

国際臨床医学会雑誌

Journal of international society of clinical medicine

第4巻 (第1号)

Volume. 4 (issue 1)

目次

| | |
|--|----|
| 役員等紹介 | 3 |
| 新理事・幹事挨拶 | |
| ご挨拶 | |
| 飯塚 陽子（東京大学医学部附属病院） | 4 |
| 国際臨床医学会 理事就任のご挨拶 | |
| 南谷 かおり（りんくう総合医療センター） | 4 |
| 日本の医療の真の国際化を目指して | |
| 近藤 達也（一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ)） | 5 |
| 寄稿 1 | |
| 第 4 回 国際臨床医学会学術集会を主催して | |
| 清水 周次（九州大学病院 国際医療部）他 | 6 |
| 寄稿 2 | |
| 国際保健機関の雇用力と我が国の滋養力 | |
| 中谷 比呂樹（グローバルヘルス人材戦略センター／ 慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート (KGRI)）他 | 9 |
| 原著論文 | |
| 日本の医療分野に於けるロシア語対応の現状と展望 | |
| ウリヤーノワ・スヴェトラーナ（国際臨床医学会（認定医療通訳士）） | 16 |
| マイナー言語に対する医療通訳の課題 | |
| 明石 雅子（国立国際医療研究センター 国際診療部）他 | 22 |
| 手話言語による医療通訳の存在と課題 | |
| 吉田 将明（田辺薬局鋼管通り店／特定非営利活動法人 インフォメーションギャップバスター）他 | 27 |
| 機械通訳ログから抽出した当院における医療通訳の会話内容について | |
| 戸田 はるか（東京ベイ・浦安市川医療センター 国際診療支援室）他 | 34 |
| ロールプレイを用いた多言語音声翻訳機と医療通訳者の通訳の質評価に関する研究 | |
| 野村 楊子（藤田医科大学 医療科学部／藤田医科大学病院 国際医療センター） | 38 |
| 看護職の多文化対応能力研修プログラムに用いる教材開発 | |
| 溝部 昌子（西南女学院大学 保健福祉学部看護学科）他 | 43 |
| 国立大学病院における外国人患者受入れ体制に関する認証の取得と整備状況との関連 | |
| 大坪 徹也（京都大学医学部附属病院 医療情報企画部／ 東京大学医学部附属病院 国立大学病院データベースセンター）他 | 50 |
| 寄稿 3 日本国際看護師認定について | |
| 日本国際看護師の教育と認証について | |
| 南谷 かおり（りんくう総合医療センター 国際診療科）他 | 55 |
| 外国人医療の現状 — 日本国際看護師・医療通訳士として | |
| 斉藤 祥子（救急安心センターさっぽろ） | 60 |
| 特別企画 | |
| グローバルヘルスにおける日本の役割 | 64 |
| 投稿規定 | 70 |

役員等紹介

| | | |
|-------|---|--|
| 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 | 飯塚 陽子 | 東京大学医学部附属病院国際検診センター長 |
| | 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 |
| | 中野 貴司 | 川崎医科大学小児科学教授 日本渡航医学会理事長 |
| | 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 |
| | 寶金 清博 | 北海道大学総長 |
| | 南谷 かおり | りんくう総合医療センター国際診療科部長 |
| 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監事 | |
| 監事 | 近藤 達也 | 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ) 理事長 |
| 顧問 | 遠藤 弘良 | 聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科科长 |
| | 尾身 茂 | 独立行政法人地域医療機能推進機構理事長 |
| | 自見 はなこ | 参議院議員 |
| | 高木 邦格 | 学校法人国際医療福祉大学理事長 |
| | 武見 敬三 | 参議院議員 |

ご挨拶

東京大学医学部附属病院 国際検診センター長

飯塚 陽子

この度は理事に就任させて頂き、大変光栄です。

医療のグローバル化が進む中、高度に発展してきた本邦の予防医療サービスを海外の方にも提供できるよう、当院では2020年4月より国際検診センターを新設致しました。1) 世界的な高水準にある本邦の予防医療の海外在住者への提供、2) 検診者母国の医療機関との緊密な連携による帰国後の健康医療サポート、3) グローバルな連携に基づく臨床・教育・研究面での国際交流の促進、4) 予防医療の国際展開におけるモデル医療システムの構築、5) 医療資源の有効活用による我が国の医療経済への貢献をコンセプトの柱として活動しています。海外の方の生涯を通じた総合的な健康維持・増進をサポートするため、当院の高度な医療体制を活かし、MRI・低線量胸部CTおよび各種超音波検査を組み合わせた全身画像検査を通して、「生活習慣病の予防・是正」と「悪性疾患の早期発見」を目指した科学的根拠に基づく総合的な検診サービスを提供することを特長としています。

私は中国黒竜江省生れのハーフで、16歳で来日し、東京大学医学部医学科卒業後、東京大学医学部附属病院にて糖尿病に関する臨床・教育・研究に従事する傍ら、2010年より経済産業省の国際医療交流調査研究事業の委員として、医療の国際化に携わるようになり、アウトバウンドとして、これまで経済産業省の採択事業「日本式糖尿病診療サービスの中国展開に関する調査研究」を実施し、持続可能な有効性が確認でき、日本式糖尿病チーム医療に対する中国糖尿病患者のニーズが極めて高いことが検証できました。一方、インバウンドとして、当院国際診療部のご協力の下、多くの中国人糖尿病患者を診療し、管理栄養士による栄養指導を含め海外の方にも糖尿病チーム医療を展開しています。

世界有数の長寿国を実現した日本の医療は海外からも高く評価され、日本医療の強みとして、スピード感のある・高品質で安全な・患者中心のチーム医療等が挙げられます。日本政府の国家戦略として2010年より医療のインバウンド推進に伴い、日本への医療渡航は急増しており、医療の国際化は各国医療水準の向上に貢献と共に、日本経済の成長にも寄与すると期待されています。一方、日本医療の特徴が分かる良質なファシリテーター・医療通訳の育成が急務であり、日本医療の強みの明確化・各医療機関の強みの明確化等が課題です。また、日本医療の認知度を高めるための有効なプロモーション活動が必要であり、更に、COVID-19により国を跨ぐ移動が制限される中での遠隔等による治療や指導の体制構築がより求められています。

皆様のご指導を頂きながら、日本の医療をより世界に貢献できることを目指している本学会の発展に、これまでのアウトバウンドとインバウンド、そして国際検診の経験と自分の強みを活かせるよう努力を重ねて行きたいと思っております。どうぞ宜しくお願い致します。

国際臨床医学会 理事就任のご挨拶

りんくう総合医療センター 国際診療科 部長

南谷 かおり

このたび、国際臨床医学会の理事を拝命致しました。私は父親の海外赴任で11歳からブラジルに渡り、現地の国立大学医学部を卒業して医師免許を取得しました。その後研修医を経て27歳で帰国し、日本語で基礎医学から学び直し、医師国家試験予備試験（基礎、臨床、実地）、1年の病院研修、国試に合格して日本の医師免許も取得しました。取得後は大阪大学関連病院の放射線科に勤務していましたが、2006年より関西国際空港に近い「りんくう総合医療センター」で国際外来担当医に抜擢され、医療通訳者を現場に導入してその研修と教育に携わってきました。医療通訳者には現場以外に系統だった座学も必要と考えていたころ、幸運にも当学会理事長の澤芳樹先生に見出さ

れ2013年度から6年間、大阪大学医学部に新設された国際・未来医療学講座の特任准教授兼大阪大学医学部附属病院国際医療センター副センター長として在籍（りんくうと兼任）することになりました。そこで、2015年に大阪大学医学部に社会人向けの医療通訳養成コースを新設し、現在も年間約30名の修了生を輩出しています。その後は厚生省科学研究費で当学会理事の中田研先生を代表に医療通訳認証制度の構築に取り組み、2000年3月に初の国際臨床医学会認定医療通訳士が誕生しました。

大阪大学在籍時には一般社団法人「国立大学病院長会議」内の国際化PT（プロジェクトチーム）委員会に出席し、そこで北海道大学、東京大学、九州大学の国際診療部とつながり、それが当学会の礎ともなっています。同時にサンパウロの日系病院とも交流をスタートさせ、九州大学に紹介することで医師や栄養士の国際交流も始まりました。またサンパウロでは高知大学とも再会し、ブラジル奥地での医療活動に昨年は阪大からも合流しました。帰り際にはサンパウロで九州大学と偶然にもスケジュールが重なるというIt's a small world！を実感しました。

大阪大学に出向してこのようなご縁をいただけたことを感謝しつつ、今後は国内で増え続ける訪日・在留外国人の課題に学会として取り組みながら、共生社会を目指したいと思います。今後は当学会の活動に少しでも貢献できるよう頑張りたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

日本の医療の真の国際化を目指して

一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ) 理事長

近藤 達也

日本の医療は、長い間日本列島という限られた環境の中で基本的に日本に住む日本人の患者さんのみを対象として生まれ発展してきました。18世紀後半には、長崎を中心に西洋医学が日本の医療界に近代医学の風穴を開け、多くの最先端の医学を始め近代科学の専門用語が日本語に怒涛の勢いで翻訳され、日本語で先端科学を学ぶ土壌が整備されてきました。さらに明治の開国時に多くの優れた外国人の医療者の指導の下で近代医学が教師とともに導入され、科学的な西欧医学が日本国内に急速に整備され、また多くの尖鋭の医学者も欧州に留学し西欧医学を日本に導入し、明治時代の医学史をみると細菌学の領域などになかなか国際的にも頼もしい姿が残されており、その気概は今日まで伝わるものがあります。その過程は先進国の先端医学を適切に導入し、ある意味日本の風土に合った形で、しかも社会主義的な公平感で医療のレベルは世界でも類を見ないほどの発展を遂げて参りました。戦禍に見舞われたとはいえ、欧米からの支援も得て戦後の医療・医学の発展は目覚ましく、1960年に始まった国民皆保険制度（UHC）は、社会学的にもその国民的価値は現在では世界の水準を抜くものであります。また、研究分野では21世紀には先人たちの優れた研究により自然科学の分野では米国に次ぐノーベル賞受賞者数としても評価されております。

これ程に進んだ日本の医療の国際的な活動は、1970年代以降のJICAを中心とした戦後の国際支援の一環という方向性の下での活動が中心ですが、日本からの公平な医療の在り方の実証は関係諸国に評価され今日にもその精神は続いているかと思えます。しかし、それでも日本の医療活動は1億2千万人の人口を単位とした範囲にあらゆる面で止まっているような状況です。しかし日本の医療活動は次のステージへと急速に進行中と思えます。品質・有効性・安全性を軸に日本の医療は急速に品質を高め発展しつつあり、これをもって世界の医療への貢献が期待されています。医療は大変広い裾野を持った多次元の産業です。この領域に携わる多くの国民は、視野を世界に広め、より多くの人々の健康の増進に寄与すべき時代になりました。国際臨床医学会を構成するメンバー（会員）は、国際臨床医学の診療や研究に携わる多領域の医療従事者及び研究者が集まり、より学術的な面から追求し、その活動を通じて国民にとって有益な医療の発展を目指し、その成果を広く社会への普及に努め、その医療を担う人材を育成し、国内外の本分野の医療・研究の指導的な役割を果たし、その磨き上げられた能力を用いて、より世界的な方向での医療活動に貢献頂きたいと思っており、結果として、世界でも有数の医療産業立国としての地位を確立して頂きたいと願っております。

第4回 国際臨床医学会学術集会を主催して 4th Annual Meeting of International Society of Clinical Medicine

清水 周次、工藤 孔梨子、森山 智彦
Shuji Shimizu, Kuriko Kudo, Tomohiko Moriyama

九州大学病院 国際医療部
International Medical Department, Kyushu University Hospital

〈要旨〉

近年の訪日外国人の急増に伴い、医療現場ではその対応に苦慮しています。2019年12月に福岡で開催された第4回国際臨床医学会学術集会では現場で働く多くの方に発表いただき、また様々な立場からの意見を交換することにより現状の共有と問題解決への糸口を一緒に考える機会になればという思いを込め、テーマを「産・官・学・民で考える“国際医療の諸問題”」と致しました。プログラム数は83題と前回より倍増することとなり、会場も初めて3会場を要しました。今回の最大の特徴は4月に始まった医療通訳士認定制度の認定講習会が同時に開催されたことです。学会会場のみならずオンラインからも参加できる形と致しました。また初めての試みとして聴覚障害者の参加者のために終日手話通訳を準備し、大変喜んでいただきました。今年に入り世界的に新型コロナの影響を受けていますが、日本の国際化の動きは今後も間違いなく加速されるでしょう。本学会が医療分野における国際化の一助となり続けられることを心より願っています。

〈キーワード〉 国際臨床医学会、外国人患者、医療通訳、国際看護師、メディカルツーリズム

International Society of Clinical Medicine, Foreign patients, Medical interpretation, International nurses, Medical tourism

テーマ

2019年12月に福岡で、第4回の学術集会を主催させていただきました。前年までの3回はすべて東京で開催されており、4回目にして初めて地方での開催となりました。ちょうど外国人の日本への流入がピークを迎えていた時期であり、その前年には初めて3,000万人を突破しています。産業界からのメディカルツーリズムへの参入や2019年4月から施行された「外国人労働者の受け入れを拡大する改正入国管理法」などを受け、観光客と共に医療目的の来日や労働者の流入も増加していました。

これらの状況に呼応した形で近年医療機関への外国人受診数も急増しています。厚労省は「外国人患者受入れ医療機関認証制度」を、また経産省は「日本国際病院」を設立して医療機関の充実を図る一方で、受入患者の仲介を通して医療機関への負担軽減に寄与している業者も目立ちます。また大学や学会では医療機関における国際的人材の育成を主導しています。しかしながら病院やクリニックなどの医療現場では押し寄せる外国人患者の対応に迫られ、人的・物的体制が整わない中、言葉の問題に始まり、予約、支払い、保険、インフォームドコンセント、文化の違いなど様々な問題に直面しながら日常臨床をこなしている現状があります。

この状況を鑑み、本学会ではそのテーマを「産・官・学・民で考える“国際医療の諸問題”」と致しました。様々な角度から問題点を抽出し、その解決策を一緒に考えて行くことが目的です。様々な日常の問題点をトピックとして取り上げ、より多くの方々にご登壇いただきながら、異なる立場からの意見を交わす中で何らかの解決策や方

清水 周次 Shuji Shimizu, MD, PhD

九州大学病院 国際医療部 International Medical Department, Kyushu University Hospital

〒812-8582 福岡市馬出3-1-1 3-1-1 Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka 812-8582, Japan

FAX. 092-642-5983 Email: shimizu@surg1.med.kyushu-u.ac.jp

向性を探って行ければと考えました。

会場

僅か1年前に開催が決定したこともあり、主要な施設はほぼすべて予約が取れない状況でした。九州大学の関連施設で福岡市のやや西側に位置する西新パレスのみに空きが見つかり、そこが会場となりました。空港や博多駅からはそれぞれ20分と15分で1本の地下鉄で行くことが出来、東京や大阪などから来られる方々にはさほど不便はなかったようですが、地元の人にとっては市の中心部から離れ最寄駅からも10分歩く必要があるなどあまり好評ではなかったかもしれません。第1会場は200名を収容し主会場としては適当な大きさでしたが、第2会場は1階の展示スペースを衝立で区切り、約80名の座席を確保しました。2階にある20名用の小さな会議室を第3会場としましたが、学会の数日前に参加者増が見込まれたため急遽3階の和室と接続する形で収容人数を40名まで増やすこととなりました。2階の第1会場へ続く廊下には展示スペースを設け、その隣に休憩スペースを確保しました。

朝の受付の時間帯には対応スタッフの増員にも関わらず参加者の長い列ができたことは大変申し訳なく思っています。

プログラム

プログラムの概要を表1に示します。前回の形式を踏襲し、会長講演を開会式の直後に当てました。特別講演は昼食前に、教育講演は昼食後の時間帯にお願いしました。また午後の30分間のコーヒープレークには1階と2階の2カ所で飲み物と共に福岡の銘菓を提供し、少しは疲れを癒していただけたのではと思っています。また閉会式後の全員懇親会には予想を超える114名の方々にご参加いただき、九州各県のメニューや地元の焼酎を堪能いただきながら四方山話を花を咲かせていただけたのではと思います。演題総数は83題、総参加者数は338名でした(図1)。

本学術集会の目玉は、本学会を中心に2019年4月から始まった医療通訳士認定制度の認定講習会が同時に開催されたことでした。これまで民間に託されていた様々な認定制度業務

表1. プログラムの概要

- A. 会長講演：第4回国際臨床医学会学術集会の開催に当たって
- B. 特別講演：外国人患者受入れ体制に関する厚生労働省の取組
- C. 教育講演：失敗から学ぶ「体制整備」
安全安心の外国人医療のために
- D. 企画セッション
 - 1) 臨床現場における医療通訳の現状と課題
 - 2) 看護師の国際化に向けた新たな動き
 - 3) 地域別に見る外国人診療の様々な取組み
- E. 要望演題
 - 1) 外国人患者受入れ医療機関認証制度 (JMIP)
 - 2) 感染
 - 3) 急性期医療と患者搬送
 - 4) 海外医療派遣、国際研究
 - 5) 医療保険と未収金問題
 - 6) 受入れ対応
- F. 一般口演
 - 1) ツーリズム
 - 2) 通訳
 - 3) 患者受入れ
 - 4) 医学生セッション
- G. オープンフォーラム：世界を舞台に保健の仕事をしよう！
- H. ランチョンセミナー
 - 1) 医療の国際展開
 - 2) グローバルスタンダードと認定医療通訳士
- I. 医療通訳士認定講習会

を学会という公的な立場から一本化しリード・協調して行くためのものです。「医療安全」、「感染症」、「医療通訳の実務と倫理」をテーマに各1時間の講演があり、現地で参加した人たち58名に加え、全国各地にインターネットで配信されたストーリーミングを自宅等で視聴する形でオンライン参加された方も112名に上りました。特に技術的なトラブルもなく、無事に終了しました。

また今回の学会での初めての試みとしては、聴覚障害者の方々への対応が挙げられます。学会で発表される方と参加者の中に聴覚障害の方がおられ、福岡市障がい者センターおよび筑波技術大学のご協力を得て、終日の手話通訳者の手配を実現し大変喜んでいただきました。

これまで3回の学会と本学会を比較してみました(表2)。演題数の急増により会場数も初めて3会場となり、参加者数も大きく増加しました。企業展示や広告、またご寄付などに関しましても、お陰様で多くの方々にご協力をいただきました。

今後へ向けて

2020年に入り、新型コロナという予想もしなかった状況を受け国際間の人の動きは極端に減少したとは言え、大きな流れとしては国際化の動きは留まることはないと予想されます。外国人患者受け入れに対する課題解決への努力は、これまで以上になされる必要があると考えています。医療通訳士の認定や国際看護師の養成をはじめ、事務職員を含めた全職種における国際化に対応できる人材の育成は不可欠です。本学会がこれらの課題を共有しそれらのニーズに応えられる場となり続けられることを期待したいと思います。

最後になりましたが、ご協力いただきました学会関係者の方々、事務局の本多さん他、参加者の皆さん、スポンサーの各社、スタッフ一同に深謝したいと思います。

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) 田村純人. 第3回 国際臨床医学会学術集会を開催して 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 8-10.
- 3) 中村安秀. 医療通訳士の誕生—多文化コミュニケーションの専門職— 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 11-14.
- 4) 糸魚川美樹. 医療通訳実践における連携 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 15-18.
- 5) 岡村世里奈. 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 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 19-22.
- 6) 押味貴之. 医療通訳士認定制度について 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 23-27.
- 7) 中田研, 中村安秀, 押味貴之, 山畑征四郎, 糸魚川美樹, 山田秀臣, 岡村世里奈, 南谷かおり, 田畑知沙, 山崎慶太. 医療通訳士認定制度の発足と発展 国際臨床医学会雑誌, 2019; 3 (1) : 28-36.



図1. 学会会場の様子

表2. 本学術集会の変遷

| | 第1回 | 第2回 | 第3回 | 第4回 |
|-------|-----|-----|-----|-----|
| 主催 | 阪大 | 北大 | 東大 | 九大 |
| 開催地 | 東京 | 東京 | 東京 | 福岡 |
| 演題数 | 25 | 27 | 41 | 83 |
| 会場数 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 企業展示 | 0 | 1 | 4 | 8 |
| スポンサー | 5 | 26 | 20 | 33 |
| 参加者 | 160 | 160 | 220 | 338 |

国際保健機関の雇用力と我が国の滋養力

中谷 比呂樹^{1) 2)}、岩田 純奈^{1) 3)}、地引 英理子¹⁾

- 1) グローバルヘルス人材戦略センター
- 2) 慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート (KGRI)
- 3) 慶應義塾大学 医学部 (学生)

〈要旨〉

日本の優秀な保健人材が海外で活躍することは、国際貢献という観点のみならず、医療の国際展開という側面からも望まれているが、就労の機会がどこにどれほどあるのか、また、国内外でキャリアを積みいざばキャリアを滋養する機会がどこにあるのか、鳥観図は明らかではない。そこで、本稿においては、海外における雇用の所在とボリューム感、国内において海外に出る前の知識・経験を得る養成と経験を滋養する機会を文献およびネットでアクセス可能な情報を収集し、解析を加えたので報告する。雇用機会に関しては、最大値でいうと、国内でJICA、NGO等で1,500、国連機関等で4,000、海外NGO等で30,000、国際公共財系で5,000で総計4万程度の雇用が推計される。更に幅を広げると国内所在のJIH及び日本赤十字社医療事業の雇用12万人や国際臨床医学会など関連学会所属施設や国際保健コンサルタント分野での雇用もある。一方、養成力は医師・歯科医師・薬剤師・看護師で年間約10万人あり、国際ポストのデフォルトの教育最低基準となるMPHあるいは同等コースの研修枠も拡大し、29プログラムに年間756の定員があるばかりか、国際色の強い病院で年間1,618名の初期臨床研修プログラム枠がある。従って、世界に多々ある雇用機会に応募できる日本人がいないというわけではない。グローバルヘルスの分野に参加するモチベーションと国際選考に勝つ競争力強化が課題ではないかと思われる。その場合、日本でも、JICA、NGO、国際機関、大学・研究機関あるいは官公庁でマルチな経験を積みキャリアの柔軟性という制度改革も必要である。

〈キーワード〉 グローバルヘルス、国際保健機関、国際保健人材、NGO、邦人職員

はじめに

グローバルヘルスの分野において、海外における日本の存在感が希薄である理由の1つとして国際機関で活躍する邦人、特に指導的地位についている方の数が少ないことも大きな要因であると指摘されている。一方、グローバルヘルス人材戦略センター¹⁾²⁾ (以下：センター) は、国際機関へ就労を希望する方々への助言をする中で、就労の機会がどこにどれほどあるのか、また、国内外でキャリアを積み、いざばキャリアを滋養する機会がどこにあるのか、我々を含めて当事者が全貌を把握しきれないことを痛感している。そこで、本稿においては、海外における雇用の所在とボリューム感、国内において海外に出る前の知識・経験を得る養成と経験を滋養する機会を調査して報告した上で、今後、どのような対応を取りうるかを検討する。なお、具体的な就労につなげるには、応募機関が求めるコンペテンシーと応募者のコンペテンシーがマッチしないと具体的な採用に結び付かないので、その検討も必要で、センターで別途解析をすすめている。

邦人職員の現状

現在、主要な国際保健関係の国連機関 (WHO、UNAIDS、UNICEF、UNFPA) に勤務する邦人職員数は71名 (2019年) と、国際的リクルートをされる Professional and higher category 職員合計 3,652名のうち1.9% (センター調べ) となっている。センターが開設された2017年からの推移を見ると72 (2017年)、68 (2018年) である。この

うち、P5以上の幹部職員について2017年から2019年の推移を見ると、32、28、29名と推移してきており、幹部総数1,480名のうち同じく1.9%（2019年）であった。これらから邦人職員数については、減少傾向に歯止めをかけることが出来たが予断を許さない。しかしながら、2019年度センターは13名の方の新規採用や昇進を支援することが出来たので、将来の幹部となるよう育てていくことを期待するとともに定年を迎える幹部の方のスムーズな交代と新しいポジションの開拓が大きな課題となっている。

コンセプチュアル・フレームワーク

COVID-19を契機にODAの考え方も大きく変わり、「国民を守り、経済を活性化し、世界に貢献する」³⁾という方向に大きく変容しつつある。新しいグローバルヘルスの様々な課題と対応について、縦軸を国の所得水準、横軸を活動の内容として、それぞれを三分割し図1に整理してみた。

典型的な国際保健の活動＝雇用分野として考えてこられたのが、低所得国における具体的活動（領域A3）である。ついで、具体的活動の枠組みとしての国際的なルールを作るC3領域も国際保健の活動分野として認識されてきたと言えよう。また、最近では中進国を念頭に置いたインバウンド・アウトバウンド医療も進められてきた。それがA2の領域である。B領域の研究開発・基盤整備・投資については、今まで、直接援助や国際公共政策を作るA3とC3を補完するという位置付けであったが、今回のコロナ禍を契機に対象国が一気に拡大したと言える。つまり、高

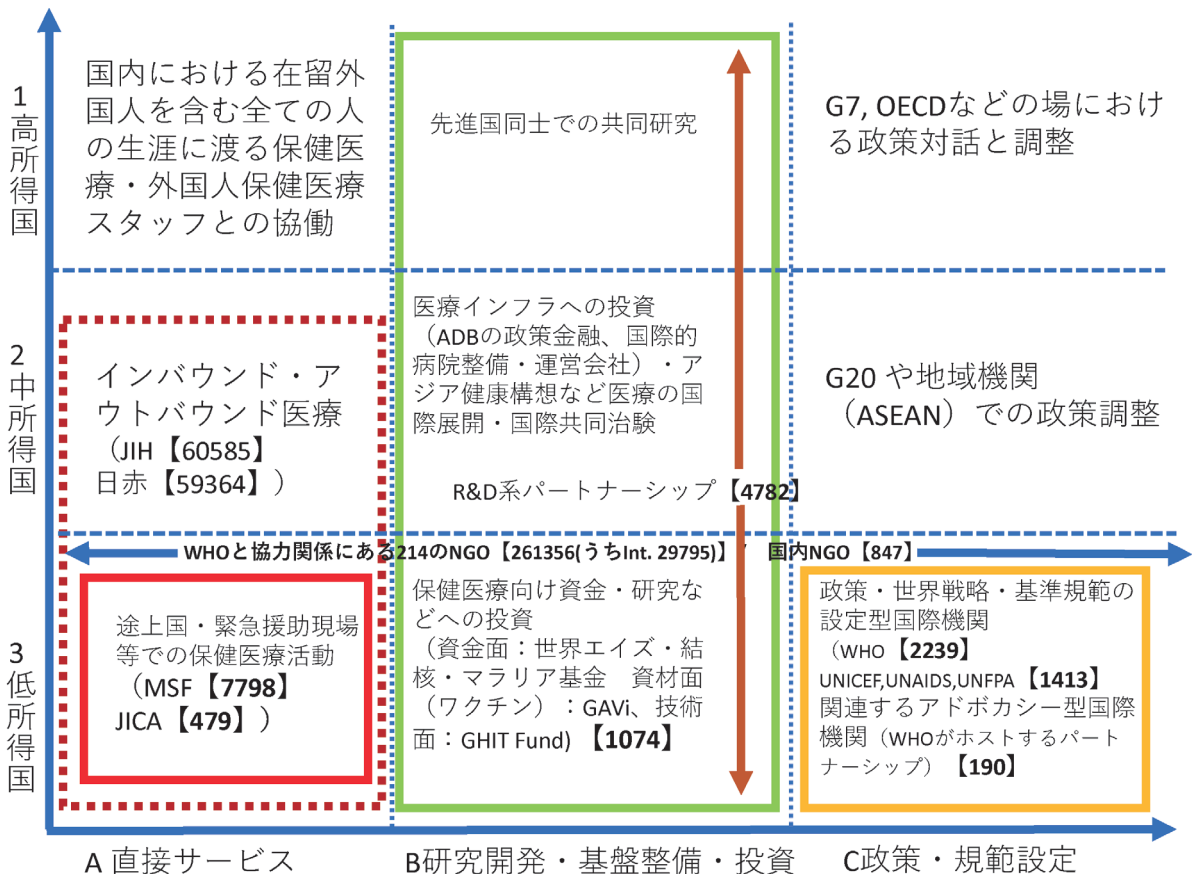


図 1. 国際保健のディメンションと雇用キャパシティ

所得国を含む全ての国がワクチンや治療薬がなく、人工呼吸器などの医療機器や資材に事欠くという状況となったので、国際公共財を作る研究開発、官民資金を効果的に動員するメカニズムなど国際的な官民産学パートナーシップの活動が盛んになり、B1～3の領域が塊として存在感を増してきたからである。

ただ、ここでご留意頂きたいのは、図1には代表的機関を書いたが、すべてを網羅しているわけではないことである。各ボックス内の【 】には、可能な限り現在の職員数を公表資料等によりカウントして記載した。数字は、次節で解説するが、対象とした機関リスト及び情報ソースを表1に示した。重要な機関が漏れている可能性があるので、あくまでもボリューム感を示すものとして扱って頂きたい。また、職員数については、LinkedIn 情報に頼らざるを得なかった場合、団体の規模として記載された職員数の幅から推察せざるを得ず、幅の中間値、例えば1,000～5,000人とあった場合には3,000名としてカウントした。

雇用の所在とボリューム

(1) 国連機関

まず、国際機関に行きたいという方が第一に思い浮かべるのはWHOではなかろうか。そこで図のC3領域の雇用力から検討する。国連機関は多々あり、基本的に低所得国を主眼においた仕事をしており、国連人事報告書によれば、38機関に109,859人が雇用されている。

しかし、国連職員は、国際競争試験で選ばれる専門職員(P)と地元から採用される一般職員(G)に分かれ、加えて政治任用される少数の特別職(UG)からなる。日本人の場合、国内には国連大学、WHO神戸センター、主要国連機関の日本事務所といった小規模な組織しかないので、地元配偶者がいるなどの特殊な例以外に一般職員として採用されている者は少ない。そこで国際選考で選ばれる専門職員を調査の対象にした。WHOの場合職員数8,106の内専門職員数(長期常勤職員のみ)は2,239名、その他保健に直接関連する国連機関であるUNICEF、UNFPA及びUNAIDSの保健分野の専門職員数は1,413名で、UNRWA等の機関で雇用されている方やWHO内に事務局を置き、職員はWHO職員として扱われている4つのパートナーシップと2つのSpecial ProgramのうちのTDR(HRPについては情報非開示)に勤務する方190名を含めても国連諸機関及び傘下の機関の常勤雇用ボリュームは4,000名程度と考えられる。ただ、この際、留意すべきことは、これら国連機関職員の相当数が地域事務所(地域事務局)や各国駐在事務所勤務しているため、全ての人が進歩国にある本部に勤務しているわけではない。本部比率が多いと言われるWHOでさえも本部比率は49.1%であり、近年は本部比率を引き下げる方向にある。

(2) NGO等

次に、日本の方が国際保健というときまず第一に思い浮かぶ低所得国における直接的な保健医療活動の雇用のボリュームを検討する。その担い手は二国間援助機関やNGOである。二国間援助機関としては米国のUSAIDや英国のDFIDが有名であるが日本人としてはまずJICAを考えると、保健分野の雇用数は479とカウントされる。また、国内からサンプリングした18NGOの雇用数は847ある。最後にWHOと正式な協力関係にある217のNGOの雇用数を各機関のHPとLinkedInで調査した。HP上で情報を公開して参照できた団体は104、LinkedInの情報を参照できた団体は39あり、残りの74団体は検索できなかったが、資料が得られたNGOの職員総数は261,356名で、そのうち1,000名以上の職員数を有する18団体で職員総数の95.2%を占めている。日本でも有名な大型NGOであるMSF、Save the ChildrenやOxfamは1万人以上の職員がいるが、その理由はフィールドでのオペレーション

を担う多くの職員を現地に張り付けているからであると思われる。代表的な機関は表1に示したが、これらのうち international staff 数を情報公開している団体はMSF など6つありその比率の平均は11.4%であった。これをNGO職員総数に単純に掛け合わせると29,795名が国際的なリクルートがされているように思われるが、就労地のビザの問題など“見えないハードル”があるため、マックスの値と考えた方が良い。なお、国連機関職員が低所得国で働く場合があるのとは逆に、NGO等の職員が高所得国にある団体本部で活躍することもある。

(3) 国際公共財関係

世界エイズ・結核・マラリア基金、GAViを始めとする11団体⁷⁾の職員数を調べたところ総職員数は4,782名となった。

表 1. 調査対象組織一覧 (前半)
(あくまでも例示で、すべての機関を網羅していない)

| 調査事項 | 保健関係関連主要機関 | WHOと正式な協力関係を持つNGO等 | 国内NGO等 | 国際公共財系団体 | WHOがホストするパートナーシップ等 | JICA保健関連職員 |
|------|------------|--|--|--|---|---|
| 調査方法 | センター調べ | https://www.who.int/publications/m/item/non-state-actors-in-official-relations-with-who をベースに各機関HPとLinkedInで調査 | 各機関HP | 各機関HP、CHA11はLinkedIn | 各機関HP、PMNCHIはLinkedIn | JICA HPの各職種への募集要項。技術協力プロジェクト専門家と企画調査員は、公式求人サイトPARTNER掲載の、2019年に任期が控えている全ての保健医療プロジェクトを構成する職員数をカウント |
| | WHO | Agar Khan Foundation (AKF) | 国境なき医師団日本 | Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) | Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) | 国際協力専門員 保健医療分野 |
| | UNICEF | Médecins Sans Frontières* | セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン | GHIT(Global Health Innovative Technology) Fund. | The Alliance for Health Policy and Systems Research (the Alliance) | 健康管理員 (国内、在外) |
| | UNFPA | World Vision International (WVI) | オイスカ | Drug for Neglected Diseases Initiative (DNDI) | The European Observatory on Health Systems and Policies | 青年海外協力隊 保健・医療部門 (2019年度春・秋募集二次選考合格者数) |
| | UNAIDS | The Save the Children Fund (Save the Children) | ワールド・ビジョン・ジャパン | Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) | Unitaid | 技術協力プロジェクト専門家・個別専門家 |
| | | OXFAM* | 結核予防会 結核研究所 | Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) | The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH, the Partnership) | 企画調査員 |
| | | Action Against Hunger International (AAHI)* | プラン・インターナショナル・ジャパン | Medicines for Malaria Venture(MMV) | | |
| | | International Rescue Committee (IRC) | メドゥッサン・デュ・モンド ジャパン | TB Alliance | | |
| | | International Medical Corps (IMC)* | シェア=国際保健協力市民の会 | Medicines Patent Pool | | |
| | | Médecins du Monde (MdM) * | ジョイセフ | Clinton Health Access Initiatives (CHA) | | |
| | | Family Health International (FHI 360) | Health and Development Service (HANDS) | Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria | | |
| | | CLINTON HEALTH ACCESS INITIATIVE, INC. (CHA) | 日本国際交流センター | Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) | | |
| | | Handicap International Federation (HI)* | Association of Medical Doctors of Asia(AMDA) | | | |
| | | The Wellcome Trust (Wellcome Trust) | アフリカ日本協議会 | | | |
| | | International Air Transport Association (IATA) | アジアパシフィックアライアンス・ジャパン | | | |
| | | March of Dimes Foundation (MOD) | 日本リザルツ (RESULTS Japan) | | | |
| | | PATH | ケア・インターナショナル ジャパン | | | |
| | | Bill & Melinda Gates Foundation | FGM撲滅を支援する女たちの会 | | | |
| | | United States Pharmacopoeial Convention (USP) | Medical Excellence Japan | | | |
| | | 以上は職員数1000人以上の団体を職員の多い順に並べたもの | | | | |
| | | *はinternational staffの割合も公開されていた団体 | | | | |

(4) インバウンド・アウトバウンド関係

わが国でこれへの取り組みを強化している病院群として、ジャパン インターナショナル ホスピタルズ（以下 JIH という）50 病院が認定されて、60,585 名の職員（うち医療関係職 54,052 名）が勤務している（センター調べ）。

(5) 日本赤十字社

国内各地の赤十字病院をはじめとする日本赤十字社の医療事業 118 施設には、59,364 名の職員が勤務し、そのうち赤十字病院 91 病院において常勤医療関係職は 45,356 名であった。日赤勤務を皮切りに国際分野に入ってくる方も多い。

表 1. 調査対象組織一覧（後半）
（あくまでも例示で、すべての機関を網羅していない）

| 公衆衛生大学院プログラム | | ジャパン インターナショナル ホスピタルズ | | 日本赤十字社 | |
|--|---|-----------------------|-----------------|--|------------------------------|
| 各大学院HP掲載のR3年度学生募集要項またはR2年度入学者数（募集が複数回に分かれる場合、1年間の募集人数合計） | | センター調べ | | 医療事業全職員数は、「日本赤十字社現勢（令和2年4月1日現在）」より。常勤医療関係職員数は、都道府県別平成30年度病床機能報告書より（和歌山医療センターのみ公式HPより引用）。 | |
| 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 専門職学位課程 | 東北大学大学院法学研究科 公共政策大学院 | 北斗病院 | 兵庫県立粒子線医療センター | 武蔵野赤十字病院 | 日本赤十字社和歌山医療センター |
| 京都大学公共政策大学院 | 広島大学大学院医系科学研究科総合健康科学専攻 公衆衛生プログラム | 総合南東北病院 | 福岡記念病院 | 長岡赤十字病院 | 長野赤十字病院 |
| 九州大学大学院 医学系学府 医療経営・管理学専攻 専門職学位課程 | 高知大学大学院 総合人間自然科学研究科 医科学専攻 修士課程 | 筑波大学附属病院 | 福岡山王病院 | 日本赤十字社医療センター | 名古屋第一赤十字病院 |
| 東京大学大学院医学系研究科・医学部 公共健康医学専攻 専門職学位課程 | 北海道大学大学院医学院 医科学専攻 修士課程 | 千葉大学医学部附属病院 | 福岡県済生会福岡総合病院 | 名古屋第二赤十字病院 | 大阪赤十字病院 |
| 東京大学大学院医学系研究科 修士課程 国際保健学専攻 | 北海道大学大学院 公共政策学専攻 専門職学位課程（公共政策大学院） | 亀田メディカルセンター | 長崎大学病院 | 松江赤十字病院 | 岡山赤十字病院 |
| 東京大学大学院 公共政策学専攻 専門職学位課程 | 三重大学大学院 医学系研究科 医科学専攻 | 国立がん研究センター-東病院 | 米越病院 | さいたま赤十字病院 | 大津赤十字病院 |
| 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科 専門職学位課程 | 国際医療福祉大学大学院 医学研究科 修士課程 公衆衛生学専攻 | 日本医科大学千葉北総病院 | 北海道大野記念病院 | 足利赤十字病院 | 高松赤十字病院 |
| 聖路加国際大学 公衆衛生大学院 専門職学位課程 | 東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 修士課程 歯学専攻 グローバルヘルスリーダー養成コース | 国立国際医療研究センター病院 | 山形大学医学部附属病院 | 成田赤十字病院 | 伊勢赤十字病院 |
| 大阪大学大学院 医学系研究科 修士課程 医科学専攻 | 神奈川県立保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科ヘルスイノベーション専攻 修士課程 | 国際医療福祉大学三田病院 | AOI国際病院 | 京都第一赤十字病院 | 京都第二赤十字病院 |
| 筑波大学人間総合科学研究科 公衆衛生学学位プログラム | 一橋大学 国際・公共政策大学院 専門職学位課程 | 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 津山中央病院 | 諏訪赤十字病院 | 横浜市立みなと赤十字病院 |
| 長崎大学大学院 熱帯医学・グローバルヘルス研究科 グローバルヘルス専攻 国際健康開発コース | 明治大学大学院 ガバナンス研究科 ガバナンス専攻 | 慶應義塾大学病院 | 岡山旭東病院 | 静岡赤十字病院 | 首橋赤十字病院 |
| 岡山大学大学院 歯学部総合研究科 歯科学専攻 | 早稲田大学大学院 政治学研究科 修士課程 政治学専攻 グローバル公共政策コース | 国立がん研究センター-中央病院 | 福山医療センター | 熊本赤十字病院 | 那須赤十字病院 |
| 産業医科大学大学院 医学研究科 産業衛生学専攻 | 徳島文理大学大学院 総合政策研究科 地域公共政策専攻 | NTT東日本関東病院 | 古賀病院21 | 松山赤十字病院 | 姫路赤十字病院 |
| 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 公衆衛生・スポーツ健康科学専攻 | 国立保健医療科学院 長期研修 専門課程 | 横浜記念病院 | 新古賀病院 | 広島赤十字・原爆病院 | 福岡赤十字病院 |
| 東北大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学専攻 修士課程 | | 山王病院 | 埼玉医科大学国際医療センター | 山口赤十字病院 | 旭川赤十字病院 |
| | | 聖路加国際病院 | 済生会横浜市東部病院 | 徳島赤十字病院 | 福井赤十字病院 |
| | | 国立成育医療研究センター病院 | 木沢記念病院 | 石巻赤十字病院 | 北見赤十字病院 |
| | | 東京大学医学部附属病院 | 金沢医科大学病院 | 秋田赤十字病院 | 八戸赤十字病院 |
| | | 東京都済生会中央病院 | 吹田徳祥会病院 | 沖繩赤十字病院 | 芳賀赤十字病院 |
| | | 東京高輪病院 | 東邦大学医療センター-大森病院 | 高山赤十字病院 | 茅谷赤十字病院 |
| | | 虎の門病院 | 吉田病院 | 唐津赤十字病院 | 以上、常勤医療関係職員数が500名以上の赤十字病院を掲載 |
| | | 相澤病院 | 旭川医科大学病院 | | |
| | | 総合病院聖隷浜松病院 | 名古屋共立病院 | | |
| | | 藤田医科大学病院 | 日本生命病院 | | |
| | | 大阪大学医学部附属病院 | 大阪国際がんセンター | | |

国内養成・滋養力

では、国内で国際保健人材の養成功率と経験を積む場はどの程度の規模があるのでしょうか。まず養成功率であれば、保健人材の中核となる「4師」の学部養成数¹⁰⁾は年間、医学 9,430 名、歯学 2,720 名、薬学 12,935 名、看護 68,311 名の計 93,396 名で、チーム医療上極めて大切な理学療法士などの医療職種を加えると年間 198,625 名の養成数がある。これを踏まえて、大学院レベルでは、29 校 / 機関が公衆衛生修士 (MPH) プログラムを有し、その定員は最大 756 名である。また、令和 3 年度の初期臨床研修プログラムは、50 の JIH のうち 40 におかれ、定員が明らかな 39 病院においては 1,020 名の募集ポストがある。同様に 91 の赤十字病院のうち 65 に初期臨床研修プログラムがおかれ、定員が明らかな 64 病院においては 598 名以上の募集ポストがある。従って、毎年、臨床と公衆衛生で 2,374 名の方が国際保健につながるキャリアを踏み出していると言える。ついで、国内で、将来の国際キャリアにつながるポジションにいる方がどの位いるかを検討してみたい。JICA の保健関係職員は 479 名、国内保健関係 18 NGO 847 名がコアである。更に、国際関係の学会員数 (直近のホームページ等参照) を国際関係の国内ポストと大胆に仮定すると、日本国際保健医療学会 (1,065 名)、日本熱帯医学会 (656 名)、日本渡航医学会 (約 1,000 名)、国際臨床医学会 (361 名) となる。複数の学会に所属されていることも考えられるため、一番大きな国際保健医療学会をベースに、他の 3 学会では、それぞれだけに参加させているのは半分と仮定すれば、合計で 2074 程度のポジションがあると言えるのではないかと。また、国際保健プロジェクトのコンサルタントも追加対象となる。

考察

以上をまとめてみると、雇用に関しては、最大値でいうと、国内で JICA、NGO で 1,500、国連機関等で 4,000、海外 NGO 等で 30,000、国際公共財系で 5,000 で総計 4 万程度の雇用があるように思われる。更に幅を広げると国内所在の JIH 及び日本赤十字社医療事業の雇用 12 万と学会所属員から見た国内雇用 2,000 を加えると、国際保健関係のポジションは更に大きく国内外で凡そ 16 万となる。国際保健での就労を考える方は、WHO と言った国連機関を考えられることが多いが、それは、国際的な雇用約 4 万の全体からすると 1 割程度で大きなパイではない。パイとして大きいのは、NGO 等の分野であり、多くの方がそれをエントリーポイントとしてグローバルヘルスに入ってくるのは雇用力が大きいので理にかなっている。また国際公共財分野は、今回 COVID-19 などで注目され雇用力が高まっていくものと思われるので注視していくことが必要である。一方、送り出す側の人材であるが、学部養成功率は 4 師の約 10 万名あり、国際ポストのデフォルトの教育最低基準となる MPH あるいは同等コースの研修枠も拡大し年間 756 の定員があるばかりか、国際色の強い病院で年間 1,618 名が初期臨床研修プログラムにエントリーしている。従って、世界に多々ある雇用機会に応募できる日本人がいないというわけではない。グローバルヘルスの分野に参加するモチベーションと国際選考に勝つ競争力強化が課題ではないかと思われる。その場合、日本でも、JICA、NGO、国際機関、大学・研究機関あるいは官公庁でマルチな経験を積むキャリアの柔軟性という制度改革も必要であろう。

まとめ

初めての試みとしてグローバルヘルスの雇用力を文献により調査し、今後の戦略的な人材養成を行う基礎資料が得られた。同時に、国内での養成功率も充実してきたので、制度的な改革を行って積み重ねられてきた努力を加速す

れば、優秀な日本人専門家をグローバルヘルスの分野に送り出すことが十分可能である。世は、コロナ禍が働き方改革を促進し、日本が健康で安全であるために国際的エンゲージメントを強めようという時期である。コロナの難局の中から、世界に出て、日本の為、世界の為働く同僚が一人でも増えることを期待している。

引用文献

- 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/>
- 2) 中谷比呂樹：国際保健人材のギャップを埋める戦略的試み，国際臨床医学会雑誌第2巻1号，p10～13，2018
http://kokusairinshouigaku.jp/journal/files/ICM_vol2.pdf
- 3) 中谷比呂樹：公衆衛生の国際化，グローバル化への課題と展望，公衆衛生 Vol.84, No.6, pp 356-362, 2020
- 4) United Nations: UN SYSTEM HR STATISTICS REPORT — 2018
<https://www.unsystem.org/content/un-system-hr-statistics-report-2018>
- 5) WHO: Human Resources update Workforce Data as at 31 July 2019
<https://www.who.int/about/finances-accountability/budget/HR-workforce-data-20190731.pdf?ua=1>
- 6) WHO: List of entities in official relations with WHO 2020
<https://www.who.int/publications/m/item/non-state-actors-in-official-relations-with-who>
- 7) H. Nakatani et al: Global Health Landscape Challenges Triggered by COVID-19, Inflammation and Regeneration (accepted on 31 August 2020)
- 8) Japan Hospital for International Patients: List of Hospitals
<https://www.japanhospitalsearch.org/search/>
- 9) 日本赤十字社：赤十字病院施設一覧
http://www.jrc.or.jp/jrc_map/maplist1_all.html
- 10) 文部科学省：大学における医療人の養成（医学・歯学・薬学・看護学等），入学定員一覧（令和元年度）
https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1326073.htm

（各リンクについては2020年8月26日にアクセスを確認した）

日本の医療分野に於けるロシア語対応の現状と展望

Status and Perspectives of Russian Language Support in Health Care in Japan

ウリヤーノワ・スヴェトラーナ

Ulianova Svetlana

国際臨床医学会（認定医療通訳士）

International Society of Clinical Medicine, Certified Medical Interpreter

〈要旨〉

本邦の医療機関に於けるロシア語対応のニーズは、首都圏を中心に居住する1万5千人のロシア語圏住民の他に年間2,000人以内の渡航患者と滞在中に突然病気になる800人程度の旅行者である。上記のニーズに対応した受け入れ体制は5つの医療機関と13の身元保証機関のみで、配置されているロシア語医療通訳の採用基準等が明らかになっていない。一部の分野ではロシア語が複数の国と地域の共通語として認識されているが、政府機関によるロシア語の情報提供は行われておらず、保険診療の中でロシア語の通訳・翻訳を得るための公的な仕組みは存在しない。本邦の医療分野に於いてエビデンスに基づいた効果的なロシア語の支援体制の構築は現状把握から始めるべく、本稿は今後の調査研究の起点になれば幸いである。

〈キーワード〉 国際医療、ロシア語患者、外国籍患者、ロシア語医療通訳、医療通訳士

International Medicine, Russian-speaking patients, international patients, Russian medical interpreting, Medical Interpreter

背景

国際化の進展に伴い、様々な文化・言語背景を持つ患者が日本国内の医療機関を受診する機会が増えた。日本語によるコミュニケーションに制限のある患者の診療において、医療安全の確保や患者の自己決定権の行使のために医療通訳の重要性が徐々に認識されつつあるが、質の評価を含む公的な仕組みは発展途上にあり、保険診療上のサポート体制は脆弱である。適切な対象言語の選択やコストの負担を含めた体制の整備は各医療機関の判断に委ねられているのが実情といえよう。

国際臨床医学会では、各言語の医療通訳について十分な能力と経験がある者を医療通訳士として認定する制度を令和元年度から開始し、ロシア語も対象となった。本稿では、ロシア語の学会認定医療通訳士の立場から、大学病院にて医療通訳業務を含めて国際診療に携わった経験を踏まえ、本邦の医療分野におけるロシア語の需要と展望について検討した。

方法

本邦の医療分野におけるロシア語の需要と受け入れ体制について、公的統計データや医療機関並びに関連企業が公開している情報に基づき、ロシア語圏の住民の人口動態や短期滞在者の傾向、並びに医療機関のロシア語対応体制を検討した。

ウリヤーノワ・スヴェトラーナ Ulianova Svetlana
International Society of Clinical Medicine, Certified Medical Interpreter
Email: svetlana_ul@athena.ocn.ne.jp

結果

1. ロシア語圏として対象とした国と地域

ロシア語はロシア連邦とベラルーシ共和国¹⁾の公用語、カザフスタン共和国²⁾とキルギズ共和国³⁾の公的な言語、タジキスタンとモルドバ⁵⁾では共通語、ウクライナでは「自由な発展、利用と保護が保証される」言語⁶⁾、ウズベキスタンでは「公証役場で書類を発行できる言語の一つ」⁷⁾である。アルメニア、アゼルバイジャン、ジョージアでは人口の半数以上はロシア語話者である⁸⁾。今回は上記の11か国を「ロシア語圏」として定義した。

2. 医療機関におけるロシア語の需要

日本の医療機関を受診する外国籍患者は日本の公的保険資格を有する在留外国人、滞在中に病気になった訪日旅行者、そして治療目的で来日する渡航患者に大別される。ロシア語圏の患者について、各区分の現状を検討する。

2-1. ロシア語圏住民

日本在住のロシア語圏住民は約16,941人であり、その中でロシア国籍が55%を占める⁹⁾。永住者の割合は33%で総外国籍平均の27%¹⁰⁾よりも6ポイント高く、定着が進んでいる。配偶者ビザの取得者が多いことから永住者の更なる増加が予想される。

主な居住地は東京都(35%)、神奈川県(10%)、千葉県(7%)⁹⁾で総外国籍者(東京都20.2%、愛知県9.6%、大阪府8.7%)¹⁰⁾と比べ首都圏に集中する傾向がある(図1)。男女別では女性の割合が64%⁹⁾で総外国籍平均の51%¹⁰⁾よりも13ポイント高い。年齢別では20代(32%)と30代(27%)が多いが、40歳以上の割合は28%であり、やや年齢層が高い。

2-2. 訪日ロシア語圏出身者

現在のロシアでは海外旅行は一般化しており、2018年の世界観光機構の国際観光支出ランキングにおいて、ロシアは7位(350億米ドル)¹¹⁾に位置する。旅行先としてシェンゲン圏が約1/3¹²⁾を占めるが、近年は訪日者も増加しつつあり、2019年には120,043人と史上最多を記録している¹³⁾。宿泊滞在先は東京(49%)、京都(10%)、大阪(7%)の順に多い¹⁴⁾(図2)。他のロシア語圏の国の短期滞在ビザの発給件数(10か国合計2万2千人強¹⁵⁾)を含めれば、ロシア語圏の訪日客全体は約14万3千人である。

平成31年の「訪日外国人の医療に関する実態調査」で報告されているように、一般的に訪日客の0.6%が滞在中に医療機関を受診すると考えると¹⁶⁾、2019年にはロシア語圏の旅行者856人が本邦の医療機関を受診したという概算になる。これは以下の医療ツーリズムの患者数と比較しても軽視できない数値である。

2-3. 医療ツーリズム

ロシアでは国内の医療水準に対する不満や不信に起因した¹⁷⁾治療目的の海外渡航は2009年頃から増加し、2013年にピークに達した¹⁸⁾。報告されている渡航患者数は年間15,000～80,000人であり¹⁷⁾、主な渡航先はロシア語の受入体制が整っているイスラエルとドイツであるが、近年は韓国やシンガポールも増加傾向にある¹⁹⁾²⁰⁾。ロシア中央銀行のデータでは治療費目的の海外送金はピークの2013年には2.26億米ドル、2019年には1.4億米ドルであった²¹⁾。COVID-19による出入国制限の中、ロシア政府は2020年6月には就業や留学の他に、治療目的の海外渡

航の再開を認め²²⁾、渡航医療に対するニーズの高さが示唆された。

日本でインバウンドとして展開される医療ツーリズムの実態について各報告から得られるデータの幅は大きく、ロシア語に限らず、いずれの言語においても正確な統計を検討するのは時期尚早であると思われるが、2018年のロシア渡航患者数はジャパン・インターナショナル・ホスピタルズ（JIH）の報告書²³⁾では100人（3位）、医療ビザ発給件数は26件（3位）¹⁵⁾であった。ロシア語圏の他の国は医療ビザ発給件数（カザフスタン12件、ウズベキスタン3件）があるのみであった。また、観光庁の平成30年の調査では「滞在中に治療・健診をした」と回答した割合は0.4%（単一回答）と2.2%（複数回答）²⁴⁾であったため、同年の訪日ロシア人数（94,810人）で計算すれば379人と2,086人になる。

3. ロシア語圏患者の受入体制

ロシア語での受け入れ体制について、医療機関、渡航支援企業、ロシア語医療通訳者の三点から検討した。

3-1. 医療機関

医療機関のロシア語対応について、JIH、外国人患者受入認証制度（JMIP）を取得した医療機関、並びに日本政府観光局が訪日客向けに公開している医療機関²⁵⁾について検討した。2020年8月末現在、5つの病院（首都圏4・北海道1、いずれも200床以上の規模）では院内ロシア語通訳の存在が確認されるものの、各医療通訳の資格取得状況等に関する詳細情報は確認できなかった。

3-2. 渡航支援企業・身元保証機関

インバウンドとして展開される医療ツーリズムにおいては、外務省・経済産業省の認定を受けた登録身元保証機関が海外患者の日本の医療機関への受け入れ窓口となる。外務省のウェブサイト²⁶⁾²⁷⁾で公開されている登録身元保証機関のリストを調査したところ、13機関（7%）はロシア語対応を標榜し、首都圏に8機関、北海道5機関が確認され、所在地について上述の医療機関と同様の傾向が認められた。登録身元保証機関の各企業で登録されているロシア語医療通訳者の資格取得状況等に関する詳細情報は確認できなかった。

3-3. 日本に於けるロシア語通訳

日本に於けるロシア語教育は1873年に創立された東京外国語学校に始まり、現在は100以上の高等教育機関でロシア語が学ばれる²⁸⁾。ロシア語通訳者の職業団体であるロシア語通訳協会の会員数は234人²⁹⁾である。ロシア語の資格試験はロシア連邦教育省が認定する国家試験T P K II、ロシア語能力検定試験の他に母国語に関係なく受験できる国家試験の通訳案内士（ロシア語登録者数234人³⁰⁾）がある。医療に特化した資格は国際臨床医学会の医療通訳士がはじめてであり、現時点では筆者のみが認定されている。

考察

本稿では、日本国内で話者の絶対数が限られているロシア語の医療分野における、需要と供給について、現状の評価を試みた。

ロシア語は1991年のソ連崩壊後に話者数は減少した⁸⁾が、2002年にロシア外務省が公開した「世界に於けるロ

シア語」報告書³¹⁾を起点に在外公館等による21世紀に適したLingva francaとしてのロシア語の普及活動が強化された。

日本ではNHK World Newsを含めロシア語で情報を発信する団体もありロシア語はロシア一国のみならず、日本と縁の深い複数の国と地域の共通語として認識されている印象もあるが、残念ながら、厚生労働省を含む政府機関はロシア語で情報提供を行っておらず、保険診療の中でロシア語の支援を得るための公的な枠組みは存在しない。

ロシア語圏の患者とは、首都圏を中心に居住する永住者や女性の多い1万7千人のロシア語圏住民、年間2,000人以内の渡航患者並びに850人程度の旅行者である。上記の患者の受入体制はロシア語通訳のいる5つの病院と13の身元保証機関のみで乏しいと言える。在住者以外の人数は概算であり、医療機関のロシア語体制のデータは外国籍患者が容易にアクセスできる情報の中から得た限定的な数値ではあるが、いずれも医療通訳の採用や配分について明確な基準を作用していなかった。特に高度な医療を行う三次医療機関での意思決定にかかわる適切な通訳・翻訳の提供は、通常の日本の医療を圧迫しないためにも重要であると思われる。

限られた人数のロシア語圏患者のために有資格者の相応しい人材を活用し、エビデンスに基づいた効果的な支援体制を構築するためには現状把握が重要である。本稿は今後の更なる調査研究の参考として起点となれば幸いである。

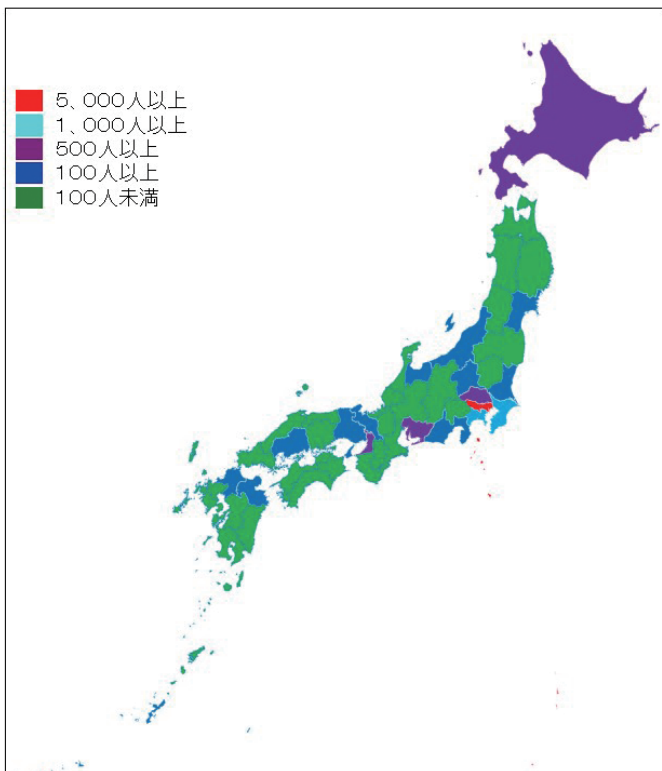


図 1. ロシア語圏住民の地理的分布 (2019年)

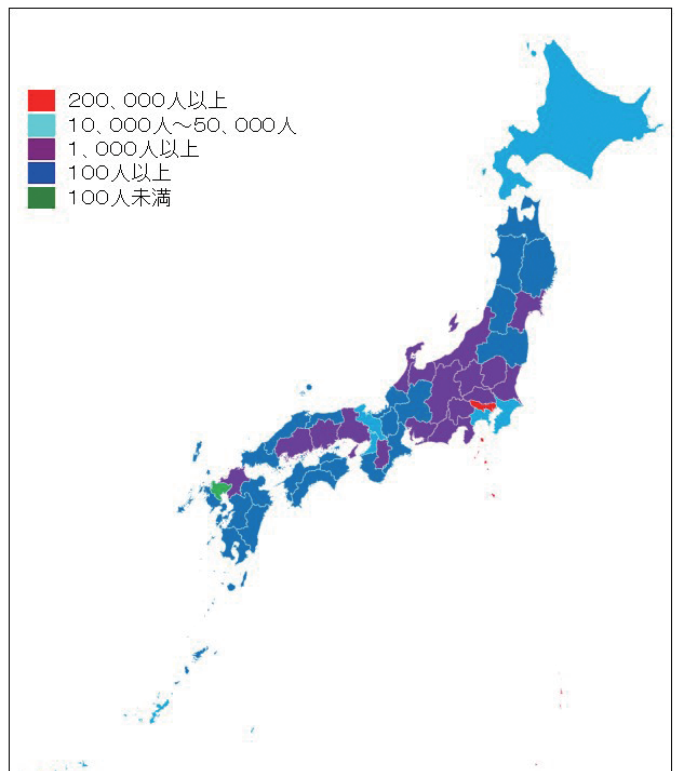


図 2. 訪日ロシア人の宿泊先 (2019年)

結語

国際臨床医学会に認定されたロシア語医療通訳士の第一号の立場から、日本の医療分野におけるロシア語の需要と受入体制について現状を整理し、展望を論じた。国際化を伴う交流の発展に伴い、確たる必要性があることは疑いのないところであるが、医療分野での人的資源の有効な発掘と配分には、需要と供給の把握に課題が残ることが窺える。医療通訳士制度の発展を通じて、様々な言語の需要と供給の「見える化」が進むことを期待する。

参考文献

- 1) ベラルーシ共和国憲法第 17 条. (2020 年 10 月 20 日)
<https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus/>
- 2) カザフスタン共和国憲法第 7 条の 2. (2020 年 10 月 20 日)
https://www.akorda.kz/ru/official_documents/constitution
- 3) キルギス共和国憲法第 10 条の 2. (2020 年 10 月 20 日)
<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/ru/kg/kg084ru.pdf>
- 4) タジキスタン共和国憲法第 2 条. (2020 年 10 月 20 日)
<http://www.president.tj/ru/taxonomy/term/5/112>
- 5) モルドバ共和国に於ける言語の利用に関する法律 No.234 第 2 条 (2020 年 12 月 27 日) (有料アクセス)
<https://monitorul.gov.md/ru/>
- 6) ウクライナ憲法第 10 条 (2020 年 10 月 20 日)
<https://www.president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-i>
- 7) 「公用語に関する法律」第 12 条 (2020 年 10 月 20 日)
<http://parliament.gov.uz/ru/laws/adopted/84/3491/>
- 8) Арефьев А. Русский язык в мире: прошлое, настоящее, будущее. Вестник Российской Академии наук. 2014; 84 (10) : 896-903. (2020 年 10 月 1 日) (有料アクセス)
<http://naukarus.com/russkiy-yazyk-v-mire-proshloe-nastoyashee-budushee>.
- 9) 在留外国人統計 (旧登録外国人統計) 2019 年 12 月 (2020 年 10 月 1 日)
<https://www.e-stat.go.jp/>
- 10) 法務省出入国在留管理庁. 令和元年末現在における在留外国人数について (2020 年 10 月 1 日)
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00003.html
- 11) UNWTO International Tourism Highlights 2019 Edition. (2020 年 10 月 1 日)
<https://www.unwto.org/>
- 12) ロシア旅行会社協会. ロシア国民の出国に関する比較統計 (2018 年度、2019 年度) (2020 年 10 月 1 日)
<https://www.atorus.ru/>
- 13) 日本政府観光局 (JNTO) (2020 年 10 月 1 日)
https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/since2003_visitor_arrivals.pdf
- 14) 観光庁の宿泊旅行統計調査 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月分). 参考第 1 表 (年計) (2020 年 10 月 1 日)
<https://www.mlit.go.jp/kankocho/siryou/toukei/shukuhakutoukei.html>
- 15) 政府統計の総合窓口 e-Stat. 令和元年 (2019 年) ビザ (査証) 発給統計. (2020 年 10 月 1 日)
<https://www.e-stat.go.jp>
- 16) 観光庁「訪日外国人の医療に関する実態調査」結果平成 31 年 3 月 29 日付. (2020 年 10 月 1 日)
https://www.mlit.go.jp/kankocho/news08_000272.html
- 17) Горошко Н, Пацала С. Россия на мировом рынке медицинского туризма. Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. 2018; 1 (12) ISSN 2413-4066. (2020 年 10 月 1 日)
<https://cyberleninka.ru/article/n/rossiya-na-mirovom-rynke-meditsinskogo-turizma>
- 18) Моисенко И, Усова М. Особенности разработки программы продвижения агентства медицинского туризма. Азимут научных исследований: экономика и управление. 2019; 8 № 3 (28) : 261-265. DOI: 10.26140/anie-2019-0803-0062. (2020 年 10 月 1 日)
<https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheskiy-marketing-strategiya-prodvizheniya-na-rynke-nedvizhimosti>
- 19) Веселова Э. Медицинский туризм – бизнес на путешествиях с пользой для здоровья. Всероссийский экономический журнал ЭКО. 2016; 3 : 142-164. (2020 年 10 月 1 日)
<https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-biznesna-puteshestviyah-s-polzoy-dlya-zdorovya>

- 20) Тастанбенова Ш. Мировой опыт развития и продвижения медицинского туризма на примере Южной Кореи. Вестник КазНМУ. 2016; 4: 477-481 UDC 338.484.6. (2020年10月1日)
<https://cyberleninka.ru/article/n/mirovoy-opyt-razvitiya-i-prodvizhenie-meditsinskogo-turizma-na-primere-yuzhnoy-korei>
- 21) ロシア連邦中央銀行. 対外統計. 個人(居住者並びに非居住者)の海外送金. (2020年10月1日)
http://www.cbr.ru/statistics/macro_itm/svs/
- 22) ロシア連邦政府. 2020年6月6日付政令No.1511-p. (2020年10月1日)
<http://government.ru/docs/39842/>
- 23) Japan International Hospitals (JIH) 定期実績報告まとめ(2018年度)
- 24) 観光庁「訪日外国人消費動向調査集計表」2018年(平成30年)【確報】(2020年10月1日)
<https://www.mlit.go.jp/kankocho/siryoutoukei/syouthityousa.html>
- 25) Japan National Tourism Organization. List of Medical Institutions. (2020年8月31日)
https://www.jnto.go.jp/emergency/eng/mi_guide.html
- 26) 外務省「身元保証機関(登録医療コーディネーター等)のリスト」(2020年8月31日)
https://www.mofa.go.jp/j_info/visit/visa/medical_stay2.html
- 27) 外務省「身元保証機関(登録旅行会社)のリスト」(2020年8月31日)
https://www.mofa.go.jp/j_info/visit/visa/medical_stay2.html
- 28) 金子百合子. ロシア語教育のシステム化と教室運営. (2020年10月1日)
<https://www.waseda.jp/fpse/winpec/assets/uploads/2014/05/No.J1604kaneko.pdf>
- 29) ロシア語通訳協会. (2020年8月31日)
<http://rus-interpreters.jp/>
- 30) 国土交通省観光庁観光資源課「通訳案内士の現状及び制度見直しの検討経緯」平成26年12月. (2020年10月1日)
<https://www.mlit.go.jp/common/001066339.pdf>
- 31) ロシア連邦外務省「世界に於けるロシア語」2002年. (2020年10月1日)
<http://www.mid.ru>

マイナー言語に対する医療通訳の課題 Challenges of Medical Interpreting for Minority Languages

明石 雅子、杉浦 康夫

Masako Akashi, Yasuo Sugiura

国立国際医療研究センター 国際診療部

International Health Care Center, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan

〈要旨〉

2019年の法務省統計では、在住外国人が293万3,137人と過去最高となり、訪日客は増加した。それに伴い、医療機関での外国語対応ニーズが高まる中で、外国人診療を行う医療機関では対面通訳や遠隔通訳を配備し対応を行ってきた。しかしながら、マイナー言語対応に困難な現状がある。今回、国立国際医療研究センター病院の対面医療通訳者と当院が契約をしている遠隔医療通訳会社に対応できない言語の場合に、患者対応をした当院の医療コーディネーターと同席した通訳者に、対応時の状況、具体的な対応・対策について聞き取りを行った。それらの結果をもとに外国人への安全な医療提供に必要な言語的支援の課題を検討した。聞き取りでは、方言対応や通訳介入拒否への対応、重症患者への支援などの症例があった。当院でのマイナー言語対応の課題は、通訳精度、患者プライバシー確保、通訳手配であった。それらの課題に対して、院内の多言語の通訳者による勉強会や、通訳者の守秘義務について患者への説明、通訳手配として、医療通訳会社への対応可否の確認や、大使館へ通訳支援の協力要請が行われていた。通訳時には医療コーディネーターが同席し、通訳状況の把握を行うことが望ましい。また、対面通訳がいる場合にも、電話通訳を別途手配し、ダブルチェック機能として利用することでミスコミュニケーションのリスク減少に努めた。また、医療者も「やさしい日本語」などを用いてわかりやすい説明をする努力は必要である。

〈Abstract〉

The Ministry of Justice statistics for 2019 shows that the number of non-Japanese residents living in Japan reached a record high of 2,933,137, while the number of visitors to Japan has also increased. In this context, the demand for foreign language services in medical institutions arises, and medical institutions that accept international patients have deployed both face-to-face and remote interpreters to provide these services. However, there remain difficulties in addressing the cases of minority languages. In this study, we interviewed the hospital's medical coordinators and the interpreters assigned to the patients who speak minority languages to find out the difficulties of interpretation and how they work with these languages. Based on the results of the interviews, we examined the issues of linguistic support necessary for providing safe medical care to international patients who speak minority languages. The interviews revealed that there were cases such as a patient speaking in dialect, a patient refusing intervention by interpreters, and a critically ill patient in need of support. The challenges of minority languages support in our hospital included interpreting accuracy, ensuring patient privacy, and arranging interpreters. To address these issues, we held sessions with the hospital's interpreters and explained patient privacy requirements. We also arrange to have interpreters by confirming the availability of medical interpreting companies and requesting cooperation from embassies for support. We recommend that a medical coordinator be present during the interpretation to ascertain the status of the interpretation of the minority languages. Moreover, when an interpreter is available to interpret in person, a second interpreter should be arranged to attend remotely to double-check and reduce the risk of miscommunication. Healthcare providers should also make efforts to communicate using simple Japanese phrases that are easier to understand.

〈キーワード〉 医療通訳、マイナー言語、外国人診療、多文化共生、外国人患者

明石 雅子

東京都新宿区戸山 1-21-1

Tel. 03-6228-0749 Fax. 03-6228-0738 E-mail: maakashi@hosp.ncgm.go.jp

背景

2020年は新型コロナウイルス感染症の流行で国際間の人の往来が制限されているが、2019年の法務省統計では在住外国人が293万3,137人と過去最高となり¹⁾、2019年までは訪日客は増加傾向²⁾にあった。それに伴い、医療機関での外国語対応ニーズが高まる中³⁾で、言葉の壁に対処すべく、外国人診療を行う医療機関では医療通訳を対面や遠隔通訳で配備し対応を行っている⁴⁾。

その中で、通訳派遣団体、遠隔通訳会社で通訳人材の確保や育成が取り組まれ、課題も見えてきている^{5)~7)}。また、今般では音声翻訳機や翻訳ツールなども普及してきており、使用に適した場面などの検討がされている⁸⁾。

厚生労働省の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では、「医療通訳の現状と課題」⁵⁾として、①患者から医療通訳者へのアクセス（医療機関からの適切なサービス提供や、医療通訳者の供給確保）、②質の担保、③費用の問題を挙げている。しかしながら、英語や中国語のような多くの人々が用いる言語のみならず、医療現場では、様々なマイナー言語による医療通訳が必要とされている。これらのケースを分析して、どのような課題があるかは十分に明らかになっていない。

本稿では、これまでに国際診療部が対応をした症例をもとに、外国人への安全な医療提供に必要なマイナー言語の課題を抽出し、対応を考察する。

方法

本稿でのマイナー言語の定義は、「国立国際医療研究センター病院（以下、当院）において対応可能な通訳者が少ない言語、または、当院が契約している遠隔医療通訳サービスで非対応の言語」とした。

当院の対面医療通訳や契約をしている遠隔医療通訳会社が扱わない言語の通訳を必要とした際に、患者対応をした当院の医療コーディネーター及び同席した通訳者に、対応時の状況、具体的な対応・対策について聞き取りを行った。それらをもとに、各ケースを取りまとめ、外国人への安全な医療提供に必要なマイナー言語に対する医療通訳の課題を抽出した。

結果

1. 中国の方言

患者は北京語を話すことができず、患者の家族から「自分たちの地域しか話せない方言」という申し出があり、中国の特定地域の方言であった。そのため、院内通訳や通訳会社の手配も困難であった。その対応として、検査時などは家族が通訳を行い、「日本語→北京語（外部通訳）→方言（家族の通訳）」の形で行った。家族が契約をした外部通訳の利用希望であったため、病状説明時は当院の医療コーディネーターが同席した。そこで家族が患者へ病名や病状について未告知であることが判明した。医師から当院では原則告知をしていることを説明したが、患者家族には拒否され、また病状も進行していたため帰国となった。

2. ネパール語

当院の対面医療通訳や当院が契約している遠隔医療通訳を、医療現場で介入させようとしても、患者側から拒まれたケースがあった。患者は、「プライバシーの問題で対面通訳が入るのは嫌です。電話通訳は以前用いたことがあ

るが、自分よりも日本語がよくわかっていないように感じたので、外部の電話通訳を使うより通訳なしで日本語のままです」。一方、医療者は「現段階では日本語のみでの会話は、医療制度の理解などが乏しく、医療者が伝えたい内容が伝わらないため、通訳は必須であり、何とか通訳を使って診療したい」とのことであった。そのため、「院内の対面通訳スタッフが、対面せず、院内で電話を用いて通訳し、外部の遠隔通訳サービスは用いない」という方法で支援を行うことになった。患者はネパール語を話すコミュニティが狭く、通訳を介して病状がコミュニティに知られてしまうことを危惧していた。医療通訳の質、個人情報保護、通訳者の守秘義務、が課題であった。

3. ドイツ語

ICU管理が必要な症例で、急変時の対応を含め24時間体制での通訳配備が必要であった。手配ができた5人の通訳者で日割り制のシフトを編成した。電話通訳を原則としたが、手配できた通訳のうち1人は対面通訳も行った。電話通訳は、毎日定時に行われ、病状の説明や必要事項の伝達が行われた。それ以外の時間帯で通訳が必要な場合に病状説明などへの対応も行った。入院期間中に連休があり、緊急対応に備えオンコール対応の医療コーディネーターも配置された。このように通訳者の協力や帰国調整など含め、在日ドイツ大使館とも連携しながら対応を行った。

4. トルコ語

2017～2020年の間に、当院では、7ケースを電話通訳で対応した。通訳者を探し、診察時間に合わせる事が容易ではなく、請求書のやりとりなどもスムーズに進まないことがあった。ケースを重ねる中で、在日トルコ大使館、通訳者と当院間での協力関係が構築され、手配が円滑になった。

考察

今回、マイナー言語に対する医療通訳の経験から、通訳の精度、プライバシーの確保、通訳の確保が課題として挙げられた。

通訳精度

通訳精度については、医療に精通した対応可能者が限られること、そのため翻訳や通訳の精度が確認できないこと、さらには二重通訳の際には、複雑な説明時の理解度が不明であること等精度低下のリスクが挙げられる。また、アドホック通訳と呼ばれる医療通訳の訓練を受けていない家族や友人、ボランティアが通訳者となる場合には、医療用語に精通していないことや、医療者側が話をした全内容を通訳しない可能性が、通訳者の技術的な点及び意図的な点からもあるため注意が必要となる^{9)~11)}。

当院では原則家族や友人などに医療通訳を依頼していないが、やむを得ない場合や患者希望があった場合に、患者および通訳者が外部通訳利用同意書に署名の上、誤訳などの発生時の責任の所在を明示した上で、通訳介入を認めている。また、このような場合は、医療コーディネーターが同席をすることで、医療通訳が行われている状況を客観的に観察し、医師、患者、通訳者のやり取りで、スムーズに進まない場合や、表情、しぐさなどの変化など、言語外観点からコミュニケーションに問題があることに気が付きやすいため、医療コーディネーターの同席が望ましいと考える。

言語文化的背景から、訳出言語では存在しない単語や医療用語がある場合、通訳者の解釈に依存することとなる。また、現状として各地で開催されている医療通訳養成講座では、マイナー言語では講師の確保が難しく講座が開けない言語もあり通訳育成の課題がある¹²⁾。そして通訳対応の中で、医療通訳者が直面する困難も少なくない¹³⁾。このような課題に対して、当院では対応ごとに通訳者とコーディネーター間で報告や振り返りを行いケースごとでのすり合わせを行なっている。また、定期的に多言語通訳者間での勉強会で意見交換を行い、対応困難例や通訳に困った用語や内容などを共有し、異なる言語の医療通訳者がどのように通訳をしているかを話し合い、解決の糸口を見つけようとするものである。この勉強会において、連絡事項の共有や、通訳の倫理など共通認識を再確認することができる以外に、通訳者のメンタルヘルス対策においても、通訳者間や医療者との意見交換を通して精神的負担軽減の一助となるのではないかと考える。

プライバシー確保

患者のプライバシー確保においては、ネパール語のケースのように、その言語や地域特有のコミュニティの規模によりプライバシーの確保が困難なことがあるため、配慮も必要となる。マイナー言語で、家族や友人が医療通訳を行うことは、患者のプライバシーを確保する上でも避けるべきである。また、患者の家族、友人は、日本語を多少話すことができれば、進んで通訳をすることになるかもしれない。しかし、医療通訳はトレーニングを受けた通訳者が行うべきであり、一般人が行うとその後いろいろな問題を生じる可能性がある^{3)9)~11)}。よって、必要に応じて、医療機関での個人情報保護や、通訳者の守秘義務に関しての説明を行い、患者が安心して通訳を利用し、医療機関が安全な医療を提供できる環境を作ることが求められる。

通訳の確保

当院で、マイナー言語の通訳確保は、医療コーディネーターによる使用言語などのアセスメントを経て、医療通訳会社や、大使館への通訳協力要請を行っている。必要に応じて、臨時の通訳手配や、通訳会社や通訳者情報を提供してもらい、継続的な協力関係を築き、必要時に迅速に手配ができるようなルートの確保に努める。重症例や、週末対応などの通訳に関しては、「万が一必要な場合」に備えた通訳確保が多く、通訳手配にも関わらず、使用しない場合もある。そのため、通訳者や大使館、通訳会社に理解を得た上での運用が必要となり、その際には事前に患者の状況を共有し、診療や通訳が円滑に行えるよう支援することが重要である。このことから、平時からのコミュニケーションを重ね、協力関係を構築していく必要があると考える。

また、院内での医療通訳運用には、医療者からも理解を得ることが必要である。言語によってはすぐに手配できない可能性があるため、当院では、病状説明などの際には、事前に国際診療部で通訳確保の上で、説明時間をセッティングができるような仕組みにしている。そして、通訳利用時には医療コーディネーターが同席し、通訳状況の把握を行うことが望ましい。

この他にもリスクヘッジとして、当院では対面通訳がいる場合にも、状況に応じて別途電話通訳の手配または、遠隔通訳の契約言語である場合にも、別途対面通訳を手配し、ダブルチェック機能として利用することでミスコミュニケーションのリスク減少に努めている。

マイナー言語の残された課題として、通訳者側ではなく、医療者側も配慮が必要である。通訳者がいるからと言って、医療者側の説明がすべて通訳されると考えるのは正しくない。常に、通訳を通じて正しく患者に伝わった

かを確認することが必要である。また、言語文化的限界を意識し、例えば、医療者が「やさしい日本語」などを用いて説明をする努力も必要である^{6) 14) 15)}。

謝辞

本稿執筆にあたり、ご協力いただきました国立国際医療研究センター国際診療部の医療コーディネーター、医療通訳者の皆様に深謝いたします。

文献

- 1) 法務省：令和元年末現在における在留外国人数について。令和2年3月27日発表（2020年8月10日アクセス）
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00003.html
- 2) 日本政府観光局：訪日外客数。令和2年1月17日発表（2020年8月10日アクセス）
https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/pdf/200117_monthly.pdf
- 3) 濱井妙子・永田文子・西川浩昭。全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査。日本公衆衛生雑誌。2017; 64 (11) : 672-683
- 4) 厚生労働省：医療通訳の現状と課題。2019年1月25日。厚生労働省（2020年8月10日アクセス）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000472213.pdf>
- 5) 山田絵里・南谷かおり・史賢林・山崎慶太・小笠原祐希子・田畑知沙・陶彬毅・中田研。国立大学病院での外国人患者診療と海外医療従事者研修の受入れ。日本渡航医学会誌。2018; 11 (2) : 62-66
- 6) カレイラ松崎順子・杉山明枝。日本の医療通訳システムの現状と今後の展望。東京未来大学研究紀要。2012; (5) : 21-29
- 7) 伊藤美保・飯田奈美子・南谷かおり・中村安秀。外国人医療における医療通訳者の現状と課題—医療通訳者に対する質問紙調査より—。国際保健医療。2012; 27 (4) : 387-394
- 8) 栗城清夏・宮越茉帆・坂間将陽・高橋舞華・東美伶・山口紗弥・本間彩花・守屋心晴。増加する外国人患者への対応について。Medical Secretary。2020; 17 (1) : 88-89
- 9) 永田文子・濱井妙子・菅田勝也。在日ブラジル人が医療サービスを利用する時のにわか通訳者に関する課題。国際保健医療。2010; 25 (3) : 161-169
- 10) Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zukerman, B., Abreu, M., Medina, L., Hardt, E. L.. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics, 2003,1, 6-14.
- 11) Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H : Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. "Annals of Emergency Medicine" 2012; 60 (5) : 545-553.
- 12) 糸魚川美樹。医療通訳者認証における実務者認証の考え方。日本渡航医学会誌。2020; 13 (2) : 53-55
- 13) 田中郁子・柳澤理子。外国人医療通訳者の体験した困難とその対処。国際保健医療。2013; 28 (4) : 305-316
- 14) 水田耀・橋本美香・長谷川真紀・中野貴司・田中孝明・Hawkins Raphael. 外国人患者が医療機関受診において経験するコミュニケーションギャップ。川崎医学会誌。2019; 44: 39-48
- 15) 武田祐子・岩田一成。「やさしい日本語」を用いた外国人診療。日本医事新報。2019; 4961: 60-61

手話言語による医療通訳の存在と課題

The Importance and Issues of Sign Language Interpretation in the medical field

吉田 将明^{1) 2)}、畠山 純恵³⁾、白澤 麻弓⁴⁾、大杉 豊⁴⁾

Masaaki Yoshida, Sumie Hatakeyama, Mayumi Shirasawa, Yutaka Osugi

1) 田辺薬局鋼管通り店

Tanabe Pharmacy Steel Pipe Street Store

2) 特定非営利活動法人 インフォメーションギャップバスター

Non-Profit Organization Information Gap Buster

3) 日本手話通訳士協会

Japanese Association of Sign Language Interpreters

4) 筑波技術大学 障害者高等教育研究支援センター

Tsukuba University of Technology, Research and Support Center on Higher Education for People with Disabilities

〈要旨〉

1. 背景・目的

我が国の手話奉仕員及び手話通訳者の養成カリキュラムや学習指導要領は、医療通訳に必要な学習内容はほとんど含まれておらず、研修等でも医療通訳に関する学習機会は非常に少ない。また、手話言語通訳者を配置している病院は全国でわずか20箇所に留まっている。本研究では、手話言語による医療通訳の現状の詳細を把握するとともに、ニーズと課題の明確化を試みることにした。

2. 方法

全国の手話言語通訳派遣事業体に対してアンケート調査を実施するとともに、その結果を踏まえて、手話言語通訳者を配置している病院とその病院がある自治体の手話言語通訳派遣事業体に対してヒアリング調査並びにアンケート調査を実施した。

3. 結果

全国の手話言語通訳派遣事業体では、医療分野の97.4%が意思疎通支援事業の範囲で実施されていた。また、終末期、告知場面等、医療場面特有の専門性に対応できる手話言語通訳者養成の必要性や、大病院等に医療専門性のある手話言語通訳者を配置していく必要性が確認された。他方、調査対象の病院に配置されている手話言語通訳者18人は、医療に関する資格を有する2人を除き、全て医療に関する基礎知識等はないまま入職していた。さらに、身分保障は非正規雇用が17人、正規雇用が1人であった。

4. 考察

本研究で確認されたニーズと課題を分析し、短・中・長期の別に対策を検討した。この結果、研修強化、啓発及び好事例の収集・共有、手話言語による医療通訳育成カリキュラム基準の作成、国の施策で手話言語通訳者を配置する病院を増やす、手話言語通訳者の地位向上及び身分保障と労働条件の整備等が挙げられた。手話言語による医療通訳は、音声言語による医療通訳と共通する部分が多く、諸外国では共に取組む例もあり有意義と思われることから、国内でも同様の取組みにより医療通訳の発展が望まれる。

(付記：本研究は厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業指定課題11の一部です)

〈キーワード〉 手話言語通訳、聴覚障害、ろう者、難聴者、医療通訳

Sign Language Interpretation, Hearing Impaired, Deaf, Hard of Hearing, Medical Interpreter

〈研究費〉 厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業指定課題11「専門分野における手話言語通訳者の育成カリキュラムを検討するためのニーズ調査研究事業」

吉田将明 Masaaki Yoshida

〒210-0852 神奈川県川崎市川崎区鋼管通1-4-21 1-4-21 Kokandori, Kawasaki-ku, Kawasaki City, Kanagawa 210-0852, Japan

Tel. 044-329-0078 Fax. 044-329-0075 E-mail: yoshida-m@jndhhmp.org

1. 背景・目的

医療現場において、日本人と同水準の医療を外国人に提供するためには、保健医療分野に造詣の深いプロフェッショナルな通訳者が求められるという共通認識及び外国人患者対応の充実に向け、厚生労働省は2013年に医療通訳育成カリキュラム基準を発表した¹⁾。医学会、大学、通訳養成事業所等とともに資格化の検討を目指して医療通訳者育成のあり方を模索している状況にある。

一方、聴覚障害者のための手話言語通訳に関しては、自治体による手話言語通訳関連制度が充実してきており、医療に関わる手話言語通訳のニーズが非常に高い現状があるにもかかわらず、聴覚障害者の医療に関心をもつ医療関係者のネットワーク（以下、聴障・医ネット）によると、手話言語通訳者を配置している病院の数は全国でわずか20箇所にとどまっている²⁾。

厚生労働省が1998年に通知した「手話奉仕員及び手話通訳者の養成カリキュラム」及び1999年に通知した「手話奉仕員及び手話通訳者の学習指導要領」は、医療場面を想定した手話言語会話及び手話言語通訳の内容を具体的には含めていない³⁾。阿部は、手話言語関係2団体（各都道府県支部合計94団体）への調査により、回答があった51団体（回答率54.3%）のうち14団体（27.5%）が医療に関する学習の機会を設けており、さらに14団体のうち12団体（85.7%）が年1～2回の実施のみと非常に少ないことを明らかにしている⁴⁾。

本研究では厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業指定課題11の一部として、これらの状況を踏まえた上で手話言語による医療通訳の現状の詳細を把握するとともに、ニーズと課題の明確化を試みるべく、ヒアリング調査並びにアンケート調査を実施することとした⁵⁾。

2. 方法

2018年11月～2019年1月に、都道府県単位と政令指定都市単位で意思疎通支援事業を担っている全国の手話言語通訳派遣事業体68箇所（都道府県単位48箇所、政令指定都市単位20箇所）に対して、アンケート調査を実施した。その結果を踏まえて、2018年12月～2019年1月に大阪府と札幌市、鹿児島市で手話言語通訳者を配置している病院4箇所（札幌市は2箇所）とその病院がある自治体の手話言語通訳派遣事業体3箇所に対してヒアリング調査、並びに手話言語通訳者を配置している大阪府内の病院6箇所に対してアンケート調査を実施した。ヒアリング調査とアンケート調査の質問項目は、手話言語による医療通訳のニーズと課題、通訳体制や研修の状況、医療専門性に対する考えや展望等とした。また、これらは調査対象先へ文書による説明で同意を得て実施した。

3. 結果

3-1. 全国の手話言語通訳派遣事業体（表1）

全国の手話言語通訳派遣事業体に対するアンケート調査の回答率は68箇所中55箇所（80.9%）で、都道府県単位は48箇所中41箇所（85.4%）、政令指定都市単位は20箇所中14箇所（70.0%）であった。2017年度の医療分野と高等教育分野、司法分野、外国人ろう者分野の4分野での派遣件数は55,638件であった。そのうち、医療分野の派遣件数が50,018件（89.9%）で最も多くを占め、高等教育分野、司法分野、外国人ろう者分野の順に多かった。同時に、医療分野の97.4%が意思疎通支援事業の範囲で実施されていることが確認された。

1976年から開始した手話言語通訳派遣制度の利用者が高齢化に伴い、終末期、告知場面等、医療場面特有の専門

表 1. 全国の手話言語通訳派遣事業体における手話言語通訳派遣件数 (2017 年度)

| | 意思疎通支援事業 | | 意思疎通支援事業以外 | | 計 | |
|----------|----------|--------|------------|-------|--------|---------|
| | 件 | (%) | 件 | (%) | 件 | (%) |
| 各分野 | | | | | | |
| 医療分野 | 48,715 | (87.6) | 1,303 | (2.3) | 50,018 | (89.9) |
| 高等教育分野 | 1,954 | (3.5) | 2,232 | (4.0) | 4,186 | (7.5) |
| 司法分野 | 705 | (1.3) | 729 | (1.3) | 1,434 | (2.6) |
| 外国人ろう者分野 | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) |
| 計 | 51,374 | (92.3) | 4,264 | (7.7) | 55,638 | (100.0) |
| 医療分野 | | | | | | |
| 外来診療 | 24,282 | (48.5) | 157 | (0.3) | 24,439 | (48.9) |
| 手術室 | 129 | (0.3) | 5 | (0.0) | 134 | (0.3) |
| 入院治療 | 332 | (0.7) | 6 | (0.0) | 338 | (0.7) |
| その他 | 5,352 | (10.7) | 172 | (0.3) | 5,524 | (11.0) |
| 分類なし | 18,620 | (37.2) | 963 | (1.9) | 19,583 | (39.2) |
| 計 | 48,715 | (97.4) | 1,303 | (2.6) | 50,018 | (100.0) |

性に対応できる手話言語通訳者養成の必要性や、大病院等に医療専門性のある手話言語通訳者を配置していく必要性が確認された。その一方で、手話通訳士対象の現任研修や手話言語通訳派遣事業体の研修は年に数回企画されているものの、医療通訳に特化した研修等は全体のごく一部に留まっていた。

3-2. 手話言語通訳者を配置している病院とその病院がある自治体の手話言語通訳派遣事業体 (表 2)

調査対象の手話言語通訳者を配置している病院は10箇所、4箇所に対してヒアリング調査、6箇所に対してアンケート調査(回答率100.0%)を実施した。10箇所の病院の院内通訳体制として、手話言語通訳者の病院内所属は様々で病院独自の運営となっており、全国的にも統一されていないことが確認された。一部の病院では、手話言語通訳を必要としている患者に対して、外来の院外処方院内処方への調整や選定療養費を免除等の取組みがされていた。また、大阪府内の手話言語通訳者を配置している病院7箇所は、月1回に担当の手話言語通訳者等による定例会議で情報交換の取組みがあるものの、他の地域の札幌市や鹿児島市の病院では、それに相当する取組みはされていなかった。病院とその自治体の手話言語通訳派遣事業体の連携状況として、先述の月一回の定例会議の主体を担っている例はあるものの、各地域において様々であった。

10箇所の病院に配置されている手話言語通訳者は18人であった。この18人は、医療に関する資格を有する2人(入職後に医療に関する資格取得者1人は除く)を除き、全て医療に関する基礎知識等はないまま入職していたことが確認された。同時に、その大半が地域の研修及び自己努力による自己研鑽に委ねられていた。さらに、身分保障は非正規雇用が17人、正規雇用が1人であった。

表 2. 手話言語通訳者を配置している病院とその手話言語通訳者の状況

| | 病院 (n = 10) | | 手話言語通訳者 (n = 18) | |
|----------------|----------------|---------|---------------------|---------|
| | 箇所 | (%) | 人 | (%) |
| 病床数 | | | | |
| 199床以下 | 1 | (10.0) | 0 | (0.0) |
| 200~399床 | 2 | (20.0) | 18 | (100.0) |
| 400床以上 | 7 | (70.0) | | |
| 手話言語通訳者の配置年 | | | | |
| ~1990年 | 1 | (10.0) | 7 | (38.9) |
| 1991~2000年 | 1 | (10.0) | 10 | (55.6) |
| 2001~2010年 | 6 | (60.0) | 1 | (5.6) |
| 2011~2018年 | 2 | (20.0) | 18 ± 9.4 | |
| 手話言語通訳者の配置人数 | | | | |
| 1人 | 6 | (60.0) | 2 | (11.1) |
| 2人 | 1 | (10.0) | 7 | (38.9) |
| 3人 | 2 | (20.0) | 9 | (50.0) |
| 4人 | 1 | (10.0) | | |
| 手話言語通訳者の代替補助要員 | | | | |
| 無 | 8 | (80.0) | 17 | (94.4) |
| 有 (3人) | 2 | (20.0) | 1 | (5.6) |
| 有 (8人) | 1 | (10.0) | | |
| 通訳範囲 | | | | |
| 一部制限あり | 0 | (0.0) | 15 | (83.3) |
| 全て (制限なし) | 10 | (100.0) | 3 | (16.7) |
| 夜間対応 | | | | |
| 無 | 9 | (90.0) | 16 | (100.0) |
| 有 | 1 | (10.0) | 0 | (0.0) |
| 院内処方への調整 | | | | |
| 無 | 9 | (90.0) | 4 | (22.2) |
| 有 | 1 | (10.0) | 8 | (44.4) |
| 選定療養費 | | | | |
| 無 | 1 | (10.0) | 6 | (33.3) |
| 有 | 2 | (20.0) | | |
| 免除 | 1 | (10.0) | 10 | (55.6) |
| 不明 | 6 | (60.0) | 5 | (27.8) |
| | | | 3 | (16.7) |

3.3. 養成・研修面と制度・体制面のニーズと課題（表3）

手話言語通訳派遣事業体と手話言語通訳者を配置している病院に対するアンケート調査並びにヒアリング調査で、確認されたニーズと課題を養成・研修面と制度・体制面に分類した。養成・研修面の課題は、医療通訳に特化した育成カリキュラム・講師体制が確立されていないことや高度医療場面等の様々な場面にに対応できる手話言語通訳者の人材不足等が主に挙げられた。制度・体制面の課題は、医療機関へ手話言語通訳者を配置していく必要性や夜間や休日等の緊急対応が困難である等が主に挙げられた。他方、医療機関側の聴覚障害や手話言語通訳に対する理解や意識が乏しい、ろう通訳者（きこえない通訳者）の必要性等も確認された。

表3. 養成・研修面と制度・体制面のニーズと課題及び短・中・長期的対策

| ニーズ・課題 | | | | | | | | | |
|--|--|--------|--------|---|---|--|--|---|--|
| 養成・研修面 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療通訳に特化した育成カリキュラムや講師体制が確立されていない ・手話言語による医療通訳に求められる基準や技術等が整理されていない ・高度医療等の様々な場面にに対応できる通訳者がいない、または不足している ・医療現場での実地研修ができない等、通訳事例の学習が難しい ・一部で研修等はあるものの、多くは自己研鑽による自己努力に委ねられている | | | | | | | | |
| 制度・体制面 | <ul style="list-style-type: none"> ・手話言語通訳者を配置している医療機関がないか、または少ない ・夜間や休日等の緊急時の対応が困難である ・医療機関の聴覚障害や手話言語に対する理解や意識が乏しい ・手話言語通訳者の人材不足、高齢化、次世代継承問題等がある ・手話言語通訳者の身分保障や労働条件が整備されていない | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>養成・研修面</th> <th>制度・体制面</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・全国区での手話通訳士を対象にした医療通訳に関する研修等を拡充する ・手話言語関係者に対する啓発及び好事例の収集・共有をする </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対する聴覚障害と手話言語通訳の啓発をする ・好事例の収集・共有をする </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・手話言語による医療通訳育成カリキュラム基準を作成し、大学等で養成・研修をする ・医療専門の認定資格を新設する ・手話言語通訳の国家資格化をする </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉予算のみならず医療予算でも様々な取組みをする ・国の施策で手話言語通訳者を配置する病院を増やす ・外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)に相当する制度を新設する </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の手話言語通訳者養成全体の再検討の取組みをする ・手話言語通訳者のボランティア精神の強さについて、医療専門性とどのように融合していくか検討する </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・医療専門性のある手話言語通訳者の地位向上及び身分保障と労働条件の整備をしていくことで、手話言語通訳者の人材を増やす </td> </tr> </tbody> </table> | 養成・研修面 | 制度・体制面 | <ul style="list-style-type: none"> ・全国区での手話通訳士を対象にした医療通訳に関する研修等を拡充する ・手話言語関係者に対する啓発及び好事例の収集・共有をする | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対する聴覚障害と手話言語通訳の啓発をする ・好事例の収集・共有をする | <ul style="list-style-type: none"> ・手話言語による医療通訳育成カリキュラム基準を作成し、大学等で養成・研修をする ・医療専門の認定資格を新設する ・手話言語通訳の国家資格化をする | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉予算のみならず医療予算でも様々な取組みをする ・国の施策で手話言語通訳者を配置する病院を増やす ・外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)に相当する制度を新設する | <ul style="list-style-type: none"> ・現在の手話言語通訳者養成全体の再検討の取組みをする ・手話言語通訳者のボランティア精神の強さについて、医療専門性とどのように融合していくか検討する | <ul style="list-style-type: none"> ・医療専門性のある手話言語通訳者の地位向上及び身分保障と労働条件の整備をしていくことで、手話言語通訳者の人材を増やす |
| 養成・研修面 | 制度・体制面 | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・全国区での手話通訳士を対象にした医療通訳に関する研修等を拡充する ・手話言語関係者に対する啓発及び好事例の収集・共有をする | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対する聴覚障害と手話言語通訳の啓発をする ・好事例の収集・共有をする | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・手話言語による医療通訳育成カリキュラム基準を作成し、大学等で養成・研修をする ・医療専門の認定資格を新設する ・手話言語通訳の国家資格化をする | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉予算のみならず医療予算でも様々な取組みをする ・国の施策で手話言語通訳者を配置する病院を増やす ・外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)に相当する制度を新設する | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・現在の手話言語通訳者養成全体の再検討の取組みをする ・手話言語通訳者のボランティア精神の強さについて、医療専門性とどのように融合していくか検討する | <ul style="list-style-type: none"> ・医療専門性のある手話言語通訳者の地位向上及び身分保障と労働条件の整備をしていくことで、手話言語通訳者の人材を増やす | | | | | | | | |
| 短期的対策 | | | | | | | | | |
| 中期的対策 | | | | | | | | | |
| 長期的対策 | | | | | | | | | |

4. 考察

本研究で確認された養成・研修面と制度・体制面のニーズと課題を分析し、短・中・長期の別に対策内容を検討した(表3)。養成・研修面の短期的対策は、研修強化、啓発及び好事例の収集・共有等、中期的対策は、手話言語による医療通訳育成カリキュラム基準を作成し大学等での養成、手話言語通訳の国家資格化等、長期的対策には、現在の手話言語通訳者養成全体の再検討の取組み等が挙げられた。制度・体制面の短期的対策は、医療機関を対象とした聴覚障害と手話言語通訳の啓発、好事例の収集・共有等、中期的対策は、国の施策で手話言語通訳者を配置する病院を増やす、外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)に相当する制度を新設等、長期的対策には、医療専門性のある手話言語通訳者の地位向上及び労働条件・身分保障の整備等が挙げられた。

本研究によって、手話言語による医療通訳のニーズと課題が多く明らかになった。しかしながら、手話言語通訳者を配置している病院とその手話言語通訳者を対象とした調査研究は、これまでにほとんどされていない。聴障・医ネットが報告した20箇所の病院の他にも手話言語通訳者を配置している病院の存在も明らかになっており、これらの配置状況について全国的に把握しきれていない状況にある⁵⁾。聴覚障害者の受療抑制や医療機関の聴覚障害や手話言語通訳に対する理解や意識の乏しさに関する報告はされており、これらを踏まえた現在の時代背景に合わせた更なる調査研究の取組みが望まれる^{6) 7) 8)}。

手話言語による医療通訳は音声言語による医療通訳と共通する部分は多く、通訳手法として手話言語と音声言語は異なる形態ではあるが、高度な情報処理能力や記憶保持能力、集中力を必要とする点で通訳スキルの根本的な部分は同じで、諸外国では共に取組む例もある⁹⁾。この2つは資格や養成課程は異なるが、クライアント支援を行うことから発展したコミュニティ通訳であり、クライアントが抱える問題やコミュニケーションの構造的な問題は共通しており、対人援助技術も要する¹⁰⁾。

手話言語と音声言語の違いの例として、手話言語による医療通訳では、手話言語通訳派遣事業体の派遣はほぼ意思疎通支援事業の範囲による福祉予算で運営されている一方で、音声言語による医療通訳の派遣は、主に病院側が費用等を負担する医療予算で運営されている。対照的な状況ではあるものの、手話言語に関して福祉予算のみならず、医療予算による取組みも望まれる。また、手話言語通訳の資格や養成、派遣制度等は充実してきているが、医療専門性に関しては多くが自己研鑽による自己努力に委ねられており、雇用された手話言語通訳者を対象にした調査によると、回答者1,099人のうち902人(82.1%)が非正規雇用で、本研究の結果と同様に身分保障は十分ではない状況にある^{11) 12)}。その一方で、音声言語でも同様に様々な課題が確認されている¹³⁾。他方で、手話言語に関して外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)に相当する制度はなく、手話言語通訳者を配置している病院はその79箇所の認証病院と比較しても非常に少ない^{2) 14)}。

手話言語と音声言語は様々な面において共通する部分や異なる部分はあるものの、養成・研修および制度・体制運用の両面で比較検討することは有意義であると思われる。今後、これらの状況を踏まえた上で、国内で手話言語と音声言語の連携による取組みを通じた医療通訳の発展により、医療全体の質向上が望まれる。

文献

- 1) 厚生労働省. 「医療通訳に関する資料 一覧」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056944.html> (参照：2020-10-27).
- 2) 聴覚障害者の医療に関心を持つ医療関係者のネットワーク. 「手話通訳者設置医療機関」
<http://deaf-med-net.news.coocan.jp/iryoukikann.html> (参照：2020-10-27).
- 3) 厚生労働省. 「意思疎通支援」
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sanka/shien.html> (参照：2020-10-27).
- 4) 阿部忍 (2013). 「医療機関における聴覚障害者の手話通訳支援に関する研究」, 筑波大学博士論文.
- 5) 筑波技術大学. 「各種プロジェクト」, 『専門分野における手話言語通訳者の育成カリキュラムを検討するためのニーズ調査研究事業 (厚生労働省平成 30 年度障害者総合福祉推進事業指定課題 11)』
https://www.tsukuba-tech.ac.jp/research/special_projects.html (参照：2020-10-27).
- 6) 北原照代, 峠田和史, 渡部真也, 佐藤修二, 西山勝夫 (1997). 「聴覚障害者に受療抑制はあるか? -手話通訳者を配置した病院の来院状況から-」, 社会医学研究, 14, 103-107.
- 7) 北原照代, 峠田和史, 西山勝夫 (2001). 「聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題 -医療機関を対象とした面接調査の分析-」, 社会医学研究, 19, 45-55.
- 8) 吉田将明, 畠山純恵, 白澤麻弓, 大杉豊 (2020). 「聴覚障害者に受療抑制は「現在」もあるか? -現在の時代背景に合わせた調査の必要性に関する考察-」, 第6回聴覚障害者医療研究集会
<http://deaf-med-net.news.coocan.jp/> (参照：2020-10-27).
- 9) 水野真木子, 内藤稔 (2015). 「コミュニティ通訳 多文化共生社会のコミュニケーション」, みすず書房, 234pp.
- 10) 飯田奈美子 (2016). 「対人援助におけるコミュニティ通訳者の役割考察 -通訳の公正介入基準の検討-」, 立命館大学大学院先端総合学術研究科課程博士学位請求論文, 150pp.
- 11) 大野直子 (2014). 「日本の手話通訳教育と英語医療通訳教育との比較研究」, 教育研究, (56), 157-164.
- 12) 一般社団法人全国手話通訳問題研究会 (2015). 「雇用された手話通訳者の労働と健康についての実態調査報告書」
<https://www.zentsuken.net/data/research.html> (参照：2020-10-27).
- 13) 伊藤美保, 飯田奈美子, 南谷かおり, 中村安秀 (2012). 「外国人医療における医療通訳者の現状と課題 -医療通訳者に対する質問紙調査より-」, 国際保健医療, Vol.27 No.4, 387-394.
- 14) 一般財団法人日本医療教育財団. 「外国人患者受入れ医療機関認証制度」
<http://jmip.jme.or.jp/index.php> (参照：2020-10-27).

機械通訳ログから抽出した当院における 医療通訳の会話内容について

Conversation contents of the medical interpreting extracted from the recorded data of machine translation

戸田 はるか、野口 さとみ、保科 ゆい子、山川 朋美、西條 修、則末 泰博

Haruka Toda, Satomi Noguchi, Yuiko Hoshina, Tomomi Yamakawa, Osamu Nishijo, Yasuhiro Norisue

東京ベイ・浦安市川医療センター 国際診療支援室

International Patient Support Division, Tokyo Bay Urayasu Ichikawa Medical Center

〈要旨〉

東京ベイ・浦安市川医療センター（以下、当院）では、日本語が理解できない外国人患者に対し、医療通訳を導入することでコミュニケーションの円滑化を図っている。導入している医療通訳サービスでは、医療通訳者を介してのビデオ・電話通訳のほかに、専用のタブレットによる機械通訳を使用することができる。

機械通訳では、外国人患者との会話がリアルタイムにチャット形式で表示され、医療通訳者へのアクセスと比較すると利便性が高く、簡単な数単語レベルの会話であれば、医療通訳者を介するより簡便であるため、使用頻度も高い。一方で、機械通訳では誤訳の判別をすることが困難であり、医療提供の場面においてコミュニケーションエラーの原因となる場合がある。

これまで当院では、医療通訳を必要とする他言語についての検討はしてきたが、通訳における会話内容についての調査は未実施であった。

機械通訳の使用時における会話内容を検討することは、当院での医療通訳の現状をさらに詳細に把握することができる。そのため、今回はじめて機械通訳のログから会話内容を抽出し、会話内容のパターンを検討したので報告する。

〈キーワード〉 テキスト解析、キーワード抽出、医療通訳、機械通訳

Text analysis, Keyword extraction, Medical interpreting, Machine interpreter

背景

日本では令和元年度において、過去最高の293万人を超える外国人が生活している¹⁾。東京ベイ・浦安市川医療センター（以下、当院）の所在県である千葉県の在留外国人数は、令和元年6月時点で約16万2,600人であり、国内第5位である¹⁾。また、訪日外国人数は延べ人数で約1億8,683万人であり、観光で来訪する外国人数も過去最高を更新し、東京・大阪・京都について全国第4位である^{2) 3)}。

当院は、大型テーマパークが近くに位置し、訪日外国人が受診すること、また市川市や隣接する江戸川区に在住する外国人がかかりつけ医として当院を受診することから、30カ国以上、月延べ500名の外国人患者を受け入れている。当院では、日本語が理解できない外国人患者に対し、医療機関向けコミュニケーション支援サービス MELONを導入することでコミュニケーションの円滑化を図っている。このサービスでは、医療通訳者を介しての通訳のほかに、専用のタブレットによる機械通訳を使用することができる。

機械通訳は、外国人患者との会話がリアルタイムにチャット形式で表示されるため、利便性が高く、簡単な数単語レベルの会話であれば、医療通訳者を介するよりも機械通訳のほうが簡便であり、使用頻度も高い。一方で、機

戸田はるか Haruka Toda

〒279-0001 千葉県浦安市当代島3-4-32 3-4-32 Todaijima, Urayasu City, Chiba, 279-0001

Tel. 047-351-3101 (内線 6021) Fax. 047-352-6237 E-mail: harukat@jadecom.jp

ORCID iD : <https://orcid.org/0000-0001-9961-5467>

機械通訳では誤翻訳のリスクがあり、海外では適切な医療通訳者を確保できなかったために医療事故につながった事例も発生している⁴⁾。文脈や文化を会話に反映できない機械通訳でのコミュニケーションは、内容によっては推奨されない場合もある。

これまで著者たちは使用する言語については実態把握をしてきたが、機械通訳を使用した会話内容についての詳細を検討してはなかった。そこで今回、機械通訳がどのような場面で使用されているかを機械通訳ログデータから会話内容を抽出し、会話内容のパターンの調査を行った。

方法

当院に設置された3台の専用のタブレットから、2019年6月から11月までの半年間における機械通訳のログデータを取得した。まず、通訳文の内容の解釈を行った。内容から終話と判定した時点で1会話と設定し、会話内容の分類を行った。続いて、使用頻度の高い単語を抽出し、会話の流れを考慮して単語が使われている場面毎に分類し、キーワードを設定した。例えば、問診から診察までを一連の会話の流れで行っている場合は、キーワードを「問診」とした。

また、使用頻度の高い言語の抽出も行った。機械通訳は、音声を認識し翻訳を行う仕組みであり、画面上、日本語と他言語が併記されるようになっている。そのため、翻訳された文が明らかな誤訳（痛み→伊丹等）であったものについては対象外とした。

結果

抽出された総文章数は4,491件（月平均748.5件）であった。会話数は、503件（月平均83.8件）であった（表1）。最小会話単位は1単語（「出生届」「保険証」「黄疸」など）または一文（「お大事にどうぞ」「どうかされましたか」「1時間待ちます」など）であり、最大会話は約30分（「創部の結果説明、縫合後の自宅での処置説明、破傷風ワクチンの説明、ワクチン接種まで」「乳腺炎の褥婦への診察と乳房マッサージ」）であった。

表1. 会話件数

| | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|----------|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 総合文章数(件) | 899 | 913 | 513 | 547 | 1101 | 518 |
| 会話数(件) | 106 | 95 | 74 | 55 | 80 | 93 |

続いて、内容分析の結果、キーワード別の総数は488であった。「問診」(130件)が全体の26.6%であった。続いて、「受付」(87件)が17.8%、「処置・検査説明」(65件)が13.3%、「産科」(33件)、「診察」(31件)、「支払い」(24件)、「単語」(23件)、「挨拶」(18件)、「看護」「処方」(13件)であった。その他、「入院説明」「バイタル測定」「院内案内」「結果説明」「家族対応」「透析説明」「機械通訳の使い方」「会計」「タクシーの呼び方」「手術説明」が抽出された。産科については、一般的な問診内容と異なるため、別分類とした。また、受付と診察終了時の会計は別分類とした（表2）。

「問診」では、来院理由や症状（胸は苦しいか、どうしたか、痛みの程度など）を

表2. キーワード別会話件数
(データ重複あり)

| キーワード | 件数(件) |
|---------|-------|
| 問診 | 130 |
| 受付 | 87 |
| 処置・検査説明 | 65 |
| 産科 | 33 |
| 診察 | 31 |
| 支払い | 24 |
| 単語 | 23 |
| 挨拶 | 18 |
| 看護/処方 | 13 |

含めた内容を聴取しており、既往歴、内服薬、アレルギー、バイタル測定（血圧測定、検温、SPO₂測定）などが含まれた。「受付」では、身分証明書の確認や保険証の有無を含む受付時の対応、現在の待ち時間や、診療可能な科の案内、受診時に受診可能な科の案内などが含まれた。「処置・検査説明」では、採血、点滴、心電図の説明、CT（造影含む）・レントゲン撮影時の説明、破傷風ワクチン接種の説明、骨折に対するギプス固定の説明、創部の縫合についての説明などが含まれた。「産科」では、乳児の成長発達に関する問診や、褥婦の乳腺炎に対する問診から診察、乳房マッサージ、結果説明などが含まれた。「診察」では、検査説明や検査結果説明、触診の許可などが含まれた。「支払い」では、診察終了後の会計までの流れの説明や帰宅時にタクシーを利用する方の呼び出し方の案内、支払い金額の提示、診断書発行についての会話が含まれた。

使用した言語では、総数が524であり、「英語」(287件)が使用言語の54.7%であった。続いて、「中国語」(122件)が23.3%、「ベトナム語」「ネパール語」(38件)、「スペイン語」(15件)、「ロシア語」「タガログ語」(7件)、「韓国語」(6件)、「タイ語」(3件)、「ポルトガル語」(1件)であった。挨拶や説明について、日本語から他言語への翻訳後、他の言語へ翻訳を試みたログ（例えば英語に翻訳後、同じ日本語をベトナム語に翻訳、英語に翻訳後に、ベトナム語に翻訳、その後中国語に翻訳など）が18件あり、翻訳した言語は重複しているものがあつた（表3）。

表3. 使用言語別会話件数
(データ重複あり)

| 言語 | 件数(件) |
|-------------|-------|
| 英語 | 287 |
| 中国語 | 122 |
| ベトナム語/ネパール語 | 38 |
| スペイン語 | 15 |
| ロシア語/タガログ語 | 7 |
| 韓国語 | 6 |
| タイ語 | 3 |
| ポルトガル語 | 1 |

考察

専用のタブレットは、外国人の来院患者数が多く、使用頻度の高いと考えられる産科外来・救急外来・受付に設置をした。そのため、問診に関する会話が多くなったのは、設置場所に由来する可能性は高い。

機械通訳は、即時性があり、医療通訳より利便性が高い⁵⁾。問診や受付の場面では、まず病院職員から、どのような症状での来院か、どのような方法で受診するのか、を患者に話しかけたり説明をしたりすることが多い。

厚生労働省が提示する多言語の問診票でもわかるように⁶⁾、そのような場合、「はい・いいえ」で答えられるクローズド・クエスチョンであることが多く、患者は単語または短い文で回答する。同じく、受付において個人情報の収集を依頼するときも、外国人患者対応でよく使う会話集に代表するように⁷⁾、医療者側がひとつ質問をして患者側がひとつ回答する、クローズド・クエスチョンの会話形態であることが多い。そのような会話形態であれば、得られる情報は「はい・いいえ」または単語であるため、機械通訳でもほぼ正確に理解できると考えられる。

本調査からも、問診における医療者側からの会話内容は、診察の手続き上必要な内容であることがほとんどであり、定型化できる可能性が高い。厚生労働省、九州運輸局などの公的機関や、NPO法人などが提示する外国人患者対応の会話集をみても^{6) 7) 8)}、受付や問診における定型文化は、本場面における会話内容の汎用性の高さを示唆する。また、当院を受診する外国人患者の国籍は、順に中国、フィリピン、ネパール、ベトナム、スリランカなどであるが、機械通訳で使用された言語は英語が多かった。これは、母国語よりも英語のほうが理解される言語として広く認知され、利用されている頻度が高いことを示唆する。

以上のことから、問診や受付の場面では、英語のみならず、利用頻度の高い他言語でも指差し会話帳としてまとめることで、さらにスムーズな対応が可能になると考えられる。

次に、1会話ごとにつき日本語から他言語への翻訳回数が見られたこと、また複数の言語に翻訳を試みたログが確

認されることから、機械通訳を介して他言語に翻訳した内容を相手が理解していなかったと考えられる。検査の説明や結果説明などは、医療者側からの説明や質問を受けて、患者は不安やその説明に対してさらなる説明を求めることも多い。そのような会話は、患者個人によって異なり、定型文化することは難しい。そして機械通訳では、翻訳された文が正しい翻訳かどうか、医療者・患者ともにわからないという現象が生じる。患者のみならず、医療者側も安心して治療や受診に関する会話をするためには、話者の会話を解釈し、他言語に再構築した上で再現し、相手に適切に伝えることができる医療通訳を利用することが望ましい。機械通訳の技術は、ここ10年で飛躍的に進歩を遂げたが、原言語文に明示されていない情報を他言語へ翻訳することは、未だに困難である⁹⁾。

医療通訳の場面において誤翻訳があった場合、患者に害が生じる可能性が高くなる。本研究においても、誤翻訳と思われるログが確認されている。コミュニケーションエラーを防ぎ、安心して医療を受けてもらい、安全な医療を提供するためにも、やはり高度で複雑な会話の場面では、医療通訳の利用を推奨したい。また、複数言語での翻訳を試みたログもあり、問診時点で患者の使用言語を十分確認してから言語を選択することで、患者への安心感につながると推察する。

結語

問診や受付に関する汎用性の高い会話内容を指差し会話帳としてまとめることで、外国人患者とのコミュニケーションを円滑に行うためのツールを増やすことができる。また、コミュニケーションエラーを防ぐためにも、高度で複雑な会話の場合は、機械通訳ではなく医療通訳の利用を推奨する。

文献

- 1) 法務省. 国籍・地域別在留外国人数の推移. Published online 2019: 0-5.
- 2) 千葉県. 平成30年観光客の入込動向について. Published 2019. Accessed October 18, 2020. <https://www.pref.chiba.lg.jp/kankou/toukeidata/kankoukyaku/h30.html>
- 3) 観光庁国土交通省. 訪日外国人消費動向調査. Accessed October 18, 2020. <https://www.mlit.go.jp/kankocho/siryou/toukei/syouthityousa.html>
- 4) Quan K, Lynch J. The High Costs of Language Barriers in Medical Malpractice. *Natl Heal Law Progr*. Published online 2013: 2-21.
- 5) 北川雄光. 外国人患者の受入れのための医療機関マニュアル (改訂 第2.0版).
- 6) 厚生労働省. 外国人向け多言語説明資料 一覧. Accessed October 18, 2020. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumeiml.html
- 7) 九州運輸局国土交通省. 訪日外国人医療受入態勢 指差し会話ツール. 2001; 54 (9) : 70-72. <https://www.tb.mlit.go.jp/kyushu/content/000032605.pdf>
- 8) 特定非営利活動法人 AMDA. 多言語各種書式. Accessed October 18, 2020. <https://www.amdamedicalcenter.com/questionnaire>
- 9) NEUBIG G. [Invited Talk] Machine Translation Why couldn't we do it? Why are we starting to be able to now? 電子情報通信学会技術研究報告. Volume 114 (Number52).

ロールプレイを用いた多言語音声翻訳機と医療通訳者の 通訳の質評価に関する研究

Multilingual Voice Translation Maching and Medical Interpreters Using Role-Play based on Quality Evaluation

野村 楊子¹⁾、亀井 哲也²⁾、重野 亜久里³⁾

Yoko Nomura, Tetsuya Kamei, Aguri Shigeno

- 1) 藤田医科大学 医療科学部
Fujita Health University School of Medical Sciences
藤田医科大学病院 国際医療センター
Fujita Health University Hospital International Medical Center
- 2) 藤田医科大学 医療科学部
Fujita Health University School of Medical Sciences
- 3) 多文化共生センターきょうと
Center for Multicultural Society Kyoto
藤田医科大学大学院 保健学研究科
Fujita Health University School of Medical Sciences

〈要旨〉

近年、病院を訪れる外国人患者数が急増し、医療場面における医療通訳者の役割は益々重要になっている。その一方、医療通訳者の数にも限界があるため、高精度かつ低コストである多言語音声翻訳機を利用する機会も増えている。しかし、多言語音声翻訳機と医療通訳者の対応可能な範囲について明確な境界線はなく、多言語音声翻訳機による専門用語の誤変換や医療従事者と外国人患者間のミスコミュニケーションの発生などが懸念されている。そこで、本研究は、多言語音声翻訳機と医療通訳者の、通訳行為の質とコミュニケーション行為の質の差異を検証し、両者の通訳の質に関する実証的な研究を行った。まず、多言語音声翻訳機と医療通訳者の対応可能な範囲の境界を明らかにするために、医療従事者と患者としての中国人を対象に、医療場面における多言語音声翻訳機の対応可能範囲の調査を行った。更に、調査結果に基づいたロールプレイ映像を作成し、質の評価を実施した。その結果、医療場面における総合案内や受付などの定常的な会話の場面では多言語音声翻訳機は対応できるが、がんの告知といった非言語的コミュニケーションの必要性が高く、医療用語が多い場面においては、現時点では多言語音声翻訳機には限界があることが明らかとなった。

〈キーワード〉 医療通訳、外国人患者、翻訳機、ロールプレイ、コミュニケーション
medical interpreter, foreign patient, translator, role-play, communication

1. 背景

我が国の総人口が減少する中、外国人が総人口に占める割合は増えており、外国人の人口は286万6,715人（令和2年1月1日時点）、総人口の約2.25%を占めている¹⁾。このように日本社会のグローバル化が進む現代では、病院を受診する外国人患者が更に増えており、日本人の医療従事者に症状などの情報を正しく伝えられない、医師から

亀井 哲也 Tetsuya Kamei

〒470-1192 愛知県豊明市杏掛町田楽ヶ窪 1-98 1-98, Dengakugakubo, Kutsukake-cho, Toyoake, Aichi, 470-1192, Japan

Tel. 0562-93-9812 Fax. 0562-93-9435 E-mail: tkamei@fujita-hu.ac.jp

の説明や診断結果を正しく理解できない、といった意思疎通の問題が発生している。言語の壁、文化の壁、制度の壁²⁾がある外国人患者に対し、医療機関には安心と適切なコミュニケーションを保証し、最善の医療を提供することが求められている。そこで、医療知識と医療現場に精通した通訳スキルがある医療通訳者の必要性が高まっている。しかし、医療通訳者の人材は限られているため、24時間365日体制で外国人患者へ対応することは、非常に難しい現状にある。

一方、AI: Artificial Intelligence (以下 AI) 技術を活用するディープニューラルネットワークを用いた自動翻訳技術の研究開発により、音声翻訳の音質や速度、精度が飛躍的に改善している。医療現場では、この技術を活用した多言語音声翻訳機 (以下 翻訳機) が利用され始めているが、翻訳機の利用範囲についての問題も見え始めている。

2. 目的

本研究では、医療場面において翻訳機で対応できる場面と、医療通訳者でなければ対応できない場面の境界を明らかにするとともに、翻訳機と医療通訳者の通訳の質について検討し、医療場面における翻訳機の利用可能性について明らかにした。

3. 方法

医療場面における翻訳機と医療通訳者の境界を明らかにするため、医療従事者として藤田医科大学病院の看護師と医事課職員、患者として愛知県在住の中国人を対象に質問紙によるアンケート調査を実施した。アンケート項目は受付や診察室など27の医療場面について、翻訳機による対応を受け入れられるかを評価してもらった。選択肢は「全て翻訳機でもよい」「部分的に翻訳機でもよい」「どちらとも言えない」「できれば翻訳機を使いたくない」「絶対に翻訳機を使いたくない」の5択とし、「翻訳機でもよい」「どちらとも言えない」「翻訳機を使いたくない」の3択に集計して解析した。その結果に基づいて、総合案内・受付と診察室の2場面を選択し、ロールプレイ用のシナリオを作成した。シナリオの妥当性については、藤田医科大学大学院で医療通訳の講義・演習を担当している中国人講師、および、藤田医科大学病院で実際に外国人患者の診察経験のある臨床医の監修を受けて作成した。次に、ロールプレイ用映像の撮影については、より臨床に近い医療場면을再現するために、藤田医科大学医療科学部内の実習用の模擬病院で、翻訳機と医療通訳者の2場面についてそれぞれの通訳場면을撮影した。その後、医療通訳者が集う中国語医療通訳勉強会の参加者17名を対象に、ロールプレイ映像を用いて通訳行為の質と診察室におけるコミュニケーション行為の質に対して尺度評価を行い、Wilcoxon検定を用いて分析した。調査に用いた翻訳機は市販され広く普及しているポケットW (SOURCENEXT社製) を使用し、使用言語は日本語と中国語とした。なお、本研究においては、選定機種のパフォーマンス評価や機種間の比較を目的にしたものではない。

研究対象者に文面や口頭で研究の主旨、録音・録画の許可、プライバシー保護、拒否した場合でも不利益を生じない点などを説明し、承諾を得て研究を開始した。本研究は、執筆者が所属する大学の利益相反委員会の承認を得て実施した (承認番号: CI18-456)。なお、本研究に関する開示すべきCOIはない。

4. 結果

アンケート調査の対象者は、看護師120名、医事課職員100名、患者 (中国人) 37名であり、それぞれの回収率は95.0%、69.0%、100.0%であった。性別については、女性の割合が看護師99.1%、医事課職員97.1%、患者 (中

国人) 62.2%であった。年齢構成については、40歳代が看護師 43.9%、医事課職員 37.8%、50歳以上が患者(中国人) 32.4%と最も高かった。

医療場面において、翻訳機で対応できる場面と医療通訳者でなければ対応できない場面の境界についてのアンケート調査の結果を表1に示す。調査対象の3群共に「翻訳機でも良い」と回答した割合が多かった項目は「総合案内・受付」「診療申込書の書き方」「検査前の各診療科における問診票の記入」「次回の検査や再診の予約」「事務職員による会計方法の説明」の5つの医療場面であった。「翻訳機を使いたくない」と回答した割合が多かった項目は、「病状や治療方針に関する患者から医師への質問及びその回答」「がんや重篤な病気などの告知」「医師による検査や診断結果の説明」「抗がん剤治療など化学療法室の説明」の4つの医療場面であった。「がんや重篤な病気などの告知」については、看護師と医事課職員において「翻訳機を使いたくない(44.7%)」が「翻訳機でも良い(38.6%)」を唯一大きく上回った。

表1. 翻訳機で対応できる場面と医療通訳者でなければ対応できない場面の境界について

| 質問項目 | 看護師 | | | | 医事課 | | | | 中国人患者 | | | | |
|-----------|--------------------------------------|---------|-----------|------------|-------|---------|-----------|------------|-------|---------|-----------|------------|-------|
| | 人数(人) | 翻訳機でもよい | どちらとも言えない | 翻訳機を使いたくない | 人数(人) | 翻訳機でもよい | どちらとも言えない | 翻訳機を使いたくない | 人数(人) | 翻訳機でもよい | どちらとも言えない | 翻訳機を使いたくない | |
| 受付 | 01 総合案内・受付 | 114 | 100 | 10 | 4 | 69 | 65 | 2 | 2 | 37 | 31 | 2 | 4 |
| | | | 87.7% | 8.8% | 3.5% | | 94.2% | 2.9% | 2.9% | | 83.8% | 5.4% | 10.8% |
| | 02 診療申込書の書き方 | 114 | 102 | 8 | 4 | 68 | 63 | 5 | 0 | 37 | 30 | 2 | 5 |
| | | | 89.4% | 7.0% | 3.6% | | 92.6% | 7.4% | 0.0% | | 81.1% | 5.4% | 13.5% |
| | 03 選定療養費や保険による自己負担額の違いなどの治療費に関する説明 | 113 | 79 | 20 | 14 | 69 | 46 | 7 | 16 | 37 | 21 | 5 | 11 |
| | | | 69.9% | 17.7% | 12.4% | | 66.7% | 10.1% | 23.2% | | 56.8% | 13.5% | 29.7% |
| 検査/処置 | 04 保険証、パスポート、紹介状などの確認作業 | 113 | 85 | 20 | 8 | 68 | 51 | 8 | 9 | 37 | 25 | 3 | 9 |
| | | | 75.2% | 17.7% | 7.1% | | 75.0% | 11.8% | 13.2% | | 67.6% | 8.1% | 24.3% |
| | 05 検査前の各診療科における問診票の記入 | 113 | 97 | 8 | 8 | 69 | 57 | 10 | 2 | 37 | 26 | 4 | 7 |
| | | | 85.8% | 7.1% | 7.1% | | 82.6% | 14.5% | 2.9% | | 70.3% | 10.8% | 18.9% |
| | 06 各診療科における看護師による問診 | 114 | 85 | 19 | 10 | 69 | 37 | 22 | 10 | 37 | 21 | 5 | 11 |
| | | | 74.5% | 16.7% | 8.8% | | 53.6% | 31.9% | 14.5% | | 56.8% | 13.5% | 29.7% |
| 診察 | 07 検査を行うための同意書の説明 | 113 | 80 | 11 | 22 | 56 | 30 | 16 | 10 | 37 | 26 | 1 | 10 |
| | | | 70.8% | 9.7% | 19.5% | | 53.6% | 28.5% | 17.9% | | 70.3% | 2.7% | 27.0% |
| | 08 検査中の技師からの指示 | 114 | 85 | 22 | 7 | 55 | 28 | 18 | 9 | 37 | 18 | 3 | 16 |
| | | | 74.5% | 19.3% | 6.2% | | 50.9% | 32.7% | 16.4% | | 48.6% | 8.1% | 43.2% |
| | 09 処置を行う医療者からの指示 | 113 | 72 | 22 | 19 | 56 | 27 | 17 | 12 | 37 | 15 | 3 | 19 |
| | | | 63.7% | 19.5% | 16.8% | | 48.2% | 30.4% | 21.4% | | 40.5% | 8.1% | 51.4% |
| 会計 | 010 検査や処置中の患者の不安を和らげる声掛け | 113 | 60 | 26 | 27 | 56 | 15 | 16 | 15 | 37 | 14 | 8 | 15 |
| | | | 53.1% | 23.0% | 23.9% | | 26.8% | 28.6% | 44.6% | | 37.8% | 21.6% | 40.5% |
| | 011 家族への対応 | 113 | 66 | 24 | 23 | 56 | 17 | 22 | 17 | 37 | 17 | 5 | 15 |
| | | | 58.4% | 21.2% | 20.4% | | 30.4% | 39.2% | 30.4% | | 45.9% | 13.5% | 40.5% |
| | 012 医師による病状などの問診や診察のやり取り | 114 | 71 | 16 | 27 | 56 | 22 | 17 | 17 | 37 | 7 | 1 | 29 |
| | | | 62.3% | 14.0% | 23.7% | | 39.2% | 30.4% | 30.4% | | 18.9% | 2.7% | 78.4% |
| 投薬 | 013 これらに必要な検査や治療の説明 | 114 | 76 | 15 | 23 | 56 | 23 | 18 | 15 | 37 | 14 | 2 | 21 |
| | | | 66.6% | 13.2% | 20.2% | | 41.1% | 32.1% | 26.8% | | 37.8% | 5.4% | 56.8% |
| | 014 病状や治療方針に関する患者から医師への質問及びその回答 | 114 | 61 | 16 | 37 | 56 | 20 | 17 | 19 | 37 | 4 | 3 | 30 |
| | | | 53.5% | 14.0% | 32.5% | | 35.7% | 30.4% | 33.9% | | 10.8% | 8.1% | 81.1% |
| | 015 がんや重篤な病気などの告知 | 114 | 44 | 19 | 51 | 56 | 10 | 19 | 27 | 37 | 5 | 3 | 29 |
| | | | 38.6% | 16.7% | 44.7% | | 17.9% | 33.9% | 48.2% | | 13.5% | 8.1% | 78.4% |
| 救急救命センター | 016 医師による検査や診断結果の説明 | 112 | 54 | 16 | 42 | 56 | 15 | 18 | 23 | 37 | 7 | 1 | 29 |
| | | | 48.2% | 14.3% | 37.5% | | 26.8% | 32.1% | 40.1% | | 18.9% | 2.7% | 78.4% |
| | 017 医師による薬の処方や説明 | 114 | 70 | 18 | 26 | 56 | 24 | 16 | 16 | 37 | 11 | 2 | 24 |
| | | | 61.4% | 15.8% | 22.8% | | 42.9% | 28.6% | 28.5% | | 29.7% | 5.4% | 64.9% |
| | 018 次回の検査や再診の予約 | 114 | 93 | 14 | 7 | 56 | 45 | 9 | 2 | 37 | 30 | 1 | 6 |
| | | | 81.5% | 12.3% | 6.2% | | 80.3% | 16.1% | 3.6% | | 81.1% | 2.7% | 16.2% |
| 医療連携福祉相談部 | 019 入院が必要がある場合、看護師による入院手続きや持ち物の説明 | 113 | 84 | 15 | 14 | 56 | 42 | 10 | 4 | 37 | 26 | 3 | 8 |
| | | | 74.3% | 13.3% | 12.4% | | 75.0% | 17.9% | 7.1% | | 70.3% | 8.1% | 21.6% |
| | 020 事務職員による会計方法の説明 | 108 | 95 | 10 | 3 | 64 | 61 | 2 | 1 | 37 | 26 | 4 | 7 |
| | | | 88.0% | 9.3% | 2.7% | | 95.3% | 3.1% | 1.6% | | 70.3% | 10.8% | 18.9% |
| | 021 事務職員による未収金がある場合や保険外(自費)での支払いへの対応 | 108 | 65 | 27 | 16 | 64 | 47 | 5 | 12 | 37 | 18 | 6 | 13 |
| | | | 60.2% | 25.0% | 14.8% | | 73.4% | 7.8% | 18.8% | | 48.4% | 16.2% | 35.1% |
| 救急救命センター | 022 薬剤師による現在飲んでいる薬やお薬手帳の確認 | 106 | 75 | 20 | 11 | 51 | 25 | 18 | 8 | 37 | 19 | 3 | 15 |
| | | | 70.8% | 18.9% | 10.3% | | 49.0% | 35.3% | 15.7% | | 51.4% | 8.1% | 40.5% |
| | 023 院内薬局での薬の受け渡し時における服用方法や注意事項などの説明 | 108 | 78 | 20 | 10 | 51 | 25 | 13 | 13 | 37 | 14 | 3 | 20 |
| | | | 72.2% | 18.5% | 9.3% | | 49.0% | 25.5% | 25.5% | | 37.8% | 8.1% | 54.1% |
| | 024 抗がん剤治療など化学療法室の説明 | 109 | 58 | 25 | 26 | 51 | 18 | 17 | 16 | 37 | 9 | 1 | 27 |
| | | | 53.2% | 22.9% | 23.9% | | 35.3% | 33.3% | 31.4% | | 24.3% | 2.7% | 73.0% |
| 救急救命センター | 025 医療及び福祉サービスについての相談 | 108 | 74 | 20 | 14 | 51 | 36 | 12 | 3 | 37 | 17 | 9 | 11 |
| | | | 68.5% | 18.5% | 13.0% | | 70.6% | 23.5% | 5.9% | | 45.9% | 24.3% | 29.7% |
| | 026 患者への対応 | 108 | 25 | 20 | 20 | 51 | 27 | 14 | 10 | 37 | 18 | 3 | 16 |
| | | | 58.3% | 23.1% | 18.5% | | 52.9% | 27.5% | 19.6% | | 48.6% | 8.1% | 43.2% |
| | 027 家族への同意書の説明 | 107 | 64 | 23 | 20 | 51 | 25 | 13 | 13 | 37 | 21 | 1 | 15 |
| | | | 59.8% | 21.5% | 18.7% | | 49.0% | 25.5% | 25.5% | | 56.8% | 2.7% | 40.5% |

次に、ロールプレイ映像による通訳行為の質とコミュニケーション行為の質³⁾に関する調査結果を表2、3に示す。この調査の評価者は、中国語医療通訳勉強会の参加者とした。参加者の構成は女性が94.1%であり、年齢構成は50歳以上が58.8%、在日居住期間は10年以上が64.7%と最も多かった。また、通訳や医療関係の有資格者は70.6%であった。

表2. 通訳行為の質に対する比較

| | 総合案内・受付 | | | 診察室 | | |
|---------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|
| | 翻訳機 | 医療通訳者 | P値 | 翻訳機 | 医療通訳者 | P値 |
| 言語の等価 | 1.94±0.66 | 3.94±0.24 | P<0.01 | 1.76±0.75 | 3.82±0.39 | P<0.01 |
| 文法の正確性 | 1.53±0.51 | 3.94±0.24 | P<0.01 | 1.47±0.80 | 3.88±0.33 | P<0.01 |
| 専門用語の理解 | 2.06±0.83 | 3.94±0.24 | P<0.01 | 1.94±0.83 | 3.88±0.33 | P<0.01 |
| 簡潔・明瞭さ | 1.71±0.59 | 3.94±0.24 | P<0.01 | 1.59±0.80 | 3.88±0.33 | P<0.01 |
| 語用論の等価 | 1.71±0.69 | 3.94±0.24 | P<0.01 | 1.53±0.80 | 3.94±0.24 | P<0.01 |

P値はWilcoxon検定を用いた結果である。 n=17

表3. 診察室におけるコミュニケーション行為の質に対する比較

| | 翻訳機 | 通訳者 | P値 |
|---------------------------------------|-----------|-----------|--------|
| ミスコミュニケーション時の対応 | 1.59±0.80 | 3.71±0.69 | P<0.01 |
| 非言語的コミュニケーション (曖昧な表現への対応) | 1.41±0.51 | 3.71±0.56 | P<0.01 |
| 適切なタイミングで通訳ができていない (適切な間やテンポで介入する) | 1.53±0.51 | 3.76±0.56 | P<0.01 |
| 文脈の理解 | 1.53±0.62 | 3.81±0.54 | P<0.01 |

P値はWilcoxon検定を用いた結果である。 n=17

通訳行為の質に対する評価点は、総合案内・受付と診察室の2場面において、全ての項目で通訳者が有意に高値を示した。また、医療場面については診察室より総合案内・受付が高値を示した。

診察室におけるコミュニケーション行為の質に対する評価点は、全ての項目で通訳者が有意に高値を示した。さらに、通訳者の評価項目では文脈の理解が高値を示した。

5. 考察

5-1. 通訳行為とコミュニケーション行為の質について

アンケート調査の結果において、「翻訳機を使いたくない」と回答した割合が多かった項目は、3群共に「がんや重篤な病気などの告知」の質問が最も高い値を示した。その理由は、がん治療などの高度な医療場面では、通訳者の言語力と医療知識だけを求めるのではなく、患者に寄り添う人間性や医療従事者と患者の信頼関係が求められていると考えられる。

ロールプレイの1場面では、大学病院の婦人科診察室のシナリオに取り入れたCT検査の結果説明のシーンで、翻訳機は医師の言葉を正確に訳すことができず、会話が噛み合わなかった場面があった。医師の細かいニュアンスまでくみ取り、外国人患者に医師の意図を正確に伝達することは医療通訳者にしかできなかった。

日本は高文脈文化であり、日本語は高文脈言語である。言語だけではなく、文脈を踏まえてコミュニケーションを図る「言葉を使わず“察する”こと」は日本人のコミュニケーションの特徴である。ロールプレイの1場面では、大学病院の婦人科診察室のシナリオの予約シーンで、非言語的コミュニケーションの曖昧な日本語表現に対し、医療通訳者は医師の曖昧な表現を明確な言葉に変換した。アンケート調査の結果では、診察室における次回の検査や再診の予約については、医療従事者、患者共に「翻訳機でも良い」と回答している割合が多かった。これは、予約や会計といったシーンでは、定常的な会話との認識があったことが原因と推測できるが、実際には曖昧な日本語表現もあるため、翻訳機には限界がある。

5-2. 翻訳機の「医療通訳者の補助者」としての可能性

翻訳機は医療通訳と比較して手配する手間や医療機関のコスト削減ができ、利便性が高いツールである。また、多言語に対応可能であり24時間365日患者への対応も可能である。通訳行為の質の調査では専門用語の理解の項目について、両場面ともに得点が最も高かったことから、医学の専門用語を翻訳バンクに集積することによって、翻訳機の精度が更に飛躍的に進化を遂げていると予想される。加えて、シンプルで定常的な会話場面においては、医療通訳者の人材不足の緩和や負担を軽減するメリットも挙げることができる。しかし、現時点では、翻訳機は医療通訳者のように文脈を踏まえ、異文化理解や高度な医療場面での医療コミュニケーションを行うことは不可能である。今後、AI技術の飛躍的な進歩により、翻訳の精度向上が期待できるため、翻訳機の利点を活かし「補助者」として医療通訳者との共存が可能となることで、「医療グローバル化」の更なる伸展が期待される。

6. 研究の限界と今後の課題

- 1) 話者の訛りや方言によって翻訳機の精度が変わる可能性もあり、様々な対象者について再考しなければならない。
- 2) 通訳評価では音声情報だけではなく、映像による非言語表現力、伝達力などの視覚情報も含まれるため通訳者の評価が有利になった可能性があった。
- 3) 本調査は一部のサンプル数が少ないことが課題であった。
- 4) 他の言語でも実験実証する必要があると考えられる。

謝辞

本研究を終えるにあたり、ご協力と支援頂いた皆様に心から感謝申し上げます。

最後に、この論文原稿を執筆中にCOVID-19の感染に伴う緊急事態宣言、および海外渡航の禁止など世界中でCOVID-19感染により亡くなられた方々に謹んでお悔やみを申し上げますと共に、日々医療の最前線で患者様の治療に尽力されている医療従事者の皆様に、心から深く感謝申し上げます。一日も早く安全で安心した国際交流の日々が戻って来る事を願っております。

引用文献

- 1) 総務省住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）
https://www.soumu.go.jp/main_content/000701325.pdf
- 2) 村松紀子：医療通訳の諸問題. 治療. 2006；88（9）：2253-2257.
- 3) 特活）多文化共生センターきょうと：医療通訳. 一般財団法人日本医療教育財団, 東京 2018；190-191.

看護職の多文化対応能力研修プログラムに用いる教材開発

Development of Education materials for Nurses Cultural Competence

溝部 昌子¹⁾、野地 有子²⁾、近藤 麻理³⁾、小寺 さやか⁴⁾、飯島 佐知子⁵⁾、マシュー ポーター⁶⁾、炭谷 大輔²⁾、大友 英子⁷⁾、小林 康司⁸⁾、浜崎 美子⁹⁾

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1) 西南女学院大学 保健福祉学部看護学科 | 6) 福岡女学院看護大学 看護学部 |
| 2) 千葉大学大学院 看護学研究科 | 7) 東京大学医学部附属病院 看護部 |
| 3) 関西医科大学 看護学部 | 8) 日本看護協会 |
| 4) 神戸大学大学院 保健学研究科 | 9) 康生会武田病院 |
| 5) 順天堂大学大学院 看護医療学研究科 | |

〈要旨〉

【背景と目的】国内においても外国人患者への看護対応が求められる中、病院に勤務する看護師を対象に2019年より文化能力研修を行っている。この研修プログラムでは、「異文化との出会い42 病院マップ」を用いて受講者が参加するディスカッションがある。このイラスト教材は、4,738件の外国人患者の対応困難例から類型化された42場面から構成される。事例理解と看護対応を促進することを目的として、副教材「看護英語ノート」を開発し、内容妥当性を検討した。

【方法】「異文化との出会い42 病院マップ」から抜粋した15事例について、状況を理解するための解説文、看護対応のための日英文、イラストからなる「看護英語ノート」原案を制作した。外国人対応経験のある看護師18名は、フォーカスグループディスカッションにより、事例解説の情報の誤り、看護対応日英文の表現の適切さや過不足の観点から内容妥当性を検討した。参加者の意見や討論内容を基に、研究者で修正方針を定めて修正し、「看護英語ノート Vol. 1」とした。

【結果】「看護英語ノート」に含まれる15事例は、非言語的コミュニケーションの違い、病院ルールの順守、臨死期のケア、痛みや発熱時の習慣の違いなどである。43の意見を集約し、4つの編集方針を定めた。1事例は困りごと調査に基づくものであり主題を変更しない、2患者は事前に一通りの説明を受けていることを前提とし、事例に遭遇した時のリアクション例として提示する、3説明文は汎用性の高い表現とする、4誇張や現実的でないイラストを避け、方策や解決を想起させるものに差し替える。

【考察】「異文化との出会い42 病院マップ」と組み合わせて看護基礎教育において「看護英語ノート Vol. 1」を活用することができれば、文化の違いからくる患者の言動を知り、それについて理解を深め、対処を学ぶ事につながる可能性がある。文化能力の発達への教育効果を継続して検証していきたい。

〈Abstract〉

[Background and purpose] In response to the demand for nursing care for foreign patients in Japan, the researchers began conducting a cultural competency training program for nurses working in hospitals in 2019. In this training program, we hold discussions with participants using the original material "Encounters with Different Cultures 42". This illustrative map consists of 42 situations typified from 4738 cases of foreign patients in which nurses experienced difficulty providing care. The purpose of this study was to examine the validity of a supplementary material, "Nursing English Notebook," which was developed to promote understanding of the cases and nursing responses.

[Method] The researchers prepared a draft of the "Nursing English Notebook" based on 15 cases from "Encounters with Different Cultures 42" and consisting of explanatory text for understanding the situation, Japanese and English sentences for communicating with patients, and illustrations. Eighteen nurses with experience in dealing with foreign patients were asked to discuss the content of the cases in focus groups to determine the appropriateness of the information in the explanatory text and the appropriateness of the expressions used in the English-language nursing notes. Based on a recording of the participants' opinions and discussions, we decided on a revision policy and revised it as "Nursing English Note Vol. 1".

[Results] The 15 cases in the "Nursing English Notes" included examples of differences in nonverbal communication, compliance to hospital rules, end-of-life care, and differences in pain and fever habits. Researchers collected 43 opinions and established four editorial policies: 1. Base each case on the nurse survey and do not change the subject; 2. Present as an example of a reaction to encountering a case in which a patient has received guidance in advance, 3. Use highly versatile language in the explanatory text, and 4. Instead of exaggeration and unrealistic illusory language use language that evokes a policy or solution.

溝部 昌子 Akiko Mizobe

〒 803-0835 北九州市小倉北区井堀 1-3-5

Tel. 093-583-5230 E-mail: mizobe@seinan-jo.ac.jp

[Discussion] If the combination of "Nursing English Notebook Vol. 1" and "Encounters with Different Cultures 42" could be used in basic nursing education, students would be able to learn what patients say and do due to cultural differences, to deepen understanding of these differences, and to learn how to deal with them. We would like to continue to examine the educational effects of this program on the development of cultural competence.

〈キーワード〉 文化能力、国際看護、外国人患者、異文化対応能力、カルチュラル・コンピテンス

〈研究費〉 イラストマップとガイドブック開発費用として、西南女学院大学保健福祉学研究所研究助成金（外国につながる人々への看護における看護コミュニケーションの検討と看護英語集録集の制作：代表溝部昌子）及び、科学研究費補助金（世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン JSPS (A)：代表野地有子）を充当した。

背景

世界的な COVID-19 パンデミックにより、外国人への医療提供は、日本の政策的なインバウンド・アウトバウンド需要拡大のみならず、教育や安全と同様に、生活基盤を支える住民サービスの一つとして機能することが求められている。

先行研究において 19 病院、看護師 7494 名から得られた調査結果で、海外での滞在経験について、「1 か月未満」と回答したのは 23%、「なし」71%で、「病院や地域で異文化圏の患者や対象と接する機会はありますか」に対して、「時々ある」71%、「全くない」26%であり¹⁾、看護職自身の海外経験の有無にかかわらず、看護の対象としての外国人との遭遇は珍しい事ではなくなっている。

医療の国際化における看護の課題は、42 看護文献（和文）より、①言語、②生物医学的要因、③文化に関連する事柄に整理された²⁾。現在では、これらの課題に対して、イラスト付きのパンフレットや、翻訳デバイス、医療通訳士の派遣やオンラインサービスなど、施設・地域・自治体によって違いはあるものの、現場の努力や制度の充実により、様々な選択肢を活用できるようになってきた。しかしながら、日本において患者の文化的背景を考慮した看護実践について、効果を実証された教育プログラムはない。看護基礎教育では、「国際看護」、「国際保健」を開講している大学が多く、その内容は国際医療協力や、異文化看護理論、多言語コミュニケーション、プライマリヘルスケアなど様々であり、米国ではガイドラインに準拠して³⁾ 看護教育課程でカルチュラル・コンピテンス教育が行われている状況とは様相が異なる。また、継続教育においては、病院の国際化の取り組みは施設により様々⁴⁾で、個々の病院が看護師の文化能力研修プログラムを提供することは困難である。

私たちは、2020 年に先駆け、看護師の文化能力の評価と開発を目標として 2013 年より取り組みを開始し（アジア圏における看護職の文化的能力の評価と能力開発 - 臨床応用に関する国際比較研究 - JSPS (A) 代表野地有子）、2017 年より「世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン（JSPS (A) 代表野地有子）」として、主に看護師を対象とした文化能力研修と国際シンポジウムを展開している。2015 年、全国 581 病院（195 件回答）を対象とした調査⁵⁾を、同年、19 病院、看護師 9140 名（7494 件回収）を対象とした調査を実施した。後者では、日本語版カプリー文化能力測定尺度（J-CCCHS）への回答から、文化能力測定用具としての信頼性妥当性を確認し⁶⁾、潜在特性の分析により 3 タイプ（ベーシック、アドバンスド、エキスパート）の文化能力教育プログラムを開発するに至った⁷⁾⁸⁾。また、同時に得られた「外国人患者への看護で困ったこと」4738 件の自由記載を基に、「異文化との出会い 42 病院マップ」を開発し、その有効性を検証した⁹⁾。「異文化との出会い 42 病院マップ」（図 1）は、42 の看護場面からなるイラストマップで、文化能力研修プログラム内で、受講者とモデレーターからなる小グループでのディスカッション教材として活用してきた。

本研究は、一連の研究から派生し、「異文化との出会い 42 病院マップ」と併用する副教材を開発し、内容妥当性を検証したもので、そのプロセスを報告する。

方法

1. 「看護英語ノート」原案の制作

「異文化との出会い 42 病院マップ」に示された 42 看護場面について、研究者及び西南女学院大学「国際保健（2019 年度後期）」を選択科目として受講した看護学科 2 年生 55 名の内、この課題を選択した 18 名により、①状況を理解するための何らかの情報や知識、②看護師として何らかの対応が必要であると考えられた 15 事例が抜粋された。この 15 事例について、研究者が①状況を理解するための解説、②看護師の説明日本語文、英語文を作成し、オリジナルイラスト制作、印刷レイアウトを経て、「看護英語ノート」原案を制作した。（表 1）

表 1. 「異文化との出会い42 病院マップ編」と「看護英語ノート vol.1」に含まれる看護場面

| 「異文化との出会い42 院内マップ編」に含まれる看護場面 | 看護英語ノート Vol.1 収載項目 |
|--|-----------------------|
| 受付・会計・ナースステーション | |
| 1 保険など費用に関すること。必要な治療を受けるまでに時間を要した | |
| 2 英語が話せないで、コミュニケーションに時間がかかった ボディタッチ、ボディランゲージが日本人と異なっており、驚いた | ○ |
| 3 自己主張が強い。自分の国ではこうする…などの主張が多い | ○ |
| 19 強い態度でむかってこられた事があり、恐怖を感じた（体も大きく迫力があつた） | |
| 20 面会の家族が乳幼児を、ほぼ裸で歩かせたりすることが多く、どのように注意すればよいかわからなかった | |
| 35 実習生の見学を依頼したところ、ギブ and テイクと言われ、治療費を安くできないかとの要望があつた | |
| 36 病院のルールをなかなか理解してもらえなかった（無断外出など） | ○ |
| 37 大勢で面会に来る | |
| 38 習慣がわからず小児の頭をなでてしまった（タブーな行為であつた） | ○ |
| 39 医師や事務への問合せや取つぎが多かつた | |
| 40 時間の感覚が異なり、時間厳守が難しかつた | |
| 42 病院のコストでとる病衣を無料にしてくれと頼まれた | |
| 外来・中央診療部門 | |
| 4 日本と治療方針が異なり、協力が得られにくい。対応に苦慮する | |
| 5 診察の際に気づきかが出来なかつた（男性医師の診察を拒否する女性） | ○ |
| 6 体にふれることへの拒否 | |
| 7 放射線被ばくを嫌がり検査を拒否する | |
| 8 生まれた後すぐに新生児に雨水を含ませる文化の方の対応に困つた | |
| 9 痛みの閾値が低い。帝王切開にすぐしてほしいという | |
| 10 輸血の同意が得られない | ○ |
| 11 ICU内で亡くなられた時、家族、親せきが沢山集まり、大声で泣いた | ○ |
| 12 手術患者であり、麻酔覚醒後に全くコミュニケーションがとれず、暴れたりして危険であつた | ○ |
| 病棟・病室 | |
| 13 手術後のシャワーを宗教の理由により断られた | |
| 14 熱が上がると水シャワーをあびるそうで、発熱時の説明に苦労した | ○ |
| 15 患者（夫）と妻と一緒にベッドで横になっていた | |
| 16 お手伝いのような頼み事が多い 例）「携帯の使い方を教えて」「電気を消して」 | |
| 17 イスラム教で素顔を夫以外に見せられないから、夜間巡視はしないでほしいといわれた | ○ |
| 18 毎日保清を促すと、「私達の文化にはない」と断られた | ○ |
| 21 知らないうちに病棟のタオルや布団を縫い合わせていた | |
| 22 大勢の面会者が長時間いた。荷物は棚にしまわず、床に散らかしていた | |
| 23 患者が食べ残した病院食を家族が持ち帰ろうとした。下膳した他患者の病院食の残りを集めて持ち帰ろうとした | ○ |
| 24 お祈りの時間と食事時間がかさなり、配ぜんの際にカーテンを開けてしまった | |
| 25 痛みの訴えが強い | ○ |
| 26 生活習慣の違い 例）大部屋で裸でベッドに入っていた | |
| 27 大部屋で香水の匂いに対する苦情が来た | |
| 28 断りなく写真を撮る | ○ |
| 29 見舞いに来た患者の友人が、使っていないベッドに靴のまま寝ていたり、食べ散らかしていたりとマナーが悪い | |
| 30 食事を許可なく持ち込む | |
| 33 食堂で家族とパーティーをしていると他患から苦情が来た | ○ |
| 34 食事の文化が異なるため、食事摂取が進まなかつた | |
| 41 食べ物の持ち込みの匂いが廊下まで匂つた | |
| 霊安室 | |
| 31 死亡退院の時の手続きに困つた（お祈りや宗教的儀式の方法、場所がない） | |
| 32 日本に旅行中にIUFD（子宮内胎児死亡）になり、分娩となった患者への対応 | |

2. 「看護英語ノート」原案の内容妥当性検討

外国人対応経験のある看護師によるフォーカスグループディスカッションにより「看護英語ノート」原案の内容妥当性を検討した。参加者は、当該文化能力研修プログラム開発、運営にかかわりのある26名に送付した案内に対して、自由意思で参加した看護師で、看護管理者、医療通訳士、研究者等18名であった。

参加者は3～4人で1グループを構成し、事例の場面区分で3カ所に分かれ、それぞれのモデレーターによるディスカッションに3回参加し、最後に参加者全員で全体討議を行った。ディスカッションの観点は、事例解釈のばらつきはないか、事例解説の情報の誤りはないか、看護師説明の日英文の表現は適切であるか、とした。実施説明、研究参加説明、同意書の取得を含み、当日の所要時間は90分で、Zoom遠隔会議システムを通して2020年7月に行われた。合計9ディスカッションでの参加者の意見や討論内容の記録は、モデレーター3人のフィールドノート、録画録音から要約を作成した。

異文化との出会い42 院内マップ編

13 手術後のシャワーを
宗教的理由により断られた
14 熱が上がると水シャワーをあびる
そうして、発熱時の説明に苦勞した

15 患者（夫）と妻が一層に
ベッドで横になっていた
16 お手洗いのような
個室が多い
例）「携帯の使い方を教えて」
「電気を消して」
いわれた

17 イスラム教で豚肉を
食以外に見せられ
ないから、夜間巡回は
しないでほしいと
いわれた

18 毎日保清を促すと、
「仏教の文化にはない」
と断られた

19 強い拒絶を促すと、
「これだけの事があり、
恐怖を感じた」
（体は大きく迫力があつた）
よいかわからなかった

20 面会の家族が乳幼児を、
ほぼ操作で動かしたり
することが多く、
どのように注意すれば
よいかわからなかった

21 知らないうちにも病棟の
タオルや布団を織い合わ
せていた

22 大勢の面会者が長時間いた。
荷物は棚にしまわず、
床に散らかしていた

23 患者が食べ残した病室食を
家族が持ち帰ろうとした。
下痢した患者の病室食の
残りを集めて持ち帰ろうと
した

24 お折りの時間と
食事時間がかさなり、
配膳の際にカーテンを
開けてしまった

25 痛みの訴えが強い

26 生活習慣の違い
例）大部屋で寝やべつに入っていた

27 大部屋で香水の匂い
に対する苦情が来た

28 断りなく写真を撮る

29 見舞いに来た患者の友人が、
使っていないベッドに
靴のまま寝ていたり、
食べ残かしていたりと
マナーが悪い

30 食事を許可なく持ち込む

31 死亡病棟の時の
手帳裏に困った
（お折りの時間や家族の
方法、場所がない）

32 日本に旅行中に IUFJ
（宇宮内旅行センター）になり、
分娩となった患者への対応

33 食堂で家族とバーティニーを
している他患者から
苦情が来た

34 食事の文化が
異なるため、
食事摂取が
進まなかった

35 美学生の見学を依頼したところ、
キープ and テイクと言われ、
治療費を安くできないかとの
要望があった

36 病院のルールを
なかなか理解して
もらえなかった
（無断外出など）

37 大勢で面会に来る

38 習慣がわからず子供の
頭をなでてしまった
（タトゥーが首筋であった）

39 医師や事務への
問合せや取りつぎが
多かった

40 時間の感覚が
異なる、
時間厳守が
難しかった

41 食べ物の持ち込みの
匂いが廊下まで匂った

42 病院のコストで
とる病室を無料に
してくれと頼まれた

1 保険など費用に関すること。
必要な治療を受けるまでに
時間を要した

2 英語が話せないで、
コミュニケーションに時間がかかった。
自分の国ではこうする…
がディタツチ、ポティアンゲーションが
日本人とかなり異なっており、驚いた

3 自己主張が強い。
自分の国ではこうする…
などの主張が多い

4 日本と治療方針が異なり、
協力が得られにくい。
対応に苦慮する

5 診察の際の気づかいが
出来なかった
（男性医師の診察を拒否する女性）

6 体にふれることへの拒否

7 放射線被ばくを嫌がり
検査を拒否する

8 生まれた後すぐに
新生児に脱水を含ませる
文化の方の対応に困った

9 痛みの数値が低い。
帝王切開に
すぐしてほしいという

10 輸血の同意が
得られない

11 ICU内で亡くなった時、
家族、親せきが沢山集まり、
大声で泣いた

12 手術患者であり、
麻酔覚醒後に全く
コミュニケーションが
とれず、黙られたりして
危険であった

13 手術後のシャワーを
宗教的理由により断られた

14 熱が上がると水シャワーをあびる
そうして、発熱時の説明に苦勞した

15 患者（夫）と妻が一層に
ベッドで横になっていた

16 お手洗いのような
個室が多い
例）「携帯の使い方を教えて」
「電気を消して」
いわれた

17 イスラム教で豚肉を
食以外に見せられ
ないから、夜間巡回は
しないでほしいと
いわれた

18 毎日保清を促すと、
「仏教の文化にはない」
と断られた

19 強い拒絶を促すと、
「これだけの事があり、
恐怖を感じた」
（体は大きく迫力があつた）
よいかわからなかった

20 面会の家族が乳幼児を、
ほぼ操作で動かしたり
することが多く、
どのように注意すれば
よいかわからなかった

21 知らないうちにも病棟の
タオルや布団を織い合わ
せていた

22 大勢の面会者が長時間いた。
荷物は棚にしまわず、
床に散らかっていた

23 患者が食べ残した病室食を
家族が持ち帰ろうとした。
下痢した患者の病室食の
残りを集めて持ち帰ろうと
した

24 お折りの時間と
食事時間がかさなり、
配膳の際にカーテンを
開けてしまった

25 痛みの訴えが強い

26 生活習慣の違い
例）大部屋で寝やべつに入っていた

27 大部屋で香水の匂い
に対する苦情が来た

28 断りなく写真を撮る

29 見舞いに来た患者の友人が、
使っていないベッドに
靴のまま寝ていたり、
食べ残かしていたりと
マナーが悪い

30 食事を許可なく持ち込む

31 死亡病棟の時の
手帳裏に困った
（お折りの時間や家族の
方法、場所がない）

32 日本に旅行中に IUFJ
（宇宮内旅行センター）になり、
分娩となった患者への対応

33 食堂で家族とバーティニーを
している他患者から
苦情が来た

34 食事の文化が
異なるため、
食事摂取が
進まなかった

35 美学生の見学を依頼したところ、
キープ and テイクと言われ、
治療費を安くできないかとの
要望があった

36 病院のルールを
なかなか理解して
もらえなかった
（無断外出など）

37 大勢で面会に来る

38 習慣がわからず子供の
頭をなでてしまった
（タトゥーが首筋であった）

39 医師や事務への
問合せや取りつぎが
多かった

40 時間の感覚が
異なる、
時間厳守が
難しかった

41 食べ物の持ち込みの
匂いが廊下まで匂った

42 病院のコストで
とる病室を無料に
してくれと頼まれた

JSPS 基盤 A 野地有子「世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン」：しおり 2018 外国につながる人々への看護ケア—異文化との出会い 42 病院マップ編—, 国立大学法人千葉大学大学院看護学研究科 (2018)

図 1. 「異文化との出会い 42 病院マップ編」

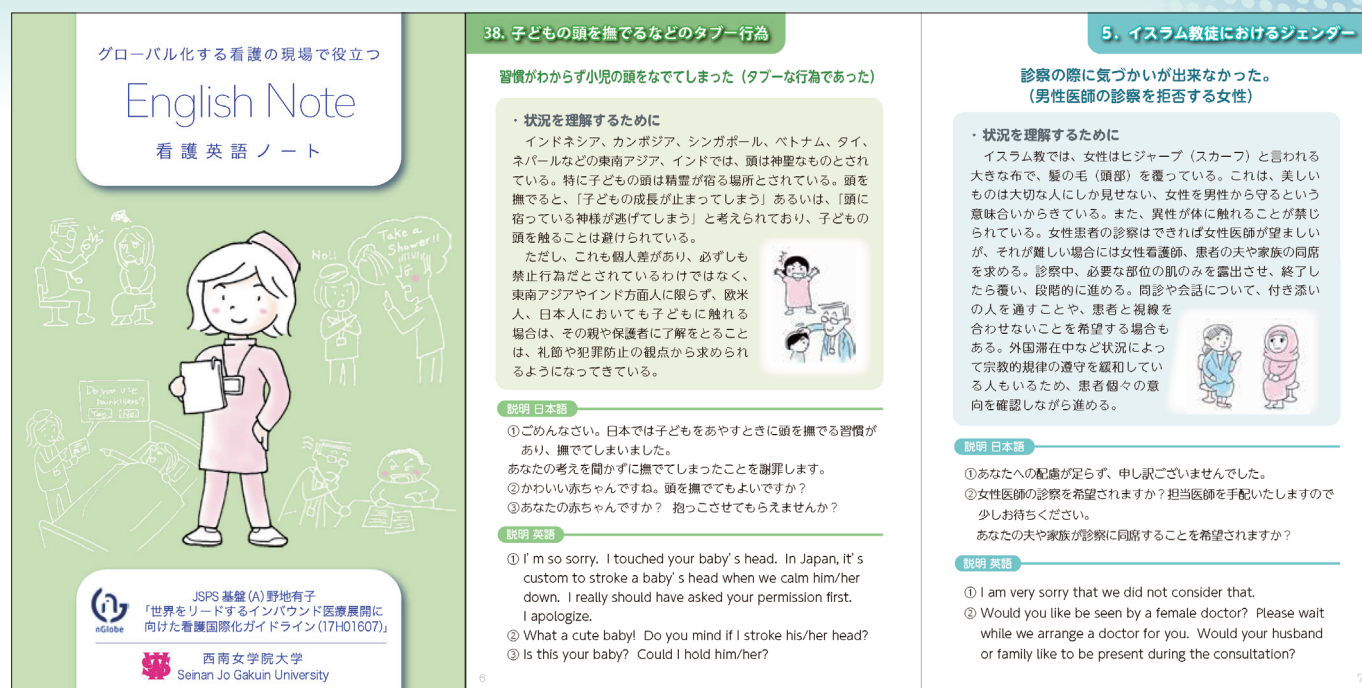


図2. 「看護英語ノート」原案

3. 「看護英語ノート Vol. 1」の確定

フォーカスグループディスカッションの記録をもとに、研究者が再度ディスカッションにより修正方針を検討した。これに沿って、事例の解説、説明日本語文英文を修正、イラストの差し替えを行い「看護英語ノート Vol. 1」を確定した。

本研究は、西南女学院大学研究倫理委員会の承認を以て実施した。

結果

1. 「看護英語ノート」の構成

「看護英語ノート」原案は、15 事例の状況を理解するための解説、看護対応のための説明日本語文、説明英語文とオリジナルイラストで構成され、B6 判 24 ページとなった。事例番号は、「異文化との出会い42 病院マップ」の事例番号と対応し、病院内の部門による区分の色分けを「看護英語ノート」にも踏襲した。(図2)

2. 「看護英語ノート」の修正

フォーカスグループディスカッションの意見では、全体として、事例やその解説で示される情報について、宗教や国や地域に特徴的な事柄の偏りをなくし、解説や紙面の分量を均等にしようという意見が繰り返し出された。また、個別具体過ぎる説明文の掲出は避け、汎用性の高い表現とし、現場での使用頻度が高いと考えられる患者への声掛けや質問を加えた方が良いという意見も複数あった。病院ルールや医療提供の慣習的な違いに関しては、禁止であることを明確に伝えることが必要であり、入院に際しては、患者の母国語や文書を用いた十分な入院オリエンテーションが行われていることが前提であるとの意見が一致していた。

ディスカッションの記録を基に、43 の意見を研究者で改めて討議し、下記の4つの修正方針を定めた。修正方針①「看護英語ノート」は、看護師を対象とした調査から導かれた外国人患者対応での困りごとであり、この表現をできるだけ維持する。しかしながら、困りごとの本質は受け取り手によって様々であり、主題は固定せず提示するが、利用しやすいような見出し表現に変更し、論点を整理して明示しておく。修正方針②患者は受診や入院のためのオリエンテーションを一通り受けていることが前提で、看護師が困りごとに遭遇した時の反応例として提示することを明確にする。修正方針③複雑で込み入った看護場面や個別具体過ぎる説明は避け、分量を統一し、汎用性の高い表現とする。現場で説明頻度の高いもの、話したくなる役立つ表現を加える。修正方針④誇張や現実的でないイラストは、偏見や差別意識を引き起こす可能性もある。また困りごとの状況を示すイラストと、方策を示すイラストの2種類が混在しており、「異文化との出会い42 病院マップ」には困りごとの場面が既に示されているため、「看護英語ノート」は方策や調和を示すイラストに変更する。これらの修正方針を基に、事例それぞれの解説、説明日本語文、説明英語文を修正、イラストの差し替えにより、「看護英語ノート Vol. 1」とした。(表2)

表 2. 「看護英語ノート vol.1」 構成 (抜粋)

| 状況を理解するための解説 | 看護師説明日本語文 | 看護師説明英語文 |
|--|--|--|
| 事例タイトル | | |
| 38 ある文化圏では禁じられている行為 | | |
| <p>インドネシア、カンボジア、シンガポール、ベトナム、タイ、ネパールなどの東南アジア、インドでは、頭は神聖なものとされている。特に子どもの頭は精霊が宿る場所とされている。頭を撫でると、「子どもの成長が止まってしまう」あるいは、「頭に宿っている神様が逃げてしまう」と考えられており、子どもの頭を触ることは避けられている。</p> <p>ただし、これも個人差があり、必ずしも禁止行為だとされているわけではなく、東南アジアやインド方面人に限らず、欧米人、日本人においても子どもに触れる場合は、その親や保護者に了解をとることは、礼節や犯罪防止の観点から求められるようになってきている。</p> | <p>①ごめんなさい。日本では子どもをあやすときに頭を撫でる習慣があり、撫でてしまいました。あなたの考えを聞かずに撫でてしまったことを謝罪します。</p> <p>②かわいい赤ちゃんですね。頭を撫でてよいですか？</p> <p>③あなたの赤ちゃんですか？ 抱っこさせてもらえませんか？</p> | <p>① I'm so sorry. I touched your baby's head. In Japan, it's custom to stroke a baby's head when we calm him/her down. I really should have asked your permission first. I apologize.</p> <p>② What a cute baby ! Do you mind if I stroke his/her head?</p> <p>③ Is this your baby? Could I hold him/her?</p> |
| 5 異性の医療従事者から診療やケアを受けること | | |
| <p>イスラム教では、女性はヒジャーブ(スカーフ)と言われる大きな布で、髪の毛(頭部)を覆っている。これは、美しいものは大切な人にしか見せない、女性を男性から守るという意味合いからきている。また、異性が体に触れることが禁じられている。女性患者の診察はできれば女性医師が望ましいが、それが難しい場合には女性看護師、患者の夫や家族の同席を求める。診察中、必要な部位の肌のみを露出させ、終了したら覆い、段階的に進める。問診や会話について、付き添いの人を通すことや、患者と視線を合わせないことを希望する場合もある。外国滞在中など状況によって宗教的規律の遵守を緩和している人もいるため、患者個々の意向を確認しながら進める。</p> | <p>①診察や治療にあたって、伝えておきたい文化的・宗教的戒律について教えてください。その都度情報提供し、あなたの意見を求めるようにします</p> <p>②女性医師の診察を希望されますか？担当医師を手配いたしますので少しお待ちください。あなたの夫やご家族が診察に同席することを希望されますか？</p> <p>③当該診療科には女性医師がいません。男性医師が診察してもよろしいですか。女性看護師やあなたの家族の同席を希望されますか？</p> <p>④あなたへの配慮が足らず、申し訳ございませんでした。</p> | <p>① Are there any cultural or religious practices we should know about before we begin your examination and treatment? We'll try to provide you with information and ask for your input each time.</p> <p>② Would you like be seen by a female doctor? Please wait while we arrange a doctor for you. Would your husband or family like to be present during the consultation?</p> <p>③ There are no female doctors in this department. Would it be okay for a male doctor to examine you? Would you like a female nurse or your family member to be present?</p> <p>④ I am very sorry that we did not consider that.</p> |
| 11 臨死期の家族やご遺体のケア | | |
| <p>死生観や葬送の儀礼は、世界の国々や地域、宗教により多様であることを知る必要がある。病や死の持つ意味により、臨終の迎え方、死後の処置の要望が異なってくる。患者を見舞うために、親族が大勢で面会にくることがある文化圏では、当たり前な行為である。例えば、患者の死が神により与えられ、避けられないと受け入れていても、ひどく悲しみ、体をかきむしったり、服を引きちぎったりしながら大声で泣き叫ぶ人もいる。葬儀では、弔問客を増やすためにダンサーを雇ったりする慣習も存在する。死後の処置では、同じ宗教の信者だけが遺体を洗えるとしている宗教もある。</p> <p>日本ではこれまで、臨終にある患者の具体的な要望を患者やその家族と話すことは不謹慎だと考えられてきたが、終末期における医療処置に関するアドバンスディレクティブ、アドバンスケアプランニングと併せて、患者及び家族がどのようにエンドオブライフを過ごし、臨終を迎えるかについて、信頼関係とコミュニケーションに基づいて支持的にかかわっていくことが求められる。</p> | <p>①患者さんに死が近づいています。家族や友人の他に、宗教家(僧侶、神父、祈祷師など)に知らせますか？</p> <p>②皆さんと一緒に過ごせる場所を用意しますので、そちらに移りましょう</p> <p>③ご遺体のケアについて、何かご希望がありますか？</p> <p>④私たちの病院では、退院前に、体を拭いて浴衣に着替えますが、よろしいでしょうか？一緒に参加されますか？</p> | <p>① We're not sure how much longer your X has. Would you like us to contact someone from your place of worship? (X = relation; e.g., mother, brother, grandmother)</p> <p>② We've prepared a room for all of you. Would you (and your family) mind moving there to avoid disturbing other patients?</p> <p>③ Do you have any wishes regarding the care of your X's body?</p> <p>④ At this hospital, before someone leaves, we wipe them down and change them into a yukata, is that ok? Would you like to join us?</p> |

考察

「異文化との出会い42 病院マップ」は、これまで当該研究グループが主催する看護師を対象とした文化能力研修で教材として用いられ、70～100%の参加者から、マップの利用により、「他の参加者と自分以外の体験を共有できた」、「異文化を考える上で身近に感じる事ができた」、「異文化についてもっと知りたいと思う」という感想が得られた⁹⁾。しかしながら、施設によって、反応には多少の違いがあったこと、看護学生が「異文化との出会い42 病院マップ」を見たときに、状況を理解し、議論を進めるためには何らかの支援が必要であったことから、副教材としての「看護英語ノート」の作成に着手した。

別の研修参加者への調査では、このマップを用いたディスカッションにより、求められる組織的な支援として、「通訳の確保」、「多言語表示」「ツールの活用」「システム構築」「研修・事例検討」「その他」が自由記載であげられており、看護場面の困りごとから仕組みづくりを思考することが可能であると示された¹⁰⁾。さらに、看護管理者によるワークショップでは、マップに示された看護場面の困りごとから、病院内の患者と看護師のコミュニケーションの促進によって、言語的な問題解決だけでなく文化的安全を守ることができ、そのための教育が必要であると結論付けられた¹¹⁾。このように、「異文化との出会い42 病院マップ」を用いると、参加者はそれぞれの立場や経験により、外国人患者への看護対応でのヒントを得るばかりでなく、個人の患者への

向き合い方、病院管理者の運営方針や規範を方向付けることが示されている。

Kerr (2001) は、Work Force Diversity における組織のカルチュラルコンピテンスの発達段階について、Cultural Destructiveness (文化破壊期)、Cultural Incapacity (文化不応期)、Cultural Blindness (文化無考慮期)、Cultural Pre-competence (文化対応準備段階期)、Cultural Competence (文化対応実践期)、Cultural Proficiency (高度文化対応期) の6段階で示した(筆者和訳)¹²⁾。既出の「異文化との出会い42病院マップ」を用いた研修で得られた効果^{9) 10)}は、Kerrの文化能力発達段階において、Cultural Pre-competence、Cultural Competence、Cultural Proficiencyに該当し、一方で、臨床看護経験のない学生は看護におけるCultural Destructiveness、Cultural Incapacity、Cultural Blindnessの段階にあると考えられる。文化能力研修の一つの方法として、事例を通じたプログラムでは、モデレーターの発問や議論の方向付けを例示することは、ディスカッションを促進するのに効果的であるとされており¹³⁾、看護基礎教育において「看護英語ノート Vol. 1」を活用することができれば、文化の違いからくる患者の言動を知り、それについて理解を深め、対処を知ることができ、教育が文化能力の発達を促す可能性がある。今後は、「異文化との出会い42病院マップ」と「看護英語ノート Vol. 1」を併用することによる文化能力に対する効果や、参加者の感想や満足度を調査しながら、この活用対象や方法について検討を深める予定である。

本研究は、2019年第4回日本国際臨床医学会、グローバルヘルス合同大会2020における発表の一部を含む。

本研究は、西南女学院大学保健福祉学研究所研究助成金(外国につながる人々への看護における看護コミュニケーションの検討と看護英語集録集の制作:代表溝部昌子)及び、科学研究費補助金(世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン JSPS (A):代表野地有子)を用いて実施した。

文献

- 1) 野地有子, 山下純, 鈴木友子, 溝部昌子, 北池正, 菅田勝也:看護職のカルチュラル・コンピテンス測定に関する研究—カフリー・ヘルスケア文化能力尺度を用いて—。日本看護評価学会第6回学術集会講演抄録集, 2016; 32.
- 2) 溝部昌子, 野地有子:医療の国際化に向けた看護の課題, 日本看護科学学会第34回学術集会講演集, 2014; 482.
- 3) American Association of College of Nursing: Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education August, 2008
<https://www.aacnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/CulturalCompetency-Bacc-Edu.pdf> (2020年10月30日)
- 4) 野地有子:病院および看護の国際化について 米国 CLAS (Culturally Linguistically Appropriate Care) ガイドラインから学ぶ病院と看護の国際化に向けた文化対応能力の評価—国内病院調査の中間報告—。日本看護評価学会誌, 2015; 5 (2) : 74-78.
- 5) 野地有子, 望月由紀, 鈴木友子, 辻村真由子, 長谷川みゆき, 小嶋純ら:病院看護部からみた病院と看護の国際化にむけた現状調査(第1報)。日本医療・病院管理学会誌, 2015; 52 (Suppl) : 189.
- 6) Ariko Noji, Yuki Mochizuki, Akiko Nosaki, Dale Glaser, Lucia Gonzales, Akiko Mizobe, Katsuya Kanda: Evaluating cultural competence among Japanese clinical nurses: Analyses of a translated scale, Int J Nurs Pract. 2017; 23 (S1) : e12551. doi.org/10.1111/ijn.12551
- 7) 野地有子, 野崎章子, 近藤麻理, 小寺さやか, 飯島佐知子, 溝部昌子ら:看護職の多文化対応能力研修ベーシックコースの開発と評価(第1報) 研修コース開発のプロセスと構造。日本看護科学学会第39回学術集会講演集, 2019; O27-01
- 8) 野崎章子, 野地有子:日本人看護師の外国人患者への看護ケア提供における困難と属性との関連—テキストマイニング結果より—。日本看護科学学会第37回学術集会講演集, 2017; O05-4.
- 9) 野地有子, 野崎章子, 溝部昌子, 近藤麻理, 小寺さやか, 飯島佐知子:外国につながる人々への看護ケア—異文化との出会い42病院マップの開発と活用—。日本看護評価学会第9回学術集会講演抄録集, 2019; 54.
- 10) 相原綾子, 野地有子, 近藤麻理, 小寺さやか, 飯島佐知子, 溝部昌子:外国につながる人々への看護ケア—異文化との出会い42病院マップの開発と活用 第2報—。第10回日本看護評価学会学術集会抄録集。2020.
- 11) A. Noji, A. Nosaki, M. Kondo, S. Iijima, S. Kotera, A. Mizobe, nGlobe : The current situation and problems of nursing care in hospitals caring for international patients in Japan — To make a policy recommendation from the viewpoint of nursing administration —, International Council of Nurses Congress 2019, Marina Bay Sands Singapore, June 27-July 1, 2019.
- 12) Madeleine J. Kerr, Roxanne Struthers, Wyn C. Huynh: Work Force Diversity: Implications for Occupational Health Nursing. AAOHN Journal 2001; 49 (1) : 14-20, <https://doi.org/10.1177/216507990104900109>
- 13) Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services: The Facilitator's Guide Culturally Competent Nursing Care: A Cornerstone of Caring.
<https://cnm.thinkculturalhealth.hhs.gov/PDFs/FacilitatorsGuide.pdf> (2020年10月30日)

国立大学病院における外国人患者受入れ体制に関する 認証の取得と整備状況との関連

Relationship between hospital accreditation for international patients and development of delivery system in national university hospitals in Japan

大坪 徹也^{1) 2)}、中田 研³⁾、ピーター シェーン⁴⁾、秋田 弘俊⁵⁾

Tetsuya Otsubo, Ken Nakata, Peter Shane, Hirotohi Akita

- 1) 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部
Division of Medical Information Technology and Administration Planning, Kyoto University Hospital
- 2) 東京大学医学部附属病院 国立大学病院データベースセンター
The Database Center of the National University Hospitals, The University of Tokyo Hospital
- 3) 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
Center for Global Health, Department of Medical Innovation, Osaka University Hospital
- 4) 北海道大学病院 国際医療部
International Medical Department, Hokkaido University Hospital
- 5) 北海道大学病院
Director, Hokkaido University Hospital

〈要旨〉

医療の国際化を踏まえた医療提供体制の充実が重視される中、外国人の数の増加、国籍の多様化、居住地や訪問地としての広域化は軽視できない状況になりつつある。これに対し、国による整備支援や整備状況を評価して情報発信する取組みなどが様々なステークホルダーを介して活性化してきている。しかし、こうした取組みが外国人患者の受入れに関する多面的な体制整備の支援や評価にどの程度寄与しているかは知見が十分ではない。

そこで国立大学病院を対象として、外国人患者の受入体制に関する認証制度の取得有無により受入れ体制に差異があるのかを明らかにすることを目的とした。

国立大学病院全42施設から「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」に関する回答を得た。参照期間は、2018年9月1日とした。

受入体制に関する認証あり群と認証なし群間において、資源の配置状況と医療費請求における1点当たり円による基準の設定状況、外国人受入患者数による実績の把握状況の比較を行った。

資源配置については、認証を得ている病院においてより実装している傾向がみられた。請求基準の設定については、認証を得ている病院においてより1点当たり10円より高い基準を設定する傾向がみられた。受入れ実績の把握については、認証の有無が寄与するとはいえない状況がうかがえた。

認証を得ていた国立大学病院における外国人患者の受入れ体制の整備状況は限定的であったが、人員配置や請求基準の設定において取組む傾向がみられた。外国人患者の受入れに関する実績把握は認証の有無によらず今後の課題である。

〈キーワード〉 外国人患者、受入れ体制、認証制度、国立大学病院

1. 背景

わが国では1961年に皆保険制度の成立を達成し、その医療システムは国際的に高い評価を得てきた¹⁾。一方、超高齢社会における応益と負担のあり方と地域医療提供体制のあり方の調和が喫緊の課題となる中、対象となる人口集団における外国人の数の増加、国籍の多様化、居住地や訪問地としての広域化は軽視できない状況になりつつある。是川²⁾によれば、2060年代の日本の人口構造は、2010年代の欧米の水準と同程度の移民的背景の多様化を有することが指摘されている。そこで、国際的共通課題であるSDGs (Sustainable Development Goals) の中核ともいえる Universal Health Coverage について、訪日・在留外国人を含めたわが国のあり方を再考することは、外国人政策における見識の見直しにつながりうる。

外国人患者に対して質の高い医療を提供するためには、医療従事者間に加え、患者への効果的な意思の伝達が必要であり、そのための言語能力に関する課題には、医療通訳の整備が解決策の一つであることが行政、研究、学術団体、医療通訳関係者における共通の認識とされている³⁾。また社会システムとして鑑みた場合、医療保険を含む請求と支払いのあり方についても受入れ体制に係る重要な課題となる。加えて、こうしたシステム構築には実績の把握が不可欠である。これらの課題に対し、国による整備支援や整備状況を評価して情報発信する取組みなどが様々なステークホルダーを介して活性化してきている⁴⁾。しかし、こうした取組みが外国人患者の受入れに関する多面的な体制整備の支援や評価にどの程度寄与しているかは知見が十分ではない。

本研究の目的は、国立大学病院を対象として、外国人患者の受入体制に関する認証制度の取得有無により受入れ体制に差異があるのかを明らかにし、今後の体制整備の一助とすることである。

2. 方法

厚生労働省により開発された「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」⁵⁾ で用いられた調査票をもとに、国立大学病院全42施設から回答を得た。参照期間は、2018年9月1日とした。

回答を得た病院について認証あり群と認証なし群に分け、受入体制に関する資源配置、料金設定、実績把握について状況の比較を行った。

受入体制の認証の有無は、次の4つの事業や認証制度における該当状況を反映させた。参照した認証制度または事業は、厚生労働省が実施する「外国人患者受入れ環境整備推進事業」、一般社団法人 Medical Excellence JAPAN による認証事業である「ジャパンインターナショナルホスピタルズ」、一般財団法人日本医療教育財団による認証事業である「外国人患者受入れ医療機関認証制度」、訪日外国人受入れ医療機関として都道府県から観光庁に登録され公表する取組みとした。

認証あり群と認証なし群間において、受入体制に関する6種の資源の配置状況（外国人患者対応の専門部署、外国人向け医療コーディネーター、医療通訳、電話通訳、院内案内図、院内表示の多言語化、外国人患者の受入に資するタブレット端末等翻訳機器）と医療費請求における1点当たり円による基準の設定状況、外国人受入患者数による実績の把握状況の比較を行った。検定にはFisherの正確確率検定を用い、有意水準は0.05とした。

3. 結果

参照時点における外国人患者受入れに係る認証を受けていた病院は17施設、受けていない病院は25施設であった（表1）。受入体制の要素ごとに認証の有無に関する検定結果を表2に示す。

表 1. 国立大学病院における外国人患者の受入体制に関する認証状況 (2018年9月1日時点)

| | 該当 | | 非該当 | |
|-----------------------------------|----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| 外国人患者受入れ環境整備推進事業 ¹⁾ | 8 | 19.0 | 34 | 81.0 |
| 訪日外国人旅行者受入れ医療機関 ²⁾ | 9 | 21.4 | 33 | 78.6 |
| ジャパンインターナショナルホスピタルズ ³⁾ | 6 | 14.3 | 36 | 85.7 |
| 外国人患者受入れ医療機関認証制度 ⁴⁾ | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 |
| 上記いずれか | 17 | 40.5 | 25 | 59.5 |

- 1) 厚生労働省による事業である
- 2) 観光庁による事業である
- 3) 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN による事業である
- 4) 一般財団法人日本医療教育財団による制度である

表 2. 外国人患者受入れに関する要素別検定結果

| | 計 | | 認証あり群 | | 認証なし群 | | p 値 |
|-----------------|--------|------|--------|------|--------|------|---------|
| | N = 42 | | n = 17 | | n = 25 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| 外国人患者対応の専門部署 | | | | | | | < 0.001 |
| 設置あり | 9 | 21.4 | 9 | 52.9 | 0 | 0 | |
| 設置なし | 33 | 78.6 | 8 | 47.1 | 25 | 100 | |
| 外国人向け医療コーディネーター | | | | | | | 0.002 |
| 配置あり | 6 | 14.3 | 6 | 35.3 | 0 | 0 | |
| 配置なし | 36 | 85.7 | 11 | 64.7 | 25 | 100 | |
| 医療通訳 | | | | | | | 0.140 |
| 配置あり | 5 | 11.9 | 4 | 23.5 | 1 | 4.0 | |
| 配置なし | 37 | 88.1 | 13 | 76.5 | 24 | 96.0 | |
| 電話通訳 | | | | | | | 0.531 |
| 利用あり | 19 | 45.2 | 9 | 52.9 | 10 | 40.0 | |
| 利用なし | 23 | 54.8 | 8 | 47.1 | 15 | 60.0 | |
| 院内案内図、院内表示 | | | | | | | 0.300 |
| 多言語化あり | 30 | 71.4 | 14 | 82.4 | 16 | 64.0 | |
| 多言語化なし | 12 | 28.6 | 3 | 17.6 | 9 | 36.0 | |
| タブレット端末等翻訳機器 | | | | | | | 0.007 |
| 導入あり | 14 | 33.3 | 10 | 58.8 | 4 | 16.0 | |
| 導入なし | 28 | 66.7 | 7 | 41.2 | 21 | 84.0 | |
| 医療費請求における基準 | | | | | | | 0.008 |
| 1点当たり10円 | 26 | 61.9 | 6 | 35.3 | 20 | 80.0 | |
| 1点当たり10円より高い | 16 | 38.1 | 11 | 64.7 | 5 | 20.0 | |
| 外国人患者受入れ実績の把握* | | | | | | | > 0.999 |
| 把握できていない区分あり | 22 | 52.4 | 9 | 52.9 | 13 | 52.0 | |
| 把握できていない区分なし | 20 | 47.6 | 8 | 47.1 | 12 | 48.0 | |

* 入外別外国人患者三区区分 (在留外国人、訪日外国人 (医療渡航を除く)、医療を目的に訪日した外国人) において、すくなくとも1つの区分で「把握できなかった」または「未回答を含む空白値」があった病院を、「把握できていない区分あり」とした。

資源の配置状況については、いずれも認証あり群において配置割合は大きい傾向がみられ、専門部署の設置、医療コーディネーターの配置、タブレット等の端末の導入においては有意差がみとめられた。

医療費請求における基準の設定状況については、認証あり群は認証なし群よりも有意に高く設定していた。認証あり群のうち10円/点より高い基準を採用している施設数は、認証あり群の11施設のうち3施設は20円/点、8施設は30円/点であり、同認証なし群5施設のうち1施設は10.8円/点、2施設は20円/点、2施設は30円/点であった。

受入実績の把握状況については、「把握できない外国人患者の区分の有無」は「受入れ体制認証の有無」と関連がみられなかった。在留外国人患者、医療渡航を除く訪日外国人、医療を目的に訪日した外国人のうち、最も受入れが把握できていないのは、在留外国人患者であった。本人確認において、健康保険証に加えてパスポートや在留カード等による在留資格や国籍も含めた照会を行う体制を取っている病院は半数を下回った。

4. 考察

国立大学病院42施設を対象に、外国人患者の受入れ体制に係る資源配置、請求基準の設定、受入実績の把握について、外国人患者受入れ体制に関する認証等の有無による差異を明らかにした。資源配置については、認証を得ている病院においてより実装している傾向がみられた。請求基準の設定については、認証を得ている病院においてより1点当たり10円より高い基準を設定する傾向、つまり請求のあり方について検討している傾向がみられた。受入れ実績の把握については、認証の有無が寄与するとはいえない状況がうかがえた。

資源配置状況については、特に人員の配置において認証の有無による差異がみられた。加えて、認証あり病院であっても人員配置には充実させる余地がみられた。つまり、比較的小規模の投資による機材等の整備は遂行されやすく、中長期的な視点での意思決定を伴う人員配置には慎重な姿勢であることがうかがえた。また国立大学病院における「自病院で総合窓口での患者対応が可能な言語数」では、年々充実する傾向があり⁶⁾、外国人患者の受入れに対して前向きな姿勢がうかがえるため、体制整備における過渡期であると解釈できる。

請求基準検討の要否の判断は、認証の取得に表出される受入れ意向やその実績によるところが大きいと考えられ、本研究ではその傾向がうかがえた。外国人患者の受入れには医療コーディネーターや医療通訳者による介入や固有の事務手続き等も生じるため、実費請求や請求基準に反映させた請求による費用補填が必要となる。さらに大学病院は、診療以外の教育や研究といった機能の発展にも恒常的な投資が必要となるため、請求の範囲は当該患者の診療に要した資源にとどまらず、大学病院の運営を支えるための体制に投じられた資源の補填をどのように考えるかが問われる。さらには、医療が社会的共通資本であることを鑑みれば⁷⁾、当該医療機関の投資状況に限らず、その資本の整備に要した地域における投資の補填にも考えを巡らせることが望ましい。その上で実績を社会に公表することにより、国際医療を通じたSDGsへの貢献ならびに地域の医療資源を消費することへの説明責任を果たせるものと考えられる。

外国人患者の受入数の把握状況には、認証の有無による有意差はなく、5割以上の施設で把握できない区分があった。正確に把握することは諸外国でも困難とされており⁸⁾、日本の国立大学病院においても同様の状況であることが明らかとなった。受入実績の把握は、受入体制に係る整備計画の根拠に用いられうる⁹⁾。整備計画は施設単位の検討課題にとどまらず、待機期間の延伸の顕在化などにより地域の課題となりうる。また、外国人患者の受入体制の整備とそれに伴う実績の増加は、患者の本国の医療提供体制にも影響しうる¹⁰⁾、国家間調整の根拠としても実績把握は重要である。実績把握を実現するためには、外国人患者の定義に応じて、行政機関、保険者および医療機関による記録を体系立てて行う必要がある。医療機関においては、医療情報システムへの国籍入

力欄の配置¹¹⁾など、院内部署間の連携を踏まえた全院的な仕組みとして取り組むことが望まれる。あるいは、受療動向の把握に役立つレセプトデータやDPCデータ等の医事管理データの仕様を変更して記録方法を標準化することも有用であろう。また、こうした課題は医療に限らず、介護にも該当しうる¹²⁾。

本研究の限界として、回答の正確性が挙げられる。複数の大学病院で1ヶ月の受入実績を年間実績として回答するなどの設問の定義に則さない回答が散見された。一因として、調査票を受け取った事務担当者が回答票を作成し、国際医療関連部署の担当者などによる確認を得ずに提出することで、設問を誤解したままの回答となっている可能性がある。正確なデータを得るためには、調査する側と回答する側の双方への工夫が必要である。調査する側には、回答前に内容に責任をもつ人の確認を促すことは有用であろうし、回答する側には、複数名で回答に応ずる姿勢が正確性の向上に寄与しうる。

5. 結語

認証を得ていた国立大学病院における外国人患者の受入れ体制の整備状況は限定的であったが、人員配置や請求基準の設定において取り組む傾向がみられた。外国人患者の受入れに関する実績把握は認証の有無によらず今後の課題である。

謝辞

本研究は、国立大学病院長会議データベース管理委員会の承認のもと実施された。調査に協力いただいた国立大学病院関係者ならびに有益なご意見を頂いた国立大学病院長会議将来像実現化WG国際化PTの委員におかれましてはこの場を借りて御礼申し上げます。

参考文献

- 1) World Health Organization. The World health report 2000: Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000.
- 2) 是川夕. 日本における国際人口移動転換と其中長期的展望—日本特殊論を超えて. 移民政策研究. 2018; (10) : 13-28.
- 3) 中田研, 中村安秀, 押味貴之, 山畑征四郎, 糸魚川美樹, 山田秀臣, 他. 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. 国際臨床医学会雑誌. 2019; 3 (1) : 28-36.
- 4) 遠藤弘良. 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業 外国人患者の受入れに関する医療機関の整備に関する研究報告書. 2013.
- 5) 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.
- 6) 国立大学病院長会議常置委員会. 平成 30 年度国立大学附属病院 病院機能指標. 2020. <http://nuhc.jp/activity/report/features.html> (2020年10月24日アクセス)
- 7) 宇沢弘文. 社会的共通資本. 東京: 岩波書店; 2000.
- 8) Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. Geneva: WHO; 2011.
- 9) 山田秀臣, ウリヤノフ・スヴェトラナ, 井口香織, 田村純人. 東大病院を受診した外国人観光客の特性について. 国際保健医療. 2018; 33 (3) : 170-171.
- 10) Hanefeld J, Smith R, Horsfall D, Lunt N. What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. J Travel Med. 2014; 21 (6) : 410-417.
- 11) 李建銘, ピーター・シェーン. 医療通訳者の役割と当面の課題. 国際臨床医学会雑誌. 2018; 2 (1) : 44-47.
- 12) 大浦智子, 鷺尾昌一, 石崎達郎, 大坪徹也, 安西将也, 甲斐一郎, 他. 特別永住者や外国系日本人における日本の高齢者介護サービスへのアクセスの現状と課題 公衆衛生モニタリング・レポート委員会報告. 日本公衆衛生雑誌. 2020; 67 (7) : 435-441.

日本国際看護師の教育と認証について

Education and Certification of Nippon International Nursing Administrator

南谷 かおり¹⁾、高橋 弘枝²⁾、梶山 直美²⁾、新垣 智子¹⁾、板東 由美²⁾、豊田 浩子²⁾、
松尾 慎子²⁾、荒木 美枝⁴⁾、本多 智佳³⁾、山崎 慶太⁵⁾

- 1) りんくう総合医療センター 国際診療科
- 2) 大阪府看護協会
- 3) 大阪大学大学院 医学系研究科附属ツインリサーチセンター
- 4) 北海道看護協会
- 5) 大阪大学大学院 医学系研究科国際未来医療学講座

〈キーワード〉日本国際看護師、外国人医療、国際看護、医療通訳

背景

2013年に我が国が観光立国を目指して外国人観光客の誘致を始めてから、訪日外国人数は年々増加の一途をたどっている。また、人手不足を補うために国が新たに設けた在留資格「特定技能」により、2019年から外国人労働者の受け入れが本格的に始まった。外国人が増えれば、それに伴い病気や怪我で医療機関を訪れる機会も多くなる。しかし、外国人に不慣れな医療従事者にとって、言葉や文化も異なる患者に対応することは容易ではない。たとえ医療通訳者を介して言葉が通じて、考え方や常識が違ふと患者の同意を得るためには他部署や多職種との連携が重要となる。患者に的確なアドバイスをするためには、診療の流れに精通し、院内で横断的に動け、生活や経済的な事情にも配慮できる人物が望ましい。それには患者の相談役となれる看護師が適任と考えられ、外国人患者をサポートすることで現場の混乱を回避できれば、患者だけでなく医療従事者にとっても心強い。

国際的な視野を持ち多文化対応が可能な看護師を養成し認定することで外国人に安心、安全な医療を提供できることを願い、日本国際看護師の認定制度が新設された。

はじめに

日本政府が経済の活性化や諸外国との相互理解の増進を目指して2003年にビジット・ジャパン・キャンペーンを始めてから訪日外国人観光客の数は徐々に伸び始め、2013年の年間1,000万人から5年で3,000万人を突破した(図1)。これに伴う経済効果は明らかで、外国人旅行者数と国内におけるその消費額は毎年記録を更新し続け(図2)、リピーターとなった観光客の行き先はインターネットやSNSの効果で大都市から地方へと広がり、客足が減っていた観光地や消費の落ち込んでいた店の売り上げに貢献するようになった¹⁾。経済効果が顕著だと外国人観光客を誘致するためのインフラ整備も一気に進み、観光施設や店には早々に外国語表記が掲げられ、外国人スタッフの雇用は拡大した。2014年には観光庁から「観光立国実現に向けた多言語対応の改善・強化のためのガイドライン」が発行され²⁾、2019年には「日本国内の観光関連施設における外国語での表記改善のための実態調査」³⁾が行われ、誤

訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移

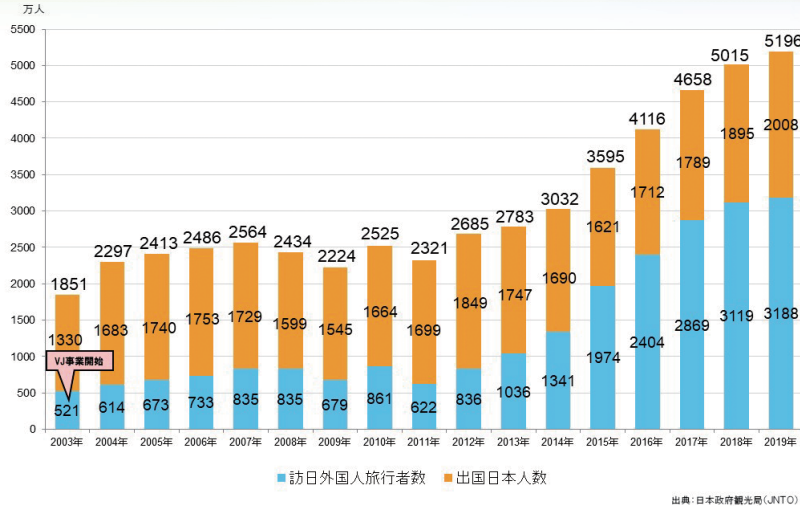
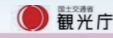


図 1. 訪日外国人旅行者数の推移

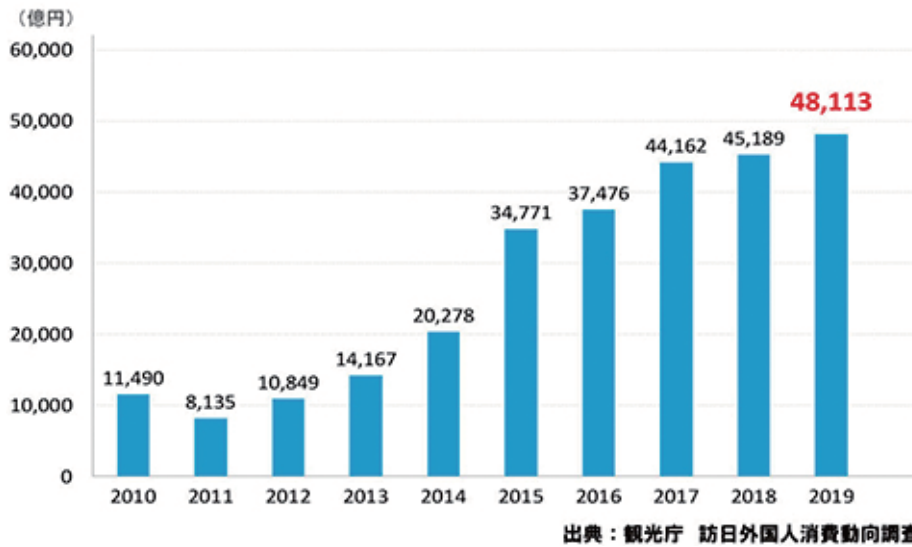


図 2. 訪日外国人旅行消費額の推移

訳の原因と改善点を整理して「外国語表記の手引き」が作成された。

ビジネスともなれば市場原理が働き、消費者である外国人への対応策を講じて売り上げを伸ばそうと各自が努力する。逆に外国人を歓迎しないなら、日本語表記のままでもよい。しかし、医療機関の場合は日本語を話せなくても患者は来院するし正当な理由がない限りそれを拒めない。だが実際には外国人が受診を断られることは珍しくないようだ。原因は現場が忙しいのもあるだろうが、過去に外国人対応で苦勞したからだと推察される。日本の公的保険に加入している在留外国人の場合、診療に時間がかかっても医療費は日本人と同じである。訪日外国人の場合は料金設定を高め設定している医療機関もあるが、かかる労力を考えれば見合わないことも多い。たまに外国人が訪れる程度なら現場の努力で乗り切れても、スキー場や離島のような医療過疎地に大勢の外国人が訪れるようになると、それが通常の診療を妨げ始めた。そこで、その状況を少しでも改善しようと、外国人診療を支援する看護師養成の話が持ち上がった。

日本における国際医療

国際看護師と言えば、誰もが海外で活躍する看護師を思い浮かべるのではないだろうか。実際、医療ボランティアとして渡航し活動する看護師もいれば、海外の免許を取得して現地で働く医療従事者たちもいる。同じく、国際医療とは主に開発途上国に行き個人知識やスキルを活かして医療支援をするイメージだったが、日本で外国人人口が増え始めると国内でも外国人患者を診る機会は多くなった。

日本では、1990年の入管法改正で就労可能な在留資格を日系3世までが取得できるようになり中南米諸国出身の外国人が増えたが⁴⁾、その多くは日本の公的保険に加入し日本語を話すか通訳できる人を受診時に連れて来るので、問題はそれほど表面化していなかった。ところが訪日外国人観光客は在留とは異なり、医療現場ではたちまちトラブルが頻発し始めた。訪日外国人は保険に未加入か、もしくは海外保険に加入していると英語でのやり取りや診断書が必要となる。支払いもキャッシュレスか海外送金など現金以外が多く、クレジットカード決済を導入していない病院は徴収に苦勞する。平成30年度に訪日外国人観光客に対して行われたアンケート調査では入国時の医療保険加入率は全体の73%で、医療費が20万円を超えると5%が、200万円以上になると11%が支払う術がないと答えている⁵⁾。

外国人診療に関わるトラブルが全国で発生するようになり、政府は2018年6月にワーキンググループを通じて「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」を打ち立てた⁶⁾。訪日外国人への対策法を入国前、入国後、出国後に分け、今後はそれに沿って整備していくという方策であった。そのなかの入国後の項目に人材育成が二つあり、一つは医療通訳者の養成・確保・配置で、もう一つは医療コーディネーターの養成・医療関係者等の研修強化であった。

日本国際看護師 Nippon international Nursing Administrator NiNA

医療コーディネーターとは、患者と医療従事者の間に立ち診療が滞りなく進むよう調整する役割を担っている。看護師では臓器移植コーディネーターや治験コーディネーターが存在するが、どちらも複数の関連部署や他職種との連携を図りつつ患者の話にも耳を傾け、患者が安心して治療に臨めるようサポートするのが主な業務だ。外国人患者の場合は日本の医療保険制度や受診の流れを知らない、宗教上の制約がある、医療文化が異なるなど課題は多岐にわたるため、個々の解決法を探る調整役がいた方が診療もスムーズとなる。「外国人医療コーディネーター」、もしくは「国際医療コーディネーター」は、メディカルソーシャルワーカー、医事課のスタッフ、医療事務等も該当するが、患者の診察や治療にも立ち会える看護師が担当すれば問題点も把握しやすい。

看護師の中にはJICA海外協力隊やワーキングホリデーなど海外で働いた経験者も少なくないが、せっかく外国語を覚えて帰国しても日本の医療現場ではあまり活かさない。そのような看護師は全国にいるはずだが、普段は一看護師として日々の業務に追われている。しかし、外国人患者にとって母国の言葉や文化を知っている看護師は信頼できる存在であり、外国人患者が増えるなか、このような貴重な人材を活かさない手はない。海外活動経験のある看護師の存在が埋もれてしまわないよう、そして新たな人材が育つよう、日本国際看護師の育成とその認定制度の話が「大阪府看護協会」と「国際臨床医学会」の間で持ち上がった。

日本で、医療だけではなく看護の水準の高さと世界に通用する看護を提供する誇りと自覚を持った看護師を育成するという趣旨で「日本国際看護師」と命名し、その役割は外国人患者を見るうえで多職種や関係者と調整しながら同時に管理もするという質の高い看護の提供という意味で、英語名はNippon international Nursing Administrator

NiNA とした。

日本国際看護師の教育

大阪には成田に続いて訪日外国人入国者数が国内2位の関西国際空港があり⁷⁾、大阪を訪れる訪日観光客も増えていることから医療現場における調整役のニーズも高まっていた。また、看護師たちからは医療英語を学びたいという要望もあり、世界の共通言語とも言える英語を習得することは外国人診療で大いに役立つ。しかし、国内で数が多い中国人、ベトナム人、中南米出身のラテン系外国人は英語が全く通じないことも多く、逆にこれらの言語を少しでも話せると患者は喜ぶ。患者とのコミュニケーションは不可欠だが、日本国際看護師は対象言語を話せなくても多言語ツールを駆使する、翻訳書類を用いて患者の理解を促す、医療通訳者を呼ぶなど適材適所につなぐことで外国人診療がスムーズに行えるよう調整して管理できればよい。言葉は話せなくても看護師が物怖じせず笑顔で対応してくれるだけで患者は安心できるのだと、以前入院していたコロンビア人が言っていた。

日本国際看護師養成研修の内容については「大阪府看護協会」が海外での活動経験を有する学識者3名の意見に基づき骨子案を作成し、そこに長年外国人医療に携わってきた「りんくう総合医療センター国際診療科」が助言し、国際教育関係では既存の「大阪大学医療通訳養成コース」の講師も組み込んで合計32単位のカリキュラムが完成した。

日本国際看護師の認証

日本国際看護師養成研修は「大阪府看護協会」が開催することになったが、認証に関しては「国際臨床医学会」が行うことにした。「国際臨床医学会」は国内の外国人医療の課題に対して学術的に研究し、必要な人材育成やシステムの構築に取り組むべく2016年に新設された医学会である。元々一般社団法人「国立大学附属病院長会議」の中で国際化プロジェクトチーム（国際化PT）に参加していた大学病院の国際診療部が軸となり集った会であり、そのため教育機関としても協力しやすい。日本国際看護師はまさに国内の臨床現場に必要な人材であり、学会としてもそのスキルを活かして全国に広めたい意思があった。

日本国際看護師の認証は国際臨床医学会内に「日本国際看護師認定部会」を設置し、制度の策定に向けて動いた。厳密に言えば個人には認証（Certification）を使用し認定（Accreditation）ではないのだが、日本の学会では認定医を使用しているため認定看護師とした。日本国際看護師 Nippon international Nursing Administrator NiNA の名称や認証については厚生労働省や日本看護協会に出向き、容認されたうえで決定した。また、養成研修の質を担保するために養成カリキュラム基準を設け、これに準じたコースの修了者であることを国際臨床医学会が行う認定試験の受験の条件とした。

認定された看護師は各医療現場で活躍することになるが、医療は日進月歩のため知識の更新は欠かせない。言葉にしても機械による自動通訳の進化は目覚ましいが、誤訳を避けるためには使い方を把握して状況や場面に合わせて対面、遠隔、機械通訳を選択する必要がある。そのため日本国際看護師には5年ごとの更新制度を設け、情報に乗り遅れないようポイント制の講習会開催も予定している。

まとめ

日本の医療機関を訪れる外国人の国籍は年々変化しており、それによって対応すべき言語や文化も増えていく。日本国際看護師は、外国人患者が増加して混乱する国内の医療現場において、今後活躍が期待される人材である。研修を受けた認定看護師が外国人診療に付随する問題を見極め解決に導くことができれば、患者や医療機関にとっても頼れる存在となる。しかし、彼らが院内で横断的に動くにはそれに適した職場環境と、その役割を理解した人材配置が必要だ。彼らがその実力を十分に発揮できるよう今後は社会における認知度を高めながら、全国で困っている外国人患者や医療従事者を支える存在になってほしいと願っている。

参考文献等

- 1) 観光庁, 訪日外国人の消費動向調査結果および分析, 2019 年年次報告書
<https://www.mlit.go.jp/kankocho/siryou/toukei/content/001345781.pdf>
- 2) 観光庁, 観光立国実現に向けた多言語対応の改善・強化のためのガイドライン
<https://www.mlit.go.jp/common/001029742.pdf>
- 3) 観光庁, 日本国内の観光関連施設における外国語での表記改善のための実態調査
<https://www.mlit.go.jp/kankocho/content/001333101.pdf>
- 4) 李政宏, 日本の外国人入国政策の変遷と外国人入国の推移, 早稲田大学大学院教育学研究科紀要 別冊 20 号 -1, 2012 年 9 月
- 5) 観光庁, 訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査結果, 2019 年 3 月
<https://www.mlit.go.jp/common/001282954.pdf>
- 6) 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, 2018 年 6 月
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/gaikokujin_wg_dai2/pdf/siryou4.pdf
- 7) 総務省, 出入国管理統計
http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_nyukan.html

外国人医療の現状—日本国際看護師・医療通訳士として

Versatile work in a growth industry: International nursing and medical interpreting

齊藤 祥子

救急安心センターさっぽろ

Emergency Consultation Center Sapporo

〈要旨〉

1. はじめに

私は日本国際看護師、医療通訳として勤務している。外国人医療の現状として、診療に常時医療通訳が同席できる状況ではない。また看護師は外国人患者とコミュニケーションをとることに苦勞している。外国人医療の充実に向けて日本国際看護師と医療通訳の協働が大切であると考え、そのために両方の役割をもつ私が行わなければならないことについて述べていきたい。

2. 日本国際看護師と医療通訳の協働にむけて

看護師は医療通訳のことを知らない。通訳は言葉を「変えない、足さない、引かない」が原則であり、医師が話す言葉をそのまま通訳しても、患者に正確に伝わるとは限らない。医療通訳は事前に疾患や治療を勉強し通訳に臨んでおり、聞いた言葉をすぐに通訳できるわけではない。それを看護師に伝えることが必要である。

3. 日本国際看護師研修で学んだこと

私は今年度日本国際看護師養成研修で学び、第一期生として修了した。研修では多文化の理解、社会保障制度、医療英語、やさしい日本語、救急看護、感染症への対応について学んだ。最後の演習で外国人模擬患者に対し、国際看護師として自分の役割を英語で説明することに取り組んだがうまく伝わらなかった。患者に“I will be liaisons between you and the medical staffs.”が一番理解しやすいとアドバイスを頂いた。ICの同席では医療通訳として正確に医師の言葉を通訳した。しかし日本国際看護師は専門職としてすべてを通訳するのではなく要約して通訳することが必要ではないかと指摘を受けた。日本国際看護師と医療通訳の役割の違いを考えた。

4. おわりに

外国人医療の充実に向けて、私は日本国際看護師として、外国人患者の文化、背景、多様性に配慮し、患者が診察内容を理解し自己決定の上で日本の医療を受けられるような関わりを行い、また医療通訳として正確な通訳を行い、看護師と医療通訳がより協働することにつながるような努力をしていこうと考える。

〈キーワード〉 外国人医療、日本国際看護師、医療通訳

International medicine, Nippon international nursing Administrator, medical interpreter

1. はじめに

私は2017年まで25年間北大病院の看護師として外国人患者の受診相談・ICの通訳を行っていた。現在は札幌医科大学保健医療学部看護学科小児看護領域臨床実習指導員、救急安心センターさっぽろ（#7119）の看護師、札

齊藤 祥子 Nagako Saito

〒001-0924 札幌市北区新川4条13丁目3番1号 4-13-3-1 Shinkawa Kita-ku Sapporo Hokkaido Japan, 001-0924

Tel. 090-8630-9428 E-mail: nagako4614@gmail.com

幌東徳洲会病院のオンデマンド通訳をしている。看護師を退職後、自分の好きだった英語と医療知識をいかし外国人患者の役に立ちたいと思い始めた。医療通訳士の存在を知り独学で勉強を始めたが、自力で通訳技術は学べず、札幌には医療通訳士を養成する講座はないため大阪の勉強会に参加するようになった。大阪で高いスキルをもった勉強仲間と知り合うことができ、通訳技術やロールプレイ、英語の勉強方法を学んだ。その仲間から2019年3月大阪府看護協会主催で日本国際看護師研修が開講されるのを知った。

2. 医療通訳士の現状

医療通訳士は医療従事者が少ない。勉強仲間は医療通訳士を目指す動機は「語学力を生かして人の役に立ちたい」という高い志をもっている。しかし現実には通訳の倫理規定で患者とは私的な会話も自分の名前も明かせない。また日本では通訳費用は患者の負担であり通訳業務に対して十分な時給や交通費はでない。連続の通訳は1日2時間が限度であり、そのため常勤の医療通訳はほとんどいない状況であった。

また医療通訳と他の分野の通訳には違う特殊性がある。通訳は原則として通訳する言葉を「足さない・引かない・変えない」ことが大原則である。しかし医療の場面の通訳では、医師の言葉をそのまま訳しても一度では伝わらない表現が多く補足の説明が必要である。正確な通訳をする為に事前に医学知識の勉強や準備が必要である。誤訳が患者の生命を脅かし、裁判につながる危険性がある。そのような状況から看護師に助けを求める場面が生じる。しかし臨床現場の看護師は忙しそうで質問しにくい。実際には診察場面では看護師がわかりやすく通訳する事も必要である。また看護師から携帯翻訳機のように突然「これを訳してください」と依頼されても正確な訳はすぐにでない状況である。そのような現状の中で「私は看護師と医療通訳士だから自分の言葉で話せるかも」と思った。しかしその時点で自分はどちらの立場で通訳を行うのか区別ができなかった。

3. 日本国際看護師研修に参加

2019年5月に大阪府看護協会主催の日本国際看護師養成研修に第二期生として参加した。

研修は3カ月間で合計32単位の取得が修了条件である。各講義後の小テストに合格し、研修を修了後10月に日本国際看護師認定試験に合格し、2020年4月国際臨床医学会の日本国際看護師認定試験を受験し合格し正式に日本国際看護師となった。資格取得後は4年毎に資格更新があり更新までに研修や学会出席等を参加することが必要である。研修では、日本国際看護師として対象患者の文化を理解しなければならない。多文化の理解の講義では世界にはいろいろな文化、宗教、習慣、考え方があり偏った思考ではなく、その文化を知ろうとする際の指標を学んだ。外国人患者の社会保障制度の講義では在住外国人の在留資格の有無、それによって利用できる社会資源、不法残留だった場合にどのように対応するか、外国人と接する際にわからないことがあった場合にどこが相談窓口になるのかを学んだ。語学に関しては英語についてはすべて英語での講義、グループディスカッションで行われた。医学用語（medical terminology）だけではなく、患者により理解してもらえるような表現（lay terms）について学んだ。英語の面からではなく、日本語がある程度理解できる外国人に対しわかりやすい日本語を話す必要性を学んだ。やさしい日本語（plain English）と言われ、例えば「このリンゴはたべられないリンゴではありません」のような二重否定の表現は使わず「このリンゴはたべられます」、「外来」は「診察をうけた後家に帰る」、「注射」は「注射器で薬を体にいれる」という明確な表現を使う必要性を学んだ。

研修の最終は2日間の演習にて外国人模擬患者とのロールプレイを行った。私の事例は日本を旅行中に胸痛があ

り救急外来を受診し、狭心症疑いで心臓カテーテル検査を受けることになった想定であった。シナリオは自分たちで作成した。私は英語で日本国際看護師の役を演じた。まず自分の立場を説明したが3回繰り返しても理解してただけなかった。

演習終了後模擬患者さんに、英語で国際看護師の役割を短くどのように説明したらよいか相談した。患者さんは“I will be the liaison between you and medical staff.”という答えをくれた。また研修の指導者からは患者と医師の英語の通訳を行う私にこのような指摘があった。「あなたは医療通訳者ではなく、看護師なのだからすべてを訳さず要約して通訳するように！」これを聞いてショックを受けたと同時に、医療通訳は通訳の正確性が必要で、日本国際看護師は外国人患者の自己決定への援助のために正確な訳ではなく自己決定ができるような表現の選択が必要で、二つの役割を同時にできないと思った。

4. 日本国際看護師と医療通訳士の役割の違い

日本国際看護師と医療通訳士の二つの役割をもつ私はそれぞれの役割をこのように考えた。

日本国際看護師の役割は外国人患者に質の高い医療・看護を受けて頂くことである。日本国際看護師は外国人患者の多様性を理解し看護を提供することが役割、専門性をもつ医療チームでの administrator の役割であり英語が話せることだけではない。そのためには外国人患者が日本の医療・看護を理解した上で治療が受けられるような援助ができることが必要となり、例えば「日本はなぜ面会時間が厳しいの?」「医療費は前もってわからないの?」「日本は大部屋?」というような疑問に適確に答えられなければならない。またより質の高い看護の提供のために看護師が携帯翻訳機やツールだけではなく外国人患者とコミュニケーションをとろうとしてほしい。“We are excellent professionals.”と説明できることが必要である。それに対し医療通訳士は通訳する言葉を正確に、変えることなく、表現を足さずに通訳することが求められる。

5. 今後私が取り組みたいこと

私は日本国際看護師・医療通訳士の両方の立場で外国人患者に質の高い医療・看護の提供をできるようなリーダーシップを行っていきたいと考える。そのためにお互いの資質の向上ができる機会を作りたいと考えている。これは今年3月に大阪の勉強仲間と行った診察の場面の英訳である。患児は1歳、胃腸炎で高熱が下がらず母親が心配を医師に訴えている。Mother: “What can I do for him? I am confused.” Doctor: “Please stay calm. As his mother, you have taken care of him nicely.” 医療通訳士から “You must have been worried about your son a lot.” の表現もあると提案があった。このような勉強会を通し、国際看護師は医療通訳のいない外国人の診察場に立ち会った時にかかる言葉の表現を学び、医療通訳士は臨床場面をイメージできる場を設けていきたい。

6. 終わりに

私は現在、救急安心センターさっぽろで看護師として外国人対応にあたっている。またアメリカの医療通訳の diploma、NBCMI の The Hub-CMI、CCHI の Core CHI を取得しアメリカの遠隔日本語医療通訳士として勤務している。日本では2020年4月日本国際看護師と認定医療通訳士制度が始まった。上記の取り組みと並行して外国人患

者に対して日本人と同じように質の高い医療を提供するためには二つの立場から個々の事例の振り返りや研究を積み重ねていくことが必要と考えている。

参考文献

- 1) 大橋一友, 岩澤和子: 国際化と看護—日本と世界で実践するグローバルな看護をめざして: 10-11, 21-24. 2018.
- 2) G. アビー・ニコラス・フリュー, 一枝あゆみ, 岩本弥生, 西村明夫, 三木紅虹: 医療現場で役立つ知識! 8ヶ国語対応医療通訳学習ハンドブック: 10-27. 2020.



特別企画

グローバルヘルスにおける日本の役割

グローバルヘルス合同大会 2020 大阪

Joint Congress on Global Health 2020 in Osaka

大会長 第61回 日本熱帯医学会大会

金子 明(大阪市立大学)

第35回 日本国際保健医療学会学術大会

中村 安秀(甲南女子大学・日本WHO協会)

第24回 日本渡航医学会学術集会

南谷 かおり(りんくう総合医療センター)

第5回 国際臨床医学会学術集会

中田 研(大阪大学)

交じる、つながる、支えあう



チャンプルー!

Campur! Integration, Solidarity and Collaboration

会期 2020. **11/1日 - 3日**

Date : November 1(Sun.) - 3(Tue.), 2020

グローバルヘルス合同大会2020は
オンライン開催といたします

Joint Congress on Global Health 2020
to be Held as an Online Meeting

■ 運営事務局 株式会社JTB 西日本MICE事業部 (営業時間:9:30~17:30 土・日・祝祭日は休業)
〒541-0058 大阪市中央区南久宝寺町3-1-8 MPR本町ビル9階
Tel:06-6252-5049(9:30~17:30) Fax:06-7657-8412 E-mail: gh2020@jtb.com

<https://www.gh2020.jp/>



グローバルヘルスにおける日本の役割

グローバルヘルス大阪宣言 2020

2020年11月1日

グローバルヘルス合同大会 2020

第61回 日本熱帯医学会大会 大会長 金子 明 (大阪市立大学)

第35回 日本国際保健医療学会学術大会 大会長 中村 安秀 (甲南女子大学・日本 WHO 協会)

第24回 日本渡航医学会学術集会 大会長 南谷 かおり (りんくう総合医療センター)

第5回 国際臨床医学会学術集会 大会長 中田 研 (大阪大学)

日本ではじめて、異なる背景をもつ4つの学会が集うという記念すべき「グローバルヘルス合同大会 2020」において、第61回日本熱帯医学会大会、第35回日本国際保健医療学会学術大会、第24回日本渡航医学会学術集会、第5回国際臨床医学会学術集会を代表して、私たちは、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響下にある世界のすべての人びとの健康と幸福 (health and well-being) を願い、グローバルヘルスの発展に寄与するために大阪宣言を策定する。

2020年1月30日、世界保健機関 (WHO) が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」 (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) を発令したとき、COVID-19の世界の感染者数7,818人、死者170人であった。そのうち、中国以外では、わずか18か国82人の感染者数が報告されていた。

COVID-19はいま (2020年10月25日現在・WHO報告)、全世界で約4,250万人の累計感染者数、約114万人を超える死亡者数を呈し、後世に語り継がれるに違いない歴史的な感染症と私たちは真正面から対峙することになった。

日本国内および地球規模において、今後COVID-19がどのように変貌していくのか、やがてどのように収束し、そして終息しうのか、将来このウイルスがどのような形で人類と共生することになるのか、まだまだ予測がつかない状況である。一方、感染症と人類の長い歴史から学ぶと、現在のような緊張感のある状態がいつまでも続くわけではなく、新たな生活・社会を受け入れていくことは自明である。

私たちは、以下の項目に合意し、大阪宣言として広く社会にアピールする。グローバルヘルスという学問分野が、COVID-19を契機として、チャンプルー (混じりあう) という発想を活かし、学際的に展開することを願う。

国際協力

パンデミック (世界的大流行) になったCOVID-19は、もはや自国だけで解決することは困難である。仮に日本国内で感染を終息させることに成功しても、地球上に大きな流行地がある限り、感染対策を継続する必要がある。いまこそ、国際保健医療協力の質と量を拡充し、研究調査と実践活動の両面からグローバルヘルスに関する国際的な協力・交流を積極的に推進すべきである。

本「グローバルヘルス大阪宣言 2020」は、以下の4学会の学会誌に合同掲載されることを明示いたします。
日本熱帯医学会、日本国際保健医療学会、日本渡航医学会、国際臨床医学会

だれひとり取り残されない

「持続可能な開発目標（SDGs）」の理念に立ち返り、COVID-19 対策の実施にあたり、貧困、教育、労働、環境、ジェンダーなど学際的な視点から「だれひとり取り残されない」対策となるように万全の配慮を行うべきである。

感染症対策

過去 20 年間、国際社会は結核、HIV/AIDS、マラリアの 3 大感染症、さらには顧みられない熱帯病に真摯に向きあい、流行地における対策のスケールアップを加速させてきた。その解決の糸口が見えてきた矢先を COVID-19 パンデミックは直撃した。国際社会はこれら貧困に関連する疾患への闘いを止めてはならない。いま人類は新たな生活・社会における新たな統合戦略を見出していく必要がある。

非感染性疾患

感染症とともに、非感染性疾患（NCDs）は依然として大きなグローバルヘルスの課題である。とくに、NCDs の 4 大リスクの一つである身体不活動（physical inactivity）は、COVID-19 による人と人との接触を避ける施策などにより顕著になっている。今後、NCDs やメンタルヘルスのリスクの上昇が危惧され、世界規模での注意深い観察と適切な対応が重要である。

国境を超えて

ウィズ・コロナの時代にあって、国境を越える移動に困難を生じている外国人や日本人に対して、一人ひとりの人権とニーズに配慮したきめ細かな対策を講じるべきである。

その上で、グローバルヘルスを地球規模で進めていくには、医療と健康において、言語、文化、宗教、信条の違いを超える社会的包摂（social inclusion）が重要である。各国の医療通訳サービスを含むグローバルな保健医療体制をより充実し、それぞれの国や地域の特色ある強みを生かしつつ、地球規模で相互に発展する仕組みづくりをめざす。

PHC と UHC

ポスト・コロナ時代において、新たな新興感染症が発生する蓋然性は非常に高い。その準備として、この半世紀の間に築きあげてきた保健医療に関する世界的な理念であるプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に真摯に向き合い取り組むべきである。

グローバルヘルス教育

COVID-19 により、海外との往来が厳しく制限され、グローバルヘルスの教育研究の現場である中低所得国におけるフィールド活動ができなくなった。そのような状況にもかかわらず、グローバルヘルスに関心を寄せ、この分野で仕事をしたいという意欲にあふれる若い世代の方々がいることは誠に心強い。グローバルヘルス合同大会 2020 を契機に、グローバルヘルスに関するデジタル教材開発など、若い世代に向けた教育の提供に積極的に関わることは、学会の大きな社会的使命である。

Global Health Osaka Declaration 2020

(OSAKA Declaration at Joint Congress on Global Health 2020)

November 1, 2020

Joint Congress on Global Health 2020

Chairperson of the 61st Annual Meeting of the Japanese Society of Tropical Medicine

Akira Kaneko (Osaka City University)

Chairperson of the 35th Annual Meeting of the Japan Association for International Health

Yasuhide Nakamura (Konan Women's University, Friends of WHO Japan)

Chairperson of the 24th Annual Meeting of the Japanese Society of Travel and Health

Kaori Minamitani (Rinku General Medical Center)

Chairperson of the 5th Annual Meeting of the International Society of Clinical Medicine

Ken Nakata (Osaka University)

For the first time in Japan, four academic societies of different disciplines, the Japanese Society of Tropical Medicine, the Japan Association of International Health, the Japanese Society of Travel and Health, and the International Society of Clinical Medicine gathered at the inaugural "Joint Congress on Global Health 2020". In light of the impact of the new coronavirus disease 2019 (COVID-19) on the health and well-being of all people in the world, we formulate the Osaka Declaration to enhance development of global health.

On January 30, 2020, when the World Health Organization (WHO) issued the Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), there were 7,818 cases and 170 deaths due to COVID-19 worldwide. Of these, only 82 cases were reported in 18 countries outside of China.

As of October 25, 2020, WHO reported about 42.5 million cases and more than 1.14 million deaths due to COVID-19 worldwide.

This COVID-19 pandemic has been historic and has dramatically changed lives and societies in both Japan and worldwide. While it is still unclear when and how this COVID-19 pandemic will ultimately end, experience gained in our fight against COVID-19 and other infectious diseases clearly indicates that we need to be better prepared to respond to the next pandemic for future generations.

As chairpersons of our academic societies, we agree on the following issues and jointly proclaim the Osaka Declaration. Using the COVID-19 pandemic as a learning opportunity, we hope that researchers and practitioners of different disciplines will take advantage of the idea of *campur* (mixing in Indonesian) to enrich the field of global health.

International collaboration

COVID-19 transcends national borders. Even if the infection is successfully terminated in Japan, it is necessary to continue infection control efforts as long as cases remain in other countries. Now is the time to expand the quality and quantity of international health collaboration and exchanges on global health to promote both researches and practical activities.

No one is left behind

Reflecting the idea of "Sustainable Development Goals (SDGs)", when implementing COVID-19 countermeasures, great care should be taken such that "no one will be left behind". Issues such as persisting inequities in wealth, education, labor, environment, and gender cannot be neglected.

Infectious disease control

For the past 20 years, the international community has seriously been dealing with the three major infectious diseases of tuberculosis, HIV / AIDS, and malaria, as well as neglected tropical diseases by accelerating the scale-up of countermeasures in endemic areas. The COVID-19 pandemic struck exactly at the point where significant progress against these infectious diseases had been made. The international community must not stop fighting against these poverty-related diseases. In response to new norms necessitated by the COVID-19 pandemic, new integrated strategies are needed.

Non-communicable diseases

Along with infectious diseases, non-communicable diseases (NCDs) remain a major global health issue. In particular, physical inactivity, one of the four major risks of NCDs, has become prominent due to measures to avoid contacts between people by COVID-19. In the near future, there is concern that the risk of NCDs and mental health will increase, and careful observation and appropriate measures on a global scale are important.

Across borders

In the era of "With-Corona", we should take into consideration the rights and needs of both Japanese and foreign nationals to fine-tune measures of social inclusion that transcend differences in language, culture, religion, and beliefs. We aim to further strengthen the global health care system, provide medical interpretation services in each country, and create a system for mutual development based on the unique strengths of each country and region.

Primary health care (PHC) and universal health coverage (UHC)

In the post-corona era, emergence of new infectious diseases is highly probable. Major health care principles

that we have built up over the last half century, namely primary health care (PHC) and universal health coverage (UHC), have to be strengthened to respond effectively to future pandemics.

Global health education

COVID-19 has severely restricted international travels, making it impossible to carry out researches and global health education activities in low- and middle-income countries. Despite this limitation, it is truly encouraging to see a younger generation interested and motivated to work in global health. As a major social mission of the four participating academic societies, the Joint Congress on Global Health 2020 adopted emerging technologies such as the development of digital learning materials to facilitate global health education and knowledge exchange in this challenging time.

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・寄稿等はこれの限りではない。

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

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られない。

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、本誌が論文等を受取しない決定がなされたときは、その時点で本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、著者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@kokusairinshouigaku.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

国際臨床医学会雑誌／JICM

第4巻 第1号

令和3年1月27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。