

我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容

齋藤寧々¹⁾ 清水周次²⁾ 長谷川学³⁾ 萩原明人⁴⁾

- 1) トップ九州国際医療コンサルティング株式会社 代表取締役・米国公認会計士
- 2) 九州大学病院国際医療部 教授
- 3) 内閣官房国際感染症対策調整室 企画官(現 厚生労働省健康局健康課予防接種室長)
- 4) 九州大学大学院医学研究院医療コミュニケーション学分野 教授

1. はじめに

近年、我が国では早いペースで国際化が進んでいる。街中で外国人を見かけるのが日常の光景になった。観光立国と外国人労働者の受け入れを進めており、今後、更に国際化が進むものと思われる。今回の日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会では、近年の国際化によって医療や福祉の現場ではどのような変化や問題が起きているのか、それはどのような特徴を持っているのか、我々はその問題とどのように向き合っていけばよいのか、といった点について多角的に検討した。「我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容」と題する本シンポジウムでは、急速な国際化によって医療や介護の現場で起きているコミュニケーションに関する問題を記述することを目的とした。3 人のシンポジストが、医療ツーリズムで日本を訪れる外国人の立場から、訪日外国人を受け入れる病院の立場から、及び、所管する政府に立場から、それぞれ、医療コミュニケーションに関する現状や課題について報告した。シンポジストによる報告に先立ち、座長が国際化と医療コミュニケーションに関する知見を紹介した。

2. 国際化の医療コミュニケーション

ここ 20 年の間に国際化が進行し、医療ツーリズムや滞在中に病気になって我が国の医療機関を受診する外国人が増えている。その結果、外国人患者による医療費の未払いや支払額を巡る紛争も増加している。医療者は異なる文化背景を持った人々と接する機会が増えている。文化は医療の場におけるコミュニケーションにおいて重要な役割を果たすことが知られており(Geist, 1997, 他)、「医療者-患者」、「医療者-医療者」および「医療者-家族」間コミュニケーションに影響を及ぼす。我が国の医療現場では、否応なしに、医療における文化的多様性が重要な問題になっている。円滑なコミュニケーションを妨げる、あるいは、妨げる可能性のある、文化的な要因について紹介する。

(1) 自民族中心主義と偏見

自民族中心主義とは、自分が属する集団を中心に、他者や世界を見る傾向のことをいう。異なる文化を持つ人々を主観的あるいは批判的に評価する(Porter & Samovar, 1997)。その結果、他者を十分に理解することを妨げ、コミュニケーションの障害になる。また、異文化を持つ他者への共感・理解が欠如する。例えば、米国で、あるアラブ女性が緊急の心

臓手術を受けることになり、若い男性の放射線技師が、アラブ人女性の心電図測定をすることになった。男性技師が、測定のために女性に服を脱ぐように言ったところ、その場にいた家族がこれに抗議し、女性技師と交代することを要求した。しかし、自民族中心主義の男性技師は、家族の要求が理解できず、憤慨する結果となった(Porter & Samovar, 1997)。

偏見は他者に対し以前の判断や経験に基づき判断を下すことをいう。偏見により、我々は根拠のない情報に基づいて、他者に対して固定した態度、信念、感情を抱く。また、反対の証拠や変化に対して柔軟に対応できない(Ponterotto & Pedersen, 1993)。偏見は他者の多様な面や資質を見出すことや、他者の理解を妨げ、他者の低評価につながる。明らかに、偏見は良好な医療者-患者コミュニケーションの妨げとなる。

(2) 「個人主義」文化 vs. 「集団主義」文化

医療者が患者の属する文化類型を知らずに接することにより、円滑なコミュニケーションを取れないことがあるので、この文化類型を正しく認識することは重要である(表1)。個人主義的文化は、集団や社会の利益よりも、個人・家族の利益や目標を重んじる(Gudykunst & Kim, 1997)。集団主義的文化は、個人主義的文化の対極にあり、地域や集団の利害が優先される(Gudykunst & Ting-Toomey, 1988)。非言語的レベルでも異文化間の違いがあり、集団主義的文化を持つ人は、集団の一体感や調和を図る感情を多く出す傾向にある(Anderson, 1997)。例として、子宮外妊娠、腹腔内出血を患ったモン族の女性(Walker, 1996)の例を紹介する。緊急手術をすることになったが、親族の年長者は外科医に対し「手術が成功すること」、「術後に妊娠が可能であること」の2つを手術の同意条件とした。患者は医学的には十分に快復したが、不妊症となった。その結果、彼女の夫は不妊症を理由に、離婚を要求し、子どもの親権を取った。彼女は、親戚や経済的支援もない状態で、米国に取り残されることとなった。モン族は集団主義文化で、これらの事情を医療者が認識しておれば、女性患者は別の結末を迎えた可能性がある。

(3) 環境依存度と文化

文化によってメッセージを解釈する際、環境の使い方に違いがある(図 1)。高環境依存型文化は、文化に基づくルールによって、メッセージを理解する。高環境依存型文化では、メッセージの意味を解釈するためのルールが多く存在す

表 1. 「個人主義」 vs 「集団主義」

個人主義的文化	集団主義的文化
<input type="checkbox"/> 個人を重視する <input type="checkbox"/> 個人の要求を強調する <input type="checkbox"/> 治療方針の決定に際し、自主性を強調する 例：米国、カナダ、西欧	<input type="checkbox"/> 集団を重視する <input type="checkbox"/> 集団の調和を強調する <input type="checkbox"/> 治療方針の決定に際し、合意を強調する 例：日本、パキスタン、タイ、南米

る。例えば、環境と医療コミュニケーションとの関わり (Porter & Samovar, 1997) について、高環境依存型文化を持つ人は、低環境依存型文化を持つ人よりも、医療者の非言語行動に対し、注意を払っている。高環境依存型文化の人は、他者も暗黙のルールを理解できているため、低環境依存型文化の人より口数が少なく、誤解を招くことがある。逆に、低環境依存型文化を持つ人にとっては、意味はメッセージの内容から出てくる。従って、低環境依存型文化の患者は、患者教育用の機材やパンフレットなどを、言語的メッセージとして、非常に有用と受け止める。高環境依存型文化における権威者と家族 (Gervais, 1996) の例を紹介する。アジアの特定の民族は、医師のような権威者に告げられる悪い知らせは呪いの力を持つと信じている。もしこのことを知っていれば、医師は、「あなたの息子は死にかけています」ではなく、「来週あたりに、ご家族は辛い時期を迎えるでしょう」といった間接的な表現を用いることにより、患者の懸念を払拭することが出来る。

3. 日本の医療サービスを求める中国人患者のニーズの変化及びそれに対応する医療通訳の役割

近年、国際医療インバウンドの流れが健診目的から受診目的へと確実にシフトしている。外国人患者と我が国の医療機関の医療従事者とのコミュニケーションの内容と密度がますます濃くなっているなかで、どのようなコミュニケーションギャップがあって、その背後にある原因は何かについて、医療通訳の現場で見た事例を紹介しながら検討したい。

ギャップ1: 医師を信用していない

事例1: 中国人女性(受診時60歳)は変形性膝関節症がエンドステージであるため、人工膝関節置換術を日本で実施することと、複数の医療機関と事前に相談することを希望した。しかし、相談しているうちに、女性の希望は置換術から温存療法へと変わり、温存療法は保守療法のほか、膝軟骨再生医療という先進医療が存在していることが分かった。女性は相談の結果にとっても満足して、いったん帰国したが、後日検討の結果、日本での治療を断念してしまった。理由は中国のインターネットを検索して、膝軟骨の再生医療が載っていなかったため及び、中国人医師と相談したためである。

このようなギャップが生じた背景として、中国では、患者の数に比して医師の数が圧倒的に不足し、1人の患者に与えられる説明時間が非常に限られている。そこで、患者は医

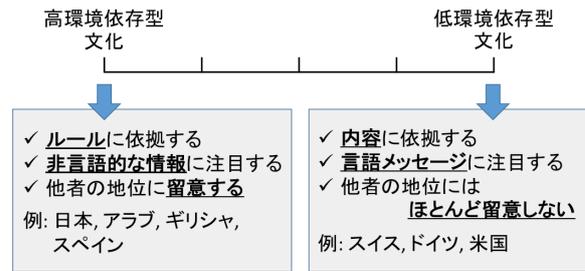


図 1. 文化的環境の連続

師から十分な説明を受けられず、インターネットで情報収集をせざるを得ない。医師の意見と自分が収集した情報が一致しない場合、医師を疑問視することがある。また、1人の医師の意見をすぐには信じず、複数の医師や医療機関を受診し、情報や結論の信憑性を自ら確かめることが多い。

ギャップ2: 大都市の有名病院への迷信

事例2: 中国人男性(受診時80歳)が脊柱管狭窄症のため、東京大学医学部附属病院(以下、東大病院)での受診を強く希望した。脊柱管狭窄症は加齢による基礎疾患であり、大学病院にとっては注力分野ではなく、DPCデータでもそれほど高い症例数を示していないことを説明し、他の専門病院の受診を提言したが、受け入れてもらえなかった。医療コーディネーターは1か月をかけて東大病院とやり取りしたが、結局断られた。断る理由は明確に説明されなかったので、患者と家族は不満を示した。

この問題の背景は、中国と日本の医療事情の違いにあると考えられる。中国では、高水準の医療資源が大都市の大病院に集中している。そのため、病気の深刻度はともかく、良い医療サービスを受けるためには大都市の大病院に行く考え方が根強い。しかし、日本では医療機関がそれぞれの役割分担を持っているため、先進医療や研究に特化する医療機関は必ずしも基礎疾患の対応が得意とは限らないので、その事情を患者に説明し、理解してもらうことが重要である。

ギャップ3: 「せっかく(日本の病院)に来ているんだから、まとめて」

事例3: 中国人男性(受診時80歳)が脊柱管狭窄症のため、東大病院での低侵襲治療を希望し、入院検査前提の外来を希望した。1か月をかけて東大病院とやり取りしたが、結局断られた。

事例4: 中国人男性(受診時50歳)腹部違和感、頻尿、右耳や難聴の訴えがあるため、滞在期間中に、3つの診療科を受診することを希望した。医療コーディネーターが医療機関と調整し、二日間をかけて3つの診療科を受診した。

外国人患者は日本に滞在する時間が限られているので、滞在期間内にできるだけのことをし、時間を最大限に活用したいという気持ちは理解できる。しかし、医療機関は受診の手順があるため、患者のすべての希望を受入れることはできない。そこで、日本の医療制度、受診手続きを説明し、患者に理解してもらうことが重要である。

ギャップ4:「日本の薬は良く効く」、日本の医療への過度な期待

事例5:身長 173cm, 体重 85kg の中国人男性(受診時 42 歳)が糖尿病のため受診した。医師は中国で処方されたメトホルミンの継続服用、食事療法及び運動療法、特にダイエットするようにアドバイスしたが、患者は日本産の糖尿病治療薬の処方を強く希望した。

中国ではジャパン・テクノロジーとジャパン・クオリティが深く根付いており、中国人患者は日本の医療技術や薬品に対して強い信頼感や、過度な期待感を抱いている。このような期待感の後日、訴訟リスクにつながりかねない。そこで、医療コーディネーターは相談を受けた段階から等身大の日本の医療を紹介し、中国人患者の過度な期待を下げるのが非常に重要である。

ギャップ5:病院は出入り自由な場所だ

事例6:非小細胞肺癌の中国人男性(受診時 49 歳)が免疫療法のための入院中に妻が宿泊するホテルに外泊し、看護師に見つかった。

事例7:中国人女性(受診時 50 歳)が眼瞼下垂のため手術を受け、入院したが、病院の食事が美味しくないと理由で、許可なく外食し、ついでに美容室にも行った。

中国の病院では、入院中の外泊や食事について日本ほど厳しく管理していない。病院の看護機能、食事のサービス機能は日本と比べて弱い場合が多い。患者家族に一部協力してもらわざるをえない場合が多い。中国での入院経験をそのまま日本に持ってくると、日本ではルール違反になってしまう。入院する前に、医療機関は時間を取って外国人患者に入院のルールを説明することが重要である。

ギャップ6:専任の看護師をつけてほしい

事例8:中国人女性(受診時 56 歳)が交通事故のため、脳出血後、知能低下、下半身麻痺となった。大学病院でロボットスーツ HAL によるリハビリテーションを希望した。しかし、専任の看護師、または 24 時間体制で看護できる看護補助者をつけるように求められた。

中国では、看護師の数が不足しているため、病院の看護機能は治療の補助業務に限定されている。患者の看護は家族、もしくは雇われたヘルパーに任せることになっている(点滴の終了タイミングを見張るのも家族やヘルパーの仕事である)。患者が日本の病院に入院すると、家族は患者の看護を求められないため、適切な看護がなされているか、専任の看護師を付ける必要がないか、と心配する。そこで、日本の看護体制を説明し、患者や家族に安心させることが重要である。

最後に、日中の医療の橋渡しとなる医療通訳の役割が変化しつつある。健診以上に高度な医療通訳のスキルを身に着けることに加え、中国人患者に日本の病院の入院や外来のシステムを詳しく説明することや、日本の医療に対する過度な期待を和らげることも医療通訳が果たすべき重要な役割である。

4. 大学病院における- 医療国際化への対応

増加を続ける来日外国人の波は、医療現場にも待ったなしで押し寄せている。また一方で教職員や学生に対する国際教育も重要なテーマである。九州大学病院では 2015 年に国際医療部が新設され、新たな体制でそれらの対応に当たっている。内訳は、外国人患者の受診をサポートする「国際診療支援センター」の他、人事交流や人材育成を担う「海外交渉センター」、ビデオ会議システムを活用した国際的遠隔医療教育を続ける「アジア遠隔医療開発センター」より成り、専任・兼任を含め計 26 名が勤務している。各センターでの取組みを紹介し、今後の課題を提示する。

(1) アジア遠隔医療開発センター

中央診療施設の一つとして 2008 年 10 月 1 日に開設された。今日まで、多様な取り組みを行っており。医学教育として、九大医学部生に対し遠隔地手術(ソウル大学)のライブ講義を英語で行った。また、国際回線を経由し、九大医学部学生とタイ(マヒドン大学)やフィリピン(マニラ大学)の医学部生と遠隔コミュニケーションを試みている。英語での講義は 89% の学生が賛成であった(N=370)。学生自身が国際化を意識し、研究や留学を視野に英語の重要性を認識しているように思われる。また、臨床教育の一環として、大学医局間(九大-ソウル大学)で手術のカンファレンスを行った。アジア内視鏡カンファレンスを九大と韓国、台湾をはじめ複数の国の大学の間で行っている。2011 年、九大から南アフリカ、ケープタウンに向けてライブ手術を行った。九大病院での遠隔医療教育プログラムは、今日まで、31 分野にわたって、64 カ国の 624 施設に向けて、933 回行っている。また、九大病院では、更に、ナースの国際テレカンファレンスをロシア、マレーシア、タイ、シンガポール、オーストラリアの大学との間で行っている。以上のセンターの取り組みから、次のことが分かった。① 九大の医学生は国際化の教育を望んでいる。しかし、諸外国と比べると総じて英語が下手である。② 英語が母国語でない国とのコミュニケーションはストレスが少ない。③ 医師以外のスタッフの国際化教育も重要である。④ 遠隔医療を使わない手はない。画質も十分で、費用はゼロでも始められる。

(2) 海外交渉センター

九大では今までに 35 か国、327 名の医師や学生を研究目的で受け入れている。上位 5 か国の内訳は、タイ 55 名、ベトナム 44 名、中国 27 名、比国 27 名、韓国 26 名である。医師を受け入れている部局はリハビリテーション部、整形外科、泌尿器科、光学医療診療部、第一外科、皮膚科である。学生を受け入れている部局は第一内科、第二内科、第三内科、第一外科、麻酔蘇生科、医科学講座であった。受け入れに関するアンケートを行ったところ、人員不足による担当者(指導者)の負担の増加、コミュニケーションの問題(言葉の壁、細かい部分の説明、担当者以外との交流)、スケジュール調整の苦勞(他院見学、見学内容)、研修成果の評価の困難さが課題として指摘された。受け入れに関し良かった点として、英語でコミュニケーションする機会が持てたこと、海外の医療の現状を知ることが出来たこと、国際交流の必要性を感じる事が出来たこと、等が挙げられた。

薬剤部と看護部では、部署別で英語研修を行っている。薬剤部の英語研修は6回のセッションで構成され、1回目は「院内案内、施設案内、お薬窓口会話」、2回目は「お薬窓口での会話、服薬指導」、3回目は「お薬窓口での会話、服薬指導、持参薬確認」、4回目は「患者対応(英訳、和訳)」、5回目は「患者対応(英訳)、リスニング」、第6回目は「最終講・アンケート」から成っている。看護部の英語研修は全15回(看護業務)であった。また、九大病院では病院職員を海外に派遣している。今日までに、77名を14か国に派遣し、職員の内訳は医師、看護師、事務職員、エンジニア、学生らで、多職種にわたっている。

(3) 国際診療支援センター

九大病院は専任の通訳(英語1名、中国語1名)を置いて患者の国際化に対応している。通訳件数は2015年が357件、2016年が652件、2017年が775件と着実に増加している。九大病院は2017年3月に外国人受け入れ医療機関認証制度(JMIP)を取得し、医療の国際化に対応している。外国人患者の受け入れに関し、以下のような問題や課題が明らかになった。①外国人患者の診療は時間を要する(日本人患者の1.5~3倍)。これは、言葉の壁や文化的な背景の違いによる。②外国人患者は直前のキャンセルが多い。現行の制度では、それまでの準備に対する対価がないが、予約料を徴取することによりキャンセルに対応する必要があるかもしれない。③患者の友人や親族が通訳者の場合、正確に通訳できているか疑問がある。病名告知の矛盾により、患者の医師への不信感につながる可能性が懸念される。④九大病院は2名の通訳しかいないため、基本的に専門通訳を患者に要求することを検討する必要がある。⑤同意書を徹底させることが重要である。九大病院では英語と中国語で約130種類を用意している。

以上を要約する。九州大学病院に国際医療部ができ、外国人患者、人材交流、遠隔教育を担当している。九大病院では国際化へのニーズが急増中で、言葉の問題が最も重要な課題である。患者の文化的背景や現地の医療事情を知ることが重要である。人事交流と遠隔地医療による今後の相乗的効果を期待している。

5. 外国人受診者増大に伴う課題と政府の取り組み

(1) 日本国内における外国人の増大

観光立国基本法(平成19年)の制定、観光庁の設置(平成20年)、観光立国推進基本計画(平成29年)の策定と、日本は訪日外国人旅行者の誘致に力を入れてきた。観光立国推進基本計画においては、平成32年までの訪日外国人旅行者数を4000万人とすることを目標としている。

近年、訪日外国人旅行者数は大幅に増加している。2012年の836万人から2017年は2,869万人と3.4倍となっている。今後、ラグビーワールドカップ(2019年)、東京オリンピック・パラリンピック(2020年)の開催を迎えることとなるが、過去のオリンピック開催国におけるインバウンド客の増大は大会開催後においても認められていることから、訪日外国人旅行者数は引き続き増加するものと考えられる。

在留外国人に関しては留学、技能実習等の資格での在留が増えており、平成29年末には過去最高の約256万人となり、今後も増大する可能性が高い。

また、日本の優れた医療や検査を外国人に提供する医療機関も増えており、経済産業省、観光庁は医療ツーリズムを推進している。一方で、医療ツーリズムに関して、日本の医療制度(医療機関整備、人材育成等)は国民の負担(保険料、税金、自己負担等)で支えられていること、医療ツーリズムにより個々の医療機関や周辺産業は一定の収益を上げるかもしれないが、医療制度全体からみれば国民が整備したシステムへのタダ乗りであり、全面的に普及すれば、自由診療患者が優先され、自国民にとって不利益となる、といった否定的な意見もある。

(2) 医療機関における外国人受診者に関する課題

外国人旅行者、在留外国人の増加及びメディカルツーリズム推進により、外国人が医療機関を受診する機会が増えている。

外国人を医療機関に受け入れるに当たり、様々な課題が指摘されている。訪日外国人の旅行保険未加入(日本を訪れる旅行者の27%が未加入)、外国人の出産費用(旅行保険・医療保険適応外)の扱い、日本の医療制度への理解不足、外国人に対する応召義務の問題、医療機関の受け入れ体制(外国語対応、文化、食事、医療費支払い方法)、診療金額、未収金問題等である。

(3) 政府の取組

外国人受診者に関係する省庁は多岐にわたる。国土交通省観光庁は外国人観光客支援、経済産業省は医療ツーリズム推進、厚生労働省は医療提供体制の整備、消防庁は救急搬送、外務省は在京大使館との調整、法務省は上陸審査等である。

そのため、内閣官房・健康医療戦略室が事務局を務める健康・医療戦略推進本部(本部長:内閣総理大臣、本部長:全国務大臣)に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」を設置し、省庁間の総合調整を行っている。

政府の働きかけにより訪日外国人用にインターネット加入専用保険(10日間 約3000円、入国後であっても加入可能)が開発され、大使館、旅行エージェンツ、航空機・船舶内、入国審査場、宿泊施設、観光案内所、両替所等において加入を呼び掛けている。

観光庁は厚労省と連携し、外国語診療可能な「訪日外国人旅行者受入れ医療機関」をリスト化(平成29年度末1255機関)し、外国人旅行者向けにウェブサイト、アプリで検索できるサービスを展開している。

また、訪日外国人旅行者に対し、保険加入、医療機関受診状況の調査を行うとともに、医療機関に対し、外国人患者、医療コーディネーター、医療通訳、未収金等の調査を行い、実態を把握することとしている。

(4) 医療機関における受け入れ強化

厚生労働省は外務省、総務省等と連携し、医療機関向けマニュアルを策定、セミナーを開催、院内医療コーディネー

ター配置を促進(研修支援)するとともに、医療通訳支援として、医療通訳認定制度整備、通訳者の医療機関配置促進、遠隔通訳、タブレットデバイス活用等の推進を図ることとしている。

医療費の支払いに関しては、価格は医療機関が独自に定めることのできる自由診療であるものの、合理的な診療費を提示することが求められている。一方で、外国人診療においては、通訳やコーディネーター等の付帯サービスが求められ、職員の負担も大きいことから、適切な診療価格の模索が求められる。訪日外国人からは医療費前払いによる支払方法の提示やキャッシュレス決済の環境整備を求める意見がある。

(5)さいごに

医療機関は外国人から診療を求められれば、診療に応じざるを得ない。文化、習慣の違いから、医療紛争に発展する可能性もある。未収金回収に関しては、未払いの経歴がある者の上陸審査を厳格化することとなったものの、どこまで効果があるのかは不明である。外国人旅行者増大による医療の課題については、医療機関単独の問題ではなく、外国人旅行者の受け入れ全体の課題としてとらえ、問題解決を図ることが求められる。なお、本稿は演者の個人的な見解であり、政府の見解を表したのではない。

参考文献

Anderson P.(1997). Cues of culture: The basis of intercultural differences in nonverbal communication. In L. A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 244-245). Belmont, CA: Wadsworth.

Geist, P. (1997). Negotiating cultural understanding in health communication. In L.A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 340-349). Belmont, CA: Wadsworth.

Gudykunst, W. B., & Kim, Y. Y. (1997). *Communicating with strangers: An approach to intercultural communication* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Gudykunst, W. B. & Ting-Toomey, S. (1988). *Cultural and interpersonal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ponterotto, J. G., & Pedersen, P. B. (1993). *Preventing prejudice: A guide for counselors and educators*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Porter, R. E. & Samovar, L. A. (1997). An introduction to intercultural communication. In L. A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 5-26). Belmont, CA: Wadsworth.

Walker, P. E. (1996). *Clinical case studies*. Unpublished work. (St. Paul-Ramsey Medical Center, 640 Jackson Street, St. Paul, Minnesota, 55101).