

全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査

ハマ イ タエ コ ナガ タ アヤ コ ニシカワ ヒロアキ
濱井 妙子* 永田 文子^{2*} 西川 浩昭*

目的 全国自治体病院を対象に外国人患者の受入実績とリスクマネジメントの観点から、病床規模別に医療通訳者のニーズを明らかにする。

方法 2016年2月に全国自治体病院894病院を対象に郵送法質問紙調査を実施した。調査項目は、外国人患者の受入実績、医療通訳者ニーズ、言葉の問題によるインシデントとした。インシデント事例は国立大学附属病院医療安全管理協議会のインシデント影響度分類（レベル0～5・その他）を用いた。統計解析は病床規模別ペアワイズ法、2変数の関連は χ^2 検定などで分析した。本研究では小病院を20～99床、中病院を100～399床、大病院を400床以上とした。

結果 質問紙の回収率は小病院が30.1%、中病院が32.5%、大病院が32.8%であった。過去1年間に外国人患者を受け入れた病院は84.9%～97.6%の範囲であった。急患・救急、入院、検査、手術の受入は中・大病院が多かった。日本語ができない患者への対応は、患者が連れてきた通訳者を利用している病院が84.3%～86.7%の範囲で多かった。患者が連れてくる通訳者が正確に通訳をしていると考えている病院は小病院が66.7%、中病院は58.5%、大病院は44.7%であった。診療報酬で認められたら医療通訳者を利用すると考えている病院は83病院のうち、小病院が31.6%、中病院は76.5%、大病院は92.3%であった（ $P<0.001$ ）。外国人患者を受け入れるために専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と考えている病院は小病院が75.7%、中病院は84.7%、大病院は94.6%であった（ $P=0.014$ ）。必要と思う理由は、「医療リスクを低減するため」が81.1%～94.3%の範囲で最も多かった。インシデントは274病院のうち13病院（4.7%）、17事例報告された。影響度は、レベル0がMRI中止など3事例、レベル1が無断離院や点滴自己抜去など9事例、レベル2が墜落分娩1事例、レベル5が死亡1事例、その他が3事例であった。小病院から報告はなかったが、外国人患者数が少ない病院からは報告されていた。

結論 医療通訳者ニーズは、外国人患者数と来院目的の観点からは小病院で顕在化されておらず、中・大病院で多かった。リスクマネジメントの観点からは、小・中・大病院において言葉の問題が患者の安全を脅かすリスクがあり、訓練を受けた医療通訳者のニーズはあることが示唆された。

Key words : 医療通訳者ニーズ, 外国人患者, リスクマネジメント, インシデント, 医療安全, 自治体病院

日本公衆衛生雑誌 2017; 64(11): 672-683. doi:10.11236/jph.64.11_672

I 緒 言

2015年末の在留外国人数は223万2,189人で前年比5.2%増加、外国人入国数は約1,968万人で前年比39.1%増加し、過去最高となった^{1,2)}。国籍・地域別在留外国人では、中国が全体の29.8%を占め、以下、韓国20.5%、フィリピン10.3%、ブラジル7.8%、ベトナム6.6%の順で英語圏以外の外国籍住

民が多い¹⁾。政策的にも、外国人人材の積極的な活用・受入、医療ツーリズムや外国人観光客の受入推進が国家成長戦略とされている。しかし、医療通訳者利用の法制化など外国人患者に対する診療環境は整備されていない。そのため、外国人患者の受診抑制や健康格差の広がりや医療の質の低下が危惧される。

米国では2000年にマイノリティに対する健康格差の改善策として、医療機関に対して Limited English Proficiency (以下、LEP と略す) の人びとに文化的・言語的に適切なサービスの提供が義務化され、National Standards on Culturally and Linguistically

* 静岡県立大学看護学部

^{2*} 千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程
連絡先：〒422-8526 静岡県静岡市駿河区谷田52-1
静岡県立大学看護学部 濱井妙子

Appropriate Service (以下, GLAS 国家基準と略す) が示された^{3,4)}。言語的サービスに関する先行研究では, 訓練を受けた医療通訳者の有効性^{5,6)}, 訓練を受けていないアドホック通訳者の通訳の正確性や臨床結果への影響の問題^{7,8)}, 言葉の壁が原因でおきた悲惨な医療過誤^{9,10)}が報告されており, 言葉の壁が患者アウトカムに悪影響を与えていることが立証されている。Jacobs ら¹¹⁾は, アドホック通訳者の利用が多く、ネガティブな臨床結果を引き起こし, 医師との信頼関係の崩壊, 患者満足度の低下, 患者の守秘義務の違反, 不正確なコミュニケーション, 誤診, 不適切で不十分な治療, 医療の質の悪化を報告している。

日本では医療通訳者の国家資格はなく, 医療現場で通訳をする者の訓練や研修は義務づけられていない。さらに, 医療通訳専門の研修を実施している自治体や機関は限られており, 医療機関が訓練を受けた医療通訳者にアクセスすることは容易ではない。そのため, 日本語で意思疎通が難しい患者への対応は, 患者が連れてくる通訳者を利用して診療せざるを得ないのが現状である。Hamai ら¹²⁾は, 静岡県西部地区の245人の医師のうち59.9%が週1回以上の外国人患者を診療し, 約90%の医師は患者が連れてきた家族など訓練を受けていないアドホック通訳者を介してコミュニケーションをとっていること, 医師は外国人患者に対して積極的にコミュニケーションをとることが難しく, コミュニケーションの質は日本人患者に比べて低いことを報告している。さらに, 在住ブラジル人のグループ・ディスカッション調査¹³⁾から患者の連れてくる通訳者では患者・医療者間のコミュニケーションが正確に行われていない危険性が潜在していることが明らかになっている。他方, 日本人患者と医療者間のコミュニケーションに関する先行研究は多く, コミュニケーションが医療安全に担う役割が明らかになっている¹⁴⁾。日本医療機能評価機構の報告¹⁵⁾でも医療事故の発生要因として「当事者の行動に関わる要因」が45.6%と最も多く, 「患者への説明が不十分であった」などコミュニケーションに関する内容が含まれているが, 日本語で意思疎通ができない患者に対するリスクマネジメントに関する研究はほとんど報告されていない。Divi ら¹⁶⁾は, インシデント報告事例1,083を分析した結果, 英語での読み書きや対話による意思疎通が十分にできない患者は英語で意思疎通ができる患者よりも身体的な傷害を多く経験しており (49.1% vs 29.5%), 傷害のレベルは軽度 (46.8%) から死亡 (24.4%) まであったと報告している。これらのことから, 日本語で意思疎通の難

しい患者へ安全な医療サービスを提供するためには言葉の壁をなくすことが最優先課題である。しかし, 外国人患者を受け入れるために, 医療機関は訓練を受けた専門の医療通訳者を必要としているかを明らかにした研究は見あたらない。他方, 日本における病院対象の医療事故調査では, 病床規模が大きくなるにつれて発生件数が多いこと^{15,17)}, 重大事故を経験した割合が多いこと¹⁸⁾が報告されている。医療事故に起因した医療 (疑いを含む) は手術が最も多く, 次いで処置, 投薬・注射の順¹⁷⁾で侵襲性の高い医療内容であったが, 外国人患者における報告はない。

そこで本研究では, 地域医療の担い手である全国自治体病院を対象に外国人患者の受入実績とリスクマネジメントの観点から, 病床規模別に医療通訳者のニーズを明らかにすることを目的とした。

II 方 法

1. 調査対象

公益社団法人全国自治体病院協議会の自治体病院検索¹⁹⁾にて得られた896病院 (診療所や急患センターを除く) のうち仮設診療所を除外した894病院とした。

2. 調査方法

対象病院長宛に, 自記式質問紙を郵送し, 同封した返信用封筒にて到着後3週間を期限として回収した。

3. 調査期間

2015年2月から3月

4. 調査項目

質問紙は量的データと質的データを組み合わせて構成した。調査項目は, (1)医療機関の特徴 (5項目): 都道府県, 病院の規模など, (2)過去1年間の外国人患者の受入実績 (10項目): 受入数, 使用言語, 国籍, 言語の対応, 通訳者の雇用など, (2)医療通訳者のニーズ (10項目): 通訳の必要性, 言葉の問題によるインシデント事例, 通訳を雇用する意向など, (3)回答者の属性 (5項目): 年齢, 性別などとした。インシデント事例には国立大学附属病院医療安全管理協議会のインシデント影響度分類 (レベル0~5 (死亡)・その他)²⁰⁾を用いた。

5. 分析方法

分析は, 病床規模別ペアワイズ法で集計し, 2変量の関連は相関係数, χ^2 検定, または, フィッシャーの直接確率検定を用いて分析した。統計解析はSPSSver.18, またはRver.3.3.2を用い, 有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は静岡県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(受付番号:27-45, 承認年月日:平成28年1月25日)。

7. 用語の操作的定義

本研究における病院の表章区分,ならびに,用語の定義は次のとおりとする。

- 1) 小病院:20床~99床
- 2) 中病院:100床~399床
- 3) 大病院:400床以上
- 4) 医療通訳者:医療専門通訳として教育や訓練を受けた人,または,病院に雇用されている通訳者
- 5) アドホック通訳者:医療専門通訳としての教育や訓練を受けていない人で,家族や友人,知人,会社の通訳者,医療従事者などを含む。

Ⅲ 結 果

1. 質問紙の回収状況

質問紙の配布数は894部,回収数285部,回収率31.9%であった。都道府県別回収率は徳島県の8.3%から滋賀県の69.2%の範囲であった。都道府県別回収率と在留外国人の人口比率との関連は認められなかった($r = -0.071, P = 0.635$)。病床規模別の配布数と回収率はそれぞれ,小病院が249部,30.1%,中病院が459部,32.5%,大病院が186部,32.8%であった。

2. 外国人患者受入実績(表1)

過去1年間に外国人患者を受け入れたことがある病院は「統計をとっていない/不明」を除いた244病院のうち,92.6%で,病床規模別では小病院は84.9%,中病院は95.3%,大病院は97.6%であった。病床規模によって外国人患者受入件数には有意差があり,小病院では1~20件が71.2%と最も多く,中病院では1~20件が47.3%と41~200件が27.9%,大病院では41~200件33.3%,200件以上が38.1%であった($P < 0.001$)。

外国人患者の来院目的は外来が最も多く,小病院は93.8%,中病院は89.4%,大病院は91.4%で,病床規模による有意差はなかった。急患・救急,入院,検査,手術は中・大病院が小病院に比べて多かった($P < 0.001$)。受け入れた外国人患者の使用言語は30か国語にわたり,そのうち使用頻度が多い言語は英語,中国語,日本語,朝鮮・韓国語,ポルトガル語,タガログ語の順であった。病床規模別には,英語($P = 0.021$),日本語($P = 0.005$),朝鮮・韓国語($P = 0.003$),ポルトガル語($P < 0.001$),タガログ語($P = 0.001$)で有意差があり,大病院が言

語の種類と割合が多い傾向であった。一方,受け入れ可能な言語は,英語が46.4%~65.0%の範囲で最も多く,次いで中国語が13.0%~25.4%の範囲で病床規模別に有意差はなかったが,朝鮮・韓国語($P = 0.006$),ポルトガル語($P < 0.001$),ベトナム語($P = 0.005$)では有意差があった。外国語での円滑な対応ができない病院は,小病院が多かった($P = 0.012$)。外国人患者の在留資格は,外国人住民が小病院で75.8%,中病院で85.8%,大病院で89.1%と最も多かった($P = 0.094$)。病床規模別には,観光目的($P < 0.001$),治療・検査目的($P = 0.003$)の外国人患者は大病院に多く,就労・研修目的の外国人患者は小・中病院($P = 0.001$)に多かった。

日本語ができない患者や家族への対応は,患者が連れてきた通訳者を利用している病院は小病院が84.3%,中病院が85.5%,大病院が86.7%と最も多く,病床規模別に有意差はなかった($P = 0.929$)。わかる範囲の日本語と英語を使ってなんとかやりとりをするは,中病院が67.6%,大病院が66.7%で小病院の50.0%に比べて多かった($P = 0.035$)。病院スタッフを利用している病院は,大病院が80.0%で,中病院の47.6%と小病院の21.4%に比べて多かった($P < 0.001$)。また大病院では,通訳者派遣依頼が38.3%,病院で雇用している通訳者が18.3%で,小・中病院に比べて多い特徴であった($P < 0.001$)。患者が連れてくる通訳者は,小病院では会社の通訳者が44.1%,日本語ができる大人の家族が42.4%,中病院では日本語ができる大人の家族が69.9%,友人・知人が57.7%,大病院では友人・知人が82.4%,日本語ができる大人の家族が80.4%と多い割合であった。日本語ができる子どもを利用している割合は小病院が8.5%,中病院が22.8%,大病院が37.3%であった($P = 0.001$)。

3. 医療通訳者ニーズに対する考え(表2,表3,表4)

患者が連れてくる通訳者が正確に通訳をしていると考えている病院は小病院が66.7%,中病院は58.5%,大病院は44.7%であった($P = 0.188$)(表2)。医療通訳者の雇用を考える条件についての自由回答では,回答病院144のうち「外国人患者の増加」が35.4%と需要の増加が最も多く,次いで「診療報酬/補助金などの制度/費用対効果」が34.7%でコスト面の整備,「雇用は考えていない」が20.8%,「適正な通訳人材の確保/通訳の資格化/通訳研修の充実」が9.0%と通訳制度の整備に関することであった。

医療通訳者の利用が診療報酬で認められたら利用するか,について「わからない」と回答した病院は

表1 病床規模別外国人患者受入実績

外国人患者受入実績の項目\病床規模	小病院		中病院		大病院		P ^{a)}
	n	件 (%)	n	件 (%)	n	件 (%)	
過去一年間の外国人患者の受入件数	73		129		42		
0件	11	(15.1)	6	(4.7)	1	(2.4)	<0.001
1~20件	52	(71.2)	61	(47.3)	5	(11.9)	
21~40件	7	(9.6)	19	(14.7)	6	(14.3)	
41~200件	3	(4.1)	36	(27.9)	14	(33.3)	
200件以上	0	(0.0)	7	(5.4)	16	(38.1)	
外国人患者の来院目的 (複数回答)	65		141		58		
外来	61	(93.8)	126	(89.4)	53	(91.4)	0.576
急患・救急	23	(35.4)	95	(67.4)	53	(91.4)	<0.001
入院	7	(10.8)	82	(58.2)	47	(81.0)	<0.001
健診・検診・人間ドック	14	(21.5)	31	(22.0)	14	(24.1)	0.931
検査	6	(9.2)	44	(31.2)	28	(48.3)	<0.001
手術	1	(1.5)	43	(30.5)	31	(53.4)	<0.001
医療相談	1	(1.5)	5	(3.5)	5	(8.6)	0.170
その他	0	(0.0)	4	(2.8)	2	(3.4)	—
使用言語 (複数回答, 上位6位)	65		140		57		
英語	48	(73.8)	111	(79.3)	53	(93.0)	0.021
中国語	42	(64.6)	106	(75.7)	41	(71.9)	0.256
日本語	22	(33.8)	65	(46.4)	36	(63.2)	0.005
朝鮮・韓国語	7	(10.8)	38	(27.1)	21	(36.8)	0.003
ポルトガル語	5	(7.7)	25	(17.9)	23	(40.4)	<0.001
タガログ語	3	(4.6)	27	(19.3)	17	(29.8)	0.001
受け入れ可能な言語 (複数回答, 上位6位)	69		134		60		
英語	32	(46.4)	76	(56.7)	39	(65.0)	0.101
中国語	9	(13.0)	34	(25.4)	15	(25.0)	0.110
朝鮮・韓国語	2	(2.9)	25	(18.7)	11	(18.3)	0.006
ポルトガル語	1	(1.4)	13	(9.7)	16	(26.7)	<0.001
ベトナム語	0	(0.0)	14	(10.4)	3	(5.0)	0.005
外国語での円滑な対応は不可	33	(47.8)	44	(32.8)	14	(23.3)	0.012
外国人患者の在留資格 (目的) (複数回答)	66		141		55		
日本在住の外国人住民	50	(75.8)	121	(85.8)	49	(89.1)	0.094
観光目的で来日した外国人	13	(19.7)	44	(31.2)	35	(63.6)	<0.001
就労・研修生	20	(30.3)	23	(16.3)	3	(5.5)	0.001
治療・検査目的で来日した外国人	0	(0.0)	7	(5.0)	8	(14.5)	0.003
その他	1	(1.5)	1	(0.7)	1	(1.8)	—
日本語ができない患者・家族への対応 (複数回答)	70		145		60		
患者が連れてきた通訳者を利用する。	59	(84.3)	124	(85.5)	52	(86.7)	0.929
わかる範囲の日本語と英語を使ってなんとかやりとりする。	35	(50.0)	98	(67.6)	40	(66.7)	0.035
病院内で外国語のできるスタッフに依頼する。	15	(21.4)	69	(47.6)	48	(80.0)	<0.001
多言語の問診票など翻訳されたツールを利用する。	5	(7.1)	28	(19.3)	16	(26.7)	0.012
外部の団体に通訳者の派遣を依頼する。	3	(4.3)	29	(20.0)	23	(38.3)	<0.001
自分の病院で雇用している通訳者を利用する。	0	(0.0)	6	(4.1)	11	(18.3)	<0.001
通訳・翻訳アプリ・契約 (通訳者, 電話, システム)	0	(0.0)	14	(9.7)	7	(11.7)	0.004
原則, 日本語が話せない外国人の診療は受け入れていない。	2	(2.9)	2	(1.4)	0	(0.0)	0.534
その他	1	(1.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	—
患者が連れてくる通訳者 (複数回答)	59		123		51		
日本語ができる家族 (大人)	25	(42.4)	86	(69.9)	41	(80.4)	<0.001
日本語ができる家族 (こども)	5	(8.5)	28	(22.8)	19	(37.3)	0.001
(派遣) 会社の通訳者	26	(44.1)	62	(50.4)	16	(31.4)	0.071
友人・知人	17	(28.8)	71	(57.7)	42	(82.4)	<0.001
その他	12	(20.3)	16	(13.0)	9	(17.6)	—

a) χ^2 検定または Fisher の直接確率検定

表2 病床規模別医療通訳者ニーズ

医療通訳者ニーズの項目\病床規模	小病院		中病院		大病院		P ^{a)}
	n	件 (%)	n	件 (%)	n	件 (%)	
患者が連れてくる通訳者は正確に通訳をしていると思いますか？	60		118		38		
はい	40	(66.7)	69	(58.5)	17	(44.7)	0.188
いいえ	20	(33.3)	46	(39.0)	20	(52.6)	
両方/ケースによる	0	(0.0)	3	(2.5)	1	(2.6)	
医療通訳者の利用が診療報酬で認められたら利用しますか？	19		51		13		
はい	6	(31.6)	39	(76.5)	12	(92.3)	<0.001
いいえ	13	(68.4)	12	(23.5)	1	(7.7)	
(再掲)	71		144		57		
はい	6	(8.5)	39	(27.1)	12	(21.1)	0.001
いいえ	13	(18.3)	12	(8.3)	1	(1.8)	
わからない	52	(73.2)	93	(64.6)	44	(77.2)	
外国人患者を受け入れるためには、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と思いますか？	70		144		56		
必要と思う	53	(75.7)	122	(84.7)	53	(94.6)	0.014
必要と思わない	17	(24.3)	22	(15.3)	3	(5.4)	
専門の通訳者が必要と思う理由は？(複数回答)	53		122		53		
医療リスクを低減するため	43	(81.1)	109	(89.3)	50	(94.3)	0.094
コミュニケーションを円滑にするため	38	(71.7)	102	(83.6)	43	(81.1)	0.188
インフォームド・コンセントを徹底するため	29	(54.7)	103	(84.4)	45	(84.9)	<0.001
地域における公衆衛生上の問題に対応するため	12	(22.6)	32	(26.2)	20	(37.7)	0.180
人道的な配慮をするため	17	(32.1)	52	(42.6)	21	(39.6)	0.423
その他	0	(0.0)	6	(4.9)	1	(1.9)	—
専門の通訳者が必要と思わない理由は？(複数回答)	17		22		3		
患者が連れてくる通訳者で十分に対応できるから	14	(82.4)	14	(63.6)	2	(66.7)	0.428
今までに問題がなかったから/困ったことがなかったから	9	(52.9)	13	(59.1)	2	(66.7)	0.893
専門の医療通訳者を採せないから/情報がないから	1	(5.9)	2	(9.1)	0	(0.0)	1.000
医療費がかかるから	1	(5.9)	1	(4.5)	0	(0.0)	1.000
その他	1	(5.9)	7	(31.8)	0	(0.0)	—

a) χ^2 検定または Fisher の直接確率検定

272病院のうち69.5%であった。「わからない」以外の83病院のうち利用すると考えている病院は、68.7%であった。病床規模別では小病院が31.6%、中病院は76.5%、大病院は92.3%で、中・大病院が小病院に比べて多かった ($P<0.001$) (表2)。診療報酬による医療通訳者利用に関する考えと来院目的および医療通訳者の利用経験との関連では、急患・救急 ($P=0.003$)、入院 ($P<0.001$)、検査 ($P=0.025$)、手術 ($P<0.001$) を受け入れている病院は「利用する」が「利用しない」よりも多く、派遣または病院通訳者で対応している病院は「利用する」が100.0%であった ($P<0.001$) (表3)。

一方、外国人患者を受け入れるためには、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と考えている病院は270病院のうち84.4%であった。病床規模別では小

病院が75.7%、中病院は84.7%、大病院は94.6%であった ($P=0.014$) (表2)。必要と思う理由は、「医療リスクを低減するため」が81.1%~94.3%の範囲で最も多く ($P=0.094$)、次いで「コミュニケーションを円滑にするため」が71.7%~83.6%の範囲であった ($P=0.188$)。「インフォームド・コンセントを徹底するため」は中・大病院が小病院に比べて多かった ($P<0.001$)。逆に、専門の訓練を受けた医療通訳者は必要と思わないと考えている病院は270病院のうち15.6%で、病床規模別では小病院が24.3%と中・大病院に比べて多かった。必要と思わない理由は「患者が連れてくる通訳者で十分に対応できるから」が63.6%~82.4%の範囲で最も多く、次いで「今までに問題がなかったから/困ったことがなかったから」が52.9%~66.7%の範囲であっ

表3 診療報酬による医療通訳者利用に関する考えと来院目的および医療通訳者利用経験との関連

	N	医療通訳者の利用が診療報酬で認められたら利用しますか？		P ^{a)}
		はい 件 (%)	いいえ 件 (%)	
外国人患者の来院目的 (複数回答)	79			
外来	74	51(68.9)	23(31.1)	0.324
急患・救急	49	39(79.6)	10(20.4)	0.003
入院	42	38(90.5)	4(9.5)	<0.001
健診・検診・人間ドック	21	13(61.9)	8(38.1)	0.595
検査	30	25(83.3)	5(16.7)	0.025
手術	27	26(96.3)	1(3.7)	<0.001
医療相談	3	3(100.0)	0(0.0)	0.547
日本語ができない患者への 対応方法 (複数回答)	81			
派遣または病院通訳者を 利用している	26	26(100.0)	0(0.0)	<0.001
利用していない	55	29(52.7)	26(47.3)	

a) Fisher の直接確率検定

た。専門の訓練を受けた医療通訳者の必要性に関する考えと来院目的および医療通訳者利用経験との関連は、急患・救急 ($P=0.006$)、入院 ($P<0.001$)、検査 ($P=0.001$)、手術 ($P<0.001$) を受け入れている病院は、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と考えている病院が多く、派遣または病院通訳者で対応している病院は「利用する」が94.0%と多かった ($P=0.011$) (表4)。

4. 外国人患者との間で言葉の問題によるインシデントの報告事例と影響度 (表5)

外国人患者と言語の問題によるインシデントが報告されたことがある病院は、274病院のうち13病院 (4.7%) で17事例あった (表5)。インシデントの影響度レベルは0, 1, 2, 5で、傷害のレベルはなし、軽度、死亡であった。レベル0は「MRI検査の前に体内に金属がないことを確認していたが、直前になって体内に金属があるという曖昧な答えがかえってきて安全のためMRIは中止となった」を含む3事例、レベル1は患者への実害はないが何らかの影響を与えた可能性は否定できないレベルで、「入院患者の行動の確認不足による無断離院」や「入院患者の理解度の確認不足による点滴自己抜去」を含む9事例、レベル2は処置や治療は行わないが安全確認の検査などの必要性が生じたレベルで、「妊婦と助産師とコミュニケーションが全くとれず

表4 専門の訓練を受けた医療通訳者の必要性に関する考えと来院目的および医療通訳者利用経験との関連

	N	外国人患者を受け入れるためには、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要だと思いますか？		P ^{a)}
		はい 件 (%)	いいえ 件 (%)	
外国人患者の来院目的 (複数回答)	254			
外来	232	196(84.5)	36(15.5)	1.000
急患・救急	162	145(89.5)	17(10.5)	0.006
入院	130	121(93.1)	9(6.9)	<0.001
健診・検診・人間ドック	57	48(84.2)	9(15.8)	1.000
検査	76	73(96.1)	3(3.9)	0.001
手術	73	71(97.3)	2(2.7)	<0.001
医療相談	11	10(90.9)	1(9.1)	1.000
日本語ができない患者への 対応方法 (複数回答)	264			
派遣または病院通訳者を 利用している	67	63(94.0)	4(6.0)	0.011
利用していない	197	160(81.2)	37(18.8)	

a) Fisher の直接確率検定

墜落分娩」の1事例、レベル5は「死亡時の訴訟」の1事例、その他が3事例であった (表5)。病床規模別では、小病院は0事例、中病院はレベル0が1事例、レベル1が4事例、レベル2が1事例、レベル5が1事例、その他が2事例、大病院はレベル0が2事例、レベル1が5事例、その他が1事例であった (表5)。インシデントは、中病院が8病院、大病院が5病院で、外来、急患・救急などを受けている病院、過去1年間の外国人受入件数が20件以下または40件以下と少ない病院からも報告されていた (表5)。13病院のうち7病院 (61.5%) が派遣または病院通訳者とアドホック通訳者を組み合わせて利用しており、8病院 (53.8%) は診療報酬が認められたら医療通訳サービスを利用すると回答していた。

IV 考 察

1. 外国人患者受入実績の観点からの医療通訳者ニーズ

小病院は、外国人患者数は年間20件以下と少なく、外国人住民や就労・研修生など地域住民を対象に外来中心で受け入れており、地域密着型という特徴があった。外国語での円滑な対応ができない病院が多くわかる範囲の日本語や英語で対応しているにも関わらず、診療報酬が認められても医療通訳者を利用すると考えている病院はわずか31.6%であり、

表5 外国人患者と言葉の問題によるインシデントの報告事例と影響度

影響度 レベル ^{a)}	傷害の 継続性	傷害の 程度	傷害の内容	報告事例	病院 区分	外国人患者 受入実績 ^{b)}	来院目的 ^{c)}
0	—	—	エラーや医薬品・医療器具の不具合がみられたが、患者には実施されなかった	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導 勝手に粉ミルクを買ってきて新生児に飲ませようとしていた。 MRI 検査の前に体内に金属がないことを確認していたが、直前になって体内に金属があるという曖昧な答えがかえってきて安全のためMRIは中止となった。 	大 中 大	200～ ～120 ～40	外・入・手・急・検 外・入・手・急 外・入・手・急
1	なし	患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の行動の確認不足による無断離院 入院患者の理解度の確認不足による点滴自己抜去 入院患者とのコミュニケーション不足による患者の暴力 入院患者へのコミュニケーション不足による薬物の渡し忘れ 手術の必要性などを説明したが、通訳者がどのように理解して患者に説明していたかが不明で、治療がスムーズに実施できなかった。 日本語が理解できていると思っていた患者が自身の症状や、今後の治療スケジュールに対して全くわかっていなかったことが、医療通訳者が介入し、説明を行っていた際に判明した。 胆のう炎 PTGBD カテ留置中の中国人女性患者。日本語が全く話せず、疾患に対する理解不足や治療に対する不安が強くなり無断離院をしようとしたところを発見された。激しく抵抗し、壁に頭をぶつけたり、PTGBD カテを自分で抜去しようとしたが、主治医から説得された。入院の継続は困難ということでカテーテルを抜去し退院され中国に帰国された。 英語が母語の患者が痛みを訴えて受診。鎮痛剤を三日分処方された。患者は、「1週間以上の鎮痛剤と抗生物質を希望していた」と院外薬局に行ったのだが、希望通りの薬剤と量が出ておらず、午後病院に戻って来られた。「診察の中でも、医師にそう言ったはずだ」と憤慨。診察料、処方料の返金を求められた。医師は鎮痛剤を三日分処方しその経過を見て必要と思われる検査をする、と説明したとのこと。コミュニケーションエラーと、国による医療概念の差違から生じた事例。 中国国籍の方で、入院していた際、車イスから転倒したが、ナースコールを押されず、床に横たわったままだった。（ナースコールの押し方を説明し、ためしに押すこともできていたが、正しい使い方まで理解できなかった模様） 	大 大 大 大 中 大 中 中 中	・ ・ ・ ・ ・ 200～ ～40 ～60 200～	・ ・ ・ ・ 外・入・手・急・検 外・入・手・急・健 外・入・手・急 外・入・手・急	
2	なし	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）	<ul style="list-style-type: none"> 妊婦と助産師とコミュニケーションが全くとれず墜落分娩 	中	～120	外・入・手・急
5	死亡	死亡	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)	<ul style="list-style-type: none"> 死亡時の訴訟 	中	～40	外・入・急
その他				<ul style="list-style-type: none"> ロシア人が診察行為に不満を抱き、怒り出して椅子を投げようとした。そのため警察に通報した。 通訳者が通訳した「望む手術」と患者本人が「望む手術」が異なった。手術後に明らかになったが、本人の夫は納得していた。 市内在勤のアジア圏出身外国人が来院。日本語、英語ともに話せず、意思疎通不可能な状態で問診や説明が満足に行えなかった。不安に感じたためか患者が興奮し泣き出す事態となった。勤務先に連絡し、通訳の方が来て下さったため、以後は問題なく受診できた。仕事中的けが、病気であれば来院時から通訳の付き添いがあったと思われるが、単独で受診されたためこのような事態となった。 	中 大 中	～20 ・ ・	外・急 外・急・健 外・急

a) 国立大学附属病院医療安全管理協議会のインシデント影響度分類（8段階、レベル0～5（死亡）・その他¹⁷⁾、b) 過去1年間の外国人患者受入実績（件数）、c) 外：外来、入：入院、手：手術、急：急患・救急、検：検査、健：健診

医療通訳者ニーズは顕在化していないと考える。これは、患者数が少なく、インフォームド・コンセントの必要性も少なく、かつ、日本語ができる家族や会社通訳など患者が連れてくる通訳者が正確に通訳していると思っている病院が66.7%であることから、必要最低限のコミュニケーションはとれていると考えているのかもしれない。

中病院は小病院に比べて外国人患者数が多く、外国人住民に加えて観光客を、外来、急患・救急、入院、検査、手術で受け入れていた。患者への対応は、患者が連れてくる通訳者を利用する、わかる範囲の日本語と英語を使ってなんとかやりとりする、外国語のできる病院スタッフに依頼することが多く、診療報酬が認められたら医療通訳者を利用している病院は76.5%であった。日本語ができる家族、会社通訳者、友人など患者が連れてくる通訳者は正確に通訳していると思っている病院は58.5%であったが、来院目的からインフォームド・コンセントの徹底が必要なため、より専門的かつ正確な情報を伝えるコミュニケーションが必要で、医療通訳者ニーズは小病院に比べて多いと考える。

大病院は小・中病院に比べて外国人患者数は多く、外国人住民に加えて観光客や治療・検査目的の医療観光客などを、外来、急患・救急、入院、検査、手術で受け入れており、外国人患者の使用言語も多かった。患者への対応は、患者が連れてくる通訳者を利用する、外国語のできる病院スタッフに依頼する、わかる範囲の日本語と英語を使ってなんとかやりとりする、外部の団体に通訳者派遣を依頼する、多言語ツールを使用するなど複数の方法を使っており、診療報酬が認められたら医療通訳者を利用している病院は92.3%で最も多かった。日本語ができる家族や友人など患者が連れてくる通訳者は正確に通訳をしていると思っている病院は44.7%で小・中病院に比べて少なかった。これらのことから、大病院は受け入れている外国人患者や来院目的の多様性、病院機能の専門性からより専門的かつ正確な情報が必要で、医療通訳者ニーズは多く、より顕在化していると考えられる。

2. リスクマネジメントの観点からの医療通訳者ニーズ

本研究では、外国人患者を受け入れるためには、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と考えている病院は、小病院が75.7%、中病院が84.7%、大病院が94.6%であった。必要と思う理由は「医療リスクを低減するため」が小病院が81.1%、中病院が89.3%、大病院が94.3%で最も多く、小・中・大病院においてリスクマネジメントの観点からは専門の

訓練を受けた医療通訳者が必要と考えていることが明らかになった。しかし現状では、小・中・大病院ともに患者が連れてきたアドホック通訳者を利用している病院が80%以上あり、小・中病院においてはアドホック通訳者が正確に通訳していると思っている病院が50%以上であった。永田ら¹³⁾のブラジル人対象にした調査では、家族など患者が連れてくるアドホック通訳者が患者や医師の言葉をすべて伝えていないこと、医師が発していない言葉を患者に伝えていたこと、言葉を省略する、適当にしていたこと、自分の意見を加えて伝えていたことが語られており、アドホック通訳者を利用するときの危険性が報告されている。海外でも家族など訓練を受けていないアドホック通訳者を利用するリスクは多く報告されている^{11,21~23)}。アドホック通訳者の通訳の正確性に関する実証研究^{7,8)}では、アドホック通訳者は訓練を受けた通訳者に比べて通訳ミスが多く、臨床結果に悪影響を及ぼす通訳ミスの頻度が有意に多いことが報告されている。Grayら²³⁾の文献レビューによるアドホック通訳者利用時の倫理的問題には、守秘義務と個人情報保護の保護、慎重を要する話し合いの困難さ、家族の力関係の変化、子どもを通訳者として利用したときの悪影響、家族の意向や優先順位の影響などが含まれている。本研究では日本語ができる家族や子どもを利用している病院は、中・大病院が小病院に比べて多かった。子どもは病気や治療の内容を完全に理解し、家族に正確に伝えるための知識がなく、慎重を要する質問や悪いニュースに困惑するとされ²⁴⁾、CLASには子どもを通訳者として利用することは避けるように明記されている²⁵⁾。これらのことから、日本国内でも医療従事者は患者が連れてくる家族や子どもなどアドホック通訳者を利用するリスクを認識して対応しなければならないと考える。

本研究では、中・大病院に言葉の問題によるインシデント事例が報告されていた。報告されたインシデント事例は、いずれも医療者から外国人患者への一方通行の説明になってしまい、患者の理解度に合わせた説明ができていなかったこと、説明後の患者の理解度の確認ができていなかったこと、コミュニケーションが十分にとれなかったことが、患者の自己判断による治療中断、治療や検査の遅延につながり、患者の軽度な傷害から死亡、患者満足度の低下などの“患者アウトカム”に影響を及ぼしていると考えられる。日本では、Maenoら²⁶⁾が看護ケアにおいて言葉の問題によるインシデントを報告しているが、インシデント影響度レベルで死亡が報告されたのは本研究が初めてである。米国のLEP患者のイ

ンシデント事例を分析した研究¹⁶⁾では障害のレベルは軽度から死亡までで、LEP患者は英語で意思疎通ができる患者に比べて身体的障害があるインシデントの頻度が有意に高く、影響度レベルも高かったことを報告している。この研究は言葉の問題が患者の安全に対するリスクを増大させることを立証しており、病院は言葉の問題がある患者に有能な言語サービスを提供すること、安全に影響を与えるメカニズムを理解できるように有害事象の発生率と特性を測定する必要があるとしている¹⁶⁾。

本研究では、小病院においてインシデント事例は報告されていなかった。医療事故調査報告²⁷⁾によると、病床規模が大きくなるにつれて発生件数が多いことから小病院でのインシデントの発生リスクは中・大病院に比べて低いと考える。他方、医療安全担当の専従医師がいること、医師と看護師や薬剤師などの間での事故の重大さへの意識の差があることなどが報告件数に影響していると指摘されているため²⁷⁾、インシデントが発生していても報告されないことも考えられる。本研究では、過去1年間の外国人患者数が1~20件の病院でもインシデント事例が報告されていることから、外国人患者数が少なくてもインシデントの発生リスクがあり、小・中・大病院において、言葉による問題のリスクマネジメントが必要と考える。Donelanら²⁸⁾はがん専門の医療通訳者を対象に専門研修を行ったところ、がんに関する知識は49%から72%に、臨床試験に関する知識は72%から78%に改善したと報告している。さらに、Flores⁹⁾は専門研修の時間数に言及しており、専門の医療通訳者の中でも100時間以上の訓練を受けた者は受けていない者に比較して有意に臨床結果に影響を及ぼすエラーが少なかったと報告している(2% versus 12%)。そのため、言葉による問題のリスクマネジメントのためには、医療通訳者の専門研修が有効であると考えられる。

他方、本研究では専門の訓練を受けた医療通訳者を必要と思わない病院は小病院24.3%、中病院15.3%、大病院5.4%であった。その理由は「患者が連れてくる通訳者で十分対応できるから」と「今までに問題がなかったから」が多かった。米国では2013年にCLAS国家基準が強化され広範の文化と健康の範囲を定義し、普及につとめている²⁵⁾。しかし、アドホック通訳者を利用している医師は多く²⁹⁾、医師の中にはLEP患者に専門の医療通訳者を利用しなければケアの質に悪影響を及ぼす可能性があるという認識にも関わらず、通訳者なしで安易に“なんとかすませている (getting by)”ことが明らかになっている^{30,31)}。専門の医療通訳者を利用し

ないこととして、患者中心のコミュニケーションや治療ができないこと³²⁾、LEP患者群のインシデントと検査費用がEnglish Proficiency (以下、EPと略す)患者に比べて高いこと³³⁾、終末期医療の質が低くなること³⁴⁾、LEPとEPの子どもの術後疼痛アセスメントには差があること³⁵⁾、在院日数が長くなること³⁶⁾などが報告されている。逆に、専門の医療通訳者を利用するメリットとして、LEP患者と医療従事者の満足度が高くなること³⁷⁾、ケアの質があがること⁶⁾、継続受診など医療サービス⁶⁾や乳がんと子宮頸がんの検診など予防サービスの利用が多くなること^{11,33,38)}など、治療や予防行動が積極的になることが報告されている。アメリカ医師会では医師と患者間のコミュニケーションや信頼の改善だけでなく、時間や欲求不満、無駄な検査を減らすことができる“必要な経費”として専門の医療通訳者を利用するようになってきた³⁹⁾。日本における短期間滞在のロシア人女性で糖尿病患者の症例⁴⁰⁾では、患者は日本語が話せなかったため、患者の友人が日本語から英語へ、患者の姉が英語からロシア語へ通訳した。患者の姉も友人も通訳の訓練を受けたことはなく医療関係者でもないため、医療スタッフは患者に説明が正確に伝わったかどうか心配で、言葉の問題は効果的な糖尿病管理の支障となるため、医療者は医療通訳者を使わないリスクを知る必要があると考察している⁴⁰⁾。これらのことから、外国人患者を受け入れるために専門の訓練を受けた医療通訳者を必要と思わない病院は、アドホック通訳者を利用するリスクを認識していない、または、認識していても患者数が少ないのでその場しのぎでなんとかやっている、外国人患者が少ないとインシデントは発生しないと思っている、患者中心のコミュニケーションができていない、などのリスクが潜んでいるかもしれない。

本研究では、医療通訳者の利用が診療報酬で認められたら利用すると考えている病院は83病院のうち68.7%であり、「わからない」と回答した病院は272病院のうち69.5%であった。他方、外国人患者を受け入れるためには、専門の訓練を受けた医療通訳者が必要と考えている病院は270病院のうち84.4%であり、医療通訳者ニーズの理想と現実にはギャップがあることが明らかになった。このようなギャップが生じるのは、外国人患者数や来院目的、使用言語の種類、インシデントの経験、訓練を受けた医療通訳者へのアクセス、診療報酬での医療通訳者利用を考えたことがないなどが影響しているのではないかと考える。本研究では、派遣や雇用された通訳者を利用したことがある病院は、診療報酬が認められ

ば専門の通訳者を利用したいと考えている割合が多かった。訓練を受けた専門の医療通訳者の利用は医療従事者の満足度をあげる³⁷⁾ことから、これらの病院は訓練を受けた医療通訳者の有用性を認識していると考えられる。しかし、日本の現状では医療通訳者を育成する機関は少なく、通訳者の質に関する基準や教育法なども統一化されていないため、専門の訓練を受けた医療通訳者に容易にアクセスできる環境は整備されていない。国の事業として外国人患者の円滑な受入れを推進する「外国人患者受入れ医療機関認証制度」⁴¹⁾や英語と中国語を対象に医療通訳者として必要な知識と技能のレベルを評価、認定する医療通訳技能認定試験⁴²⁾などに取り組んでおり、医療通訳者普及拡大が期待される。

本研究では質問紙の回収率は31.9%であった。この回収率は日本医療機能評価機構認定病院を対象にした調査⁴³⁾の回収率54%に比べて低かったが、外国人受入実績や来院目的において本研究の結果と同様の傾向がみられた。本研究では医療通訳者ニーズ、外国人患者との言葉の問題によって発生したインシデント報告事例を病床規模別に示している点に新規性があり、地域における外国人医療の安全と質、公衆衛生の観点から重要であると考えられる。今後、施設数を増やしてリスクマネジメントの観点から外国人患者受入実績と対応について調査する必要がある。

Ⅵ 結 語

本研究結果から、病床規模別の医療通訳者ニーズが明らかになった。外国人患者受入実績の観点からは、小病院は外国人患者数は少なく、外来中心に地域の外国人住民を受け入れており、医療通訳者ニーズは顕在化していないことがわかった。中病院は外国人患者数は小病院に比べて多く、外来、入院、急患・救急を中心に外国人住民を受け入れており、医療通訳者ニーズは小病院に比べて多いことがわかった。大病院では外国人患者受入数は多く、外来、入院、救急・急患、手術、検査で外国人住民に加えて観光客や医療観光客を受け入れており、使用言語の種類も多く、医療通訳者ニーズは多いことがわかった。リスクマネジメントの観点からは、過去1年間の外国人患者受入件数が20件以下と少なくとも外来と急患を受け入れている病院において言葉の問題によるインシデントが報告されていること、回答病院の80%以上が医療リスクを低減するために、訓練を受けた医療通訳者が必要であると考えていることから、小病院、中病院、大病院において、言葉の問題が患者の安全を脅かすリスクがあり、訓練を受けた医療通訳者のニーズがあることが示唆された。

お忙しいところ、本調査にご協力くださいましたご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

本研究は平成27年度静岡県立大学教員特別研究推進費(独創的・先進的研究)「外国人患者の診療環境整備の推進」の支援を得て実施しました。

本研究において、開示すべきCOI状態はありません。

(受付 2017. 2. 5)
(採用 2017. 9. 21)

文 献

- 1) 法務省. 平成27年末現在における在留外国人数について(確定値). 2016. http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00057.html (2016年10月4日アクセス可能).
- 2) 法務省. 平成27年における外国人入国者数及び日本人出国者数について(確定値). 2016. http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00056.html (2016年10月4日アクセス可能).
- 3) U. S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Executive Summary. 2001. <https://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf> (2012年10月1日アクセス可能).
- 4) Bustillos D. Limited English proficiency and disparities in clinical research. *J Law Med Ethics* 2009; 37(1): 28-37.
- 5) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005; 62(3): 255-299.
- 6) Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* 2007; 42(2): 727-754.
- 7) Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 2003; 111(1): 6-14.
- 8) Flores G, Abreu M, Barone CP, et al. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 2012; 60(5): 545-553.
- 9) Harsham P. A misinterpreted word worth \$71 million. *Medical Economics* 1984; 61(5): 289-292.
- 10) Wilson CC. Patient safety and healthcare quality: the case for language access. *Int J Health Policy Manag* 2013; 1(4): 251-253.
- 11) Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D, et al. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *J Gen Intern Med* 2001; 16(7): 468-474.
- 12) Hamai T, Nagata A. Physician attitudes toward communicating with foreign patients in Japan. *Health Behav Policy Rev* 2014; 1(4): 290-301.
- 13) 永田文子, 濱井妙子, 菅田勝也. 在日ブラジル人が

- 医療サービスを利用する時のわか通訳者に関する課題. 国際保健医療 2010; 25(3): 161-169.
- 14) Okamoto S, Kawahara K, Algren M. Transformative possibilities of communication in medical error cases in Japan. *Int J Qual Health Care* 2011; 23(1): 26-35.
 - 15) 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部. 医療事故情報収集等事業 平成27年 年報. 2016. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2015.pdf (2017年5月26日アクセス可能).
 - 16) Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, et al. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(2): 60-67.
 - 17) 日本医療安全調査機構. 医療事故調査・支援センター「医療事故報告等に関する報告書」一制度開始1年の動向—(平成27年10月~平成28年9月) 数値版. 2016. <https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/houkoku-su.pdf> (2017年5月26日アクセス可能).
 - 18) 長谷川友紀, 藤田 茂, 城川美佳, 他. 医療事故の経験と原因究明体制に関する調査研究. 日本医療マネジメント学会雑誌 2006; 7(3): 404-409.
 - 19) 全国自治体病院協議会. 自治体病院検索. <https://www.jmha.or.jp/jmha/inst/> (2015年1月23日アクセス可能).
 - 20) 国立大学附属病院長会議常置委員会医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版). 2012. http://www.univ-hosp.net/guide_cat_04_15.pdf (2015年1月26日アクセス可能).
 - 21) Ebdon P, Carey OJ, Bhatt A, et al. The bilingual consultation. *Lancet* 1988; 1(8581): 347.
 - 22) Flores G. Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in health care. *J Pediatr* 2000; 136(1): 14-23.
 - 23) Gray B, Hilder J, Donaldson H. Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members? *Aust J Prim Health* 2011; 17(3): 240-249.
 - 24) Levine C. Use of children as interpreters. *JAMA* 2006; 296(23): 2802.
 - 25) Koh HK, Gracia JN, Alvarez ME. Culturally and Linguistically Appropriate Services: advancing health with CLAS. *N Engl J Med* 2014; 371(3): 198-201.
 - 26) Maeno M, Sakuyama M, Motoyama S, et al. Japanese nurses' views of perioperative management of foreign patients in Osaka. *Journal of International Health* 2011; 26(4): 273-280.
 - 27) 長尾能雅. 平成28年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 総括研究報告書 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究(研究代表者 長尾能雅) 2017.
 - 28) Donelan K, Hobrecker K, Schapira L, et al. Medical interpreter knowledge of cancer and cancer clinical trials. *Cancer* 2009; 115(14): 3283-3292.
 - 29) Patel DN, Wakeam E, Genoff M, et al. Preoperative consent for patients with limited English proficiency. *J Surg Res* 2016; 200(2): 514-522.
 - 30) Diamond LC, Schenker Y, Curry L, et al. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med* 2009; 24(2): 256-262.
 - 31) Schenker Y, Pérez-Stable EJ, Nickleach D, et al. Patterns of interpreter use for hospitalized patients with limited English proficiency. *J Gen Intern Med* 2011; 26(7): 712-717.
 - 32) Karliner LS, Hwang ES, Nickleach D, et al. Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Educ Couns* 2011; 84(2): 223-228.
 - 33) Hampers LC, McNulty JE. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(11): 1108-1113.
 - 34) Silva MD, Genoff M, Zaballa A, et al. Interpreting at the end of life: a systematic review of the impact of interpreters on the delivery of palliative care services to cancer patients with limited English proficiency. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51(3): 569-580.
 - 35) Jimenez N, Jackson DL, Zhou C, et al. Postoperative pain management in children, parental English proficiency, and access to interpretation. *Hosp Pediatr* 2014; 4(1): 23-30.
 - 36) Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, et al. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1294-1299.
 - 37) Bagchi AD, Dale S, Verbitsky-Savitz N, et al. Examining effectiveness of medical interpreters in emergency departments for Spanish-speaking patients with limited English proficiency: results of a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2011; 57(3): 248-256.e4.
 - 38) Dang J, Lee J, Tran JH, et al. The role of medical interpretation on breast and cervical cancer screening among Asian American and Pacific Islander women. *J Cancer Educ* 2010; 25(2): 253-262.
 - 39) Gadon M. Trained interpreters: A necessary expense. 2007. <http://www.ama-assn.org/amednews/2007/12/03/prca1203.htm> (2012年6月14日アクセス可能).
 - 40) Kishimoto M, Noda M. Factors complicating the diabetes management of visitors to Japan: advices from a Japanese National Center for overseas medical staff. *J Med Invest* 2016; 63(1-2): 15-18.
 - 41) 日本医療教育財団. 外国人患者受入医療機関認証制度. <http://jmip.jme.or.jp/> (2016年8月23日アクセス可能).
 - 42) 日本医療教育財団. 技能審査認定 医療通訳技能認定試験【専門/基礎】. <https://www.jme.or.jp/exam/sb/index.html> (2017年4月10日アクセス可能).
 - 43) 遠藤弘良. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 総括・分担報告書 国際医療交流(外国人患者の受入れ)に関する研究(研究代表者 遠藤弘良) 2014. http://www.twmu.ac.jp/Basic/int-trop/_userdata/sympo_h25.pdf (2017年4月10日アクセス可能).

The need for medical interpreters: a questionnaire survey of municipal hospitals in Japan

Taeko HAMAI*, Ayako NAGATA^{2*} and Hiroaki NISHIKAWA*

Key words : medical interpreters, foreign patients, risk management, incidents, patient safety, Japan municipal hospitals

Objectives This study aimed to investigate the need for medical interpreters, in relation to hospital size, the number of foreign patients accepting, and risk management in municipal hospitals in Japan.

Methods In 2016, we conducted a questionnaire survey at 894 municipal hospitals in Japan. The questionnaire included hospital characteristics, the number of foreign patients, the need for medical interpreters, and the respondents' background. We used the incident classification of the Safety Management Council of National University Hospitals (0–5 levels and others). We applied pairwise analysis to hospital size: small hospitals (20–99 beds), medium hospitals (100–399 beds), and large hospitals (400 or more beds).

Results The response rates of the small, medium, and large hospital were 30.1%, 32.5%, and 32.8%, respectively. The percentage of hospitals that had accepted foreign patients over the previous year ranged from 84.9% to 97.6%, a higher with larger hospitals. Larger hospitals attended to emergencies, hospitalization, and surgical patients more frequently than the smaller hospitals. Hospital staff who communicated with non-Japanese-speaking foreign patients via *ad-hoc* interpreters accompanying the patients ranged from 84.3% to 86.7% in larger hospitals. Of the staff at small, medium, and large hospitals, 66.7%, 58.5%, and 44.7%, respectively, considered the interpretations of the *ad-hoc* interpreters accompanying the patient to be accurate. Of the small, medium, and large hospitals, 31.6%, 76.5% and 92.3% claimed that they would use interpreting services if the interpretation costs were covered by the National Health Insurance System ($P < 0.001$). When foreign patients are accepted, 75.7%, 84.7% and 94.6% of small, medium and large hospitals require trained medical interpreters, respectively ($P = 0.014$). Hospital staff reporting that the most common reason for using an interpreter was to reduce medical risks ranged from 81.1% to 94.3%. Of the 274 hospital staff surveyed, 4.7% had experiences of incidents due to the language barriers when dealing with foreign patients. The incident classification was as follows: 3 cases with Impact Level 0, including MRI withdrawal; 9 cases with Level 1, including unauthorized discharge and self-extraction of an in-travenous drip; 1 case of precipitate labor; 1 case of Level 5 death; and 3 other cases. Small hospitals have not been reporting incidents, but larger hospitals, despite the small number of foreign patients, have been reporting incidents.

Conclusion Large or medium-sized hospitals need medical interpreters more than smaller hospitals because of the greater number of foreign patients being attended to, and diversity and complexity of reasons for seeking hospital services. Our results suggest that language barriers when dealing with foreign patients are a threat to patient safety. The majority of the responding Japanese municipal hospitals believe that they require trained language interpreters to improve risk management.

* School of Nursing, University of Shizuoka

^{2*} Chiba University Graduate School of Nursing, Doctoral candidate, Japan