

# 国際臨床医学会雑誌

## Journal of international society of clinical medicine

第2巻 (第1号)

*Volume. 2 (issue 1)*

理事・監事紹介	3
寄稿 1	
第 2 回 国際臨床医学会学術集会 会長基調講演 寶金 清博（北海道大学 副学長、北海道大学病院 病院長、 国立大学付属病院長会議 国際化 PT 担当、 国際臨床医学会理事、第 2 回 国際臨床医学会学術集会会長）	4
国際観光医療学会の概況 寺野 彰（獨協医科大学 名誉学長、学校法人獨協学園 理事長、 国際観光医療学会 理事長、国際臨床医学会 理事） 他	7
特別企画 国際医療人材育成	
国際保健人材のギャップを埋める戦略的試み 中谷 比呂樹（国立研究開発法人国立国際医療研究センター グローバルヘルス 人材戦略センター・ディレクター、慶應義塾大学グローバル リサーチインスティテュート特任教授、国際臨床医学会 理事）	10
日本型心血管内治療の海外展開・実践教育に携わった 10 年を振り返る 角辻 暁（大阪大学大学院医学系研究科国際循環器学寄附講座）	14
国際医療企業：セコム医療システムの海外展開 （インド SAKRA WORLD HOSPITAL の取り組み） 布施 達朗（セコム株式会社 常務取締役、セコム医療システム株式会社 取締役会長）	18
甲南女子大学における国際看護教育に関する取り組み 戸田 登美子（甲南女子大学 看護リハビリテーション学部看護学科） 他	22
医学を英語で学ぶための英語教育の試み 押味 貴之（国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター）	26
原著論文	
大学病院で経験した特徴ある国際患者の 3 症例 相良 理香子（九州大学病院 国際医療部国際診療支援センター） 他	32
日本における外国人診療の課題： 大学病院における医療通訳と“言葉の先にある問題” 田畑 知沙（大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター） 他	36
保険取得から短期間で受診した外国人患者の傾向 山田 秀臣（東京大学医学部附属病院 国際診療部）	40
医療通訳者の役割と当面の課題 李 建銓（北海道大学病院国際医療部） 他	44
寄稿 2	
ブラジルにおける日本人移住の歴史とサンタクルス病院 西国 幸四郎（Santa Cruz Hospital, São Paulo Brasil）	48
原著論文	
特定非営利活動法人ジャパンハートで経験した、 カンボジア王国での医療活動 遠藤 俊治（地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 消化器外科） 他	52
次同学術集会のお知らせと演題募集	56
編集後記	57

## 理事・監事紹介

代表理事	澤 芳樹	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座心臓血管外科学教授
理事	尾内 一信	川崎医科大学小児科学講座教授 日本渡航医学会理事長
	狩野 繁之	国立国際医療研究センター研究所熱帯医学・マラリア研究部長 日本熱帯医学会理事長
	清水 周次	九州大学病院国際医療部教授
	田村 純人	東京大学医学部附属病院国際診療部長
	寺野 彰	獨協学園理事長・獨協医科大学名誉学長 日本私立医科大学協会会長 国際観光医療学会理事長
	中田 研	大阪大学大学院医学系研究科スポーツ医学講座教授 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター長
	中谷 比呂樹	国立研究開発法人国立国際医療研究センター グローバルヘルス人材 戦略センター・ディレクター 慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート特任教授
	中村 安秀	甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科教授 日本国際保健医療学会理事長
	福井 次矢	聖路加国際大学学長 聖路加国際病院院長
寶金 清博	北海道大学副学長 北海道大学病院院長	
三好 知明	国立国際医療研究センター国際医療協力局人材開発部長 日本国際保健医療学会理事	
監事	史 賢林	てんじん整形外科リウマチ科院長
	山本 修三	一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 理事長 日本病院会名誉会長

## 第2回 国際臨床医学会学術集会 会長基調講演

寶金 清博

北海道大学 副学長、北海道大学病院 病院長  
国立大学附属病院長会議 国際化PT 担当  
国際臨床医学会 理事、第2回 国際臨床医学会学術集会 会長

第2回国際臨床医学会学術集会を、平成29年12月2日、東京日本橋サイエンスハブで開催させて戴いた。今回は本文にて、冒頭、会長講演として、「国際臨床医学会 大きな第二步へ」と題して、基調講演をさせて戴いた際の概要を報告する。

### 1. 国際臨床医学会の使命

本学会は、昨年、産声を上げたばかりの新しい学会である。定款にも、その使命が記載されている。しかし、実際には、良い意味で、未踏の可能性・広がりがあり、ある意味では、混沌とした先の見えなさ・不透明さが内在している学会である。

主要な基盤学会には、すでに、国際委員会が存在し、活発に国際交流、国際展開を行っている。あるいは、サイエンスとしては、すでに、「国際」という言葉を使用する意味はなく、論文は、英語で執筆することが当然となっている。

そこで、国際臨床医学を個別の学会として、新規に立ち上げた意義を、私たちは、改めて確認しておく必要がある。言い換えると、他の「国際」的な医学上の学術活動との境界を明確にして、「屋上屋を架す」ものではないことを確認しておくことは重要である。

本講演では、国際臨床医学の現状について整理をさせて戴いた。国際臨床医学は、「臨床医学」である以上、言い換えれば、医学の実践である「医療」を扱っていると考えている。また、当然のことながら、他の先行学会が担っている個別の医学・医療領域を扱うものではない。医療は、本質的には、国境なきものであり、いわゆる近代国際社会の基盤的構造であるウェストファリア条約で規定された「国」単位でのものではない。それは、ちょうど、最近のグローバル企業の活動が、国家単位を超えた無国籍的なものであることと似ている。医療は、本質的には、人間そのものに関わるもので、「国家」を超えたものである。

とは言え、実際には、近代医療は、それこそ、ウェストファリア条約以降の「国家形成」に伴い、それぞれの国には、極めて固有の医療が内向きに作られてきた。医療レベルに大きな差があり、また、医療制度においても、大きな差異が存在する。医療は国ごとに個別化され、様々なローカルルールで規定されている。あるいは、独特の文化や民族性、死生観にも深く根を張っている。

そう考えると、医療は本来、国によって規定されないものである。事実、欧州などでは、患者は国境を越えて移動する。しかし、実際には、あらゆる産業や人間の活動領域の中でも、最も、ローカルなもの、地域限定的なものであることに気がつく。日本の医療と米国の医療の差は、「野球」と「ベースボール」の差以上に大きなものである。

表 1.

## 国際臨床医学のIOE

### I: インバウンド (Inbound)

- ・ 外国人患者への医療提供 (渡航者、在住外国人)
- ・ 健診ツーリズム

### O: アウトバウンド (Outbound)

- ・ 先進的医薬品・医療機器の輸出
- ・ 先進的医療制度の輸出
- ・ 病院・医院の海外展開
- ・ 医療知識の輸出

### E: イクスチェンジ (Exchange)

- ・ 医学部生
- ・ 研修医
- ・ 研究生
- ・ 臨床修練制度
- ・ 臨床教授制度
- ・ 生涯教育 (CME) の提供

国際臨床医学会の使命のコアな部分に、この国ごとの医療の個別化・分断を取り除くという大きな使命が存在している。そのように考えることに、私たち、国際臨床医学会の、いわば、アイデンティティーがあると考え。それは、改めて、日本の医療の問題を深く考えることでもある。

この個別化・分断を取り除き、人・もの・技術が国境を超えるためには、3つのアプローチ、IOE があると考えている。それは、インバウンド活動 (Inbound)、アウトバウンド活動 (Outbound)、そして、交流活動 (Exchange) である。今後、本学会の学術集会や委員会構成を考える際、この3つのキーワードは念頭におくべきものである (表1)。

## 2. Inbound 活動

インバウンドは、狭義には、医療を求めて、日本国内に入ってくる外国人に対する医療提供である。ただ、実態として、外国人に対して提供している医療の量で言えば、日本在住の外国人に対する医療提供の方が遥かに大きいと想像され、これを無視することはできない。従って、インバウンド活動は、広義では、「国内で行う外国人に対する医療全般」とすべきである。

本学会が、取り組むべき課題の中でも、このインバウンド活動は最も重要なものである。具体的には、①医療提供体制の整備 (JMIP、JCI などの病院認証制度を含む)、②医療通訳制度の整備 (医療通訳認証制度)、③料金設定や保険制度の問題、④訴訟や未払いなどのリスクマネジメント、⑤日本としての広報活動、⑥従来の国内保険医療と外国人医療・観光医療の整合性の議論などがあげられる。この中でも、②の問題は、長年、自然発生的、自発的なものとして国内において、実質的には、それなりに大きな活動となってきた。その一方で、いよいよ、医療の国際化を考える状況になると、草の根的に成長してきた医療通訳の活動の制度化は喫緊の課題の一つである。

このインバウンド活動は、日本の医療制度の在り方、公的資金投入の色彩の強い日本の皆保険制度と conflict が生じやすい。しかし、一方で、人口減と偏在した医療のために、一部で過剰となっている医療提供力を活用して、成長戦略に繋げるという意味では、むしろ公益に資するものであることも事実である。これらの問題は、行政や医師会などと合意形成が必要であり、本学会が介在すべきものと考えられる。こうした政府・行政・医師会などの組織との調整は、他の学会には求めることの出来ない本学会の大きな使命である。

## 3. Outbound 活動

従来、日本は、医薬品・医療機器など、「もの」のアウトバウンド・輸出では、世界的にも高い競争力がある。あるいは、内視鏡技術のように、一部ではあるが、世界をリードする「技術」の輸出も行ってきた。

また、アウトバウンド活動は、無償の貢献活動として、目立たない形で、アカデミアを中心に行われてきたことも事実である。これは、主として、アジアなどの開発途上国への医師・看護師などのボランティア活動として行われてきた。

ただ、こうしたCSR (Common Social Responsibility) 的な活動は盛んであったが、組織的な「人」「システム」のアウトバウンドは、極めて低調であったのが事実である。「人」や「人・もの・技術を一体とした病院システム」のアウトバウンドは、必ずしも活発ではなかった。最近、ようやく数少ないながらも、日本の医療法人が海外進出を病院全体として挑戦している。この第二回国際臨床医学会学術集会でも、インドのSAKRA WORLD HOSPITALを開院した、セコムグループから発表があった。

「もの」の輸出においては、今後も経済産業省からの強い支援もあり、日本の医療機器や医薬品のアウトバウンドは成長すると期待される。また、内視鏡などのモノの輸出に伴う「技術」の輸出も進むと考えられる。しかし、「人」そして、「病院全体」の輸出は、様々な障壁があり、容易ではない。ここでは、その原因には触れないが、この問題に取り組むことも本学会の重要な使命である。

#### 4. 交流活動 (Exchange)

海外の医療関係者の受け入れ、あるいは、臨床教育の観点からの日本の医療者の海外派遣については、必ずしも組織的な取組がなされているわけではない。特に、海外の医師の研修や医療行為の受け入れに関しては、国内法、医師法の高い壁があり、低調である。

研究レベルでの国際交流が、いわゆるスーパーグローバル大学などを中心として、国の政策的理由もあり、数値目標も設定され、強力に進められている。これに対して、臨床における国際交流は、医師法の壁があり、また、国・医師会も必ずしも積極的でない傾向もあり、停滞している。

ここに、最初に述べたように、医学のグローバル性と正反対の医療の地域性、閉鎖性がある。しかしながら、従来の教育・研究目的の人事交流を超えて、診療レベルの実質的な人事交流に向けての制度設計や規制緩和を、医療界、そして日本の患者さんの理解を得つつ、進めていく必要がある。具体的には、すでに存在する臨床修練外国医師制度、臨床教授制度、医療特区制度などの積極的利用を推進する必要がある。

また、北海道大学のシェーン准教授らが取り組んでいる人事交流の新しい形も注目すべきである。これは、海外、特に、アジア地区の医師の生涯教育 (Continuing Medical Education, CME) を日本の医育機関、大学病院が実施主体として行う人事交流である。アジア圏の医師のCME更新のプログラムを日本の大学などで行うものである。

#### 5. まとめ

以上、国際臨床医学会の今後の課題は大きい。漫然とした取組ではなく、構造的な課題の整理に基づいた取組が必要である。その意味で、上記の3つのカテゴリーに分け、整理して取り組むことは有用である。

「国際」という形容詞なしに医療が語られるべき状況を日本国内に作ることは、言い換えれば、本学会の存在が不要になることが、本学会の究極の使命である。すでに、欧米、特に、ヨーロッパなどでは、様々な問題を抱えつつも、医療において、国境は消えつつある。

そこには、多くの困難な課題がある。また、国内の利益とグローバルな利益が衝突する場面も十分に想定される。ただ、本来の無国境的医療のあるべき姿として、こうしたIOEという新陳代謝を通じて、日本の医療が世界の中で高い位置を占めることは、日本にとっても世界にとっても意義のあることであることは論を待たないと確信する。

## 国際観光医療学会の概況

寺野 彰<sup>1)</sup>、渡邊 菜穂美<sup>2)</sup>、知花 洋子<sup>2)</sup>、山岸 秀嗣<sup>3)</sup>、中村 哲也<sup>4)</sup>

- 1) 獨協医科大学 名誉学長、学校法人獨協学園 理事長、国際観光医療学会 理事長、国際臨床医学会 理事
- 2) 獨協医科大学 消化器内科
- 3) 獨協医科大学 病理診断科
- 4) 獨協医科大学 医療情報センター

### 1. はじめに

この度、国際臨床医学会に参加させて頂いた機会に、筆者が理事長を務めている国際観光医療学会について本学会誌に書いて欲しいとの要請があった。実は、この両学会には、いくつかの共通項もあるので、両者が内容的にバッティングしないようにしなくてはならないし、協力し合う面も多いと考えられるからである。お互いに十分理解し合った上で、オリンピック・パラリンピックを2年後に控えた時点での我が国の観光医療をどのように学問的次元で捉えかつ問題点を解決していくかを考えようということである。現在、医療観光はアジアにおいても、タイや韓国を中心として急速に発展しており、大きく後れを取っている我が国においてもオリンピックを機にこれらの国に追いつきこれらを追い越そうとの政府の意気込みも感じるのである。実際、我が国へのインバウンドとしての観光客は、年間3,000万にも達しようとしており、今後大きく伸びる可能性がある。しかしながら、このような外国からの観光客に対する我が国の対応には様々な問題点が指摘されている。宿泊施設や交通の整備なども重要であるが、観光客の医療をめぐる解決すべき課題も多い。医療通訳の問題もそのひとつであり、国際臨床医学会の取り上げている重要なテーマである。他方観光客の健康をいかに守り、急性病態にいかに対応するのかという問題点も未解決のままである。海外からの輸入感染症への対処も重要な解決課題である。このような課題を学問的に取り上げ、解決につなげていこうというのが国際観光医療学会の設立趣旨である。そこで簡単に本学会の経緯、趣旨、今後の方針などをお示ししてご理解を賜りたいと考えている。尚、ここでいう「医療観光」Medical Tourismとは、患者が医療を受けるために他国に旅行することであり、「観光医療」Tourism Medicineとは、国際的に観光と医療に携わる領域における諸々の問題点の発掘とその対策の検討をいう。

### 2. 経過

2010年10月9日(土)、栃木県日光市日光東照宮 客殿・社務所において、第1回「国際観光医療学会」学術集會が開催された。当日は、豪雨でもあり、学会発足後間もない時期であったため、参加者が少ないのではないかと危惧したが、案に相違して、会場いっぱいの262人の参加を得、盛会のうちに終わることができた。獨協医科大学日光医療センター病院長・観光医療科教授の中元隆明先生を会長として、医師、看護師など医療関係者、地元日光市の皆様、自治体、多くの企業関係者、メディアの方々など多くの皆様に全国からあつまって頂いた。

国際観光医療学会(英文名 The International Association of Tourism Medicine(略称:IATMとする))は、12年前、栃木県日光市鬼怒川に獨協医大日光医療センターが設立された際、鬼怒川温泉はじめ多くの温泉街及び日光東照宮などの観光地に外国から多くの観光客が訪れ、その健康を守るのが本センターとなったことに発する。心筋

梗塞や脳卒中などの急病患者あるいは糖尿病や慢性腎疾患などの患者をどう取り扱うか等の課題の解決が本センター責務となったのである。このような課題を解決するためには、医師のみでなく、看護師、薬剤師などの医療関係者、さらには地元のホテル、観光施設などの参加を得て、積極的な討論が必要であるということになった。その結果、観光に係るすべての人を含む学際的学会となったのである。さらに、このような課題は、我が国のみでなく国際的解決が必要ということになり、中国やタイなどの観光客の多い国からも参加して頂くことになり、名前も「国際観光医療学会」とした。心臓移植など医療観光も盛んになってきており、政府も力を入れて、国の財政を潤そうと考えているようであるが、本学会は、その様な趣旨とは違い、あくまで国際観光に関連して生じた医療の問題点を対象とするものであることをご理解願いたい。

以上のような経緯故に、第3回までは、栃木県で獨協医大を中心に開催したが、その後は、京都、東京、旭川、千葉、和歌山などで開催し、今年は札幌で寶金教授の下で開かれ、来年は金沢で伊藤教授の下で開催されることになっている。中国やタイなどからも多くの方々に参加して戴き、興味ある特別講演などを戴いている。

経過の中での想定外の出来事は、学会設立直後の2011年3月11日の東日本大震災とフクシマ原発事故であった。この大災害により、外国からの観光客は激減し、本学会の命運も尽きたかと思われたが、その後皆さんのご努力で順調に回復してきている。

### 3. 趣旨

本学会の趣旨は、「国際的に観光と医療に携わる領域における諸々の問題点の発掘とその対策ならびにその学際的研究の発表・交流・協力を通して観光医療学の発展に寄与することを目的とし、この目的に賛同する研究者に研究発表と国際的な情報交換の場を提供することによってその達成を図り、人類の健康と福祉に貢献すること」である。

本学会の基本的な考え方としては；

- ①観光医療に関する国際的学術集会の開催を行うこと
  - ②機関誌および関連出版物の刊行を行うこと
  - ③国内外の関係団体との交流・協力活動を行うこと
  - ④その他本会の目的に資する事業を行うこと
- もって国際観光医療及び地域医療の発展に貢献することである。

近年、海外の観光客を対象として日本の各地域の観光資源と質の高い健診や治療を中心とした医療を結び付け、「観光医療」(メディカルツーリズム)という新しいながれに医療関係者



図1. 第一回国際観光医療学会ポスター

<p>* 医療産業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 多言語的対応</li> <li>* 特に英語、中国語、韓国語、タイ語など</li> <li>* 海外医療機関との情報交換</li> <li>* 海外旅行者の臨床データ不足</li> <li>* 海外からの送金・決算への対応</li> </ul>	<p>* 関連産業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 医療通訳士の育成</li> <li>* 医療コーディネーターの育成</li> <li>* 海外患者向けの医療保険の充実</li> <li>* 規制などへの対応</li> <li>* 医療ビザ</li> <li>* 病床規制の再検討</li> <li>* 情報発信(プロモーション活動など)</li> <li>* 国内の医師不足との整合性</li> </ul>
---	--

図2. 医療観光の問題点

のみならず、政府も注目している。しかし期待される反面、実際には課題も浮き彫りにされてきている。

例えば、

- ①混合診療解禁の問題
- ②富裕層のみの医療充実性への歪み
- ③医療の市場化に対する危機意識
- ④法的契約書の整備の必要性
- ⑤医療通訳の問題
- ⑥輸入感染症の恐れ

などがあり、これらのことを解決することは急務となっている。日本医師会はじめいくつかの団体が、医療を金儲けの手段とすることにいくらかの危惧を抱いていたことも事実である。しかし、最近では、本学会の趣旨もご理解頂いているようである。このような状況を鑑みて観光医療に関して国際的な視野から総合的に討議を行うための国際的学術組織として「国際観光医療学会」を設立することは時宜を得たものであったと考える。

#### 4. 第一回学術集会と今後の方針

このようなコンセプトの上に立って、日頃から観光と医療に携わり、あるいは関心を持たれている医療関係者、民間企業、旅行会社、メディアの方々にも参加していただき有意義な学術集会になりつつある。

例として第1回学術集会を説明すると：

- ①国土交通省・観光庁から柏木隆久氏（国際観光政策課長）を招請し、観光立国の実現に向けた「わが国における観光医療の現況とその取り組みの状況等の講演をいただいた。
- ②海外（中国）から、観光医療の振興に当たっての率直な意見を拝聴すべく「中国（上海）における医療情勢や問題点等」に関して、王樂民先生（中国・上海同济大学附属同济医院長）を招請して特別講演を企画した。
- ③また、その後、世界遺産に登録されている日光東照宮宮司稲葉久雄氏に観光医療の意義などについて広い視野からのお言葉を頂き、参加者一同深い感銘を受けた。美しい秋の日光東照宮を満喫し、さらに日本の伝統文化である雅楽の演奏をお楽しみいただく企画もあり、まさに国際観光医療学会らしい学術集会となった。様々な分野の方々一堂に会して、将来の観光医療学に直結する学術的研究や実践を有機的に結びつけるため、多くのご意見や将来の共同作業実現のための有意義な意見交換の場となったと確信する。

観光医療・メディカルツーリズムを単に市場化の観点から捉えるのではなく、世界中からあつまってくる観光客たちの安全、疾病時の対策、輸入あるいは輸出感染症の防止、医療通訳問題、我が国の観光地の発展など多くの課題を解決する学会として展開していくのが我々の夢である。医療関係者のみでなく幅広い視野に立って観光に従事している方々の参加を御願する次第である。そして、国際臨床医学会とも協力して、東京オリンピック・パラリンピックを中心として発展しつつある我が国の国際観光の中で、その要となる医療部門の問題を学問的観点から解決するのが本学会の基本方針である。



## 国際医療人材育成

# 国際保健人材のギャップを埋める戦略的試み

中谷 比呂樹

国立研究開発法人国立国際医療研究センター グローバルヘルス人材戦略センター・ディレクター  
慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート特任教授  
国際臨床医学会 理事

### はじめに

既に都内の主要病院は非日本人への医療サービス提供が日常化しており、介護分野では非日本人研修生が大きな戦力となっている実態もある。このように医療の内なる国際化は大いに進展している。しかるに、保健人材については、課題ごとに関心を有するステークホルダーが微妙にずれているため、全体像が把握されていないうらみはあるが、実は、様々なレベルで、論議と実践が行われている。本稿では、それらを鳥瞰した上で、あまり光が当てられてこなかった、国際保健政策人材への戦略的取り組みを述べる。

### 国際保健人材問題の鳥瞰

国、複数の国を包括した地域（例えばASEAN）、そして全世界という意味でのグローバルな視点から様々な論議がなされている。例えば、我が国の焦眉の課題としては、国際臨床医学会総会などで論議されるインバウンド、アウトバウンド医療を支える人材、国境を越えた地域の課題としては、高齢化するアジア諸国の介護ケアの担い手の循環を取り込んだアジア健康構想<sup>1)</sup>、グローバルなレベルでは、2030年までにSDGを到達するために医療従事者の計画的要請確保へ向けての提言と実施方策が例示できる。

ここで述べたアジア健康構想とは、「日本の事業者等の海外進出の支援を通じ、アジア地域に介護産業等を興すとともに、高齢化社会に対応する社会制度の構築について支援・協力を行う。その際、意欲のある人材が、先行する日本での教育・就労の後、アジア地域の介護産業等で就労する等、人材の国際循環を目指すとともに、結果として日本の介護人材の充実も図る。」を目標に掲げている。つまり、介護人材の流出（ブレインドレーン）ではなく循環（ブレインサーキュレーション）を目指すところに特徴があり、国連保健分野の雇用と経済成長に関する高級コミッション報告書<sup>2)</sup>でもユニークな取り組みとして紹介されている。また、時期を同じくしてWHOでは2030年に向けての保健人材世界戦略<sup>3)</sup>が策定されている。この両者の背景には、SDGが国連総会で採択されて、その目標3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」のターゲットにUHCが含まれ、それによって医療需要が爆発的に伸びて医療従事者の不足がより顕在化するのではないかと、加えて、先進国への頭脳流出によって、途上国では需要増、サービスの担い手は減少という事態に陥るのではないかと危惧されたからである。事実、WHOは図表1に示す如く、2013年と2030年を比較すると、マクロでは総数は55%増、有効需要数も増加する一方、医療需要に対する不足数は17%減少と見込んでいる。絶対数でいうと1,450万人の人材不足があり、その内訳はアフリカ地域610万人、南西アジア地域470万人で、両者を足すと不足数の75%となる。またヨーロッパおよび西太平洋地域では不足が概ね解消するとしているが、唯一、アフリカ地域では不足数が拡大し、東地中海地域も改善が足踏みする。従って医療人材からするとアフリカ、東地中海及び南西アジア地域は、その医療需要を満

たすためには医療従事者を増やす必要があり、医療需要との均衡が改善した欧米や西太平洋地域では、数ではなく質へと焦点が移っていくように思われる。

### 今後の保健課題と人材

21世紀は目覚ましい健康改善が地球規模でおこった時代である。三大感染症と呼ばれたエイズ、結核、マラリアは罹患率も死亡率も減少に転じ、予防接種の普及や一般的な衛生水準の向上により乳幼児死亡率が改善している。その意味するところは、平均寿命の延伸で、今や、世界の平均寿命は71歳と大阪万博開催当時（1970年）の日本と同水準になっている。それからの日本は感染症対策から力点を非感染症対策に移し、さらには高齢者に対する保健、医療、福祉を地域レベルで統合し、人類史上例のない超少子高齢化、まもなく本格的な人口減少社会を迎えようとしている。しかし、このような現象は、一人我が国だけのものではなく、多くのアジア諸国がこれから歩む道であり、人口拡大期に基盤が作られた「世界に誇る国民皆保険」を代表とする社会保障制度の持続可能性維持は、後続の国からみてまたとない社会実験に映るであろう。また、つながりあった世界での感染症や超異常気象からの防御は、人間の安全保障のコアとして国際協力の重要性を再認識させるものである。また、我が国の経済的豊かさを維持するために、新たな成長戦略として我が国の健康改善に実績のある医療サービスと関連産業に期待が寄せられている。

また、これらの活動は、日常の医療活動とは違った「チャリティ」として国際保健活動に携わるのではなく、診療の延長としてインバウンド、アウトバウンド医療を行う、縮小する日本マーケットではなくグローバルなマーケットで勝負する医療プロダクトを開発するなど、我々の国際保健観にパラダイムシフトを求めるものとなっている。

### 国際保健人材の活躍するドメイン

それでは、どのような活動分野があるのか、X軸に活動の性格（直接サービス提供か政策・世界基準設定か）、Y軸に活動する地域の経済水準をとった図表2で説明する。

従来の国際保健は、途上国に赴任し、現地の医療に恵まれない方への医療・保健サービスの提供が主体であった。我が国の場合、多くの若者がNGOやJICA、海外青年協力隊、NCGM等のメンバーとして、当該国の文化や伝統に配慮したきめ細やかな支援を実施してきた伝統がある。その評価は高く、東日本大震災の際には、貧しい国々から支援の返礼があり我々を感動させた。海外では、密林を切り開いて病院を作り現地住民を治療したシュバイツァー博士もこのカテゴリーであろう。今も絶対数としては多くの人材が求められている。次に、途上国向けの政策提言や世界基準での診断・治療指針を作るWHOなど国連機関で働くことを思い浮かべる方も多かろう。しかし、あまり認識がないのは、世界人口の70%を占める中所得国への対応人材であり、我が国ではこの分野に関心が強いのは、国民の健康をまず第一に考える厚生労働省でも、人材養成を主務とする文部科学省ではなく、成長戦略として医療を考える内閣府<sup>4)</sup>や経済産業省<sup>5)</sup>である。特に後者は、国別に制度などの基盤を調査<sup>6)</sup>し、これから海外進出を考える企業等へ情報提供している。また、高所得国同士での研究協力や社会保障の政策調整などの分野では産官学での取り組みも活発である。また、世界を見るとこれらの分野での人材の流動性が高くなっている。例えば、フリ

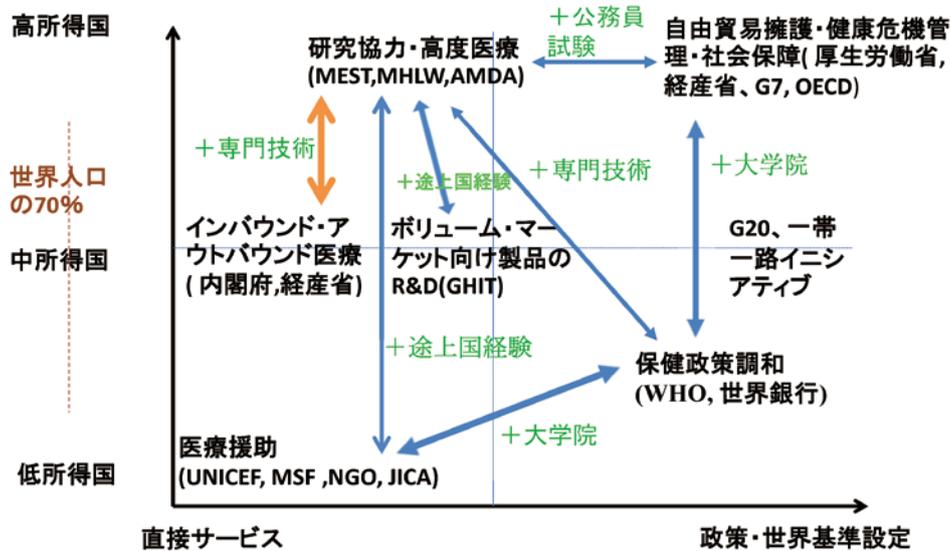
図表1. WHOによる保健従事者のマクロ需給見通し

	2013	2030	増加率
保健従事者数	43.5	67.3	55%
医療需要に対する不足数	17.4	14.5	-17%
有効需要数 <sup>注)</sup>	48.3	80.2	66%

注) 資料の制約により165ヶ国の推計

Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 Table A1.1, A1.3, A1.4から作成

オ・フランク博士は、母国メキシコで国立保健研究所所長、WHO 本部統計部長、メキシコ国保健大臣、ハーバード大学公衆衛生大学院院長を務め、現在はマイアミ大学総長。その間、ゲーツ財団といった国際保健関係の篤志財団のフェローを務めている。ただ、これらの流動性を可能とするには一定の条件があり、それも図表2に併せて示した。



図表2. 国際保健のランドスケープとキャリア・ディベロップメント

### 国際保健政策人材への戦略的取り組み

上記の図表の中で、低所得国・中所得国を念頭において政策・世界基準設定に携わる人材が、いわゆる「国際保健政策人材」ということになるが、絶対数は多くないものの重要な役割を果たすため、戦略的に取り組んでゆくという機運が醸成されてきた。その契機となったのは、2016年に日本が主催したG7伊勢志摩サミットである。準備の一環として、厚生労働省は国際保健に関する懇談会を設け、今後の国際保健への関与を検討することとし、政策については東京大学国際保健政策学の渋谷健司教授、国際保健政策人材については筆者が主査となって報告書<sup>7)</sup>を取りまとめた。この報告書は、保健関係の国際機関（WHOなどの国連機関のみならず、世界エイズ・結核・マラリア基金などの官民パートナーシップを含む）において、国際保健政策を形成するリーダーポストのうち邦人が占める割合はわずか2.2%と、もともと少ないのに加えて、近年我が国の存在感が低下している現状を明らかにした。次いで、邦人を送り出す側、送り出される邦人側の制約因子を明らかにした上で、人材を介して日本から世界への貢献を拡大すると同時に、少子高齢化しつつある世界で、課題先進国である我が国の健康関連産業を海外展開することによって日本再生に寄与するという新たな視点も加えるといったことを提唱した。即ち、国際保健に関与する人材のイメージを、「恵まれない途上国を援助する特殊な仕事をするヒト」といった考えを脱して、組織のエクゼクティブとして、あるいは、世界的診断指針といったグローバルスタンダードの策定者として、また多国籍チームを率いて地球規模健康課題に立ち向かう実践リーダーといった新しいパラダイムで、人材養成への取り組みを強化することが強調された。また、これは、今まで個人の興味と努力に委ねられていた関連ポジションの獲得を、組織的に支援しようという考えに結び付いた。すなわち、国際的なポジションを志向することを妨げる構造因子を中長期的な課題として取り組むとともに、今後5年の目標を定め、具体的には、邦人職員数を50%増やすことを目指した方策をとることを提言したのである。その核となるのが、キャリア・アップをサポートする「国際保健人材養成司

令塔機能」であり、それを担う組織として「グローバルヘルス人材戦略センター」が設立されたのである。オフィスは国立国際医療研究センター内におかれ、筆者がディレクターに就任して活動を開始している。詳しくは同センターの年次報告書 2017<sup>8)</sup> をご参照願いたい。

センターとして特に力を入れているのが、送り込み戦略作成、有為な希望者の発掘、そして選考に打ち勝つための候補者の競争力強化である。まず、戦略については、送り込み先の政策の変化と人事政策に関する情報を入手・解析して戦略的に人材の送り込みを図ることとしている。その為に、主要機関の人事部長等と直接面談をするほか、人材関係の資料を解析して、成果はセンターのニュースレターなどを介して公表している。有為な希望者の発掘の為に、20余の機関の公募サイトを毎週巡回して、希望者が一つ一つのサイトを訪れなくとも毎週時として50を超える新着情報を一覽し、エクセル様式にダウンロードできるようにしている。これによって、希望条件、例えば、ジュネーブで課長級（P5）のポストを探している、あるいは、勤務地は問わないがWHOで働きたい、といったソートができるようになってきている。この機能がHP上に追加されたのは2018年3月であるが、既に毎週300人を超える方が定期的に見覧されて、その数は増加中である。将来的には、希望条件を登録すれば、相応しいポストが公募された場合、自動的に希望者本人に情報配信されるように工夫してゆきたい。最後の、競争力強化については、毎年、履歴書や小論文の書き方、そして邦人が最も苦手とする面接の受け方に関する実践的ワークショップを、WHOから人事担当者を招いて行っている。今年は、更にきめ細やかに職種別に開催する企画を進めている。これらのワークショップは公開（演習を行うために定員あり）で、フォローアップとして個別面接にも応じている。

## まとめ

国際保健人材の活躍の場は多彩であり、需要も高まっている。その中で、国際保健政策人材については、候補者の発掘、国際選考試験で選ばれる競争力強化、受け入れ先機関の人事政策の把握、応募者への支援などが一貫通的に行われる必要がある。新たに設立されたグローバルヘルス人材戦略センターでは今まで、個々人や養成施設に分散されていた努力を束ねる「プラットフォーム」としての役割を果たしてゆきたい。その意味で国際臨床医学会会員の方々をはじめとする関係各位からご支援とご鞭撻を頂くことを切望している。

## 資料

- 1) 内閣官房健康・医療戦略室：アジア健康構想の推進について  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi\\_dail/siryoushou5-1.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi_dail/siryoushou5-1.pdf)
- 2) High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth; Working for health and growth: investing in the health workforce, 2016  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- 3) WHO: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, 2016  
[http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)
- 4) 内閣府健康・医療戦略推進本部；<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoushou/index.html>
- 5) 経済産業省ヘルスケア産業；[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/index.html](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/index.html)
- 6) 経済産業省 アウトバウンドに関する取組 医療国際展開カントリーレポート；  
[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryoushou/outbound/activity/country\\_report.html](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoushou/outbound/activity/country_report.html)
- 7) 厚生労働省国際保健に関する懇談会国際保健政策人材養成ワーキンググループ報告書 2016年5月12日  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10501000-Daijinkanboukokusaika-Kokusaika/0000125002.pdf>  
(以上、2018年5月1日アクセス)
- 8) 厚生労働省委託事業 グローバルヘルス人材戦略センター年次報告書 2017  
[https://hrc-gh.ncgm.go.jp/files/uploads/HRC-GH\\_AR2017.pdf](https://hrc-gh.ncgm.go.jp/files/uploads/HRC-GH_AR2017.pdf) (2018年7月2日アクセス)



## 国際医療人材育成

# 日本型心血管内治療の海外展開・実践教育に携わった 10年を振り返る

角辻 暁

大阪大学大学院医学系研究科国際循環器学寄附講座

### はじめに

私の専門は「心血管内インターベンション治療（心血管内治療）」、俗に「ステント治療・カテーテル治療」と言われるものである。この治療を自らの専門領域としてから既に25年が経過しているが、実はそのうちの10年以上は日本だけではなく海外での治療・教育を行ってきた。日本の医師、特に循環器の医師としてここまで多くの海外経験を有しているものはいない、さらには「国際循環器学寄附講座」という講座を運営させている点を踏まえて、今回私の経験を寄稿させていただくこととした。

### 海外展開以前

私自身、医師となったときに海外・国際志向があったわけではなかった。むしろ英語が苦手、いや苦手を超える苦痛、という人間であった。実際、医学部を受験する際には二次試験に英語がない熊本大学を選択している（我々の英語能力が低すぎたため数年後に英語試験が復活した。危なかった……）。医師となって「これだ」と決めた専門が上記の「心血管内治療」であり、その研修施設が大阪府立成人病センター（現・大阪国際がんセンター）であった。大阪府立成人病センターの心血管内治療部門は非常にアクティブな組織で海外での研究発表をさかんに行っており、筆者も海外発表を行ったのだがその経験は散々なものであった。大阪成人病センターでの研修修了後はりんくう総合医療センター・市立泉佐野病院に異動し、ここでチーフとして心血管内治療に携わった。積極的に仕事を行った結果、治療数は赴任時の年間100例程度から年間700例程度まで増加した。ただ病院の地域性を考えるとそれ以上の症例数増加は難しく、症例数の限界による自己研鑽の限界を考えるにいたり始めて自ら海外展開を考えるようになった。

### 海外展開のはじまり

ちょうどその時期に筆者が得意とする「血管内超音波」と心血管内治療を組み合わせた治療の実践教育の要望がマレーシアから届いた。このマレーシア・サラワク医療センターでの治療・教育経験が筆者の海外展開・実践教育の始まりであった。この時の英語のレベルは相当低かった。仕方がないので手振り・身振り+紙に書いて説明、などできることは全て行って何とか情報・知識の共有を行った結果その評価が思いのほか高く、マレーシアの学会に招聘されることとなった。その後は学会などで講演をすると「うちにも来てくれ」というオファーがくる、病院に行くと実践教育を行うと「うちにも来てくれ」と「ねずみ算式」に海外での仕事が増えていった。さらには中東のドクターからの招聘もあり、東南アジアに加えて中東地域でも実践教育を行うこととなった。

## 海外展開の現状

今では1年のほぼ半分は海外で仕事をしている。2017年の海外状況を見直したところ、海外で仕事をしている半年のうち「中国で1ヶ月」「中国以外のアジアで1ヶ月」「中東1ヶ月」「ヨーロッパ・北米・南米で1ヶ月」、そして「移動日が2ヶ月」であった。

中国は、心血管内治療の症例数が劇的に増加しており治療レベルを向上させたいという意欲も高い。国土が広いため多くの地域からの招聘があり今では最も多く訪問する国となっている。中国以外のアジアでは台湾の招聘が多い。台湾は国・人口は小さいが心血管内治療のレベルが高く、日本型心血管内治療への期待も大きいことが継続して招聘される要因と考えられる。中東地域は、安全性への懸念から皆があまり行きたがらないということもあり多く招聘されていたが最近では若手ドクター（といっても経験豊富なドクターだが）が招聘されていることもあり筆者の招聘は減少気味である。ヨーロッパ・北米は逆にこれまでつながりが深い日本人ドクターがいることや基本的な治療レベルが高いため招聘は限定的である。ただここ数年は学会におけるライブデモンストレーション（実際の治療を学会会場に放映、説明しながら治療する）の術者として招聘されることが増えており、ニューヨークで行われる世界的に大きな複雑治療の学会やヨーロッパの学会から招待を受けている。これらの招待は自分の業績が認められた証であり当初の全く英語が話せず海外でも全く評価されなかったことを考えると感慨深い。南米は中国と同様の発展途上段階にあり一部のドクター・病院からの招聘はあるが「あまりの遠距離・時差」「渡航費用が高額」という問題があり活動は限定的である。



## 海外における実践教育

海外で実際に心血管内治療を行いながら教育業務を行う、その状況は通常の日本国内の状況と異なる点が少なくない。まず言葉・コミュニケーションの問題、さすがにこれだけ長い間海外で仕事をしていると英語でのコミュニケーションの問題は相当解消されたが、例えば中国ではドクターであっても、さらに大部分のコメディカルは英語コミュニケーションができない。過去には英語ができるドクターが不在となったことによるコミュニケーション不足から必要な薬剤が投与されず大きなトラブルになりかかったことがあった。それ以降治療中に必要な最低限の中国語は覚えるようにしている。患者さんに関しても日本と異なる点が少なからずある。まず保険制度が異なり多くの国で自己負担分が多い（もしくは全額自己負担）ため、筆者が行うような複雑な治療では高額となることを知っ



て手術の寸前で治療がキャンセルされること（ドタキャン）が珍しくない。ある日は予定されていた患者さんが全員キャンセル、またある日は事前に情報を教えてもらっていた患者さんとは全員異なる患者さんだった、ということもあった。一部の患者さんが変更になることは日常的に起こることなので事前情報の確認に費やす時間・労力の最適化が必要である。治療レベルも日本と異なることが多い。繰り返し訪問している病院であればそのレベルを把握して適切な対応を行うことが可能だが、初めての病院では最初にその病院のレベルを把握することが重要となる。実はそのためのいくつかのノウハウがあり相手方には分からないように（不快な思いをさせないように）気をつけながら評価しているのが現実の対応である。治療をするための装置（放射線や超音波を使う装置）に関しても日本で通常使用する装置がなかったり、あっても古い装置であることも多い。しかし近年日本との差は小さくなりつつある上、全体的に装置が新しくなっているため「必要最低限の機能」というレベルでの問題は少なくなっている。治療器具（カテーテル・ステント・ワイヤなど）に関しては日本が進んでいる部分と海外が進んでいる部分、その両方が存在する。我々の業務には日本企業の製品の海外展開のサポート（産学連携）という側面もあり、可能な範囲で優れた日本製品の紹介を行っている。

### 国際医療人としての立ち位置と未来

上記の内容が、筆者が行ってきた「日本型心血管内治療の実践教育」の10年であった。ここから考えるべきことはこの「日本型心血管内治療の海外展開・実践教育」の未来である。さらには心血管内治療以外の「日本型医療の海外展開」に関して、である。

現時点で筆者は大阪大学に「国際循環器学寄附講座」という講座を持つことにより「日本型心血管内治療の海外展開」という業務を行っている。医師は通常病院に所属・勤務しておりその仕事としては病院業務が優先される。病院業務を行っている以上その業務の妨げとなる海外業務は不可能である。この状況を打破するためには通常病院に所属・勤務と異なるポジションの確立であり、それは大学などの教育組織でしかあり得ないと考えた。幸い大阪大学にポジションを得ることができ、大阪大学には国際循環器学寄附講座の前身の先進心血管治療学寄附講座を含めすでに10年と少し在籍、アウトバウンドに関する業績は順調に積み上げることができている。しかし現時点で（10年経過しても）アウトバウンドを行うスタッフは筆者一人という現状である。現在の筆者のようなキャリア・ライ

フスタイル自体が他の人には受け入れられないのか、組織として大人数での活動を行えるほどのパワーがないことが問題なのか、この点についてはいまだ答えを得ることができていない。日本の医療を海外に展開することは「日本の医療の評価の向上」「日本の世界的な貢献の一つ」「日本企業の海外展開」など多くのメリットにつながることは間違いない。この「日本型医療の海外展開」を継続し拡大する方法を模索しなんとか明確なシステムを作ること、それが次のステージの目標と考えている。

## まとめ

今回は筆者の10年を超える「日本型循環器学の海外展開・実践教育」についてその経験・現状、さらには今後の課題をまとめた。もし何かいいアイデアがあったり、一緒に本案件を進めようという方がおられたら下記アドレスに是非連絡を頂きたい。

Email : [satoru@sumi2g.sakura.ne.jp](mailto:satoru@sumi2g.sakura.ne.jp)



## 国際医療人材育成

# 国際医療企業：セコム医療システムの海外展開 (インド SAKRA WORLD HOSPITAL の取り組み)

布施 達朗

セコム株式会社 常務取締役、セコム医療システム株式会社 取締役会長

### 1. はじめに

1962年日本で初めての警備保障会社として設立されたセコム(株) (設立当時、日本警備保障(株))は、「信頼される安心を、社会へ。」のコーポレートメッセージの下、安全・安心・快適・便利な様々なサービスを提供している。

セキュリティ事業、防災事業、メディカル事業、地理情報サービス事業、BPO・ICT事業、保険事業、不動産事業の各分野で事業を展開。安全・安心で快適なサービスを融合化させた「社会システム産業」の構築を目指している。

メディカル事業は、1981年に日本で初めて発売した「セコム・ホームセキュリティ」のオプションサービスとして緊急通報ボタン「マイドクター」のサービスを開始したことがきっかけとなり、お客様の住宅の防犯・防火サービスだけでなく、お客様の「健康」を守るサービスが開始された。



図1. マイドクター



図2. あんしんプラットフォーム

### 2. セコムのメディカル事業

#### 2-1. セコム医療システムの事業概要

健康・予防分野においては、会員制健康管理事業・健康食品・予防医療事業を展開し、医療分野では、訪問看護サービス・薬剤提供サービス・医療ICTサービスを提供している。病院運営支援事業も実施しており、提携医療機関は全国20病院と18クリニックからなり、病床数は約6,000床、常勤医師は約1,000名、常勤看護師は約4,300名(2018年3月現在)となっている。また、医薬品の共同購入や医療機器卸も実施している。

介護事業では、訪問介護3カ所、通所介護7カ所、健常型有料老人ホーム4カ所、介護型有料老人ホーム12カ所、サービス付き高齢者向け住宅3カ所を運営している。

#### 2-2. セコム医療システムの事業戦略

海外ではヘルスケア産業が地域経済を支えており、雇用の創出も行っている。日本でも高いレベルの医療サービスを提供することで、海外からの患者を受け入れることが可能であると考えている。

セコムは、セキュリティ事業を中核に高齢者見守りサービス・予防・健康管理サービス・医療・介護サービスをICTでシームレスに繋ぎ、地域医療連携モデルを構築、「安全で安心」「快適で便利」な社会の実現に向け、国内・外でサービスを展開することを目指している。

### 3. セコム医療システムの海外事業展開

#### 3-1. 背景

国は成長戦略として、「外国人人材の活用強化」「医療産業の国際輸出」を推奨している。セコムでは2008年より、EPA（経済連携協定）の外国人看護師や介護士の受け入れを開始した。

提携病院の経営支援を通じて、病院経営のノウハウを蓄積してきたことから、海外市場に注目し、2011年インドで病院事業への進出を決定、海外における病院事業に乗り出した。

#### 3-2. インドの市場性と医療の現状

インドの人口は、現在13億人（2017年、世界2位）、2024年には14億人となり世界1位となる見込みだ。自由主義国家で毎年約7%程度の経済成長をしている。中でも都市部の成長が顕著で、若年齢層が多く、中間層と富裕層が増加している。英語が公用語の一つであり、コミュニケーションも取りやすい。

公的な医療保険は、公務員のみが対象で、富裕層は民間保険を利用。多くの国民は、公立病院（外来は無料、費用は低額）を利用している。医療提供体制は、OECD（経済協力開発機構）平均と比べても著しく低く、政府は民間による病院進出を奨励している。一方、多くの医師が米国や英国に留学しており、医療技術水準は高い。

#### 3-3. SAKRA WORLD HOSPITAL 概要

インド南部、ベンガルールにあるSAKRA WORLD HOSPITALは、セコム医療システム(株)、豊田通商(株)、(株)国際協力銀行(JBIC)の3社が株主となって運営をしている。JBICからの出資は、安倍政権の「第三の矢」における「国際展開戦略」の趣旨に沿うものであった。

2014年3月にグランドオープン。病床数は、294床（ICU・CCU・NICU 78床）。コアセンターは、心臓・循環器、脳・スパイン、消化器、整形外科、救命救急であり、その他、産婦人科、小児科、泌尿器科、形成外科、皮膚科、眼科、リウマチ科、糖尿・内分泌科などの診療科目もある総合急性期病院である。医療設備としては、CT、MRI、ハイブリット手術室、透析、リハビリテーションセンターを完備している。

職員数は、957人：医師190人、看護師356人、他411人、外来患者は、22,767人/月、入院患者は4,906人/月、平均在院日数は3.9日（2018年3月末時点）となっている。

患者は、インド人の中間層以上が中心である。ベンガルールには、200社以上の日本企業が進出しているため、毎日10人前後の日本人患者も来院している。

インドは、外資の病院事業を積極的に受け入れているが、外資単独病院は、SAKRA WORLD HOSPITALが初めてであり、日本資本としても初めての病院である。



図3. SAKRA WORLD HOSPITAL  
ロゴマーク



図4. SAKRA WORLD HOSPITAL

### 3.4. SAKRA WORLD HOSPITAL の組織体制

病院組織についてインド人と議論をしたが、診療部の中に看護部を配置している案が提示されてきた。日本や欧米では、看護部は独立組織として重要な役割を担っているため、看護部を独立部門として設置した。

また、医療安全の担当部署もなかったため、日本から医療安全専任の看護師を配置し、独立部門として設置、現在重要な役割を果たしている。その他に、方針管理委員会や法人本部、企画専門のチーム（病院運営補佐）も配置して病院運営にあたっている。

### 3.5. 日本式病院管理手法の導入

セコム提携病院から看護師を派遣し、医療安全体制整備を担当している。中でもインシデント・アクシデントレポート制度の強化を進めている。キャンペーンを実施したところ、報告件数が実施前の10倍になっている。併せて、医療安全教育にも力を入れており、5Sや危険予知トレーニングをベースに病院全体で実施している。

医療監査においては、JCQHC（公益財団法人 日本医療機能評価機構）公認監査役の医師により医療監査を実施した。インドの病院の1%しか取得していない機能評価認定 NABH（National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare）を2016年1月15日に取得した。

日本の病院では通常取り入れられている Clinical Path を診療科別・疾病別に作成し使用している。さらに、2015年3月より毎月 TOYOTA の KAIZEN チームが【カイゼン活動（無駄を省く）】を実施している。年単位の「品質管理戦略」に基づき、院内物流を重点的にカイゼンし、医療サービスの質管理を実施。インド人からも高い評価を得ている。

インドは、看護師教育制度が未整備で、看護師のレベルが低いのが課題であるため、人事評価制度に連動する教育プログラムを構築して実施している。また、医療職以外のキャリアプランもないため、同時に整備を進めているところである。

医師の国際交流も進めており、2014年には、第1回 SAKRA Cardiac Confluence「East meets West in India」を開催した。セコム提携病院の新東京病院の中村院長、Harvard 大学から循環器の医師を招聘して、心臓疾患（心臓外科・循環器内科）の公開カンファレンスを開催した。インド国内から280人の医師が参加し、活発な議論が交わされた。



図5. 第1回 SAKRA Cardiac Confluence 「East meets West in India」

また、セコム提携病院との交流も活発に実施しており、循環器内科、整形外科、消化器内科、リハビリテーション科の医師をインド側に派遣したり、インドから日本に訪問して日本の現状を学んでもらっている。

2016年11月には、北海道大学病院が共同で脳神経外科医向けに献体を使用した解剖セミナーを開催した。セコム提携病院以外の日本国内の医療機関とも連携を進めており今後も積極的に推進していきたいと考えている。

### 3.6. 日本式医療の輸出その他の取り組み

プロジェクトマネジメントの手法を活用した『モデル病棟プロジェクト』を始動し、業務改善を推進している。『接遇委員会を設置』して日本流ケアリングマインドの導入を進めている。『看護教育体制の見直し』としてPNS (Partner Nursing System) を導入し、改善に取り組んでいる。

また、インドには、健診システムがなくJICA (国際協力機構) の補助金を活用して、ベンガールの農村部を訪問して健診を実施した。そのなかから重症者については、SAKRA WORLD HOSPITAL での治療を実施している。他のアジアの国々においても展開可能性があるのではないかと考えている。

### 3.7. マーケティングと営業活動

インドは、治療目的のメディカルツーリズムが非常に盛んである。アラビア諸国やアフリカからの訪問が多くある。海外留学経験がある医師による診療のため高い医療水準の治療を受けられるだけでなく、同じ水準の治療が他の国に比べて安価に提供されている。

営業活動は、クリニックへの医師派遣や救急隊へのアプローチを行っている。インドは、民間医療保険を利用して診療を受けるため、保険会社によって受診できる病院に制限がある。当病院を受診可能な医療施設として採用してもらえるように積極的に企業を訪問して契約数を伸ばしている。

日本では医療機関が自由に広告を出すことはできないが、インドでは、街頭看板や新聞広告も出すことができる。

### 3.8. SAKRA WORLD HOSPITAL の今後について

2016年9月には、水不足による暴動が発生し、非常事態宣言が発令されて5日間の外出禁止となった。同年11月には、翌日より高額紙幣の使用禁止令が出されたため、経済活動に大きな混乱が生じた。インドの病院では、入院の際は、治療費を病院にデポジットする方式をとり、退院時に治療費を差し引いて返金する方式をとるため、大きな影響を受けた。

開院以来計画を上回るスピードで順調に売り上げを伸ばしてきていたが、外部要因により病院経営に大きな影響を与える事態が立て続けに発生した。

このような事業環境ではあるが、インドと日本の医療の良い部分を取り入れた独自の医療提供体制の構築を目指し、SAKRA WORLD HOSPITAL の経営を盤石なものとしていくことが最優先事項である。

将来的には、SAKRA WORLD HOSPITAL を増床し、教育、研究までカバーするコア病院とし、回りに中規模の病院、クリニック等を配置するハブ&スポークモデルの展開や在宅事業などへの参入も検討していきたいと考えている。



## 国際医療人材育成

# 甲南女子大学における国際看護教育に関する取り組み

戸田 登美子、丸 光恵

Tomiko Toda, Mitsue Maru

甲南女子大学 看護リハビリテーション学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Konan Women's University

〈要旨〉

### 1. 国際看護に関する看護教育の現状

近年訪日外国人旅行者が急増し、医療機関における外国人患者対応は喫緊の課題である。このような傾向を鑑み、看護系大学においては国際看護学がひろく教授され、先行研究によると6割の大学で海外研修などのアウトバウンドプログラムが実施されている。

### 2. 本学におけるアウトバウンドプログラム

本学ではイギリスやオーストラリアへのスタディツアーを実施しており、ツアー参加により異文化感受性の向上や視野の広がりなどの効果が示唆されている。しかし、経済的及びカリキュラム上の制約、治安面などの理由からスタディツアーへの参加を躊躇する学生もおり、全学生が参加可能な学習機会とは言いがたい。

### 3. 本学におけるインバウンドプログラム

全学生が参加できる国際看護プログラムとして、本学では海外の大学の教員及び学生を受け入れるインバウンドプログラムを実施している。同プログラムは、両国の学生が疾患や看護について意見交換するセッションや、両国の学生が自由に交流する企画等で構成され、毎回延べ150名以上の看護学生が参加している。また、このプログラムは、自文化を客観視し、相手の文化を尊重する姿勢を養う貴重な教育の機会となっている。

### 4. 国際看護教育における今後の課題

近年の訪日外国人旅行者の急増により、全ての医療機関において多文化対応力をもつ看護師を育成することは喫緊の課題である。本学の取り組みは、「日本人と変わらない質の高いケアを提供できる看護師を育てること」を目指すものである。医療に携わる全ての者が対象者の文化を理解し尊重することは、あらゆる人に質の高いヒューマンケアを提供する基盤となる。今後も全ての学生が文化に対する感受性を高め、広い視野で相手の文化を理解し、尊重する能力を身につけられる教育を目指していきたいと考える。

〈キーワード〉 国際看護、看護教育、カルチュラルコンピテンシー  
global nursing, nursing education, cultural competency

## 1. 国際看護に関する看護教育の現状

近年訪日外国人旅行者が急増し、2017年には2,800万人を突破した。訪日外国人旅行者の約6%が滞在中に怪我や病気などに罹るといわれており<sup>1)</sup>、医療機関における外国人患者対応は喫緊の課題である。看護基礎教育においても、このようなグローバル化の傾向を鑑み、2008年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則が改正され、国際看護学がひろく教授されることとなった。

現在、医中誌で「国際看護」かつ「看護教育」のシソーラス用語で検索をすると245件の文献がヒットする(2018年6月18日確認)。そのうち看護学生を対象とする162件の文献の主な内容は国際看護の授業を紹介するものであり、海外研修などアウトバウンドプログラムに関する文献が36件あった。看護系大学における国際看護教育

戸田 登美子

〒658-0001 兵庫県神戸市東灘区森北町6丁目2番23号 Tel. 078-413-3220 Fax. 078-413-3742 Email: [t.toda@konan-wu.ac.jp](mailto:t.toda@konan-wu.ac.jp)

に関する先行研究では、看護学科で国際看護関連科目を設置していると回答した大学は全体の約9割に至り、その約6割においてアジア、欧米、オーストラリア等への海外研修を実施していた<sup>2)</sup>。上述した文献リストでは、インバウンドプログラムに関する文献は15件とアウトバウンドプログラムの半数以下であった。

## 2. 本学におけるアウトバウンドプログラム

本学では、2015年よりイギリス、2017年よりオーストラリアへのスタディツアーを実施している。これは、イギリスまたはオーストラリアの各大学において語学レッスンを受けながら、施設見学や現地学生との看護演習を行う各2週間のプログラムである。また、本学には、これらのスタディツアーの費用を補助する入学制度もあり、参加者は年々増加傾向にある。

スタディツアーの前後には、学生の異文化感受性の変化に関する調査を実施しており、スタディツアーに参加することで、異文化感受性が高まり、異なる文化を有する人との関わりに自信を持てるようになることが示唆されている<sup>3)</sup>。また、スタディツアー後のレポートからは、他国の文化を知ることで、自国の文化を客観的に見ることができた等の意見も聞かれている。このように、スタディツアーは異なる文化に対する感受性を高め、無意識のうちに持つ自文化中心主義を自覚し、視野を広げる機会となっている。

しかし、経済的な理由からスタディツアーの参加が困難であったり、実習スケジュールの都合で参加できない学年があったりと、スタディツアーは全ての学生にとって参加可能な学習機会とは言いがたい。また、治安や語学力に不安を感じて参加を躊躇する学生がみられるなど、参加へのハードルの高さも窺える。

これらの限界を考慮し、本学では全ての学生が参加できる国際看護プログラムとしてインバウンドプログラムを実施している。

## 3. 本学におけるインバウンドプログラム

本学では、2017年より学術・交流協定校であるイギリス及びインドネシアの両大学から教員及び学生を受け入れている。特にイギリスからのインバウンドプログラムでは、日英両大学の学生交流、交流セッション及び施設見学等を含む約5日間のプログラムを毎年実施している(表1)。イギリス、インドネシアのどちらのインバウンドプログラムにおいても、両大学の教員による講義の他、次項に紹介するように交流セッションやランチ体験など、学生が主体となって行う企画が多い。なお、プログラムの実施に先立って、本学の看護学生全員を対象にプログラムの説明会を開催して協力学生を募り、毎年延べ150～200名の学生がプログラムに参加している。

表1. 本学におけるインバウンドプログラム

1日目	オリエンテーション	講義「日本の災害」 交流セッション	ランチ体験	交流セッション	講義「日本の保健医療」	近郊散策
2日目	講義「英国の看護教育」	講義「本学の教育」 交流セッション		災害に関する施設見学		
3日目	観光					
4日目	医療施設見学					
5日目	文化交流1「浴衣体験」	文化交流2「茶道体験」	ランチ体験	文化交流3 「貴重書見学」	発表・準備	発表・修了式

### 3-1. 文化と看護に関する交流セッション (図1)

日本人患者とインドネシア人患者を対象として、手術前の看護や、日頃の健康管理について意見交換を行うセッションである。日本とインドネシアの両大学の看護学生が授業で学習し、医療施設で実施している看護について考え語り合うことで、普段は意識していない文化や健康に対する自己の認識を新たにし、文化差に気づく機会となっている。



図1. 文化と看護に関する交流セッション

### 3-2. ランチ体験や近郊の散策 (図2)

プログラム期間中、イギリスの教員や学生たちは本学の協力学学生達による案内のもと、学内の食堂や売店等で昼食を取る。当初は歓迎の昼食会を実施していたが、もっと協力学学生と交流し、キャンパスを知りたいという要望が高く、現在は学生の交流企画となっている。

また、授業後の夕方には協力学学生が大学近くの街を案内し、小グループにわかれて買い物や喫茶を楽しむひとときを設けている。このように、授業時間外にリラックスして自由に交流を楽しむ時間を持つことで、学生達は日常生活の過ごし方や生活習慣を知り、互いの理解を深めることができる。

その他にも日本の防災対策について紹介するセッションや、英語の授業内容に即したセッションもあり、楽しみながら自文化を意識し、英語の学習動機を高める機会となっている。

時間を共有して生活や習慣について互いに知ることにより、相手を理解し関係性を構築することが可能になる。その上で、相手の健康や疾患に対する認識について理解することは、看護のプロセスと同様であり、このプログラムは、異なる文化や言葉を有する人であろうと、自文化を客観視して、相手とその文化を尊重し、理解する貴重な教育の機会となっている。



図2. ランチ体験

## 4. 国際看護教育における今後の課題

訪日外国人旅行者のうち医療機関を受診する必要性を感じた者は全体の1.6%と言われている<sup>1)</sup>。訪日外国人旅行者数が激増している現在においては、このことはどの医療機関においても外国人患者が利用する可能性があることを意味しており、多文化対応力をもつ看護師を育成することは喫緊の課題である。大阪府の医療機関を対象にした調査では、外国人患者を「積極的、あるいは消極的でも受け入れる」及び、「受け入れざるを得ない」と回答した施設は7割を超えた。その一方、同調査のヒアリングでは、看護師が多文化対応できなければ、外国人患者の受け入れは難しいとの意見も聞かれている<sup>4)</sup>。つまり、看護師の多文化対応力が医療機関の外国人患者受け入れの鍵を握ると言っても過言ではない。

本学では看護専門職に対する英語運用能力強化も重要な教育目標として掲げ、活動の概要についても報告されている<sup>5)</sup>。今回紹介した取り組みもその一環であり、自分と異なる文化をもつ人であっても「日本人と変わらない質の高いケアを提供できる看護師を育てること」を目指している。ともすれば、スタディツアーなどは、国際的志向性が高く経済力のある学生のみが参加する可能性がある。しかし、急速にグローバル化が進む現代においては、国際志向性の高い一部の看護職者が多文化を理解していたのでは十分とは言えない。医療に携わる全ての者が対象者

の文化を理解し尊重することは、あらゆる人に質の高いヒューマンケアを提供する基盤となる。今後も全ての学生が文化に対する感受性を高め、広い視野で相手の文化を理解し、尊重する能力を身につけられる教育を目指していきたいと考える。

#### 参考文献

- 1) 国土交通省観光庁. 「訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査」結果, 平成 30 年 3 月 29 日. [最終更新日 2018 年 3 月 29 日]. <http://www.mlit.go.jp/common/001228152.pdf> (2018 年 6 月 24 日アクセス確認)
- 2) 蛭田由美, 久保宣子, 山野内靖子. 看護基礎教育における国際看護学の教育プログラムの開発に関する研究. 八戸学院大学紀要, 2017 Mar 31; 54 : 39-54.
- 3) 戸田登美子; 丸光恵. 海外研修前後における異文化間感受性の変化. 甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編, 2018, 12 : 37-44.
- 4) 近畿運輸局編. 訪日外国人旅行者受入環境整備緊急対策事業「訪日外国人旅行者の医療分野における受入体制整備実証事業」報告書 平成 29 年 3 月, 2017 Mar.
- 5) 丸光恵; 戸田登美子. 「看護専門職英語」運用能力強化プロジェクト: 甲南女子大学看護学科の取り組み (特集 インバウンド保健医療の未来). 保健の科学, 2017, 59.9 : 620-624.



## 国際医療人材育成

# 医学を英語で学ぶための英語教育の試み

## Early Experiences of Medical Education in English at a Medical School in Japan

押味 貴之

Takayuki Oshimi

国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター

Office of Medical Education, International University of Health and Welfare School of Medicine

### 〈要旨〉

**背景：**2017年4月に開学した国際医療福祉大学医学部では「医学を英語で学ぶ」という「内容言語統合型学習：Content and Language Integrated Learning (CLIL)」という教育方法を採用し、「大多数科目での英語による授業を実施すると共に、国際医療保健学、海外臨床実習等を必修とし、留学生と共に学ぶことで国際感覚や英語による診療や議論ができる能力を身につけ、将来国際的に活躍できる医師を養成する」ことをカリキュラムポリシーの一部として設定している。そこで全ての学生が「医学を英語で学ぶ」ことができるようになるための英語教育を試みたので、初年度となる2017年度の英語教育の成果を報告する。

**方法：**2017年度入学の1年生140名（日本人学生120名と留学生20名）にCLILとして「医学生に必要な国際教養を英語で学ぶ」ことを経験する英語3科目を実施し、2017年4月と2018年1月にTOEFL ITP<sup>®</sup>を受験させてCEFRレベル分布の変化を調査した。

**結果：**2018年1月ではTOEFL ITP<sup>®</sup>の平均点32点のスコアアップの551点となり、英語圏の大学留学に必要なCEFR B2レベルのスコア543点を超える結果となった。1年生140人のうち日本人120人の平均点は543点（+34点）、20人の留学生の平均点は603点（+25点）と、いずれも日本の医学部の平均点483点を上回った。

**結論：**国際医療福祉大学医学部では「医学英語を学ぶ」のではなく「医学を英語で学ぶ」というCLILという教育方法を採用し、1年次に「医学を英語で学ぶ」教育の準備として3つの英語科目で「医学生に必要な国際教養を英語で学ぶ」ことを経験させた。その結果、約半数の学生が海外留学に必要な中上級レベル以上の英語能力を獲得した。

〈キーワード〉 医学教育、医学英語、医学英語教育

Medical education, English for medical purposes

## 1. 背景

### 1-1. 英語での医学教育

国際化が進む現在、医師にとって英語は「必須のスキル」と言える。しかし日本国内で高度なレベルの医学英語スキルを獲得することは容易ではない。2017年4月に開学した国際医療福祉大学医学部では、この難しい目標を達成するために「医学英語を学ぶ」のではなく「医学を英語で学ぶ」という「内容言語統合型学習：Content and Language Integrated Learning (CLIL)」という教育方法を採用し、「大多数科目での英語による授業を実施すると共に、国際医療保健学、海外臨床実習等を必修とし、留学生と共に学ぶことで国際感覚や英語による診療や議論ができる能力を身につけ、将来国際的に活躍できる医師を養成する」ことをカリキュラムポリシーの一部として設定している。そして医学英語教育における具体的な到達目標として以下の2つを設定している。

- ①英語圏の大学留学に必要な中上級レベルである「The Common European Framework of Reference for Languages (CEFR) B2レベル<sup>1)</sup>以上の英語能力」の獲得

押味 貴之 Takayuki Oshimi MD

〒286-8686 千葉県成田市公津の杜 4-3 国際医療福祉大学医学部 WA 棟 10F 医学教育統括センター

International University of Health and Welfare School of Medicine

4-3 Kozunomori, Narita, Chiba 286-8686 JAPAN

Tel. 0476-20-7701 Email: oshimi@iuhw.ac.jp

②日本医学英語教育学会が定めた「医学教育のグローバルスタンダードに対応するための医学英語教育ガイドライン：Advanced Requirement<sup>2)</sup>」の獲得

英語力の指標としてはCEFRを採用した。これは語学のコミュニケーションスキルを示す国際標準規格としてヨーロッパや世界で広く認知されている指標である。そしてこのCEFRのレベル分けの手段としてはTest of English as a Foreign Language Institutional Testing Program (TOEFL ITP<sup>®</sup>)を採用した。TOEFL ITP<sup>®</sup>は日本国内の医学部で広く活用されて他大学と比較できるだけでなく、受験料が比較的安く毎年学年末に受験することが可能な試験である。CEFRの各レベルに対応するTOEFL ITP<sup>®</sup>のスコアを表1<sup>3)</sup>に示す。

表1. CEFR各レベルとTOEFL ITP<sup>®</sup>スコアの対応表<sup>3)</sup>

CEFRレベル	内容	セクション1 (リスニング)	セクション2 (文法)	セクション3 (リーディング)	合計点
C1	上級レベル	64	64	63	627
B2	中上級レベル	54	53	56	543
B1	中級レベル	47	43	48	460
A2	基礎レベル	38	32	31	337

## 1.2. 医学を英語で学ぶための英語教育

上記2つの到達目標を達成するために1年次と2年次には基礎医学の科目を全て英語のみで学修し、全ての学生が6年次に海外臨床実習に参加することを必須としている。しかしこのように「医学を英語で学ぶ」ことは多くの一般的な日本人学生にとっては到達が困難な目標と言える。そこで入学時の英語力にかかわらず、全ての学生が「医学を英語で学ぶ」ことができるようになるための英語教育を試みたので、初年度となる2017年度の英語教育の成果を報告する。

## 2. 方法

### 2.1. TOEFL ITP<sup>®</sup>によるCERFのレベル分布

2017年度入学の1年生140名（日本人学生120名と留学生20名）に2017年4月と2018年1月にTOEFL ITP<sup>®</sup>を受験させてCEFRレベルの分布を調査した。

### 2.2. 1年次における英語教育

国際医療福祉大学医学部では3学期制（4～7月の1学期、9～12月の2学期、1～3月の3学期）を採用しているが、1年次の2学期から2年次の終了まで全ての基礎医学の科目が英語のみで学修することとなる。この「医学を英語で学ぶ」教育の準備となる英語教育として以下の3つの科目を導入した（表2）。

- 英語Ⅰ（60時間：必修科目）
- 英語Ⅱ（180時間：必修科目）
- 英語コミュニケーション（180時間：選択科目）

1年次ではCLILとして「医学生に必要な国際教養を英語で学ぶ」ことを経験する。4月から5月下旬ま

表2. 国際医療福祉大学医学部における1年次の英語科目

科目名	英語Ⅰ	英語Ⅱ	英語 コミュニケーション
必修 or 選択	必修科目	必修科目	選択科目
対象学生	日本語を履修しない学生	全員	CEFR B2未満の学生
授業時間	60時間	180時間	180時間
学修内容	日本の文化	TED Talks (文化・人文)	「医学」「科学」「国際情勢」「趣味」「一般英語」「学術英語」に関して話す
	医師としてのキャリア	TED Talks (医療・科学)	
	国際ニュース	TED Talks (国際情勢)	
	日本の医療	病歴聴取・身体診察・患者教育	

での期間、留学生は日本語を必修科目として履修するが、その間に日本人学生は「英語Ⅰ」という必修科目で「日本の文化」「医師としてのキャリア」「国際ニュース」「日本の医療」という4つの題材を英語で学ぶ。2017年4月のTOEFL ITP®のセクション1(リスニング)のスコア別に4つのクラスに分かれ、それぞれのリスニング能力に合ったペースでこれらの4つの題材をアクティブラーニングの手法で学ぶ。この60時間の「英語Ⅰ」では「英語のみでの授業を理解する」とことと「英語でプレゼンテーションをする」ことを主たる学修活動として、中級レベルに相当するCEFR B1レベル以上の英語能力の獲得を到達目標と設定した。

「英語Ⅰ」が修了すると留学生も加わり、140名の学生全員が「英語Ⅱ」という必修科目でより高度な4つの題材を学ぶ。このうち3つでは「文化・人文」「医療・科学」「世界情勢」の題材をTED Talksを用いて学ぶ。世界最先端の知識を世界最高峰のプレゼンテーションを使って学ぶことで、「様々な内容を英語で学ぶための基礎英語力」の獲得を目指す。4つ目の題材となる「米国式の病歴聴取・身体診察・患者教育」では、日本人受験者にとって米国医師国家試験(USMLE)で最難関となるとされるStep 2 Clinical Skills(CS)と全く同じ様式で、英語での病歴聴取・身体診察・患者教育のスキル習得を目指す。対象となる症状としては「胸痛」「腹痛」「頭痛」の3つを扱い、この3つの症状に関しては基本的な臨床推論の知識と技術も身につけることも到達目標とした。この180時間の「英語Ⅱ」では「英語のみで新しい事柄を学ぶ」ことを主たる学修活動として、中上級レベルに相当するCEFR B2レベル以上の英語能力の獲得を到達目標と設定した。

1年次と2年次には上記2つの必修科目に加え、選択科目として180時間の「英語コミュニケーション」を用意した。2017年度は2017年4月のTOEFL ITP®の合計点においてCEFR B2レベルに到達しなかった107名と希望者1名の合計108名が履修した。毎日夕刻に開講するこのコースでは「多様な話題に関して英語で自由に意見を述べる」ことを主たる学修活動として、中上級レベルに相当するCEFR B2レベル以上の英語能力の獲得を到達目標と設定した。

上記の3つの正規科目の他、希望者を対象に1時間の「USMLE対策セミナー」を毎週2回実施した。さらにTOEFL ITP®の試験様式に慣れるため、140名の学生全員に「MyELT®」<sup>4)</sup>というオンライン教材による60時間の自宅学修を課した。

### 3. 結果

#### 3-1. TOEFL ITP®によるCEFRのレベル分布

2017年度の1年生の2017年4月の時点でのCEFRレベルの分布と各セクションの平均点を表3に示す。4月のTOEFL ITP®の平均点はCEFR B1レベルに相当する519点であり、CEFR B2レベル以上の英語能力を有している学生は全体の25%であった。119名の日本人学生(1名は試験を欠席)でCEFR B2レベル以上の英語能力を有していたのは16%、20名の留学生では70%であった。

「英語Ⅱ」を修了した2018年1月ではTOEFL ITP®の平均点32点のスコアアップの551点となり、英語圏の大学留学に必要なCEFR B2レベルのスコア543点を超える結果となった(表4)。1年生140人のうち日本人120人の平均点は543点(+34

表3. 2017年4月におけるCEFRレベルの分布

CEFRレベル	全員 (139名)	日本人学生 (119名)	留学生 (20名)
C1	7名	3名	4名
B2	26名	16名	10名
B1	98名	92名	6名
A2	8名	8名	0名

表4. 2018年1月におけるCEFRレベルの分布

CEFRレベル	全員 (140名)	日本人学生 (120名)	留学生 (20名)
C1	14名	6名	8名
B2	61名	52名	9名
B1	62名	59名	3名
A2	3名	3名	0名

点)、20人の留学生の平均点は603点(+25点)と、いずれも日本の医学部の平均点483点<sup>5)</sup>を上回った。しかし2018年1月時点で120名のうち62名の日本人学生(52%)と20名のうち3名の留学生(15%)がCEFR B1以下のレベルに留まっている。

### 3.2. TOEFL ITP<sup>®</sup>における各セクションのスコア

2018年1月ではセクション1(リスニング)の平均点は55点(+4点)、セクション2(文法)の平均点は54点(+2点)、セクション3(リーディング)の平均点は57点(+4点)となった。2018年1月の各セクションの平均点はちょうどCEFR B2レベルのスコアとなった(表5と表6)。

表5. 2017年4月におけるTOEFL ITP<sup>®</sup>平均点

	セクション1 (リスニング)	セクション2 (文法)	セクション3 (リーディング)	合計点
全員(139名)	51	52	53	519
日本人学生(119名)	50	51	53	509
留学生(20名)	58	58	58	578

表6. 2018年1月におけるTOEFL ITP<sup>®</sup>平均点(2017年4月との差)

	セクション1 (リスニング)	セクション2 (文法)	セクション3 (リーディング)	合計点
全員(140名)	55(+4)	54(+2)	57(+4)	551(+32)
日本人学生(120名)	54(4)	53(+2)	56(+3)	543(+34)
留学生(20名)	61(+3)	58(0)	61(+3)	603(+25)
CEFR B2スコア	54	53	56	543

## 4. 考察

### 4.1. 1年次における英語教育の効果

医学英語教育における具体的な2つの到達目標のうち「①英語圏の大学留学に必要な中上級レベルである「CEFR B2レベル以上の英語能力」の獲得」に関しては、約10ヶ月間で120名のうち58名の日本人学生(48%)と20名のうち17名の留学生(85%)がCEFR B2以上に到達した。2018年1月のTOEFL ITP<sup>®</sup>の合計点、および各セクションの平均点は2017年4月と比較して優位に高い結果となった(Pearson correlation coefficient : r values ranged between 0.205 and 0.6, p < 0.01)。

2017年4月のCEFRの各レベルの人数分布では、表4にあるようにC1とB2レベルの層が増加し、B1とA2レベルの層が低下した。また「英語I」を受講した121名(日本人学生120名と日本語を履修する必要のない留学生1名)の各クラス別のTOEFL ITP<sup>®</sup>の合計点の推移を表7に示す。このクラスはTOEFL ITP<sup>®</sup>のセクション1(リスニング)のスコアを元にPlatinumからBronzeの順で分かれているが、中間層から下位層にかけてより顕著にスコアの改善が見られた。このように1年次における英語教育では、120名のうち62名の日本人学生(52%)と20名のうち3名の留学生(15%)がCEFR B1以下のレベルに留まっているものの、入学時の英語能力にかかわらず、英語能力の向上に一定の効果があったことが示唆される。

表7. リスニングスコアで分けた日本人学生のクラス別TOEFL ITP<sup>®</sup>平均点の推移

クラス名	合計点平均： 2017年4月	合計点平均： 2018年1月	差
Platinum (30名)	567	586	+9
Gold (31名)	512	552	+40
Silver (30名)	491	532	+41
Bronze (30名)	467	504	+37

#### 4.2. 2年次以降の英語教育の展望

医学英語教育の2つ目の具体的な到達目標である「2. 日本医学英語教育学会が定めた「医学教育のグローバルスタンダードに対応するための医学英語教育ガイドライン：Advanced Requirement」の獲得」のため、2年次に「医学英語」という必修科目を用意した。この120時間のコースにおいて医師にとって必要とされる医学英語スキルである「病歴聴取」「身体診察」「患者教育」「症例報告」「論文読解」「論文執筆」「口頭発表」などの高度な医学英語を学ぶ（表8）。授業自体が USMLE Step 2 Clinical Knowledge (CK) & Clinical Skills (CS) の対策となるように構築されている他、医学教育モデル・コア・カリキュラムで定められている13の症状の症候学も学習項目としているので、基礎的な臨床推論能力も習得できると想定している（表9）。

表8. 国際医療福祉大学医学部における2年次の英語科目

科目名	医学英語（120時間）			
必修 or 選択	必修科目			
対象学生	全員			
授業時間	30時間	30時間	30時間	30時間
コース内容	病歴聴取 身体診察 患者教育 症例報告	病歴聴取 身体診察 患者教育 症例報告	病歴聴取 身体診察 患者教育 症例報告	論文読解 論文執筆 口頭発表 症例報告
学修内容	黄疸	便秘・下痢	吐血・下血	論文読解
	血尿	体重増加・ 体重減少	月経異常	論文執筆
	腰背部痛	もの忘れ	運動麻痺・ 筋力低下	口頭発表
	めまい	発熱	意識障害・ 失神	けいれん

表9. 国際医療福祉大学医学部での英語教育で学修する32の症状

英語科目で学修する16の症状		USMLE 対策セミナーで学修する16の症状	
胸痛（英語Ⅱで学修）	月経異常	全身倦怠感	嚥下困難・障害
腹痛（英語Ⅱで学修）	腰背部痛	食思不振	悪心・嘔吐
頭痛（英語Ⅱで学修）	もの忘れ	浮腫	腹部膨隆
黄疸	運動麻痺・筋力低下	発疹	リンパ節腫脹
便秘・下痢	発熱	咳・痰	排尿の異常
吐血・下血	めまい	血痰・咯血	不安
血尿	意識障害・失神	呼吸困難	抑うつ
体重増加・体重減少	けいれん	動悸	関節痛

#### 4.3. 医学英語教育における工夫

医学英語教育の2つ目の具体的な到達目標を達成するために、国際医療福祉大学医学部では医学英語教育に関して下記の項目に留意している。

- 医学英語教育は医師が担当する：「医学英語」は9名の海外出身の医師もしくは海外経年が豊富な日本人医師が担当する。
- 多様な英語教員を揃え、多様な英語教育を提供する：「英語Ⅰ」「英語Ⅱ」「英語コミュニケーション」は7名の常勤英語講師と9名の海外出身の医師もしくは海外経年が豊富な日本人医師が担当する。
- 臨床医学英語を重視する：「医学英語」では120時間のうち94時間を「病歴聴取」「身体診察」「患者教育」「症例報告」といった臨床医学英語の教育に当てる。

- **学ぶ内容を自律的に選ばせる**：毎日夕刻に開講する「英語コミュニケーション」では「医学」「科学」「国際情勢」「趣味」「一般英語」「学術英語」という6つのテーマの授業を用意し、学生が自律的に学びたい国際教養の内容を選ぶことができる環境を提供する。
- **医学英語を使用する環境を提供する**：4年次以降は海外経験が豊富な日本人医師の指導の元で、医学英語を使った臨床実習を経験する。また6年次には全員が4週間以上の海外臨床実習を経験するという環境を提供する。

#### 4.4. 結論

国際医療福祉大学医学部では「医学英語を学ぶ」のではなく「医学を英語で学ぶ」という「内容言語統合型学習：Content and Language Integrated Learning (CLIL)」という教育方法を採用し、1年次に「医学を英語で学ぶ」教育の準備として3つの英語科目で「医学生に必要な国際教養を英語で学ぶ」ことを経験させた。その結果、約半数の学生が海外留学に必要な中上級レベル以上の英語能力を獲得した。

#### 文献

- 1) Council of Europe. Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment (CEFR). [〈https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages/home〉](https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages/home)
- 2) 日本医学英語教育学会ガイドライン委員会. 医学教育のグローバルスタンダードに対応するための医学英語教育ガイドライン (最終盤). [〈https://jasmee.jp/wp-content/uploads/2017/07/Guidelines\\_Jpn.pdf〉](https://jasmee.jp/wp-content/uploads/2017/07/Guidelines_Jpn.pdf)
- 3) Educational Testing Service. CEFR Mapping Study. [〈https://www.ets.org/toefl\\_itp/research〉](https://www.ets.org/toefl_itp/research)
- 4) 国際教育交換協議会 (CIFE) 日本代表部. TOEFL® テスト公式教材ショップ. [〈https://www.ciee-onlineshop.jp/fs/cieeonlineshop/topc〉](https://www.ciee-onlineshop.jp/fs/cieeonlineshop/topc)
- 5) 国際教育交換協議会 (CIEE) 日本代表部. TOEFL ITP テスト概要. 2016. 4.

## 大学病院で経験した特徴ある国際患者の3症例

### Three Clinical Case Studies of Remarkable International Patients Accepted at the University Hospital

相良 理香子、下野 信行、清水 周次、中島 直樹

Rikako Sagara, Simono Nobuyuki, Shuji Shimizu, Naoki Nakashima

九州大学病院 国際医療部国際診療支援センター

Kyushu University Hospital, International Medical Department, International Patient Support Center

#### 〈要旨〉

国際患者（国内外の外国人及び海外の日本人患者）の受け入れに関する様々な経験・知識は十分に蓄積されていない。特徴的な症例の経験は、他の医療施設と共有すべきである。そこで本稿では、当院で経験した3症例を提示する。

**症例1**：86歳中国人女性。娘、孫とクルーズ客船で来日し、観光中に心肺停止で当院へ救急搬送された。心拍再開するも意識が戻らず重篤な状況であった。家族は荷物を取りに行くとの理由で船に戻り、そのまま帰国した。帰国した家族と翌日連絡が取れ、近日中に来日するが延命処置はせず、抜管を希望した。相談した中国領事館は同意書なしでの抜管は不可との見解であり、家族再来日（7病日）まで挿管管理とした。来日後、説明同意した後に抜管し10病日に死亡した。患者家族は電話で抜管を希望したと主張し、抜管希望日までの支払いのみで帰国した。

**症例2**：35歳イギリス在住の日本人女性。国立大学病院国際医療連携ネットワークHPを介して、急性リンパ性白血病に対する当院での治療を希望された。当院の専門医がイギリスの主治医に連絡を取り病態を把握した結果、来日可能な体力であり、かつ早急な入院加療が必要と判断された。当ネットワーク介入により最短でかつ週末の受け入れを決め、当院医師・患者家族・病棟間で密に連絡を取り合い安全に入院することができた。

**症例3**：生後2ヶ月の日本在住の中国人男児。当院で両網膜芽細胞腫と診断し、失明・遠隔転移の回避のため早急な加療を要したが、中国では障害者とその家族は差別を受けるといふ社会的背景から、児の将来を思い治療を拒否した。未治療では生命維持は不可能であり、虐待も考慮し、児童相談所へも相談した。何度も家族と面談を重ね、同意を得て治療し、現在も再発なく通院している。

地域医療構想の中で高度先進医療の提供を役割とする当院において、重症の国際患者がより安心・安全に日本の医療を受けることができるよう今後も努めたい。

〈キーワード〉 国際患者、医療費未納、国立大学病院国際医療連携ネットワーク、児童虐待

International patient, Medical expenses not paid, National University Hospital Medical Cooperation Network, Child abuse

## 1. 背景

国際患者（海外在住の外国人、日本在住の外国人、及び海外在住の日本人患者）の受け入れに関する様々な経験・知識は十分に蓄積されていない。特徴的な症例の経験は、他の医療施設と共有すべきである。そこで本稿では、当院で経験した3症例を提示する。

## 2. 症例提示

**症例1**：86歳中国人女性。娘、孫とクルーズ客船で来日し、観光中に心肺停止で当院へ救急搬送された。心拍再開するも意識が戻らず、回復の見込みは厳しく重篤な状況であった。家族は荷物を取りに行くとの理由で船に戻るも

中島 直樹 Naoki Nakashima

福岡県福岡市東区馬出 3-1-1 3-1-1 Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka 812-8582, JAPAN

Tel. 092-642-5881 Fax. 092-642-5889 Email: [nnaoki@info.med.kyushu-u.ac.jp](mailto:nnaoki@info.med.kyushu-u.ac.jp)

帰院せず、連絡も繋がらないため中国の旅行会社に確認したところ、患者をおいてそのまま帰国したとの報告が入った。帰国した家族と翌日連絡が取れ、近日中に来日するが延命処置はせず、抜管を希望した。相談した中国領事館からは同意書なしでの抜管は不可との見解を受け、再来日（7病日）まで挿管管理とした。家族の来日後、延命措置について説明し、同意を得た後に抜管し10病日に死亡した。患者家族は電話で抜管を希望したと主張し、抜管希望日（入院後2日）までの支払いのみで帰国した。以降の支払いも求め続けているが未納のまま現在に至る。

**症例2：**35歳イギリス在住の日本人女性。当センターを事務局とする国立大学病院国際医療連携ネットワークのホームページを介して、当院での急性リンパ性白血病に対する治療を希望された。当院の専門医がイギリスの主治医にメールで連絡を取り病態を把握した結果、体力的に来日は可能であり、かつ早急な入院加療が必要と判断された。当ネットワークを介することで最短かつ週末の受け入れを決定した。当院医師・患者家族・病棟間で密に連絡を取り合い安全に入院することができた。

**症例3：**生後2ヶ月の日本在住の中国人男児。当院で両網膜芽細胞腫と診断し、失明・遠隔転移の回避のため早急な加療を要した。両親は日本語である程度のコミュニケーションが可能であり、主治医の説明も理解していたが、中国では障害者とその家族は差別を受けるといふ社会的背景から、児の将来を思い治療を拒否した。改めて中国語での介入も必要と判断し、当センター中国語通訳を介して主治医より、治療により90%以上の生存率があること、視力を温存できる可能性があること、障害者に対する日本の社会福祉が充実していることを繰り返し説明した。説明後、両親の同意を得た上で化学療法を開始した。全身化学療法の経過は良好で、東京での右眼球摘出、左眼局所治療について主治医より説明した際に、視力の改善が乏しいとの両親の印象から治療を拒否、一時中国へ帰国すると主張した。虐待も考慮したため児童相談所も立ち会いのもとで、化学療法の骨髄抑制期であり、帰国は命に関わることを繰り返し説明したが納得せずに帰国した。警察に連絡し、再来日しなければ、日本の法律に則って親権を剥奪する予定としたが、1ヵ月後に家族より連絡が入り、日本での治療を希望し、東京での局所療法を受けた。治療後約1年半経過した現在も、腫瘍の再発なく定期的に当院通院中である。

### 3. 考察

2017年3月、当院は厚生労働省の支援事業として策定された「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」の審査を受け、高度医療・3次救急を取り扱う国立大学病院としては全国では大阪大学病院に続いて2例目、九州では初めて認証された。特に当院はアジア圏から近距離であり、実際に年々当院受診を希望する国際患者数は増加している。受診依頼が増加する一方で、対応に難渋する症例を経験することが多い。

症例1では医療費未納が問題となった。当センター専任中国語通訳が、当院の医師、看護師、事務職員、患者家族、旅行会社、領事館と連絡を密に取りながら対応したが、折り合いがつかず現場は非常に混乱した。搬送直後に医療費について確約書（日本の医療健康保険を有さない場合は1点20円）への署名を家族へ要請しなかったことが原因であり、反省点であった。また、帰国後連絡がついたため未遂に終わったが、連絡がつかなかった場合の対応、例えば、延命処置の考え方や死亡された場合の遺体処理についてなど課題が残る。

「観光立国推進基本法」が施行されてから、訪日外国人が年々増加している。福岡には2016年、328隻のクルーズ船が寄港し、80万人以上の中国人が福岡市を訪れており、これは日本一の寄港数に相当する<sup>1)</sup>。近年は、クルーズ船の旅行代金が安価なため、富裕層の外国人観光客ばかりでなく、所得水準の低い観光客が増加しており、その

多くは海外旅行保険を保有していない。当院は、三次救急病院であり、重篤な患者を受け入れるため、医療費が高額となり、今後も医療費の未納が懸念される。クルーズ船の観光客に関わるのは、中国の旅行会社、船会社、日本の旅行会社の三者であり、救急搬送される事態になれば、その責任所在の明瞭化を図ると共に、国や自治体からのサポートが不可欠であると考え。本症例を経験後、当院では搬送直後に医療費に対する確約書の署名の患者家族への依頼を徹底している。

症例2では海外の日本人患者の受け入れに関して報告した。仕事や留学等で海外に長期滞在する日本人が、病気や怪我の際に日本で治療を希望するも、医療機関への問い合わせ手段が分からずに受診困難となるケースが多い。本症例も海外在住の日本人であったが、当ネットワークを利用することで、速やかに専門医師への相談、自国の主治医への連絡、検査データの入手が可能であった(図1)。2016年度の当ネットワークを介した国際患者の相談件数は285件、受診件数は52件(当院受診37件)、院内通訳652件、翻訳業務285件と前年度と比し約2倍であった。また、当ネットワークに書き込む患者基本情報の内容には、感染症情報に関する項目も含まれるため(発熱の有無、感染徴候の有無、耐性菌を有しうる直近3ヵ月未満の入院歴等)、当院のグローバル感染症センターと共同し、対応を行っている(図2)。また日本への迅速な受け入れと共に、来日のための安全を確保することは



図1. 当国際診療支援センターを事務局とする国際医療連携ネットワークのホームページトップ画面。入力開始ボタンより患者側が自身の基本情報を入力する。和訳、英訳、中国語訳で閲覧可能である。

患者入力情報1	患者入力情報2
<p><b>基本情報</b></p> <p>連絡先の方のご氏名 患者さんの病状 連絡先のメールアドレス</p> <p>患者さんの名前(イニシャル可) 生年月日 性別</p> <p>国籍 母国語 日本語</p> <p>日本の公的医療保険に加入していますか?</p> <p>病名</p> <p>急性リンパ性白血病</p> <p>相談したいことは何ですか? 具体的に記載してください</p> <p>現在、イギリスにて診断のみ下されて、無治療のため、早急な治療を希望</p> <p>今回日本の医療機関での治療を希望する理由を教えてください。</p> <p>家族は日本在住であり、母国である日本での治療希望。</p>	<p>現在、結核、多剤耐性菌、その他の感染症を持っていますか? 分からない</p> <p>→「はい」の場合、具体的には</p> <p>現在の自覚症状について教えてください。</p> <p>37.5℃より高い発熱はありますか? いいえ</p> <p>咳または痰はありますか? はい</p> <p>腹痛はありますか? はい</p> <p>吐き気または嘔吐はありますか? いいえ</p> <p>下痢はありますか? いいえ</p> <p>皮膚の発疹はありますか? はい</p> <p><b>振り分け参考情報</b></p> <p>日本の医療機関への受け入れを希望しますか?</p> <p>→「はい」の場合、受け入れを希望する医療機関および医師がありますか?</p> <p>はい 九州大学病院での治療希望</p> <p>医師名</p> <p>現在滞在中の国での主治医の協力は得られますか?</p> <p>はい</p> <p>→「はい」の場合、医療機関名</p> <p>医師名</p> <p>連絡先(メールアドレス等)</p> <p>日本に現在住所をお持ちですか? はい</p>
<p><b>相談内容</b></p> <p>急性リンパ性白血病</p> <p>相談したいことは何ですか? 具体的に記載してください</p> <p>現在、イギリスにて診断のみ下されて、無治療のため、早急な治療を希望</p> <p>今回日本の医療機関での治療を希望する理由を教えてください。</p> <p>家族は日本在住であり、母国である日本での治療希望。</p>	<p><b>感染症情報</b></p> <p>現在の自覚症状について教えてください。</p> <p>37.5℃より高い発熱はありますか? いいえ</p> <p>咳または痰はありますか? はい</p> <p>腹痛はありますか? はい</p> <p>吐き気または嘔吐はありますか? いいえ</p> <p>下痢はありますか? いいえ</p> <p>皮膚の発疹はありますか? はい</p>

図2. 患者基本情報の記載内容の一部。病名や受診理由、感染症情報についての記載項目を有する。感染症情報をもとに、当院のグローバル感染症センターと共同で来院後の対応に備える。

非常に重要である。本症例は休日という人員の確保が難しい期間での受け入れであったが、事前に医師、患者・家族、病棟と密に連絡を取り合うことで、安全に患者が来日し、入院することができた。

症例3では、中国出身の両親は日本語を理解していたものの、中国と日本の障害者に対する社会的背景の違いを理解してもらうために、通訳の介入が必要であり、通訳を介した上でも同意を得るのに難渋した。中国のみならず他国においても社会的観念、文化、宗教の違いにより、日本では当然として受け入れるであろう治療の拒否が今後問題となる可能性は十分にある。特に自己決定能力のない小児にとってはこの問題は非常に重大である。以前も当院では、日本在住のナイジェリア人の両親が共にエホバの証人の信者であり、家族性血球貪食症候群を発症した生後5ヶ月の児の輸血を一切拒否された事例がある。その際も児の救命のため、親権を児童相談所に移し、輸血を施行し救命可能であった。本例も日本での考え方としては医療虐待に繋がりがかねない症例であり、児童相談所の介入を依頼した。一時帰国したものの、再来日し治療を希望したため、腫瘍の遠隔転移を回避、救命することができたことは、繰り返した説明が結果的に功を奏したと考えられた。

#### 4. 結語

当院で経験した国際患者の特徴ある3症例について報告した。今後、日本の医療サービスの需要がさらに高まるとともに、言語・文化・宗教が異なる国際患者ならではの苦慮する症例も増加すると予測される。トラブルの未然防止や速やかな対処のためにも、国際患者を受け入れる病院同士が各自の経験を情報共有し、その都度解決策を議論し対策を考案することが重要である。当院で経験した特徴的な症例については、本学会においても引き続き報告し、経験を共有したい。

#### 文献

- 1) 国土交通省ホームページ クルーズ船の寄港回数について

# 日本における外国人診療の課題： 大学病院における医療通訳と“言葉の先にある問題”

## Challenges for international patients care beyond language barriers

田畑 知沙、中谷 大作、南谷 かおり、中田 研  
Chisa Tabata, Daisaku Nakatani, Kaori Minamitani, Ken Nakata

大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター  
Center for Global Health, Department of Medical Innovation, Osaka University Hospital

〈要旨〉

外国人診療を行う上で「外国人」患者は、国籍や言語に着目されることが多い。しかし、訪日 / 在留・日本語理解度・有効医療保険の有無など一様でなく、様々な視点からとらえる必要があり、その課題解決のために正確な統計数が必要である。当院では、2016年4月から2017年3月の1年間に、のべ2,080人の外国人患者が受診した。国籍は計56か国、日本語の意思疎通が困難である割合は42%であった。日本語での意思疎通が十分でない場合に、家族・友人や医療従事者が対応するケースが多く、全外国人患者のうちの43%（家族・友人26%、医療従事者17%）を占めた。しかし、生体臓器移植の症例で示すように、通訳の正確性や中立性を保つために、医療と通訳の両方の知識と技術を持つ質の担保された医療通訳者の配置が重要であると考えられる。また、外国人の医療費について、診療費や医療通訳費など各病院単位での設定だけでなく、日本の医療費全体の枠組みとしての課題が明らかになりつつある。このように、外国人診療に対する課題は、医療通訳だけにとどまらず、“言葉の先にある問題”があり、より深く・広く取り組む必要がある。

〈キーワード〉 外国人診療、外国人患者数、医療通訳、外国人医療費  
international patients statistics, healthcare/medical interpreter, health insurance

1. 背景

在留・訪日外国人が増加し、医療機関は外国人患者の外来受診を80%が経験している一方、その内61%は患者数を把握していない<sup>1)</sup>。当院では、国際医療センターを2013年4月に設立し、外国人や日本語の理解に制限のある患者を受け入れてきた。言語対応を優先課題とし、医療通訳、コーディネーター人材確保、院内標識と院内文書の多言語化、遠隔医療通訳を導入した。また、日本で有効な保険証のない外国人の診療費規定と医療通訳費用を設定した。2016年3月には「外国人患者受入れ医療機関認証制度 (JMIP)」認証を受け、2016年4月から外国人患者統計を整理し運用を開始した。初診患者登録時に、現住所と居住地記載で訪日外国人と在留外国人を区別し、国籍と母国語を聴取した (図1)。また、対応言語や日本語理解を聞き取り、有効な医療保険の種別を確認した。

図 1. 大阪大学医学部附属病院 診療申込書 (日本語・英語用)

田畑 知沙 Chisa Tabata  
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2 2-2, Yamadaoka, Suita, Osaka, 565-0871, JAPAN  
Tel. 06-6210-8302 Fax. 06-6210-8303 Email: tabata-c@cgh.med.osaka-u.ac.jp

この取り組みにより、外国人診療で医療通訳が手配された患者での課題、いわゆる、「言葉が通じる」ことの先の新たな課題が見られた。

## 2. 方法

2016年4月から2017年3月までの1年間に大阪大学医学部附属病院を受診した外国人患者の初診時データから、患者背景（国籍・母語・対応した言語・通訳者・診療科・公的保険等）について解析を行った。言語対応状況と、有効な医療保険を検討し、具体的な症例を提示して課題提起と考察を行った。

## 3. 結果と症例

### 1. 当院の外国人患者背景

外国人患者登録数は、年間のべ2,080人（外来1,981人、入院99人）であった（表1）。日本語の意思疎通が困難な患者は外来827人（40%）、入院46人（2%）、計42%であった。国籍は、中国150人、韓国20人、アメリカ18人など計56か国であった。

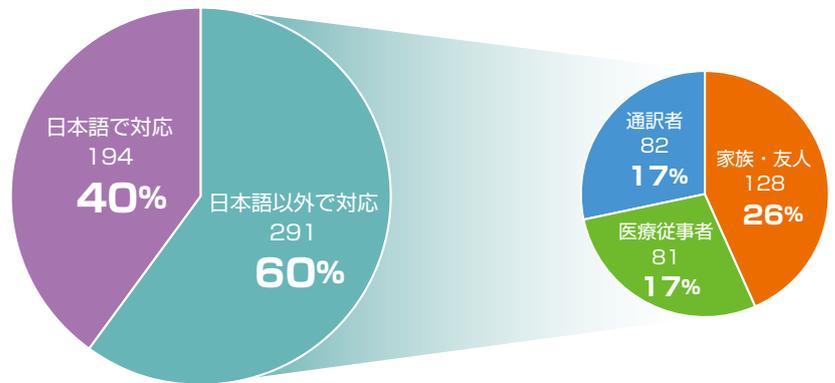
表1. 大阪大学医学部附属病院における外国人患者数

2017年度のべ患者数を示す。ただし、同日の複数診療科受診の場合は、1名と数えた。また、日本語での意思疎通が可能か困難かについて、分類を行った。

	日本語の意思疎通困難	日本語の意思疎通可能	計
外来	827 (40%)	1154 (55%)	1981 (95%)
入院	46 (2%)	53 (3%)	99 (5%)
計	873 (42%)	1207 (58%)	2080 (100%)

### 2. 言語対応

外国人患者485人（実数）の言語について、40%は日本語で対応していた（図2）。日本語以外の対応では、医療通訳や一般通訳を含め第三者「通訳者」の立ち合いは82人（17%）であった。家族や友人が通訳したのは128人（26%）、医師・看護師など医療従事者の対応が81人（17%）であった。英語81人（56.6%）では医師が英語で診察したが、中国語では医療従事者が通訳をすることはなく、通訳者介入が45人（45.5%）であった。日本語・英語・中国語以外の言語49人では、45人（91.8%）が友人や家族を通訳としていた。



### [症例1] 生体臓器移植例

治療目的で訪日の韓国人生体腎移植例。日本在住の娘が通訳でありドナーでもあった家族間生体腎移植では中立性が保つことができないと判断し、医療通訳者を介して説明を行った。

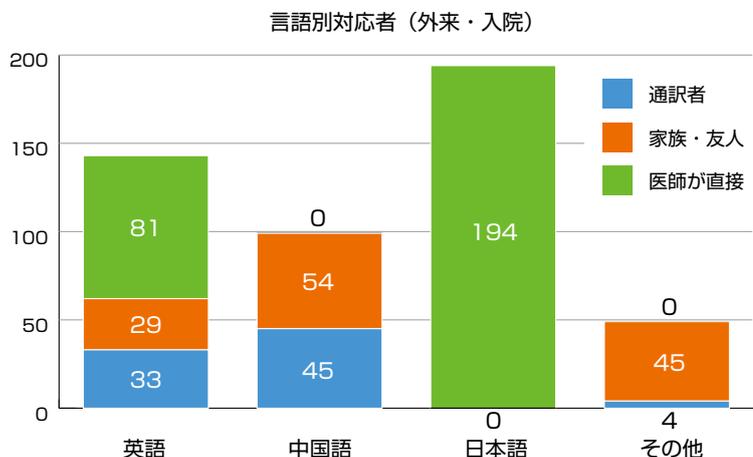


図2. 言語対応

2017年度の外来初診患者および入院患者（実数）への、言語対応者別分類

### 3. 医療保険区分

新規外国人患者 313 人中、87 人 (27.8%) は日本の公的医療保険をもたなかった (図 3)。1 例で、治療開始後に国民健康保険に切り替えた例があった。

#### [症例 2] 治療目的で観光ビザで来日し、のちに国民健康保険を取得した家族

小児再生不良性貧血の子の治療目的で、モンゴルから来日。初診時は観光ビザで来日し、検査・輸血を行い、今後の骨髄移植を含めた治療方針と治療費用を説明したところ、高額で支払い不可のため一旦帰国。日本で治療を続けるため、父が就労ビザを取得し再来日した。国民健康保険・小児慢性特定疾病医療費助成制度・乳幼児医療費助成制度を利用し、治療を続行した。

### 4. 考察

外国人患者統計では国籍分類だけでなく、医療通訳や医療保険などの観点から「在留外国人」「訪日旅行者等」「医療目的訪日外国人」といった分類が必要である<sup>1),2)</sup>。言葉の問題では、長期日本在留や日本語で育った場合など日本語の診療に問題ない場合もあり、一方日本国籍患者でも外国生まれ育ちや中国残留孤児など日本語の理解に制限のある患者がある。また、医療保険の観点の問題もある。このように、「外国人患者」とは一様ではなく、様々な視点・軸からとらえる必要がある。

本院では、日本語以外で対応した外国人患者が60%いたが、26%で家族・友人が、17%で医療従事者が対応した。しかし、通訳の正確性や公平性を保ち、また医療安全のために、家族や友人もしくは不完全なバイリンガル職員の医療通訳は避けるべきと考えられ<sup>3),4)</sup>、家族間生体臓器移植例では家族による通訳を止めた。日本移植学会および日本臨床腎移植学会ガイドライン<sup>5)</sup>に「生体腎ドナーは自己意思による腎提供であることの確認を書面で受け取る必要がある」、「～～身体的、心理的評価と社会的背景に関する評価を精神科医などの第三者も関与する形で受けさせなければならない」と明記され、家族間のドナーカレシピエントが他方の通訳者の場合、医学的に専門性の高い説明を十分に通訳することができない可能性、また各自が独立した自己意思決定を行うための中立性を保つことができない危険性があり課題である。一方が通訳可能であっても、専門的なトレーニングを受けた中立の医療通訳者が必要である。このように生体臓器移植は、医療通訳を家族が行うことで生じうるリスクについて理解しやすい実例であるが、これ以外にもがん患者への告知や治療方針・手術同意書など、医療の現場における医療と通訳の両方の知識と技術を持つ質の担保された医療通訳者が重要である。

当院の特殊性もあり、外国人・日本人に限らず大学病院は特定機能病院として地域一般病院から高度先進医療など紹介受診が多い。そのため「言葉が全く通じないより、少しでも通じるほうがよい」のではなく、「コミュニケーションが確実にとれる」「いつでも、どこでも、何語でも」「間違いなく」「より高度で専門的な説明にも対応できる」医療通訳が求められる。

外国人医療費は、訪日外国人患者対象に検討されてきた<sup>6)</sup>。平成 24 年住民基本台帳法改正により、3 か月以上の滞在で国民健康保険への加入が義務付けられた。患者負担を減らしすべての国民が健康と福祉を享受するために、

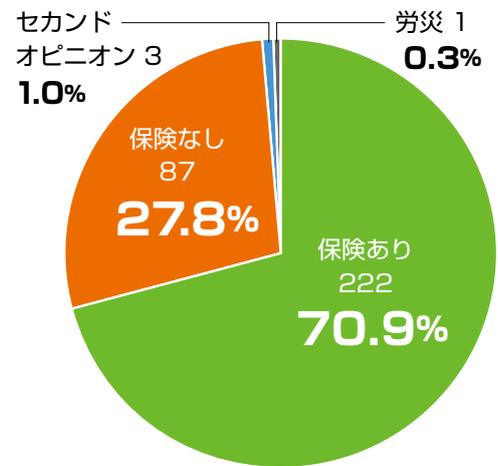


図 3. 大阪大学医学部附属病院における外国人患者が初診時に使用した保険別統計

自己限度額や高額療養費制度など診療費に上限がある。また、医療費は医療行為の対価（技術料、薬剤費、医療材料費など）とともに、医療従事者の養成、病院や医院の建設運営など医療システムの一部であり、その医療費を負担するのは患者の支払い以外に、被保険者と事業主の保険料や国庫・地方の公費から成り立つというしくみ<sup>7)</sup>は、世界共通ではない。今回提示の症例2では、医療費無料の社会主義国家モンゴルからの患者であり、来日前に高額となる医療費概算を伝えていたが金銭的理由により治療途中で一旦帰国し、就労ビザを獲得し医療保険にて子供の治療を行なった。外国人患者の公的保険加入の課題もみられつつある。

外国人診療で「外国人」患者は一様でないことを理解し、訪日と在留（国籍）、母国語と対応言語（日本語理解度）、有効医療保険などの統計を全国統一で構築することが重要である。また、医療通訳は医療と通訳のトレーニングが必要であり、医療機関での診療費や医療通訳費用だけでなく日本全体の医療費の枠組みの中で外国人診療の治療費を検討する必要がある。

#### 引用文献

- 1) 中田研. 厚生労働科学研究「医療通訳の認証のあり方に関する研究」2017年
- 2) 遠藤弘良. 厚生労働科学特別研究事業「国際医療交流（外国人患者の受入れ）への対応に関する研究」2012年
- 3) Flores G, Abrue M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters: *Ann Emerg Med.* 2012; 60: 545-553
- 4) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005; 62 (3) : 255-299.
- 5) 日本移植学会（オンライン）, 生体腎移植のドナーガイドライン. <http://www.asas.or.jp/jst/pdf/manual/008.pdf>
- 6) 経済産業省（オンライン）, 平成22年度医療サービス国際化推進事業報告書. 平成24年3月  
[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/22fy\\_hosei\\_inbound.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/22fy_hosei_inbound.pdf)
- 7) 厚生労働省.（オンライン）, わが国の医療保険について.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000172084.pdf>  
(すべて引用日: 2017年11月27日)

## 保険取得から短期間で受診した外国人患者の傾向 Analysis of foreign patients who visited in a short period from Japanese national health insurance acquisition

山田 秀臣

Hideomi Yamada

東京大学医学部附属病院 国際診療部

International medical center, the university of Tokyo hospital

### 〈要旨〉

治療を来日目的とする外国人患者（渡航患者）の中に健康保険証を取得している者を数年前から認めていた。すでに外国人患者の健康保険の不適切取得・使用のメディア報道がある。今回、この実態を確認するために実際の人数、国籍、保険種類などを東大病院で調査した。平成 27 年度は名前の読み方等で外国人と推測できる初診患者の保険について調査した。渡航患者の 11% が日本の健康保険に加入していた。平成 28 年度半年（4 月～9 月）は受診した日より 3 ヶ月未満で健康保険を取得していた同様な外国人と推測できる初診患者を調査した。30 名が該当し、26 名が渡航患者であった。保険取得の合理的な理由が見つからなかった渡航患者はその半数で、当院の全外国人初診患者の約 1% であった。今後さらなる実態調査が求められる。

〈キーワード〉 医療ツーリズム、外国人診療、健康保険取得、高額医療費

Medical tourism, foreign patients, national health insurance, medical cost

〈研究費〉 厚生労働省「医療通訳認証の実用化に関する研究」

Ministry of Health, Labor and Welfare

### 1. 背景

従来のメディカルツーリズムは母国で最適な治療を受ける事ができない富裕層が医療先進国で治療を受けるものであった<sup>1)</sup>。近年欧米では、母国での医療費が高額のため、また治療待機時間が長いなどの理由で他国に行って治療を受ける例が増加していた。これが米国 / 英国型のメディカルツーリズムであり、欧米の患者が中南米や東欧諸国の医療機関を利用する主な理由となっている。次に大韓民国、マレーシア連邦、アラブ首長国連邦などの国ではメディカルツーリズムを国策として推進して、質の高い医療を提供する一部の医療機関を整備している。医療費の価格メリットを生かして海外からの患者を多く受入れる体制を構築している。これが韓国型 / 新興国型のメディカルツーリズムである。ここでメディカルツーリズム患者の国際流動性は患者側の支払い能力（治療費）と医療安全・医療技術（医療レベル）が平衡化されて決定する（図 1）。患者側の経済合理性の判断が最も重要と

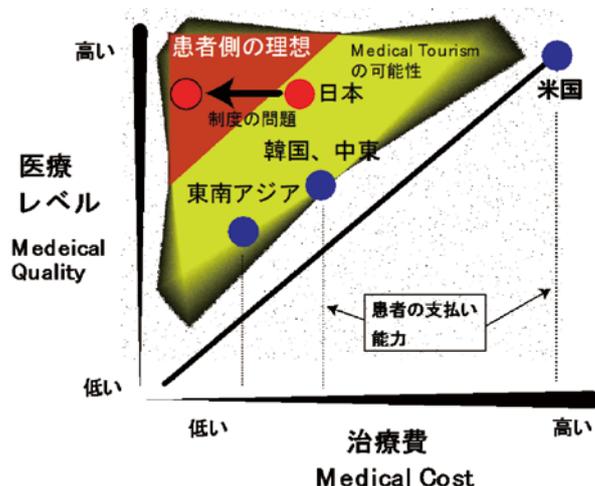


図 1. Medical Tourism における治療費と医療レベルの関係  
米国、韓国、東南アジア（シンガポールを除く）の医療レベルと治療費の関係を示す。従来は治療費で医療レベルが規定されたが、新興国のメディカルツーリズムの発展と共に医療レベルが高くなり、米国側へ向かう傾向にある。一方、医療レベルが高い国々では治療について減額するマーケットフォースのみが働く。特に日本は制度（システム）として治療費の減額が可能であり、この点が患者側の希望と一致する。

山田 秀臣 Hideomi Yamada

〒 113-8655 文京区本郷 7-3-1 7-3-1, Bunkyo Hongo, Tokyo, 113-8655 JAPAN

Tel. 03-3815-5411 Email: [hyamada-tky@umin.ac.jp](mailto:hyamada-tky@umin.ac.jp)

なる。

日本のメディカルツーリズムの実態はどうであろうか？ 治療を受けに来日する外国人患者、いわゆる渡航患者は中国が一位で、渡航患者全体の大多数（87%）を占める<sup>2)</sup>。中国は近年報告されたように医療の地域格差が世界で最も大きい<sup>3)</sup>。また航空交通網の整備で地方から北京や上海などで治療を受けるよりも外国での治療がより身近になっている。

5年ほど前は在留外国人の親が日本で治療を受けるケース、また親類が癌・白血病など重病に罹患して、治療を希望して来日する患者が中心であった。日本で自費診療の場合、治療費は米国・シンガポールの約1/3、韓国の半分程度であり、大きな経済メリットはなく、患者にとって身近な日本のコミュニティを頼っての来日治療であった。中国と日本は隣国であり距離の利点はあるが、多額な治療費の支払いが可能な富裕層ならば渡米して治療を受けるのが合理的である。近隣国の患者が日本に居住する親類を頼って来日するのが日本型メディカルツーリズムの初期の段階であった。

平成24年の法改正で3ヶ月を超える滞在には健康保険の加入が義務づけられた<sup>4)</sup>。この政策により在留外国人の無保険者は減るなど一定の効果を認めている。一方、その副産物として在留者の家族・親戚で健康保険を持つ渡航患者を認めはじめた。また日本の会社などで海外関係者の治療を日本の健康保険に加入させて安価に治療を行う例も経験している。そのような日本の医療制度を熟知した、健康保険を自己利益の手段とする第三者が介入する例（医療ブローカー）を近年認めはじめた。彼らは医療費の差額を通して大きな利鞘を得ることも可能である。世界でも稀な質の高い医療を低額で提供している日本の医療システム<sup>2)</sup>を渡航患者に利用する、ビジネスとしての新しいメディカルツーリズムの形がある。この医療ブローカーの問題は、彼らのクライアントはあくまでも渡航患者であり、渡航患者は母国の社会・文化をそのまま日本の医療機関に持ち込むことに対して対処が弱いことである。言葉の壁の問題をはじめ、医療現場のスタッフ側の国際対応力がなければ医療現場に軋轢を生じやすい。

近年はメディア<sup>5)</sup>でさまざまな報道を認める。しかし、この課題の本質的な評価について学術的な考察が必要と考える。今後の効果的なデータ収集に向けて、今回は東大病院の一施設で、簡易的な実態調査を行った。

## 2. 方法

平成27年度東大病院初診患者から名前から読み方等で外国人と推測できる患者を抽出し、患者区別（在留、旅行者・短期滞在、渡航治療目的）を行い、渡航患者とその健康保険種類を確認した。

また、平成28年4月～9月（6ヶ月間）、東大病院初診後三ヶ月未満に健康保険を取得した患者の中で、名前から読み方等で外国人と推測できる患者を調査（国籍、健康保険の種類、来日目的、治療）した。なお当院で出産した新生児は除外している。

## 3. 結果

平成27年度のデータより、151名/年の渡航患者（全外国人初診患者1,959名/年）の中で保険項目が確認できた146名で調査した（図2）。健康保険の背景について89%は自費（自由診療）、11%（16名）は何らかの健康保険を取得していた。保険の内訳は国民健康保険が7%、協会けんぽ3%、健康保険組合1%であった。このように約1割の渡航患者は何らかの日本の健康保険に加入していた。これは平成27年度全外国人初診患者数の0.82%にあたる。

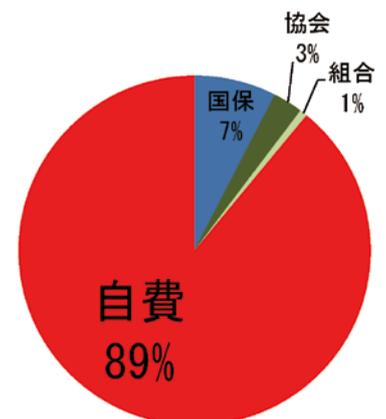


図2. 平成27年度渡航患者の健康保険分類 (n=146)

次に平成 28 年度前期（4 月～9 月）の全外国人初診患者数は 1,220 名、来院三ヶ月未満で保険を取得した該当患者は 30 名、上の中で治療目的の渡航患者は 26 名となった。割合は 2.13%であった。26 名の患者国籍を確認した（図 3）。84%が中華人民共和国（中国）、8%モンゴル人民共和国、4%フィリピン共和国、4%ミャンマー連邦共和国となった。大多数が中国からの患者であった。

次に渡航の理由としては、「親子が来日して子供の治療」42%、「家族呼び寄せ」15%、「二国に拠点あり」15%、「日本語学校入学」12%、「知人紹介」12%、「病気で入院後に健康保険加入」4%、となった（図 4）。

健康保険の種類は国民健康保険（国保）・本人 19%、国民健康保険（国保）・家族 31%、健康保険組合（組合）・家族 23%、協会けんぽ（協会）・本人 15%、協会けんぽ（協会）・家族 12%で、国民健康保険 50%・健康保険組合 23%・協会けんぽ 27%の割合で国民健康保険の取得が最も多かった（図 5）。

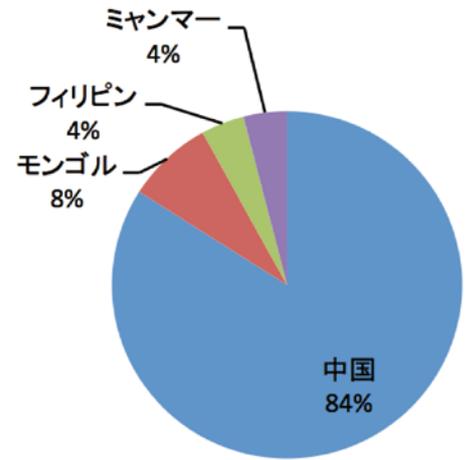


図 3. 平成 28 年来院三ヶ月未満で健康保険を取得した海外からの初診外国人患者の国籍 (n=26)

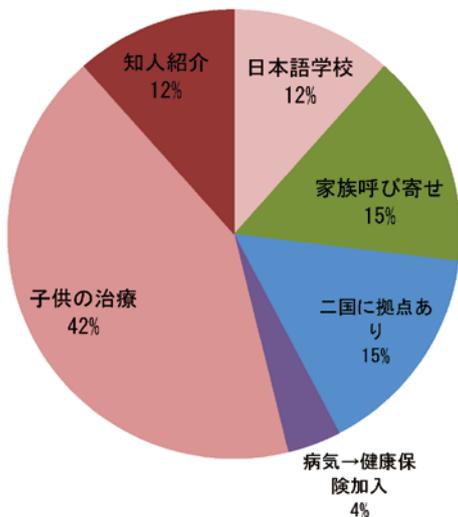


図 4. 該当患者が来日した理由 (n=26)

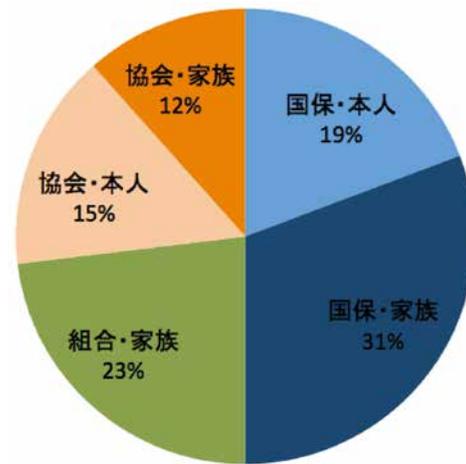


図 5. 該当患者の取得した健康保険の種類 (n=26)

最後に調査から患者本人（子供の場合は親）が日本に全く生活基盤がなく、治療が主な目的で来院した患者は 13 名（日本語学校入学、知人紹介、家族呼び寄せの一部、子供の治療の一部）であり、全体外国人初診患者数中の 1.07%であった。

#### 4. 考察

外国人患者の不適切な健康保険取得についてメディア等で取り上げていたがその実数は不明であった。今回の報告は限定的でありながら日本で初めての報告と考える。図 2 の通り、渡航患者の約 1 割は何らかの健康保険を取得して日本で治療を受けていた。しかし渡航患者でも 3 ヶ月以上日本に住んでいれば健康保険の取得は義務であり、課題の整理が必要であった。そこで平成 28 年度の前期に当院受診の 3 ヶ月未満で健康保険を取得した場合を抽出した。国籍の結果であるが、確かに中国が最も多いが人口の多さから考えれば不思議ではない。むしろ中国以外にもモンゴル、フィリピン、ミャンマーなども認めており、特定の国だけの課題でないことが理解できる。次に来日の

理由であるが、「知人」という名目で事実上は医療ブローカーと推測される例を13%認めている。そして近年のグローバル社会の発展から、日本と海外と二重生活者など合理的な理由も認めていたが、家族・親類呼び寄せ（この場合、都内でも住所・連絡先が患者と家族が全く異なる例）や日本語学校（4月入学後にすぐに受診で難病指定申請、慢性疾患の治療を開始する）からも治療が主目的と想定できうる例も一部だが認めている。当院で一番多い目的は、意外にも子供の治療であった。これが4割以上を占める理由として、子供の出産から間もない受診で保険証取得の期間が短いケースなど合理的な理由も認める。一方、東京都では子供の治療費は原則無料のために手術費なども含めた医療費・薬剤費の自己負担分が助成される乳幼児医療費助成制度（通称マル乳）を利用可能である例を抽出できた。少子化対策として子供への手厚い医療費補助は近隣国では珍しく、手術などの治療が必要な場合に健康保険取得の価値があると推測する。次の健康保険の種類であるが国民健康保険が約半分を占めた。健康保険組合の本人の事例は無かった。一方、協会けんぽは本人・家族とも認めて健康保険組合との差を認めている。今回の調査から渡航患者で健康保険を取得した人は11%（全外国人初診患者の0.82%）程度で、来院時3ヶ月未満の健康保険証を取得している患者の約半数（全外国人初診患者の約1%）が渡航治療目的と推測した。この2つの数値は年度が異なり、同じ評価とはならない。今後は平成28年度、平成29年度とさらにデータ解析を進めて年次毎の傾向を確認したい。

今回の調査で渡航治療の健康保険使用には特徴があった。それは高額療養費制度や乳幼児医療費助成制度の利用例である。「先進医療にかかる治療費を安く」、という強い患者の経済合理性からさらに先へ進んだ「高額医療の減免制度を利用した医療費支払いの回避」への可能性はある。そして当院のような渡航患者の事例は先進医療病院や大規模専門病院に多く受診すると予想する。ここで患者（家族）自体は日本の医療保険制度を熟知していると考えにくい。だからこそ医療費免除・減額の方法を知り、誘導するという手法が推測される医療ブローカーが問題と考える。厚生労働省も課題を確認しており、昨年に保険取得後の高額治療ケースの報告制度（試行）を通知している<sup>6)</sup>。今回は医療費総額までは検討していないが、これらのデータなどを用いて全国規模での調査が待たれる。

## 5. まとめ

日本の国民皆保険は住民が毎月納める社会保険料などで維持されているが、年々負担は増大している。一方、健康保険制度は世界にも稀な素晴らしい制度であるが、急激なグローバル化に伴い、社会問題となりうる危険性を孕んでいる。今回の調査報告は日本が多文化共生社会を進むための課題であり、また当院を利用する99%の初診の外国人患者は問題ないことを意味している。今回の結果から確かにメディアで報道される内容の一部は事実であるが、その患者数を具体的に示すこと、そして現時点で課題の本質が医療ブローカーの関与と高額療養費制度の利用であることを示した。そして今後のこの課題解決をはかるための基礎資料となることが本研究の目的である。

## 文献

- 1) Neil Lunt et al. Medical Tourism and Patient Mobility, Edward Elgar publishing, 2015
- 2) Japan International Hospitals (JIH) 定期実績報告書まとめ (2017年4月～9月), Medical Excellence Japan. 2018年4月20日
- 3) Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet. 2018 ; 10136: 2236-2271
- 4) 「住民基本台帳法の一部を改正する法律」、平成24年7月9日
- 5) 国保悪用の外国人急増 留学と偽り入国、高額医療費逃れ 厚労省、制度・運用見直し検討、産経新聞、平成29年1月6日
- 6) 「在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度の試行的運用について」、厚生労働省保険局国民健康保険課長、平成29年12月27日（保国発1227第1号）

## 医療通訳者の役割と当面の課題

李建銓、ピーター シェーン

北海道大学病院国際医療部

### はじめに

近年、グローバル化により高度医療を求める訪日外国人患者の増加と来日観光客の急増に伴う旅行者の医療需要に対応するため、北海道大学病院は専属の中国語医療通訳者を配置した。本稿においては、筆者が平成 29 年 2 月に中国語医療通訳者として赴任してから約一年間で経験した、特に医療通訳者の「在り方」を考えさせられる 3 症例を報告し、通訳者の担うべき役割と当面の課題を考察する。先行文献において医療通訳者の役割は、患者の代弁者、カウンセラー、コンシェルジュ、等と報告されているが、それらの妥当性と適切性について言及し、医療通訳者の関与深度や中国語に特異的な課題に関しても記述する。

### 受診した外国人患者の推移と医療通訳体制

平成 23 年から 27 年の診療データから北海道大学病院を受診した外国人患者は年平均 752 人であった (図 1A)。診療科別では特に整形外科が多く (約 7%)、ウィンタースポーツの初心者や歩き慣れない凍った路上での転倒・外傷が代表される。一方、同 5 年間で入院外国人患者 (図 1B) は合計 196 人であり、産婦人科 (53 人) が最も多く、長期在住者がその大半を占めていると想定される。なお、当初の医療情報システムでは、国籍のデータ入力欄が整備されておらず、氏名がカタカナ表記である患者を「外国人」と定義した。そのため、名前を漢字で表記した中国人、台湾人や韓国人は計数されていない。

上述の受診需要に対して、専属の医療通訳者は配置されておらず、患者が友人知人を同伴するなどして対応していた。また、札幌市内のボランティア団体の医療通訳者を直接手配することも一般的であった。特に増加傾向がみられる外国人入院患者に

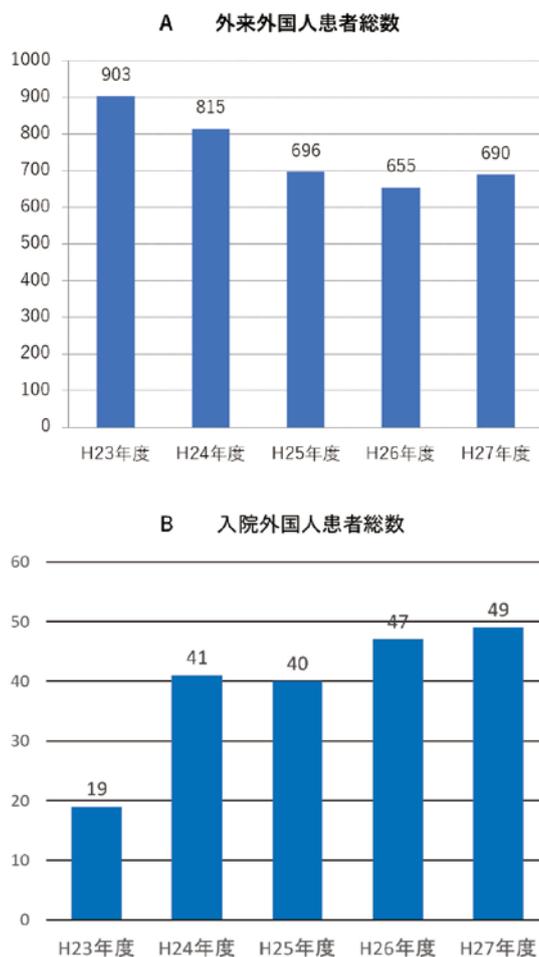


図 1. 平成 23 年から 27 年までの診療データより抽出した北海道大学病院を受診した年度別外国人患者の推移。  
 (A) 外来患者数は年平均 752 人、5 年間で約 25% の減少傾向がみられた。  
 (B) 入院患者は年平均 39 人、5 年間で約 2.5 倍の増加がみられた。  
 ※姓・名ともにカタカナの患者を「外国人」とした。  
 ※同一年度に同一科を受診した場合は、何回受診しても 1 人とし、複数科受診した場合は受診科ごとに計数した。

ピーター シェーン Peter Shane

〒060-8648 札幌市北区北 14 条西 5 丁目 Kita14, Nishi5, Kita-ku, Sapporo Hokkaido 060-8648, Japan  
 Tel. 011-706-4360 Email: shane3@pop.med.hokudai.ac.jp

関しては、入院案内や各種医療行為の同意書といった署名が必要となる文書の説明など、適切・適格な通訳が必要になり、医療安全管理の側面からも専属の通訳者を設置することになった。

### 医療通訳症例と果たすべき役割

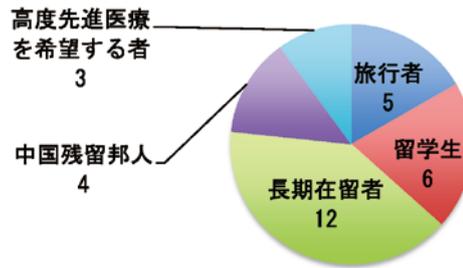
着任以降、医療通訳を利用した中華圏の患者は30人、多い順に長期在留者（12人）、留学生（6人）、旅行者（5人）、中国残留邦人（4人）、医療目的の渡航者（3人）であった（図2A）。通訳を必要とした件数を病棟・診療科別に集計した（図2B）。陽子線治療センターでは2人の患者に56件の通訳を有し、1人は1ヶ月間毎日通院し治療を受けたため、回数が顕著に多かった。次に多かったのは在住者の歯科診療（27件）であった。

大野（2017）<sup>1)</sup>によると、医療通訳者の役割は「導管」、「代弁者」、「カウンセラー」及び「コンシェルジュ」とされているが（表1）、このような役割を果たしたか、症例からの考察を以下に報告する。

#### 【症例1】低置胎盤による出血のため入院した骨髄異形成症候群合併妊娠の一例

30歳中華圏の女性が低置胎盤による出血で入院した。骨髄異形成症候群（Myelodysplastic syndrome；MDS）を罹患しており、出産まで入院が必要にもかかわらず、一時退院を希望していた。事情を聞いたところ、在留資格の期限が迫っており、健康保険も更新しなければならない状況で、医療費を心配しているとのことであった。医事課に確認し、退院前に在留資格と健康保険を更新すれば保険が適用されることを伝えたと、入院の継続を了承した。

**A 通訳を利用した中華圏の患者数**



**B 病棟・診療科別通訳件数**

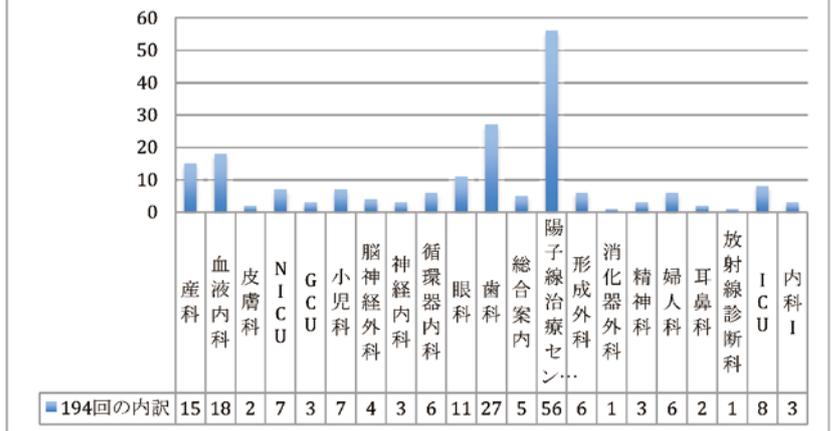


図2. 通訳を利用した中華圏の患者数及び件数。  
 A. 合計30人。長期在留者（12人）と中国残留邦人（4人）が合わせて約半数であり、留学生（6人）、旅行者（5人）、先進医療を目的とした渡航者（3人）の順に多かった。  
 B. 病棟・診療科別の通訳件数では連日治療が行われる陽子線治療センター（56件）が圧倒的に多かった。  
 ※病棟及び診療科での通訳件数：同一患者が複数の異なる診療科を受診した場合も含まれる。

表1. フィールドノートから得られた医療通訳者の役割（大野 [2017: 223]）

役割	内容
導管	医療者の発言をそのまま通訳した
患者の代弁者	患者に診療前に聞きたいことを聴取してリスト化し、診療中にそのリストを通訳した
患者の不安を和らげるカウンセラー	診療や検査の合間に、世間話をして不安を和らげた
必要なサービスを先取りするコンシェルジュ	診療中に、保険でカバーされなさそうな治療内容を特定し、その場で保険会社に確認して医療者と患者に報告した入院前の問診票の記入で、患者の手が止まった場合に声をかけて援助した

出産後、MDS の治療目的で副腎皮質ステロイドの内服が継続されたが、授乳に当たって胎児への影響があることを心配し、自国の医師に相談、服用を中止したことを通訳者のみに伝えてきた。通訳者として医師に報告し、患者には次回の診療にあたって医師に直接話すように勧めた。

退院後も MDS の治療と乳児予防接種のため定期的に通院していたところ、ある時に直近の来院時には夫が双極性障害と診断されていたことを新たに申し出た。当日、夫が院内にて所持品をばら撒いたり、床に座り込んだりし、明らかに異常な言動を発した。患者は非常に悩み、院内の医療通訳者に助けを求めてきた。

本症例の入院時においては当然「導管」と「代弁者」の役割は果たした。一方、ビザの延長や夫の双極性障害については、医事課並びに医療支援課に相談した。通訳者としては医療者の発言を忠実に伝えることを専門的に扱い、社会保障や法的な相談には対応できないし、すべきではない。また、夫婦とはいえ夫は別の患者であり、別途受診時に通訳者として呼ばれるまでは相談に乗るべきではないと考える。

**【症例 2】 中国より医療目的訪日の小児患者の一例**

6 歳女児、小児髄芽腫に対する陽子線治療のために来院。当初は父親と叔父が同伴し、患児は治療の度に抵抗した。治療開始から 2 週目に母親が来院してからは落ち着くようになり、治療も順調に進んだ。担当医は母親の同伴が患者のためになると示した。母親と面談したところ、患児の親権が父親にあるため、医療滞在ビザを取得できなかった。治療期間中は付き添いたいため、当院に協力を求めた。医事課に確認し、その時点で医療滞在ビザを取得するのは難しく、医療コーディネーターの仲介が勧められ、母親に伝えた。

この症例において小児患者に対して「不安を和らげる」ことの重要性が示された。特に陽子線治療中は通訳者は例外として医療者しか治療室に入れられないため、家族は待合室で待たされる。治療中は頭部にシェルをつけ、じっと動けない状態を保つ必要があり、小児患者にとっては相当きつい過程である。そのため、1 ヶ月半の治療期間に患者と良い関係を築き、通訳業務を超えた介入もしばしばあり、毎回照射の合間に治療室に入り、具合を聞いたり、慰めたり、励ましたりして治療が順調に進むよう努めた。

この症例は家族の希望に応じ「コンシェルジュ」の役割も担うとともに、治療の状況を先読みし、患者の不安を和らげるために「カウンセラー」という役割を果たした。本来、通訳者は精神医学や臨床心理学の専門的知識を持たないが、常識的に不安を和らげる役割として「代弁者」と「カウンセラー」を合併した「ホスピタリティのあるメッセンジャー」と称したい（表 2）。いずれにしても、ここで患者との間で生じた「関与の深度」も興味深い課題である。

表 2. 役割について

大野 (2007) の定義による役割	役割	内容	留意点
導管	パイプ役	双方向で忠実に通訳する	言語の媒介と文化の仲介
患者の代弁者 患者の不安を和らげる カウンセラー	ホスピタリティのある メッセンジャー	患者に偏らずに状況・事情を聴き取り、医師や看護師に返事・回答を取得し、患者に伝える	患者のプライベートに踏み込みすぎないように、通訳以外言葉が少ない印象は丁度いい
必要なサービスを先取りする コンシェルジュ	プロセスを熟知するサポーター	前もって事情聴取・情報収集	知識の蓄積と先読みの能力

### 【症例3】隆起性皮膚線維肉腫の一例

65歳中国人女性、20年ほど前より左下腹部に腫瘤出現、数か月前より急速に増大し、疼痛を伴う。他院より紹介され、当院で手術することが決定した。入院初期、長年北海道で生活している息子が付添いに同行したが、術後最短1ヶ月の入院と24時間体制の介助が必要のため、仕事を抱えている息子は長期間介助することが難しいと医師が考え、手術を行う条件として「必ず通訳を雇うこと（実質は介助）」と指示を出した。ただし、息子は必ず最後まで付添いすると保証し、通訳の雇用は視野に入れていない姿勢を示し続けた。理解の相違を無くすために院内医療通訳が依頼された。

患者は高齢で、しかも成都の方言しか話せない上に、文字が読めないので筆談もできないことが判明した。たとえ通訳が仲介しても、患者とコミュニケーションを取ることが難しいことがわかった。また、息子と懇談した後、中国の一人っ子政策時代に生まれたため、家族との絆が如何に固いものかが分かった。このような事情を医師に伝え、条件を緩めていただき無事手術が行われた。

この症例において医療通訳者は「言語の媒介」にならず、「文化の仲介」の役割を果たしたと思われる。また、「必要なサービスを先取りするコンシェルジュ」という役割を担った。中国には多くの方言が存在し、公用語のマンダリン（北京語；「普通話」）が理解できない者もいるため、出会う機会は多くはないが、知っておく必要がある。通訳者とは「言葉の媒介者」と「文化の仲介者」であり、患者の要望を先取りして自らこれに対応するものではない。問診票や承諾書、同意書などの書類は先取りして目を通したり、翻訳しておいたりする必要があるが、接客責任者としてのコンシェルジュとは異なる。そして「必要なサービスを先取りするコンシェルジュ」を、「プロセスを熟知するサポーター」に替えたほうが通訳者の身分も守ることが可能であり、患者のプライベートにも立ち入り過ぎることも防ぐことができる（表2）。

### おわりに

厚生労働省策定の医療通訳育成カリキュラムによれば、医療通訳者には倫理基準として、忠実性（正確性）、中立性（公平性）及び信頼性（誠実さ）が求められており、「私的な関係の回避」と「自分の能力の限界を知る」重要性も示されている。患者は言葉の通じない海外に来て、ともかく通訳者に頼る傾向があり、私的な関係を結ぶことにより過大な期待を抱かせたり、判断を誤ったりする恐れがある。

### 参考文献

- 1) 大野直子（2017）「医療通訳者の役割について —シンガポールの診療所の事例から—」津田塾大学紀要（49）：217-227

## ブラジルにおける日本人移住の歴史とサンタクルス病院

西国 幸四郎、石川 レナト、佐藤 マリオ、二宮 正人、  
Leonel eremamdes Oliveira、山野 正一、ジュリオ

Santa Cruz Hospital, São Paulo, Brasil

### サンタクルス病院の歴史

初期移住者の健康問題を解決すべく建設されたサンタクルス病院の歴史は、ブラジルにおける日本人移住の歴史と言っても過言ではありません。ブラジルへの最初の移住者は、1908年（明治41年）6月18日、笠戸丸に乗った781名の移住者たちでした。初期移住者たちはコーヒー園の雇用農としてブラジル南東部（主としてサンパウロ州）に入植した者が多く、幾多の苦難がありました（1889年から1941年にかけて日本から南米に24万4536人が移住しましたが、そのうち、18万8986人がブラジルへの移住でした。これは日本政府にとってのブラジル移民の重要性を物語っています。また、その7割がサンパウロ州に向かいました）。(図1)



図1. 1908年、781名の移民を乗せた笠戸丸は神戸より出航し、約2カ月の長旅を経てブラジルのサントス港に到着。

当時、日本においては、ブラジルで起こる熱帯特有の病気はまったく知られていませんでした。ブラジルの奥地に集中した移住地では病院が不足しており、医師の往診を受けるにも多額の費用がかかる他、言語の壁もあり、多くの移住者が命を落としました。そこで、1926年、日本人移住者及びその子孫の健康改善活動のため、在ブラジル日本人同仁会と呼ばれる慈善協会が設立され、移住者たちが直面する病気や予防上の注意に関するものが定期的に発行されるこ



図2. 同仁会パンフレット：移民たちが直面する病気や予防上の注意等が記載されている。当時、無防備な移民をマラリア、寄生虫、トラコーマなどの伝染病が襲った。

とになりました。これらの活動が後のサンタクルス病院建設へとつながっていきます。(図2)

1934年、皇室から御下賜金を頂き、日本政府と日系社会が総力を挙げて、日本人移住者が当時最も必要としていた病院建設が始まりました。1939年、苦しい移住生活の中、すべての移住者が、『一個のレンガ代でも』と言って、手を差し伸べて建設された真心のこもった病院が完成しました。移民の健康を守ることが、契約農やその家族ら自身が生き残るための条件であったことから、サンタクルス病院は「日本病院」と呼ばれ、サンパウロの日本人団体の中核施設となりました。(図3)



図3. 1934年、天皇陛下から御下賜金を頂く。

日本病院（唯一の日伯両国の慈善建設）

日本人移住者が最も必要としていた病院で、苦しい移住生活の中、『一個のレンガ代でも』と言って、手を差し伸べた真心のこもった病院。

当院は、慶応大学とサンパウロ大学の教授たちとの協同で開院されることになり、当時はまだ大学病院も設立されていなかった為、ブラジルの心臓移植手術の第一人者であるゼルビーニ医師やサンパウロ・癌センター創設者のアントニオ・プルデンテ医師なども当院に勤務しておりました。当院は、ブラジルで初のレントゲン機材を取り入れるなど、最新技術と高い医療レベルで日系社会のみならずブラジルの医療や福祉に大きく貢献して参りました。(図4)

ところが、第2次大戦中の1942年、枢軸国に關係する施設として伯国政府の介入に遭い、日系人が病院経営から離れてしまいます。1989年、日系社会による返還運動によって、日系人が再度病院経営に携わるようになるまで、長い年月が経ってしまいましたが、その際、日系社会が再結集したことは記憶に新しい出来事です。1950年、日本では、被爆者に対する医療追跡及び治療が始まりましたが、それは日本で暮らす被爆者に限定されていました。1984年に原爆被爆者の森田隆氏によりブラジル被爆者平和教会が設立され、2002年、当時原爆の後遺症に苦しんでいた森田氏が当院で治療を受けたことがきっかけ



図4. サンタクルス病院は慶応大学とサンパウロ大学の教授たちの協同で開院された。当時は、最新の設備があり、南米で最も先進的と評価された病院だった。

けで、2004年、日本政府による資金提供の下、広島の高島（放射線被曝者医療国際協力推進協議会）と当院が協定を結ぶことになりました。こうしてようやく当時130人の日系人被曝者を対象に治療ができるようになりました。（図5）

以来当院は再び日本との連携協力を深め今日に至ります。2014年、ブラジル・サンパウロを訪問中の安倍晋三首相の車列に追突事故が起こり、随行していた官邸や外務省の職員ら計11名が軽い打撲などを訴えて当院にて受診されたように、日本からの使節団が来訪する際は、サンパウロ市内中心に位置する当院が対応することとなっております。また、2015年、皇室から秋篠宮同妃両殿下が当院を表敬訪問して下さいました。さらに、2016年のリオ五輪においては、日本語対応可能な医師及び看護師をリオデジャネイロに派遣し、期間中日本から来られた五輪応援団である19名の邦人を診察し、そのうち3名は手術が必要とのことから、当院医師・看護師がリオの病院に付き添い医療サポート等を行いました。



図5. 日本からの医師とサンタクルス病院の医師が被曝者患者を協同で診察

## 日本の大学との連携

### ●神経内視鏡国際シンポジウム

当院主催により、2001年に東京女子医科大学、2003年に東京女子医科大学及び埼玉医科大学、2007年に東京女子医科大学、埼玉医科大学、大阪大学及びフロリダ大学と共に神経内視鏡国際シンポジウムを実施しました。

### ●筑波大学

2016年9月、当院と筑波大学との連携協定が締結されました。本協定は、人材交流、共同研究、学術交流等を通じて、基礎医学研究と臨床をつなぐ橋渡し研究の推進が期待されるものです。そして2017年の6月、筑波大学、サンパウロ大学医学部（FMUSP）、JSPS（日本学術振興会）そして当院との共催により「第1回日伯学術セミナー」をサンパウロ大学医学部にて行いました。同セミナーでは、筑波大学の永田恭介学長が「ウイルス感染症のコントロール」と題し、当地で深刻な被害をもたらしているジカウイルスにふれ、ウイルスをどのように調査し、上手く応用していくかの講演を行いました。さらに、同大学と臨床ケースにおけるディスカッション等も実施しており、胃体下部の病変腫瘍症例での治療で、日本の医療技術である内視鏡治療（ESD - Endoscopic Submucosal Dissection）のライブ手術も当院で実施する予定です（2018年1月実施）。

### ●大阪大学

2016年8月、当院にて、大阪大学医学部附属病院国際医療センターと合同シンポジウムを開催し、中田研センター長、南谷かおり副センター長等8名が同センターから出席されました。

## 今後の展望

現在では、JICAの民間連携事業としてFUJIFILM社の協力を得て、サンパウロ大学病院、アマゾンア病院と共に遠隔医療診断（TELEMEDICINE）を実施しております。現在のブラジルの人口は約2億7百万人で、約43万人の医師の登録がありますが、そのうちの4%を占める1万8千人の医師が日系人医師としてブラジル全土で活躍をされております。今後は、北はアマゾンから南はリオグランデ・ド・スルまでの日系人医師や日系病院と連携し、遠



図 6.

隔医療診断のネットワークを構築する計画をしております。(図 6)

また、当院は邦人及び日系人の方たちに、日本語でのアテンドを行います。入院食も和食を選ぶことが可能です。2016年より2年間、JICA ボランティアの栄養士の方に当院栄養士及び料理士に対し和食の作り方の指導を行って頂き、みそ汁、うどん、おにぎりなどの和食入院食の質の向上に大きく貢献して頂きました。その経験を活かし、今後はJICA、日本の大学病院及びこちらの日系病院と連携しながら栄養学等の共同研究も行っていきたいと考えております。

さらに、当院と日本の病院間との連携事例のひとつとして脳動脈瘤患者の病院移転のケースがあります。本件は、名古屋から来伯していた方を当院にて手術を実施し、クリッピングの開頭術後、経過観察が必要だったところ、その時点で無症状であったため患者様も早期の帰国を希望しておりましたので、術後のフォローを名古屋市立大学の脳神経外科と情報交換をしながら行い、無事引き渡すことができた好例となります。このフォローの結果、日本の病院ですぐ退院できた患者様は、お礼を言いにと再びこちらに元気な姿を見せられました。このように当院はこれからも日本との連携強化を推進し、日本とブラジルの架け橋の一端を担えればと思います。

最後に、現在 AMED (国立研究開発法人日本医療研究開発機構) は海外 3 カ国にオフィスがございいますが、是非、世界で一番多くの日系人が住むブラジルにもオフィスを作って頂ければ幸いです。

寄稿の機会を頂きましてありがとうございました。

## 特定非営利活動法人ジャパンハートで経験した、 カンボジア王国での医療活動

My experience of medical activities in Cambodia as a volunteer of JAPAN HEART

遠藤 俊治<sup>1)</sup>、長谷川 彩未<sup>2)</sup>、吉岡 春菜<sup>2)</sup>、吉岡 秀人<sup>2)</sup>

Shunji Endo<sup>1)</sup>, Ayami Hasegawa<sup>2)</sup>, Haruna Yoshioka<sup>2)</sup>, Hideto Yoshioka<sup>2)</sup>

1) 地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 消化器外科

Department of Gastroenterological Surgery, Higashiosaka City Medical Center

2) 特定非営利活動法人 ジャパンハート

International Medical Volunteers Japan Heart

### 〈要旨〉

カンボジアは東南アジアに位置する国である。1975年～1979年のポル・ポト政権で多数の医師が殺害され、現在でも医療水準が低い。とくに農村部では経済的理由などで医療を受けられない人が多い。特定非営利活動法人ジャパンハートは2004年に設立され、2008年からカンボジアで医療活動を行っている。2016年までは、地方にあるいくつかの公立病院の手術室を間借りし、無償で手術をおこなっていた。2016年5月にプノンペン郊外にAsia Alliance Medical Center（ジャパンハート医療センター）を開設し、常時医療活動ができるようになった。筆頭筆者は2014年以降5回、短期ボランティアとしてカンボジアでの手術活動に参加した。期間はそれぞれ4～5日間で、手術症例は、単径ヘルニア、甲状腺腫、陰嚢水腫、体表腫瘤（粉瘤、脂肪腫）、痔核、痔瘻などが多かった。現地では限られた医療資源で多くの患者の手術を行うための工夫がなされていた。ジャパンハート医療センター開院前の年間手術件数は400例弱であったが、2017年は1187件に増加している。ほかに乳房腫瘍、卵巣腫瘍、骨盤臓器脱、帝王切開などの手術が多かった。手術以外にも、内科治療や分娩、周産期医療を行っており、2018年6月には小児がん治療病棟も開設した。現地の人々に無償で医療を提供しているほか、現地人医療者の育成にも力を入れている。

〈キーワード〉 カンボジア、国際医療、ボランティア

Cambodia, International Medicine, Volunteer

### 1. はじめに

カンボジア王国は東南アジアに位置する立憲君主国である。近年、都市部を中心として急速に近代化がすすんでいる。しかし医師の数は人口1,000人あたり0.143人（2014年）と少なく、日本（人口1,000人あたり2.367人、2014年）の16分の1以下である<sup>1)</sup>。医療水準は日本と比べて低く、また保険制度が整っていないこともあり、とくに農村部では医療を受けることができない人が多い。

筆頭筆者は、特定非営利活動法人ジャパンハートの活動に短期ボランティアとして参加しており、2014年以降5回カンボジアに渡航し手術を行ってきた。筆頭筆者の経験を報告するとともに、ジャパンハートのカンボジアでの活動を紹介する。

遠藤 俊治 Shunji Endo

〒578-8588 東大阪市西岩田3-4-5 市立東大阪医療センター消化器外科

3-4-5 Nishiiwata, Higashiosaka, Osaka, 578-8588 JAPAN

Tel. 06-6781-5101 Fax. 06-6781-2194 Email: [endo-s@higashiosaka-hosp.jp](mailto:endo-s@higashiosaka-hosp.jp)

## 2. カンボジアでの手術経験

筆頭筆者が手術活動を行った病院は、首都プノンペンから車で1～2時間程度の距離にある、コンボンチャム州のチューンプレイ病院、プレイベン州のペイリアン病院、カンダール州のロカカオン病院と、カンダール州に2016年5月に新設されたAsia Alliance Medical Center（ジャパンハート医療センター）（図1）である。期間はそれぞれ4～5日間で、26～34件の手術を行った。手術疾患は、鼠径ヘルニア、甲状腺腫、陰嚢水腫、脂肪腫、粉瘤、痔核、痔瘻などが多かった。いずれも体表からの診察が可能な疾患で、CTや内視鏡などの診断手段の必要な内臓疾患はなかった。鼠径ヘルニアや甲状腺腫は日本で経験するより大きいものが多かった（図2）。

手術は、日本から参加している長期ボランティア医師（1年以上現地滞在）や、筆頭筆者と同様に数日間滞在する短期ボランティアの医師と、カンボジア人の若手外科医を交えて行った。また手術室では日本人、カンボジア人の看護師や、日本人の薬剤師、カンボジア人の通訳、カンボジア人学生（奨学金生）など、大勢の人々の協力があった。術中の医師間のコミュニケーションは英語で、患者とのコミュニケーションはカンボジア人通訳を通じてカンボジア語（クメール語）で行った。筆頭筆者は主に若手カンボジア人医師の執刀の助手を務め、指導を行った。

手術の手洗いは、滅菌水はなく、水道水と石鹸で行い、アルコールスプレーを噴霧した。手術ガウンや覆い布は布製で、毎日洗濯し天日で干し、オートクレーブ滅菌を行っていた。ところどころに継ぎ接ぎや修復がなされていた。手術室の機材はほとんどが日本から寄付されたものであった。ガーゼは現地のものは質が悪く糸くずが出るため、術野によって、現地のガーゼと日本のガーゼを使い分けていた。縫合糸は主に日本から寄付されたものを使用していたが、1本の糸を短くて使えなくなるまで使用していた。鼠径ヘルニアの手術は、成人の場合はリヒテンシュタイン法を行うことが多いが、日本では1症例に1枚使う15×15cmのメッシュを、9等分して使っていた。また、甲状腺腫などで術後に留置するペンローズドレーンは5cm程度に短切して、より多くの患者に使用できるように工夫されていた。手術室には、蚊やハエを退治する電撃殺虫器や、停電時用の懐中電灯が常備されていた。停電は頻繁に起こったが、手術は中断することなく、懐中電灯の明かりの下に継続された（図3）。

手術期間中は朝夕にミーティングを行い、患者情報を共有した。言語は通訳を介して、日本語とカンボジア語



図1. Asia Alliance Medical Center（ジャパンハート医療センター）全景。右側が2016年5月に完成した1期病棟、左側が2018年6月に完成した2期病棟。



図2. 40歳代女性の甲状腺腫。摘出標本は10×8×8cm大であった。



図3. ロカカオン病院の手術室。筆頭筆者とカンボジア人医師、カンボジア人看護師、日本人看護師で手術を行っている。無影灯の光量が十分でないため、懐中電灯で術野を照らしている。

の両方で行われた。術後の患者のフォローは主に看護師により行われており、抗生剤の選択やドレーン抜去、抜糸、退院許可も看護師が主体で行っていた。このため外科医は手術に集中することができた。手術はときに夜中までかかることもあったが、ひとりでも多くの患者の手術を行うために全員が一丸となっていた。

### 3. ジャパンハートの活動

ジャパンハートは2004年に日本発祥の国際医療ボランティア団体として設立された<sup>2)</sup>。2008年にカンボジアでの医療活動を開始し、農村地帯にあるペイリアン、チューンプレイ、ロカカオンの3公立病院と提携し、特定の期間だけ間借りして、年間120～400例弱の手術を無償で行ってきた。2016年5月9日に、安定した医療提供と、継続的な現地人医療者の育成を目的に、プノンベン北東約35kmのカンダール州ボンネル郡に、ベッド数40床のジャパンハート医療センターを開院した。病院の設立は日本からの寄付により実現した。外科・内科・小児科・周産期科を中心に診療を行っている。

ジャパンハート医療センターでの2017年の外来患者数は7,575人、手術件数は1,187例であった。手術疾患は多い順に、皮膚・皮下腫瘍425例、鼠径ヘルニア206例、陰嚢水腫96例、甲状腺腫瘍87例、乳房腫瘍70例、卵巣腫瘍36例、骨盤臓器脱30例、帝王切開26例、リンパ節生検23例、停留精巣22例、膿瘍ドレナージ22例、熱傷瘢痕拘縮16例、子宮筋腫15例、血管腫14例、包茎14例などであった。手術症例は参加医師の専門を考慮して選ばれている。

2018年6月19日にはジャパンハート医療センターの2期工事が竣工し、ベッド数80床となった。新病棟は「子ども医療センター」として小児がん治療を行っていく予定である。

### 4. 考察

カンボジアでは1975～1979年のポル・ポト政権で多くの医師が殺害された。ポル・ポトは自らの政治体制の矛盾を見抜きうるインテリ階級を極度に恐れたため、医者や教師を含む知識階級や、眼鏡をかけている者、文字を読もうとした者など、少しでも学識がありそうな者などは収容所に送られ殺害された。ポル・ポト政権下の大虐殺による被害者数は正確な人数は不明ながら200万～300万人とされている<sup>3)</sup>。ポル・ポト政権後に生き残った医師は少数で、その後は未熟な医師が送り出されるようになった。今なお医師数は少なく、医療施設や医薬品も不足している。また日本のように国民皆保険制度はなく、診察代や薬品代は全額患者負担となるため、多くの人々が基本的な医療を受けられない状況が続いている。とくに地方の人々は道路事情や交通手段、金銭面の問題から病院へ行くことが困難なことが多く、症状が出た場合は近くのヘルスセンターに行くか、薬局で薬を購入するか、自宅で伝統医療を行うことが多い。また特に症状のない腫瘍では何十年も放置している場合もある。

ジャパンハート創設者の吉岡秀人は、1995年にミャンマーでの医療活動を始めた。医療支援活動のさらなる質の向上を目指して2004年にジャパンハートを設立し、2008年に特定非営利活動法人の認可をうけた。団体の活動は、日本から参加する多くの医療者や非医療者のボランティアによって支えられている。その数は年々増加し、2017年末までに通算3,500名を超えるボランティアが参加し、15万件の治療を行ってきた<sup>2)</sup>。「医療の届かないところに医療を届ける」ことを基本理念として、途上国の医療のみならず、日本国内の僻地・離島医療、災害医療、人と患者のこころのケアなどを行っている。

カンボジアでジャパンハートが提携している地方の3病院は、ベッド数70床程度で、州内では2、3番目に大きな公立病院で、手術設備もある。しかし技術を持った医療者がおらず、手術室が上手く稼働していない病院であっ

た。ジャパンハートの支援により手術室が稼働できるようになったが、現地の医療者への技術移転が課題であった。ジャパンハート医療センター開院後は、カンボジア人の若手外科医数名が常駐し、日本人医師の指導を受けている。また、引き続き地方の病院でも移動診療や手術活動を行っている。

カンボジアの医療は日本と異なり、資源や人員が限られている。その中でなしうる最善の治療を常に考える必要がある。日本では治療可能な疾患が現地では治療できず、ただ放置するしかない場合すらある。

また現地では、手術後の片付けや器械の洗浄、清掃まで全員で行っている。そして約40人以上のスタッフやボランティア全員が宿舎で共同生活をしており、炊事や掃除なども、国籍、年齢、性別を問わず協力して行っている。全員が一体となって現地の医療のために奮闘している。

ジャパンハートの活動により、いままで医療をうけることができなかつた人々が救われ、また多くの現地人医療者が育っていくことを願っている。

#### 文献

- 1) World Health Organization [Internet]. Geneva: Density per 1000 Data by country, Global Health Observatory data repository; c2016 [cited 2018 Jun 15]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>
- 2) 特定非営利活動法人ジャパンハート [Internet]. 東京: ジャパンハートとは; c2018 [cited 2018 Jun 15]. Available from: <http://www.japanheart.org/about/outline/>.
- 3) Shawcross W. The Quality of Mercy: Cambodia, Holocaust, and Modern Conscience. New York: Simon & Schuster; 1985. p. 115-116.

次回学術集会のお知らせと演題募集

# 第3回 国際臨床医学会学術集会

3rd Annual Meeting of  
International Society of Clinical Medicine

DATE 2018.12.8 SAT

会場：  
伊藤国際学術研究センター  
東京大学本郷キャンパス

会長：田村 純人  
東京大学医学部附属病院 国際診療部長

参加費： **事前** 医師 10,000円  
医師以外 5,000円  
事前参加登録期間：10月1日(月)～12月3日(月)

**当日** 医師 12,000円  
医師以外 6,000円  
学生 無料  
※学生の方は受付時に学生証を提示してください

## 演題募集

2018年  
7月2日(月)正午～9月7日(金)正午  
詳細は国際臨床医学会HPへ  
<http://kokusairinshougaku.jp/meeting/>



国際診療の  
深化と広がり

主催事務局：東京大学医学部附属病院 国際診療部  
〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

運営事務局：ネクストイノベーションパートナーズ株式会社  
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町2-6-13  
TEL: 03-3527-3853 FAX: 03-3527-2456 E-MAIL: icm2018@nextinnovationpartners.com



## 編集後記

大阪北部地震、西日本豪雨で被災された皆様に、心よりお見舞い申し上げます。

さて、国際臨床医学会は今年で3年目となります。学会設立2年目の昨年に、国際臨床医学会雑誌第一巻第一号を創刊し、記念すべき第一回学術集会の報告をさせていただきました。

本号では、第二回学術集会の演者を中心に構成しておりますが、新たに原著論文の投稿を受け付け、査読を経て採択となった論文を掲載させていただきました。ご投稿頂きました先生方に、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

今回の目次を見て頂きますと、日本の医療現場で働く医師だけでなく、看護教育や医療通訳者からのご投稿や、また国際機関、国際的企業、教育機関、外国からの寄稿など多方面からの参加を頂いていることがご理解いただけると思います。国際臨床医学会の理念である「多領域の医療従事者及び研究者が集まり」、多方面から国際医療に対する学術的交流が行われている今を感じて頂けるのではないかと存じます。

医療の国際化を取り巻く環境は日々変化しております。国際医療に対する皆様の情熱と共に、日本から国際医療を発信するために、次号でも新しい企画や英語による論文掲載などチャレンジしてまいりたいと思います。温かく見守っていただけますと、大変ありがたく存じます。

平成30年7月

学術・編集委員会 田畑知沙・田村純人

**国際臨床医学会雑誌／JICM**

第2巻 第1号

平成30年7月30日発行

発行所 国際臨床医学会  
〒530-0005 大阪市北区中之島4丁目3番53号  
大阪大学中之島センター6F (一社) 臨床医工情報学コンソーシアム関西  
Tel. 06-6444-2144 Fax. 06-6444-2141  
E-mail: [info@kokusairinshouigaku.jp](mailto:info@kokusairinshouigaku.jp)  
<http://kokusairinshouigaku.jp/>

編集委員長 田村 純人  
編集委員 田畑 知沙、山田 秀臣、押味 貴之

印刷 共進社印刷株式会社

本誌掲載記事の転載・複製の際は本学会学術・編集委員会へお諮り下さい。