別添５

令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

医療機関の外国人患者受入れに関する評価指標開発研究
―海外の関連評価指標の動向に関する研究―

研究代表者　佐々木　淳一　　慶応義塾大学（教授）
研究分担者　岡村　世里奈　　国際医療福祉大学（准教授）
研究分担者　高橋　泰　　国際医療福祉大学（教授）
研究分担者　日野原　千速　　国立国際医療研究センター病院（部長）

研究要旨

本研究では、医療機関における外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について文献・資料分析を行った。

その結果、WHO Europe では、外国人患者対応を病院組織全体の質改善の課題として位置づけ、「組織全体アプローチ（whole organization approach）」に基づく自己評価ツールが開発されていた。また、米国 CLAS では、文化的・言語的多様性への対応を、患者安全、医療の質、健康の公平性に関わる組織的課題として整理し、The Joint Commission や CMS の認証・政策にも影響を与えていた。さらに、海外の枠組みでは、医療通訳、多言語情報提供、職員教育、患者参加、安全管理、組織体制等を評価対象とするとともに、それらが病院組織全体の運営や継続的質改善の仕組みへどのように組み込まれているかが重視されていた。

一方、我が国の外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）においても、医療通訳、多言語情報提供、インフォームド・コンセント、安全管理、職員教育等の主要な評価領域は既に整理されており、外国人患者受入れ体制の評価に関する重要な基盤が構築されているが、海外の枠組みでは、これらの評価項目を病院組織全体の継続的質改善の枠組みの中で捉え、自己評価や PDCA サイクルを通じて改善へ結び付ける仕組みがより重視されていた。

以上を踏まえると、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発する際には、JMIP において蓄積されてきた評価項目を基盤としつつ、患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の観点を取り入れた評価体系を構築していくことが重要であると考えらえる。

A.研究目的

近年、我が国では在留外国人および訪日外国人の増加に伴い、医療機関を受診する外国人患者も増加している。これに対応するため、医療通訳体制の整備、多言語情報提供、外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）[1)]等を中心として、外国人患者受入れ体制の整備が進められてきた。しかしながら、現在の我が国では、医療機関における外国人患者受入れ体制を客観的かつ体系的に評価するための評価領域、評価指標、評価方法等は十分に整備されていない。

この点について、令和７年度当初は、MEDLINE、PubMed、Embase、CINAHL、ProQuest、医中誌の６つのデータベースを用いて、外国人患者受入れに関する評価指標や評価枠組みに関する先行研究の収集・分析を行うことを予定していた。しかしながら、予備的検索を進

めた結果、外国人患者受入れ体制全体を包括的に扱った評価指標研究は限定的であり、個別の通訳研究や移民医療一般に関する研究が多数含まれるなど、既存データベース検索のみでは、医療機関における外国人患者受入れ体制の組織的評価枠組みを体系的に把握することは困難であることが明らかとなった。

そこで、海外における公的機関、国際機関、認証機関等が公表している基準、枠組み、自己評価ツール等に着目して収集・分析を行った。その結果、WHO Europe ならびに米国において代表的な取り組みが行われていることが明らかとなった。

そこで本研究では、外国人患者受入れ体制に関する評価指標案の作成に向けた基礎資料を得るため、上記 2 つを対象として、公表されている公式文書、基準、自己評価ツール等の収集・分析を行い、海外において医療機関の外国人患者受入れ体制が、どのような基本的考え方に基づき、どのような評価領域、評価項目、評価方法によって構成されているのかを明らかにすることを目的とした。

B.研究方法

上述のとおり、本研究では WHO Europe ならびに米国の関連する基準、ガイドライン、自己評価ツール等を対象として、文献・資料収集および内容分析を実施した。

具体的には、WHO Europe に関しては、「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friendly Hospitals Project)」[2]、「移民およびその他の脆弱な集団のための医療における公平性基準 (Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups)」と「試行導入のための自己評価ツール (Self-Assessment Tool for Pilot Implementation)」[3]、「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール (Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups) (2024)」[4]等を対象とした。

一方、米国については、「医療および保健医療分野における文化的・言語的に適切なサービスに関する国家基準 (National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care：CLAS Standards)」[5]ならびに関連する公式ガイダンス (official guidance) [6]、CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) および The Joint Commission による関連文書等を対象とした。

なお、本研究は、公表されている海外の公式文書、基準、ガイドライン、学術文献等を対象とした文献・資料分析研究であり、人を対象とする調査や個人情報の収集は行っていない。そのため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用対象外であり、倫理審査を要しない研究となっている。

C.結果

１．WHO Europe の取り組み

（１）概要

①「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friedly Hospitals Project)

WHO Europe の医療機関における外国人患者受入れに関する取り組みは、2002 年から 2005 年にかけて実施された「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friendly Hospitals Project：MFH Project)」を嚆矢とする。同プロジェクトは、WHO Europe と EU の支援のもと、移民患者や少数民族患者に対する病院サービスの改善を目的として実施されたものであり、オーストリア、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、スウェーデン、英国の 12 か国の病院がパイロットとして参加した。

同プロジェクトを通じて、移民患者や少数民族患者は、社会経済的地位の低さや、移住に伴う心理的負担、十分な社会的支援の欠如等により、一般住民より健康状態が悪い場合が多く、診断、治療、予防サービス等において十分な医療を受けられていない可能性があることが示唆された。また、医療機関側も、言語障壁、文化的多様性、医療資源不足等への対応を迫られており、病院における質保証や質改善に新たな課題が生じていることが認識された。

こうした問題意識を背景として、MFH Project では、外国人患者対応を単なる「医療通訳の配置」や「異文化理解」といった限定的課題としてではなく、病院組織全体の対応能力の問題として位置づけた。すなわち、外国人患者対応は、一部の担当者や国際部門のみが担う特殊業務ではなく、病院全体の質管理や組織開発に関わる課題として認識されるようになり、「組織全体アプローチ」に基づき、病院組織全体として継続的に改善していくことが重視されるようになった。

そのため、MFH Project では、このような「組織全体アプローチ」を実際に医療機関へ導入・定着させるためには、各病院が自院の外国人患者対応体制の現状を客観的に把握し、継続的に評価・改善していく仕組みが必要であると考え、外国人患者対応を病院組織全体の質改善の一部として継続的に評価・改善するための自己評価型ツールとして、「移民に優しい病院に関する質評価質問票（Migrant Friendly Quality Questionnaire：MFQQ)」を開発した。

MFQQ では、医療通訳体制、多言語情報提供、文化的配慮を伴うサービス、職員教育、組織方針、質管理体制等が評価対象とされている。また、その特徴として、単に「通訳があるか」といった個別サービスの有無のみを確認するのではなく、それらが病院組織の中でどの程度制度的・継続的に運用されているかを評価しようとしていた点が挙げられる。例えば、医療通訳体制についても、必要時に個別対応を行うだけではなく、病院として正式な方針や運用ルール、職員教育、モニタリング体制等が整備されているかが重視されていた。このように、MFQQ は、外国人患者対応を病院組織全体の組織開発および継続的質改善の一部として位置づけようとした点に特徴があった。

②アムステルダム宣言(The Amsterdam declaration)

そして、MFH Project の成果を踏まえ、2004 年に公表されたのが「民族的・文化的に多様なヨーロッパにおける移民に優しい病院に向けたアムステルダム宣言（The Amsterdam Declaration Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe)」[7]である。同宣言は、MFH Project を通じて明らかとなった課題や知見を踏まえ、欧州における外国人患者対応の基本的方向性を示した提言として位置づけられている。

同宣言では、移民患者や少数民族患者は、社会経済的困難、移住に伴う心理的負担、健康リテラシーの不足等により、一般住民と比較して十分な医療を受けられていない可能性があることを指摘した。また、こうした問題は、単なる「言語問題」や「文化理解」の問題ではなく、病院における質保証および質改善の課題であると整理された。

そのうえで同宣言では、「移民に優しい病院」となることは、移民患者のみならず、すべての患者に対して、より個別化され、より患者中心的なサービスを提供することにつながると提言した。また、外国人患者対応を病院全体の質改善の一部として位置づけ、病院管理者や質管理部門に対しては、理念や方針、手順等へ多様性や移民への配慮を組み込むこと、必要な人的・財政的資源を確保すること、利用者や地域コミュニティのニーズを継続的に把握・モニタリングすること等を求めた。さ

らに、職員に対する文化的能力向上のための教育・研修の必要性についても提言がなされた。

このように、アムステルダム宣言は、MFH Project において形成された「外国人患者対応を病院組織全体の質改善の問題として捉える」という考え方を、欧州レベルの提言として整理・発展させたものであり、その後の WHO Europe における「健康の公平性」や「包括的医療システム」の考え方につながる重要な基盤となっていった。

③移民に優しく文化的能力を有する医療に関するタスクフォース（Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care：TF MFCCH）

その後、MFH Project およびアムステルダム宣言の成果を継承・発展させるため、2005年には、WHO の Health Promoting Hospitals and Health Services（HPH）ネットワーク内に、「移民に優しく文化的能力を有する医療に関するタスクフォース（Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care：TF MFCCH）」が設置された。

TF MFCCH は、MFH Project において提唱された「外国人患者対応を病院組織全体の質改善の問題として捉える」という考え方を継承し、医療機関、研究者、政策担当者等が連携しながら、移民患者やその他の脆弱な集団に対する公平で質の高い医療提供体制の構築を目指した。

さらに、TF MFCCH では、従来の「移民患者」や「民族的少数者」だけではなく、法的地位や社会経済状況、宗教、性別、障害等、多様な要因によって脆弱な状況に置かれている人々全体を対象として捉える方向へ考え方が拡張されていった。その上で、TF MFCCH では、移民患者やその他の脆弱な集団に対する公平な医療提供を実現するためには、各医療機関が自院の対応状況を客観的に把握し、継続的に評価・改善していくための共通の基準や評価ツールが必要であるとの認識が共有されるようになった。特に、当時、欧州各国では移民医療に関する政策や実践に大きな差があり、また、多くの国において「何が migrant-friendly な医療機関であるか」を評価するための標準化された基準が存在していなかった。そのため、TF MFCCH では、健康の公平性や多様性の観点から、医療機関が自らの取り組みを自己評価し、継続的改善へつなげるための基準の開発が進められることとなった。

こうした背景のもと、2011 年には暫定版基準（preliminary standards）を作成し、2012 年には 12 か国 45 医療機関を対象としたパイロットテストを行った。その後、パイロットテストの結果を踏まえて改訂を行い、2014 年には「移民およびその他の脆弱な集団のための医療における公平性基準：試行導入のための自己評価ツール（Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation）」を公表した。

さらに近年では、「移民・公平性・多様性タスクフォース（Migration, Equity and Diversity Task Force：MED-TF）」と名称を変更し 2024 年には、「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール）（Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups）」改訂版(2024)を公表している。また、MED-TF では、2025～2026 年の行動計画として、各医療機関による自己評価の実施、改善領域の特定、行動計画の策定、改善策の実施・評価等を段階的に進める枠組みを提示するとともに、ハイブリッド会議等を通じた best practice の共有も進めている。

このように、TF MFCCH／MED-TF では、MFH

Project やアムステルダム宣言で示された「移民に優しい病院（migrant-friendly hospital)」の考え方を、健康の公平性や包摂的医療システムの観点からさらに発展させ、外国人患者対応を病院組織全体における継続的質改善の課題として体系化している。

（２）「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール)」（2024）の概要

① 目的

本ツールは、前述のとおり、移民やその他の脆弱な集団に対する公平で質の高い医療提供を実現するため、医療機関が自院の強みと弱みを自己評価し、継続的改善につなげることを目的として開発されたツールである。

② 使い方（データ収集方法および回答の採点方法）

本ツールは、病院全体だけではなく、単一の部署やサービス単位でも利用可能な柔軟な構造となっている。自己評価を実施する際には、まず、評価結果から改善の必要性が明らかになった場合に、実際の改善活動へ結び付けることができるよう、上級管理職の承認を得ることが推奨されている。また、評価にあたっては、現場職員及び管理職を含む異なる職種・部門の職員から構成される評価チームを編成し、多様な視点から組織の強みと課題を把握することが求められている。

データ収集については、まず①プロジェクトリーダーを選定し、②評価対象範囲（病院全体、部門単位、サービス単位等）を決定する。次に、③評価する基準の順序を決定したうえで、④評価チームによる会議を開催し、各基準と自院の実施状況を比較・検討する。その後、⑤各測定可能要素について採点を行い、⑥関連する方針、規程、マニュアル、記録等の証拠資料を整理・記録する。さらに、⑦評価結果に基づいて改善が必要な領域を特定し、⑧スコアカードを作成して組織全体の状況を可視化したうえで、⑨一定期間後に再評価を実施するという流れが示されている。

さらに、評価結果については、スコアカードのみを MED-TF に提出する仕組みとなっており、各医療機関は、自院の結果を他国・他組織と比較するとともに、優れた実践事例（best practice）の共有等へ活用することが想定されている。

③ 自己評価の項目

本ツールは、表１のとおり、5 つのスタンダード（standards)、17 のサブスタンダード（sub-standards)、40 の測定可能な要素（measurable elements）によって構成されている。

５つのスタンダードは、①「公正性への組織的な取り組みの実証」、②「公正なアクセスと利用」、③「公正な医療の質」、④「雇用における公正性」、⑤「公正性の促進」で構成されている。

また、17 のサブスタンダードおよび 40 の測定可能な要素では、例えば、組織理念や方針への公平性の組み込み､公正性戦略の策定、人口統計データを活用した格差分析、医療通訳・翻訳体制、多言語情報提供、患者中心の医療提供、退院支援、患者参加、職員教育、多様な職員の雇用、差別防止、地域連携等が具体的評価対象として設定されている｡なお、本分担報告書では、これら５つのスタンダード､17 のサブスタンダード､40 の測定可能な要素について表形式で整理した。

④ 自己評価結果の活用方法

本ツールでは、自己評価は単なる現状把握ではなく、継続的質改善（continuous quality improvement）につなげるためのプロセスとして位置づけられている。具体的には、自己評価の結果に基づき、改善が必要な領域を特定し、優先順位を設定したうえで、改善計

画を策定することが推奨されている。

また、本ツールでは、質改善手法として、Plan-Do-Check-Act（PDCA）サイクルの活用が推奨されている。すなわち、改善が必要な課題を分析し改善計画を立案（Plan）したうえで、実際に改善策を実施（Do）し、その結果を評価（Check）し、さらに改善へつなげる（Act）という循環的プロセスを繰り返すことによって、医療機関全体の公平性を継続的に向上させていく考え方が採用されている。

このように、本ツールは、外国人患者対応や脆弱集団対応を、一時的・個別的対応ではなく、病院組織全体の継続的質改善サイクルへ組み込もうとしている点に特徴がある。

２．米国の取り組み

（１）概要

1980年代以降の米国では、人種・民族的多様性の拡大や移民人口の増加に伴い、外国人患者や英語能力が限定的な患者（Limited English Proficiency：LEP）への対応の必要性が高まっていった。その中で、言語障壁や文化的背景の違いにより、患者が診療内容を十分に理解できない、必要な医療サービスへアクセスできない、あるいは適切なインフォームド・コンセントが確保されないといった問題が指摘されるようになった。また、こうした要因が患者安全や健康アウトカムにも影響を及ぼす可能性があることが認識されるようになった。

さらに、人種・民族間における健康格差も重要な社会問題として認識されるようになり、1990年代以降、医療機関には多様な文化的・言語的背景を有する患者に適切に対応することが求められるようになるとともに、文化的・言語的多様性への対応を、単なる患者サービスや利便性向上の問題としてではなく、医療の質や健康の公平性に関わる課題として捉える考え方が広がっていった。

こうした状況を背景として、2000年に米国保健福祉省内の少数者健康局（Office of Minority Health：OMH）を中心として策定・公表されたのが、「医療および保健医療分野における文化的・言語的に適切なサービスに関する国家基準（National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care：CLAS Standards）」である。当初のCLAS Standardsは、主として医療通訳、多言語情報提供、職員教育等の言語支援や文化的能力の向上を中心とした基準であった。

しかし、その後、文化的・言語的多様性への対応は、単なる通訳サービスや文化理解の問題ではなく、患者安全や医療の質、健康の公平性にも関わる組織的課題として認識されるようになった。そのため、2013年にはCLAS Standardsの改訂が行われ、言語支援や文化的能力に加え、健康の公平性、組織ガバナンス、リーダーシップ、人材育成、地域連携、継続的質改善等の観点が追加され、より包括的な基準として再構成されている。

（２）CLAS Standardの概要

表２は、CLAS Standardの内容を示したものである。CLAS Standardsは、１つの中核基準と、14の基準によって構成されている。中核基準では、「文化的健康観、言語、健康リテラシー、その他のコミュニケーションニーズに対応した、効果的で理解しやすく、尊重ある質の高い医療およびサービスを提供すること」が求められている。

また、14の基準は、①ガバナンス・リーダーシップ・人材、②コミュニケーションおよび言語支援、③参画・継続的改善・説明責任の３領域に整理されている。

第１の「ガバナンス・リーダーシップ・人材」では、組織ガバナンスやリーダーシップによるCLAS推進、文化的・言語的ニーズへ対応できる人材の採用・育成、継続的職員教育等が求められている。

第2の「コミュニケーションおよび言語支援」では、LEP 患者等への無償言語支援、通訳サービスの周知、通訳者の能力確保、多言語資料や案内表示整備等が求められている。

第3の「参画・継続的改善・説明責任」では、CLAS を組織運営へ統合すること、人口統計データの収集、地域ニーズ評価、地域連携、苦情対応、継続的質改善等が求められている。

（3）The Joint Commission への影響

CLAS Standards は、米国の医療施設を対象とした第三者評価機関である The Joint Commission にも大きな影響を与えている。ただし、CLAS Standards がそのまま認証基準として採用されたわけではなく、「文化的・言語的多様性への対応を、病院組織全体の患者安全および質改善の問題として捉える」という考え方が、The Joint Commission の認証実務へ反映されていったと整理することができる。

特に、2000 年代後半になると、米国では、患者とのコミュニケーション不足や言語障壁が、診療エラー、有害事象、インフォームド・コンセント理解不足、退院後トラブル等につながり得ることが問題視されるようになった。とりわけ、英語能力が限定的な患者（Limited English Proficiency：LEP）では、診療理解不足やコミュニケーション障害によって患者安全上のリスクが高まることが認識されるようになり、言語支援やコミュニケーション支援を、単なる患者サービスではなく、患者安全確保のための重要な要素として位置づける考え方が強まっていった。

こうした流れの中で、The Joint Commission は 2010 年に、「病院のための効果的コミュニケーション・文化的能力・患者家族中心医療推進ロードマップ（Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals）」[8]を公表した。同文書では、効果的コミュニケーション（effective communication）、文化的能力（cultural competence）、患者・家族中心医療（patient- and family-centered care）を、安全で質の高い医療を実現するための重要な構成要素として位置づけた。

また、同文書では、患者の希望言語やコミュニケーションニーズを適切に把握したうえで、必要な通訳サービスや支援を提供できる体制を病院全体として整備する必要性が示されている。例えば、患者登録時に希望言語を確認・記録すること、必要時に医療通訳へ迅速にアクセスできること、患者が理解できる形で診療説明や退院指導を行うこと、患者教育資料や同意説明文書を理解しやすい形で提供すること等が重視されている。また、患者本人だけではなく、家族も含めた患者参加を促進する必要性についても言及されている。

さらに重要なのは、こうした事項が、単独の「外国人患者対応基準」として独立しているのではなく、病院認証基準の複数領域へ横断的に組み込まれている点である。すなわち、リーダーシップの領域では、病院管理者が文化的・言語的多様性への対応方針を組織全体へ反映させること、人材管理の領域では、職員教育やコミュニケーション能力向上を行うこと、医療・治療・サービス提供の領域では、診療や退院支援において患者が理解可能な説明を受けられること、患者中心コミュニケーションの領域では、患者の言語・文化・コミュニケーションニーズへ適切に対応すること等が、それぞれ求められるようになっている。

このように、The Joint Commission においては、文化的・言語的多様性への対応が、一部門による付加的サービスではなく、病院組織全体の患者安全、質改善、患者中心医療に関わる課題として整理されるようになっていった。この点は、CLAS Standards が示した「文化的・言語的対応を病院組織全体の継続的質改善の問題として位置づける」という考

え方と方向性を共有している。

（４）Centers for Medicare & Medicaid Servicesへの影響

CLAS Standards は、米国の公的保険制度であるメディケアとメディケイドを運営する連邦政府機関である Centers for Medicare & Medicaid Services：CMS にも影響を与えている。

CMS は、医療サービスの提供量や費用のみならず、「どのような患者集団が十分な医療を受けられているか」、「どのような患者集団に医療格差が存在しているか」といった健康の公平性（health equity）の観点を重視するようになっている。その背景には、人種・民族的少数者や英語能力が限定的な患者において、言語障壁や文化的背景の違いにより、必要な医療サービスへのアクセスが妨げられること、また、診療内容の理解不足やコミュニケーション障害に起因して、診断エラー、投薬エラー、再入院、退院後トラブル等が生じ得ることが認識されるようになったことがある。

こうした状況を受けて、CMS は、文化的・言語的多様性への対応を、単なる患者サービスではなく、医療の質、患者安全、健康の公平性に関わる重要な課題として位置づけるようになった。この考え方は、文化的・言語的対応を病院組織全体の課題として捉える CLAS Standards の基本的な方向性と一致しており、CMS における health equity 政策の発展にも影響を与えたものと考えられる。

また、医療機関にとっては、医療通訳、多言語情報提供、職員教育等の実施には人的・財政的負担を伴うことから、「なぜそこまで対応する必要があるのか」という経営上・運営上の課題も存在していた。そのため CMS では、文化的・言語的対応が単なる追加的サービスではなく、医療の質、患者安全、医療効率、費用対効果の向上にも資することを、エビデンスに基づいて示す必要性が高まっていった。

こうした背景のもと、CMS は 2025 年に「Making the Case for Implementing the National CLAS Standards」[9]を公表した。同資料では、CLAS Standards の導入が、再入院率の低下、入院期間の短縮、診療エラーの減少、患者満足度の向上等につながる可能性が示されている。すなわち、CMS は、文化的・言語的対応を単なる公平性の問題としてだけではなく、医療の質向上や医療機関のパフォーマンス向上にも資する取り組みとして位置づけるようになっている。

D.考察

本研究では、医療機関における外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。その結果、次の３点が明らかとなった。

第１点目は、評価領域そのものについては、海外の枠組みと我が国の外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）の間に多くの共通点が認められた点である。実際、WHO Europe の自己評価ツールや CLAS Standards において評価対象とされている医療通訳、多言語情報提供、患者説明支援、職員教育、患者参加、安全管理、組織体制、継続的改善等の領域は、JMIP においても既に評価項目として整理されている。したがって、外国人患者受入れ体制を構成する主要な評価領域については、日本においても一定程度体系化が進んでいるものと考えられる。

第２点目は、評価項目の整理方法や評価の考え方において、海外の枠組みと JMIP の間に違いが認められた点である。JMIP では、医療通訳体制、多言語文書、院内表示、医療費対応、インフォームド・コンセント等の実務的な受入れ体制の整備状況を確認する項目が

中心となっている。一方、WHO Europe や CLAS では、これらの個別項目を、患者安全、医療の質、健康の公平性、継続的質改善等に関わる病院組織全体の課題として位置づけていた。すなわち、海外では「通訳があるか」「多言語資料があるか」といった個別サービスの有無のみではなく、それらが病院の理念、方針、組織運営、職員教育、データ収集、質改善活動等へどのように組み込まれているかが重視されていた。

第３点目は、評価結果の活用方法に関する違いである。WHO Europe における SAT では、自己評価を通じて改善領域を特定し、改善計画を策定し、その後再評価を行うという PDCA サイクルが重視されていた。また、CLAS においても、継続的質改善や組織的説明責任が重要な構成要素として位置づけられていた。これに対し、JMIP は認証制度として優れた仕組みを有しているものの、その主たる目的は一定水準の受入れ体制を確認することにあり、評価結果を継続的質改善へ結び付ける仕組みについては、海外の自己評価型ツールほど明示的ではないと考えられる。

以上を踏まえると、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発していく際には、JMIP において既に整理されている評価領域や評価項目を重要な基盤として活用しつつ、WHO Europe や CLAS が示す「患者安全」「医療の質」「健康の公平性」「継続的質改善」といった考え方を取り入れていくことが重要であると考えられる。

また、評価指標についても、単に受入れ体制の有無を確認するためのチェックリストとしてではなく、医療機関が自院の強みや課題を把握し、改善活動へ結び付けることができる自己評価ツールとしての機能を持たせることが望ましいと考えられる。特に、組織方針、職員教育、患者安全、データ収集、患者参加、改善活動等を含めた評価体系を構築するとともに、その結果を継続的質改善へ結び付ける仕組みを組み込むことによって、外国人患者受入れ体制の質向上に資する評価指標の開発につながるものと考えられる。

E. 結論

本研究では、医療機関の外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。

その結果、海外では、外国人患者対応を単なる医療通訳や多言語情報提供等の個別的対応としてではなく、患者安全、医療の質、健康の公平性、継続的質改善等に関わる病院組織全体の課題として位置づけていることが明らかとなった。また、評価においても、個別サービスの有無のみではなく、それらが組織方針、職員教育、データ収集、患者参加、質改善活動等へどのように組み込まれているかが重視されていた。

一方、我が国においても JMIP 等において、医療通訳、多言語情報提供、インフォームド・コンセント、安全管理、職員教育等の主要な評価領域は既に整理されており、外国人患者受入れ体制の評価に関する重要な基盤が構築されていることが確認された。その一方で、海外の枠組みでは、これらの評価項目を病院組織全体の継続的質改善の枠組みの中で捉え、自己評価や PDCA サイクルを通じて改善へ結び付ける仕組みがより重視されていた。

以上のことから、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発する際には、JMIP において蓄積されてきた評価項目を基盤としつつ、WHO Europe や CLAS が示す患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の考え方を取り入れた評価体系を構築していくことが重要であると考えられる。

【引用文献】

1) 一般社団法人日本医療教育財団.外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）. https://www.jme.or.jp/jmip/ 20260331

2) World Health Organization Regional Office for Europe. Migrant-Friendly Hospitals Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_14_en.pdf 20260331

3) Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Vienna: HPH Task Force; 2014. https://cespyd.es/en/publications/standards-equity-health-care-migrants-vulnerable-groups-self-assessment-tool-pilot-implementation/ 20260331

4) Migration, Equity and Diversity Task Force (MED-TF). Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups. Version 2024.（日本語版）https://www.hphnet.jp/sys/wp-content/uploads/dlm_uploads/MED-TF-%E7%A7%BB%E6%B0%91%E3%81%8A%E3%82%88%E3%81%B3%E3%81%9D%E3%81%AE%E4%BB%96%E3%81%AE%E8%84%86%E5%BC%B1%E3%81%AA%E9%9B%86%E5%9B%A3%E3%81%AE%E3%81%9F%E3%82%81%E3%81%AE%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%85%AC%E5%B9%B3%E6%80%A7%E5%9F%BA%E6%BA%96%E3%81%AE%E8%87%AA%E5%B7%B1%E8%A9%95%E4%BE%A1%E3%83%84%E3%83%BC%E3%83%AB.pdf 20260331

5) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. Washington DC: HHS; 2013. https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas 20260331

6) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. Think Cultural Health. https://thinkculturalhealth.hhs.gov/ 20260331

7) Migrant-Friendly Hospitals Project Group. The Amsterdam Declaration: Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine; 2004. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf 20260331

8) The Joint Commission. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010. https://voxello.com/wp-content/uploads/2021/06/JC-ARoadmapforHospitalsfinalversion.pdf 20260331

9) Centers for Medicare & Medicaid Services. Making the Case for Implementing the National CLAS Standards.2025 https://www.cms.gov/files/document/making-case-implementing-national-clas-standards.pdf 20260331

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

表１　「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール)」(2024) の評価項目

スタンダード	サブスタンダード	測定可能な要素
基準１: 公正性への組織的な取り組みの実証	1.1 組織にはその価値観を定めた文書がある	1.1.1 組織は、その価値観を定めた文書を発行しており、それは上級管理職によって推進されている
	1.2 組織には上級管理職が支援する公正性戦略がある	1.2.1 組織には、公正性戦略があり、それは上級管理職によって推進され、毎年見直されている
	1.3 組織は公正性のパフォーマンスを監視している	1.3.1 組織は、不利な立場にある人々がどのようにサービスを利用しているかを監視している 1.3.2 組織は、サービスが不利な立場にある人々のニーズに対応できていない部分を特定できる 1.3.3 組織は、この情報を活用して、サービスが不利な立場にある人々のニーズにどのように対応するかを改善している
	1.4 組織は、すべての計画、方針、意思決定が公正性を促進することを確保している	1.4.1 組織は、雇用に関するものを含め、すべての計画、方針、意思決定が公正性に与える影響を評価するための手順を整備している 1.4.2 組織のリーダーは、公正性を推進するために活動している
基準２: 公正なアクセスと利用	2.1 組織は医療サービスへの公正なアクセスを提供している	2.1.1 組織は、ユニバーサルデザインの原則に従い、サービスの物理的な障壁を特定し、最小限に抑えている 2.1.2 組織は、地理的な課題に対応するためにサービスを適応させている 2.1.3 組織は、最も社会的に疎外された人々や不利な立場にある人々が医療を受けられるようにしている 2.1.4 組織は、異なる宗教や精神的信念を持つ人々、または無宗教の人々が利用できる祈りや静思のためのスペースを提供している
	2.2 組織は、コミュニケーションおよび情報の障壁を排除することを確保している	2.2.1 組織は、患者の健康リテラシーや言語を考慮した、平易な言葉で書かれた資料や案内標識を提供している 2.2.2 組織は、言語や社会文化的要因が障壁となる場合に、患者や介護者が医療スタッフと確実にコミュニケーションを取れるようにするための明確な方針を持っている 2.2.3 組織は、聴覚、視覚、認知、言語障害のある患者のコミュニケーションニーズに対応している 2.2.4 組織は、コミュニケーション支援サービスのパフォーマンスと品質を監視・評価している 2.2.5 組織は、スタッフが通訳者や異文化調整者と効果的に連携できるようにしている
	2.3 組織は、適格性、財政、保険の問題によって医療へのアクセスに障壁があり、人権としての医療を受ける権利が損なわれている人々に対して医療を提供することを確保している	2.3.1 組織は、適格性の欠如や資源（保険や経済的要因）の不足により人権が損なわれる人々に対し、簡単にアクセスできる評価手続きと偏見のない支援を提供する
基準３: 公正な医療の質	3.1 患者のニーズの評価において、個人や家族の特性、経験、生活環境を考慮する	3.1.1 患者の医療ニーズの評価において、公正性の課題、社会文化的要因、経験、健康の社会的決定要因を考慮する

	3.2 医療提供は患者中心であり、患者の公正性に関する特性や人生経験を考慮している	3.2.1 臨床実践において、患者個人および家族の公正性に関連する特性、社会文化的要因、人生経験を考慮している 3.2.2 医療は、患者の尊厳、個人の価値観、健康や医療に関する知識や考えを尊重し配慮している 3.2.3 患者の治療に関する意見は積極的に求められ、患者が対等な立場で治療の意思決定に参加できるようにしている
	3.3 退院時に患者の公正性に関連する特性、経験、生活環境を考慮し、継続的なケアを確保する	3.3.1 退院手続きとコミュニケーションには、患者の個別の特性や社会的背景が明確に反映されている 3.3.2 患者の公正性に関する情報が、他の医療機関や関連組織に伝達され、可能な限り最適な継続的ケアが確保されている
	3.4 組織は、多様なサービス利用者がサービスの計画、提供、評価に参加できるようにしている	3.4.1 組織は、多様な患者や利用者がサービスの計画、提供、評価に参加できるようにするためのシステムを整備している 3.4.2 組織は、参加プロセスから排除されるリスクがある人々を特定し、彼らの参加を促進している 3.4.3 組織は、効果的な参加を可能にするためのコミュニケーションおよび支援ニーズに対応している 3.4.4 組織の患者調査およびフィードバックシステムは、すべての人が利用できるようになっており、不利な立場にある利用者の意見がサービスの計画、提供、評価の改善に反映されるようにしている
基準4： 雇用における公正性	4.1 組織の採用方針およびプロセスは公正で公平である	4.1.1 組織は、採用および昇進が公正で公平であり、職員の多様性を促進するための明確な方針およびプロセスを有している 4.1.2 組織は、従業員に関する情報を収集し、組織全体の多様性を向上させるための進捗を測定できるようにしている
	4.2 組織は、すべての職員が公正性を促進するための知識、スキル、態度を習得できるようにしている	4.2.1 組織は、すべての職員が公正性を促進するための知識、スキル、態度を習得できるよう学習の機会を提供している 4.2.2 組織は、他の教育・研修活動にも公正性を組み込んでいる 4.2.3 組織は、多様性に関する問題を含め、すべての職員が職場で心理的安全性、尊厳、敬意を持って働けるようにしている 4.2.4 組織は、公正性と多様性に関する意識を高めることで、多様性を尊重し前向きな職場文化を促進している
	4.3 組織は、十分に代表されていないグループの職員が職場で意見を表明できるようにしている	4.3.1 組織の職員参画の仕組みは公正であり、多様な職員が確実に含まれている
	4.4 職場では、あらゆる背景を持つ職員に対して支援が提供されている	4.4.1 組織は、障害や健康上の問題を抱えている職員、または介護者としての家庭の責任を持つ職員に対し、必要な職場環境の調整を提供している 4.4.2 組織は、虐待、ハラスメント、人種差別、その他の差別の被害を受けた職員に対して、助言、指導、および支援を提供している

基準 5：公正性の促進	5.1 組織は、外部のパートナーシップを通じて公正性を推進し、研究や政策イニシアチブに積極的に参加している	5.1.1 組織は、研究成果やエビデンスに基づく戦略の活用をネットワーク全体に促進し、医療の不平等を減少させている 5.1.2 組織は、外部のパートナーシップを通じた情報共有や提言活動を通じて、公正性の推進を図り、政策に影響を与えている 5.1.3 組織は、地域社会および草の根団体との関係を見直し、不利な立場にある人々を支援する団体との協力関係を発展させている
	5.2 組織は、すべてのパートナーシップおよび契約に公正性が反映されるようにしている	5.2.1 組織は、新たなパートナーシップ契約およびサービス契約の締結において、公正性を考慮している

表２　CLAS Standards（2013 年改訂版）

区分	基準番号	内容
中核基準（Principal Standard）	1	文化的健康観、言語、健康リテラシーその他のコミュニケーションニーズに対応した、効果的で理解しやすく、尊重ある質の高い医療およびサービスを提供する。
ガバナンス・リーダーシップ・人材（Governance, Leadership and Workforce）	2	CLAS を推進し、維持するための組織方針やリーダーシップを確立する。
	3	組織の利用者層に対応できる多様な人材を確保・育成し、支援する。
	4	CLAS の目標と方針について、組織全体に周知し継続的に実践する。
コミュニケーションおよび言語支援（Communication and Language Assistance）	5	英語能力が限定的な者等に対し、無償で適切な言語支援サービスを提供する。
	6	言語支援サービスを利用できることを、利用者に周知する。
	7	通訳者や翻訳者等の能力を確保し、家族や友人等による通訳への依存を最小限とする。
	8	理解しやすい多言語資料や案内表示を整備する。
参画・継続的改善・説明責任（Engagement, Continuous Improvement and Accountability）	9	CLAS に関する目標、方針および管理体制を整備し、組織全体へ浸透させる。
	10	CLAS に関する取組状況を継続的に評価・改善する。
	11	人種、民族、使用言語等に関する人口統計データを収集・分析する。
	12	地域住民の文化的・言語的ニーズを把握し、その結果をサービス改善へ活用する。
	13	地域社会や患者団体等と連携しながら CLAS を推進する。
	14	苦情や意見収集の仕組みを整備し、文化的・言語的対応に関する改善へ活用する。
	15	CLAS に関する取組状況や成果を、関係者へ公表する。