

を積極的に提供していくこと、⑤IP から治療内容や価格について質問を受けた場合には迅速に対応すること、等を要請している。

(5) 支払手続き (Financial Transaction, FT)

医療費の支払手続きは、IP と医療機関間におけるトラブルやミスコミュニケーションの要因になりやすいものの一つである。そこで IPSC は、医療機関に対して、①IP が母国を出発する前の段階において支払責任や支払方法について明らかにしておくこと、②治療パッケージに含まれる代金や含まれない費用を明らかにしておくこと、③追加費用が発生する可能性がある場合には事前にその情報を IP に知らせておくこと、等を求めている。

(6) リーダーシップ (Healthcare Leadership, HL)

院内において適切なリーダーシップが発揮されることは、国際患者受入れ体制の整備・向上を図る上でも重要なポイントである。そこで IPSC は、医療機関に対して、①国際患者受入れに関する年間行動計画のリーダーとして、適切な職員を配置すること、②任命されたリーダーや関連職員に対して必要な予算や資源を提供すること、等を求めている。

(7) 感染・危険廃棄物管理 (Infection Control & Hazardous Waste management, IW)

近年、MT の分野では、IP の国際移動に伴う感染症の拡大が大きな課題の 1 つとなっている。また、IP は、治療や手術のために長時間移動したり、慣れない環境で過ごしたりすることによって、国内患

者以上に感染症に対するリスクが高いことも否定できない。そこで IPSC は、医療機関に対して、①感染・危険廃棄物管理に関する指針やポリシーを策定すること、②当該指針やポリシーは国際患者受入れの担当者に対応したものであること、また、③当該指針やポリシーは、IP の文化的・権利的側面に配慮したものであることのほか、④IP が到着する前に、IP の母国の感染症情報やその動向を把握しておくこと、等を求めている。

(8) 国際患者対応 (International Patient Management, IP)

IP の場合、そのケアの継続性を担保し、安全で円滑な受入れを実現していくために、国内患者に対する通常に対応に加えて様々な特殊な対応が求められることになる。そこで IPSC は、医療機関に対して、①IP に対して母国の主治医と海外で治療を受けることについてよく話し合うことを推奨すること、②IP の来院前に当該 IP に関する臨床上のあらゆる情報を収集しておくこと、③IP に対して、当該治療に必要な身体的状態等をあらかじめ伝えておくこと、④IP の来院前に、IP の母国の主治医とできるだけコミュニケーションを取っておくこと、⑤IP 対応にあたっては国内の患者にも十分配慮しながら対応すること、⑥国際医療患者受入れに関する担当者やチームを任命しておくこと、等を要請している。

(9) マーケティング (Marketing, MK)

現在、MT の分野では、患者獲得のため、各国の政府や医療機関、ファシリテーター企業等がインターネットやソーシャル

メディア、国際イベント等を活用して積極的なプロモーション活動を行っている。しかし、その一方で、事実とは異なる広告内容等によってIPがトラブルに巻き込まれる事例も増えてきている。そこでIPSCは、医療機関に対して、①各種広告媒体においてそのサービスの質の高さ等を主張する際には、その根拠となるエビデンスを併せて提示すること、②院内の医師等を紹介する際にはその内容に誤りがないように定期的に内容の確認を行うこと、③プロモーションで大げさな言葉や過剰表現を使用しないこと、等を要請している。

(10) 患者アドボカシー (Patient Advocacy, PA)

IPは、母国から離れ、慣れない環境の下で過ごすことになる。そこで、IPSCは、患者の不安や戸惑いを軽減するためには患者アドボカシー体制が整備されていることが重要あるとして、医療機関に対して、①IPの滞在中、IPをサポートする代理人として役割を果たせる者 (PA) を任命すること、②PAがその役割を果たし、IPが院内で受ける治療内容等について正しく理解できるようにしておくこと、③IPからの質問やIPと担当医等間で交わされた会話等の内容について診療録に記載しておくこと、④PAはIPの個人情報国内法に基づいて適切に管理されるように努めること、IPが必要な場合に苦情を申し立てられるような仕組みについて定めた指針やポリシーを策定しておくこと、⑤IPに対して満足度調査等を実施すること、等を求めている。

(11) 環境 (Physical Environment, PE)

IPに対して適切なサービスを提供し、その満足度を向上させるためには、院内等の環境整備も重要になってくる。そこでIPSCは、医療機関に対して、①院内を清潔で安全な状態で維持すること、②文化的・言語的環境が異なるIPでも容易に理解できるように院内マップやサインを整備すること、③院内にIPが容易にアクセスできる食堂やカフェテリア、個室や準個室、家族室等を用意すること、④病室には、ナースコール、金庫、多言語対応のテレビ、インターネットが利用できる環境、冷暖房設備、必要に応じて家族などが泊まれる簡易ベッド等を備え付けておくこと、⑤IPの回復を妨げるような騒音からIPを守る設備を設けること、等を求めている。

(12) 質改善活動 (Quality Improvement, QI)

IPSCは、医療機関に対して、PDCAサイクルに基づいて国際医療受入れプログラムの質の向上を図ることを求めている。ここでいう質の向上とは「安全性 (Safe)」、「効果 (Effective)」、「患者中心 (Patient-Centered)」、「適宜性 (Timely)」、「効率性 (Efficient)」、「公平性 (Equitable)」が向上・改善されていくことを指す。そこで、IPSCは、医療機関に対して、①国際患者プログラムの質改善に関する文書化された行動計画を策定すること、②質改善に必要なデータを収集すること、③質改善に関して少なくとも6つの指標を設定して、関連データの収集・分析、改善計画の策定・実施・見直し等を行うこと、等を求めている。

(13) リスクマネジメント (Risk Management, RM)

IPSC は、リスクマネジメントに関連して、医療機関に対して、①IP の個人情報の国境を越えたやり取りに関する安全対策に関する指針やポリシーを制定すること、②IP に対して事前指示 (Advance Directive) の作成を勧めること、③リスクの軽減に有効なデータの収集・分析を行うこと、④患者が帰国後に問題が発生した場合の対処に関する指針やポリシーを策定しておくこと、等を求めている。

(14) サプライチェーン・マネジメント (Supply Chain Management, SC)

IPSC は、IP に対して適切に治療やケアが提供されるように、医療機関に対して、①医療機器や備品、薬品に対して必要な評価を行うこと、②IP に提供される薬や医療備品が長時間の移動に耐えられるように必要な指針やポリシーを策定すること、等を求めている。

(15) テクノロジー (Technology, TN)

IPSC は、医療機器等に関しても、医療機関に対して、①医療機器の安全性やその効果に関して必要な評価を行うことを定めた指針やポリシーを策定すること、②IP や職員が理解できるような言語対応機器を必要に応じて活用していくこと、等を求めている。

(16) 透明性と苦情対応 (Transparency & Compliance, TC)

IPSC では、IP と医療者・医療機関間の信頼関係を構築するには透明性を担保することが重要であり、それには提供する

サービスの内容だけではなく、サービスを提供する医師や看護師等の医療者に関する情報も含まれるとの考え方が採られている。そこで IPSC は、医療機関に対して、①関連する国内法や取得した認証等に関する情報を提供することに加えて、②IP に対してケアを行う職員を評価するための効果的な仕組みを導入していること、③IP に対してケアを提供する医師のプロフィールや臨床成績等の情報を知り得る状態に置くこと、等を求めている。

(17) トラベル及びツーリズム (Travel & Tourism, TT)

IP の大部分は国境を越え長時間の移動を行うことになるため、IPSC は、その点に着目して、医療機関に対して、①IP の要請に基づいて行程や移動手段に関するあらゆる情報を IP に提供するように努めること、②自国の治安や安全に関する情報、ビザや予防注射など自国に入国するために必要な情報、海外旅行保険等に関する情報等を提供すること、③IP の要請に基づいて、IP や同国家族の宿泊に必要な情報を提供すること、④IP の身体の状態や状況に応じて最も適切な移動手段等をアドバイスすること、等を求めている。

D. 考察

国際医療交流 (MT) に関する医療機関の国際認証制度としてこれまでよく取り上げられてきたのは、Joint Commission International (JCI) や QHA Trent Accreditation、Canada International 等であった。しかし、これらの国際認証制度はあくまでも当該医療機関の安全性

や質について国際的視点から評価したものであって、MT に関する医療機関の能力を評価するというものではなかった。そのため、海外の JCI や Trent を取得している医療機関の中には、国際患者を受入れる体制が全く整備されていなかったり、体制が不十分だったりすることも珍しくなく、IP が医療機関を選定する上で戸惑いの原因となること少なくなかった。

このような状況を踏まえれば、MTA が海外からの患者に対して医療サービスを提供する医療機関が遵守すべき基準を定め、その基準を満たした医療機関を認証する IPSC のような制度を創設したことはある意味当然の流れといえよう。実際、ISPC の諸基準や評価項目を見てみると、クリニカル・アセスメントや感染・危険廃棄物管理、リーダーシップ等、JCI 等の従来からある医療機関の国際認証制度と共通する評価項目も少なくないが、その一方で、近年の MT の分野で問題となっている事項に対して対処できるだけの能力があることを評価することを前提とした特有の評価項目（例えば、問い合わせやマーケティング、ケアの継続性等）も多々含まれている。

現在、日本では、外国人患者の受入れ体制が整備された医療機関を認証する制度として「外国人患者受入れ医療機関認証制度 (JMIP)」があるが、JMIP は、在留外国人患者や、医療目的で日本の医療機関を受診する外国人患者、日本滞在時に緊急医療が必要になった外国人患者等、外国人患者の種類を問わず、医療機関が外国人患者を受入れる際に整備しておくべき、いわゆる基本的な部分について評

価するものであり、IPSC のように MT 特有の視点で医療機関を認証していこうというものではない。しかし、今後日本において国際医療交流を推進していくのであれば、日本の医療機関の国際医療交流対応力を向上させるためにも、JMIP の二階建て部分として、ISPC のような評価項目を追加していくことも一考に値するものと考えられる。

E. 結論

前述したとおり、近年、世界の国際医療交流 (MT) の分野では、MT サービスの質の向上を図るために、関係国や関係団体による新たな規制や認定制度の創設が相次いでいる。なかでも、MTA が海外からの患者に対して医療サービスを提供する医療機関に対する認定制度である ISPC は、わが国の国際医療交流の推進を目指す医療機関にとっても非常に参考になるであろう。

F. 健康危険情報

該当事項なし。

G. 研究発表 (2015/4/1~16/3/3 発表)

1. 論文、報告書、発表抄録等：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当事項なし。
2. 実用新案登録
該当事項なし。
3. その他
該当事項なし。

平成27年度 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）

「医療通訳等の外国人患者の受入れ体制に関する研究」 分担研究報告書

研究班主催シンポジウム

「医療機関における外国人患者の受入れ体制整備に向けて－緊急医療が必要になった訪日外国人患者にどのように対応していくのか－」の開催

研究代表者 遠藤 弘良 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座 教授

研究分担者 岡村世里奈 国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野 准教授

研究分担者 遠矢 雅史 公益財団法人日本医療機構評価機構 評価事業推進部長

開催概要：

近年、外国人患者の増加を背景として、医療機関における外国人患者の受入れ体制整備に関する関心が高まっている。平成27年7月に発表された政府の「健康・医療戦略」でも医療の国際展開が主要項目の1つとして掲げられ、日本において在留外国人等が安心して医療サービスを受けられるような環境整備の必要性が述べられている。

こうしたなか、本研究班では医療機関における外国人患者の受入れ実態調査をはじめとして、数々の関連調査研究を行ってきた。そして、この度、外国人患者の受入れに関心を持つ医療機関からの要望に応えるために、平成27年12月19日、聖路加国際大学の講堂にて「医療機関における外国人患者の受入れ体制整備に向けて－緊急医療が必要になった訪日外国人患者にどのように対応していくのか」と題するシンポジウムを開催した。

シンポジウムは2部構成とした。第1部「外国人患者受入れ体制整備に向けた国及び研究班の取組み紹介」では、本研究班・研究代表者の遠藤弘良の開会挨拶、厚生労働省医政局総務課国際医療展開推進室医療人材専門官 谷村忠幸氏が「外国人患者の受入れ体制整備に向けた国の取組み」について述べた後、研究分担者の遠矢雅史より「医療機関における外国人患者の受入れ体制整備に向けた実態調査」、同じく研究分担者の岡村世里奈より「医療機関のための（医療）通訳ガイドライン案」について、研究成果の報告を行った。

そして第2部「緊急医療が必要になった訪日外国人患者の受入れ体制整備に向けて」では、訪日外国人の増加や東京オリンピックの開催決定を受けて必要性が高まってきた「訪日外国人患者の緊急時医療」に焦点をあて、実際に対応している医療機関、救急関係者、医療アシスタンス会社、旅行会社、電話医療通訳会社から、現状と課題等について報告があった。続くパネルディスカッションでは、研究分担者 岡村世里奈の司会進行のもと、本シンポジウムのテーマである「訪日外国人患者の緊急医療に対応していくために、今後整備していくべきものとは何か」についてシンポジストとともに議論を行った。本シンポジウムの現状報告ならびにパネルディスカッションの要旨は本項以降に記載のとおりである。

なお、本シンポジウムには、厚生労働省や経済産業省、観光庁、国際化に関心のある医療機関や研究機関、医薬品・医療機器メーカーや旅行会社、翻訳業、コンサルタント会社、建設会社、行政、出版・報道など幅広い分野から約150名が参加した。

1. 関係者からの現状報告

(1) 医療機関の立場から

「外国人患者受入れ現状と課題」

千葉西総合病院 国際医療支援室 室長代理
海老原 功 氏

医療法人社団木下会千葉西総合病院(600床、千葉県松戸市)では、外国人患者の受入れ体制として、国際医療支援室(5名)、外国人患者受入れ委員会があるほか、多言語対応職員として、英語101名、中国語7名、韓国語7名、その他43名がいる。平成27年4月～9月での訪日外国人患者の受入れは140名で、国籍別では中国100名、モンゴル23名と比較的多い。また、それらの患者が受診した診療科は、1位循環器、2位内科、3位健診、4位脳外科となっている。

外国人患者の受入れの課題として、①夜間休日、救急時の対応、②訪日外国人患者だが協会けんぽ保険証所持、前期高齢者証所持、高額療養費医療制度利用、③予防接種不備等による感染症リスク、④院外処方時の通訳、⑤診療費の概算見積もり、などがある。

今、訪日外国人患者だが、協会けんぽの保険証を所持している人が多数、日本に来ている(上記③)。これは、例えば日本で働いている中国人が、中国に住んでいる親を扶養という形で保険証を発行してもらい、中国から短期滞在中で日本へ来て700万～800万円くらいかかる手術などを受けて、高額療養費制度で15万円くらい払って帰国する、というものである。すぐ帰りたいので「薬を1年分出してほしい」と言われたりするが、病院としては「これは保険診療なので90日分以上は出せない」と説明する。このようなケースが、ほぼ毎日のようにあるが、これは不法というわけではない。私たちとしては保険診療のルールにのっとして、できないこ

とはできないと言いつつ対応している。

また、保険証を持っていない自費診療の場合、概算の提示がかなりむずかしい(上記⑤)。例えば、過去の症例での費用を調べたうえで、そこにセーフティマージンとして何割かを上乘せし「これくらいはかかるのではないかと」概算を示し、「概算を超える追加治療が発生したら、それも支払いいただく」と約束をしたにもかかわらず、「最初に提示した概算と違う」と支払いを拒否する例もあった。やはり、訪日外国人患者の社会的背景を踏まえたうえで概算を出さないと、同意書にサインをしたとはいえ、かなり揉めることがある。

今後に向けて考えているのは、①遠隔通訳やオンコール体制など夜間休日の言語対策強化、②性善説にのっとして外国人患者に対応すると「痛い目」にあったりするので、自費診療に対する院内の意識改革、③多文化に対する勉強会の促進、④診療科・言語・受付時間などについて自治体や医療機関との連携強化、などである。

「日本語のうまく話せない外国人旅行者患者へのおもてなし診療態勢にむけて」

高山赤十字病院 副院長 竹中 勝信 氏

地方都市を代表して、高山赤十字病院(岐阜県高山市)の事例を報告したい。

平成26年に高山市を訪れた外国人観光客は47万5,990人で、これは市の人口の5倍にもなる。その観光客を地域別に見るとアジアが最も多い。高山赤十字病院を受診した外国人観光客は、平成25年度が103人(22カ国)、同26年度が178人(27カ国)で、対前年度比で72.8%増加している。その結果、救急外来などを受診する外国人患者も増え、感謝されることも多い。しかし、救急外来のナースから「私たちは地域

の人たちを看護するために看護師になったのです」と指摘された。これは何とかしなければならぬと考え、断らない医療によるおもてなしの心は救急医療にもつながるとして、平成 26 年 8 月から院長直轄で、医師や看護師ほか医事課や教育研修課などの職員も参加して「おもてなしプロジェクト」（外国人患者サポート体制プロジェクト）を始めた。飛騨高山で病気になった旅行者が高山赤十字病院に行って「よかったね」と言われる医療を目指そう、とした。

ところが、メンバーの一人から「私たちは頑張るが、観光客は市役所、行政が呼んで来ているのでは」という意見が出た。そこで、市役所に相談に行ったところ非常に好意的で、市役所と病院で一緒に頑張ろうという話になり、「おもてなしプロジェクト」の会議に高山市職員が参加するようになった。また、市役所を通じて、飛騨高山旅館ホテル協同組合に行き、「何らかの通訳ができる人は一緒に病院に来てください」と、通訳の同行などをお願いした。最近では通訳が来てくれているので、外国人患者と何とかコミュニケーションが図れている。

病院では「高山市おもてなし国際化促進事業補助金」を活用して、①「院内マップ英語版」の作成、②「救急薬局窓口」の看板を国際化表示（英語併記）に付け替え、③「服薬案内英語版」の作成などを行った。また、救急外来の看護師にアンケート調査をしたところ、「初対面で、あいさつは何て言うのか」「専門用語は知っているが、日常の英語で何て言うのだろう」といった記述があった。そこで、平成 27 年 3 月より、高山市職員を講師として毎月 1 回、英会話勉強会をスタートさせた。

課題として、こういう地方都市の場合、医療通訳がないので、私たちで何とかしないといけないが、自分の仕事をしながら通訳の手伝いをするのは大変であり、上司の確認を取った上

で、「医療通訳サポーター」として登録してもらうことにした。その結果、15 人くらいが登録してくれ、うち医師が 6 名ほど「英語」で登録している。

医療人としては今後、英語さらには多言語対応を考えて、人材育成をしていかなければならない。

（２）救急関係者の立場から

「外国人の救急搬送状況—東京消防庁の現場から—」

東京消防庁 参事・救急部救急管理課長
森住 敏光 氏

東京消防庁の救急活動としては、平成 26 年の全搬送人員は 66 万 4,629 人で、うち訪日外国人は 1,593 人（0.24%）である。国籍別に見ると、中国が最も多く 363 人、次いでアメリカ 180 人、韓国 130 人、台湾 107 人、オーストラリア 60 人などとなっている。年齢は、20 歳代と 30 歳代で過半数を占めている。救急隊の出場先を地域（区）別で見ると新宿区、港区が比較的多く、業態別ではホテル・旅館が圧倒的に多い。事故種別では急病が 67%、一般負傷が 20%で、全搬送での割合とほとんど同じ。収容先は、国立病院と大学病院で半数を占めている。また、初診時傷病名は、35%が「症状・徴候・診断名不明確」だが、それ以外では「打撲・血腫・捻挫」（15%）、「消化器系疾患」（11%）が比較的多い。

外国人に対する救急活動では、現場到着から現場出発までの現場活動の時間が平均 23 分 57 秒で、全搬送での現場活動の時間（平均 21 分 29 秒）よりも 2 分 28 秒長くなっている。その主な要因としては、①言語が通じない（特に英語が通じない場合）、②付き添いがいない、③搬送先病院が決まらない、などが挙げられる。

このような状況を踏まえて東京消防庁では現在、警防本部・指令室に英語対応ができる職員を配置している。また、11カ国語に対応したコミュニケーションマニュアル（冊子）や3カ国語に対応したコミュニケーション支援ボードを作り、救急車に用意している。それらを見せて、どのような自覚症状があるかなどについて指差しをしてもらおう。2020年には東京オリンピック・パラリンピックがあるので、「アジア・ヘッドクォーター特区」と呼ばれている国際化を推進する地域に、英語対応救急隊を配置している。119番に入電時点で外国人とわかれば、この救急隊を仕向けるようにもしている。

（3）医療アシスタンス会社の立場から

「医療アシスタンス会社の立場から」

アクサ・アシスタンス・ジャパン株式会社
営業部シニアマネージャー 田中 嘉平氏

アシスタンス会社の役割は「海外旅行者の119番」ともいえるもので、海外旅行保険の被保険者が病気などになった時、契約している保険会社に代わって、病院の紹介、治療費の支払い保証、医療通訳、医療搬送の手配などを行っている。医療アシスタンスとしては、例えば①医療機関の紹介・予約、②電話による通訳サービス、③入院費・治療費の支払い保証や立替え、④入院状況のモニタリング、⑤セカンドオピニオンの提供、⑥通訳の派遣、⑦医療搬送、⑧遺体搬送・荼毘、などを行っている。対象者は、契約損害保険会社の保険加入者（旅行保険ほか）、契約企業の海外渡航者（駐在員、帯同家族、出張者）である。また、海外で販売されている海外旅行保険の多くは、免責額があり、基本的に自分で支払って後日請求する、という仕組みになっている。

日本で訪日外国人を受け入れる体制につい

ては、まず、訪日外国人受診時のマニュアルを作成する必要がある。そのマニュアルでアシスタンス会社として一番大事だと思うのが、来院時の初動対応である。次は、通訳の雇用、通訳サービスを活用すること。その導入が日本でも進んできているが、我々から見ると、それが医療通訳なのか、事務系の通訳なのか、不明確なところがある。また、アシスタンス会社は、医療機関に対して支払い保証なども積極的に行っているため、特別提携をするなど、ぜひ有効活用していただきたい。そのように体制を整えることは現場の負担軽減にもつながる。

（4）電話医療通訳事業者の立場から

「医療現場での多言語対応」

株式会社ブリックス 代表取締役社長
吉川 健一 氏

当社の主な事業は、通訳・翻訳業務、多言語コンタクトセンター（通訳センター）の運営、バイリンガルスタッフ人材派遣などである。多言語コンタクトセンターとは、言葉の違いで困った際に専用番号に電話すると、バイリンガルの通訳オペレーターが電話を通して通訳をするもので、24時間・365日対応している。また、通訳を自社雇用しているのが特徴で、個人情報保護、通訳の品質の保証につながる。

当社は、電話通訳やタブレット端末などを用いた映像通訳も行っている。電話通訳のメリットは、①場所を選ばず、電話があればどこでも使用が可能、②通信環境を選ばない、③つながるまでが早く、通話環境も安定していることだが、受話器の受け渡しが必要で、通訳者の顔が見えないといった問題もある。それが映像通訳になると、通訳者の顔が確認でき、患者にとって安心感がある。ただ、通信環境に左右されて映像が乱れることもある。

あるべき言語対応の形として、簡単なところはタブレット端末、指差しなどで対応していただけでもよいが、それで解決できない場合は、通訳センター（多言語コンタクトセンター）を使う。ただし、重篤な患者については通訳となる者が介在したほうがよいので、医療機関側で対応できない場合は通訳の依頼も必要である。

（５）旅行会社の立場から

「緊急医療が必要になった訪日外国人患者にどのように対応していくのか」

株式会社 JTB 総合研究所 常務取締役・観光危機管理研究室長 高松 正人 氏

訪日外国人数は、2020年には3,000万人近くなる、と考えられる。現在の規模の年間2,000万人の外国人観光客・旅行者があるとしたら、国内で1人平均12日滞在しているの（1人平均11.7泊＝平成26年度、観光庁調べ）、1日あたり平均約65万人の外国人観光客・旅行者が人口にプラスして国内にいる計算になる。しかも、それは平均であり、例えば中国の春節あたりには、それが100万人になっている可能性が十分にある。つまり、約200万人の在留外国人に100万人をプラスした状態の医療体制を考えていかなければならない。そのようなことが今起こっているということを、まず認識していただきたい。

旅行会社・ツアーオペレーターにできることとして、添乗員・ガイドがその場に居合わせた時は、一定の初期対応ができる。旅行会社として、現場にいる添乗員・ガイドに対して、〇〇病院なら対応できるからそこに連れて行きなさいと指示はできるが、それも夜間になるとオフィスに人がいなくなるため対応できないこともある。医療機関への同行も、複数の添乗員・ガイドがいる場合のみ可能である。なお、

家族・関係者などの「救援者」の旅行手配は、旅行会社の守備範囲である。

外国人観光客の緊急医療体制強化に向けて、①国内医療機関の外国語対応体制の強化、②訪日外国人の旅行保険加入の促進、③海外の旅行・医療保険への国内医療機関の対応力強化、などが挙げられる。例えば、日本到着時にも加入できる旅行保険の開発は、非常に大事だ。これがあれば、医療機関もおそらく日本の保険会社とのやりとりになるので、その部分では抵抗感もなくなる。旅行者にとって一番ありがたいのはキャッシュレスであり、キャッシュレスで受診できるように保険会社と契約を拡大していくことによって、もっと安心できる日本滞在になるのではないか、と思う。

2. パネルディスカッション

第Ⅱ部の後半は、国際医療福祉大学大学院の岡村世里奈・准教授（研究分担者）がコーディネーターを務め、前半に報告を行った6氏が登壇し、「訪日外国人患者の緊急医療に対応していくために、今後整備していくべきものは？」をテーマに、パネルディスカッションを行った。そこでの主要な発言やフロアとのやり取り等は次のとおりである。

（１）訪日外国人が適切に医療機関にアクセスできているか

岡村 前半の登壇者の方々からの報告からも分かるのとおり、一口に「病気や怪我で治療が必要な訪日外国人患者」といっても、その患者が、①軽症か、重症か、②ガイド付きのツアー客か、ガイドなしのツアー客か、フリーの観光客か、③個人で旅行しているのか、家族等が同行しているのか、④都市部か、地方都市か、⑤旅行保

険への加入の有無、⑥日本語ができるのかどうか、メジャー言語か、マイナー言語か、⑦受診が日中か、夜間・休日等によって、求められる緊急医療体制整備の在り方も変わってくる。そこで、このパネルディスカッションでは、その多様性を前提とした上で、今後の日本において訪日外国人患者の緊急医療体制をどのように整備していけば良いのか考えていきたいと思う。

まずは、「訪日外国人患者と適切な医療機関へのアクセス」の問題について取り上げてみたいと思う。例えば、先ほどの森住氏の報告の中で、外国人患者の傷病名を見ると、救急搬送される必要がないにもかかわらず、どの医療機関を受診したらよいかわからないために救急搬送に頼っているケースがあるように思われる。また実際、訪日外国人患者の方に対してインタビューをしてみると、どの医療機関にかかったら良いのか分からなくて困った、もしくは、どの医療機関を受診したら良いのか分からなかったので、軽症だったが大学病院の救急外来を受診したというような声を聞くことが少なくない。このように、どうも訪日外国人患者の方については、医療機関に関する情報不足もあって、その状態や症状に応じた医療機関を受診することができていない、すなわち適切な医療へのアクセスが担保されていない気がするのだが、パネリストの方々はこの点についてどのようにお考えだろうか。もし、適切なアクセスが出来ていないとすれば、どのような仕組みがあればよいと思うか、それぞれの立場からコメントをいただきたい。

海老原 当院は在留外国人患者が多いが、そういった方には、国民健康保険に加入する時、市内の外国語に対応している病院の一覧表などを渡せればと考えている。また、市または県が、

外国人患者がアクセスできるようなコールセンターを作る。そこで言語、診療科などについてインフォメーションできれば混乱なくいけるのではないかと考えている。

竹中 高山市では、診療所や薬局にもよく行って困っている、という。

森住 大学病院、国立病院に搬送したというのは結果論である。受入れ体制さえあれば、通常の街のお医者さんで診てもらえたはずだ。最近は携帯電話が普及したので、第三者通報が多い。倒れていて、本人ではなく、周りの人が通報した。東京消防庁の出場 75 万件のうち半分は軽症である。しかし私どもは、重症度ではなく、緊急度と不自由さに軸足を置いてみるべきだ、と考えている。また、外国人がどうやって医療機関を受診したらよいかわからないのはいかという指摘があったが、東京消防庁では東京都医師会、東京都福祉保健局と連携して、「#7119」と電話することにつながる救急相談センターを運営している。これはコールセンターの一種で、看護師と東京消防庁・救急隊のOBが電話を受け、東京都医師会と日本救急医学会から承認を受けたプロトコールに基づいて、病院に行ったほうがよいかどうかなどの相談に対応している。そこには医師が 24 時間常駐しているほか、英語が話せる看護師がいることが多いが、英語以外の言語には対応できていない。2020 年にはオリンピック・パラリンピックがあるので、多言語対応についてまさに検討中である。

田中 多くの保険会社と提携をしているアシスタンス会社の立場からは、アシスタンス会社が提供する医療に関する情報を保険会社が保険商品に付帯して販売することなどが考えら

れる。また行政では、例えば外務省は、海外渡航などをする日本人のために「たびレジ」(<https://www.ezairyu.mofa.go.jp/tabireg/>)という形で情報提供をしている。そこに登録すると旅行先の国の安全情報などが提供されるが、訪日外国人向けに、そうしたものがあるとよい。

高松 それについては今、いくつかの国が先行している。例えばオーストラリアでは「Smart traveller」(<https://smartraveller.gov.au/>)がある。日本でも、そのようなものを作り、そこに先ほどの「#7119」などの情報を載せておくと、いざという時に役に立つ。

吉川 我々も119番の通訳を複数個所から受けているが、そのファーストコールとあって、最初に出る言語が日本語である確率が高い。例えば、京都で外国人が転んでケガをしたとすると、おそらく、通りすがりの日本人が、その人の代わりに救急車を呼んであげようとする。その後、「ちょっと、この人と替わるね」と言う。ですから、そのような情報提供は、外国人だけでなく日本国内向けにも必要なのではないか。

竹中 そういったコールセンターやサイトがあることをホテルの人に教えてあげたら、すごく喜ばれると思う。

フロア そのコールセンターについては、東京、大阪などそれぞれで頑張る方法もあるが、電話がつながれば日本全国同じである。みんなでまとまって1つのものを作って、それを全国でカバーできるようなシステムを作ればよい。そこで、十数カ国語の言語で対応すれば、かなりの部分はカバーできるのではないか。

フロア（厚生労働省・担当官） いくつかの話

が出たが、1つは、一括してのワンポイントサービスをどうするか、ということである。それについて率直に申し上げると、恒久財源をどうするか、それが非常に難しい。

（2）緊急時の言語対応として何が必要か

岡村 それでは、ここからは個別の問題について考えていきたいと思う。最初のテーマは「言語対応の問題」についてである。本日も登壇いただいた千葉西総合病院はすでに通訳体制を整備されているが、このように通訳体制が整備されている医療機関はほんの一部である。実際、医療機関の方々とお話してみると、医療通訳を導入したいが、人件費や研修費の捻出が難しくなかなか実行に移せないとの声をよく聞く。また、千葉西総合病院のようにある程度通訳体制が整備されている医療機関であっても、休日・夜間の通訳やマイナー言語対応に関してはかなり苦労されているようである。それでは、以上のような点も念頭に置きながら、あらためて2医療機関の方々にお伺いしたい。訪日外国人患者を（緊急に）受け入れる際の言語対応の問題については、どのように考えられているのだろうか。

海老原 在留カードやパスポートを見せていただければ、何語で話せばよいかわかるので、まず私たちは、それらを確認する。また、保険証を持っているか、いないか、などを確認する。その後、ドクターに話を聞いて、予想される治療などから医療費の概算の情報を医事課に流し、それを患者さまにすぐに伝える、という対応をしている。言語に関しては、朝の8時半から24時まで、電話通訳を含めて中国語、英語、タガログ語、ウイグル語に対応している。費用について、電話通訳に関しては今、厚生労働省

の平成 27 年度補助金事業「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」における医療通訳拠点病院として国に負担いただいている。また、外国人向け医療コーディネーター2 人と医療通訳 1 人、計 3 人の人件費の半分は国から出していただいている。それ以外の 2 人の医療通訳は派遣で、病院が負担している。

竹中 外国人患者がたくさん受診に来ると、最初は逃げたくなるが、そこを逃げないようにする。我々の病院では、とにかく逃げないという文化を作ろう、と。片言でもよいから外国語を喋るようにしている。喋れないのであれば、何か体でもよいからあたっていく。そこから何か生まれる。

岡村 休日・夜間の場合、電話通訳あるいは映像通訳の導入を検討する施設が増えているが、やはりコストが高い。訪日外国人患者から医療通訳の費用も取る仕組みがある医療機関であればよいが、ほとんどの医療機関はそのような仕組みはまだない。そのような医療機関にとっては、電話通訳あるいは映像通訳のハードルは高い。それについて、1 医療機関あたりの負担を減らす方法は何かあるのか。

吉川 電話通訳の原価はシンプルで、すぐわかるロジックになっている。24 時間・365 日、電話機を医療通訳がとることができるようにするには、8 時間×3 人、それに休みもあるので、電話機 1 台あたり 5 人が必要になる。そのバイリンガルのスタッフの人件費が 1 人あたり月 50 万円、それが 5 人なので 250 万円/月。そこにファシリティ、電話の仕組みなどを入れると、電話機 1 台あたり 300 万円から 400 万円/月になる。また、それだけのコストをかけても電話回線 1 本しか確保できない。それがコスト

計算である。そのコストを 10 の医療機関で割っていただければ、1 医療機関あたり 30 万円～40 万円で電話通訳に対応できる。100 の医療機関で割れば 3 万円～4 万円。300 で割れば月 1 万円で済むが、1 本の電話回線に 300 の医療機関では、ほとんどつながらない。その兼ね合いをどうするか、ということである。

(3) 医療文化・習慣の違いへの対応

岡村 訪日の外国人の場合は、日本の医療文化、習慣を全く知らない。どうしても、自分の国のものの考え方になってしまう。また、訪日外国人の場合、既往歴や薬剤情報もわからない状況で対応しなければいけない。そのような対応について、これまでの成功体験、あるいは反省点について、コメントいただきたい。

海老原 説明と同意がないまま検査・治療に進んでいくと、やはり医療費もつり上がるので、かなりトラブルになる。そこで、訪日の患者さまには、事前に概算の医療費を提示している。また入院の場合は、誓約書をもらい、概算の医療費の 7 割程度を先に支払っていただき、退院時に調整している。

竹中 救急外来で、このような治療の費用はいくらといった一覧表を作ったことによって、患者さんが選択するようになったので、医療費の支払いの問題は、だいぶ解消されてきた。現在、一番の問題は、薬剤に関すること。日本では先発医薬品と後発医薬品（ジェネリック）があり、その説明をするのがたいへんである。ただ、海外の人はジェネリックを希望する例が多く、原則としてジェネリックを使おうという話を薬剤部としている。また、入院の場合、持参薬が何なのか調べるのが非常に難しい、という問題

点もある。

吉川 文化の違いに関しては、対応マニュアルのようなものを作っていくことが大事ではないか。また、マイナーな現象も起きてくる。例えば、ある宗教の方は、輸血を受けようとしなかったり、特定の時期になると薬を飲まない。作ったマニュアルに、そのようなマイナーな事例をアップデートしていく。

岡村 特に訪日外国人の場合、トラブルとしてよく聞くのが、例えば入院が必要であっても、「入院なんてとんでもない。明日の飛行機に乗りたいんだ。乗せてくれないのなら、そのキャンセル料と新しいチケット代を、お宅の病院が払ってくれるのか」と言われたりすること。また、訪日外国人の付き添い、家族などへの対応も、医療機関の負担となっている。そのあたりは、どうしていけばよいのか。

海老原 当院の場合、メディカルツーリズムで夫婦、あるいは付き添いがいるのがわかっている場合は、2ベッドの部屋を押さえておく。それでも対応ができない場合は個室を使い、そこに置いてあるソファは外に出して、エキストラ・ベッドを入れたりする。

(4) 未収金対策

岡村 最後に、どうしても取り上げてほしいといわれていたのが、未収金対策。訪日外国人の場合も、緊急・重篤で命に関わるようなケースがあるが、保険にも入っていないため、どうしても未収金が出てくることがある。それについて、こうすればよいといったような意見を述べていただきたい。

海老原 国を挙げて外国人観光客を呼ぼうとし、実際に訪日外国人客から大きな経済効果が出ているのだから、政財界で何らかのセーフティネットを作っていたらよい、と思う。

竹中 高山赤十字病院では今のところ未収金はないが、訪日外国人が入院する時には、基本的にパスポートとクレジットカードは押さえることにしている。

森住 東京消防庁では予算を組んで、救急車で搬送した日本人については医療機関に損失補填をするようにしていて、実際には約90%は補填している状態である。また、外国人の在留者の場合は、東京都の福祉保健局が管轄する公益財団法人東京都福祉保健財団が補填する形になっている。しかし、訪日外国人の場合はその補填の対象とならないので、行旅病人及行旅死亡人取扱法で対応することになる。

吉川 医療通訳では、訪日外国人に対して事前に医事課などで治療費について説明することも多い。その際、必要なのは、しっかりとコミュニケーションをとり、相手の言うことを聞くことである。

高松 例えば企業であれば、どこでも、貸倒引当金という形でリスクに対して備えをされていて、それが法人税上も控除されるようになっている。未収金というリスクがあるのがわかっている、それに対する備えを個々の医療機関で行うのが大変であれば、一定の団体がファンドを作り、それに対する医療機関の拠出は優遇措置をとるといった方法が、具体的に考えられるのではないか。外国人観光客が増えることは日本にとって何兆円もの経済効果があるわけで、各地で観光税というものを考えてもよい。そのなか

ら1億円や2億円を引き当てても、マクロで見れば微々たる投資である。こういった特定財源を自ら作っていくのは世界の常識である。

岡村 ありがとうございます。パネルディスカッションは以上とさせていただきます。

3. まとめ

遠藤 外国人患者の受入れ体制については、当初は医療機関と行政だけでなんとか片が付くと考えていた。しかし、今日のシンポジウムを通じて、民間を含めて様々な人たち、ステークホルダーが一緒になってやっついていかないと問題は解決しないということが、おわかりいただけたかと思う。私どもの研究班としては、皆さまと一緒に、「医療機関のための通訳ガイドライン」を作っていきたいと思っているので、ぜひ、グッドプラクティスがあればお寄せいただきたい。皆さまと協力して外国人患者に日本の良い医療を提供できるようにしていきたい。

[資料] 「医療機関における通訳ガイドライン案」について

「医療通訳等の外国人患者の受入れ体制に関する研究」班主催シンポジウム
「医療機関における外国人患者の受入れ体制の整備に向けて―「訪日外国人と緊急医療」―

「医療機関における通訳ガイドライン案」について

2015年12月19日
国際医療福祉大学大学院
分担研究者 岡村 世里奈

本日の内容

- I. 「医療機関のための通訳ガイドライン案」作成の背景
- II. ガイドラインの概要
 1. 基本的な考え方
 2. 医療機関において医療通訳体制を整備する際の留意点
 3. 診療過程における留意点
 4. 質の確保
 5. 苦情対応窓口

I. 「ガイドライン案」作成の背景

「医療通訳」に対する関心の高まり


- 在留外国人・訪日外国人数の増加
- 国の施策
 - 例)健康・医療戦略「我が国において在留外国人等が安心して医療サービスを受けられる環境整備・推進する。」
 - 例)厚生労働省:医療通訳の拠点病院事業、標準医療通訳養成テキスト、等
- 公私に医療通訳の養成講座の増加
- 「医療通訳士」の資格化に関する議論
- 医療通訳を利用する医療機関の増加

↓

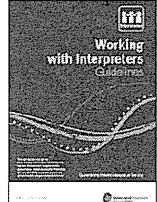
<医療機関>
「医療通訳の質の担保・評価をどのようにすれば良いのか?」「通訳を利用したケースで医療事故が行った場合には?」、等。

「医療通訳先進国ではどうしているのだろう・・・?」


<様々な医療関係者 ためのガイドライン>



“Interpreter-Standard Procedures for Working with Health Care Interpreters”
(Ministry of Health NSW)



“Working with Interpreters Guideline”
(Queensland Gov. Queensland Health)



“Best Practice Recommendation for hospital-based Interpreter Services”
(Massachusetts Dep. of Public Health)

II. 「日本版医療機関のための通訳ガイドライン案」の概要

1. 基本的な考え方

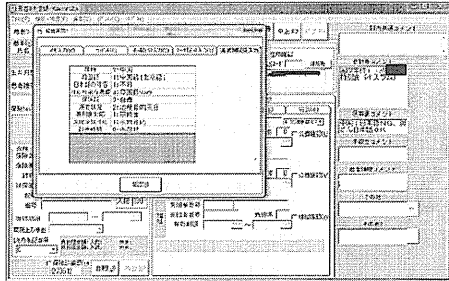
○わが国の医療機関を受診する日本語が不自由な患者(Limited Japanese Patients : LJP)に対して、適切な通訳サービスを提供することは、安全で質の高い医療を提供していくために不可欠である。

対象者	通訳利用のメリット	通訳利用なしのデメリット(リスク)
患者 (LJP)	・医療者から提供された情報を理解できる。 ・自らの状態や提案された治療内容や治療方針またはそれに伴うリスク等について質問することができる。 ・自らの治療内容について選択し、同意を与えることができる。	・医療者から提供された情報が理解できない。あるいは、誤解して理解してしまう。 ・自らの状態や提案された治療内容な治療方針、リスク等について質問したり、選択・同意を適切に与えたりすることができない。
医療機関	・正確な診断が可能となる。 ・ICを適切に行うことができる。 ・採薬・治療計画等を遵守させられる。 ・再発に医療費の支払いを避けられる。 ・医療スタッフのストレス軽減につながる。	・正確な診断・ICを行うのが困難になる。 ・患者が治療方針や治療計画、リスク等まで正確に把握できているのか確認する術がない。 ・不適切な服薬等が行われてしまう。 ・医療事故や有罪事象等が発生する可能性がある。
医療システム全体	・不必要な検査や治療等を防ぐことができる。 ・再入院率及び在院日数の削減できる。 ・医療者の時間の節約につながる。また訴訟につながるような誤解等を防げる。 ・安全性を向上させ、有罪事象を削減することができる。	・不必要な検査や治療を行ってしまう。 ・コミュニケーションが取れないことにより、医療事故や有罪事象等が発生する可能性が高まる

2. 医療機関において医療通訳体制を整備・検討する際の留意点

(1) LJPの数や使用言語、国籍等を把握する仕組みの構築

・現時点では、自院を受診するLJPの把握を行っている医療機関は非常に限られている。しかし、医療通訳体制の整備内容や方針を決定するためには、現状把握がまず重要である。



(出典：千葉西総合病院)

(2) 通訳方法の種類とその組み合わせについて

・通訳方法には、大別して、「対面通訳」、「電話通訳」、「映像通訳」の3つがある。



対面通訳
(source: Language Studio, Inc.)



電話通訳
(source: Language Studio, Inc.)



映像通訳
(source: Translation Services USA)

・医療機関において通訳を介する場合には、「対面通訳」が望ましいことは言うまでもない。しかし、それが難しい場合には、自院の通訳ニーズや利用場面、環境的要因、予算等を踏まえて、自院にとって適切な通訳方法を組み合わせることが望ましい。また、ICの際には、できるだけ対面若しくは映像通訳を確保することが望ましい。

例) 都内A病院(2次救急)の場合

	平日・日中	夜間・休日
英語	対面通訳(院内職員)	映像・電話通訳 (会計:電話、診察:映像)
中国語	対面通訳(外部派遣予約制) 緊急時は映像・電話通訳	映像・電話通訳 (会計:電話、診察:映像)
韓国語	対面通訳(外部派遣予約制) 緊急時は映像・電話通訳	—
スペイン語等その他言語	対面通訳(外部派遣予約制)	—

(3) 医療通訳に関して一定の研修や教育を受けた通訳者の採用

・通訳を介して医療サービスを提供する際には、医療通訳に関して一定の研修や教育を受けた者を通訳者として採用すべきである。最も実際の医療現場では、「家族通訳」や「友人通訳」、「同僚通訳」、「バイリンガル職員通訳」に頼らざるを得ない場合も少なくない。その場合には、それぞれの通訳スタイルが抱える問題に対する対処策についてきちんと検討しておくことが望ましい。

種類	リスク
家族通訳	・医学的概念や専門用語、通訳技術、倫理的規範に関する知識が欠けていることから、不正確あるいは質の低い通訳が行われる可能性がある。 ・特に家族が通訳をしている場合には、医療者の伝えたい内容や患者本人の伝えたい内容について変更や歪曲、抑制等が起こりやすい。(例:母親のがん告知を子供が通訳する場合)
友人通訳	・同僚通訳の場合には、会社の都合によって、通訳内容の変更、歪曲、抑制等が起こりうる。
同僚通訳	・家族や友人、同僚に「責任」を負わせることになる。 ・患者の秘密保持の侵害にあたる可能性がある。
バイリンガル職員通訳	・医学的概念や専門用語が分かったとしても、通訳技術・倫理的規範等に関する知識が欠けているため、適切な通訳が行われない可能性がある。

(4) 自院の(医療)通訳体制・方針の周知

- ① 患者への周知
 - ・通訳サービスの内容や利用手続き、費用の他、通訳利用のメリットや通訳利用の必要性
- ② 地域コミュニティや関係行政機関
- ③ 提携している(医療)通訳関係者
- ④ 地域医療機関同士の情報交換
- ⑤ 地域の宿泊施設や関係企業
- ⑥ 院内職員
 - ・自院の通訳体制整備・マニュアルの作成が完了したら、院内で共有できるように周知徹底を図る。



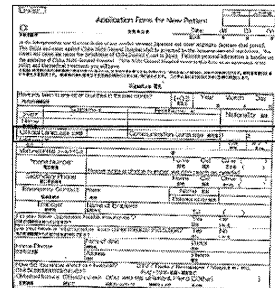
<https://www.health.qld.gov.au/multicultural/interpreters/VR1-patients-japan.pdf>

3. 診療過程における留意点

(1) 来院(初診・入院)時アセスメント

・初診時に、LJPの患者を把握できるような仕組みを導入する。

例1) 新患申込書の活用

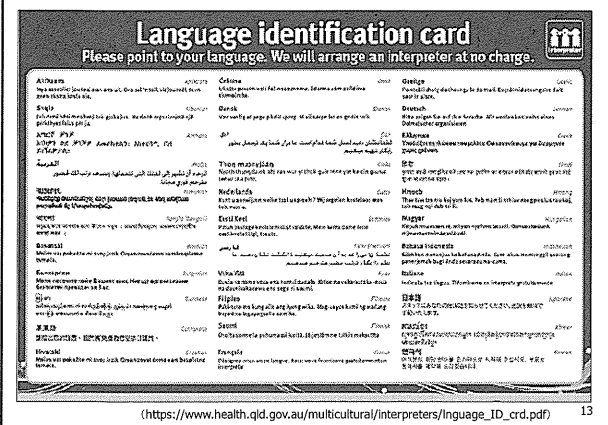


例2) 質問による確認



(出典：千葉西総合病院)

例3) 確認カードの活用



(https://www.health.qld.gov.au/multicultural/interpreters/language_ID_crd.pdf) 13

(2) 初診・入院時手続き

① 診療記録等への記録

・LPJの場合には、当該患者が家(職場)で使用している言語(希望する言語)や通訳サポートの必要性のほか、文化的・社会的ニーズを記録する。

② 患者が通訳を拒否した場合の対応

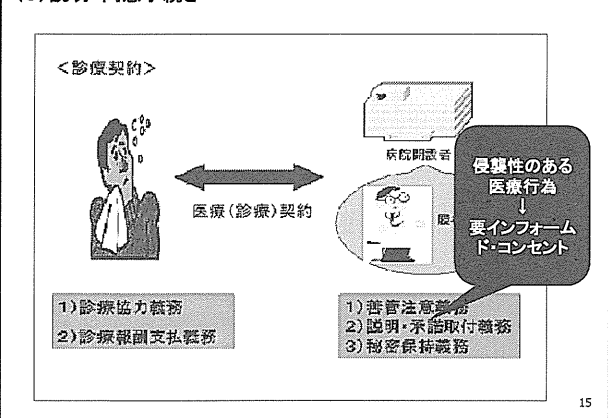
・LPJが通訳の利用を拒否した場合には、通訳が必要な理由(患者及び医療機関双方にとって)を説明する。それでも拒否する場合にはその原因を探り、対処可能な場合にはその対応策を講じる(費用の問題なのか、通訳者に自分の個人情報(漏れるのが心配なのか等)。それでも拒否した場合には、その旨カルテに記載しておく。

③ 付箋等の活用

・通訳の必要性がある患者の場合は、継続の検査や治療を行うスタッフにもその事がすぐわかるように、患者の診療録や関連書類等に「要通訳」等の付箋を貼るなどの措置を講ずる。

14

(3) 説明・同意手続き



15

① ICにおける通訳の必要性

・LPJの患者から有効なインフォームド・コンセントを取得するためには、(医療)通訳者の存在が不可欠である。

② ICと家族・友人・同僚通訳

・海外では、子供や友人、同僚等、医療通訳に関して一定の研修や教育を受けていない者によって治療の同意を得た場合には、その同意は有効とはいえない、とするところもある。
→最も、このような考え方は理論的には正しいとしても、日本の医療の現場の状況を踏まえれば、少なくとも現段階では現実的ではないであろう。しかし、例えば、通常診療では家族通訳等を認めたとしても、侵襲性の高い治療行為や疾患の種類や感情的な側面から家族や友人通訳になじまないIC(例: がん告知や足の切断等)については、一定の教育や研修を受けた通訳者を確保するように医療機関としてできるだけ努力を払うことが望ましい。

16

③ ICと通訳手法

・ICの際には、できるだけ対面通訳、それが難しい場合には、映像通訳、電話通訳の順で対応することが望ましい。

④ ICと同意書

・ICの際には、LPJがその内容を理解できるように、患者の母語あるいは日本語と母語の2か国語併記の同意書が使用されることが望ましい。

(参考: 厚生労働省外国人向け多言語説明資料一覧)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056789.html>

⑤ 同意書における通訳者のサイン

・通訳を介してICが行われた際には、その事が分かるように同意書に通訳者のサインの欄を設けておくことが望ましい。

⑥ 診療録などへの記録

・通訳を介してICが行われた際には、その事を当該患者の診療録等にも記録しておくことが望ましい。

17

<その他>

- (4) 通訳者の患者情報へのアクセス
- (5) 事前・事後の打ち合わせ
- (6) 院内の医療通訳体制の質の確保
- (7) 費用をめぐる問題
- (8) 苦情対応窓口

<「ガイドライン案」作成のための情報提供のお願い>

・研究班では、ガイドライン案の充実に向けて、医療機関の皆様からの情報を募集しております。通訳利用の好事例やトラブル、工夫等がございましたら、是非教えていただくと大変有難く存じます。何卒宜しくお願い致します。

18

