

○高崎医療国際展開推進室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、御多忙のところ、本検討会に御出席いただき、まことにありがとうございます。

本日は、相川構成員、河口構成員から欠席及び代理出席の御希望をいただいております。

また、松本構成員、井本構成員、大磯構成員がおくれられております。

参考資料①の開催要綱にありますとおり、団体を代表して参加している構成員がやむを得ず欠席し、代理出席をする場合には、事前に医政局総務課を通じて座長の了解を得た上で当日の会合において承諾を得ることにより、参考人として参加することができるかとさせていただきます。

相川構成員の代理として、Medical Excellence JAPAN事務局主任の呉原参考人、河口構成員の代理として、三重県雇用経済部観光局次長の安保参考人の出席を求められていますが、お認めいただけますでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○高崎医療国際展開推進室長 ありがとうございます。

また、本日は、議題3に関連して、厚生労働科学研究「訪日外国人に対する適切な診療価格に対する研究」研究班から、東京大学大学院医学系研究科医療経済政策学特任教授の田倉参考人に御出席いただいております。

続きまして、オブザーバーといたしまして、内閣官房健康・医療戦略室の水井参事官補佐、総務省国際戦略局の高村室長、経済産業省国際展開推進室の岸本室長、観光庁外客受入担当の山崎専門官に御参加いただいております。

続きまして、お手元の資料を確認させていただきます。

議事次第、座席表のほかに、議事次第に配付資料と書かれておりますとおり、資料1から6及び参考資料1から2となっております。資料の欠落等がございましたら事務局にお申しつけください。

よろしいでしょうか。

それでは冒頭のカメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。

それでは、議事に移りたいと思います。以降の議事運営は座長にお願いします。どうぞよろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆さん、こんにちは。金曜日の夕方ということで、この後の予定がある方も多いかもかもしれませんので、6時までには終わらせたいと思いますので御協力をお願いします。

きょうも、前回に引き続き、議題が盛りだくさんでありまして、大きく3つあります。

「医療通訳や翻訳デバイス等に関する論点整理と今後の方向性について」、この点につきましては、私の時間配分もうまくいきませんので、今回は御発表だけで、御質問あるいは御議論いただく時間がございましたので、きょうはもう少しそこにお時間を配りた

いと思います。

2番目は医療コーディネーター、3番目が診療価格についてということで、いずれも大変重要な議題でありますので、御審議の方よろしくお願いいたします。

それでは、早速議事に入ります。

まず、議題1「医療通訳や翻訳デバイス等に関する論点整理と今後の方向性について」を始めます。

資料1について、事務局より御説明をお願いします。

○永松総務課長補佐 よろしく申し上げます。資料1について説明させていただきます。

1ページ目をごらんください。前回の検討会は1月25日に実施しましたが、厚生労働省から以下の課題を提起させていただきました。

医療通訳に関する主な課題として、1つ目、患者から医療通訳者へのアクセス、具体的に申し上げますと、医療機関からの適切なサービス提供や、医療通訳者の供給の確保が考えられます。また、2点目は質の確保、3番目は費用の問題などが挙げられると考えております。

また、近年の翻訳技術の向上に伴いまして、医療通訳の一部の要素は、デバイス等に代替される可能性があるかと推測します。

また、参考人・構成員の方から以下の御説明をいただきました。

柴沼参考人からは、外国人患者の医療通訳へのアクセス、中田参考人からは、医療通訳に求められる質、森田構成員からは、医療通訳者の派遣団体について御説明いただきました。また、総務省国際戦略局より、翻訳デバイス等について、「グローバルコミュニケーション計画」の取り組み状況を御説明いただきました。

これらの議論を踏まえまして、個別の患者にとって最適な医療を提供するために、どのような適切な医療通訳が提供されるべきか。また、各ステークホルダーはどのような取り組みを行うべきかを議論していただきたいと思っております。

次のページをおめくりください。今後の医療通訳や翻訳デバイス等の今後の方向性につきまして、事務局は以下のとおりに考えておるところでございます。

1つ目、医療機関においては、さまざまな形体の医療通訳や翻訳デバイスのサービス提供がみられる中、各サービスの特徴を理解し、必要とされる場面に応じて、適切なサービスを患者に提供する必要があると思っております。

その考え方の整理としまして、以下にある表や医療機関の特徴というものを御参考いただければと思っております。

2点目、医療通訳者やサービスを提供している各事業者は、それぞれの特徴を生かし、切磋琢磨しながら、質の改善を含む自主的な取り組みが期待されます。

3点目も、日本医師会において、医療通訳の関係者が集まった連絡協議会の場が設定されたとのことで、今後は健全な市場が形成され、利用者にとって有益なサービスが提供されていくことが望ましいと考えます。

また、行政の立場としましては、民間の市場が成り立たない部分等において、引き続き支援していきたいと考えております。

本日、これから議論を始めたいのですが、日本看護協会の井本構成員からメッセージを承っておりますので、代理で申し上げたいと思います。

まず、資料1の6ページ目につきまして、医療通訳の種別を見ますと、臨床現場の看護師等に今後利用拡大されるのは翻訳デバイスと考えられる。いつでも、どこでもという場にかかわる機会が多いのは看護師と想定される。

また、前回の議論に続く医療通訳に求められる質の議論にも関係するが、翻訳デバイスの活用拡大において想定される課題も同時に整理をお願いしたい。例えば、デバイス種別による翻訳の質に関する情報やより適切な翻訳となるような使用方法の普及、現場にデバイスが設置されるように誘導する対策など。

以上でございます。

○遠藤座長 よろしいですか。

前回の医療通訳関係の議論といいますか、それぞれの関係者の方からの御発表をまとめて、振り返りをさせていただきました。

前回は、先ほど申しあげましたように、皆様方から御質問を受ける時間がありませんでした。ただ、きょうは前回、参考人としていらっしゃった方がいらっしゃらないこともあるのですけれども、何か議論を始める前に、あるいはコメントいただく前に、ここだけはどうしても聞いておきたいとか確かめておきたい点がございましたらば、お願いいたします。

よろしいですか。

今回のこの検討会では、さまざまな場で医療通訳の問題は議論されてきておりますので、皆様方、御存じのことかと思えます。

それでは、事務局からの期待にもありますように、主に今、御説明いただいた資料の1ページ目の医療通訳に関する主な課題というところが議論の中心になるかと思えます。視点としては、まさに今、井本構成員からのコメントにもありましたようにアクセスの話でありますとか、質の問題、費用の問題、その他翻訳技術の問題などいろいろとあるわけでございます。それぞれお互いに関連はしていますが、まずはアクセスという点から、何かコメントあるいはこうしたほうが良いなど、御議論や御意見がありましたらお願いいたします。

森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。全国医療通訳者協会の森田と申します。

アクセス、ここには①患者から医療通訳者へのアクセスと書いてあるのですが、基本は患者さんが直接、医療通訳者のリストがあり、そこを見て、この通訳に頼みたいという形の直接契約はなるべく回避したほうが良いのかなとは思っています。なぜかという、例えば後々、通訳の内容にお互いそごがあるということが生じたりとか、余りないですけ

れども、病院外で何かかわりを持つようなことがあったりとか、個人的な関係に発展したり、直接もめごとに発展するということも考えられなくはありません。

ですから、通訳を依頼するときは、例えば病院のコーディネーター経由とかエージェン  
ト経由で依頼をする。間に誰かが一枚かんで、依頼をする。会議通訳も同じなのですけれ  
ども、そういった形がいいのかなと思います。

以上です。

○遠藤座長 現場での貴重な御意見をありがとうございます。

今の点について、何か補足といいますか、それぞれの医療機関等での御経験がありまし  
たら、お願いいたします。

岡村構成員。

○岡村構成員 国際医療福祉大学院の岡村でございます。

今の厚労省の研究事業で、全国の医療機関、あとは観光施設、観光事業者の方を回らせ  
ていただいております。

今回のこの検討会は、訪日外国人旅行者の患者さんということで、そういう地域を中心  
に回らせていただいているのですけれども、そういたしますと、アクセス以前に、医療通  
訳資源が全くない。特に外国人旅行者は、これまで外国人の患者さんがいらっしゃらない  
地域に回っているのです、そういうボランティアの通訳者もいらっしゃらないし、あとは翻  
訳ツールの情報も一切お持ちではないし、電話映像通訳も聞いたことはあるのだけれども、  
見たり体験したことは一切なくて、一体私たちはどこから何を始めたらいいのでしょうか  
というお声をよく聞いております。

ですので、特に外国人旅行者ということで考えていきますと、アクセスといっても、ま  
ず基本的なところから、情報からどうやって提供していくか。それがないと、おそらく医  
療機関、それ以外の観光の関係者の方も、自分のところにとってどういう形がいいのかも  
全く見当もつかない状態だなということを感じております。

恐らく、ここにございますように、医療通訳というのはいろいろなものがあって、特に  
人の場合には、時間をかけないと育たないものもあれば、すぐに導入可能なものもあるの  
で、そういう短期的な視点で考えていくのか、長期的な視点で考えていくのか、そういう  
ことも含めて、各地域、各医療機関で検討が必要なのですが、そういう意味での情報もな  
いので、そのあたりのトータル的な情報をどうやって出していくのか。その点が非常に大  
事ではないかと感じております。

長くなりまして済みません。

○遠藤座長 ありがとうございます。

きょうお集まりの構成員の方は、皆さんさまざまなアクセスの方法や医療通訳のサービ  
スがあることは十分に御存じの方々ばかりですけれども、実際の現場、とりわけ最近、観  
光客がこれまで行ったことがないような地域の医療機関の皆様方、あるいは医療関係、観  
光関係の方々、医療通訳のアクセス以前というか、どういうものがあるかということで

す。

小林構成員。

○小林構成員 AMDA国際医療情報センター理事長の小林です。

今、森田さんがおっしゃった患者から医療通訳へのアクセスというところですが、もしも団体契約ということで、日本の医療機関の相当多数がその中に入って、周知ができるのであれば、医療機関をまず通したほうがいいだろうと思います。

私たちのAMDA国際医療情報センターは、NPOで電話通訳を無料でやっておりますが、我々の場合は今、岡村さんがおっしゃったとおりで、いろいろなところから、とんでもないところからでも電話がかかってくる。そういう場合は、患者さんというか外国人の方から直接電話がかかってくる。それに対して、医療機関につなげるということで、中には余り知名度がないものですから、病院で使おうとすると、先生に、どこかよくわからないところと電話で話すのは嫌だといって断られることはあります。

ただ、団体契約でなければ、そういう方法もありなのかなとは思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに、アクセスあるいはアクセス以前の、そもそもいろいろなサービスがあるということ自体をどのように周知していただくかが議論として挙がっています。

どうぞ。

○小林構成員 これは森田さんがおっしゃったこととダブリますけれども、医療通訳と患者さんというか電話してくる方が直接つながらない、個人的につながったりとかをしないように、我々のセンターでは、働いている間、別の名前と呼んで、全く本人がわからないようにしています。

狭い言語になりますと、下手をすると誰が通訳をしているかわかったりとか、いろいろなことがありますので、私も責任者として、働いてくださっている方々のプライバシーを守らなければならないので、そういうことには物すごく気を遣ってやっています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森田構成員、どうぞ。

○森田構成員 ありがとうございます。

やはり今までは、この間、お話し申し上げたように、外国の方は大都市に集まってこられていたのです。それが今、観光や短期滞在、研修、語学学校の学生だったりということで、散在化というか、どこに行ってもいらっしゃるということが起きています。

そういったときに、パブリックヘルス的にも言葉の壁があってはいけなくて、そういった意味では、今、岡村先生がおっしゃってくださったみたいに、いつでもどこでも必要なときに通訳や翻訳へアクセスができるようになるのが目指すところだと思っています。

そのためには、ある程度のトレーニングを1人で個別に受けるというのは無理なので、国際交流協会になり、県単位で言葉が話せる方を集めて、そしてトレーニングをしていく。1つの県で無理ならば、ブロックのような形で集めて、トレーニングをしていくというこ

とが大切かと思っています。

もし、どうしても通訳がカバーできないところであれば、そのときは電話通訳やICTといったツールとの組み合わせといったことも考えていかないといけないのかと思っています。ありがとうございます。

○遠藤座長 どうぞ。

○小森構成員 ちょっと基本的なことですけれども、時間です。夕方とか夜中のアクセスがどれぐらいできるのかというのは、医療現場としては知りたいのです。

医療現場で最近問題になっているのは、実はウオークインと言われる患者さんたちで、日本の人もそうなのですけれども、要するに、診療時間を短縮して、働き方改革で、午前中しかやらない病院が大分ふえてきました。そうすると、診療時間外に来るとすぐに診てもらえるという感じの人がだんだんふえてきて、それが日本人だけではなくて、旅館やホテルが午前中の混んでいるところに付き添って連れてくると時間をとられるので、時間外を紹介しているのかもしれないという話になってきています。多くの外国人が来られる医療機関が、時間外にたくさん来るという報告が入りまして、時間外に来られるのはより一層困るということを、この前幾つかの報告がそういう報告を出してきましたので、逆に、その時間帯に通訳に電話をしたときに、すぐにつながるのかということも話題に出ましたので、ぜひその辺も含めて、旅行者の人たちに教育をするのも大切かもしれませんし、入り口のところもまた検討していただくと助かります。

以上です。

○遠藤座長 御指摘ありがとうございます。

どうぞ。

○豊見構成員 日本薬剤師会の豊見でございます。

薬局の現場でいいますと、ファーストアクセスというか、海外では薬局で購入できると思われて薬局に来られる外国人の方もいらっしゃるようになっておりまして、その場合に、外国人の方とのファーストコンタクトが薬局になるシチュエーションも起きていると聞いておりますので、ぜひ、アクセスの施策を、何か広報ですとかを考えられるときには、薬局も視野に入れて御検討いただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

確かにアクセスというのは、岡村構成員がおっしゃったように、医療資源、翻訳資源が豊富でないところの問題もあれば、幾ら豊富な東京のようなところでも、時間帯の問題という新しい視点もあります。アクセスという問題は、いろいろとあるかと思います。

ほかに課題があるので、次に移りたいのですけれども、質の話であります。これも難しいお話でありまして、統一はなかなか難しいのでしようけれども、何かコメント等、これだけは言っておきたいということがありましたら、お願いいたします。

森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。森田です。

質に関しては、本当に長い間議論がされています。どの専門職でも同じだと思うのですが、けれども、全ての人が一になるということはありません。やはりそこには、その人のもともとのスキルであったり、経験であったり、言葉の難しさといったものもあります。

それから、先進医療を専門にされる方なのか。例えば訪日の方であれば、観光客の方が多いのか。あるいは先進医療を求めて来られる方に対応されるのか。あるいはプライマリ・ケアなのかといったことで、スキルセットも異なってきます。

みんなが一ということにはならないのですけれども、そうは言いましても、最低限の基礎的なところでの統一というのは可能だと思っています。ですから、まずそこを目指して、そこから上にどのような形で積み上げていくのかといったことになるかと思っています。

あと、英語と中国語は数が多いので、ある程度、議論が進んでいるのですが、しかし、それ以外の言語については、誰が試験官になるのか、誰が筆記試験の問題をつくるのかといったところから、まだまだ始まっていないというか、今、そこから始めなければいけないといった段階です。

ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

海老原構成員。

○海老原構成員 NTT関東病院の海老原と申します。

私は今、病院で医療コーディネーターも兼任でやっておるのですけれども、実際の現場の感覚からしますと、当院も診療科が19ほどありまして、そこで医療通訳の質と申しましても、先生方が19の専門的な科をやっているのと同じように、医療通訳の方々が19の専門的な全ての言葉を押さえられるかということ、それは難しいことになります。

ですので、先生方が何を言っているかをまず理解するということです。それを理解した上で、かみ砕いて患者さんにお伝えする。これは日本人の診療でも同じだと思うのですが、御高齢の患者様に対して、医学の専門用語を伝えても伝わらないのと同じで、外国人の方は、もっと国の社会的背景や学習、知識などの差から、理解がなかなか得られないということもありますので、先ほど森田構成員もおっしゃっていたように、ある程度、均一化したベースを持たせて、あとはその上でどういったテクニックで患者さんに伝えていくか。会議通訳のような、足さない、引かないではなくて、どう説明と同意を得られるかという方向に持っていくのがよろしいかと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

岡村構成員。

○岡村構成員 先ほどのアクセスの話とも絡むのですけれども、地方の医療機関や自治体を回らせていただくと、やはりコミュニケーションの問題をとにかく心配されていて、現場が困っていますと。先ほどの情報がないという話もあるのです。

これではいけないということで、予算をつけて、その地域でトレーニングを始めましょ

うという話が出ているのだけれども、トレーナーがいないので、トレーニング自体がなかなかできない。なので、そこを国レベルなのか、もっと大きなレベルでトレーニングのシステム、例えばeラーニングで演習の部分だけはスクーリングか何かを入れて、トレーニングをしたくてもできない地方の地域でもトレーニングができるようなシステムづくりの検討は何かしていただけないのでしょうかというお声を、地方に行くとともによく聞きます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

小林構成員。

○小林構成員 先ほど先生がおっしゃったとおりで、この問題は、私も現場にいて実際に自分が翻訳したり自分が通訳をお願いしたりしますけれども、医師がどのように通訳者と向き合うか。先生がおっしゃったように、早口で難しい言葉を並べたらわからない。誰でも、どんな人でもできない。すなわち、医師に限りませんが、医療機関側で働く人が通訳の方をお願いする場合、あるいはコーディネーターでもいいですけれども、そのことをちゃんと研修しないとうまくできない。

ですから、外国人の患者さんを迎えるためには、医療機関の中で、それを含めた研修をちゃんと行うことが大事だと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

渋谷構成員。

○渋谷構成員 東京大学の渋谷です。

岡村さんや小林先生がおっしゃったように、私も医師会のほうとかで、松本先生と外国人医療対策をやっているのですけれども、そこに来ていらっしゃる担当の先生あるいは海老原さんのようなコーディネーターの方と話すと、何からやればいいのか本当にわからないというのが正直なところであって、ノウハウがあるところとにかくいきなり聞いてくるとか、今、システムチックにそういう動きがなくて、小林先生の先ほどの負担もそうなのです。ですから、やはりどこかに指針がないと、1カ所とか頑張っているところに必ず負担が来やすい。

もう一つ、今、非常に厚労省のまとめとしては、従来のシステムを課題としたアクセス、コスト、クオリティーという観点から、医療通訳システムやツールに通じて非常にうまくまとめているのですが、それを形式的なものにするのではなくて、海老原さんがおっしゃったように、海老原さん自身はコーディネーターなのですけれども、そうした人への投資をちゃんと行うことで、形骸化することなく、パッケージとして、今まで打ってきた施策をさらに次につなげるためにも、きょうの話は非常に重要なポイントになってくるので、単に3つがばらばらであることはないし、さらにそれを担保する人とか指針とか、さらに今までの施策を打ち出せるような流れをぜひここでつくっていただければと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。



幾つかあるのですけれども、費用の問題もあります。今までのコメントの中にはなかったのですけれども、これはまた後ほどの診療価格のことにも関係してくると思います、この場において何か御意見はございますか。

南谷構成員。

○南谷構成員 りんくう総合医療センター国際診療科の南谷です。

費用の話なのですけれども、通訳でやはり足りないのは、マイナー言語です。英語はある程度、話せても、ベトナム語やネパール語などになるとわからない。ただ、そういった言葉を話す人たちが通訳を育てようと思うと、なかなか日本人では難しかったりする。ネイティブの方たちをトレーニングするとなると、ネイティブの方たちは、結局報酬がつかないと、そちらのほうに流れていかない。浜松のほうで10年以上選手の優秀な医療通訳の方たちが数人おられたのですけれども、結局、医療をやっているよりも、教育、例えば学校に行って子供たちのサポートをすとか、警察とかで通訳をするほうがペイがいいということで、10年たって何も変わらないのでやめてしまって、そっちのほうに流れてしまったという現状があります。

なので、例えばネイティブの人たちである程度、言語ができる人たちに、さらに日本語をトレーニングして、医療通訳はすごく難しいように思えますけれども、実は通訳能力が高い人であれば、医療用語自体は何とか後から、日本人も医療用語を全部わかるわけではないですから、足していけばいいだけの話で、何とか易しい言葉で説明して通訳すれば通じるのです。

例えば、その方たちがある程度、講習を受けられるように費用を免除すとか、易しい日本語で医療現場で通訳できるようなことをトレーニングすとか、そういったところを考えると、マイナー言語が少し広がるのではないかと考えています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

小林構成員。

○小林構成員 AMDA国際医療情報センターの小林です。

私は個人クリニックを経営しておりますけれども、インドシナ難民のことに33年ぐらいかかわっておりますので、今でもカンボジア、ラオス、ベトナムから日本に80年代に難民として来た方が私のクリニックにたくさんいらっしゃいます。その中で、見えていますとやはり相当日本語に長ける人もいて、特にベトナム人の方、カンボジア人の方は結構日本語も上手になって、私のところに通訳でついてくる方もいます。

もちろん医学用語を言ってしまったらなかなかわからないところがありますが、時々思うのは、こういう方が一生懸命働いて、こういう人を通訳にできたらいいのになという方がたくさんいて、今おっしゃったように、お金の面でもっと支援していただける方法があれば、うまく活用できるのかなと思う次第です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

まだまだあると思いますけれども、もう一つの点、翻訳技術の向上に伴って、新しいデ

デバイス等とありまして、前回、総務省のほうからも御紹介があったわけではありますが、何かほかに代用可能な新しい要素はあるのかということです。

森田さん。

○森田構成員 ありがとうございます。

電話通訳あるいはICTのお話なのですが、きょうは訪日観光客、訪日の方に対してどうサービスを提供できるかという話だと思うのですが、基本は、各地域の在住の外国人に対して医療通訳を提供する、つまり各地域の国際交流協会やNPOに登録して、そこでトレーニングと経験を積んで、それで報酬がいただけるということであれば、観光客に対しても、その中の一部というか、その中の皆さんで希望者が活動する。訪日の方に対して通訳をするという形が一番自然かと思っています。

全国にいらっしゃる皆さんをゼロからトレーニングするのはとても難しいのです。

同じように、電話通訳やICTの方も、向こうにいるのは人間なのです。その人間であるということを忘れてはいけないということと、機械を挟むというのは、音あるいはその場に行かないということで行間が読めないとか表情が読めないとか、通訳にとってはいろいろと不利益なところもあるのです。ですから、まず現場での経験を積んだ方が電話なりICTに行くということで、いきなりICTや電話の通訳をトレーニングするというのは正直、なかなか難しいかなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何かありますか。よろしいですか。

渋谷構成員。

○渋谷構成員 デバイスに関して、まずはデバイスが、例えばコーディネーターの方が使えるみたいなオプションの話をしているのか、それならばタブレットに限ることなくスマホでもPCでも何でもいいわけですね。他方、あくまでも機械翻訳ということなのか、少しそれを分けて考えたほうがいいと思う。

それから、今、森田さんがおっしゃったように、機械翻訳があってもどこかで人につながれるようなシステムがないと、機械翻訳は基本的に責任はとらないので、その辺のバックアップは非常に大事かなと。

これはまだ発表していないのですが、全日病の先生たちがポケトークとかグーグルとかを診療で使ったのですが、日常会話以上のことは難しいということは彼らも実感としてすごく感じているところがあって、これからどんどん発展すると思うのですが、実際の診療の場でどう使えるかというのは、海老原さんもおっしゃっていたけれども、現場の先生の声を本当に聞かないと、すごく難しいところがあるという印象がありました。

ですから、ポイントとしては、機械翻訳というのはまだまだ発展しているし、ただ、診療と日常会話、グーグルとかは今、すごくよくなっていますけれども、グーグル開発者は基本的に責任をとらないので、どこまで使えるかは本当に考えないとリスクはあるかなと。

そこで難しいのは、人につながるというところを担保しないと、森田先生がおっしゃる

ようなことが非常に大事ななと思いました。

ですから、使えるオプションというものではもちろんタブレットなどがあっていいのですけれども、それと機械翻訳というものがごっちゃになっている印象があるのと、デバイスにおける課題は少し整理しないとイケないのかなという印象があります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今、渋谷構成員のデバイスの整理をしていただいて、今後の課題も大変明らかになったかと思います。

医療通訳の問題だけでも1日以上かかって議論してもまだまだ尽きないところではありますが、次の議題に移りたいと思います。

いずれにいたしましても、資料1の2ページ目にあります医療通訳や翻訳デバイス等の特徴ということで、それぞれ特徴があって、これがそれぞれの医療機関あるいは薬局もそうでしょうし、いろいろな場において、それぞれのところで御自身のところに合ったものを選択していただくのが大事になるのでしょうか。

それにしても、岡村構成員がおっしゃったように、本当の現場はこれすらわからないというところがあるということですので、厚生労働省は、さまざまな医療通訳関係の事業もやっていらっしゃるけれども、ぜひ本当の現場の声も今、お聞きになったと思いますので、そういった声も反映して、次年度の新規事業に取り組んでいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、今もう既にコーディネーターの話が出ていますが、次に議題2の「外国人患者受入れ医療コーディネーターについて」の議論に移ります。

まず、資料2「外国人患者受入れ医療コーディネーターの現状と課題」について、事務局から御説明をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 説明いたします。

1 ページ目の目次をごらんください。3点ございます。まず、1点目には、医療機関における外国人受入体制と外国人患者受入れコーディネーターの現状につきまして、実態調査の結果を交えながら説明いたします。2点目、外国人患者受入れ医療コーディネーターの役割、業務、求められるスキルの私たちの理解を提示し、最後に、課題と今後の方向性を説明したいと思います。

3 ページ目、平成28年に当省が実施しました実態調査におきまして、外国人受け入れに当たり、医療機関より負担や今後の不安な点として、以下のことが挙げられました。対応に要する時間や労力の増加、従業者の精神的な負担の増加、未収金や訴訟などのリスク、言語や意思疎通の問題。

外国人受け入れに当たり、多くの医療機関が負担と捉えている様子がわかるかと思えます。そして、医療機関の負担は通訳の提供のみでは軽減されません。そこで、外国人患者受け入れの負担を分担しつつ、医療機関の対応力を向上させる必要があると考えます。

4 ページ目は、昨年9月に行いました実態調査の結果でございます。全ての病院に調査

したところ、約52%の医療機関から回答がございました。

外国人患者対応の専門部局を設けているのは約1.5%、外国人対応マニュアルが整備されているのは約7%の医療機関でした。そして、外国人患者受入れ医療コーディネーターを配置しているのは、全体の1.8%でございました。

下の赤の棒グラフの、一番下に医療コーディネーターの配置の状況があります。こちらのコーディネーター配置の詳細として、具体的な人数、兼務・専任の種別、コーディネーターを担っている方の職種につきましては、青の棒グラフのとおりでございます。

次のセクション2に参ります。このような中、コーディネーターの役割、業務、求められるスキルにつきまして、事務局がイメージしているのが次の6ページ目でございます。外国人患者が医療機関を訪れた際、当該医療機関内における一連の手続をサポートし、必要に応じて、他の医療機関を紹介するなど、円滑な医療体制を支える潤滑油的な役割を担う調整役と考えております。

その役割、業務、求められるスキルにつきましては、7ページ目をごらんください。役割としましては、院内外において、外国人患者を安全かつ円滑に受け入れるための調整役。例えば、外国人患者や家族への支援、医療従事者の負担軽減と支援、医療機関における外国人患者の未収金等のトラブル回避及び対応、医療通訳者のサポートなど期待されます。

また、主な業務としましては、医療機関と患者の間の調整、医療機関内の関係部局間の調整、医療機関外の業者や機関との調整及び外国人受入体制の整備、人材育成及び院内教育が考えられます。

このような外国人患者受入れ医療コーディネーターに求められるスキルとしましては、医療の基礎知識、医療事務の基礎知識、そしてコミュニケーション能力、外国人特有の課題に関する知識というものが求められると考えております。

そのような中、今後の課題と今後の方向性につきまして、スライドの9ページまでお進みください。若干、今まで申し上げましたことと被るのですが、現状としましては、多くの医療機関において外国人患者の受け入れに負担を感じておりますが、外国人患者受入れ医療コーディネーターは十分配置されていない現状でございます。

課題としましては、外国人受入れ医療コーディネーターの役割が整理されていないこと。そして、医療機関にとっては、コーディネーターを配置する便益が不明瞭ということがあるかと考えております。

そして、今後の方向性としては、医療機関が外国人患者の受け入れ体制を構築することが必要と考えており、また、患者受け入れの負担を軽減し、医療機関の対応力を向上させる役割として外国人患者受入れ医療コーディネーターの設置が必要と考えております。

そこで、本日議論していただきたいことは2点ございます。まず、医療機関の外国人患者の負担を軽減させ、院内、院外の対応力を向上させるために、外国人患者受入れ医療コーディネーターの活用について、1、医療機関は組織としてどのように対応すべきか、2、コーディネーターに求められる役割は何か、3、医療機関にとってコーディネーターを配

置する便益は何かを議論していただきたいと思います。

そして、2019年度に、政府予算案として厚生労働省が計上しております外国人患者受入れ医療コーディネーター等養成研修をこれから行うわけですけれども、それに対して反映させる要素は何かを御議論いただければと思います。

今、申し上げましたコーディネーターの養成研修の内容につきまして、次のページをごらんください。こちらは、外国人患者受入れ医療コーディネーターに必要な知識、能力、技能、倫理、対応力を身につけるための講義や技能演習を想定しております。そして、全国の複数の箇所ですら年に複数回実施する予定でございます。また、受講者の職種は問いません。

プログラムのイメージにつきましては、下の表をごらんください。この議論をする際に、例えば右にありますけれども、研修の対象者はどのような人なのか。研修によって達成すべきことは何なのか。そして、医療機関の経営者は、職員の方がどのようなスキルを得ることを期待するのか。そして、本プログラムに地方自治体の協力は可能なのか。この点につきましても、コメントいただければ幸いです。

資料の説明は以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

早速、この検討会での宿題をいただいているわけでありますが、その議論に入る前に、続いてお二方に御説明をお願いしたいと思っております。

まず、資料3「医療従事者から見た医療コーディネーターの役割と必要性」について、南谷構成員から御説明をお願いいたします。7分ということで、よろしく申し上げます。

○南谷構成員 資料をごらんください。2ページに移らせていただきます。

コーディネーターはいろいろな職種もありますし、所属先も違うと思います。コーディネート会社が渡航患者の調整をしていたり、通訳派遣機関（NPOなど）、国際交流協会、行政などで対応部署がコーディネーターを持っていることもありますけれども、今回の場合は、医療機関のほうのお話をしたいと思います。

3ページ目をごらんください。医療通訳者と医療コーディネーターは何が違うのか。これは基本的な話でして、時々兼任していることもありますので、基本的なことを申します。

医療通訳者のほうは通訳者なので、人が話すことを通訳します。でも、自分から調整するとか、自発的に意見をするというのは、基本的には通訳者はしません。ですが、コーディネーターのほうは、通訳はせずに、自分は自分の言葉で調整をする。医療機関側として発言ができるという点が違います。

あと、通訳は通訳するが、翻訳はスキルがまた別なので、翻訳はしない。コーディネーターのほうは、通訳・翻訳を自分がするわけではないけれども、手配をします。

通訳者はもちろん外国語が堪能ですけれども、コーディネーターは必ずしも外国語が話せなくても、日本語のみでも可能です。

通訳者は外国人患者と医療従事者のコミュニケーションを良好にする役目を担っていま

す。コーディネーターは、外国人患者の対応に必要な、そこに付随するさまざまな案件を取り扱うという意味で大切です。

通訳者は常識や文化の違いで話し合いが難渋している場合は、両者の許可を得て介入することができるというのが倫理規定の中であります。コーディネーターに関しては、問題を見きわめて、必要部署につないで解決を図るようにしたりとか、医療通訳者や医療従事者が活動しやすいようにサポートしたりという役目を担っています。

4 ページ目ですが、コーディネーターの患者対応フローというのは、来院から受付、検査、結果説明、支払い、処方箋が出るというところまでを、いろいろなところで問題が発生することを防ぐために介入するという役目でございます。

5 ページ目に、具体的に申しますと、コーディネーターが医療通訳に関して何をするかというと、まず、院内で外国人症例が多発している場合、全体を見渡して、各場面に応じて、こちらのほうにはこの通訳さんに行ってもらいますとか、この場合は対面通訳を使いますけれども、こちらは遠隔で行きますとか、機械で十分足りず、通訳者の性別によって、例えば産科だから女性の通訳者を送りますといった判断ができます。

2 番、通訳内容が難しい場合は、事前に通訳者が用語や表現について予習できるように、例えば通訳者が来られる日に来る患者さんに関しての病名を事前に教えたりする。個人情報がありますので名前は言わなくても、通訳者が事前にいろいろな医療用語や手術についてとか、予習しているとスムーズさが大分違います。

3 番ですが、患者の対応に関して通訳者が困ったときに相談できるように、バックアップ体制を組む。結構、通訳者がおっしゃるのは、何か困って相談したいときに、近くの誰に相談したらいいかがわからない。特に外部から頼まれて、派遣されて行った通訳者が困るみたいです。

4 番、通訳者が悩みを抱え込まないよう、話を聞いてサポートする。通訳者は医療従事者ではないので、いろいろと精神的なトラウマを受けることがあるのです。がんの告知の場面に立ち会うとかです。そういったことが、話をすることでプレッシャーが和らいだりするので、そういったところもサポートする。

次ですが、外国人患者に対しては何を行うのか。

まず、1 に患者の話を傾聴し、理解が間違っていないかなどの確認をしながら、課題を抽出して解決法を探る。

2 番、外部、つまり家族、保険会社、宿泊施設などへの連絡をみずからしたり、手段が必要な場合、例えば家族に患者さんが連絡したいけれども、Wi-Fi環境がないという場合だと、病院のWi-Fi環境のパスワードを渡すとか、あとは電話、メールなどを使えるようにする。

3 番、作成が必要な書類、英語の診断書、紹介状などや連絡先等を把握して、段取りをする。英語の診断書を発行してほしいと結構言われたりしますので、それをドクターが直接英語で書けないのであれば、ほかの人に訳してもらおうとか、そういうことを手配します。

4番、医療費の支払い方の確認と徴収です。医療費をカードで払うのかとか、分割では払えるのかとか、いろいろとありますので、入院期間が長く金額が大きくなると間、間で払ってもらおうということもしますので、そういうことも確認しながら徴収に努める。

5番、患者の同伴者の宿泊先を近隣で探す手伝いです。ツアーで来られている方はツアーコンがいますけれども、個人で来られている人たちもたくさんおられるので、そういった方たちのお手伝いをする。

6番、患者の国外搬送や国内転院の場合も、患者さんの家族と保険会社が直接やりとりすることもありますけれども、国内転院とかになりますとなかなかそれはできませんから、それをサポートする。

そして、困っている患者の相談に乗る。

次、医療従事者との調整ですが、例えば診察や検査が滞りなく進められるよう、問題点を見きわめて適切に対処する。通訳者を手配したり、文化や制度の違いを説明するなどです。

2番、各職種と連携して、各部署をつないで問題解決を図る。例えば、何か金銭的な問題ですと医事科につないだりとか、メディカルソーシャルワーカーにつないだりとか、いろいろなところに、その内容によって適切に分けるということです。

3番、必要となる翻訳書類を事前に用意しておく。同意書やサインしてもらうものなど、そうすると診察がスムーズになります。

4番、外国人が持参するデータや薬などは、調べて事前に整理しておく。これは、例えば薬剤部にサポートしてもらってもいいですし、診察がスムーズに流れるように配慮する。

5番、外国人対応にふなれな医療従事者が困らぬよう、必要時にサポートする。外国人の方で、すごく説明を求められたりとか、いろいろとはっきり言ってほしいということに、医療従事者が日本人でふなれな場合、介入してサポートすることができます。

8枚目ですけれども、事例として紹介させていただきます。1人、訪日マレーシア患者で呼吸困難を訴え、関東の病院を受診されました。ぜんそくと診断されて、投薬にて帰ったのですが改善しなかったそうです。悪化したために、関西在住のお姉さんに連絡して、お姉さんが東京まで迎えに行き、連れてくる間にどんどん悪化していったので、最終的に当院に救急搬送となりました。検査で縦郭に膿瘍が見つかり、敗血症性ショックでした。開胸してドレーンを入れて、手術後、ICUに1カ月ほど入院し、治療費は1200万に膨れ上がりました。

加入していた保険会社に姉のほうで連絡したのですが、保険会社が、Accidentでなければ支払えないという返答だったのです。AccidentをTraffic、交通事故という解釈をお姉さんはされたのですが、保険会社も余り簡単に支払いたくないので、いろいろと言ったりするのです。症状に関しては医療者でないとわからないので、コーディネーターが保険会社に掛け合って、Accidentではなく、Accidental incidentですよということ、実はこの人は、魚の骨を日本で食べたのが引っかかり、もともと糖尿病があつて感染

しやすかったようで、どうもそこから膿瘍になったようなのです。

では、これはカバーできますということになったのですけれども、今度は患者が立てかえ払いをしてくださいと言ったのです。1200万を患者さんがどうやって立てかえ払いするのですかということで、患者の姉は借金を考えたのですけれども、なかなか難しいということで、たまたまこの患者さんのお姉さんがマレーシアで知り合いに芸能人がいて、その人に愚痴ったところ、芸能人が現状をフェイスブックで拡散して、これは悪徳保険会社だと、みんなあそこには入ってはだめだみたいなことが新聞沙汰になって、マレーシアの新聞に、当院からの明細書まで載ったそうです。それでどうも保険会社がびっくりして、結局、1000万は振り込んでもらえることになりました。あとの200万はお姉さんが自力で。でも、新聞のおかげで寄附がいっぱい集まったそうで、結構200万もさっと払ってもらいました。

医療費が上がるごとに保険会社のほうに報告が必要だったので、毎回更新した診断書を計10回ほどコーディネーターが保険会社に送り続けた。最終的には全部回収できたのですけれども、外国人患者や家族は日本では言葉も通じないし、結構動揺している場合が多いので、正常な判断がしにくいことが多いので、逆にコーディネーターは患者に寄り添って、さまざまな解決法を一緒に考えて、図るということも大事だと思っています。

次ですけれども、今週の火曜日の当院の外国人患者を紹介させていただきます。

一人は、膠原病で外来で説明と注射が必要なアメリカ人です。この人は在住なのですけれども、通院中の人に来られて、結局、膠原病の説明は結構難しいので、これは事前に通訳さんに、こういう病気ですからということ伝えておりました。

注射をするにも、そこにも付き添わなければいけないということで、通訳がここに手を取られるということになります。

同時に、これは全部午前中に発生したものです。2人目は上部内視鏡検査を受けるフィリピン人です。胃カメラで通院中だった人ですけれども、この人も胃カメラのところできろいろと説明が要るので、そこに通訳もつきました。

3人目が背部痛で、これはいきなり訪れたフィリピン人です。在住ですけれども、初診で予約なしで訪れました。そこにまた別の人が行きました。

結局、同時に発生しても、それぞれちょっとずつ時間帯などをずらしたりとかして、通訳が何人もいるわけではありませんから、そういうふうに対応しています。

ほかは、泌尿器科に訪れたバングラディッシュ人です。これも在住で初診でいきなり訪れ、いろいろと説明しました。やはり初診は話が長くなるので、通訳も時間がかかります。

ホルター心電図を外しに来た中国人。前の日に装着して、次の日に外しに来た。

入院しているタイ人は、その日に羊水検査を行うことになっていましたので、こちらのほうも同意書が必要だったり、説明が難しかったりしました。

また、これは訪日観光客が急に訪れたのですけれども、帰国前にてんかん発作で倒れて搬送されてきた若い韓国人がいました。薬を飲んでいたのに、てんかん発作が起きた。こ



の人が国に帰るために、航空会社のほうから診断書が欲しいということで、つまり許可書みたいなものです。ただ、医者の方にも、この人が飛行中にまた発作が起きないということは保証できないということで、それを渡すのは難しいということになったのですけれども、一応、投薬だけしまして、点滴で抑えて、投薬で帰ってもらうということで最終的には解決しました。

なので、このように一遍に来たときに、コーディネーターは全ての症例を把握して、1と6と8は事前に予習できるように通訳に情報提供して、当日、どの順番でやるのか調整しなければならない。

結論ですけれども、医療コーディネーターを設置することで、調整しながら、組織で横断的に働くことで、各部署の連携が図れて、外国人患者に不随する問題点を抽出して解決につなげられ、皆が助かり、結果的にリスク回避と診療の効率が進むことを期待します。

コーディネーターの養成に関しましては、現在もJIGHさんのほうでいろいろな事務やその方たちのコーディネーター養成研修をしていますが、大阪のほうでも、去年の10月から看護師向けのコーディネーターの役割を持つ人たちを養成することを始めました。パイロット的に先週、第1期生が終わり、全部を48時間ぐらいの授業でやっています。こちらも認定を国際臨床医学会でする予定です。

○遠藤会長 ありがとうございます。

非常に具体的な例も交えて、医療コーディネーターの役割について御説明いただきました。

続きまして、資料4「医療コーディネーターに求められるスキル」について、先ほども御自身の御紹介がありましたけれども、海老原構成員からの御説明をお願いいたします。

○海老原構成員 改めて、NTT東日本関東病院国際室の海老原でございます。よろしく願いいたします。

この医療コーディネーターに求められるスキルということについて、お話しさせていただくのですが、これはあくまでも当院の例ということで、聞いていただければと思います。

まず、2ページ目です。求められるスキルとしては、先ほど厚労省のほうからもあったように、医療の基礎知識です。ここに含まれるものとしては、倫理であったり権限であったり、医療にかかわる法律など、医療事務のスクールなどでも教わるようなものです。

2番目に、医療事務の基礎知識です。こちらは保険診療です。医療事務というと、やはりお金にかかわることが多くなると思います。あと、文書などです。

3番目に、コミュニケーション能力。こちらは、やはり機械的に通訳するだけであれば、足さない、引かないということでもいいと思うのですけれども、コーディネーターとしてはコミュニケーションが必要です。いろいろな調整能力、信頼関係を築いてやっていかなければいけないということです。

4番目に、情報収集能力です。こちらは、院内だけで、あとは独学だけで、なかなか解決できる問題だけではありませんので、いろいろな同じ課題を抱えているコーディネータ

一の方たちと、さまざまところで交流をして、情報を収集して、よりよい医療を提供できればということになります。

5番目に、多文化への理解。こちらがやはり外国人ということで、日本の既存の医療システムの中とは全く違いますし、入院環境一つとっても、中国と日本では、食事についても家族が提供するとか病院が提供するとかという違いがあります。そういった違いの理解です。

3ページになります。医療コーディネーターの業務です。当院の業務としては、対院内として、滞在期間や母国の医療レベルを踏まえた診療計画への助言です。こちらは医事課やドクターなど、医療者の方ですね。診療計画をつくる方にさまざまな背景や情報をお伝えして、日本人とは違うような計画を立ててもらおう。

次に、支払い能力に合わせた診療計画への助言。やはり、払えないのに日本人と同じような医療を、念のため、念のためということになってしまいますと、結局、その患者が借金を多額に背負って、病気が治るのはいいことなのでしょうけれども、生活が苦しくなってしまう。

続きまして、状況を加味した医事課への概算指示です。適切なポイントでの概算指示。

次に、本人、家族の支払い能力や保険加入状況の確認。

そして、同意書や委任状などの多言語文書が適切に使用されているかの確認です。用意するだけではなくて、きちんとそのとき、そのときに使われているかなどの確認です。

あとは、大使館・公館対応への配慮などです。こちらは、医療機関が問い合わせても答えてくれない部分を、患者さんも初めてのケースなので、どううまく伝えて、どのように情報がもらえるかなどのアドバイスをする。

次に、文書です。先ほどもありましたように、文書、診断書の確認をします。

あとは、委員会や勉強会による院内体制の強化を行ったり、JMIPやJIHなどの国際関連の認証の主管をしたり、通訳者、翻訳者がいないときにバックアップをしたり、業務が多いときにフォローをしたりということになります。

次のページに移りまして、先ほどは対院内だったのですが、次は対院外ということで、対院外となりますと、言語連携のできる医療機関のリサーチと確認です。私は地域医療連携も兼任しているものですから、地域で多言語ができる医療機関などをリサーチしておいて、そこと医療連携を図る。

あとは、適切な患者紹介や助言。

次に、多言語での予約調整、問い合わせの対応です。こちらは、通訳者は現場に出て通訳をしていますので、オフィス内での予約調整や問い合わせの対応をします。

次に、アシスタンス会社からの患者受け入れ要請対応など、急に国内で傷病になった方の受け入れができるかや、海外で傷病となった日本人の搬送を受け入れることができるかなど、海外からのさまざまな問い合わせに対して、メールなどでも対応します。

次に、メディカルツーリズムの業者や外部業者などの選定です。メディカルツーリズム

業者に限らず、外国人診療関連で携わる業者の選定と調整です。

次に、翻訳業者の選定や質の確認。

通訳実習の受け入れです。こちらは教育というところで、さまざまところからの受け入れに対応させていただいております。

あとは、海外からの問い合わせ、英文メールの対応確認などです。こちらを病院の職員として行っております。

次のページは表です。こちらは当院の初診窓口で使っている表でして、このように分類をしておいて、在留、外交・公用・駐留、訪日としておいて、一番下の赤字になっている部分がきょうのテーマである訪日です。訪日の中にも、短期滞在とメディカルツーリズム、アシスタンス会社などの業者が経由するケースとなっております。訪日は基本的に、初診窓口、カルテ作成時に在留カードを持っていませんので、パスポートなどで確認して、訪日と確認がとれた時点で国際室や私たち医療コーディネーターが介入して、状況を把握するようにしています。

下に、補足なのですが、隣の磯先生が専門家ですけれども、在留資格の確認をお願いして、必ず本人確認をとるようにしております。

コピーを拒否される方もいるのですが、そういった場合は目視で見て、カルテ内にこういった状況の方だということで登録しておく、医療者も、いつまでの滞在だということで診療計画も立てやすくなります。

続きまして、訪日外国人患者が実際に来た場合の対応です。6ページです。

軽症患者に関しては、海外保険を持っているといっても、やはり自分で1回払っていただいて償還払いするとか、入院も同じです。払える場合は払っていただく。

本人が支払い困難な場合は、アシスタンス会社などを入れていただいて、そこが代理で払ってもらうなどと要求しています。

次のページです。こちらが、海外保険に入っている、本人の支払いが困難という場合は、補償額内であればアシスタンス会社を入れてもらって、そちらで日本語の窓口で病院と対応できるように促しております。

補償額が不足している場合でも、アシスタンス会社と自己負担分を何らかの形で払ってもらえるように調整をしています。

なぜ、アシスタンス会社などのことをしつこく言うかといいますと、8ページになります。もし保険会社と医療機関が直接対応するとなると、このような煩雑なことが起こってきます。やはり保険がおりに当たっての必要書類であったり検査結果、概算書などが必要になりまして、右手にありますように、個人情報海外送付について、また問題があったり、英語のメールでのやりとりがありましたとか、診断書を出したり、時差があったりとか、東南アジアのほうですとノンネイティブでの英語での電話のやりとりが入ったり、あとは左手に行きますと、この診断書では出せないとか、足りないとか、いろいろな複数回の診断書のやりとりや、思ったより概算より行ってしまったり、概算オーバーでの再交渉

ですとか、やっと送金してもらえたら送金手数料により不足額が発生してしまったりとか、診療明細書を英訳してくださいなど、さまざまな要求が来ます。そういったものを回避するために、アシスタンス会社を入れて、日本語での対応をしてもらうように当院では促しております。

まだ、さまざまな訪日のケースがあるのですけれども、今、一応おおむねこのような対応をしております。

続きまして、ケースを簡単に3つほど紹介させていただきます。

ケース①はフィリピン人男性です。当院の近くのホテルから脳出血で救急搬送。概算費500万円。払えない。保険には3つ入っていたのですが、補償額が低く払えないと。やはり経済格差のある国なので、払えないということでした。いろいろなことをして、1社はアシスタンス会社が絡んでいたのですが、払ってもらえて、1社はなかなか通じず、かき集めても、退院までになかなか払えないということで、大使館に救助を訴えてもらって、240万円を立てかえてもらって、あとは分割払いを誓約してもらって帰ってもらった。

このときのポイントも、領事館の方に同席いただいて、その旨をカルテに記載して、領事館の方は保証人にはなれないとおっしゃっていたのですけれども、一応、カルテに記録を残して、同席してもらって、分割払いとして帰国してもらいました。

その後、保険金が入って、全額収納となりました。

このように、経済格差の大きい国では、本当に支払いが大変なことになります。

続きまして、ケース②はカナダ人男性の観光客です。こちらの方はクレジットカードを持っていて、240万円払えるのかなと思ったところ、限度額が足りず払えないということでした。1回、送金を考えてもらったのですけれども、よくよく帯同している奥さんの国内で入っている保険などで何かカバーできないかと相談したところ、国内の保険などをいろいろと確認して、カバーできることがわかって、アシスタンス会社が介入してくれて、キャッシュレスで帰ることができた。

そのまま鵜呑みに、ただ払えませんかとやっていたら、また大変な手間暇がかかってしまったというケースです。

最後、3つ目のケースですけれども、こちらはつい先月です。アフリカ大陸の方です。中期滞在しているビジネスマンの奥様が、肛門裂肛根治術で入院、1泊2日だったのですけれども、もともとICのときに脊髄くも膜下麻酔を行うという手術プランで概算を出して、29万円とお伝えしたのですが、患者さんが、やはり怖いから全身麻酔にしてくれと訴えて、またオペも肛門裂肛根治術が肛門形成術に変わったということで、医師は当然、その術後であったり、術前であったり、ICはしているのですけれども、お金に関して話をしていなかったのです。

ここが、通訳者だけに任せてしまって、医療コーディネーターとして1泊2日の手術で軽いものであったので余り介入しなかったところ、全身麻酔に変わったことと、術式が変わったことで、20万円以上高くなってしまって、すごいクレームをいただいたケースとな

りました。

こちらに関しては、外科のカンファレンスで、そういう場合があったら国際室に1本電話を入れてくださいという旨を情報共有していただいたケースでした。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。大変具体的な例を挙げていただいて、コーディネーターの役割、求められるスキルということが御理解いただけたかと思います。

ただいまお二人の御説明に対して、何かこの場でどうしてもこれを聞きたいということはありませんか。

大磯構成員。

○大磯構成員 浜松医大の大磯です。2点あります。

1点目は軽いほうなのですが、やはり医療コーディネーターになりますと、単なる医療事務の職員とは違って、患者さんのかなりセンシティブな情報に触れることになるわけで、要は国家資格がない状況の中で守秘義務や個人情報の取り扱いを教育の範囲内でとどめていいのか。先ほどの教育プログラムの中に入れるだけで解決する問題なのかというところは一考しなければいけないのかなと思っているのが1点。

もう一点が、海老原さんのような優秀な医療コーディネーターがいればいいのですけれども、全国の外国人受け入れ病院でも3分の2はコーディネーターがいないわけですね。ゼロからやっていかなければいけない状況の中で、南谷先生の資料の医療コーディネーターの業務の6ページ目のところに、外国人患者に対してといろいろと書かれていますのですが、例えば同伴者の宿泊先を近隣で探す手伝いはコーディネーターの仕事なのかとか、特に国外搬送や転院の手続きであったり、外部と接触する、さらに言うと大使館との交渉とか、そういったものが本当に院内コーディネーターに全て任せて大丈夫なのか、できるのかというところは非常に心配です。

そういった対外的な患者さんのコーディネートのところは、ワンストップ窓口をつくられることになっているわけですね。恐らくそこと連携して、コーディネーターとワンストップ窓口が対応していくことになると思うのですが、その主従関係、それぞれの例えば院内の支払いでカードを確認したり何とかというところはコーディネーターの業務でしょうけれども、保険会社とのトラブルが発生したとき。先ほどの南谷先生の事例もそうですけれども、これはうまくいったからいいのですが、コーディネーター1人の責任で全てやらせるというのはやはりよろしくないと思うのです。

せっかく関係省庁、観光庁も含めてたくさん省庁の方が集まっているので、病院に患者さんを投げ込んだらそれでもう私たちは関係ないというふうにするのではなくて、ワンストップ窓口、特に地方自治体を中心となって、ちゃんと責任をとるべきところはとっていただきたいですし、病院のスタッフだけでできることは限度があると思いますから、ワンストップ窓口と医療コーディネーターの業務の連携で、例えば大使館とのやりとりは、私的病院がやるのではなくて、公的機関がやったほうがいいに決まっているわけです。

そういったところが、ワンストップ窓口が責任をもって対応すべきところと、医療コーディネーターが対応すべきところを明確にした上で、今はまだ医療コーディネーターしかいないので、これもやりますというのはすばらしいことだと思うのですが、多分、現実的に難しいところがあると思いますし、せっかくこうやって関係省庁等と議論ができていますので、そここのところで、役割分担ができればというのが正直、病院側の考えとしてあると思います。

○遠藤座長 御指摘といたしますか、御質問をありがとうございます。

2点あるのですが、どちらでも結構ですが、南谷構成員から何かお答えというかコメントというか。

○南谷構成員 もちろん私が話した例というのは、うちはもうベテランコーディネーターなので、これが全部できる。彼女が結構、未収金を出さないために頑張っていて、最後まで諦めずに動くということで、すごく助かる。もちろん誰でもできるわけではないと思っています。

彼女自身も、もちろん自分で全部判断するわけではなくて、医事科とかいろいろなところと連携しながらやっており、病院の職員としていろいろと病院側の働きをする。

ただ、おっしゃるとおり、ほかの病院でそういうことが全部できるかというとなかなか難しいし、コーディネーターにしる通訳にしる、その人たちのスキルというのはそれぞれ違いますので、おっしゃったように、どこかがサポートするということはすごく大事だと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

海老原構成員、何かございますか。

○海老原構成員 私も南谷先生と意見は同じで、やはりスキルの高いコーディネーターはいろいろとできます。搬送用の診断書を英文で書いたりとか、医師事務補助者のようなことも、先生に対してやることもあります。

ですが、やはり公的というか、ある程度のワンストップ窓口のようなところから、ベテランのコーディネーターのスキルを共有して、全体的に育てて、あとはそういったところから連絡が入ったり、派遣したりとか、医療というのはある程度のルールがあって行われるものなので、自由診療とはいえ、全てがオーダーメイドでされているものではないと思います。共有して、平準化して、コーディネーターを育てていければいいなと私も考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○小森構成員 話はすごくすばしくて、そんなコーディネーターがいたら本当にいいなと思います。民間病院も含めての代表なので言わせていただくと、この費用は一体誰が払っているのかと。今の国の中にある病院の半数以上が赤字で、このような者を育てて、外国人のためにやっていけるのかというのは大変心配です。

私は20年も前ですが、アメリカで働いていたときに、英語以外での文書は見たこ

とがないし、その中を日本語で説明してもらえるようなことはありません。せめて英語までは文章化して、相手に承諾書をとる必要はあるのかもしれませんが、それ以外の多言語を翻訳して、やる必要性があるのか。ましてや、それに対して費用弁済がないのに、我々医療機関がやらなければならないのか。根本的にここは考えなければいけないと思います。

日本はおもてなし精神ですので、できる限り多言語で対応する。これからの国際社会に対して、特にアピールする年なので、やらなければならないと思いますけれども、このようなコーディネーター、みんなが使えるのであれば大変ありがたいです。もしくは手伝いに来ていただければ。多くの医療機関が、育てて、持つというのは、まず不可能なのかなと思います。

最低限のマニュアルみたいなものを出していただいて、こういうことを学んだほうがいいよということを教えていただくのは大変ありがたいと思いますし、我々病院もそれには協力したいなと思って聞いておりました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

医療費の問題は、次のところで議論したいと思います。

小林構成員。

○小林構成員 今回の通訳とコーディネーターの話は、私のクリニックで私の通訳と私がやっている役割とほとんど同じなので、興味を持って聞かせていただきました。

先ほど先生がおっしゃったワンストップ窓口ですけれども、ワンストップ窓口はいろいろなところと交渉するとしたら、私の今までの経験では、多分、地方自治体の職員ではできないと思います。やはりNPO等で、こういう国際的なことに非常になれている方で、そういう組織を入れないと、ワンストップ窓口と書いてあるのが、名前はいいのですけれども、具体的にどこが何をやるのかとなると、まだ全てが決まってはいらっしゃらないと思いますけれども、地方自治体の中のあるところに、そういうものができても、言葉は悪いですが、こういう言葉を使っていいかはわかりませんが、お役所的な発想で、お役所的な仕事をするとしたら、何の意味もないと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今、ワンストップということで、地方自治体のお話が出たのですけれども、田中構成員あるいは安保参考人で何かコメントはありますか。

岡村構成員、どうぞ。

○岡村構成員 ワンストップとは違うのですけれども、今、コーディネーターのスキルという形でいろいろと御説明があったのですが、例えば支払い能力を確認する、支払い能力に合わせて診療計画を医療機関内で調整するというのは、別にコーディネーターでなくても、訪日外国人旅行者患者が医療機関に来たら、医療機関はやらざるを得ないことというのも、実は多分にありまして、なので、それこそクリニックで、事務員が1人しかいなか

ったら、その人がそれをできるようにならないといけない問題と、高度なもののコーディネーターの話ともしかしたらそこはきちんと分けて考えるという視点も大事ではないかと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○松本構成員 先ほど小林先生がおっしゃったワンストップ窓口の話ですけれども、私も今までの議論を聞いていると、行政の窓口、都道府県に一つずつにしても、これをどうやって設置するのか。実際の問題と考えると、確かに47都道府県全部に、結局電話とかでやるわけでしょうから、47都道府県に不完全なものがたくさんあるよりは、むしろ集約してしまって、どこかに設置したほうが、本当に例えば小林先生のところで、あるいはよくわかっているところに設置するとかいう考えのほうが実際的なのではないかという印象は持ちました。

それから、もう一つの費用の問題は、小森先生もおっしゃいましたけれども、確かに、どの程度の規模の病院でこれが本当にできるのかということを考えると、費用の問題は非常に大きいというのは、本当にそう思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

続いて、三井構成員。

○三井構成員 日本歯科医師会の三井です。

今、小森先生、松本先生からもあったのですけれども、我々本当に零細な歯科診療所は、そこでコーディネーターを置いたり通訳を置く。また、受付事務が例えば多言語で会計、決済を行うなんてことは全く不可能なわけですし、やはりコーディネーターを置けるというのは、大規模な病院や経済規模の大きなところだけだと考えています。

そのような意味で考えていきますと、先ほどから出てきていますワンストップ窓口の機能に関しまして、我々零細な診療所を守っていただけるような機能を持ったワンストップ。だから、いわゆる行政の単なる窓口ではなく、全体のコーディネートができるような窓口を、松本先生も言われましたように、都道府県に設置するのか、厚生労働省内に設置するのか、それともどこかの民間団体をお願いしてするのかという今後の決め方があろうかと思いますが、そのようなところでワンストップとコーディネーターというものをもう少しリンクさせて、協議をしていただきたいというお願いです。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。

神奈川が今、医療通訳派遣システムというのを実施してまして、年間7,000件以上、在住の方に対して通訳を提供しているのです。そのときに、NPO側のコーディネーターと呼んでいるのです。病院側も、ソーシャルワーカーがほとんど窓口として担当してまして、コーディネーターということができるとかなと思うのですけれども、今、お話を伺ってい



ると、行おうとしている大きな病院でのコーディネーターというのは、今、既にマッチング等を行っているコーディネーションは本当に一部なのだなということがとてもわかりました。

通訳から見ると、コーディネーターの役割というのはとても大切で、どういうことで大切かという、通訳と患者さんの間で、何かそごがあったときに、それを確認するという意味で、医療訴訟などにつながらないように、そこで小さな問題を解決していくという役割があります。すごく単純な例で言うと、例えばあした検査があるから、御飯は食べてきてはだめだよと言ったとしましょう。それを患者さんは、実は日本語がちょっとわかるから、御飯ということがライスの御飯だと思って、御飯ではなくてパンを食べてきましたと。それが果たして御飯というのを、通訳が間違えて訳したのか、それとも患者さんが直接片言の日本語でわかって、それで鵜呑みにしてしまったのかといった小さなことなのですけれども、そうしますと結局検査ができない。では、それは誰のせいなのかということになって、そういったときにコーディネーターの方が通訳と患者さんに聞き取りをして、問題を解決していくということがあり、これはバッファーとしてとても大切な役割なのです。

ですから、もちろん未収金とか外部の宿泊を調整するということも大切なのですけれども、これから医療安全とか、訴訟に巻き込まれないためにも、こういった役割もコーディネーターの中のとても大切な役割だと私は思っていますので、ワンストップのところに任せられるものがあれば、そちらにコーディネーターの役割と、今、皆さんが議論しているところをお任せし、そしてまた一番大切な部分はどこなのかといったことを特定することも重要なかなと思いました。

ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これまでの御質問あるいは議論の中で、ワンストップの話も出ていますし、養成の話も出ています。最初的时候に、厚生労働省のこれまでの取り組み、今後の取り組みの中に、コーディネーターあるいはワンストップの話が出ていたのですけれども、時間の関係で余りゆっくりできず、さらっとやっただけなので、まだ我々も含めてよく理解していないところがあると思います。

事務局のほうから御説明なり補足なりをお願いいたします。

○永松総務課長補佐 ワンストップ窓口の説明の前に、日本看護協会の井本構成員からメッセージを承っております。

資料2の4ページにつきまして、棒グラフを参照しますと、コーディネーターの職種としましては、3番目に看護職の方が多く担っております。受診理由を推測しますと、看護職がかかわる必要があると考えております。一方、7ページ目の役割の整理には、事務職が対応したほうがよい内容もある。病院の実態に応じて役割分担がなされるよう配慮をお願いしたい。

以上のメッセージを代読させていただきました。

○遠藤座長 ワンストップのお考えをお願いします。

○永松総務課長補佐 厚生労働省は、平成31年度に開始する都道府県単位の医療・観光等の連携ワンストップ事業は、医療機関や民間事業者だけでは解決できない問題に対して、都道府県が適宜、助言や支援するものと考えております。

訪日外国人旅行者の患者さんへの対応につきましては、医療機関、行政、民間事業者がそれぞれの求められる役割を理解し、連携して対応すべきであると考えております。

医療機関におきましては、日本人でも外国人でも、診療だけではなく前後の対応、例えば最寄りの薬局の紹介や交通手段の確保なども、社会通念上行われていると考えております。

また、民間事業者につきましては、訪日外国人旅行者へのトラブル対応を行うアシスタント会社も、先ほどの議論では出てきておりましたけれども、受益者である訪日外国人旅行者の負担のもと活用していただくのが可能であるかと考えます。

そして行政、都道府県におきましては、個別事例への介入というよりは、むしろこのたびの補助事業を活用しまして、医療機関に対して行政手続の案内を行うことが求められます。その例としましては、例えば医療機関と大使館をつなぐとか、県庁の中にもたくさんの部局がございますので、担当部局へつなぐとか、あとは行政手続や法的な問題を相談することなどが、行政機関に求められるものだと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そういたしますと、これからのお話でもあるし、きょうの皆様方の御意見を踏まえて、ぜひこれから都道府県でお願いする場合に、きょう出たコーディネーション的な役割についても、いきなりこういったものをつくるのは難しいかもしれませんが、きょうは東京都の方も三重県の方もいらっしゃると思いますので、またいろいろと御意見を出していただきたいと思います。

どうぞ。

○小林構成員 余り長くはお話ししませんが、今、お話を聞いていますと、ワンストップ窓口は、医療機関等に助言を与えるという話ですか。助言を与えるということは、そのことについて、少なくとも医療機関よりもよく知っていなければ、助言は与えられないわけです。

しかも、外国人医療にまつわる問題というのはさまざまな分野のことが起こっています。さまざまな分野のことを医療機関に実際に助言を与えられるような地方自治体の窓口は今、できるだろうか、正直私は疑問です。

これは経験論だけで言うてはいけないと思いますけれども、30年、民間団体を率いてきて、いろいろな相談を受けてきた結果として、実際に今のところ、地方自治体以下の窓口からさえ我々の組織にこういう相談があるのです。ですから、もしこれを地方自治体の窓

口でやるとお考えになるのであれば、その実効性についてよほど考えていただかないと、ちょっと難しいのではないかというのが私の意見です。

○遠藤座長 課長、お願いします。

○北波総務課長 御指摘はそのとおりだと思っております。

ワンストップ窓口につきましても、来年度予算から本格的に各件1つを整備しようというところで取り組んでおります。

もとより、最初から100%のものに対応ができるかといえば、御指摘のように、先人のノウハウを学びつつ、やっていくようなことだろうと思います。

ただ、少なくとも行政的に情報としてお渡しできるようなものについては、少なくとも整えた上で、窓口をスタートさせる。これは必須のものだと思います。

その上で、具体的な事例に伴うノウハウというものは、厚労省と県が協力しながら積み上げていく。このようなサイクルをしていかないと、恐らく成熟した窓口対応はできないと思っておりますので、そのような方向でやっていきたいと思っております。

○遠藤座長 室長、お願いします。

○高崎医療国際展開推進室長 補足でございますけれども、日中は都道府県の方に御対応いただけるかと思うのですけれども、夜間・休日においても医療機関において困ることがあるのではないかと我々は想定しておりまして、そのために、全国のセンターのようなものを予算上は考えてございます。

今、課長が申し上げたように、そういうところで個別の事例のノウハウが蓄積されて、また活用させるような仕組みということも、合わせて検討したいと思っております。

○遠藤座長 ぜひよろしく願いいたします。

先ほど、岡村構成員にまとめていただいたように、きょうのタイトルはコーディネーターという人でありましたけれども、確かにコーディネーションという仕組みの話と、コーディネーターというお話の2つがあると思うのです。ですから、ぜひワンストップなりといったところは、コーディネーションのほうの助言をできればと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。

それでは、いろいろと議論していただいているうちに時間が残り30分となっております、3番目の議題に移ります。第1回目からお話が出ておりますお金の問題です。議題3「訪日外国人旅行者の診療における診療価格について」に移ります。

資料5の「訪日外国人旅行者の診療における診療価格」について、事務局から説明をお願いいたします。

○永松総務課長補佐 資料5を御説明いたします。

1 ページ目をご覧ください。1つ目がこれまでの経緯、2点目が訪日外国人旅行者に対する診療価格の実態と考え方を説明させていただきます。

3 ページ目、まず、本検討会における議論は、内閣官房健康・医療戦略推進室が取りまとめました「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」における取組2

ー11の外国人観光客向け医療に関する価格の合理的な設定方法の提示を受けて行っているものでございます。

そして、訪日外国人旅行者に対する診療価格は、社会保険診療ではなく自由診療であるため、各医療機関が、任意に診療価格を設定してよいものでございます。

その一方、医療機関からは、訪日外国人旅行者に対して、どのように診療価格を設定してよいかわからないという声も上げられておりまして、考え方の枠組み、フレームや事例を紹介するものでございます。

そこで、本議論は、1点は何円というように価格を提示し、診療価格を収れんさせることを目的としているものではないことをあらかじめ御留意いただきたいと思えます。

4ページ目に移ります。こちらは、これまでに公表したデータでございます。左側ですが、医療機関が外国人患者を受け入れるに当たり、時間や労力を不安として感じています。右側は、訪日外国人に対する診療価格の分布です。約83%の医療機関が外国人への診察価格として1点当たり10円もしくは消費税込みで10.8円か11円で請求していたというのが、平成28年度の調査の状況でございます。

それでは、最新の状況が6ページ目になります。厚生労働省は昨年9月に実態調査を行いました。こちらの結果が、1点目としまして、訪日外国人に対する診療価格を設定する際に、ほとんどの医療機関は診療報酬点数表を活用しておりまして。ほとんどと書いておりますが、脚注の1)にそれ以外の事例がありますので、ごらんください。例えば、夜間、診療報酬の計算ができない時間でかつ翌朝すぐに県外、国外へ移動する場合は診療内容により1万円から6万円の間の金額を提示すると回答した医療機関や、時間外受診は、概算として一律3万円を請求して、後日精算のための来院は不要としていると回答した医療機関もみられました。

そして、有効な回答のうち、約90%の医療機関は1点当たり10円もしくは10.8円か11点で請求しております。

右側の棒グラフですが、外国人患者受け入れが多いと思われる医療機関において、約59%の医療機関が1点当たり10円で請求しているのに対して、28%の医療機関が1点当たり20円以上で請求していたといった結果がございました。

7ページ目に移ります。診療費以外に追加的な費用を請求しているかアンケートしました。その結果、通訳料を請求している医療機関の割合は約1%でございました。また、外国人患者受け入れが多いと思われる医療機関に限定しますと、約11%でございました。

こちらの医療通訳費用の具体例としまして、右下に黄色の吹き出しで書いておりますけれども、その内容もさまざまございまして、例えば通訳ボランティアの交通費相当を請求しているとか、2時間まで1,080円を請求しているといったところから、例えば下のほうに行きますと、アテンド費用で2万5920円を請求しているとか、外部の医療通訳を利用すると1時間当たり1万5000円を請求しているとか、さまざまな回答が見られました。

また、これらの通訳料以外に消費税、診断書作成料、時間外手数料、差額ベッド代を請

求しているといった回答もみられました。診断書を外国語で作成する際に、日本人と同額の手数料を請求する医療機関もございましたし、英語に翻訳するための割増しの手数料を請求している医療機関もございました。

8 ページ目に移ります。箇条書きの1つ目にありますが、訪日外国人旅行者に対する診療価格を考えるに当たって、繰り返しになりますけれども、各医療機関が独自に設定しているものです。しかし、診療請求の考え方を理解することは、医療機関に対する参考情報になるかと思われま

そこで、議論材料として、外国人診療にかかわるコストとしてどういったものが考えられるか、箇条書きで書かせていただきました。

例えば、外国人患者の病態を理解するコスト。これは、治療履歴を照会したり、関連資料を請求するためのコストとか、母国の保険制度を理解するためのコストも考えられます。

また、人種に固有な疾患とか、日本では見られない疾患に対して診療方針を決定するために、文献検索や専門家へ照会するためのコストもあるかもしれません。

また、日本と海外の薬剤が異なるために、薬剤名や投与量を確認するためのコストもかかるかもしれません。

医療通訳者をういたとしても、往復の会話に時間が費やされますので、それにかかる時間的コストがかかるかもしれません。

診療以外に関しましては、例えば医療通訳者に支払われる報酬や旅行保険の照会にかかわるコスト、食事や家族、母国への帰国にかかわるコストがかかるかもしれません。

なお、右のほうに移りますけれども、必ずしもこのコストというのは明確に分類されるものは限りません。また、コストの分類方法も複数あるかと思われま

このような中、訪日外国人旅行者の診療価格について、どのような考え方があるのかを御説明いただきたく、田倉参考人にご説明をお願いしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいまお話がありましたように、続いて、資料6「自由診療における診療価格」ということで、田倉参考人より御説明をお願いいたします。

○田倉参考人 東京大学の田倉でございます。

我々は今、厚労科研の「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」ということで、議論させていただいておりますので、その中で、今回は自由診療における診療価格のうち、診療価格の概念と、その調査研究の方法について御説明させていただきたいと思います。

きょうお持ちした資料の構成ですけれども、大きく3つございます。

まず、研究の全体像という形で、そもそも研究の目的と調査のアプローチ、2つ目は、

きょう特に重要な点かなと思っておりますけれども、価格水準の考え方と主な論点、3つ目が、訪日外国人の旅行者を中心とした価格設定の検討の方向性というか、案としてお持ちしております。

参考資料として、海外の価格水準を参照するときの留意点を載せております。

最初に、今回の御説明につきましては、実際に訪日外国人の旅行者様を受け入れている医療機関から、いろいろとお話や御苦勞を伺って、かなり最大公約数的に整理をさせていただいたものである点をお含みいただければと思っております。

最初に、研究の全体像でありますけれども、今回、主な内容につきましては、繰り返しになりますけれども、訪日外国人の旅行者の適正な診療価格の設定のための理論、方法を検討するというを目的に、4つの調査から構成させていただいております。

めくっていただいて、研究の背景と目的でございます。

研究の背景につきましては、突発的に旅行者で受診される外国人の方々に対して、医療機関の多くは、先ほども厚労省のほうから御説明がありましたけれども、適切な価格診療を設定するのにかなり苦勞されているようで、公定価格に準じているというのが背景として考えております。

それを前提に、今回、目的としましては、3つ、まずは学術的な理論と方法を考えていきましょうということ。もう一つは、適正な価格水準をある程度、ケースとして、事例として例示していきたいと思っております。

最後は、それらをマニュアル、今回は多分、教科書的なものになるかと思っておりますけれども、整備していこうということで、右側のほうに研究班の体制がございますが、医療経済学、公共経済、あとは病院経営の専門家に参集していただいて議論を進めておりますし、臨床現場の臨床家の先生にもオブザーバーで参加していただいているところであります。

この研究の構成と方法につきまして、大きく4つあると申し上げましたけれども、1つは課題1として、価格設定にかかわる理論と手法ということで、基本的には定義とか範囲とか理論を整理させていただいております。

2つ目は、医療費の国際比較の水準ということで、主に来日される母国の価格水準がどうなっているのかというものを整理させていただいております。

もう一つは、原価計算ということで、今回の訪日外国人の旅行者のコストはどれぐらいかかっているかということ、原価計算という方法で積み上げていこうということであります。

最後、4つ目として、それらを医療費の設定例という形でまとめていくということで、きょうお話しさせていただくのは、課題1の理論・手法を中心に、多少国際比較と原価計算について視野に入れた議論をしているので、御報告させていただきたいと思っております。

なお、今回の研究効果として、右側でございますけれども、持続的な医療経営に資するということ。もう一つは、自由診療の対価のあり方を整理し、病院運営に対する経済的な

影響要因を論じられるようなデータが出てくればいいのかなと思っております。

最後は、訪日外国人の診療需要に、我が国として適切に対応できるような体制の基礎資料をつくっていかうということを目指しております。

2番目、価格水準の考え方と主な論点について、6ページ目をごらんいただけますでしょうか。主な内容は、どちらかという論点でありますけれども、まずは訪日外国人の診療の価格設定でございますが、先ほど来議論がございます、いわゆる「特別に生じる追加費用」、例えば通訳のようなものとか、あとはそもそも日本の医療システムを支えているインフラの費用みたいなものを訪日外国人の方々にどのように負担していただくのかということが、議論として重要ではないかと考えているところであります。

追加費用は、先ほど申し上げた代表的な通訳のみならず、論点としては、診療過程における提供コストが、もし増加する可能性があれば、それらについても配慮していかないといけないのかなと思っております。

最後に3つ目なのですが、価格水準を論じる場合、これは一般論にすぎませんけれども、いわゆる再投資のための利益というものを病院経営の中でどう考えるかということ。あとは、不可避的な、突発的な受療をされる患者様の経済力、先ほどもいろいろと保険の話もございましたけれども、こういったものにも留意すべきであると考えております。病院経営を支える補助金等の取り扱いといったものについても、検討を視野に入れていかなければいけないのかなと考えているところであります。

最初に、この研究のスタートラインとして、そもそも今回、メディカルツーリズムではなくて、突然、受診される旅行者の方を対象にするということで、多くの医療機関が公的な医療保険制度を前提とした経営資源、体制の中で、自由診療を検討するということであろうかと思っておりますので、訪日外国人、旅行者の診療価格の議論においても、国民介護保険制度というか、受益と負担の関係を含めた整理も必要であるかということで、最初に医療制度と国民負担の整理としてお持ちしております。

国民介護保険制度でございますけれども、釈迦に説法ですが、いわゆる互助・共助の精神のもとに、日本国民の財産として運営されてきたということでもありますので、外国人の診療価格の検討においても、例えば下にございますとおり、2つの切り口の配慮も重要ではないかと考えているところでございます。

すなわち、まずは外国人で特別に生じる費用をどう回収するかということで、先ほど来議論されている通訳、コーディネート費用。もう一つは、社会・医療インフラの投資回収ということで、各種補助、助成金もありますし、医療者自身の育成から、例えば消防などの救急システムの公共システムみたいなものも、議論しなければいけないのかなという論点があるかと思っております。

今回は、補助金などは病院経営に直接かかわるということで、診療価格の議論としてある程度、視野に入れていかうかというふうになっておりますけれども、医療者の育成とか公共の投資というのは、価格の議論としてはなかなか論じにくいところがありますので、

今回、研究班の中ではここは割愛させていただく方向ではおりますけれども、御意見をいただければと思っております。

要するに、現行の医療システムの枠組みを前提として、報酬部分を中心とした検討をさせていただいているということでございます。

次の8ページ目をごらんいただけますでしょうか。こちらは、左側に診療報酬の構造をまずお示ししておりますけれども、今回、診療報酬自体を論じることは目的ではございませんが、医療経営の大部分が現行の診療報酬を基礎としているということでございますし、実際の医療サービスの体系を精緻に構造化しているということもありますので、訪日外国人の価格検討において、特にコスト構造の検討のスタートとしては適しているということで、参考までに載せさせていただいております。

つまり、例えば初・再診をして、検査をして、手術をされるというものに対して、右側にごございます費目構造。例えば労務費もありますし、福利厚生、あとは経費、これは床代も入っておりますけれども、その他診療材料費、減価償却費といったものに何がしかの再投資の利益みたいなものを乗せて、価格はバランスがとれているということでありまして、コストということに関しては、御存じのとおり直接的な原価とバックヤードも間接的な原価というものがあって、こういったものを訪日外国人の旅行者の診療の価格設定に対してどのように持っていくかということで、右側に3つ整理をさせていただいております。

まずは、繰り返しになりますけれども、新たに追加される費目ということで、通訳費。2つ目が、提供単価が増加するというところで、現行の診療の中において、例えば診療時間がふえる等の理由で、労務費、経費といったものがふえるのかということ。あと、3番目にごございますけれども、経済的には影響がない、もしくは単価が改善される可能性もあるものということで、例えば外部調達をして、右から左に使うような材料費とか、減価償却については、稼働率が上がって単価が下がる可能性もありますけれども、今回は突発的な対応で症例数が少ないケースでありますので、このあたりは想定しなくていいのかなと考えているところでございます。

9ページ目に、その費目構造をより詳細に議論させていただいたものが左側のもので、いわゆる外国人の受診において、追加的にかかる費用、通訳費もございまして、コーディネート費もございまして、あとは事務経費、診療費というところで、投薬等の特殊な事情によってコストがふえる可能性があれば、そういった議論も必要であろうかと思っております。

その他、例えば研修もしくは情報システムの関係などもあれば、そういったものを視野に議論をしていこうかと考えております。

これについて、追加費用として議論させていただくことになりますので、それが右側のほうの費用構造の黄色い部分、上に乗せている外国人分という形になろうかと思っておりますけれども、こちらは価格水準を論じるときに、先ほど申し上げたとおり、再投資のための利益とか、もしくは支払い能力とか、そもそも補助金みたいなもの、病院経営を支えている



ものをどう考えるかということで、利益につきましては、過剰なものでないという前提で再投資の検証を確保すべきという話があるかと思えますし、経済力等については、論じるのは難しいので、せいぜい外国価格を参照して、そのバランスを整理するぐらいの範囲でとどめるような話なのかなと思っております。

あとは、病院の収支バランスの中においては、補助金等も存在しているケースもあると伺っておりますので、それらも考慮した議論をしていくということで、この辺の3つを整理しながら、10ページ目に訪日外国人の価格設定の検討の方向性という形でまとめさせていただきます。

10ページ目を簡単に申し上げますと、まずは医療材料のところは除いた上で、利益の程度は従来水準を維持するという前提の中で、病院の原価計算の負担を下げるという意味で直接原価を中心に分析を行うような方向としております。

あとは、診療報酬制度を柱とした我が国の医療経営の実態がありますので、公的保険診療における診療報酬点数表というものがかなり精緻に、立派にできておりますので、これを有効活用しようと考えております。

そういった観点で、外国人診療の追加的な原価というものと、通常支援の中で費用としてふえていくものを合算するという2つのアプローチを今回は御提案させていただいているところであります。

ちなみに、先ほど来申し上げている外国人の方の経済力とか、そもそもの価格認識みたいなものについては、直接論じることは難しい中を海外の価格水準、今回、外国価格調査というものがございますので、そちらでバランスをとるとのこと。あとは、補助金等の配慮が必要な場合は、収入構造における比率みたいなものを、最終的には係数として価格に反映するようなことも考えているということでもあります。

いずれにせよ、今回の整理は病院経営の裁量権に配慮して、個々の経営者が経営環境を考えながら、独自に決定をするものを支援するための考え方をまとめさせていただいているということがございます。

11ページ目をごらんいただけますでしょうか。訪日外国人の価格水準の考え方につきまして、先ほど8ページ目で御説明させていただいたものを追加費目と追加請求という形で整理させていただいておりますけれども、左側のところ、いわゆる診療材料の部分を除いて、訪日外国人の追加請求が生じるものと、追加費用という対応関係を整理させていただいているということがございます。

もちろん、この追加費目の中には、間接原価なども含んでいるということもございます。

そういった観点でいきますと、黄色い部分から下のところ、いわゆる通常の診療というものの体制が変わらない。通常、日本人の患者様を中心に、診療サービスを提供しているという医療機関でございますので、診療体制が変わらないという前提で基本的なコスト構造は変わらないという設定で今回は整理をさせていただきたいと思っております。

よくも悪くも、今回、現行の経営状況を維持させるという前提の価格設定だと考えてい

ただいいのかなと思っております。

そういう観点から、右側です。診療報酬点数表みたいなものをできるだけ有効活用したほうが、現場の事務方も含めて、価格計算が効率よくできるのではないかとということで、材料費を除いたものをベースラインとした倍数計算みたいなものができるようなことを目指しているということ。

もう一つは、再投資の位置づけでございますけれども、利益は同水準で変化がないものとするということ。あと、間接原価みたいな複雑な算定はなしにして、できるだけシンプルに個々の病院で計算ができるようなものを表号としようという形で考えております。

その原価計算は、次のページになりますけれども、左側に、こちらは白内障の例でございますが、施設全体の間接経費といったものを全て1つの手術に案分して収れんさせていく方法でございますが、これはできるだけシンプルにしていこうということで、そういったものを、右側のマニュアルでございますけれども、例えば2番の価格水準の検討の基本的な考え方とか、6番にタイムスタディーを含めた診療時間の調査の概念とか、あとは配賦・案分の考え方が8番、9番には価格（報酬）の算定における留意事項を、教科書的にまとめていこうと考えているところでございます。

最後、13ページ目のスライドが、算定の構造とプロセスということで、先ほど来申し上げておりますとおり、左側に外国人診療の原価追加分があり、下に通常診療で仮にもしふえるものがあればということで設定させていただいております。

最初、左側の下に、本邦の公的診療報酬点数というものを設定させていただいておりますが、いわゆる診療の単位、請求の項目をベースに議論していくという形で、これに対して、仮に下の通常診療の原価増加分に関しては、診療実態などを見て、いわゆる例えば診察、診療時間がふえるようなもの、多くの費目構造においては、何か専門職の方の消費時間がふえれば、それに連動して大抵はほかの経費もふえるような形になっておりますので、そういったものを前提に、ふえた分に関して、それを公的診療報酬点数を倍数計算するような形で、もし必要であれば、これに補助金のいわゆる比率を倍数として組み入れるようなことも想定しているということでございます。

こういったものを前提に、下のほうになりますけれども、通常診療に相当する範囲で、外国人診療に伴う原価増を設定し、上のほうに行きまして、追加的な原価ということで、これは今まで議論されていた通訳等の費用を1件当たりという形で整理して、それらを2つ、上と下を合算して、訪日外国人の特別診療の全体原価ということにさせていただいて、もちろん診療材料とかを使用しておりますので、それを右側にありますとおり、上の外国人診療の原価追加分については、利益の議論をしておりませんので、必要であれば相当の利益、例えば販管費みたいなものを乗せるような形で最終的な訪日外国人の価格水準の概念を整理していつてはいかがかと考えているところでございます。

以上、簡単ながら御説明とさせていただきます。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

限られた時間の中で、御説明ありがとうございました。

田倉参考人は、次回はお越しいただけるのですか。きょうだけだと、ほとんどないのですが、残りは田倉参考人への御質問をとりたいのです。いかがでしょうか。日程も決まっていないからあれか。

○高崎医療国際展開推進室長 よろしければ、後ほど田倉先生に日程調整をさせていただきたいと思います。

○遠藤座長 そういうことですが、まず、本日これだけはぜひということをお願いします。南谷構成員。

○南谷構成員 この計算なのですけれども、1点10円だとか、日本は全部保険点数から計算されていて、倍数算定がもちろん現場で望ましいからそうなっているのだとは理解しますし、大体のところはそうしているのですけれども、ただ、例えば診療が外来診療で、もともと1万円であったのが、2倍のところになると2万円になるわけです。

ところが、100万円かかったところを2倍にすると200万円になるのです。その上乗せの差はかなり違います。なので、逆に、安いとすごく足りなかったりするのですが、今度は高いと余りにも取り過ぎているような気もするので、その辺の埋め合わせというか、ある程度何かの基準でいい案があれば、また考えていただければと思います。

○遠藤座長 いかがでしょうか。

○田倉参考人 御指摘、大変ありがとうございます。

その辺を含めて、また研究班に持ち帰って検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○経済産業省 経済産業省でございます。

まず、質問からなのですが、外国人に限らないのですけれども、特に飛び込みで外国人が来る場合、未収金の問題があると思うのですが、そういったものは請求処理関連の経費増加みたいな中で込みで考えていると思ってよろしいのでしょうか。

○田倉参考人 未収金については、本来、我々の研究班で議論すべきかどうかはともかくとして、今の費目構造の中においては、いわゆる欠損金というか負債として乗せるかどうかなのですけれども、あるほかの外国人の方の負債みたいなものを、取れる方から取るということも、議論としてはどうかなというところがありますので、それを含めた議論はこれから精緻に進めていきたいと思います。

○経済産業省 病院の法人形態とかが諸外国と日本の場合は違うので、一概には言えないと思いますけれども、外国とかで民間病院、株式会社の病院とかは、当然、負債金みたいなものは取れる人に転嫁してそこから取ることによって健全な経営を維持しているということもございますので、そういうところの考慮も必要かと思うというのが1点。

これは我々経産省で考えるべき話かもしれませんが、一つ、海外の価格を参考にすると

いった場合に、民間病院を想定するのか、公的な病院を想定するかによって、海外では本当に天と地ほどの差があるのではないかと思います。

加えまして、これは経産省の問題なのですが、我々は、いわゆる医療を最初から目的にしました患者の受け入れの推進みたいなことも政策として推進しておりまして、ここの価格の関係によっては、事前に調整するよりも飛び込みで行ったほうが安くて、結局同じ医療が受けられるとかとなってくると、変なバイアスがかかってしまうので、そういうところも、我々も考えたいと思いますけれども、問題としてはあるかなと思っています。

○田倉参考人 ありがとうございます。

特に外国価格については、サンプリングの方法などが非常に重要なので、参考資料も入れておりますけれども、ぜひその辺についてはいろいろとお知恵をいただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 どうぞ。

○三井構成員 一つ確認なのですが、この検討される部分ですが、それは医科のみ。

○田倉参考人 外国人の診療ということに関しては、歯科もターゲットに入っておりますし、今、サンプルというか対象の客体として、クリニックの中で歯科の先生にも少し御相談しておりまして、ぜひその辺については、お困りになっている現場の先生を御紹介いただければと思っております。

○遠藤座長 最後に大磯委員、どうぞ。

○大磯構成員 計算の中に、消費税が検討されているのかという点なのです。今後また消費税が上がってきた場合に、更に原価が上がっていくわけですね。今後も5年、10年経過するごとに、消費税が上がっていつてしまう状況なのですけれども、そのところの計算は入っているのでしょうか。

○田倉参考人 ありがとうございます。

まさに最後の13ページ目で御説明している訪日外国人の価格水準の概念のこれに多分、消費税がかかっていくということで、多少、補助金等についても、病院の収入のみならず、国の国保に返っていくような形で還元できるような仕組みとして、消費税も念頭に入れているというふうを考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

もとより、この診療価格の問題は、繰り返しますけれども、第1回目からずっと議論をしていただいているわけでありまして、これで終わりなどということは全く考えておりません。次回はたっぷりこの問題でコメントをいただきたいと思っておりますので、きょうのところはちょうど時間となりましたので、議論はこれにて終了させていただきたいと思っております。

長い間、御熱心な御討議あるいは御質問をありがとうございました。

それでは、事務局のほうに返します。

○永松総務課長補佐 2点ございます。

まず、1点目が本日の資料5、6につきまして意見がございましたら、一度、事務局のほうで回収して整理させていただきたいと思いますので、追ってメール等で御連絡させていただければと思います。

2点目ですけれども、次回開催につきましては、日程を調整した上で、詳細につきましては改めて御連絡させていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。何か御質問はございますか。

それでは、これで閉会といたします。本日はお疲れさまでした。