

## 投稿論文

# 医療通訳派遣システムの促進要因

西村明夫 NPO法人多言語社会リソースかながわ

**キーワード：医療通訳, NPO, 地域国際化協会**

本稿は、医療通訳派遣システムに関し、地域への浸透に影響を与える要因を抽出し、派遣システム促進の糸口を探るものである。すでにいくつかの地域でNPOや自治体、地域国際化協会などが実施主体となって派遣システムが展開されているが、派遣件数が少数であるところが多く、その地域への浸透状況は十分とは言いがたい。その要因を抽出するため、全国の7地域の派遣システムに関わる自治体、地域国際化協会、NPO法人の役職員15名を対象に聞き取り調査を実施した。

その結果、その要因として、大きく分けて自治体の取組姿勢、派遣システムの財源、医療機関の理解・協力、通訳人材の確保、通訳人材の育成と質の確保の5つが抽出できた。各要因の内容と相互関係を考察すると、派遣システムの促進を図るための鍵は、自治体・地域国際化協会職員の積極性がどの程度なのか、自治体が予算を確保できるか、医療機関の理解が得られるか、通訳人材が確保できるかどうかであることがうかがえた。

## 1 はじめに

本稿は、在住外国人の医療問題のうち、医療通訳に関する課題を考察するものである。在住外国人は、たとえば若年層では出産、中高年層では病気などにより医療機関を訪れることになるが、そこでは医療従事者への症状の訴えから治療方針の説明、薬の服用法の説明に至るまで言葉によるコミュニケーションが非常に重要であり、仮に意思疎通でミスをすると、それは命と健康に関わることになる。あるいは、そこまでいかなくとも、たとえば腸炎に対して胃の検査(胃カメラ)といった余分な検査をオーダーし患者にも検査の苦痛と経費を課すことになる。このように外国人医療の主要課題の一つがコミュニケーション・ギャップであると言われ(手塚, 2005: 306)、その溝を埋める手段として多言語に翻訳された問診票などの医療情報ツールが作成されているが、患者に治療方針を丁寧に伝える必要がある重症などの場合は、患者の納得した上での治療方針への同意や医療リスク(医療過誤や医療者へのクレーム)軽減の観点からも、医療通訳という手段が最も確実である。

在住外国人が少ない地域は医療通訳ニーズも低いことから医療通訳システム(派遣通訳、電話通訳、病院常駐通訳の総称)の必要性が低いと考えることもできるが、むしろ、どの地域にも外国人は在住しており、日本語が不十分ゆえに医療が十分に受けられない人が一人でも存在すれば、システムは必要であると考えたい。その中でも医療通訳派遣システム(以下「派遣システム」という)という形態が、必要なときに必要な言語で、どのような医療場面(たとえばレントゲン写真の説明)にでも対応できるなど効率的で、かつ実施主体において通訳人材育成のノウハウを有していることから、有用性が高い。

日本の現状を振り返ると、すでにいくつかの地域でNPOや自治体、地域国際化協会<sup>\*1</sup>などが実施主体となって派遣システムが展開されているが、派遣件数が少数であるところが多く、その地域への浸透状況は十分とは言いがたい。

医療通訳に関する先行研究はまだ数少なく、調査・事例紹介にとまる文献を除くと、医療通訳の効果・有用性に関するものとして押味(2010)、石崎ら(2004)、沢田(2006)、通訳教育面で堀(2006)、通訳者の意識に関しては灘光(2008)、西村(2007)、文化的背景に関して飯田(2007)、松延(2007)、全体を通して課題を考察したものとしてピンカートン(2001)、水野ら(2005)、ハンコック(2009)、吉富ら(2010)、診療所での実践面の検討として小林(2006)、兵庫県の医療通訳システムの考察として吉富(2009)が挙げられる。このうち派遣システムをテーマとしたものは吉富だけであり、本稿は、そこからさらに対象地域を広げ、複数の地域から見えてくる課題を考察したものである。

## 2 研究目的

現在、派遣システムを構築している地域は、全国で16程度存在するが、その実績を評価する指標の一つとして派遣件数に着目すると、地域によって外国人登録者数の差以上に大きな差がある。つまり、地域における日本語が困難な患者数とニューカマーの外国人登録者数が比例すると仮定すると、ニューカマー外国人登録者数<sup>\*2</sup>が同じ程度の地域ならば、日本語が困難な患者数が同じ程度であり、派遣システムの派遣件数も同じ程度になると想定できるが、実態はそうならない。たとえば、ニューカマー在住外国人数が約4.4万人、医療通訳派遣数が30件弱という地域と、ニューカマー在住外国人数約15.2万人、派遣数約3,500という地域がある。人口は1:3.5に対して派遣数は1:117である。そして多くの地域が前者の派遣件数少数派という状況にある。

では、なぜ、そのような違いが生じるのか。地域内の在住外国人数の多寡以前に派遣システムの仕組みや取り巻く地域の事情に起因するものがあるのではないか。地域への浸透・普及、すなわち派遣システムの促進を図るための糸口は何だろうか。これが本研究の問いである。

## 3 派遣システムに関する聞き取り調査の概要

### (1) 調査目的

上述の派遣システムの促進に影響を及ぼす要因を抽出するため、全国の7地域(A~G地域と表記)の派遣システムについて調査を行った。なお、調査対象者の組織との関係や協働相手との関係から、本稿では団体と個人を特定できないような形で述べたい。そのため、対象地域の県庁または市役所を「県」や「市」という呼称ではなく、たとえばX県、Y市をX庁、Y庁というように、県市の別を明らかにすることなく一括して「庁」をつけて表すこととする。

### (2) 調査の対象と実施時期

調査対象は、全国の医療通訳を派遣しているシステムのうち、派遣システムの実績評価にはある程度の年数を見る必要があると考え、4、5年程度の派遣実績の期間を有するところを選定した。調査対象者は、7地域の派遣システムに関わる自治体、地域国際化協会、NPO法人の役職員15名である。ま

た、自治体・地域国際化協会が協働して実施している派遣システムとNPOが行っているものを比較するため、追加調査として、D地域内のQ市を活動範囲としているNPO法人Qについても行った。調査は、2010年1月21日～2月20日及び6月18日、同23日に行い、追加調査は2010年9月19日に行った。

### (3) 調査方法

調査は半構造化面接により、各団体につき1時間から2時間程度の聞き取りを行った。聞き取り場所は各団体の施設内あるいは事務室内で、主な質問項目は、システム構築の背景・経緯、現状の実績に対する自己評価、派遣システムで重要と考えられる事項、NPOと自治体との協働に対する評価・理想形、医療通訳の理想的将来像である。追加調査については、主に通訳人材の確保状況について尋ねた。聞き取り内容は対象者の了解を得てICレコーダーに録音し、収集したデータは文字化して分析資料とした。

### (4) 分析方法

調査結果の分析については、水野(2000)の簡易整理法(変則KJ法)を参考にした。対象者ごとに聞き取りデータを切片化し、ステップ1として1行見出しを作成し、見出し番号をつけた。ステップ2として比較とふりわけにより関連・小グループを作成、ステップ3として関連・小グループの小見出し付けを行った。さらに、1地域で複数の対象者に聞き取りを行っている場合は、地域毎のまとめ上げ(ステップ2と3)を行った。その上で、地域ごとの外国人登録者数と国籍(言語)数のデータや実施団体の作成した派遣システムの概要資料を参考にしながら、考察を行うというプロセスを踏んだ。なお、本文中に引用する聞き取り調査対象者の「語り」は、簡易整理法により1行見出しとして筆者が要約して作成したものである。

## 4 派遣システムの概要

調査を行った7地域の派遣システムを概観すると、実施主体である自治体・地域国際化協会、NPO及び、派遣先であり通訳利用者でもある医療機関、もう片方の通訳利用者である在住外国人、そして派遣される医療通訳者の4者で構成されている。相互の関係は、大きく分けて医療通訳者派遣の流れと資金の流れの2つが見られる。前者は、在住外国人患者または医療機関が派遣調整主体であるNPOや自治体、地域国際化協会に医療通訳者の派遣依頼をするところから始まる。依頼を受けた派遣調整主体は、予め医療通訳トレーニングを受けている通訳者の中から依頼日時に都合のつく適切な者をコーディネートし、派遣する。当該医療通訳者は、指定された日時に医療機関に赴き、在住外国人と医療従事者の間の会話を通訳する。おおむねこのような派遣業務の流れがあるが、地域によって患者が直接、派遣調整主体に依頼できるか、医療機関からの依頼しか受け付けられないかの違いがある。また、派遣調整主体がNPOであったり、自治体、地域国際化協会であったりという違いや派遣調整の担当ポストを設けているか否かの違いがある。特に、この派遣調整の担当ポストは、依頼された医療場面の難易度と医療通訳者の経験・能力を勘案し、かつ地理的に近い者かどうかなどを考えながら通訳者を決めるなど、派遣業務の要とも言える存在である。後述するが、NPO法人Qはきめ細かい派遣調整によって派遣件数を伸ばしている。この機能の善し悪しは、派遣システムの成否にかかわる要因の一つであ

と思われるが、今回の聞き取り調査では、この点に立ち入って十分に把握することはできなかった。

後者のお金の流れは、出所に違いが見られる。派遣システムの運用に要する経費は通訳報酬とそれ以外の経費（派遣調整人件費、通訳者研修費、事務スタッフ人件費など）に分かれ、通訳報酬については、医療機関または在住外国人患者が負担し、それ以外の経費は自治体が負担している地域とNPOが負担している地域、両者が負担している地域の3とおりがあった。

なお、A～Gの地域状況と派遣システムの違いを見ると、表1のとおりとなる。

**表1 派遣システムの地域状況と派遣状況**

地域	地域の特徴	在住外国人の傾向	派遣件数	派遣システム実施主体
A	大都市を抱える地域	多様な外国人や中国帰国者が在住	多い	行政・NPO協働
B	大都市を抱える地域	多様な外国人が在住	中程度	NPO主体
C	大都市を抱える地域	多様な外国人や中国帰国者が在住	多い	行政・NPO協働
D	製造業が顕著な地域	日系南米人が多く在住	少ない	行政・協会(※)主体
E	製造業が顕著な地域	日系南米人が多く在住	少ない	行政
F	農村が多い地域	国際結婚女性が多く在住	少ない	NPO
G	大都市を抱える地域	人口に比較して在住外国人は少数	少ない	NPO

※ 「協会」とは地域国際化協会のことを言う。

## 5 派遣システムの促進に影響する要因の抽出

聞き取り調査の分析データから派遣システムの促進に影響すると思われる要因を抽出した。その結果、いくつか重複するところはあるものの、「自治体の取組姿勢」、「派遣システムの財源」、「医療機関の理解・協力」、「通訳人材の確保」、「通訳人材の育成と質の確保」の5つに分類整理できた。そこで以下、順に検討していきたい。

### (1) 自治体の取組姿勢

#### (a) 自治体の社会的信用力の活用

派遣システムは、NPOが関わっている地域と自治体、地域国際化協会が実施主体となりNPOが参画していない地域の2種類がある。NPOが関わっている地域について見ると、自治体との協働関係が構築されている2地域と協力という形で関係を保っている1地域の複数の調査対象者から、自治体の社会的信用力が医療機関の医療通訳受入説得や派遣システムの信頼度を高めるのに有効であるという指摘があった。たとえば協定による協働関係が構築されているC地域では「行政という看板が信頼性を高めるのに非常に役立ち、各医療機関、病院協会、医師会等との関係を構築するのにも行政という役割をうまく利用できた」（NPO法人C事務局長）という。行政とNPOの協働が「協力関係」にとどまっているB地域の派遣システムにおいても、NPOとしては県や市の名前があることで病院の信用、信頼が違ふという。

#### (b) 自治体・地域国際化協会の積極的な職員が存在

派遣システムの構築や促進には、担当となった自治体・地域国際化協会職員の積極性が大きく寄与するという。たとえば、B地域では「当時、係長Tさんと、僕が隣の係長になり、横に並んで仕事した

が、この人は積極的な人だった」、「僕もどンドンやりたいタイプで、Tさんも、医療通訳など、その人がいた時はね、すごく前に進んでました」(B庁元国際担当課係長)という。D地域でも、D地域国際化協会の担当職員が最初から医療通訳事業に関わり推進役を務めている。E庁国際担当係長も「(行政職員の考え方は)何かあったら困るというもの。でも、この分野は前例がない事例が多いので、やってみて失敗があったら、それを次に活かせばいいんじゃないかっていうことで進めている」と言い、前例踏襲にとらわれない前向きな姿勢が注目に値する。

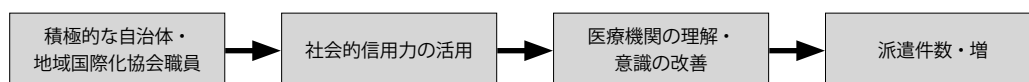
ただし、この「積極性」は職員にボランティア的な働きを求めるものではなく、C地域のNPO法人C理事長が「行政職員は医療通訳に個人的興味が無くても事業を推進しようという事に前向きな姿勢があれば良い」と述べているように、業務の一環としての行政課題に対する取組姿勢に関するものである。

### (c) 各要因間の関係

自治体の取組姿勢に関して、2つの影響要因を抽出したが、これらの関係を述べておきたい。社会的信用力の活用先は主に医療機関であり、その理解・協力を求めて説得することにある。社会的信用力という「武器」を有効に使用するためには、自治体・地域国際化協会職員の積極性が不可欠となる。図示すると図1のとおりとなり、自治体の理解があり、職員も積極的に動いて、その社会的信用力をバックに医療機関を説得し、医療機関の理解・意識が改善されれば、医療通訳者の受入も進み、派遣件数も伸びる可能性がある。

なお、自治体の社会的信用力については、木原(2008:29)が自治体とNPOの協働におけるNPOにとってのメリットの一つとしてNPOの社会的信用力が高まることを指摘している。逆に田中(2006:83, 108)は、NPOが行政と付き合うのは社会的信用の担保が得られるからであり、NPO自身に「オカミ意識」があるからだを指摘し、上下関係や下請化傾向を危惧している。しかし、派遣システムの協働関係に見られるNPOの意識は、むしろ「オカミ意識」を逆手に取ったような形で「オカミ機能」に注目し、自身の活動にそれを活用しようというものであり、田中の懸念は当てはまらないと思われる。

図1 自治体の取組姿勢に関する各要因間の関係



## (2) 派遣システムの財源

### (a) NPOの財源不足

NPOが派遣システムに関わっている地域では、自治体との協働形態を採用しているか否かにかかわらず、NPOは派遣システム運営に当たって、通訳報酬とそれ以外の経費の財源を確保する必要があり、その手当てに苦勞しているようだ。たとえば、B地域ではシステムを動かす事務局人件費と通訳報酬経費を賄う自治体の財政的支援が2005年度のみであって、現在は、NPO法人Bが行う他の事業の余剰分を回す形になっており、いわば持ち出し状態である。C地域のNPO法人Cでも派遣件数が増加してもNPOの収入が増加しない収入構造になっており、件数増加に伴う事務量の増に対しても事務局スタッフを増員できない状況に陥っていた。

### (b) 医療機関の通訳報酬負担意識の希薄さとボランティア完全無料認識

後述の医療機関の理解・協力にも関わる問題だが、通訳報酬の負担に関する医療機関の認識が十

分でないことが調査対象者から聞かれた。E庁国際担当課係長は通訳報酬の2,000円を払うのを嫌う医療機関もあると語り、少額でも通訳報酬の負担に応じられない医療機関があることをうかがわせた。同様のことがG地域のNPO法人G理事長からも語られていた。また、E庁国際担当課係長とF地域のNPO法人F理事、NPO法人G理事長は、医療通訳ボランティアはボランティアゆえに無料であるはずであり、少額でもお金を取るのは納得できないという社会認識があり、それが実費徴収を難しくしていると言う。

### (c) 自治体による通訳報酬予算の確保

自治体が継続的に通訳報酬の予算を確保し、医療機関の負担無しで通訳を派遣できると、件数が伸びていく可能性がある。たとえば、C地域ではC庁が創設したNPO支援基金を活用して5年間、医療機関に無料で医療通訳者を派遣できたこと、つまり、5年間の「お試し期間」によって、医療機関が医療通訳者の便利さ、有用性を実感し、そのサービスを手放せなくなったことが派遣システムの成功要因として大きいという。NPO法人C理事長はそのことを次のように端的に語っている。

「システムの成功要因として、最初の5年間のタダ、あれは大きかったと思う。あれで医療機関はかなり味を占めた」、「医療通訳は、使っていないと、ありがたみがわからない。医療スタッフはカタコトの日本語で済ます人が結構いる」(NPO法人C理事長)。

実際、表2に示したとおり、NPO法人Cの派遣件数の伸びを見ると、上述のことが数値に現れていると考えられる。通訳報酬3,000円のうち、医療機関に1,000円の負担を求めたことを始めた2007年度を見ると、派遣件数は前年度より増加している。全額医療機関負担にした2008年度も件数は前年度からそれほど減少していない。

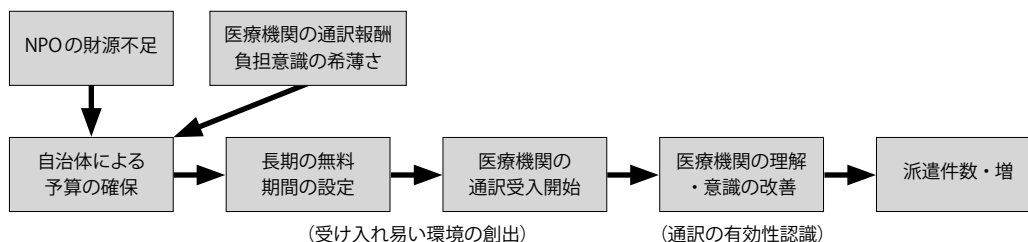
表2 NPO法人Cの派遣件数(C庁との協働事業部分)の推移

年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
派遣件数	269	694	1,535	1,968	2,161	2,928	2,666	2,595
医療機関負担(円/件)	0	0	0	0	0	1,000	3,000	3,000

### (d) 各要因間の関係

派遣システムの財源については、NPOが抛出し負担することが難しく、医療機関の負担意識が希薄な中であっては、自治体が予算を確保し、医療機関に対して一定期間無料で医療通訳者を派遣できれば、医療機関の理解・協力の向上に寄与する可能性がある。したがって、各要因間の関係をまとめると、図2のとおりとなり、最終的には医療機関の理解・意識の改善につながり、そうなれば医療通訳者の受入も進み、派遣件数も伸びると思われる。

図2 派遣システムの財源に関する各要因間の関係



### (3) 医療機関の理解・協力

派遣システムの構築と継続的な運営には通訳受入側の医療機関の理解が不可欠である。調査したいくつかの地域では、現場の医師が日本語が不十分な患者の診療に苦慮していた実態があり、医療通訳の必要性を認識していたようだ。それが派遣システム構築時の医療機関の理解と協力で影響したと思われる。一方、こうした医療機関の理解・協力の意識が希薄であり、その了解取り付けに苦慮している地域もあった。NPO法人B理事長は以下のように語っている。

「医療通訳を入れることが負担になると思っているところは変えてもらわないと。懐疑的にならず」(NPO法人B理事長)。

D地域でも、医療機関側が医療知識の不十分な子どもの通訳<sup>13</sup>でも問題視しないことや、1回2,500円という少額負担であっても回避しようとする場合があることが、以下に述べられている。また、医療機関の中でも患者を診療する現場部門と経営事項を優先する管理部門との確執があつて、現場の意向がストレートに医療機関の意向に反映されるわけではないという事情もあり、医療機関の認識が高まらない要因となっているようだ。

「子どもを学校休ませて同伴させているから医療現場自体はニーズがないと判断するが、子どもは医療言語に限界がある」(D庁国際担当課係長)。

「今でも派遣について病院から問い合わせがあつて、費用を言うと、もう電話かかってこないというのがある」(D地域国際化協会職員)。

「病院の中も色々な状況があつて、現場部門は通訳がほしいが、管理部門に働きかけをしても許可がおりないみたい」(D庁国際担当課係長)。

### (4) 通訳人材の確保

#### (a) 平日昼間活動できる通訳人材の不足

派遣システムの問題点として、複数の地域の調査対象者から、平日活動できる通訳人材がいないことが語られていた。仮に通訳報酬がプロの会議通訳者並みに確保されていれば生じない問題だが、実際の通訳報酬は全国どこの派遣システムにおいても実費相当の「ボランティア価格」である。したがって、医療通訳者はこれで生計を立てることができず、本業を優先せざるを得ない。こうした本業優先者が多数を占めると、平日昼間活動できる通訳人材の不足につながり、派遣依頼に対応できず件数を伸ばすことができなくなる。

本業優先者が多数を占めていると考えられるのがD地域とE地域である。いずれも日系南米人が多く住む地域であり、彼ら彼女らは派遣形態による工場労働者が多く、その中で日本語会話が可能な者が通訳人材となっているため、不況によって生活が不安定になれば、平日昼間にボランティアをする余裕もなくなる。一方、C地域の医療通訳人材の状況を聞くと、海外駐在経験のある日本人専業主婦や国際結婚外国人の専業主婦、定年退職した人など、日程によっては平日昼間の時間帯に活動できる余地がある者が多い。その背景には、C地域は人口が多く、英語以外の外国語会話(たとえばポルトガル語やスペイン語)が可能な日本人や日本語会話が堪能な外国人が多く居住しているという地域特性があると推測される。

また、派遣依頼があつても通訳者が確保できないとなると、大々的に派遣システムのPRができず、結果的に派遣件数が二桁の実績にとどまる結果となる。この件数の少なさがニーズの少なさと解釈さ

れて事業に対する評価を低め、さらなる予算化を難しいものになっているという悪循環に陥っているようである。たとえば、D地域では「D庁としては、この数(派遣数)がすべてなんですよ。数件しかない事業に継続して予算はつけられないっていう」(D地域国際化協会職員)という。

#### (b) 低廉な通訳報酬——ボランティア活用事業のロックイン現象

医療通訳は人の命と健康に関わる業務であり、高度な技術と知識を必要とするため、現在の低廉な通訳報酬では通訳者はモチベーションを維持しにくいという問題がある。NPO法人C理事長は「通訳などの報酬や身分をアップをしないと、みんなが疲弊をしている。不当な待遇ではないかという意見が出ている」と指摘している。C地域の派遣システムにおける通訳報酬は、医療機関から1回3時間まで3,000円(交通費込み)が支払われる。しかし、通訳の市場価格(ビジネス通訳は3時間15,000円～20,000円程度)から考えると数分の1という状況である。こうした通訳報酬の低廉さは、派遣システムの持続可能性に影響を与えるおそれがある。

また、こうしたボランティア活用事業は人件費があまりかからないため、予算の確保が比較的容易である反面、一旦開始してしまうと、正規雇用者と同程度の効果を上げるか、表面上そのように見えるため、正規賃金レベルに戻せないという、いわば「ボランティア活用事業のロックイン現象」\*4と呼べるような状況に陥る可能性があると思われる。

#### (c) 医療通訳者の社会的評価の欠如、ボランティア＝素人と見られること

通訳報酬の低廉さと並んで、医療通訳者の社会的評価が確立されていないことも彼ら彼女らのモチベーション維持に影響すると考えられる。医療通訳者は、患者や医療従事者からの感謝やねぎらいの言葉を糧に日々活動を行っている状況(灘光, 2008: 87-88; 西村, 2007: 60)だが、専門職として社会的に評価が確立されているわけではなく、「ボランティア」\*5の延長という認識もある。以下にNPO法人C理事長が述べているように、専門職として社会的に認められることが必要であると考えられる。

「通訳側としては、誇りや使命感、頼りにされ、尊重されているという感覚があること」、「志があっても、というかむしろ、志があるからこそ、それにふさわしい評価をしてくれという要求が出るのも当然」(NPO法人C理事長)。

また、NPO法人C理事長は、医療機関側が医療通訳者をボランティアだからプロではなく、素人＝アマチュアであるとしてらえているという。しかし、たとえば医師のボランティア活動にアマチュア性はない。それと同様、医療通訳もアマチュアでは務まらない。派遣する側としては専門能力を有する者を送り込んでいるつもりであっても、受け入れる医療機関側はボランティアの概念に素人性を含めて認識し、医療通訳者はそうした「ボランティア」だという。こうしたボランティア概念の認識の違いによっても医療通訳者の社会的評価が確立されず、派遣システムの医療機関への理解にマイナスの影響を与えていることがうかがえる。

#### (d) NPOの在住外国人とのつながりと派遣調整による通訳者の確保

上述の通訳人材確保の地域事情については、人材確保が難しいことは確かだが、NPOの努力によってカバーされる場合もあるようだ。追加調査としてNPO法人Qで聞き取った話では、D地域にあるNPO法人Qの活動は人口10万人程度のQ市に限定されているが、患者からの依頼によって医療機関へ年間50～100件程度の通訳派遣を行っているという。これは、D地域の派遣システムの派遣件数を上回っている。平日昼間活動可能な通訳人材が確保できている理由は、一つには、日本語教室での活動から、そこに参加していた在住外国人のつながりによって人材が発掘できていることが挙げられる。



NPO 法人Qの代表は、D地域内のQ市以外の日本語教室に関わる中で、「通訳人材はQ市以外のD地域内の他地区でも見つけられると思う」と話していた。また、NPO 法人Qでは日頃の相談活動や通訳翻訳業務で医療通訳のできる人が見つかることもあるという。市内の在住外国人の8割は知っているとのことであり、そうした在住外国人と顔の見える関係ができていているという、NPOの現場性によって通訳人材が確保できていると言えそうである。

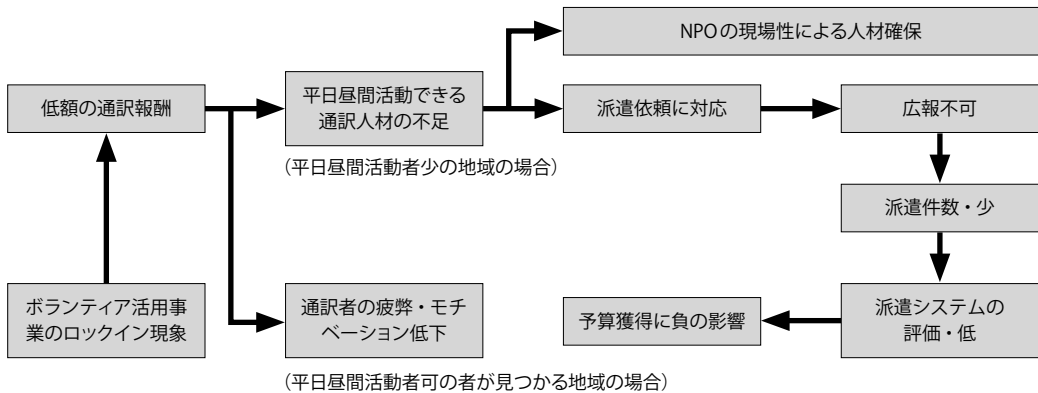
もう一つは、NPOによるきめ細かな医療通訳者の派遣調整が挙げられる。次のとおり、Q市在住の通訳人材も平日昼間活動できる人は少ないが、各人の予定を十分把握して、少しだけ空いている時間に通訳派遣を当てはめ、調整していくという。

「平日昼間忙しい人でも、例えば午前中の1時間だけ空いているとか分かかっていてコーディネートしている」(NPO 法人Q代表)。

#### (e) 各要因間の関係

以上の通訳人材の確保に関する各要因間の関係を図示すると図3のとおりとなる。ここでは、「低額の通訳報酬」に関してロックイン現象が発生しており、プロの会議通訳並みの通訳料金が確保されないことから、日系南米人が集住する地域など平日昼間に活動できる人が少ない地域では通訳人材が不足する。そのために派遣依頼に対応できず、派遣システムの広報宣伝もままならないことから、派遣件数の増加が見込めず、派遣システムの評価が低くなり、自治体による予算確保も懸念されるようになる。ただし、NPOがその現場性ときめ細かな活動を生かせば、こうした地域事情をある程度克服できる可能性もある。また、大都市地域など平日昼間活動できる人が見つかる地域では、低額の通訳報酬のために通訳者のマンネリ感を引き起こす場合もあり、派遣システムの持続可能性が危ぶまれることになる。

図3 通訳人人材確保に関する各要因間の関係



#### (5) 通訳人材の育成と質の確保

医療通訳人材の育成、登録選考などによる質の確保の重要性が、多くの地域の調査対象者によって語られていた。特に、自治体・地域国際化協会職員からはNPOが医療通訳者を的確に育成していることを評価する声が上がっていた。C庁国際担当課課長補佐は病院の医療ソーシャルワーカーの話として「医師らがNPO 法人Cの通訳養成に高い信頼を置き、手術前の説明には必ずNPO 法人Cの通訳者を入れたいと言われている」ということを語っていた。同法人理事長も「派遣システムで重要な

は、派遣先に（通訳のレベル）を信頼をされたこと。……相互の信頼が重要。その信頼は、通訳の質の高さ、ばらつきのなさから来ている」と、その重要性を説明している。

また、地域の在住外国人の置かれた状況から精神科の通訳に力を入れて派遣システム構築当初に頻繁に通訳ボランティアを対象としたカウンセリング講座を実施していたNPOや、ボランティアの一人ひとりのレベルを確実に確認し、トレーニングを何回行ったかだけでなく成果がその通訳ボランティアの実践の中でどの程度反映されているかをチェックしているNPOもあった。こうしたきめ細かさはNPOならではのものではないだろうか。

## 6 考察と今後の課題

以上のことから、派遣システムの促進を図るための鍵は、自治体・地域国際化協会職員の積極性がどの程度なのか、自治体が通訳報酬予算を確保できるか、医療機関の理解が得られるか、通訳人材が確保できるかどうかであることがうかがえる。また、医療通訳者が低額報酬と低い社会的評価にストレスを感じて疲弊し、5年程度でこの分野を去っていく状況も垣間見られるため、派遣システムの持続可能性を考えると、適正な額の安定財源をどこに求めるかという問題も立ちはだかっている。そこで、以下に順次その解決策を考えていきたい。

### (1) 自治体職員の積極性と自治体による通訳報酬予算の確保

職員の積極性については、地域国際化協会職員の雇用形態が団体によって多様であるため、ここでは自治体職員に絞って検討したい。今回の調査では自治体組織の中で「積極的な職員」は多数派ではないが一定数存在することがうかがえた。C地域やD地域のように、こうした職員が自ら課題設定する場合もあるが、NPOなどからの働きかけに反応している向きもある。この場合は在住外国人支援担当者のうち「積極的な職員」を見出す必要があり、その年度に見出せない場合は毎年度の人事異動に期待するなど少し時間をかけることも考えて良いだろう。なお、前例踏襲タイプの職員を変身させるという作戦は、これまで自治体自ら様々な研修を実施しながらも成功例が聞こえてこないことを考えると、得策ではないだろう。

ただ、筆者の経験から言うと、自治体職員は新しい課題を自分達だけですべて実施しないとイケないと考えて現状の組織定数では無理だと判断する傾向にあるため、役割分担のもとにNPOとの協働を持ちかけることは有効であろう。また、そうした協働では、自治体の役割として社会的信用力と広報力に大きなメリットがあるが、案外職員は自身にそうした力があると自覚していないことから、自治体職員への働きかけには、こうした自覚や再認識を促すことも有効だろう。

自治体予算の確保については、在住外国人支援担当課幹部の承認（予算見積）だけではなく、自治体財政当局の予算査定が壁となっている。それを突破する鍵は、C地域で成功した前述の「お試し期間」方式による期間限定（3～5年程度）事業である旨を約すること（限定的な事業であるとわかると予算が付きやすい）、現場の医療従事者のニーズをアンケートや実践事例などのデータ（たとえば、西村：2007）で提示すること、C地域のように地元医療界（医師会、病院協会）に事業検討段階から参加を得て医療界も必要性を訴えていることを主張すること、人の命と健康に関わる問題であることを常に訴えることなどが挙げられる。

## (2) 医療機関の理解

今回の調査でも医療機関の消極性が浮き彫りになったが、中でも現場の医療従事者からの医療通訳の必要性を訴える声によって制度化に成功した地域があった。医療従事者の中でも、医師の場合は医療通訳を使って初めて「ありがたみ」(前述のNPO法人C理事長の語り)を実感する傾向があるが、医療ソーシャルワーカー(病院の地域連携室や相談室等に所属する福祉職職員)は通訳探しも担当業務の範囲であるため、制度化には前向きに反応する可能性が高い。以下の語りから推測すると、医療機関への働きかけの糸口は医療ソーシャルワーカーにあると思われる。

「ソーシャルワーカーの立場から言うと、半日仕事だったことが、このシステムによって電話一本で通訳派遣してくれる」、「N教授(医療通訳に詳しい)からは、このシステムが成功したのはソーシャルワーカーを窓口としたことだと言われた」(NPO法人C理事長)。

## (3) 通訳人材の確保と安定財源の確保

通訳人材の確保の問題は通訳報酬が生計を立てられる程度に適正化すれば解決する。NPOの財源不足の問題も上述の通訳報酬に事務経費を上乗せして患者または医療機関に請求できれば解決する<sup>6</sup>。だが、そもそも医療通訳経費を負担すべき責任主体はだれなのだろうか。日本語が十分でないことに責任と負担を求める考えもあるが、手話も言語の一つとすれば、採用しがたいと思われる。むしろ、十分な意思疎通は医療行為の範疇であると考え、その負担は医療費の中で賄われるべきであるとするのが適当だろう。実際に、患者に負担を求めると受診抑制が働き重症化してから受診することになり、かえって医療費が高額となることや患者が通訳の受入を拒否してカタコトの日本語で済ませることになり、医療リスクが高まってしまう。

医療費の中で賄うとして、ひとまず医療機関に負担を求めるにしても、医療機関には通訳報酬と事務経費を負担する財源がない。つまり、医療機関は、一部患者負担を含めた公的医療保険の診療報酬と駐車場代などの付帯的な収入で経営されているが、厚生労働省保険局の通知(平成17年9月1日)によって通訳経費は診療報酬点数に含めないこととされているため、各地域で現在支払われている通訳報酬は、医療機関の収益を減じる形で賄われている。これが医療機関が経費負担に消極的な理由であろう。

今回の調査の中では、医療通訳経費は診療報酬に算入されるべきだとの声が多かった。診療報酬の改定には2年に1回行われている中央社会保険医療協議会の答申を得なくてはならないが、日本の医療の現状と山積した課題を考えると医療通訳の課題がここで取り上げられるには相当の時間と体力が必要であろう。また、保険制度に詳しい者からは、通訳経費は保険の原理になじまないという声も聞かれる。確かに、保険は万一の場合に備えて多くの健康な人が加入して成立する制度だが、通訳経費の場合はそれが必要になる万一の場合を想定できないためにその経費を負担する正当性をストレートに導出できない。

しかし、前述のとおり医療におけるコミュニケーションは医療行為の一環であると考えれば、保険制度の中で対応するかどうかは今後の議論に任せるとしても、医療通訳経費は在任外国人支援費としてではなく医療費の中で対応すべきであろう。

#### (4) 今後の課題

海外の医療通訳先進地域<sup>\*7</sup>では、前述のような日本の状況と異なり、通訳報酬を州政府の医療行政の中で確保するなどの制度化が図られている。日本でもC地域だけで年間3,500件以上の通訳ニーズがあることから、同様の制度化をめざして国に根本的な対策を求める必要があるのではないだろうか。そのためには、医療通訳者の全国組織である医療通訳士協議会(会長:中村安秀大阪大学大学院教授)による提言活動を活性化させるとともに、通訳者自らも専門職化をめざして「医療通訳士資格認定制度」を構築するなど、通訳レベルの確保と質の高さをアピールしていく取組が必要である。しかしその一方で、当面は地域の中で自治体とNPOが努力と工夫を重ねるしかなく、そのためには自治体とNPOの協働によるシステム化が有効であろう。

※ 本稿は法政大学大学院政策科学研究科2010年度修士論文を一部抜粋の上、まとめ直したものである。

- \*1 平成元年2月17日付け自治大臣官房企画室長通知「地域国際交流推進大綱の策定に関する指針について」の中で規定され、自治省(現総務省)によって都道府県・政令指定都市に各1つ認定された都道府県・政令指定都市が主導して設立された団体。
- \*2 入国管理局2009年12月末データによる。ニューカマー数は外国人登録者数から特別永住者数を差し引いた人数。
- \*3 日本語が不十分な外国人患者の場合、日本語がすぐに話せるようになった子どもが病院に同伴して親や親戚の通訳を行うことが多々見られる。
- \*4 通常、「ロックイン現象」は、ある会社に一旦業務や製品を発注すると規格や設計などの関係からその後、発注先を変更できなくなる現象を指すが、これを援用して製品開発能力の蓄積が困難になっている状況にも使用している例がある。すなわち、葛=藤本(2005)は中国オートバイ産業が市場競争のスピードとコスト一辺倒の中で、コピー部品の開発を部品メーカーに任せざるを得ないことから、製品全体のアーキテクチャ知識を蓄積することがますます困難になり、経営状況が悪化、その結果、差別化をめざした研究開発への投資が不十分になるという累積過程に陥っている状況を技術的ロックインと呼んだ。
- \*5 中山(2007)によるとボランティアという用語の概念は時代とともに変化しているというが、現在は自発性、公益性、無償性の3点から定義されることが多い。ここの「ボランティア」はその3点に加えて一般社会の誤った認識である素人性を含めた意で使用した。
- \*6 C地域では2011年度にこの方法を採用し、十分とは言えないがNPOの財源不足に貢献している。
- \*7 筆者が調査した地域はアメリカのワシントン州、カナダのプリティッシュ・コロンビア州、オーストラリアのニュー・サウス・ウェールズ州、英国ロンドンのハンスロー区(バラ)であり、通訳報酬は1時間3,000円以上でプラス交通費という状況であった。

#### 《参考文献》

- ・飯田奈美子, 2007「医療通訳における文化的背景の理解」連利博監修『医療通訳入門』松柏社, 19~28頁
- ・石崎正幸=Patricia D.Barogman=西野かおる, 2004「米国における医療通訳とLEP患者」日本通訳学会『通訳研究』4号, 121~138頁
- ・押味貴之, 2010「外国人患者受入れにおける言葉の壁」日本大学医学部『日大医学雑誌』69巻5号, 282~286頁
- ・葛東昇=藤本隆宏, 2005「擬似オープン・アーキテクチャと技術的ロックイン」藤本隆宏=新宅純二郎編著『中国製造業のアーキテクチャ分析』東洋経済新報社, 1~115頁
- ・木原勝彬, 2008「NPOと行政との協働とは何か」新川達郎監修『NPOと行政の協働の手引き』(社福)大阪ボランティア協会, 17~30頁
- ・小林米幸, 2006『外国人患者への外来対応マニュアル』永井書店
- ・沢田貴志, 2006「医療通訳は誰のため?」外国人医療・生活ネットワーク編『講座外国人の医療と福祉—NGOの実践事例に学ぶ』移住労働者と連帯する全国ネットワーク, 54~58頁

- ・田中弥生, 2006『NPOが自立する日—行政の下請け化に未来はない』日本評論社
- ・手塚和彰, 2005『外国人と法〔第3版〕』有斐閣
- ・中山淳雄, 2007『ボランティア社会の誕生』三重大学出版会
- ・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」日本通訳翻訳学会『通訳翻訳研究』8号, 73～95頁
- ・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
- ・ハンコック芳枝, 2009「カナダの法廷・医療・コミュニティ通訳について」多文化間精神医学会『こころと文化』8巻2号, 122～129頁
- ・ピンカートン日華子, 2001「オーストラリアと日本の通訳に関する問題」日本通訳翻訳学会『通訳研究』1号, 120～125頁
- ・堀朋子, 2006「大学院における医療通訳教育とその課題—大阪外国語大学大学院の取り組みからの考察」日本通訳学会『通訳研究』6号, 155～173頁
- ・松延恵, 2007「医療通訳—二重の異文化を超えて」『(財)岐阜県国際交流センター国際交流情報誌 世界はひとつ』98号, 2～3頁
- ・水野節夫, 2000『事例分析への挑戦』東信堂
- ・水野真木子=田中深雪, 2005「プロの通訳者とボランティア通訳者 その折り合いをどうつけるか—通訳教育とコミュニティー通訳の現場から考える」日本通訳翻訳学会『通訳研究』5号, 311～325頁
- ・吉富志津代, 2009「地域医療における医療通訳の重要性—兵庫県のシステム構築に向けた取組から」移民政策学会『移民政策研究』1号, 140～151頁
- ・吉富志津代=大橋和美, 2010「医療通訳モデル事業を通じた多文化共生コミュニティ創世プロジェクト—先駆事例の医療現場ヒアリング報告」NPO法人多言語センター FACIL

# Factors Contributing to the Development of Medical Interpreting Service Schemes

NISHIMURA Akio

*Specified Nonprofit Corporation Multilanguage Information Center Kanagawa*

---

**key words: medical interpreter, non-profit organization, recognized local international exchange association**

The purpose of this paper is to find out the factors that affect the development of medical interpreting services in a region (an administrative area such as prefecture and city). Several regions have already had such schemes operated by NPOs, local governments or recognized local international exchange associations, but most of these schemes remain on a limited scale with only a small number of services. To find out the reason, I conducted interviews with 15 persons in local governments, recognized local international exchange associations and NPOs in the seven regions.

As a result of the interviews, I was able to sort out five factors that seem to influence the development of a medical interpreting service scheme in a region: the local government's attitude toward the scheme, financial resources, medical institutions' understanding and cooperation, securing of interpreters, and training of interpreters for upgrading their skills. Considering the elements of each factor and interrelationship among them, the keys to promoting the development of interpreting service schemes are thought to be as follows: positive attitude of officials in relevant local governments or recognized local international exchange associations; local government budget secured for funding the scheme; understanding from medical institutions for interpreting services; securing of sufficient numbers and level of interpreters.