

報告

日本における医療通訳システムの進展と課題

FREW G. Abuloph Nicolas 駒澤大学非常勤講師, 医療通訳者

西村 明夫 多文化医療サービス研究会 (RASC) 代表

キーワード：医療通訳システム運営財源, 医療機関の医療通訳必要性認識

医療通訳システムは、在住外国人からの「病院で言葉が通じなくて困った」という声を受けて構築につながっていった。現状の医療通訳システムは、主に、医療機関が通訳者を雇用する形態、医療機関が通訳ボランティア制度を構築する形態、医療機関以外の団体が医療通訳者を医療機関に派遣する形態、拠点病院に医療通訳者を配置して周辺病院の依頼にも対応する形態の4つの形態が見られる。

医療通訳システムが全国に普及する中で、医療通訳人材に対する訓練機会の不足など様々な課題が指摘された。そのうち解決が難しい課題として、医療通訳システム運営の財源の確保、通訳人材と通訳レベルの確保、医療機関の医療通訳必要性認識の不足の3つが上げられる。これらを解決するためにはどうしたらよいか。突き詰めると、医療通訳者を専門職として活動できるようにするには、どのような政策が必要かということになる。そのためには、適正な通訳報酬の確保とその財源確保のための医療制度上の根拠整備、専門職としての通訳レベルの確保とその証明制度の構築の4点が必要となる。

この政策を論議するに当たっては、まず根本に立ち返り、手話言語も含め、コミュニケーションの確保は医療行為の一部である、という認識に立つところから始める必要がある。

1 はじめに

近年、在住外国人の増加や高齢化を背景に、全国各地で医療通訳システムを構築する自治体、国際交流協会、NPO等の団体が増えてきた^{*1}。しかし医療通訳は医療業務と通訳業務の両方の側面を持ちながら医療制度に位置づけがなく、通訳ビジネスとしても成立しているとは言い難い。通訳人材の確保・育成や財源確保が難しい場合も多く、安定したシステム運営に至っていない。医療通訳は、基礎的な医療知識と多文化知識をもとに意味を正確に漏れなく訳すとともに、患者とソーシャルワーク的な対人援助関係を構築して行う必要がある。このように高度専門的な能力が要求され、外国人患者の命と健康に関わる重要な役割を有する一方で、なぜ、こうした状況が生じているのか。

これまで『医療通訳入門』(連, 2007)や『外国人診療ガイド』(西村, 2009), 『医療通訳士という仕事』(中村・南谷, 2013), *A Case Study of MIC Kanagawa: The Medical Interpreter as the Community Interpreter* (G. Abuloph Nicolas Frew, 2014), 『医療通訳学習テキスト』(医療通訳教科書編集委員会, 2015)などの文献において, 医療通訳の必要性・役割やその業務の困難性, 通訳人材の育成手法, システム構築の成功例, 今後の課題などが語られている。しかし, 持続可能な安定した医療通訳システムを構築するための方策を検討したものはなかった。

この報告では, 日本において医療通訳の活動が広がってきた背景と経緯, 医療通訳システムの現状と課題, そこから見えてきたシステム安定化の難しさを明らかにし, 最後に今後の政策議論の方向性について触れておきたい。

なお, ここでは用語の定義として「医療通訳」を「医療現場における適正な通訳行為」とし, 「医療通訳者」を適正なトレーニングを受けて医療通訳を行う者とする。また, 「医療通訳システム」は, 団体により複数言語で医療通訳者を医療機関に派遣する制度(電話通訳を含む)および医療機関による複数言語の医療通訳者の雇用(通訳ボランティアの活用を含む)を指し, 患者が個人的に依頼して通訳者を同伴する形態を含まないものとする。

2 医療通訳システムが広がってきた背景

(1) 医療通訳ニーズの拡大

医療通訳システムが普及拡大してきた背景には, 定住する外国人の増加による妊娠・出産・小児医療の機会の増加や高齢化による生活習慣病などの疾患の顕在化が考えられる。また, 自治体や国際交流協会, NPOなどが在住外国人の「病院で言葉が通じなくて困った」という声を聞き, 命と健康に直結する重要な課題と認識したこと^{*2}, 医療機関側の要因として, 一部の医療従事者に, カタコトの日本語会話では医療が十分に行えない場合があることが理解されてきたことが挙げられる。内科医の沢田^{*3}が「一見意味のないような言葉の中に重要な診断の鍵が隠れていることもあり」と指摘するように, 診療行為では患者との会話が大きな役割を果たしている。村松^{*4}は, 「全く日本語のできない患者さんよりも, 日本語が少しできる患者さんにトラブルが多いことは, 意外と知られていないかもしれません」という。こうした要因によって, 医療通訳ニーズが確認され, 医療通訳システムが形成されていった。

(2) 医療通訳の普及の経緯

医療通訳システムの成り立ちとこれまでの歩みを概観してみたい。1980年代に医療通訳の取組に先行して, 外国人医療問題(無保険, 治療費, 文化, コミュニケーション)への対応が始まっている。インドシナ難民定住促進センターの嘱託医による診療がその嚆矢ではないだろうか。このときは同センター勤務のインドシナ地域滞在経験のある職員などが通訳の役割を果たしていた^{*5}。また, 1980年代後半には, バブル経済の中, 労働災害や重労働による病気のために医療機関にかかる外国人労働者が増加し, 労働組合や支援団体などが活動を始めている。國井^{*6}は, 栃木インターナショナル・

ライフライン^{*7}の活動の一環として通訳業務を取り上げている。

医療通訳の実践が見られるようになったのは, 1990年以降, 日系南米人が多数在住するようになってからであろう。神奈川県では通訳ボランティアが主に日系ペルー人からの個人的な依頼に対応して病院に同行していた。愛知県や静岡県, 岐阜県では, 日系ブラジル人集住地区を中心に医療機関が通訳を嘱託あるいは非常勤職員として雇用する例があらわれ始め, 滋賀県の公立甲賀病院ではポルトガル語対応可能な副院長(当時)が中心となって日系ブラジル人を受け入れ始めている^{*8}。東北地方の農村地域では国際結婚により韓国, 中国, フィリピンの女性が在住するようになり, 山形県では外国人女性が病院にかかったことを契機に精神科医師と通訳者がNPOの事業として1994年に医療通訳派遣システムを構築している。

2000年代に入って, 箕面市のみのお外国人医療サポートネット, 神奈川県では県国際課とMICかながわ等による派遣システム, 京都市では京都市国際交流協会と多文化共生センターきょうとによる派遣・常駐システムなど, いくつかの地域でNPOや自治体, 地域国際化協会によって医療通訳システムが稼働している。その後, こうした一部の地域のモデル的な取組が先進事例として注目され, その経験とノウハウのもとに全国のいくつかの地域へと取組が広がっていった。

2006年には, MICかながわが主導して全国の医療通訳関係団体や個人のネットワーク構築と課題の洗い出しを目的に「医療通訳を考える全国会議」が開催^{*9}されている。また, 2010年にはMICかながわと多文化共生センターきょうとが医療通訳学習の目安を示した「医療通訳共通基準」^{*10}を策定している。このほか医療通訳士協議会が設立され, 全国の医療通訳関係者の連携も進んできている。

3 医療通訳システムの現状

現在, 全国では, 主に4つの形態で医療通訳システムが構築されている。その内容と特徴を述べてみたい。

(1) 医療機関が通訳者を雇用する形態

これは, 東海地方の集住地区など外国人医療のニーズが非常に高く, かつ必要な言語がポルトガル語とスペイン語のみなど, 言語数が少なくて済む地域に見られる^{*11}。例としては豊田市のJA厚生連豊田厚生病院(年間通訳件数5,000件以上)や豊橋市の市民病院などである。こうした医療機関による通訳者雇用のケースは, 院内の医療従事者から通訳者が, いわば身内として扱われ, その必要性が認知されている点, 通訳業務以外の業務(院内の案内や簡単な相談対応など)が付随してくる点, 比較的安定的な報酬が確保できる点などが特徴となっている。

(2) 医療機関が通訳ボランティア制度を構築する形態

医療機関が通訳ボランティアを登録しておき, 必要に応じて通訳業務の要請を行うというコミュニケーション支援策を講じている例がある。東京都の都立病院, 藤沢市の藤沢市民病院などである。

また、泉佐野市のりんくう総合医療センターでは国際診療科を設けて医療通訳ボランティア等を配置している。

これらは、通訳報酬がボランティアという位置づけから低額となっている一方、通訳ニーズの多寡に関係なく、また多くの言語に対応できるという特徴をもつ。登録に際して医療通訳トレーニングや能力面をとらえた選考を行っているところと、行っていないところの2種類がある。

(3) 医療機関以外の団体が医療通訳者を医療機関に派遣する形態

これは、医療機関以外の団体（自治体、地域国際化協会等、NPO）が医療通訳者を募集、養成、選考、登録し、医療機関に派遣するものである。派遣という形態であるため、上記(2)の登録形態と同様、多くの言語に対応できるというメリットがある。そのため、在住外国人が集住していない地域や多言語のニーズがある地域にも適用できるという意味で、汎用性の高い形態である。また、当該団体には医療通訳のスキルやノウハウを有する者が関わっており、登録前に適正な医療通訳トレーニングや選考が行われている場合が多い。

こうした複数言語に対応できる医療通訳派遣システムは全国で約20団体にのぼると見られる。在住外国人が多い大都市から少ない中小都市まで地域に合ったシステム構築が可能であるため、他の形態に比べて多くの地域で導入されている。最大は11言語で50以上の病院に派遣している神奈川県で、年間通訳件数は5,000件以上になる。ただ、いずれの地域も通訳者はボランティアとしての位置づけであるため、通訳報酬は多くが時給1,000円程度または交通費実費相当で実施されている。

(4) 拠点病院に医療通訳者を配置して周辺病院の依頼にも対応する形態

これは、厚生労働省の「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」の形態である。2014年度に厚生労働省が開始したモデル的な事業で、医療通訳者等を新たに配置して外国人患者を円滑に受け入れ、周辺病院に対しても同様の通訳サービスを提供することを条件にした「医療通訳拠点病院」を公募し選定するものである。選定されると補助率1/2で上限11,659千円の補助金（2015年度）が交付される。2015年度は全国で19病院が選定されている。19の拠点病院を見ると、従来から在住外国人患者に対応していた病院もあれば、メディカルツーリズムを意識したと思われる病院もある。

その有効性の検証はこれからだが、コーディネーターと医療通訳者の採用基準（能力実証方法）が明確ではないため、質の確保に不安が残る一方で、初めて国によって医療通訳に関する本格的な取組が行われたという点や、通訳者を雇用する形態とし、同時に研修カリキュラムなどを示して通訳の質の確保をめざしている点で画期的とも言える。

4 医療通訳システムに関係する課題の抽出

日本の医療通訳システムは、十数年間の歩みの中で全国に普及し、現在、各地の外国人の在住

状況や導入目的に適合した形で展開されている。一方、この間、西村^{*12}、灘光^{*13}の調査などによって課題が抽出・提示され、前述の「医療通訳を考える全国会議」や「医療通訳国際シンポジウム」^{*14}などを通じて全国の関係者の間で課題が共有されるに至っている。ここでは、その中で日本パブリックサービス通訳翻訳学会（2011年活動中止）が取りまとめた「日本における医療通訳の課題」^{*15}が全体を網羅し簡潔な形で分類整理されているため、主なものを抜粋し記載する。

課題1 医療機関の経営面

- ①通訳経費は診療報酬の対象外であるため、医療機関が費用負担するとその分自己負担となる。
- ③外国人は1人にかかる診療時間が長く、通訳を入れても日本人の2倍になり、1日に診療可能な人数が減るため医業収入が減少する。

課題2 医療通訳人材面

- ①英語以外のニーズが高い中であって、通訳人材は英語に偏重している。
- ②医療通訳人材の質の向上が必要である。そのためには、正確な通訳技術、医療用語・医療制度の知識、対人援助意識、患者情報守秘義務倫理などが必要とされるが、訓練機会が不足している。
- ③医療通訳訓練到達レベルが標準化されていないため、能力レベルの認識に格差がある。
- ④通訳報酬が交通費等の実費相当であり、高度なレベルに達した通訳者はビジネス通訳業務へ移行していく可能性がある。

課題4 医療従事者の認識面

- ①カタコトの日本語や家族、友人等の通訳でコミュニケーションが確保されていると認識しているが、実際はコミュニケーションがとれていない場合が少なくない。
- ④ボランティアとは、アマチュアでかつ無料の慈善事業だという認識がある場合がある。

これらは2009年当時の課題であり、現在では、メジャーな言語が多いものの医療通訳の研修機会が増加（課題2の②）、「医療通訳共通基準」等によって医療通訳訓練到達レベルが標準化（課題2の③）、医療通訳システムの構築が進み、医療機関や医療従事者の意識（課題1の③、課題4の①）も徐々に改善するなど、道りは長く歩みはゆるやかだが、課題解決に向かっているものもある。しかし、通訳経費やシステム運営の財源（課題1の①）、通訳人材の確保（課題2の①）とレベル確保（課題2の④）、医療機関の医療通訳必要性認識（課題4の④）は、解決が容易ではないこともわかってきた。

5 医療通訳システムに関する課題の再確認

解決が難しい課題について、現在の状況を再確認するため、医療通訳派遣システムを運営する4団体の関係者5人に自由記述の形で質問紙への記入^{*16}を依頼した。その回答からは、以下のような現状が見えてくる。

(1) 医療通訳システム運営の財源について

「医療通訳制度を運営するお金に関して課題・問題はどのようなものがあるか」と尋ねたところ、「通訳費用および制度運営費の財源がない」「保険点数に組み込まれていないため医療通訳という業務に対しての費用をまかなう出所がはっきりしていない」などの回答を得た。経費には通訳報酬のほか制度運営のための経費がかかることが上げられ、通訳経費は公的医療保険制度の対象外であり、財源確保が困難であることが指摘されている。こうした財源問題は、「財源がない中、利用しやすい制度を作るとなると通訳報酬が低く抑えられざるを得ない」といった記述があり、医療通訳システムの構築に当たって通訳報酬にシワ寄せが来ていることがわかる。

(2) 通訳人材の確保と通訳レベルの確保について

「通訳人材に関して課題・問題は、どのようなものがあるか」と尋ねたところ、「専門性の高い業務であるのにもかかわらず、適正な謝礼が支払われないことから、職業として成り立たず、若い人材や希少言語の通訳人材が集まらない」「通訳者の善意を前提とする人材確保は、一部の地域や一部の言語を除いて限界がある」と語るように、報酬が低額であるため、少数言語を中心に通訳人材の確保に苦慮している状況がわかる。「指導ができる人材の育成に時間とお金がかかる」との回答もあり、レベルの確保には指導者の存在が不可欠だが、地域によってはそうした指導人材が欠如していることもうかがえる。

また、医療機関雇用の形態であっても、「語学力や医療知識はあっても、医療通訳としての訓練を受けていない通訳が、病院では採用されがち」「給与が最低賃金に近いところも多く、その場合、優秀な人材はそこでは働かず、能力を疑うような通訳が働いている。病院側は、優秀かどうか判断できない」という問題が生じていることが見て取れる。

(3) 医療機関の医療通訳必要性認識について

「医療機関に関して課題・問題は、どのようなものがあるか」と尋ねたところ、10年以上医療通訳者を医療機関に派遣している団体でも、「未だに受益者は患者だと思っている機関が多い」「医療通訳の必要性があまり感じられていないように思う」と記載され、医療通訳必要性認識が不足している実態は現在でも残っていることがわかる。また、「訓練を受けた通訳を使ったことがないので、効果がわからない」と言うように、医療関係者にはレベル差を認識することが難しく、医療通訳のメリットを感じにくい状況がある。

6 解決が難しい課題についての考察

上述した3つの解決が難しい課題について、なぜ、難しいのかを改めて検討してみたい。

(1) 医療通訳システム運営の財源について

医療通訳システム運営財源の問題は、医療通訳サービスの受益者は患者個人なのか、医療行為の

一部とみなして医療機関・医療行政機関とするのか^{*17}という議論から始めることになる。医療行為であるとしても、医療機関の経営は主に公的医療保険の診療報酬でまかなわれており、保険対象外である医療通訳経費を医療機関が負担する根拠がない。

では、その公的医療保険制度の対象とすることは可能だろうか。万一の場合に備えて多数者が掛け金を出し、万一の事態に陥った少数者を救済する「保険の原理」に照らすと、言語は病気・障害と違って万一の場合に相当しないのではないかという疑問が呈される。仮に保険対象として診療報酬点数に算入された場合であっても、自己負担分（通常3割、通訳報酬を1万円とすると3,000円）は外国人患者が払うのか、払えるのかといった問題もある。

次に、行政等の補助金・負担金等を財源にできないか考えてみたい。現に自治体等の補助金等を運営経費の一部に充当している団体もあるが、自治体の財政難で減額される場合があることや予算（特に補助金）には時限設定がある場合があること、年度途中で通訳件数増に伴う経費増に柔軟に対応できないことなど予算システム上の問題がある。このほか補助金行政一般の問題だが、補助の基準や枠組みと現場実態のずれや裏負担（補助金を差し引いた残りの事業費の負担）の難しさ、会計の単年度主義による継続性懸念などから、持続可能な安定したシステム構築につながる手法とは言い難い面もある。

(2) 通訳人材の確保と通訳レベルについて

通訳人材の確保については、医療通訳システムが整備されている米国、カナダ、オーストラリアと異なり、そもそも日本には英語以外で両言語可能な通訳人材候補者が少ないという問題がある。定住外国人は増加しているが、母国の学校教育制度の中で日本語を学んでいる人はほとんどいない。そうした基礎数が少ない上に上記(1)の財源問題にも関係して通訳報酬が最低賃金額相当か交通費相当であり、通訳スキルを磨いた人材は時給5,000円から1万円程度（場合によってはさらに高額の場合あり）の通訳ビジネス業界に流れていく。通訳業務の合間にボランティアに関わる者もいるが、平日昼間という診察時間内での対応やフル回転は難しい。低額報酬でのモチベーション維持は、善意や支援活動に対する使命感の高さに頼ることになる。

通訳報酬については、低額固定化という状況が改善を阻んでいる。前述の3(3)の形態の医療通訳システムを構築する際、すでに地域で活躍していた無償の通訳ボランティアを当てにして、トレーニングの受講は義務づけるが、引き続きそのまま活動してくれることを前提にシステムづくりをしている。そのため、医療通訳者を専門職と見て多額の予算を確保し適正報酬を支払うという発想はなかった。医療通訳システムは、こうした少額予算でスタート可能な当初の事例にならない、通訳報酬が「ボランティア価格」のまま全国に普及していったという経緯がある。そして今、ほとんどの地域で交通費相当ならばシステムを構築できるが、専門職相当の報酬額ではシステム構築自体が不可能という状況に陥っている。システムが構築できなければ、外国人患者の支援も十分にできず、そもそも報酬額の議論も始まらないということになる。

通訳レベルの確保については通訳認定制度が医療通訳関係者の間で検討されている^{*18}。しかし、対人援助適性を見極めを含めた試験が可能か、年1回東京だけで行えば済むのか、問題作成や採点

の財源はどう確保するのか、独立採算にすると数万円になる受験料を払う人がいるのか、認定を取得しても医療通訳がビジネスとして成立していない中で認定効果による収入増が見込めるのか、現在活動している通訳者が排除されないのかなど、医療通訳者をめざす人材がそれほど多くない状況の中で実施に向けてのハードルは高い。

(3) 医療機関の医療通訳必要性認識について

医療機関には、日本語会話が十分でない外国人患者は日本語ができる者を個人的に連れてくるもの、という認識がある。ただし、無料で手軽な医療通訳システムがあれば、カタコトの日本語よりも円滑な診療が可能となるため活用するようにはなる。

通訳料金については、多くの医療通訳システムは通訳者を「ボランティア」と位置づけている中で、ボランティアは無償で自発的に公益的な活動に従事している人たちという社会認識があるため^{*19}、医療機関からすると、交通費相当は負担しても基本は無料で活用できると考える。一方、医療通訳業務は高度な専門性が必要であり、アマチュアでは不可能であるため、医療通訳者からは専門職としての扱いと待遇を求める声が上がっている。このギャップを埋めるのは財源問題とからんで簡単ではない。

7 おわりに：医療通訳政策の方向性

解決が難しい課題を3つの角度から検討したが、こうした状況に対してどのような突破口があるのだろうか。仮に、すべての医療機関が日本語会話が十分でない外国人患者の診療行為には医療通訳が不可欠であると認識し、診療報酬の対象外であっても専門職として適正な額の医療通訳者報酬を全額負担するという状況になれば、問題は解決するだろう。

しかし、現状では医療機関に負担根拠がないことと医療通訳必要性認識が十分でないことから、この方向での解決は容易ではない。では、専門職相当の通訳報酬の財源を自治体等の行政に求めるほうが近道だろうか。これも、一度固定化した積算額の大幅増額は、多くの場合、予算要求枠やシーリングという財政当局のルールがある中で、政治課題にでもならない限り難しいのではないだろうか。

近年、メディカルツーリズムや外国人観光客の医療対応が注目され始めている。この分野には国や自治体の産業政策面から財源が捻出され、多言語サービスの仕組みが構築される可能性がある。医療機関にもメディカルツーリズムに対応しようという動きがあり、前述の厚生労働省事業でも、そうした医療機関が拠点病院に応募し指定されている。また、地域によってはICT企業に雇用されるアジアの専門技術者が増加する中で、その家族は日本で出産する傾向にあるため、産科や小児科に外国人が増え、医療通訳ニーズが高まっている。これらの企業の福利厚生面に着目して医療通訳サービスを商品化することも考えられる。

しかし、こうした富裕層などを対象としたサービスを推し進めることで、すべての在住外国人患者に対応できるのだろうかという懸念もある。

医療通訳システムの政策論議に当たっては、根本に立ち返り、手話言語も含め、コミュニケーションの確保は医療行為の一部である、という認識に立つところから始めたい。

めざすべき政策の方向性としては、①時給5,000円から1万円程度の通訳報酬が確保されること、②医療機関に通訳者活用の義務づけと経費負担のための制度的な根拠をつくること、③専門職にふさわしいレベルの通訳人材を輩出すること、④そのレベルが医療機関側から認知できる仕組みをつくることの4点が考えられる。今後、どのような方法でこれらを実現するか議論を進める必要がある。

- *1 自治体国際化協会, 2012「2国内状況調査調査——都道府県・政令指定都市における医療通訳の現況」『自治体国際化フォーラム』276号, 自治体国際化協会, 5頁
- *2 外国籍県民かながわ会議, 2000『外国人にも住みやすい神奈川に向けて——外国籍県民かながわ会議(第1期)最終報告』神奈川県国際課, 12頁
- *3 外国人のことばと医療の問題を考える会, 2002『医療通訳ボランティアガイドライン』社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会かながわボランティアセンター, 4頁
- *4 村松紀子, 2007「医療通訳者のつぶやき」連利博監修『医療通訳入門』松柏社, 213頁
- *5 寺本信生, 2001「大和定住促進センターの開所から安定期へ」大和市役所総務部総務課編『大和市史研究』第27号, 大和市, 44頁
- *6 國井修, 1992「タイ女性ノイさんの救援とTILL」中桐伸五・高山俊雄『すべての外国人に医療保障を——外国人労働者と緊急医療』海風書房, 68～69頁
- *7 栃木県内の医療従事者, 通訳者, 在住外国人などにより1991年に設立し, 1999年まで電話医療相談や15か国語外国人医療対訳集の作成などの活動を行っていた。
- *8 西村明夫編著, 2006『ことばと医療のベストプラクティス』MICかながわ, 10～12頁
- *9 西村明夫編著, 2006『医療通訳を考える全国会議2006開催報告書』MICかながわ
- *10 多文化共生センターきょうとHPからダウンロードできる(トップ>医療通訳育成カリキュラム>医療通訳共通基準)。
- *11 ただし, 集住地区以外でも事例はある。会津若松市の竹田総合病院では, 近隣企業に外国人社員が勤務しているため, カスタマーサービスとして英語, 中国語, 手話言語の通訳を配置している。
- *12 西村明夫編, 2007『在住外国人医療サービスに関する調査研究報告書』MICかながわ
- *13 灘光洋子, 2008「医療通訳者の立場, 役割, 動機について——インタビュー調査をもとに」『通訳翻訳研究』第8号, 日本通訳翻訳学会, 73～95頁
- *14 西村明夫編, 2007『医療通訳国際シンポジウム報告書』MICかながわ
- *15 連利博編, 2009『日本パブリックサービス通訳翻訳学会』第1号, 17～41頁
- *16 2015年10月から11月の間に調査を実施。
- *17 中村安秀, 2013「医療通訳士の必要性和重要性——外国人に対する保健医療の現状と課題」『医療通訳士という仕事』17～18頁
- *18 多文化医療サービス研究会では医療通訳資格認定制度をテーマに「医療通訳フォーラム2015」を開催(2015年7月), 約60名の医療通訳関係者の参加を得て議論を行った。
- *19 中山淳雄, 2007『ボランティア社会の誕生——欺瞞を感じるからくり』三重大学出版会

《参考文献》

- 医療通訳教科書編集委員会編, 2015『医療通訳学習テキスト』創英社/三省堂書店
- 中村安秀・南谷かおり編, 2013『医療通訳士という仕事——ことばと文化の壁をこえて』大阪大学出版会
- 西村明夫, 2009『外国人診療ガイド』メジカルビュー社

- 連 利博監修, 2007『医療通訳入門』松柏社
- Frew, G. A. N., 2014, A Case Study of MIC kanagawa : The Medical Interpreter as the Community Interpreter, 駒澤大学総合教育研究部編『駒澤大学外国語論集』第16号, 駒澤大学総合教育研究部

Progress and Challenges in Medical Interpreting Services in Japan

FREW G. Abuloph Nicolas

Komazawa University / Medical Interpreter

NISHIMURA Akio

Researching and Supporting Multi-Cultural Healthcare Services

Key Words: financial resources to run medical interpreting services, a lack of recognition among medical institutions for the needs of medical interpreters

Systems for offering medical interpreting services have been created to respond to demand from foreign residents saying, “We’re having trouble communicating in the hospitals.”

Currently, there are four types of those systems: interpreters hired by medical institutions, volunteer interpreting service systems formed within medical institutions, interpreters sent to the hospitals by outside organizations, and interpreters hired by the hub hospitals and cover nearby areas.

While those systems for medical interpreting services have been increasing across the country, problems such as few interpreter training opportunities have been recognized. Some of the problems are improving but others are remaining challenging tasks; securing financial resources to run those systems, securing interpreters skillful enough to do the job, and a lack of recognition among medical institutions for the need of medical interpreters.

To solve these problems, we need to work out policies that enable medical interpreters to work as professionals.

The following should be addressed: guaranteeing adequate payment to interpreters, incorporating medical interpreting services into health insurance or other schemes to secure financial resources, securing professional interpreting skills, and building an interpreter certification system.

When discussing these policies, there is a fundamental question whether or not medical interpreting is considered a “medical action.” Policies should be discussed based on the recognition that interpreting services, including those in the sign language, to help establish communication is very much a part of medical practice.