

## 研究ノート

# 医療通訳派遣システムの現状と課題 ～医療機関の機能分化と患者の利便性の観点から～<sup>1</sup>

愛知県立大学多文化共生研究所客員共同研究員  
金 千佳

## 1. はじめに

平成 30 年 12 月 8 日、十分な議論が尽くされないまま第 197 回国会（臨時会）において「出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律」が成立、同月 14 日に公布された（平成 30 年法律第 102 号）<sup>2</sup>。在留資格「特定技能 1 号」「特定技能 2 号」を創設し、出入国在留管理庁の設置等を内容としているが、少子高齢化や 2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催にともなう人材不足を補うために、「外国人材」の受け入れを拡大しようとするものである。「外国人材」をあくまでも使い捨ての労働力として捉え、人として受け入れようとする視点に欠けていると言わざるを得ないが、言語的・文化的に多様な LJP<sup>3</sup> 住民が、今後ますます増えゆくことは明白である。そのひとりひとりの医療へのアクセスが確保されるよう、医療保健分野における多言語・多文化対応は喫緊の課題となっている。

奇しくも、海外からの「外国人材」を受け入れざるを得なくなっている要因である少子高齢化により、日本の医療制度自体が大きな転換期にある。団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目前に、地域包括ケアシステム<sup>4</sup>の構築が推進され、これまでの受診の在り方が見直しを迫られている。本稿においては、LJP 住民の医療アクセス確保に欠かせない

医療通訳について、医療機関の機能分化と患者の利便性という観点から、その派遣システムの現状と課題を概観する。

## 2. 医療通訳とその背景

先に述べた今回の出入国管理及び難民認定法（以下、入管法）改正の前に、入管法が大きく改正されたのは 1990 年であった。この時の改正目的も人材不足解消であったが、3 世までの日系人を対象とした就労可能な「定住者」の在留資格が創設された。ブラジルやペルー等の中南米諸国からの日系人が急増し、その後日本における「外国人」数は右肩上がりに上昇してきた。とくに自動車産業等の盛んな愛知県においては、顕著に増加している<sup>5</sup>。また、2013 年 9 月の 2020 年東京オリンピック・パラリンピック誘致決定後には、それまでも上昇していた海外からの観光客数も、更に著しく上昇に転じている。このような状況の中、当然ながら医療現場における LJP 患者も増加することとなり、医療現場における様々な問題が顕在化するようになった。

言語や文化の壁によりコミュニケーションをとることが難しい場合、問診が正確に行えず、正しい診断のためには、日本語が通じれば必要のない検査を追加しなければならぬこともある。医師の指示を患者が正しく理解できず、意

1 本稿は、2017 年より名古屋国際学園にて開催されているコンファレンス「Creating Connections: Social & Emotional Support for diverse Japan（つながりを広げよう：多様な日本社会を支えるソーシャル&エモーショナルサポート）JSPS KAKENHI 16K13556」において、英語にて口頭発表した内容に加筆修正したものである。開催日と発表タイトルは以下の通り。

・2017 年 4 月 22 日「The current situation of medical interpreting in Aichi: in hopes to secure equal access to medical care（愛知県における医療通訳の現状：誰もが公正に医療にアクセスできることを目指して）」

・2018 年 4 月 7 日「The current situation of the medical interpreting system and medical interpreters in Japan: How can we make medical interpreting more accessible?（日本における医療通訳システムと医療通訳者の現状：どうすればより利用しやすくなるのか?）」

2 入国管理局ウェブサイト参照 [http://www.immi-moj.go.jp/hourei/h30\\_kaisei.html](http://www.immi-moj.go.jp/hourei/h30_kaisei.html)

3 LJP とは、Limited Japanese Proficiency の頭文字であり「日本語能力が不十分な」の意である。アメリカにおいて、英語能力が不十分な患者を LEP Patient (Patient with Limited English Proficiency) と呼ぶことに由来する。日本においては、あらゆる場面で「外国人」の呼称が用いられるが、「外国人」とはその国籍による分類に基づいている。通訳という営みにおいて重要なのは、対象者の国籍ではなく言語（母語）であり、通訳を必要とする人々には海外にルーツを持つ日本国籍者も含まれている（これらの人々は、統計上「外国人」には含まれていない）。一方、国籍上は「外国人」であっても、日本語を母語とし通訳を必要としない者もいる。国籍と言語が必ずしも一致しない現状においては、通訳の対象者の呼称は「外国人」ではなく「LJP」が相応しいと考え、本稿においては LJP を用いる。

4 厚生労働省は 2025 年（平成 37 年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を目指している。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

5 2008 年リーマンショックの影響により、雇止めによる帰国等で一時的に減少したものの、2012 年以降再度上昇に転じている。

図した治療効果が出ない、医療ミスにつながる危険性を孕んでしまう等の問題が生じる。保険診療においては、追加的な検査の実施、治療効果が出ずに治療期間が長引くことは、いずれも日本全体の医療費の増加にもつながる。日本語ができる患者であっても、その文化的背景の違いによって、様々な誤解やトラブルが生じるケースは少なくない。

これまで日本においては、日本語のできない患者が医療機関を受診する際には、患者が自ら通訳を連れて来なければならなかった。そして現在もなお、医療通訳を利用できている患者はごく一部であり、多くのLJP住民は家族や友人、勤務先や就学先の担当者等を通訳としてとまない受診していると考えられる。このような、日本語とLJP住民の母語の両言語ができるものの、医療通訳としての専門的なトレーニングを受けていない通訳者を、アドホック<sup>6</sup>通訳と呼んでいる。アドホック通訳すらも同伴できない場合には、受診を拒否されるケースが今なお起っている。

英語での回答が可能なLJP住民および観光客約500名を対象に行われたフォーティエらの調査によると、日本での受診に際し、回答者の57%が「言語や文化の障壁の為に受診が遅れた」と回答し、「通訳の必要性を感じた」または「英語のできる医師を選んだ」と回答した者は60%であった。また、「通訳が必要だった者」のうち80%が「通訳が見つからず、医療の質が低下した」と答えている(Fortier他, 2015)。治療の遅れや医療の質の低下は症状の悪化を招く。日本在住「外国人」の死亡率が、日本人のそれよりも2割以上高いという指摘もある(沢田, 2016)。

また、アドホック通訳を同伴した受診においても、様々な問題が指摘されている。専門的な医療通訳としてのトレーニングを受けていないアドホック通訳には、そもそも医療現場における通訳を担うための十分な医療的知識も通訳技術もないため、その通訳の質に大きく期待することはできない。通訳の質は医療従事者と患者とのコミュニケーションの質、ひいては医療そのものの質を低下させてしまうことになる。また、医療は究極のプライバシーでありながら、そのプライバシーを放棄して、守秘義務すらないアドホック通訳に全てを開示しなければ、医療へのアクセスが断たれてしまう。患者は自らの個人的な人間関係の中からアドホック通訳を探さなければならぬため、「知られたくない」思いが強ければ、アドホック通訳を探すことは困難になる。更には、家族の中で日本語ができる者が子どもしかいない場合には、子どもに学校を休ませ受診に同行・通訳させているケースは今なお存在している。例えば、子どもに親の深刻な病気を告知させることには大きな倫理的な問題もある。国際結婚家庭において、日本人配偶者からDV被害を受けている場合、その加害者である「唯一の通訳者」をともなって受診しても、本当のことを言える可能性は低いと言わざ

るを得ない。

医学における共通言語ともなっている英語においては、特に医療通訳の必要性はないという声も聞かれるが、「医師の英語が分からなかった」という患者の声を聞くことは少なくない。これは、医師の使う英語が英語母語話者にとっても難しい医療専門用語を多用することも一因であると考えられる。また、英語で受診する患者は英語の母語話者とは限らず、様々な地域の訛りやアクセントがある場合、一般的な英語教育を受けた日本の医師には聞き取ることは難しいかもしれない。更には、医師の英語による説明を理解はできても、患者自身が日本語で質問できないことによるコミュニケーション不足も考えられる。小笠原らの調査によれば、医師においてはその傾向は低くなるとはいえ、多職種の医療従事者が、まだまだ医療機関において英語の医療通訳を求めていることが分かる(小笠原他, 2014)。汎用性の高い英語であってもこのような状況であれば、他の言語における状況は想像に難くない。

### 3. 医療通訳派遣システムの現状

このような医療現場における様々な問題が顕在化してきたことにより、専門的な知識と技術をもった医療通訳の必要性が認識されるようになり、神奈川や京都等においてNPOによる医療通訳の養成・派遣がスタートした。愛知県においては、2009年に実施された「愛知県の多文化共生に関する県民意識調査」の結果、「外国人県民」の最も困っていることが「医療機関の受診」であることが示され、2010年に愛知県が主導して「あいち医療通訳システム推進協議会」を設立されるに至った。翌2011年より医療通訳の養成・派遣を開始している<sup>7</sup>。

アメリカやオーストラリア等の医療通訳先進国において、医療通訳を介して受診することが人権であると認識されているのに対し、日本においてはまだ「支援」の域を出ていない。そのため、予算確保にも大きな課題があり、通訳者の善意に頼っているところが大きい。医療通訳に対する通訳料が、報酬ではなく謝金として位置付けられ、1時間当たり1,000～2,000円(交通費もこれに含まれることもある)であることを考えれば、現在の派遣型医療通訳者は有償ボランティアであると言えよう。そのような待遇であっても、LJP患者の役に立ちたいという強い思いを持って活動し続ける医療通訳者達の存在と努力なくして、現在の医療通訳派遣システムは成り立たないと言っても過言ではない。

表1は「あいち医療通訳システム」における医療通訳派遣実績を示した最新のデータである。愛知県において、このような医療通訳派遣システムが構築され、右肩上がりに利用実績が伸びて来ていることは大きく評価すべきことである一方、愛知県内に在住する「外国人」数が25万人を超

6 アドホック(ad hoc)とは、「臨時的な」「暫定的な」等を意味するラテン語由来の成句である。本来は医療通訳が必要であっても、その不在のためにアドホック通訳が通訳にあたらざるを得ない状況を示している。

7 「あいち医療通訳システム」ホームページ参照 <http://www.aichi-iryuu-tsuuyaku-system.com/>

表1 「あいち医療通訳システム」医療通訳派遣実績 (H29年度の実績が多い順)  
\*「あいち医療通訳システム」ホームページ掲載の「あいち医療通訳システム」サービス利用実績<sup>8</sup>より、通訳派遣実績部分を抜粋。

	言語	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
通訳派遣	ポルトガル語	180	233	193	336	403	511	485	
	英語	36	41	83	144	170	295	261	
	スペイン語	60	128	146	188	198	204	221	
	中国語	49	50	87	108	153	219	165	
	フィリピン語	-	12	13	15	58	50	21	
	ベトナム語	-	-	-	-	-	-	-	10
	インドネシア語	-	-	-	-	-	-	-	6
	タイ語	-	-	-	-	-	-	-	4
	ネパール語	-	-	-	-	-	-	-	1
	計	325	464	522	791	982	1,279	1,174	

える<sup>9</sup>中での千数百件という実績は、医療通訳を必要としているであろうLJP住民の多くに、まだこのサービスが届いていないことも示唆している。

有償ボランティアである医療通訳者達に医療訴訟等の大きな負担を負わせることはできないという認識の下、医療通訳派遣システムにおいては「誤訳による法的免責」を定めた利用規程を設けているところも少なくない。これに合意した医療機関とのみ提携を結び、それらの提携医療機関にのみ医療通訳者を派遣するという形をとっているため、派遣システムが患者からの依頼を直接受け付けることは稀であり、医療機関からの依頼にのみ対応しているケースが多い。そのため、初診時に医療通訳を利用することは難しい。また、派遣コーディネート手続きにも時間を要するために、数日前までの予約を求めざるを得ず、緊急時の対応も難しいのが現状である。

#### 4. 医療機関<sup>10</sup>の機能分化と選定療養費<sup>11</sup>

ここで日本全体の医療政策に目を転じれば、最初にも述べた通り、少子高齢化にともない団塊の世代が75歳以上と

なる2025年を目前に、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療そして介護における様々な制度変更がなされて来ている。日本の医療制度の特徴には、国民皆保険制度、フリーアクセス制、診療報酬点数制の3つが挙げられる。全ての国民<sup>12</sup>が医療保険に加入でき、誰もが安価な医療費で質の高い医療が受けられる基盤である国民皆保険制度は、日本が世界に誇る最大の医療制度の特徴と言える。フリーアクセス制により、医療機関の選択に制限がなく、患者は本人の意志・希望により地域の診療所でも、最先端医療を受けられる大病院でも、自由に選んで受診することができる。また、診療報酬点数制によって、保険診療によるあらゆる医療行為が点数制の公定価格で定められているため、どのような医療機関で受診しても、基本的な受診料は同じであった。そのため、地域の診療所で十分治療可能な患者であっても、より良い医療を求めて大病院を受診するという状況が生まれた。少子高齢化による医療費や介護費用が増大する中、国民皆保険制度を守るため、そのような状況を経済誘導によって制限し、不要不急の大病院受診を抑制するための機能分化の試み<sup>13</sup>がなされて来た。診療報酬改定のたび

8 あいち医療通訳システムホームページ内「あいち医療通訳システムサービス利用実績」参照 <http://www.aichi-iryoku-tsu-yaku-system.com/jisseki.html>(2019年1月10日アクセス)

9 愛知県ホームページ内「愛知県内の市町村における外国人住民数の状況(平成30年6月末現在)について」参照 <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/gaikokuzinjuminsu-h30-6.html>

10 医療機関は様々な方法で分類されるが、代表的な分類は病床数による分類で、病床数19床以下の医療機関を「診療所」、20床以上を「病院」と呼ぶ。機能における分類では、400床以上の病床を有し高度医療を提供する病院を「特定機能病院」、病床200床以上の地域の中核医療機関を「地域医療支援病院」と定義している。

11 厚生労働省保険局・外来時の負担について。2017.<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000179591.pdf> (2019年1月10日アクセス)

12 ここで言う「国民」には、3ヶ月以上在留し、各市町村における住民登録がなされている「外国人」も含まれる。1986年に国民健康保険法から国籍条項が撤廃されたことにより、「外国人」を包摂する国民皆保険制度が実現した。その後2012年の住民基本台帳法改正により「3ヶ月以上の在留資格を持つ外国人」が住民登録することとなり、公的医療保険加入の対象となった。

13 厚生労働省. 医療機関の機能分化を推進するための仕組み(平成25年3月7日資料). 2013. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002uwgn-att/2r9852000002uwmf.pdf> (2019年1月10日アクセス)



に、機能分化へのインセンティブが働くような改定が徐々になされ、最新の平成30年改訂<sup>14</sup>においては、地域医療、在宅医療、訪問看護、訪問介護、地域連携等の推進が重視されたと言われている。

そのような対策の一つが、選定療養費の設定である。必要に応じた医療を適切な医療機関で受けることが推奨されており、まずは地域の診療所を受診した上で、更に高度な医療が必要な場合のみ紹介状を持って大病院を受診することが求められている。その実現のため、地域の診療所からの紹介状を持たずに、200床以上の病床を有する病院を受診した場合には、医療機関の判断によって選定療養費を徴収することが推奨されて来た。平成28年4月の診療報酬改定以降、高度先進医療を提供する特定機能病院や、500床以上の病床を有する大病院においては、選定療養費の追加徴収が義務化された。更に、平成30年改定以降は、400床以上の病床を有する地域医療支援病院でも義務化された。加えて、大病院での受診の後は速やかに紹介元に「逆紹介」の上、地域の診療所等で経過観察やリハビリ等を継続することが求められているため、平成30年改訂により、「初診」選定療養費だけでなく、「再診」選定療養費も義務化される医療機関も出て来た。特定機能病院においては初診選定療養費は5,400円が主流であったが、今後は10,800円まで上昇していくと見られ、その他の医療機関や再診選定療養費においても、同じく徴収金額は上昇して行くものと考えられる。

##### 5. おわりに ～今後の医療通訳派遣システムの課題～

ここで着目したいのは、3. で見た現在の医療通訳派遣システムにおける提携医療機関がどのような病院であるか、である。医療通訳派遣システムにおいては、通訳料の負担を医療機関にも求めているため、医療機関の財務状態、患者の重症度による医療通訳の必要性や社会的責任等、いずれの側面から考慮しても、提携医療機関は大病院になる傾向がある。全ての医療機関が公表されている訳ではないが、「あいち医療通訳システム」の提携医療機関もまた、選定療養費の徴収が必要となる大病院が多いことが分かる。

先に述べた、医療機関側からの依頼にしか応じないため、患者が直接依頼できないというシステム上の問題もLJP患者の利便性を低下させている一因と言えるが、更には、トータルでの受診費用の問題もある。現在、医療通訳派遣を利用できる医療機関のほとんどが選定療養費を課すのだとすれば、LJP患者にとっては医療通訳を利用するためには選定療養費を追加徴収される医療機関を受診するしか選択の余地がない。現在の派遣システムにおいては、初診での利用が難しいため、アドホック通訳のサポートにより診療所を受診した上で紹介状を持って大病院を受診する者もいるだろうが、その場合でも、初診選定療養費はかからずとも、継続治療が必要な場合には、医療通訳を介した受診を継続

するために再診選定療養費を、受診のたびに追加徴収される可能性もある。医療通訳者のボランティア精神によって支えられ、医療機関も通訳料を負担することにより、いかに通訳料の患者負担が安く抑えられているとしても、高額な選定療養費が追加徴収されるのであれば、LJP患者が医療通訳派遣システムを利用することの経済的負担感が高まり、利用しようというモチベーションにも影響を及ぼす可能性がある。

疾患の重症度から考えれば、地域の診療所で十分対応可能な軽症LJP患者が、医療通訳を求めて大病院に集中してしまうとすれば、それは、医療機関の機能分化をはかり地域医療を推進しようという、国の医療政策の流れとも相反することになる。医療通訳を介したLJP患者の受診は日本語での受診より時間もかかり、医療機関や医療従事者への負担を増加させることは否めない。そうであるならば尚更、不要不急のLJP患者が大病院を受診することなく、医療へのアクセスを確保できるよう、新たな医療通訳派遣システムの在り方を模索する必要があるのではないだろうか。

選定療養費を必要としない地域の診療所において利用可能な、地域に根差した医療通訳派遣システムがあれば、LJP患者の不要不急の大病院受診を防ぎ、医療機関の機能分化ひいては日本の医療を守ることに資することができるであろう。また、LJP患者の視点からも、わざわざ遠くの病院に出向き、高額な選定療養費を支弁する必要もなくなる。限定された地域内で稼働する場合には、より緊急性の高いケースに対応できる可能性も高く、その利便性の向上が期待できるであろう。コスト負担の課題、医療通訳者の確保やその質の課題、誤訳の法的免責の課題等、越えて行くべき課題はまだまだ山積しているが、いつでも医療通訳を利用して受診できる環境が整えば、その安心感によりLJP住民のQOL (Quality of Life: 生活の質) は大きく向上するであろう。医療通訳の存在、利便性の高い医療通訳システムの構築が予防医学としての役割を果たすためにも、LJP患者の医療へのアクセス権、そして自ら医療機関を選ぶ権利を守るためにも、患者からの依頼を直接受けることのできる、地域に根差した医療通訳派遣システムの構築が求められる。

##### 参考文献

愛知県. 愛知県の多文化共生に関する県民意識調査報告書. 2010年3月. <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/tabunka/0000031057.html> (2019年1月10日アクセス)

愛知県. あいち医療通訳システム調査検討業務報告書. 2011年3月. <http://www.pref.aichi.jp/kokusai/houkokusho.pdf> (2019年1月10日アクセス)

沢田貴志. 医療通訳はだれのため? —在日外国人の健康格

14 厚生労働省. 平成30年度診療報酬改定について <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> (2019年1月10日アクセス)

差、現実に即した医療体制とは. シノドス-オンライン  
アカデミックジャーナリズム 2016. <https://synodos.jp/welfare/17659> (2019年1月10日アクセス)

小笠原理恵, 中村安秀, 小笠原祐, 南谷かおり, 中田研, 澤芳樹. 大学病院における言語や文化の異なる患者・家族対応の現状と課題: 病院職員を対象とした質問紙調査より. 日本渡航医学会誌 2014; 8 (1): 26-30.

Fortier, J.P., Ogasawara, R. & Nakamura Y. Lost without Translation – Foreigners Struggle to Make Sense of Japanese Health Care. 2016. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/300334085\\_Lost\\_Without\\_Translation\\_Foreigners\\_Struggle\\_To\\_Make\\_Sense\\_of\\_Japanese\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/300334085_Lost_Without_Translation_Foreigners_Struggle_To_Make_Sense_of_Japanese_Health_Care) (2019年1月10日アクセス)

Frew, G.A., 西村昭夫. 日本における医療通訳システムの進展と課題. 移民政策研究 2016; 8: 193-202.

高久道子, 市川誠一, 金子典代. 愛知県に在住するスペイン語圏の南米地域出身者におけるスペイン語対応の医療機関に関する情報行動と関連する要因. 日本公衆衛生雑誌 2015; 62(11): 684 - 693.

特定活動非営利法人多文化共生センターきょうと. テキスト「医療通訳」(平成30年3月29日発行, 平成30年10月1日一部改訂版). 2018. 日本医療教育財団. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000385181.pdf> (2019年1月10日アクセス)

濱井妙子, 永田文子, 西川弘昭. 全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査. 日本公衆衛生雑誌 2017; 64(11): 672-683.

森本直子. 医療のグローバル化と「医療通訳を受ける権利」. ジュリスコンサルタス 2017; 25:107-121.