

国際臨床医学会雑誌

Journal of international society of clinical medicine

第3巻 (第1号)

Volume. 3 (issue 1)

目次

理事・監事紹介	3
寄稿 1	
国立国際医療研究センターと日本の医療の国際展開 国土 典宏 (国立研究開発法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 理事長) 他	4
第3回 国際臨床医学会学術集会を開催して 田村 純人 (東京大学医学部附属病院 国際診療部 部長、国際臨床医学会 理事、 第3回 国際臨床医学会学術集会 会長)	8
特別企画：新しい時代に求められる医療通訳	
医療通訳士の誕生 —多文化コミュニケーションの専門職— 中村 安秀 (甲南女子大学教授、大阪大学名誉教授)	11
医療通訳実践における連携 糸魚川 美樹 (愛知県立大学外国語学部)	15
近年の外国人医療関連施策の動向と今後の医療通訳への影響 岡村 世里奈 (国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野/医療通訳・国際医療マネジメント分野)	19
医療通訳士認定制度について 押味 貴之 (国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター)	23
医療通訳士認定制度の発足と発展 中田 研 (国際臨床医学会認定制度委員会医療通訳士認定部会) 他	28
原著論文	
在豪邦人高齢者と老後：多様性に対応できる高齢者福祉サービスの必要性 渡辺 百合子 (St Vincent's Hospital Sydney, Australia) 他	37
ロシアにおける臓器移植医療と日露協力の発展の可能性 ウリヤーノワ・スヴェトラナ (東京大学医学部附属病院 国際診療部) 他	43
糖尿病における医療の国際化に向けた取り組み 飯塚 陽子 (東京大学医学部附属病院 糖尿病・代謝内科)	49
訪日外国人患者の医療搬送症例 栗山 美香 (日本エマージェンシーアシスタンス株式会社) 他	54
「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の役割と普及モデルの考察 友久 甲子 (メディフォン株式会社 外国人患者受入れ体制整備支援事業部) 他	58
タイ・コンケン病院と提携した外傷外科研修プログラム～現状と課題 益田 充 (日本赤十字社和歌山医療センター (外傷救急部/外科/精神科/国際医療救援要員))	62
医療システムやコミュニケーション文化に影響される 受療行動と医療に対する認識の違い 森 つばさ (康生会武田病院)	66
寄稿 2	
グローバルヘルス人材のキャリア・ディベロップメントにおける課題 地引 英理子 (国立国際医療研究センター グローバルヘルス人材戦略センター 人材情報解析官/ 上級研究員、東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学教室 研究生)	70
ベトナム語医療通訳の現状と新しい試み —市民団体と遠隔医療通訳サービス企業との協働— 連 利博 (霧島市立医師会医療センター 国際診療部 小児外科、Medi-Way 東和医療通訳サービス)	75
投稿規定	79
次回学術集会のお知らせと演題募集	80

理事・監事紹介

代表理事	澤 芳樹	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座心臓血管外科学教授
理事	尾内 一信	川崎医科大学小児科学講座教授 日本渡航医学会理事長
	狩野 繁之	国立国際医療研究センター研究所熱帯医学・マラリア研究部長 日本熱帯医学会理事長
	國土 典宏	国立国際医療研究センター理事長
	清水 周次	九州大学病院国際医療部教授
	田村 純人	東京大学医学部附属病院国際診療部長
	寺野 彰	獨協学園理事長・獨協医科大学名誉学長 日本私立医科大学協会会長 国際観光医療学会理事長
	中田 研	大阪大学大学院医学系研究科スポーツ医学講座教授 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター長
	中谷 比呂樹	慶應義塾大学グローバルセキュリティ研究所特任教授 大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座招聘教授
	中村 安秀	甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科教授 日本国際保健医療学会理事長
	福井 次矢	聖路加国際大学学長 聖路加国際病院院長
寶金 清博	北海道大学大学院保健科学研究院高次脳機能創発分野特任教授	
三好 知明	国立国際医療研究センター国際医療協力局人材開発部長 日本国際保健医療学会理事	
監事	史 賢林	てんじん整形外科リウマチ科院長

寄稿 1

国立国際医療研究センターと日本の医療の国際展開

國土 典宏¹⁾、明石 秀親²⁾、藤田 則子³⁾、三好 知明⁴⁾、杉浦 康夫⁵⁾、
野崎 威功真⁶⁾、梅田 珠実⁷⁾

- 1) 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 理事長
- 2) NCGM 国際医療協力局 運営企画部長
- 3) NCGM 国際医療協力局 連携協力部長
- 4) NCGM 国際医療協力局 人材開発部長
- 5) NCGM センター病院 国際診療部長、国際医療協力局 展開支援課 課長
- 6) NCGM 国際医療協力局 連携推進課 疾病対策チーム長
- 7) NCGM 国際医療協力局 局長

1. 国立国際医療研究センターの概要

国立国際医療研究センター (NCGM) は、1868 年に兵隊仮病院として発足以来、2018 年に創立 150 周年を迎えた。東京陸軍病院時代には、文豪森鷗外も勤務している。1946 年に厚生省に移管され、国立東京第一病院となり、1974 年に国立病院医療センターに改称された。1993 年に国立病院医療センターと国立療養所中野病院の統合により、国際医療協力推進の中心的役割を担う施設として第 4 番目のナショナルセンター「国立国際医療センター」が創設。2008 年には組織改編を行い、国立精神・神経センター国府台病院は「国立国際医療センター国府台病院」となった。そして 2010 年、独立行政法人国立国際医療研究センターとして組織改編の下、高度先進医療を更に追求する新たな総合病院が出発した。2015 年に国立研究開発法人国立国際医療研究センターとなり、疾患の予防や先進的な治療にかかる研究開発を推進することが求められるようになっていく。

国立国際医療研究センターは、エイズ治療・研究開発センターや国際感染症センター、救命救急センターを含むセンター病院、国府台病院、肝炎・免疫センターや糖尿病研究センターを含む研究所、臨床研究センター、国際医療協力局、国際医



図 1. 国立国際医療研究センターの構成

療協力局、国立看護大学校から構成される（図1）。この体制で、国立国際医療研究センターの標榜する「3つのG」、① Global Health Contribution 国際医療協力・人材育成への貢献、② Grand General Hospital 全ての病態・感染症に対応できる総合病院、③ Gateway to Precision Medicine ゲノム医療と個別化医療、高度先進医療の研究拠点、に取り組んでいる。

2. 国立国際医療研究センターの国際医療協力

戦後、我が国は国際社会の調和ある発展と人道的配慮という理念のもとに、開発途上国に対する支援を行ってきたが、医療分野における協力をさらに進めるため、1979年に出された厚生省の検討会議による「医療協力は開発途上国の人々にとって人間生活の基本的要求に直結する最も社会的効果の高い人道的援助の一つであり、その充実強化のため国際医療協力にかかるセンターを設置する必要がある」との答申に基づき、当センターは1993年に国立国際医療センターとして改組・創設された経緯をもつ。以来、国際的な対応を要する感染症やその他の疾患の診断治療を行うとともに、これらの疾患や医療分野における国際協力に関する調査研究、医療専門家の派遣、技術者の研修等を行う高度専門医療センターとして、我が国の医療分野における国際貢献の拠点機能を強化させてきた。

国立国際医療研究センター（NCGM）の国際貢献の歴史は、1979年のカンボジア難民キャンプへの緊急医療援助に医師など医療従事者を派遣したことに始まる。その後も少数ながら医師を派遣し続け、1986年に正式に「国際医療協力部（現、国際医療協力局）」が発足した。その後、現、国際協力機構（JICA）の政府開発援助（ODA）事業に協力する形で、緊急援助から次第に開発途上国での保健人材育成に重点を置くようになり、ボリビアでの無償資金協力で建設された病院の医療技術支援を皮切りに、ポリオ根絶などの感染症対策、母子保健、地域保健医療の仕組み作りなどの、多くの技術協力を実施する機関として発展してきた。これまでに、140カ国に延べ4800名以上の専門家を派遣してきており、また157カ国から延べ5600名以上の研修生を受け入れてきている（2019年3月までの累計）。また、世界保健機関（WHO）西太平洋事務局の協力センターとして登録されている他、長崎大学やフランスパスツール研究所、ベトナムやラオス、カンボジア、インドネシア、タイ、フィリピンなどの政府機関と覚書を締結し、ネットワークを構築している。

こうした活動をより効果的に実施するため、当センターでは2014年にグローバル医療戦略本部を設置し議論を重ね、「人間の尊厳に基づき、医療・研究・教育・国際協力の分野において、我が国と世界の人々の健康と福祉の増進に貢献する」という理念の実現に向けて、病院、研究所、国際医療協力局、臨床研究センター、看護大学校を含むすべての組織それぞれにおいて、これまで培ってきた医療、研究、国際保健、人材育成などに関するリソースを再び統合させ、最大限活用し、強化することで、センター全体が一体となって国際展開に取り組むための、グローバル医療戦略を策定した（図2）。

上記に加え、国立高度専門医療研究センターに期待される政策提言機能を強化するため、2016年にグローバルヘルス政策研究センターを設置し、国際保健プロジェクトにおける体系的なデータ収集と評価を支えるICTプラットフォームの構築・運用、施策評価のシステムづくりを通じ、政策立案支援や実効性の高い国際医療協力活動の支援、エビデンスに基づく政策提言機能の向上に取り組んでいる。その他、研究開発では、アジアを中心とした国際連携型グローバル臨床研究ネットワーク拠点形成を進め、統合的な臨床試験や国際共同開発などの枠組みづくりの支援も実施している。

こうしたこれまでの地道な活動や成果が認められ、2019年の第72回WHO総会において、当センターは保健開発に優れた貢献をした個人や組織に与えられる「アラブ首長国連邦（UAE）保健基金賞」を受賞した。

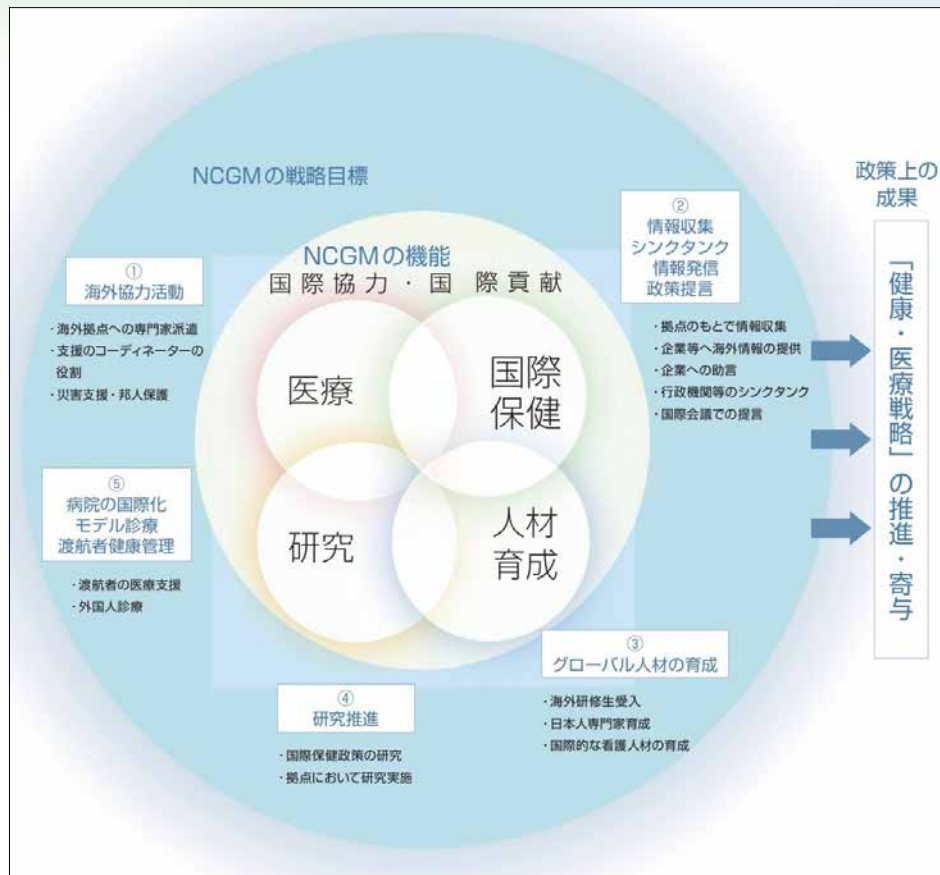


図 2. グローバル医療戦略

3. 企業の国際展開と国立国際医療研究センター

これらの経験や機能を基に、国立国際医療研究センター（NCGM）では企業の海外展開への支援も行っている。例えば、近年、厚生労働省の「医療技術等国際展開推進事業」の実施機関として、相手国の人材育成を通して、我が国の公的医療保険制度をはじめとした医療制度に関する経験の共有、医療技術の移転や高品質な日本の医薬品、医療機器の国際展開を推進し、日本の医療分野の成長を促進しつつ、相手国の公衆衛生水準および医療水準の向上に貢献する活動も重点的に取り組んでいる。また、JICA 民間連携事業応募・受託企業への技術的助言や、医療機器の製販企業等を対象とした開発途上国事情を理解するための海外研修事業、医療機材の WHO 認証取得のためのセミナー開催、さらに海外での保健医療ニーズを公開しての企業との資機材の共同開発なども行っている。

4. 外国人診療の動向と国際診療部の概要

2015年4月、国立国際医療研究センター（NCGM）病院に国際診療部を開設した。それ以前は、各科が独自の努力で外国人診療を実施していたが、受診する外国人が増える中、病院の問い合わせ先、医療通訳の確保や未収金の問題などが顕在化した。そこで、国際診療部が立ち上げられ、(1) 外国人患者・家族支援、(2) 医療現場のスタッフ支援、(3) 言語対応支援、(4) 未収金発生予防、(5) 経験の共有・情報提供の活動を開始した。実際に、NCGM センター病院の外国人患者数は、ここ数年増加しており、2018年度は、外来初診患者数のうち12.5%、新入院患者

数のうち5.7%が外国人であった。

医療通訳は、外国人診療において安全な医療の遂行のために必要不可欠である。国際診療部では、英語、中国語、ベトナム語、ネパール語については対面通訳を用い、それ以外の言語にも遠隔通訳として電話通訳を用い、現在、合計17カ国語に対応している。しかしながら、現在でも、病状や検査結果、診断や治療方針の説明など必要時の希少言語の医療通訳の確保は大きな課題であることには変わらない。そのため、国際診療部では、あらかじめ希少言語の通訳者を登録し、必要時に連絡をする登録通訳制度を取っている。

未収金発生は、外国人診療を行う医療機関では最小限にすることが求められる。海外では医療費の支払い方法や金額が異なるため、国際診療部は、ホームページで支払い方法やルールを公開している。また、外国人患者の初診時や入院時の概算や支払方法の説明から、診療終了後の会計終了まで、病院の事務と国際診療部は密に連絡を取りながら、未収金予防の対応を行っている。

実際に、外国人患者受け入れ医療機関認証制度（Japan Medical Service Accreditation for International Patients：JMIP）を受審する中で、全部門での体制整備が徐々に進み、また、ジャパンインターナショナルホスピタル（JIH）推奨も得ることができた。今後の課題は、土日や夜間の外国人患者対応とそのためのスタッフの支援体制強化、そして、支払いが困難な外国人患者の対応があげられる。

5. おわりに

前述のように、日本の医療の国際展開における国立国際医療研究センター（NCGM）の強みは、過去30年以上にわたる途上国での国際協力活動を通じ、各国の保健医療に係る現状や課題、成功事例を、現場レベルで把握するとともに、現地政府や国連機関を始めとする関係機関との良好な関係を構築してきたことである。それゆえに、真に当該国の国民全体に裨益する保健医療協力を主たる目的としており、我が国の経済活性化はこれに付随して達成されるものと考えている。当センターはまた、厚生労働省所管の専門機関として、医学医療を基盤とした活動を行っている。本年5月、WHO総会にてUAE賞が贈られた際の記念スピーチで強調した「Health for All」（“人々の健康”を守り、増進すること）を、今後も我々の矜持として、さらなる国際貢献に取り組んでいきたいと考えている。

第3回 国際臨床医学会学術集会を開催して

田村 純人

東京大学医学部附属病院 国際診療部 部長
国際臨床医学会 理事
第3回 国際臨床医学会学術集会 会長

第3回 国際臨床医学会学術集会を、平成30年（2018年）12月8日土曜日に東京大学本郷キャンパス伊藤国際学術研究センターにて開催させて頂きました。令和2年（2020年）の東京オリンピックも迫り、さまざまな分野での国際化に期待が高まっています。医療も例外ではありません。東京大学医学部附属病院国際診療部として、このような中、学術集会を開催させていただきますのは名誉なことであり、機会をいただきましたことを澤芳樹理事長はじめ学会のみなさまに厚く御礼申し上げます。

国際臨床医学会は、平成28年（2016年）8月に一般社団法人として発足した、設立間もない若い学会です。グローバル化がすすみ、人の往来がますます盛んになるにつれて、医療にも様々な変化が生じています。日本の国内外で活躍する医療者を中心に、この変化に対応するネットワーキングと教育の場の必要性が強く認識され、いくつかの国立大学病院にて国際診療を専任で担当する部署が確立される時期とも重なり、設立に至りました。学会は、この新たな時代の局面の中で、国際的な医療に携わる人々の意見交換と親睦の場として、医療資格をお持ちの方はもちろん、事務職の方や学生、そしてボランティアを目指す一般の方に至るまで、国際診療に関わるすべての人々に開かれた会です。

第1回学術集会は学会設立から半年も経たない同年の12月に本学会理事長の澤芳樹教授（大阪大学）を会長として東京日本橋にて開催され、第2回は当時国立大学附属病院長会議常置委員会国際化担当を担っておられた本学会理事の寶金清博教授（北海道大学）を会長として平成29年（2017年）12月に開催されました。いずれも多方面から多くの熱心な参加者が集い、活発な意見交換と情報収集の場として、大変な盛況を博しました。この第1回と第2回で人々のネットワークができ、ターゲットとする問題群として医療通訳や保険診療の適用等の課題が認識され、その後の国内での国際診療に関する様々な議論の場に影響を与えたといえます。

平成30年（2018年）に発刊致しました本学会誌の第2巻で、寶金先生より第2回学術集会のエッセンスをご寄稿頂いています。その中で寶金先生は、医療は本質的には国境なき人間の尊厳そのものにかかわるものである一方、医療制度は過去の国際条約で規定された国家という主体をベースに極めて内向な側面があり、人と資本の移動が激しいグローバル化のすすむ現代社会においてこの違いが様々な課題を生じてきている、と指摘され、本学会の価値観の中心に国や地域ごとの制度による医療の個別化・分断を取り除く使命があると述べられ、課題を捉えるにあたり三つの枠組みを提言されました。すなわち、インバウンド、アウトバウンド、そして、イクスチェンジ（交流活動）です¹⁾。様々な取り組みが日本国中で多面的になされ、星雲状ともいえる日本の医療の国際化の現状を整理し、ベクトルを明快に示された画期的な学術集会のご報告でした。

第3回目となる本学術集会では、テーマを「国際診療の深化と広がり」とさせて頂きました。世界的にも稀な成功した国民皆保険制度を持つ日本は、現在は、低価格で高品質の医療を広く国民に提供し得ているものの、さまざまな困難も指摘されています²⁾。その中で医療の国際化をどのように捉えるか、どのような姿が望ましいのか、医療人にとって必要な心構えやスキルはなにか、参加者の協調と今後の発展の礎となり、日本の国際診療の臨床の

現場の深みと広がりをおぼろげに考える学術集会を目指しました。

「国際診療」というと、「外国人の診療ですね」という反応や、少し詳しい方からは「外国人のインバウンド需要での経済効果を医療で得るお話ですね」というコメントを頂いたりします。しかし本学会員のみなさまは、とてもそんなシンプルに語れるものではない、ということは理解されていると思います。そもそも、安易に「外国人」という言葉を使うこと自体が危ういと思われるでしょう。「日本人でない」「外国人」というレッテルは、時代遅れな過去のステレオタイプのコピーペーストの継続であり、世界の現状からも、すでに多民族化し多文化が共生している日本の日常からも乖離しています。その安易さ、曖昧さを残したまま、マーケットフォースによるグローバル化の影響が都心部にとどまらず医療資源の乏しい地方にまで押し寄せることに直面し、対応しきれず、大きなインパクトを受けていることを認識する必要があります。

第3回学術集会のプログラム構成は、「国際診療」とはなにか、ということ、さらに追求する試みでした。日本の社会文化に織り込まれた社会保障制度と一体化した医療保険システムの中で、インバウンドやアウトバウンドを産業の輸出や輸入のようなインダストリーの延長のみで考えるのはあまりに寂しく、医療者として本能的に不安に駆られます。医療で扱う生と死、そしてその間にあるものは、本来、経済活動を目的としたものではないですし、それ自体に収益性を求めるものではありません。日本の社会の中でひとりひとりが持つに至った、健やかに生きたい、家族や親しい人が元気でいてほしいと願う共通の価値観が、歴史的経緯の中で、幸運にも税制度に支えられた社会保障制度として実現された仕組みがあるために、収益性があるような表現も可能であるということにすぎません。

日本の医療の国際化を考えるとということは、日本の、社会保障と一体化した社会保険の仕組みをどう捉え直したか、ということです。国民皆保険制度の下で空気のように存在する医療を担い、その中で教育を受け、培われた博愛精神で医療を提供することに至った日本の医療者に、どのようにいま議論されている国際化について自然に腑に落ちる理解を得ることができるか、ということです。この点をおざなりにすると、先々訳が分からなくなってしまうのではないかと、医療の国際化が、そのまま国内の将来の医療格差につながっていく素地を生じるのを許してしまうのではないかとという危惧さえ抱きます。私たちが忘れてはならない、日本の国際診療の医の原点とは何か、国際診療の深みと広がりはいかにあるのか、参加されるみなさまと共に考えてみたいと思いました。そのため、幅広い領域のフロンティアランナーの方々にご登壇をお願い致しました。

特別企画として、特定非営利活動法人日本医療政策機構代表理事の黒川清先生に日本の医療の国際化について、また、国立国際医療研究センター（NCGM）理事長の國土典宏先生に、日本医療の国際展開と国立国際医療研究センターの役割について、学校法人獨協学園理事長の寺野彰先生に座長を頂いて、お話を頂きました。立法府から、参議院議員自見はなこ先生より、政府が担っている外国人観光客に対する快適な医療の確保に向けた提言について、学会理事長の澤芳樹先生に座長をお願いし、お話を頂きました。そして、パネルディスカッションとして、「医療通訳者の認証制度～マイナー言語について考える」、「国立大学病院の国際化の取り組み～各大学の特徴を生かして」、そして「外国患者診療と保険制度～社会の安心と現場の納得」の三つの企画を立て、各分野のスペシャリストに現在もっともホットな演者を集めて頂きました。

また、病院・大学関係者のみならず、産業界と医療界の相互協力による日本の医療の国際的な発展を目指す視点から、Medical Excellence JAPAN (MEJ) との共催企画で、国際的診療連携の実現をテーマにJapan International Hospital とインバウンドの可能性についてコラボレーションセッションを持ち、山本修三 MEJ 理事長にお話を頂きました。さらに、一般市民の方に国際化を肌で感じて頂こうと、参加料無料のオープンフォーラム（市民公開講

座)を、WHO 執行理事中谷比呂樹先生にご企画頂きました。「世界を舞台に保健の仕事をしよう！」をテーマに、NCGM 国際医療協力局人材開発部長の三好知明先生に座長をお願いし、WHO 西太平洋事務局より遠隔での現地からのご参加も頂いて、国連医療職への誘いと国際的な活躍について啓発を頂きました。WHO より発せられた、世界は医療に関わる日本人の活躍を求めている、というメッセージに勇気づけられた若い方も多かったのではないのでしょうか。

公募演題の募集を、「国際交流」(学生・教育、医療者研修)、「国際診療・看護」(海外・国内)、また、近年ますます重要性が認識されつつある「医療通訳」、「医療事務」という大きな項目立てで募集しましたところ、予想をはるかに上回る応募を頂き、最終的に三十演題を採用させて頂きました。会場の都合で、本学術集会としては初めてポスターでの発表の場を必要としました。本演題によるイブニングセッションの会場は、人が入りきれないほど盛況となってしまい、多くの参加の方々にご不便を生じてしまいました。主催者として見通しの甘さをお詫びするとともに、嬉しい悲鳴の中で改めて本集会に対する期待と、本学会の存在意義を確信させて頂く機会となりました。

お陰様で、本会は200人の参加者を得て、盛会のうちに終えることができました。

「国際」という形容詞なしに医療が語られる状況を日本国内に作ることに、言い換えれば、本学会の存在が忘れられることが本学会の使命、と第2回学術集会会長の寶金清博先生は述べられ、深く胸を打たれたのを覚えています。遠い将来、人類の社会から、制約となる国境がなくなり、医療や教育の機会が遍く行きわたり、誰も取り残されない社会の実現を目指して、日本の社会保障制度で培われた精神を基盤に、本学会の使命を担う人の輪が大きく広がっていくのを想像します。これからも、本学会のみならず、ひとつひとつ課題に対する処方箋を考え、歩んで参りたいと思います。

文献

- 1) 寶金清博. 第2回 国際臨床医学会学術集会 会長基調講演. 国際臨床医学会雑誌, 2018; 2 (1) : 3-5.
- 2) Shibuya K, Hashimoto H, Ikegami N, Nishi A, Tanimoto T, Miyata H, Takemi K, Reich MR. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. Lancet. 2011; 378 (9798) : 1265-73. doi: 10.1016/S0140-6736 (11) 61098-2. PMID: 21885100



新しい時代に求められる医療通訳

医療通訳士の誕生 —多文化コミュニケーションの専門職—

中村 安秀

甲南女子大学教授
大阪大学名誉教授

1. 医療通訳士という新しい職種の必要性

(1) 医療通訳者との出会い

私をはじめで日本国内で医療通訳者の仕事に触れたのは、2001年の愛知県小牧市の乳幼児健診であった。乳幼児健診の未受診者に外国人が多いことに気づき、全国ではじめて乳幼児健診に通訳者を導入した。当時、市の保健センター長をしていた保健師の英断であった。実際に日系ブラジル人3世のポルトガル語の通訳者が乳幼児健診に参加することにより、外国人母親をもつ乳幼児の健診受診率が導入前の約30%から、導入後には80%近くにまで著明に向上していた¹⁾。ひとりの通訳者の存在が外国人母親の健診に対する意識を変革し、外国人住民の健康増進につながっていたのだ。

しかし、驚いたことに、この日系ブラジル人の通訳者は医療関係者ではなく、医療通訳の研修も受けた経験がなく、ブラジルから看護の本を取り寄せ、職員向けのセミナーに参加し、独学で保健医療用語の知識を習得していた。彼女は、日系ブラジル人の母親の生活背景も熟知し、同時に保健医療機関から厚い信頼をえており、素晴らしい医療通訳者であった。しかし、個人の熱意と超人的ながんばりと、周囲からの温かなサポートに全面的に依拠していた。この現状を目の当たりにして、必ずや近い将来に医療通訳者を育成するシステムを日本国内で創りあげる必要があることを確信した。

(2) プロフェッショナルな医療通訳士に対するニーズ

いま、外国人の多い病院では、患者の親戚や友人で日本語のできる人が通訳することは少なくない。また、外国語に堪能な日本人がボランティアとして通訳を手伝うこともある。しかし、日本で暮らす外国人の在住期間が長くなるにつれ、がんや心臓病といった専門知識が求められる疾患に罹患することが多くなってきた。外来診療や入院病棟での病歴、主訴、診断告知、治療方針などの正確な説明や、手術やがん告知などのインフォームド・コンセントのことを考えると、相手国の言葉を話せる人に通訳をお願いするという通訳ボランティアの発想では対処できないことは自明である。また、2018年には3,000万人以上の外国人観光客が日本を訪問した。観光客などに対する安全と安心の確保の点からも、医療通訳士の確保は必須である。

医療通訳士を必要としているのは、病院だけではない。2009年に施行された「乳幼児家庭全戸訪問調査（こんには赤ちゃん事業）」では、生後4か月までの乳児のいるすべての家庭を専門家が訪問することになっている。しか

中村 安秀

〒658-0001 兵庫県神戸市東灘区森北町 6-2-23

Email: nakamura@konan-wu.ac.jp

し、日本語の理解できない外国人母親の場合は、医療通訳者が同伴しないとこの事業は成立しない²⁾。2010年の全国の児童相談所に対する児童虐待事例の調査では、164施設から1,111例の事例があげられ、52%が父日本人・母外国人であった。外国人の親が虐待者である場合に、通訳者サービスを十分に活用できていない児童相談所が少なくなかった³⁾。母子保健分野、感染症対策、福祉分野においても、プロフェッショナルな医療通訳者を介したコミュニケーション支援が必要なのである。

2. 医療通訳者育成の経緯と現状

(1) 医療通訳士協議会の設立と倫理規程の策定

全国組織として2009年2月に医療通訳士協議会（Japan Association of Medical Interpreters：JAMI）が発足した。日本語のできない外国人に対して、日本人と同水準の医療を提供するために、保健医療分野に造詣の深いプロフェッショナルな医療通訳士に対する適正な報酬と身分を保障するための制度の整備に寄与し、医療通訳士の技術向上のための活動を行うことを目的としている。

2011年7月の長崎におけるJAMI総会で、「医療通訳士倫理規程」が公表された。前文では、「医療通訳士は、すべての人々がことばや文化の違いを超えて、必要とされる医療サービスを受けられるようにコミュニケーションの支援を行う専門職」であると定義した（表1）⁴⁾。なお、「医療通訳士」という用語はJAMIが創造したものであり、この用語を営利主義から保護するために2011年に商標登録を行った。

表 1. 医療通訳士倫理規程（医療通訳士協議会が2011年に策定したもの）

前文	条文
医療通訳士は、すべての人々がことばや文化の違いを超えて、必要とされる医療サービスを受けられるようにコミュニケーションの支援を行う専門職であり、患者等と医療従事者がお互いを理解しあい、健康と福利の促進のために必要な信頼関係の構築に寄与することを使命とする。	1 守秘義務 2 正確性 3 公平性 4 業務遂行能力の自覚と対応 5 知識・専門技術の維持・向上 6 医療通訳環境の整備ならびに他専門職との連携 7 権利の擁護 8 医療通訳士の自己管理 9 専門職としての社会貢献

(2) 全国各地での人材育成の実践

全国各地では、医療機関、NGO、国際交流協会などにおいて、医療通訳者を育成するための研修プログラムが実施されている。医療通訳者の背景はさまざまである。日本人あるいは外国人という母語と、保健医療資格の有無という2つの基軸で分けると、4象限に分類することができる（図1）⁵⁾。医療専門職の外国人は、日本において本国の医療資格が制限されることが少なくない。ポルトガル語、スペイン語、中国語においては外国人の非医療職の

	医療職	非医療職
外国人	医師・看護師など	在住外国人 留学生
日本人	医師・看護師など	言語スペシャリスト 会議通訳者 国際協力経験者 在留経験者 通訳案内士*

※通訳案内士：通訳関係の国家資格。通訳案内士法により、通訳案内士試験に合格し、都道府県知事の登録を受けた人を用いる。登録者数約2.5万人（2018年現在）。英語、フランス語、スペイン語、ドイツ語、中国語、イタリア語、ポルトガル語、ロシア語、韓国語、タイ語がある。

図 1. 日本で活躍する医療通訳者の言語・医療の背景

占める割合が多く、英語においては日本人の非医療職が多いという印象を受けている。また、会議通訳者や通訳案内士をしながら、必要に応じて医療通訳の仕事をする人も少なくない。

国が取り組む以前から、外国人は住民であると認識した自治体が積極的に取り組んできた。2002年4月に設立した神奈川県「MIC かながわ（特定非営利活動法人多言語社会リソースかながわ）」の取組みを皮切りに、京都府、愛知県、佐賀県など多くの自治体で地域特性に応じた研修が行われている。

医療通訳者の養成に向けた大学教育は、2003年に大阪大学大学院人間科学研究科と大阪外国語大学大学院言語社会研究科の単位互換協定講座として開講された「保健医療通訳入門」を嚆矢とする。その後、大阪大学と大阪外国語大学との統合を受け、2011年からは医学部や薬学部も巻き込んだ大学院高度副プログラム「医療通訳」コースが展開された。また、愛知県立大学の「医療分野ポルトガル語スペイン語講座」、神戸市看護大学と神戸市外国語大学が中心となった神戸ユニティの「医療通訳・コーディネーター入門」などがあげられる⁶⁾。

2014年度から厚生労働省による「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」が開始され、「日本医療教育財団」による医療通訳の育成を図る医療通訳育成カリキュラムに準拠して、全国各地で研修プログラムが実施されている。

山田秀臣の厚生労働省研究班報告によれば、医療通訳者の推定数は、医療機関や企業などの雇用または登録者において約1,000人、自治体の国際交流協会などのボランティアベースの登録者数が約4,000人といわれているが、実際に活動している人数は明らかではないという⁷⁾。

一方、2016年の段階で東海地域（愛知・三重・岐阜・静岡）では常勤の医療通訳者を雇用している公立および市立病院がすでに40近くにのぼっていた。ほとんどの場合、その人件費など雇用に関わる費用は病院側が負担している。ただ、私立病院の経営者によると、当該言語の外国人患者の入院や出産が見込まれる場合には、通訳を常勤で雇用する経済的なメリットもあるという。今後は、常勤の医療通訳者だけでなく、通訳派遣・電話通訳などの通訳派遣会社に雇用される形態が広がっていくのではないかと推察される。

3. 医療通訳士の制度構築に向けて

医療通訳士という新しい職種の人材を育成することに関して、追い風が吹いている。医療通訳士の課題は、人や物が国境を越えるグローバル時代における日本の保健医療システムのあり方を問い直す試みである。いいかえれば、日本人のために出発した国民皆保険制度をどのように再構築するかという問いでもある。

国際臨床医学会による医療通訳士認定が2020年3月までに実施される予定である。一定基準の研修を受講し試験に合格した「医療通訳試験合格者認定」と、すでに医療通訳の現場で活躍してきた「実務者認定」に分かれる。どちらも、医療安全、感染症対策、医療倫理といった内容に関する講習会を受講することが義務付けられている。新しく認定されるであろう医療通訳士に関する課題と将来展望は時期を改めて議論したい。

ここでは、医療通訳士の制度を作るだけでは不十分であり、認証試験に合格したあとの医療通訳士の方々の勤務先を確保しておくことが喫緊の課題であることを強調しておきたい。そのためには、医療通訳士の雇用問題の解決のために、日本の保健医療制度の根幹である公的健康保険に、医療通訳サービスをどのように組み込むのかという課題に正面から取り組む必要がある。健康保険法の診療報酬算定方法（診療報酬点数表）に医療通訳士加算などのかたちで医療通訳サービスを組み込むことにより、医療通訳士という存在を持続可能な形で制度化することが可能になると私は考えている。

4. おわりに：国際ジュニアへの期待

日本における多文化共生時代の次世代の担い手のひとりとして、国際ジュニアに期待したい。国際ジュニアとは、日本で暮らす外国人を親に持つ子どもたち、海外で暮らす就学年齢の日本人家庭の子ども、日本の大学や大学院で勉学に励む留学生、海外の高校や大学を卒業した日本人のことをいう。日本と外国という2つの文化や言語を習得している子どもや青少年の潜在能力の高さを強調しておきたい。

以前に、群馬県太田市の外国人集住地域でインタビューした中学生は、「将来は、日本と母国の架け橋になれるような仕事をしたい」と語ってくれた。そのときに、すぐに架け橋となる職業を思いつけなかった私自身に恥じ入った。いまでは、多文化共生時代の職業として、医療通訳士などさまざまな分野で、国際ジュニアたちが躍動しようとしていることを紹介できるようになった。

今後は医療通訳士の制度整備だけにとどまらず、国際臨床医学会などグローバルヘルスに関連する学会が積極的に音頭を取って、国際ジュニアのように多様でグローバルな背景をもつ若い人が活躍できるような教育システムを早急に準備することが必要不可欠である。

引用文献

- 1) 伊藤美保ら. 在日外国人の母子保健に関する通訳の役割. 小児保健研究, 63 (2) : 249-255, 2004.
- 2) 李 節子. 自治体の地域特性を活かした「医療通訳」のあり方. 保健の科学, 56 (12) : 807-816, 2014.
- 3) 北野尚美ら. 外国人親をもつ子どもの家庭内被虐待の発生頻度とその特性に関する横断調査研究. 財団法人こども未来財団, 2011
- 4) 中村安秀. 南谷かおり. 医療通訳士という仕事. 大阪大学出版会, 大阪, 2013 : i - iv.
- 5) 中村安秀. 医療通訳士が活躍できる社会をめざして. 自治体国際化フォーラム, 2017 : 338 ; 2-4.
- 6) 中村安秀. 医療通訳士という人材を創り育てること. 医学のあゆみ, 2016 : 257 (8) : 881-884.
- 7) 山田秀臣. 日本における外国人診療の現状に関する調査研究. 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業) 分担研究報告書. <http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/files/201620052A0004.pdf>



新しい時代に求められる医療通訳

医療通訳実践における連携

Collaborative Practice of Health Care Interpreting

糸魚川 美樹

Miki Itoigawa

愛知県立大学外国語学部

School of Foreign Studies, Aichi Prefectural University

〈要旨〉

日本の医療通訳は、外国籍住民支援を目的に、ボランティアによって地域で発展してきた。その形態は、①外国籍住民支援を専門とするNPOによる事業、②地域の国際交流協会等によるもの、③行政主導で運営される事業、に大別される。これらの事業では、医療通訳者の育成と派遣が一体となっているため、医療通訳者のレベルが把握しやすく、医療機関からの依頼内容に合った通訳者を派遣できるというメリットがある。ただし、このしつみを十分にいかすためには、派遣する側に医療通訳の専門的な知識を有する派遣コーディネート体制が必要である。また医療機関側にも外国人診療を専門とするコーディネーターが必要である。外国籍住民集住地域には、医療通訳派遣事業のほかに1990年代前半から医療通訳者を雇用している医療機関がある。この実態を把握するのは難しく、職業としての医療通訳の情報は地域や関係団体に共有されていない。必要な能力を有する医療通訳者が雇用されるために、認証制度の開始が期待されるし、医療通訳のノウハウを備えた地域の団体と医療機関の連携も有効である。

〈キーワード〉 地域の医療通訳 コーディネーター 医療機関との連携

local health care interpreting, coordinator, collaboration with medical institutions

〈研究費〉 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究

研究課題「医療通訳認証の実用化に関する研究」

課題番号「H29-医療-指定-020」

1. はじめに

日本における医療通訳は、地域で暮らす日本語運用能力が十分でない住民に対する支援活動として発展してきた。朝日新聞が、1991年に都議会がペルシア語やタイ語などの無料医療通訳派遣の検討を開始し、翌年1992年から「24時間体制で都内全域の救急患者に備える」ことを伝えている¹⁾。報道時期は異なるが、東京都と同時期に大阪府においても、府衛生対策審議会の国際保険医療部会が、医療通訳派遣センターの機能を有する「国際医療情報提供・相談施設の設置」を府側に求めていることが同紙で紹介されている²⁾。「医療サービスを行う際、就労資格や外国人登録の有無を問うべきではない」という担当者の発言も掲載されており²⁾、入管法改正後間もない当時の外国人医療への関心の高さがうかがえる。またこの頃、外国籍住民が急増した地域において、医療通訳を配置する医療機関も増えていく。

2000年代になると、外国籍住民を支援するNPOの活動が活発になっていく。それに伴い、医療通訳の必要性や外国人医療の全国的な課題が可視化され、現在では多くの自治体で医療通訳関連事業が実施されている。

本稿では、地域の医療通訳について、医療機関への派遣と医療機関における配置（雇用）という通訳事業の形態からとらえ、より理想的な医療通訳実践のために通訳者以外の関係者が果たす役割について考える。

糸魚川 美樹 Miki Itoigawa

愛知県立大学外国語学部 School of Foreign Studies, Aichi Prefectural University

Email: itoigawa@for.aichi-pu.ac.jp

2. 地域の医療通訳派遣事業

地域住民を対象とした医療通訳派遣事業は、一般にボランティア通訳により医療通訳が実践されている。その運営主体から次の3つに大別できる。①自治体がNPOなどの団体に医療通訳者の育成と医療機関への派遣業務を委託する、②地域の国際交流協会など公益財団法人または一般社団法人が医療通訳研修と派遣を担う、③行政主導で同様の事業が運営される。以下、この3つを簡単に紹介する。

①では、神奈川県（MIC かながわ）³⁾ や京都市（多文化共生センターきょうと）⁴⁾ の活動が代表的である。2000年代初頭に事業を開始したこの2つの団体が草分け的な存在で、現在は全国各地の医療通訳研修に講師を派遣するほか、医療通訳テキストの編纂など、実践と研究の両面で日本の医療通訳を牽引している。事業に関する詳細な報告書もウェブ上で公開されている。

②の国際交流協会等による医療通訳事業は近年急増しており、現在もっとも多いと考えられる。もともと外国籍住民の相談窓口の開設や生活に必要な情報提供を実施しており、関係機関や関係職種との連携により、医療通訳者の派遣だけでなく生活全般を支援することが可能である。ただし、医療通訳事業担当スタッフは少数で、他の事業との兼務であることが一般的で、医療通訳派遣数の急増や大幅な事業拡大に対応できないという課題がある⁵⁾。

③の形態としては、2011年度に開始した愛知県によるあいち医療通訳システムが注目されてきた。行政が主導であるため、外国人医療の問題が行政の課題として明確に位置付けられるというメリットがある。一方で、2、3年ごとに事業担当者の異動があり、システムの継続的な改善が難しいという課題が指摘されている。

これら3つに共通しているのは、ボランティアとして活動できる医療通訳者を育成・登録し、医療機関へ派遣するというしくみになっている点である。通訳者の育成から派遣までを行うため、個々の通訳者のレベルを把握しやすく、それを派遣事業にいかすことが可能である。ただし、このメリットを十分にいかすには医療通訳に関する専門的な知識と実務経験を有する医療通訳派遣担当のコーディネーターが複数いることが不可欠である。

通訳者の育成・登録・派遣が一体となったシステムでは、この派遣コーディネーターが医療通訳者育成の段階から関わることができ、派遣事業においても医療機関からの依頼内容と通訳者とのよりよいマッチングの検討が可能となる。地域によっては、新規登録通訳者の初回派遣においてコーディネーターの通訳実践を見学するところもある。また、初回通訳派遣にコーディネーターが同行しスーパーバイザー的な役割を担うこともある。このように新規に登録された通訳者の実践能力を確認し、改善すべき点を指摘する。それをその後の派遣コーディネートに役立てるのである。さらに、国際交流協会などによる事業では、たとえば熊本市のように、協会スタッフが登録通訳者の初回派遣時に同行し、患者やその家族に医療以外の問題はないか、他機関につなげる必要はないかなどを確認するところもある⁵⁾。

このような地域の医療通訳事業では、協定を結んだ医療機関にのみ通訳者を派遣し、協定医療機関にも一定の協力を求めることが一般的である。たとえば、医療機関側にも、医療通訳派遣依頼を担当するコーディネーターの配置を求めることがある。これにより医療通訳派遣と実践がより円滑に進められる。先にあげたNPOなどは、医療通訳事業における双方のコーディネーターの役割を重視している。派遣依頼業務だけでなくコーディネート担当者との合同研修会や会合を開催し、双方の課題や情報の共有をする。医療現場で医療通訳が正しく認識され利用されるために、通訳者の立場、通訳の使い方、通訳者の業務なども、コーディネーターを通じて利用者である個々の医療者にも理解されることが理想的である。さらに、医療通訳者からの相談など通訳者のケアも担う。

現在の地域の医療通訳派遣事業はボランティアに依存している部分が多い。医療通訳が有効に実践されるためには通訳者以外のステークホルダーの協力が必要不可欠である。

3. 医療機関における通訳者の配置

近年、厚生労働省は、医療通訳配置等間接補助事業などにより医療機関における医療通訳者の雇用と外国人向け医療コーディネーターの配置を促進している⁶⁾。一方、外国籍住民が集住する地域ではすでに1990年代から医療通訳者を雇用し、地域住民の言語的多様化に対応してきた医療機関があることは強調されるべきである。個々の医療機関が通訳者を雇用することは、初診や救急にも対応ができるという大きなメリットがあり理想的である。外国籍住民数が東京に次いで2番目に多い愛知県では、集住地域の市民病院をはじめとする総合病院や産婦人科クリニックで医療通訳者を雇用している。たとえば、豊田厚生病院（旧賀茂病院）は1993年からポルトガル語通訳を配置し、年間1万件を超える利用がある⁷⁾。また、西尾市にある山田産婦人科は、ポルトガル語、ベトナム語、インドネシア語の通訳を配置していることがウェブページからもわかるようになっている⁸⁾。

このように通訳者の配置や利用状況がウェブページなどで公開されることはまれであり、その実態を把握することは難しい。個別に調査が必要であろう。上記の厚労省の間接補助金事業を実施する医療機関などが、通訳対応言語、雇用通訳者数、雇用形態、通訳者の業務、基本給与額、医療通訳利用件数などのデータを積極的に公表し、医療通訳の制度化・職業化を促進する役割を担うことが期待される。

医療機関が通訳者を直接雇用する場合、たとえば三重県のように国際交流財団の研修を受講し十分なレベルとして認められた者が雇用されるというケースもある⁹⁾が、医療機関が独自の基準で通訳者を募集し採用しているところもある。この場合、応募者の通訳能力を測るすべが医療機関側になれば、通訳者としての能力や技術を有さない者を雇用する（している）可能性もある。その意味で、第三者が医療通訳者のレベルを証明するような認証制度の開始が期待されている。

医療機関に雇用されている通訳者に専門的な医療通訳研修の受講歴がない場合には、地域の医療通訳研修や全国医療通訳者協会¹⁰⁾、NPOなどが主催する研修を利用することも可能であろう。とくに地域のまた近隣の医療通訳事業団体と通訳者を雇用する医療機関との連携は重要である。研修などを通して医療通訳や外国人医療に関する情報、社会的資源を共有することで、その地域の通訳者のネットワークの形成も含めた医療通訳実践の質の向上につながる。地域にとどまらず、関連学会や、医療通訳関係団体が開催する医療通訳や外国人医療に関するシンポジウムなどにも積極的に通訳者、コーディネーターが参加し、そこで得られた知識を医療機関での実践に活かすことも今後は求められていこう。

4. おわりに

本稿では、地域の医療通訳において、医療通訳者以外が果たす役割を派遣と配置（雇用）という点から論じた。医療通訳が地域のシステムの中でまたは医療現場でより有効に機能するためには、コーディネーターを中心とした組織的な運用と関連機関との連携も重要である。医療通訳を派遣する側とそれを利用する医療機関との協力関係はもちろんのこと、医療通訳派遣を利用していない通訳配置医療機関とも人材・資源・情報の共有があると地域全体の医療通訳実践の質の向上につながる。

派遣される医療通訳者と医療機関に配置されている医療通訳者の業務の違いなど、議論されるべき課題はあるがそれについては今後の課題としたい。



参考文献

- 1) 朝日新聞 1991年12月12日朝刊(東京)「急病の外国人に通訳を派遣 都、来年度からサービス開始」
- 2) 朝日新聞 1993年1月15日朝刊(大阪)「外国人向け医療設備を 府審議会の部会が注文／大阪」
- 3) <https://mickanagawa.web.fc2.com>
- 4) <https://www.tabunkakyo.org/>
- 5) 糸魚川美樹「医療通訳認証における団体認証と実務者認証に関する調査研究」中田研『厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究 医療通訳認証の実用化に関する研究 2018年度報告書』(投稿中)
- 6) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202919_00001.html
- 7) <https://toyota.jaaikosei.or.jp/index.html>
- 8) <https://www.yamada.or.jp/>
- 9) 糸魚川美樹(2017)「日本の医療通訳養成の現状の調査研究」中田研『厚生労働行政推進調査事業補助金地域医療基盤開発推進研究事業 医療通訳の認証のあり方に関する研究 平成28年度総括・分担研究報告書』、58-66
- 10) <https://national-association-mi.jimdo.com/>



新しい時代に求められる医療通訳

近年の外国人医療関連施策の動向と今後の医療通訳への影響

岡村 世里奈

国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野／医療通訳・国際医療マネジメント分野

〈要旨〉

2018年、6月、政府は、訪日外国人旅行者の医療対応に関する施策として、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策（案）」を発表した。また、同年12月には、労働力不足問題の解決を図るための在留資格の拡大を背景として、日本人と外国人が安心して暮らせる共生社会の実現を目指す「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」を発表している。

これらの施策の中には、医療通訳に関連する施策も多々盛り込まれており、今後、わが国の医療通訳は、これらの施策の影響を受け、①医療通訳のニーズや利用の場の拡大が進むとともに、②電話映像通訳や翻訳ツールの開発・導入の動きが加速化し、「対面通訳」・「電話映像通訳」・「翻訳ツール」を適切に組み合わせて、それぞれの医療通訳ニーズに対応していこうとする動きも拡大していくものと考えられる。また、こうした動きに伴い、③医療通訳に伴う質や安全性、法的責任、コスト等に関する議論の必要性も高まり、日本の医療通訳の在り方や環境整備に関する議論も本格化していくであろう。そのため、現在、日本の医療通訳は非常に重要な時期を迎えていると考えられる。

In June 2018, the government has announced the "Comprehensive Program to Ensure Medical Care for Foreigners Visiting Japan (Draft)" as a measure to handle the medical care provided to foreign visitors in Japan. Furthermore, on December of the same year, they also announced the "Comprehensive Countermeasures for Accepting and Coexisting with Foreign Human Resource" that aims to realize a society where the Japanese and foreigners can live together in peace. This is in light of the expansion of residence qualification to solve the labor shortage problem.

Among these policies, there are several policies related to medical interpretation. In the future, these will affect the country's medical interpretation, and together with (1) Expansion of Medical Interpretation Needs and Usage, the development/installation of (2) Phone Image Interpretation/Translation tools, it is also thought that there will also be an expansion of movements to handle the respective medical needs to match with the "face-to-face interpretation", "phone image interpretation", "translation tools". Furthermore, in light of these movements, there is also an increased need for discussions about (3) Quality and Safety of Medical Interpretation, Legal Liability, Cost, etc. Discussions regarding the state of Japan's medical interpreters and environmental improvement will be in full swing as well. Due to this, it is currently thought that Japan's medical interpretation is facing a critical period.

〈キーワード〉 訪日外国人旅行者、在留外国人、医療対応施策、医療通訳

1. はじめに

現在、わが国では、訪日外国人旅行者の急増や労働力不足問題の解決を図るための在留資格の拡大等を背景として、訪日外国人旅行者や在留外国人の医療対応に大きな影響を与える施策が次々と実施されている。そして、その中には、今後のわが国の医療通訳に影響を与えると思われるものも少なくない。そこで本稿では、これらの施策の概要について紹介した上で、今後の医療通訳への影響について考えてみたいと思う。

岡村 世里奈

〒107-8402 東京都港区赤坂 4-1-26

International University of Health and Welfare School of Medicine

Tel. 03-5574-3900 Fax. 03-5574-3901 Email: okamura@iuhw.ac.jp

2. 近年の外国人医療関連施策の概要

(1) 訪日外国人旅行者の医療対応関連施策

2018年6月、訪日外国人旅行者の医療問題に対応するため政府が発表したのが、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策（案）」（以下単に「総合対策」という。）である¹⁾。図は、この総合対策の概要を示したものである。この図からも分かる通り、その施策内容は多岐にわたっており、大きく「入国前」、「入国後」、「再入国」の3つの段階に分かれている。主なものをいくつか紹介すると、まず、入国前の段階では、「海外旅行保険の加入の促進」や「日本の医療情報に関する適切な情報発信」、「感染症対策」等に関する施策が盛り込まれている。そして入国後の段階としては、地域ごとに、医療・観光・行政機関その他の関係者から構成された対策協議会を設置して、この対策協議会を中心として当該地域の訪日外国人旅行者の医療問題に対応していくとしている。そして、そのような地域での取り組みをサポートするための施策として、「医療機関・地方自治体向けのマニュアル整備」、「医療機関における医療コーディネーターの養成」、「キャッシュレス推進等の円滑な支払いの支援」、「外国人患者と応召義務の関係など制度・ルールの明確化」等の施策が盛り込まれている。なお、現在、国際臨床医学会では、医療通訳者の認定制度が進められているが、これも総合対策の中に盛り込まれている「医療通訳者の養成」の一部として位置づけられているものである。さらに、入国後の施策の中には、「多言語対応」に関する施策も多々盛り込まれており、具体的には、①症状や緊急性に応じた通訳とICTツール活用の役割分担や、それぞれの整備、②医療

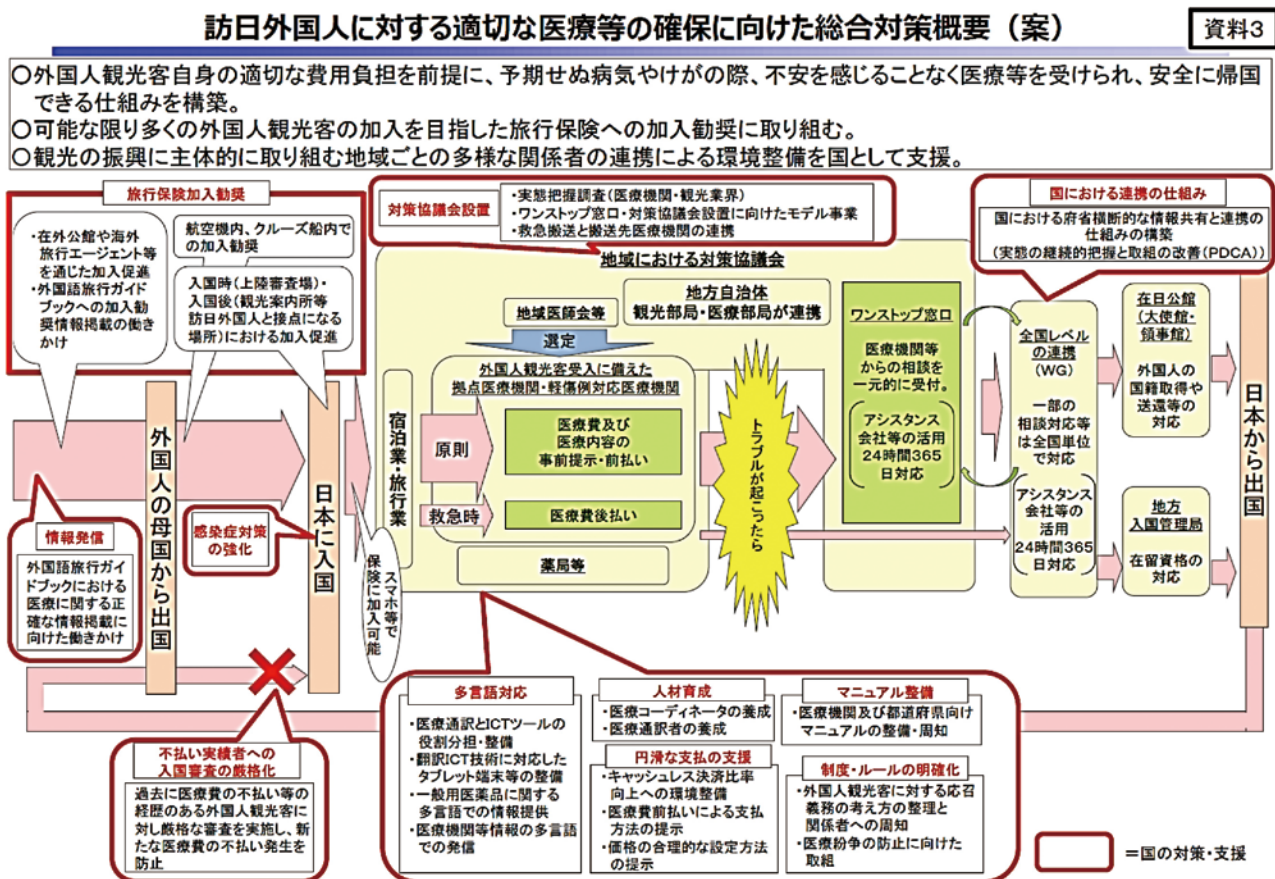


図. 訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策概要（案）
 （出典：参考文献1）参照

通訳者の養成（例えば技能の認定）・確保・配置の考え方の整理、③医療分野における多言語音声翻訳技術をはじめとするICT技術の更なる高度化、④受付から支払までの流れを一貫して支援することが可能な翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等の整備、⑤一般用医薬品等に関する多言語での情報提供の充実、⑥近隣の外国人旅行者受入れ医療機関に関する情報、ワンストップ窓口の連絡先等を日本政府観光局（JNTO）等のウェブサイト上で多言語で確認できる仕組みの構築、等に取り組むとしている。

さらにこの総合対策では、「再入国」段階の取り組みとして、過去に医療費の不払等の経歴がある外国人観光客に対しては、入国審査の厳格化を図るとしている。このように非常に多岐にわたっている総合対策であるが、この総合対策は3か年計画であることから、まだまだ現在進行中のものが少なくない。そのため、最終的にどのような形に落ち着くのか不明な部分も多々あるが、この総合対策が、今後のわが国の外国人医療の多言語対応や医療通訳者の在り方に少なからぬ影響を与えるのは明らかである。その意味では、この総合対策の動向、特にこれからはこの総合対策に対応した地方自治体の動きが活発になることが予想されるため、それぞれの関連する地方自治体の動向にも注意を払っておく必要があるものと考えられる。

(2) 在留外国人の医療関連施策

一方、在留外国人の医療対応に関しては、上記の総合対策のように医療に特化した施策はないが、医療も視野に入れた施策としては、2018年12月に発表された「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」（以下「総合的対応策」という。）がある²⁾。この総合的対応策は、政府が、深刻な労働力不足の問題に対応するため外国人材の受け入れ拡大方針を示すとともに、新しい就労を目的とした在留資格「特定技能1号」ならびに「特定技能2号」の創設したことを背景として、「外国人材を適正に受け入れ、共生社会の実現を図ることにより、日本人と外国人が安心して安全に暮らせる社会」を実現するために発表されたものである。

この総合的対応策の内容は、外国人のための「暮らしやすい地域社会づくり」をはじめとして、「生活サービス環境の改善」、「円滑なコミュニケーションの実現」、「外国人児童生徒の教育等の充実」、「適正な労働環境の確保」、「留学生の就職等への支援」等となっており、その内容は非常に多岐にわたっている。そして、この中には、当然のことながら、医療や医療通訳に関連するものもいくつか含まれている。主なものを紹介すると、まず、総合対策では、①外国人の生活に係る様々な事項（在留資格や雇用、医療、福祉、子育て等）について一元的な窓口を設けて情報提供な相談対応を多言語で行う「多文化共生相談ストップセンター（仮称）」を全国100か所に整備するとしている。また、この総合的対応策には、上述の総合対策と同様、②地域の基幹的医療機関における医療通訳や医療コーディネーターの配置、③都道府県ごとの外国人患者を受入れる医療機関の明確化、④電話通訳及び多言語翻訳システムの利用促進、⑤都道府県の多様な関係者が連携し地域固有の事業を共有し解決するための対策協議会の設置等を進めることなどが盛り込まれている。さらに、感染症対策に関しても、⑥予防接種法に基づく定期接種の接種率の向上、⑦39歳から56歳までの男性を対象に無料で実施される風疹対策の対象化、⑧わが国中長期滞在することになる外国人に対しては、入国前に自国において結核スクリーニングを受けるとともに、麻疹・風疹の予防接種歴等の確認を行うことが望ましい旨を多言語（8言語）で周知していくことなどが盛り込まれている。

総合的対応策が発表（2018年12月）されてまだあまり時間も経っていないことから、これらの施策がそれぞれの地域に反映されるにはもう少し時間がかかるものと考えられるが、国の施策としては、上述のような方向性で進んでいるため、その動向にはやはり注視していくと良いであろう。

3. 今後の医療通訳への影響

上記からも分かるとおり、現在、わが国で進められている訪日外国人旅行者や在留外国人に対する医療関連施策の中には、医療通訳に関するものが多々含まれている。そのため、これらの施策が進んでくれば、今後、わが国の医療通訳には次のような影響があるものと考えられる。

第1点目は、医療通訳の利用ニーズの拡大と利用の場の多様化である。現在、医療通訳は一部の限られた医療機関においてのみ用いられている。しかし今後は、医療通訳を導入する医療機関が全国的に少しずつ増加するとともに、医療機関だけではなく、行政の窓口や在留・訪日外国人旅行者対応企業等においても医療通訳サービスを利用したり、医療通訳を行うことができる人材を活用したりするようになっていくものと考えられる。

もっとも、医療通訳のニーズや利用の場が拡大したとしても、現在のわが国の医療通訳者や分布状況や育成状況から言えば、これらの医療通訳ニーズに対応することは不可能である。また、言語的・コスト的・利便的観点から、対面の医療通訳者を活用することが困難な場合も多々ある。そのため第2点目としては、すでに施策の中に様々な形で盛り込まれているとおり、今後は、電話映像通訳や翻訳ツールの開発・導入の動きが加速化し、「対面通訳」・「電話映像通訳」・「翻訳ツール」を適切に組み合わせて、それぞれの医療通訳ニーズに対応していこうとする動きがさらに大きくなっていくものと考えられる。

そして、これらの動きに伴い、第3点目としては、医療通訳に伴う質や安全性、法的責任、コスト等に関する議論の必要性も今後一層高まり、日本の医療通訳の在り方や環境整備に関する議論も本格的になっていくものと考えられる。その意味では、現在、日本の医療通訳は非常に重要な時期を迎えているといえるであろう。

引用文献

- 1) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/gaikokuujin_wg_dai2/gijisidai.html, 2019.10.28 現在
- 2) <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gaikokuujinzai/>, 2019.10.28 現在



新しい時代に求められる医療通訳

医療通訳士認定制度について

The Development of Certification for Health Care Interpreters in Japan

押味 貴之

Takayuki Oshimi

国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター

Office of Medical Education, International University of Health and Welfare School of Medicine

〈要旨〉

「医療通訳士認定制度」とは、国際臨床医学会、日本渡航医学会、日本国際保険医療学会、日本熱帯医学会が協働して制定する「医療通訳の認証資格を認定する制度」である。

平成 29 年に厚生労働省は「医療通訳育成カリキュラム基準」とそれに基づいた「医療通訳テキスト」を作成し、医療通訳者の役割、持つべき知識や能力、技能について明示し、そのような医療通訳人材を育成するための実施規定を具体的に提示した。同年「医療通訳認証の実用化に関する研究」が実施され、医療通訳認証制度実用化における課題を抽出し、その解決策について学術的に検討すると共に、医療通訳認証実用化に向けた方法が提示された。この提示を受けて、平成 30 年に国際臨床医学会の制度委員会の部会として「医療通訳認定部会」が発足し、「医療通訳の認証資格を認定する制度」としての「医療通訳士認定制度」の準備を進めている。

この「医療通訳士認定制度」では「試験認証」と「実務認証」という 2 つの認証資格を認定することに加え、医療安全の向上のための「講習会」の実施をその活動の柱としている。

この「試験認定」「実務認定」そして「講習会」に関してはそれぞれ実務的な課題が数多く指摘されているが、その最大の課題が「医療通訳者の待遇改善につながるのか」ということである。この制度で認証された「国際臨床医学会認証医療通訳士」を使った医療通訳が医科診療報酬の対象となれば、日本における医療通訳者の待遇改善が期待され、長期的には外国人医療の質の向上が期待される。

〈キーワード〉 医療通訳／認証／認定

health care interpreting/certification/accreditation

1. 「医療通訳士認定制度」の概要

「医療通訳士認定制度」とは、国際臨床医学会、日本渡航医学会、日本国際保健医療学会、日本熱帯医学会が協働して制定する「医療通訳の認証資格を認定する制度」である。ここで言う「医療通訳の認証資格」とは、「医療通訳者として医療現場で機能するために、医療通訳者としての役割を正しく理解し、医療通訳者に必要な知識、能力と技能、倫理を有していることを証明する資格」のことを意味し、それを「認定」とはその資格の付与が公平・透明に行われているかどうかを第三者が審査し、その認証を公式のものとして認めて登録することを意味する。そしてこれらの具体的な制度設定の作業は国際臨床医学会の認証制度委員会の部会である「医療通訳士認定部会」が担当する。

押味 貴之 Takayuki Oshimi MD

〒 286-8686 千葉県成田市公津の杜 4-3 国際医療福祉大学医学部 WA 棟 10F 医学教育統括センター

International University of Health and Welfare School of Medicine

4-3 Kozunomori, Narita, Chiba 286-8686 JAPAN

Tel. 0476-20-7701 Email: oshimi@iuhw.ac.jp

2. 「医療通訳士認定制度」設立の背景

日本国内における在住外国人および訪日外国人の増加に伴い、医療現場において一定の品質が保証された医療通訳の需要が高まっている。平成26年に厚生労働省は「外国人患者受入れ環境整備推進事業」として、医療通訳者およびコーディネーターの配備による拠点病院構築を開始した。これに伴い平成29年に厚生労働省は「医療通訳育成カリキュラム基準¹⁾」とそれに基づいた「医療通訳テキスト²⁾」を作成し、医療通訳者の役割、持つべき知識や能力、技能について明示し、そのような医療通訳人材を育成するための実施規定を具体的に提示した。

平成28年度には厚生労働行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究）の一環として「医療通訳の認証のあり方に関する研究³⁾」を実施し、日本における外国人に対する診療の現状、日本と海外の医療通訳の現状とその課題、そして日本における認証制度のあり方を提示した。平成29年にはこの研究を引き継ぐ形で「医療通訳認証の実用化に関する研究⁴⁾」が実施され、医療通訳認証制度実用化における課題を抽出し、その解決策について学術的に検討すると共に、医療通訳認証実用化に向けた方法が提示された。

この提示を受けて、平成30年に国際臨床医学会の制度委員会の部会として「医療通訳認定部会」が発足し、日本渡航医学会、日本国際保健医療学会、そして日本熱帯医学会と協働して「医療通訳の認証資格を認定する制度」としての「医療通訳士認定制度」の準備を進めている。

3. 「医療通訳士認定制度」の内容

「医療通訳士認定制度」では「試験認証」と「実務認証」という2つの認証資格を認定することに加え、医療安全の向上のための「講習会」の実施をその活動の柱としている。

3.1. 「試験認証」の内容

「医療通訳の認証制度の研究⁵⁾」では日本において医療通訳認証試験を導入する際には「経験のある医療通訳者が数多く試験の開発に加わって試験の妥当性を高めることに加え、試験開発の専門家を招いて試験の信頼性を高め、また認証試験の妥当性と信頼性の検証は、試験と利益相反のない第三者機関が実施することが望ましい」と提案された。この条件を基に「医療通訳認定試験の研究⁶⁾」では日本国内の医療通訳資格試験を調査し、実行可能性が高い医療通訳認証試験を実現するための指針として「医療通訳認証試験の認定ガイドライン案（表1）」が提案された。

「医療通訳士認定制度部会」ではこのガイドライン案を基に、平成31年8月30日に「国際臨床医学会認定医療通訳士認定のための医療通訳試験実施団体募集要項⁷⁾」を公開した。各医療通訳試験実施団体に関して「医療通訳士認定制度部会」がガイドライン案にある8項目を審査し、適格と認められた医療通訳試験は「国際臨床医学会認定医療通訳試験」と認定され、その試験の合格者には「国際臨床医学会認定医療通訳試験合格者」として認められ、当該試験合格後1年以内に「医療通訳士認定制度部会」が制定する「国際臨床医学会指定医療通訳士認証講習会」を受講する資格が付与される。講習会の受講後、「医療通訳士認定制度部会」に認証申請を行い、審査において適格と判断された場合には「国際臨床医学会認証医療通訳士」として認証されて認証証が与えられる。この認証証の登録有効期限は4年となり、認証を継続するためには4年毎の認証更新手続きが必要となる。

3.2. 「実務認証」の内容

医療通訳の実務経験はあるが諸事情で「国際臨床医学会認定医療通訳試験」を受験することが困難な医療通訳者

表 1. 「医療通訳認証試験の認定ガイドライン案」

<p>日本における「医療通訳認証試験」として下記の項目を全て満たしている試験を認定する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●筆記試験、実技試験共に採点・合否の基準が明確に定められていること ●試験結果から得られるデータに基づき、認証試験の問題や測定手段、採点・合否基準について検証し継続的な改善を図っていること
<p>1. 医療通訳認証試験の実施主体</p>	<p>6. 医療通訳認証試験の受験条件</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●組織としての理念・目的が明確であり、認証試験を継続的・安定的に実施するために必要な組織体制や財務基盤を有するとともに、組織的・継続的に認証試験を改善することが可能なこと ●実施している認証試験と利益相反がないこと 	<ul style="list-style-type: none"> ●20歳以上であること ●母語において、大学入学相当の語学力と高校卒業程度の知識があること ●対象言語において下記の能力を有すること <ul style="list-style-type: none"> ○母語を話す人と緊張しないで、自然なやりとりができること ○健康についての抽象的あるいは具体的な話題について理解できること ○他人の意見や発言を理解して、それに応えて自分の意見を詳しく説明することができること ○対象言語において Common European Framework of Reference for Languages (CEFR): B2 以上を有していること ○母語で高等教育を受けていない場合は、母語もしくは母語に相当する言語において相当の語学力・知識があるかを試験等で確認していること ●母語、対象言語の国や地域における習慣、社会常識を理解していること ●文化や社会において異なる価値観を認めることができること ●医療通訳利用者に対して敬意を持ちコミュニケーションを図ることができること
<p>2. 医療通訳認証試験の目的</p>	<p>7. 医療通訳認証試験の情報開示</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●医療通訳者として医療現場で機能するために、医療通訳者としての役割を正しく理解し、医療通訳者に必要な知識、能力と技能、倫理を有していることを証明するための認証試験であること 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療通訳認証試験の実施主体は、文部科学省の「検定試験の評価等の在り方に関する調査研究協力者会議」が作成した「検定事業者による自己評価・情報公開・第三者評価ガイドライン」に基づき、「検定試験の自己評価シート」を用いて個々の認証試験の目的や内容、規模等に応じた評価項目を設定すること ●医療通訳認証試験の実施主体は上記に設定した評価項目に基づき、毎年度1回は自己評価に取り組み、「検定試験の自己評価シート」は受験者や活用者がわかりやすい形で公表すること
<p>3. 医療通訳認証試験の内容</p>	<p>8. 医療通訳認証試験の認証</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●「医療通訳育成カリキュラム基準」の以下の内容を試験対象としていること <ul style="list-style-type: none"> ○医療通訳理論 ○倫理とコミュニケーション ○医療通訳に必要な知識 ○通訳に必要な通訳技術 ○通訳実技 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療通訳認証試験の実施主体は「検定事業者による自己評価・情報公開・第三者評価ガイドライン」に基づき、<u>上記7項目</u>に関して国際臨床医学会の医療通訳者認定委員会による第三者評価を3年に1回は受けること
<p>4. 医療通訳認証試験の方法</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ●「医療通訳育成カリキュラム基準」の以下の内容を筆記試験で評価すること <ul style="list-style-type: none"> ○医療通訳理論 ○倫理とコミュニケーション ○医療通訳に必要な知識 ●「医療通訳育成カリキュラム基準」の以下の内容を実技試験で評価すること <ul style="list-style-type: none"> ○通訳に必要な通訳技術 ○通訳実技 ●多くの受験者が簡便かつ公平に受検できるような配慮が行われていること 	
<p>5. 医療通訳認証試験の作成・判定</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ●「医療通訳育成カリキュラム基準」の以下の内容に関して十分な知識、技能と経験を有している者が試験問題の作成に従事すること <ul style="list-style-type: none"> ○医療通訳理論 ○倫理とコミュニケーション ○医療通訳に必要な知識 ○通訳に必要な通訳技術 ○通訳実技 	

は「国際臨床医学会指定医療通訳士認証講習会」を受講した後、医療通訳実績等を指定の様式に沿って「医療通訳士認定制度部会」に提出し、書類審査にて合格した場合には「試験認定」と同様に「国際臨床医学会認証医療通訳士」として認証されて認証証が与えられる。この認証証の登録有効期限は4年となり、認証を継続するためには4年毎の認証更新手続きが必要となる。

3.3. 「講習会」の内容

「医療通訳育成カリキュラム基準」では「医療通訳者の自己管理」という項目を設定し、「万全な体調で業務にあたるための感染予防と体調、メンタル管理の必要性について理解し、ストレスやバーンアウトなどの予防法、対処法について知る」ことができるように「医療通訳者の健康管理」「感染症と感染経路」「医療通訳者の心の管理」という学習項目を立てている。しかしこの学習項目に対して設定されている学習時間は「90分（1単位）以上」となっているため、これらの項目に関しては従来の医療通訳育成カリキュラムに沿った育成では不十分と考えられる。

そこで「医療通訳士認定制度部会」が制定する「国際臨床医学会指定医療通訳士認証講習会」では「医療安全」「感染対策」「法と倫理」という学習大項目を設定し、「医療通訳育成カリキュラム基準」では不十分となっている「医療通訳者の自己管理」に関する学習効果を高めると同時に、医療事故防止の対策とする。また認証更新手続きの一環として医療機関における「実務研修」も将来実施する予定である。

4. 「医療通訳士認定制度」の課題

この「医療通訳士認定制度」に関してはその内容の柱である「試験認定」「実務認定」そして「講習会」に関して、それぞれ実務的な課題が数多く指摘されている。その中で代表的なものを下記に示す。

4.1. 「試験認定」に関する課題

- 希少言語に関する試験の実施
- 地方での試験の実施
- 筆記試験を苦手とする受験者への配慮
- 試験の内容・妥当性・信頼性の標準化

4.2. 「実務認定」に関する課題

- 「試験認定」との内容・難易度の乖離
- 書類審査の妥当性の確保
- 書類審査の信頼性の確保
- 審査する人材の確保

4.3. 「講習会」に関する課題

- 講習会費用の負担
- 地方での講習会の実施
- 講師の確保
- 実務研修先の確保

このような実務的な課題が数多く残されているものの、この制度の最大の課題が「医療通訳者の待遇改善につながるのか」ということである。この「医療通訳士認定制度」によって認証された「国際臨床医学会認証医療通訳士」を使った医療通訳が医科診療報酬の対象となれば、この制度によって医療通訳者の待遇改善に繋がると考えられる。

5. 結論

「医療通訳者として医療現場で機能するために、医療通訳者としての役割を正しく理解し、医療通訳者に必要な知識、能力と技能、倫理を有していることを証明する資格」を付与するのが国際臨床医学会の「医療通訳士認定部

会」が制定する「医療通訳士認定制度」である。その活動の柱は「試験認証」と「実務認証」という2つの認証資格を認定することに加え、医療安全の向上のための「講習会」を実施することである。この制度で認証された「国際臨床医学会認証医療通訳士」を使った医療通訳が医科診療報酬の対象となれば、日本における医療通訳者の待遇改善が期待され、長期的には外国人医療の質の向上が期待される。

文献

- 1) 医療通訳カリキュラム基準 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209866.pdf>
- 2) 医療通訳テキスト <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000385181.pdf>
- 3) 医療通訳の認証のあり方に関する研究 <http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/>
- 4) 医療通訳認証の実用化に関する研究 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201721060A>
- 5) 医療通訳の認証制度の研究 <http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/files/201620052A0009.pdf>
- 6) 医療通訳認証試験の研究 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201721060A>
- 7) 国際臨床医学会認定医療通訳士認定のための医療通訳試験実施団体募集要項 http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/guidelines_eg01.pdf



新しい時代に求められる医療通訳

医療通訳士認定制度の発足と発展

中田 研^{1) 2)}、中村 安秀^{1) 3)}、押味 貴之^{1) 4)}、山畑 征四郎¹⁾、糸魚川 美樹⁵⁾、山田 秀臣⁶⁾、
岡村 世里奈⁷⁾、南谷 かおり⁸⁾、田畑 知沙²⁾、山崎 慶太²⁾

- 1) 国際臨床医学会認定制度委員会医療通訳士認定部会
- 2) 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター
- 3) 甲南女子大学
- 4) 国際医療福祉大学医学部
- 5) 愛知県立大学外国語学部
- 6) 東京大学医学部附属病院国際診療部
- 7) 国際医療福祉大学大学院
- 8) りんくう総合医療センター国際診療科

背景

日本の医療の特徴は、第一に安全安心の医療をUHC(Universal Health Coverage)としての国民皆保険制度に基づいて国民全てに平等に提供していることであろう。近年、外国人医療では、医療保険を持たない患者や、日本語理解に制限があるため日本語でのコミュニケーションによる課題のために安全安心の医療の提供が難しい場面が増加している。言語のコミュニケーションによる課題については、医療通訳を整備することで解決が図られるが、現在は全国レベルで認知された医療通訳者の技術や知識、技能レベルを明らかにする方法がなく、課題である。医療通訳の認証制度は、このような課題を解決するために様々な関係者が活動をすすめ、2019年度に認証制度を発足するところまできている。

本稿では、医療通訳士認定制度について、関連する行政や研究、学術団体、医療通訳者の活動について解説する。

A. 医療通訳士認定制度に向けた行政、研究、学術団体、医療通訳関係者の活動

医療通訳の認証制度に関連して行政や研究、学術団体、医療通訳関係者の活動が進められている。

1. 行政の活動

内閣官房健康・医療戦略推進本部「訪日外国人に対する適する医療等の確保に関するワーキンググループ」は、関係府省庁が連携した取り組みのため、2018年4月に総合対策の一つとして多言語対応で医療通訳の整備や医療通訳者の養成の必要性を示した¹⁾。また、厚生労働省「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」は、「医療通訳者の育成(例えば技能の認定)・確保・配置の考え方の整理」として「2017年度から研究を進めている医療通訳の認定制度について検討し、2019年度に試行すると示した²⁾。

中田 研
大阪府吹田市山田丘 2-2
Tel. 06-6210-8302 Fax. 06-6210-8303

2. 医療通訳士認定制度に関する研究活動

医療通訳についてはいままで様々な研究が報告されているが、医療通訳の認証制度そのものを研究対象にしたものは少ない。2017年度厚生労働省「医療通訳の認証のあり方に関する研究」研究班にて、日本での外国人診療の現状の調査研究、医療通訳および通訳認証に関する海外事例と日本の医療通訳の実務の調査研究が行われ、外国人患者受入れ医療機関に地域差があり、外国人患者対応の問題点はコミュニケーション、リスク、時間・労力増加と回答する医療機関が62～85%と多くあった³⁾。医療通訳に特化した認証制度のある国は少なく、コミュニティ通訳に医療研修や経験を追加するものが多かった³⁾。医療通訳者および関係者との第1回国際臨床医学会市民公開シンポジウムと意見交換会でのアンケート調査144名結果の検討では、医療通訳の認証制度が早期に必要なとの回答が半数以上で、その目的は、医療通訳技術の質の可視化、保証との回答が多かった³⁾。2018年度に「医療通訳の認証のあり方に関する研究」研究班にて、医療通訳の日本での実情や医療通訳者の認定制度の実用化の課題抽出し、解決策を学術的に検討し、関係者との意見交換や意見の分析を通して医療通訳認定制度の実用化の可能性が示された。この研究班報告書では、医療通訳は「日本語が母語でない、もしくは日本語でのコミュニケーションに制限がある患者（LJP: Limited Japanese Proficiency）等に対して、日本語での医療・保健を安全かつ安心して提供するために、通訳技能と医学知識を用いて相互理解を支援する業務」とし、医療通訳者を「医療通訳にあたる専門職」と定義し、“医療通訳者は医療チームの一員としての役割を果たすという方向性が望ましい”と示している⁴⁾。医療通訳におけるリスクとして、外国人患者診療時の誤訳やコミュニケーションの行き違いによる問題など医療過誤にもつながるリスクや、また、患者から医療通訳者への感染や逆に医療通訳者から患者への感染、医療通訳者のメンタルヘルスに関する課題などの医療通訳者個人に対するリスクもあげられ、医療通訳認定の実用化にはガイドライン等を通じた体制整備が必要であると示した⁴⁾。医療通訳認定試験の導入には試験の妥当性と共に信頼性を高める必要があり、また、妥当性と信頼性の検証は試験と利益相反のない第三者機関が実施することが望ましいと報告している⁴⁾。

3. 国際医療関連学会の活動

医療通訳に関する様々な学術的課題は、従来、日本渡航医学会とともに日本国際保健医療学会、日本熱帯医学会、国際臨床医学会など多くの国際医療に関する学会にて議論されてきた。上記の様々な行政、研究の成果を、医療通訳者や医療通訳団体、医療通訳試験実施団体など医療通訳に関する様々な関係者と協力して医療機関での「医療通訳士認定制度」として実現するために、これらの学会が協力して国際臨床医学会が主体となり検討されて制度制定に向けた活動が進んでいる。

国際臨床医学会は2016年より医療通訳認定について活動を進めており、2017年度に認定医療通訳者制度（案）を出してパブリックコメントを実施して、2018年度にそれらの意見を寄せられた意見を元に認定医療通訳改定案を公開し、2019年度に「医療通訳士認定制度」の発足を予定している⁵⁾。

4. 一般社団法人国立大学附属病院長会議 国際化プロジェクトチーム（国際化PT）での活動

国立大学の大学附属病院、医学部附属病院、歯学部附属病院及び附置研究所附属病院における診療、教育及び研究に係る諸問題及びこれに関連する重要事項について協議し、我が国における医学・歯学・医療の進歩発展に寄与することを目的に活動している本会議では、専門的事項を検討するため常設の機関として13の常置委員会が置かれて、そのうちの国際化担当PTにて提言1「外国人に対する医療サービスを充実・強化し、質の高い日本の医療を

提供する」として、「医療通訳者の認定制度の実用化を目指す」と示されており、医療通訳認証について、今後、育成、研修を含めて国立大学附属病院が医療の教育機関としても協力して進めていくことが示されている⁶⁾。

5. 日本医師会の医療通訳に関する活動

日本医師会にて外国人診療についての検討がなされており、2019年1月に医療通訳団体等連絡協議会が開催され、厚生労働省や厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業研究班での医療通訳認証についての情報提供や、医療通訳関係団体等からの現状の情報・課題の共有が行われた。医療通訳の認証制度については、2019年7月に国際臨床医学会との情報交換も行われた。

6. 医療通訳関係者や関係団体の活動

医療通訳の様々な団体が全国レベルで連携するために、2016年に「全国医療通訳者協議会」が設立され、医療通訳に関する活動を行なっている。

学術団体である一般社団法人国際臨床医学会が2016年に設立され、医療通訳の認証制度について2016年12月東京にて第1回国際臨床医学会学術集会の市民公開シンポジウムにて100名以上の医療通訳関係者が厚労省担当者も参加して「日本における医療通訳の認証制度の発足にむけて」の審議がなされた。同学会から2017年11月に「国際臨床医学会認定医療通訳者制度規則（案）」が公開され意見募集（パブリックコメント）が実施され50を超える医療通訳関係者から意見が寄せられ⁷⁾、2017年12月第2回学術集会シンポジウム1“医療通訳者の認証制度”での議論を経て、2018年度に「国際臨床医学会認定医療通訳士制度規則改定案」が公開された⁷⁾。この医療通訳士認定制度について2019年3月に全国WEB説明会（札幌、東京、名古屋、大阪、福岡での同時WEB会議と全国ストーリーニングでの視聴約300名）が実施された⁷⁾。2019年8月に国際臨床医学会医療通訳認定部会準備会が開催され、医療通訳関係者40団体に案内と議論がおこなわれ、討論内容が公開されている⁷⁾。

日本渡航医学会では、2018年8月第22回学術集会シンポジウム1にて「外国人にやさしい病院・診療所の未来像 ～東京オリンピック・パラリンピック後の医療のあり方を見据えて～」にて医療通訳者認証制度の現状と課題の発表と議論があり、2019年8月第23回学術集会シンポジウムにて国際臨床医学会共催にて「外国人医療をめぐるパネル・ディスカッション：信頼と安心の医療通訳制度をめざして」が開催され、ここでも100名近い医療通訳関係者が参加して2019年度に医療通訳士認定制度の発足の計画や内容について説明と質疑応答が行われた。

B. 国際医療関連学会合同の「医療通訳士認定制度」の発足（図1～3）

日本渡航医学会とともに日本国際保健医療学会、日本熱帯医学会が協力して、国際臨床医学会が「医療通訳士認定制度」の発足を進めている（図1）。この認定制度では、医療通訳の育成を経て、医療通訳の一定レベル以上の知識・技能を有することを医療通訳試験合格、または、医療通訳実務より明らかにし、さらに、医療安全（医療過誤、感染、倫理など）の講習を受講することより医療通訳士の認定をうける。つまり、「医療通訳士認定制度」による認定は、

1. 医療通訳の育成過程の修了
2. 医療通訳の一定レベル以上の知識・技能
3. 医療安全に関する講習の受講

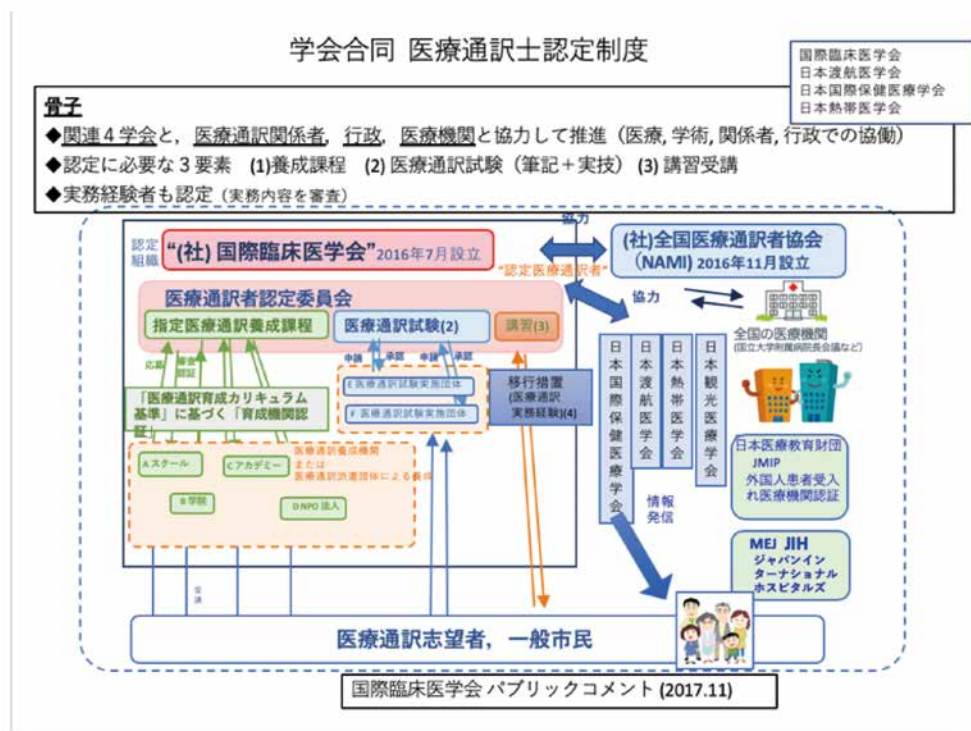


図 1. 医療通訳士認定制度のあらまし

国際医療に関する 4 学会（日本渡航医学会、日本国際保健医療学会、日本熱帯医学会、国際臨床医学会）が合同して、医療通訳士認定制度の制定を進めている。国際臨床医学会の認定制度委員会医療通訳士認定部会が、医療通訳試験と講習会を定めて、医療通訳の育成、試験合格、講習会受講の 3 要件について審査し、医療通訳士を認定する。全国医療通訳者協会（NAMI）や全国の医療機関などと協力して、認定医療通訳士の実技研修や講習を実施して運営していく。

育成・認定・研修 の3つの要件

国際臨床医学会：「認定」と「研修」を担当

□ 育成 「医療通訳育成カリキュラム基準」とテキストの履修

□ 認定 認定医療通訳者として以下の条件

- 試験合格認定 = 以下の3要件がそろって認定
 1. 育成の修了
 2. 医療通訳試験（筆記と実技）
 3. 医療安全（感染、医療過誤、倫理など）の講習受講
- 実務者認定 = 実務経験を明らかにして、
 1. 育成の修了と 2. 医療通訳試験を省略し
 3. 医療安全の講習受講を行う。

➢ 認定後は、医療現場での通訳の実務、研修を経て、4年後に認定更新

□ 研修 ➢ 医療機関での認定医療通訳者の受け入れと、研修

図 2. 認定医療通訳士の3要件

医療通訳士の認定には、1) 「医療通訳育成カリキュラム基準」とテキストの履修による育成過程を経て、2) 医療通訳者としての知識と技能の試験合格、または、実務経験による知識と技能がある一定レベルと認められ、さらに、3) 医療安全の講習受講の 3 要件について審査し、認められたのちに認定される。認定後は 4 年間の医療現場での通訳の実務研修や講習会を経て認定更新される。

の3つを満たすことにより認定をうける仕組みである（図2）。

これらの3要素について、今後、以下の内容の試験や講習会の開催について関係者が協力して活動が進められている（図3）。

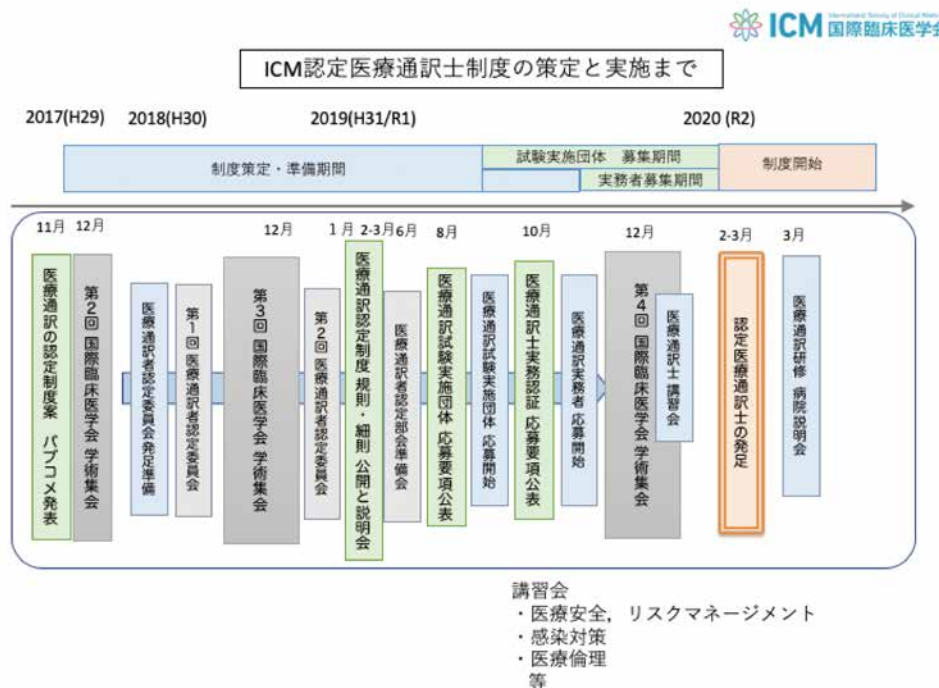


図3. 医療通訳士認定制度の制定の経過と実施計画

2017年より国際臨床医学会にて医療通訳の認定制度についてホームページで公開され意見募集（パブリックコメント）が行われた。第1回、第2回国際臨床医学会学術集会にて市民公開シンポジウム、シンポジウム等にて意見発表と審議され、2019年8月に医療通訳士認定試験応募要項が公表され、今後、医療通訳士実務認定の応募要項の公表や医療通訳士講習会の開催を経て、認定医療通訳士が2019年度中に発定し、医療通訳士認定制度が実施される計画である。

1. 医療通訳の育成過程の修了

医療通訳として必要な知識、技能を身につけるために、厚労省が公開する「医療通訳育成カリキュラム・テキスト」に習得項目を網羅したカリキュラムの履修が必要である。習得項目には、通訳理論と技術、倫理とコミュニケーション、医療通訳に必要な医療基礎知識や日本の医療制度の知識、医療通訳者の自己管理が含まれている。

2. 医療通訳の一定レベル以上の知識・技能

医療通訳士の認定には、医療通訳の一定レベルの知識と技能を持つ必要があり、認定された医療通訳試験で合格レベルが必要である。筆記試験と実技試験にて医療通訳の必要な知識と技能を正しく評価して継続的に実施している認定された医療通訳試験であることが必要であり、「医療通訳士認定のための医療通訳試験」が募集され、今後、試験が実施される予定である。

また、既に医療機関で医療通訳の実務を執り行ってきた医療通訳者は、その医療通訳の知識・技能が一定レベル以上であることを示すことにより、医療通訳の実務経験をもって「医療通訳士認定」に必要な知識・技能であると認められる。医療通訳の実務経験を示す方法は、今後示される予定である。

3. 医療安全に関する講習の受講

医療機関では、様々な職種が患者に対してチームで安全安心な医療を提供している。これらの職員は毎年、医療安全に関する講習を受けて、従来からの医療上のリスクを認識し、さらに、新たに起こり対応が求められるリスクや課題に対して医療安全に関する講習を受けている。病院や診療所の同じ職場で働く医療通訳者も、医療安全に関する講習を受けて、患者に対する医療チームの一員として医療安全の責任と義務を担うことが重要であると考えられている。

4. 「医療通訳士認定制度」認定更新と研修（図4）

医療通訳士の認定制度での認定期間は4年間として、その間に医療通訳の知識や技能の研修を受けるとともに、医療安全等の講習を受けることにより、更新期間の4年間に認定医療通訳士の知識・技能の向上を図る制度を目指している。

この制度の設立と維持、発展には、医療通訳者や制度に関わる試験実施団体や学術団体のみならず多くの関係者の協力が必要であるが、特に医療機関での実技研修や医療安全講習会、リスクマネジメント講習会、感染対策講習会などの主催者や運営者とも協力して、医療機関の職員が医療法施行規則等により義務付けられている研修を医療通訳者も受講可能とするなど既存の医療安全講習などの制度の整備も必要である。医療通訳者が医療チームの一員として「医療通訳」を専門業務として行う専門職として確立するため関係者の理解と協力が必須である。

国際臨床医学会「医療通訳士認定制度」

- 目的 1. 医療通訳者の技能、知識のレベルを明確にし、能力・地位を高めるシステム
2. 医療において医療通訳の利用促進と質の向上

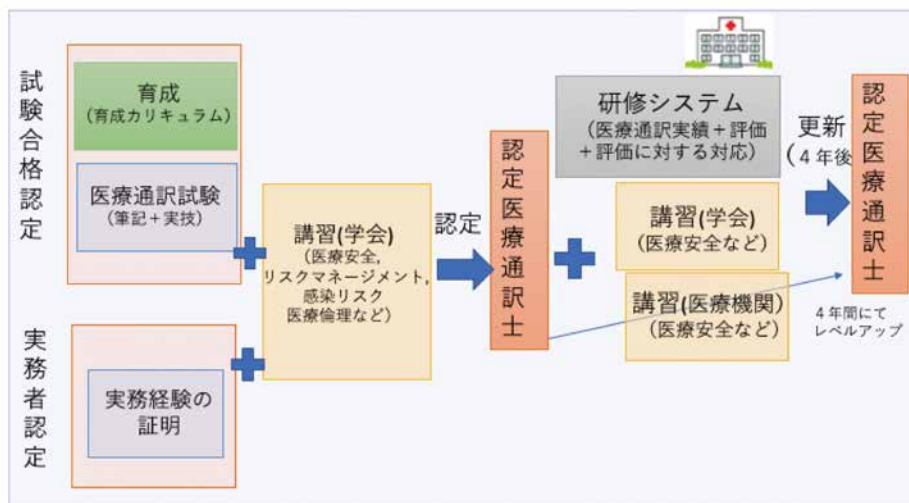


図4. 医療通訳士認定の研修と講習と更新

医療通訳の認証制度は、医療において医療通訳者の能力・地位を高めるシステムとしての意義があり、試験合格認定と実務者認定があり、それぞれ、育成、医療通訳試験合格、医療安全などの講習受講、または、実務経験の証明、医療安全などの講習受講により認定医療通訳士として認定される。認定後は、医療機関における研修と講習を更新期間中の4年間に受けて、認定医療通訳士として更新する。その4年間に医療通訳士の知識・技能のレベルアップを図るとともに、医療通訳に関するリスクや事故・トラブルに対し原因調査や解決予防のために検証できるシステムが制定されていく予定である。

C. 医療通訳士認定制度の意義と、今後の医療通訳者の地位確立と向上のために

1. 医療通訳士認定制度の意義

医療通訳士認定制度が制定されることの意義は、以下の3つあると考えられる。

第一に、医療通訳者の育成、知識技能の見える化、認定時と更新期間中の医療安全の講習会と研修の日本国内でのシステムが整備され、認定医療通訳士の知識・技能の向上を図る方法が示され皆が認知することに意義があると考えられる。第二に、この制度は医療機関における医療通訳の意義や医療通訳者の認知を高めることを目指している。この医療通訳の認定制度を通して、医療通訳者の雇用や給与などの地位も確立することが、この制度の意義である。第三に、この医療通訳認定制度を通じて、医療通訳の日本全体でのレベルアップを図ることがこの制度の目標であり、認定制度の意義であると考えられる。

2018年厚生労働省「医療通訳士認定制度の実用化に関する研究班」が示したように、医療通訳は「日本語が母語でない、もしくは日本語でのコミュニケーションに制限がある患者（LJP: Limited Japanese Proficiency）等に対して、日本語での医療・保健を安全かつ安心して提供するために、通訳技能と医学知識を用いて相互理解を支援する業務」とし、医療通訳者を「医療通訳にあたる専門職」と定義し、“医療通訳者は医療チームの一員としての役割を果たす”ことが、日本における今後増え続ける外国人医療には非常に重要と考える。

2. 今後の医療通訳者の地位確立と向上のために

1) チーム医療における医療通訳者（図5）

医療機関においては、様々な職種が患者に対してチームとして安全・安心な医療を提供しようと協力し、努力している。これらのさまざまな職種には、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、視能訓練士、義肢装具士、臨床工学技士、社会福祉士、介護福祉士、歯科技工士、歯科衛生士など多くの国家資格の職種や、各学会が認定する専門医や専門看護師や診療情報管理士、臨床培養士、医療事務など国家資格以外の認定の職種が多く存在する。これらは一定レベルの知識や技術を明らかにすることにより、患者さんに安全・安心の医療を提供するために、医療チームがお互いの技能や立場を認め尊重してよい医療チームをつくることが重要である。医療通訳者が、医療チームの一員となって多くの職種と協働して患者さんに向き合うことにより、今後の医療通訳者の地位が確立し、向上していくと考えられる。

2) 医療通訳の医療機関と患者との関係（遠隔医療通訳や機械医療通訳を含めて）

従来は、医療通訳の機会の多い医療機関と医療通訳機会の少ない医療機関では、医療通訳者の立場や認知、医療通訳者の働き方に様々な違いがあった。現在は、医療現場での医療通訳の機会が増大しているが、医療機関で医療通訳者が働くには派遣や常勤・非常勤など多様な場面がある。特に、英語や中国語の医療通訳の機会の比較的多いメジャー言語と言われる言語では医療機関に常勤の医療通訳者が配置されることも多くなっているが、メジャー言語以外のスペイン語、ポルトガル語、ロシア語、韓国語、ベトナム語、タイ語、マレー語、ミャンマー語、ウルドゥー語など、いわゆるマイナー言語と言われる言語の医療通訳のニーズや機会が増えているがこれらの言語の医療通訳者を常勤や非常勤で配置することは困難である。医療機関に外国人患者が訪れる目的も訪日外国人の救急や在留外国人の妊娠出産や健康診断など多様なニーズがあり、さらに地域別でも従来は外国人診療の機会の少なかった地域でも日本全国で大都市以外でも外国人診療の機会が急増していることから、全ての医療通訳のニーズに応え

医療チームと医療通訳者

「医療通訳者が、医療チームの中で仕事をする」

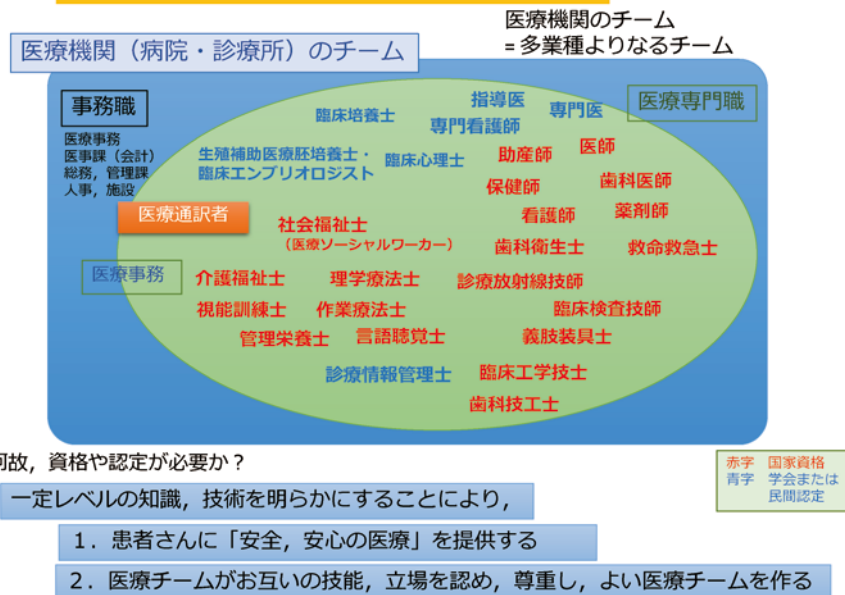


図 5. 医療チームと医療通訳者

医療は、多くの職種からなるチームで行われているが、それぞれの職種は国家資格や学会または民間認定で行われている。これらの資格は、一定レベルの知識・技術を明らかにすることにより、1. 患者さんに「安全・安心の医療」を提供し、2. 医療チームがお互いの技能・立場を認め、尊重し、よい医療チームを作ることにより進められている。医療通訳者が医療通訳に関する知識、技能を明らかにすることにより、医療チームの中で仕事をするのが重要であり、医療通訳士認定制度により推進することが医療機関側からも期待されている。

するためには、医療通訳の多様な手法が必要になっている。救急や遠隔地、休日や深夜早朝などにも対応して医療通訳を実現していくには、通訳者の医療機関での勤務や派遣だけでなく、電話やテレビ会議システムなど遠隔医療通訳や、タブレット等のデバイス用いた機械医療通訳など、多様な症状や緊急性に応じて通訳者と ICT ツールなどの特徴を活用して役割分担等も必要である。これらの中で医療通訳者はその中心をなすが、その医療通訳者の知識・技能を明らかにするためにも医療通訳者の認証制度は重要であると考えられる。

3) 医療通訳士認定制度の将来

国際的にも医療通訳の標準化（ISO）の議論が進んでいる。諸外国では、異文化交流の歴史があり、多言語多民族での国では医療通訳は健康で文化的な生活を送るための基本的人権としてコミュニティーサービスとして制度やその教育、育成が進んでいるところもある。日本でも福祉として一定レベルの住民サービスを保証するために保健に関するコミュニティー通訳としてのニーズを満たすことは今後も必要であるが、一方で医療としては「安全安心」のために資格や認定による専門職として、医療に従事する者がレベルアップを図り、その高い知識・技能を明らかにすることも重要である。このような理由で、医療通訳者の認証制度もある一定レベルの知識・技能の見える化とともに、今後、高いレベルの医療通訳の知識・技能の見える化としての上級の医療通訳者の認証制度や、今後の医療通訳者育成のための医療通訳指導者の認証制度なども、本分野の発展と充実のためには必要になると考えられる。

D. まとめ

医療通訳者の認証制度についての議論が進められてきて、日本において行政、研究、学術団体、医療通訳関係者のそれぞれの活動とお互いの協力と協働により、2019年度にようやく医療通訳士認定制度が発足する段階にある。この医療通訳士認定制度を発足して維持、発展させていくためには、医療機関での認知、実技研修や医療安全講習などとともに、医療通訳関係者や行政、学術団体など多くのステークホルダーが積極的に意見交換、調整を行なって制度をさらによいものに変えていきながら運用していく必要がある。この制度により、日本でニーズが高まっている医療現場における外国人診療の多様な課題に対し、対策と解決を図るとともに、医療通訳者の立場、地位が確立し、日本の医療の国際貢献が進んでいくことが期待される。

引用文献等

- 1) 内閣官房健康・医療戦略推進本部「訪日外国人に対する適する医療等の確保に関するワーキンググループ」
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/kaisai.html>
- 2) 厚生労働省「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」
- 3) 平成 28 年度研究費補助金（地域医療基盤開発推進）研究事業報告書
<http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/index.html>
- 4) 平成 29 年度研究費補助金（地域医療基盤開発推進）研究事業報告書
<http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/index2.html>
- 5) 一般社団法人国際臨床医学会「医療通訳士認定制度規定」
http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/draft_rev_pub01.pdf
- 6) 一般社団法人国立大学附属病院長会議
<http://www.univ-hosp.net/>
- 7) 一般社団法人国際臨床医学会「医療通訳士認定制度規定（案）に対する意見募集（パブリックコメント）回答」
http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/sum_pub01.pdf
- 8) 一般社団法人国際臨床医学会「医療通訳士認定制度規定」「医療通訳士認定改定制度案」
http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/draft_rev_pub01.pdf

在豪邦人高齢者と老後：多様性に対応できる 高齢者福祉サービスの必要性

What do older Japanese residents living in Australia think about ageing
and their final homes? :

Diversity needs to be considered when providing aged care services

渡辺 百合子¹⁾、本田 一馬²⁾

Yuriko Watanabe, Kazuma Honda

1) St Vincent's Hospital Sydney, Australia

2) Gosford Hospital, Australia

〈要旨〉

オーストラリアに在住する60歳以上の日本人を対象に老後、介護・福祉について郵送アンケート調査を行った。回答者82名(平均年齢70.5歳)の多くが20年以上と長年にわたってオーストラリアに住んでいるにもかかわらず、英語での医療に関するコミュニケーションを苦手としていることがわかった。また長年住み慣れたオーストラリアで迎える老後に不安を抱えており、特に「言葉」と「食事」が大きな不安要素であった。老後は日本で、あるいは決めていないと回答する人もいた。日本では住み慣れた地域、在宅での高齢者ケアに重点が置かれる中、施設型介護目的での日本帰国はますます難しくなると思われる。一方、オーストラリアで「言葉」と「食事」の不安要素が軽減されれば、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けていくことができると思われる。

〈キーワード〉 海外在留邦人高齢者、オーストラリア、老後、多様性、高齢者ケア

Older Japanese residents living overseas, Australia, Final homes, Diversity, Aged care services

〈研究費〉 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

はじめに

日本ではいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者を迎える2025年にむけて、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていけるよう、地域における包括ケアシステム体制が見直されている¹⁾。地域または生活期リハビリテーションでは個人個人の生活習慣、価値観を理解し尊重することが大事である。

グローバル化そして個人のライフスタイルの多様化に伴い、海外在住の日本人も多くなってきており、高齢期を海外で過ごす人も増えていくことが予想される。同様に日本で高齢期を迎える外国人住民(日本在留外国人)も今後増える可能性がある。また日本と東南アジア諸国の経済連携協定の締結によりフィリピンなどから看護、介護従事者として日本の現場で働きはじめている。病院または地域で医療福祉サービスを提供する際、サービス受給者と供給者とのコミュニケーションがより重要となる。

オーストラリアは多民族多文化の国で2016年の国勢調査によると28%以上がオーストラリア以外の国で生まれており、約5人に1人(21%)は家庭で英語以外の言語を使用している²⁾。オーストラリアでは300以上の言語が家庭で使用されており、日本語を家庭で話す人はオーストラリア全体で見ると0.2%である³⁾。

Dr Yuriko Watanabe

Sacred Heart Rehabilitation Service, St. Vincent's Hospital Sydney

170 Darlinghurst Road, Darlinghurst, NSW 2010, Australia

Tel. + 61 2 8382 9516 Fax. +61 2 8382 9431 Email: rehabilitationaustralia@gmail.com

65歳以上の高齢者でみると、2016年の調査では37%がオーストラリア以外の国で生まれており、移民の高齢化が問題となってきている⁴⁾。

外務省による海外在留邦人数調査統計では2017年10月現在、オーストラリアは国別で3番目に海外在留邦人（長期滞在者と永住者）が多い国で（1位：アメリカ合衆国、2位：中国）その数は毎年増え続けている⁵⁾。また国別永住者数でみると2017年はオーストラリアには56,006人の邦人が住んでおり、アメリカ（1位）について2番目に在留邦人永住者が多い国となっている（3位：ブラジル）。前年比との増加率も年々増しており⁵⁾、この傾向は今後も続くと思われる。

しかし在豪邦人永住者はオーストラリア全体からみると少数派であるために、日本語による医療福祉情報は極端に少ない。日本語や日本の文化に対応した福祉サービスがないことから、オーストラリアでの福祉サービスの利用を諦めたり、あるいは介護サービスを利用するために日本へ帰国することを選択してきた人達もいる。

目的

日本と生活環境が異なるオーストラリア、シドニー在住邦人高齢者が、自分たちの老後（居住地）、介護、福祉サービスについてどのように考えているのか、そしてその理由・背景についてアンケートを用いて意識調査を行った。

対象と方法

シドニー地区またはニューサウスウェールズ（New South Wales: NSW）州に在住する60歳以上の日本人を対象に郵送アンケート調査を実施した（アンケート配布期間：2015年3～5月）。合計31項目からなる多項選択式質問票を日本語で作成した。質問内容の前半は社会経済学的背景と日常生活状況を問う内容で、調査方法の詳細と質問の前半部分の結果はすでに発表・報告している⁶⁾。今回はアンケート後半部分の「老後」「介護・福祉サービス」に関する調査結果を主に報告する。この研究はSt. Vincent's病院の倫理委員会に研究プロトコルを提出し承認を得た（LNR/15/SVH/68）。

結果

アンケート用紙を144部配布し82名から回答を得た（回収率56.9%）。回答者の68%が女性で平均年齢は70.5歳（60～85歳）であった。約4分の3（74%、61名）の人がオーストラリアに20年以上住んでいるが、その多くの人が英語での（とくに医療、法律に関する）コミュニケーションは難しいと答えていた（図1）⁶⁾。興味深いことに、結婚を機に（配偶者、パートナーとともに）オーストラリアに移住した人は31%のみで、成人した子供から移住を誘われた（17%）、定年（退職）後余暇を過ごすため（15%）と、ある程度年をとってからの移住組もいた。また回答者の95%は今のところ自分で身の回りの世話ができていますが、慢性疾患、慢性疼痛あるいは転倒の既往がある人もおり⁶⁾、要支援、要介護予備軍の存在が明らかになった。オーストラリアへ帰化した人は11%で残りの89%は日本国籍を維持していた。

老後を過ごす場所として半分以上（55%、45名）の人が「オーストラリア」、15%（12名）の人が「日本」、また31%（25名）の人が「決めていない、わからない」と答えていた。アンケート回答時70代の人でも老後を過ご

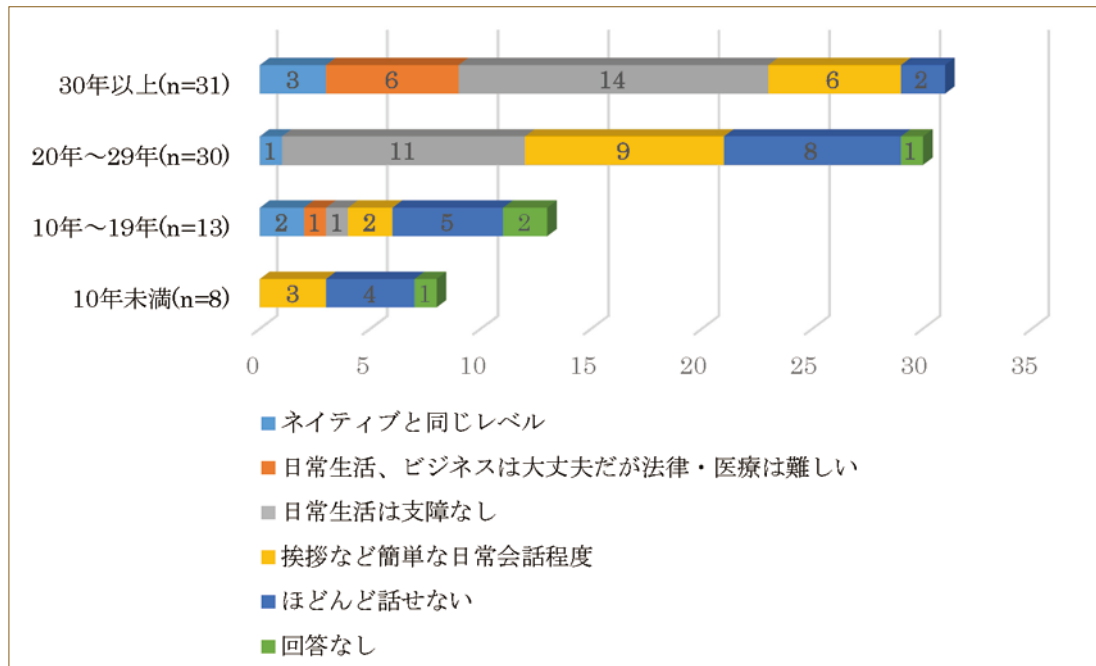


図 1. オーストラリア滞在年数と自己評価による英語のレベル

グラフ内の各数字は回答者の数を示す。82 名中 4 名が無回答であった。オーストラリアでの滞在年数にかかわらず、多くの人が医療に関する英語でのコミュニケーションは難しいと答えている。

す場所（国）を決めていない人もいた（8名）。日本へ帰国する理由の多くが「食事」と「言葉（コミュニケーション）」で日本の高齢者施設に入居したいから「老後は日本で」と答えた人も3名いた。

一方、住み慣れたオーストラリアで老後を迎えるにあたって不安要素は多く、その中でもとくに「言葉」と「食事」と回答した人が多かった（表1）。オーストラリアで老後を迎えるとき、また援助が必要になった時に希望するサービスに関しても、やはり「日本語」での援助・福祉サービスのニーズが高かった（表2）。もし身の回りのことが自分でできなくなったときは「在宅ケア（訪問看護含む）を利用して在宅で生活したい」と答えた人が40%（32名）と一番多かった。

表 1. オーストラリアで老後を迎える不安（複数回答可）
（老後を「オーストラリア」と選択した45名が回答）

言葉（コミュニケーション）	31 名
食事	28
自分の身の回りの世話ができなくなる	22
オーストラリアの医療・介護制度、手続きがわからない	19
収入・経済状態	12
自分で判断ができなくなった時に頼る人がいない	10
家・住むところ	7
孤独	6
頼れる家族・友人がいない	4
日本にいる家族の介護・お世話	0

「言葉」と「食事」が大きな不安要素であった。また「オーストラリアの医療・介護制度、手続き」も英語（言語）による不安さ（難しさ）と思われる。

表 2. オーストラリアで希望する援助・高齢者サービス
(複数回答可) (71 名が回答)

日本語での医療・看護サービス	48 名
身体介助 (日本語)	42
日本食の宅配サービス	34
日本語ができる話し相手	34
日本人のためのデイサービス (高齢者同士の交流・娯楽の場)	31
日本人向けの高齢者施設	31
家事援助 (日本語)	30
オーストラリアの高齢者サービスを受けるためのお手伝い (手続きなど)	24
銀行、年金、保険などの手続きのお手伝い	20
話し相手 (誰でもいい)	16
オーストラリアの高齢者施設への入居のお手伝い	12
身体介助 (英語)	10
家事援助 (英語)	10
その他	1 (その時になってみないとわからない)

回答者の多くが日本語、日本食あるいは日本人むけのサービスを希望していることがわかる。

考察

今回アンケート調査の協力を得たオーストラリア NSW 州で高齢期を迎えている、また迎えようとしている日本人の多くが「住み慣れた」オーストラリアでの老後に不安を抱えており、特に「言葉」と「食事」が大きな要素になっていることがわかった。また 60～70 代でも老後の場所を決めていない人もいた。多くの人が日本国籍を維持していることから、何かあったら最終的に日本へ帰国を考えている可能性があげられる。

しかし日本では高齢者を取り巻く環境が年々厳しくなる中、いくら言葉や食事に困らない「日本」とはいえ、住み慣れていない場所で友人知人もほとんどいない環境で生活を始めるのは大変困難であると予想される。また今回の回答者の多くはオーストラリアに 20 年以上滞在しており、介護保険導入後 (2000 年導入) の日本の高齢者医療福祉システムの現状を知らない可能性も高い。

ニューヨーク日系人会は 2005 年に「邦人・日系人高齢者問題協議会」を設立⁷⁾し、翌年に「在米邦人・日系人の高齢者問題に対する意識調査」を行っている⁸⁾。50 歳以上を対象としたこのアンケート調査では 2026 名から回答を得ており、平均年齢は 63 歳であった。日本国籍所有者 (1435 名) で老後、日本への帰国予定に関する質問に「わからない・決めていない」と答えたものが最も多く (54.9%)、「日本に帰国する予定」と回答している人は 15.9% であった。(日本の) 介護保険に関しては「加入してない」と回答した人が 95% であった (2006 年調査時)。

ヨーロッパ各地でも在留邦人の高齢化に関する調査が行われている。イギリス在住日本人 454 名 (47～88 歳、60 代の回答者が 46.3% と一番多い。平均年齢の記載なし) の「老後」を過ごす場所に関して、約 10% の人が「日本」そして 43% の人が「わからない・決めていない」と回答していた⁹⁾。ここでも人数は少ないが 70 代、80 代でも老後を「日本」または「決めていない」と回答していた。同研究者はオランダでも同様の調査を 2014 年に行っており、似たような結果を報告している¹⁰⁾。イギリス、オランダの調査でも「言葉 (コミュニケーション)」と「食事」が老後の不安要素であった。海外永住邦人高齢者の中でも (そこが長年住み慣れた国や場所であっても) 老後は日本だと考えている人が少なくはないようである。

オーストラリアでは移民の高齢化が問題となっており、多民族、多文化、多言語そして多宗教などの多様性 (Diversity) に対応できる高齢者移民ケアが政策の大きなカギとなっている。オーストラリアでも在宅を中心とする高齢者ケアに重点が移る中、全国的に一貫性があり継続的な高齢者福祉制度が始まった (My aged care)¹¹⁾。新制度ではサービス受給者の自主性の向上、つまり希望する福祉サービスを自分で選んで管理することができるなど、利用者が福祉サービスについてきちんと理解することがより重要となっている。

先に述べたように、在豪邦人永住者の数は年々増え続けているもののオーストラリア全体から見るとまだ少数派である。オーストラリア政府発行の日本語の医療、福祉情報はほとんどない。また在豪邦人高齢者は滞在年数にかかわらず英語でのコミュニケーションを苦手とする人が多いことが今回の調査で明らかになった。オーストラリアでは公共医療関係機関 (病院、コミュニティヘルスセンター、調剤薬局など) を利用する際に英会話に不安がある人は医療通訳を無料で利用できる¹²⁾。緊急や遠隔地で対面通訳を手配できない場合も無料で電話通訳が可能である。医療機関にかかわらず政府機関、税務署などの公共機関や電力会社なども政府系の通訳サービス (Translation and Interpreting Service)¹³⁾ を無料で利用できるのも、このような無料通訳サービスを積極的に利用することが老後の不安軽減につながると思われる。またオーストラリアの医療福祉制度について日本語で情報を提供しているNPO団体¹⁴⁾なども今後大きな役割を果たすと思われる。

「食事」に関しても他民族多文化のオーストラリアは食習慣だけでなく宗教・嗜好 (ベジタリアンなど) など多様な食事制限に対応できる国なので、実際には選択肢は多いと思われる。

「言葉」「食事」など今回の調査で明らかになった不安要素を最小限に抑えることができれば、住み慣れたオーストラリア社会で他のコミュニティと同様に高齢になっても在宅福祉サービスを利用しながら安心して暮らし続けていくことができるかもしれない。また、これは要支援・要介護状態になってから福祉サービス利用目的での日本帰国を減らす、つまり日本の介護保険財政の負担軽減にもつながると思われる。日本でも日本在留外国人高齢者の特徴やニーズを大切に、多様性に柔軟に対応できる高齢者ケア、地域リハビリテーションの在り方が課題となる日がくると思われる。

謝辞

アンケート調査に協力いただきました回答者の皆様に感謝申し上げます。在豪邦人コミュニティサポートのスタッフにはアンケートの配布、回収に協力いただき感謝いたします。本調査は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けています。

参考文献

- 1) 厚生労働省：平成 27 年 3 月．高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000081906.html> (2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 2) Australian Bureau of Statistics. Cultural diversity in Australia.
www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/2071.0~2016~Main%20Features~Cultural%20Diversity%20Data%20Summary~30 (2019 年 1 月 28 日アクセス)
- 3) Community profile. Australia. Language spoken at home.
<https://profile.id.com.au/australia/language> (2019 年 1 月 28 日アクセス)
- 4) Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Older Australia at a glance.
<https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australia-at-a-glance/contents/diversity/culturally-and-linguistically-diverse-people> (2019 年 1 月 28 日アクセス)

- 5) 外務省領事局政策課：平成 30 年要約版 海外在留邦人数調査統計。
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000368753.pdf> (2019 年 1 月 28 日アクセス)
- 6) Watanabe Y and Honda K: Community demographics, socioeconomic and health status among older Australian residents of Japanese origin living in NSW, Australia. *Australasian Journal on Ageing* 2017; 36: 238-242. doi:10.1111/ajag.12409.
- 7) 邦人・日系人高齢者問題協議会。
<http://www.agingjaa.org/korei.html#3> (2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 8) ニューヨーク日系人会 邦人・日系人 高齢者問題協議会 2006 年 3 月. 在米法人・日系人の「高齢者問題に対する意識調査」
<http://www.agingjaa.org/Info/Report.pdf> (2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 9) 金本伊津子：日本人のグローバル・マイグレーションの今：イギリスにおける日本人の高齢化に関する意識調査 (1). 桃山学院大学 総合研究所紀要 Vol 40, No 1 : 1-24, 2014
- 10) 金本伊津子：オランダで迎える日本人の老い：在蘭日本人の高齢化に関する意識調査. 桃山学院大学 総合研究所紀要 Vol 41, No 1 : 55-80, 2015
- 11) Australian Government: My Aged Care.
<https://www.myagedcare.gov.au/> (2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 12) Health care interpreting and translating services.
<https://www.health.nsw.gov.au/multicultural/Pages/health-care-interpreting-and-translating-services.aspx>
(2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 13) Australian Government Department of Home Affairs. Translating and interpreting service.
<https://www.tisnational.gov.au/> (2019 年 1 月 29 日アクセス)
- 14) Japanese Australian Support in Community Inc. (JASIC) :
<http://jasic.org.au/> (2019 年 1 月 29 日アクセス)

ロシアにおける臓器移植医療と日露協力の発展の可能性 Organ Transplantation Medicine in Russian Federation and Possibilities of development of Japan-Russian cooperation

ウリヤーノワ・スヴェトラーナ、田村 純人

Svetlana Ulianova MS, Sumihito Tamura MD PhD FACS

東京大学医学部附属病院 国際診療部

International Medical Center, the University of Tokyo Hospital

〈要旨〉

1. 背景

日露関係の発展にとって医療における幅広い交流は重要な要素である。現在まで一般診療分野において交流の実績があるものの、臓器移植等の高度医療での協力の可能性の参考となる情報は乏しい。日露医療交流のさらなる発展に向けて、日本の優れた臓器移植医療分野での貢献の可能性について検討する。

2. 方法

公的機関が公表しているデータを基にロシアの移植医療の実情を調査し、当該分野における日露協力の発展の可能性を探った。

3. 結果

ロシア国内法では臓器提供並びに臓器移植は連邦政府が指定した国公立の医療機関でのみ可能である。脳死下臓器提供方式はOPT OUT方式だが、社会的事情から小児の臓器提供の実例はない。生体ドナーは18歳以上の血縁者でなければならず、夫婦間の生体臓器提供は認められていない。全国規模の臓器提供ネットワークは存在せず、臓器提供並びに臓器移植は地域ベースで行われている。首都では対人口100万人当たりの提供数は17.3とEU並みであるものの、国民の36%は提供施設のない56地方に住み、全国平均は4.3に留まる。移植手術自体の実施は首都モスクワ市の医療圏で施行される割合が大きく、腎臓移植の50%、脳死肝移植の60%、生体肝移植の86%、そして心臓移植の73%が首都モスクワ市で行われている。国内全域でみると移植医療資源の不均衡は提供・実施施設共に著しく、特に極東地域を含む地方の実情は厳しい。

4. 考察

ロシアの移植医療は広大な国土の中で地域間の差が著しく、また、小児の機会が限られている。ロシア国内の不均衡を補う形での協力を考慮する余地が今回の調査から示唆された。アウトリーチでは、極東地域において特に小児の生体臓器移植や成人の生体肝移植領域での生体肝臓・腎臓移植技術の提供、インバウンドではロシア国内法で認められない非血族間の親族間の生体移植を日本国内で提供する等、協力の対象とする価値があると思われる。

〈キーワード〉 ロシア連邦、臓器移植、臓器提供、国際医療協力

Russian Federation, Organ Transplantation, Organ Donation, International medical cooperation, Cross border medicine

1. 背景

日露関係の発展にとって医療における幅広い交流は重要な要素である。現在まで、検診や内視鏡技術を含む診療分野において様々な交流の実績が得られているものの、日本ではロシア国内の高度医療の実情はあまり知られておらず、臓器移植医療等の高難度外科手術領域における協力の可能性の参考となる情報は乏しい。

日本の人口当たりでみた脳死下臓器提供数は国際的水準に達していないものの、生体肝移植の発展の礎を築く等、臓器移植外科全般の技術のレベルは極めて高く、教育レベルの高い優れた病院スタッフ全般の寄与もあり、肝・腎

ウリヤーノワ・スヴェトラーナ Svetlana Ulanova

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 7-3-1, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8655

Tel. 03-3815-5411 (内線 30190) Email: ulianovas@adm.h.u-tokyo.ac.jp

移植のみならず、心・肺移植等においても臨床成績は国際水準に比べて極めて良好であり、また、国民皆保険制度の下で医療資源が効果的に配分されているため、日本国民全般にその恩恵が行き渡っているといえる。

本稿では、日露医療交流のさらなる発展に向けて、日本が優れている臓器移植医療分野でのロシアへの貢献の可能性について検討する。

2. 方法

Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT)、ロシア移植学会誌である *Вестник трансплантологии и искусственных органов* (「臓器移植と人工臓器」)、НИИ скорой помощи имени Склифосовского (スクリフォソフスキー記念救急医療研究病院) 並びに межрегиональная организация Общество трансплантологов (ロシア地域間移植協会) が共同で出版する学術雑誌 *Трансплантология* (「移植医療」) が公表している統計ならびに学術論文を基に、ロシア国内の臓器移植医療の現状を明らかにし、当該分野における日露協力の発展の可能性を探った。

3. 結果

3-1. 臓器移植医療のあゆみ

ロシアの臓器移植のあゆみは、第二次世界大戦後のソビエト社会主義共和国連邦(ソ連)におけるデミホフ(Демихов)らによる心臓・肺移植の動物実験にはじまる¹⁾。1965年にロシア国内においてペトロフスキー(Петровский)らによる初の腎臓移植が行われ、臨床移植医療の出発点となった²⁾。1968年にレニングラード市(現サンクト・ペテルブルク市)に位置する国防省管轄の病院でヴィシュネフスキー(Вишнеvский)らによるソ連初の心臓移植が行われた³⁾。当時、臓器移植は連邦保健省の許可が必要であり、上記の移植手術は事実上違法とされた。1969年にソ連医学アカデミー臓器・組織移植研究所(Институт трансплантации органов и тканей Академии Медицинских наук СССР)が設立され、臓器・組織移植分野の治験や研究を本格的に行うようになったが、脳死下臓器移植が再開されたのは、1985年に臓器移植の法的根拠が整備されてからであった。

1986年に法律施行後の初の心臓移植がシュマコフ(Шумаков)らにより行われ⁴⁾、肝移植⁵⁾、脾移植⁵⁾ならびに腎臓同時移植⁶⁾も同医師らにより、施行された。1974年から30年余り臓器移植研究所の所長も務めソ連並びにロシアの移植医療を牽引した。

シュマコフらの貢献によりロシアの移植医療は発展を遂げ、1991年末のソ連崩壊にも関わらず、1992年には生体間の臓器提供による移植の規程を含めた包括的な「人の臓器または組織の移植に関する法律」が施行され、移植医療は継続的に行われた。

2008年に開催された第1回ロシア移植学会(Российское трансплантологическое общество)並びに第4回シュマコフ記念移植医学術集会において臓器提供並びに臓器移植に関するレジストリーの導入が決定され、2009年に「臓器移植と人工臓器」誌(*Вестник трансплантологии и искусственных органов*)に2006年から2008年までの臓器提供並びに臓器移植症例の報告が公開された⁷⁾。現在に至る迄、その統計データは毎年継続してInternational Registry on Organ Donation (IRODaT) や The International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) 等の国際機関に提供されている。2009年に、臓器移植研究所はシュマコフ記念国立臓器移植・人工臓器医療研究センター(ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени

академика В.И. Шумакова》Минздрава России) に改名された。

2017年に同センターは移植医療の筆頭医療機関として連邦保健省から指定を受け、臓器移植並びに人工臓器分野における研究の他、提供・臓器移植を行う全国の医療機関の教育・研修並びに監督の役割を担っている⁸⁾。

3.2. 移植医療に関する法的背景と臓器提供の現状

ロシアの法律では、臓器提供並びに臓器移植は連邦政府が指定した国公立の医療機関でのみ可能である。「人の死」とされる脳死下の臓器提供方式はOPT OUT（本人または親戚ないし法的代理人が臓器提供に反対していなければ、臓器提供を承諾したものと見なす）で脳死判定は1歳以上であれば可能であるが、小児の臓器提供の実例はない。生体ドナーは「18歳以上の血縁者」でなければならず、夫婦間の生体臓器提供は認められない。臓器売買や強制的な臓器提供並びに雇用関係等の依存関係にある生体ドナーからの臓器提供は禁止されている⁹⁾。

全国規模の臓器提供ネットワークは存在せず、臓器提供並びに臓器移植は地域ベースで行われている。2018年の全国の年間総ドナー数は2008年の364件に対し、1.7倍増加して601件となり、首都モスクワ市に位置する施設の全体に占める割合は50%前後で推移している。一ドナーからの平均摘出臓器数は2.9とやや少なく、モスクワ市では3.3、首位のリヤザン市においても3.5であった。過去10年間で総ドナー数に占める脳死下臓器提供ドナー数の割合は50%から94%に増加し、現在では脳死下臓器提供が主流となっている。首都モスクワ市に限定すれば対人口100万人当たりの提供数（per million population, pmp）は12.3⁷⁾から17.3¹⁰⁾に増加し、EUの16.9¹¹⁾を上回ったが、国民の36%は提供施設のない56地方に住み、全国平均でみた場合のpmpは4.3に留まる。表1に各連邦管区の臓器提供の現状を示す¹⁰⁾。

モスクワ市において臓器提供が大幅に伸びた要因のひとつとして、市の条例で導入された臓器提供コーディネーションセンターの存在があげられる。モスクワ市第11病院を拠点とした上記のセンターには24時間対応する摘出チームが置かれ、ドナー発生時には提供病院に向いて腎摘出を行い、腎臓以外の臓器については各移植病院に摘出医の派遣の要請を行うことにより、集約的な対応が可能となっている。市内にある17の病院は提供病院として指定され、意識レベルがGlasgow Coma Scale 3（重症の意識障害）の全ての患者は脳死判定が義務付けられ、ドナー候補の発生の際には同センターへの連絡が義務化された¹²⁾。モスクワ市の条例はドナーの対象年齢を18歳から60歳までと限定しており、小児の脳死下臓器提供は事実上閉ざされている。

表1. ロシア連邦の提供施設数と提供件数（連邦管区別）2018年

ロシアでは全国規模の臓器提供ネットワークは存在せず、臓器提供並びに臓器移植は地域ベースで行われている。各連邦管区の状況を集計した。¹⁰⁾

連邦管区名	提供施設数	有効ドナー数	脳死ドナーの割合	摘出臓器数	1ドナー当たり平均移植臓器数
中央（モスクワのみ）	78	291	92%	950	3.3
中央（モスクワ以外）	12	14	100%	38	2.7
北西部	16	55	95%	145	2.6
沿ヴォルガ	30	75	96%	174	2.3
南部	14	48	100%	133	2.6
北カフカース	1	2	100%	5	2.5
ウラル	18	45	100%	112	2.5
シベリア	46	105	82%	279	2.7
極東	1	4	100%	9	2.3
合計	216	639	94.1%	1845	2.9

3.3. 臓器移植医療の現状

2018年には2193件の臓器移植が行われ、2008年の942件と比較して10年間で2.3倍の伸びを示した。特に心臓移植は、26件から285件と10倍以上の増加がみられた。肺移植と脾臓移植はほとんど普及しておらず、2018年の実績は、それぞれ、28件と17件で、それらの9割が首都モスクワで行われた。肝移植は同期間中、125件から505件と4倍程度の増加を示し、脳死肝移植は概ね60%から70%台で推移している。2018年の505件のうち、脳死肝移植は342例、生体肝移植は163例（そのうち133件は小児症例）であった。腎移植は、782件から1361件へと1.7倍の増加を示し、死体腎移植は概ね80%台であった。生体腎移植が20パーセント程度を占める。

地域別でみると、首都モスクワ市の医療圏で施行される割合が依然大きい。同市内の医療機関で施行される移植症例の割合は腎臓移植では50%程度、脳死肝移植では60%～65%、生体肝移植は86%と高い割合で推移している^{7) 10)}。モスクワ市の医療機関の中でも特にシュマコフ記念センターの存在が大きい。心臓移植では全国の症例のうち73%（285件中208件）が首都モスクワで行われ、シュマコフ記念センターで197件（全国の69%）が施行さ

表 2. ロシア連邦の移植施設数と移植件数（連邦管区別）2018年

ロシアでは移植医療実施施設の地域差が大きい¹⁰⁾ NA: 実施施設がない (Not applicable)

連邦管区名	移植施設数	腎臓	肝臓	心臓	肺	脾臓
中央（モスクワのみ）	15	685	347	208	26	15
中央（モスクワ以外）	4	27	3	1	NA	NA
北西部	8	93	25	16	2	
沿ヴォルガ	12	185	23	6	NA	1
南部	4	85	30	16	NA	1
北カフカース	1	4	1		NA	NA
ウラル	4	98	17	8	NA	NA
シベリア	11	175	57	29	NA	NA
極東	1	9	2	1	NA	NA
合計	60	1361	505	285	28	17



図 1. ロシアの連邦管区の地理的位置と人口

<https://ru.wikipedia.org/>

れている。生体肝移植においても全国症例の60%がこのセンターで行われている¹⁰⁾。

首都圏の医療機関の実績や経験を基に、地方でも徐々に状況は改善されつつあるものの、国内全域でみると移植医療資源の不均衡は著しく、前途は厳しい。各地の移植医療の現状は表2のとおりである。特に日本に最も近い極東地域（サハリン島、沿海州、ハバロフスク州）は国土の三分之一を占める人口6百万人の極東連邦管区（図1）に属しているが、腎移植（9件）、肝移植（2件）並びに心移植（1件）を行う唯一の施設は沿海州等から約3千km離れたヤクーツク市にあるのみである。

4. 考察

ロシアの移植医療は現在の国際水準に達している施設や地域もあるものの、広大な国土の中で地域間の著しい不均衡があり、特に日本に近い極東地域では臓器移植を受ける機会が乏しい。また、小児の脳死下臓器提供の問題も未解決である。

一般的な医療分野での日露協力は近年ますます盛んであり、モスクワ市では日露循環器病画像診断トレーニングセンター¹³⁾、極東のハバロフスク市では日本メディカルセンター¹⁴⁾が設立され、予防医学センターの設立に関する協定も結ばれた¹⁵⁾。ロシア各地で日本の医師による低侵襲の内視鏡治療^{16) 17)}や脳神経外科手術^{18) 19)}が注目され、高い評価を得ている。このような一般診療における交流の信頼の延長上に、ロシア国内の地域間の不均衡を補う形での臓器移植医療分野での協力を考慮する余地が充分にあることが今回の調査から窺えた。特に、アウトリーチとしては、極東地域において現地施設・スタッフと連携して、特に小児領域の生体臓器移植や成人の生体肝移植技術の提供、あるいは、インバウンドとして、ロシア国内法では認められない非血族間の親族間の生体移植を日本国内で提供する等、協力支援の対象として検討する価値があると思われた。

5. まとめ

ロシア国内の現状から、日露医療交流のさらなる発展に向けて、ロシア国内の地域間の医療資源の不均衡を補う形で、日本が誇る臓器移植医療分野での貢献の可能性が示唆された。

文献

- 1) Бокерия Л.А., Глянецв С.П. Несгибаемый, неуемный Владимир Демихов (к 100-летию со дня рождения). Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2016;2 (8):27-36
- 2) Хубутия М.Ш., Кабанова С.А. История отечественной трансплантологии, приоритеты и особенности развития. Трансплантология. 2011;1:55-64
- 3) Иванюшкин А.Я., Юдин Б.Г., Попова О.В., Резник О.Н. Первая клиническая пересадка сердца в истории отечественной и зарубежной трансплантации. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2017;9 (3):104-115 DOI: 10.15825/1995-1191-2017-3-104-115
- 4) Иванюшкин А.Я., Юдин Б.Г., Попова О.В., Резник О.Н. Первая клиническая пересадка сердца в истории отечественной и зарубежной медицины. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2017;3 (9) :104-115.DOI:10.15825/1995-1191-2017-3-104-115
- 5) Шумаков Валерий Иванович некролог https://mipt.ru/dbmp/departments/f_66cixl/dir_lifsys/shumakov_nekrolog.php
- 6) Готье С.В., Арзуманов С.В. Трансплантация поджелудочной железы в лечении пациентов с сахарным диабетом 1-го типа: технические аспекты её выполнения. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2017 3 (9):70-80. DOI:10/15825/1995-1191-2017-3-70-80
- 7) Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Ибрагимова О.С. Тенденции развития органного донорства и трансплантации в Российской Федерации в 2006-2008 гг. Сообщение I (по данным регистра Российского трансплантологического общества). Вестник трансплантологии и

- искусственных органов. 2009;11 (3):8-16. DOI:10.15825/1995-1191-2009-3-8-16
- 8) 器移植研究所はシュマコフ記念国立臓器移植・人工臓器医療研究センター（ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России) http://transpl.ru/about_center/history/
 - 9) Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-I "О трансплантации органов и (или) тканей человека" (с изменениями и дополнениями)
 - 10) Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2018 году XI сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2019; 3 (11):7-32. DOI:10.15825/1995-1191-2019-3-7-32
 - 11) GODT <http://www.transplant-observatory.org/summary/>
 - 12) Минаина М.Г. Разработка и внедрение в практику здравоохранения инновационной модели донорства органов. Диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук. Москва 2016 http://transpl.ru/files/mimina/doctorskaya_new.pdf
 - 13) Сеиченов記念国立モスクワ第一医科大学 (Первый Московский государственный медицинский университет имени Сеченова) <http://mma.ru/news/167496/>
 - 14) 日露メディカルセンター SAIKO (Российско-японский медицинский центр Сайко) <https://saiko.ru/>
 - 15) ロシア連邦極東・北極圏発展省 (Министерство Российской Федерации по развитию Дальнего Востока и Арктики) https://minvr.ru/press-center/news/8219/?sphrase_id=1148188
 - 16) ヤロスラヴリ州保健・薬剤局 Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области. <https://www.yarregion.ru/depts/zdrav/tmpPages/news.aspx?newsID=766>
 - 17) イルクーツク州保健省 Министерство здравоохранения Иркутской области. <https://minzdrav-irkutsk.ru/news/yaponskie-onkologi-iz-natsionalnogo-onkologicheskogo-tsentra-tokio-sovmestno-s-kollegami-iz-gbuz-obl.html>
 - 18) ロシア連邦脳神経外科センター (チュメニ市) ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень). <https://fcn-tmn.ru/%D1%8F%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%80-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%82-%D0%BC%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80-%D0%BA/>
 - 19) 全ロシア国営テレビ・ラジオ放送会社 VESTI.RU ВГТРК, Вести. <https://www.vesti.ru/doc.html?id=377729>

糖尿病における医療の国際化に向けた取り組み

飯塚 陽子

東京大学医学部附属病院 糖尿病・代謝内科

〈要旨〉

【背景】医療の国際化の一環として、日本の医療サービスの輸出を目指し、日本式糖尿病チーム医療の中国における有用性を検証した。【方法】日本の医師・看護師・栄養士・薬剤師等の医療チームが、中国上海・北京・杭州の病院で実際に日本式糖尿病外来診療を行い、様々な医療サービスの有用性を調査した。【結果】上海の糖尿病患者は、1) 過去に肥満が7割以上、20歳時に肥満が1割、初診時に肥満が3割以上で、2) 食行動に異常のある方・栄養指導を含め糖尿病に関する教育指導を受けたことのない方が6割であった。3) 自己流に食事・運動・薬物/インスリン量を調節する方が多く、4) チアゾリジンやDPP4阻害薬はほとんど処方されておらず、インスリン分泌促進薬を中心とした薬物療法がメインであり、5) 半数以上の方が血糖コントロール不良であった。上海に比べ、北京の糖尿病患者は、6) 血糖コントロールがより不良であり、7) インスリン使用者数がより多く、8) 高血圧症・脂質異常症等の合併がより高かった。杭州・北京の糖尿病患者は、9) 足の乾燥・白癬感染症疑いのある方が日本より3～5倍と高かった。10) 医師による診療、栄養士による栄養指導、看護師による糖尿病教育・フットケア指導、薬剤師による服薬指導等実施したすべてのサービスが中国の糖尿病患者に大変好評であり、11) チーム医療の介入により、糖尿病に対する認識・食行動・運動習慣等の向上をもたらし、その結果、12) 食行動に異常のある方が約半分に減少し、13) 体重・血糖値・HbA1c・血圧・脂質・尿中微量アルブミン等調査したすべての項目において明らかに改善が認められ、しかも、14) 外来受診回数の多い方ほど、改善効果がより顕著という持続効果が確認され、日本式糖尿病外来診療が大変有効であった。【結論】中国において日本式糖尿病チーム医療に対するニーズが極めて高いことが確認でき、現在中国各地において日本式糖尿病専門病院の設立に向け準備を進めている。

〈キーワード〉 糖尿病 医療の国際化 中国 チーム医療 日本式

〈研究費〉 日本の医療サービスが海外展開に関する調査事業（経済産業省）

背景

世界の糖尿病人口は爆発的に増加し続けており、国際糖尿病連合（IDF）最新の発表によると、2017年世界の成人糖尿病有病者数は4億2,500万人に上り、日本を含む「西太平洋地域」においては、成人糖尿病有病者数は1億8,300万人であり、世界で最大の糖尿病人口を抱えていることを改めて浮彫となり、有効な糖尿病予防策を講じないと、2045年世界成人糖尿病人口は6億2,900万人に上ると予想されている¹⁾。

日本には糖尿病チーム医療を含めて、優れた医療技術が沢山あるが、日本国内では、今後人口の減少による症例数の減少や財政上の制約が増加していく環境の下で、創意工夫や技術革新の芽を育てることには一定の限界がある。一方海外においては、日本の優れた医療技術を受けたいと思っている外国の方が大勢いるのも事実である。日本国内の社会保障制度を維持しながらも、日本の医療の質を向上させていくためにも、限られた医療資源を有効に活用という観点からも、医療の国際化を進めていくことが、今後必要な流れであり、将来的な方向性であると確信している。

医療の国際化の一環として、日本の医療サービスの輸出を目指し、経済産業省の採択事業の一つとして、今回私達は糖尿病人口が世界一に多い中国の糖尿病現状の把握、および日本式糖尿病医療サービスの中国における有用性の調査を目的として、実証研究を実施した。

飯塚 陽子

〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1

Tel. 03-3815-5411 Fax. 03-5800-9526 Email: yokoiizuka-tyk@umin.ac.jp

方法

日本の医師・看護師・栄養士・薬剤師等の医療チームが、企業とコンソーシアムを形成し、中国上海・北京・杭州の病院で実際に月に1回、1回に1日～2日間の日程にて日本式糖尿病外来診療を行い、医師による診療、栄養士による栄養指導、看護師による糖尿病教育・足外来の診察・評価・フットケア指導、薬剤師による服薬指導等様々な医療サービスの有用性を検証した。

結果

上海においては、5回（9日間）の外来診療を行い、260名の糖尿病患者が受診された（図1、図2）。女性の方がやや多く、60歳以上の方が全体の6割以上を占めていた。糖尿病の発症年齢に関しては、50歳代の方が最も多く、糖尿病罹病期間に関しては、様々であった。肥満に関しては、過去に肥満の方が7割以上、20歳時に肥満の方が1割、初診時に肥満の方が3割以上であった。薬物の使用状況に関しては、動脈硬化抑制エビデンスのあるチアゾリジン薬（7%）やDPP4阻害薬（0.5%）はほとんど処方されておらず、インスリン分泌促進薬（56%）を中心とした薬物療法がメインであった。食行動質問表による食行動の評価に関しては、食行動に異常のある方が約6割認められたが、糖尿病教育の有無に関しては、栄養指導を含め糖尿病に関する教育指導を受けたことのない方が6割以上であった。自己流に食事・運動・薬物/インスリン量を調節する方が多く、血糖コントロールの状況に関しては、約半数以上の方が血糖コントロール不良で、約2～3割の方が血糖管理大変不良であった。

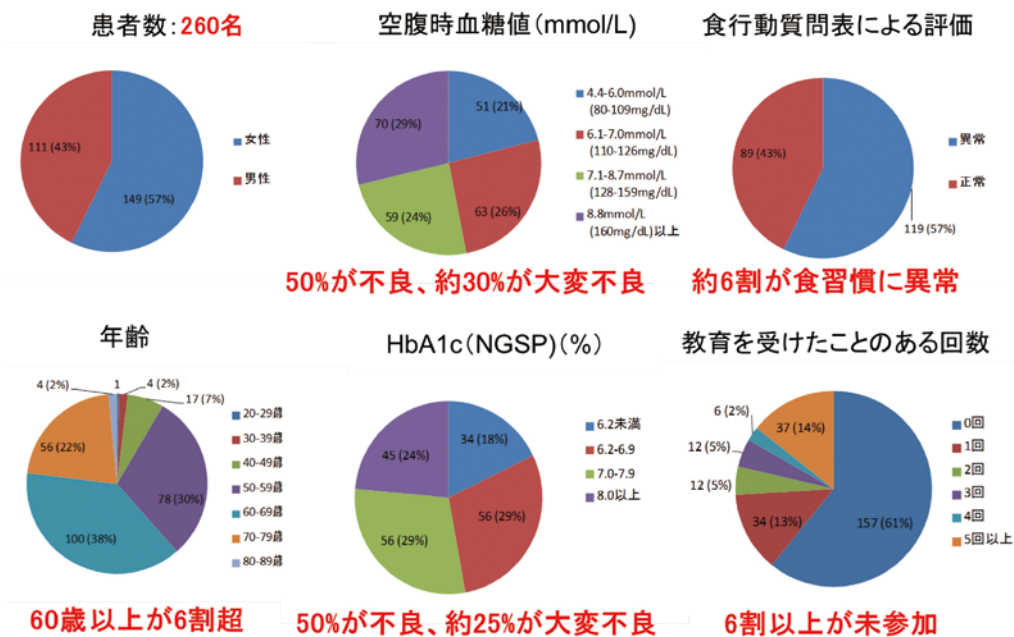


図1. 上海糖尿病患者の現状（抜粋1）

上海においては、260名の糖尿病外来患者を診療した。性別に関しては、57%の方が女性であった。年齢に関しては、50歳代の方が30%、60歳代の方が38%、70歳代の方が22%と50歳から79歳までの方が全体の9割を占めていた。血糖コントロールの状況に関しては、53%と半数以上の方がHbA1c7%以上と血糖コントロールが不良で、24%の方がHbA1c8.0%以上と血糖管理大変不良であった。食行動質問表による食行動の評価に関しては、食行動に異常のある方が57%認められた。糖尿病教育の有無に関しては、栄養指導を含め糖尿病に関する教育指導を受けたことのない方が62%であった。

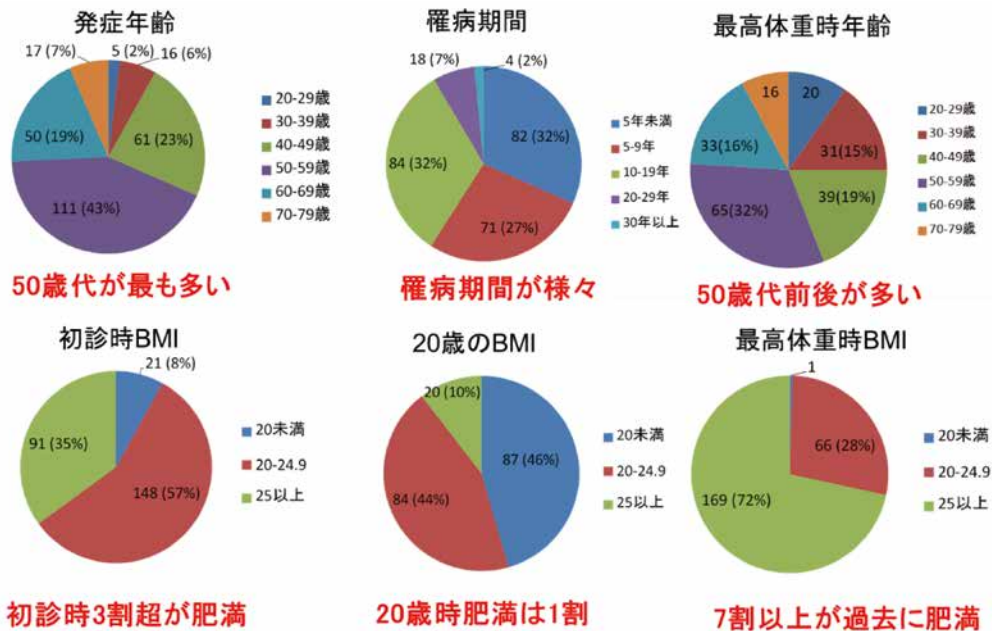


図 2. 上海糖尿病患者の現状 (抜粋 2)

糖尿病の発症年齢に関しては、40 歳代の方が 23%、50 歳代の方が 43%、60 歳代の方が 19%、70 歳代の方が 7% と 50 歳代発症の方が最も多かった。糖尿病罹病期間に関しては、5 年未満の方が 32%、5 年～ 9 年の方が 27%、10 年～ 19 年の方が 32% と様々であった。肥満に関しては、過去に肥満の方が 72%、20 歳時に肥満の方が 10%、初診時に肥満の方が 35% であった。

北京においては、3 回（6 日間）の外來診療を行い、166 名の糖尿病患者が受診された。上海に比べ、北京糖尿病患者の血糖コントロールがより不良であり、インスリン使用者数は、上海人の 32% に対し、北京人が 45% とより多かった。また、高血圧症の合併に関しては、上海人の 56% に対し、北京人が 65% とより高く、脂質異常症の合併に関しては、上海人の 42% に対し、北京人が 66% とより高いことが明らかとなった。足の乾燥に関しては、日本人の 14.7% に対し、北京人が 71.8% (約 4.9 倍) と高かった。白癬感染症疑いに関しては、鱗屑において、日本人の 14.0% に対し、北京人が 63.8% (約 4.6 倍) と高く、角質肥厚において、日本人の 16.9% に対し、北京人が 38.7% (約 2.3 倍) と高く、爪の混濁・肥厚において、日本人の 10.9% に対し、北京人が 44.6% (約 4.1 倍) と北京糖尿病患者足の乾燥・白癬感染症疑いのいずれにおいても日本人より約 2.3 ～ 4.9 倍と高いことが分かった。

杭州においては、2 回（3 日間）の外來診療を行い、71 名の糖尿病患者が受診された。足の乾燥に関しては、杭州人が 39.4% と日本人より約 2.7 倍と高かった。白癬感染症疑いに関しては、鱗屑において、杭州人が 43.7% (約 3.1 倍) と高く、趾間びらんにおいて、日本人の 18.5% に対し、杭州人が 50.7% (約 2.7 倍) と高く、角質肥厚において、杭州人が 31.0% (約 1.8 倍) と高く、爪の混濁・肥厚において、杭州人が 32.4% (約 3.0 倍) と杭州糖尿病患者足の乾燥・白癬感染症疑いのいずれにおいても日本人より約 1.8 ～ 3.1 倍と高いことが明らかとなった。

糖尿病チーム医療の介入により、4 週間後 2 回目の外來においては、既に 81% の方が糖尿病の知識への理解が深まり、87% の方が定期的に血糖値を測定するようになり、80% の方が血糖値で食事量を調節するようになったと回答した。運動量に関しては、一日平均歩行数が初診の 6246 歩から 9175 歩へと改善され、運動時間に関しては、一日速足歩きの平均時間が初診の 26 分から 40 分と大幅に改善された。チーム医療介入により、糖尿病に対する認識・食習慣・運動習慣等の向上をもたらし、その結果、食行動に異常のある方に関しては、初診の 57% から 32% と改善され、また、体重・血糖値・HbA1c・血圧・尿中微量アルブミン・脂質等調査したすべての項目において明らかに

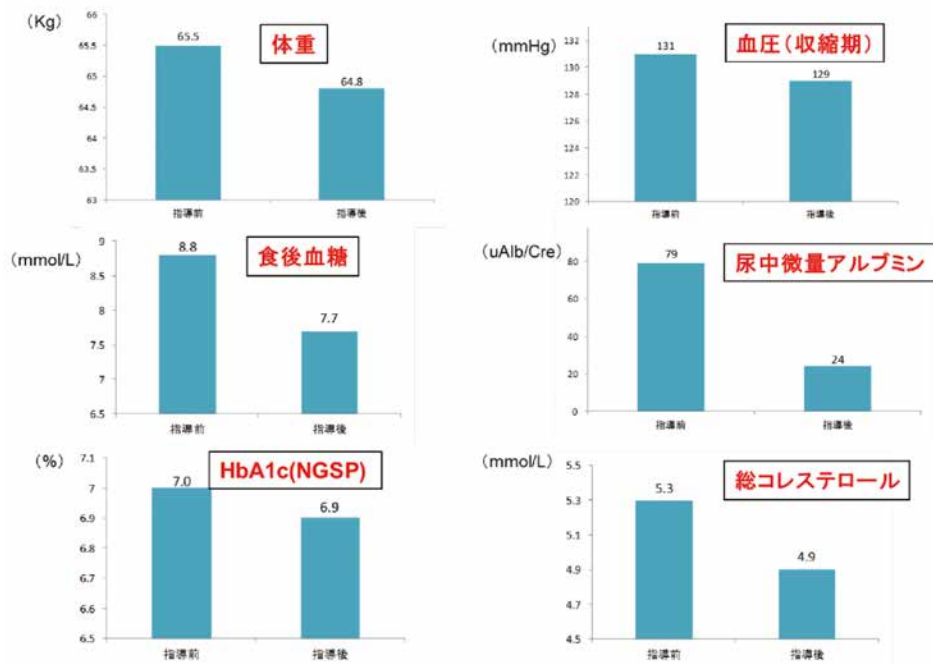


図 3. 指導前後の比較 (抜粋 n=143)

糖尿病チーム医療の介入により、4 週間後 2 回目の外来においては、平均体重は指導前の 65.5kg から 64.8kg と改善、平均血糖値は指導前の 8.8mmol/L (158mg/dL) から 7.7mmol/L (139mg/dL) と改善、平均 HbA1c は指導前の 7.0% から 6.9% と改善、平均収縮期血圧は指導前の 131mmHg から 129mmHg と改善、平均微量アルブミンは指導前の 79 から 24 と改善、平均総コレステロール値は指導前の 5.3mmol/L (205mg/dL) から 4.9mmol/L (189mg/dL) と体重・血糖値・HbA1c・血圧・尿中微量アルブミン・脂質等調査したすべての項目において明らかに改善が認められた。

改善が認められ (図 3)、しかも、外来受診回数の多い方ほど、改善効果がより顕著という持続効果が確認でき、日本式糖尿病外来診療が持続可能な有用性が検証できた。

通訳を介しての有用性も検証した結果、通訳の質さえ良ければ、指導効果や満足度に差のないことが分かった。有償サービスに関する調査も行った結果、チーム医療に対し、上海の 1 回目初診 (694 元) よりも、2 回目再診 (738 元)、さらに、上海よりも、北京の糖尿病患者が 922 元 (約 15,000 円) とより多くの金額を支払っても良いと回答した。満足度の調査に関しては、医師による診療 (100%)、栄養士による栄養指導 (98%)、看護師による糖尿病教育・フットケア指導 (98%)、薬剤師による服薬指導 (93%)、集団指導 (98%)、チーム医療全体 (100%) 等に対し「大変満足」(いずれにおいても不満回答が 0%) と回答し、実施したすべてのサービスが中国の糖尿病患者に大変好評であった。

考察

国際糖尿病連合 (IDF) 最新の発表によると、世界糖尿病人口のランキングでは、2017 年中国の成人糖尿病有病者数は 1 億 1,400 万人と世界の第 1 位であり¹⁾、2017 年 6 月に発表された 17 万人以上を対象とした最新の調査 (JAMA) では、2013 年の時点で中国本土の成人における糖尿病有病率は 10.9% (漢族 14.7%、チベット族 4.3%、回族 10.6% と民族によって異なる) であり、糖尿病前期有病率は 35.7% と推定されている²⁾。一方、日本においては、2003 年～2012 年日本国民健康・栄養調査の成人 5 万人以上を対象に 10 年間追跡調査した結果、日本成人糖尿病罹患率は 8.3% であり³⁾、最新の国民健康・栄養調査の発表によると、2016 年の時点で糖尿病が強く疑われる者が 1,000

万人に上る⁴⁾と推定されている。

日本糖尿病データマネジメント研究会の調査結果では、日本糖尿病患者の平均HbA1cが年々低下傾向（2018年は7.04%）にあり、平均BMIは最近肥満を助長しない・体重減少効果のある薬剤の導入による効果もあり、2014年以降低下傾向（2018年は24.71）⁵⁾がみられた。一方、中国においての最新報告では、糖尿病の診断結果を認識していた患者は36.5%であり、治療を受けていた患者は32.2%で、治療を受けていた患者のうち、49.2%は血糖コントロールが良好であった²⁾。

今回の調査で、上海に比べ、北京糖尿病患者の高血圧症・脂質異常症の合併がより高く、その原因として、上海料理に比べ、北京料理のほうが塩分・油分がより多いのも一因であると考えられる⁶⁾。また、北京・杭州糖尿病患者の足の乾燥・白癬感染症疑いの合併が日本人より約3～5倍と高く、その原因として、中国において家では靴を脱ぐ習慣がないのも一因であると考えられている^{7) 8) 9)}。更に、中国の薬物使用状況は日本と大きく異なる原因として、中国において新薬がすべて保険でカバーできないことも一因と考えられる。保険が異なっても、中国糖尿病および糖尿病患者の現状は日本とほとんど変わらず、医師・看護師・栄養士・薬剤師等を含めた質の良いチーム医療の管理が必要であると考えられる。一方、有償調査の回答のうち、「健康のためなら幾ら支払っても良い」等金額を記入していない方も多く、糖尿病チーム医療に対し、支払っても良い金額の平均は北京において約15,000円であることから、中国において日本式糖尿病チーム医療に対する中国糖尿病患者の評価が高く、ニーズが極めて高いことが確認できた。

今後糖尿病を軸とした、予防・診断・治療サービスネットワークの構築、臨床・教育・研究協力拠点の構築、そしてアジア発のアジア人のためのアジア人に適した糖尿病標準化治療の構築を目指し、現在日本内閣官房やMEJ（Medical Excellence Japan）のサポートの下、中国各地において、日本式糖尿病専門病院の設立に向けて準備を進めている。

多職種による治療モチベーションを引き出し・持続させる患者中心のエンパワーメントアプローチによる日本式糖尿病チーム医療の経験が中国のみならず、世界の糖尿病およびその合併症の発症予防・進展抑制に大いに寄与することを期待しつつ、そのためには、各国が手を携え、お互いの経験・強みをフルに活かし、win-winが得られるよう、人類共通の財産で・限られた資源である医療のために、共に貢献していく必要があると考えている。

文献

- 1) 国際糖尿病連合（IDF）「糖尿病アトラス」第8版 2017 <http://www.diabetesatlas.org/>
- 2) Wang L, Gao P, Zhang M, et al: Prevalence and Ethnic Pattern of Diabetes and Prediabetes in China in 2013. JAMA 317 (24) :2515-2523,2017
- 3) Ikeda N, Nishi N, Noda H, et al. Trend in prevalence and management of diabetes and related vascular risks in Japanese adults: Japan National Health and Nutrition Surveys 2003-2012. Diabetes Res Clin Pract.127:115-122,2017
- 4) 平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h28-houkoku-03.pdf>
- 5) 糖尿病データマネジメント研究会
<http://jddm.jp/data/index-2017.html>
- 6) 2012年度経済産業省報告書
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf
- 7) 2013年度経済産業省報告書
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/24fy_mej.pdf
- 8) Oe M, Ohashi Y, Amemiya A, et al: Foot complications in diabetes mellitus: comparison of Chinese and Japanese patients. Japanese Journal of Foot Care 13 (1) 19-23, 2015
- 9) Oe M, Ohashi Y, Takehara K, et al: Foot complications in patients with diabetes mellitus practical report of diabetic foot clinic in Beijing. Japanese Journal of Foot Care 14 (2) ; 57-61,2016

訪日外国人患者の医療搬送症例

Medical repatriation case studies of international patients admitted in Japan

栗山 美香、川合 明彦、立川 茂樹、曾山 明美、景山 由貴、二宮 宣文

Mika Kuriyama, Akihiko Kawai, Shigeki Tatsukawa, Akemi Soyama, Yuki Kageyama, Norifumi Ninomiya

日本エマージェンシーアシスタンス株式会社

Emergency Assistance Japan Co.,Ltd.

〈要旨〉

日本の医療機関ではアシスタンス会社の業務・役割について周知されていない。本稿では帰国医療搬送が転帰となった重症例を紹介し、訪日外国人に対していかに安心・安全な医療を提供できるか、医療アシスタンス会社の視点から考察する。症例1は北米からの60歳代男性で、長期入院で高額医療が発生し、医療情報の頻回の更新を条件に海外保険会社から支払保証を得た症例である。症例2は南太平洋からの60歳代男性で、日本と海外の医師の間で帰国搬送条件に見解の齟齬があり、帰国が遅れた症例である。症例3は欧州からの70歳代男性で、日本での予定入院期間の長さに患者・家族・保険会社が驚愕した症例である。症例4は東南アジアからの20歳代女性で、精神疾患の対応に難渋し早急な帰国搬送を実施した症例である。アシスタンス会社を介して外国人患者の受け入れに支払保証が入れば未払い発生リスクを抑えられるが、支払元である海外の保険会社に対する医療情報提供が前提であり、医療機関においては柔軟な医療情報開示をお願いしたい。また、訪日外国人の入院長期化は患者、家族、医療機関に負担が増大することから、治療のゴールを治癒退院にこだわらず帰国搬送を目標に含めるよう考慮頂きたい。日本在住患者の退院基準と訪日患者の搬送基準は別な尺度であり、医学的に入院先で十分治療可能でも、社会的経済的理由により早期帰国が最善策の場合がある。医療通訳の活用などを通じて、患者、保険会社の意向も反映させながら治療方針や帰国について対話型の決定を行うことが大切である。

〈キーワード〉 外国人患者、医療搬送、インバウンド、支払保証、医療情報

International patient, medical repatriation, inbound, guarantee of payment, medical report

1. 背景

2015年に訪日外国人数が出国日本人数を逆転して以来、2018年は訪日外国人数が3000万人を超えた¹⁾。急増する訪日外国人の多くは医療現場でのコミュニケーションが困難であり、加えて日本の医療文化や医療習慣にも不慣れであるため、医療機関や医療従事者とのトラブルも少なくない²⁾。当社は海外旅行傷害保険会社や契約企業・大学から受託を受け、外來手配、入院状況把握、帰国搬送などのサービスを年間約85,000件行っており、困難を解消するべくアシスタンスを提供している。しかしながら、医療アシスタンス会社の業務・役割は日本の医療機関で周知されていない。そのため、訪日外国人の重症例で直面した課題を、医療アシスタンス会社の視点から考察し共有したい。

2. 症例

症例1：高額医療費に対するアシスタンス

北米より商用で訪日した60歳代男性で、感染性心内膜炎、敗血症の診断で入院となった。入院費用が6週間で約

栗山 美香 Mika Kuriyama

〒112-0002 東京都文京区小石川 1-21-14 1-21-14, Koishikawa, Bunkyo-ku, Tokyo 112-0002, JAPAN

Tel. 03-6757-2062 Email: mkuriyama@emergency.co.jp

1600万円と高額になり、保険会社から支払保証の依頼をうけた。その条件として、医療情報を毎日更新するよう提示された。一方、日本ではアシスタンス会社のような第三者への医療情報開示はスムーズではない。本症例では保険会社と医療機関の双方の要望を調整し、当社医療者が1回/週の電話による主治医からの医療情報の報告を受け、保険会社に提供した。高額の支払代行については、当社と医療機関医事課で半月毎の請求と事前送金対応により支払保留期間を最短とした。なお、患者は3ヶ月の長期入院後、チャーター機で帰国した。

症例2：国際医療搬送に対するアシスタンス

南太平洋より観光で来日した60歳代男性で、サウナで意識消失し、気づかれず放置された後、高度脱水、熱中症によるショック状態で発見された重症多臓器不全例である。人工呼吸管理、CRRT(Continuous Renal Replacement Therapy；持続的腎代替療法)を使用したICU加療を2週間必要としたが徐々に容態が回復し、1か月後には酸素療法が不要な状態となり一般病棟へ転床、リハビリが開始された。廃用症候群による四肢の筋力の高度低下があったため医療搬送が計画された。日本側の主治医および当社顧問医は商用機内で酸素準備は不要と考えたが、海外保険会社顧問医は酸素準備なしでの搭乗は不許可との方針が出され、齟齬を認めた。加えて、患者居住地までの商用機直行便においては機内で酸素ボンベ準備ができず、日本国内でレンタルできる酸素濃縮器の搭載許可も出なかった。そのため、保険会社顧問医が酸素不要の判断を下すまで搬送は遂行されず、入院から2か月後に商用機による搬送となった。なお現在、当社では、各国の航空会社の搭載許可が得られるFAA(Federal Aviation Administration；アメリカ連邦航空局)認定の酸素濃縮器を常備し、迅速に対応可能である。

症例3：入院期間など日本と海外との医療文化の相違に対するアシスタンス

欧州からのクルーズ船の70歳代乗客で、日本近海で脳梗塞による片麻痺を発症しヘリコプターで搬送、減圧開頭術を受けた症例である。入院時に帰国許可は2か月後と主治医から説明があり、患者および家族は「自国ではあり得ない長期入院」と驚愕し、海外保険会社からは不信感すら持たれた。本件では「手術時に減圧のために外した自己骨を用いた頭蓋形成術を行わなければ航空機に搭乗できない」との主治医の誤解と、自己骨の冷却コンテナ輸送時の当該国検疫通過問題など、解決すべき懸案が多い事案であった。主治医と相談の上、海外保険会社と患者家族に「頭蓋形成術まで脳浮腫の改善を待つ必要があり、自己骨を日本で破棄して搬送することは可能であるが、自国での頭蓋形成術は人工骨で行われる」という治療法と帰国時期の選択を提示し理解を得た。なお、本件は傷病発症に伴う緊急上陸許可入国だったため、行動範囲拡大許可、特例出国許可といった入管手続きが必要であり、45日後に商用機ストレッチャーにて医療搬送帰国した。

症例4：精神疾患に対するアシスタンス

クルーズ船のスタッフとして乗船していた20歳代の東南アジア出身女性である。日本近海で希死念慮を伴う抑うつ症を発症し、船内医務室で24時間監視下に置かれた。船長と船医は、直ちに日本寄港地で下船させ入院治療したいと、海外保険会社を通して求めてきた。しかし、国内の地方都市で外国人患者を精神科に入院させることは困難であるため、下船後直ちに自国への緊急医療搬送の方針を当社から提案した。2日間の猶予の中で入管手続き、陸上、航空機手配、自国の医療機関手配の調整を行い、当社医師と看護師により医療搬送し、自国空港で医療チームに引き渡した。

3. 考察

厚生労働省（2018）によると、外国人患者の受入実績がある1,965医療機関のうち、2割弱の機関で総額平均42万円の未収金が発生している³⁾。同省は未収金対策として入国段階で旅行保険への加入促進を挙げているが²⁾、旅行保険の扱いに慣れている国内医療機関数は限定的である。海外旅行保険による外国人診療は、患者個人の特定と疾病の有無判断（保険対象か否かの判断）が必須である。個人の特定はパスポートと海外旅行保険証から可能だが、有無判断には受診先の医療情報が不可欠である。

医療情報は個人情報のため、国、医療機関によって開示指針が異なる。海外では、報告書は退院時のみというオーストラリア公立病院から、毎日医療情報を送ってくる保険慣れしたタイの私立医療機関まで多種多様である。一方、インバウンド症例では国内医療機関から、医療情報開示は直接対面のみ、書面での情報提供は数週間かかると説明を受けることが多い。当社としては、医療情報が迅速に入手できないと支払代行ができず、高額医療案件の患者負担が増大し、未払い発生の原因となる。そのため、筆者ら看護師が電話にて外国人患者の国内医療機関主治医に医療情報の開示を依頼することが多々ある。開示方法は柔軟な対応の協力をお願いしたい。

国際医療搬送は当社の主要業務の一つである。搬送手段は、重症度が高い順に、チャーター機搬送、定期便ストレッチャー、定期便ビジネスクラスが挙げられる。チャーター機はICUと同等の設備が搭載可能だが高額であり、欧米からの搬送では数千万円にも及ぶ。定期便ストレッチャーはエコノミークラス座席を6～9席確保して設置する。定期便ビジネスクラスはより安価な費用で手配可能であるが、車椅子移動、離着陸時の座位の保持が求められ、患者ADLがある程度確保されていることが条件となる。加えて、酸素ボンベや医療機器、薬剤の持ち込みなど、医療搬送のための準備調整は多岐にわたる。

当社は海外で入院した邦人へ安全に最短の帰国搬送を提案実行しているが、インバウンドでは帰国時期・手段および調整において国内主治医、患者と家族、海外保険会社の意向に相違があり、早期帰国を逃す症例が散見する。当社の経験から日本在住患者の退院時期と訪日患者の帰国基準（Fit to Fly）は明確に区別されるべきと考える。旅行中の罹患では、病状の軽重に関わらず早期の退院・帰国を希望する外国人患者は多い⁴⁾。訪日外国人の入院長期化は患者、家族、医療機関に精神的にも金銭的にも負担が増大する症例が多い。そのため、治療のゴールを治癒退院のみとせず、帰国搬送を目標に含めるよう考慮頂きたい。加えて、医療搬送による帰国となりうる症例は、早期帰国に向けアシスタンス会社との連携をお願いしたい。

また、急性期医療の平均在院日数は、日本も短縮傾向にあるが、依然としてOECD加盟国の中では最も長く（OECD平均約6日、日本16.3日；2016年）⁵⁾、問題視されることがある。しかしながら、日本の医療は世界的に高水準であると認められている⁶⁾。当社の経験でも、日本国内の医療レベルに海外から不信を持たれた症例は少ないが、日本人と比較して欧米からの患者は治療法の決定を自身で行う意識が高いため⁷⁾、コミュニケーションに不安を感じた症例は多い。なお、コミュニケーションの障害がインフォームドコンセントに基づく適切な医療提供に影響を及ぼすことは知られており⁸⁾、治療方針の説明・手術同意書などの要所で医療通訳者の活用が望ましい⁹⁾。このことから、治療、退院計画について対話型の説明を行い、患者、保険会社の意向も反映させながら決定することでトラブルは回避可能であると考えられる。

精神疾患の対応はインバウンド、アウトバウンドを問わず、母国語以外で精神疾患の診断、治療がどこまで可能かという問題があり、病状把握、帰国搬送判断に難渋する。同様に自傷他害の恐れがある外国人に対してどの医療機関に紹介入院させるかはまだ未整備な分野であろう。今回提示した症例では希死念慮を持つ患者をクルーズ船内

で24時間監視下に置くことの危険性に対して、自国への緊急搬送で対応した。精神疾患は症例により最良な対応が異なると考えられるため、精神科医のコンサルトも踏まえ対応していきたい。

外国人旅行者の救急診察は、その緊急性・特殊性において最も困難な医療形態のひとつと考えられ、治療以外にも連日長時間の説明、交渉を要するなど、受け入れ病院職員の献身的努力や、他の日常診療に及ぼす影響は計り知れない⁴⁾。当社は24時間体制で多言語コーディネーター・医療者が保険会社・医療機関・民間救急との連携を図り、即応性ある国際搬送チームを機動させ医療搬送まで手配しているため、国内医療機関においてはアシスタンス会社の機能を上手く活用いただきたい。外国人患者への接遇に日々尽力する医療機関とともに、言葉・文化・受診システムの壁を緩和し、帰国を見据えた安心・安全な医療提供の一助となれるよう貢献していきたい。

4. 結語

本稿では外国人患者の重症例から、訪日外国人医療をめぐる課題について議論した。アシスタンス会社を介して外国人患者の支払保証が入れば医療機関は未払金のリスクを抑えられる一方、支払元である海外保険会社に対して速やかな医療情報の提供が求められる。そして、医学的に入院先で十分治療可能でも、社会的・経済的理由により早期帰国が最善策の場合がある。医療通訳などを活用しながら、患者、保険会社の意向も反映させ、治療方針や帰国について対話型の決定を行うことが重要である。

文献

- 1) 日本政府観光局 (JNTO) 「月別・年別統計データ (訪日外国人・出国日本人)」
https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/visitor_trends/index.html (2019年5月27日)
- 2) 厚生労働省 (2019) 「外国人患者受入れのための医療機関マニュアル」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html (2019年6月28日)
- 3) 厚生労働省 (2019) 「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00001.html (2019年7月2日)
- 4) 尾世川正明、森尾比呂志、野本和宏、西澤正彦、貞広智仁 (2002) 「入院を必要とした外国人旅行者の救急疾患に対する医療の現状と問題点」日本救急医学会誌 13 (11) : 703-710
- 5) OECD Health At Glance 2017 「Length of Hospital Stay」
<https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm> (2019年5月27日)
- 6) 真野俊樹 (2017) 「日本の医療、くらべてみたら10勝5敗3分けて世界一」講談社 + a 新書
- 7) 木戸友幸 (2001) 「外国人に対するインフォームドコンセント」
<https://www.reference.co.jp/magazine/medical/informed1.html> (2019年7月11日)
- 8) 井上千尋、松井三明、李節子、中村安秀、箕浦茂樹、牛島廣治 (2006) 「日本語によるコミュニケーションが困難な外国人妊産婦の周産期医療上の問題点と支援に関する研究」国際保健医療 21 (1) : 25-32
- 9) 田畑知沙、中谷大作、南谷かおり、中田研 (2018) 「日本における外国人診療の課題: 大学医療機関における医療通訳と“言葉の先にある問題”」国際臨床医学会雑誌 2 (1) : 36-39

「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の役割と普及モデルの考察

友久 甲子¹⁾、山田 秀臣²⁾

1) メディフォン株式会社 外国人患者受入れ体制整備支援事業部

2) 東京大学医学部附属病院 国際診療部

〈抄録〉

外国人患者が急増、かつ、点在するようになり、一部の先進機関だけではなく、地域での外国人患者受入れ体制整備が必要不可欠になってきている。その中で、厚生労働省が2019年度に新たに「医療機関における外国人患者受入れ医療コーディネーターや事務職員対応能力向上研修事業（仮称）」を開始するなど、「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の重要性が高まってきている。

国の動きに先立って2017年～2019年に開催された14回にわたる「外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修」では、先進医療機関の医療コーディネーターによる講義や先進機関の事例をもとにした事例検討グループワークを実施し、参加者から高い満足度を得た。本研修の参加者アンケートの結果などからは、先進機関の外国人患者受入れ医療コーディネーターが有するノウハウや事例を共有することが、新たなコーディネーター養成に有用であることが明確になった一方で、まだ外国人患者の来院頻度がそれほど高くなく、これから外国人患者受入れ体制を整備しようとしている医療機関にとって、先進機関と同じような「経験豊富な専任コーディネーターが対応する」ということが、難しいという現実も浮き彫りになった。

今後のさらなる外国人患者の増加を見据え、全国の医療機関に「外国人患者受入れ医療コーディネート」の機能を普及させていくためには、すでに多くの外国人患者が定常的に来院している先進機関のような「経験豊富な専任コーディネーターが対応する」というモデル（従来モデル）とは異なる「普及モデル」が必要ではないか。外国人患者受入れの医療コーディネートの「機能」をいくつかに分解し、それぞれの役割を果たせる機関や人材が連携をして「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の役割を補完することを目指す外国人患者受入れ医療コーディネーターの普及モデルについて考察する。

〈キーワード〉 外国人患者受入れ、外国人患者受入れ体制整備、外国人患者受入れ医療コーディネーター、医療コーディネーター

厚生労働省が2019年度に実施した「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」によると「外国人患者受入れ医療コーディネーター」を配置している医療機関は1.7%、外国人患者受入れ医療機関でも32.6%にとどまっているのが現状である。これを受け、厚生労働省は、2019年度に新たに「医療機関における外国人患者受入れ医療コーディネーターや事務職員対応能力向上研修事業（仮称）」を開始し、医療コーディネーターや事務職員対応能力向上研修を実施する方針を明らかにしている。

医療シンクタンク一般社団法人ジェイ・アイ・ジー・エイチ（以下、JIGH。メディフォン株式会社の前身組織）では、2016年度に国立国際医療研究センター国際診療部主催で人材育成研修プログラム開発研究の一環として開催された研修プログラムを引き継ぐ形で、国の動きに先立って2017年に6回の試行的な研修開催を行った。さらに、2018年には座学・グループワーク・病院見学を含めた2日間のプログラムを固め、2018年～2019年の2年間で計8回の研修を、JIGHとメディフォン株式会社が連携する形で実施した。本稿では、2017年からの「外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修」開催の経験を踏まえ、外国人患者受入れ医療コーディネーターの養成や普及に向けた現状の課題と解決の方向性について考察する。

友久 甲子

〒107-0052 東京都港区赤坂 6-14-2 赤坂倉橋ビル 3F

Tel. 03-6426-5451 Fax. 03-6426-5452 Email: tomohisa@mediphone.jp

医療コーディネーターの役割と従来モデルの限界

外国人患者が急増、かつ、点在するようになってきている日本の現状を踏まえると、国が都道府県ごとの「外国人患者受入れの拠点的な医療機関」の選定することなどで推進しているように、一部の先進医療機関だけでなく、地域での外国人患者受入れ体制整備が必要不可欠である。そして、そのためには、全国の外国人患者を受入れる医療機関で「外国人患者受入れ医療コーディネート」の機能があることが重要になってくる。そのために、新しい外国人患者受入れ医療コーディネーターを養成し、広く普及させることが重要と考え、これまで3年にわたって養成研修を開催してきた。

研修では、国の動向や外国人患者の分類や社会背景・外国人患者受入れ医療コーディネーターの役割などの基礎知識に加え、先進機関のコーディネーターを講師に招き、実践的・具体的なノウハウや事例の共有を行ってきた。2019年の本研修に全国の医療機関から参加した受講者38名に対して実施したアンケートにおける満足度は10点満点中9.16点と非常に高い（回答率100%）。特に、先進医療機関の医療コーディネーターによる講義や先進機関の事例をもとにした事例検討グループワークの満足度が高いことから、先進機関のノウハウや事例を共有することが、新たなコーディネーター養成に有用であることが明らかになった。一方で、もう一つ明らかになってきたことは、先進機関が機能させてきた「経験豊富な専任コーディネーターが対応する」というモデルが、これから体制整備を行う医療機関では機能しにくいという現実である。

JIGHとメディフォンが開催してきた研修では、外国人患者受入れ医療コーディネーターを「院内において外国人患者受入れ体制整備の中心的役割を担うとともに、外国人患者の来院時に安全かつ円滑に医療を提供するための院内内外調整を行う」医療機関の職員と定義している。平成30年度厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班による「外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル」に記載された定義では「外国人患者が医療機関を訪れた際、当該医療機関内における一連の手続きをサポートし、必要に応じて他の医療機関を紹介する等、円滑な医療提供体制を支える潤滑油的役割を担う調整役」とされており、いずれの定義でも、コーディネーターの名の通り「調整」を行う役目であり、その調整を「院内外」の両面で実施するということが読み取れる。

プログラム別の満足度

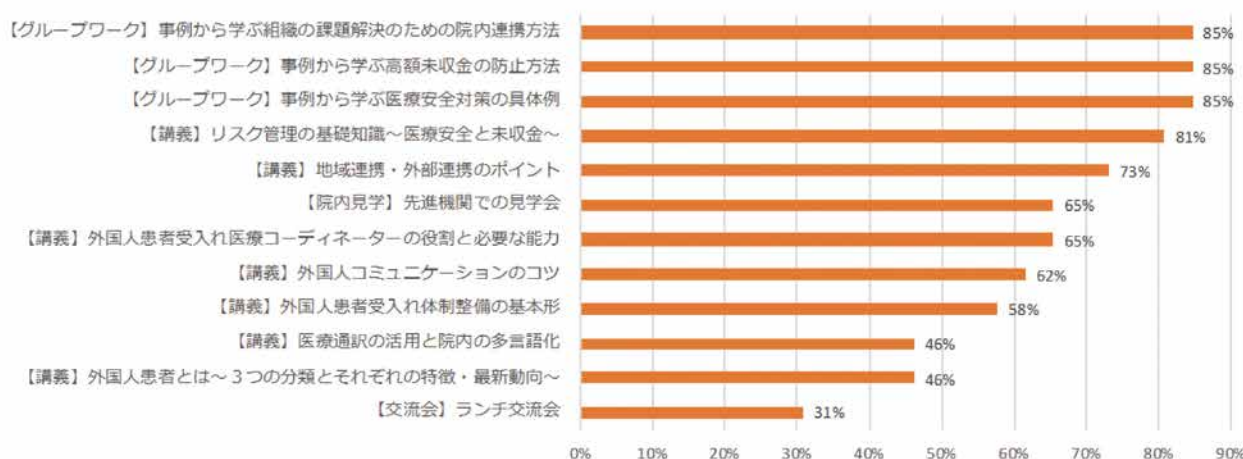


表 1. 研修プログラム別の満足度

このように外国人患者受入れの際に必要な「院内外」の「調整」を行う医療コーディネーターには、外国人患者や家族に直接対応できるコミュニケーション能力に加えて、院内の関係部署の調整能力、外部機関（時には海外機関も含む）との調整能力など非常に多岐かつ高度な能力・スキルが求められる。その役割を一人でこなそうとする場合、経験も能力もある専任者が必要となってくる。実際に、本領域のパイオニアとして外国人患者受入れ体制整備を進めてきた先進機関の医療コーディネーターの方々の多くが、ある意味で、なんでもできるスーパーマン・ウーマン的な存在であるのが、その査証である。

しかし、そうした能力も経験も兼ね備えた専任者を配置できる医療機関は、外国人患者が日常的に来院し、その対応が重要課題として経営層に認識されているごく一部の医療機関に限られる。多くの場合、経験や業務に関連した能力などを考慮に入れる余地がないままに、コーディネーターの人選が行われている。こうしたなり手の実情を鑑みると、コーディネーターを今後各地域で養成・普及させていく際に、先進機関で成功してきた従来のスーパーマン・ウーマンモデルを前提することは、現実に即した方法ではないと言えるだろう。

コーディネーター普及モデルに関する考察

この課題を解決するためには、外国人患者受入れの医療コーディネート「機能」をいくつかに分解し、それぞれの役割を果たせる機関や人材が連携をして「外国人患者受入れ医療コーディネーター」の役割を補完していくモデルを模索することが重要になってくると考える。具体的には、①外部機関連携分野における行政・公的機関との役割分担、②院内での複数担当者での分業・連携の2つをあげる。

①外部機関連携における行政・公的機関との役割分担

厚生労働省のマニュアルにおいて、外国人患者受入れにおいて連携すべき外部機関が17項目にわたってあがって

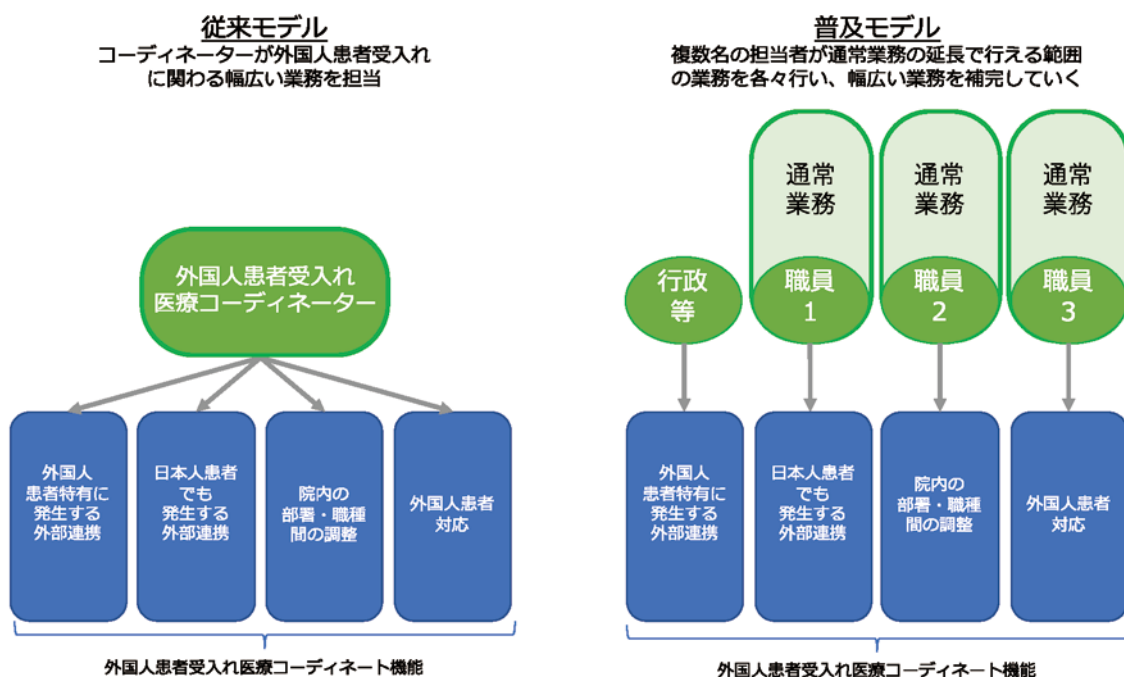


図1. 従来モデルと普及モデルの違いのイメージ

おり、大使館・領事館、入国管理局、旅行会社、外国人支援団体等、外国人患者対応以外では医療機関が連携することがほぼなく、医療機関の職員の通常業務の延長として考えることが難しい業務も含まれている。医療機関で行う通常業務との乖離が大きい業務に関しては、医療機関の負担が大きいため、医療機関が一括して対応を任せられるような窓口を、行政や公的機関などが提供し、医療機関側が通常業務に近い業務に集中できる環境を用意できることが望ましい。

これについては、厚生労働省「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」の中で、2019年度に厚生労働省や自治体が設置予定の「ワンストップ窓口」との連携という形で実現することが望ましいという内容の意見が構成員から出ており、今後、こうした医療機関と行政との役割分担体制が構築されていくことが期待される。

②院内での複数担当者の分業・連携

①の分担体制が整った場合、医療機関の職員が通常業務の延長として捉えられる範囲での業務が院内の医療コーディネーターの役割として残るが、その役割についても、これまでの先進機関が行ってきたような能力・経験が豊富な専任者がオールマイティーに担うモデルの他に、普及モデルとして、院内でのコーディネーター機能の分業モデルが必要だと考える。

例えば、外国人患者および家族対応を中心に行う語学堪能職員、患者受入れに伴って必要となる多部署・多職種の院内調整を行う役職者、主に医療的な内容での調整を行う看護職等が連携をして、従来モデルでは一人のコーディネーターが果たしていた役割をカバーする形である。このモデルの場合、外国人患者対応をする場合にも、個々の職員は通常業務の延長として捉えられるレベルの追加業務を行えば良く、一人一人の業務を大きく変更せずに負担を分散させた形で外国人患者受入れ対応が可能となる。もちろん、専任者が対応する場合と比べて、エキスパートが育ちにくいというデメリットはある。しかし、外国人の来院頻度がそれほど高くない多くの医療機関では外国人患者受入れのエキスパートの養成よりも、通常業務への影響をできるだけ小さく抑えて外国人患者を安全・安心に受け入れる体制を構築することが重要であり、より現実的なモデルとして機能する可能性が高い。

おわりに

全国で外国人患者が急増する中、医療機関での外国人患者受入れ体制整備は喫緊の課題である。本稿では、コーディネーターの役割や医療機関の現実に即した普及モデルを検討したが、今後も検討・検証を進め、新しいモデルでのコーディネーター養成に必要なカリキュラムを構築していくことで、外国人患者受入れ医療コーディネーターの普及ひいては全国の体制整備の進捗の一助となるよう活動を続けていきたい。

参考文献

- 1) 厚生労働省 医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査結果報告書 2019
- 2) 厚生労働省 第5回訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会（資料5）「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会における主な議論の整理」2019
- 3) メディフォン株式会社. “外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修 受講者の声・プログラム”. メディフォン株式会社. https://mediphone.jp/education/%E5%8F%97%E8%AC%9B%E8%80%85%E3%81%AE%E5%A3%B0_program.pdf（参照：2019-10-28）
- 4) 平成30年度厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班 外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル 2019

タイ・コンケン病院と提携した外傷外科研修プログラム ～現状と課題

Current situation and challenging of trauma surgery training program cooperated with Khon Kaen Hospital in Thailand

益田 充

Mitsuru Masuda

日本赤十字社和歌山医療センター（外傷救急部／外科／精神科／国際医療救援要員）

Japanese Red Cross Wakayama Medical Center Trauma surgeon, Psychiatrist and International Medical Relief staff

〈要旨〉

【背景】

現在日本国内の医療機関においては、治安や交通状態の改善のため、外傷外科手術件数が激減しており、若手外傷外科医の手術経験をいかにして得ていくかが喫緊の課題になっている。その対応として海外の医療機関での研修が個人レベルでは少しずつ行われている。例えばタイ東北部に位置するコンケン病院は、1000床ほど規模を有する地域中核病院であり、交通外傷患者が多数運ばれてくることから、体幹部含む外傷手術症例も多数にのぼる。

【目的】

本発表では、当プログラムで派遣された医師らによる報告をまとめ、今後同様に外傷外科研修を希望する医師への機会提供のあり方を検討する。

【内容】

〈生活環境〉コンケン県周囲は、夜間コンビニに外出できるほど治安もよく、交通事故に注意すれば比較的 safely に研修できる環境にある。

〈診療環境〉JICA の指導を受けた ER スタッフによる適切な外傷初療のもと、数名いる外傷外科専属スタッフの中でも指導医にあたる外科医は判断・手技ともに優れており、十分な診療環境といえる。

〈経験症例〉時期によりばらつきはあるが、10 数例／月程度の体幹部外傷手術を経験でき、医師の年数やスキルによっては執刀医を任せられることもあり、質量ともに充実している。

〈費用負担〉当初は無料であったが、受け入れの負担も考慮して、現在は1000米ドル／月程度の費用を派遣者がコンケン病院に支払っている。上記の内容からすれば妥当な額であるともいえるが、何らかのサポートがあることが望ましい。

【結語】タイ・コンケン病院は、外傷外科研修の受け入れ先として適切な環境にあると言える。今後は当プログラムを維持発展させていくためにも、（本学会含む）関連学会などによるサポート（費用負担、相互交流プログラムなど）を強く求めていきたい。

〈キーワード〉 外傷外科 海外研修 国際医療交流 タイ 多施設間協力

1. 本プログラムの背景

現在日本国内の医療機関においては、治安や交通状態の改善のため、外傷外科手術件数が激減しており、若手外傷外科医の手術経験をいかにして得ていくかが喫緊の課題になっている。例えば、日本最大規模の救急救命センターにおいても、外傷外科手術は年間 50 例前後であり、そこに 30 数名程度の医師が勤務していることを考えると、外科医一人当たりの手術数特に執刀数は、多くても年間数例となっているのが実情である¹⁾。

益田 充 Mitsuru Masuda

和歌山市吹上 2-6-19-301 2-6-19-301, Fukiage, Wakayama-city

Tel. 090-3907-6445 Email: mmiittssrruu@yahoo.co.jp

その対応として海外の医療機関での研修が個人レベルでは少しずつ行われている。例えば南アフリカ共和国やコロンビア共和国での研修が報告されており^{2) 3)}、前者は筆者も留学経験があるが、治安上の懸念もあり一般の外傷外科医の研修環境としては良好なものとはいえない。また、2018年度より日本救急医学会・日本外傷学会よりインドへの派遣事業も開始されているが⁴⁾、まだ派遣実績に乏しく評価には時期尚早である。

一方、タイ王国東北部に位置するコンケン県には、1000床ほどの規模を有する地域中核病院があり（コンケン病院）、交通外傷患者が多数運ばれてくることから、体幹部含む外傷手術症例も多数にのぼる。筆者は別事業にて同病院と従前より交流があったが、上記日本国内の外傷外科事情をふまえ、同病院での外傷外科研修プログラムを国内有志らと2017年4月より考案し、同年7月から実際に派遣を開始した。

2019年9月現在、計9名（うち1名は派遣後に当プログラムに参加）を派遣しており、それぞれ約1か月程度の滞在で、平均10例程度の外傷外科手術を経験できている。これは上記に述べた日本最大規模の救命救急センターにて、1年勤務した以上の経験症例数にあたり、特筆すべきことである。よって、同プログラムの存在意義を、より多くの日本の若手救急外科医及び国際医療に従事する医師達に周知する必要があると感じたことが、本論文の執筆動機となっている。

2. 本プログラムの内容

2-1. コンケンの概要

コンケン県はタイ東北部に位置する県で、首都バンコクより約450km（飛行機で約1時間）の距離にある（図1）。人口は約180万人で、面積約1万km²。年間通じて温暖な気候であり、その県庁所在地であるコンケン市は人口約40万人である。主な宗教は仏教となっている。

その中でコンケン病院は、周囲の約300万人を医療圏とする、病床1000床（ただし必要時は増床）を有する地域中核病院である。

2-2. 生活環境

コンケン県周囲は、夜間コンビニに外出できるほど治安もよく、交通事故に注意すれば比較的 safely に研修できる環境にある。食事は辛口のタイ料理だが、パパイヤやマンゴーなどの熱帯果実も味わうことができる。

外国人観光者も多い地域であり、ホテルなどの宿泊施設も充実している。そのように落ち着いて研修に集中できる環境こそ、本プログラムに若手外傷外科医を勧誘できる最初の要因となっている。

2-3. 診療環境・診療システム

まず、ERにはJICA（国際協力機構）の指導を受けたスタッフが数人いて、JATEC（日本の外傷初期診療ガイドライン）に準じた適切な外傷初療が行われている（コンケンのKをとってKATECとされている）。そこで手術適応となれば、数名いる外傷外科専属スタッフが対応することになる。

中でも指導医にあたる外科医（写真 一番左）は臨床経験も豊富であり、日本や米国など多くの海外経験もある



図1. タイ国内におけるバンコク（左下の赤円）とコンケン（右上）の位置

ことから、外傷手術にあたる判断・手技ともに優れており、かつ教育的視点も十分にある。それを支える医療・事務スタッフも質量ともに豊富にあり、筆者の実感としても、非常に良好な診療環境といえる。

また、診療システムとして、近隣病院と協力した「トラウマファーストトラック」というシステムにて、ER 受診を経ずに手術室に行けるようにするなど、運用面で工夫しており、そのようなシステム自体が日本の外傷診療体制を見直す際に参照すべきものになると思われた。



(写真) コンケン病院スタッフに歓迎される日本人医師訪問団

2.3. 経験症例

表1に示すように、時期によりばらつきはあるが、それぞれ10 数例／月程度の体幹部外傷手術を経験できていた。医師の年数やスキルによっては執刀医を任せられることもあり、質量ともに充実しているといえた。

詳細としては、国情からオートバイ利用者が多いため、外傷患者受け入れ数（約2万人／年）の多くが鈍的外傷（交通外傷）となっており、手術内容もそれに準じたものとなっていた。ただし、時期によっては鋭的外傷（銃創や刺創など）が多いときもあり、特に現地の祭りの時期などには症例数やその内容に変化がある可能性が示唆された。

表 1. 派遣者の経験症例数とその内訳

	派遣時期	手術症例数	鈍的外傷	鋭的外傷
A	2017/7/18～8/15	15	15	—
B	2017/11/5～11/20	3	2	1
C	2017/11/16～12/15	15	4	10
D	2018/3/9～3/29	15	9	4
E	2018/5/9～5/24	6	6	—
F	2018/7/30～8/31	12	10	1
G	2018/10/15～11/9	8	6	2
H	未集計	—	—	—
(I)	2018/8/27～2019/2/15 (当初は個人参加)	91	75	16

2.4. 費用負担

当初は無料であったが、受け入れの負担も考慮して、現在は1000米ドル／月程度の費用を派遣者がコンケン病院に支払っている。上記の内容からすれば妥当な額であるともいえるが、このプログラムは派遣者個人のスキルアップにとどまらず、日本の外傷診療体制全般に利益があることであり、また国際医療交流という点でも特筆すべきものであるから、当学会含め関連学会等から何らかのサポートがあることが望ましいと思われる。

3. 考察

当プログラムが本格的に始動して1年以上経過するが、その実感としては、特に若い外傷外科医がコンケン病院に比較的長い期間滞在することで、外傷外科スキルを中心にじっくり学ぶことができるだろう、というものである。

もちろんハード面での課題は多い。たとえばIVRを院内では施行できず、近隣のコンケン大学等に転送しなければならないため、日本国内では保存加療可能であるような症例も、コンケンでは手術を要するようになることが想定された。また、最大200km程度の距離を搬送するのに救急車のみ使用しており、そのため対応が遅れるだろうことも予想された。日本国内で使用しているドクターヘリの導入などは、長期的には検討できるのではと思われた。その他、これだけの外傷手術を3～4名の医師とレジデントだけでこなしており、人手不足も訴えていた。そのため、上記のスキルやアイデアを持った医師を含む人的交流・技術交流は有用であろうと考えられた。

もちろん所属施設・部署の事情もあり、定期的・継続的な派遣は難しいにしても、本プログラムを整備して若手医師を継続的に派遣できるようなシステムを作れば、日本側・タイ側双方に有益になるのではと思われた。また、タイでは、生活習慣病・がん診療・高齢化・介護など日本ではありふれた内容について喫緊の課題となっており、交換的にそれらの分野で日本からスキルやシステムを提供していくことも、可能かつ重要なのではと思われた。もちろん、そのような国際交流を通して、日本国内での外国人診療スキルアップにも、つながってゆくだらうと思われた。

ちなみにコンケン病院は日本との長い交流経験があり、非常に親日である。それに加え、上述のように夜間にコンビニに外出できるほど治安はよく、交通外傷にさえ気を付ければ、海外経験の乏しい医師でも快適な研修を送れると思われる。

4. 結語

タイ・コンケン病院は、外傷外科研修の受け入れ先として適切な環境にあると言える。今後は当プログラムを維持発展させていくためにも、(本学会含む)関連学会などによるサポート(費用負担、相互交流プログラムなど)を強く求めていきたい。

文献

- 1) 東京医科歯科大学 救命救急センターホームページ参照
<http://www.tmd.ac.jp/accm/research/index.html>
- 2) 内野ら：外傷外科医の育成に関わる問題点：南アフリカとの比較をもとに、第118回日本外科学会定期学術集会報告
https://www.micenavi.jp/jss118/search/detail_program/id:368
- 3) 廣江ら：南米・コロンビアでの外傷外科研修の可能性、日本外傷学会雑誌 32巻2号 233, 2018
- 4) 日本救急医学会・日本外傷学会：救急・外傷領域における日本・インド人材交流事業

医療システムやコミュニケーション文化に影響される 受療行動と医療に対する認識の違い

Patient Behavior and Attitude Towards Medical Care Reflect Healthcare Systems and Efficiency of Communication

森 つばさ

Tsubasa Mori

康生会武田病院

Koseikai Takeda Hospital

〈要旨〉

2018年にはおよそ3000万人に登った訪日観光客の数は、今後も増加が見込まれている。それに伴い、慣れない環境や食習慣の違い、長時間の移動などに起因する様々な健康問題で医療機関を受診する外国人も増えており、医療機関における外国人患者対応の強化も進められている。遠隔通訳サービスや通訳派遣、施設への通訳者や英文事務の配置などが行われ、言語による疎通が取れるようになってなお、現在も多くの医療従事者が外国人患者の対応に負担を感じている。

日本の文化や医療保障制度に慣れた我々には意外に思える渡航者の様々な訴えの背景には異なった文化社会的環境が要因として考えられることから、先進各国の医療保障制度や医療システム、言語による情報のやりとりといった習慣を比較検討した。臨床において、医療者と患者の相互理解は患者の健康問題の解決はもとより、医療事故やトラブル回避のためにも不可欠である。外国人医療に関わる全ての専門多職種でこうした異文化理解の認識を共有し対応にあたる必要があるとあり、今後の国際診療の発展の一助となればと考える。

〈キーワード〉 高度医療の可用性 平均在院日数 異文化間コミュニケーション 受療行動

Availability of advanced medical care, average length of hospital stay, intercultural communication, patient behavior

1. はじめに

日本を訪れる観光を主な目的とした外国人は近年増加の一途をたどっており、2012年には800万人程度だった訪日外国人の数は2018年には3000万人以上となった。国内の労働人口の低下に伴い外国人定住者も増え、彼らの健康問題に対応するために医療機関の国際化は喫緊の課題と考えられている。

厚生労働省の調査によれば、国内のおよそ8割の医療機関が外国人の外来患者を受け入れた経験があるとされているが、大半の医療機関が意思疎通の問題などから外国人患者の受け入れに負担を感じているとの報告もある。その中で、たとえ語学に長けた医療者や通訳を介するなど言語による疎通に大きな問題のない場合でも、異文化をもつ外国人患者のニーズを叶えることが難しい事例も多数ある。今回、患者の受療行動や医療に対する認識は文化的背景に加え、自国の医療システムや医療保障制度の影響を強く受けるのではないかと考え、検討を行った。

森 つばさ Tsubasa Mori

京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 841-5 康生会武田病院

Tel. 075-361-1351 Email: tsubasa_mori@outlook.com

2. 事例紹介

症例1：アメリカ人70歳代女性A氏 大腿骨骨折

観光のため訪日。荷物を持って移動中に転倒し救急搬送された。上記診断されるも費用の問題から当初は自国に戻って手術を受ける、と入院・手術加療を拒否した。医療者の説得に応じ手術を承諾したが、以前自国での反対側同部位の手術経験があり、その際は5日間の入院であったため、それ以上の入院治療やリハビリは一切受けないと訴えた。術後、保険会社や航空会社との交渉により、本人が納得しうる医療費の範囲で入院とリハビリを続けることになった。

事例2：オランダ人40歳代女性B氏 頭痛・嘔吐

訪日観光客。もともと偏頭痛がありイブプロフェンを屯用していた。滞在中に強い頭痛に伴い嘔吐したためウォークインで時間外受診をした。頭痛が強く、担当医が頭蓋内病変の除外のためにCT撮像を勧めるも本人はいつもの偏頭痛発作であり、脳に異常があるとは思えないと拒否、対症療法のみを行うよう医師に申し出た。数種類の鎮痛剤と制吐剤を投与して経過観察をした後、症状改善が見られ患者はホテルへ戻った。

3. 考察

(1) 医療保障制度とアクセシビリティ

日本では、1961年に公費負担医療制度が補完する公的な医療保障システムである国民皆保険が達成された。近年制約は強まりつつあるが、高額医療費給付等の制度により法外な医療費を請求されることはなく、患者が自分で医療機関を選択できるフリーアクセスといったシステムから、他国に見られる開業医のゲートキーパー機能が極めて弱いとされ、個々の患者は高度な検査や治療に初診から容易にアクセスできる環境であると言える。ドイツ、オランダ、イギリス、オーストラリア、デンマークといった欧米各国では、プライマリーケアはGP（総合診療医／家庭医）が行い、緊急時を除いては紹介なしに高度医療機関を受診することはできない。加えて、諸外国と比べると医療設備も潤沢である。例えば日本には人口100万人あたり111台ものCTスキャナーがあり、OECDの統計では世界第1位である。次いで多くを保有するオーストラリアでも人口100万人あたりでは67台と2倍近くの差があり、比較的容易に高度な画像診断を受けることができるのである。

高度な医療を求めて総合病院に来院する日本人の患者は、診察室で提案された検査についてその必要度や費用を訪ねることは稀である。そのため医療者側も患者の経済的な負担を考慮することは少なく、しばしば外国人患者に尋ねられる検査や処置の費用について、診察室で即答することは困難である。

対して民間保険主導型の保険制度をもつアメリカでは、保険によっては加入しているにも関わらず、めまいで救急搬送され脳卒中の除外目的にMRIを撮影したことで5,000ドルほどの費用を請求されることも稀ではないという。米フォーブス誌によれば国民1人あたりの年間平均受診回数は日本の13回という頻度に対し4回と、3分の1ほどであるが、それにも関わらず国民1人あたりの医療費は10,586ドルと世界でも群を抜いて高額である上、任意保険に費用がかかることから人口のおよそ9%は無保険状態となっている。医療機関を訪れることが少ないのは、受診料や投薬料が他の欧米各国に比較しても高額なためだと同紙は述べている。そのため人々は薬局で市販薬を購入してのぐなど、極力受診を避けるようにしている場合が多い。日本ではインフルエンザの流行がしばしばニュース

で取り沙汰されるが、海外ではあまり大きな話題にならないのも、健康な人であれば数日で軽快する感冒症状で医療機関を受診することが少ないからであると考えられる。診断を受けずとも治ってしまうので、風邪とインフルエンザを鑑別することには関心がないのである。これらのように外国人にとって医療機関というものは極めて敷居が高いということを考えると、両事例のように外国人患者が医師からの検査や処置の提案に当初否定的に反応したことが理解できよう。

医療に関し異なる認識を持つ外国人患者の対応において、重症度のアセスメントとあらゆる医療行為の必要性や費用に関する説明はより詳細に行い、理解を得ることが不可欠であると考えられる。また、その高い敷居を強いて異国で跨ごうと受診を決心させるほどの彼らの心身の苦痛に、医療者は寄り添わなければならない。

(2) 急性期医療とリハビリテーション

日本では、急性期医療機関である程度のリハビリテーションを行った後に在宅や療養施設、リハビリテーション施設へ移ることが通常である。そのため、日本の急性期医療機関における平均在院日数は、2017年で16.2日と他の先進各国平均の2倍以上の長期となっている。疾患別平均在院日数の統計によると、急性心筋梗塞ではOECD平均7.8日、アメリカでは6.1日、最も短いトルコでは3.9日であるのに対し、日本では16.5日の入院加療が行われている。先進各国では、急性期医療やリハビリテーションにおいても早期より在宅からの通所および訪問で行われることが多い。自宅から病院が遠い場合は、病院付近のホテルに投宿して通院することもあるという。また、前述の高額な医療費が払えず、診断をされても治療を受けられない場合もある。そういった背景を理解することで、受診し診断を受けたからといってその医療機関で決められた治療を受けることにはならない、と入院加療およびリハビリテーションを拒んだA氏の心情を伺い知ることができる。

同症例においては、筆者は「骨折の患者が胸部レントゲン写真撮影のために下着を取ることを拒んでいて困っている」と相談を受けたため対応にあたったが、対話を重ねるうちに担当の医療者の「手術が必要な骨折なので、術前スクリーニングのための胸部レントゲン写真撮影を一度にしておけば検査に伴う患者の体動痛が最小となる」という思いと、「たとえ骨折していても帰国して治療を受けたい、どうして怪我をしていない胸部の撮影の撮影をするのか」という患者の思いに相違があることがわかった。下着を外すことは問題の焦点ではなかったのである。

(3) コミュニケーション文化

言葉を使ってコミュニケーションを取るときに、伝えたいことをはっきりと言葉にする場合と、そのほかの要素で相手に理解させようとする場合がある。コミュニケーションは、言葉とそれらの要素から成っており、言葉以外の様々な要素のことは、コンテキスト (context) と呼ばれている。日本は、あまりはっきり言葉にせず言外の意味を推し測るいわゆる「空気を読む」文化を持っており、コンテキストへの依存度が高いハイコンテキスト文化である。それに対し、欧米各国ではコミュニケーションは正確な言葉重視のローコンテキスト文化である。察する、という習慣がないため両者がたとえ共通の言語で会話をしても真意が伝わらないことがある。例えば、誰かを何かに誘った時に「明日早いので」と言われれば、ハイコンテキスト文化を持つ人では、断られたと推察する。しかし、ローコンテキスト文化を持つ人が相手では「どうして明日の予定のことを話すのだろう」「だから何なのだ」という風に捉えられかねないのである。

こうした言語コミュニケーション文化の違いから、外国人患者と話すときには、彼らがより正確な言語による情報の伝達を求めているということを念頭に置いて関わる必要があることがわかる。日本人は医療者に対し比較的受

け身な態度をとることが多いが、A氏、B氏の事例とも、医師の提案に対し自身の意見や医療者への要望を多くの日本人患者と比べ非常に具体的に話しており、受診時の言動には前述の費用負担やアクセシビリティに加え、コミュニケーション文化の違いも強く影響していると考えられる。言葉が通じたからといって、意思が通じたことにはならない。不要な軋轢を回避するためにも、検査や処置を行う際には、その必要性を十分に話し合い理解してもらうことが不可欠である。

4. 結論

たとえば英語といった共通の言語を双方が話すことができる場合においても、医療サービスのシステムや言語コミュニケーションにおける情報伝達や表現の方法の違いなどの文化社会的背景により、意思の疎通に難渋するケースに臨床では少なからず遭遇する。近く開催を控えたオリンピックに向けて外国人観光客の増加を見込み、交通機関や宿泊施設の整備も各地で進められているが、訪日外国人に対する医療サービスの整備はまだ改善すべき点が多数あり、WHOにも高く評価される日本の医療保障制度に慣れた我々は、患者の多様な訴えに困惑することも多い。外国人診療に関わる医療者や通訳者など他職種での協働にあたり、患者の背景が受療行動や医療サービスへの要望に影響するという共通の認識としたい。

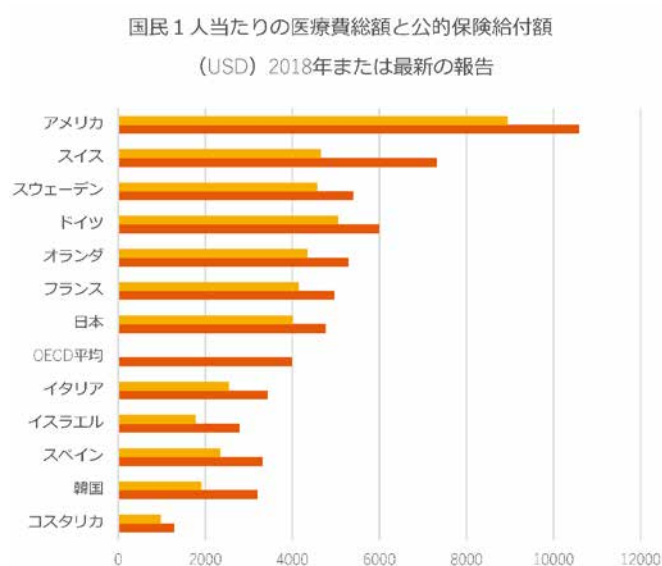


図1. OECDの統計より抜粋



図2. OECDのデータより抜粋

参考文献

- 1) 国際看護研究会編 (2009) 『国際看護学入門』 医学書院。
- 2) 中田研・山崎慶太編 (2017) 『国際・未来医療学—健康・医療イノベーション』 大阪大学出版会。
- 3) 連利博監修 (2007) 『医療通訳入門』 松柏社。
- 4) 北林利治・杉山泰・リチャード・ボナン・西村友美 (2009) 『初めて学ぶ翻訳と通訳—言語コミュニケーション入門』 松柏社。
- 5) “Length of hospital stay” OECD Health Statistics: Health care utilization.
- 6) “Health spending” OECD Health expenditure and financing: Health expenditure indicator.
- 7) Niall McCarthy “Americans Visit Their Doctor 4 Times A Year. People In Japan Visit 13 Times A Year” Forbes (2014)
- 8) 加藤智章・西田和弘編 (2013) 『世界の医療保障』 法律文化社。

寄稿 2

グローバルヘルス人材のキャリア・ディベロップメント における課題

地引 英理子

国立国際医療研究センター グローバルヘルス人材戦略センター 人材情報解析官／上級研究員
東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学教室 研究生

1. はじめに

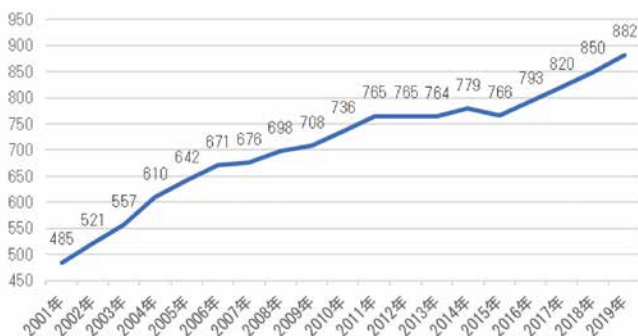
筆者は国立国際医療研究センターグローバルヘルス人材戦略センター¹⁾で我が国のグローバルヘルス人材の拡大と国際機関への派遣のための活動に従事している。本稿では、日本のグローバルヘルス人材の underrepresented の現状と、センターの活動やインタビューを通じて見た課題の一端を紹介し、最後にグローバルヘルスのキャリアを目指す方々へのメッセージをお伝えしたい。

2. 我が国のグローバルヘルス人材の underrepresented の現状

我が国の医療の国際化が進んでいる。対外的には、日本政府は2016年のG7伊勢志摩サミットで「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」を発表し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を目指している。また、持続可能な開発目標（SDGs）の実現に向け、保健分野の課題解決のために日本の「SDGsモデル」を示し、官民挙げて取り組んでいる。更に、政府は「健康・医療戦略」に基づき、医療技術・サービスの国際展開を図っている。国内的には、2018年に訪日外国人数が3,000万人を超え²⁾、2020年の東京オリンピック・パラリンピックでは更なる増加が見込まれるため、政府は感染症リスクの増大への対策を強化した³⁾。また、外国人患者の受け入れ（医療インバウンド）や医療現場での外国人医療従事者の受け入れ体制も整備しつつある。

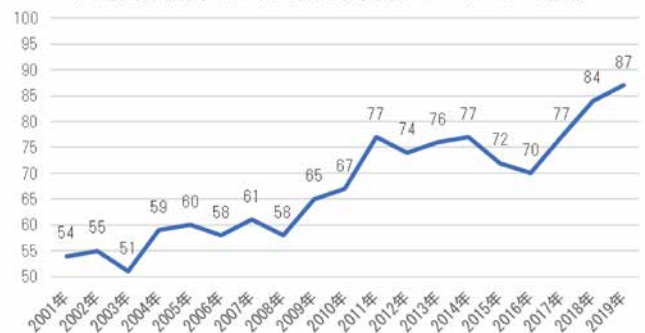
こうした医療の国際化に伴い、国内外の垣根を超えて活動が可能なグローバルヘルス人材を育成する必要性が高まっている。国際機関における日本人の専門職員数は年々増加しており、政府は2025年までにその数を1,000人とすることを目指している⁴⁾。しかし、国連機関毎に見ると、日本人の職員数は人口や分担率等に応じた「望ましい

国連関係機関の日本人職員数（専門職以上）の推移



外務省ホームページ 国連外交 国際機関で働くのグラフより作成
https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/unp_a/page22_001263.html

国連関係機関の日本人幹部職員数（D 1以上）の推移



外務省ホームページ 国連外交 国際機関で働くのグラフより作成
https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/unp_a/page22_001263.html

国連事務局における望ましい職員数（国籍別状況）

2018. 12. 31 現在

順位	国名	職員数（女性数）	比率（%）	望ましい職員数の範囲下限 （中位点） 上限	判定	2016～18 分担率（%）
1	米国	360 (201)	11.59	383～(451)～519	△	22.00
2	ドイツ	159 (86)	5.12	116～(136)～156	○	6.39
3	フランス	138 (68)	4.44	89～(105)～121	◎	4.86
4	イタリア	136 (65)	4.38	71～(84)～96	◎	3.75
5	英国	123 (48)	3.96	83～(98)～112	◎	4.46
6	カナダ	109 (58)	3.51	56～(66)～76	◎	2.92
7	中国	89 (45)	2.86	169～(199)～229	△	7.92
8	スペイン	76 (35)	2.45	48～(57)～66	◎	2.44
9	日本	75 (44)	2.41	172～(203)～233	△	9.68
10	インド	62 (22)	2.00	46～(54)～62	○	0.74
11	メキシコ	59 (26)	1.90	33～(39)～45	◎	1.44
11	ブラジル	59 (27)	1.90	75～(88)～101	△	3.82
13	豪州	57 (30)	1.83	46～(54)～62	○	2.34
14	ケニア	49 (27)	1.58	4～(9)～14	◎	0.02
15	ロシア	44 (15)	1.42	61～(72)～83	△	3.09
16	オランダ	40 (9)	1.29	32～(38)～43	◎	1.48
17	韓国	39 (17)	1.26	42～(49)～56	△	2.04
18	オーストリア	37 (16)	1.19	17～(22)～27	◎	0.72
19	チリ	35 (9)	1.13	11～(16)～21	◎	0.40
20	アルゼンチン	31 (17)	1.00	21～(26)～31	◎	0.89
20	ベルギー	31 (10)	1.00	20～(25)～30	◎	0.89
20	カメルーン	31 (11)	1.00	3～(9)～14	◎	0.01
	その他	1,268 (597)	40.81			
	合計	3,107 (1,483)	100.00			

出典：国連資料（A/74/82等）

備考：「望ましい職員数の範囲」は、地理的衡平性の原則が適用されるポストを以下の配分に基づき算定。

② 全加盟国に均等に配分される割合（全ポストの40%）

③ 各国の人口に応じた配分（同5%）

④ 分担率に応じた配分（同55%）

算定された数の上下15%を、「望ましい職員数の範囲」としている。

判定 ◎望ましい職員数の範囲の上限を上回っている。（オーバーレプレゼンティッド）

○ // の範囲内。（ノーマルレプレゼンティッド）

△ // の範囲の下限を下回っている。（アンダーレプレゼンティッド）

外務省ホームページ 国連外交 国連で働くの図より作成

https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/unp_a/page22_001263.html

職員数」に達していない。例えば、国連事務局では、日本人の望ましい職員数は172人から233人だが、実際の職員数は75人であり、望ましい職員数の下限を下回っている⁵⁾。保健分野の国連機関においても同じであり、世界保健機関（WHO）における望ましい職員数は94人から128人だが、実際は44人である⁶⁾。

3. 国際機関を目指す日本の医療従事者が抱える課題

なぜ国際機関で働く日本のグローバルヘルス人材は望ましい数に達していないのか。筆者は、国際機関への就職を目指す医師、看護職、公衆衛生修士号取得者等の進路相談を行う傍ら、東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室でグローバルヘルス人材の選好に関する質的・量的調査を実施しており、彼らとの対話を通じて幾つか課題が見えてきた⁷⁾。志願者が国際機関への応募または勤務に当たって感じている障壁、積極的に応募できない要因は、主に以下の5つの課題に分類できる。

(1) キャリア・ディベロップメントに関わる課題

これには、日本政府が派遣する Junior Professional Officer (JPO) 派遣制度以外にどのような入り口があるか分からない、JPO への応募に必要な2年間の職歴をどこで積んでよいか分からない、といった初歩的な悩みから、若いうちにインターンとして勤務し、ステップアップしていくべきか、もしくは職務経験を積み専門性を高めた上で応募すべきか等、キャリアの中で国際機関で働く時期についての悩みもある。

(2) 能力向上に関わる課題

国際機関の空席ポストは全世界に向けて公募されるため、一つのポストに対して100～200人以上の応募は頻回に起こる。そのため、常に競争力強化が求められる。興味があっても、自分にはディスカッション、ディベート、報告書執筆に耐えうる高度な英語力がない、と応募を断念する話は頻繁に聞く。また、国際機関で求められる高い能力・専門性を身に付けるため、あるいは、内部で一段高いレベルのポストを受けるために、今のような経験を積めばよいか分からないといった声も聞く。更には、臨床とグローバルヘルス／公衆衛生の仕事の隔たりの問題もある。WHOの仕事は日本の厚生労働省や地方自治体等の行政の仕事に近く、保健の専門性に加え行政能力も必要であるとWHO勤務経験者は指摘する。医療従事者が国際機関で貢献するには公衆衛生の知識や行政能力が必要であり、その能力をどこで補うかが課題である。

(3) 組織に関わる課題

応募する組織に関わる課題もある。働いて分かったが、外からではその国際機関の活動や組織内容が分からないという意見を聞く。また、採用に関して、外からではポストに求められる能力・スキルや空席情報を出すに至った経緯等が分からない、採用が決まった後の採用プロセスに時間がかかりすぎる、派遣時期や提示条件が頻繁に変わり、現在の職場に迷惑がかかる等の課題を聞く。

(4) 家族に関わる課題

家族に関わる課題は、配偶者や子供がいる人にとって無視できない問題である。配偶者も仕事があるため海外赴任をしにくい、交互にそれぞれの勤務地で勤務する妥協策を検討するが、そうすると長期の国際機関勤務はできない、現地に配偶者の仕事があれば同行してくれるだろうが、ないだろうから結局単身赴任で行くしかないといった声を聞く。加えて、女性が仕事の経験・自信をつけ始める30代は、ちょうど結婚・出産・子育ての時期でもあり、キャリア・ディベロップメントとの折り合いをどうつけるかに悩み、海外赴任を躊躇する一因となっているようである。

(5) 帰国時の所属先に関わる課題

この課題は日本の医療従事者を取り巻く勤務環境に関わる根深い課題と言えよう。現在日本では医師、薬剤師、看護職等の医療従事者にとって売り手市場であり⁸⁾、免許があれば、生活していただくだけの仕事に困らない、というのが志願者の大方の意見である。しかし、JICA 青年海外協力隊や国際機関に勤務し帰国した時に、それをキャリアとして真に理解し認めてくれる病院や組織が少ない、という意見を聞く。また、中堅以上の医療従事者で、日本でやりがいや責任がある仕事を任されている場合、帰国時に同じレベルのポストが見つかるか分からない、という

心配の声を聞く。また、現在筆者が勤務する国立国際医療研究センター国際医療協力局は積極的にグローバルヘルス人材の育成・派遣・帰国後の受入れを行っているが、それ以外の受入れ組織がイメージできない、という声も聞く。

4. 課題への対応

国際機関への就職を希望する医療従事者を取り巻く課題は多様である。それら課題は、JPO 以外のアプローチ方法や JPO に応募するために必要な職務経験等、自ら調べれば分かることもあれば、国際機関向けの英語力習得のための大学・民間による語学講座の設置、臨床中心の医療従事者向けの行政能力向上の機会の提供、国際機関の内部事情に精通した者による、一人一人のニーズに即したキャリア相談の機会の提供といった、より本格的な解決方法を必要とするものもある。また、医療従事者を送り出す側の病院、大学、研究所等による、グローバルヘルス人材の育成・派遣・受け入れへの理解の増大も必要であり、今後取組・改善が必要とされる。

グローバルヘルス人材戦略センターでも、厚生労働省・外務省・国際機関・大学等の関係機関と協力し様々な活動を行っている。とりわけ、現役の国際機関勤務者やセンター職員による相談者一人一人のニーズに沿ったきめ細かな個別進路相談・カウンセリング、履歴書添削、面接指導は上記の課題解決に貢献していると思われる。また、人材登録・検索システムを設け、登録者に希望条件に沿った空席情報を毎週マッチング・メールで配信するとともに、適任者には個別に応募を勧めている。更に、キャリア・ディベロップメントの参考となるよう多様な国際機関・分野・ポストで活躍する現役のグローバルヘルス人材のインタビュー記事の連載を開始し、志願者の具体的な指針となることを目指している。

5. 最後に

国際機関への就職を希望する医療従事者を取り巻く課題は多様であり、今後、関係機関の連携により、問題解決を図っていく必要がある。筆者も引き続き志願者の声に耳を傾け、政策提言に向けた調査を継続していきたい。

しかし、様々な課題を乗り越え、国際機関でやりがいを持って勤務する先駆者もいる。今、もし関心があるものの応募を躊躇している方がいれば、まずは行動を起こしてほしい。外務省国際機関人事センター⁹⁾、JICA PARTNER¹⁰⁾、国連フォーラム¹¹⁾、当センターの人材登録・検索システム¹²⁾等に登録すれば、志願者のための講座・セミナー情報が頻繁に送られてくる。保健分野に限ったものではないが、厚生労働省¹³⁾、JICA¹⁴⁾、広島平和構築人材育成センター¹⁵⁾、FASID¹⁶⁾等の機関が人材育成・能力強化を目的とした研修コースを設けている。大学も積極的に人材育成に乗り出している¹⁷⁾。また、当センターのキャリア・カウンセリングやセミナーも活用して頂きたい。そうした場に出かければ、他の志願者や先輩方から思いもよらなかった有益な情報やアドバイスを貰えるかもしれない。一つの行動が次の扉を開き、また次の行動につながり、最終的に希望の職種・ポストへと導いてくれるのである。

※本稿で示した見解はすべて筆者個人の見解であり、筆者の所属する組織としての見解を示すものではない。

謝辞

本稿執筆にあたり熱心にご指導頂いた東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室 杉下智彦教授に深謝する。また、有益なご助言を頂いたグローバルヘルス人材戦略センター 中谷比呂樹センター長と本稿執筆の機会を頂いた東京大学医学部付属病院国際診療部 田村純人部長に深謝する。

参考文献等

- 1) グローバルヘルス人材戦略センターホームページ <https://hrc-gh.ncgm.go.jp> (2019年10月16日確認)
- 2) 日本政府観光局ホームページ 訪日外客数の推移 <https://statistics.jnto.go.jp/graph/#graph-inbound-travelers-transition> (2019年10月12日確認)
- 3) 2018年12月末現在、882人の日本人が専門職職員として国際機関に勤務。外務省ホームページ 国連外交 国際機関で働く https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/unp_a/page22_001263.html (2019年10月12日確認)
- 4) 国立感染症研究所は2019年9月、2020年の東京五輪・パラリンピック開催による訪日客の増加に備え、検査体制を強化する目的でエボラ出血熱、ラッサ熱、南米出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、マールブルグ病の原因ウイルスを輸入した。日本経済新聞ホームページ エボラウイルスを輸入 感染研、検査体制強化 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO50339040Y9A920C1CC0000/> (2019年10月12日確認)
- 5) 外務省ホームページ 国連外交 国際機関で働く https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/unp_a/page22_001263.html (2019年10月12日確認)
- 6) The Guardian of Public Health in the Western Pacific. WHO 西太平洋事務局作成報告書 2018年
- 7) 筆者は2019年5月より東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室の杉下智彦教授の下、グローバルヘルス人材の選好に関する質的研究・量的研究を実施している。本稿の内容は主に、2019年10月時点で半構造化インタビュー調査(キー・インフォーマント・インタビュー)を実施済みの、国際機関勤務を希望する、または、現在勤務している、または、定年前に離職した医師・看護職・薬剤師・公衆衛生大学院卒業者、非医療従事者、学生等の16名の回答を分析し導き出した。加えて、筆者が2019年7月に順天堂大学及び兵庫県立大学で行った国際保健のキャリアに関する講義に参加した学生約40人との質疑応答内容も参考にした。
- 8) 厚生労働省ホームページ e-Stat 一般職業紹介状況(職業安定業務統計) / 一般職業紹介状況 / 8月分 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E6%9C%89%E5%8A%B9%E6%B1%82%E4%BA%BA%E5%80%8D%E7%8E%87&layout=dataset&toukei=00450222&stat_infid=000031867525&metadata=1&data=1 (2019年10月12日確認)
- 9) 外務省国際機関人事センターホームページ <https://www.mofa-irc.go.jp/> (2019年10月16日確認)
- 10) JICA PARTNER ホームページ <http://partner.jica.go.jp/> (2019年10月16日確認)
- 11) 国連フォーラムホームページ <http://www.unforum.org/> (2019年10月16日確認)
- 12) グローバルヘルス人材戦略センター 人材登録・検索システムホームページ <https://hrc-gh-system.ncgm.go.jp/> (2019年10月16日確認)
- 13) 厚生労働省ホームページ 感染症危機管理専門家(IDES)養成プログラム https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/ides/index.html (2019年10月16日確認)
- 14) JICA ホームページ 能力強化研修 <https://www.jica.go.jp/recruit/kyokakenshu/top.html> (2019年10月16日確認)
- 15) 広島平和構築人材育成センター 研修コース <https://peacebuilderscenter.jp/courses/> (2019年10月16日確認)
- 16) FASID ホームページ 国際開発入門コース https://www.fasid.or.jp/theme_specific_training/2_index_detail.php (2019年10月16日確認)
- 17) 上智大学、東洋英和女学院大学、津田塾大学、関西学院大学、長崎大学等が国際機関で働くための人材育成・語学力強化に関わるコースを設けている。

ベトナム語医療通訳の現状と新しい試み —市民団体と遠隔医療通訳サービス企業との協働—

連 利博^{1) 3)}、吉富 志津代^{2) 4)}、中牟田 和彦³⁾、李 裕美⁴⁾

- 1) 霧島市立医師会医療センター 国際診療部 小児外科
- 2) 名古屋外国語大学世界共生学部
- 3) Medi-Way 東和医療通訳サービス
- 4) NPO 法人多言語センター FACIL

〈要旨〉

在留資格の拡大改正に伴い、アジアからの若い技能労働者が急激に増えている。これまで医療機関における医療通訳は市民団体や自治体からの派遣によるボランティアの同行通訳が中心である。同行通訳に限界がある理由には、1. 医療機関の外来での待ち時間が長い 2. 基本的には予定された診察であるため、決められた日程で通訳者を確保しなければならない 3. 緊急や夜間の場合には対応が難しい 4. 稀な診療科で稀な疾患を診察する場面では、対応可能な通訳者の確保は一層困難となる。などが挙げられる。一方、近年企業が参入してきた医療通訳サービスは、主として電話やテレビ動画画面を使った通訳サービスである。米国の医療通訳においてはその両方をうまく使い分けることが主流となっている。

兵庫県神戸市には、もともとインドシナ難民が定住し集住地域を形成していたことから、特にベトナム人人口の増加が顕著である。阪神淡路大震災を契機に立ち上がった市民団体 NPO 法人多言語センター FACIL が直面している課題としてベトナム語医療通訳者の確保である。そこで今回、医療通訳サービス企業 Medi-Way と連携し、ビデオ遠隔医療通訳利用を試験的に開始した。お互い、対等な立場でともに社会変革に関わるのだという社会的意義についての共通認識を十分に確認するすれば、NPO と企業の双方にとっての新しい協働の道筋にもつながると期待され、市民団体の活動と企業の社会貢献の機会とが連結した一種の新しい process innovation である。

〈キーワード〉 医療通訳、遠隔会議システム、市民団体、ベトナム語

はじめに

近年の外国人ツーリストの増加に加えて2019年4月からの特定技能という在留資格の拡大改正に伴い、アジアからの若い技能労働者が急激に増えている。5年間で最大34万5千人と試算されているが、それに伴って近未来には、妊娠、出産も増え、小児患者も増え、急性期病床が対象となる患者数もそれなりに増加するであろう。本論文では、日本における医療通訳の発展を振り返り、現在直面している問題点およびその解決策として、われわれの試みている方策を紹介したい。

I. 背景

1. 日本における医療通訳の発展

日本の医療通訳は、1990年代の入国管理法一部改正に伴って入国した日系中南米人の生活をサポートしようとする市民が主導する形で、地方自治体も連携して外国人集住地区を中心に発展してきた。1995年の阪神・淡路大震災

連 利博

霧島市立医師会医療センター

鹿児島県霧島市隼人町松永 3320

Tel. 0995-42-1171 Fax. 0995-42-2158 Email: t-muraji@havato-mc.jp

時には、日本語があまり理解できない外国人に地域情報が伝わらず、それが大きな契機となり設立されたのが神戸市長田区に拠点を置く「多言語センター FACIL (ファシル)」である。兵庫県にはもともと在日コリアンが多く暮らし、またインドシナ難民定住促進センターが姫路市にあったことから神戸市長田区の靴産業に就くベトナム人なども多く、アジアからの外国人集住地区を形成していた。

外国から新しく来日した住民が生活する上で医療通訳のニーズが増加し、その重要性が認識され、大阪大学に医療通訳プログラムが登場したのは2004年だった。2009年には医療通訳士協会 (JAMI) が設立され、2010年にはJAMIが日本版医療通訳士倫理規定を出した。その後JAMIは活動を発展的に縮小し、それを受け継ぐ形で2016年には、医療通訳者自身が中心となって日本医療通訳者協会 (NAMI) をスタートさせた。

そのようなプロセスの中で、電話や画像を用いた遠隔医療通訳を提供する企業が出現し、日本の医療がアウトバウンド/インバウンドに国際化する中で国際臨床医学会が設立された。学会では医療提供者のみならず医療通訳者など多種職からなる関係者間で様々な医学的、社会的問題を共有し、考察する機会が提供されている。また、厚生労働省は医療通訳者の認定制度を本学会の主導とし、2019年度中に第一回認定試験が行なわれる予定である。

2. 医療通訳を取り巻く諸問題

医療通訳者を派遣する市民団体にとって、安定的な事業費を得られるしくみがいまだにないことがまずは大きな課題である。その上、通訳を必要とする患者が外国籍の場合、どのような保険に加入しているのか、またそもそも加入しているのかどうかなど、支払い状況の確認が必要である。そして、言葉や文化・習慣の壁がある患者の診療には通常よりも時間がかかり、医療提供側にとってプラスアルファの技術が必要とされるわけであり、それだけの診療報酬加算が期待される。しかし、その実現にはほど遠い現状から、医療提供側のモチベーションは上がらない。今後、この問題は避けて通れないものと思われるが、ここでは指摘だけに留めておきたい。

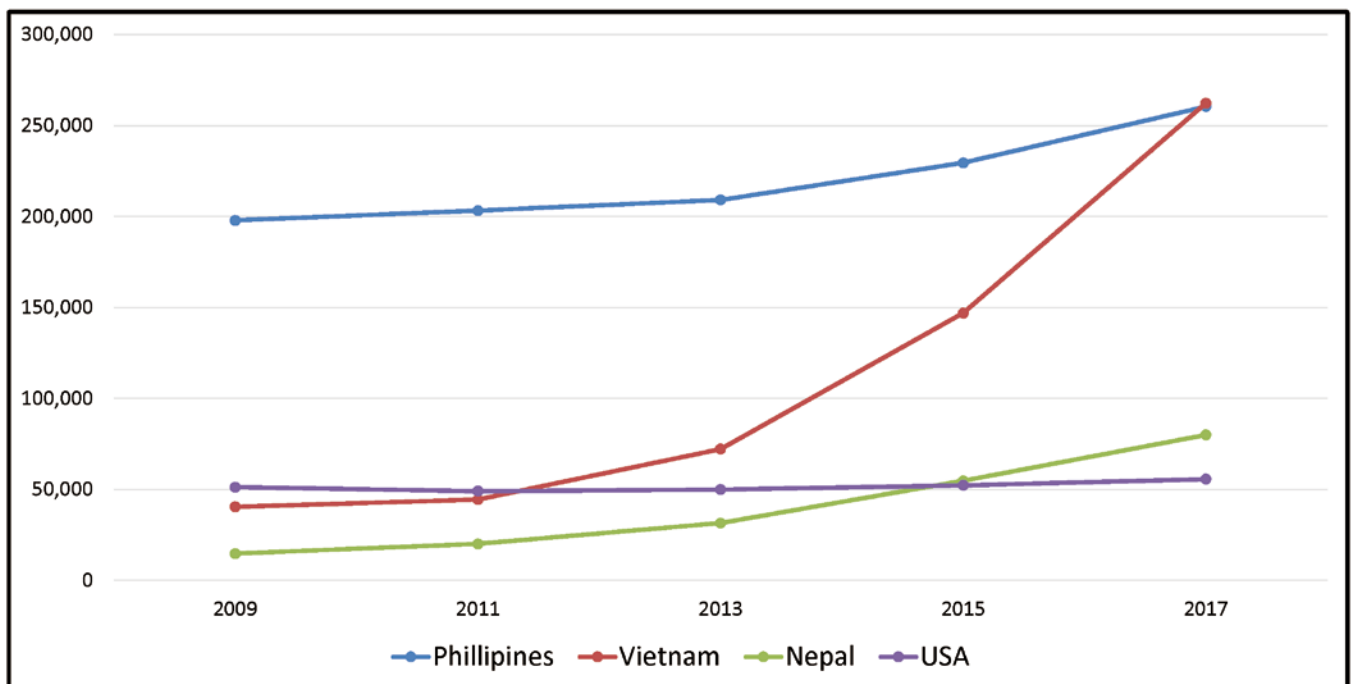


図 1.

現在の在留外国人は約 270 万人であるが、最近のアジア人の増加を米国人のそれと比較しグラフで表す（図 1）。さらに 2025 年までに 50 万人が増加すると言われている。市民団体や自治体の派遣は通常、ボランティアの同行通訳である。同行通訳が効率的ではない理由には、外来での待ち時間が長いことがあげられる。基本的には予定された診察であるため、決められた日程で通訳者を確保しなければならない。緊急や夜間の場合に対応が難しい。あるいは稀な診療科で稀な疾患を診察する場面では、対応可能な通訳者の確保は一層困難となる。待ち時間に患者と話すこと自体は、言葉遣いの特徴や来院の背景などを知り、患者が医師に伝えたいことをしっかりと把握する時間が持てる。「通訳者は中立的立場にあるべきである」とする医療通訳者の倫理の観点から不安材料を提供することになるとの勘違いをされることがあるが、通訳者が診察時に中立で公平な医療通訳に徹すれば、むしろ安心材料といえ利点となるのでこれを理由に同行通訳を否定することにはならない。

一方、近年企業が参入してきた医療通訳サービスは、主として電話やテレビ動画画面を使った通訳サービスである。米国の医療通訳においてはこの 10 年ぐらいで遠隔テレビ医療通訳（米国ではビデオ通訳と呼ぶ）が発展しており、その両方をうまく使い分けることが主流となっている。通訳者が少ない言語や、時間外あるいは稀少な疾患など通訳者の確保が困難な場合、遠隔医療通訳は、今後必須不可欠の手段となろう。

II. 神戸地域における医療通訳のニーズと戦略

1. 神戸におけるニーズ

兵庫県神戸市には、前述のインドシナ難民が定住し集住地域を形成していたことから、特にベトナム人人口の増加が顕著である。そこに日本語学校の留学生や技能実習生が親族を頼って来日している。2003 年から FACIL が開始していた兵庫県の医療通訳システム構築に向けたモデル事業は、2007 年には年間 100 件を超えていたものの、助成金獲得が難しくなったため実施回数が減少していた。そこで、2011 年から医療機関が有償ボランティア通訳者への謝礼の一部を負担し始め、2012 年には年間 26 件の医療通訳の要請が、2013 年には 100 件を超え、2017 年には 414 件、2018 年には 1000 件近くとなった。

FACIL が直面している課題として、そもそも神戸市で必要とされるベトナム語通訳者が少なく調整が容易ではないため、その確保に費やす時間と労力が、社会貢献事業の範囲では無視できないレベルとなってきた。ベトナム語医療通訳者の早急な育成が求められるが、ベトナム人二世でベトナム語が母語であっても、医療現場で活躍できるレベルの通訳者は少ない。能力があっても、医療通訳が有償ボランティア頼みという状況では常勤職を優先しなければ生活が成り立たないので、専門の通訳研修のための時間の捻出は容易ではない。

2. 新しい戦略と課題

派遣による同行通訳は、病院に出向いて患者と一緒に診療の順番が来るまでの待ち時間も拘束されるので、通訳活動をしていない時間が多く含まれる。医療通訳者の活動時間を短縮して活動できるよう、FACIL は医療通訳サービス企業 Medi-Way と連携し、ビデオ遠隔医療通訳利用を開始した。事務局に通訳用のパソコンを 1 台設置し、企業と利用する病院との間で、FACIL を介して iPad の貸借契約を任せ、通訳依頼が入ったときには通訳者が事務局にいて通訳をすることになる。通訳利用時間により、使用料金が加算される。

Ⅲ. 考察

FACIL は医療通訳サービスの企業 Medi-Way と協働することによりビデオ遠隔医療通訳を行うことで、同行通訳の課題と負担を軽減し、貴重な医療通訳者が効率的に活動できるようにした。これは一種の新しい process innovation であると感じている。ただし、非営利法人である FACIL が、営利法人である企業と連携するにあたっては、違和感を感じる場合にはそのことを具体的に伝え、対等な立場でともに社会変革に関わるのだという社会的意義についての共通認識を十分に確認するために、常に情報共有や意見交換で協議を重ねるプロセスを無視できない。それはいずれ、NPO と企業の双方にとっての新しい協働の道筋につながるはずである。

これまで長年にわたりボランティアで貢献してきた実績のある医療通訳者にとって、その経験を有効に活かす社会貢献の機会が広がり充実感も増す。医師による医療勉強会、ロールプレイング、実際の通訳業務の振り返りなどの継続とともに、このような通訳者こそ優先してヘッドセットをつけてコンピュータの前に座り遠隔医療通訳者としての技術を身につけることこそが即戦力ともなり、このプロセスイノベーションを補強するものではないだろうか。

まとめ

1. ベトナム語など、必要とされているにもかかわらず医療通訳者の確保が難しい医療通訳者の育成は、喫緊の課題である。
2. 市民団体と通訳サービス企業が対等に協働することは、双方にとって社会に貢献できるよいモデルであり、歓迎すべき一種のプロセスイノベーションである。

1. 投稿資格

筆頭著者は国際臨床医学会（以下、本会）の会員に限る。ただし、本会学術・編集委員会において企画・承認された特集・招待論文・寄稿等はこの限りではない。

2. 投稿に際しての注意

日本語もしくは英語で作成されたもののみ受け付ける。人体を対象とした研究ではヘルシンキ宣言に準じていなければならない (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>)。

被検者には研究内容についてあらかじめ十分に説明し、自由意思に基づく同意（インフォームド・コンセント）が必要である。研究課題によっては所属施設の倫理委員会またはこれに準じるものの承認が必要である。

原著論文の審査は査読制とし、掲載は学術・編集委員会が決定する。編集方針に従い原稿の修正、加筆、削除などを求める場合がある。編集上の事項を除き掲載論文の内容に関する責任は著者にある。

3. 投稿と掲載区分

投稿はデジタルデータ形式の電子ファイルでのみ受け付ける。テキストデータ：Microsoft Word およびRTF (Rich Text Format)。画像データ：JPEG、GIF、TIFF、EPS、PNG、およびMicrosoft PowerPoint。原稿の電子ファイルを後述の編集委員会にE-メールで送付すること。大容量の場合、ファイルストレージサービスを利用もしくは原稿の電子ファイルを保存したCD-ROM、DVD-R、USBフラッシュメモリなどの記録媒体を下記に「書留便」で郵送すること。また、紛失事故などにそなえ、原稿のコピーを手元に残しておくこと。記録媒体の返却はしない。

1) 原著論文

リサーチクエスチョンが妥当かつ明確で、科学的研究手法に基づくものであり、新たな知見を提供する論文である。構成、字数等は執筆要項を参照のこと。

2) 特集・寄稿・招待論文

学術・編集委員会において企画・承認された論文集ないし単一の論文である。構成、字数等は原則原著論文に準じる。但し、学術・編集委員会が指定した場合はこの限りではない。

4. 利益相反・著作権・倫理的配慮他

1) 著者

著者は以下のすべてに該当するものであること。

- (1) 研究デザインの作成、データ収集またはデータの解析と解釈に実際に携わっていること。
- (2) 論文の草稿の記述の一部あるいはすべてを担当していること、または批判的修正を加えていること。
- (3) 出版される論文の最終稿を確認し承認していること。

2) 利益相反

本会ホームページから「国際臨床医学会利益相反自己申告書」をダウンロードして作成し、添付すること。特定団体との利益相反については、著者が責任をもってその旨を明示しなければならない。

3) 謝辞、倫理委員会承認番号、利益相反の告示必要に応じ、謝辞、所属あるいは研究に関連する施設あるいは組織の倫理委員会承認番号、および利益相反開示を本文末に告示すること。

4) 研究対象に対する倫理的配慮

個人を対象とする研究などにおいては、倫理・個人情報について適切な配慮がなされ、組織内倫理委員会等で研究計画の倫理性的の評価がなされたことを文中に明示すること。

研究に際しての倫理的配慮については、適宜ホームページ等で投稿時点での本会の方針を確認すること。

5) 重複投稿の禁止

学術・編集委員会が認める特別な例外を除き、本誌に投稿された論文等はその採否が決定するまで国内・国外を問わず他誌に投稿することはできない。また、他誌に投稿中のものは受け付けない。

6) 著作権

著作権は論文等を学術・編集委員会で受け付けた時から本会に帰属する。論文等の著者は、すべての共著者から著作権の帰属について了解を得

なければならない。本会ホームページから「著作権譲渡同意書」をダウンロードし、画像化した電子ファイルを添付して送付すること。査読などの結果、本誌が論文等を受理しない決定がなされたときは、その時点で本学会は著作権を放棄し、同時に著作権は自動的に著者に返還されるものとする。

5. 執筆要項

1) 日本語および英語の表記は、下記に準じること。

日本語の場合は新仮名遣いを用いて簡潔に執筆し、常用漢字を用いること。英語の場合、行間は2行（ダブルスペース）とする。医学用語は、日本医学会医学用語管理委員会編「医学用語辞典 Japan Medical Terminology、南山堂」に準じる。人名、地名、機器商品名などは、原語で記載する。薬品名は一般名で表記することが望ましい。商品名が必要であれば、一般名の後に併記する。数字は算用数字を用いる。度量衡は原則としてSI基本単位を用いる。

2) 専門的な略語を使用する際は、初出時に正式名を書き、それに続いて略語を括弧内に示すこと。

3) 本文テキスト、図表はICMJE recommendationsに準じ (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation-preparing-for-submission.html>)、また、以下の規定に従うものとする。

- (1) 1ページ目を表紙 (Title Page) とし、以下を記載する：①論文題名、②全著者名、③全著者の所属名（複数の施設がある場合、著書名と対応する所属名に番号を付すこと）、④コレスポンディングオーサーの著者氏名、住所、電話番号、Fax番号、Eメールアドレス、⑤25字以内の日本語ランニングタイトル、⑥5個以内の日本語キーワード、⑦研究費、⑧本文の字数、⑨図表の個数を記載する。日本語論文の場合、上記①～⑥に対応する英文をあわせて記載するのが望ましい。英語論文題名は30語以内、英語ランニングタイトルは8語以内とする。
- (2) 2ページ目に日本語もしくは英文の要旨 (Abstract) を記載する。要旨は原則IMRAD形式に従い構造化する。日本語の要旨の文字数は800文字以内、英語の要旨は450語以内で記載する。
- (3) 3ページ目以降に、本文（背景、方法、結果、考察、文献、表、図（写真）の順に準備する。本文は3,000～4,000字程度とする。英語論文の場合1,700～2,300語程度とする。表または図は合計で3個以内、参考文献は15編以内が望ましい。
- (4) 文献の記載方法
文献は引用順にナンバリングし、本文中の引用箇所には肩付番号を付す（例...¹⁾）。
記載方法はICMJE recommendationsに準ずること (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)。欧文誌名はIndex Medicusに準拠した略号を用い、和文誌名は略さないこと。
- (5) 図・表・写真には図表番号（図1、図2、表1、表2、等）タイトルおよび説明文をつけ、1枚ずつ別紙に作成する。説明文は図・表・写真の内容が容易に理解できるように簡潔明確にする。図中のシンボル、矢印、略語についても説明する。
- (6) 用字、用語などの軽微な修正ならびに校正は学術・編集委員会に一任するものとする。変更のために大幅に内容が変化した場合には再査読を必要とすることがある。

6. 投稿ならびに問い合わせ連絡先

国際臨床医学会学術・編集委員会

E-mail: journal@kokusairinshougaku.jp

学術・編集委員会
(委員長) 田村 純人
押味 貴之
(幹事) 田畑 知沙
山田 秀臣

第4回

国際臨床医学会学術集会

4th Annual Meeting of International Society of Clinical Medicine



産・官・学・民で考える
“国際医療の諸問題”

<http://icm2019.umin.jp/>

演題募集

7月8日(月)

▼
9月3日(火)

会期

2019年12月14日(土)

会場

九州大学 西新プラザ

〒814-0002 福岡市早良区西新2-16-23

会長 清水 周次 九州大学病院 国際医療部 教授

プログラム委員長 中島 直樹 九州大学病院 国際診療支援センター センター長/教授

事務局長 森山 智彦 九州大学病院 国際医療部 准教授

学術集会事務局 九州大学病院 国際医療部 アジア遠隔医療開発センター 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1

運営事務局 ネクストイノベーションパートナーズ株式会社

〒103-0023 東京都中央区日本橋本町2-6-13 TEL:03-3527-3853 FAX:03-3527-2456 E-mail: icm2019@nextinnovationpartners.com



国際臨床医学会雑誌／JICM

第3巻 第1号

令和元年12月10日発行

発行所 国際臨床医学会
〒530-0005 大阪市北区中之島4丁目3番53号
大阪大学中之島センター6F (一社) 臨床医工情報学コンソーシアム関西
Tel. 06-6444-2144 Fax. 06-6444-2141
E-mail: info@kokusairinshouigaku.jp
<http://kokusairinshouigaku.jp/>

編集委員長 田村 純人
編集委員 田畑 知沙、山田 秀臣、押味 貴之

印刷 共進社印刷株式会社

本誌掲載記事の転載・複製の際は本学会学術・編集委員会へお諮り下さい。