The majority of transplants here involve living related donors. We have so many potential donors but we are not able to procure the organs," she laments.

Dr Lela says the country should take every step to be self-sufficient in the procurement of organs. She notes that fatal road accident cases could be a good source of organ procurement as many of those involved are young and usually healthy (free from disease).

"That (not being able to procure the organs) is a double tragedy in itself," she notes.

* Not real name

图2 "FOCUS", SUNDAY STAR (Malaysia), 1, August 2010