

平成 22 年度

学位論文

多言語・多文化社会におけるコミュニティ通訳の現状と課題

—医療通訳を中心に—

宮崎大学大学院

教育学研究科

学校教育支援専攻 日本語支援教育専修

甲斐 榮一

目 次

はじめに	1
第1章 日本における多言語・多文化社会化の進展	
1. 全般的な状況	4
2. 各地域における状況	7
3. 多言語・多文化社会化の進展と通訳サービスの位置づけ	8
第2章 コミュニティ通訳の現状と課題	
1. コミュニティ通訳とは何か	13
2. 医療通訳の現状と課題	16
第3章 先行研究と研究目的	
1. 先行研究	22
(1) 在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状	22
(2) 米国における医療通訳システムの取組み	23
(3) 医療通訳の特殊性ー通訳倫理規定の比較研究からー	26
(4) 医療通訳の特殊性ー医療通訳者へのインタビュー調査からー	29
2. 研究目的	31
第4章 日本における医療通訳人材育成の取組状況	
1. 財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)	32
2. 東京外国語大学多言語多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」	33
3. 「NPO法人多文化共生センターきょうと」における通訳養成の取組	35
第5章 考察	
1. 医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質	41
2. 医療通訳システムの現状と課題	42
3. 地方における医療通訳派遣システムのあり方	44
第6章 結論	
1. まとめ	47
2. 今後の課題	49

別表 1	51
別表 2	54
参考文献	55

はじめに

東西冷戦の終結以降、世界経済のグローバル化が進んだことなどにより、ヒト・モノ・情報などの国境を超えた移動は急速に拡大している。90年代から加速した情報技術（IT）や、国際航空路線網の整備・拡大はグローバルな人口移動を更に活発化させている。

『世界人口白書 2006』によれば、人口移動が増加する主な要因は「移民労働者に対する需要」であり、「その大半を占めているのは、仕事、家族の呼び寄せ、または結婚を目的とする移住」である。また、2005年における「出生国を離れて生活する人の数」は、世界人口約67億5,000万人のうち約1億9,100万人（2.8%）に達し、そのすべての国際移住者の75%がわずか28ヶ国に住み、日本はそのうち20番目に多い国となっている¹。

このように、人口移動のグローバリゼーションは日本も例外ではなく、日本社会における「内なる国際化」は確実に急速に進展している。外国人入国者数および外国人登録者数いずれについても、景気変動などの要因により年によって伸び率は多少異なるものの、ほぼ右肩上がりの増加を示している。日本社会における外国籍住民の定住化が進むにつれ、彼らが日常生活の様々な場面で「ことばの壁」に直面するケースも増えている。なかでも、人権保障や生命保護に直結する司法や医療といった場面で言葉が通じないという事態は致命的である。これらの現場でコミュニティ通訳サービスを提供することは、情報弱者である外国籍住民の基本的な人権を保障するうえで必要不可欠である。コミュニティ通訳の種類については諸説あるが、水野真木子（2008）は「今後専門職として確立する必要がある」分野として「司法通訳」、「医療通訳」、「学校通訳」、「行政通訳」の4分野を挙げ、また「ボランティア通訳者が活動の中心である」分野として「災害時のボランティア通訳」と「国際交流イベントの通訳」の2分野を挙げている²。このうち最も公的性格の強い司法通訳については、国内に資格認定制度が存在しないという課題はあるものの、1992年には日本司法通訳人協会が設立され、通訳人研修を中心とする活動が続けられている。また、財団法人日弁連法務研究財団法廷通訳研究会の主催により高等裁判所設置都市を中心に法廷通訳研修会が開催され、各言語による『法廷通訳ハンドブック』も出版されている。

一方、医療通訳については、コミュニケーションの成否が直接人命に関わるという意味

¹ 杉澤経子（2009）「多言語・専門家対応の仕組みづくり～連携・協働・ネットワークの視点から～」東京外国語大学多言語・多文化教育研究センター編『シリーズ 多言語・多文化協働実践研究 別冊2 外国人相談事業』東京外国語大学多言語・多文化教育研究センター、11頁。

² 水野真木子（2008）『コミュニティ通訳入門』大阪教育図書。

において司法通訳に劣らず重要であるにもかかわらず、いまだにボランティア通訳の守備範囲という認識が一般的であり、司法通訳と比してプロフェッショナル化の取組が大きく立ち遅れている。日本の医療通訳システムは、各地のNPO法人や国際交流協会、医療機関などが独自に立ち上げ、個別的に運営されているのが現状である。

米国やオーストラリアなどの移民受け入れ国においては、多文化主義政策のなかに通訳サービスの実施が明確に位置づけられ、プロフェッショナルとしての医療通訳者養成を目的とした研修制度や資格認定制度が整備されているケースもある。多言語・多文化社会へと歩を進める日本においても、外国籍住民が「ことばの壁」に阻まれることなく日本人と同様の医療サービスにアクセスできるためには、医療通訳者のプロフェッショナル化を含む医療通訳システムの整備・充実が喫緊の課題である。

筆者は、国立大学附属病院における病院勤務のかたわら、いわゆる「アド・ホック通訳者」³として医療通訳に従事した経験から、コミュニティ通訳、就中、医療通訳のあり方について省察を深めることになった。コミュニティ通訳と会議通訳・ビジネス通訳の違いは何か。医療通訳者にはどのような資質が求められるのか。医療通訳者養成に際してはどのような研修を実施すればよいのか。日本における医療通訳システム先行事例の現状と課題は何か。本研究は、筆者が大学病院における医療通訳者としての実践を重ねるうえで遭遇した、このような種々の疑問点を出発点としている。

本研究は、医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質は何か、日本における医療通訳システムの現状と課題は何か、外国籍住民の少ない地域（小規模点在地域）における医療通訳派遣システムのあり方の3点について明らかにすることを目的としている。

本研究では以上の3点を研究目的として、まず第1章において、日本社会の多言語・多文化社会化の進展について概説したうえで、関係省庁の行政文書や外国籍市民団体、学識経験者の提言において通訳サービスの必要性がどう認識されているかについて確認する。次に、第2章において日本における医療通訳の現状と課題を考察する。第3章では医療通訳に関する先行研究を概観し、第4章において、日本における医療通訳者養成の取組状況について調査結果をまとめる。これらの先行研究と調査結果に基づき、第5章において医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質、日本における医療通訳システムの現状と課題、小規模点在地域における医療通訳派遣システムのあり方の3点について論考

³ プロの通訳者ではなく、バイリンガルの家族、友人・知人、スタッフなどを、その場限りで通訳人として使用すること。

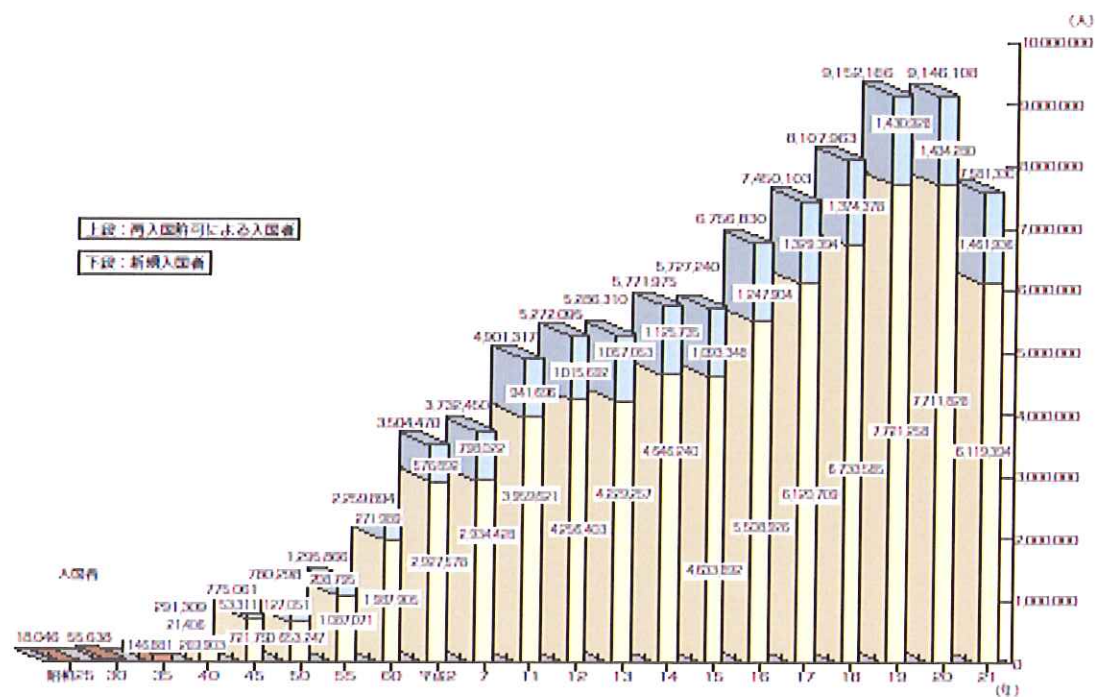
を試みる。最後に、第6章において本研究をまとめ、今後の課題を明らかにする。

第1章 日本における多言語・多文化社会化の進展

1. 全般的な状況⁴

まず外国人入国者数（再入国者数を含む。）を見てみると、統計を取り始めた1950年からほぼ一貫して増加基調を維持し、2007年には過去最高となる約915万人に達した。しかし、世界的な景気後退などの影響により2008年はほぼ横ばいとなり、2009年には前年比17.1%減の約758万人となった。外国人新規入国者数の在留資格内訳を見ると、観光客やビジネス関係者などの「短期滞在」が全体の9割以上を占めている。

政府は外国人旅行者の受け入れ拡大に向けて取り組んでおり、「新成長戦略」（2010年6月閣議決定）では訪日外国人を2020年初めまでに2,500万人、将来的には3,000万人まで伸ばすことを目標としていることから、観光客などをはじめとする外国人入国者数は今後も増加傾向をたどるものと予想される。



(注) 昭和25年、同30年及び同35年は、入国者の内訳を算出していません。

図1 外国人入国者数の推移（出典：法務省「第4次出入国管理基本計画」）

⁴ 法務省「第4次出入国管理基本計画」、入国管理局HP「統計に関するプレスリリース」
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01_00013.html 最終閲覧日
 2011年1月8日。

次に、国内に在留する外国人の状況を外国人登録者数で見ると、2008 年末には過去最高の約 222 万人に達し、総人口に占める割合も 1.74%で同様に過去最高を示している。しかし、2009 年末には前年に比べ約 3 万人減少して 2,186,121 人となり、総人口に占める割合も 1.71%となった。

外国人登録者数は戦後間もなくから昭和 30 年代までは 50 万人台後半から 60 万人台半ばで推移し、その 9 割近くを在日韓国・朝鮮人を中心とする特別永住者が占めていた。その後、80 年代後半における急激な円高ドル安という経済情勢の大きな変化や、1989 年に出入国管理及び難民認定法が改正（施行は 1990 年）されたことなどにより、在留外国人の急増と同時に国籍（出身地）と在留資格の多様化が進展することとなった。

国籍（出身地）別に見ると、2007 年末時点の統計で中国が初めて韓国・朝鮮を上回った。在留資格別では、1995 年末には全体の約 40%を占めていた特別永住者の割合が 2008 年末には 19.0%まで減少している。

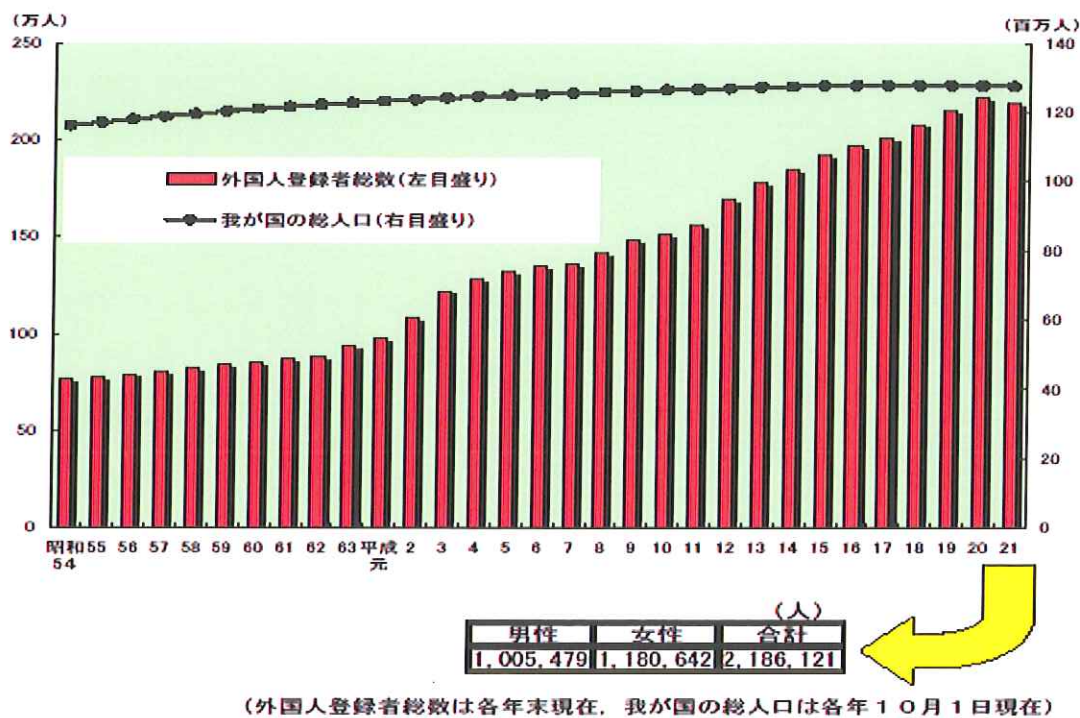


図 2 外国人登録者数の推移（出典：入国管理局 HP「統計に関するプレスリリース」）

一方、不法残留者数（2010 年 1 月 1 日現在）は 91,778 人となっており、外国人登録者数と合計すると日本には約 228 万人の外国人が在留していると言える。このような外国人

入国者数の増加、外国人登録者数の増加と国籍（出身地）および在留資格の多様化の一方で、在留外国人の定住化傾向が強まっている。

尾崎明人（2010）は、一般永住者、定住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等の在留資格で日本に暮らす外国人を「定住型外国人」と呼んでいる。定住型外国人は具体的には「日系人、国際結婚の配偶者、中国帰国者、難民などとその家族」であり、「彼らは将来、日本国籍を取得して『ブラジル系日本人』、『フィリピン系日本人』などと呼ばれるようになるかもしれない」と述べている⁵。表1のように、定住型外国人は外国人登録者総数の半数近くを占めており、とりわけ「一般永住者」と「永住者の配偶者等」の増加が顕著である。

在 留 資 格	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年
定住型外国人	830,407	886,165	937,165	980,706	1,013,890
一般永住者	312,964	349,804	394,477	439,757	492,056
定住者	250,734	265,639	268,836	268,604	258,498
日本人の配偶者等	257,292	259,656	260,955	256,980	245,497
永住者の配偶者等	9,417	11,066	12,897	15,365	17,839
特別永住者	465,619	451,909	443,044	430,229	420,305
上記以外の非永住者	677,721	673,481	704,710	742,038	783,231
総 数	1,973,747	2,011,555	2,084,919	2,152,973	2,217,426

表1 在留資格別外国人登録者数の推移（入国管理局 HP「統計に関するプレスリリース」をもとに筆者が作成）

法務省の「第4次出入国管理基本計画」（2010年3月）は、「活力ある豊かな社会」、「安全・安心な社会」、「外国人との共生社会」の実現への貢献という視点に立って出入国管理行政上の取組の基本方針を定め、その一つとして「本格的な人口減少時代が到来する中、我が国の社会が活力を維持しつつ、持続的に発展するとともに、アジア地域の活力を取り込んでいくとの観点から、積極的な外国人の受入れ施策を推進していく」としている。今後、外国人登録者数の増加に伴う国籍（出身地）の多様化と定住型外国人の増加とともに、

⁵ 尾崎明人（2010）「定住型外国人に対する日本語教育」『文部科学教育通信』ジアース教育新社 NO.244、22-23 頁。

日本の多言語・多文化社会化も一層進展していくものと予想される。

2. 各地域における状況

都道府県別の外国人登録者数(2009年末)を見ると、東京都(19.0%)を筆頭に愛知県、大阪府、神奈川県、埼玉県、千葉県、兵庫県、静岡県、茨城県、京都府の順に多く、これらの上位10都府県で全国の71.2%を占めており、関西～東海～関東甲信越地方の大都市圏およびその周辺地域に集中していることが分かる。

しかし各地域における状況を子細に観察すると、日本における多言語・多文化社会化の様相は、各地域の人口構造や産業構造、歴史的要因などによって大きく異なっていることが分かる。『多文化共生に関する現状および JICA での取り組み状況にかかる基礎分析』(2007)は、各地域別の傾向を次のようにまとめている。本稿に関する箇所は次のようである⁶。

○北海道・東北地域:「農村地域のいわゆる『嫁不足』の解消のため、中国やフィリピンなどアジア出身の女性が日本人配偶者として居住している」「近年は農業や漁業での研修生・技能実習生として、中国からの来日者も増えている」

○関東地域:「群馬県太田市や大泉町に日本で最大級のブラジル人集住地域が存在するなど、北関東地域を中心に日系ブラジル人が多く集まっている」「新宿区大久保・百人町地区は日本で最も外国人人口割合が高いといわれている(人口の34%が外国籍:2006年現在)」「神奈川県では川崎市にいわゆるオールドカマーが集住しているほか、大和市にインドシナ難民定住支援センターがあった関係でベトナム人をはじめとするインドシナ半島出身者が多く居住している」

○甲信越・北陸地域:「長野県では第二次世界大戦時の満蒙開拓団の送り出しの関連で、中国帰国者が多数暮らしているほか、ニューカマーとしての日系南米人も多数居住している」「北陸地域では、航路のあるロシア人や、彼らを相手に中古車販売業に従事するパキスタン人の集住が見られる」

○東海地域:「日本で最も外国人人口の伸びが著しい地域である」「自動車産業に従事

⁶ 独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所(2007)『多文化共生に関する現状および JICA での取り組み状況にかかる基礎分析』、8-9頁。

する南米出身者による大規模な集住地域が静岡県浜松市や愛知県豊田市などに見られる」

○近畿地域：「在日コリアンが最も多い地域である」「京都府南部から大阪府中部にかけた広域に中国帰国者が居住している」「兵庫県では、神奈川県と同じく難民定住支援センターがあった関係でインドシナ半島出身者が多数居住している」

○中国・四国地域：「広島県や岡山県の一部においてブラジル人の集住が見られるほかは外国人人口は比較的少ない」「研修生の団体管理受け入れ比率は全国平均よりも高く、瀬戸内海の水産加工業や製造業における増加が顕著である」

○九州地域：「大規模な集住は現在のところ見られない」「沖縄を含む一部では東北と同じく日本人の配偶者である女性が増加している」

3. 多言語・多文化社会化の進展と通訳サービスの位置づけ

1980年代後半からはじまった多数の外国人の急速な流入という事態に対して、外国籍住民を対象にした通訳サービスの必要性はどのように認識されてきたのだろうか。以下に、関係省庁の行政文書や外国籍市民団体、学識経験者の提言を概観し、そのなかで通訳サービスの必要性がどう認識されてきたかを見ることにする。

①自治省「地方公共団体における国際交流の在り方に関する指針」（1987年）

「地方公共団体は、国際交流推進のための基盤づくりに努めながら、地域特性を生かして国際交流施策を展開していくことが必要」として、その具体的な展開方策の一つとして「(11) 住民ボランティアの育成」が挙げられており、「国際交流を円滑に進めるため、外国の青少年、研修員、留学生等のためのホーム・ステイ制度、ホーム・ビジット制度の充実を図るとともに、通訳ボランティア・システムを整備する」とある。

②自治大臣官房企画室長「国際交流のまちづくりのための指針について」（1988年）

「外国人にとっても暮らしやすく、活動しやすく、親しみやすいまちづくりを進めていくこと」が必要としたうえで、「3. 国際交流のまちづくりのための施策の展開」のなかで、「善意通訳等ボランティアの登録・活用」が挙げられている。

このような国レベルでの国際交流指針とは別に、1990年代後半における川崎市での「外国人市民代表者会議」の発足以降、外国人住民の行政参画と政策提言のシステムが各地で作られ、2001年には外国人市民、とりわけニューカマーと呼ばれる南米出身の日系人の多い13自治体が「外国人集住都市会議」を設立した。同会議は2001年10月に「浜松宣言」として国などへの提言事項をとりまとめた。

③外国人集住都市会議「浜松宣言及び提言」(2001年)

「外国人住民に係わる『教育』についての提言」のなかで、「(1)日本語学級や巡回指導による言葉の指導とともに、文化の理解などきめ細かな教育ができる指導体制の充実を図るため、指導要綱マニュアルの作成、加配教員の増加や通訳配置に係る経費助成を検討すべきである」とし、学校通訳に言及している。

また、「外国人住民に係わる『社会保障』についての提言」では、「(1)外国人住民が安心して医療が受けられるよう、医療機関と行政、NPO・NGO、ボランティアグループ等が連携して、医療通訳や医療・薬事情報の提供等の充実について検討すべきである」と、医療通訳の必要性について具体的に提言している。

一方で、90年代後半からは地方自治体やNPO法人の間で、「多文化共生」をキーワードに外国籍住民との共生をビジョンとして掲げ、共生社会実現のための施策や活動を模索する動きが高まってきた。「多文化共生」という用語の初出は1993年1月といわれている⁷。1995年10月には、同年1月に発生した阪神・淡路大震災での被災外国人に対する支援活動をきっかけに、大阪で「多文化共生センター」が発足している。2002年6月に結成された「外国人との共生に関する基本法制研究会」は、その研究成果を政府、地方公共団体および市民に対する提言として「多文化共生社会基本法の提言」にまとめた。

④外国人との共生に関する基本法制研究会「多文化共生社会基本法の提言」(2003年)

「施策の基本的方向と具体的施策」のなかで、2ヶ所にわたって通訳サービスに関する言及がある。まず、「多言語情報提供や通訳派遣制度の推進」に関する基本的方向性として、「日本で暮らす人々に関連する行政情報や、政府公報、住民の権利に関する

⁷ 山脇啓造(2005)「2005年は多文化共生元年?」『自治体国際化フォーラム』財団法人自治体国際化協会2005年5月号、34-37頁。

情報は、すべての人々に届かなければならない」とし、具体的な施策の一つで「通訳の人材育成および派遣促進の支援」を挙げている（8－9頁）。

次に、「医療及び社会保障制度の改善」について、基本的方向性として「医療を受ける権利の保障は生命に関わる重要な課題であり、医療機関への指導や通訳の制度化、保険制度の改善など、外国人および民族的少数者の医療および社会保障制度を改善する」とし、具体的な施策の一つに「医療通訳の制度化」を提言している（11頁）。

2005年に総務省は「多文化共生の推進に関する研究会」を開催し、2006年に「多文化共生の推進に関する研究会報告書」、翌2007年に「同報告書2007」をまとめた。ここにいたり、国の行政文書のなかで「多文化共生」がキーワードとして初めて用いられることとなった。

⑤総務省「多文化共生の推進に関する研究会報告書～地域における多文化共生の推進に向けて～」(2006年)

国レベルでの外国人政策は従来「主に外国人労働者政策あるいは在留管理の観点から行われてきたが、そうした観点からのみ捉えることは適当ではない」として、「多文化共生を推進する上での課題と今後必要な取組について、「コミュニケーション支援」、「生活支援」および「多文化共生の地域づくり」の3つの観点から検討している。

まず、「コミュニケーション支援」に関して今後必要な取組として「NPO等との連携による多言語情報の提供」を挙げ、「通訳ボランティアを育成するとともに、外国人住民への支援に取り組むNPOや外国人の自助組織等と連携の上、多様な言語による情報提供を推進する。また、通訳ボランティアの育成にも力を入れる」としている（12頁）。

次に、「生活支援」については、医療・保険・福祉分野において今後必要な取組として、「受診にあたっては医療通訳者が必要な場合があるが、医療通訳者の確保およびその費用を誰が負担するかについても課題となっている」としたうえで、「地方自治体において検討すべき取組」として、「広域的な医療通訳者派遣システムの構築」を挙げている。また、「健康診断や健康相談の実施」に際して「医療通訳者等を配置すること」や、「高齢者・障害者への対応」のなかで「介護制度の紹介やケアプラン作成時の通訳者派遣」に言及するなど、病院外における通訳者の介入についても想定している点が特徴である（26－27頁）。医療通訳以外には、防災分野において「災害時の通訳ボラ

ンティアの育成・支援、連携・協働」を今後必要な取組としている（29頁）。

⑥総務省「多文化共生の推進に関する研究会報告書 2007」（2007年）

2006年報告書における指摘を受けて、「防災ネットワークのあり方」と「外国人住民への行政サービスの的確な提供のあり方」について更に重点的に検討を行ったものである。

まず「防災ネットワークのあり方」について、各所で「通訳ボランティア」の必要性について言及している。しかし、「現在、地域国際化協会等に所属又は連携している通訳は、通常の場合ボランティアであり、正確な防災知識とそれに基づく平易な日本語・外国語による表現能力、文化や習慣の違いを踏まえたコミュニケーション能力が必ずしも十分でないことが多い」うえ、「災害時の特殊な状況において、冷静に対応できるかあるいは十分な体力を有しているかといった視点も重要」であるとして、「訓練による資質の向上」やこれらの能力を「平時の活動の中で養っていく機会を提供していく」ことが課題としている（8頁）。

次に「外国人住民への行政サービスの的確な提供のあり方」については、「通訳・翻訳サービスの充実」が必要不可欠としたうえで、「特に、医療、教育、福祉、雇用等のような専門性の高い分野においては、専門用語や制度・システムの知識、通訳スキル等が必要であることから、適正な通訳・翻訳人材育成プログラムと、それに基づいた通訳・翻訳サービスの充実が望まれる」と指摘している（27-28頁）。

以上見てきたように、日本では80年代後半から外国人の流入が急増しはじめ、現在、約230万人程度の外国人が在留しており、外国籍住民の増加に伴い、国籍（出身地）の多様化と定住化が進展している。外国籍住民は関西～東海～関東甲信越地方の大都市圏およびその周辺地域に集中しているが、地方の状況を子細に観察すると、各地域の人口構造や産業構造、歴史的要因などによって集住の有無や住民の国籍などが大きく異なっている。

このような日本社会の多言語・多文化社会化の進展に対して、行政府は80年代から「国際交流」をキーワードとして地域の国際化を推進し、地域住民によるボランティア通訳の必要性についても指摘していた。一方で、実際に外国籍住民の急増という事態に直接対応してきた地方自治体をはじめ、外国籍住民団体、学識経験者などからは、通訳サービスについてより具体的な必要性が指摘された。なかでも、医療通訳や学校通訳の必要性につい

ての言及が際立っている。

2006年と翌07年に総務省がまとめた報告書では、通訳サービスの必要性とともに通訳者の養成・確保・費用負担などについても具体的に言及され、通訳の種類としては医療通訳や学校通訳に加えて行政通訳と災害時のボランティア通訳についての必要性が述べられている。このように、多言語・多文化社会化の急速な進展という状況のなかで、日本社会における通訳サービスのニーズは次第に具体的かつ細分化されたものになり、各通訳分野における専門性の高さが認識され、同時に専門人材の養成が必要とされるようになってきたとすることができる。

第2章 コミュニティ通訳の現状と課題

1. コミュニティ通訳とは何か

前章第3節では、関係省庁の行政文書や外国籍市民団体、学識経験者の提言における外国籍住民を対象にした通訳サービスに関する言及を見てきた。これらの「医療通訳」、「学校通訳」、「行政通訳」、「災害時のボランティア通訳」などは、従来の会議通訳やビジネス通訳などと異なり、「コミュニティ通訳」と総称されている。

コミュニティ通訳の種類については諸説あり、とりわけ「司法通訳」をコミュニティ通訳に含むかどうかについては異論がある。例えば、弁護士の依田公一は、(法廷通訳には)「高い通訳能力、刑事手続や民事手続の理解、職業倫理の遵守が求められる。報酬も国により支払われる。宣誓した通訳人(法廷通訳)が虚偽の通訳をしたときは3月以上10年以下の懲役が科される(刑法171条)」ことから、「コミュニティとしての活動というよりは国家権力の中に組み込まれる存在である」としている⁸。

『事典 日本の多言語社会』で説明されるコミュニティ通訳の主な特徴は、要約すると以下のようなになる⁹。

- ・「社会生活のさまざまな局面で必要となる双方向の通訳分野の通称」
- ・「広義には手話通訳を含む」
- ・「通訳の場は、法務、保健医療、社会福祉、教育など地域住民のための公益領域が多い」
- ・「分野としては、学校教育、進路指導、在留資格、雇用、保険、年金、労働災害、母子保健、HIV感染症など保健衛生、結婚・離婚、ドメスティック・バイオレンス(DV)、難民認定・生活支援などがあり、通訳者にはそれぞれの分野に応じた適性が必要とされる」
- ・「言語的少数者と多数者社会をつなぐコミュニティ通訳は、基本的人権の保障に関わる。適切な通訳者の有無や通訳内容が、人の生命や身体拘束に影響を与えるからである」

⁸ 東京外国語大学多言語・多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」での講義。

⁹ 真田信治・庄司博史編(2005)『事典 日本の多言語社会』岩波書店、65-67頁。

- ・「歴史的にコミュニティ通訳は、通訳者の存在に法的根拠がある移民・難民受け入れ国で発達してきた」
- ・「一方、日本の状況には地域差がある」
- ・「コミュニティ通訳の技法」としては、「メモを取りながらの逐次通訳」、「クライアントのそばで通訳するウィスパリング」、「書面を口頭翻訳するサイト・トランスレーション」、「3つの異なる場所で同時に話せる三者電話（トリオフオン）通訳」が中心となる。
- ・「問題解決には、専門家、支援者等とのチームワークやネットワーク開発力が求められる。組織の専任でない場合、職務に対する周囲の無知などから、孤立無援になりやすい」
- ・「コミュニティ通訳が社会で機能するには、通訳者派遣コーディネータを含む職能組織が不可欠である」

また、日本で初めてコミュニティ通訳に関する包括的な概説書を著した水野（2008）は、コミュニティ通訳の特徴をまとめて以下のように述べている¹⁰。

- 1) 地域住民を対象にする。
- 2) 力関係に差がある。
- 3) 言葉のレベルや種類がさまざまである。
- 4) 文化的要素が大きく関わる。
- 5) 基本的人権の保護に直結している。

つまり、コミュニティ通訳とは、社会的弱者である「言語的少数者」の「基本的人権の保障」を目的として、日常生活におけるパブリックかつパーソナルな各場面で行われる通訳であると言える。また、会議通訳やビジネス通訳と異なり、多種多様な外国籍住民を対象とすることから、クライアントの言語や文化的背景が一様でないことも特徴である。さらに、外国籍住民の「問題解決」を目的とするため、通訳者単体ではなく専門家やコーディネーターなどとのネットワークが必要とされる。普及状況については、「移民・難民受け入れ国」に比べて日本は遅れており、外国籍住民の多寡によって地域間で温度差が見られ

¹⁰ 水野（2008）前掲書、12－16頁。

る。

さらに水野は、コミュニティ通訳者に必要な資質として以下の6点を挙げている¹¹。

- 1) 高い語学力
- 2) 優れた通訳スキル
- 3) 知識と教養
- 4) 異文化に対する正しい認識
- 5) 倫理に対する理解と遵守
- 6) 精神のバランスと人生経験

このなかで「倫理」とはコミュニティ通訳の倫理原則のことであり、具体的には「①正確性、②守秘義務、③公平性・中立性、④プロフェッショナリズム」が挙げられている。裏を返せば、通訳場面には適切な訓練を受けたコミュニティ通訳者を介入させるべきであり、アド・ホック通訳者を介入させた場合は以下のような問題が生じる恐れがあるということである。

- ・守秘義務が守られない。
- ・通訳の正確性が保証できない。
- ・個人的偏見や利害に左右される。
- ・中立性が守られない。
- ・文化的な相違や価値観に対する認識と説明が足りない。
- ・通訳者の役割に対する正しい理解がない。

このように、外国語が話せれば通訳ができるというのは大きな誤解であり、外国籍住民の対応に際しては適切な訓練を受けたコミュニティ通訳者に介入を依頼するべきである。

一方、飯田奈美子(2008)は、コミュニティ通訳を「教育、福祉、医療などの対人援助場面の通訳」と定義したうえで、次のような特徴を挙げている¹²。

¹¹ 水野(2008)前掲書、24-31頁。

¹² 飯田奈美子編(2008)『在住外国人を対象とした言語保障を考えるーコミュニティ通訳の現状と課題からー』立命館大学人間科学研究所、12-13頁。

- 1) 当事者性
- 2) 支援的な立場
- 3) ボランティア性

すなわち、クライアント側が自分たちの抱える問題を理解してほしいとの共感を求めるため、コミュニティ通訳者には否応なく当事者性が求められる。また、コミュニティ通訳者はもともと外国人の支援団体の相談員や国際交流協会の職員や、その関係者などであることが多く、通訳の中立的な立場を逸脱し支援的な側面が強くなってしまふことがある。さらに、コミュニティ通訳にはボランティア精神が求められ、通訳以外の雑用や相談事を依頼されることもある。

コミュニティ通訳者は、これらの状況に相對しつつ「①正確性、②守秘義務、③公平性・中立性、④プロフェッショナリズム」といった倫理規則とのバランスを保たなければならないのである。その意味において、コミュニティ通訳は会議通訳やビジネス通訳にはない複雑さと両義性をもった存在であると言える。

2. 医療通訳の現状と課題

コミュニティ通訳のなかでも、外国人患者の健康維持と生命の安全に直結する医療通訳の重要性は際だっている。医療法第1条の四―二項は「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と、インフォームド・コンセントの努力義務を定めている。外国人患者に対する正確かつ十分なインフォームド・コンセントがなされるためには、「ことばの壁」を取り除く医療通訳者の介入が必要不可欠である。にもかかわらず、日本においては医療通訳の普及はそれほど進んでいないのが現状である。

2009年10月15日付け読売新聞は、『「医療通訳」普及進まず』という記事のなかで、中村安秀・大阪大学教授のコメントとして「医療通訳は高い専門性を求められ、人命にかかわる責任を負う。その役割をボランティアのみで担うのは難しい。報酬と身分を保障し、プロフェッショナルを育成する必要がある」との発言を紹介している。同記事によれば、「自治体と民間団体による派遣事業が行われているほか、病院が職員やボランティアとして採用するケースもあるが、まだ少数派」であり、「公的な資格制度はなく、人的育成には、

民間団体などが独自に取り組んでいる」のが現状のようである。

それでは、日本では実際にどのような民間団体が医療通訳システムを運営しているのだろうか。「NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ)」が 2006 年にまとめた『ことばと医療のベストプラクティスー医療通訳先進事例調査報告書ー』には、日本国内の事例として以下の 13 の団体・事業が紹介されている (括弧内は所在地)。

- ①NPO 法人エスニコ (北海道札幌市)
- ②NPO 法人国際ボランティアセンター山形 (山形県山形市)
- ③財団法人宮城県国際交流協会 (宮城県仙台市)
- ④財団法人竹田総合病院 (福島県会津若松市)
- ⑤北信外国人医療ネットワーク (長野県長野市)
- ⑥滋賀国際医療研究会 (滋賀県甲賀市)
- ⑦MEDICOF 滋賀 (滋賀県大津市)
- ⑧公立甲賀病院 (滋賀県甲賀市)
- ⑨NPO 法人多文化共生センターきょうと (京都府京都市)
- ⑩医療通訳研究会 (兵庫県神戸市)
- ⑪NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ) (神奈川県横浜市)
- ⑫日本パブリックサービス通訳翻訳学会
- ⑬医療通訳ボランティア研修プログラム説明会事業

以上のうち、医療通訳派遣システムを運営しているのは①、②、③、⑤、⑨、⑪である。一方、④では医療通訳者を病院のスタッフとして雇用し常駐させている。⑥、⑩は医療通訳に関する研究会を定期的に行っており、⑦では病院内で通訳付きの外国人無料医療相談会を実施している。⑧では日系南米人を対象に、スムーズな受け入れと適正な医療サービスが提供されている。⑫は関西方面の通訳に関する各分野の専門家により 2005 年に設立された学会である。⑬については第 4 章で詳述する。

また、2010 年 8 月に京都市で開催された「第 3 回医療通訳を考える全国会議」には、上記 11 団体のうち、①、②、③、⑨、⑪に加えて以下の 6 団体が参加した。

- ・ NPO 法人多言語センターFACIL (兵庫県神戸市)

- ・ NPO 法人伊賀の伝丸（三重県伊賀市）
- ・ りんくう総合医療センター（大阪府泉佐野市・堺市）
- ・ みのお外国人医療サポートネット（大阪府箕面市）
- ・ 財団法人鳥取県国際交流財団（鳥取県鳥取市）
- ・ 医療通訳士協議会（全国）

このうち、「医療通訳士協議会」以外の団体が医療通訳派遣システムを運営している。

このように、日本において医療通訳システムを運営しているのは外国籍住民が比較的多い都市部などにおける NPO 法人、国際交流協会、病院といった法人や医療機関などであり、各団体が独自で医療通訳システムを運営しているのが現状である。また、医療通訳システムは NPO 法人などが通訳者を医療機関に派遣するものと、病院が通訳者をスタッフとして雇用するものに大別できることが分かる。

医療通訳の重要性についての認識や医療通訳に対する認知度は地域によって温度差があり、とりわけ外国籍住民の少ない小規模点在地域ではほとんど知られていない。そのため、本来は適切に訓練された医療通訳者の介入が必要なケースにおいても、実際はそうではない人材が対応しているケースも多い。前述のアド・ホック通訳者を介入させた場合の問題が実際に発生している訳である。医療通訳の場面においては、具体的には以下のようなケースが起きている。

- ①バイリンガルの家族（子供を含む）や親族、友人・知人が同行する。
- ②外国人労働者が所属会社の通訳者を帯同する。
- ③病院内または病院外の（医療通訳の訓練を受けていない）ボランティア通訳を利用する。
- ④バイリンガルの病院職員（医療従事者ではない）が通訳する。

①の場合、同じエスニック・コミュニティの知人などが通訳を担当するため、プライバシーが守られない恐れがある。また、医療通訳者としてのトレーニングを受けていない場合が大半であるため通訳技術そのものに問題があり、誤訳による医療過誤の可能性が否定できない。

さらに、外国人患者の家族のうち子供に通訳をさせる場合は最も問題が大きい。子供は

一般的に成人よりも言語習得が早いため、生活言語能力 (BICS; Basic Interpersonal Communicative Skills) は発達しているが、抽象的な思考が要求される認知行動と関連した学習言語能力 (CALP; Cognitive Academic Language Proficiency) が同様に発達しているとは限らない。また、日常会話が流暢だからといって臓器名や体の部位が正確に通訳できるわけではない。そのうえ、例えば母親に対する癌の告知を子供にさせる場合など、子供が受ける精神的ショックや負担についても考慮する必要がある。以上のことから、西村明夫 (2009) は「原則として子供に通訳をさせてはいけない」としている¹³。

②の場合も①と同様、通訳技術やプライバシー保護の問題が考えられるが、それ以上に通訳倫理の一つである中立性の確保が困難である。一般的に外国人労働者は雇用者に対して弱い立場にあり、会社の通訳者は会社側に立つことから会社の利害得失が優先される可能性がある。

③の場合についても同様に、通訳技術、プライバシー保護、中立性といった点に問題がある。なかでも、ボランティア通訳の「対人支援」の部分が強く出た場合、外国人患者からの生活相談など医療以外の問題解決が持ち込まれ、患者との個人的関係を整理できず負担を追い込んでしまうケースもある。一番の問題は、医療過誤による訴訟のリスクに否応なしに直面する医療通訳の業務は、ボランティア通訳が対応するには負担が重すぎるという点である。そのため、国際交流団体の中にはボランティア通訳が医療通訳を行うことを禁止しているところもある¹⁴。

④は実際に筆者が大学病院勤務時に経験したケースである。この場合も、通訳技術や通訳倫理、医療用語などを専門的に学習したわけではないため、上述のケースと同様の問題が発生する。加えて、単に語学ができるとの理由で便利屋的に使われたり、通常業務に加えて通訳業務が課されるため、どうしても多忙になり精神的・肉体的負担が大きい。そもそも、病院側が医療通訳者養成を組織として取り組んでいる訳ではないため、医療通訳システムそのものの「持続可能性」がない。

このような現状から、医師の押味貴之は医療通訳を専門職として確立するにあたって以下の「4つの不足」があるとし、なかでも「認知」を充実させていくことが最も重要と述べている¹⁵。

¹³ 西村明夫 (2009) 『外国人診療ガイド』メジカルビュー社、87頁。

¹⁴ 例えば、愛知県国際交流協会。

¹⁵ みのお英語医療通訳研究会編 (2006) 『プロシーディング「医療通訳—Equal Access への挑戦」』、44—50頁。

- 1) 認知の不足：「医療通訳」が知られていない。
- 2) スキルの不足：「医療通訳」のスキルが確立されていない。
- 3) 人材の不足：「医療通訳」を出来る人がいない。
- 4) システムの不足：「医療通訳」を提供する制度やお金がない。

一方、村松紀子（2006）は日本の医療通訳における3つの問題として以下を挙げ、「システムの問題」が一番大きな問題であるとする¹⁶。

- 1) 医療通訳者の報酬問題：身分が不安定であり、職業として確立していない。
- 2) 医療通訳システムの問題：医療通訳者が医療従事者として扱われてない。
- 3) 医療通訳者の資質および技術問題：医療通訳者の資質・技術の管理が不十分である。

本章で見てきたように、コミュニティ通訳は主に大都市圏を中心とした外国人集住地域においてはある程度認知されているものの、全国的にはまだ普及しているとは言い難い。そのため、「当事者性」や「対人支援」といったコミュニティ通訳の特徴に対する理解も十分ではなく、「語学ができればコミュニティ通訳もできる」という誤解も依然として根深い。コミュニティ通訳は本来、十分な通訳技術に加えて異文化に対する正しい認識を有し、「正確性」、「守秘義務」、「中立性」といった通訳倫理を遵守することが求められる高度専門人材である。にもかかわらず、大半のコミュニティ通訳はボランティア・ベースでの活動を余儀なくされているのが実情である。

医療現場においてアド・ホック通訳者を介入させた場合の問題点については、本章で見てきたとおりである。日本において通訳者養成を含む医療通訳システムを運営しているのは一部地域のNPO法人、国際交流協会、病院といった法人や医療機関などであるが、全国レベルでの研修制度、認定制度などは未整備である。

このように、日本における医療通訳の現状は、通訳者が医療スタッフの一員として高い専門性を要求され、人命にかかわる重大な責任を負うにもかかわらず、制度の未整備や資金面での不足などから実際にはボランティア通訳の守備範囲であると認識されているのが現状である。そのため、米国やオーストラリアなどの移民受け入れ国と比べ、通訳者の報

¹⁶ 村松紀子（2006）「医療通訳の諸問題」『治療』南山堂 Vol. 88, No. 9, 2253-2257 頁。

酬や身分保障が不安定であるうえ、人材育成のあり方に関する議論や職業としての確立も立ち後れていると言うことができる。

第3章 先行研究と研究目的

1. 先行研究

医療通訳に関する研究は、海外では通訳者を介した診療現場での実際のやりとりをデータとして分析した実証研究などが行われているが、日本では海外の先進事例を紹介したものや国内での取組を報告したものなどにとどまっており、実証的な先行研究は必ずしも多くない。本研究では以下に、日本における医療通訳に関する主な先行研究について概観することにした。

(1) 在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状

株式会社 KDDI 総研が実施した「在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状調査と改善策の研究」は、「在日外国人が我が国で医療サービスを受ける場合のコミュニケーションギャップの現状およびその課題を明確化するとともに、その改善方法を研究すること」を目的にしたもので、「在日外国人医療とコミュニケーションギャップの問題を総合的に扱った調査研究」としては初めての試みである¹⁷。

上記研究では、全国 15 の地方自治体等が行った実態調査を解析することにより、在住外国人の（日本語を）「話す能力」について、コミュニケーションギャップを抱える者の割合を国籍毎に次のように推計している。

韓国・朝鮮（オールドカマー）	4～10%
韓国・朝鮮（ニューカマー）	15～50%
中国	44～64%
フィリピン	49～83%
その他アジア	67～76%
ブラジル	58～80%
その他中南米	60～85%

¹⁷ 株式会社 KDDI 総研編（2004）『在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状調査と改善策の研究』株式会社 KDDI 総研 97-135 頁参照。

この推計値から、外国籍住民が必要とする通訳言語は多種多様であり、しかも多くの場合、要通訳支援者の割合はコミュニティの半数を超えることが分かる。

また、同(2004)では2002年末現在の外国人登録者数(性・年齢層別)に、厚生労働省「平成14年患者調査」の性・年齢階級別の受療率を掛け合わせ、さらに、2003年1月1日現在の不法残留者数について、年齢別構成(法務省「平成14年における入管法違反事件について」による)を適用したうえで、外国籍患者の一日あたり受診者数(潜在的外国人患者数)を、入院12,539人、外来74,017人で合計86,556人と推計している。さらに、この2つの推計値を掛け合わせるにより、日本語でのコミュニケーションギャップを抱える外国人患者数を一日あたり36,444人(29,197～43,224人の推定幅)と推計している(117～118頁)。

すなわち日本では一日に3万人を超える要通訳支援の外国人患者が医療機関を受診していると推測される。しかし、医師と外国人患者の間で英語や患者の母語でコミュニケーション可能な場合は医療通訳の介入の必要はない。それでは、日本における外国語対応医療機関はどの程度あるのだろうか。

同(2004)では、さらに、各地域における外国語対応医療機関リスト(2004年2月現在)をもとに、全国の外国語対応医療機関数を推定している。それによれば、外国語で対応できる医療機関の状況は、(1)医療機関が対応可能な言語は英語に集中しており、(2)対象とした23県市における医療機関のうち英語対応可能なのは10.2%である(127～135頁)。

このように、外国人患者の増加と多言語化の進展とは裏腹に、医療機関側の多言語対応は大きく遅れているとすることができる。また、英語対応可能な医療機関も約1割にとどまり、量的にも不足している。しかも、「英語対応可能な医療機関」イコール「全ての医療従事者が英語対応可能」とは限らないため、「英語対応可能な『医師』」となるとさらに探すのが困難であると思われる。

(2) 米国における医療通訳システムの取組み

既に多くの移民を受け入れている欧米の多民族国家においては、医療通訳者にかかる法令の整備や政府からの予算措置を制度化したうえで、医療通訳者の認定制度や養成プログ

ラムを用意しているケースもあり、医療通訳者のプロフェッショナル化が進み、医療通訳が職業の一つとして確立している。

石崎正幸他 (2004) 「米国における医療通訳と LEP 患者」は、米国における医療通訳システムの沿革と現状について紹介した先行研究である¹⁸。なお、LEP とは英語能力が十分でない (話せない、読めない、書けない、理解できない) 状態のこと (Limited English Proficiency) であり、米国では LEP 患者を “A limited ability or inability to speak, read, write, or understand the English language at a level that permits the person to interact effectively with health care providers or social service agencies.” と定義している。

以下では、米国のケースを石崎他 (2004) を用いて明らかにしておきたい。

まず、米国では 300 以上の言語が使用されており、2000 年の国際調査によれば 2,840 万人が国外で生まれた移民であり、その半数以上がラテンアメリカ系、約 25% がアジア系である。総人口に占める移民の割合は約 10% であり、日本の 1.71% (2009 年末) を大きく上回る。また、米国の LEP 人口は約 1,900 万人と推測される。

米国における医療通訳システムの特徴は、このような多言語・多文化社会化の進展を背景に、医療機関における通訳サービスの提供が関係法令によって義務化されていることである。関係法令とは具体的に、①連邦法 (1964 年公民権法第 6 章)、②クリントン大統領令 13166、③保健福祉省公民権局指針 (Policy Guidance) である。

1964 年公民権法第 6 章 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) は、言語による人種差別を禁じた基本法である。ここでは、「米国に住む人は、人種、肌の色、国籍等を理由に排斥、拒否、差別の対象にされることは無い。」(No person in the United States shall, on the ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance.) と規定されている。「言語」も national origin の一部であるとの解釈から、英語ができないという「言語的」理由で LEP 患者を差別してはならないのである。

その後、2000 年にクリントン大統領が大統領令 (Executive Order 13166 -- “Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency” --) を発令した。

¹⁸ 石崎正幸・Patricia D. Borgman・西野かおる (2004) 「米国における医療通訳と LEP 患者」『通訳研究』日本通訳学会第 4 号、121-138 頁。

これは、公民権法の精神が十分に生かされていなかった現状に鑑み、法律と同等の効力を持つ大統領令によって改めて法の精神の遵守を命じたものである。

さらに同年、保健福祉省公民権局（Health and Human Services, HHS; Office for Civil Rights, OCR）が指針（Policy Guidance）を發布し、法履行の徹底を図った（2003年改定）。

米国ではこれらの3つの法令の定めるところにより、連邦政府から何らかの形で補助金等の公布を受けている医療機関は、LEP患者に対して訓練を受けた医療通訳者を無料で提供する義務があり、逆にLEP患者には医療機関側に無料の医療通訳サービスを求める権利があるのである。

これ以外に、州によってはLEP患者に対する医療通訳サービスの提供に関して独自に州法で規定しているところがある。一例として、マサチューセッツ州では2001年に、公立・民間病院を問わず、救急部門と急性期精神科ではLEP患者に対して適切な医療通訳者を用意しなければならないと定めた「救急治療室通訳者法」（Emergency Room Interpreter Law）を施行している。

以上のように、米国で医療通訳サービス提供に関する法令が整備されてきた背景の一つとしては、アド・ホック通訳者の通訳ミスによる医療過誤を巡る訴訟の多発という問題がある。このような関係法令の整備以外にも、医療機関の評価に関しても医療通訳サービスの有無が問われる仕組みになっている。医療機関認定評価合同委員会（JCAHO）と米国病院協会が各医療機関の評価認定の条件として医療通訳の提供状況を評価項目に加えているため、病院が高い評価を得るためには質の高い医療通訳サービスの提供が不可欠となっているのである。

一方、米国においても医療通訳者の養成・研修についての全国基準はまだ確立されていない。また、国レベルでの認定・資格制度もないが、ワシントン州は1991年から医療通訳者認定制度を導入している。研修プログラムとしては、ワシントン州でCross Cultural Health Care Program（CCHCP）が1995年から提供している“Bridging the Gap”（研修時間40時間）が有名である。

このように、米国では医療通訳システムに関して法令の整備がなされ、全国レベルではないものの一部の州において医療通訳者認定制度が導入されている点が特徴的である。一方、医療通訳者の養成・研修についての全国基準が確立されていない点や、通訳費用を行政が負担するのか医療機関が負担するのかを巡っての共通認識が得られていない点などが課題として残っている。

(3) 医療通訳の特殊性—通訳倫理規定の比較研究から—

水野真木子(2005)は、会議通訳、法廷通訳、医療通訳、コミュニティ通訳全般それぞれの通訳倫理規定の特徴を比較検討した研究である¹⁹。ここで対象とされている倫理規定は、①AIIC(国際会議通訳者協会)の倫理規定、②AUSIT(オーストラリア翻訳者・通訳者協会)の倫理規定、③アメリカの連邦法廷通訳人職責規約、④NAJIT(法廷通訳人・翻訳人全米協会)の倫理および職責規約、⑤NCIHC(全米医療通訳協議会)の倫理規定である。

まず、「会議」、「法廷」、「医療」、「コミュニティ」の4分野全てに共通な項目は、「守秘義務」、「礼儀、振る舞い」、「職務の範囲・能力の限界」の3点である。それ以外にも「正確性」、「公平・利益相反」、「知識、スキルの維持・向上」、「認定、経験、身分の提示」、「通訳者同士の助け合い」、「依頼人からの贈り物」といった項目が3分野に共通している。

ただ、同(2005)によれば、全米医療通訳者倫理規定のうち、他の分野に見られない独特の項目が2つあり、それは、文化に関する項目とアドボカシー(擁護行為)に関するものである。

(3-1) 文化と文化的差違の重要性の重視

全米医療通訳者倫理規定は、「3つの中核的価値」として①慈善心(Beneficence)、②「忠実さ」(Fidelity)に加えて③「文化と文化的差違の重要性の重視」(Respect for the importance of culture and cultural differences)を挙げている。規定は全部で以下の9項目から成っているが、そのうち2番目と5番目の項目が文化的状況を考慮する必要性に関するものである²⁰。

- ・通訳者は、業務上知りえた情報はすべて、情報開示に関する適切な要件に従いつつ、医療チームの外部に漏らしてはいけない。
- ・通訳者は、文化的状況を考慮しながら、元のメッセージの内容と精神を伝え、メッセージを正確に訳すよう努めなければならない。

¹⁹ 水野真木子(2005)「各種通訳倫理規定の内容と基本理念—会議、コミュニティ、法廷、医療通訳の倫理規定を比較して—」『通訳研究』日本通訳学会第5号、157-172頁参照。

²⁰ 全米医療通訳者倫理規定の和訳は、みのお英語医療通訳研究会編(2006)前掲書、67-98頁による。

- ・通訳者は、中立性を保つよう努め、相談にのったり、助言したり、個人的偏見や信条を表明することを控えなければならない。
- ・通訳者は専門職としての役割の範囲を守り、個人的な関与を控えなければならない。
- ・通訳者は、絶えず、その専門業務の遂行中に遭遇する自分自身の、そして他人の文化（生物医学的な文化を含む）に対する認識を高めるよう努めなければならない。
- ・通訳者は、すべての関係者に対し、敬意を持って接しなければならない。
- ・患者の健康、福利、あるいは尊厳が危険にさらされている場合、通訳者は、アドボカイト（擁護者）としてふるまうことを正当化されるかもしれない。アドボカシー（擁護的行為）とは、治療効果を上げられるように支援するという意図を伴い、コミュニケーション促進の範囲を超えて、個人のために行われる行為であると理解される。擁護は、状況を慎重に思慮深く分析した後に、そして、他のより介入的でない手段によって問題が解決されなかった場合にのみ、行われるべきである。
- ・通訳者は、絶えず、自分の知識と技術を向上させるよう努めなければならない。
- ・通訳者は、常に、専門職らしく、そして倫理的にふるまわなければならない。

このうち、文化的差違に対する配慮として、「健康の分野では、文化は、症状に与えられた意味、そのような症状の診断、関連する疾患や病気の経過に関する予期される事柄、治療や療法の妥当性と効き目、そして予後といったものに影響を及ぼす」ため、医療通訳者は、「医療の場での文化の影響を認識し、患者と医療提供者の双方にそれに対する注意を促すことを可能にする」責務があるとしている²¹。

水野（2005）によれば、医療通訳における文化的問題に関する倫理は非常に重要な要素であり、一般的に通訳で必要とされる「正確性」は医療通訳に関する限り、「文化的な要素を加味した上での正確性」と捉えられなければならない。ちなみに、法廷通訳に求められる「正確性」は、意味上の等価はもちろんのこと、形式上の等価、レジスター（言語使用域）の等価まで保持されなければならないとされており、そこに文化的差違に対する配慮が介在する余地はない。

このように、コミュニティ通訳の範疇に包含されることの多い医療通訳と法廷通訳であるが、「正確性」に関しては要求される要素が決定的に異なっていることを認識する必要がある。

²¹ みのお英語医療通訳研究会編（2006）前掲書、79-80頁。

「文化と文化的差違の重要性の重視」の具体例として、水野は、言葉になった事は全て現実のものになると信じているというナバホ族の例を挙げているが、より一般的な事例としては、医療文化（例：体の「温」「冷」という考え方、女性への聴診など）、死生観（例：中絶に対する捉え方など）、民間医療の在り方（例：カンボジアでは発熱時にコインで体をこするなど）、宗教（例：イスラム教信者の断食など）等が挙げられよう。

（3-2）アドボカシー（擁護行為）

医療通訳に関するもう一つの特徴は、7番目に挙げられている「アドボカシー（擁護行為）」である。言うまでもなく、およそ全ての医療従事者は患者の健康と福利を最優先としており、医療通訳者もその例外ではない。とりわけ外国人患者は、健康上の問題を抱えた存在であることや医療の専門知識が乏しいことに加えて、ホスト国においてマイノリティーの立場を余儀なくされて、言語面・文化適応面、さらには経済面においても弱者である場合が多い。そこで、医師をはじめとする医療従事者との間では、日本人患者以上に不均衡な力関係にある存在とすることができる。

水野（2005）によれば、「通訳者が見たり経験したりしたことが、患者たちにとって、あるいは他の人たちにとって、重大な良くない結果をもたらす可能性がある場合、通訳者は不当な扱いを受けた人々の代わりに行動を起こして擁護し「証言する」義務があり、「不正行為が行われた場合、それを正すために、しかるべき所にその証拠を提出する」ことが求められる。

しかしながら、医療従事者としてアドボカシーが期待される一方で、通訳者の一形態である医療通訳者には「中立性」、「守秘義務」といった厳格な倫理規則があり、これらの2つの原則は真っ向から相反することになる。そのため、アドボカシーは無原則的に要求されるものではあり得ず、倫理規則の表現をみても、「通訳者は、アドボケイト（擁護者）としてふるまうことを正当化されるかもしれない²²」と限定的であり、「擁護は、状況を慎重に思慮深く分析した後に、そして、他のより介入的でない手段によって問題が解決されなかった場合にのみ、行われるべきである」として一定の基準の下に行われるべきであることを明らかにしている。この、アドボカシーの原則について、全米医療通訳者倫理規定は「アドボカシーの立場は軽々に取るべきではない」と注意を促しているが、この原則が必

²² 下線は筆者による。

要とされる具体的な基準については必ずしも明確ではない。

医師の押味貴之は、医療通訳者に求められるアドボカシーの役割について「非常に限られた」場面における「あくまでも補助的な役割」としながらも、「時として医療通訳者のみが患者さんの助けとなれる」場合もあることを指摘し、「放っておけば患者さんの生命に関わる」場合にのみ適用される役割としている²³。

長尾ひろみ（2007）は、外国人患者から「別の医師のセカンドオピニオンを聞きたい」と相談された場合の対応について触れたなかで、「医療通訳は司法通訳と異なり、患者の健康状態を考えて、親身になってあげたいと思う場合、患者を擁護することも可能」としながらも、「ただし、それは自分の余分な仕事となり、病院登録や派遣による通訳以外の業務となることを心に置いておくべき」とし、アドボカシーに対しては対価、報酬が望めないことを留意すべきであるとしている²⁴。この点は、医療通訳の依頼がボランティアベースでなされることの多い日本の現状を考えた場合、医療通訳者にアドボカシーの負担まで求めることが果たして妥当であるか否かという別の議論につながってくる。

「アドボカシー」が「守秘義務」に抵触する可能性としては、例えば待合室での対応が挙げられる。待機時間中に患者から知り得た情報—例えば、実は医師の指導を守っていない、指示された薬を飲んでいない等の情報—を開示された際、通訳者はアドボカシーの観点から主治医やメディカルソーシャルワーカー等にそのことを伝える決断が必要な場合も考えられる。

（４）医療通訳の特殊性—医療通訳者へのインタビュー調査から—

それでは、日本国内において実際に医療通訳に従事している通訳者は、日々の通訳業務の中で具体的にどのような想いを抱えつつ通訳の現場に臨んでいるのだろうか。灘光洋子（2008）は、NPO 法人派遣の医療通訳者 19 名へのインタビュー調査により、医療通訳者の「立場」、「役割」、「動機」について分析した研究である²⁵。

医療通訳者の立場については、まず、「プロフェッショナル」なのか「ボランティア」な

²³ 東京外国語大学多言語・多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」での講義。

²⁴ 長尾ひろみ（2007）「医療通訳の職業倫理規定」連利博監修『医療通訳入門』松柏社、29—46 頁。

²⁵ 灘光洋子（2008）「医療通訳者の立場、役割、動機について—インタビュー調査をもとに—」『通訳翻訳研究』日本通訳翻訳学会第 8 号、73—95 頁。

のかの狭間で揺れる姿が指摘される。つまり、対人援助というボランティア精神を基底としつつ、報酬面・待遇面では（交通費のみ支給という）ボランティアとしての待遇である一方、通訳技能については「アマチュア」ではないが「プロフェッショナル」とも言い難く、にもかかわらず患者の生命を預かるという点では否応なしに「プロフェッショナル」としての責任を要求されるという曖昧さである。

さらに、厳密な中立性が要求される司法通訳とは異なり、医療通訳者は状況に応じて立場が変わることが挙げられる。この点については代表的なコメントとして「病院から見れば医療スタッフ、患者から見ればアドボケーター、世間的に見ればボランティア」との発言が紹介されている²⁶。このように、医療通訳者の立場は「プロフェッショナル」と「ボランティア」、「患者側」か「医療機関側」か二者択一では把握できないアンビバレントなものであることが理解できる。

次に、医療通訳者の役割については、診察室内での役割と診察室外（待合室など）での役割に分けられる。まず、診察室内での役割については、機械のように何も足さず、何も引かず、何も変えず、正確に伝える立場が求められる一方で、医師と患者の相互理解のためには機械的な通訳にとどまらない「心の橋渡し」が必要との意見が紹介されている。単に通訳技術が十分で、かつ医療知識があるだけでは勤まらない医療通訳の特殊性がそこに表れていると言えよう。一方、診察室外の場面においては通訳の役割を超えた対人援助の側面が強く要求される。インタビューによれば、待合室などの場においては、「患者の不安を軽減するように心がけている」通訳者が多いことが明らかになっている。しかし、待合室などの時間が患者との信頼関係を高め、そこで得た情報が診察室内での通訳に役に立つ一方、医療以外の個人的な悩みなどを相談されることも多く、適度な距離感を保ったり必要に応じてメディカルソーシャルワーカー等の関連部署につなぐ必要性もあるようである。

以上のように、医療通訳者は診察室内での機械的な通訳にとどまるものではなく、医師と患者の信頼関係構築に努力する立場が求められる存在である。さらに、診察室外においてはカウンセラーや相談者、関連部署との連携など、通訳業務と関係のない対人援助的な役割や、ソーシャルワーカー的素養が求められることが分かる。

では、このような微妙な立場と重責を課される医療通訳者は、どのような動機をもって通訳の仕事を継続しているのだろうか。灘光（2008）では、「感謝される喜び」、「能力が役に立つ」、「正義感」、「勉強になる」、「患者への共感」といった5項目が挙げられている。

²⁶ 灘光（2008）前掲論文、81頁。

灘光が明らかにしたように、医療通訳者は「黒子」や「透明人間」といった伝統的な通訳者観では把握できない「単なる言葉のパイプ役以上の存在」であり、「やり取りにおけるアクティブな参加者としての機能」を有している。言い換えれば、医療通訳者は、「会議通訳や司法通訳以上に自らの可視性を認識」する存在と言うことが可能である。そしてそのことこそが医療通訳者としての立ち位置の難しさなのであり、その根本的要因はまさに、医療の場に通訳者が介在することの特殊性に求められるのではないかと思われる。

2. 研究目的

以上、第1章において、日本における多言語・多文化社会化の状況について概観し、関係省庁における国際交流・多文化共生政策や外国籍市民団体、学識経験者の提言において医療通訳の重要性が指摘されていることを確認した。第2章では、これらの指摘にもかかわらず、日本の医療通訳者の報酬や身分保障は不安定であり、人材育成のあり方に関する議論や職業としての確立も立ち後れていることを指摘した。第3章第1節では、主な先行研究を整理し、在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状、米国における医療通訳システムの取組み、医療通訳の特殊性について考察した。

以下、日本では実際に医療通訳者養成に際してどのような研修が実施されているのかを明らかにする。本研究で取り上げるのは、①財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)、②東京外国語大学多言語・多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」、③「NPO法人多文化共生センターきょうと」における医療通訳養成の取組である。これらの先行事例を検討することにより、医療通訳者にどのような能力・資質が要求されるのか、また、日本における医療通訳養成および医療通訳システムのあり方にはどのような問題点や課題があるのかについて明らかにしてみたい。

また、筆者が居住する宮崎県のように、外国籍住民の少ない地域において医療通訳システムを立ち上げようとする場合、医療通訳のニーズや認知度が高いとは言えず、人材・資金、組織面などにおいてもリソースが極めて限られている現状で、これらの先行事例をどう参考にすべきかについても考察を試みる²⁷。

²⁷宮崎県県民政策部文化文教・国際課(2011)「平成22年度宮崎県の国際化の現状」によれば、2009年12月末現在、宮崎県の外国人登録者数は4,108人で、全国で46位と極めて低位である。

第4章 日本における医療通訳人材育成の取組状況

1. 財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)

まず、財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)を取り上げることにより、医療通訳養成に際して最低限どのような技術・知識が要求されるのかを見ることにする。

この研修プログラムは医療通訳研修プログラムのモデル例として財団法人自治体国際化協会が医療通訳未経験者向けに作成したもので、研修受講者に対して必要な知識、通訳技術、心得等の学習機会と学習方法を提供し、ボランティア人材を養成することを目的としている。また、医療通訳の養成に際して習得が必要とされる事項を体系化し公表した日本で初めての試みであり、医療通訳養成における最も基本的かつ最低限の必要事項を盛り込んだ研修プログラムであると言える²⁸。

このプログラムへの参加は、「日常会話を通訳できるレベル」の語学力と「中学レベルの人体器官・病気・けがの知識」を持っていることを前提としている。そのため、一般的な語学力向上を目的とした内容は含まれていない。また、このプログラムは研修時間に応じて6ユニットプログラム(短期集中コース)、12ユニットプログラム(標準コース)、18ユニットプログラム(徹底コース)の3コースを提示している。1ユニットは1時間半であり、最初と最後の10分間を研修内容の定着のための「導入」と「ふりかえり」の時間とし、1日(1回)につき最大3ユニットの学習を想定している。また、参加型学習の手法が取り入れられており、研修後の自己学習・自発的グループ学習に繋がることが期待されている。

標準コースである12ユニットプログラムにおいて学ぶ内容と学習目標は別表1のとおりである。ここで分かるように、12ユニットの内訳は、「多文化共生」に関するものが1ユニット、「通訳」に関するもの(技術、心得、自己管理)が5ユニット、「医療」に関するもの(医療知識、医療制度、医療機関)が3ユニット、通訳の「実践」に関するものが3ユニットとなっている。このように、ロールプレイを主体とした医療通訳実践が3ユニ

²⁸ 筆者が2010年8月31日にNPO法人多言語社会リソースかながわ(MICかながわ)で行ったインタビュー。

ットと全体の25%を占めており、実践を重んじた内容であることが分かる。また、通訳技術のみならず、通訳技術の「心得」(ユニット5)として通訳倫理の学習も課している点が特徴である。

ちなみに、18ユニットプログラム(徹底コース)の場合はこれに6ユニットが追加されるが、その内訳は「医療通訳の事例から学ぶ」、「母子保健制度を学ぶ」、「医療通訳としてのスキルアップをはかる①～④」であり、ロールプレイを主体とした医療通訳実践を4ユニット増やし、母子の健康や出産に関するユニットなどを追加したものとなっている。

なお、このプログラムは全国の国際交流協会などに配布されたが、配布されただけでは分かりにくいという意見が出たため、2004年からはNPO法人多言語社会リソースかながわ(MIC かながわ)が地方の国際交流協会などに出向き、研修プログラムの内容と使用方法について実演を交えて説明する事業(医療通訳ボランティア研修プログラム説明会事業)を実施している²⁹。

2. 東京外国語大学多言語・多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」

次に、大学における医療通訳者養成の試みについて見てみたい。大学における医療通訳者養成については、大阪外国語大学大学院言語社会研究科(当時)における事例などがあるが、本研究では筆者が実際に参加した東京外国語大学での養成講座について見ることにする。

東京外国語大学は、2010年に「多言語・多文化社会専門人材養成講座」を開催した。同大学多言語・多文化教育研究センターでは、2008年から文部科学省「社会人学び直しニーズ対応教育推進プログラム」の委託事業として「多言語・多文化社会に必要な新たな職種としてのコーディネーター養成プログラム」(多文化社会コーディネーター養成プログラム)を実施しており、1期と2期あわせて58名が修了している。

3年目となる2010年は、同事業を継承する形で、同大学が社会人向けに実施する「オープンアカデミー」における開設講座の一つとして新規開講され、従来実施してきた「多文化社会コーディネーターコース」に「コミュニティ通訳コース」を加え、2コースで実施

²⁹ 西村明夫編(2006)『ことばと医療のベストプラクティス—医療通訳先進事例調査報告書—』NPO法人多言語社会リソースかながわ(MIC かながわ)、17頁。

された。以下、筆者が参加した「コミュニティ通訳コース」について述べる。

○参加者

「コミュニティ通訳コース」の定員は30名であり、実際に参加したのは28名である。言語別の内訳は、英語およびポルトガル語が各7名と最多で、続いて中国語5名、インドネシア語3名、スペイン語2名、朝鮮語・ベトナム語・ベンガル語・モンゴル語が各1名となっている。参加者の所属は、財団法人入管協会外国人総合相談支援センター、地方公共団体、国際交流協会、NPO法人、公立小中学校などである。

○講座概要

講座は共通必修科目と専門別科目から成っており、全体日程は別表2のとおりである。共通必修科目は、「多文化社会コーディネーターコース」（受講者10名）と「コミュニティ通訳コース」合同で開催されるが、専門別科目はコース別に分かれて開催されている。

「コミュニティ通訳コース」受講希望者は申込時に小論文「コミュニティ通訳の必要性と役割」（800字以内、日本語と専攻語）の提出が義務づけられ、更に、共通必修科目修了時の課題として小論文（4,000字以内、日本語）が義務づけられ、「コミュニティ通訳の必要性と役割」を自らの実践に引きつけて執筆することが求められた。

また、専門別科目修了時には「到達度チェック」（筆記試験。選択式）が課せられた。なお、専門別科目のテキストには『よくわかる逐次通訳』（東京外国語大学出版社）が使用された。

○特徴

本講座の特徴は、まず、医療通訳や司法通訳といった個別の分野における通訳者養成を目的としたものではなく、コミュニティ通訳者という大枠での養成を目的としている点にある。更に、コミュニティ通訳者養成が「多言語・多文化社会に貢献する『専門人材』育成の取り組み」の一環として、「多文化社会コーディネーターコース」と一部合同で実施されている点も特徴的である。そのため、両コース合同で開催された「共通必修科目」の講義内容はコミュニティ通訳に特化したものではなく、その前提となる多言語・多文化社会の現状を、文化人類学、言語・宗教、日本語教育、国際教育、行政、医療などの多面からの切り口で講義するものであった。

また、本講座では養成する人材像を「言語や文化の差異によって生じる公共の問題に言葉を橋渡しすることによって、また仕組みやプロジェクトを想像・推進することによって異なる言語・文化を持つ人と人、組織をつなぎ差別や排除のない公正な社会づくりに貢献する専門職または実践者」としており、本講座で養成を目指す専門職像を「省察的实践者」(ドナルド・A・ショーン)としている。このことから、コミュニティ通訳養成についても二度にわたって小論文(申込時と共通必修科目修了時)が課され、コミュニティ通訳の必要性和役割、およびコミュニティ通訳を巡る自らの実践について論じることが要求された。そのため、一般に考えられるコミュニティ通訳者育成に相当する部分は、3日間にわたる専門別科目の部分のみとなっており、この3日間でコミュニティ通訳の各分野(相談、行政、教育、医療、司法)の概論について学び、続いて通訳技法を学ぶという体裁になっている点が特徴である。

このように、本講座は「多言語・多文化社会に貢献する専門人材育成」を大枠の目的として、その一部としてコミュニティ通訳者の養成を位置づけており、前述の「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)で見たような医療通訳などの個別分野における実践的な通訳者養成を目的とした講座とはその趣旨が根本的に異なっている。

講座内容についても、前述の「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム)では1ユニットのみの取り扱いとなっている「多文化共生」に関する講義が、この多言語・多文化社会専門人材養成講座では共通必修科目として4日間にわたって講義されており、逆にロールプレイなどの通訳実践に関する時間が少ない。その反面、国際交流協会などでの養成講座では必ずしも要求されない小論文が二度にわたって課されるなど、高等教育機関である大学という場における人材育成の特徴が生かされた養成講座であると言えることができよう。

3. 「NPO 法人多文化共生センターきょうと」における通訳養成の取組

それでは、実際に医療通訳派遣システムを運営しているNPO法人ではどのような通訳者養成がなされており、またどのような課題に直面しているのだろうか。ここでは西日本の代表的な先進事例である「NPO 法人多文化共生センターきょうと」における通訳者養成の取組などを見ることにする。

○概説

まず、NPO 法人多文化共生センターきょうとについて概説する。NPO 法人多文化共生センターきょうと（以下「センター」。）は、2003 年から京都市国際交流協会、京都市と協働して京都市内への病院へ中国語医療通訳を派遣するモデル事業を開始している。当初は派遣病院は 1 カ所、対応言語は 1 言語であったが、現在では派遣病院は 4 カ所、対応言語は中国語に加えて英語、韓国語の 3 言語に増えている。派遣病院は、京都市立病院、医仁会武田総合病院、康生会武田病院、京都桂病院であり、京都市立病院と医仁会武田総合病院には曜日によって通訳者が常駐している。康生会武田病院、京都桂病院には医療通訳者は常駐せず派遣型をとっている。

受診件数（2006 年）は整形外科と神経内科で全体の 22 パーセントを占め、通訳依頼の 90 パーセントが中国語となっている。これは、センターの派遣病院が位置する地域に中国帰国者が多く住んでおり、その多くが高齢者であることが関係していると思われる。

○訪問調査

以下、センターにおける訪問調査結果をまとめることにする。訪問調査は 2010 年 7 月 9 日に行われ、センター理事長の A 氏と同理事・医療通訳コーディネーターの B 氏に対応いただき半構造化面接を行った。インタビューに際しては事前に倫理的配慮について説明し承諾を得たうえで、メモを取ると同時に IC レコーダーで録音した。

（1）医療通訳者の選考・養成

まず、センターにおける医療通訳者の選考・養成について質問を行い、2009 年の事例として以下の回答を得た（医療通訳者の選考・養成過程は毎年同様であるが、講座の内容や時間数などは年によって多少異なる）。

- ・医療通訳者は、センターが主催する「医療通訳講座」の受講生を対象に選考が行われる。
- ・講座は「基礎コース」と「実践者コース」に分かれており、合計 20 時間である。
- ・「基礎コース」は、日常会話レベル以上の語学力があれば、「医療通訳者を目指してい

る者」「医療通訳者になりたい者」など、誰でも受講可能となっている。基礎コースでは医療知識や医療通訳者の姿勢が教授され、あわせて医療通訳ロールプレイが実施される。

- ・「基礎コース」修了者（「実践者コース」も修了した者を含む。）を対象に試験（「考査」と呼ばれる。）が実施される。考査の内容は、筆記テスト、通訳テスト、面接である。考査に合格すると「医療通訳研修生」となる。研修生は、「インターン」として医療通訳者とともに病院に派遣され、派遣病院において通訳実践研修（2カ月以上、最大1年間）に参加する。これは言わば、医療通訳のOJT(On the Job Training)研修の位置づけである。

- ・医療通訳者は診察室における通訳内容の守秘義務を遵守する必要があるため、一般的にOJT研修の実施は難しいと考えられる。しかし、センターの場合は、既に派遣病院との間で協力関係が構築されており病院側が協力的であることや、受診歴の長い患者が多いため、患者側にも通訳養成に対する理解がある。

- ・通訳実践研修期間の前半は、通訳コーディネーターが研修生に同行する。研修期間中に2回の「中間振り返り会」が行われ、研修生が通訳コーディネーターから指導を受ける機会がある。その後、同行した通訳コーディネーターの評価基準を達成すると、研修生は医療通訳者として認定されることになる。登録は一年更新制で、ブラッシュアップを目的として前述の「実践者コース」への参加を義務づけられる。

- ・「実践者コース」は「基礎コース」修了者や、通訳活動経験者を対象としている。目的は、医療通訳者としての実践力と対応力を高めることである。

- ・2009年は試行的に、通訳実践研修に入る前に看護研修が行われた。これは、京都橘大学看護学部における講義・看護実習への参加であり、実習においてはベッドメイキング、洗髪、喀痰吸引等の研修に参加した。この看護研修は、通訳者がコメディカルスタッフとして診療の現場を実際に体験し、看護師の視点や仕事について理解することを目的としている。

このように、センターにおける医療通訳者の選考・養成の特徴としては、医療通訳選考試験、病院実習、定期的な医療通訳の養成講座の実施などが挙げられる。また、医療通訳者として認定された場合も登録は一年更新制であり、「実践者コース」への参加を義務づけられるなど、通訳者のレベル保持についても制度化されている点が特徴となっている。

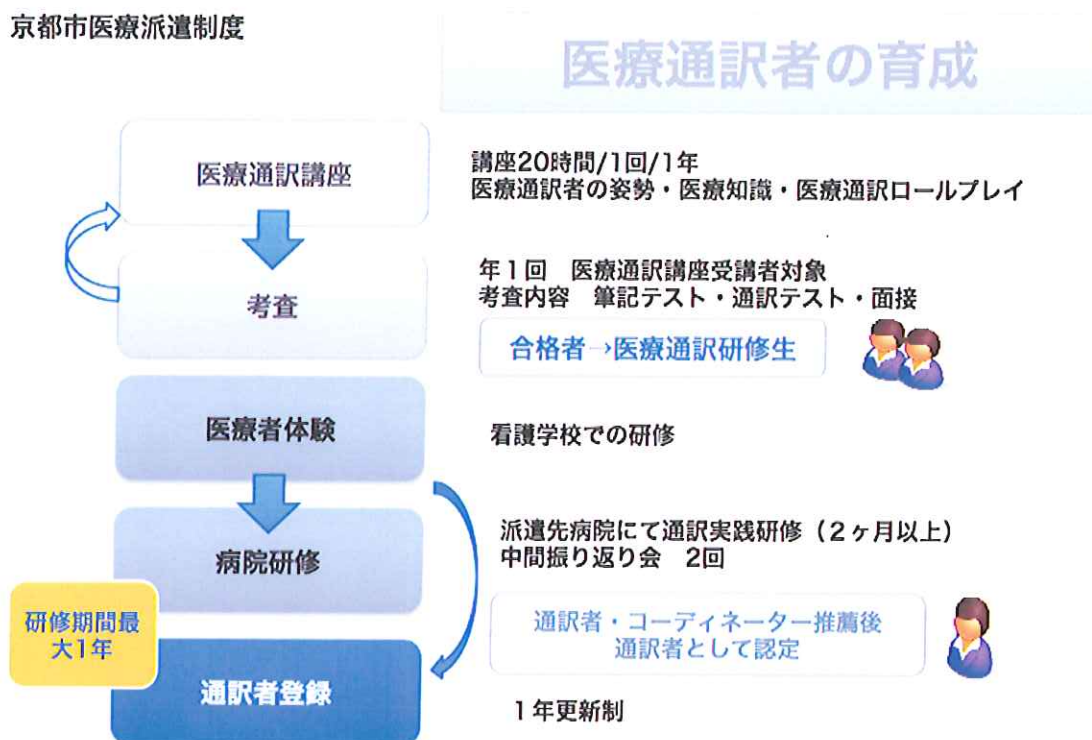


図3 NPO法人多文化共生センターきょうとにおける医療通訳者の養成(同法人HPより)

(2) 医療通訳者に求められる能力・資質

次に、医療通訳者に求められる能力（語学力）・資質については以下の回答があった。

- ・「基礎コース」参加に際しては、特に語学検定試験で最低〇級以上といった条件は課しておらず、前述のとおり日常会話以上の語学力を要求している。
- ・医療通訳選考に際しての語学力の最低基準は、自分が自分の母語で医師と話すときに行う会話の再現ができるレベルとしている。
- ・語学力に加えてコミュニケーション能力も必要である。一例として、待合室での対応が挙げられる。待合室での時間は診察室における通訳を成功させるために事前情報（初診なのか再診なのか、どのような健康上の問題を抱えているのか等）が得られる時間であり、また、外国人患者に対して通訳の段取り、通訳者の使い方を教える時間となる。あわせて、外国人患者との信頼関係を築く時間でもある。
- ・しかし、例えば、外国人患者の中には待ち時間の場面で寡黙な人もいる。そのため、医療通訳者には、患者に話しかけて関連情報を引き出すことのできる、また、通訳方法

の確認や通訳者と患者間の信頼関係構築ができるだけのコミュニケーション能力が求められる。

医療通訳に関する誤解の一つとして、医学用語や病名などを知っていないと医療通訳はできないというものがある。しかし、このインタビュー調査で明らかになったように、語学レベルとして求められるのは「自分が自分の母語で医師と話すときに行う会話の再現ができるレベル」とされている。

この点については、2010年10月に発表された「医療通訳共通基準」(41頁参照)のなかでも、「通訳者が診療現場に患者として行った時、交わすであろう会話内容を母語、対象言語で言えること」と明確化されたところである。

また、第3章でも触れたことであるが、医療通訳者は通訳者であると同時に対人援助の役割が期待される場面も有するという特殊性がある。この訪問調査でも、医療通訳者の選考・養成に際しては語学力に加えてコミュニケーション能力についても求められていることが確認された。

(3) 医療通訳者派遣システムを今後拡大するうえでの問題点

医療通訳者派遣システムを今後拡大するうえで、センターはどのような問題に直面しているのだろうか。これについては、以下の説明があった。

- ・医療通訳者の定着率の問題について、現在の制度では医療通訳者に対する生活保障が不十分であることから、熟練した通訳者が転職等の理由で辞めることが多い。
- ・医療通訳者が生計維持のためにより安定した職業を求める傾向が強く、ほぼ5年程度で医療通訳者を離職するため、熟練人材の確保に支障をきたしている。
- ・センターの事業は京都市の予算で運営されているが、通訳の利用者数が増加しているにもかかわらず、京都市全体の予算が縮小傾向にある。そのため、医療通訳者の派遣件数増加により事務局運営経費が増えたとしても、それに見合った運営予算の増加が見込めない。

第3章で見てきたように、医療通訳者は「プロフェッショナル」なのか「ボランティア」なのか、「通訳」なのか「支援者」なのかの狭間で揺れる存在であることが先行研究で指摘

されている。このうち「プロフェッショナル」か「ボランティア」かの議論については、現在の日本では医療通訳者はボランティアベースの守備範囲であるとの誤解があり、医療通訳者の生活保障が不十分である点に起因している。

センターでは医療通訳者に支払う謝金は1回（3時間）につき3,000円（交通費、所得税込）となっており、十分な生活保障であるとは言い難い。そのため、センターの医療通訳者もほぼ5年程度で離職してしまうことが指摘された。

この点については地方自治体やNPO団体などが自力で解決できる余地は限られており、国レベルにおいて医療通訳者にかかる法令整備や医療保険制度・病院評価制度の見直しなどが求められるところである。

第5章 考察

1. 医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質

本研究では医療通訳の特殊性について、「通訳者」なのか「支援者」なのかの狭間で揺れる存在であることを指摘した。それに関連して、医療通訳者の外国人患者に対するアドボカシーのあり方については識者によって異同があることが分かった。また、医療通訳者の選考・養成に際しては、一定の語学力を有していることは当然であるが、それに加えて外国人患者や医師をはじめとする医療従事者とのコミュニケーション能力も要求されることが明らかになった。これらの医療通訳者像は、会議通訳やビジネス通訳における通訳者像とは大きく異なるものであり、同じコミュニティ通訳に包含されることの多い司法通訳とも異なる点が多い。

2010年10月には「医療通訳の基準を検討する協議会」が「医療通訳に関わる個人及び医療通訳派遣システムを運用する機関や団体が、学習や育成、到達目標の設定、採用選考等における一つの『目安』として共通して活用できる基準を設定する」ことを目的として、「医療通訳共通基準」を策定した。ここでは共通基準の大項目として「知識」、「技術」、「倫理」、「通訳が所属する機関・団体の義務」の4項目が挙げられており、それぞれの中項目は以下のとおりである³⁰。

- ・知識：「患者背景・多文化に関する知識・理解」、「医療に関する知識」、「所属機関・団体、医療通訳全体に関する知識・理解（派遣機関・団体に所属する場合）」
- ・技術：「語学力」、「通訳技術」、「実践的技術」、「コミュニケーション・スキル」
- ・倫理：「基本的な人権の尊重」、「守秘義務」、「プライバシーの尊重」、「中立・客観性」、「正確性」、「専門性の維持・向上」、「信頼関係の構築」、「利用者との私的な関係の回避」、「医療従事者、支援団体や専門家との連携・協力」、「健康の保持増進」、「品行の保持」
- ・通訳が所属する機関・団体の義務：「通訳者の育成」、「通訳者の保護」、「社会に対す

³⁰ 医療通訳の基準を検討する協議会（2010）「医療通訳共通基準」
<http://sites.google.com/site/the3rdnationalconference/home/standard> 最終閲覧日 2011年1月8日。

る責任」

このように、医療通訳者に必要とされる能力・資質は、大きく分けて「知識（文化・医療）」、「技術（語学力・通訳技術・対人援助）」、「倫理（医療通訳倫理）」の3つに整理できる。王珠恵（2009）は、通訳者を「意思疎通を図る専門家であり、ネゴシエーター」と規定したうえで、通訳をめぐる社会的な誤解の一つとして「その国の言語が話せれば通訳ができるという誤解」を挙げている³¹。日本でも「コミュニティ通訳＝ボランティア通訳」という拭いがたい誤解が存在するが、こと医療通訳者に関する限り、その国の言語が話せて通訳もできることに加えて、「知識（文化・医療）」、「技術（通訳技術・対人援助）」、「倫理（医療通訳倫理）」といった幅広い知識・技能の習得が必要なことに留意すべきである。とりわけ、会議通訳やビジネス通訳さらには司法通訳などと異なり、「支援者」として対人援助の役割が期待されるケースが少なくないのは医療通訳の最も大きな特徴である。

2. 医療通訳システムの現状と課題

医療通訳が抱えるもう一つの特異性について、「プロフェッショナル」なのか「ボランティア」なのかという問題がある。医療通訳が職業として成り立っている米国などの移民受け入れ国と異なり、日本では医療通訳派遣システムの先進事例である NPO 法人においても、医療通訳者の生活保障には苦慮している。

端的に言って、米国などの移民受け入れ国と日本との医療通訳を巡る状況の違いは、①法的根拠の有無、②公的財源の有無、③背景としての在住外国人数の多寡である³²。日本では外国籍住民が移民受け入れ国と比べてそれほど多くないため、医療通訳システムの普及については主に外国人支援の NPO 法人などから提起されることが多く、行政側は及び腰というのが一般的な印象である。

しかし、行財政マネジメントの視点からも医療通訳システムを考えてみる必要性があるだろう。外国人住民は地方自治法第 10 条に定める「住民」であり、患者が医療機関を受診した場合、医療機関は医師法第 19 条によりこれを断ることはできない。費用面や言語面で

³¹ 王珠恵（2009）「東アジアにおける社会的対話-台湾のコミュニティ通訳の養成についての考察」『中国文化研究』天理大学中国文化研究会 25、77-91 頁。

³² 西村明夫編（2007）『医療通訳国際シンポジウム報告書』NPO 法人多言語社会リソースかながわ（MIC かながわ）、44 頁。

の理由から外国人患者の受診が遅れてしまうと、その分、病状が重症化してしまい医療費がかさむ。また、日本語ができないため医師とのコミュニケーションギャップがある場合、的確な診断ができないうえ、処方された薬を指示通りに服薬しないかも知れないといったリスクもある。そもそも、医師とのコミュニケーションギャップがあれば、インフォームド・コンセントの成立自体が困難である。したがって、①コスト（医療費）の低減、②（誤診等による）リスク回避、③インフォームド・コンセント確保の3点から、行財政マネジメントの観点からも、日本語での意思疎通が困難な外国人患者には訓練された医療通訳者を介入させるべきとすることができる³³。

りんくう総合医療センター（大阪府泉佐野市）の伊藤守副院長は、「医療通訳の必要性は年々高まっているが、外国人の割合が3%を超えないと、なかなか国や自治体レベルでの制度改革は進まない」と論じている³⁴。前述のとおり日本の総人口に占める外国人登録者の割合は約1.7%であり、2007年末の時点で外国人登録者数の割合が3%に達しているのは東京都と愛知県のみであるため、医療通訳の重要性が認識されているのはまだ一部の自治体に限られていると考えられる。

このような状況のもと、2009年2月に「医療通訳士協議会」（Japan Association of Medical Interpreters：以下、JAMI。）が設立された。JAMIは「医療通訳士に対する適正な報酬と身分を保障するための制度の整備と、医療通訳士の技術向上のための活動を行うこと」を目的としており、以下の活動を予定している³⁵。

- (1) 医療通訳に関する全国的なネットワークの確立と情報交換
- (2) 医療通訳士に関するEBM (Evidence-Based Medicine)に基づいた知見の蓄積
- (3) 医療通訳士に関する倫理規定の制定
- (4) 医療通訳士に対する研修ガイドラインとマニュアルの作成
- (5) ホームページによる情報と意見の交換
- (6) 医療通訳の必要性と重要性に関するアドボカシー
- (7) 医療通訳士認定制度の確立に向けた活動

³³ NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ) (2008) 「NPO と行政の協働で医療通訳支援」『地方自治職員研修』公職研7月号、45-47頁。

³⁴ 医療タイムス「特集 医療通訳 急増する外国人患者 医療通訳の需要高まる」『医療タイムス』医療タイムス社2009年4月13日 No. 1913、6-11頁。

³⁵ 中村安秀・竹迫和美 (2009) 「医療通訳士協議会の設立と今後の展望」『自治体国際化フォーラム』財団法人自治体国際化協会5月号、31-33頁。

今後は、各地域で医療通訳システムの先進的な取組を展開している NPO 法人などが全国的なネットワークを展開して医療通訳の必要性を訴えていくと同時に、行財政マネジメントの観点からも、要通訳支援の外国人患者には訓練された医療通訳者を介入させるよう法令や予算面での制度設計を行う必要があるだろう。「医療通訳共通基準」の策定や「医療通訳士協議会」の設立といった全国レベルでの動きはその一歩であると考えられる。

3. 地方における医療通訳派遣システムのあり方

言うまでもなく、病気にならない人間というのは存在せず、極論すれば日本語で意思疎通ができない外国籍住民が一人でもいれば医療通訳の潜在的ニーズがあると考えられる。つまり、いくら外国籍住民の少ない地方と言えども、外国人が定住していれば確実に医療通訳システムの必要性がある。医療通訳システムが必要である点は、大規模集住地域と小規模点在地域で異なるところがない。

しかし、第1章で見たとおり、日本における多言語・多文化社会化の進展は各地域によってそれぞれの特色を有しており、医療通訳システムのあり方も各地域によって異なるであろうことが推測される。また、大規模集住地域と小規模点在地域では、医療通訳システムの必要性を巡る認識、制度運営のための財源や人材等の面において状況が大きく異なる。

都市部と異なり、医療通訳システムが整備されていない地方においては、どのような形で外国人患者への対応がなされているのだろうか。また、このような地域においてはどのような形での医療通訳システムの整備が考えられるのだろうか。ここでは九州地区を例にとって見てみたい。

筆者が財団法人宮崎県国際交流協会に行ったインタビュー調査(2009年11月7日実施)によれば、同じ九州地区でも地域によって医療通訳システムに対する温度差があるとのことであった。まず、現在、医療通訳者の養成や派遣が何らかの形で実施されているのは、佐賀県と熊本県のみである。佐賀県では国際交流協会が NPO 法人多言語社会リソースかながわ(MIC かながわ)の指導により本格的な医療通訳ボランティア養成講座を行い、講座修了者を医療通訳ボランティアとして登録している。熊本県では、熊本同時通訳者協会が主体となって医療通訳者派遣システムを立ち上げている。

それ以外の地域では今のところ医療通訳システムは存在しないが、その理由としては、①感染症の問題、②医療過誤の問題、③専門用語・専門知識等の専門的な育成の問題、④

費用の問題、⑤通訳が専門的になるうえ、外国人患者が生活相談等の通訳以上の支援を求めるため通訳者の負担が大きいという問題、⑥病院や行政との連携が必要になる、という問題点が各地域から挙げられている。

では、医療通訳システムが整備されていない現状で、どのような人材が医療現場での通訳を担当しているのだろうか。宮崎県を例にとると、医療通訳に限らずコミュニティ通訳の依頼がある場合は、本県に長年在住する外国人（日本人の配偶者）が担当するケースが多いとのことである。おそらく、医療現場においても同様に日本人の配偶者などが通訳に携わっている可能性が高いのではないかとと思われる。

しかしながら、プロフェッショナルとしての訓練を受けていない者が、単に外国人患者の母語と日本語の両方に精通しているというだけの理由で医療通訳を行う場合、どのような問題が生じるかについては本研究で見えてきたとおりである。宮崎県のように在住外国人が極めて少ない地方における医療通訳のあり方を考えた場合、一番の課題となるのは専門人材の不足である。そのため、地方における医療通訳のあり方については、実際にボランティアベースで医療通訳に従事している既存の人材リソースの活用を基本としつつも、医療通訳を行ううえで必要最低限不可欠な通訳技術、守秘義務や中立性といった倫理規定、医療分野の専門用語・専門知識を教授するトレーニングプログラムを提供することにより、人材リソースの底上げが図られるのではないかとと思われる。

また、九州地区の各国際交流協会などが医療通訳システムを立ち上げない理由として挙げられていたように、医療通訳を行ううえで一番の課題となるのが誤訳による医療訴訟の問題である。実際、医療通訳と同様にコミュニティ通訳の範疇で語られることの多い司法通訳については、司法通訳の通訳ミスが弁護士に指摘されたケースもある³⁶。

医療通訳者の誤訳が原因で医療事故が発生した場合、患者の健康・生命を損なうことはもちろんであるが、医療通訳者の立場をも危うくしかねない。本研究で訪問調査を行ったNPO 法人多文化共生センターきょうとについては、医療機関との契約により医療通訳者が医療スタッフの一員と位置づけられ、誤訳による医療過誤の場合も医療賠償保険の対象とされている。

西村（2009）によれば、日本において通訳者の誤訳による医療過誤事件が係争となった

³⁶ 2009年11月、大阪地裁において、覚せい剤取締法違反罪などで起訴された外国人被告（ドイツ国籍）を巡る裁判員裁判が開かれた。公判において法廷通訳の訳出に対して弁護士から指摘がなされ、専門家に被告人質問の録音の鑑定を依頼した結果、誤訳が公判全体の6割に及んだことが分かった。（2010年8月16日付け『日本経済新聞』）

ケースはないが、静岡県浜松市では医療通訳者を付けずに糖尿病のブラジル人患者の手術が行われたところ後遺症となり、「手術の後遺症の可能性を聞いていなかった」として病院側に対して2,000万円の損害賠償請求訴訟が起こされたケースがある³⁷。

大規模集住地域か小規模点在地域かにかかわらず、各国際交流団体等が医療通訳者を派遣する場合は、医療通訳者の身分を保障するためにも、この点に対する何らかの対応が必要となるであろう。

³⁷ 西村（2009）前掲書、111－112頁。

第6章 結論

1. まとめ

本研究では、医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質は何か、日本における医療通訳システムの現状と課題は何か、小規模点在地域における医療通訳派遣システムのあり方の3点について明らかにすることを目的として論考を行った。

まず第1章では、日本では80年代後半から外国人の流入が急増しはじめ、現在、約230万人程度（総人口に占める割合は約1.7%）の外国人が在留しており、外国籍住民の増加に伴い、国籍（出身地）の多様化と定住化が進展していることを確認した。外国籍住民は大都市集住地域に集中する一方、小規模点在地域を子細に観察すると各地域の人口構造や産業構造、歴史的要因などによって住民の国籍などが大きく異なっている。このような日本社会の多言語・多文化社会化の進展に対しては、行政府や外国籍市民団体などで、医療通訳や学校通訳などのコミュニティ通訳の必要性が認識されるようになってきたことが明らかになった。

第2章ではコミュニティ通訳の特徴を要約し、コミュニティ通訳が社会的弱者である「言語的少数者」の「基本的人権の保障」を目的として、日常生活におけるパブリックかつパーソナルな各場面で行われる通訳であることを確認した。コミュニティ通訳は通訳者として倫理原則の遵守を求められる一方、当事者性、支援的立場、ボランティア性を必要とされ、会議通訳やビジネス通訳には見られない複雑さと両義性をもった存在であり、単に外国語ができればコミュニティ通訳ができるというわけではない。にもかかわらず、医療現場においても通訳は多くの場合ボランティア通訳の守備範囲と認識され、米国やオーストラリアなどの移民受け入れ国と比べ、人材育成のあり方に関する議論や職業としての確立が立ち後れていることを指摘した。

第3章では主な先行研究を整理し、在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状、米国における医療通訳システムの取組、医療通訳の特殊性について考察した。現在、日本では一日に3万人を超える要通訳支援の外国人患者が医療機関を受診していると推測される。一方、医療機関が対応可能な言語は英語に集中しており、英語対応可能な医療機関は全体の一割程度に過ぎない。総人口に占める移民の割合が約10%を占める米国では医療通訳システムに関して法令整備がなされ、一部の州において医療通訳者認定制度

が導入されていることを明らかにした。

会議通訳や司法通訳などと比較すると、医療通訳は「文化と文化的差違の重要性の重視」と「アドボカシー」が要求されるという点で大きく異なっている。医療通訳者は日々の業務のなかで「プロフェッショナル」なのか「ボランティア」なのか、あるいは「通訳者」なのか「支援者」なのか、それとも、「患者側」なのか「医療機関側」なのか、これらの狭間で揺れる存在であることが明らかになった。

第4章では、実際に日本では医療通訳者養成についてどのような養成・研修が実施されているのかについての調査結果をまとめた。また、NPO 法人による医療通訳派遣システムの先進事例について、派遣システムを今後拡大するうえで直面している問題点についても調査を行い結果をまとめた。その結果、医療通訳者の養成に際しては通訳技術や医療知識に加えて、多文化共生の知識や通訳倫理の理解、コミュニケーション能力向上も必要とされていることが分かった。また、NPO 法人による医療通訳派遣システムの先進事例についても、運営予算面や医療通訳者の生活保障などに関して問題を抱えていることが理解された。

第5章では先行研究や訪問調査などの結果にもとづき、医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質、医療通訳システムの現状と課題、地方における医療通訳派遣システムのあり方について考察を行った。医療通訳の特殊性と医療通訳者に求められる能力・資質については、会議通訳や司法通訳などと異なり通訳者に「支援者」として対人援助が期待される点が大きな特徴であることを指摘した。また、日本の医療通訳システムの普及・拡大については行政を巻き込んだ全国規模での動きが必要であり、「医療通訳共通基準」の策定や「医療通訳士協議会」の設立といった最近の動向はその一つであると考えられる。

地方における医療通訳派遣システムのあり方については、九州地区を例に挙げて考察を行った。インタビュー調査の結果、アド・ホック通訳者が医療通訳を担当している現状を明らかにしたうえで、人材面・予算面で制約の多い地方においては、既存の人材リソースを対象に適切な研修を実施することにより、人材リソースの底上げを図る必要性を指摘した。あわせて、誤訳による医療過誤のリスクについても対応が必要であることを付言した。

2. 今後の課題

本研究では医療通訳に関して、限られた先行研究の整理と訪問調査の結果をもとに考察を進めてきた。今後は、日本国内の各地域における医療通訳システムや、欧米の移民受け入れ国に加えて東アジアの韓国や台湾における医療通訳の事例研究を行う必要がある。さらに、小規模点在地域における医療通訳派遣システムのあり方について、実際に医療通訳システムを立ち上げることも含めてさらに研究を深めたい。

また、言語サービス全体におけるコミュニティ通訳の位置づけについても改めて考察を深める必要を感じている。そもそもコミュニティ通訳は多言語表記や日本語教育と並んで言語サービスの一分野として位置づけられる。河原俊昭（2007）によれば、言語サービスは「外国人が理解できる言語を用いて、必要とされる情報を伝達すること」と定義される³⁸。外国人が理解できる言語については、①外国人自身の母語、②日本語（平易な日本語を含む）、③英語（平易な英語を含む）といった3つのケースが想定されるが、どの言語が最もふさわしいかは言語サービスの内容によって決まってくる。また、言語サービスの具体的内容としては以下の8点が挙げられている。

- ①災害・事故・緊急医療など緊急事態に関する言語サービスを提供すること
- ②相談窓口を提供すること
- ③パンフレットやホームページを通して、生活情報を提供すること
- ④多言語での公共の掲示、道路標識、案内標識を提供すること
- ⑤観光案内を充実すること
- ⑥司法通訳を提供すること
- ⑦日本語教育を提供すること
- ⑧外国人児童への母語保持教育を提供すること

コミュニティ通訳に関する言及が「⑥司法通訳」に限られているが、医療通訳をはじめとする各種通訳も言語サービスの一つと行うことができよう。多言語・多文化社会化への対応はコミュニティ通訳のみが担うわけではなく、これらの言語サービスの適切な組み合わせ

³⁸ 河原俊昭（2007）「外国人住民への言語サービスとは」河原俊昭・野山広編『外国人住民への言語サービス—地域社会・自治体は多言語社会をどう迎えるか』明石書店、10-27頁。

わせによってより効果的な対応が可能になる。医療現場における多言語・多文化化についてもトータルな意味での言語サービスの実施が重要である。外国人患者への対応については医療通訳の介入が最も有効な手段であることは本研究で見てきたとおりであるが、深夜や休日など、いつでも医療通訳が用意できるとは限らず、その意味において医療通訳の限界も存在する。その場合、医療機関内外における多言語表記、診察室や病棟における多言語問診票や多言語診療会話集の補助的利用は有効な手段となり得る。また、産科においては、出産後の円滑な社会適応を目的として日本語教育支援との連携により外国人妊産婦を支援することも有効であると思われる³⁹。

医療現場における外国人患者への対応については、本研究で見てきたように医療通訳のプロフェッショナル化を含む医療通訳システムの確立が必須であるが、同時にこのようなトータルな言語サービスの観点からの対応も求められよう。今後は、コミュニティ通訳や日本語教育、多言語標識といった言語サービス全般についても考察を深めたい。

³⁹ 和田恵 (2010) 「地域に暮らす外国人妊産婦への支援ー日本語教師の視点からー」宮崎大学教育学研究科修士論文。

別表1 財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業「専門通訳ボランティア研修プログラム」(医療通訳ボランティア研修プログラム。標準コース)

ユニット	学習目標
ユニット1. 多文化共生に関する考え方を学ぶ	<p>(1) 外国籍住民の方々のおかれている厳しい現状と課題の概要に関する知識を身につけること。</p> <p>(2) 多文化共生に関する考え方を理解し、身につけること。</p>
ユニット2. 基礎的な通訳技術を学ぶ①	<p>(1) 相手との信頼関係の確立方法を身につけること。</p> <p>(2) 通訳時の必需品に関する知識と活用方法を身につけること。</p>
ユニット3. 基礎的な通訳技術を学ぶ②	<p>的確な通訳を行うために、次に掲げる基礎的な通訳技術を身につける。</p> <p>(1) 事前準備の徹底</p> <p>(2) 正確な通訳のための基本事項の理解</p> <p>(3) 会話整理の基本を身につけること</p> <p>(4) 会話の語調、格調合わせ</p>
ユニット4. 基礎的な通訳技術を学ぶ③	<p>ユニット3で学んだ事項を、ロールプレイを通して実践的に学び、基礎的な通訳技術を身につける。また、いろいろな場面の会話を経験し、通訳言語の語彙を増やす自己学習につなげる。</p>
ユニット5. 通訳者の心得を学ぶ	<p>次に掲げる通訳者として必要な心得を理解し、身につける。</p> <p>(1) 守秘義務の厳守</p> <p>(2) 中立性の確保</p> <p>(3) 自分の立場を明確にすること</p> <p>(4) 依頼者と個人的な関係を持たないこと</p>

	(5) 依頼者が通訳者に依存する関係を作らないこと
ユニット6. 通訳者の自己管理を学ぶ	<p>通訳者自身は、常に異文化に接しなければならず、そのことがストレスになることがある。したがって、自分自身で異文化接触到に容易に適応できるような、ある種の能力を訓練しておくことも大切である。</p> <p>そこで、通訳者の精神衛生上の問題を未然に防止するため、次に掲げる項目について、自己管理の重要性とその方法を学ぶ。</p> <p>(1) 通訳業務とプライバシーの切り替え (2) 自己管理チェックの励行 (3) 通訳者同士の横のつながりの大切さ</p>
ユニット7. 基礎的な医療知識を学ぶ	<p>基礎的な医療知識を学ぶと同時に、ロールプレイを通して実践的に通訳技術を習得する。</p> <p>(1) 一般的な病気・けが・人体・器官・医療用語の学習 (2) 診療場面でよく交わされる会話の学習</p>
ユニット8. 医療制度の基礎を学ぶ	<p>医療制度の基礎知識を身につける。また、グループディスカッションを通して、医療の面でも日本と各国との間に違いがあることを理解する。</p> <p>(1) 健康保険制度 (2) 公費負担制度</p>
ユニット9. 医療機関のしくみを学ぶ	<p>次に掲げる医療機関に関する知識を身につける。また、医療通訳は時間の予測が困難であり、掛け持ちを控えることを、具体的事例を通して学ぶ。</p> <p>(1) 病院と診療所のしくみ</p>

	<p>(2) メディカル・ソーシャル・ワーカー (MSW) の機能</p> <p>(3) 損害賠償責任への対応</p> <p>(4) 時間的余裕の必要性を学ぶ</p>
<p>ユニット10. 医療通訳実践の基礎を学ぶ①</p>	<p>(1) MSW との会話を通して、ユニット9で学習した MSW の役割について、理解を深める。</p> <p>(2) 次の事項に関する実践的なロールプレイを行い、これまでに学習したことを定着させる。</p> <p>①正確な通訳、②会話整理、③医療用語、④診療場面でよく交わされる会話</p>
<p>ユニット11. 医療通訳実践の基礎を学ぶ②</p>	<p>通訳に徹する技術に関する実践的なロールプレイを行い、医療通訳の基礎能力を身につける。</p> <p>(1) 医師の通訳業務以外の要求対応に巻き込まれないこと</p> <p>(2) 患者の医師側への不満に同調して一緒に医師側を批判しないこと</p> <p>(3) 病気の内容や重度を知っていても自分からコメントは避けること</p>
<p>ユニット12. 医療通訳実践の基礎を学ぶ③</p>	<p>次の事項に関する実践的なロールプレイを行い、医療通訳の基礎能力を身につける。</p> <p>(1) 薬の説明について学ぶ</p> <p>(2) 手術の場合の適正な通訳</p> <p>(3) 重病宣告の場合の適正な通訳</p>

「医療通訳ボランティア研修プログラム」から筆者作成。

別表2 東京外国語大学多言語・多文化社会専門人材養成講座「コミュニティ通訳コース」

共通必修科目 (2010年8月27日～30日)

27日	・開講挨拶 ・オリエンテーション 多言語・多文化社会における専門人材とは	・言語と文化1 多文化社会における文化とは	・ワークショップ1 ・応募時の小論文をベースに自己紹介 ・振り返り	
28日	言語と文化2 地域日本語教育と青少年教育	言語と文化3 多文化社会における言語とは	言語と文化4 多文化社会における宗教とは	ワークショップ2 ・実践を語り聴く ・振り返り
29日	多言語・多文化社会論1 国・自治体における法・政策・施策	多言語・多文化社会論2 多文化社会と教育	多言語・多文化社会論2 異文化心理・傾聴・医療システム	ワークショップ3 ・レポートの書き方 ・振り返り
30日	多言語・多文化社会実践論1 在留資格制度とその実務	多言語・多文化社会実践論2 福祉・ソーシャルワーク	多言語・多文化社会実践論3 ボランティア・NPO・社会資源	全体振り返りとまとめ

専門別科目 (2010年9月23日～25日)

23日	オリエンテーション	コミュニティ通訳概論 コミュニティ通訳の課題・レポート講評		専門家相談における基礎用語概説	振り返り
24日	基礎知識1 行政分野	基礎知識2 教育分野	基礎知識3 医療分野	基礎知識4 司法分野	振り返り
25日	通訳のマナーと通訳技法の基礎・要約法、メモ取り法、記憶法、短期記憶法		演習 (ロールプレイング、ピアレビュー他)		到達度チェック 講評・まとめ 修了証授与

コースパンフレットから筆者作成。

参考文献

書籍

- 飯田奈美子編 (2008)『在住外国人を対象とした言語保障を考えるーコミュニティ通訳の現状と課題からー』立命館大学人間科学研究所
- 河原俊昭・野山広編『外国人住民への言語サービスー地域社会・自治体は多言語社会をどう迎えるか』明石書店
- 真田信治・庄司博史編 (2005)『事典 日本が多言語社会』岩波書店
- 東京外国語大学多言語・多文化教育研究センター編 (2009)『シリーズ 多言語・多文化協働実践研究 別冊2 外国人相談事業』東京外国語大学多言語・多文化教育研究センター
- 西村明夫 (2009)『外国人診療ガイド』メジカルビュー社
- 水野真木子 (2008)『コミュニティー通訳入門』大阪教育図書
- 連利博監修 (2007)『医療通訳入門』松柏社

論文

- 石崎正幸・Patricia D. Borgman・西野かおる (2004)「米国における医療通訳と LEP 患者」『通訳研究』日本通訳学会第 4 号
- 王珠恵 (2009)「東アジアにおける社会的対話-台湾のコミュニティ通訳の養成についての考察」『中国文化研究』天理大学中国文化研究会 25
- 尾崎明人 (2010)「定住型外国人に対する日本語教育」『文部科学教育通信』ジアース教育新社 NO. 244
- 中村安秀・竹迫和美 (2009)「医療通訳士協議会の設立と今後の展望」『自治体国際化フォーラム』財団法人自治体国際化協会 5 月号
- 灘光洋子 (2008)「医療通訳者の立場、役割、動機についてーインタビュー調査をもとにー」『通訳翻訳研究』日本通訳翻訳学会第 8 号
- 水野真木子 (2005)「各種通訳倫理規定の内容と基本理念ー会議、コミュニティー、法廷、医療通訳の倫理規定を比較してー」日本通訳学会『通訳研究』第 5 号
- 村松紀子 (2006)「医療通訳の諸問題」『治療』南山堂 Vol. 88, No. 9
- 山脇啓造 (2005)「2005 年は多文化共生元年？」『自治体国際化フォーラム』財団法人自治

体国際化協会 2005 年 5 月号

和田恵 (2010)「地域に暮らす外国人妊産婦への支援－日本語教師の視点から－」宮崎大学
教育学研究科修士論文

報告書等

医療タイムス「特集 医療通訳 急増する外国人患者 医療通訳の需要高まる」『医療タイムス』医療タイムス社 2009 年 4 月 13 日 No. 1913

NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ) (2008)「NPO と行政の協働で医療通訳支援」『地方自治職員研修』公職研 7 月号

株式会社 KDDI 総研編 (2004)『在日外国人医療におけるコミュニケーションギャップの現状調査と改善策の研究』株式会社 KDDI 総研

独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所 (2007)『多文化共生に関する現状および JICA での取り組み状況にかかる基礎分析』

西村明夫編(2006)『ことばと医療のベストプラクティス－医療通訳先進事例調査報告書－』NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ)

——編 (2007)『医療通訳国際シンポジウム報告書』NPO 法人多言語社会リソースかながわ (MIC かながわ)

みのお英語医療通訳研究会編 (2006)『プロシーディング「医療通訳－Equal Access への挑戦」』

行政文書等

外国人集住都市会議 (2001)「浜松宣言及び提言」

外国人との共生に関する基本法制研究会 (2003)「多文化共生社会基本法の提言」

自治省 (1987)「地方公共団体における国際交流の在り方に関する指針」

自治大臣官房企画室長 (1988)「国際交流のまちづくりのための指針について」

総務省 (2006)「多文化共生の推進に関する研究会報告書～地域における多文化共生の推進に向けて～」

総務省 (2007)「多文化共生の推進に関する研究会報告書 2007」

法務省 (2010)「第 4 次出入国管理基本計画」

宮崎県県民政策部文化文教・国際課 (2011)「平成 22 年度宮崎県の国際化の現状」

新聞記事

日本経済新聞朝刊 2010 年 8 月 16 日

読売新聞西部本社版朝刊 2009 年 10 月 15 日

ウェブサイト

医療通訳の基準を検討する協議会 (2010) 「医療通訳共通基準」

<http://sites.google.com/site/the3rdnationalconference/home/standard>

財団法人自治体国際化協会多文化共生促進事業 (2003) 「専門通訳ボランティア研修プログラム」

<http://www.clair.or.jp/j/culture/program.html>

入国管理局 HP 「統計に関するプレスリリース」

http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01_00013.html