

国際臨床医学会雑誌

Journal of international society of clinical medicine

第6巻 (第1号)

Volume. 6 (issue 1)

目次

役員等紹介	3
寄稿 1	
第 6 回 国際臨床医学会学術集会会長開催報告 国土 典宏 (国立国際医療研究センター 理事長)	4
寄稿 2	
グローバルヘルスに向けたアジア連携活動 中谷 大作 (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／同未来医療センター／ 大阪大学大学院医学系研究科国際未来医療学講座 特任准教授) 他	6
特別企画 国境を越える人々への医療	
コロナ禍での国際医療搬送 ～キープレイヤーの迅速な判断が生死を分ける～ バングラデシュからインドの搬送案件を例にとって 野村 亜希子 (International SOS Pte Ltd. Regional Medical Director, Assistance Services and Corporate Solutions)	9
パンデミック禍における医療アシスタンスの常識の変化 葵 佳宏 (インターナショナル SOS ジャパン メディカル・ディレクター)	13
日本の在外公館における緊急移送時の医務官の役割 中村 燈喜 (在スリランカ日本国大使館 医務官)	19
コロナ禍での邦人の国際医療搬送における検疫所の役割 守屋 章成 (名古屋検疫所 嘱託医)	24
受け入れ医療機関の役割 馳 亮太 (日本赤十字社成田赤十字病院感染症科)	27
原著論文	
在日ベトナム人技能実習生の健康管理への認識と健康管理行動についての文献検討 森 つばさ (大阪医科薬科大学大学院看護学研究科博士後期課程)	30
医療インバウンドに従事する医療通訳者に求める資質について ーフォーカスグループインタビューを用いてー 白川 忍 (一般社団法人通訳品質協議会／マイケアライト株式会社) 他	36
看護師のイスラム教に関する知識と対応経験に関する実態調査 戸田 登美子 (甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科) 他	43
コロナ禍における日本国際看護師の活動と今後の課題 小村 佳代 (兵庫大学看護学部) 他	49
学術集会のお知らせ	56
投稿規定	57

役員等紹介

令和4年10月31日現在

代表理事	澤 芳樹	大阪警察病院院長 大阪大学大学院医学系研究科未来医療学寄付講座特任教授
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
	国土 典宏	国立国際医療研究センター理事長
	清水 周次	九州大学副理事
	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 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	WHO 執行理事 公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 (GHIT Fund) 代表理事・会長 東アジア・アセアン経済研究センター (ERIA) 上級顧問 慶應義塾大学医学部訪問教授
	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	公益社団法人日本 WHO 協会理事長	
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	一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 理事	
監事	尾内 一信	川崎医療福祉大学医療福祉学部子ども医療福祉学科特任教授
	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
顧問	遠藤 弘良	聖路加国際大学名誉教授
	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

寄稿 1

第 6 回 国際臨床医学会学術集会会長開催報告

國土 典宏

国立国際医療研究センター 理事長

このたび、第 6 回国際臨床医学会学術集会を 2021 年（令和 3 年）12 月 11 日（土）に国立研究開発法人国立国際医療研究センター（NCGM）において開催させて頂きました。

前回、2020 年（令和 2 年）の第 5 回学術集会は中田研会長（大阪大学）のもと関連 4 学会合同となる「グローバルヘルス合同大会 2020」の枠組みの中で、新型コロナウイルス感染が拡大していく中、初の完全オンラインで成功裏に開催され、その会長のバトンを受け継ぎましたが、準備期間中、期待に反してパンデミックの治まる気配はなく、大変悩んだ末に万全の感染対策をとり、In-Person を主体としつつハイブリッド開催という選択を致しました。やはり、画面越しでは得られない対面での学会員の皆様の対面でのケミストリーを尊重したいと考えたからです。

さて、会員の皆様は、この間の私共の国際臨床医学の領域も含め、世界のダイナミックな変化をどれだけ予想し、また受け止めることができましたでしょうか？

感染状況を振り返りますと、第 5 回学術集会の学術集会開催時は（2020 年 11 月 1 日）、日本国内では所謂コロナ流行第 2 波の収束に成功し、SARS-CoV-2 感染者総数は 101,327 人、COVID-19 死亡者総数は 1,769 人、1 日の感染者数は 616 人でした。ところがその後、流行の第 3 波、第 4 波、学術集会の準備をしていた 2021 年 6 月のある日に感染者総数は 770,357 人、死亡者総数は 13,872 人を数え、1 日の感染者数は 2,000 人で推移していました。その後第 5 波を経て、第 6 回学術集会開催前日までの感染者総数は 1,728,089 人、死亡者総数は 18,372 人と増え続けます。幸い開催当日前後、感染者数は一日平均で 124 人迄減少し小康を得ていました。しかしながら学術集会の後、年明けより一日に最大 105,587 人の感染者を出す大きな第 6 波が訪れ、小康を経て、2022 年夏には一日に最大 260,923 人の感染者を出す第 7 波へと続くことになります。

新型コロナウイルス感染の医療においては様々な研究開発が進み、特に、人類史上輝かしい成果といえる mRNA ワクチンという新しいワクチン開発に成功し、その開発から承認、流通に至る速度、そして極めて高い防御能に次々と驚きを感じてきました。幸い我が国では強靱な保健医療システムが機能して早期に広くワクチン接種の恩恵を得ることができました。しかし、本学会がテーマとしている今世紀のグローバル化した医療の下であっても世界的な収束となるまでの道のりは遠く、そして険しく、あらためて「だれひとり取り残さない」ことの難しさを感じざるを得ません。

大きく予想を裏切り変化する感染状況、対する行政の必死の情報収集と水際対策のめまぐるしい adjustment、先進医療テクノロジーの迅速な応用の一方で表面化したグローバルヘルスの中で残る不均一、各領域の英知の結集をもってしても後手となった部分があった感も否めない中、あらためて国際診療に関わる学術とそれを担う人材のさらなる発展が必要であると痛感せざるを得ませんでした。

私たちの学会は、「国際臨床医学をより学術的な面から追求していくこと、その活動を通じた国民にとって有益な医療の発展を目指すこと及び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

國土 典宏

国立国際医療研究センター 理事長

の医療・研究の指導的な役割を果たすこと」を目的に活動を続けています。

そのために、今年の学術集會では、昨年の合同大会の4大会長名で策定し、広く社会にアピールされた「グローバルヘルス大阪宣言 2020」の7つの重点項目（1. 国際協力の推進、2. 「だれひとり取り残されない」対策への配慮、3. 感染症対策、4. 非感染症疾患対策、5. 国境を越える人々への医療、6. PHCとUHCへの取り組み、7. グローバルヘルス教育）が、一年間でどのように学会の中で生かされ、学際的に展開されているか検証し、本学会のcommitment（覚悟）を「ポストコロナへの7つの約束」として確認することを考えました。

学会プログラムでは各々の重点項目に呼応する形で要望セッションを五つ配し、広く、それぞれの課題において我が国のトップランナーの方々に演者として登壇頂きました。大変充実した20演題をご発表頂きました。また、まさしく、渦中にある新型コロナウイルス感染対応については、Global Health 戦略という視点から、参議院議員武見敬三先生より「COVID-19対策への国内の体制づくりとGlobal Healthの戦略」と題して特別講演をいただきました。また、COVID-19の診療と最新のトピックスについて、最前線に立つ国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長の大曲貴夫先生より最新のupdateをいただきました。これらの他にも、多彩な演題を公募で頂き、一般口演として21演題、ポスターとして11演題のご発表を頂きました。

はじめに、大変悩んでハイブリッドを選択した旨述べましたが、ふたを開けてみると、現地では活発な発表、議論が行われ、会場ロビーでは久しぶりの思わぬ再会を喜び近況の交換を行う会員の皆様の姿を拝見し、つくづく対面の行事はオンラインでは得られない何かを提供してくれると確信致し安堵致しました。一方で、オンライン（Zoom）での聴講者も多数おられ、コンスタントに100名以上、多い会場では180名以上、そして同時に開催させて頂き恒例となりました国際医療通訳士認定講習会には245名の参加を頂き、オンラインの利便性も痛感した次第です。

学術集會のテーマである「ポストコロナへ7つの約束」が、現実味を帯びて果たされつつあることは皆様感じて頂けたと思いますが、残念ながら、パンデミックはまだ続いており、伴う変化に翻弄されつつも道のりは続き、次回以降につないで頂かざるを得ません。ポストコロナに向けて、国際臨床医学のさらなる発展のために会員の皆様の益々のご協力とご活躍に期待する次第です。

最後になりますが、ご協力いただきました学会関係者の方々、主催事務局を取りまとめ頂いたNCGM熱帯医学・マラリア研究部長の狩野繁之先生、プログラムを担当頂いたNCGM国際医療協力局の三好知明先生、スポンサー各社の皆様、そして感染状況の読みにくい中で現地運営に尽力いただいた運営スタッフ一同に感謝したいと思います。

寄稿 2

グローバルヘルスに向けたアジア連携活動

中谷 大作^{1) 2) 3)}、和田 由美¹⁾、渡利 彰浩³⁾、福田 恵子³⁾、古谷 剛士¹⁾、山崎 慶太^{1) 2)}、森口 悠^{1) 2)}、小笠原 理恵^{1) 2)}、森 正治⁴⁾、浅田 英久⁴⁾、名井 陽³⁾、坂田 泰史⁵⁾、中田 研^{1) 2)}

- 1) 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
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科国際未来医療学講座
- 3) 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部未来医療センター
- 4) 大阪大学オープンイノベーション機構
- 5) 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部

1. はじめに

2013年、大阪大学医学部附属病院・未来医療開発部に国際医療を取り扱う部門として、国際医療センターが設置された。同センターでは外国人患者さんに安全・安心の診療を提供するサポートや世界各国からの医療研修の受け入れを実施している。また、学内のみならず、学外の有望なアカデミアシーズの海外展開を支援している。2014年には、文部科学省「未来医療人材養成拠点事業」において、本学の特徴を活かしたユニークな「グローバルヘルスの人材育成、研究、大学連

携・社会活動」に関するプログラムとして「国際未来医療学講座」が発足した(図1)。本稿では、私たちのセンターおよび講座で取り組むグローバルヘルスにむけたアジア連携活動について紹介する。

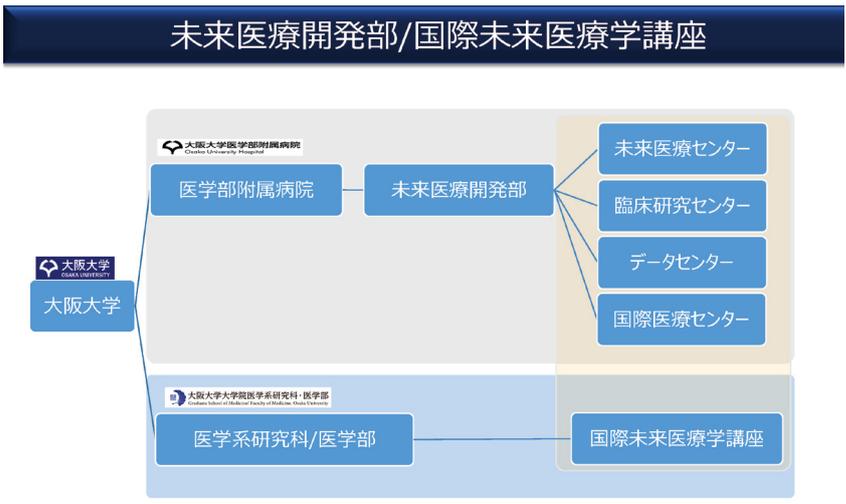


図 1.

2. 日本と海外の医療を取り巻く環境

日本の平均寿命は、2019年現在、男性が81.4歳、女性が87.5歳であり¹⁾、世界でも有数の長寿国である。また、生命表上、特定年齢まで生存する者の割合をみると、90歳の生存割合は、男性で27.2%、女性で51.1%である²⁾。すなわち約半数の女性は、90歳以上生存する。日本が長寿国である理由は、個人の取り組みとして、食生活、生活習慣にあると考えられる。青魚、大豆製品、緑茶の摂取、運動習慣の励行、肥満が少ない、健康意識の高さとし

中谷 大作
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／大阪大学大学院医学系研究科国際未来医療学講座／
大阪大学医学部附属病院未来医療開発部未来医療センター

て、歯磨きの実施、デンタルフロスの積極的使用、マスク着用、手洗いなどである。また、医療・社会保障の取り組みとして、病院や行政の充実があげられる。国民皆保険制度を通じた医療へのアクセスの容易さ、新生児医療の充実による新生児死亡の低さ、健康診断による疾病の早期発見、薬剤の充実・医療技術の高さ、公衆衛生・教育の充実などである。死亡原因をみると、日本の1位は悪性腫瘍、2位は心疾患、3位は老衰である³⁾。この老衰について、明らかな疾患で命を落とすことなく、寿命を全うしていることがうかがえ、日本の健康を取り巻く環境が充実していることが示唆される。したがって、日本の医療の中心は悪性腫瘍、心疾患の予防及び治療、すなわちNon-communicable disease (NCD) 生活習慣病関連が中心である。他方、世界に目をむけると、死亡原因の1位は虚血性心疾患である。次いで悪性腫瘍、呼吸器疾患が続く⁴⁾。特に、低所得国の死亡原因をみると、1位は感染症による新生児死亡、2位が呼吸器感染症、5位に下痢疾患、6位がマラリア感染症、8位が結核、9位がエイズ感染症と10傑のうち、6つが、communicable disease (CD) 感染性疾患である⁵⁾。このように、日本と海外とでは、医療を取り巻く環境が異なっている。

3. アジアとの連携活動への動機

日本の総人口について、2013年の1億2,730万人をピークに、2030年に1億1,662万人を経て、2048年には1億人を割って9,913万人程度となり、2060年には8,674万人程度になると推計され、現在の3分の2の規模まで減少すると推定されている⁶⁾。また、65歳以上の人口割合を示す高齢化率は2020年で28.6%、2065年には、38.4%と推定され、日本は、諸外国と比較しても高齢化が進んでいる。一方、アジアに目をむけると、日本に追従するように高齢化が進んでいる。また、世界の総人口の約60%が居住していること（市場性）、体格差が日本と比較して小さく医療機器・新規薬剤開発が比較的容易（人種・民族差）、時差が少なく、移動時間が欧米に比べて短い（地理的要因）などの利点がある。これらを考慮すると、私たちが支援する新規医療技術をアジアへ展開することは妥当であると考えられる。

4. 私たちの取り組み

医療技術を海外展開させる際、私たちは、各国のコンソーシアムとのネットワーキングを行い、そのプラットフォームを活用し、共同研究を通じた活動を行っている。私たちは、2016年に高度な臨床研究をインハウスで実施できる体制を有する医療機関に厚生労働省が認証を与える臨床研究中核病院で組織する臨床研究中核病院連絡会（J-CCRC; Japan consortium of clinical research core hospitals）を発足させた。2022年8月現在、14医療機関で構成されている。このJ-CCRCの事務局を私たちが担当し、各医療機関が保有するアカデミアシーズの海外展開支援を行っている。アジア各国にも、nationwideのコンソーシアムが存在する。韓国には、KoNECT（Korea National Enterprise for Clinical Trials）、台湾には、TCTC（Taiwan clinical trial consortium）、タイには、ASEAN大学連合・健康増進ネットワーク（AUN-HPN; ASEAN University Network-Health Promotion Network）がある。大阪大学は、各国のコンソーシアムと連携を図るとともに、2018年からAUN-HPNのAssociate memberとなり、年次学術会議を通じた活動を行っている。これまで国際共同臨床研究は、留学先で知り合った同僚たちと実施されてきたが、コンソーシアム同士が連携することで、同研究の推進が加速されることが期待される。さらに、2021年、バンコクに阪大オフィスを開設した。同オフィスに現地職員を雇用し、タイの薬事規制、グラント情報の収集や、タイの研究者との調整業務を行っている。現地職員の雇用により、タイはもとよりASEAN諸国への展開がより容

易となった。引き続き、これらのプラットフォームを最大限に活用し、海外展開を継続していく計画である。

Medical product は主に、4つに分類される。医薬品、医療機器、再生医療等製品、そしてプログラム医療機器である。最近、このプログラム医療機器の研究開発が世界的に注目されている。診断を行ったり、行動変容を促す治療行為を行うプログラムを搭載したアプリである。この4つのproductのうち、プログラム医療機器は、海外展開に最も適していると考えている。医薬品、医療機器、再生医療等製品では、現地工場での生産を考慮する必要がある。特に再生医療等製品は、いわゆる“生もの”であるため、日本で製造し、空輸するよりも現地での生産、運搬を経て、患者さんのもとに届けることが求められる。したがって、現地工場の設置について、場所、コスト、運営を考慮する必要があり、実現性のハードルが高い。他方、プログラム医療機器に含まれるアプリは、現地工場、材料の調達が不要で、インターネットを介した海外への導出が可能であり、今後ますます同分野の海外展開が期待されている。私たちが支援する学内プロジェクト16件のうち、4件がプログラム医療機器である。海外の医療事情および規制を考慮に入れた迅速な海外展開を目指している。

私たちは、研究支援のみならず、グローバルヘルスに関する研究も行っている。ASEAN 諸国の大学生を対象とした、健康リスク因子に関する調査をオンラインアンケートにて実施している。同アンケートには、新型コロナウイルス感染症が世界に蔓延したことを踏まえ、生活習慣、身体活動、食生活、メンタルヘルス、生殖医療に加え、新型コロナウイルスワクチン接種や同感染症の罹患の有無を調査し、各国間の比較を行うこととしている。また、バングラディッシュとの抗生剤耐性菌に関する共同研究を開始した。2050年には、何も対策を取らない場合、薬剤耐性による死亡は1,000万人と推定され、がんによる死亡を上回るとされている⁷⁾。同研究を通じて、薬剤耐性の実態を明らかにすることでその課題を抽出し、その課題解決に向けた取り組みを提言する計画である。今後もグローバルヘルスに関するリサーチクエッションに対して研究を通じた情報発信を実施する予定である。

5. 展望

1947年に採択された世界保健機構（WHO；World Health Organization）憲章では、前文において「健康」を次のように定義している⁸⁾。「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。」この健康を世界に届けるために、まずは、アジアとの連携活動をさらに推進したいと考えている。

海外展開の取り組みは、AMEDの課題番号JP21km0908001の支援を受けて実施している。

- 1) 平均寿命更新、女性 87.45 歳 男性 81.41 歳. <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO62138840R30C20A7CR8000/>
- 2) 寿命中位数等生命表上の生存状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-03.pdf>
- 3) 三大死因に初めて「老衰」死亡診断書の書き方変化? <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO45934830R10C19A6000000/>
- 4) Number of deaths by cause, World, 2019. https://ourworldindata.org/grapher/annual-number-of-deaths-by-cause?time=latest&country=~OWID_WRL
- 5) Leading causes of death in low-income countries. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 6) 日本の人口ピラミッドの変化. <https://livedoor.blogimg.jp/muchink/imgs/c/f/cf40aad.png>
- 7) 薬剤耐性（AMR）に起因する死者数の推定（オニールレポート）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000189799.pdf>
- 8) 健康の定義. <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>



国境を越える人々への医療

コロナ禍での国際医療搬送 ～キープレイヤーの迅速な判断が生死を分ける～ バングラデシュからインドの搬送案件を例にとって

Medical Evacuations during the COVID-19 Pandemic ～ Swift Decision Making by Each Stakeholder to Save a Life ~ Case Study of a Transport Case from Bangladesh to India

野村 亜希子 Akiko Nomura

International SOS Pte Ltd. Regional Medical Director, Assistance Services and Corporate Solutions

〈Abstract〉

Throughout the COVID-19 pandemic, expatriates who remained overseas were plagued by a seemingly everlasting virus and at times required a special type of medical assistance - a medical evacuation. In this special report, stakeholders with various expertise share challenges and restrictions encountered by their organizations during the pandemic and touch upon some key learnings, likely to be pertinent to any future pandemics.

In the following section, we take an actual COVID-19 transport case as an example to summarize how the quick action of each stakeholder enabled the patient to return to his home country and eventually recuperate in the comfort of his own home.

〈キーワード〉 医療搬送 (medical transport)、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)、パンデミック (pandemic)

はじめに

2021年12月発行の本誌第5巻でパンデミック中の医療搬送の課題について記述した。今回の特別企画では、パンデミック中の医療搬送に関わるステークホルダーからの詳細な体験談や講釈をまとめた。

図1に新型コロナウイルス患者搬送の簡単なフローチャートを示した。母国への帰国搬送が決まってから様々な組織や医療従事者が関わることとなる。患者所属企業の産業医や責任者、現地大使館の医務官やスタッフ、搬送業務を担当するアシスタンス会社のメディカルチーム、入国時の検疫業務に関わる検疫官、帰国後の入院先となる受け入れ病院主治医などはキープレイヤーとなる。

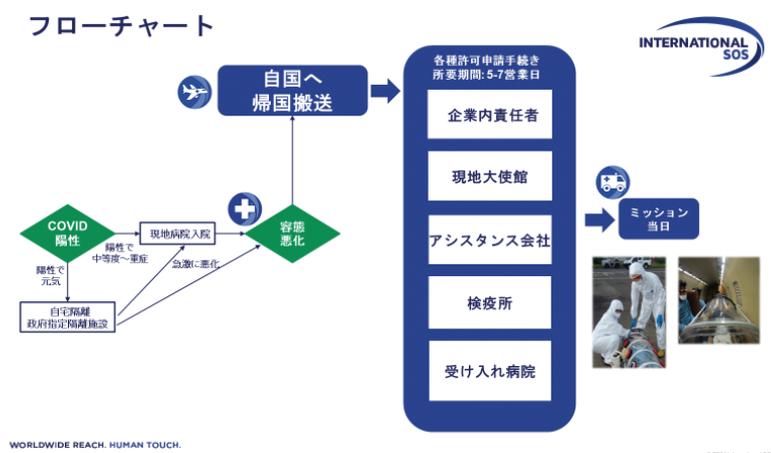


図 1.

野村 亜希子 Akiko Nomura

International SOS Pte Ltd. Regional Medical Director, Assistance Services and Corporate Solutions

背景

インドで新型コロナウイルスのデルタ株が発生し始めた頃、バングラデシュではまだベータ株が主流だった（図2）。2021年4月初旬、新型コロナウイルスに感染した患者の上司からインターナショナル SOS ムンバイのアシスタンスセンターに連絡があった。チタゴンに出張中の48歳インド人男性で、重症化して当初から高流量酸素を必要としていたにも関わらず、まだ一般病棟に入院していた。

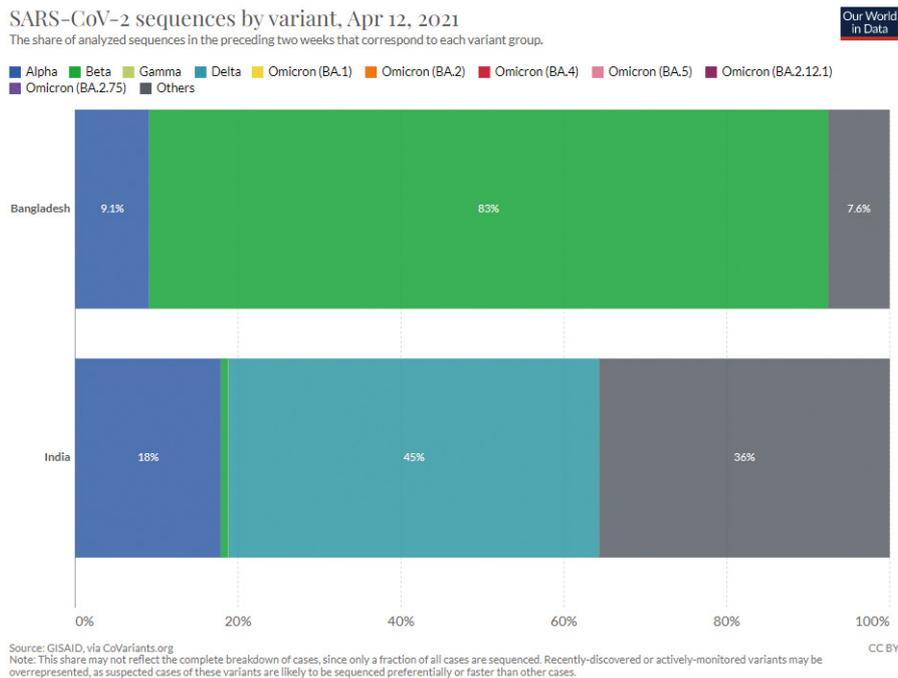


図2. 2021年4月21日現在、下段のインドでは陽性者の45%がデルタ株だった頃、上段のバングラデシュではまだ陽性者の83%がベータ株感染であった

1. コロナ患者用の集中治療室は満床だと上司からの依頼

通常は高流量経鼻カニューラ（HFNC、High Flow Nasal Cannula）で酸素投与中の患者は、急変に備えるという意味でもICUへの入院の適応である。一般病棟に入院中の本患者においても、現地チタゴン内でまず集中治療のベッドを探すのが先手である。出張者の安全配慮義務を重視する上司は、患者の容態がさらに悪化することを懸念し、早急にインターナショナル SOS に本案件の通達をし、ICUベッドの探索を依頼した。

しかしながら、当時チタゴン市内、首都ダッカ市内ともにCOVID-19患者の集中治療室が全病院で満床であり、患者を母国インドへ帰国搬送することになった。

2. チタゴンの現地医療チームとの交渉

より安全に搬送業務を行うために、HFNC管理下の患者は搬送開始前に挿管し人工呼吸器管理することが理想であった。フライト中の必要酸素量を最小限化し機体に搭載する酸素ボンベを減らすという狙いもある。本患者においても、搬送中のリスクを軽減するために現地病院へフライト24時間前の挿管を依頼した。しかし、人工呼吸器よりもHFNCのほうが病棟スタッフへの負担が軽減できることや、腹臥位療法を施行しやすいことを理由に主治医は本患者の挿管については結局受け入れなかった。

3. インド MOHFW（保健・家族福祉省）の入国許可体制

パンデミック前は所属企業や保険会社からの帰国搬送の要望があれば即座に決行できたが、コロナ禍では各関係当局の許可が必要であった。インド国内の関係省庁の中で大事な鍵となるのがMOHFWからの入国許可である。現地チタゴンのインド領事館からMOHFWに正式な入国許可依頼がいくはずだが、インターナショナルSOSのインド人医師もMOHFWの副本部長に電話で受け入れ許可の依頼を入れ、緊急性を伝えた。このようなプロセスは通常1週間程度かかるが、今回は24時間以内に承認が下りた。

4. ニューデリーの病院の受け入れ

患者の出身地には重症管理できる病院は少なく、搬送時間を最小限化するためにもまずは国際空港があるニューデリーの病院まで搬送することになった。当時インド国内はデルタ株の対応で医療体制は大きな負担を強いられていた。空いているICUの多くは公立病院に集中しており、私立病院のICUは非常に限られていた。それでもいくつかの病院との交渉の末、可及的速やかにニューデリー市内の私立病院ICUへの入院が決まった。

5. 搬送のエスコートチームの選定

弊社では感染性疾患の搬送には従来よりPMIU (Portable Medical Isolation Unit) を使用できるエスコートチームをシンガポールに配備していたが、2021年4月当時はまだ新型コロナウイルスワクチンが広く出回る前であった。すでにシンガポール政府主導で医療従事者のワクチン接種が始まっており、エスコートドクターはすでに2回の接種を終了していた。ところが、エスコートナースはまだ1回しか接種しておらず、製薬会社が定義する「接種完了」状態ではなかった。しかし、搬送が緊急性を要することや、1回接種でも抗体価が比較的高水準まで上昇することが分かっていたため、このナースを採用することになった。

6. HFNC 管理下の患者の帰国搬送

搬送2日前に患者の全身状態が一層悪化し、HFNCの酸素流量が40 L/分から65 L/分まで増量されたという情報が現地医療チームから入ってきた。搬送当日、救急車で病院からチタゴン空港に到着したとき、患者は経鼻カニューラとリザーバー付き酸素マスクを使用、酸素30 L/分でSpO₂ 85%、呼吸は毎分26-30回であった。

搬送中はBains Circuitに切り替えると、酸素25 L/分でSpO₂ 96%まで上昇し、おおむね安定した状態でニューデリーの空港に到着した(図3)。補足だが、通常の患者搬送で酸素は15 L/分でFiO₂ 100%程度に達していると考えられている。この患者は搬送中15 L/分では呼吸苦しさを訴えたので、25 L/分まで増量した。今回医療チームは酸素ボンベを20本近く搭載して本ミッションに挑んでいた。



図3. 感染性疾患患者の搬送例。PMIU搬送は追加手順があるので、エスコートチームのトレーニングが欠かせない

7. インド入国管理官の柔軟な入国手続き対応と検疫官の配慮

到着後、あらかじめ各当局から重症患者の到着の知らせが届いていたために比較的スムーズに関係者の協力を得ることができた。ニューデリー空港で待機していた受け入れ病院の救急車は、空港敷地内への出入りが許可されず、患者をいったん空港の搬送車に移してから受け入れ病院の救急車とは空港敷地外で待ち合わせる必要があった。しかし、空港の搬送車には本患者に必要な高流量酸素を提供できる医療機器が備わっておらず、検疫官を含む当局スタッフの特別配慮でインターナショナル SOS 搬送機内の酸素ボンベをつなげたまま患者の入国手続きを行うことが許された。このとき、インターナショナル SOS のインド人エスコートドクターは入国手続きをしなかったが、患者ケアのために空港の敷地外までの短時間の同行が許可された。

結末

インド到着後 ICU 入院 2 週間で必要な酸素量が減少し、さらに 1 か月半で故郷の病院へ転院できた。さらに家族に見守られ 1 か月半の治療を経て 7 月中旬に自宅退院となった。

おわりに

様々な組織や医療従事者の協力を得て今回の搬送は実現した。案件の通知や家族との連絡は所属企業、出入国手続きには現地大使館や検疫所、搬送業務はアシスタンス会社、帰国後の治療は受け入れ病院など、どのステークホルダーもキープレイヤーとなる。

パンデミックによって我々の今まで想定していた医療搬送の概念が大きく変わった。新型コロナウイルス感染症は日常の一部として受容される「エンデミック」へと位置づけが変化しているものの、今回養われたステークホルダー同士の横のつながりが今後も患者ケアの役に立てば幸甚である。



国境を越える人々への医療

パンデミック禍における医療アシスタンスの常識の変化

Change of the concept of medical assistance during pandemic

葵 佳宏 Yoshihiro Aoi, M.D., Ph.D

インターナショナル SOS ジャパン メディカル・ディレクター

〈Abstract〉

The COVID-19 pandemic has profoundly impacted the medical assistance business, especially how international medical transportation is performed. Seamless communication among stakeholders, whether they are governmental or private organizations, becomes more important than ever to save lives within an appropriate time frame.

In this article, the complexities and challenges behind medical transportation are addressed. During the COVID-19 pandemic, more cases needed to pursue local invasive interventions while awaiting complex medical transport arrangements. Moving forward, establishing a Japanese CDC as a control tower will be critical to swiftly respond to future pandemics — this includes smooth evacuation procedures for overseas Japanese patients in a centralized manner.

〈キーワード〉 医療アシスタンス (Medical assistance)、医療搬送 (Medical transportation)、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)、パンデミック (Pandemic)

パンデミック禍における医療アシスタンス変遷の概要

新型コロナウイルス（以下、コロナ）パンデミックはこれまでの医療アシスタンスの常識を根底から変えた。「前例のない速さと量での大流行」は、グローバリゼーションの副産物ともいえよう。強力な武漢ロックダウンは多少の時間稼ぎはしたものの、コロナは瞬く間に世界に拡散した。未知のウイルスに対し日を追うごとに多くの国が「鎖国」に入り、パニックが連鎖した。

これまでインターナショナル SOS では、大なり小なりの世界の変化に対応しつつ、多くの政治・経済・感染症危機を乗り越え医療アシスタンスを提供してきた。だが、今回の衝撃は、2009年の新型インフルエンザ、2016年のジカウイルスと比較しても未曾有の大きさだった。

パンデミック前でも、病人が国境を超えるのには多くのハードルがあったが、その多くは医学的な理由であり、しっかり医療搬送の準備さえ整えば、最強のパスポートを有する日本国民は迅速に医療先進国に渡航し治療を受けることができた。しかし、以下の理由でパンデミック開始後の様相は大きく様変わりした。

1. ビザなし渡航の撤廃
2. 検疫措置の強化
3. 定期便の廃止、減便
4. コロナ患者の移動制限

葵 佳宏 Yoshihiro Aoi
インターナショナル SOS ジャパン株式会社 (International SOS Japan Ltd.)
〒107-0052 東京都港区赤坂 4-2-6 住友不動産新赤坂ビル 11F
TEL. 03-3560-8161 FAX. 03-5572-2109

5. 自国民以外の医療受入の中止
6. 海外から帰国する患者の受入制限
7. コロナ患者搬送ができる医療専用機の不足

国を挙げて医療ツーリズムを推進してきたタイとシンガポールは、早々に外国人に対して門戸を閉ざした。シンガポールでは非コロナ疾患であっても、以前の受診歴があるとか、生命に関わる可能性が高い疾患、それでもICUや輸血などの資源を多く必要としない状態であるという矛盾する条件がついた。加えて、渡航前のPCR陰性確認、医療保険加入、ビザの申請も必須要件となった（表1）。これまでは病院が個々に受入可否を判断できたものが、保健省に申請をする条件も追加されたため、実質「外国人は受け入れない」といっているようなものであった。このため2020年～21年にかけては、現地で治療継続する以外には母国に戻ることが唯一の選択肢となった。急性疾患は最寄りの医療先進国に搬送する（なるべく短い飛行距離、早めに治療を開始）という医療アシスタンスの常識が崩れ、多くの大陸間横断搬送が行われることとなった（図1）。なお、2022年9月現在においても、アジア地域において外国人コロナ患者の入国を受け入れている国はない。

コロナ患者を移動するロジスティクス調整も困難を極めた。2021年秋頃のデルタ株収束まで、彼らは多くの国で政府の厳重管理下に置かれたからだ。パンデミック前は主治医の同意さえあれば可能であった退院手続きや、簡便だった出国手続きは、当局の事前許可が必要となった。Portable Medical Isolation Unit（図1内図）を搭載できる医療専用機も流行時は需給が逼迫した。コロナ患者を載せた飛行機が領空を通過することも、給油のために経由することも、都度当局と調整をしなければいけなくなった。また、日本側の受入病院の調整は、国外から未知のウイルスや変異株が持ち込まれることへの警戒感から交渉に多くの労力を要した。

結果として、搬送実現に必要な全ての要件を満たすための調整は、これまで最短24時間で可能だったところ1週間を要することとなった（図2）。これにより、患者搬送を考える上での原則 1. 生命に関わる超緊急疾患は現地で必要最低限の安定化をしてから搬送 2. 準緊急疾患は可及的速やかに医療先進国に搬送し治療継続 という考え方が根底から崩されることとなった。この変化は、医療先進国への可及的速やかな患者搬送を困難なものとし、特に医療後進国においては現地での手術という極力回避したい選択肢に比して、搬送実施を待つことのリスクが上回

表1. バンコクおよびシンガポールへの搬送条件（2020年9月時点）

	バンコク	シンガポール
対応疾患	現地では治療ができない疾患であること	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同様の既往でシンガポール受診歴があること 2. すでに積極的な治療が開始され、現地でそれ以上の治療ができない疾患であること 3. 治療の遅延が生命にかかわる可能性が高い疾患であること 4. 治療に際して、ICUや輸血などの資源を多く必要としない状態であること
PCR検査	出発国でのPCR検査 （出発前72時間以内のもの）	出発国でのPCR検査 （出発前48時間以内のもの）
必要な書類・手続き	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10万米ドル以上の医療保険の証明 2. 受入病院からタイ政府に対しての受入可能であり、隔離を徹底するというレター 3. 在出発国のタイ大使館で発行されるビザおよびcertificate of entry (2-3営業日) 4. 国外搬送を推奨する主治医の意見書とFit to fly certificate 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療情報、感染症検査、画像検査 2. 受入病院からMOHIに対する受入申請のレター 3. エスコートクルーの14日隔離のWaiver (Tarmac transfer, 最小限の滞在時間、確実な感染対策を行っていること、入国スタンプがないこと)
その他条件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療専用機を使用し、駐機場での引継ぎであること（クルーは入国せず、現地滞在が12時間以内） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療専用機を使用し、駐機場での引継ぎであること（クルーは入国しない） 1. シンガポール到着後のPCRと隔離に患者と付添者が同意していること 2. 場合により、在シンガポール日本大使館に協力を仰ぐこと
外国人対応	非国民のコロナ陽性患者は入国不可	非国民のコロナ陽性患者は入国不可



- 2020年：246件
- 2021年：495件（うち、78件がアジア圏で発生）



図1. コロナ陽性例の搬送実績（全て医療専用機）とポータブル医療隔離ユニット

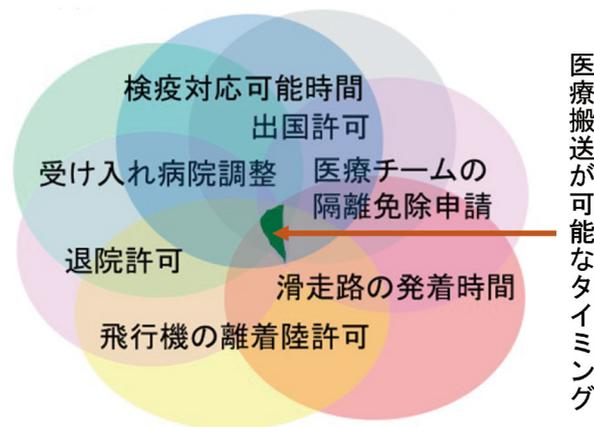


図2. 医療搬送ができるタイミングは非常に限定されている

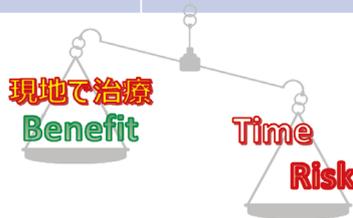
るという、これまでに我々が経験したことのない状況をもたらした（表2）。

2021年夏、デルタ株が全世界で猛威を振った時、ワクチンも治療薬も広く行き届いておらず、多くの邦人が罹患し重症化した。帰国までに約1週間かかるため、いかに早い段階で患者から連絡を受け、背景から重症化リスクを評価し、細かく経過を追っていく中で、怪しい兆候があれば、早めに国外搬送を推奨すべく舵をきれるかが、アシスタンスセンターで働く医療チームの使命であった。デルタ株は特に厄介で、発症から10日前後に急激に容態悪

表 2. コロナで変化した国際医療搬送の概念

	パンデミック前	パンデミック後
超緊急手術 (多発性外傷や重症脳出血など)	現地で緊急手術→ 可及的速やかに医療先進国へ搬送	現地で緊急手術→ 国別医療リスクに応じて、 現地での継続加療、または 国外/帰国搬送
準緊急手術 (胆のう炎、消化管穿孔、 開放性骨折など)	可及的速やかに 医療先進国へ搬送	現地/主要都市に移動して手術 → 国別医療リスクに応じて、国外/ 帰国搬送
待機手術 (靭帯再建、悪性腫瘍など)	最寄りの医療先進国/ 日本での手術	中等度～高リスク国では、 日本へ移動することを推奨

*国境管理の厳格化、陰性証明書の準備など、
国際搬送には長めのリードタイムが必要となった。



化する症例が続出したため、帰国を推奨するタイミングにあたっては一定程度のオーバートリージをせざるを得なかった。

症例

インドネシア僻地で赴任中の60代邦人患者。既往に、悪性腫瘍（治療後、定期経過観察中）。コロナワクチン未接種。

現病歴：2021年夏、コロナ発症4日目に入電あり。症状乏しく、自主隔離中。SpO₂不明、頻呼吸なし。

危険因子があり精査を勧めたが、車で7時間かかる最寄りの都市の医療水準は低く、インターナショナルSOSの提携病院もないため医療情報が一切とれない懸念があった。今後酸素が必要になる可能性を予測し、初動として医療専用機で2時間離れたジャカルタの提携病院に移動することを提案した。この時点で帰国を提案しなかった理由は、当時のジャカルタの感染状況とベッド事情が改善傾向にあり、第5波で医療逼迫している日本に帰国させるには準備時間がかかりすぎる上（その間、僻地で悪化した時は対応できない）、症状も軽いため日本での受入病床確保が不確実だったからであった。

提案から2日後（第7病日）にジャカルタに搬送がなされたが、その時既にSpO₂は90%前半まで低下しており、低流量酸素が開始された。しかし、その翌日にはフェイスマスク、第10病日にはリザーバーマスクを要するほどになった。一週間以内にNasal High Flow（NHF）や人工呼吸管理を必要とすることが予測されたため、集中治療が確実にできる日本への帰国を提案した（図3）。

帰国には多くの関係者の協力を頂いた（図4）。まず、在インドネシア日本大使館に連絡し、コロナ患者を国外に搬出するためのレター発行を依頼した。これが病院の退院手続き、医療専用機の離着陸許可、スムーズな通関に役立つからだ。また、今回は該当しなかったが、もし患者が公立病院に入院し医療情報がとれない場合は、在外大使館の医務官に患者訪問や病院からの医療情報入手などで力を貸してもらうことも他の症例ではあった。そして、企

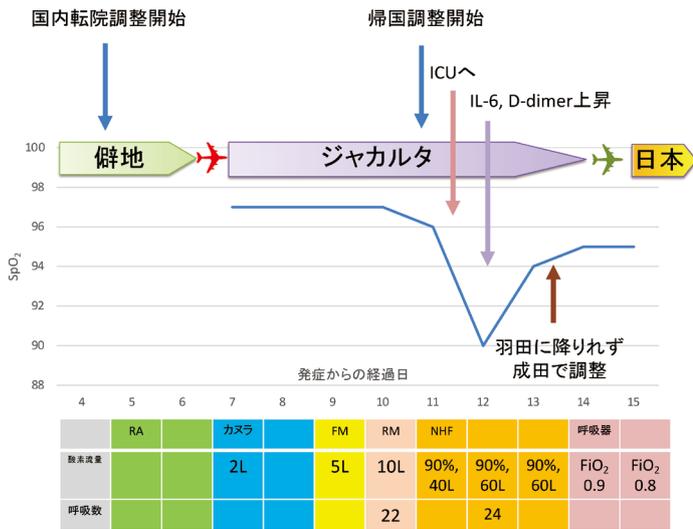


図 3. 帰国を要した患者の病状経過

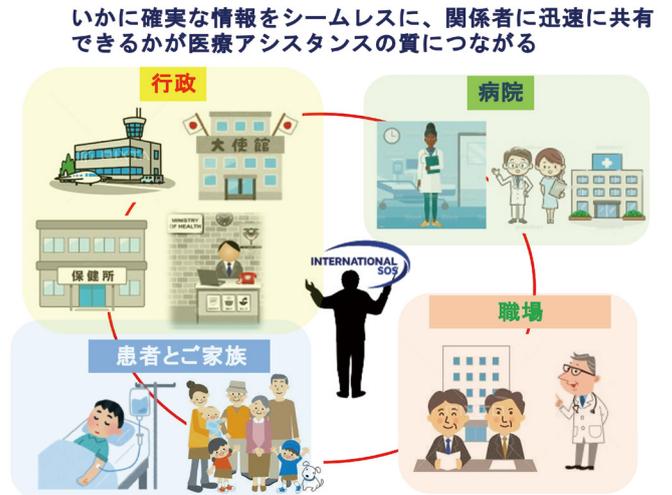


図 4. 医療搬送実現のためには、他部署との綿密な連携が不可欠

業の産業医にも医学的判断の背景を理解してもらい、企業内部から非医療部門や家族との橋渡しをしてもらうことで、よりスムーズに計画を遂行できるようになった。

同時並行で、国内医療機関の受入も打診を開始した。2021年夏は、日本ではオリンピックが佳境を迎え、また同時に第5波で医療逼迫が日増しに厳しくなっている時期でもあった。どの病院も満床で、入院待ちの患者が溢れ、社会問題となっていた。

先進国では当たり前前の感染症司令塔である疾病対策予防センターは、2022年9月現在も日本にはない。そのため、帰国患者の対応を担当する特定の部署が存在しないため、彼らは「宙ぶらりん」の状態になってしまう。病床確保は、検疫所でも保健所でも、都道府県の疾病対策課でも、外務省や厚労省の管轄でもないからだ。

水際対策によりコロナ陽性者は入国はできない。重症でも検疫免除の特例はない。唯一帰国させることができる方法は、①医療チャーター機を使用し（十分な感染対策をとり、他旅客とは別導線で感染拡大をきたさない環境）②陸路移動は民間救急車を使用（公共交通機関を利用しない）③入院先を確保すること（帰国者は地域保健所モニタリング下にはおかないので、しっかり隔離と管理がなされる）の全ての要件を満たすことである。

帰国まで約1週間の準備期間を要するため、病床（特に重症病床）を融通してもらうことは、地域からの要請に応えなければいけない病院にとってジレンマであった。加えて、都合により週末や夜間の到着が見込まれたり、国外から新変異株や耐性菌が持ち込まれないかも、受入を躊躇させる理由であった。それでも、医学的な見地からなぜ帰国して治療しなければいけないのか、滞在国の医療水準と患者の危険因子を照らしあわせながら丁寧に説明をして、人道的な配慮をもらえるよう粘り強く交渉を行った。

その間も患者の病状は悪化の一途をたどった。第11病日には体内が血栓傾向にあることが示唆されたため、集中治療室に移された。搬送日前日の第14病日、NHFでは十分な酸素化を維持できないため、人工呼吸管理が開始された。

空港検疫所との連携も欠かせない。高濃度の酸素需要があったため、受入病院にアクセスしやすい羽田空港への着陸を要請したが、オリンピックの影響でマンパワーに余裕がないこともあり許可を得ることができなかった。幸い成田空港が直前の目的地変更に応じてくれたことで搬送日を遅らせずに済んだが、ロジスティック調整の難しさに拍車をかけた。

ようやく帰国が実現できたのは第 15 病日であった。搬送中は、FiO₂ 80%、高 PEEP で維持できたが、血圧の変動が激しく、特に救急車⇄飛行機の移動時にショック状態が遷延した。仮に帰国加療の提案を躊躇したのであれば、間に合わなかった症例であったかもしれない (図 5)。

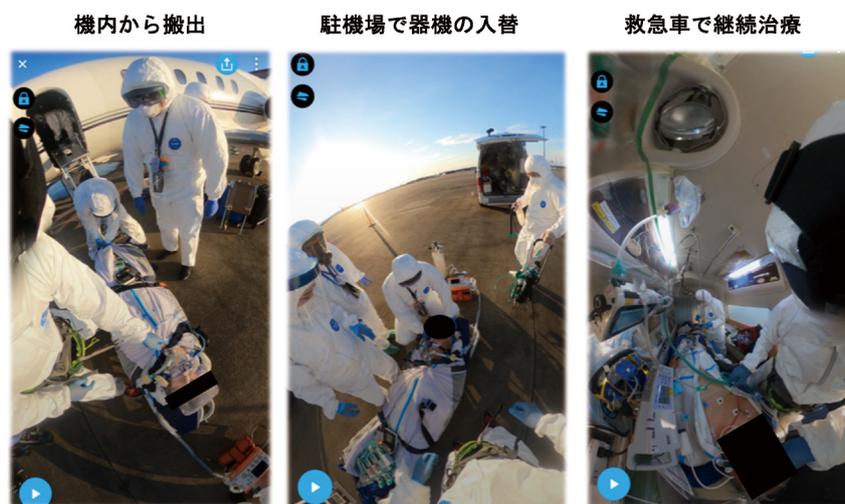


図 5. コロナ患者の搬送の実際

次のパンデミックに向けて

ワクチン接種や治療薬開発も相まって、2022 年以降、海外で重症化したコロナ邦人患者をみることはほとんどなくなった。国境開放の波は世界中に広がっている。かく言う日本政府も、ようやく 9 月 7 日にブースター接種者を対象に、陰性証明書提出を免除にするという大幅な水際緩和策を発表した。それに合わせ国際線定期便も回復の兆しをみせている。

しかし、病人たちの前に立ちはだかる国境の壁はまだ高い。いざとなった時、国民を守ってくれるのは母国のみであることを本パンデミックで痛感した。岸田政権は感染症対策の司令塔機能として、2023 年度に内閣感染症危機管理庁を新設、厚生労働省に感染症対策部と日本版疾病対策予防センターを新設し、一元的に対策に取り組む方針を打ち出した。しかし、帰国してくる邦人患者をスムーズに受け入れるシステムは、医療行政の効率化だけでは不十分である。主要国際空港に隣接する感染症指定医療機関で、彼らの一時的な受入（隔離、検査、治療）をするための体制構築は検討すべきであろう。また、検疫所や保健所、航空局、在外大使館などの横の連携も重要であるが、これらを統括するコントロールタワーがなければ、次の波がきた時、在外邦人の命は守れない。コロナがひと段落した今、官民の枠を超えた連携が問われている。



国境を越える人々への医療

日本の在外公館における緊急移送時の医務官の役割

role of medical attache in emergency transfer at diplomatic missions of Japan

中村 燈喜 Toki Nakamura

在スリランカ日本国大使館 医務官

〈要旨〉

世界にある日本の在外公館（大使館、総領事館）には約 100 名の外務医務官が配置され、職員・家族の診療・健康管理など在外公館の産業医的役割を担い、さらに在留邦人の健康相談、現地医療事情の情報収集とその提供、領事・警備等と連携し邦人援護業務を医療面（病院訪問・支援、緊急移送、緊急時のケア）で支えている。G20 などの他国に比べ同胞への医療支援は積極的である。

海外において邦人の緊急移送は、基本的には保険会社や医療アシスタンス会社が主体となって進められるが、外務医務官は、現地医療機関から、患者側（本人、家族、所属組織、担当搬送会社等）から、あるいは独自に覚知し、これに関わるが多い。この際、現地での生の医療事情をもち、時に現地の唯一の邦人医師である場合もある外務医務官は、現地医療機関からの患者情報収集、患者との面会、メンタルケア、さらに治療内容などを患者・家族に説明することなども求められる。また空港への移送・出国手続に関わるケースや、現地医療関係者・機関との交渉、本邦移送例では受入れ先病院の選定、紹介にも担わざるを得ないことがある。また患者側が現地医療事情に慣れてないことも多く、情報が錯綜するため、その一本化と移送に関わる関係者の役割分担を確認し、患者の病状とその生命を見据えつつ、それぞれの意向を汲み取り、現地医療機関や現地関係省庁と調整して、スムーズな出国をサポートするようなことも、邦人援護業務として行うことがある。

COVID-19 患者に於いては、現地で患者本人へのアクセス自体困難を極め、移送に感染リスクが伴い、とくに医療事情の脆弱な国では、医療関係者、空港・政府関係者などが COVID-19 に対する感染防御などの対応が不慣れなことから、緊急移送のあらゆる局面で時間がかかり、出国が困難な事態が頻発した。その上、移送費用が通常より高額となり保険不適用・未加入ケースでは問題が大きくなるがあった。

〈キーワード〉 外務医務官 (medical attache)、緊急移送 (medical transfer)、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)、スリランカ (Sri Lanka)

外務医務官

外務医務官（医務官）は、外務公務員医療職として採用される、日本の医師免許を持った医師で、外務省の正規常勤職員であり、霞が関の外務省診療所などに務める数名の医師以外は、海外にある日本の在外公館に赴任している。在外公館（公館）は、海外にある日本の外交の拠点であり、外務省に所属する大使館や総領事館、政府代表部などの総称で、規模の小さい領事事務所も合わせ世界中に約 250 あり、現在この中の 105 公館に配置されることになっているが、一部退避中や空席などの事情により一時的に未配置となっている公館がある。現地医療事情に問題がある公館を中心に配備されているため全配置公館のうち 3 分の 1 はアフリカ大陸の公館である。また配置がない

中村 燈喜 Toki Nakamura

在スリランカ日本国大使館 (Embassy of Japan in Sri Lanka)

Embassy of Japan in Sri Lanka, No.34,W.A.D.Ramanayake Mawatha, Colombo02, Sri Lanka

TEL. +94-777-383-372 Email: toki.nakamura@mofa.go.jp

公館には、近くの配置公館の医務官が、定期的に巡回検診を行ったり、健康相談を担当している¹⁾。

医務官の採用条件は、臨床経験10年以上でプライマリーケアに対応しうる内科、外科、精神科等の医師で、不定期に募集され、書類審査、筆記試験及び面接にて選考されている。実際には、救急、産業医、総合診療などのバックボーンや、医系技官や防衛医官、海外医療系NGOなどの経験、眼科、皮膚科などの専門を持つものもいる^{2) 3)}。

業務と緊急移送への関わり

医務官の業務は、外務省訓令により規定され、要約すると以下となる。

1. 担当公館等の職員、家族の保健指導、健康相談、診察、治療
2. 担当公館所在国の医療事情等の調査
3. 在留邦人等への医療事情等の情報提供
4. 在留邦人等の保健医療相談
5. 在留邦人等の応急処置（緊急かつ人道上やむを得ない時）

これらの業務うち、邦人の緊急移送に関わる部分は、3～5の3つの業務からとなり、公館の大切な業務の一つ、「邦人援護業務」の一環として行われる。精神科専門の医務官もおり、職員だけでなく、邦人援護の一環として、リモートも含めた面談などメンタルヘルスサポートも行うこともある。ただ、残念ながら、外交上の問題から、通常、医務官は現地の医師免許を所持できず、現地国での医療行為は、緊急かつやむを得ないときのみできることとなっている。

3の医療事情等の情報提供の形としては、例えば、外務省ウェブサイト内の「世界の医療事情」では、各在外公館医務官が集めた情報が掲載され2年に1回更新している。また、企業や大学など希望団体へ随時現地医療事情のブリーフを行ったり、現地日本人会と連携して、領事、警備担当者とともに在留邦人向けに医療講演会や安全対策セミナーなどを開催している。コロナ禍の状況が逼迫しているときには、リモートで毎週のように開催することもある。

邦人の傷病情報

担当地域に於いて、邦人が傷病で重症となると、本人、家族、同行者、友人、所属組織などから直接連絡がある場合もあるが、現地医療機関に受診・入院となるため、その病院や周辺医療機関、警察、政府関係者、医療アシスタント会社などから、在外公館を通して医務官に情報が入って来る。こうした場合は、すぐに緊急性を判断するため電話、メール、可能なら現場に駆けつけて情報収集を開始する。このときスムーズに情報を得るために、邦人が主に受診する病院などの医師や医療関係者と普段から連絡を取れる関係を作ることも業務の一環である。そして必要に応じて病院訪問し、患者さんから直接情報収集したり、可能なら診察し、担当医やスタッフとFace to Faceで話をして、信頼できる関係を築く。ともすれば気を抜くような現地の医師や医療機関もある中で、バランスを考えながら一定のプレッシャーをかける意味もある。そして、緊急移送を担う保険会社、医療アシスタンス会社などの担当者と可能な限り密に情報を共有し、日本の家族にも連絡・説明することも多い。状況によっては請われて、搬

送先の日本の病院を探したり、日本の受入れ医師に直接説明することもある。

緊急移送は誰が担うのか

緊急移送の必要性の判断とその方法の選択は、現地の医療事情だけでなく、患者側のサポート体制や加入している旅行保険などの内容によって、大きく変化する。実際に緊急移送関連費用のコストを負担するのは保険会社であることが多いため、これと契約した医療アシスタンス会社が主導し、自分たちのネットワークのみで進めていくことが多い。この場合、医務官は立ち位置が明確ではなく、ほとんど医務官が関わらずスムーズに帰国するケースもあれば、患者・保険会社側でやるべきこと、やらなくてはならないことまで医務官に依頼されることもある。実際には、患者と面会しメンタルケアなどを含む相談・診察などを行ったり、病院と患者の間に立って説明したり、患者と現地および日本の搬送側との間を円滑にするよう行動することが主となる。こうしたケースでは、日本の搬送側との密接な情報共有が大切だが、これができず、移送時に患者に余分な負担をかけたり、それまで情報共有がない日本の搬送側から出国間際になって、急に医務官に難度の高い依頼があることもある。むしろ企業などに所属する患者にこのケースが多いのが興味深い。

一方で、旅行前に十分な保険に加入していないケースや、個人で長期滞在、困窮などトラブルを抱えているような方のケースでは、日本側のサポートも保険も、何もない時があり、このようなケースでは、邦人援護業務の中で、領事、医務官を中心に、家族など日本の患者関係者にあたって、医療的なことだけでなく、緊急移送に必要な手続きなどすべてを行わなくてはならず、短時間に膨大な業務を抱えることとなる。

邦人援護と在外公館

医務官は「邦人援護」という業務の中で緊急移送を行うと前述したが、この邦人援護は、公館の他の担当職員がむしろ主に関わっており、中でも、特に領事担当者は、ビザや旅券のような渡航関係業務だけでなく、婚姻等の各種届、選挙なども含め、在留邦人にとって相談窓口であるため、援護案件では必ず関わり、また警備担当者も関わる事が多く、現地の警察や軍に連絡をとって、援護業務を円滑にすすめる。

実際の邦人援護業務では、この領事と警備が中心となり、医療援護案件となると医務官が関わることになる。ここでは在外公館の邦人援護についての詳細は省くが、領事や警備を始め、現地政府機関への働きかけが必要な場合は特に公館全体で連絡を取りつつ、COVID-19 案件や緊急移送への関与を行なっている。

前述したように日本の在外公館のうち3分の1ほどしか医務官は配置されていない。さらに邦人を日本に搬送しなければならないような医療事情が脆弱な国では小規模な公館が多く、領事業務担当職員も警備担当職員も各1～2名である。これは、何も日本に限ったことではなく、米国以外のG20 諸国でさえ、日本の公館以上に職員は少ないことが多い。

旅行保険などの緊急移送費用を保障する保険に加入していないケースなどでは、最終的に高額な移送費用が負担できず現地での医療を受けざるを得ない状況に追い込まれることもある。こうした場合、現地医療機関に医務官や担当職員が張り付いてサポートせざるを得ないこともあり、経過が長くなると他の業務が回らないばかりか、医務官自身が消耗することもある。

途上国における医務官のイメージ

主に途上国において、患者やその関係者、保険会社など、また移送に関わる日本の方々にとらえていただきたい、外務医務官のイメージは、日本語が通じる、おそらく現地の医療事情が一番わかっている、そして日本でその傷病がどのように治療されるのか患者側に日本語で説明できる、日本人医師であり、邦人援護という枠組みと観点から、外務省を含む関係者と連携をとって医療的サポートを行う、そんな医師だと思っていただきたい。

COVID-19 パンデミックで困難になったこと

コロナ禍での業務の変化に関しては、まず患者さんにアクセスできない、ということが起こった。患者さんのベットサイドどころか病院自体に入れないケースばかりで、そのため、直接の情報収集が困難だった。

次に、それまでに比べ格段に、移送の許可が出なかった。主治医の許可がおりない、感染者の取り扱いに慣れていないのでむずかしい、政府関係機関の許可しない、などがその理由だった。

そしてそれらがクリアできてでも出国できないことがあった。せっかく空港までたどり着いたのに、空港関係者が感染を恐れ近寄らず進まなかったり、前例がない、政府から何の指示もない、など現地外務省や保健省などの許可があっても、出港直前に許可が出ないケースもあった。

さらに受け入れる日本側でも、患者関係者、保険会社、搬送会社、日本の空港関係、厚労省検疫担当者、受け入れ病院など一部の方々が、現地の事情や患者の様態に無理解で、強力や受け入れを拒否されたり、各部署で再び一から説明し内部協議の返事待つあいだに、フライトスケジュールなどの変更を強いられたりとクリティカルな時間が無駄に経過したこともあった。

外務医務官に求められるものとその役割

緊急移送が円滑に進むためには、以下のそれぞれ立場の違う各関係者との頻回で詳細な情報共有が必要不可欠である。

- ・患者家族、所属機関・会社、
- ・保険会社、医療アシスタンス会社
- ・現地の医療機関と医師
- ・出国のための政府機関（現地保健省、外務省、出入国関連省庁）とその出先機関等
- ・入国のための政府機関等（空港関連、厚労省、国交省、法務省、外務省等）
- ・受入れ医療機関

緊急移送の際に医務官に求められることは、これら同士を立場に応じてつなぎ、現場の情報を伝え、患者さんの命を守るためにどう連携すればいいか、調整する役割を担えればと思う。日本の医療とはかなり違う現地の医療と、その中に放り込まれた患者さんと、その日本の関係者の間に入って、その隙間を埋める現地でのまとめ役を担わねばと心がけている。

COVID-19 パンデミックの中で、普段から問題であることがより顕在化した。これを機に、外務医務官の存在と

役割を知っていただき、必要な局面で、効率的に利用・活用していただけたら幸いである。

スリランカ医療事情

最後に筆者の任地スリランカの医療事情について触れたい。

約20数年間、歴代の政権が失敗を重ねてきた経済政策運営と過剰な公共投資、家族経営と揶揄される汚職体質などに加え、2019年のテロやコロナ禍の度重なる厳しい外出禁止令の影響などで重要な外貨獲得源であった観光収入が激減し、2022年4月にととう債務不履行となった。外貨不足のため、石油など燃料が輸入できず、ガソリン、LPガス不足、毎日の停電、物価上昇などから国民の不満が鬱積しデモが日常化した。

殆どを輸入に頼っている医薬品や医療資材について、特に公立病院では、糖尿病や高血圧など慢性疾患の治療薬の入手が困難になり、手術室やICUなどで使用する基本的な麻酔薬や昇圧剤、鎮痛剤などの医薬品や治療資材まで不足し、緊急手術以外の延期や制限が行われた。例を挙げると狂犬病ワクチン在庫不足が深刻で、2022年5月から数ヶ月コロポの殆どの病院で在庫がなくなった。

邦人など外国人が受診するような私立病院ではこれらを独自調達していたものの、その状況は深刻となり、急激なインフレから手術料などの患者負担も上昇し、例えば心臓外科などに使用するディスポ手術機材を再滅菌し何回も使用する状況。

燃料不足により出勤する医師・コメディカルが定数を割ったり、約2万人の医師のうち、1,500～2,000名の専門医がスリランカ国外のポジションに転職したといわれ、公立病院は国民であれば患者負担がないが、医薬品などの絶対数が足りず順番待ちが常態化し、治療開始が大幅に遅れることが現在でも問題となっている。燃料不足から毎日計画停電が行われており、自家発電が脆弱な地方では停電中は治療ができない状況も発生した。

2023年までのしばらくの間は、COVID-19蔓延状況下の昨年まで以上にスリランカの医療に関する質が相当低下していると考えられる。

以上から、乳児や幼児、高齢者、医療リスクのある方のスリランカ滞在には危険が伴うこと、緊急を要しない手術や侵襲的な検査・処置、出産などは、日本または他の先進国で行なうことを強く推奨する⁴⁾。

なお、この文章は個人として見解を述べたもので、政府（外務省）としての公式見解ではなく、説明責任は私個人に帰属するため、問い合わせ等に関しては個人宛に願いたい。

文献

- 1) 外務省 [Internet]. 在外公館設置状況. Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000047796.pdf>
- 2) 外務省 [Internet]. 外務公務員医療職員採用情報. Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/annai/saiyo/iryuu/index.html>
- 3) 外務省 [Internet]. 外務公務員医療職募集. Available from: https://www.mofa.go.jp/mofaj/ms/h_w/page4_001410.html
- 4) 在スリランカ日本国大使館 [Internet]. スリランカの医療事情. Available from: https://www.lk.emb-japan.go.jp/jp/contents/iryuu/202206_medical_brief.pdf



国境を越える人々への医療

コロナ禍での邦人の国際医療搬送における検疫所の役割

守屋 章成

名古屋検疫所 嘱託医

国外で発生した傷病者の航空機による日本への搬送、いわゆる国際医療搬送には、当事者、医療関係者及び医療搬送サービス業者の他にも、様々なステークホルダーが携わる。航空機が到着する国際空港において入国（上陸）関連業務を担当する官公庁も含まれる。それら官公庁のうち、特に医療に直結する検疫業務について本稿で論ずる。

検疫所とは 検疫業務とは

国際空港に海外から到着した乗員乗客は全員が例外なく、①検疫検査場 → ②入国審査場 → ③税関検査場の順に通過する。①を担当するのが検疫所であり、②を出入国在留管理局、③を税関、動物検疫所及び植物防疫所がそれぞれ担当している。

検疫所の二大業務は、1. 特定の輸入感染症の監視、及び2. すべての輸入食品の監視であるが、本稿では前者1. のみについて論ずる。

検疫所が監視している輸入感染症は、検疫法に指定された「検疫感染症」と呼ばれる15種の疾患のみである（別表参照）。これらは、2022年9月現在の新型コロナウイルス感染症を除いて、すべて国内に常在しない病原体による感染症である。逆に言えば、肺結核、風疹、季節性インフルエンザなどの国内に常在又は未排除の病原体は、検疫所による監視対象に指定されていない。

表. 検疫法に指定された感染症「検疫感染症」

一類感染症	1. エボラ出血熱 2. マールブルグ病 3. クリミア・コンゴ出血熱 4. ラッサ熱 5. 南米出血熱 6. 痘そう（天然痘） 7. ペスト
新型インフルエンザ等感染症	8. 新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）
その他	9. 鳥インフルエンザ A (H5N1) 10. 鳥インフルエンザ A (H7N9) 11. 中東呼吸器症候群 12. デング熱 13. チクングニア熱 14. ジカウイルス感染症 15. マラリア

通常の検疫体制下では、海外から到着した乗員乗客にサーモグラフィや質問票（臨床における問診票に相当）を用いて、発熱等の感染症を疑う有症状者を積極的に発見して適宜検査を行っている。有症状者の発見頻度や検査実

守屋 章成
名古屋検疫所 嘱託医

施頻度は日差変動が大きく、筆者が勤務してきた中部空港検疫所支所（中部国際空港、セントレア）では、12時間で20人以上の発熱者を発見した日もあれば、24時間でただの1人も有症状者が発生しないこともあった。

しかし、2019年末に発生した新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）では、症状の有無に関わらずすべての到着客に対して新型コロナ検査を実施するという前代未聞の検疫強化が、最初期から2022年5月末までの2年以上にわたり実施された。陽性者は検疫法に基づいて隔離（主として検疫所運営の宿泊療養施設での強制療養）を行う。言うまでもなく大量の人的資源を要する検疫手法であり、新型コロナ禍で国際線が長期運休となった他検疫所や民間業者からの応援も得ての、全国検疫所を挙げての壮大なオペレーションとなった。2022年6月以降は段階的に緩和され始めたものの、諸処の検疫手続きに未だに多くの人的資源を要している。

新型コロナ検疫に大量の人的資源を投下せざるを得ない状況が、国際医療搬送に影響を与えたことは間違いない。

検疫にとっての国際医療搬送

前述の15種の検疫感染症を発見するのが検疫所の絶対的業務である以上、たとえ重病による国際医療搬送であっても、搭乗しているすべての乗員乗客に対して検温や質問（問診）による検疫感染症のスクリーニングは省略できない。

しかも、国際医療搬送は殆どがチャーター便で、商用旅客機とは異なる遠方の専用スペースに駐機する上に、搬送された傷病者が空港ビル上層階にある検疫検査場まで移動するのは常識的に困難である。そのため、検疫官が広大な空港内を公用車で移動して、専用駐機場のチャーター便まで出向いて検疫する必要がある。空港独自の自動車運用ルールに厳格に従いつつ移動するため、検疫官が建物内のオフィスを出てからチャーター便駐機場に到着できるまで10分以上要する。かつ、検疫は「到着後すみやかに開始する」ことが検疫法で義務づけられていることから、検疫官は着陸予定時刻よりも前に駐機場に到着して待機せねばならない。

傷病者を含むすべての乗員乗客への検温及び質問によって検疫感染症の疑いがない（乏しい）ことを確認し、チャーター便の機長宛に乗員乗客及び機体の移動許可証（「(仮)検疫済証」）を交付する行政手続きを終えて初めて、傷病者の国内医療機関への陸路搬送を開始できる。この過程にやはり10分以上を要する。傷病者が緊急を要する状態であれば、人道的配慮から行政手続きと搬送開始を並行させることもあるが、検疫官が臨場して検疫感染症の有無を自ら確認するという過程は省略できない。

これら一連の過程にオフィスへの帰還も含めると、国際医療搬送の検疫には1～2名の検疫官が1時間程度は専従する必要がある。

国際医療搬送の到着日時の調整

国際医療搬送の検疫には様々なステークホルダーが関与する。到着日時及び諸手続について検疫所が直接連絡を取り合うのは、医療搬送サービス業者及び空港の航空ハンドリング業者である。

いずれかの業者から国際医療搬送発生の第一報が検疫所に入ると、通常検疫の合間を縫って1～2名の検疫官を1時間程度専従させられる日時を検疫所から回答する。しかしチャーター便運航には、傷病者の病状から妥当な出発日時、受入医療機関の都合と陸路搬送時間から妥当な到着日時、チャーター便の給油経路地の空港での離発着時間制限、乗員の連続勤務時間制限等、様々な時間的制約が発生する。先方から日時の変更を提案されるのは日常茶飯事である。当然検疫所も提案に応じて人員配置を再考せねばならない。パズルを解くような調整作業を両業者間

と繰り返す。この間に傷病者の容態が変化して調整が振り出しに戻ることもあれば、到着空港すなわち対応検疫所を変更することすらある。

根気よく調整を続けてようやく到着日時が確定される。

新型コロナ禍での国際医療搬送と検疫

前述のとおり新型コロナ検疫には空前の人的資源を投入してきたため、国際医療搬送を受け入れるための検疫人員配置が困難な状況が増えた。検疫所側の到着日時候補が従前より少なくなり、調整が難航するようになった。

しかも、傷病者といえども新型コロナ検査を免れない期間が長く続いた。チャーター便で到着した傷病者及び添乗者すべてに検体採取を行ってきたのだ。結果が判明するまでの1～2時間を狭い到着機内で待機するのか、受入医療機関の了承を得て結果未着で搬送開始するのか、新型コロナが陽性の場合には検疫法上の隔離を受入医療機関に委託するのか、その場合の費用負担をどう案分するか、等の調整項目が増えた。

新型コロナ禍での検疫所の国際医療搬送対応の殆どは調整に次ぐ調整であり、医学医療らしい要素は乏しい。しかし世界的パンデミック下でも検疫業務に省略はなく、検疫法が規定するとおりの行政手続きを着実に遂行し、しかも医学医療として妥当な対応でなければならない。どのような状況でも国際医療搬送が可能な限りスムーズに完了するよう、最大限の調整及び配慮を行うのが検疫所の重要な責務である。

幸いに本稿執筆時点では新型コロナ検疫は段階的に緩和されつつある。国際医療搬送に関わる調整の困難さも低減されてきた。今後の新型コロナの状況は容易には見通せないが、検疫体制がどのように変化しても個々の国際医療搬送が可能な限りスムーズに行われるよう、検疫所は引き続き対応に努めたい。



国境を越える人々への医療

受け入れ医療機関の役割

馳 亮太

日本赤十字社成田赤十字病院感染症科

当院は、成田国際空港の近くに位置する特定感染症指定医療機関であり、平時より、感染症科が中心となって、海外渡航後の輸入感染症疑いの患者の診療を行っている。COVID-19の流行が始まってからは、千葉県内のCOVID-19患者の入院受け入れと並行して、検疫所から検疫法入院のCOVID-19患者の入院受け入れも積極的に行ってきた¹⁾。2021年11月までに約600人のCOVID-19患者の入院受け入れを行い、約1割が、検疫法に基づく、検疫所からの患者受け入れであった。COVID-19患者の入院調整は、自治体の行政機関が担当しているが、入院経路は様々である。具体的には、以下のようなパターンが挙げられる。

- ・地域の保健所の調整で自宅、施設、他院から搬送
- ・県庁調整本部の調整で医療圏外の自宅、施設、他院、県が管理する宿泊療養施設から搬送
- ・他院からの重症化した患者の直接転院依頼
- ・保健所、県庁調整本部を介さない救急隊からの陽性患者の受け入れ依頼
- ・自施設一般・救急外来からの疑い患者の入院 → 確定し入院継続
- ・検疫所の調整で空港、検疫宿泊療養施設からの搬送
- ・医療搬送アシスタンス会社経由の海外からの邦人の医療搬送

これらの経路の中でも、海外からの邦人の医療搬送は、その手続きや調整が特に複雑である。当院では、2021年11月までに4件のCOVID-19に罹患した邦人の海外からの医療搬送に対応した²⁾。搬送前の滞在国は、3名がインドネシア、1名がネパールであった。3名は搬送中も酸素投与が必要な状態であり、そのうち1名は、当院到着後に人工呼吸管理、ECMO導入を行なったが、回復せずに他界した。入院時の耐性菌スクリーニングの結果、2名に耐性菌の保菌が証明され、1名はNDM-CPE（ニューデリー・メタロ-β-ラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌）という南アジアで蔓延している高度多剤耐性菌であった。ワクチン接種が十分に広まっていない時期の搬送事例も含まれているが、4名全員がCOVID-19のワクチンは未接種であった。いずれの搬送事例も、滞在国においてCOVID-19流行が拡大している時期に発生しており、滞在国では十分な医療が受けられないという判断の下、医療搬送が行われた。

海外からのCOVID-19患者の医療搬送事例を受け入れ医療機関の立場で経験して感じた問題点と対応策について述べる。

馳 亮太

日本赤十字社成田赤十字病院感染症科

TEL. 0476-22-2311 FAX. 0476-22-6477 Email: hase.ryota@kameda.jp

1. 入院病床確保に伴う問題

災害地域からの医療搬送と異なり、パンデミック期における感染症患者の医療搬送の場合には、自国、および自施設付近の地域においても患者が発生しており、病床の確保が困難という問題がある。特に、医療逼迫状態の時期には、病床の空き状況は日々変動しており、数日後の入院病床を確保することは困難であるが、海外からの医療搬送の場合には、受け入れ病院を確定させなければ、医療搬送、入国の手続きを進めることができないため、事前の病床確保の確保が求められる。また、当院を含めた医療機関の COVID-19 患者用の病床は自治体によって確保が指示されており、本来であれば、自施設がカバーする医療圏の入院が必要な患者、または広域搬送で搬送されてくる千葉県内の入院が必要な患者の入院に優先的に利用すべきである。当院が成田空港に近いという理由で、海外からの医療搬送事例の受け入れの打診を受けることは多いが、搬送予定の患者は日本国内の居住地や勤務地が千葉県とは全く関係のない地域であることも多い。千葉県内の患者の入院調整が困難な状態に陥っている時期に、既に海外の医療機関に入院している患者のために、千葉県内の医療機関の確保病床を使用することの倫理的な問題についても院内では議論になった。現状では、医療アシスタンス会社が、病院や自治体に直接、海外からの医療搬送事例の受け入れを打診する調整方法しかないが、邦人保護の観点からは、行政機関が窓口を設置して、全国のより広い選択肢の中から、優先度を判断した上で、適切な受け入れ医療機関を探す仕組みが必要であると感じた。

2. 受け入れまでのタイムラグに伴う問題

入院受け入れを決めた段階の病状と、到着時の状況が異なる可能性があるため、到着時により重症であった場合に備えた、病床や診療体制の確保を行う必要がある。また、円滑な受け入れを行うためにも、医療搬送アシスタンス会社と密に連絡を取り、入手した情報を速やかに院内の関係者に共有することが重要である。当院で受け入れを行った4名の患者はいずれも同一の医療アシスタンス会社が担当していたが、遅延のない情報共有を行うために、診療科責任者と医療アシスタンス会社の担当者は携帯電話で常時、連絡を取れるように工夫し、密な情報交換を行った。

3. 病院到着時間の問題

パンデミック期においては、各国の国際空港利用や搬送に関わる機材や人員の制約も多く、平時のように日本への到着時間を自由に調整できない場合も多いようである。その結果、病院への到着時間が、深夜、早朝になってしまうことがあり、マンパワーが手薄な時間帯の受け入れが発生してしまう。現地の医療提供体制や患者の病状によっては、適切な搬送の時期を逸すると、生命予後に大きな影響を与えることもあるため、受け入れの時期や、時間については、院内の関係者と協議して、無理のない範囲で、調整する必要があった。

4. 耐性菌の問題

COVID-19 患者に限ったことではないが、海外からの医療搬送事例では、患者は現地の病院に入院している場合が多いため、耐性菌の保菌が問題になる。当院では、院内マニュアルに基づき、入院時は個室、厳重な飛沫・接触感染予防策を実施した上で、耐性菌の監視培養を行い、その結果を待って、感染対策の継続、解除の判断を行った。

受け入れを行う医療機関は、平時から多剤耐性菌の保菌が疑われる患者についての対応について準備をしておく必要がある。

COVID-19 パンデミック期の海外からの医療搬送事例を経験し、院内外の関係者間の速やかな情報共有が、医療搬送成功の鍵になることを実感した。受け入れ先の調整については、災害時とは異なるパンデミック期特有の問題を認識し、邦人保護の観点から、新たなシステムの構築が望まれる。

	患者1	患者2	患者3	患者4
年齢、性別	40代男性	60代男性	50代男性	40代男性
渡航国	インドネシア	ネパール	インドネシア	インドネシア
搬送時期	2020年12月	2021年6月	2021年7月	2021年7月
基礎疾患	糖尿病	高血圧	腹部大動脈瘤	糖尿病、高血圧
COVID-19ワクチン接種	無	無	無	無
現地病院入院日数	13	15	4	12
最初の相談から搬送までの日数	5	5	2	2
病院到着時間	8:35	22:07	21:24	20:37
病院到着時の呼吸状態	3L02	15L02	酸素投与なし	6L02
耐性菌スクリーニング	検出なし	便培養からNDM型CPE 痰培養から <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	便培養からAmpC過剰 産生型 <i>Enterobacter cloacae</i>	検出なし
転帰	回復し退院	死亡 (ECMO実施後)	回復し退院	回復し退院

NDM: ニューデリー・メタロ-β-ラクタマーゼ, CPE: カルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌

図 1. 海外から搬送された COVID-19 患者のまとめ

参考文献

- 1) Hase R, Kubota Y, Niiyama Y, Ishida K, Muranaka E, Kikuchi K, Kurita T, Mito H, Sasazawa H, Yano Y. The profile of patients hospitalized with COVID-19 under the Quarantine Act in a designated hospital near an international airport in Japan. *Glob Health Med.* 2021 Jun 30; 3(3): 180-183. doi: 10.35772/ghm.2021.01058. PMID: 34250295
- 2) Kubota Y, Hase R, Kurita T, Mito H, Yano Y. A review of four cases of COVID-19 medically evacuated by ambulance jet from Asian countries to Japan: Importance of strict infection control measures against multidrug-resistant organisms. *Glob Health Med.* 2022 Jun 30; 4(3): 197-200. doi: 10.35772/ghm.2021.01126. PMID: 35855070;

在日ベトナム人技能実習生の健康管理への認識と 健康管理行動についての文献検討

Literature Review on Healthcare Perceptions and Healthcare Behavior of Vietnamese Technical Intern Trainees in Japan

森 つばさ

Tsubasa Mori

大阪医科薬科大学大学院看護学研究科博士後期課程

Osaka Medical and Pharmaceutical University Graduate School of Nursing Doctoral Course

〈Abstract〉

In recent years, many Vietnamese technical intern trainees have been supporting Japanese industry, which is suffering from a shortage of human resources. However, their health problems are a concern due to changes in lifestyle and environment. Moreover, expectations of medical care and receiving behavior reflect socio-cultural backgrounds. Therefore, to provide adequate healthcare services, it is necessary to identify their cultural orientation toward health and healthcare behaviors. Literature review was conducted, and five articles were selected for content analysis.

Three categories [Perception of visiting a medical institution], [Behaviors related to treatment] and [Behaviors related to prevention] were extracted. The Vietnamese trainees did not consider it is essential to go to the hospital if they were not seriously ill and had medicine with them. They received medical attention for trauma and other injuries during their internship with the help of the Japanese people around them. However, not much action was placed on disease prevention.

The Japanese perceived the language barrier as the main reason they did not go to hospital immediately. However, content analysis suggested that this was related not only to culture but also to the social context of inconvenient access to medical care. For example, when Vietnamese people are unwell, they first try to treat themselves with traditional alternative therapies. Then, if their condition does not improve, they go to a pharmacy to obtain Western medicine. Finally, they see a doctor as a last resort if that does not work. This action is their traditional way of coping with illness and must be recognized.

Japanese health professionals, supervising organizations, and employers must engage with Vietnamese technical intern trainees to understand their cultural orientation to healthcare to provide and support them with meaningful care and medical services.

〈キーワード〉 技能実習生 (technical intern trainee)、健康管理行動 (healthcare behavior)、ベトナム人 (Vietnamese)、
文化的志向 (cultural orientation)

I. はじめに

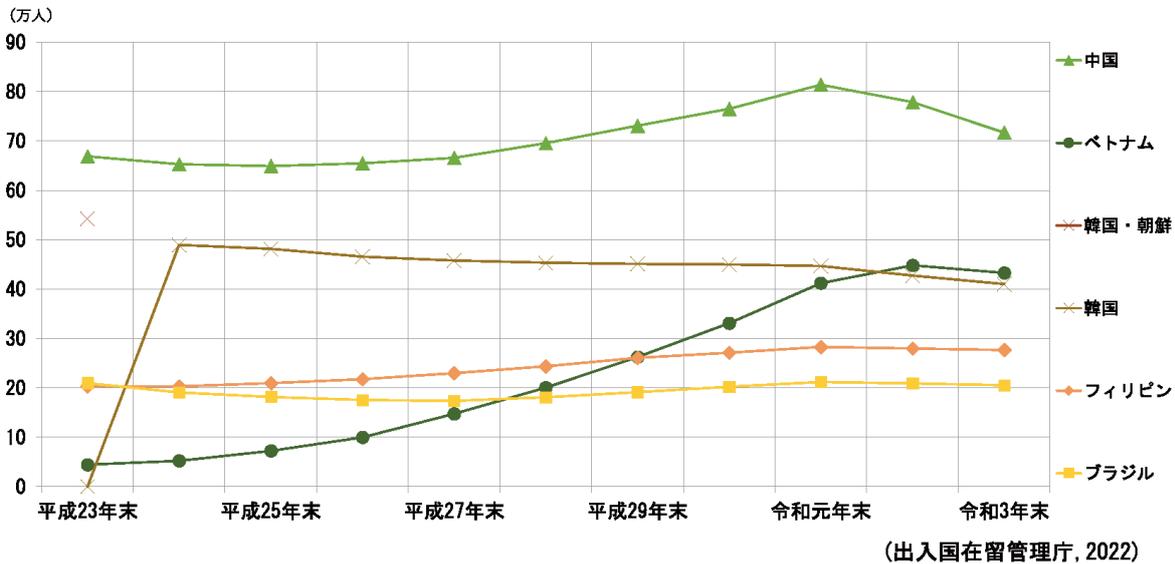
世界的なCOVID-19のパンデミックにより、訪日外国人観光客数は激減したが、日本に長期滞在している外国人の人口には大きな変化が見られていない(表1)。中でも平成23年以来、増加している在日ベトナム人の人口は高止まりの状況にある。令和3年度末の報告¹⁾では、在日外国人の国籍はベトナムが中国に次いで多い。技能実習を

森 つばさ Tsubasa Mori

〒569-0095 大阪府高槻市八丁西町7-6 7-6 Hatchō Nishimachi, Takatsuki, Osaka 569-0095

E-mail: ompu73122003@s.omp.ac.jp

表 1. 国籍・地域別 在留外国人数の推移（上位 5 か国）



在留資格として滞在する人では中国人が約 37,000 人であるのに対し、ベトナム人は約 160,000 人と最も多く、コロナ禍においても日本で技能実習を継続する在日ベトナム人が多くいたことがわかる。

在日ベトナム人技能実習生の抱える問題については、冬の寒さに慣れていないことや漢字を難しいと感じていること²⁾が報告されているが、彼らの健康管理上の問題については明らかになっていないことが多い。ベトナムでは人口の急増を背景に医療資源が不足し、公立病院が本来の機能を果たせない状況である³⁾と言われ、民間病院では自由診療が併用されているため費用が大変高額である⁴⁾。そのように医療へのアクセスが難しい状況下で暮らしてきたベトナム人の技能実習生と、医療資源の潤沢な環境にある日本人では、疾病の予防や受療行動といった健康管理の認識や行動に違いがあると考えられる。その違いが明らかになれば、日本の産業を支える彼らの支援につながる。そのために本研究では在日ベトナム人技能実習生の健康管理への認識と健康管理行動を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. サンプルングと分析方法

「医中誌 Web」「J-STAGE」を用いて検索した、在日ベトナム人技能実習生を対象とした研究からの健康管理への認識と行動の記述を抽出し、内容分析を行った。検索のキーワードは「ベトナム人技能実習生」とした。彼ら自身が行う、心理的ストレスへの対処は身体への健康への悪影響を防ぐ行動として予防に関する行動とした。

2. 倫理的配慮

資料のみを対象としているため、付議不要となる。

III. 結果

52 件の文献から重複や本件に関わりのないものを除き 5 件の文献を検討した (表 2)。

文献から収集されたコードより、3つのカテゴリが抽出された (表 3)。以下、カテゴリには []、コードに

表 2. 文献一覧

著者(発行年)	タイトル	研究デザイン/対象	主な結果
① 坂部, 山岸, 森, 海野, 堀口, 高村, 他 (2020)	ベトナム人技能実習生、Brugada症候群の1例	事例報告/1名の在日ベトナム人技能実習生	日本でBrugada症候群を診断され、植え込み型除細動器の移植を勧められた在日ベトナム人技能実習生が、経済的理由により帰国後の治療継続が難しいことから移植を受けなかった。永続的な治療への支援が重要である。
② 堀本, 上杉 (2022)	在留ベトナム人技能実習生の医療受診における困難	質的記述的研究/12人の在日ベトナム人技能実習生	仕事への意欲が強く、重病でなければでないと受診しないと考えるベトナム人技能実習生にとって、監理団体等周囲の支援が重要である
③ 清藤 (2021)	仏教徒ベトナム人技能実習生の心の拠り所：地域日本語教室でのPAC分析の調査をもとに	質的記述的研究/2名の(元)在日ベトナム人技能実習生	(元)在日ベトナム人は、家族と離れて日本で暮らすことや、経済的な問題、職場での辛い経験などによる精神的なストレスを、家族を思うことや友達と話すこと、寺へ行って祈ることで緩和していた。
④ 森松, 森, 小笠原, 石竹 (2021)	結核性髄膜炎罹患未申告を事由に契約を解除されたベトナム人技能実習生	事例報告/1名の在日ベトナム人技能実習生	対象者は入国前にベトナムで診断された結核性髄膜炎を失職の恐れから申告しなかった。就労制限についての法規を正しく理解し病気を持ちながら働く人々を支援することが必要である。
⑤ 森松, 森, 小笠原, 中田, 石竹 (2022)	COVID-19パンデミック期間中に心身不調を訴えたベトナム人技能実習生とコロナ禍における対応の現状	質的記述的研究/2人の在日ベトナム人技能実習生	コロナ禍において一時帰国が制限されたことで、2人の在日ベトナム人に生じた心身の不調とその対応を明らかにし、社会的支援の重要性を示唆した。

表 3. 在日ベトナム人技能実習生の健康管理への認識と健康管理行動

カテゴリ	コード	文献
医療機関への受診に対する認識	病院に行くのは最後の選択肢 薬があれば受診しない 重病でなければ受診しない 仕事をしたいから受診しない 言葉の問題があり受診できない 日本人のサポートがなければ受診できない 受診の付き添いを頼むことは迷惑になる ベトナムの主治医に相談したい	② ⑤
治療に関する行動	就労中の外傷で受診 治療を断念する 市販薬を買って飲む ベトナムから持参した薬を飲む 日本で内服処方を受ける 日本で治療を受け就労を続ける	① ② ④ ⑤
予防に関する行動	家族を心の拠り所にする 寺へ出向いて祈る	③

は〈 〉を用いて記述する。

1. [医療機関への受診に対する認識]

在日ベトナム人技能実習生が〈病院に行くのは最後の選択肢〉(No. ②)と考へ〈薬があれば受診しない〉(No. ②)、〈重病でなければ受診しない〉(No. ②)理由について、〈仕事をしたいから病院に行かない〉(No. ②)の他に、〈言葉の問題があり受診できない〉(No. ②)、〈日本人のサポートがなければ受診できない〉(No. ②)、しかし〈受診の付き添いを頼むことは迷惑になる〉(No. ②)と考へていた。〈ベトナムの主治医に相談したい〉(No. ⑤)場合もあった。

2. 健康管理に関する行動

1) [治療に関する行動]

在日ベトナム人技能実習生は、〈就労中の外傷で受診〉(No. ①)をしていた。経済的な理由で帰国後に継続治療ができないことから〈治療を断念する〉(No. ①)選択があった。〈市販薬を買って飲む〉(No. ②)、〈ベトナムから持参した薬を飲む〉(No. ④, ⑤)ものと、〈日本で内服処方を受ける〉(No. ②, ⑤)ものがあった。〈日本で治療を受け就労を続ける〉(No. ⑤)場合もあった。

3. [予防に関する行動]

疾病の予防に関する記述はほとんどなかった。身体症状につながる精神的なストレスに対して、〈家族を心の拠り所にする〉(No. ③)、〈寺へ出向いて祈る〉(No. ③)ことで対処していた。

IV. 考察

レイニンガーは、異文化を背景に持つ人々にケアを提供する際には、相手の文化の中で築かれてきた健康や疾病への向き合い方を知る必要があると述べている⁵⁾。在日ベトナム人技能実習生は、受診を控える傾向にあった。外国人患者が異国での受診に困難を感じる際、単純に〈言葉の問題があり受診できない〉と言語の問題があるためと結論づけられることが多い。日本では話者の少ないベトナム語医療通訳の確保は課題となっている⁶⁾。しかし、ベトナム人の医療に対する認識や医療機関への受療行動は、ベトナムの社会や文化の背景を踏まえて考える必要がある。

医療機関へのアクセスが容易でないため、ベトナム人は体調が悪くなると、まずハーブなど伝統的な「南薬」を用いた家庭内での民間療法を試みる。中国文化の影響から、食養生の考え方も定着していると言われる。「南薬」で良くならない場合は、薬局で症状を説明し、西洋医学の医薬品「西薬」を購入する⁷⁾。受診は控えるも〈市販薬を買って飲む〉、〈ベトナムから持参した薬を飲む〉といった「治療に関する行動」は積極的に行われていた。こうした段階を踏んでもなお改善のない場合に、はじめて病院を受診する。このように疾病と向き合ってきた彼らにとって、症状が重篤でなく薬があれば、病院へ行く前に薬での治療を試す、という健康管理行動は彼らの文化的志向を反映しているものと考えられる。在日ベトナム人技能実習生がすぐに病院へ行かないことを周囲の日本人が問題と捉える場合においても、彼らにとっては通常通りの対処行動と認識されている可能性があることを踏まえて関わる必要がある。

在日ベトナム人技能実習生の疾病の〔予防に関する行動〕の記述は、精神的ストレスの緩和のほかにはほとんど見られなかった。〈家族を心の拠り所にする〉ことは、家族を大切にすの儒教の思想に特徴づけられる。彼らが二次健康診断を受けないことは、日本語で書かれた健診結果を読めないためであると報告されている⁸⁾。しかし、本当に結果に関心があれば調べることや、周囲の日本人の手を借りて内容を知ることは可能である。このことは、ベトナム文化における時間の概念の違いを踏まえて考える必要がある。ベトナムでは、戦争の経験から、中長期的に物事を考えるよりも、今日明日を重要視する傾向があるとされる。亜熱帯気候の北部よりも、温暖な熱帯モンスーン気候の南部の人では、楽天的な南国気質を持つことからその傾向が強いと考えられている⁹⁾。現在を重んじる文化の人々には、予防という考えが持ちにくい¹⁰⁾と報告されており、自覚症状のない状況では彼らが将来の疾病を意識した予防行動をとる習慣がない可能性がある。彼らに関わる日本人は、そうした背景を踏まえた上で、予防に関する支援を行うことが必要となる。

在日ベトナム人技能実習生の健康問題としては〈就労中の外傷で受診〉することが多いと報告されているほか、日本に来て、受診を通じてはじめて心疾患や脳疾患といった先天性疾患が見つかるという例 (No. ①) も報告された。治療を始めると、帰国後もベトナムの医療機関で定期的にフォローアップを受ける必要のある慢性疾患の場合で、医療費が高額となることから日本での治療開始を諦める事例があった。彼らの生命や健康を守るためには、国と国との隔壁を超えた、柔軟な医療保障制度の整備が期待される。

V. 結論

在日ベトナム人技能実習生にとって、日本の気候や食べ物といった基本的な環境も母国とは大きく異なっている。そのため彼らが健康上の問題を生じる可能性は充分にある。しかし、彼らの医療機関の受診に対する認識や健康管理のための行動は、ベトナムの医療情勢や文化に影響を受けており、日本人とは異なる部分があることが示唆された。

そうした差異を踏まえて彼らに効果的なケアサービスを提供するために、日本の保健医療従事者や監理団体、雇用主は彼らの健康への文化的志向に配慮して関与することが重要である。また、彼らが疾病の予防に関心を持つことができるような働きかけも、支援を行う上での重要な課題となる。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

文献

- 1) 出入国在留管理庁 [Internet]. 令和3年末現在における在留外国人数について. [Cited 2022 July 1] Available from: https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00001.html
- 2) 日本で暮らすベトナム人の多様性と多文化共生社会の実現に向けた一考察, 渋谷節子共生科学, (11) 134-146.
- 3) 外務省 [Internet]. 世界の医療事情 / ベトナム [Cited 2022 July 1] Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/viet.html>
- 4) Hideaway and company Vietnam [Internet]. Thanh Pho Ho Chi Minh: ベトナムの医療事情 2021年版 公立病院・民間病院・外資病院の類型 強制皆保険制度など [cited 2022 June 28] Available from: <https://vietnam-lifestyle.com/> ベトナムの医療事情
- 5) Leininger M./ 稲岡文昭監訳. Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. 1st ed. New York: National League for Nursing, Inc./ レイニンガー看護論. 文化ケアの多様性と普遍性. 東京: 医学書院. 2021.
- 6) 連 利博, 吉富志津代, 中牟田和彦, 李 裕美. ベトナム語医療通訳の現状と新しい試み—市民団体と遠隔医療通訳サービス企業との協働—. 国際臨床医学会雑誌. 2022. Dec. 10; 3 (1) : 75-78.

- 7) 権藤真由美. ヴェトナム北部の精神障害者における治療選択としての「民間療法」に関する一考察. 2012; Core Ethics. 8 (20) : 483-491.
- 8) 相田華絵, 森 淑江. 技能実習生の健康に関する文献研究 国際生活機能分類 (ICF) を用いた一考察. 2021; 産業衛生学雑誌. 63 (5) 162-178.
- 9) オレオウ・ベトナム事業協同組合 [Internet]. ベトナムについて. [cited 2022 June 25] Available from: <https://www.aureole-v.com/vietnam/>
- 10) 戸塚則子. 国際看護と異文化看護: 国際看護研究会編 国際看護学入門. 東京: 医学書院; 2009. p.9-14.

医療インバウンドに従事する医療通訳者に求める資質について —フォーカスグループインタビューを用いて—

Educational factors of medical inbound interpreter, using focus group interviews

白川 忍^{1) 2)}、山田 紀子^{1) 3)}、松崎 淳人^{1) 4) ※)}、大岩 彩乃⁵⁾、田崎 美弥子⁶⁾

Shinobu Shirakawa^{1) 2)}, Noriko Yamada^{1) 3)}, Makoto Matsuzaki^{1) 4) ※)}, Ayano Ohiwa⁵⁾, Miyako Tazaki⁶⁾

- 1) 一般社団法人通訳品質協議会
Council for Interpreter's Quality and Competence
 - 2) マイケアライト株式会社
My carelight Corp.
 - 3) ピー・ジェイ・エル株式会社
PJL Inc.
 - 4) 東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック
Toho University Sakura Medical Center, Mental Health clinic
 - 5) 慈恵会医科大学医学部麻酔科学講座
The Jikei University School of Medicine, Department of Anesthesiology
 - 6) 東邦大学医学部心理学教室
Toho University School of medicine, Laboratory of Psychology
- ※) コレスポンディングオーサー
Corresponding Author

〈要旨〉

[目的] 近年、優れた日本の医療を求めて、海外からの渡航者が増加している。そのような渡航者は日本の医療システムや、日本語に通じていないため、医療通訳者や海外渡航業書による支援が必須である。渡航支援事業者は対価を得て患者が日本の医療機関へ受診する際の各種手続きを代理し、また受診の際には医療通訳者が各種アテンドの役割を兼ねて付添う。通訳者は患者が円滑に受診できるように様々な配慮もまた要求される。本研究では近年増加している医療インバウンドに焦点をしぼり、医療通訳者に求められる資質を明らかにすることで医療通訳者教育に資することを目的とした。

[方法] 日本国内で受診したことのある外国人、日本国内の医療インバウンド受入れ医療機関関係者、医療通訳者、渡航支援事業者の計 23 名に対し FGI を実施し KJ 法にて要因分類を行った。

[結果] 90 テキスト文が抽出され、45 キーワード（小分類）、7 ラベル（中分類）、2 要因（大分類）に整理された。外的要因では、「社会的整備が必要、院内整備、業務として整備が必要、業務として求められる、評価基準の整備」の 5 ラベルであり、内的要因では「学習、能力」の 2 ラベルであった。

[考察] 医療インバウンド通訳者教育では、外的要因の整備ならびに、内的要因の資質の両側面からの向上が求められることが判明した。

松崎 淳人 Makoto Matsuzaki
千葉県佐倉市下志津 564-1 564-1 Shimosizu, Sakura, Chiba 285-8741, Japan
東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック
Toho University Sakura Medical Center, Mental Health clinic
Tel. 043-462-8811 Fax. 043-462-8820 E-mail: matsuzaki@med.toho-u.ac.jp

[Objective] In recent years, the number of travelers from overseas has been increasing in search of excellent Japanese medical care. Since such travelers are not fluent in Japanese or lack knowledge of Japanese medical system, support from healthcare interpreters and overseas travel agencies is essential. These healthcare interpreters must also accommodate demands for various considerations to facilitate smooth medical care. This study focuses on inbound medical travelers, whose numbers have increased in recent years, with the objective of contributing to medical interpreter education by clarifying the qualities required of medical interpreters working for inbound medical travelers.

[Method] FGIs were implemented, recruiting a total of 23 individuals. The participants include international travelers who received medical care in Japan, hospital staff related to medical institutions in Japan that accepted inbound medical patients, healthcare interpreters, and travel support operators. The KJ method was used to classify critical factors.

[Results] Ninety (90) texts were selected, and forty-five (45) keywords (minor classifications), seven (7) labels (medium classifications), and two (2) factors (major classifications) were identified. In the analysis, there were five (5) labels for extrinsic factors: social platform development, hospital in-house management improvement, operational improvement, demand management, and establishment of standards and training platform, and two (2) labels for intrinsic factors: learning and ability.

[Consideration] Education and training of medical interpreters working for inbound medical travelers require improvement in both the extrinsic and intrinsic factors.

〈キーワード〉 医療通訳、通訳者教育、医療インバウンド、外国人医療
Medical interpreter, Education for Interpreter, Medical inbound, Medical Care for foreigner
〈研究費〉 通訳品質協議会並びに東邦大学との共同研究事業
東邦大学医学部委託研究費；東邦大学 代表 田崎美弥子（令和2年度及び3年度）
代表 松崎淳人（令和4年度より代表変更）

I. 背景

医療滞在ビザで日本を訪れる外国人は2011年に70名が、2019年に1653名と急増¹⁾した。そのような渡航者は日本の医療システムや日本語に通じていないため、医療通訳者や海外渡航業書による支援が必須である。2019年からの新型コロナウイルス感染症の世界的流行により医療インバウンドは急減¹⁾したが、収束すれば再び外国人医療の増大が予想される。

外国人患者²⁾は、第1類型；日本に在留している在留外国人患者／第2類型；医療目的で日本の医療機関を受診する外国人患者／第3類型；日本に観光や仕事で滞在中の突然の病気や怪我で医療機関を受診する訪日旅行者患者に大別される。第2類型者は必ずしも日本の医療事情に精通しないため、渡航支援サービス³⁾を利用することが多い。渡航支援をする事業者（以下、渡航支援事業者）は事業として対価を得てその支援サービスを提供し、医療通訳もそのサービスとして含まれる事が多い⁴⁾。

旧来より本邦には第1、3類型者を主な対象にした福祉的支援を行う団体が存在し⁵⁾、コミュニティ通訳者⁶⁾が医療現場での通訳を旧来より低額有償ないし無償で提供してきた。厚生労働省が作成したテキスト⁷⁾も主に第1、3類型者に対応している。従って、コミュニティ通訳⁷⁾を基盤とした医療通訳の教育を受けた者が渡航支援事業者から有償のサービスとしての医療通訳を依頼されると、自らが受けた教育とはまた違う現場に遭遇する。

本研究では、第2類型の外国人患者に携わる医療通訳に焦点をしぼり、その現場で実施される医療通訳を担う者（以下、医療インバウンド通訳者）に求められている資質を調査することで、医療通訳者教育に寄与することを目的とした。

II. 方法

1. 研究デザイン

フォーカスグループインタビュー調査法（以下、FGI）を用いた。対象者は、通訳品質協議会⁸⁾に依頼し参加者を募った。書面同意が得られた23名を4グループに分け令和2年12月に東京で実施した。23名の属性は、日本国内で受診したことのある外国人（属性1）、日本国内の医療インバウンド受入れ医療機関関係者（属性2）、医療通訳者（属性3）、渡航支援事業者（属性4）である。なお参加外国人（属性1）は、全員が第1類型である。

開催方法は対面形式とオンラインのハイブリッド形式にした。参加者のスケジュール調整の為、属性2、3、4について、混合で実施（表1）した。

表1. FGIのグループ構成

		FGIのグループ構成			
		第1グループ ファシリテーター 田崎	第2グループ ファシリテーター 松崎・大岩	第3グループ ファシリテーター 田崎・白川	第4グループ ファシリテーター 山田
属性1 日本国内で受診したことのある 外国人	対面	4			
	オンライン	1			
属性2 日本国内の 医療インバウンド受入 医療機関関係者	対面		2	3	4
	オンライン			2	
属性3 医療通訳者	対面		2		1
	オンライン		1		
属性4 渡航支援 コーディネーター	対面		1		2
	オンライン				

FGIは、対面とオンラインのハイブリッド形式で4回に分けて実施された。各グループは属性を混合する予定であったが、コロナ感染のための日程調整を優先したため第1グループのみ属性1で構成された。

表2. 属性ごとの事前質問内容

属性1. 日本国内で受診したことのある外国人	<ul style="list-style-type: none"> ①患者としてどんなご経験をされましたか。 ②ご経験されたなかで、お困りになったこと、不快に感じたこと、逆に良い点はありましたか。 ③通訳に関して、お困りになったこと、不快に感じたこと、逆に良い点はありましたか。 ④不快な経験をされた方に伺います。その問題点は何かと思えますか。 ⑤日本の医療渡航者に対する日本の医療の在り方に対するご希望や期待はありますか。 ⑥その他この機会にお話しになりたいことがあれば、ご提案ください。
属性2. 日本国内の医療インバウンド受入医療機関医療者	<ul style="list-style-type: none"> ①医師として、コーディネーターとして今までどんなご経験をされてきましたか。 ②ご経験されたなかで、お困りになったこと、不快に感じたこと、逆に良い点はありましたか。 ③医療渡航者に医療を提供する側として、通訳やコーディネーターに改善してほしい点などご指摘されたいことがありますか。 ④今後の医療通訳や医療コーディネーターに対して、何か希望や期待がありますか。 ⑤その他この機会にお話しになりたいことがあれば、ご提案ください。
属性3. 医療通訳者	<ul style="list-style-type: none"> ①医療通訳、コーディネーターとして今までどんなご経験をされてきましたか。 ②ご経験されたなかで、お困りになったこと、不快に感じたこと、逆に良い点はありましたか。 ③日本への医療渡航者に対する日本の医療に対して、日本の受け入れ側が改善すべき点などあります。 ④今後日本への医療渡航者に対する日本の医療に対してご希望、期待はありますか。 ⑤その他この機会にお話しになりたいことがあれば、ご提案ください。
属性4. 渡航支援コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> ①医療通訳、コーディネーターとして今までどんなご経験をされてきましたか。 ②ご経験されたなかで、お困りになったこと、不快に感じたこと、逆に良い点はありましたか。 ③日本への医療渡航者に対する日本の医療に対して、日本の受け入れ側が改善すべき点などあります。 ④今後日本への医療渡航者に対する日本の医療に対してご希望、期待はありますか。 ⑤その他この機会にお話しになりたいことがあれば、ご提案ください。

医療インバウンド通訳者の資質の向上に関連する参加者からの指摘が極力多方面から指摘できるように医療インバウンドに関して幅広く質問項目を作成した。

各インタビューの時間は1時間半、ファシリテーターは本稿著者が分担して1名ないし2名で担当した。全てのファシリテーターは、FGIを行なうに当り、東邦大学医学部心理学教室で事前打ち合わせを行い、更に実施両日ともに同教室の指導のもとにFGIを実施した。

参加者には事前に当日のインタビューが進みやすいように事前質問項目（表2）を送付した。FGI当日は事前質問項目を中心に、項目以外の発言も文脈の流れの中で許す半構造化型のインタビュー法をFGIで実施した。

2. 解析方法

同意を得て録音したインタビュー内容をテキスト文章に起こし、医療インバウンド通訳者に求められる資質に関する記述内容のみ抽出し、それ以外の情報は抽出から削除した。抽出したテキスト文章よりKJ法⁹⁾に準じてキーワード（小分類）を作成し、得られたキーワードからラベル（中分類）を作成し、要因（大分類）に分類した。

本調査は、通訳品質協議会の倫理審査（令和2年11月25日）を得て実施された。

Ⅲ. 結果

各グループからのテキスト文とキーワードの抽出

第1属性からは、「医療通訳のばらつきが大きい」などの4文章が抽出され3つのキーワードが作成された。

第2属性からは、「海外から受診しに来た方が目的を論理だて話すのは難しい／診療室の前に何を伝えたいか通訳が聞く、診察室に入ってからもう一度患者から伝えてもらう。／患者が通訳を信頼しているかによって患者から引き出せる情報量が違う／機微のあることも話せるような関係／洞察力、人間性も通訳にとって大事。」や「「はい大丈夫です」って返事をする患者も、さっき痛いって言っていたのに、大丈夫なのか？（中略）通訳さんが情報を現場に引き出して」などの38の文章が抽出、13項目のキーワードが作成された。

第3属性からは、「患者からはお金を払っている人だからクレームがでないように／単純な医療通訳だけではなく、リクエストが出たらすぐに答えられるよう」など、33の文章が抽出、16のキーワードが作成された。

第4属性からは、「患者と現場をコントロールするのが医療通訳とコーディネーター／医療機関へ迷惑をかけてはいけない／お客さん（外国人患者のこと；筆者注）は異文化の中で深く理解できない部分がたくさん」「異文化や病院のルールを来日前にしっかり患者に浸透（中略）トラブルを最大限に抑える」などの15の文章が抽出、11のキーワードが作成された。

全ての属性から得られた合計23のキーワードは、関連する7のラベルにわけ、更に2つの要因にわけられた（表3）。

Ⅳ. 考察

著者等は、予備調査として2020年9月に医療インバウンド通訳に関連する通訳等6名から「医療インバウンド通訳者に求められる資質」ワークショップをKJ法⁹⁾で行った。6つの小カテゴリーとして「日本の医療の特殊性」「日本の医療における診療プロセス」「異文化対応」「緊急場面における対応力」「コミュニケーション能力」「通訳倫理と自己研鑽」がまとめられ、2つの大カテゴリー-外部環境によるもの（異文化と日本の医療に対する知識）「自分の力で解決していくもの（医療通訳としての持つべき能力）」が判明し、この分野の研究が集団質問形式でも実施可能であることを確認した。またコミュニティ通訳⁷⁾を基盤とした医療通訳の教育を受けた者が渡航支援事業者か

表 3. 得られたキーワードのラベル分類

要因 (大分類)	ラベル (中分類)	キーワード (小分類)	全体	属性 1	属性 2	属性 3	属性 4
外的要因	社会的な整備が必要	コーディネーターの質の整備	3		1	2	
		医療スタッフの一員としての役割	2		2		
	院内の整備	院内の外国人患者受入れ整備	1		1		
		通訳システムの整備	2	2			
	業務として整備が必要	法的責任の明確化	2		2		
		役割分担	1				1
	業務として求められる	アテンド的役割	3			3	
	評価基準の整備	通訳品質の管理	3	1		1	1
		事前の情報収集	13		4	9	
	内的要因	学習	通訳倫理	9	1	4	3
医療知識			6		2	3	1
異文化仲介			6		3	1	2
通訳技術			5		3	2	
健康管理			4			2	2
日本の医療制度の理解			4		2		2
トラブル対応方法の学習			2			1	1
身だしなみ			2			2	
現場での研修			1				1
一般知識 (制度)			1			1	
能力	能力	一般知識 (文化)	1			1	
		場の調整能力	17		12	2	2
		コミュニケーション能力	12		4	8	
		信頼関係の構築	9		2	6	1

全ての属性から得られた合計 23 のキーワードは、関連する 7 のラベルにわけ、更に 2 つの要因にわけられた。

ら有償のサービスとしての医療通訳を依頼されると、自らが受けた教育とはまた違う現場に遭遇し、困惑を感じるという指摘も確認出来た。しかしながら参加者は、医療インバウンドに関係する医療通訳者のみであり、その他の関係者からの調査は含まれていないという限界があった。参加者の医療インバウンド通訳者に対するコミュニティ通訳の経験の有無は FGI の目的から外れるため今回は確認していなかったが指摘を踏まえ、コミュニティ通訳経験など各個人の通訳業務歴に合致した資質向上へプロセスを構築する必要性も今後検討すべき課題の一つとなろう。

他者の先行研究で西山は「メディカルツーリズムではコンシェルジュと医療通訳が合体した高度な専門職としての医療通訳者が必要／医師との会話のみならず病院の中で生活する患者のために、看護師や病院事務との仲介、院内の案内なども行う必要が高く、医療通訳者側から見ると最もスキルが要求される」¹⁰⁾と指摘されている。

更には、飯田¹¹⁾は、「メディカルツーリズムの医療通訳は医療を受ける外国人が富裕層であることから、通訳費用も外国人が負担する」、水野・内藤⁷⁾は「医療者に対する報酬が会議通訳に匹敵するほど高く設定され、通訳者のモチベーションが高まる。」と患者が渡航支援事業者を支払う費用の中に医療通訳費用が含まれている現実を指摘している。従って本研究では調査対象を通訳の現場で直接関わる外国人患者、受け入れ医療従事者だけではなく、医療インバウンド通訳者の直接の雇用主である渡航支援事業者を含めて 4 属性に広げ調査することとした。

属性 1 (外国人患者) より抽出されたキーワードは他属性よりも少ないのは、半構造化型のインタビューであり本人自身の過去の医療体験が文脈の中で多く語られたためであった。医療体験の開陳を妨げることがその後の自由な発言を損ねないようあえて容認したが、解析方法に則り医療通訳の資質に関わらない発言については抽出の対象外とした。得られたキーワードは少数であったが医療通訳者の質のばらつきが存在についてなど、外国人患者自ら

も通訳者の資質についての課題を認識しているなど貴重な事実が判明した。コロナ禍でもあり第2、3類型外国人は招聘出来なかったが、第1類型よりも文化の違いが強く、より一層通訳の資質に課題を認識している可能性も考えられる。現在、医療通訳者の資質については、その実務者認証¹²⁾の必要性が指摘されているが、本研究はその実務者認証の必要性について定量化して指摘することは出来ないが、実務者認証で評価される通訳実績の目安について患者属性の違いを考慮する必要性など質的要因の検討については一定程度示唆するものであったといえよう。

属性2（医療インバウンド受入れ医療機関）からは、患者と医療者の間に立ち、医療者の代理的役割を求める内容が挙げられた。母国語が同一であれば、医師・患者間のコミュニケーションは直接に成立するが、医療通訳の現場は、医療者—通訳者—患者の3者関係で構成¹³⁾される。外国人患者においては受け入れ医療機関関係者は医療通訳者に医療者の代理として外国人患者との信頼関係の構築の援助を期待していたことが判明した。

属性3（医療インバウンド通訳者）からはコミュニケーション能力、事前の情報収集、信頼関係の構築などを中心に、良質なサービスを提供するために必要なスキルや、受け入れた案件をトラブルなく円滑に進めるようにする能力などが重要視されていることがわかった。

属性4（渡航支援事業者）からは、外国人患者の受け入れ医療機関側とのコミュニケーション内容がトラブルを招かないように、いわば、うまく立ち回ることを雇用関係の元で期待されている事がわかった。「コントロール」のニュアンスは文意で異なり微妙な表現ではあるが、通訳者の中立性¹⁴⁾が脅かされない範囲での立ち回りがインバウンド医療通訳者は依頼元から要求されている現実が明るみになったとも言えよう。

本邦の外国人医療では、第一外国語である英語話者のみならず、多数の言語話者が来院されており、医療通訳の介在が必須である¹⁵⁾。そのうち医療インバウンドでの診療は在住外国人診療とやや違いビジネス通訳に近い高額な報酬を含む現場でもある。現在のコミュニティ通訳の基本部分はもちろん必要であるが、狭義の医療通訳の仕事だけでなくコーディネーター的要素を含め、サービスを取り入れた柔軟な対応が受入れ医療機関や依頼元渡航支援事業者側の両者から求められることが示唆された。

今後は、今回得られた7ラベルの中心に医療インバウンド通訳に従事する医療通訳者教育の内容を整備していくことが必要だろう。

文献

- 1) ビザ（発給統計）：e-Stat 統計でみる日本
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00300500&result_page=1%E3%80%81%E3%82%A2%E3%82%AF%E3%82%BB%E3%82%B92021（アクセス 2022 年 7 月 26 日）
- 2) 岡村世里奈. 外国人患者の円滑な受入れを実現するための体制整備の構築に向けて. HEP, 2020, Vol.47 (2).
- 3) 経済産業省. 国際医療コーディネートサービス業務マニュアル 2.0
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryou/inbound/coordinator/index.html（アクセス 2022 年 7 月 26 日）
- 4) 経済産業省. 病院のための外国人患者の受入参考書. 平成 26 年度「医療機器・サービス国際化推進事業（国内医療機関の外国人患者受入の促進に関する調査）」
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryou/downloadfiles/pdf/26fy_sankousyo_all.pdf（アクセス 2022 年 7 月 26 日）
- 5) 内藤実. コミュニティ通訳養成のあり方に関する考察. 東京外国語大学論集, 2018, 第 96 号, 84-87.
- 6) 水野真木子, 内藤稔. 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. 株式会社みすず書房, 2015, 28-29, 78.
- 7) 厚生労働省. 医療通訳育成カリキュラム基準（平成 29 年 9 月版）.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056944.html>（アクセス 2020 年 12 月 24 日）
- 8) 通訳品質評議会 <https://interpreter-qc.org/>（アクセス 2022 年 7 月 26 日）
- 9) 川喜田二郎. 発想法 改版 — 創造性開発のために. 中央公論新社, 2017.
- 10) 西山利正, 中村安秀, 南谷かおり. 医療通訳士という仕事 — 言葉と文化の壁をこえて — メディカルツーリズム（医療観光、国際医療交流）の将来性と医療通訳士の必要性. 大阪大学出版会, 2013.

- 11) 飯田奈美子, 中村安秀, 南谷かおり. 医療通訳士倫理規定を読み解く 医療通訳士という仕事 一言葉と文化の壁をこえて一. 大阪大学出版会, 2013.
- 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, 2019, Vol. 3 (2).
- 13) 松崎淳人, 白川忍, 大岩彩乃. 外国人医療における医療通訳の新型コロナウイルス感染症体制の構築について. 2020, 日本総合病院医学会誌, vol26.
- 14) 飯田奈美子. 対立型コミュニケーションと服従的説得型コミュニケーションにおける通訳者の中立性の考察. 2014, Core Ethics, Vol.10.
- 15) 松崎淳人, 大岩彩乃, 白川忍. 地域医療として外国人医療に携わる医療従事者に必要な医学教育について. 医学教育, 2020, 51号 (suppl.), 161.

看護師のイスラム教に関する知識と対応経験に関する実態調査

Survey about Basic Knowledge of Islam and the Clinical Experiences among Japanese Nurses

戸田 登美子¹⁾、中村 安秀²⁾、牧本 清子³⁾

Tomiko TODA¹⁾, Yasuhide NAKAMURA²⁾, Kiyoko MAKIMOTO³⁾

- 1) 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科
Faculty of Nursing and Rehabilitation, Konan Women's University
- 2) 日本 WHO 協会 理事長
President, Friends of WHO JAPAN
- 3) 大阪大学 名誉教授
Emeritus Professor, Osaka University

〈抄録〉

世界のイスラム教徒の人口増加及び国内のインバウンド促進に伴い、日本においてイスラム教徒の人口が増加することが推測されるが、イスラム教患者対応において必要な知識や対応の実際については明らかにされていない。よって、本研究では、看護師のイスラム教に関する知識やイスラム教患者の対応の実態について明らかにした。

都市部の医療機関で勤務する看護師を対象に、イスラム教に関する基本知識や臨床ケアに関する設問、イスラム教患者の対応経験の有無等を尋ねた質問紙調査を行った。

郵送した全 663 部の質問紙のうち有効回答とした 277 部を分析した結果、イスラム教患者の対応経験を有する回答者は全体の約 1 割であり、食材の禁忌に関する設問の正答率は高かった一方、臨死期に臨む方角などの設問の正答率は低かった。また、設問の得点と、回答者の職位、臨床経験年数や最終学歴との関係に有意差は認められなかった。

本研究結果より、イスラム教に関する知識は臨床経験年数等と関係がないことが明らかとなった。看護基礎教育において、国際看護の教育内容の偏りや民俗学的視点が低いことが指摘されているが、イスラム教が日常生活や生死に密着していることやイスラム教徒の増加を鑑みると、看護教育における文化や宗教に関する基本的な知識の教授が一層求められる。

〈キーワード〉 イスラム教、異文化看護能力、臨床経験

Islam, Transcultural Competency, Clinical Experience

〈研究費〉 日本学術振興会科学研究費 (19K10841)

1. 背景及び目的

2022 年の全世界のイスラム教徒の人口は 19 億人以上¹⁾、2050 年には 27 億人に至ると推測される²⁾。2019 年の訪日外国人数は 3,100 万人を超え、イスラム教徒が多いマレーシアやインドネシアからの旅行者は約 90 万人であった³⁾。また、2019 年の日本の移民者数は、ドイツ、アメリカ、スペインについて世界第 4 位であり⁴⁾、パンデミック収束後、在留・訪日外国人は再び増加することが予測される。

イスラム教は生死や日常生活に影響を及ぼす宗教であり⁵⁾、看護師はイスラム教に関する知識を有することが求められる。日本では、2009 年のカリキュラム改正により国際看護が看護基礎教育に位置付けられたが、欧米と比較

戸田 登美子 Tomiko TODA
兵庫県神戸市東灘区森北町 6-2-23
Tel. 078-413-3475 Fax. 078-413-3742 E-mail: t.toda@konan-wu.ac.jp

すると^{6~8)}、異文化看護能力に関する研究は散見されるものの^{9~10)}、十分とは言えず、イスラム教患者対応において必要な知識やその獲得状況については明らかにされていない。よって、本研究では看護師のイスラム教に関する知識及びイスラム教患者の対応の実態について明らかにする。

2. 方法

1) 対象及び調査期間

都市部の200床以上の医療機関に勤務する看護師を対象とし、イスラム教患者の受け持ち経験、勤務している病棟や診療科は問わなかった。調査期間は2020年3月1日～7月30日であった。

2) 調査方法

研究に同意が得られた医療機関に質問紙及び説明書を郵送した。質問紙は、回答者による自己投函方式により回収し、質問紙は無記名自記式質問紙とした。

質問紙は、属性、イスラム教に関する設問20項目及び自由記載とした。属性では、年代・性別・最終学歴・臨床経験年数・イスラム教患者対応経験の有無等を尋ねた。イスラム教に関する設問では、1. 基本知識を問う設問8項目、2. 臨床ケアに必要なイスラム教に関する設問（以下、臨床ケアに関する設問）7項目、及び3. 実践に関する設問5項目で構成し、自由記載では、イスラム教の患者対応における困難事例及びその対応について尋ねた。各設問は、文献検討やイスラム教患者の対応に詳しい医療職へのインタビューをもとに著者が作成した。なお、3. 実践に関する設問はイスラム教患者の対応経験のある看護師のみを対象とした。

本研究は、研究者の所属大学の研究倫理委員会の承認を得て実施し（2020年1月、承認番号2019029）、回答者には本研究の説明及び同意に関する文書を添付し、同意欄への記入をもって同意を得たとみなした。

3. 結果

研究協力を依頼した248医療機関のうち協力を得られた医療機関9施設に663部の質問紙を郵送し、回収した質問紙は302部（回収率45.6%）、有効回答277部（有効回答率43.8%）であった。

1) 対象者の属性（表1）

対象者の年代は20代が最も多く、次いで40代であった。最終学歴は、専門学校卒が最も多く、次が大学卒であった。臨床経験年数の平均は13.1 ± 9.9年（最小1年、最大38年）、職位は一般が217

表1. 対象者の属性 n=277

	項目	n	%
	性別	男性	26
	女性	251	90.6
年齢	20～29歳	91	32.9
	30～39歳	68	24.5
	40～49歳	71	25.6
	50歳以上	46	16.6
	無回答	1	0.4
	最終学歴	専門学校	175
	短期大学	22	7.9
	大学	73	26.4
	大学院	5	1.8
	無回答	2	0.7
臨床経験年数	1～3年	59	21.3
	4～9年	69	24.9
	10～19年	64	23.1
	20年以上	85	30.7
	無回答	1	0.4
職位	一般	217	78.3
	主任	28	10.1
	師長	26	9.4
	無回答	6	2.2
ケア経験	ある	29	10.5
	ない	248	89.5
入院・外来	入院病棟	210	75.8
	外来	63	22.7
	無回答	4	1.4

質問紙調査の回答者（n=277）の属性

名 (78.3%)、主任 28 名 (10.1%)、師長 26 名 (9.4%) であった。また、イスラム教患者のケア経験については、あると回答した割合が 29 名 (10.5%) であった。

2) 基本知識、臨床ケア及び実践等 (表 2)

基本知識を問う設問 (計 8 問、16 点満点) の平均得点は 9.6 ± 2.6 点 (最小 3.0 点、最大 15.0 点)、各設問の正答率は 3 ~ 9 割であった。礼拝及びラマダン (断食月) に関する設問の正答率は 3 ~ 4 割で、最も正答率が低い設問はラマダンの期間を問う設問であった。

臨床ケアに関する設問 (計 7 問、7 点満点) の平均得点は 4.4 ± 1.2 点 (最小 1.0 点、最大 7.0 点) であった。各設問の正答率は 2 ~ 8 割で、臥床時の礼拝について問う設問や臨死期に臨む方角を問う設問は正答率が 2 割であった。

実践に関する設問は、イスラム教患者の対応経験のある回答者 29 名を対象とした。7 割以上が食べられない食材について患者に尋ねると回答した一方、それ以外の設問では、3 ~ 5 割がそのような状況の経験がなく、該当無しと回答した。

表 2. 文化・宗教に関する知識及び実践の設問の項目及び結果

1. 基本知識を問う設問 (8 問、16 点満点)		正答	正答率 (%)	
1	1 日の礼拝回数 (1 点) a. 1 回 b. 3 回 c. 5 回 d. 7 回 e. 特に規則はない	c	40.4	
2	日本で礼拝する時の方角 (1 点) a. 北西 b. 南西 c. 南東 d. 特に規則はない	b	36.5	
3	宗教上の適切な処理が施されていても禁忌とされる食材 (6 点、1 点 × 6 項目)			
	a. 豚肉	正	93.9	
	b. 鶏肉	誤	80.9	
	c. 牛肉	誤	63.2	
	d. アルコール	正	46.2	
	e. 魚	誤	96.8	
4	イスラム教患者に提供する前に、豚由来の成分が含まれていないか確認した方がよい食品・薬品 (4 点、1 点 × 4 項目)			
	a. カプセル剤	正	52.3	
	b. インスリン	正	37.2	
	c. 粉ミルク	正	49.1	
5	ラマダン中の断食に関する規則 (1 点)			
	a. 日の出から日没まで食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い			
	b. 日の出から日没まで水分及び食事の摂取を禁じる	b	36.8	
	c. 日の出から日没まで、及び夜間の食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い			
6	ラマダンの期間 (1 点)			
	a. 約 10 日 b. 約 20 日 c. 約 30 日 d. 約 40 日	c	34.7	
	7	イスラム教徒が亡くなった時の埋葬方法 (1 点)		
		a. 火葬 b. 火葬後の遺骨を川に流す c. 土葬 d. 特に規則は無い	c	59.9
8		物の受け渡しなどの時にイスラム教徒が主に使う手 (1 点)		
	a. 右手 b. 左手 c. 相手の性別によって異なる	a	56.0	

平均 9.6 ± 2.6 点

2. 臨床ケアに関する設問 (7問、7点満点)			
9	イスラム教では、死は終わりを意味し、死をもってその人の生涯は終結する。	いいえ	67.9
10	病状によりひざまずいたり伏して礼拝することが難しい場合でも、出来る限りひざまずいて礼拝することが求められる。	いいえ	20.6
11	女性患者に重篤な疾患がわかった時、本人に告知するか否かの最終判断は、患者の男性家族が行う。	はい	80.5
12	出産時、イスラム教の礼拝を呼びかける言葉を児の左右の耳に唱える慣習がある。	はい	72.2
13	疾患の治癒が望めない状況で、患者がメッカ巡礼を希望した場合、患者は体力的に巡礼が可能かどうかを知らされる必要がある。	はい	82.7
14	臨死期には、メッカの方角に患者の背を向け、患者の家族らがコーラン（イスラム教の聖典）を誦読する。	いいえ	21.3
15	経産婦であっても、内診を経験していない場合があるため、妊婦健診で内診を行う際は事前に必要性や方法など詳しい説明が求められる。	はい	89.5
			平均 4.4 ± 1.2 点

表 2. 文化・宗教に関する知識及び実践の設問の項目及び結果 (続き) - イスラム教患者のケア経験のある者のみ (n = 29)

3. 実践に関する設問			
		回答	n %
16	人によって遵守のレベルが異なるため、宗教上食べられない食材について、丁寧に尋ねるようにしている。	はい	21 72.4
		いいえ	1 3.4
		該当無し	5 17.2
		無回答	2 6.9
17	礼拝場所は特に提供していない。	はい	16 55.2
		いいえ	2 6.9
		該当無し	9 31.0
		無回答	2 6.9
18	全身を浄めた状態で礼拝できるよう、清拭などの清潔ケアは礼拝の前に行うようにしている。	はい	2 6.9
		いいえ	8 27.6
		該当無し	17 58.6
		無回答	2 6.9
19	ベールを外している場合があるため、女性患者の病室に入る時はノックをして、患者がベールを着用できるよう少し待ってから入室している。	はい	6 20.7
		いいえ	5 17.2
		該当無し	16 55.2
		無回答	2 6.9
20	薬剤を投与する時、その薬剤に豚成分が含まれていないか事前に必ず調べるようにしている。	はい	9 31.0
		いいえ	6 20.7
		該当無し	12 41.4
		無回答	2 6.9

質問紙調査の設問、各設問の結果及び正答率

患者対応における事例に関する自由記載では、困難を感じなかったとの意見がある一方、戒律遵守のレベルが異なるため個々の遵守レベルを把握する必要性や困難さについての言及、また、食事や検査等では多職種との協力や連携が必要との意見があった。

3) 属性とイスラム教の基本知識等の得点との有意差 (表 3-1、3-2)

最終学歴を専門学校・短大卒と大学・大学院卒の2群、職位を主任・師長と一般の2群、臨床経験年数を3年未満、4年～9年、10～19年、20年以上の4群に分け、基本知識を問う設問及び臨床ケアに関わる設問の得点差を検証したが、いずれにおいても有意差は認められなかった。

表 3-1. 属性と基本的知識を問う設問の得点差

	標準偏差	各群の平均ランク	各群の平均ランク	各群の平均ランク	各群の平均ランク	漸近有意確率
最終学歴 2 群 (n=275)	.45	専門・短大 (n=197) 136.82	大学・大学院 (n=78) 140.99			.69
職位 2 群 (n=271)	.40	一般 (n=217) 138.16	主任・師長 (n=54) 127.33			.36
臨床経験年数 4 群 (n=277)	1.13	1～3 年 (n=59) 128.40	4～9 年 (n=69) 124.97	10～19 年 (n=64) 150.38	20 年以上 (n=85) 149.18	.12

表 3-2. 属性と臨床ケアに関わる設問の得点差

	標準偏差	各群の平均ランク	各群の平均ランク	各群の平均ランク	各群の平均ランク	漸近有意確率
最終学歴 2 群 (n=275)	.45	専門・短大 (n=197) 137.31	大学・大学院 (n=78) 139.74			.81
職位 2 群 (n=271)	.40	一般 (n=217) 134.66	主任・師長 (n=54) 141.37			.56
臨床経験年数 4 群 (n=277)	1.13	1～3 年 (n=59) 122.22	4～9 年 (n=69) 138.54	10～19 年 (n=64) 148.01	20 年以上 (n=85) 144.24	.26

職位 2 群及び最終学歴 2 群は Mann-Whitney 検定、臨床経験年数 4 群は Kruskal walls 検定を用いて分析

回答者属性とイスラム教の基本知識、臨床ケアに関する設問の得点との関係

4. 考察

イスラム教患者の対応経験のある看護師は全回答者の約 1 割であった。本研究は都市部の医療機関を対象とし、外国人患者が他の地域と比して多いと考えられるが、イスラム教患者の対応経験のある看護師は限られることが明らかとなった。前述したように、今後国内の外国人やイスラム教徒の患者が増加することを考慮すると、看護師が異なる文化や宗教に関する知識を有する必要性は増すと考えられる。

異文化看護能力を構成する要素として、異文化に対する気づき、文化に関する知識や技術等があり⁶⁾、文化に関する知識の獲得、文化的感受性の向上などの段階を経て、異文化看護能力の獲得に至るとされる⁸⁾。本研究では、イスラム教徒の義務である礼拝やラマダンに関する設問の正答率が低く、イスラム教の基本知識や臨床ケアに関する正答率と、臨床経験年数とはいずれも有意差が認められなかった。このことは、知識は患者との対応経験から獲得されるとは限らないことを示唆している。また、知識を得ることが異文化看護能力の獲得の前段階であることをふまえると、まずは基本的な知識を獲得することが宗教に適した看護の提供に必要と考える。

日本では 2009 年のカリキュラム改正により国際看護が看護基礎教育に位置付けられたが、その内容・方法は一貫しておらず、教育時間の不足、教育内容の偏りが指摘されている¹¹⁾。国際性を備えた看護師に必要な能力に関する調査では、アメリカやカナダと比較して、異文化看護能力において民族学的視点への意識が低いことが明らかとなっている¹²⁾。イスラム教の基本知識において正答率が低い設問があったことは、これらが要因と推測される。また、臨床ケアに関する設問において病床での礼拝や臨死期の対応の正答率が低かったが、生死に関わる宗教的な儀式は一回性のものであり、その宗教を信じる患者やその家族において重要な意味を持つ。イスラム教がイスラム教

徒の生死や生活に密着していることを考慮すると、看護師は宗教に関する基本的な知識を得ておく必要があり、そのためにも看護基礎教育において文化や宗教を意識した教育が求められる。

本研究ではイスラム教患者の対応経験がある看護師は回答者の1割に過ぎず、そのため、イスラム教患者の対応経験の詳細を分析することが困難であった。イスラム教徒の観光客や労働者は年代が若く、外来での利用が多いと推測されるが、今回の調査は外来や病棟を指定しなかったため、イスラム教患者の対応経験のある看護師が少なかったと思われる。また、質問紙調査では、文章が長く理解しにくい設問もあり、改善の余地がある。また、今後、同様の研究においては、外国人が利用する診療科を考慮して実施する必要があると考える。

結論

イスラム教患者の対応経験のある看護師は限られ、イスラム教の基本知識について不足があることが明らかとなった。異文化看護能力を獲得するために、看護師がイスラム教に関する基本知識を得ること、看護基礎教育において文化や宗教を意識した教育が求められる。

本研究にご協力くださった看護師の皆様にご礼申し上げます。本研究は、甲南女子大学大学院看護学研究科に提出した博士論文（戸田登美子）の一部に加筆・修正を加えたものであり、日本学術振興会科学研究費（19K10841）の助成を受けて実施した。本研究における利益相反は存在しない。

参考文献

- 1) World Population Review. (2022). Muslim Population By Country 2022. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/muslim-majority-countries> (2022年9月12日最終閲覧)
- 2) Pew Research Center, 2017. World Muslim population more widespread than you might think. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/01/31/worlds-muslim-population-more-widespread-than-you-might-think/> (2022年9月12日最終閲覧)
- 3) 日本政府観光局. (2020). 訪日外客統計 (報道発表資料). https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/index.html (2022年9月12日最終閲覧)
- 4) OECD. Stat. (2019). International Migration Database. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=MIG> (2022年9月12日最終閲覧)
- 5) El-kelish, N. (2001). 医療倫理に対するイスラム教による解釈－安楽死と尊厳死－. 日本社会薬学会, 20 (2), 27-34
- 6) Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing, 13 (3), 181-184.
- 7) Purnell, L. (2005). The Purnell model for cultural competence. Journal of Multicultural Nursing & Health, 11 (2), 7.
- 8) Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners, 7-24.
- 9) 小野聡子, 山本八千代. (2011). 看護者の異文化間能力に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌, 20 (2), 507-512.
- 10) 杉浦絹子. (2003). 異文化間看護能力の現状と規定要因 - 青年海外協力隊看護職婦国隊員と公立総合病院勤務看護職の比較より. 日本看護科学会誌, 23 (3), 22-36.
- 11) 宮本和子. (2017). 看護基礎教育における「国際看護」教育の現状と課題. 山梨大学看護学会誌, 16 (1), 1-5.
- 12) 中越利佳, 森久美子, 田中祐子, 野村亜由美, 城宝環. (2014). わが国の看護基礎教育における国際看護教育の現状と課題. 愛媛県立医療技術大学紀要, 11 (1), 9-13.

コロナ禍における日本国際看護師の活動と今後の課題

Nursing Activities and Future Issues of NiNA in the COVID-19 Pandemic

小村 佳代¹⁾、岩佐 由希子²⁾、白石 志津香³⁾、西村 真由美⁴⁾
Kayo OMURA¹⁾, Yukiko IWASA²⁾, Shizuka SHIRAIISHI³⁾, Mayumi NISHIMURA⁴⁾

- 1) 兵庫大学看護学部
Hyogo University Faculty of Nursing
- 2) 森之宮病院
Morinomiya Hospital
- 3) 北摂総合病院
Hokusetsu General Hospital
- 4) 兵庫医科大学病院
Hyogo Medical University Hospital

〈要旨〉

日本国際看護師 (NiNA) によるグループ討議と新聞記事を併せ論証し、コロナ禍にある在日外国人の医療状況と NiNA の活動について考察した。

コロナ禍における外国人の医療現状には外国人特有の背景が存在し外国人医療の問題が潜在化していると考えられる。そのため、多様な背景を持つ外国人に対応するためには多職種の医療従事者らによってよりよい医療の提供について検討、対応する必要があると示唆された。そこで、NiNA は外国人医療に携わる傍ら調整 (コーディネート) の役割の担い手となり、各部署と連携し病院内外の外国人医療の要請に応じる活動を展開する重要な役割をもつ。したがって、NiNA の役割、活動を所属組織に周知・認知され NiNA が医療機関・自治体等と協働することによって、外国人患者が安心して医療を受けられる体制の整備に取り組むことに臨める。そのためにも NiNA の活動が組織へ認知されることが第 1 の課題であると示された。さらに、NiNA の今後の課題としてあがったのは、私たちからアプローチする地域・社会との連携であり、対象となる外国人とコミュニティのキーパーソンとの信頼関係を築き看護活動を行うことが求められていると示唆された。

さらに、NiNA はコロナ禍においても看護師の責務を果たしつつ、日本の医療や看護実践を外国人に説明できる能力の向上をはかり、外国人を含むすべての対象となる人々とコミュニケーションできる能力、問題解決へ導く力を継続して培う必要がある。

〈キーワード〉 日本国際看護師 (NiNA), 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19), 外国人医療, 看護活動
Nippon International Nurse Administrator 'NiNA'
Coronavirus Disease since 2019 'COVID-19'
Medical care for foreign patients in Japan,
Nursing activities

背景・目的

我が国の国際化に伴い在留・定住外国人は増加¹⁾し、外国人患者の増加が見込まれた。日本の医療現場では、外国人患者のニーズに対応すべく多文化の視点をもった看護の経緯がある²⁾。その社会的ニーズに応えようと筆者ら

小村 佳代 Kayo OMURA
兵庫大学看護学部
兵庫県加古川市平岡町新在家 2301
Tel. 079-427-5111 (代) Fax. 079-427-5112 E-mail: omura@hyogo-dai.ac.jp

は大阪府看護協会主催の日本国際看護師養成研修（大阪府看護協会主催）³⁾を受講、研修終了後に国際臨床医学会の認定試験を受験し学会認定の日本国際看護師（Nippon International Nurse Administrator ; NiNA、以下 NiNA と記す）となった。

2019年12月に発生した新型コロナウイルス感染症（Coronavirus Disease since 2019; COVID-19、以下 COVID-19）の流行は2022年9月現在も衰える気配がない。パンデミックな流行は2020年12月末に、8年ぶりに在日外国人の総数を4万6千人減じさせている¹⁾。

2021年7月、第4波から第5波に移行している時期に大阪府看護協会主催の養成研修修了者の事後研修が開かれた。筆者らはCOVID-19流行下（以下、コロナ禍）にある外国人の医療事情、療養状況についてグループ討議を行い情報の共有を行った。さらに、コロナ禍の在日外国人の医療にまつわる諸問題とNiNAのよりよい活動を明らかにしようと再検討する場を設けた。

本編では、流行の終息がみえないコロナ禍において、医療現場の在日外国人に展開するNiNAの活動と課題を報告し今後の活動の方向性を示唆する。

方法

フォローアップ研修に集ったNiNA（研修修了から3年以内）5名によってグループディスカッションを行った。その後、筆者らはディスカッション内容をコード化、カテゴリー化し質的帰納的分析を行った。加えて、情報探索データベースを利用し、全国紙である朝日新聞オンライン記事データベースから、「COVID-19」「外国人」「クラスター」をキーワードとして情報検索（2020年1月～2021年7月）を行った。ヒットした記事からコロナ禍の在日外国人らの現状が読み取れる300字以上の記事をピックアップした。ピックアップした記事はカテゴリーの妥当性を論証する材料とした。

倫理的配慮

事後研修の主催者である大阪府看護協会に、研修からNiNAの役割と外国人医療に関連した諸問題解決に向けた活動についてまとめる主旨を説明し投稿の許諾確認を行った。また、グループディスカッションのメンバー発言を識別不可能にして個々への不利益につながらないように配慮した。

結果

約60分間のグループディスカッションは25のコードに絞りカテゴリー化を行ったところ、コロナ禍におけるNiNAの活動と日本に滞在する外国人医療の現状（表1）、NiNAの役割や活動における今後の課題（表2）が示された（表1と表2にコードの重複あり）。

“コロナ禍におけるNiNAの活動と日本に滞在する外国人医療の現状”（表1）では、14のコードから5のサブカテゴリーを経て【NiNAの活動を難しくする要因】と【コロナ禍における潜在化している外国人の医療の現状】のカテゴリーを導いた。

“今後のNiNAの活動の方向性”（表2）では、11のコードから4のサブカテゴリーを経て【NiNAの役割、活動の周知】と【NiNA側からアプローチする地域・社会との連携】を抽出した。

表 1. コロナ禍における NiNA の活動と日本に滞在する外国人医療の現状（グループの情報共有・検討から）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
NiNA の活動を難しくする要因	周知されていない「NiNA」	NiNA である前に一般スタッフである
		NiNA の役割、活動が広く知られていない
		NiNA としての活動の優先順位は低い
	地域に暮らす外国人の現状の情報入手困難	他の管轄であるワクチン接種（COVID-19）において、外国人の状況把握の困難さ 様変わりした日本社会において外国人が取り残されていないだろうかという懸念
コロナ禍における潜在化している外国人の医療における問題	感染の集団化、拡大化	外国人コミュニティの中で、（COVID-19 に罹患していることが）分からないまま感染は広がっている
		外国人コミュニティの中で、集団感染している
		外国人は自己の判断で会食を行い、感染の機会をつくり、感染拡大につながっている
		PCR 検査での陰性結果をもって、自分は大丈夫であるといった過信があり感染対策につながらない
	日本の医療に従順できない理由が存在	隔離されることが耐えられない
		確定診断を拒む
		外国人の無症状の陽性者は隔離が守れないケースがある
		外国人は「濃厚接触者」という概念の受け入れが難しい
	外国人にとっては煩わしい病院受診	いろいろ言われることの煩わしさから病院に行きたがらない
		外国で受診するハードルの高さ（予約制、費用（保険制度、実費））

グループ討議（約 60 分）から 25 のコードに絞りカテゴリー化を行い、コロナ禍における NiNA の活動と日本に滞在する外国人医療の現状（表 1）を示した。

表 2. 今後の NiNA の活動の方向性（グループ検討から）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
NiNA の役割、活動の周知	NiNA の役割、活動の周知	NiNA の役割、活動が広く知られていない
		組織内での NiNA としての活動の優先順位は低い
		NiNA を知ってもらい役割を果たせる活動を行いたい
NiNA 側からアプローチする地域・社会との連携	NiNA 側からアプローチ	外国人へのアクセスの難しさはあるが、アプローチは NiNA 側から行う
	地域でアプローチする場所	外国人の通う学校からアプローチが出来る
		外国人コミュニティの住まうところ（団地）からアプローチが出来る
	外国人がサポートを受けやすい病院や地域のシステムの構築	外国人に「やさしい日本語」が周知されていない
		（外国人のスマホ普及率は高いが）日本の医療制度（や社会保障制度）を読み取ることが面倒なのだと推察する
		日本の情報よりも母国の情報に頼りたいのだと推察する
		外国で受診するハードルの高さ（予約制、費用（保険制度、実費））があると推察する
		サポートできるシステム（各施設で取り組み、地域に広げていく）をつくる

グループ討議（約 60 分）から 25 のコードに絞りカテゴリー化を行い、NiNA の役割や活動における今後の課題（表 2）を示した。

次に、情報探索データベースを利用し、朝日新聞オンライン記事データベースから、「COVID-19」「外国人」「クラスター」をキーワードとして情報検索を行った（2020 年 1 月～2021 年 7 月）。ヒットした 159 件の中からコロナ禍の日本に在留・定住する外国人医療に関する記事を 40 件抽出し、さらに NiNA の課題や今後の社会的な役割に関連する記事に絞った。記事は 29 件あり縮約を示す（表 3）。

表 3. 朝日新聞 COVID-19 流行下、外国人に関する記事 (2020 年 1 月～2021 年 7 月)

	日付	何処で	縮約
1	2020/4/16	広島県	外国人向け情報発信
2	2020/4/22	福岡県久留米市①	発症後も勤務
3	2020/4/23	福岡県久留米市②	接待飲食業でクラスター
4	2020/4/24	(全国)	サポートの提案
5	2020/4/25	福岡県久留米市③	接待飲食業でクラスター
6	2020/4/27	福岡県久留米市④	接待飲食業でクラスター
7	2020/6/5	鳥取県鳥取市	陽性者の行動履歴「外国人との接触」
8	2020/8/8	岐阜県可児市・美濃加茂市	接触者の調査は難航
9	2020/8/8	(関西圏)	出入国管理庁施設での感染
10	2020/8/21	埼玉県	コミュニティでクラスター
11	2020/8/29	群馬県	デマに対する対策
12	2020/9/19	栃木県	ホームパーティーによるクラスター
13	2020/10/31	宮城県仙台市①	寮でクラスター
14	2020/11/14	(政府)	クラスター対策
15	2020/11/19	群馬県前橋市	学校でクラスター・学生生活への影響
16	2020/11/28	宮城県仙台市②	寮でクラスター
		愛知県	言葉の壁、情報格差
		群馬県大泉町	学校でクラスター
		(政府)	外国人特有の事情を加味した具体策の立案
17	2020/11/29	愛知県名古屋市	言葉の壁、慣習の違い
		(政府)	感染拡大の要因
18	2020/12/2	岐阜県	キーパーソンらと意見交換
19	2021/1/7	関東 (神奈川・東京・千葉)	宿泊療養施設入所のあきらめ / 失職の不安 / 情報錯誤
20	2021/2/6	岐阜県	接待飲食業でクラスター
21	2021/3/14	関東 (茨城・栃木)	情報格差 SNS で情報発信
22	2021/4/15	岡山県倉敷市	寮でクラスター
23	2021/4/15	埼玉県川口市	無料 PCR 検査
24	2021/4/27	岐阜県御嵩町	(宗教) 行事に伴う飲食からクラスター
25	2021/4/30	静岡県富士市	接触者の連絡を取り持つ SNS での交流
26	2021/5/15	岐阜県美濃加茂市	コミュニティでのクラスター / 外国人の協力者
27	2021/5/25	岐阜県美濃加茂市・可児市	コミュニティでのクラスター啓発に向けた補助制度
28	2021/5/28	三重県	抗原検査キットの無料配備
29	2021/5/31	埼玉県川口市	感染リスクと祈りの環境への取り組み

朝日新聞オンライン記事データベースから、「COVID-19」「外国人」「クラスター」をキーワードとして情報検索 (2020 年 1 月～2021 年 7 月)、ヒットした 159 件の中からコロナ禍の日本に在留・定住する外国人医療に関する記事を 40 件抽出、さらに NiNA の課題や今後の社会的な役割に関連する記事に絞った。記事内容を縮約として表示する。

考察

1. コロナ禍の NiNA の活動と役割

2019 年 12 月から発生した COVID-19 のパンデミックな流行のあおりを受け、日本における外国人人口は一転して減じた⁴⁾。コロナ禍においては臨床の第一線にいる看護師への期待は大きく、看護師という職業上の責務を遂行しながら COVID-19 に関する業務を優先している状況がある。加えて、平常時も我々は「NiNA である前に一般スタッフである」の通り、NiNA として独立した業務に就くことはなく一般スタッフとして現場で働いているという共通見解があった。

NiNA は平常時の組織の中での不安定な立場にある。〈周知されていない「NiNA」〉では、所属施設で「英語しかできないんでしょ？ 通訳でしょ？ ほかの言語は無理じゃない……」といった辛らつな言葉を浴びたNiNA が存在していた。この言葉はNiNA の認知度が低いこと、NiNA の役割を誤認識している周囲のスタッフの存在があることを示している。認定看護師の活動に関する調査⁵⁾によると「今後、認定看護師が、チーム医療の推進役となり、活動が推進されるためには、組織にその活動が認知され、役割機能が発揮できる活動時間の確保、所属部署への配慮など、労働環境の整備について検討が必要であると考え」と述べており、NiNA の活動が組織へ認知されることによってNiNA の活動の推進が見込めると考える。また、表2で示されている【NiNA の役割、活動の周知】の方向性とも一致する。

近年、国際化する日本において文化や言語の違いに不安を感じる外国人患者やその家族に対し、安心して医療を受けられる環境を整えることが推進されてきた⁶⁾。実際、厚生労働省は、外国人患者受入れに関する環境整備を進め、『外国人患者受入れ医療機関認証制度 (JMIP: Japan Medical Service Accreditation for International Patients)』⁷⁾の普及促進や医療通訳⁸⁾の配置支援、院内資料の多言語化などの事業を進めている。加えて、国際臨床医学会ではNiNA の役割を①文化や言語の違いに不安を感じる外国人患者やその家族に対し、医療施設内の多職種と連携し、外国人患者に安全、安心な医療を受けられるよう支援する、②常に中立・公平の意識を持ち、外国人患者等と多職種との双方の信頼関係の構築に寄与し、患者の「自己決定」のための支援を行う、③必要に応じて外部の国際医療コーディネーターサービス事業者や医療通訳者とのコーディネートをを行う、と示している⁹⁾。つまり、NiNA は外国人医療に携わる傍ら調整 (コーディネーター) の役割を担い、各部署と連携しあって病院内外の外国人医療の要請に応じる活動を展開する役割を持つ。コロナ禍において看護師の責務を果たしつつ、NiNA の役割、活動を所属組織に周知・認知されることによって、NiNA は医療機関・自治体等と協働し医療現場における外国人患者が安心して医療を受けられる体制の整備に取り組むことができると考える。

2. コロナ禍における潜在化している外国人医療の現状と NiNA の介入

COVID-19 の感染予防策は「三密 (密閉・密接・密集) を避ける」という原則のもと予防策が遂行されている。2020年7月にはWHO の公式フェイスブックからも「Avoid the three Cs (Closed spaces, Crowded places, Close-contact settings)」¹⁰⁾と発表されており、人と人が織りなすコミュニケーション社会における制約は日常生活やコミュニケーション等様々な影響を及ぼしている。筆者らは外国人のワクチン接種や外国人コミュニティにおけるクラスターの発生といった【コロナ禍における潜在化している外国人の医療における問題】(表1)に焦点を当てた。表3の記事にあるように、陽性となった外国人の“接触者の調査は難航 (2020.8.8)”や“言葉の壁、情報格差 (2020.11.28)”“コミュニティでのクラスター (2020.8.21)”“会食によるクラスター (2020.9.19)”には外国人の特有的かつ多様な特徴が現れていると考えた。各地で外国人クラスターが散見されるが、これは外国人コミュニティや職場といった外国人共通のつながりあるコミュニティで発生しており、そこには在日外国人や外国人コミュニティに日本と異なる文化的価値観や慣習、風習といった特徴が存在すると捉えた。そして、“宿泊療養施設入所のあきらめ (2021.1.7)”にあるように隔離という日本の医療システムにのれなかった外国人が存在していることが明らかとなった。加えて在留外国人は「失職の不安」をかかえているといった心理面の一因もあると推測され“発症後も勤務 (2020.4.22)”につながったのではないかと考えた。

新聞記事の多くは、クラスターの発生した理由や詳細な情報の掲載はしておらず外国人医療の詳細は明らかになっていない。この現状にNiNA が介入するならば、「なぜ外国人コミュニティ内でクラスターが発生しているのか」「な

「ぜ日本の医療システムにのれないのか」といった具体的な要因、外国人の多様な背景をつかむことからはじめ、時には外国人にあわせた対応が必要になると考える。そして、つかんだ情報を多職種の連携へとつなぐことにより外国人医療の問題解決へと導くことができるのではないだろうか。

3. NiNA 側からアプローチする地域・社会との連携

コロナ禍における外国人医療の現状は潜在化しており課題の詳細が把握しづらいと前述した。そこで、グループメンバーは在留・定住外国人の背景、ならびに外国人コミュニティの存在に焦点をあてた。日本の文化や日本社会に精通するキーパーソンが存在する外国人コミュニティであったとしても、症状のある外国人を日本の医療へいざなうことができているだろうか懸念されたためである。

コロナ感染陽性者の誹謗中傷・差別は“デマに対する対策 (2020.8.29)”にみるように外国人に対しても偏見の目がそそがれた。メンバーから受診できる外国人よりも地域で困っている未受診の外国人が多いのではないかという意見が出され【NiNA 側からアプローチする地域・社会との連携】の必要性があると共通見解に達した。しかし、コロナ感染陽性者の個人情報保護の観点から住居地や所属先等の公表は控えられている。NiNA はく地域に暮らす外国人の現状の情報入手困難をどのように乗り越えく外国人がサポートを受けやすい病院や地域のシステムへと変化をもたらすことができるだろうか。

コミュニティナースを紹介する矢田氏¹¹⁾はコミュニティを動かす存在を次のように説明している。「ふだんから健康に関してお節介を焼いてくれる、信頼関係にある人」と述べている。そこで筆者らは表3の記事“SNSの交流 (2021.4.30)”“外国人の協力者 (2021.5.15)”と紐づけ、コミュニティの中に『世話を焼きながらケアする存在』と『信頼関係』が外国人コミュニティの結束を高めるのではないかと考えた。

したがって、今後は活動を地域に周知してもらえよう努め、ふだんから地域（自治体等）との連携を取り、我々から地域の外国人とその外国人が頼りにするコミュニティのキーパーソンとの信頼関係を築き看護活動を展開していく必要性があると示唆された。

今後の課題

事後研修では、様々な現場で各々が活動している報告会やグループ討議を行い様々な課題がみえた。また、課題に直面することによって、我々は活動の振り返りを行うことができる。振り返りを経てNiNAは日本の医療や看護実践を外国人に説明できる能力の向上と、外国人を含むすべての対象となる人々とコミュニケーションできる能力、問題解決へ導く力を継続して培う必要があると再認識した。

その一方で、在日外国人を対象とした看護の報告や研究は少なく日本における在日外国人医療の問題やNiNAの課題は十分に可視化できていない。今後は、日本における外国人医療に携わる医療従事者によって研究を進める必要があると考える。そのためにも仲間を増やし、NiNAの役割と併行して活動、調査、研究と研鑽を積んでいく姿勢が求められる。

謝辞

COVID-19に関する業務が多忙である中、本編にご理解、参与頂きました大阪府看護協会のスタッフの皆様をはじめ、関係機関の皆様にご心より感謝申し上げます。また、引き続きNiNAの活動が医療組織や社会に周知されてい

くよう心願いたします。

本編内容に関連する利益相反 (COI) はありません。

参考文献

- 1) 法務省, 出入国在留管理庁, 【令和2年末 公表資料】, <https://www.moj.go.jp/isa/content/001371139.pdf>, (2021.10.11 閲覧)
- 2) 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目指して, メディカ出版, 2018
- 3) 大阪府看護協会ホームページ, <http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/CMS/01138.html> (2021.8.10 閲覧)
- 4) 岡田豊, 2019年の外国人人口は過去最高 2020年以降はコロナ化での減少への対応が急務, みずほインサイト みずほ総合研究所, 2020
- 5) 下川真由美, 高須久美子, 森本一美, 認定看護師の活動に関する調査, 第42回日本看護学会抄録集・看護管理, 2011
- 6) 厚生労働省医政局総務課医療国際展開推進室, 外国人患者受入れ体制に関する厚生労働省の取組み, https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryuu/kokusaitenkai/gaikokujin_wg_dail/sankou3.pdf (2021.10.11 閲覧)
- 7) 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://jmipjme.or.jp/> (2021.10.11 閲覧)
- 8) 厚生労働省, 医療通訳に関する資料閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000385181.pdf> (2021.10.11 閲覧)
- 9) 国際臨床医学会, 日本国際看護師認定制度, <http://kokusairinshougaku.jp/activities/authentication/NiNA/about.html> (2021.9.30 閲覧)
- 10) 九州医事研究会ニュース, WHOが日本の「3密(3C)」回避を世界へ呼びかけ, https://qmir.wordpress.com/2020/07/19/who_3c/, (2021.10.11 閲覧)
- 11) 矢田朋子, コミュニティナース 暮らしの中から生まれる看護の新たな可能性, 看護展望 Vol.45 No.1, メヂカルフレンド社, 2020

新聞記事

- i) 朝日新聞 (2020.4.16) ツイッター活用, 自治体で格差, 新型コロナの情報発信/広島県
- ii) 朝日新聞 (2020.4.22) 客船内20人超が発熱 長崎の造船所停泊中 新型コロナ【西部】
- iii) 朝日新聞 (2020.4.23) 富山, 小学校でクラスター 新型コロナ【西部】
- iv) 朝日新聞 (2020.4.24) ネット使えば「今もできる」動く学生 高校生支援・新歓自粛に署名・互いに講座
- v) 朝日新聞 (2020.4.25) (新型コロナ)「夜の街」集団感染2件 知事「市中感染の恐れ」/佐賀県
- vi) 朝日新聞 (2020.4.27) (新型コロナ)クラブ, 感染20人に 久留米市, 別の店名も公表/福岡県
- vii) 朝日新聞 (2020.6.5) 外国人との接触のみ公表 県内初感染者行動履歴 新型コロナ/鳥取県
- viii) 朝日新聞 (2020.8.8) (新型コロナ)「さらに警戒必要に」夏休み・お盆控え知事/岐阜県
- ix) 朝日新聞 (2020.8.8) 大阪の感染者, 最多255人 新型コロナ/大阪
- x) 朝日新聞 (2020.8.21) 新たに73人感染 90代の女性死亡 新型コロナ/埼玉県
- x i) 朝日新聞 (2020.8.29) ネットの中傷, 被害者支援へ 外国人への攻撃対処, 無料法律相談も 大泉町/群馬県
- x ii) 朝日新聞 (2020.9.19) (新型コロナ)外国人の感染増, 注意要請へ 大使館などに, 県「差別・偏見に配慮」/栃木県
- x iii) 朝日新聞 (2020.10.31) 留学生感染防止へ意見交換 専門学校クラスター受け 仙台市/宮城県
- x iv) 朝日新聞 (2020.11.14) (時々刻々)「第3波」不安要素も拡大 家庭や職場, 感染経路に 新型コロナ
- x v) 朝日新聞 (2020.11.19) 専門学校のクラスター, 波紋 入店「お断り」貼り紙・バイト先変更……新型コロナ/群馬県
- x vi) 朝日新聞 (2020.11.28) 外国人, コロナから守れ クラスター 言葉の壁に自治体苦慮
- x vii) 朝日新聞 (2020.11.29) 外国人感染, 届かぬ情報「『濃厚接触』言葉自体伝わらず」保健所苦心 新型コロナ/名古屋
- x viii) 朝日新聞 (2020.12.2) 外国人取り巻く現場の声を聴く 県, あすにも意見交換 新型コロナ/岐阜県
- x ix) 朝日新聞 (2021.1.7) (この声届いてますか コロナ禍の日本と政治:3) 外国人医療のアクセス, 感染しても言葉の壁
- xx) 朝日新聞 (2021.2.6) (新型コロナ)県が感染状況を発表 12~1月が全体7割・クラスター「会食」最多/岐阜県
- xx i) 朝日新聞 (2021.3.14) コロナ情報, 母国語で届け, 外国人有志, 自治体発表翻訳を SNS に/茨城県
- xx ii) 朝日新聞 (2021.4.15) コロナ感染確認, 県内計3000人超え 新たに32人/岡山県
- xx iii) 朝日新聞 (2021.4.15) 3000人対象, 無料PCR検査へ 居住実態あれば外国人も 川口市/埼玉県
- xx iv) 朝日新聞 (2021.4.27) (新型コロナ)県独自の非常事態宣言 変異株, 半数近くが20代以下/岐阜県
- xx v) 朝日新聞 (2021.4.30) ベトナム人が慕う夫婦の親心 富士の鈴木さん, 若者たち延べ数百人の面倒見る/静岡県
- xx vi) 朝日新聞 (2021.5.15) 外国人へ周知, 牧師らと連携 感染防止徹底, コミュニティーの中で 新型コロナ/岐阜県
- xx vii) 朝日新聞 (2021.5.25) 外国人への注意喚起強化へ 派遣業者と情報共有 美濃加茂市・可児市 新型コロナ/岐阜県
- xx viii) 朝日新聞 (2021.5.28) (新型コロナ)働く外国人向け検査キット 県, 雇用事業所に無料配備へ/三重県
- xx ix) 朝日新聞 (2021.5.31) 外国人介護職の信仰, 支える コロナ対策, 施設に簡易モスク 川口の特養/埼玉県

学術集会のお知らせ

第7回 国際臨床医学会学術集会

7th Annual Meeting of the International Society of Clinical Medicine

国際医療の再興

会期：11月3日（木・祝）

会場：北海道大学 学術交流会館

会長：Peter Y. Shane

（北海道大学病院 国際医療部）



<https://icm2022.info>



学術集会事務局 北海道大学病院 国際医療部

運営事務局 キュービック北日本株式会社

〒060-0005 札幌市中央区北5条西17丁目13-13-302 ☎ info@icm2022.info



1. 投稿資格

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

2. 投稿に際しての注意

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

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

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

3. 投稿と掲載区分

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

1) 原著論文

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

2) 特集・寄稿・招待論文

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

4. 利益相反・著作権・倫理的配慮他

1) 著者

著者は以下のすべてに該当するものであること。

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

2) 利益相反

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

3) 謝辞、倫理委員会承認番号、利益相反の告示

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

4) 研究対象に対する倫理的配慮

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

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

5) 重複投稿の禁止

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

6) 著作権

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

なければならない。本会ホームページから「著作権譲渡同意書」をダウンロードし、画像化した電子ファイルを添付して送付すること。査読などの結果、本誌が論文等を受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。
- (6) 図・表・写真には図表番号（図1、図2、表1、表2、等）タイトルおよび説明文をつけ、1枚ずつ別紙に作成する。説明文は図・表・写真の内容が容易に理解できるように簡潔明確にする。図中のシンボル、矢印、略語についても説明する。
- (7) 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
飯塚 陽子
押味 貴之
(幹事) 田畑 知沙
野村 亜希子
山田 秀臣

国際臨床医学会雑誌／JICM

第6巻 第1号

令和4年11月1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
(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 飯塚 陽子、押味 貴之、田畑 知沙 (幹事)、野村 亜希子、山田 秀臣 (五十音順)

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。