

外務省・国際移住機関(IOM)・葛飾区共催

一般財団法人自治体国際化協会(クレア)後援

平成 26 年度

「外国人の受入れと社会統合のための
国際ワークショップ」

医療分野における外国人と外国人材
～コトバと文化の壁を越えて～

2015 年 2 月 25 日

外務省

国際移住機関(IOM)

葛飾区

一般財団法人自治体国際化協会(クレア)

はじめに

この冊子は、2015年2月25日、外務省が、国際移住機関(IOM)及び葛飾区と共催し、一般財団法人自治体国際化協会(クレア)の後援のもと開催した平成26年度「外国人の受入れと社会統合のための国際ワークショップ 医療分野における外国人と外国人材～コトバと文化の壁を越えて～」の概要と評価、登壇者の発言内容及び配付資料等をまとめたものです。

今回の国際ワークショップでは、中山泰秀外務副大臣及び青木克徳葛飾区長による開会挨拶、スウィングIOM事務局長による基調講演に続き、ソムアツツ・ウォンコムトオン(タイ)ホアヒン・バンコク病院病院長によるプレゼンテーション、フィリピン人介護福祉士エハーシト・ピンキー・アルバレス氏及び日本人医療通訳者村松紀子氏による体験談の発表の後、後半には内外の各界有識者により(1)グローバルな時代の医療のあり方と外国人の医療、(2)医療通訳、(3)外国医療人材活用の方向性に関するパネル・ディスカッションが行われました。

当日、会場には内外の有識者、駐日大使館関係者や一般市民を含め約250名の方に参加いただき、グローバル化社会にふさわしい日本の医療体制のあり方について、様々な課題に関する認識や多様な意見を共有することができました。

今回の国際ワークショップの動画は「YouTube」(外務省動画チャンネル)に掲載されているほか、これまでの国際ワークショップに係る資料は、外務省ホームページ及びIOM駐日事務所ホームページに掲載されていますので、是非御覧ください。

●外務省ホームページ

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/local/symbiosis/index.html>

●IOM駐日事務所ホームページ

<http://www.iomjapan.org/publication/jointworkshop.cfm>

平成27年3月
外務省領事局外国人課

目 次

I 概要と評価

(日本語).....	1
(英 語).....	5

II プログラム

(日本語).....	11
(英 語).....	13

III 登壇者紹介

写真.....	15
略歴	
(日本語).....	17
(英 語).....	20

IV 開会の辞

中山 泰秀(外務副大臣).....	25
青木 克徳(葛飾区長).....	27

V 基調講演

ウィリアム・レイシー・スウィング(IOM事務局長)	
(英 語).....	29
(日本語).....	34

VI 外国有識者によるプレゼンテーション

ソムアツツ・ウォンコムトオン(タイ出身・教授, ホアヒン・バンコク病院病院長, バン コク・ドゥシット・メディカル・サービス(BDMS))	
(英 語).....	39
(日本語).....	45
(パワーポイント資料).....	49

VII 体験談

エハーシト・ピンキー・アルバレス

(フィリピン出身, ケアポート板橋(健育会グループ) 介護福祉士)

(発言内容).....59

(パワーポイント資料).....62

村松 紀子(医療通訳研究会(MEDINT)代表)

(発言内容).....65

VIII パネル・ディスカッション(パネリスト発言要旨)

イザベル・アローチャ

(元IMIA(日本語訳:国際医療通訳者協会)エグゼクティブダイレクター).....69

ジュリア・ロングボトム(駐日英国大使館公使).....71

館林 牧子(読売新聞東京本社編集局医療部次長).....75

水田 秀子(公益財団法人かながわ国際交流財団専務理事).....76

レシャード・カレッド(医療法人社団健社会レシャード医院院長).....77

IX 閉会の辞

三好 真理(外務省領事局長).....79

X 写真

集合写真等.....81

事前視察(2月24日).....82

XI 統計資料

(日本語)

(英語)

I 概要と評価

Overview and Evaluation

外国人の受入れと社会統合のための国際ワークショップ 「医療分野における外国人と外国人材 ～コトバと文化の壁を越えて～」 概要と評価

2月25日、外務省は、国際移住機関（IOM）及び葛飾区との共催により、一般財団法人自治体国際化協会（クレア）の後援の下、かつしかシンフォニーヒルズ・アイリスホールにおいて、標記ワークショップを開催した（国会議員〔浜田和幸参議院議員〕、内外の有識者、駐日大使館関係者や一般市民を含め約250名が参加）。

中山泰秀外務副大臣及び青木克徳葛飾区長による開会挨拶、スウィングIOM事務局長による基調講演に続き、ソムアツツ・ウォンコムトオン（タイ）ホアヒン・バンコク病院病院長によるプレゼンテーション、フィリピン人介護福祉士エハーシト・ピンキー・アルバレス氏及び日本人医療通訳者村松紀子氏による体験談の発表が行われ、後半には内外の各界有識者によるパネル・ディスカッションでの活発な議論を通して、問題意識を深め、共有することができた。

1. 今年度ワークショップ全般の概要と評価

- （1）スウィングIOM事務局長は基調講演にて、（ア）現代は過去類例のない規模で人が動く時代であるが、先進国では雇用を奪われるのではないかと、国のアイデンティティが損なわれるのではないかとといった必ずしも事実に基づかない印象論から、外国人労働者や移民に対してネガティブな感情も広がってきている、（イ）しかし日米を始めとする先進国では少子高齢化により医療従事者が著しく不足することは不可避であり、在留外国人の社会統合の観点からも外国人医療人材の登用が国の医療システムにおいて不可欠となっている、（ウ）多民族・多文化的医療システムの構築が鍵であり、それは優秀な外国人材を一層惹きつけるものでもある、（エ）歴史上、移住は不可避で必要で望ましいものであり、移民はむしろ全般的にはポジティブな役割を担ってきた。史実と事実に基づくバランスの取れた見方を政府が促進することが望まれる等指摘。
- （2）東大医学部を卒業し日本の医療事情と国際医療の双方に精通したタイ人有識者（ソムアツツ病院長）は、日本の医療レベルは非常に高いが医療費や地理的条件、英語等外国語を話せる医療従事者の数等の点で現状では医療ツーリズムに有利とは必ずしも言えない、外国人材の活用との観点では、介護分野はまだしも外国人医師や看護師が日本語の試験を受けて免許を取るのは殆ど不可能に近い、そうした状況でも医療通訳には外国人材が活躍し得る可能性があり、日本の医療制度を充実した魅力のあるものにするためにもその育成が重要との趣旨のプレゼンテーションを行った。
- （3）経済連携協定（EPA）の枠組で来日し日本の介護福祉士資格を取得して勤務中のフィリピン人介護福祉士（エハーシト・ピンキー・アルバレス氏）からは、病気の父親の後押しもあって医療先進国の日本で働くため来日したが、当初日本語がおぼつかなかった時には孤独を感じ、一部の利用者から受けた心ない言葉に認知症のためと理解しつつも傷ついたりもした、しかし施設の同僚や友人の全面的な支えもあり必死に勉強して試験に合格し、

今は充実した勤務をしているとの体験談、また、日本人医療通訳者（村松紀子氏）からは、健康保険未加入の在留外国人が自費で慢性疾患の治療を続けられずに亡くなった事例を見聞するなど、医療通訳は楽しいものではなく、人の命に関わることへの恐れもあるが、税金を納めている外国人がきちんとした医療を受けられないことに対する怒りもあって活動が続けてきた、しかしボランティアは粗略に扱われがちであり、医療現場でも患者付き添いの知人程度にしか認知されず、医療通訳を志す日系外国人の方等は収入面でも生活が成り立たず、燃え尽きてしまう人が多い、やはり専門職として然るべき扱いと報酬が必要といった体験談が発表された。

- (4) パネル・ディスカッション（詳細以下2.）では、（ア）グローバルな時代の医療のあり方と「外国人の医療」、（イ）「医療通訳」、（ウ）医療分野における外国人材の社会への貢献と将来の「外国医療人材活用の方向性」の3点を中心に、海外の医療通訳第一人者を始め、日本で長年開業している外国出身の医師、駐日大使館員、報道及び元自治体関係者といった各方面で活躍するパネリストによる議論が行われた。
- (5) 高齢化の進む日本人だけではなく、日本で生活する外国人、観光等で日本を訪れる外国人を含む全ての人にとって医療は重要な問題。2020年の東京オリンピック・パラリンピックを控え今後更に外国人が増加していくことが見込まれるなか、日本人・外国人を問わず安心して医療を受けられる体制づくりが求められており、そうした体制はその後も持続可能なものでなくてはならない。そのために現在の日本の医療制度が有する限界や課題、今後医療通訳を含む外国人材が医療現場で活躍していくために必要な要件等について様々な角度から議論や提案が行われ、認識を共有することができた。
- (6) なお、中山副大臣からは、今回、手話通訳士の寺嶋幸司氏の協力を頂いているが、同氏からは今回の副題でもあるコトバと文化の壁を越えるとの観点からもぜひ外国語と手話とを同じように認識し位置づけて欲しいとの思いをお伺いしたのでご紹介したいと言及。青木葛飾区長からは、区人口の3%15000人が外国人住民、45万区民全体の高齢化も進んでおり「包括的支援システム」が必要で、外国人の方の役割は大きい、ますます多くの外国人の方が訪れ、住みたいと思って貰える区を目指したいとの挨拶があった。

2. パネル・ディスカッション（議長：中村安秀大阪大学大学院人間科学研究科教授、医療通訳士協議会会長）で開陳された意見等の概要

- (1) 神奈川県では県とNPOが協力してボランティアの医療通訳者を派遣するシステム（MIC）が全国に先駆けて構築された。現在66病院に対し11言語、175人の医療通訳を年間延べ5000名派遣している。医療通訳候補者は集中講義、試験、現場の実践を経て初めて登録されるが、病院側がもつ派遣経費は1件3000円と、ほぼボランティアである。また、医師・病院側の認知度もまだ低い。単なる付き添いの知人ではなく、専門職として認識し、位置づけ、医療通訳制度の充実を図る必要がある。医療通訳を医療サービスの一環と捉えて医療保険の対象に加え、政府が進めている拠点病院制度を維持・拡大する必要がある。こうした地方の拠点病院には、（ホアヒン・バンコク病院のように）専門職としてメジャーな言語の医療通訳を常時配置しておき、現在のMICのような派遣システムは稀少言語について対応するようにすべき。医療通訳が社会的にも経済的にも正当に

評価される仕組みが構築されれば、外国人材の目標となり得る。（水田秀子公益財団法人かながわ国際交流財団専務理事）

- (2) グローバル化社会において求められるのは、国籍問わず誰でも安心して治療を受けられることであり、その際、特に外国人患者と医師等の間に立って意思疎通を行う医療通訳の役割は重要で、医療チームの一員である必要がある。医師・看護師等がいくらいチームであっても言葉が通じなければいい治療はできず最悪の場合死亡することにもなる。医療通訳はプロとして適切な訓練が必要であり、報酬も支払われる必要がある。米国でも当初はその重要性が他の多くの国と同様認識されていなかった。日本もまた、医療通訳に係る国際的な基準に合わせていく必要がある。在日外国人は、読み書きの問題から就業面で様々な制約があるが、医療通訳の分野ではそうした制約なく活躍し得る。（イザベル・アローチャ元 IMIA（日本語訳：国際医療通訳者協会）エグゼクティブダイレクター）
- (3) (ア) 外国人患者の治療にあたって意思疎通の問題と同様に重要なのは、医療保険の問題である。在留外国人の23.2%は無保険であり、自己負担では高額の日本の医療になかなかかかれない。そうした外国人が感染症患者となれば、本来しっかり治療しないといけないのに治療を受けないことで周囲に伝染させれば大きな社会問題となり得る。また、高血圧・糖尿病といった慢性疾患に罹る外国人のうち、無保険者の90%は途中で治療を止めてしまうので、医療保険の拡充が必要。（イ）医療通訳はボランティアでは立ちゆかず専門職が必要であり、専門職として診療報酬点数がつくようにすべき。ただ、大病院はそうした医療通訳を常設で雇えるが、地方の小病院はどうするかとの問題がある。この点、3年程前に導入された、ある程度の医療知識を持ち現場のファシリテーターとなる医療クラークという制度があるが、医療クラークが語学能力も獲得できるように養成学校に医療通訳コースを設けることを提案したい。この場合、外国人患者が来ない時は医療クラークとしての仕事ができるということが大きい。（ウ）自分は45年前に日本に留学し大学を卒業、母国アフガニスタンに帰ろうとしたらソ連軍の侵攻で戻れなくなりその後日本で開業した、外国人材の活用の一例と自認。患者の多くは外国人であるが日本人患者も来られる。地方部では医師の偏在が大きな問題で年間300回無医村への往診を行っている。母国では約40万人を無料で診察し、学校建設等の活動もしている。（エ）外国人と医療との点では、文化・宗教の違いへの理解も重要。イスラム教徒の女性の検診で胸まで服をまくってということはタブーであるし、子供の頭をなでて問題となることもある。（レシャード・カレッド医療法人社団健社会レシャード医院院長）
- (4) 英国はロンドン・オリンピックの経験や、人口の12%800万人が外国人で、外国医療人材が100万人（うち10万人が医師）との現状を踏まえて、人口減少下で意欲的な観光客誘致目標を掲げる日本と協力していける。ピンキーさんのような活用例もあるが、日英間の課題を紹介したい。日英間には1964年の合意により、双方の医師が相手国で診療できる枠組みがあるが、英国は日本の医師免許をそのまま認め、語学能力も一般的な語学検定試験IELTSの結果を提示するだけで受入れ人数にも制限がない（現状15名の日本人医師が活動）。他方、英人医師が申請すると英語の情報や説明が不足しているのもさることながら、審査が不透明で1年以上かかることがよくある他、医学部での講義時間から出身大学の敷地面積など本人や関係者も覚えていないことを要求される。また、人

数も最大7名（現状4名の英人医師が活動）に限定されていて、原則3つの指定病院でしか働けない。今後、日本政府が高度な専門性を持つ外国人医師の活用を考えるならば、こうした手続き等の改善を検討する必要があるのではないか。今後、厚生労働省と調整しながら状況を改善していきたい。（ジュリア・ロングボトム駐日英国大使館公使）

（5）日本では、なかなか外国人医師が働けるようになっていないのが現状だ。医療を日本の成長産業に育てるのであれば、国際化は欠かせない。優秀な外国人医師が国内で働きやすくするための制度改善が必要だ。介護人材は団塊の世代が後期高齢者となる2025年には30万人が不足すると言われており、外国人材に頼らざるを得ないと思う。もちろん質の確保は重要であるが、EPAはまだハードルが高すぎ、非常に優秀なフィリピン人看護師が試験に通らず帰国してしまい、大きな穴が開いたとの嘆きも聞く。外国人材を活用していくのであれば、彼らが安心して医療を受けられる体制整備も重要になる。日本の病院、医療関係者も外国の方を受け入れることに対する理解を深め、全体の制度設計につきよく話し合い、全ての医療機関が対応するのは無理でも、ここは外国の方の日常医療を担う病院、あそこは医療ツーリズムの受入れをする病院等と考えていく必要があるのではないか。（館林牧子読売新聞東京本社編集局医療部次長）

（6）中村議長からは、以下のコメント・総括がなされた。

- ・日本には大勢の外国人がおられ、がんその他重い病気にかかる人も多い。
- ・日本の医療のレベルは高いが、外国人が安心して使えるようにはなっていない。医療通訳への理解も不足している。外国人の医療保険も非常に難しい問題。
- ・介護の現場では既に外国人の方がかなり活躍しておられるが、今後どうやって更に活躍して頂くか考える必要がある。
- ・文化・宗教の違いへの理解も確かに重要、自分は小児科医として1年間パキスタンにいたが女性の診察は1回もしたことがない。病院によっては入り口も男女別のところがある。
- ・米国の医療通訳は30年来の積み上げがあるが、米の病院では手話通訳者がスペイン語など外国語通訳者と同じセクションにいた。
- ・医師・看護師といった昔からの職種だけでなく現代の医療では多様な職種の人がチームを組む。レシャード院長の提案のように、医療通訳を保険の点数化したり、医療クレーンなど外国人材の活躍・活用の方法ややり方があると思われる。ピンキー氏のような超人的努力や周囲の献身で初めて可能となるというようではシステムは回らず、もっと普通にできることにしなければならない。ロングボトム公使の指摘は、「悪魔は細部に宿る」例であり、制度の細部もよく見て、改善しなければならないところがある。

（了）

Overview and Evaluation of FY2014 International Workshop on Acceptance of Foreign Nationals and Their Integration into Japan: Foreign Nationals and Foreign Human Resources in the Field of Medical Care - Beyond Language and Cultural Barriers -

On February 25, the Ministry of Foreign Affairs (MOFA) co-hosted a workshop titled above with the International Organization for Migration (IOM) and Katsushika City at the Iris Hall of the Katsushika SYMPHONY HILLS under the auspices of the Council of Local Authorities for International Relations (CLAIR) (approximately 250 participated in the workshop including Mr. Kazuyuki Hamada, a member of the House of Councilors, experts from both Japan and abroad, officials from foreign embassies in Japan, and ordinary citizens).

Following the opening addresses by Mr. Yasuhide Nakayama, State Minister for Foreign Affairs, and Mr. Katsunori Aoki, mayor of Katsushika City, as well as a keynote speech by Amb. William Lacy Swing, Director General of IOM, a presentation was made by Prof. Som-arch Wongkhomthong (Thailand), Director of Bangkok Hospital Hua Hin, Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited. Then, Ms. Ejercito Pinky Alvarez, a certified care worker from the Philippines, and Ms. Noriko Muramatsu, a Japanese medical interpreter, presented their experiences. In the latter half of the workshop, experts from both Japan and abroad held active panel discussions to deepen and share awareness of the issue.

1. Overall overview and evaluation of the workshop

- (1) In his keynote speech, Amb. Swing, Director General of IOM, pointed out as follows: (A) Since people move in at an unprecedented scale these days, negative sentiments towards foreign workers and immigrants are expanding in the developed countries based on certain impressions, which are not necessarily based on the facts, that foreign workers or immigrants may have an adverse effect on the employment opportunities of the existing residents or the national identities may be damaged by them; (B) However, significant shortage of medical personnel will be inevitable in developed countries such as Japan and the U.S. due to a low birth rate and an aging population, and the employment of foreign national medical personnel will be unavoidable for the medical system in such countries also from a viewpoint of social integration of foreign nationals; (C) Construction of a multinational/multicultural medical system is a key and this would further attract superior foreign human resources; and (D) Historically, immigration has been inevitable and necessary, and overall it has played a rather positive role in our society. For these reasons, it was pointed out that the government would be expected to promote balanced views based on the historical evidence and facts.
- (2) A Thai expert who graduated from the Faculty of Medicine of the University of Tokyo and is well-versed in both Japanese and international medical contexts (Prof. Som-arch) delivered a presentation in which he mainly stated as follows: Although

the level of medical treatment is high in Japan, judging from the current conditions such as medical costs, its geographical condition and the number of foreign language speaking medical personnel including English speakers, Japan is not necessarily a favorable country in terms of medical tourism; from the viewpoint of active utilization of foreign human resources, it is almost impossible for a foreign national doctor or a nurse to obtain the Japanese license by taking exams in Japanese language, while the conditions are better in the field of caretakers; even in such a situation, foreign human resources could possibly work as medical interpreters and it would be important to raise such human resources to make Japan's medical system more fulfilling and attractive.

- (3) A Filipino care worker, who came to Japan using the framework of Economic Partnership Agreement (EPA), obtained a Japanese license as a care worker and is currently working in Japan (Ms. Ejercito Pinky Alvarez), stated her experience that she came over to Japan thanks to the encouragement from her ailing father to work in Japan, a medically advanced country. She felt lonely initially due to her Japanese proficiency being poor and was hurt by harsh words by some users despite understanding that these users acted in such a way due to their dementia. Yet, thanks to full support from her colleagues and friends, she studied hard and passed the exam, and she is now working productively. A Japanese medical interpreter (Ms. Noriko Muramatsu) stated her experience that medical interpretation is not a fun job as she had seen or heard cases in which foreign nationals residing in Japan without joining a health insurance program had died because they could not self-pay the medical costs and thus were unable to receive necessary treatment for their chronic diseases. She also mentioned her fear of being involved in the life and death of other persons. She has continued her activities because of her anger against the fact that foreign nationals who have paid taxes cannot receive necessary medical treatment. However, volunteers tend to be treated lightly and interpreters are recognized as just an acquaintance of the patient even in the medical setting. In such a condition, foreign nationals with Japanese roots who aim to become medical interpreters often burn out as they cannot make their livings. Therefore, she added, proper treatment and income as a professional are necessary for them.
- (4) In the panel discussion (for details, see "2" below), discussions were held by a leading foreign national medical interpreter, a foreign national doctor who has been operating a clinic in Japan over a long period of time, an official from a foreign embassy in Japan, a member of the press and a former local administration personnel mainly on the following three points: (A) How medical care should be and "medical care for foreign nationals in the global era," (B) "Medical interpretation," and (C) Contributions to the society by foreign human resources in the medical care field and the future "direction of utilizing foreign medical care professionals."
- (5) Medical care is an important issue not only for Japanese people whose society is progressively aging, but also for foreign residents in Japan and foreign nationals who visit Japan for sightseeing or other purposes. Amid the condition where the number of foreigners is expected to further increase toward the 2020 Tokyo Olympic and

Paralympic Games, construction of a system in which both the Japanese and foreigners can receive medical treatment irrespective of their nationalities is required, and such a system must be sustainable even after the year 2020. For this purpose, discussions were held and suggestions were made from various viewpoints on the limitation and issues of the current Japanese medical system as well as on necessary conditions for the foreign nationals, including medical interpreters, to be able to work actively in the medical setting going forward, which resulted in the sharing of participants' understanding of the issues.

(6) State Minister Nakayama stated that Mr. Koji Terashima, a sign language interpreter, cooperated in the workshop and Mr. Terashima told State Minister Nakayama his wish that sign language be recognized and positioned similarly to foreign languages from the perspective of overcoming the language and cultural barriers, the sub-title of the workshop. Mr. Aoki, mayor of Katsushika City, stated in his address that 3% of the city's population, which amounts to 15,000, accounts for foreign nationals, and that the overall population of the city, which is 450,000, is aging. In such a condition, a "comprehensive support system" is necessary and roles to be played by foreign nationals will be greater. Therefore, he will aim to improve Katsushika to be a city where many foreign nationals are willing to visit and live.

2. Overview of opinions suggested in the panel discussion (chair: Prof. Yasuhide Nakamura, International Collaboration of the Graduate School of Human Sciences in Osaka Univ. and President of Japan Association of Medical Interpreters (JAMI))

(1) In Kanagawa Prefecture, a system for dispatching volunteer medical interpreters (MIC) was constructed for the first time in Japan through cooperation between the prefecture and an NPO. Currently, 175 interpreters of 11 languages have been dispatched to 66 hospitals for a total of 5,000 cases. Although candidates for medical interpreters must complete intensive lessons and pass examinations as well as practical training to be registered as medical interpreters, the hospital pays only 3,000 yen for the dispatching of one interpreter, which indicates the work of interpreters is regarded as almost like a volunteer activity. Moreover, doctors and hospital personnel still do not highly recognize them. It is necessary to enhance the medical interpretation system by recognizing and positioning the medical interpreters as professionals instead of just an attendant. It is necessary to recognize medical interpretation as part of medical services and to cover such interpretation costs by medical insurance. Furthermore, it is also necessary to maintain/expand the hub medical institution system that the Government of Japan is building. In such local hub medical institutions, medical interpreters of major languages must always be stationed as professionals (as in the case of the Bangkok Hospital Hua Hin), while the current dispatching system like the MIC should be reserved to deal with minor languages. If a system in which medical interpretation is properly appreciated both socially and economically is constructed, it could be regarded as a goal by foreign human resources (Ms. Hideko Mizuta, Executive Director of Kanagawa International Foundation).

- (2) What is required of a globalizing society is to be able to offer medical treatment to everyone in peace irrespective of one's nationality. In such a situation, the role taken by a medical interpreter who enables communication between a foreign national patient and a doctor is particularly important, and the interpreter needs to be a member of the medical team. No matter how good a team doctors and nurses might form, appropriate treatment cannot be given when they are unable to verbally communicate with patients, and in the worst case the patient could die. Medical interpretation requires appropriate training as a professional and rewards for interpretation services must be paid. In the U.S., the importance of medical interpretation was not initially recognized, similar to many other countries. Japan is also required to improve the condition in the country to meet the international standards concerning medical interpretation. Foreign residents in Japan face many restrictions regarding their employment due to the issues of Japanese reading and writing, but in the field of medical interpretation, they can work without such restrictions. (Ms. Izabel S. Arocha, Former Executive Director of the International Medical Interpreters Association (IMIA))
- (3) (A) The issue of medical insurance is as important as the issue of communication in terms of medical treatment for foreign national patients. 23.2% of foreign residents in Japan are not covered by any insurance and they can hardly bear high medical treatment expenses in Japan. If such foreign nationals suffer any infectious disease, which should be treated properly under a normal circumstance, they will not receive medical treatment. If, as a result of this, they transmit the disease to other people around them, that can be a big social problem. Moreover, 90% of foreign nationals who are without health insurance and suffer a chronic disease such as high blood pressure or diabetes stop their treatment in the middle. Therefore, the enhancement of medical insurance is necessary. (B) In terms of the medical interpreter, volunteers cannot cover enough and professional interpreters are necessary. Therefore, their rewards should be paid by way of the point system for calculating medical treatment fees. However, while it is possible for large hospitals to hire full-time medical interpreters, small local hospitals cannot afford it. To solve this problem, I suggest the utilization of a medical clerk system, which was introduced about three years ago to bring a medical clerk who has a certain degree of knowledge of medicine and who will act as a facilitator in a medical situation. My suggestion is that a medical interpreter course be added to schools raising medical clerks so that the medical clerks can also acquire linguistic abilities. In this case, the advantage is that they can work as medical clerks when there are no foreign national patients. (C) I came to Japan 45 years ago to study, and after graduating from university, I could not return to Afghanistan, my motherland, because of the invasion by the Soviet Army. For this reason, I later opened a clinic here in Japan and recognize myself as an example of the utilization of foreign human resources. Many of the patients at my clinic are foreign nationals, but there are also some Japanese patients. The uneven distribution of doctors is a huge problem in local areas and I visit villages without a doctor 300 times a year. In my own country, I provide

consultations for about 400,000 people for free and conduct activities such as the construction of schools. (D) In terms of the foreign nationals and medical treatment, understanding of cultural/religious differences is also important. When examining a Muslim woman, it is a taboo to roll clothing up above her chest or patting a child on his/her head could also be a problem in some cases. (Dr. Khaled Reshad, President of Medical Association KENSHIKAI Reshad Clinic, Shimada City in Shizuoka Prefecture)

(4) The United Kingdom, based on its own experience in the London Olympic/Paralympic Games and its current condition where 12% of the population, which amounts to 8 million, are foreign nationals and the number of foreign national medical personnel reaches 1 million (of them, 100,000 are doctors), can cooperate with Japan, which sets an ambitious target of attracting tourists under the condition where the population is decreasing. Though there is an example of utilization of foreign nationals such as Ms. Pinky, I would like to suggest some issues between Japan and the U.K. There is a framework that allows doctors of Japan and the U.K. to work in both countries based on an agreement in 1964. The U.K. recognizes the Japanese medical license as it is and sets no limits on the number of Japanese medical doctors to be accepted as long as they present the results of the language proficiency test called the International English Language Testing System (IELTS) to prove their language ability (15 Japanese medical doctors are currently working in the U.K.). On the other hand, when a doctor from the U.K. applies to work in Japan, sufficient information and explanations are not given in English. In addition, not only are the assessment procedures not transparent and take more than a year, the applicants are required to answer questions regarding things that even the applicants or a related party do not remember such as the total lecture hours whilst in the medical school or the lot area of their schools. Moreover, the number of doctors that can work in Japan is limited to seven (four British doctors are currently working) and they can work only in three designated hospitals in principle. If the Government of Japan considers the utilization of foreign medical doctors with outstanding expertise, I think that they need to consider improving such procedures. I would like to coordinate with the Ministry of Health, Labour and Welfare for the improvement of the condition in the future. (Ms. Julia Longbottom, Minister (Deputy Head of Mission), British Embassy Tokyo)

(5) In the current condition, it is difficult for foreign doctors to work in Japan. Internationalization is crucial if the government intends to expand medical care into a growth industry of Japan. Revision of the system is necessary to allow superior foreign medical doctors to work in Japan more easily. Regarding the care workers, it is said that there will be a shortage of 300,000 care workers in 2025, when the post-war baby boom generation becomes 75 or older, and in such a condition, I think that we have no choice but to rely on foreign human resources. While the quality of such human resources of course must be assured, I also hear laments that, excellent Filipino nurses could not pass the examination and had to return since the EPA sets the bar too high, leaving a big hole to fill in. If the government intends to utilize

foreign human resources, it would be important to develop a system in which foreign nationals can receive medical treatment without anxiety. It would be necessary to deepen the understanding of Japanese hospitals and among Japanese medical personnel towards accepting foreign nationals. I also think that we will have to discuss the overall system design and continue to consider the division of responsibilities to be taken by different hospitals, such as a hospital, which deals with daily medical care for foreign patients and which accepts medical tourism, even if not all medical institutions can deal with foreign nationals. (Ms. Makiko Tatebayashi, Deputy Editor of Medical News Department, The Yomiuri Shimbun Tokyo)

(6) Prof. Nakamura, the chair, made his comments and the summary of the discussion is as follows:

- There are many foreign nationals in Japan and many of them suffer from serious illnesses such as cancer.
- Though the level of medical care is high in Japan, it is not in a form for foreign nationals to be able to utilize without anxiety. An understanding of medical interpretation is not sufficient. Medical insurance for foreign nationals is also a very difficult issue.
- Many foreign nationals are already working in the practical setting of caretaking. However, it is necessary to consider as to how we can create a setting where foreign national caretakers can work more actively in the future.
- Understanding of cultural/religious differences is also certainly important. I have worked in Pakistan as a pediatric doctor for a year, but had never examined a woman whilst there. Some hospitals even have separate entrances for men and women.
- Medical interpretation in the U.S. has 30 years of accumulated experiences. In a hospital in the U.S., a sign language speaker was in the same section as foreign language speakers, such as Spanish speakers.
- In modern day medical treatment, not only traditional medical personnel such as doctors and nurses, but various different professionals also make a team. As suggested by Dr. Reshad, there seems to be different ways in which foreign human resources can actively work or can be utilized such as by adopting the point system for calculating medical treatment fees or by employing foreign human resources as medical clerks, etc. A system that requires superhuman efforts such as the one Ms. Pinky had made or that becomes feasible only with dedication from people nearby will not work well, and the adoption procedures for foreign human resources should be conducted in a more normal way. The issues that Ms. Longbottom pointed out are examples of “The devil is in the details” and there are probably points that we need to improve by carefully reviewing the details of the system.

(END)

Ⅱ プログラム

Programme

平成26年度 外国人の受入れと社会統合のための 国際ワークショップ

「医療分野における外国人と外国人材～コトバと文化の壁を越えて～」

日 時 2015年2月25日（水）13:30 - 17:00（開場 12:30）

会 場 かつしかシンフォニーヒルズ・アイリスホール
東京都葛飾区立石 6-33-1

主 催 外務省・国際移住機関（IOM）・葛飾区

後 援 一般財団法人自治体国際化協会（クレア）

日本社会の高齢化とグローバル化に伴って、いかなる人にも不可欠な医療は、日本で生活している外国人や新たな来日外国人との社会統合を図る上で、取り組むべき重要な分野の一つとなっています。

2020年には東京オリンピック・パラリンピックを開催予定であり、また、同年までに2,000万人の外国人旅行者の訪日を目指す観光立国を掲げています。その一方で言語の面での不安から医療機関での治療をためらう外国人が少なくないとして、医療通訳の育成・多言語対応をはじめとする、外国人患者の受入れを促進するような医療体制の整備を図る必要性も指摘されているところです。

今後の中長期的な社会のあり方を考えるにあたり、外国人材の活用は我が国にとって喫緊の課題となっています。観光等の短期滞在者のみならず、日本で活躍する外国人材にとっても安心な医療体制を整備すると同時に、日本に中長期に在留する外国人材が多言語・多文化スキルを生かしつつ、医療の場で活躍する環境を整えることが求められていると言えます。

以上を踏まえ、本ワークショップでは、「医療分野における外国人と外国人材～コトバと文化の壁を越えて～」をサブ・テーマとして、主に以下の3点について議論します。

- グローバルな時代の医療のあり方と「外国人の医療」
- 医療現場で言語・文化の壁を越える橋渡し役を担う「医療通訳」
- 医療分野における外国人材の社会への貢献と将来の「外国医療人材活用の方向性」

本ワークショップへの参加をご希望の方は、以下の要領でお申込みください。皆様のご参加をお待ちしています。

プログラム（予定）日・英同時通訳付 以下敬称略

13:30 司会による進行方法の説明

13:35 開会の辞

中山泰秀（外務副大臣）（予定）

青木克徳（葛飾区長）

13:45 基調講演

ウィリアム・レイシー・スウィング

（国際移住機関（IOM）事務局長）

14:00 休憩

14:15 外国有識者によるプレゼンテーション

ソムアツ・ウォンコムトオン

（タイ出身・教授、ホアヒン・バンコク病院病院長、
バンコク・ドゥシット・メディカル・サービス（BDMS）

14:35 体験談 A

エハート・ピンキー・アルバレス

（フィリピン出身・ケアポート板橋（健育会グループ）介護福祉士）

14:50 体験談 B

村松紀子

（医療通訳研究会（MEDINT）代表、兵庫県神戸市）

15:05 休憩

15:25 パネル・ディスカッション

議長：中村安秀

（大阪大学大学院人間科学研究科教授、医療通訳士協議会会長）

パネリスト：

イザベル・アローチャ

（元 IMIA（日本語訳：国際医療通訳者協会）

エグゼクティブダイレクター）

ジュリア・ロングボトム（駐日英国大使館公使）

館林牧子（読売新聞東京本社編集局医療部次長）

水田秀子

（公益財団法人かながわ国際交流財団専務理事）

レシャード・カレッド

（医療法人社団健社会レシャード医院院長、静岡県島田市）

16:55 閉会の辞

三好真理（外務省領事局長）

17:00 終了

会場へのアクセス

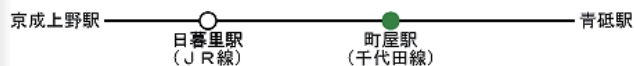
会場 かつしかシンフォニーヒルズ・アイリスホール
所在地 東京都葛飾区立石 6-33-1



★交通案内

【電車】

① 京成本線 京成上野から約 15 分



② 都営浅草線 京成線直通／日本橋から約 20 分



【バス】

京成バス（新小 52・53 系）

JR 新小岩駅 ⇄ JR 亀有駅「文化会館」下車

※ご来場の際は、公共交通機関をご利用ください。

参加申込み 申込期限 2015 年 2 月 23 日（月）午前

参加ご希望の方は、以下の IOM 駐日事務所ウェブサイトから申し込みください。

申込先ウェブサイト→

http://www.iomjapan.org/event/jointworkshop_feb2015.cfm

※本ワークショップは**事前申込み制**とさせていただきます。事前申込みをされていない方はご入場できませんので、予めご了承ください。

※申込みの際にご記入いただきました個人情報は、適切に管理し、本ワークショップの運営のためにのみ使用します。

※**申込みを受け付けた旨の連絡はしておりませんので、予めご了承ください。**

※会場の座席に制限がありますので、申込みをされても参加できない場合があります。その際は、同事務所からご連絡しますので、ご了承ください。

ワークショップに関するお問い合わせ



国際移住機関（IOM）駐日事務所

Tel. 03-3595-2487（土日・祝日を除く 10:00～12:30, 13:30～18:00）
<http://www.iomjapan.org>（右上「お問い合わせ」より）

★会場へのアクセスに関するお問い合わせは、かつしかシンフォニーヒルズまでお願いします。
Tel: 03-5670-2222

**FY2014 INTERNATIONAL WORKSHOP ON ACCEPTANCE OF
FOREIGN NATIONALS AND THEIR INTEGRATION INTO JAPAN:
- Foreign Nationals and Foreign Human Resources in the Field of Medical Care
~ Beyond Language and Cultural Barriers ~ -**

Time and Date: 13:30 - 17:00, Wednesday, 25 February, 2015 (doors open at 12:30)

Venue: Iris Hall, Katsushika Symphony Hills (address: 6-33-1 Tateishi, Katsushika City, Tokyo)

Organisers: Ministry of Foreign Affairs (MOFA), International Organization for Migration (IOM),
Katsushika City

Supporters: Council of Local Authorities for International Relations (CLAIR)

Overview

Due to the rapid aging and globalization of the Japanese society, medical care is one of the indispensable issues to be addressed, when promoting integration of foreign residents in Japan and basic services for foreign visitors to Japan.

In 2020, the Olympic and Paralympic Games will be held in Tokyo. Japan also aims to be a "Tourism-Oriented Country" which attracts twenty million foreign tourists every year. Meanwhile, many foreigners reportedly hesitate consulting doctors due to language barriers. It is therefore important to make medical care environments more friendly to foreign patients, by training medical interpreters and expanding multilingual service.

When envisaging the future Japanese society in a mid-long term, foreign human resources are an indispensable factor to be taken into account. It is equally critical to establish a medical care system which can better respond to the medical needs of foreign visitors and residents, as well as to ensure that long-term foreign residents in Japan can contribute their multi-lingual and multi-cultural skills to the Japanese society.

Given above, the workshop will discuss the following three issues under the overall theme of 'Foreign Nationals and Foreign Human Resources in the Field of Medical Care: Beyond Language and Cultural Barriers':

- Desirable medical care in the era of globalisation and "medical care for foreigners";
- "Medical interpreters" who can facilitate overcoming the barriers of language and culture; and
- Contribution to the society by foreign human resources in the field of medical care and the future direction of management of foreign human resources in the medical sector.

Programme ** English-Japanese simultaneous interpretation provided*

13:30 Introduction

13:35 Opening Remarks by

Mr. Yasuhide NAKAYAMA, State Minister for Foreign Affairs (tentative)

Mr. Katsunori AOKI, Mayor of Katsushika City

13:45 Keynote Speech by

Amb. William Lacy SWING, Director General of International Organization for Migration (IOM)

(14:00 15 min. break)

14:15 Presentation by a guest foreign expert

Prof. Som-arch WONGKHOMTHONG (Thailand), Director of Bangkok Hospital Hua Hin, Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited

14:35 Case study A: Presentation by

Ms. Ejercito Pinky ALVAREZ (Philippines), Certified care worker at the Care Port Itabashi (KEN-IKU KAI)

Group)

14:50 Case study B: Presentation by

Ms. Noriko MURAMATSU, Founder of MEDINT (medical interpreters association), Kobe City in Hyogo Prefecture

(15:05 20 min. break)

15:25 Panel Discussion (including Q&A)

Chair: Prof. Dr. Yasuhide NAKAMURA, International Collaboration of the Graduate School of Human Sciences in Osaka Univ. and President of Japan Association of Medical Interpreters (JAMI)

Panelists:

Ms. Izabel AROCHA, Former Executive Director of the International Medical Interpreters Association (IMIA)

Ms. Julia LONGBOTTOM, Minister (Deputy Head of Mission), British Embassy Tokyo

Ms. Makiko TATEBAYASHI, Deputy Editor of Medical News Department, The Yomiuri Shimbun Tokyo

Ms. Hideko MIZUTA, Executive Director of Kanagawa International Foundation

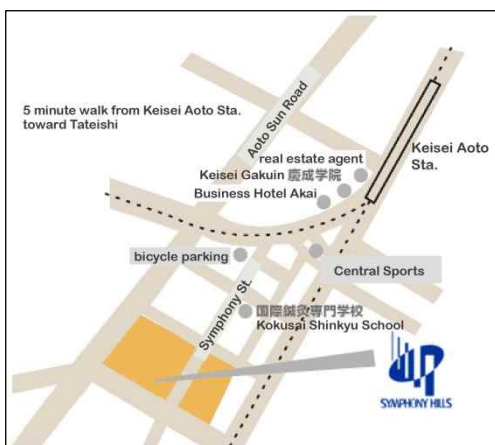
Dr. Khaled RESHAD, President of Medical Association KENSHIKAI Reshad Clinic, Shimada City in Shizuoka Prefecture

16:55 Closing Remarks by

Ms. Mari MIYOSHI, Director-General, Consular Affairs Bureau, MOFA

17:00 End

Workshop Venue



Katsushika Symphony Hills (Iris Hall, B1)

(address: 6-33-1 Tateishi, Katsushika City, Tokyo)

Access:

[By train]

Five minute walk from Keisei Aoto station.

- 15 minutes from Keisei Ueno Station: Keisei Honsen
- 20 minutes from Nihombashi Station: Toei Asakusa Line/Keisei Line

[By bus]

Please take a Keisei bus (新小52・53系) from JR Shinkoiwa station or JR Kameari Station and get off at Bunkakaikan<文化会館>

** Please use public transportation to travel to the venue.*

Registration deadline: Noon on Monday, 23 February 2015

To attend this workshop, please register at the following webpage:

http://www.iomjapan.org/event/jointworkshop_feb2015_e.cfm

- **Advanced registration is required for attending the workshop.** Those without advanced registration will not be admitted to the workshop.
- Personal data submitted to the secretariat will be properly administered and used exclusively for the purpose of the management of the workshop.
- The secretariat will not send emails, fax, etc. to confirm the receipt of registration.
- The registrants will be notified by the secretariat in case they are not able to attend the workshop due to seating capacity.

For general inquiries:

International Organization for Migration (IOM)

Online inquiry form:

http://www.iomjapan.org/infolib/information_form.cfm

Tel: 03-3595-2487

10:00-12:30, 13:30-18:00

(except on Sat, Sun & holidays)

For inquiries on the venue:

Katsushika Symphony Hills

Tel: 03-5670-2222

Ⅲ 登壇者紹介

Introduction of Presenters and Panelists

登壇者紹介

＜主催者＞



中山泰秀 外務副大臣



三好真理 外務省領事局長



ウィリアム・レイシー・スウィング
国際移住機関(IOM)事務局長

＜外国有識者＞



青木克徳 葛飾区長



ソムアツツ・ウォンコムトオン
ホアヒン・バンコク病院病院長
バンコク・ドゥシット・メディカル・サービス(BDMS)

＜体験談発表＞



エハーシト・ピンキー・アルバレス
ケアポート板橋(健育会グループ)介護福祉士



村松紀子
医療通訳研究会(MEDINT)代表

＜パネル・ディスカッション議長＞



中村安秀
大阪大学大学院人間科学研究科教授
医療通訳士協議会会長

＜パネリスト＞



イザベル・アローチャ
元IMIA
(日本語訳:国際医療通訳者協会)
エグゼクティブダイレクター



ジュリア・ロングボトム
駐日英国大使館公使



館林牧子
読売新聞東京本社
編集局医療部次長



水田秀子
公益財団法人かながわ国際交流財団
専務理事



レシャード・カレツド
医療法人社団健社会
レシャード医院院長

登壇者略歴(敬称略)

【主催】

中山 泰秀(外務副大臣)

1993 年、成城大学法学部卒業。同年、株式会社電通入社。1995 年、総務庁長官秘書官。1999 年、建設大臣秘書官等を経て、2003 年、第 43 回衆議院議員総選挙で初当選。2005 年、衆議院議院運営委員会理事。2007 年 8 月、外務大臣政務官(第 1 次安倍改造内閣及び福田内閣)。2009 年、自民党国防部会長。2010 年、早稲田大学大学院卒業(修士)。2013 年、衆議院安全保障委員会理事、衆議院拉致問題特別委員会筆頭理事及び自民党安全保障調査会事務局長。2014 年 9 月、外務副大臣(第 2 次安倍改造内閣)。同年 12 月、第 47 回衆議院議員総選挙当選(4 期目)を経て、外務副大臣(第 3 次安倍内閣)再任。

三好 真理(外務省領事局長)

1980 年、東京大学法学部卒業。同年、外務省採用。1995 年、外務省経済協力局政策課企画官。1996 年、外務省総合外交政策局総務課企画官。1998 年、外務省大臣官房領事移住部(現在の領事局)旅券課長。2000 年、在ドイツ日本国大使館参事官。2002 年、外務省大臣官房領事移住部政策課長。2004 年、法務省入国管理局登録管理官。2006 年、国際連合日本政府代表部公使。2008 年、在ドイツ日本国大使館公使。2012 年、法務省仙台入国管理局長。2014 年 1 月より現職。

ウィリアム・レイシー・スウィング(国際移住機関(IOM)事務局長)

米国国務省在職中に 6 カ国の大使を歴任し、大規模在外公館の運営及び人道開発支援を統括。グローバルな人の移動の諸問題について深い造詣を持つ。西サハラで国連事務総長特別代表(SRSG)を務めた後、2003 年から 2008 年まで再び SRSG として、史上最大規模の国連 PKO である国連コンゴ民主共和国ミッション(MONUC)を統率。2008 年より現職。2013 年 6 月に、2 期目(5 年間)に再選された。

青木 克徳(葛飾区長)

1967 年、東京都立葛飾野高等学校卒、葛飾区役所勤務。1996 年、区地域振興部長。2003 年、区政策経営部長、2006 年、区収入役を経て、2009 年 12 月、葛飾区長に就任(現在 2 期目)。

【外国人有識者】

ソムアツツ・ウォンコムトオン(タイ出身・教授、ホアヒン・バンコク病院病院長、バンコク・ドゥシット・メディカル・サービス(BDMS))

東京大学医学部卒業。ハーバード大学公衆衛生大学院修士修了。専門は保健医療制度研究と病院管理学。過去にマヒドン大学(タイ)及び東京大学大学院医学系研究科国際保健学で教授、バンコク国際病院(タイ)で院長を務める。

【体験談発表者】

エハースト・ピンキー・アルバレス(フィリピン出身・ケアポート板橋(健育会グループ)介護福祉士)

2001 年, サンセバスチャン大学(経営学部コンピューターサイエンス学科)卒業。
2003 年, 台湾の電子機器メーカーに就職(試験工程および品質管理を担当)。2007 年, エバーブライght国際介護福祉アカデミー受講を経て 2008 年, フィリピン労働雇用省技術教育技能教育庁国家認定証取得。2009 年, EPA 介護福祉士候補者(第 1 期)として来日。同年, 特別養護老人ホーム「ケアポート板橋」に就職。2013 年 3 月, 介護福祉士資格取得。

村松 紀子(医療通訳研究会(MEDINT)代表, 兵庫県神戸市)

1963 年神戸市生まれ。神戸大学大学院国際協力研究科修士課程修了(政治学修士)。社会福祉士。青年海外協力隊員(JOCV)として南米パラグアイに派遣され, 帰国後 1993 年から(公財)兵庫県国際交流協会で, 在日外国人のスペイン語相談員として勤務。2002 年医療通訳研究会(MEDINT)を設立し代表を務める。医療だけでなく, 司法や行政通訳など幅広く在日外国人を支援する専門通訳者の組織化と育成を課題としている。医療通訳士協議会(JAMI)理事。

【パネル・ディスカッション議長】

中村 安秀(大阪大学大学院人間科学研究科教授, 医療通訳士協議会会長)

1977 年東京大学医学部卒業。小児科医。都立病院小児科などを経験し, 国際協力機構(インドネシア), 国連難民高等弁務官事務所(アフガニスタン難民医療)など途上国の保健医療活動に取り組む。東京大学小児科講師, ハーバード大学公衆衛生大学院研究員などを経て, 現在, 大阪大学大学院人間科学研究科教授。国際保健, 外国人の保健医療, 災害保健医療など関心の幅は広いが, どの国にいても子どもがいちばん好き。

【パネリスト】

イザベル・アローチャ(元 IMIA(日本語訳:国際医療通訳者協会)エグゼクティブダイレクター)

教育学修士取得。スペイン語の認定医療通訳者(CMI)。国際共通言語(global language)の支持者・研究者。大阪大学大学院博士後期課程在籍。最近の国際的研究は, 文化的・言語的に適切なサービスを提供するために, 医療通訳者が文化を通訳する際の視点について。元 IMIA エグゼクティブダイレクター, 元国際翻訳連盟(FIT)事務局長。現在, 米国試験材料協会(ASTM)及び国際標準化機構(ISO)の米国委員会において, 通訳及び翻訳基準に係る代表を務める。過去にボストン大学, ケンブリッジ大学及び大阪大学にて通訳・翻訳の教鞭をとった。2009 年, IMIA 会長として, 医療通訳者認定団体(National Board of Certification for Medical Interpreters)を共同設立した。

ジュリア・ロングボトム(駐日英国大使館公使)

1986 年、ケンブリッジ大学卒業(現代言語を専攻)。同年、英国外務省入省。在オランダ(ハーグ)英国大使館、在ポーランド(ワルシャワ)英国大使館、英国貿易投資総省、英国外務省極東部長、同中国部長を経て、2012 年 8 月より現職。大使館全体の業務の一部である政治部、広報部、管理部、領事部の業務を監督。駐日英国大使館では 2 度目の勤務。

館林 牧子(読売新聞東京本社編集局医療部次長)

1988 年 3 月京都大学理学部物理学科卒。同年 4 月読売新聞社入社。金沢支局などを経て 1992 年 4 月同東京本社健康・医療問題取材班、1993 年 4 月同東京本社科学部、2000 年 7 月同ワシントン支局。その後シリコンバレー支局を経て、2004 年 7 月、同東京本社医療情報部(現医療部)、現在に至る。

水田 秀子(公益財団法人かながわ国際交流財団専務理事)

神奈川県職員として、国際課課長代理、県民局長、会計管理者兼会計局長、神奈川県理事(拉致問題・文化振興担当)を経て、2014 年 4 月 1 日より、公益財団法人かながわ国際交流財団専務理事兼事務局長として現職。1999～2000 年には、外国籍県民かながわ会議の運営に携わり、定住外国人の住まいの相談や医療通訳に関する提言を受け、政策立案や NPO 立ち上げ等に関わる。

レシャード・カレッド(医療法人社団健社会レシャード医院院長、静岡県島田市)

1969 年来日。1976 年京都大学医学部卒業。島田市民病院を含む西日本各地の病院で勤務の後、1993 年静岡県島田市にレシャード医院開業、院長を務める。1999 年介護老人保健施設アポロン、2003 年特別養護老人ホームあすか、2011 年介護複合施設アポロン伊太設立、2002 年アフガニスタン支援 NGO「カレーズの会」発足、すべて理事長。2004 年京都大学医学部臨床教授就任。2008 年から 2012 年まで島田市医師会長を務める。地域医療に貢献する傍ら海外でも医療奉仕活動을続け、2009 年には第 61 回保健文化賞受賞など数々の賞を受賞。

PROFILES

[Co-organizers]

Mr. Yasuhide NAKAYAMA, State Minister for Foreign Affairs

Graduated from the Faculty of Law at Seijo University and joined DENTSU INC. in 1993. Secretary to the Commissioner of the Management and Coordination Agency in 1995, Secretary to the Minister of Construction in 1999, elected to the House of Representatives for the first time (43rd General Election) in 2003, Director of the Committee on Rules and Administration of the House of Representatives in 2005, Parliamentary Vice-Minister for Foreign Affairs (1st Abe Reshuffled Cabinet and Fukuda Cabinet) in August 2007, Director of the National Defense Division of the LDP in 2009, graduated from the Graduate School of Waseda University (M.A.) in 2010, Director of the Committee on Security of the House of Representatives, Senior director of the Special Committee on North Korean Abductions and Other Issues of the House of Representatives, as well as Chief Secretary of the Research Commission on Security of the LDP in 2013, State Minister for Foreign Affairs (2nd Abe Reshuffled Cabinet) in September 2014, elected to the House of Representatives (47th General Election, fourth term) and re-appointed as State Minister for Foreign Affairs (3rd Abe Cabinet) in December 2014.

Ms. Mari MIYOSHI, Director-General of the Consular Affairs Bureau, Ministry of Foreign Affairs

Graduated from the Faculty of Law at Tokyo University in 1980, and entered the MOFA in the same year. Served as the Senior Assistant in the Aid Policy Division, Economic Cooperation Bureau in 1995, Senior Assistant in the U.N. Administration Division, Foreign Policy Bureau in 1996, Director of the Passport Division, Consular and Migration Affairs Department in 1998, Counselor at the Embassy of Japan in Germany in 2000, Director of the Consular and Migration Policy Division and Consular and Migration Affairs Department in 2002, Director of the Registration Division, Immigration Bureau, Ministry of Justice in 2004, Minister of the Permanent Mission of Japan to the U.N. in New York in 2006, Minister at the Embassy of Japan in Germany in 2008, Director-General of the Sendai (TOHOKU Region) Immigration Bureau, Ministry of Justice in 2012, and most recently, Director-General of the Consular Affairs Bureau, Ministry of Foreign Affairs in January 2014.

Amb. William Lacy SWING, Director General of International Organization for Migration (IOM)

Six postings as ambassador during his diplomatic career at the United States Department of State, managing some of the largest diplomatic missions and foreign development and humanitarian aid programmes, he has deep understanding of multiple factors affecting international migration. From 2003 till 2008, as UN Special Representative of the Secretary-General (SRSG) for the Democratic Republic of the Congo, he successfully led the largest UN Peacekeeping Operations Mission in history, prior to which he served as the SRSG for Western Sahara. He assumed his current post in 2008, and was re-elected in June 2013 for his second five-year term.

Mr. Katsunori AOKI, Mayor of Katsushika City

Graduated from Tokyo Metropolitan Katsushikano High School and joined Katsushika Ward Office in 1967, Director-General of Regional Development Division in 1996, Director General of Management Improvement Policy Planning in 2003, Revenue Officer in 2006, elected to the Mayor of Katsushika City in December 2009 (second term).

[International Expert]

Prof. Som-arch WONGKHOMTHONG (Thailand), Director of Bangkok Hospital Hua Hin, Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited

Graduated from Faculty of Medicine, The University of Tokyo, and Master of Public Health from Harvard University. His professional area of interest are healthcare system research and hospital management. His work experiences included professorship at Mahidol University (Thailand) and professorship at Graduate School of International Health, the University of Tokyo. He also served as the Hospital Director of Bangkok International (Thailand).

[Case study: Presenters]

Ms. Ejercito Pinky ALVAREZ (Philippines), Certified Care Worker at the Care Port Itabashi (KEN-IKU KAI Group)

Graduated from San Sebastian College Recoletos (Bachelor of Arts in Business Administration, Major in Computer Science) in 2001. Started to work at an electronic manufacturing company in Taiwan (in charge of printed circuit board repair and quality control) in 2003. Attended Everbright International Caregiving

Academy in 2008. Came to Japan as the first EPA caregiver candidate in 2009. Started to work at Special Nursing Home “Careport Itabashi” in the same year. Licensed Care Worker in March 2013.

Ms. Noriko MURAMATSU, Founder of MEDINT, Medical Interpreters Association, Kobe City in Hyogo Prefecture

Born in Kobe, 1963. She earned her master’s degree in political science from Graduate School of International Cooperation Studies, Kobe University. She is a certified social worker. She volunteered in Paraguay through the Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) sponsored by JICA (Japan International Cooperation Agency). After returning to Japan, she started working as a Spanish-speaking counselor at Hyogo International Association (HIA) in 1993. Through her work, she began to notice the need for professional interpreters to support foreigners in medical, judicial and governmental areas. Established MEDINT in 2002 and is their representative. She currently serves as a board member of JAMI.

[Chair of Panel Discussion]

Prof. Dr. Yasuhide NAKAMURA , International Collaboration of the Graduate School of Human Sciences in Osaka Univ. and President of Japan Association of Medical Interpreters (JAMI)

Dr. NAKAMURA Yasuhide is a Professor of International Collaboration, Graduate School of Human Sciences, Osaka University. After he graduated from The University of Tokyo, and worked as a pediatrician at Tokyo Metropolitan Hospital, he started global health to encourage maternal and child health in Indonesia as a Japan International Cooperation Agency (JICA) expert (1986-88) and to promote refugee health program in UNHCR Pakistan Office (1990-91). He was a Takemi Fellow (1996-97) in Harvard School of Public Health for international health. He is widely interested in conducting research through interdisciplinary approach in the spirit of fieldworker and has developed Maternal and Child Health (MCH) Handbook in many countries.

Dr. Nakamura is the representative of Health and Development Service (HANDS), a global health non-profit organization (NPO) and the representative of Japan Association of International Health (JAIH). He is a chairperson of Japan Association of Medical Interpreters (JAMI).

[Panelists]

Ms. Izabel S. AROCHA, M.Ed., CMI-Spanish, Former Executive Director of the International Medical Interpreters Association (IMIA)

Izabel S. Arocha, M.Ed., CMI-Spanish, is working as a global language access advocate and researcher. Currently she is a PhD candidate at Osaka University. Her most recent international research explores the perspectives of medical interpreters on interpreting culture to provide culturally and linguistically appropriate services. Ms. Arocha worked as Executive Director of the International Medical Interpreters Association (IMIA), and served as Secretary General of The International Federation of Translators (FIT). Ms. Arocha is a delegate on their respective interpreting and translation standards in ASTM and ISO Expert US Committee. Her academic experience involved teaching interpreting and translation at Boston University, Cambridge College and Osaka University. In 2009, as IMIA President, Ms. Arocha co-founded the National Board of Certification for Medical Interpreters.

Ms. Julia LONGBOTTOM, Minister (Deputy Head of Mission), British Embassy Tokyo

Julia took up her appointment as Minister (Deputy Head of Mission) to Japan in August 2012. The Minister is responsible for the day-to-day operations of the Embassy as the Ambassador's deputy. She directly supervises Political and Corporate Affairs work. She also oversees Media & Communications and Consular functions. Julia's previous role was Head of China Department in the Foreign and Commonwealth Office in 2011-2012. Prior to that, she was responsible for relations with Japan and other North East Asian countries as Head of Far Eastern Department in 2009-2011. This is Julia's second posting to the British Embassy in Tokyo. Her first diplomatic posting was to Japan as 2nd Secretary in the Political Section in 1990-1993. She studied French and German at Cambridge University, and speaks Dutch and Polish as well as Japanese.

Ms. Makiko TATEBAYASHI, Deputy Editor of Medical News Department, The Yomiuri Shimbun Tokyo

Graduated from the faculty of science of Kyoto University in 1988 majoring in physics. Joined the Yomiuri Shimbun and started career as a writer at the local branch offices of Kanazawa and Hokuriku. Moving to the Tokyo Office in 1992, wrote a series of stories on the latest health issues at that time. From 1993 to

1999, reported science stories at Science News Department. In 2000, posted to the U.S. and work at the Washington D.C. and the Silicon Valley bureaus of the Yomiuri Shimbun. In 2004, returned to Japan and has since been covering health issues in the Medical News Department.

Ms. Hideko MIZUTA, Executive Director of Kanagawa International Foundation

Executive director, Kanagawa International Foundation (April 1, 2014~present). As a member of the staff of Kanagawa Prefectural Government, Ms. Hideko Mizuta was consecutively Associate director of the International Division, Executive director of the Community Relations Bureau, Accounting administrator/Executive director of the Accounting Bureau, Director of Kanagawa Prefectural Government (in charge of abduction issue and cultural promotion). From 1999 to 2000, Ms. Mizuta has been involved in policy making and launching of NPO's (non-profit organizations) by receiving proposals (regarding consultation on residence for the foreign residents in Kanagawa, and medical interpreters) from the Kanagawa Foreign Residents' Council, in which she has taken part in management.

Dr. Khaled RESHAD, President of Medical Association KENSHIKAI Reshad Clinic, Shimada City in Shizuoka Prefecture

Came to Japan in 1969. Graduated from the Kyoto University Medical College in 1976. Worked at several hospitals in western Japan. Established Reshad Clinic in Shimada City, Shizuoka prefecture in 1993. Launched NGO "Karez Health & Educational services" in 2002 working on medical and educational services in Afghanistan. Contributing to the community health care in Shimada City, continued volunteer-medical-service activities in the suburb villages. Awarded the 61th Japanese Public Health Award, and other prizes.

IV 開会の辞

Opening Remarks

開会の辞

外務副大臣 中山泰秀

皆様、こんにちは。外務副大臣の中山泰秀でございます。

本日はご多忙の中、平成26年度「外国人の受入れと社会統合のための国際ワークショップ」にご参加頂きまして、心から、外務省を代表し、また、政府を代表し、感謝とお礼を申し上げます。

このワークショップは、皆様よくご存知のとおり、前身のシンポジウムを含めると、今回で11回目となります。これまで、外国人の受入れ、そして日本に在住されている外国人の方が抱える様々な問題に焦点を当てまして、各回毎年中心となるテーマを設定し、議論を重ねて参りました。例えば昨年は、教育という観点から「若手外国人とともに歩む～次世代に向けた挑戦～」をテーマに、活発な議論が行われました。

今回のワークショップでは、皆様とともに考えていかなければならない重要な分野であります、医療に焦点を当てまして、「医療分野における外国人と外国人材～コトバと文化の壁を越えて～」という題材をテーマに致しました。

昨今、国際化、グローバル化という言葉が数多く聞かれております。皆様の中にも、外国が以前より身近になったと感じられる方も多数いらっしゃると思います。この東京の地におきましても、5年後の2020年には、東京オリンピック・パラリンピックの開催が予定されています。

政府としましては、「観光立国」を掲げ、2020年までに2千万人の訪日外国人数を達成することを目指しております。また、法務省の統計によりますと、平成26年6月の在留外国人数は、約208万人となっております。

ところで、日本社会は高齢化がますます進行しておりますが、在留外国人の方もまた例外ではありません。医療は全ての人にとりまして当然必要なものであります。今日その重要性はますます増しております。増加する外国人の方と高齢化の進展に伴い、外国人の受入れと社会統合を図る上で、医療は、直ちに取り組むべき重要な課題の1つとなって参りました。

本日のワークショップでは、このような問題意識から、「医療分野における外国人と外国

人材～コトバと文化の壁を越えて～」と題して、国内外の有識者の皆様方に、プレゼンテーションや体験談の発表を行って頂きます。また、パネル・ディスカッションでは、「外国人の医療」、「医療通訳」及び「外国医療人材活用の方向性」という3つの観点からご議論を頂くプログラムとなっております。

本日のワークショップが、有益な視点や考え方を共有する場となり、グローバル化社会に相応しい日本の医療体制の在り方について、皆様にあらためて考えていただく機会となりますよう、心からの期待を申し上げます。

結びに当たり、このワークショップの実現のために、ご尽力を賜りました皆様方に、深くお礼と感謝の誠を捧げたいと思います。

今回パネル・ディスカッションの進行をしていただく、大阪大学大学院教授であり、医療通訳士協議会会長でおられます、中村安秀教授。

例年、本ワークショップを共催していただいております、ジュネーブから駆けつけて下さった、国際移住機関のスウィング事務局長。これからもお元気で、ますます世界のために頑張ってくださいたい、日本政府も期待をいたしております。

今回共催していただき、この素晴らしい会場を提供して下さい下さった葛飾区の青木克徳区長。感謝申し上げます、ありがとうございます。

また、皆様方をはじめ、後援者として、種々この会場設営や受付など、お手伝い頂きました方やご協力を賜りました方、一般財団法人・自治体国際化協会の皆様方、そして、何よりも、本日、ご参加を賜っております会場にお詰めかけ頂いた一人一人の皆様方に、あらためて感謝とお礼を申し上げたいと思います。

今、右手の方に、お座り頂いている手話通訳士の寺嶋幸司さんにも、感謝を申し上げます、ありがとうございます。寺嶋さんのメッセージを代わりに私がお伝えしますと、手話通訳も、この医療分野の言語の違いを乗り越える通訳のカテゴリーに、同じように入れてほしい、手話だけ障害というカテゴリーに分けるのではなく、同じ言語のカテゴリーで考えてもらいたいと、昨日直接お話をうかがいました。寺嶋さんも今日頑張って通訳をされますので、是非そういった観点から、皆様方からも大きなご声援を頂きたく存じます。

以上、本日のワークショップが充実したものとなることをお祈り申し上げまして、政府を代表して、心からのご挨拶とさせていただきます。本日は、誠に有難うございます。

開会の辞

葛飾区長 青木克徳

皆様、こんにちは。地元・葛飾区長の青木克徳です。

今日は、沢山の皆様に国際ワークショップに参加を頂きました。本当に有難うございます。

実は、昨日も、今日ご登壇される方々に、この葛飾区の施設を見学頂きました。認知症のグループホーム、ここは外国の方も働いている施設です。それから、葛飾区の健康プラザ（保健所）内の施設で、子供たちが学ぶ・遊ぶ場所と言いますか、そこに外国の方もお見え頂いて、いろんな相談をしている、そういう状況も見て頂きました。

葛飾区に住む外国人の方は、毎年増えております。最近では、人口の3%、今1万5千人を超えるところまで、きています。そういう方々が、地域社会の中で、多くの方々と一緒に、幸せに暮らせる、そうした地域社会を作ることも必要だなと、日頃から考えているところでございます。

その中で、医療の問題は、大変大きいわけでありまして、そのことについて、今日は、いろんな形で議論がされると思います。皆様にも参考にして頂きたいと思います。私も、皆様と共に、議論を参考にしながら、葛飾区の外国人の受入れについて、そして、多くの方々が迎える高齢化についての介護や医療の体制も整えていきたいと思っております。

特に高齢化の問題は、医療の中でも大きな課題だと思います。葛飾区の人口は、約45万人です。その中で、65歳を超える方が約10万8千人を超え、今24%を超えるところまできております。その方たちが、幸せに暮らしてもらうため、そのためには、医療・介護・生活支援といったことが、きちんと連携され、今、包括支援システムと言っておりますが、そうした仕組みをきちんと作っていくことが必要だと思っております。また、その際に、受け入れる体制の中で外国人の方が果たす役割というのも、大変大きいのではないかなと思っております。外国人の方も共に働き・共に生活できる、そうした場を、これからも作っていききたいと思っております。

先ほど、中山外務副大臣から、東京オリンピックの話がございました。もう5年後です。葛飾区にも、沢山の外国の方がお見えになるようになってきております。例えば、葛飾区です

と、「寅さん(男はつらいよ)」や「こち亀(こちら葛飾区亀有公園前派出所)」とか、最近では「キャプテン翼」がヨーロッパでも、とても人気があるということで、それらを目指して、これからも、お出でになる方が、さらに増えてくるのではないかなと思っています。

今、日本全体で、以前7百万人だった外国のお客様が1千万人になり、去年は1千3百万人を超えた。そして、オリンピックの時期には、もう2千万人をはるかに超えるのではないかと考えております。是非、多くの方に訪れて頂き・住んで頂ける、そして、この日本全体が活性化をするような、もちろん、この葛飾区も、元気に暮らせるような場になるよう、今日の議論を参考にさせて頂きたいと思っております。

このあと、基調講演のほか、いろんな方々からご発言もあるところです。皆様にも、お聞き頂き、これからの地域社会を良くするための取組みについての参考にして頂けたらと思います。よろしくお願いを申し上げます。

本日は、どうも有難うございました。

V 基調講演

Keynote Speech

KEYNOTE SPEECH

William Lacy Swing

Director General of the International Organization for Migration

It is a great honour for me to visit Japan again and to take part in this annual workshop for the seventh time in so many years. I continue to be impressed by this unique initiative of the Foreign Ministry and inspired by the quality of these annual workshops. This annual gathering presents us all with a unique opportunity, a chance to discuss migration issues openly, an occasion to strengthen cooperation among the Ministry of Foreign Affairs, local governments, universities, international organizations and migrants themselves.

Let me congratulate the workshop co-organizers for choosing such a relevant and significant theme, the potential role of foreign human resources in the field of health care.

Scene-setter:

As a backdrop to my remarks, let me set the scene by giving you some facts on migration realities and stating a migration “thesis.”

We are living in a **world on the move**. We are experiencing **unprecedented disasters** and complex humanitarian crisis – 50 million forced migrants. At the same time, we face increased **anti-migrant sentiment**.

Anti-migrant sentiments are **borne out of fears**. Because of the global economic slowdown, people fear that migrants will be taking away their jobs. The “9/11 security syndrome” leads people to fear that tourists are terrorists. There is also fear that the arrival of migrants will ultimately lead to national identity loss.

The world in which we live today is a world in disarray, an international system unraveling with no one in control, and moral authority eroding.

The drivers of migration – demography, demand for labour, digital revolution, distance-shrinking technology, disasters -- natural and man-made, and dreams of a better life – will make migration a mega-trend of our century. More and more people will arrive on our shores and doorsteps who do

not look like us or speak as we do, but if properly welcomed and given the opportunity to integrate, can enrich our societies and economies through their contribution.

My thesis therefore is that migration is **inevitable**, given demography (an ageing North and youthful South) and other trends; **necessary**, if jobs are to be filled, skills to be available, and economies to flourish; and **desirable**, if properly managed, that is, responsibly and humanely.

With this backdrop for this year's workshop, I would like to make three points.

- 1) Foreign health workers are critical to Japan's health system;
- 2) Ethical recruitment of foreign health workers benefits all; and
- 3) A multicultural health sector is key to managing increasing social diversity

I. Foreign health workers are critical to Japan's health system

First of all, Japan, like other industrialized countries, including China, is ageing

- Japan is an ageing society with one of the world's lowest birth rates and with a fourth of the population 65 years or older. Japan has negative replacement rate, that is, there are more Japanese dying than being born at present, and this is a situation that has prevailed for approximately half a century. This creates a demand for foreign healthcare workers especially for health sector looking after the health needs of the elderly.
- Like most other developed countries in the North, the population of Japan is becoming increasingly diverse in terms of culture, language, and ethnicity. It is imperative therefore that Japan's health system should develop new models of health care models that more closely respond to the inexorably rising linguistic, cultural, social religious and ethnic diversity of an evolving population. This concept is sometimes referred to as **migrant-sensitive health systems**. An important component of this concept is a culturally competent health workforce, one which includes health workers from different countries of origin. Therefore, recruiting foreign human resources in the health sector can be an important strategy to strengthen migrant-sensitive national health services.

Hence, by recruiting foreign human resources into the health sector Japan achieves two objectives at the same time; it creates a more diverse workforce on the one hand; and, on the other, fills a critical shortage in the health sector -- particularly for those who look after the elderly.

In 2008, Japan began to recruit foreign health workers, mainly nurses and care-givers from Indonesia and the Philippines in the context of the “Economic Partnership Agreement (EPA)”. Other migrants, including (a) foreign spouses of Japanese nationals, (b) descendants of Japanese emigrants to Brazil and Peru, and (c) second generation migrants, have also started working in the health care sector.

II. Ethical recruitment of foreign health workers benefits all

It is crucial that Japan, along with other countries, incorporate ethical recruitment principles and good recruitment practices.

a. IOM’s International Recruitment Integrity System or IRIS, fills gaps in government regulation as well as in private sector social auditing. Among others, it checks in deceptions of job offers, and possible deskilling of workers due to skills mismatches. By enhancing the integrity and transparency of the global recruitment industry, IRIS strengthens the implementation of existing government regulations, reduce potential losses to employers for hiring unqualified workers, and will improve migrant workers’ safety and protection.

b. Recruiting foreign health workers should not create health worker shortages in countries of origin. A severe shortage of health personnel in many developing countries, including highly educated and trained health personnel, constitutes a major threat to the performance of health systems and undermines the ability of these countries to achieve the Millennium Development Goals. In this regard, countries should adhere to the **WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel** that was adopted in 2010 by all WHO member states, including Japan. The Code stipulates that international migration of health personnel can make a sound contribution to the development and strengthening of health systems, if recruitment is properly managed. This requires adherence to ethical recruitment principles and close coordination between receiving and sending countries to mitigate possible negative effects of health personnel migration on the health systems of developing countries and to safeguard the rights of health personnel.

There are no quick or easy solutions to ensuring **foreign human resources in the field of health care**. Let me give you two examples of good practices:

- 1) The State of Colorado in the United States offers newcomers, both immigrants and refugees with a healthcare background, targeted training and career guidance in order to match their professional background, skills, and cultural competencies with the demands of the health sector. The Colorado strategy assists these potential health care workers to gain better language skills, and to get entry-level positions within the health care sector, in order to hone their skills and gain practical first-hand experience.
- 2) The second example is the German Federal Employment Agency's International Placement Services, which implements the "Triple Win Project". The project recruits nurses for the German labour market from countries outside the European Union, such as Serbia, Bosnia and Herzegovina, and the Philippines, where unemployment rate among nurses is so high that they cannot be absorbed by the local labour markets. This project's "triple wins" are:
 - a. The labour markets in the countries of origin are relieved of pressure;
 - b. Migrants' remittances provide a developmental stimulus in their countries of origin; and
 - c. The shortage of nurses in Germany is alleviated.

For the selection of partner countries, the project has followed the World Health Organization's (WHO) Global Code of Practice for International Recruitment of Health Personnel. The procedures are coordinated with the agencies in the nurses' countries of origin.

After the nurses have completed their assignment in Germany, they may return to their countries of origin, or if they continue working as nurses, they may extend their stay in Germany. They are ideally prepared for both options. Some nurses plan to return at some point in order to help improve the nursing situation in the hospitals of their countries of origin. In today's world -- so influenced by the virtual world -- we need to think in terms of "brain circulation."

III. A multicultural health sector is key to managing increasing social diversity

Finally, we must recognize the value of growing multicultural competencies in the health sector. This includes health workers' ability to speak a variety of languages and to relate to patients with varied ethnic and cultural backgrounds, whether they are citizens, permanent residents, visiting tourists or business people. As globalization continues, we increasingly find transnational communities with ties to two or three cultural and linguistic groups.

In 2020, the Olympic and Paralympic games will be held in Tokyo. It is anticipated that in every year leading up to these games, some 20 million foreign visitors will enter Japan. This past year alone, there have been 14 million foreign visitors to Japan and the goal is 20 million per annum by the year 2020. This fact, in itself, calls for a robust health care sector with foreign language skills, dedicated to serving a non-Japanese as well as Japanese clientele. It is never too early to begin planning for these new trends. By tapping into the potential role of foreign human resources and local migrants in the field of health care, Japan can demonstrate how it is a nation on the forefront of change, poised to take the initiative and responsibly adopt ways to address these challenges.

Capacitating and developing foreign nationals in the health care sector may be one of many key strategic solutions to the challenges facing Japan and many other highly industrialized nations that face the current trends of ageing populations and globalization.

Conclusion

To succeed in attracting foreign health workers, “high road” policies will be needed. These might include:

1. Multiple-entry visa
2. Laws permitting dual-nationality
3. Portable social security and welfare benefits
4. Diaspora policies that facilitate ties with home and host countries
5. A clear path to integration including permanent residency and citizenship as options
6. Postal and other means to reduce remittance transfer costs

Despite these policies and all other efforts and good intentions however, we risk ultimately failing in a foreign worker-assisted health sector unless we can successfully address the two greatest migration challenges facing us, namely: changing the migration narrative, and managing diversity.

基調講演(仮訳)

ウィリアム・レイシー・スウィング
国際移住機関(IOM)事務局長

中山外務副大臣, 青木葛飾区長, 三好領事局長, 本日はご一緒でき, 大変光栄に思っております。このワークショップにこの 7 年間毎年参加させて頂き, また日本に戻って来ることができ, とても嬉しく思っております。

私の経験から言うと, 今回のように移民の社会統合を趣旨としたワークショップを「外務省」が開催するというのはとても珍しいことです。このような素晴らしいワークショップ開催は賞賛に値します。これまでに参加してきたワークショップの内容は全て素晴らしく, 感銘を受けてきました。このワークショップは私たちに移住についてオープンに議論をする機会を与え, 外務省, この素敵な葛飾区のような地方自治体, 大学, 国際機関, そして移民自身の間の協力体制を強化する機会ともなっています。私はこのワークショップの企画に携わった方々に, このような将来取り組まなければならない重要な問題をテーマに掲げてくれたことに感謝します。私の国アメリカも含め, どの先進国でも, また中国でさえも高齢化が進む中, 本ワークショップのテーマは, 必ず議論しなければならない重要な問題であり, 真剣に取り組まなければならない現実であります。

本日私が述べたいことは 3 点だけですが, その前に, 本日の議論の前提として, 今回のテーマの背景を少しご紹介したいと思います。

まず, 我々は「流動的な」世の中で暮らしています。有史以来今日最も多くの人々が旅行をし, 訪問をし, 移住をしています。これは, 世界の人口が 20 世紀に入ってから約 4 倍にまで増加したという歴史的事実に基づいています。このような増加はそれまでになかったことであり, これからも恐らくないでしょう。そのため, 移動をする人の数が増えつづいていくのです。人々の移動を推し進める要因の一つは人口動態的要因と言えますが, 他にも要因はあります。距離を縮めるための技術, 手頃な旅行コスト, デジタル革命などが挙げられます。2000 年にはわずか 3 億人だったインターネット人口が, 今日では 20 億人となり, もうすぐ 30 億人にもなろうとしています。我々はバーチャルな世界に住んでいるのです。

また, 今日私の長い記憶の中のどの時代よりも人道危機の多い世の中となっています。いくつか例を挙げると, シリア, イラク, 南スーダン, 中央アフリカ共和国, リビア, イエメン, 西アフリカのエボラ出血熱, ウクライナなどがあります。これらの人道危機が意味することは, より多くの人々が移動を強いられているということであり, 現在約 5000 万人が移動を強いられ, さらに増え続けており, 第二次世界大戦後最大の数字となっています。我々はこれらの現実と直面しなければならないのです。とても重要なことであります。と同時に, 残念ながら今日の世界, 特に先進国においては, 強い反移民感情が存在します。これは, 2008 年, 2009 年の経済危機の後遺症であり, 実は我々は移民を必要としているにも関わらず, 移民が我々の仕事を奪ってしまうのではないかと根拠のない懸念から生まれていると考えられます。また私は「9.11 セキュリティ・シンドローム」呼んでいますが, 外国からの訪問

者が観光客ではなく、実はテロリストなのではないかという恐れが根底にあると言えます。また、移民は実際にはより良い生活を求め、受入国に貢献しようとしているだけなのですが、そのせいで自分たちのアイデンティティーや国民性が失われてしまうのではないかという、ある種グローバル化に対するリアクションのようなものもあるかもしれません。我々の住む世界は混沌としており、世界をコントロールするある特定の権威がなく、モラルの力が崩れつつあるようにも見えます。

これらが現在の世界の背景ですが、この前提を踏まえ、本日のワークショップのテーマである外国人医療従事者のトピックに移りたいと思います。ここで指摘したいことは3点あります。まず、外国人医療従事者は日本の医療制度の中で重要な役割を果たすということです。これからますます彼らが必要になります。人口構成格差など、先に述べた様々な要因がある限り、大規模移住は「不可避」なことです。また高齢者や病人の世話をする人を確保したいのであれば、外国人医療従事者の受け入れは「必要」なことです。そして、正しい受入政策があれば、非常に「望ましい」ことであるはずで。だからこそ、外務省がこのテーマを取り上げられたことを、改めて賞賛したいと思います。

従って、最初のポイントですが、外国人医療従事者は、国の医療戦略や医療計画の成功のために必要不可欠な存在なのです。先ほど区長のおっしゃった数字を借りると、葛飾区の人口の24-25%が65歳以上だそうで、外国人医療従事者の需要は増えるでしょう。急速な少子高齢化が進む中、外国人医療従事者は絶対になくてはならない存在です。日本はもう大分前からこの傾向にあり、今後も続くことでしょう。日本の人口もどんどん文化的、言語的、民族的に多様化してきています。そのため、経済、文化、民族、宗教などの多方面において多様化してきている日本社会に合わせ、その新しい現実により適合した医療制度に変えていく必要があります。私たちはこれを「移民に敏感な医療体制」と呼んでいます。外国人材を医療の分野で雇用することにより、日本は二つの目的を同時に達成することができます。まず、実社会での変わりゆく現実により合った多様な労働人口を作り出すことができます。そして医療分野における著しい人材不足、とりわけ高齢者の面倒を見る人材不足を解決することができます。2008年に日本でもEPA経済連携協定の枠組みの中で、外国人医療従事者の募集を開始し、特にインドネシアやフィリピンからの看護師・介護士の受け入れを始めたことはきちんと認識してはなりません。その他にも、日本国民の外国人配偶者、日系ブラジル人やペルー人、移民2世の人たちも医療分野で働き始めています。

二つ目に私が強調したいのは、全ての人のためになるような医療体制を構築するには、倫理観に基づく採用を行わなければならないということです。それは日本や私の国も含め、多くの他の国で医療従事者の採用において倫理規準を設定し実施されなければなりません。そのためIOMでは、「国際的な採用規準」、いわば行動規範を設けることを推進するプログラムを実施しています。これは全ての外国人労働者に適用可能ですが、中でも特に医療従事者の採用においては重要な役割を果たします。なぜなら、不当かつ不正な方法や名目で事業を展開している仲介業者があまりにも多いからです。これらの仲介者は、労働者が思い描いていたこととは異なる未来へ、彼ら

を海外に送り出します。「スキルの無駄遣い」という表現が存在しますが、外国人医療従事者は医師や看護師として働けると信じ移住しますが、実際には全く異なる仕事が待っているということも往々にしてあります。当然のことながら、これはやめさせなければなりません。先ほど申し上げた「国際的採用規準」は、そのような状態の是正を推進するグローバルなプログラムです。

同時に、外国人医療従事者を雇用することにより、その労働者の母国が著しい医療従事者不足に陥ってはなりません。それでは、母国の医療制度にとって不利益になってしまいます。そのような事態にならないための取り決めを設けることが可能です。WHO は 2010 年に「医療従事者の国際的な採用に関するグローバル実務指針」を可決させました。これは、日本を含め WHO 全加盟国の賛成で可決されました。この指針は、「医療従事者の国境を越えた移動は、医療体制の発展や強化に貢献するものでなければならない」と謳っています。この指針がきちんと遵守されるには、関係各国の間で採用における倫理規定を設けることが不可欠になってきます。

外国人医療従事者を採用することにより、途上国の医療人材を奪ってしまうことを防ぐための早くて簡単な方法は今のところありませんが、そのための良い事例を挙げることができます。アメリカのコロラド州では、移民が持つ医療分野において必要とされる専門的スキルや文化的能力が地元の医療分野での需要に合うように集中的な訓練やキャリア・ガイダンスを行っています。「コロラド戦略」では、医療従事者になる見込みのある人々の言語習得や初級職務に就く手助けをしているのです。このシステムは、海外で医療に従事した人が母国に帰国するまでにより高いレベルのスキルを身に着けることで、帰国後、自国の人たちの世話をするのに役立てることを目指しているのです。

我々はバーチャルで流動的な世界にいます。正しい政策があれば、医療従事者が移住先と母国の両方に貢献できないはずがありません。「正しい政策」とは私が「ハイロード政策」と呼ぶものですが、複数回入国ビザ、受入国の経済システムにスムーズに統合するためのサポート、永住権獲得の機会、複数の国籍保有を許す法律、携帯型社会保障制度など、移民が流動的でいられるための措置、移民が受け入れ国と母国両方の社会に貢献することを可能にするような政策です。

もう一つの別の事例は、ドイツ連邦政府が実施している「トリプルウィン事業」です。この事業でドイツ政府は、看護師が供給過多で失業率が高いような国、例えばフィリピンなどから看護師を受け入れています。多方向での利益が望めます。看護師の母国での労働市場における圧力が緩和され、看護師がドイツから母国に送る海外送金が母国の経済発展に寄与し、ドイツにおける看護師不足が緩和されるのです。外国人医療従事者の受け入れという課題全体を推し進める中で、我々は独創性・創造力を維持し続けることが必要なのです。

頭脳流出、頭脳獲得という表現があります。私たちはそうではなく、「頭脳循環」として捉えたいと思います。我々は複数の社会の間を循環しつつ、全てに貢献することが可能です。

最後に三点目を述べたいと思います。多民族、多文化の医療分野は、ますます多様化する社会に対応するための鍵だと考えます。医療分野において多文化対応能力を高めることの重要性を認識すべきです。患者がその土地の市民であれ、観光客であれ、出張者であれ、異なる民族的文化的背景の患者と関わることができ多言語を話せる医療従事者もここに含まれます。既にご案内の通り、2020年には、ここ東京でオリンピック・パラリンピックが開催されます。そして区長のおっしゃったように、今日1400万人来日している観光客が2000万人にもなることが予想され、この一年だけでも既に著しい増加が見られています。そのためにも、日本人患者でも外国人患者でも診ることのできる外国語のスキルのある、骨太の医療サービスが必要になります。日本は既にそれに向かって歩み始めているのは賞賛に値します。そのまま突き進めば、準備は整うはずですが。これらの新しいトレンドに備えるための準備を早めに始めても損はありません。既にいる移民や外国人材を医療分野に取り込みその潜在能力を生かすことが、日本を始め、ヨーロッパ、アメリカ、そして世界の他の多くの先進国が直面している課題に対する極めて重要な戦略的解決策の一つになるかもしれません。

最後に何点かお話させて下さい。まず、外国人医療従事者を呼び込み、維持するには、私が提唱する「ハイロード政策」、つまり移民が地元の社会や経済に馴染めるようあらゆる機会を与えられることが必要です。彼らは我々を助け、サポートするためにいるのです。永住権や、それ以上のことも含め、社会に統合できるための明確な道を示す必要があります。

次に、我々が直面する二つの課題についてお話しておきましょう。もしもこれらの課題に失敗すれば、全てに失敗するようなことです。まず一つ目として、移住に対する国民の考え方を変えていかなければなりません。今日の先進国の多くでは、移住というのは何か「毒性をもつ」かのような言葉となっています。先ほども申しましたが、多くの人はアイデンティティを失うかもしれないという恐怖を感じ、移民をその原因として悪者扱いし続けています。移住とは歴史的にみて圧倒的に肯定的なものであったという歴史的事実に立ち返るべきです。我々の国のほとんどではないにしても、その多くは移民の力から始まり、今日でもそれは続いています。移住問題に対してバランスの取れた考え方に戻らなければなりません。二つ目に、多様性にうまく対処する術を身に着ける必要もあります。今日の世界は、文化的にも経済的にも社会的にも民族的にも宗教的にも多様化し続けており、対応に失敗すると、全てが失敗に終わります。

しかしながら、今日は悲観的なメッセージをお伝えするために来たわけではありません。日本がやっていること、このセミナー、外国人医療従事者の受け入れへ向け努力していることを褒め称えたいと思い、また日本の優先事項へのサポートを表明したいと思い、本日ここにいます。きっと成功すると信じています。そして、私たち IOM に何かできることがあれば、いつでもお手伝いさせて頂きたいと思っています。

ご清聴、ありがとうございました。

VI 外国有識者による プレゼンテーション

Presentation by a guest foreign expert

Presentation by a guest foreign expert

Some Considerations for Promotion of Medical Tourism in Japan

Prof. Emeritus Somarch WONGKHOMTHONG

Director of Bangkok Hospital Hua Hin

Acting Director of Royal Phnom Penh Hospital

Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited

Thailand

His excellency Yasuhide Nakayama, Ambassador William Lacy Swing, Excellency Katsunori Aoki, and Professor Dr. Yasuhide Nakamura it's my pleasure and honor to be invited to be a guest speaker today.

I'd like to talk on some consideration for promotion of medical tourism in Japan, which I think would be a basis to provide medical care to foreigners in Japan as well. My presentation topics would include (1) demand for medical tourisms in Japan, (2) issues for attention, (3) issue regarding foreign medical workers in Japan, and (4) the necessity and training for medical interpreters.

(1) Demand for medical tourisms in Japan

There is a big misunderstanding of the word medical tourisms and medical tourists. Many people would think that medical tourism is a combination of medical treatment for example medical checkup, dental treatment or some esthetic treatment with tourisms like sightseeing or playing golf. This is completely wrong. Completely wrong. Medical tourism in the real world is a sick patient travels to receive medical treatment abroad where they can find a better treatment or a cheaper treatment than their own country. So medical tourists actually is sick people – very, very sick going abroad for better treatment not for leisure not for playing golf that's a very very minor part of medical tourists consists less than one percent. If you take a look at the trend of medical tourisms, now, the trend is very, very promising. This is an example of Bangkok Hospital Medical Center alone - Bangkok Hospital just only one hospital which I have been working with for almost more than ten years. Before the year 2002 we had less than 20 thousand at that time in 2001. And you see the number keep increasing every year. 2012, 2013, 2014 last year we received more than 200 thousand

international patients. At Bangkok Hospital alone in Bangkok. For all over Thailand there are 3 million medical tourists who visit Thailand every year. That is every day there is one thousand patients visiting Bangkok Hospitals. Among one thousand of them a hundred patients would be admitted as IPD patients. So the principle of accepting medical tourists and principle of giving care to foreigners are almost the same. No different at all.

Now let's take a look at the nationalities of medical tourists who come to Bangkok Hospital for seeking treatment. Number one here from Middle East - United Arab Emirates. Number two from our neighboring country – Myanmar. Number three from Qatar. Number four from Bangladesh. Number five from Kuwait, Ethiopia. They even fly from Africa. Oman, Cambodia, Japan, USA, etc. But regarding Japanese and American most of them are so-called expats.

So what we call international patients, we mostly classify into three categories. Category number one is called expat. Those who live and stay in the country. The theme that we are going to focus today in our seminar. Second category is so-called tourists who come to Thailand who come to Japan and happen to get certain emergency diseases. But number three category that I'm referring to is the so-called international medical tourists or we call it flying patients. Flying patient is the most difficult group to deal with because it's their choice to come to us. You know, they have several choices – they have the choice to go to the United States, to France, to Germany, to Singapore, maybe.

In spite of excluding all other choices they focus to come to Bangkok Hospital because why? What are these people looking for? Foreigners are looking for especially high technology absolutely. Technology which is not available or sometimes available but very expensive they cannot afford. Well-trained professional staff, superb physical facilities, and state-of-the-art medical equipment. High technology is not enough. High tech is available in Qatar in the Middle East, in UAE. But why do these people have to come to Thailand? Because they come for high care, comfortable IPD. Highly-trained and motivated and dedicated professional staff, cultural sensitivity, especially religious sensitivity. Japan and Thailand we are a majority of our citizens are Buddhists. But many of the medical tourists are

Muslim – completely different cultural background, completely different religious background. And then, no communication barrier. Third factor is the zero waiting time. These people do not want to wait. They are sick they would like to get up as soon as they can. They are accompanied by five or ten of their family members. These people cannot be wandering around for a long time, and then affordable costs. Especially medical tourists from Europe, from Australia, from America – they come only for one reason – that treatment abroad is cheaper than treatment in their home country. So there are several factors effecting medical treatment.

Number one as I told you is quality of medical service. Has to be very, very good. So most of the hospital that receive international patients in Thailand or in Singapore would seek accreditation JCI joint-commission international which is international medical standard. We need JCI and we need to be approved of we are excellent in certain area. Number two waiting time should be very short as I told you. Number three price is affordable. It's not cheap but affordable, reasonable. There is a value for money. Number four hospital customer service for foreigners. This is the point that we're going to discuss after my presentation. How can we take care of foreigners? Number five distance and travelling costs. Number six proper accommodation and tourist attractions for accompanying person. Number seven, political, cultural, and social environment of the country. That has to be stable.

(2) Issues for attention

Well, let's come back to Japan again. Are we ready to accept medical tourists or not. This is just simply my own individual comment. You don't have to agree with me. You know better than me. Quality of medical service – I think everyone accepts the quality of medical service in Japan very high. Tokyo University, Keio University, you name it all of them are very famous university hospitals. There are many famous university hospitals as well as national cancer center, etc. very good. Waiting time still questionable. Yeah, questionable. Price, again questionable. The price that Japanese people are paying in their bill is not the actual price because they are paid that before. They are paid that from before. Then the time they get sick that consists a very small portion of the total price. If you don't have insurance if you have to pay for the whole cost you know how much is it which I don't think is cheap at

all especially for foreigner if they come here and have to pay the whole amount by themselves. Number four, hospital customer service for foreigner – this is very, very questionable. Ability to accept foreigners – is there any English sign at the registration or not, can anyone speak English, can anyone speak French, can anyone speak German, can anyone speak Arabic? No. Very, very difficult. And then number five distance and travelling costs, again questionable. Quite difficult to come to Japan especially if you have to receive visas. Visa application is very headache problem. Proper accommodation and tourist attraction for accompanying person, I think there are more than enough here. Political, cultural, social environment of the country is all right. Japan is very peaceful very lovely country. You know, everyone would like to come to Japan.

(3) Issue regarding foreign medical workers in Japan

What about the possibility of accepting foreign medical workers in Japan? From my experience, again, there's a long, long experience being in Japan a long time ago I think that medical doctors? No. No way. Dentists? No way. Pharmacists? No way. Nurses? Difficult. Care worker? Possible, but limited to certain nationality. Any type of licensed worker? Very difficult because we have to pass the license. License in Japan – all those professionals need license to practice. All license examination is given in Japanese with very difficult Kanji. Medical kanji. No foreigner can manage to do that except only two nationalities. Except some Chinese and Korean. For Thai, Filipino those who pass the examination is superb but very very extraordinary. So the only possibility left is non-medical worker.

(4) The necessity and training for medical interpreters

That is for medical interpreter which I think is very important to facilitate treatment of – to facilitate to providing care to foreigners here. The training and education of medical interpreters in Japan for Japanese and foreigners is the most important to promote medical tourism in Japan. Well, we also use a lot of medical interpreter at Bangkok Hospital to treat our patients as I told you every day one thousand patients from all over the world come and receive treatment over there.

How can we manage that? This is an example of our telephone interpreter. We have our call center. We have our interpreter call center in our house. In the Bangkok Hospital to provide telephone service. However this is the availability of interpretation languages in the Bangkok Hospital. The left hand here is – we always use about 60 languages. This is for in-house face-to-face or in-house telephone consultation. Arabic, Bangladesh, Bhutanese, Cambodian, Chinese, English, Ethiopian, Filipino, French, German, Japanese, Korean, Mongolian, Myanmar, Russian, Vietnamese. These are so-called full-time employee staff working in our hospital. We also have another additional staff who can speak about almost 32 languages. But not all of them are our regular employee. This is our in-house and outsource staff. Some time they work from their home. Some time they work from their office. But anyway we are able to converse about 32 languages at our hospital here. We have now 49 full-time interpreters. And then 109 part-time interpreters. Altogether 158.

Well, what are their competencies? Okay, medical interpreter in the hospital is different from medical translator who is now translating in this symposium. Medical interpreter that work in the hospital is considered to be a part of the care team. They are equivalent to doctors and nurses. They are a very important part of the care team. So there are many competencies that would be required as medical interpreter. Number one language proficiency of at least two languages. You need at least two languages. If they work in Thailand they need to know Japanese and then Thai. To translate into Japanese they need to know Thai as a basic language plus another one or two. In Japan, so they need to understand Japanese besides French, etc. Number two they need to know clinical medical knowledge because they have to translate from very difficult medical explanation from the highly specialist to clear the medical problem. They need interpretation skills. They need to know which part could not be omitted, which part have to be precisely translated. They need risk management skills as well. Sometimes we come up with unexpected complication. Sometimes you come up with very unexpected. Unexpected things. We are going to deal with emotion and feelings of sick people there. How can we manage that? They need to learn how to manage risk and overall good service behavior.

This is the kind of our in-house training program. They need to rotate to learn at least 19 medical modules in order to be able to work with our medical team. Unfortunately we take

only 40 hours at the beginning. This is at the very beginning. Almost about two hours for every specialty. Ranking for the majority of diseases that our people come and seek for services. Urology, diabetes, neurology, ENT, cardiology, etc. These interpreters they are not only just serving Bangkok Hospital headquarter alone because we run about 40 hospitals all over Thailand. At least 14 hospitals. These 14 are having international patients more than 25% of patients. So these interpreters also serve for our network hospitals. And then we also provide services to non-network hospitals. Those hospitals which are not Bangkok Hospital group many of them.

I think I took about 20 minutes exactly. Thank you very much. Thank you for your kind attention.

外国有識者によるプレゼンテーション

日本におけるメディカル・ツーリズムの促進について(仮訳)

ソムアツツ・ウォンコムトオン教授(タイ出身)
ホアヒン・バンコク病院 病院長
ロイヤルプノンペン病院 病院長(代行)
バンコク・ドゥシット・メディカルサービス(BDMS)

中山泰秀外務副大臣、ウィリアム・レイシー・スウィング事務局長、青木克徳葛飾区長、そして中村安秀教授、本日ゲスト・スピーカーとしてお招き頂き、大変光栄に思います。

治療を受けるための渡航、つまりメディカル・ツーリズムのことですが、日本におけるメディカル・ツーリズム促進についてお話したいと思います。このメディカル・ツーリズムは、日本で外国人に医療を提供するための基盤になると私は考えています。本日の私のプレゼンのテーマは、(1)日本でのメディカル・ツーリズムの需要、(2)対処すべき問題、(3)日本における外国人医療人材に関する問題点、および(4)医療通訳者の必要性和訓練に関してです。

(1)日本でのメディカル・ツーリズムの需要

メディカル・ツーリズムやメディカル・ツーリストという言葉に対して大きな誤解があります。メディカル・ツーリズムと聞いて多くの人が思い浮かべるのが、健康診断、歯の治療、エステなどと、観光やゴルフなどのいわゆるツーリズムとの組み合わせのようです。これは完全に間違った認識です。完全に違います。実際のメディカル・ツーリズムというのは、病気の患者が母国よりも良い治療または格安な治療を求めて海外で治療を受けるというものです。つまり、メディカル・ツーリストというのは、病気の人のことなのです。重い病気に苦しむ人がより良い治療を求めて海外に行くことなのです。余暇を楽しんだり、ゴルフをしたりする目的のメディカル・ツーリストは極わずかで、メディカル・ツーリスト全体の1%にも満たない数です。メディカル・ツーリズムの傾向を見てみると、今後見込みのある分野なのです。私が10年以上勤めてきたバンコク病院メディカル・センター単体で見た場合の例を見てみましょう。2001年時点での海外からの患者数は2万人に満たない状態でしたが、それが年々増え続けて、昨年はバンコク市内にあるバンコク病院単体で見ても、海外からの患者数が20万人を突破しました。タイ全土で見ると、毎年300万人のメディカル・ツーリストが訪れています。つまり、毎日1,000人もの患者が全国のバンコク病院を訪れていることになります。そして、その1,000人中100人は入院患者として受け入れられています。つまり、メディカル・ツーリスト受け入れの原理と外国人に治療を施す原理はほぼ同じということになります。違いはありません。

次に、治療のためにバンコク病院を訪れるメディカル・ツーリストの国籍を見てみましょう。まず、一番患者数の多いのが中東のアラブ首長国連邦です。次にお隣ミャンマー、次いでカタール。4番目に多いのがバングラデシュです。そしてその次がクウェートとエチオピアです。アフリカからも来院します。その他にオマーン、カンボジア、日本、アメリカなどからも来ます。但し、日本とアメリカからの患者の大多数が国外居住者です。

海外からの患者を我々は主に3つのカテゴリーに分類しています。まず、国外居住者です。母国とは異なる国に居住している患者を指します。本日のセミナーで焦点を当てるのがこのカテゴリーに属する人々です。次に、タイや日本に観光で訪れ、たまたまそこで急に病気になった患者です。そして、3つ目のカテゴリーが海外からのいわゆるメディカル・ツーリストです。我々はこのような人々を「海を渡る患者」とも呼んでいます。海を渡る患者が実は最も難しいカテゴリーなのです。というのも、彼らには選択肢があり、アメリカにでもフランスにでもドイツにでもシンガポールにでも自由に行くことができるにも関わらず、バンコク病院に来ることを選んだからです。

では、なぜバンコク病院を選んだのでしょうか。これらの患者は何を求めているのでしょうか。外国人患者が最先端技術を求めているのは確かです。母国では行われていない、もしくは治療費が高すぎて受けることのできない最先端技術を用いた治療です。十分に訓練を受けた専門のスタッフ、素晴らしい設備、そして最先端の医療機器も求められています。最先端技術だけでは不十分なのです。最先端技術なら、中東のカタールやアラブ首長国連邦にもあります。それでは、なぜこの人たちは皆タイに来るのでしょうか。質の高い医療、快適な入院病棟、高度な訓練を受け、高いモチベーションを持った熱心な専門スタッフ、異文化とりわけ宗教への理解などを求めて来院します。日本やタイは大多数が仏教徒ですが、メディカル・ツーリストの多くはイスラム教徒で、全くの異なる文化的、宗教的背景を持っています。また、我々の病院ではコミュニケーションの壁がありません。そして、第3の要因として挙げられるのが待ち時間ゼロです。メディカル・ツーリストの患者たちは待ちたくないのです。彼らは病気であり、なるべく早期に回復することを望んでいます。5~10人ほどの家族に付き添われている患者が多いのですが、その付添の家族も長期間母国を離れるわけにはいかないのです。そして手頃な価格も挙げられます。特にヨーロッパ、オーストラリア、アメリカなどからのメディカル・ツーリストが海を渡って来る理由の一つです。海外での治療が母国での治療よりも手頃な価格だからです。つまり、医療を受けるに当たり、複数の要因が影響しているのです。

まず、第一に、既にお話した通り、質の高い医療です。とても高度でなければなりません。そのため、タイやシンガポールで外国人患者を受け入れているほとんどの病院では、国際医療基準であるJCI認定を受けています。特定の分野で優れていることを証明するためにJCI認定は必要なのです。第二に、これも既にお話しましたが、待ち時間は極力短くした方が良いのです。そして第三に、良心的な価格であることです。決して安価というわけではありませんが、良心的な適正価格です。金額に見合う価値が提供されなければなりません。第四に外国人のための病院のカスタマー・サービスです。私のプレゼンの後にこのことについて議論を行います。外国人の世話をするのに何が必要でしょうか。第五に、移動距離および旅費です。第六に、付添人のための宿泊環境が整っていて、観光名所があること、そして、第七に、その国の政治的、文化的、社会的環境が安定している必要があります。

(2) 対処すべき問題

では、日本の話に戻しましょう。メディカル・ツーリスト受け入れの準備はできているのでしょうか。これに関しては、あくまでも私個人の考えですから賛成して頂かなくても結構です。皆さんの方がよくご存じのはずです。医療サービスの質に関してはどうでしょう。日本における医療サービスの質の高さは誰もが認めるところだと思います。東京

大学、慶応大学など、いくつもの有名な大学病院があります。国立がんセンターもあり、どれもとても良い病院だと思います。待ち時間はまだ疑問の余地があります。そうです、疑問ですね。価格も、また問題です。日本人が支払っている金額は実際の医療サービスの金額とは異なります。実際に支払っている金額は全体のほんの一部に過ぎません。保険に入っていないければ、全額自己負担ということになりますが、外国人がここまで来て全額自分で負担するには決して手頃な価格とは言えません。次に、病院の外国人向けのカスタマー・サービスですが、これも問題がありますね。外国人の受け入れ体制はどうでしょう。受付に英語で書かれた貼り紙などあるでしょうか。また、英語やフランス語、ドイツ語、アラビア語といった言葉が話せる人はいるでしょうか。いませんね。これはハードルがとても高いですね。そして、次に距離と旅費を見ても、これらも疑問の余地がありますね。ビザが必要となると、来日するのは難しい状況になります。ビザの申請というのは、頭の痛い問題です。付添人のための宿泊施設や観光名所に関しては、十分あると思います。また、国の政治的、文化的、社会的環境に関しても問題ないでしょう。日本はとても平和で素敵な国です。誰もが日本を訪れたいと感じています。

(3) 日本における外国人医療人材に関する問題点

それでは、日本における外国人医療人材受け入れの可能性はどうでしょう。日本での私の長い経験から考えてみます。医者はどうでしょう。いいえ、無理です。では、歯医者はどうでしょう。これも無理です。薬剤師はどうでしょう。無理です。看護師はどうでしょう。厳しいです。介護福祉士はどうでしょう。可能性はありますが、特定の国籍の人間に限定されるでしょう。何らかの免許を有する職種はどうでしょう。免許を取得しなければならないため、とても難しいでしょう。専門的な職種は全て免許が必要ですが、日本での免許取得にはどれも難しい漢字で書かれた試験に合格しなければなりません。2つの国籍を除いては、それができる外国人はいないでしょうね。中国人や韓国人の中には合格できる人もいそうですが。タイ人やフィリピン人で試験に合格できる人は並外れた能力を持っているでしょう。つまり、可能性として残るのは、医療とは関係のない職種ということになります。

(4) 医療通訳者の必要性和訓練

医療通訳は治療促進にとって、外国人に治療を提供するのにとても大切だと思います。日本でメディカル・ツーリズムを進める上で、日本において医療通訳者のための訓練や教育を日本人および外国人のために行うことが重要になってきます。先ほどもお話ししました通り、バンコク病院には一日に 1,000 人の患者が世界中から治療を受けに訪れるので、我々の病院でも多くの医療通訳者に頼っています。

では、それをどのようにして可能にしているのでしょうか。我々の電話通訳者の例をご紹介します。我々の病院には、電話によるサービスを提供するための院内のコールセンターがあります。バンコク病院で利用可能な通訳の言語はおおよそ 60 あります。これは病院内、もしくは病院内での電話相談のための言語です。アラビア語、ベンガル語、ゾンカ語、カンボジア語、中国語、英語、エチオピア語、タガログ語、フランス語、ドイツ語、日本語、韓国語、モンゴル語、ビルマ語、ロシア語、ベトナム語。これらの言語を担当するのは我々の病院でフルタイムで働いているスタッフです。この人たちとは別に、32 カ国語を担当するスタッフがさらにいます。この人たちの中には、非正規雇用のスタッフもいます。これが我々の病院内および外注のスタッフです。彼らは自分たちの自宅やオフィスか

ら働くこともあります。いずれにしろ、我々の病院ではおおよそ32の言語が使われています。現在我々の病院ではフルタイムで働いている通訳者が49人います。そして109人の非常勤の通訳者がいるので、全部で158人いることになります。

では、彼らの能力はどの程度なのか。まず、病院にいる医療通訳者というのは、今このシンポジウムで訳している医療翻訳者とは違います。病院で活躍している医療通訳者は治療チームの一員と考えられています。彼らは医者や看護師と同等なのです。彼らは治療チームの大切な一員なのです。つまり、医療通訳者として求められる能力は多岐に渡ることになります。まず第一に、最低でも2つの言語ができなければなりません。最低2つは必要になります。タイで働くのであれば、日本語とタイ語が必要になります。日本語に訳すためには、タイ語を基本言語として習得していなければなりませんし、さらに1つか2つの言語が必要になります。日本であれば、フランス語などに加え、日本語も分かっている必要があります。そして第二に、医学的問題解決のために、専門家によっても難しい医学的説明を訳さなければならないため、臨床的、医学的知識が必要になってきます。彼らには通訳のスキルも必要です。どの部分が省略可能か、またどの部分が正確に訳されなければならないか判断できなければなりません。また、リスク・マネジメントのスキルも必要です。時には予想外に困難な事態が起こることもあります。我々は病気の人の感情と向き合わなければならないのです。それにどのように対処するのでしょうか。彼らはリスクにどのように対処するかを学ぶ必要があり、また、全体的にサービスを提供する上での良い態度も必要になってきます。

次に我々の病院での訓練プログラムですが、我々の医療チームと仕事をするために、最低19の医学的モジュールを初めに習得します。残念ながら40時間程度しか時間をかけることができないため、各専門分野につき約2時間ずつ費やします。我々の病院で患者が治療を求める主な病気のランキングですが、泌尿器科関連の病気、糖尿病、神経系の病気、耳鼻咽喉科関連の病気、心臓病などです。通訳者たちは、バンコク病院の本部でのみ働いているわけではありません。我々はタイ全土で約40の病院を経営していて、そのうちの14の病院には全患者数の約25%が海外からの患者なのです。そのため、通訳者たちは我々の病院のネットワークのために働いてくれているのです。また、彼らはネットワーク外の病院でも通訳を提供しています。これらの病院はバンコク病院グループには属さないのですが。

これで恐らくちょうど20分(注:事前に割り当てられたプレゼン時間)くらいだと思います。ご清聴ありがとうございました。

Some Considerations for Promotion of Medical Tourism in Japan

By
Prof. Emeritus Somarch WONGKHOMTHONG
Director of Bangkok Hospital Hua Hin
Acting Director of Royal Phnom Penh Hospital
Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited
Thailand

Presentation Topics



- I. Demand for Medical Tourism in Japan
- II. Issues for Attention
- III. Foreign Medical Workers in Japan
- IV. The Necessity and Training for Medical Interpreters

Demand for Medical Tourism in Japan



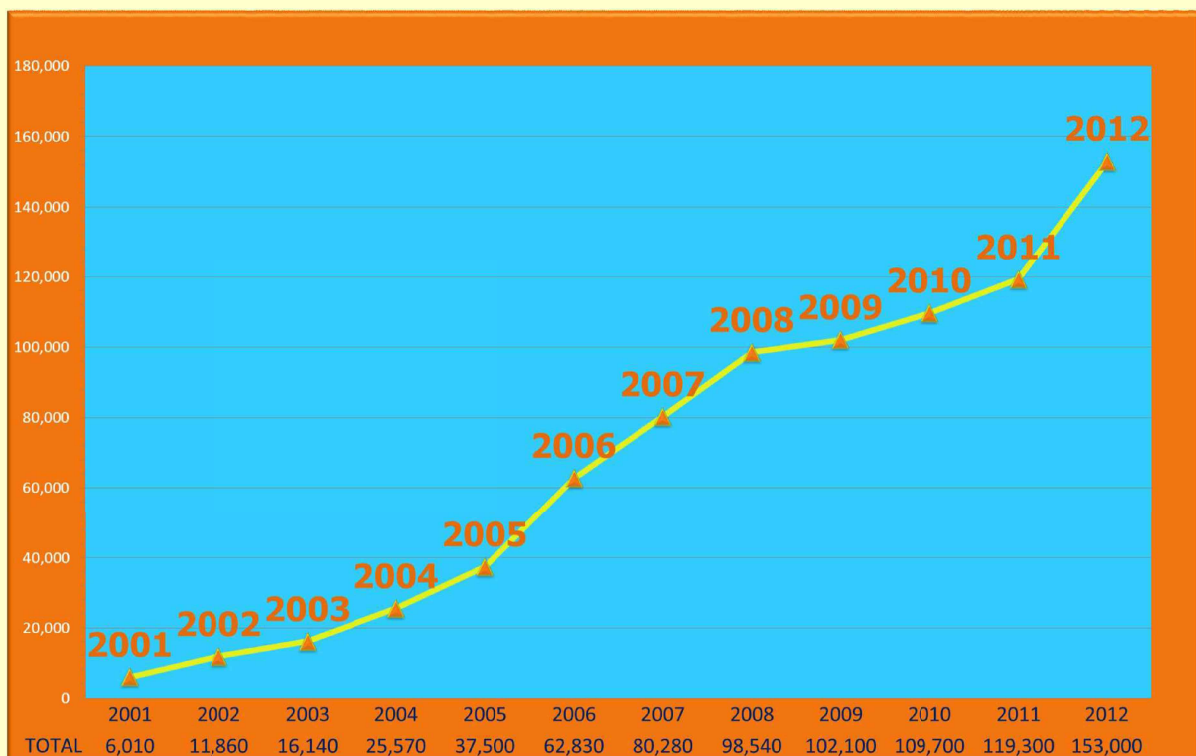
- **Misunderstanding of Medical Tourism**

- × Medical tourism is a combination of medical treatment (ie, check up, dental treatment, esthetic treatment) with tourism (sight-seeing , playing golf)

- **Medical Tourism in the Real World**

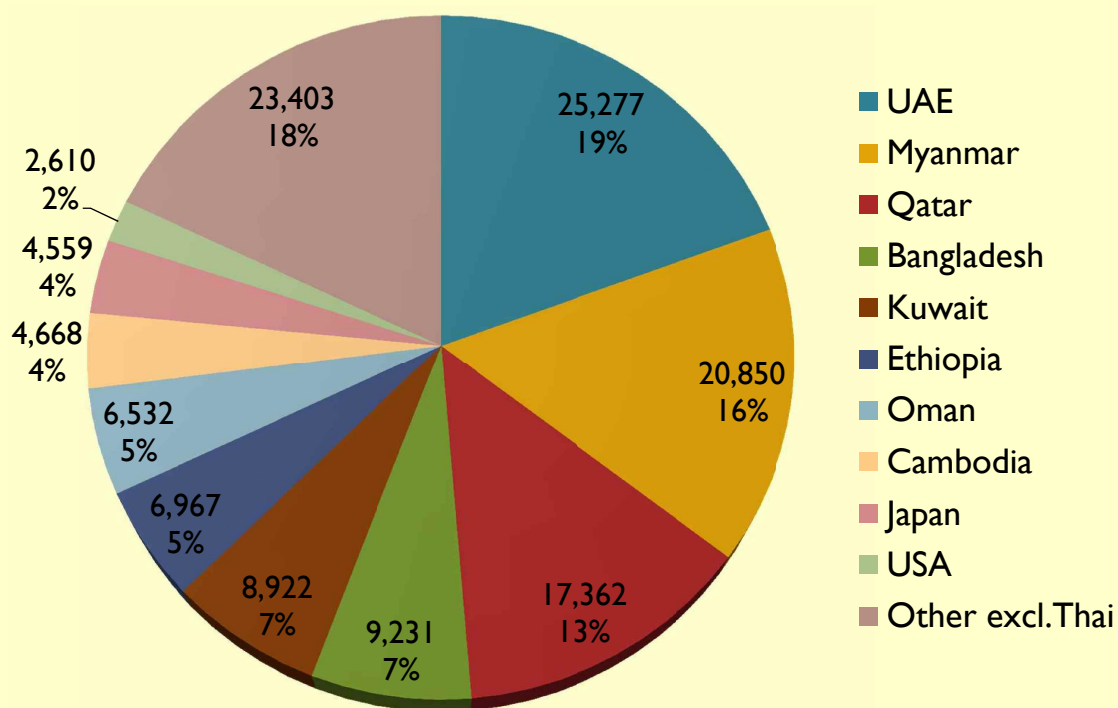
- > A sick patient travels to receive medical treatment abroad where they can find **a better treatment** or a **cheaper treatment** than their own country

The Trend of Medical Tourists Visited Bangkok Hospital Medical Center (BMC)



Source: Trakcare

Top 10 Nationalities of Medical Tourists Visited BMC in year 2012



What are foreigners looking for

HIGH TECH

- Well Trained professional staff
- Superb physical facilities
- State-of-the-art medical equipment

HIGH CARE

- Comfortable IPD wards
- Highly trained and motivated, dedicated professional staff
- Cultural sensitivity
- No communication barrier

ZERO WAITING TIME

- Time Savings

AFFORDABLE COST

- Many medical tourist seek treatment abroad to save money.

FACTORS AFFECTING MEDICAL TOURISM

1. Quality of medical services
2. Waiting time
3. Price
4. Hospital customer services for foreigners
5. Distance and traveling Cost
6. Proper accommodation and tourist attractions for accompanying persons
7. Political, cultural & social environment of the country



Evaluation of Factors Affecting Medical Tourism in Japan

- | | |
|--|----------------|
| 1. Quality of medical services | ✓ OK |
| 2. Waiting time | ? Questionable |
| 3. Price | ? Questionable |
| 4. Hospital customer services for foreigners | ? Questionable |
| 5. Distance and traveling Cost | ? Questionable |
| 6. Proper accommodation and tourist attractions for accompanying persons | ✓ OK |
| 7. Political, cultural & social environment of the country | ✓ OK |

Possibility of Foreign Medical Workers in Japan

Professional Workers

- × Medical doctors
- × Dentists
- × Pharmacists
- × Nurses
- × Care workers
- × Any type of licenses workers



Non-clinical Workers

- ✓ Medical interpreters



The Necessity of Medical Interpreters in Japan

- Training and Education for Medical Interpreters in Japan for Japanese and Foreigners is the most important to promote medical tourism in Japan



Medical Interpreters at Bangkok Hospital Medical Center



Tele-Interpreter Services at Bangkok Hospital Medical Center



Available Interpretation Languages at Bangkok Hospital Medical Center (BMC)

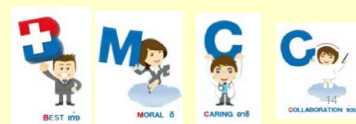
In house (Face-to-Face / Tele-interpreter)
2. Bangladeshi
3. Bhutanese
4. Cambodia
5. Chinese
6. English
7. Ethiopian
8. Filipino
9. French
10. German
11. Japanese
12. Korean
13. Mongolian
14. Myanmar
15. Russian
16. Vietnamese

In-House & Outsource (Telephone)	
1. Arabic	17. Indonesian
2. Bangladeshi	18. Italian
3. Bhutanese	19. Japanese
4. Cambodia	20. Korean
5. Chinese	21. Myanmar
6. Czech	22. Mongolian
7. Danish	23. Norwegian
8. Dutch	24. Persian
9. English	25. Polish
10. Ethiopian	26. Portuguese
11. Finnish	27. Russian
12. French	28. Spanish
13. German	29. Swedish
14. Hebrew	30. Turkish
15. Hindi	31. Vietnamese
16. Hungarian	32. Urdu



Number of Interpreters at BMC

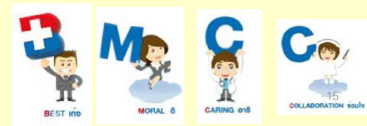
STATUS	NUMBER OF INTERPRETERS
Full Time	49
Part Time	109
Total	158





Interpreter Competency

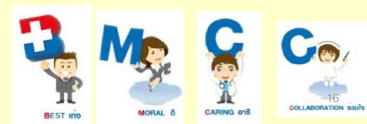
1. Language Proficiency for at least two languages
2. Clinical Medical Knowledge
3. Interpretation Skill
4. Risk Management Skill
5. Good Service Behavior



Clinical Competency Training

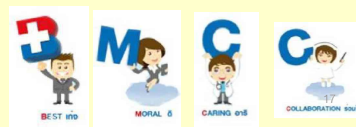
Medical knowledge training for various specialties

No.	Medical Topics	HOURS
1	Urology	2
2	DM	2
3	Neurology	2
4	ENT	2
5	Cardiology	3
6	OB & GYN	2
7	Ophthalmology	2
8	GI	2
9	Pediatric Cardiology	2
10	Rehabilitation	1
11	Orthopedics	8
12	Travel Medicine	1
13	Mental Health Course	3.5
14	IVF	1
15	Bone Marrow Transplant	1
16	Rheumatology	2
17	Spine	2
18	Oncology	2
19	Pediatric Allergies	1
		Total: 41.5 Hrs.



No.	BDMS Network Hospitals
1	Bangkok Hua Hin (BHN)
2	Bangkok Nursing Home (BHN)
3	Samitivej Srinakarin Hospital (SVSH)
4	Bangkok Pattaya Hospital (BPH)
5	Bangkok Samui Hospital (BSH)
6	Bangkok Chiangmai Hospital (BCM)
7	Bangkok Phuket Hospital (BPK)
8	Bangkok Trad Hospital (BTH)
9	Bangkok Pisanulok Hospital (BPL)
10	Samitivej Sukhumvit Hospital (SVH)
11	Bangkok Ratchasima Hospital (BKH)
12	Bangkok Udon Hospital (BUD)
13	Bangkok Rayong Hospital (BRH)
14	Samitivej Sriracha Hospital (SSH)

No.	Allied Hospitals and Institutes
1	Praram 9 Hospital
2	Siriraj Piyamaharajkarun Hospital
3	Immigration Office
	❖ Suvarnabhumi Airport
	❖ Donmuang Airport
	❖ Suanploo Office
	❖ Changwatana Office



Thank you for your attention

VII 体験談

Case Study

体験談 A

ケアポート板橋(健育会グループ)EPA 介護福祉士
エハーシト・ピンキー・アルバレス(フィリピン出身)

皆様、こんにちは。私は、エハーシト・ピンキー・アルバレスと申します。

平成21年5月にEPA介護福祉士候補者として来日し、現在は特別養護老人ホームの介護福祉士として、ケアポート板橋で働いております。

おそらく「EPA」という言葉を、初めて聞いた方もいると思います。EPAとは Economic Partnership Agreement の略で、二国間の協定で、日本とフィリピンの間にある様々な規制を緩和し、より両国の交流を自由にしていこうという制度です。その制度を受け、平成21年にフィリピンから介護・看護師の受入れを日本が開始し、私は第1期フィリピン人介護福祉士候補者として来日をしました。私たちは、来日して3年就労して、受験資格を取得し国家試験に合格することで、EPA介護福祉士として日本でずっと働くことが出来るといったシステムです。私は平成24年度の介護福祉士国家試験に合格し、今でも日本で働くことが出来ています。

この様に説明してしまうと、私が簡単に介護福祉士となり、何の問題もなく日本で生活するように聞こえるかもしれませんが、実際は様々なことで悩み、辛いことの連続だった時期もありました。それを乗り越えることが出来たのは、ひとえに私たちを支えてくれる存在があったからです。

EPAを用いて、日本で働こうと思った理由は、フィリピンでは良い働き口が少ないという経済的な理由もありましたが、子供の頃から医療・福祉の世界で働きたかったことが一番の理由です。日本は高い医療技術を持っている国と、フィリピンでは認識されており、そのような国で働いてみたいと思い応募しました。

しかし、応募して、すぐに私は大きな問題を抱えることになります。お父さんに「がん」が見つかったのです。日本に行くのか、お父さんのそばで看病をするのか。日本に行くということは、病気のお父さんを置いていくということになります。ですが、フィリピンに残っても働くところがないから、金銭的な援助もできない、そして、自分の夢をあきらめることになります。

悩んだ結果、やはりお父さんの所に残るべきだと思い、そのことを伝えると、お父さんは、私に日本に行きなさいと言ってきました。お父さんが私の気持ちを尊重してくれました。その後、選考の結果、私の日本行きが決定しましたが、お父さんの病気は良くなり、平成21年1月の時点で、余命は3か月から6か月と、医者から宣告されました。私の出発は5月、お父さんを看取ることができないかもしれません。そう思って、フィリピンにいる間は、お父さんの介護を一生懸命にやりました。今思えば、お父さんが身をもって、私に介護の道を教えてくれたのだと思っています。

お父さんのことも心配でしたが、日本で仕事をする不安も、同じくらい大きいものでした。私にとっては、日本という国も初めてならば、介護という仕事も初めてで、私の気持ちを正確に伝えることが出来るのか、本当に心配でした。介護という対人援助のサービスの中で、ご利用者のニーズをとら

え、日本人とチームを組んで仕事をできるのか。

私は、EPA候補者になる前に、台湾の工場で2年間ほど働いていました。その会社には寮があり、私達のような外国から来た職員を住まわせていました。寮には、同じフィリピン人がいたので、あまり寂しくはありませんでしたが、パスポートを工場に取られ、工場の職員と一緒にないと買物もできず、2時間以内に済ませなければいけなかったことを思い出します。ですので、ある程度のことなら我慢できるとは思いましたが、失敗しても物が壊れるだけの製造業と違って、介護は、人が相手のサービス業、失敗が命の危険につながることもあります。それを考えると、日本に行くことが、本当に心配になりました。

5月に来日し、ケアポート板橋に初めて来た日のことは、今でもはっきり憶えています。職員みんなが、温かく迎えてくれたことが非常に印象的でした。その時、ケアポート板橋には、すでに同じEPAで来たインドネシア人の職員が2人、そして在日フィリピン人の職員がいたので、精神的に少しほっとしました。フロアの職員もとても親切で、私が聞き取れなかった日本語を何度聞き直しても、笑顔で応えてくれました。後で知ったことですが、私が日本語で困って孤独感を感じることがないよう、様々なことを準備してくれていたのです。ですが、やはり最初は寂しくて、たまりませんでした。

職場では多くの人がありますが、家に帰れば一人きりです。クリスマスも誕生日も一人で過ごしました。冬は、すごく寒い上に、曇りばかりで、本当に憂鬱になります。

仕事もなかなか慣れませんでした。就労前の日本語学習期間は、わずか半年で最低限のことしか学べません。そのような中で、ご利用者とのコミュニケーションは、とても大変でした。私に対して、非常に侮辱的なことを言うご利用者もいました。一般的にフィリピン人に対する日本人のイメージが、決して良くないことも理解していましたし、そのようなことを言う人に認知症があることも頭では分かっていたのですが、やはり直接言われるのは、辛いことです。私は、あなたの生活を支えるために介護をしているのに、何故そのようなことを言われなくてはいけないのか、悔しくて仕方がありませんでした。正直、この時、何度帰国しようと思ったかは、分かりません。

ですが、私はあきらめず、フィリピン人のイメージを良くしたいという気持ちを強く持ちました。病気のお父さんが送り出してくれたのです。お父さんのためにも、絶対に乗り越えなくてはいけません。毎日遅くまで日本語の勉強をし、どんなに辛いことを言われても、笑顔でご利用者に接し続けました。

私の日本語や介護技術が、少しずつ上達してくると、少しずつ私の周りが変わってきました。ご利用者の言葉もしっかり分かるようになり、的確なケアが出来るようになったことで、ヒドイことを言うご利用者はいなくなりました。笑顔を絶やさずに仕事を続けることで、職員は私のことを大事な信頼できる仲間として、認めてくれるようになりました。プライベートで一緒に遊んでくれる大切な日本の友達も、たくさんできました。

私には大きな問題がもう一つありました。国家試験への挑戦です。合格しなければ、国に帰らなくてはいけないというEPAのルールがあります。母国語ではない言語で、日本人でも約半数の人が不合格になる国家試験に成功しなくてはいけないのです。日本語もやっとの私に、これはとても大きなハードルでした。

そんな私に対して、国家試験の勉強をケアポートの職員が必死に教えてくれました。その職員

は、介護福祉士の専門学校で教員をしていたことがあり、英語もできる人だったので、大変心強く感じました。ですが、そんな職員からしても、私たちEPA候補者に教えることは大変だったようです。専門用語がたくさん書いてあるテキストを解説するために、100ページ近いサブ・プリントを作ってくれました。

試験1か月前には、フロアを離れて勉強をする環境を、みんなが作ってくれました。私がフロアを離れるということは、その分、仕事が増えるということです。ですが、日本人スタッフたちは嫌な顔をするどころか、毎日のように応援してくれました。日本に来たときは、私一人の目標だったものが、いつの間にかケアポート全体の目標になっていました。こうなったら、私は落ちるわけにはいきません。毎日必死で勉強をしました。

私は、ラッキーだったのかもしれませんが。支えてくれる職場、理解ある仲間、すべてが、私にとってプラスになってくれました。ですが、私は、この経験をただのラッキーに終わらせてはいけないと思います。

私と同じEPA候補者は、3年間なんのサポートもなく、掃除とリネン交換しか仕事をさせてもらえませんでした。介護職として扱ってもらえず、残念ながら帰国した候補者も少なくありません。両国の深い交流を目的としていたはずなのに、ただのお手伝いのようにしか思っていないのかと思うと、本当に悲しくなります。これは受け入れた側だけではなく、送り出した側にも問題があるはずです。両国間の問題なのです。このような状況を解決するには、私が受けたような環境を、両国がより積極的に支援していくべきだと考えます。しっかりとした支援があれば、私たちは良い結果を出すことが出来ると、私は思います。

東京オリンピックが開催される2020年には、日本の高齢者は全人口の29%となります。2025年には、より多くの介護職員が必要と言われています。この状況を改善するためには、日本だけではなく、世界の人たちが、手を取り合って、支えていかななくてはならないはずです。

観光・留学・ビジネス、これから、もっと多くの人たちが、日本に来るでしょう。その人たちと、いかに仲良く、共に社会を支えられるような関係を作ることが出来るかが、問われていると思います。私が経験した日本という国は、とても親切で「おもてなし」の文化が素晴らしい国です。

私は、EPA介護福祉士として、日本とフィリピンの間に小さいかもしれませんが、架け橋を作ることが出来たと思います。これからも仕事を続けていき、様々な国の人たちと協力していくことで、架け橋を広く、強いものにし、多くの外国人に活躍して欲しいと思います。

最後に、日本行きの背中を押してくれたお父さん、そして、日本語を全然話せなかった私を、こころよく受け入れてくれた日本に、有難うございます。

そしてこれからもよろしくお願いします。

自己紹介

エハーシト・ピンキー・アルバレス

平成21年5月EPA介護福祉士候補者として来日。

平成24年介護福祉士国家試験に合格。

現在も特別養護老人ホーム

ケアポート板橋でEPA介護福祉士として就労中。



なぜ日本に行きたかったのか



私が育った町、カヴィテは日本から約3000キロ離れた場所にあります。

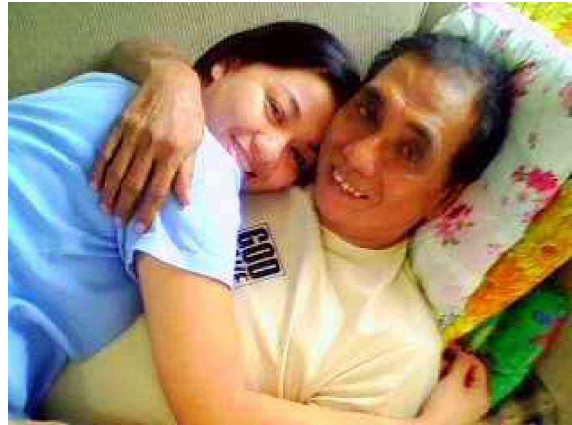


父が教えてくれた介護への道



父は病気でしたが、日本に行こうと思う私の気持ちを後押ししてくれました。

私は悩みましたが、父の気持ちを胸に、日本で頑張る事を決意しました。

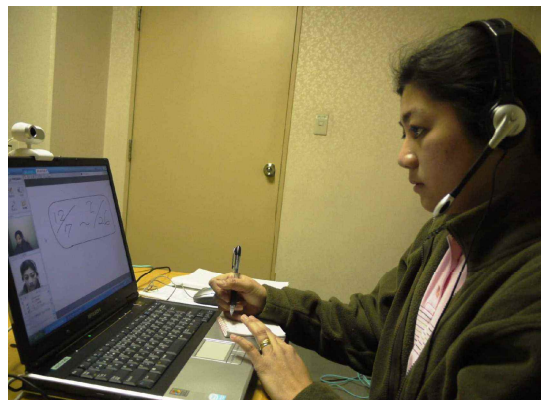


日本への不安

初めていく国で初めての仕事を
する不安。

言葉も文化も違う国で、上
手くやっていけるのか。

以前台湾の工場で働いて
いた経験もあるので、つら
い生活には慣れてはいる
が、人相手の仕事に失敗
は許されないという不安が
あった。

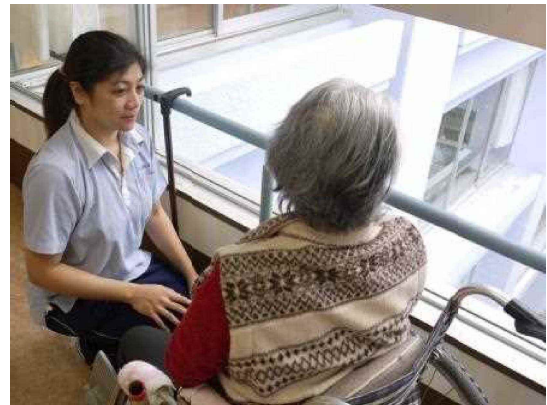


仕事の苦悩

就学前の日本語学習
期間はわずか半年。

侮辱的な事をいってくる
高齢者も多かった。

それでも私は父の為に
も頑張る事にした。
毎日勉強し、つらい時
にも笑顔で接した。



体験談 B

医療通訳研究会 (MEDINT) 代表 村松紀子

会場にお集まりの皆様、こんにちは。兵庫県の神戸市で医療通訳者の団体をしております、医療通訳研究会の村松と申します。今日はよろしくお願いいたします。

先ほどのピンキーさんの素晴らしいお話に自分の話を忘れてしまうくらい聞き込んでしまいました。私の方からは、医療通訳者の話をさせていただきたいと思っています。このような場所で、医療通訳者の立場からお話をさせていただく機会を与えて下さいますと有難うございます。

私は、22年間スペイン語の生活相談員として働いています。生活相談の中でも、医療通訳の依頼が年々増えておりまして、今全体の3割から4割くらいが、医療に関する相談になっております。その中でも、医療通訳を期待される声が年々高まっているので、医療通訳の環境を整えていかなければいけないと思い、2002年に「医療通訳研究会」という団体を立ち上げました。

私がスペイン語と出会ったのは、青年海外協力隊というプログラムで、3年間活動したパラグアイです。外国語大学を卒業したわけではなく、どちらかと言うと語学は今でも苦手です。ただ、合格通知に「パラグアイ」と書いてあって、その時からスペイン語との付き合いが始まりました。もう四半世紀以上になります。

パラグアイという国は、日系人の方がたくさん住んでいらっしゃる国です。私も、活動の中で、パラグアイの日系人の皆さんには、本当にお世話になりました。帰国する頃には、南米が大好きになって、ずっと南米と関わる仕事をしたいと思いながら日本に帰ってきました。

ちょうどその頃、1990年の入国管理法の改正により、南米の日系人の人たち、二世・三世とその家族の人たちが、たくさん日本に出稼ぎに来るようになりました。ただ日系人というだけで、みなさん日本語ができるわけではないので、生活面でも様々なサポートが必要で、その時に兵庫県で1993年に開設された生活相談の窓口で、スペイン語の担当を始めました。

私が、南米のパラグアイにいた時も、やはり医療ではとても苦労しました。パラグアイに着いて3か月が経った頃、高熱を出しました。今考えれば気温40度近いところで、畑仕事をして、熱射病になったんだと思います。熱が出ると、頭が朦朧としてスペイン語で何と言っているのかが分からない。下宿のおかあさんは、とても心配してくれたのですが、「力が出るから」と言って、ステーキと生ぬるいコカ・コーラを出してくれました。私は日本人なので、お粥が食べたかったです。口当たりのいいものが食べたかった。だけど、それをどう言っているのかが分からない。そんな時に、協力隊の先輩がアイスクリームを持って見舞いに来てくれました。この時、言葉が出来ない、すごく心細い中で、私よりも長くパラグアイにいて、日本文化も良く知っている、そういう人が来てくれたことに、ものすごく安堵したことを覚えています。

日本に暮らしている外国籍の人たちは、私のように、本国の支援とか同国人の支援が、必ずしもあるわけではないと思います。移民として、日本に来た人たちは、多くの方が家族と一緒に定住をしています。だから、重い病気になったり、辛い精神疾患になったとしても、簡単に帰るわけにはいきま

せん。日本で治療を受けなければいけない。そういう時に、医療者とコミュニケーションをとるための通訳が必要になってきます。私は、仕事を始めた頃から、少しずつ医療の現場に通訳として付いて行くようになって、いろんな失敗をしてきました。矛盾も感じてきました。今日は、その話をしてみたいと思います。失敗の話から、これからの医療通訳は、どうしていけばいいのかというのを、皆さんに感じて頂ければいいかなと思います。

私が一番最初に病院へ同行したのは、ボリビア人のAさんでした。その方は、日系人だったのですが、書類が整わなくて、短期滞在で国民健康保険に入ることはできませんでした。

医療通訳者として病院に付いて行ったので、腎不全の診断はつきましたけれども、透析の治療は高額でできません。いくら医療通訳者として同行しても、日本の制度の中では、治療ができないという状況でした。Aさんは、結局、帰国をして、1年後に第三国から、訃報が届きました。支援者として、とても無力感を感じました。そんな中でもAさんのご家族は、とても丁寧なお手紙をくださいました。誰にでも当たり前である医療が、当たり前ではないという現実を、その時痛感しました。

私は、通訳はできるけれども、制度を変えることはできない。だけど通訳者として、外国籍の人たちが心細く医療を受けている中で、寄り添うことならできる。支えていきたい。その時強くそう感じました。

次に一緒に行ったのは、結核が悪化していたBさんという人です。Bさんは、結核が悪化し、排菌していて入院しなければいけない状態だったんです。私も医療通訳者として保健所の職員に同行しました。当然のことながら、医師は「入院しなさい」とおっしゃいました。しかし、Bさんは「国に家族がいて、自分は日本の中でケアを受けることができたとしても、家族にお金が送れない、そしたら家族が飢えてしまうから、入院はできない」と、頑なに拒否しました。そういったことを、きちっと医療者に伝えなければ、外国人患者が、ただ単に病院に入院することを嫌がっているとか思ってもらえない、不信感が発生します。ですので、その時は、お医者さんに事情を、きちっと話した上で、治療をしていくようにしていただきました。

それから、私も人並みに、結核の怖さは、理解していたつもりでした。でもそれは、根拠のない自分の無知で、私は感染するはずはないと思っていたんですね。だけど、病院に行くと、病院の人たちは、マスクをして、完全防護でした。通訳者として付いていった私だけが、何も防護せずに、患者と寄り添っていました。病院の方は、私を医療通訳者とは扱ってくださらなくて、知人だったり、家族として扱いでしたので、「さあ、これで痰(たん)を採ってきてくださいね」と私に容器を渡されました。保証人欄にも当然同じ言葉を話す私がサインすると思われたみたいです。

そういうことがあって、もし感染症の患者に付き添うのであれば、通訳者も自分で自分自身のことを守らなければいけない、そして、医療通訳者の立場はどういうものであるか、保証人にはならないということを、きちんと医療機関に自分から言っていかなければ、通訳というものを理解してもらえないと痛感しました。

またこの時、感染に関する知識のないまま、自分自身が医療通訳を受けるということの危うさを、医師の側から指摘されました。今なら、他の医療通訳者には、感染症の場合は、電話での通訳に切り替えてもらうなど、自分のことは自分で守るようにと、強くアドバイスします。何よりも、医療者に、医療通訳者の役割を理解してもらうように、医療通訳者の環境が整備されなければいけないで

すし、こういった自分の失敗は、これからの医療通訳者には、繰り返してほしくないとも思っています。

私が医療通訳を始めた頃には、医療通訳者は、あくまでも外国人患者の身内という扱いでした。この結核患者に同行した時も、医療者側ではなくて、患者の友人もしくは家族としての立場でした。ほかにも「もし患者が通訳を付けなければ診ない」とか、通訳ができる人が他にいないならば、自分が受けるしかないというような追い詰められた状況で難しい通訳も、やってきたことは事実です。それが、果たして自分の実力に合っていたかどうかということは、考える余裕はありませんでした。

統合失調症のCさんの通訳をした時は、本当に大変でした。統合失調症は、幻覚・幻聴というものが起きる病気です。その時、私は、その精神疾患のことを知りませんでした。私は、その方が精神疾患だとは思わずに「天井から覗くお隣の人」を、不法侵入だと思って警察に通報しました。本当は、精神科の受診を勧めなければいけなかったところです。後で考えれば、Cさんの不可解な行動、それから言動は、すべて病気に起因するものだったと思います。ですので、医療通訳者として活動するならば、特に精神疾患は、きちんと勉強しなければと考えています。

見えないもの、合理的でないもの、不規則な事柄を伝えるのは、通訳者として、とても疲れます。人の言葉をただ通訳しているだけなのに、このケースの場合では、激しく疲労感を感じました。その疲労感に、自分自身で気付くことができなくて、眠れないとか、手が震えるとかという症状が出てきました。その症状が出て、自分に対して、自分は医療通訳者としてむかない、とても弱い人間だと感じました。そのことを思い切って、他の同じ言語の通訳者に話をしてみると「実は、私も精神疾患の患者さんのときに、ものすごく疲れる」、「私も、とても大変だった」という話を聞いて、疲れるのは自分だけではないということが、よく分かりました。そして、医療通訳者同士で、自分たちの活動環境を整備していかなければならないということを、この中で学びました。

医療通訳士協議会(JAMI)の「医療通訳士倫理規程」の中に、できない通訳は断るという一文が出てきます。私たちのような支援をしている人間というのは、断るということがとても難しい。自分のレベルでは受けられない、医療通訳ができる環境ではない場合は、その通訳依頼は断ってくださいということを、わざわざ倫理規程の中で表示しなければ、無理な通訳を受けてしまう現状にあります。これから、多くの優秀な人たちが、医療通訳に関わってくれると思いますが、これまでに不整備な環境の中で医療通訳をやって、バーン・アウトしていった多くの医療通訳者の例に学んで、医療者も一緒に同じ間違いを繰り返さないように、していかなければいけないと思っています。

私の医療通訳者としての原動力は、「恐れ」と「怒り」です。スペイン語に自信があるわけではありません。だから、どんな医療通訳の現場も、いつも、とても緊張しています。「怖い」とも思っています。本音を言うと、すごくいい医療通訳者が、たくさん出てきてくれれば、私は1日も早く引退したいと思っています。「じゃあ、なんで医療通訳をやるの？やらなきゃいいじゃない」と言われるんですけども、でも同時に外国人患者から「一人で病院に行ってもコトバが通じないから行けない」と言われると、彼らは日本で仕事をして、公的保険にも入り、それから税金もちゃんと払っている、そうした社会の一員である人たちが、どうして、最低限の医療を受けることができないのか、受ける権利を阻害

されるのかという「怒り」になっていくんです。

最初から「医療通訳をやりたい」とやっている人というのは、もしかしたら、あまりいないんじゃないかと思います。医療通訳は、楽しいことはありません。楽しいことと言えば、子どもが産まれる時ぐらい。だいたい、治って普通の生活にかえていく、もしくは、残念な場合では、障害が残ったり、長く患ったり、介護になったり、お亡くなりになるケースも、たくさん見てきました。

また、私たちは、患者、家族と信頼関係が築けていなければ、私たち通訳の口から出てくる言葉を、通訳自身の言葉として理解されてしまいます。だから、通訳者に対し「怒り」をぶつけられることも、少なくありません。でも、私は、医療通訳者には、この「怒り」の感覚と、「恐れ」に打ち勝つ使命感というものが、不可欠だと思っています。

最後に、医療通訳を制度化するには、報酬が保障されなければいけないと思っています。それは何故かという、お金が欲しいというわけではないんです。人間は、無料のものに対して、とても雑な扱いをするからです。私たち医療通訳者が「ボランティアさん」と言われて、医療現場に入っていく時、医療者の方に「雑な扱い」をされることがあります。ただ(無料)なら、なんでも要求してきますし、無理も言ってこられます。疲れてバーン・アウトしていく医療通訳者、生活のために他の仕事をやらざるを得ないという通訳者を見るたびに、このままでは、ダメだと思っています。優秀な人材に医療通訳をやってもらうためには、専門職として身分と報酬の保障が不可欠です。すでにバイリンガルの二世・三世の人たちが、コミュニティの中で、通訳者として活躍されています。しかし、生活できないという理由で、他の仕事を選択します。それを見ると、とても残念です。

医療は、今後ますます複雑化していきます。様々な専門職が、チームとなって患者に対応する時代になってきています。医療通訳者も、質を確保して、チームの一員となれるように、私たち自身研鑽していかなければいけないと思っています。と同時に、医療通訳者の立場から、これからも、はっきりと「こうしてほしい」といった要望を伝えていかなければいけないと思っています。

会場にお集まりの皆さん、病気やケガでこころや身体が辛い時、本当にやさしい日本社会であるために、例えば、胃が痛いときは胃薬を、歩けないときは車椅子を使うように、医療者とコミュニケーションができないときには、普通に「医療通訳が必要ですよね」と1人でも多くの人たちに、ご理解頂ける日が一日でも早くくるように頑張りたいと思います。

どうも、有難うございました。

VIII パネル・ディスカッション

Panel Discussion

**Foreign Nationals and Foreign Human Resources in the Field of Medical Care:
Beyond Language and Cultural Barriers':
By Izabel S. Arocha**

1. Desirable medical care in the era of globalization and "medical care for foreigners"

Health inequities exist in every country, and the provision of culturally and linguistically appropriate services is one strategy to help eliminate health inequities. By tailoring services to an individual's culture and language preference, health professionals can help bring about positive health outcomes for diverse populations. The provision of health care services that are respectful of and responsive to the health beliefs, practices and needs of diverse patients can help close the gap in health care outcomes. The pursuit of health excellence must remain at the forefront of our efforts; and creating a health environment that is friendly and open to foreigners will entice more of them to come to Japan.

2. "Medical interpreters" who can facilitate overcoming the barriers of language and culture

Accurate and seamless communication is probably the most important factor in communicating with foreign patients. Without the logistics in place that enables foreign patients to communicate accurately and professionally, there is no way to offer appropriate medical services. Even if you have the best medical services in the world, if you can't communicate medical information correctly with professional interpreters, it means nothing to the patient. There are four directives that were developed by the US Office of Minority Health. First, to offer language assistance to individuals who have limited English proficiency and/or other communication needs, at no cost to them, to facilitate timely access to all health care and services. Second, inform all individuals of the availability of language assistance services clearly and in their preferred language, verbally and in writing. The service is useless if the patients do not know it exists and how to access it, and the quality of the medical interpreters working in Japan. Third, ensure the competence of individuals providing language assistance, recognizing that the use of untrained individuals, volunteers, and/or minors as interpreters should be avoided. Japan should adopt international certification guidelines in order to treat international

patients. Not all trainings are equal and Japan should also adopt international standards for medical interpreter education. Fourth, provide easy-to-understand print and multimedia materials and signage in the languages commonly used by the populations in the service area. Translated materials are of utmost importance to patients so that they can understand and follow the treatment guidelines of their care.

3. Contribution to the society by foreign human resources in the field of medical care and the future direction of management of foreign human resources in the medical sector.

I believe that with globalization we have come to the realization that we need international credentialing for most healthcare professions. The International Joint Commission is guiding healthcare organizations in getting accredited at an international level. Foreigners in Japan can contribute to the provision of medical care to foreign patients. They can act as foreign patient ambassadors, helping them feel comfortable in their stay in Japan to receive medical care. These individuals need extensive training and are eager to contribute to the Japanese workforce, but due to limitations, such as writing skills in Japanese, they are unable to join the workforce. Since medical interpreting is an oral profession, they can assist in the important task of communicating with patients who speak other languages. They can also assist in training providers on how to work with patients from their countries. Healthcare providers will learn to rely on medical interpreters to provide culturally and linguistically appropriate care.

平成 26 年度 外国人の受入れと統合のための国際ワークショップ「医療分野における外国人と外国人材～コトバと文化の壁を越えて～」

ジュリア・ロングボトム 駐日英国大使館 公使

<発言主旨>

英国で働く外国人医師—基本情報

- 英国で働く外国人の医療人材は 105 万人にも上ります。そのうち医師は約 10 万人、看護師・助産師は 30 万人ほどです。
- 英国医師会（General Medical Council、GMC）発行の免許を持つ医師は（本登録である場合）、どのような患者でも、特に制限なしに医療行為を行うことができます。
- 英国医師免許を保持していれば（本登録である場合）、英国国内では、制限無くどこにおいても働けることになっています。
- 外国人医師の免許の管理は、英国医師会が行います。
- 日本を含む欧州経済領域以外の国の医師免許を保持する者は、英語の能力を証明することが必要とされます。IELTS 試験を受け、ある程度以上の点数を取れば問題ありません。
- 加えて、英国以外の国の医師免許を保持する者が、本登録（Full registration）を行う場合、専門知識、技能および実務経験の証明が必要とされます。具体的には、GMC が管理する PLAB 試験（Professional and Linguistic Assessments Board）に合格しなければなりません。試験は二部に分かれており、筆記試験と実務試験があります。
- GMC は、渡英したばかりの外国人医師には難しい側面もあると認識しております。GMC は、新しい外国人医師のためにオリエンテーション・プログラムを実施することによって、医療ケアの質を上げ、患者が受ける医療の質も上がると信じています。教育関係者等と共に「英国医療システムへようこそ」というプログラムを開発しています。このプログラムは、英国で医療行為を行う医師に対して倫理や仕事の基準を提供します。今年はこのプログラムを発展させて参る予定があるそうです。

日英関係について

- 日本と英国の間には、日本人医師が英国で働けるように、また英国人医師が日本で働けるように、1964 年に締結された取り決めがあります。2014 年 8 月の時点で、この取り決めに基づいて日本で働く英国人医師の数は 4 名、英国で働く日本人医師の数は約 10 名でした。取り決めには関係なくリサーチ・フェローとして渡英している医師や NHS と直接雇用契約をしている医師を含めると、英国で働く日本人医師は合計で 58 名です。
- しかし、取り決めの施行方法においては日・英で違いがあるようです。

	英国	日本
医師の制限数	制限なし	原則 7 人まで
クリニックの指定	なし	原則 3 つの指定クリニックから選ぶ
試験の必要性	原則なし、IELTS 英語テストの結果を提示	筆記・口述試験（英語）

- 二国間の取り決めに基づいて仮登録（Provisional registration）を取得する日本人医師の場合、PLAB 試験を受ける必要はありません。登録の申請に必要とされるのは、申請書および IELTS 試験の点数のみであり、GMC が登録を発行するまでに約一ヶ月かかります。加えて毎年末、利害関係を有しない医師からの審査を受け、合格しなければなりません。
- 英国に比べると、日本のシステムでは外国人医師の登録までに約 1 年かかることもあります。省庁を通じての手続き、つまり厚生労働省に提出する書類の手続きは、一ヶ月ほどかかります。申請書類には、英国の大学を卒業した後は入手するのが困難な医学部在籍時代に関する詳細（例：各単位取得のために何時間の講義を受けたか等）を記載しなければなりません。その後、2 部に分かれた試験が開催されますが、一年に一回しか行われません。また日程も決まっていないため、個別に相談しなければならず、何回も変更が余儀なくされることもあります。試験の結果も 6 週間ほど待たなければなりません。このようなシステムの場合、外国人医師からは、手続きの方法が分かりにくく、日本で働きたくても躊躇してしまうようです。
- 2020 年のオリンピック等を踏まえて、今後日本政府が高度な専門性を持つ英国、欧州連合または米国からの外国人医師に日本で働いて欲しいとお考えであれば、既存の外国の医師免許の承認、厚生労働省による手続きの可視化、および試験実施の日程をあらかじめ決定する等の改革を是非ご検討いただきたいと思います。加えて、これから日本で働きたいと考えている外国人医師に向けて、厚生労働省のサイトに英語の情報を掲載する等、英語での情報発信を増やすことも、高度な医療技術を持つ外国人医師を確保する上で重要だと思います。
- 必須ではないものの、申請手続きを各大使館を通じて行わなければならない場合が多いことや、試験を受ける際やその他厚生労働省の職員の方と連絡を取る際に通訳を雇わなければならない、日本で働きたいと思う外国人医師にとり、実際にはそれが困難であるという状況を作っているようです。

2012 年ロンドンオリンピック・パラリンピックについて

- 2012 年に開催されたロンドン・オリンピックでは、205 カ国から 1 万人を超えるオリンピック選手が参加しました。パラリンピックには、165 カ国から 4 千人を超える選手（そのうち 1400 人は車椅子）が参加、また選手の家族 4 万人が海外から参加しました。会場は 30 ヶ所に及び、1100 万枚のチケットが完売しました。
- 選手の家族の緊急手当てについては、ロンドンオリンピック・パラリンピック組織委員会（LOCOG）から連絡を受けた場合、指定された 8 つの公共医療機関（NHS 下の病院、そのうち 3 施設はロンドン市内）にて治療を行うという計画でした。
- 保健保護庁（Health Protection Agency、HPA）は、ヘルスケア・サービスにおいて新しい症候群サーベイランスの枠組みを構築し、通常よりも多くの人が感染症の症状を訴えた場合は、早い段階で確認できるよう対応しました。また保健保護庁は、胃腸疾患に関する検査結果を一日以内で出せるよう、検査の簡素化に成功しました。
- ロンドン救急サービストラスト（London Ambulance Service、LAS）は、オリンピック・パラリンピックの期間中、他の地域より 200 人程の専門スタッフ、および 66 台の救急車を確保し、一時的に「オリンピック救命救急センター」を設置しました。会場では、合計 400 人以上の救命救急スタッフが働いておりました。

Julia Longbottom, Deputy Head of Mission, British Embassy Tokyo

The UK experience: foreign doctors working in the UK – basic facts

- There are 1.05 million foreign medical professionals (including 0.1 million doctors, 0.3 million nurses and midwives) working in the UK
- There are no restrictions on the patients these doctors may treat, provided they have a licence (full registration) issued by the General Medical Council (GMC).
- Unlike Japan, there are no restrictions on where in UK such doctors may work, once they have the necessary licence (full registration).
- The GMC administers foreign doctors' licenses in the UK.
- Doctors qualified in Japan and other countries outside of the European Economic Area, must prove at the point of registration that they have the necessary competence in English. Most demonstrate this by achieving the scores that is required in the academic version of the International English Language Testing System (IELTS) test.
- Doctors not trained in the UK must also prove that they have the necessary professional knowledge, skills and – in the case of applicants for full as opposed to provisional registration – the experience required for medical practice in the UK. This is usually demonstrated by passing the two-part Professional and Linguistic Assessments Board (PLAB) test, which the GMC administers. The first part is a written examination and the second part is a practical test, involving simulated medical procedures using actors and manikins.
- The GMC recognises the challenges doctors face as they transition into practice in the UK. The GMC believes that an induction programme for doctors new to their register can help improve medical practice and, in turn, the quality of care that patients receive. Working with employers and educators they have been developing the Welcome to UK Practice Programme. The Programme aims to raise awareness of the ethical and professional standards expected of doctors practising in the UK. The response from overseas doctors has been extremely positive and the GMC plans to roll this out more widely in 2015.

The UK-Japan link

- Japan and the UK have a non-binding bilateral agreement in place since 1964 that allows British doctors to work in Japan and Japanese doctors to work in the UK. As of August 2014, there were 4 British doctors working in Japan, and about 10 Japanese doctors in the UK working under the conditions of the bilateral agreement. There are 58 Japanese doctors in total working in the UK, including research fellows at university hospitals and those directly employed by the NHS.
- There is a difference in how this agreement is implemented between the UK and Japan:

	UK	Japan
Max. number of doctors allowed	No limit	7
Designation of clinics where doctors are allowed to work	None	Must choose from 3 designated clinics
Obligation to do a test	Can receive provisional licence without taking PLAB test but must submit IELTS result	Two part test

- Japanese doctors who work under the terms of the agreement obtain a provisional license, thus do not have to take the PLAB test. All they need is to submit their application with the result of their

IELTS test directly to the GMC which takes less than a month to process on average. They are then subject to an appraisal and feedback at the end of each year by an independent assessor.

- In comparison, the length of time it takes for a doctor to be able to practise medicine may take over a year in Japan. The bureaucratic process, obtaining and completing documentation from the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) takes on average about a month to process, and requires an unusually high level of administrative, historical detail (such as hours spent in class). A two-part test is then required, and is only administered once a year but the date is not fixed so must be negotiated and is frequently changed after initial agreement. After the examination, results are not available for at least six weeks and no feedback is provided to the candidate. This process does not feel transparent for the applicant and has discouraged some doctors wishing to practise medicine in Japan.
- If the Japanese government wants to attract more highly-skilled, highly-qualified medical doctors from countries like the UK, the EU or the US, we recommend recognition of existing professional qualifications, a transparent system of confirming suitability to practice medicine, with fixed dates for exams and feedback thereafter. It would also be helpful to have more information in English readily available, for instance, on the website of the Ministry of Health, Labour and Welfare.
- The need to submit the application through the Embassy (though we understand this is not compulsory), and the need to bring an interpreter every time the applicant has to see the ministry officials act as a deterrence to those making initial enquiries.

2012 Olympic and Paralympic Games in London

- 10,500 Olympic athletes competed from 205 nations. 4,200 Paralympic athletes (1,400 in wheelchairs) competed from 165 nations. 40,000 accredited Games Family Members were foreign nationals. There were over 30 venues. 11 million tickets were sold for Olympic and Paralympic events.
- Eight NHS designated hospitals (three in London) provided emergency treatment for Games Family Members referred by LOCOG's medical staff.
- The Health Protection Agency (HPA) introduced new syndromic surveillance of healthcare services to ensure that if excess numbers of people experienced symptoms of infectious diseases, they were quickly identified. HPA also introduced new rapid laboratory testing for gastrointestinal illness, capable of processing results in less than a day.
- LAS drafted in over 200 staff from other ambulance trusts, had 66 new ambulances and a temporary Olympic deployment centre in place. There were over 400 ambulance staff working in Games venues.

医療の国際化が重要視されて久しく、これまでも政府は医療ツーリズムや、医療機関の海外展開の支援を行ってきた。現在では「健康・医療戦略推進本部」の下、担当省庁が連携をとり、海外への輸出など医療の国際展開に取り組もうとしている。

だが、日本に在住している外国人のための医療提供体制については、厚生労働省が外国人受け入れ医療機関の認証を支援しているが、実際に認証を受ける医療機関はかなり少ない。最近では国際的な評価の高い JCI 認証を受けようとする医療機関も増えつつあるものの、まだ限られているのが現状だ。実際に医療現場取材すると、「ただでさえ忙しく医療スタッフが疲弊している状態で、外国人患者は積極的には受け入れられない」などの声が多く聞かれる。

医療制度は国によって大きく違い、外国人にはわかりにくい。私自身も米国滞在中に手術が必要になり、現地の医療機関で予約もとったが、最終的に日本に帰国して手術を受けたことがある。日常のコミュニケーションはできても、医療システムが複雑でわかりにくく、入院期間が著しく短いなどの慣習の違い、トラブルがあった時に複雑な交渉ができるかどうかわからないなどの不安材料が大きかった。

逆の立場で考えると、言語の壁はもちろんのこと、医療制度の違い、文化や慣習の違いで、日本に在住される外国人の方々は少なからず医療機関受診に不安を抱いているのではないかと思う。観光客の誘致や医療の国内外での国際展開などが今後、さらに進むことが見込まれる中、日本に在住する外国人が医療を受けやすくする方策を、実際に住んでいる方々の意見を聞きながらシステムとして構築し、そこに日本在住の外国人の人材活用を図っていくことも今後重要になるのではないかと思う。

一方、介護分野では外国人人材の活用が喫緊の課題となっている。こちらは日本に住む外国人への提供体制を向上するためではなく、日本の深刻な介護人材の人手不足に一石を投じるのが目的だ。介護人材は、団塊世代が全員 75 歳以上となる 2025 年度までに約 30 万人不足する見通しだ。

政府は 2008 年度から経済連携協定（EPA）に基づいてフィリピン、インドネシアなどから介護福祉士候補者を受け入れてきた。出身国の看護師資格などを持つなどの条件があり、原則 4 年間で試験に受からないと帰国しなければならない。ハードルが高く、働いているのは約 1000 人とどまっている。そこで厚生労働省は先月、2016 年度から漁業や製造業などで受け入れている外国人技能実習制度に介護を加える方針を表明した。EPA より技能も日本語能力も緩い条件で、より多くの外国人人材に来てもらうのが狙いだが、この制度は残業代の未払いなどのトラブルも多発している。介護人材は世界的に不足しており、きちんと介護技術を学べ、語学も学べるなど外国人にとって魅力ある環境を整える必要がある。

医療通訳制度の確立と

外国人医療通訳の活躍の場づくりに向けて

～M I Cかながわ外国人通訳者のヒヤリングを経て～

かながわ国際交流財団 専務理事 水田秀子 2015. 2. 25

1 神奈川県医療通訳派遣システムの立ち上げの経緯

- ・外国籍県民かながわ会議の提言を経て、神奈川県とM I Cかながわが設立（2002 年度）

2 現在の運営状況と課題

- ・M I Cかながわが通訳を派遣する協定病院は 66 病院、11 言語を 175 人のボランティアがカバー、派遣実績は年間 5000 件（2014 年度現在）
- ・事前研修は、通訳の心得、対人援助スキル、医療知識、通訳ロールプレイなどを受講後、実技、実地研修を受けて合格判定。現任研修は、事例・課題のシェア、医療知識、言語ごとの自主研修などを年数回実施。
- ・行政（県・市町村）とM I Cが研修やコーディネート費用を、協定病院（一部患者）が派遣経費を負担
- ・派遣単価は低く、交通費コミで1件約 3000 円
- ・医療通訳についての病院側の理解度の低さが大きな課題
- ・実施団体の組織・財務基盤の弱さも課題

3 外国人医療通訳ボランティアの活躍の現状と課題

- ・通訳 175 人のうち外国人スタッフは、66 人（10 言語）、文化的共感がメリット
- ・水準の高いM I Cの仕事に誇りとやりがいを感じる一方、派遣費用が安く派遣先によっては持ち出しが出るなど、ボランティアを続けていくことに限界を感じる外国人スタッフも少なくない

4 新たな制度の展開に向けて

- ・個別派遣より効率のよい常駐の通訳制度が必要、通訳を医療サービスの不可欠の一環ととらえ、保険制度の適用も含めた公的支援として、厚生労働省の拠点病院制度を維持・発展させてほしい
- ・常駐通訳がいれば、医療通訳の意義を病院側や医師に伝え、しくみの改善をはかることもできる
- ・専門的な研修を受け現場経験を積んだ通訳が、社会的にも経済的にも正当に評価されるしくみができれば、定住外国人材の就労にもつながりとなり、一石二鳥。
- ・拠点病院と派遣システムが連動した新たな医療通訳制度ができ、ボランティア活動と公的支援とがあいまって、多文化共生社会が支えられていくことを望んでいる。

外国人の受け入れと社会の統合の課題

医療法人社団健社会レシヤード医院
レシヤード カレッド

今や在日外国人は日本総人口の約 1.6 パーセントを占め、群馬県の伊勢崎市では約 4.7%、静岡県浜松市中区においては約 3.6 %を数えるようになりました。国内の少子化傾向による今後の労働者の人材不足の現状、そして 2020 年の東京オリンピックやパラリンピック開催を迎える近い将来において、在日外国人の人口が益々増加することが見込まれます。このような状況の中で、在日外国の健康や労働保健衛生の問題は避けては通れない課題であります。

在日外国人にとってまず遭遇する難題は言葉の壁であり、一般生活はもちろんのこと病気や困難な状況時の相談などは、通訳なくして解決することができない難題であります。静岡県において、在日外国人は約 7 万 1 千人が暮らしているにもかかわらず、医療分野の専門通訳者が 9 名に過ぎず、意志疎通がままならない患者は、医師や医療スタッフに正確な病状を伝えることができないことが多々あります。その対応として、時には外国人のボランティアや患者の友人たちがこの空白を補うことができますが、相手の時間等の都合や報酬の課題は常について回るものです。外国人を受け入れるためにはこの分野の充実是不可欠な課題であります。

演者は静岡県島田市においてクリニックを開設し、一般患者の対応とともに在日外国人の診療も行っています。当院を受診した外国人は 416 名であり、そのうち約 15%の患者は 14 歳以下の子供であります。当然、言葉は診療に不可欠な情報や患者の訴えを聞く上で重要な要素であり、対話は第一の課題であります。その次に重要な要素は医療保険の有無であります。約 30%の患者が医療保険を保持していない時期もありました。慢性疾患において、継続的な治療を要する患者の中には保険がないために定期受診がおろそかになってしまうケースが見受けられ、疾病の悪化の誘因となっていました。今後は長期的に滞在する外国人のための公的な医療保険の創設や企業における労働者の処遇改善としての本件の充実是不可欠な課題であります。一方、健康診断や異常値を示す外国人におけるそのフォロー、健康や衛生教育もこの集団では特に必要な手段であります。

在日外国人にとって子女の教育も重要な課題の一つであります。地域によってボランティアや行政が子女教育に力を入れているところもありますが、2015 年に国の補助金が縮小されることがこのような活動を行っている団体の負担増を招く恐れがあります。日本語教育は地域住民との対話や日本の文化理解に大きな貢献をすることであり、是非とも継続的に執り行われるべき項目であります。

一方では、静岡県において過去 5 年間に於いて外国人の留学希望者が年々減少していることは、日本における留学やその後の就職の門が狭くなっていることによるものと思われます。日本において景気回復とともに在日外国人や大学卒業者の就職斡旋の需要も大きくなるものと思われます。

結論としては在日外国人を受け入れるためには相互理解が重要で、文化交流や情報交換が重要な要素であります。

IX 閉会の辞

Closing Remarks

閉会の辞

外務省領事局長 三好真理

本日は、大勢の皆様方に、お忙しい中お集まり頂きまして、誠に有難うございました。おかげ様で、本年も非常に中味の濃いワークショップを開催することができ、感謝申し上げます。

なかんずく、共催者のIOMと葛飾区、そして、後援をしてくださったクレア（一般財団法人自治体国際化協会）の皆様、また、壇上に上って頂きました、内外からのご活躍の皆様方に、厚く御礼を申し上げます。

現在の日本におきましては、日本から海外へ行く方が年間で約1千800万人、海外に在住されている日本人の方が約150万人です。それに対しまして、日本に住んでらっしゃる外国人の方は、約200万人おられます。先ほど、ご紹介がありましたように、去年は約1千300万人の海外からのお客様をお迎えし、オリンピックの2020年までには2千万人の方をお迎えする、という目標を立てておりまして、2020年の東京オリンピック・パラリンピック、さらには、それを越えて、日本人・外国人を問わず、安心して医療を受けられるような体制づくりが、今の日本には求められていると思います。

また、本日のお話の中に、たびたび出てまいりましたが、高齢化社会ということで、先ほども、EPAで見事試験に合格されたピンキーさんのお話がございました。EPAの枠組で看護師と介護福祉士の方にいらして頂いていますが、現在、国の方では、技能実習制度の改善と拡充を検討しています。実習期間を長くする・あるいは介護の分野にも広げる、というような議論が行われているところでございます。

さらに、本日、私、初めて医療通訳のお話もうかがわせて頂いたわけですが、やはり、人の命に関わる医療の分野というのは、極めて重要で、今後いろいろ考えていかなくてはならない課題があったと思います。外務省だけではなくて、厚生労働省のお話も出ておりましたが、きっと厚生労働省の方でも、いろいろお考えだとは思いますが、パッチワークに終わらないシステムティックな検討が求められていると思います。今日のお話も、是非、厚生労働省の同僚の方々と共有して参りたいと思います。

来年度も、また、この国際ワークショップを続けたいと思いますので、是非、皆様方のご支援を、よろしくお願いいたします。

本日は、本当にありがとうございました。

X 写真

Pictures

<集合写真>



<開催風景>



基調講演



体験談発表



パネル・ディスカッション

<2月24日 事前視察>

グループホーム ソレイユの家(特定非営利活動法人シティウイング)



フィリピン出身介護スタッフとの懇談



レクリエーションの見学



葛飾区子育てひろば いろは(特定非営利活動法人ワーカーズコープ)



外国出身利用者に対する取組の説明



施設内の見学



利用者との懇談

X I 統計資料

Statistical Data

平成26年度
外国人の受入れと社会統合のための
国際ワークショップ
医療分野における外国人と外国人材
～コトバと文化の壁を越えて～



統計資料

平成27年2月25日
外務省領事局外国人課

目 次

○在留外国人数

- ・在留外国人数の推移（表 1，図 1）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ・【国籍別】在留外国人数の推移（表 2，図 2）・・・・・・・・・・ 1
- ・【在留資格別】在留外国人数の推移（表 3，図 3）・・・・・・・・ 2
- ・【国籍別（平成 26 年 6 月末）】在留外国人数（表 4，図 4）・・・・ 2
- ・【国籍別・医療関係在留資格別（平成 26 年 6 月末）】在留外国人数（表・図 5）・ 3

○EPAに基づく看護師・介護福祉士の受入れ人数

- ・看護師・介護福祉士候補者の受入れ人数等の推移（表 6，図 6）・・・・ 4

概 要

● 在留外国人数は、平成 2 年に初めて 100 万人を突破。その後、年々増加傾向にあったが、リーマンショックの影響などから平成 20 年の約 222 万人をピークに減少傾向に転じ、その後も東日本大震災の影響などから毎年約 3～5 万人減少。しかし、平成 25 年に再び増加に転じ、平成 26 年 6 月末時点では、前年末より若干増加。

● 国籍別在留外国人の推移を見ると、平成元年時点では、韓国・朝鮮が一番多く、次いで中国、フィリピン、ブラジルの順であったが、平成 2 年の入管法改正以降、中国及びブラジルの在留外国人が急増。他方、韓国・朝鮮は年々減少傾向にあり、平成 19 年には、中国が韓国・朝鮮を抜き、国籍別で最多となった。

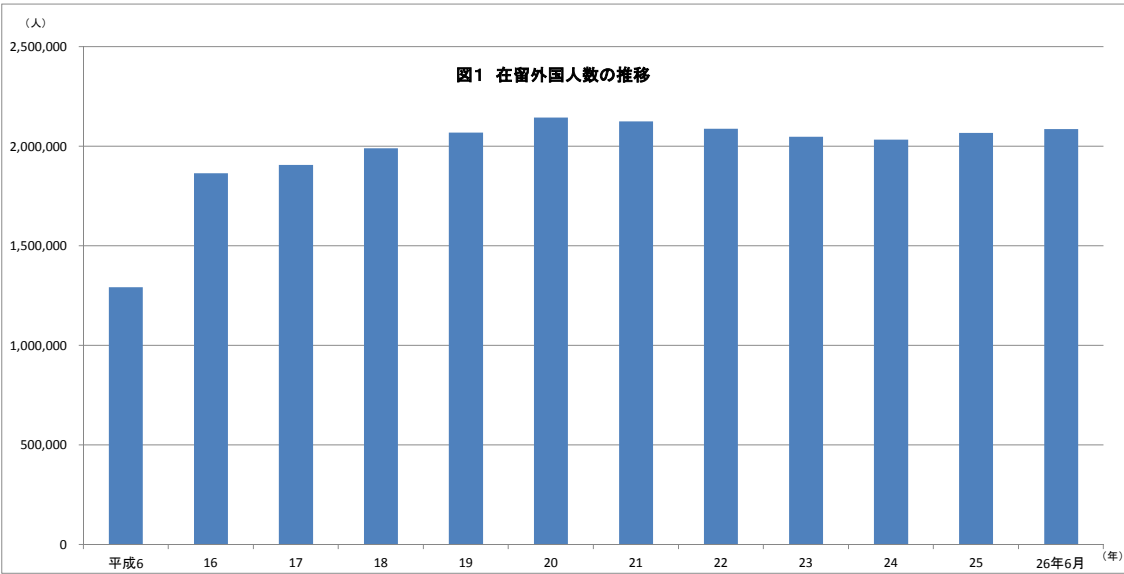
平成 26 年 6 月末現在では、①中国（約 69 万人）、②韓国・朝鮮（約 51 万人）、③フィリピン（約 21 万人）、④ブラジル（約 18 万人）、⑤ベトナム（約 9 万人）、⑥米国（約 5 万人）、⑦ペルー（約 5 万人）の順。

● 日・インドネシア経済連携協定に基づき平成 20 年度から、日・フィリピン経済連携協定に基づき平成 21 年度から、日・ベトナム経済連携協定に基づく交換公文に基づき平成 26 年度から、年度ごとに、外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れを実施してきており、これまでに 3 か国併せて累計 2,377 人が入国した（平成 26 年度の入国完了（平成 26 年 6 月 16 日）時点）。

● 平成 22 年 6 月 18 日に閣議決定された「新成長戦略」において、アジア等で急増する医療ニーズに対し、我が国の医療の強みを提供しながら国際医療交流を促進するための取組の一環として、いわゆる「医療滞在ビザ」の設置が盛り込まれ、翌年 1 月から我が国の病院等に入院して医療を受けるため、外国人患者とその付添人が在留資格「特定活動」により我が国に長期間滞在できるようになった。

表 1 在留外国人数の推移

年	平成6	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26年6月
人数	1,292,306	1,863,870	1,906,689	1,989,864	2,069,065	2,144,682	2,125,571	2,087,261	2,047,349	2,033,656	2,066,445	2,086,603

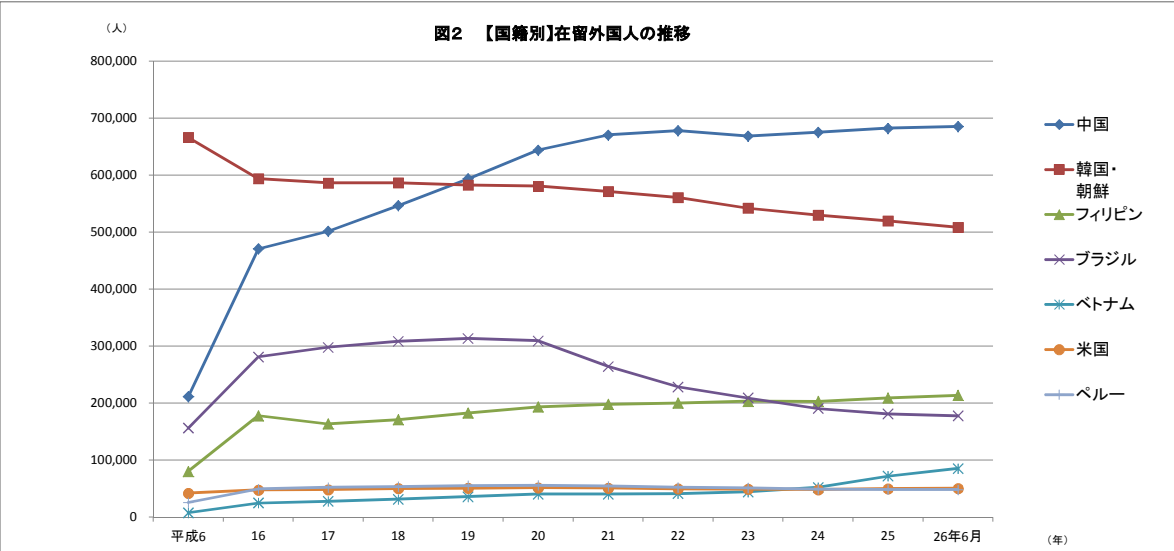


(注) 1 「在留外国人数」は、各年12月末現在(平成26年は6月末現在)の統計である。
2 平成23年までは外国人登録者数のうち中長期在留者に該当し得る在留資格をもって在留する者及び特別永住者、平成24年以降は中長期在留者及び特別永住者の数である。
3 中国には台湾を含む。

出典:法務省在留外国人統計

表 2 【国籍別】在留外国人数の推移

	平成6	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26年6月
中国	211,413	470,940	501,960	546,752	593,993	644,265	670,683	678,391	668,644	675,370	682,402	685,699
韓国・朝鮮	666,321	594,117	586,400	586,782	582,754	580,760	571,598	560,799	542,182	530,048	519,740	508,561
フィリピン	80,422	178,098	163,890	171,091	182,910	193,426	197,971	200,208	203,294	202,985	209,183	213,923
ブラジル	156,375	281,413	298,382	308,703	313,771	309,448	264,649	228,702	209,265	190,609	181,317	177,953
ベトナム	7,947	25,061	27,990	31,527	36,131	40,524	40,493	41,354	44,444	52,367	72,256	85,499
米国	42,151	47,745	48,376	50,281	50,858	51,704	51,235	49,821	49,119	48,361	49,981	50,515
ペルー	25,853	49,483	52,217	53,655	55,487	56,050	54,607	52,385	51,471	49,255	48,598	48,263

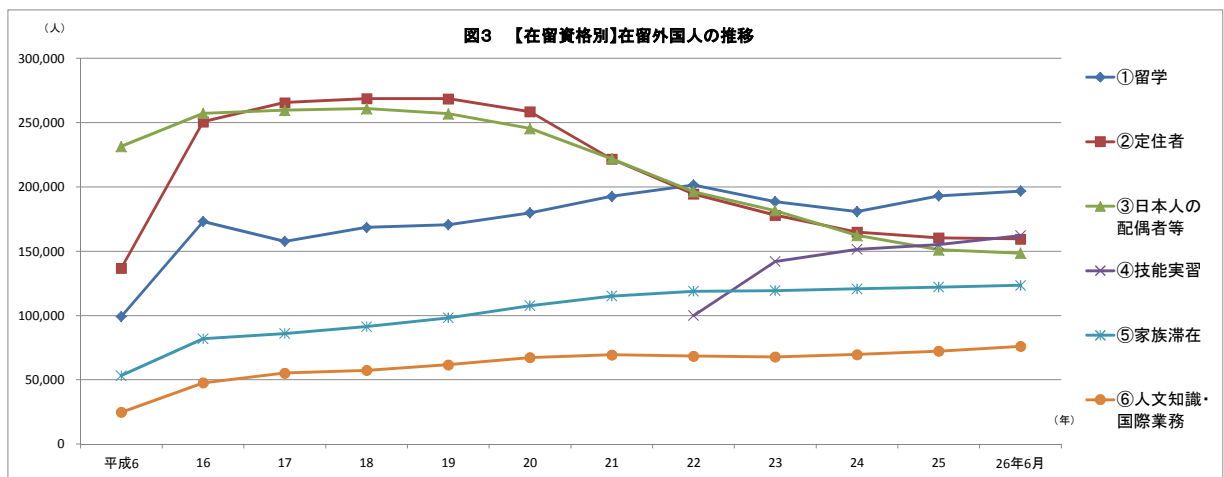


(注) 1 「在留外国人数」は、各年12月末現在(平成26年は6月末現在)の統計である。
2 平成23年までは外国人登録者数のうち中長期在留者に該当し得る在留資格をもって在留する者及び特別永住者、平成24年以降は中長期在留者及び特別永住者の数である。
3 中国には台湾を含む。

出典:法務省在留外国人統計

表3 【在留資格別】在留外国人数の推移

	平成6	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26年6月
永住者	631,554	778,583	801,713	837,521	869,986	912,361	943,037	964,195	987,525	1,005,865	1,028,536	1,028,842
一般永住者	52,867	312,964	349,804	394,477	439,757	492,056	533,472	565,089	598,440	624,501	655,315	664,949
特別永住者	578,687	465,619	451,909	443,044	430,229	420,305	409,565	399,106	389,085	381,364	373,221	363,893
非永住者	660,752	1,085,287	1,104,976	1,152,343	1,199,079	1,232,321	1,182,534	1,123,066	1,059,824	1,027,791	1,037,909	1,057,761
①留学	99,168	173,081	157,715	168,510	170,590	179,827	192,668	201,511	188,605	180,919	193,073	196,882
②定住者	136,838	250,734	265,639	268,836	268,604	258,498	221,771	194,602	177,983	165,001	160,391	159,596
③日本人の配偶者等	231,561	257,292	259,656	260,955	256,980	245,497	221,923	196,248	181,617	162,332	151,156	148,431
④技能実習								100,008	141,994	151,477	155,206	162,154
⑤家族滞在	53,252	81,919	86,055	91,344	98,167	107,641	115,081	118,865	119,359	120,693	122,155	123,441
⑥人文知識・国際業務	24,774	47,682	55,276	57,323	61,763	67,291	69,395	68,467	67,854	69,721	72,319	76,021
⑦医療	177	117	146	138	174	199	220	265	322	412	534	710

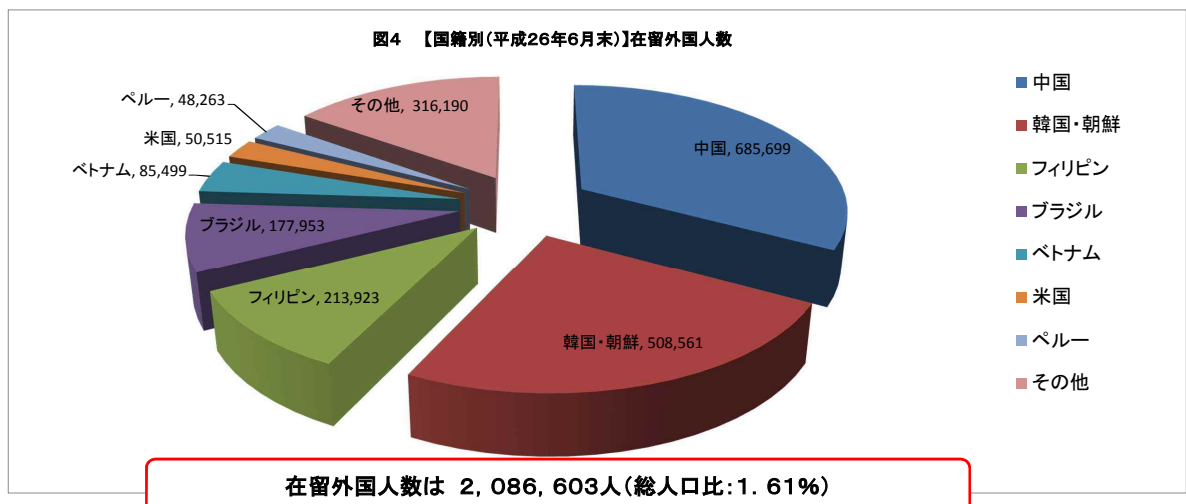


(注) 1 「在留外国人数」は、各年12月末現在(平成26年は6月末現在)の統計である。
2 図3には「非永住者」の上位6つを表記(在留資格「医療」は記載していない。)。

出典：法務省在留外国人統計

表4 【国籍別(平成26年6月末)】在留外国人数

中国	韓国・朝鮮	フィリピン	ブラジル	ベトナム	米国	ペルー	その他
685,699	508,561	213,923	177,953	85,499	50,515	48,263	316,190



(注) 1 中国には台湾を含む。
2 総人口(平成26年6月現在)は12,708万人(出典：総務省統計局人口推計)。

出典：法務省在留外国人統計(総人口を除く。)。

表 5 図 5 【国籍別・医療関係在留資格別（平成 26 年 6 月末）】在留外国人数

表 5-1 在留資格「医療」による在留外国人数

総数	中国	韓国・朝鮮	インドネシア	ベトナム	フィリピン	タイ	その他
710	542	86	24	14	7	5	32

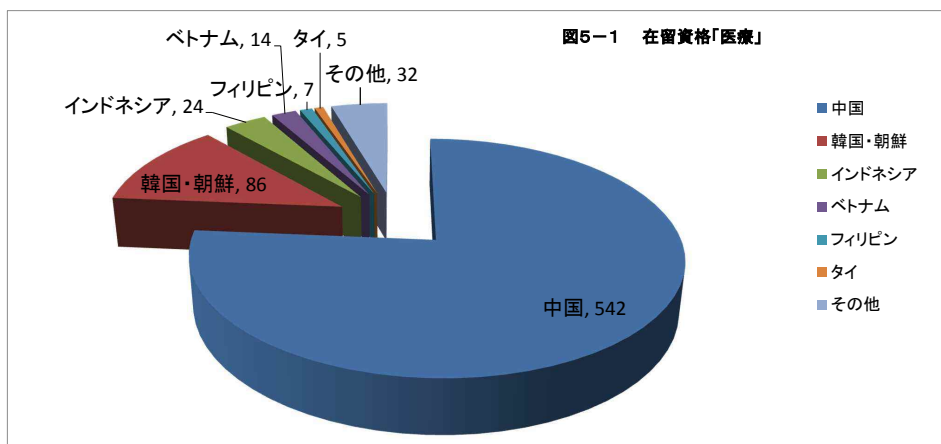


表 5-2 在留資格「特定活動」（EPAによる看護師・介護福祉士候補者）による在留外国人数

総数	インドネシア	フィリピン	ベトナム
1,521	750	633	138

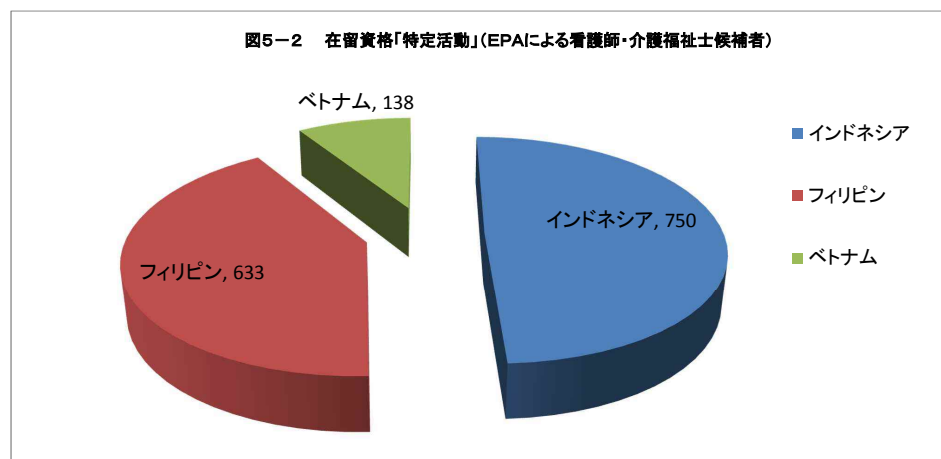
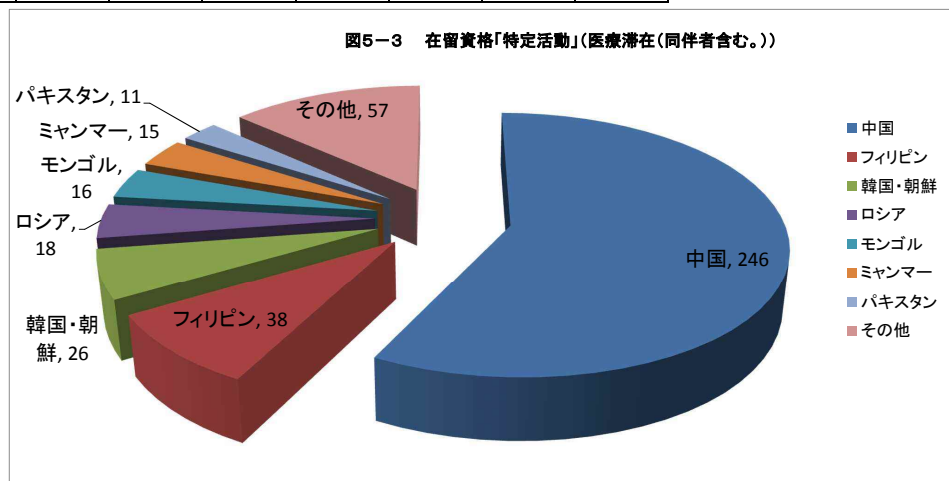


表 5-3 在留資格「特定活動」（医療滞在（同伴者含む。））による在留外国人数

総数	中国	フィリピン	韓国・朝鮮	ロシア	モンゴル	ミャンマー	パキスタン	その他
427	246	38	26	18	16	15	11	57



(注) 中国には台湾を含む。

出典:法務省在留外国人統計

表6 EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れ人数等の推移

EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者の累計受入れ人数は 2,377人

看護師候補者

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	総計
インドネシア	受入れ希望人数	173	235	62	62	44	59	56	-
	受入れ人数	104	173	39	47	29	48	41	481
フィリピン	受入れ希望人数	-	141	77	100	43	78	49	-
	受入れ人数	-	93	46	70	28	64	36	337
ベトナム	受入れ希望人数	-	-	-	-	-	-	57	-
	受入れ人数	-	-	-	-	-	-	21	21
受入れ希望人数合計		173	376	139	162	87	137	162	-
受入れ人数合計		104	266	85	117	57	112	98	839

※ 国内労働市場への影響を考慮して設定された受入れ最大人数は各国200人/年(インドネシア、フィリピンについて、受入れ開始当初の2年間で400人)。

介護福祉士候補者

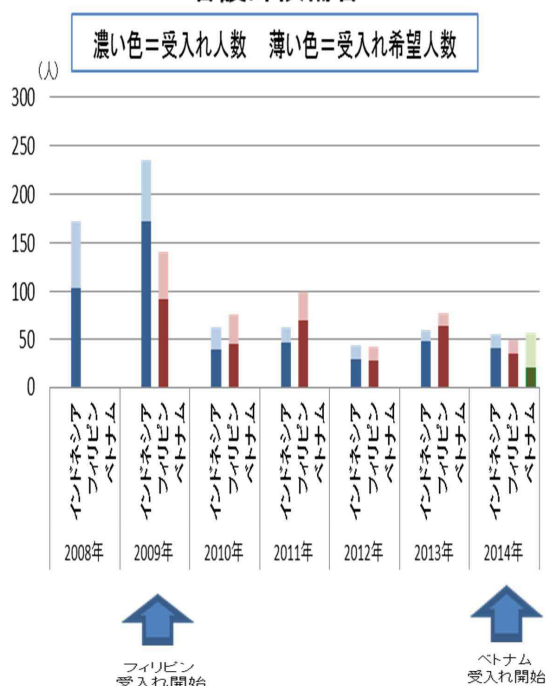
		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	総計
インドネシア	受入れ希望人数	291	232	87	67	78	115	154	-
	受入れ人数	104	189	77	58	72	108	146	754
フィリピン	受入れ希望人数	-	288	102	73	84	98	152	-
	受入れ人数	-	190	72	61	73	87	147	630
ベトナム	受入れ希望人数	-	-	-	-	-	-	241	-
	受入れ人数	-	-	-	-	-	-	117	117
受入れ希望人数合計		291	520	189	140	162	213	547	-
受入れ人数合計		104	379	149	119	145	195	410	1,501

※1 国内労働市場への影響を考慮して設定された受入れ最大人数は各国300人/年(インドネシア、フィリピンについて、受入れ開始当初の2年間で600人)。
 ※2 上記の他、就学コース(フィリピン)を受入れ(2009年27名、2010年10名、2011年以降は送出しが行われていない)。

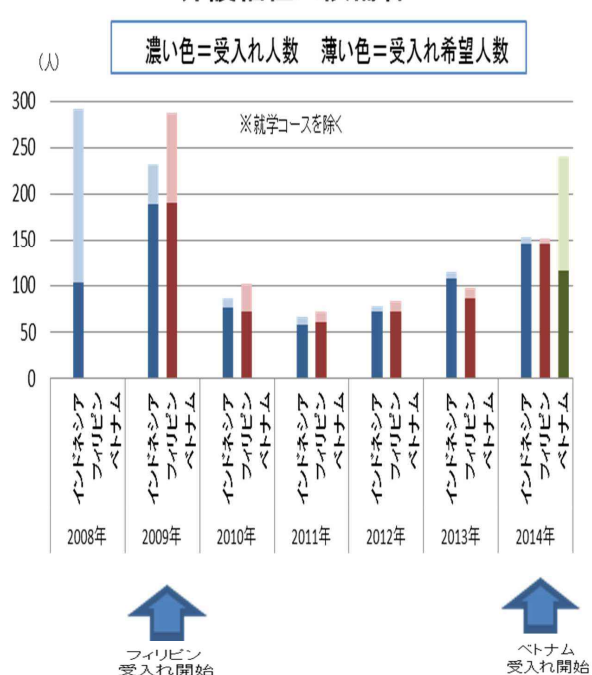
【出典：厚生労働省ホームページ(経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ概要)】

図6 EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れ人数等の推移

看護師候補者



介護福祉士候補者



【出典：厚生労働省ホームページ(経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ概要)】

Data

FY2014

**International Workshop on Acceptance of Foreign
Nationals and Their Integration into Japan**

**Foreign Nationals and Foreign Human Resources
in the Field of Medical Care**

~ Beyond Language and Cultural Barriers ~



Statistical Data

February 25th, 2015

Foreign Nationals' Affairs Division,
Bureau of Consular Affairs,
Ministry of Foreign Affairs

Contents

○Numbers on Registered Foreign Nationals

- Change in number of registered foreign nationals 1
- Change in number of registered foreign nationals by nationality..... 1
- Change in number of registered foreign nationals by status of residence..... 2
- Number of registered foreign nationals by nationality..... 2
- Number of registered foreign nationals by nationality and medical services-related status..... 3

○Acceptance of Nurses and Care-workers under EPA

- Change in Number of Candidate Nurses and Care-workers Accepted under EPA..... 4

Summary

- The number of foreigners exceeded 1 million for the first time in 1990. Since then, the number grew year by year until it reached its peak in 2008 at 2.22 million, when the Lehman Shock sent the number downward. Incidents like the 2011 Tohoku earthquake sent the number further down at a rate of around 30 - 50 thousand people per year. However, the number of foreigners has been on the rise again since 2014. As of June 2015, the number is somewhat higher than the year before.

- Looking at the change in the number of foreigners by country, in 1989, most foreigners came from the Koreas, followed by China, the Philippines, and Brazil. However, after the immigration law reform in 1990, there was a spike in the numbers of the Chinese and the Brazilians, while the number of the Koreas and other countries declined year by year. By 2007, China had overtaken the Koreas as the country from which the majority of foreigners had come from.

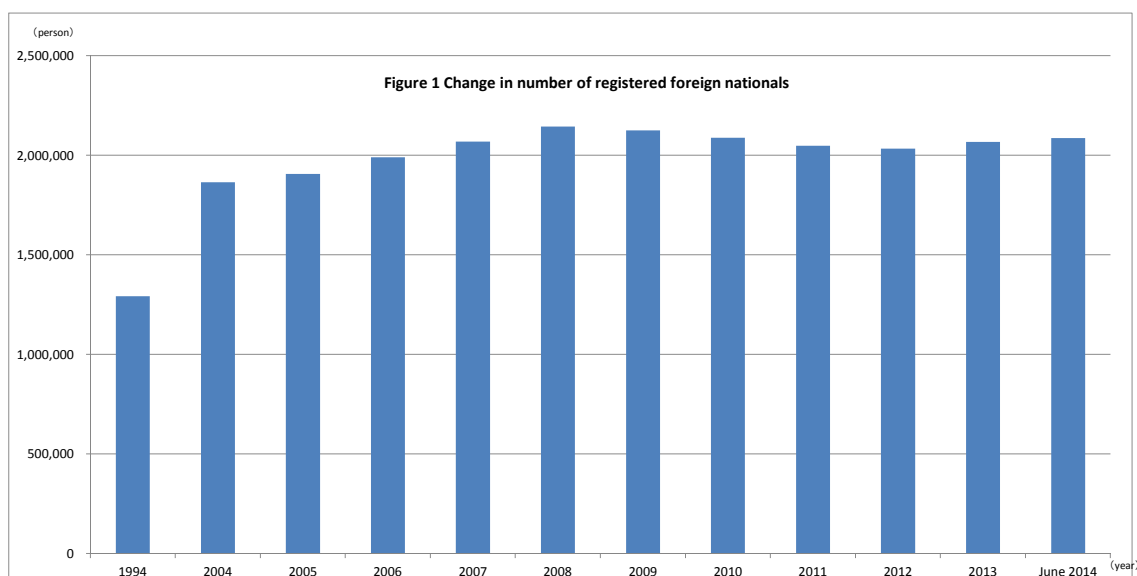
As of June 2014, the numbers were as follows (in descending order): (1) China (approx. 690,000), (2) the Koreas (approx. 510,000), (3) the Philippines (approx. 210,000), (4) Brazil (approx. 180,000), (5) Vietnam (approx. 90,000), (6) USA (approx. 50,000), (7) Peru (approx. 50,000).

- Under various Economic Partnership Agreements (EPAs) that Japan has signed, 2377 foreign nationals (cumulative number as of June 16th, 2014) have entered Japan as candidates for nurses and care-workers. The acceptance of these candidates began in 2008 for the Japan-Indonesia EPA, in 2009 for the Japan-Philippines EPA, and in 2014 for the Japan-Vietnam EPA.

- As part of the "New Growth Strategy" passed by the Cabinet of the Prime Minister on 18th June, 2010, in response to rapidly growing medical needs in Asia, Japan launched a promotion of international medical exchanges while offering our strength in providing medical services.

Table 1 Change in number of registered foreign nationals

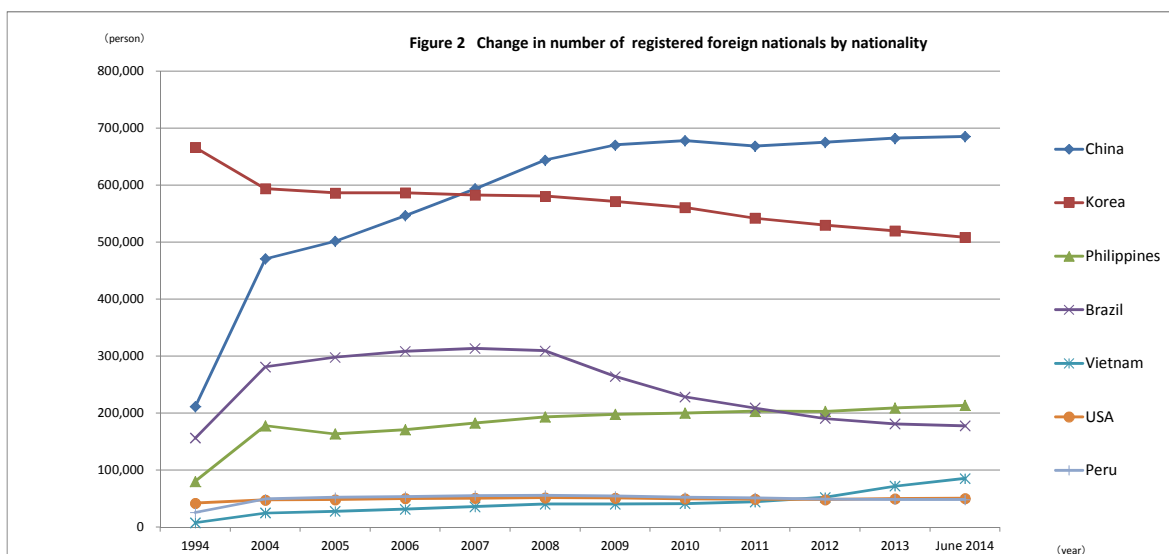
Year	1994	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	June 2014
Number of People	1,292,306	1,863,870	1,906,689	1,989,864	2,069,065	2,144,682	2,125,571	2,087,261	2,047,349	2,033,656	2,066,445	2,086,603



(Note) 1. The "number of registered foreign nationals" is based on statistical data gathered at the end of December each year (June for 2014).
2. The numbers until 2011 represent the number of foreign nationals with alien registrations who stayed in Japan with a status of residence eligible for mid to long-term residents and the number of special permanent residents, and the numbers from 2012 onwards represent the number of foreign nationals adding together mid to long-term residents and special permanent residents.
3. Data for Taiwan is included in the data for China.
Sources: Statistical Data of Foreigners by the Ministry of Justice

Table 2 Change in number of registered foreign nationals by nationality

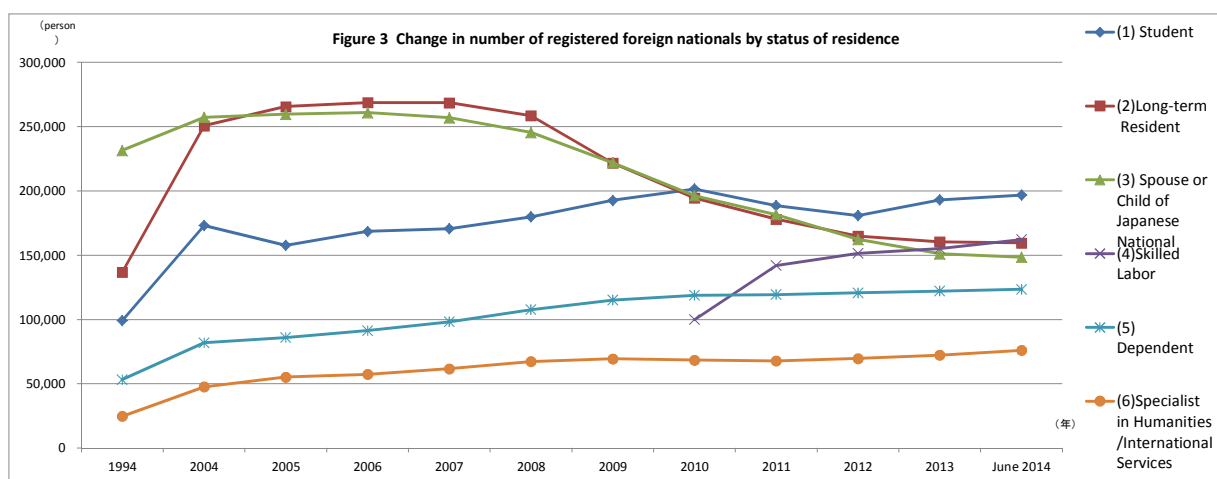
	1994	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	June 2014
China	211,413	470,940	501,960	546,752	593,993	644,265	670,683	678,391	668,644	675,370	682,402	685,699
Korea	666,321	594,117	586,400	586,782	582,754	580,760	571,598	560,799	542,182	530,048	519,740	508,561
Philippines	80,422	178,098	163,890	171,091	182,910	193,426	197,971	200,208	203,294	202,985	209,183	213,923
Brazil	156,375	281,413	298,382	308,703	313,771	309,448	264,649	228,702	209,265	190,609	181,317	177,953
Vietnam	7,947	25,061	27,990	31,527	36,131	40,524	40,493	41,354	44,444	52,367	72,256	85,499
USA	42,151	47,745	48,376	50,281	50,858	51,704	51,235	49,821	49,119	48,361	49,981	50,515
Peru	25,853	49,483	52,217	53,655	55,487	56,050	54,607	52,385	51,471	49,255	48,598	48,263



(Note) 1. The "number of registered foreign nationals" is based on statistical data gathered at the end of December each year (June for 2014).
2. The numbers until 2011 represent the number of foreign nationals with alien registrations who stayed in Japan with a status of residence eligible for mid to long-term residents and the number of special permanent residents, and the numbers from 2012 onwards represent the number of foreign nationals adding together mid to long-term residents and special permanent residents.
3. Data for Taiwan is included in the data for China.
Sources: Statistical Data of Foreigners by the Ministry of Justice

Table 3 Change in number of registered foreign nationals by status of residence

	1994	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	June 2014
Permanent Resident	631,554	778,583	801,713	837,521	869,986	912,361	943,037	964,195	987,525	1,005,865	1,028,536	1,028,842
General Permanent Resident	52,867	312,964	349,804	394,477	439,757	492,056	533,472	565,089	598,440	624,501	655,315	664,949
Special Permanent Resident	578,687	465,619	451,909	443,044	430,229	420,305	409,565	399,106	389,085	381,364	373,221	363,893
Non-permanent Resident	660,752	1,085,287	1,104,976	1,152,343	1,199,079	1,232,321	1,182,534	1,123,066	1,059,824	1,027,791	1,037,909	1,057,761
(1) Student	99,168	173,081	157,715	168,510	170,590	179,827	192,668	201,511	188,605	180,919	193,073	196,882
(2) Long-term Resident	136,838	250,734	265,639	268,836	268,604	258,498	221,771	194,602	177,983	165,001	160,391	159,596
(3) Spouse or Child of Japanese	231,561	257,292	259,656	260,955	256,980	245,497	221,923	196,248	181,617	162,332	151,156	148,431
(4) Skilled Labor								100,008	141,994	151,477	155,206	162,154
(5) Dependent	53,252	81,919	86,055	91,344	98,167	107,641	115,081	118,865	119,359	120,693	122,155	123,441
(6) Specialist in Humanities /International Services	24,774	47,682	55,276	57,323	61,763	67,291	69,395	68,467	67,854	69,721	72,319	76,021
(20) Medical Services	177	117	146	138	174	199	220	265	322	412	534	710

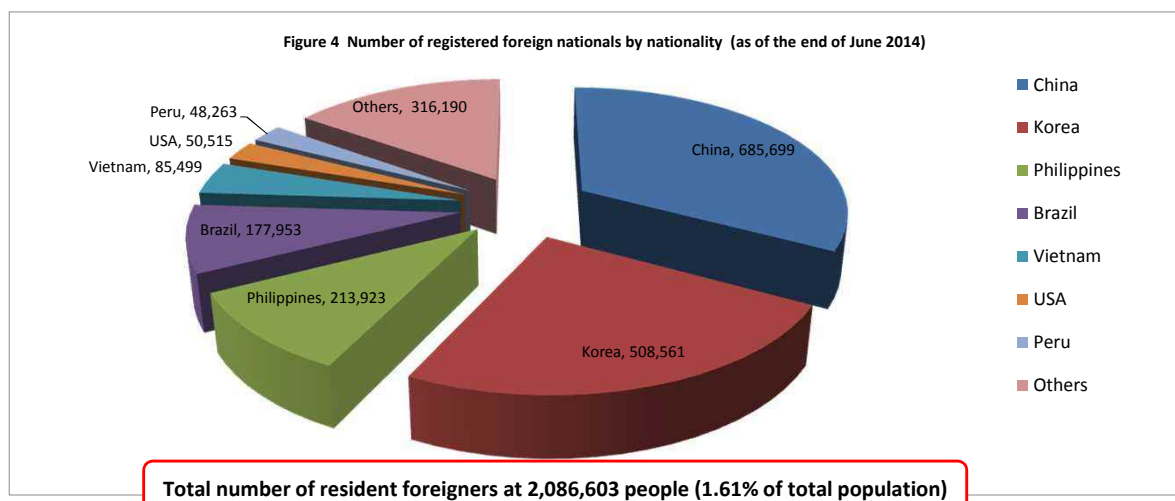


(Note) 1. The "number of resident foreign nationals" is based on statistical data gathered at the end of December each year (June for 2014).
 2. Figure 3 shows only the top 6 among "non-permanent resident" statuses ("medical services" is not shown).

Sources: Statistical Data of Foreigners by the Ministry of Justice

Table 4 Number of registered foreign nationals by nationality (as of the end of June 2014)

China	Korea	Philippines	Brazil	Vietnam	USA	Peru	Others
685,699	508,561	213,923	177,953	85,499	50,515	48,263	316,190



(Note) 1. Data for Taiwan is included in the data for China.

2. The "number of resident foreigners" is based on statistical data gathered at the end of December each year (June for 2014).

Sources: Statistical Data of Foreigners by the Ministry of Justice (excluding total population)

Table 5, Figure 5 Number of registered foreign nationals by nationality and medical services-related status

Table 5-1 Number of registered foreign nationals with "Medical Services" status

Total	China	Korea	Indonesia	Vietnam	Philippines	Thailand	Others
710	542	86	24	14	7	5	32

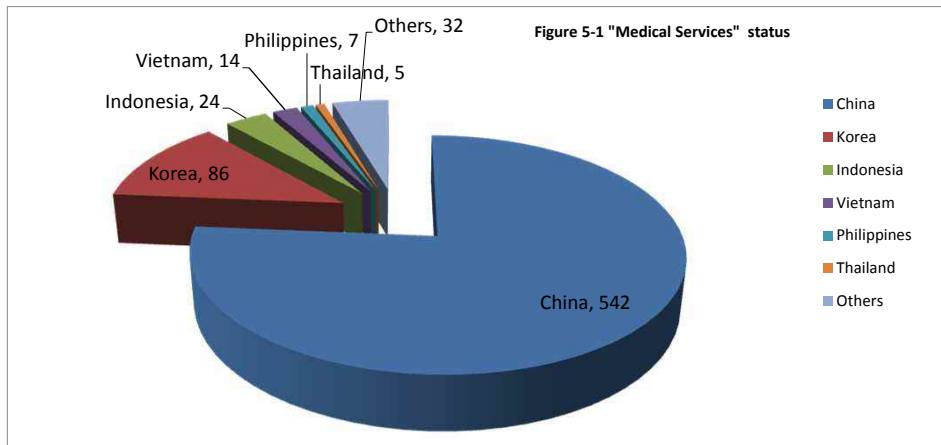


Table 5-2 Number of registered foreign nationals with "Designated Activities" (Candidate Nurses/Care-workers under EPA) Status

Total	Indonesia	Philippines	Vietnam
1,521	750	633	138

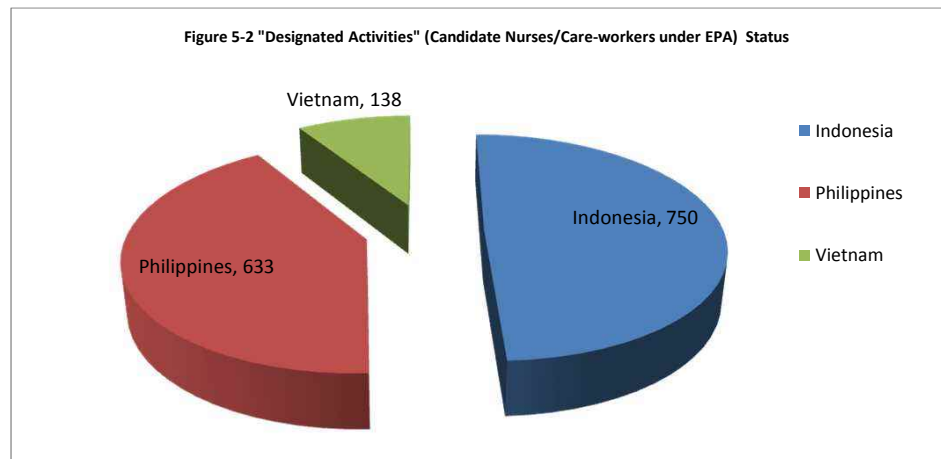
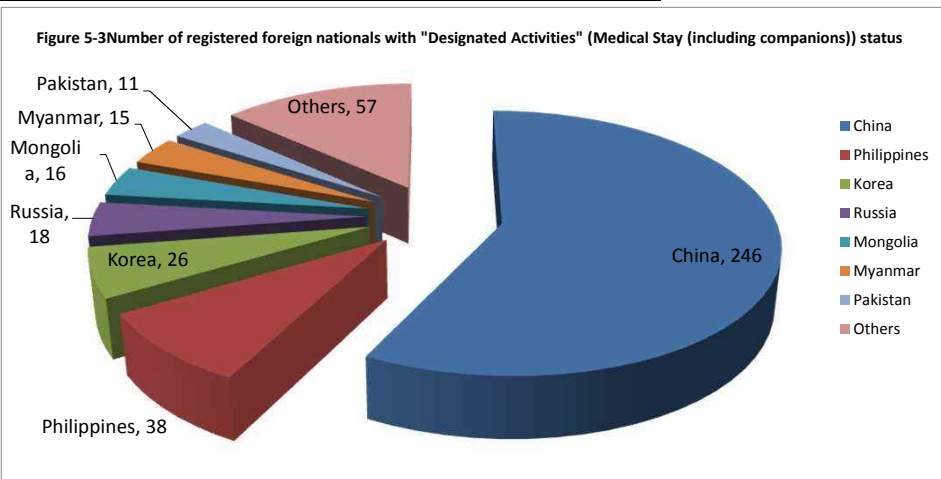


Table 5-3 Number of registered foreign nationals with "Designated Activities" (Medical Stay (including companions)) status

Total	China	Philippines	Korea	Russia	Mongolia	Myanmar	Pakistan	Others
427	246	38	26	18	16	15	11	57



(Note) Data for Taiwan is included in the data for China.

Sources: Statistical Data of Foreigners by the Ministry of Justice

Table 6 Change in Number of Candidate Nurses and Care-workers Accepted under EPA

The cumulative number of candidate nurses and care-workers accepted is 2,377 people.

Candidate Nurses

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Indonesia	Applied	173	235	62	62	44	59	56	-
	Accepted	104	173	39	47	29	48	41	481
Philippines	Applied	-	141	77	100	43	78	49	-
	Accepted	-	93	46	70	28	64	36	337
Vietnam	Applied	-	-	-	-	-	-	57	-
	Accepted	-	-	-	-	-	-	21	21
Total applied		173	376	139	162	87	137	162	-
Total accepted		104	266	85	117	57	112	98	839

* The maximum number of acceptances is set at 200/year for each country, in consideration of its effects on the domestic labor market (For Indonesia and the Philippines, 400 people for the first 2 years of the program)

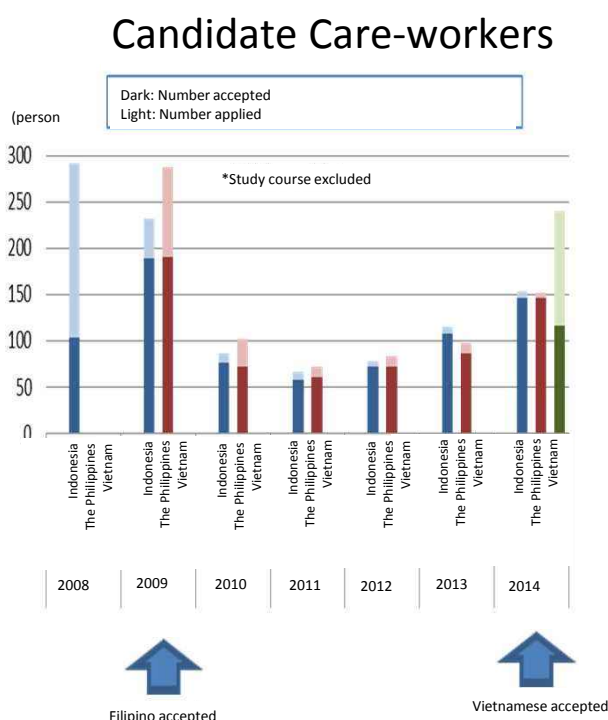
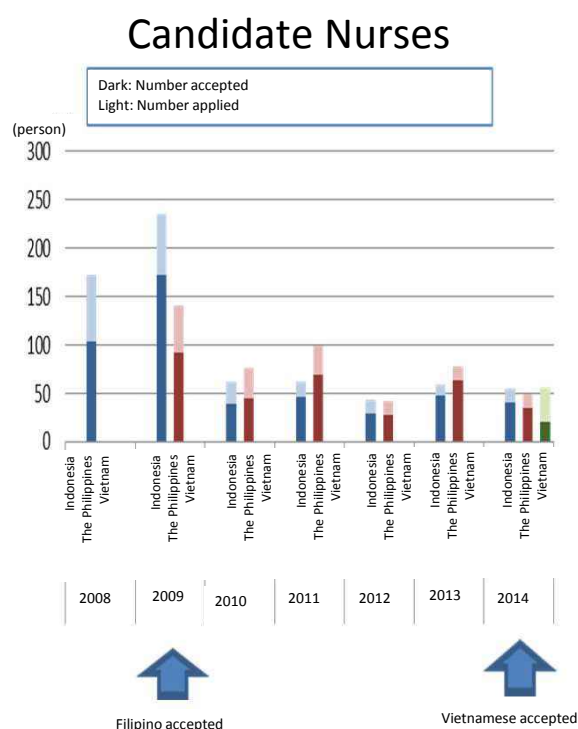
workers

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Indonesia	Applied	291	232	87	67	78	115	154	-
	Accepted	104	189	77	58	72	108	146	754
Philippines	Applied	-	288	102	73	84	98	152	-
	Accepted	-	190	72	61	73	87	147	630
Vietnam	Applied	-	-	-	-	-	-	241	-
	Accepted	-	-	-	-	-	-	117	117
Total applied		291	520	189	140	162	213	547	-
Total accepted		104	379	149	119	145	195	410	1,501

*1 The maximum number of acceptances is set at 300/year for each country, in consideration of its effects on the domestic labor market (For Indonesia and the Philippines, 600 people for the first 2 years of the program)
 *2 Other than the above, applicants (Filipinos) had also been accepted for enrollment in a study course (27 accepted in 2009, 10 in 2010. Send-offs only since

[Source: Homepage of the Ministry of Health, Labour and Welfare (A Brief Introduction to the Acceptance of Foreign Candidate Nurses/Care-workers under the Economic Partnership Agreement (EPA))]

Figure 6 Change in Number of Candidate Nurses and Care-workers Accepted under EPA



[Source: Homepage of the Ministry of Health, Labour and Welfare (A Brief Introduction to the Acceptance of Foreign Candidate

外務省領事局外国人課

〒100－8919 東京都千代田区霞が関 2－2－1