

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 53 期 活動報告書

2018

Academic Society of Tropical Medicine  
Kyushu University

# 目次

|             |   |
|-------------|---|
| 会長あいさつ..... | 2 |
| 総務あいさつ..... | 4 |
| 現役部員一覧..... | 5 |
| 年間行事.....   | 6 |

## 第 53 期 活動報告

|                    |    |
|--------------------|----|
| 医療通訳班.....         | 8  |
| 薬物依存症班.....        | 32 |
| 船医班.....           | 52 |
| 会計報告.....          | 73 |
| ご支援してくださった先生方..... | 75 |
| 連絡先.....           | 76 |

# 会長あいさつ

熱研の 2018 年度活動を振り返って

2018 年夏、今年も熱研の諸君は旅立ち、そして無事戻ってきてくれた。今年は、医療通訳班がオーストラリアへ、薬物依存班がポルトガルへ、加えて船医班が私達にも縁遠い船医の現状を見てきた。今年の活動も創意に富んで興味深いものであった。

医療通訳班。我が国では、海外からの観光客、労働者が急増している。九大病院は、国際医療部を中心に、国際診療支援センターによる外国人患者の受入、通訳翻訳業務、海外交流センターによる医療スタッフの派遣・受入・人材育成、アジア遠隔医療開発センターによる遠隔教育、技術開発等を行っている。これらの先駆的な活動は我が国においては高く評価されるものである。一方、福岡県でもっとも多くの外国人患者を受け入れているのは福岡記念病院。4 年前に県内初の外国人患者受入れ医療機関認証制度の認定を受け、積極的に外国人患者を受け入れ着実に実績を重ねているという。ただ、我が国においては、医療関係者のボランタリーな熱意に頼らざるを得ないことが課題のようだ。医療通訳班の活動を通じて得た情報は、以下の通り。国際医療先進国オーストラリアは 1970 年代に入り白豪主義の廃止後、多文化主義政策を取り入れるという大きな政策転換をし、連動して多民族によって構成される国民の健康を守るために、医療通訳の公的制度を導入した。しかも、このコストは公的資金で賄われている。海外からの労働力流入に向けて大きく舵を切った我が国においても、見本となる事例である。私自身にとっても貴重な情報であった。

薬物依存班。薬物依存は、依存症に陥った本人のみならず、家族、社会を確実に蝕む。厄介なことは、再発率の異様な高さである。ただし、この問題は我が国に限ったことではなく、世界的に深刻なものとなっている。薬物依存班からの貴重な情報をいただいた。オランダは厳しい政策で薬物を完全に追放することは不可能だという前提に立って、2 本柱の政策を立てている。1) 薬物使用は公衆衛生の問題であり犯罪ではない。2) 薬物による害を減らす。たしかに、アムステルダムに行ったとき、街中心部に「コーヒーショップ」という合法的にドラッグを販売している店を何軒も目にした。一方、ポルトガルでは、2001 年にほとんどの薬物を処罰対象から外した。そして、薬物依存対策費を、中毒患者の社会復帰、すなわち就業支援や起業資金援助に使うこととした。その結果、中毒患者と中毒死患者が激減したという。両国の施策—すなわち、薬物中毒者を犯罪者として扱うのではなく、救済し支援されるべき対象として見ることの意義を学ぶことができた。禁酒法がなくなることで、犯罪やギャングの横行がなくなったことに通じるような気がした。

船医班。船上は、私達が居住する空間から隔絶され、また時に国境すら越えている。しかし、そこにも船上で生活し、労働し、人生を楽しむ人達の世界がある。確かに、web 上で検索してみ

ると、海洋気象観測前や捕鯨船、あるいはクルーズ船からの求人募集が出ている。班員からの報告では、この業界は求人難という。医師としてそこにいることは、設備、人手、経験等の不備・不足による不安も多いことと思われる。状況によっては語学力も求められるし、狭い環境での業務は人間関係への配慮も必要であろう。おそらく医師としての仕事のタフさは離島勤務以上であろう。とはいえ、そこにニーズがあることは確かだし、また報告の中で、その世界にいて初めて経験できること、感動することもあるという。知らない世界を垣間見ることができ、きわめて興味深かった。

今年の活動も有意義なものであった。そして、まだまだ未知の分野、未開の分野があることも知った。医療の世界は多様性に満ち溢れている。熱研の諸君が、活動を介してさらに見聞を広げ、経験を重ね、考察を深め、医療の世界を進化させていく原動力となることを祈念する。

九州大学医学部熱帯医学研究会会長

中西 洋一

## 総務あいさつ

今年も無事活動を終え、報告書を皆様にお届けできましたことを喜ばしく思います。熱研の活動は今年で 53 年目を迎え、部員は 90 名にも達しようかというほど大きな部活となり、それぞれの部員が学ぶテーマはどんどん多様化してきました。各部員が学びたいと思う分野はもちろん、自分の興味の外にあることでも知る機会が得られる場として、熱研が機能しているように思われます。

私事ではありますが、私が新入生の時に熱研の先輩に言われた言葉に次のようなものがあります。

「熱研は探検部のようなものだよ。」

これはすなわち、小説に出てくる探検家たちが未知の秘宝を求めて準備を重ね、迷宮に飛び込むかの如く、熱研部員が新たな知見・体験を求めて未知の環境に繰り出していくことを指していると思います。53 年の間に活動してきたテーマには変遷がありますが、これまでの先輩方がそうであったように、変わらず、冒険心を持ってこの 1 年間の活動を行うことができたと考えております。しかし、活動を進めていった先で辿り着く宝（新たな知見や体験）は自分たちが思い描いていたものと同じとは限りません。どれほど事前学習を重ねていたとしても、メディアを通じて得られる情報と実際に行った活動地で得られるものとの間に乖離があるのはしばしばです。これこそがフィールドワークの醍醐味であるとは思いますが、しかし、過去にそのギャップに驚かされ、報告書を仕上げる際に絶望感に苛まれてきた部員も多くいるのではないのでしょうか。私自身、事前学習を元に仮説を立てて活動先に行ってみたものの、自分たちが拠り所としていたことの不確かさに驚き、落胆した経験があります。そしてこの落胆の中に、自分たちの仮説に都合の良い事実ばかりを求めてしまう危険性を感じました。新たな知見や体験を求めて活動に行ったはずが、いつしか自分たちの仮説を理想化し、その理想化された姿を（自分たちの”正しさ”を証明するものを）現地に求めてしまっていたのかもしれない。しかし本来その情報のギャップは、私たちが実際に現場に赴いたからこそ生まれたものです。もし本やインターネットの記事による勉強だけに留まっていたならば気づき得なかったかもしれません。このことをギャップに気づいた際に再確認することが、受け入れ難い事実をも受容していく手助けになるのではないかと思います。

幹部も入れ替わり、来期も新しいことに挑戦していくとは思いますが、“探検家”としての初心をこれからも大切に引き継いでいく所存です。

この度、熱研の会長として 9 年間熱研部員の無茶な活動を広い心で見守ってくださった中西教授がご退任されます。私たち部員が思い思いの活動を行うことができたのも中西先生のご配慮のおかげであると思います。来期からは、新たに衛生・公衆衛生学分野の二宮教授が会長に就かれます。二宮新会長のご指導の下、部員一同さらなる発展のため努力して参ります。皆様には、より一層のご指導、ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

九州大学医学部医学科 4 年  
齋藤智晴

## 第 53 期 現役部員一覽

### D4

佐々木大貴

### 医 5

貞賀泰孝

猪島直樹

門松英

新宮直人

谷口法隆

多和田真之介

知識裕喜

寺戸大祐

中根弓那

中村拓也

弘中裕士

山本雅士

### 医 4

武井祐樹

門松英

赤木健哉

岩村成露

金子和樹

河村真理

齋藤智晴

久恒慶地

水木雅人

山川良太

米川耕太郎

### 看 4

有田智美

畠山敬伍

福谷成美

### 放 4

染矢梨緒

宝珠山桃子

### 医 3

加藤航

加藤誠也

金田海弘

岸哲生

津田明知

中村理乃

成尾圭介

日野雅喜

前濱涼太

前田優華

光山敏史

龍正一郎

### 放 3

末次善紀

### 検 3

梁井一樹

### 医 2

白石倫

井野雄貴

岩川悠

柿坂玲雄

塚本理子

中野利恵子

西村尚晃

塗木海斗

吉澤遼一

### 看 2

河上春菜

堀江菜奈未

### 放 2

追立和久

### 医 1

井上武

岩見俊吾

榎優紀世

圓城莉子

川井田悠史

齋藤壮

坂井良行

高畑晴興

田崎周

楯林英一郎

南立凌太朗

平山歩未

宮崎朋実

宮田波瑠菜

村口大知

### 生 1

深田幸平

### 看 1

伊藤七海

大塚望海

山口真子

### 検 1

上村千花

成瀬諒花

船崎希

宮本麻希

### 放 1

白坂大輔

### 歯 1

郡司掛知哉

酒井勇典

田畑景登

土橋朋永

## 第 53 期 年間行事

|        |         |                        |
|--------|---------|------------------------|
| 2017 年 |         |                        |
| 12 月   | 3 日     | 産業医科大学・熊本大学報告会         |
| 2018 年 |         |                        |
| 1 月    |         |                        |
| 2 月    |         |                        |
| 3 月    | 21-28 日 | 台湾 Exchange 受け入れ       |
| 4 月    |         | 新入生歓迎活動                |
| 5 月    | 26,27 日 | 九重合宿                   |
| 6 月    | 30 日    | 山口大学合宿                 |
| 7 月    | 1 日     | 前期総会                   |
| 8 月    |         | 台湾 Exchange (7/31-8/7) |
| 4 月    |         | 医療通訳班                  |
| 5 月    |         |                        |
| 7 月    |         |                        |
| 8 月    |         |                        |
| 6 月    |         | 薬物依存症班                 |
| 8 月    |         |                        |
| 8 月    |         | 船医班                    |
| 9 月    |         |                        |
| 10 月   | 7 日     | 九大祭                    |
|        | 13 日    | 山口大学報告会                |
| 11 月   | 11 日    | 後期総会<br>幹部交代式          |

## 第 53 期 活動報告



# 医療通訳班

## 活動目的

国際化の進展によって、訪日外国人が急増している。それに伴って外国人患者も増加しており、その対応が急務となっている。中でも言語面での対応は喫緊の課題であり、対策が望まれる領域である。そこで私たちは医療通訳に焦点を当て、日本における現状と課題点を洗い出し、医療通訳が職業として確立されているオーストラリアなどの先進事例を参考にし、日本における将来像について考察することを目的とする。

## 活動場所

|         |         |                                          |
|---------|---------|------------------------------------------|
| 日本      | 福岡市     | 九州大学病院、グローバルライフサポートセンター、福岡記念病院           |
| オーストラリア | メルボルン   | Paramount Medical Clinic                 |
|         | ニューカッスル | Hunter New England Local Health District |

## 活動期間

2018 年 4 月 16 日

2018 年 5 月 17 日

2018 年 7 月 31 日

2018 年 8 月 8 日

2018 年 8 月 17～26 日

## 班員

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 山川良太  | (九州大学医学部医学科 4 年 班長)    |
| 門松英   | (九州大学医学部医学科 4 年)       |
| 金子和樹  | (九州大学医学部医学科 4 年)       |
| 齋藤智晴  | (九州大学医学部医学科 4 年)       |
| 中野利恵子 | (九州大学医学部医学科 2 年)       |
| 川井田悠史 | (九州大学医学部医学科 1 年)       |
| 坂井良行  | (九州大学医学部医学科 1 年)       |
| 村口大知  | (九州大学医学部医学科 1 年)       |
| 深田幸平  | (九州大学医学部生命科学科 1 年)     |
| 伊藤七海  | (九州大学医学部保健学科看護学専攻 1 年) |
| 大塚望海  | (九州大学医学部保健学科看護学専攻 1 年) |

## Abstract

近年、日本の医療機関を利用する外国人が急増し、医療通訳の需要が高まっているが、医療保健分野における十分な技量を持った通訳者は少なく、現場での対応が行き届いていないのが実情である。この 10 年ほどの間に、医療通訳技能認定試験の導入等の動きはあるものの、医療通訳は職業として定着するに至っておらず、個々の医療機関独自での取り組みやボランティア等

頼っており、普及・拡大に向けてようやく動き出した段階にある。

一方、諸外国、特にアメリカやオーストラリアでは、医療通訳は法的根拠をもち、州政府から予算が振り分けられ、職業として確立されている。社会的な背景の違いはあるが、日本もこれらの国の事例から学ぶことができるのではないかと考えた。

そこで、まず九州大学病院、福岡記念病院の事例を見学し、国内の医療通訳への取り組みの現状と課題の把握に努めた。次に先進事例としてオーストラリアの **Paramount Medical Clinic**、**Hunter New England Local Health District** を見学し、現地での通訳を巡る現状や取り組み内容を学んだ。

以上の活動を踏まえ、日本で医療通訳の一層の普及を目指すための一案として、各医療機関が通訳業務をこなせる医療スタッフを雇用すること、国や行政は通訳者派遣サービスを構築していくことを提案した。

# 第 1 章 導入

私たちは「医療通訳」をテーマに立班し、活動を進めていくことになった。私たちがなぜ医療通訳に興味を持ち、活動を行うに至ったのか、その背景と問題意識を第 1 節で述べる。第 2 節では、活動の前に学習した内容についてまとめる。国内で外国人患者が急増する中で、実際に何が起こり、何が問題になっているのか、その中で医療通訳をめぐる取り組みの現状はどういったものなのかについて調べたことを記す。第 3 節では、諸外国ではどのような動きがあるのか、日本とは何が異なるのかについて、論文を活用して学習した内容をまとめていく。(山川)

## 第 1 節 背景と問題意識

(齋藤)

ここでは、私たちが医療通訳をテーマとして取り上げた背景と問題意識について述べていく。今回のテーマと関連して昨年の夏、私の高校時代からの友人（以下 A さん）から伺った、旅行中の興味深い話を紹介する。

A さんは昨年の夏に 1 週間のタイ旅行に出かけた際、脚を負傷し、現地の医療機関にかかることになった。病院で医師から治療について英語で説明を受けていた A さんは、医師の "Separate! Separate!" という発言で一気に不安になった。脚を切断されるのではないかといい、"No separate! No separate!" と涙ながらに訴えるやりとりがしばらく続いたという。幸いケガは軽く、A さんの脚が切断されることはなかったようだが、医師とのやりとりは A さんにとって恐怖体験だった。

熱研の活動で海外に行くときには海外旅行保険に入り、現地の医療機関を調べてリストアップするなど、旅先でケガや病気をした時のために事前に対策をしていく。しかしそれだけで安心だろうか。たとえ保険に入り医療機関を事前に把握していたとしても、不安を感じることもある。それは言語の壁である。先ほど紹介した A さんのように、治療の方針についての意思伝達がうまくいかずに苦労する可能性がある。加えて、実際に受診した際に言語面で困るときは病院の受付でのやりとり、お金の支払いなど診療の場面だけにとどまらないだろう。旅先の医療機関にかかった際にそばで通訳をする人がいたならば、患者の不安が減り、診療がスムーズに進むことは想像に難くない。

ここまでで日本人が海外で病院に行く場合について述べたが、外国人が日本の医療機関を利用する場合はどうだろうか。図 1 に示したように、日本を訪れる外国人の数は年々増加しており、有名観光地に行けば日本人よりも外国人の方が多いのではないかとさえ思えるときもある。観光地ではない場所、例えば九州大学病院のある福岡市東区でも昨今は外国人をよく見かける。彼らは旅行者ではなく、居住者だろう。このように旅行目的での短期滞在者と日本に住んでいる外国人（長期滞在者）が数多くいるのが日本の現状である。

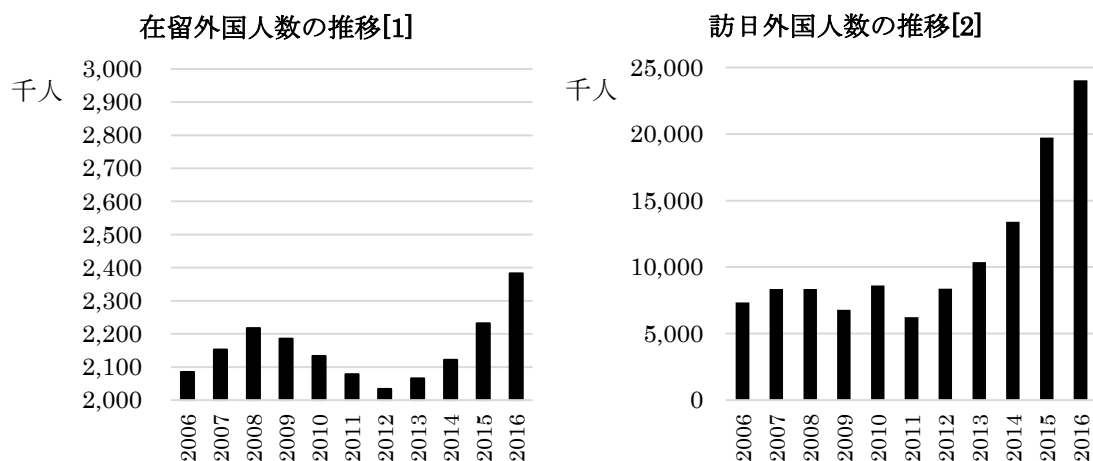


図1 在留・訪日外国人数の推移

彼らもまたケガや病気の際には日本の病院を訪れる。図2にあるように、医療機関における外国人患者の受け入れは多くなってきている。また2020年には東京オリンピックが開催されることから日本に来る旅行者はさらに増加し、それに伴って日本の医療機関を利用する外国人患者はさらに増加すると考えられる。

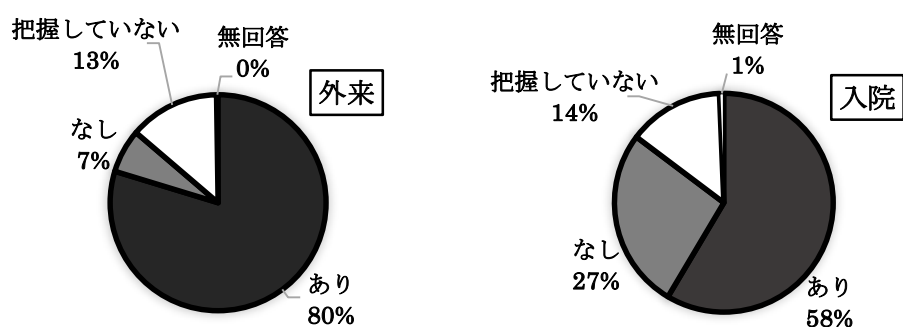


図2 国内の医療機関における外国人患者受入れ状況（2017年）[3]

では外国人患者の増加が見込まれる中で病院での対応は十分だろうか。医療現場に通訳者がいたならば、診療をスムーズに行うことができ、意思伝達がうまくいかないことによって生じるトラブルなども予防することができるのではないかな。これらの疑問について考えることが、私たちが医療通訳をテーマに選んだ最初のきっかけである。

ここで日本における医療通訳の現状について触れておく。日本では医療通訳は国家資格にはなっていない。図3に示したように、国内の医療機関における医療通訳の利用経験は「なし」が84%と医療通訳があまり利用されていないことが分かる。また現在利用されている医療通訳も大半はボランティア頼みである。医療通訳を手配するための機関は、国や地方自治体、民間の通訳エージェントなどがあって統一されておらず、通訳専任ではない病院職員が医療通訳をする場合もある。これらのことから日本では、医療通訳が定着していないことが分かる。[5]

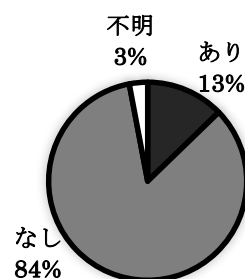


図3 国内の医療機関における医療通訳の利用経験比率[3]

このような状況であったが、2012年に「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」が創設され、2016年には「医療通訳技能認定試験」が開始された。またそれぞれの病院で対応策も考えられている。このように医療通訳への取り組みが近年急速に進んでいる。

JMIPとは、日本国内の病院・健診施設において、多言語による診療案内や異文化・宗教に配慮した対応など、外国人患者の受け入れに資する体制を、日本医療教育財団が第三者的に評価することを通じて、医療を必要とする全ての人に、安心・安全な医療サービスを提供できる体制づくりの支援を目的とした制度である。認証を受けた医療機関には院内やHP等に図4にあるようなシンボルマークが使用されている。医療通訳技能認定試験は、英語と中国語の2ヶ国語で、レベルが基礎と専門の2段階に分かれている。この資格の有効期間は5年である。この試験に合格すると、試験の基準に沿った医療通訳に関する知識と技能を有していることを証明するものとして「医療通訳基礎技能者」の称号を付与される。[4]



図4 JMIP シンボルマーク[4]

日本では、医療通訳の法的根拠は、障害者差別解消法等によって法制化されている手話に限られている。また予算財源は政府ではなく、病院、地方自治体、個人等様々で財源が不安定なため、医療通訳者に対する報酬は一般通訳の10分の1程度と十分に保障されていないのが現状である。[5]

ここでは諸外国の医療通訳の事例について紹介していく。

### 第1項 アメリカ

表1にあるように、アメリカでは、LEP<sup>1</sup>指針や大統領令、公民権法第601節などに基づき、誰にでも無料の医療通訳サービスが保証されている。LEP指針とは、連邦政府から補助金を得ている医療機関には、LEP患者に医療通訳サービスを無料で提供する責務があるとするものである。大統領令では、LEP患者がサービスを利用できるように全連邦政府機関にガイドライン作成を義務づけた。また、公民権法では、言語による人種差別を禁じた。

アメリカにおける医療通訳サービスは、国または州政府の医療費予算を財源としている。例として、ワシントン州では、LEP患者を対象とする通訳サービス提供組織が州社会保険局により創設され、州政府を予算財源として30言語以上に対応する医療通訳者が州内の病院に派遣されるようになった。通訳制度については「医療通訳士」という公的資格はまだなく、医療通訳者の育成、研修内容についての全米基準は確立されていない。現在代表的な民間の医療通訳トレーニングである **Bridging The Gap** の修了証書が、医療通訳をする上での最低限の教育を受けたという証明になり、医療機関が医療通訳者を雇用する際に配慮される。また、広大な国土を有するアメリカでは遠隔通訳サービスが活躍しており、対面通訳と組み合わせることで少数言語の場合もサービスを提供できる工夫がなされている。<sup>[5]</sup>

### 第2項 オーストラリア

オーストラリアの病院は公的病院と民間病院に分けられる。全病院の6割を公的病院が占めており、近年民間病院が増加傾向であるものの、依然として公的病院が中心的役割を果たしている。病院の運営に関わる財源としては、公的病院は運営費のほとんどを連邦政府からの補助金と州政府からの拠出金に依存している。民間病院は政府などからの補助金を受けず、患者が診療費のほか入院料などの施設関連費用を請求される。

オーストラリアでは1970年代に、白豪主義から多文化主義への転換として通訳サービスを充実するための制度が発足した。それに伴い、全豪統一の通訳試験が確立され、全ての病院に移民者数の多い14ヶ国語での対応が義務づけられた。なお、患者の通訳は病院の負担で行わなければならない。通訳サービスについては州命令を法的根拠として各州で規定されており、オーストラリアにおける医療通訳サービスは国の税金や各州政府を財源としている。例えば、公的病院では州政府の医療通訳サービスを受けられるが、公的病院以外の一般開業医などを受診する際には、民間通訳サービスに加えて連邦政府「**Translation and Interpretation Service (TIS)**」でも医療通訳サービスが受給可能である。TISは国の税金を財源として24時間体制で100以上の言語に対応する対面通訳サービスや、電話通訳サービスを実施しており、オーストラリア国民や永住者に限り無料で利用することができる。州政府は通訳サービス提供にかかる費用を負担しており、サービスを実施している各地保健機関に予算を割り当てている。例として、ニューサウスウェールズ州（以下NSW州）では州命令により、異なる文化背景の住民に対して同様

<sup>1</sup> Limited English Proficiency 英語での読み書き、対話による意思疎通が十分でない状態。

の医療サービスが義務づけられ、利用者が公的病院、公的医療機関等で公的患者として診療を受ける場合は、本人の負担なしで通訳サービスを受けられる。この時、サービス提供にかかる費用は NSW 州政府が負担する。通訳制度については、政策、法的整備などに裏づけられた通訳制度の構築や国家レベルでの統一基準がある。そのため、税金で通訳者の育成が行われており、翻訳者と通訳者の資格を標準化し認定する国家機関である **National Accreditation Authority For Translators and Interpreters (NAATI)** の試験に合格し、資格を取得しなければオーストラリア政府公認の通訳・翻訳家になることができない。[5]

### 第3項 シンガポール

シンガポールではアメリカやオーストラリアとは異なり、医療通訳に関する資格や法的根拠はなく、政策、法的整備などに裏づけられた通訳制度や、国家レベルの統一基準もない。そのため、スタッフが業務の一部として独学で医療英語を学んでおり、医療通訳サービスにかかる費用は海外旅行保険や患者個人によって賄われている。医療を戦略的産業として発展させ、多くの外国人患者に医療サービスを提供してきたシンガポールでは、外国人医師の受け入れに積極的である。そのため、外国から来る患者も治療を受けやすくなっている。シンガポールでは、一般医においては患者が母国語等を話すことができる医者を選んで受診できるが、通常患者が医師を指定することができない専門医に関しては医療通訳の需要がより大きい。[5]

表1 アメリカ、オーストラリア、シンガポール、日本の医療通訳の法的根拠と予算財源に関する比較[5]

|      | アメリカ         | オーストラリア    | シンガポール          | 日本                 |
|------|--------------|------------|-----------------|--------------------|
| 法的根拠 | ○<br>(公民権法等) | ○<br>(州命令) | ×               | × (※)              |
| 予算財源 | 各州政府         | 各州政府       | 海外旅行保険<br>患者個人等 | 病院、地方自治<br>体、患者個人等 |

※手話に関しては、障害者差別解消法などにより公的機関と民間企業における手話通訳による言語支援が法制化

### 第4項 活動目的

今回、上記のアメリカ、オーストラリア、シンガポールの3ヶ国のうち、私たち医療通訳班ではオーストラリアを医療通訳の先進事例として取り上げることとした。この理由として、①前述のように、オーストラリアの医療通訳は法的根拠、予算財源を持つこと、②アメリカは州ごとに法律や予算が異なるため、医療通訳に関する取り組みの差が大きく、サンプルとなるケースの抽出が難しいが、オーストラリアは州ごとの取り組みの差が比較的小さいため、現地調査に適していると判断したことが挙げられる。

ここまでに述べてきたことを踏まえて、医療通訳班の活動目的として以下の3点を掲げた。

- ①日本の医療通訳の現状・課題を把握する
- ②職業として確立されているオーストラリアの医療通訳を学ぶ
- ③日本の医療通訳の将来像を考察する

## 第2章 国内活動

私たちはまず、活動目的①日本の医療通訳の現状・課題を把握する、に従って、国内で活動を行った。まず第1節で、九州大学病院での活動について述べる。同病院では英語、中国語の専属通訳者が雇用され、臨床の現場で活躍しており、私たちはその現場を見せていただくことができた。第2節では、グローバルライフサポートセンターについて記す。ここでは、外国人の日本での生活支援を行っており、医療通訳技能認定試験の対策講座を実施している。理事長の山下ゆかり氏から、医療通訳を取り巻く現状についてお話を伺った。第3節では、福岡記念病院での活動を報告する。同病院は、2000年代から外国人患者の受け入れを積極的に行っており、複数言語を話せる医療スタッフを雇用し、院内での外国語案内を充実させるなど、独自に医療通訳の取り組みを行っている。それらの概要を見聞させていただいた。(山川)

### 第1節 九州大学病院での活動

(金子)

九州大学病院には国際診療部という部門があり、医療通訳に関する事柄を扱っている。国際診療部は国際患者（日本にいる外国人および海外にいる日本人）の支援や通訳業務を担っている国際診療支援センター、遠隔医療教育や遠隔診療等を行うアジア遠隔医療センター、海外派遣や外国人研究者受け入れなどの国際的人事交流をサポートする海外交流センターの3つの組織から構成されている。また、国際診療支援センターは国立大学病院国際医療連携ネットワークの事務局の役割もある。2018年4月16日に国際診療部を訪問し、医療通訳や外国人患者への対応を担っている国際診療支援センターの業務について、センター長の中島直樹教授や通訳者、事務の方からお話を伺った。

#### 第1項 国際診療支援センターの概要

国際医療連携室は2005年に設立され、2015年に国際診療部の一部として国際診療支援センターと名前を改めたが、現在でもその役割は一貫している。国際患者を受け入れる際は様々なトラブルが存在する。以前は九州大学病院での外国人対応窓口が一元化されておらず、医療を求める外国人患者は自身のカルテを各科に別々に送っていたために患者受け入れには多くのコストや時間がかかった。新興感染症、多剤耐性菌の輸入リスクも脅威である。また、未収金などの金銭的なトラブルは現在でもしばしばあるため、そういった様々なトラブルやリスクに対応することが国際診療支援センターの目的である。別の目的として、外国人患者に日本人患者なみのサービスを受けてもらうということがある。

#### 第2項 国立大学病院国際医療連携ネットワークの概要

このネットワークは九州大学の組織ではなく、国立大学病院長会議の承認のもと、全国の大学病院の外国人患者受け入れのための一元化窓口として作られた。事務局は国際医療支援センターに置かれている。現在は17の国立大学病院が加入している。日本の国立大学病院での医療を希望する外国人はまずこのネットワークのウェブサイトにある入力ページから患者情報、支払い能力の有無、希望する大学病院などの項目を入力することになる。ネットワーク事務局は



これらの情報をもとに受け入れが可能か判断し、患者の各ネットワーク加入大学への振り分け先が決定される。受け入れについては入院には最低 100 万円が必要だと想定しクレジットカード支払いや支払い能力の上限などを確認して判断している。感染症の問題がある場合は原則受け入れないが、国際医療支援センターの副センター長であり、グローバル感染症センターのセンター長でもある下野信之先生に相談を行う場合がある。振り分け先の病院は患者の希望があれば尊重するが、実際受け入れ先は多くが九州大学病院になっている。このシステムを利用して日本で医療を受ける外国人はほとんどが先進医療を目的としており、富裕層向けのビジネスの側面があるという。

### 第 3 項 九州大学病院における外国人患者受け入れについて

九州大学病院では各科にひとり国際課担当がおり、国際医療支援センターと連携してスムーズな外国人患者の受け入れを行っている。日本では保険点数は 1 点 10 円として計算され公的保険加入者は 3 割負担となっている。しかし、公的保険未加入の外国人患者に対しては保険点数 1 点あたりの計算は標準化されておらず、各病院で独自に決定されている。九州大学病院では外国人患者に対して 1 点 20 円で計算している。これは自由診療である上に、通訳などの外国人患者を受け入れる上での様々な費用、未収金が出るリスクも考慮した上で決められている。

### 第 4 項 九州大学病院における医療通訳

国際診療支援センターには常勤の英語通訳者と中国語通訳者がおり、それ以外の言語の通訳については遠隔通訳の多言語通訳サービス「みえる通訳」の利用を 2018 年 4 月から開始している。日本には医療通訳の共通資格はなく、採用基準は統一されていないが、九州大学病院では通訳者を雇用するにあたり TOEIC のスコア 900 点以上を目安としており、面接で採用を行っている。告知や宣告などの重要かつ扱いが難しい事柄は、通訳者自身にも精神的に大きな負担となるので、原則として通訳は断り、英語のできる医師に任せるなどの対応をしており、通訳者は責任を負わないような雇用契約となっている。ただ、英語以外の言語に堪能な医師がいない場合には、通訳者に告知や宣告の通訳を頼らざるを得ない場合があるという。中島教授によると、医師は宣告や告知などの難しい問題に関するトレーニングを受けているが、現在、通訳者に対する一貫したトレーニングはなく、通訳者に対するメンタル面でのフォローが十分でないことは問題であるという。

### 第 5 項 医療通訳現場の見学

私たちは患者、通訳者、病院関係者の方々のご厚意のもと、2018 年 5 月 17 日に実際に眼科診療での通訳を行う現場を見学させていただいた。患者は中国語の話者で、見学の流れは OCT（光干渉断層撮影）、診察、硝子体注射、面接の流れで、30 分程度であった。通訳者は常に患者の側についており、待ち時間などにも多少の会話をしていた。通訳者の方のお話によると、現場の医師や看護師は電話

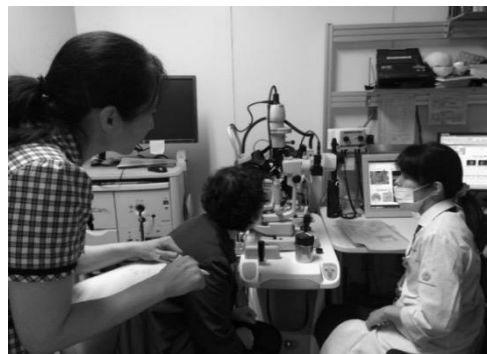


写真 1 中国語通訳が行われている様子

通訳やタブレットなどによる通訳の使用は避ける傾向があり、通訳者をつけるように求められるそうである。

## 第2節 グローバルライフサポートセンターでの活動

(山川)

次に私たちは、2018年7月30日に外国人の日本での生活全般を支援するNPO法人「グローバルライフサポートセンター」を訪問し、山下ゆかり代表理事に、医療通訳を取り巻く状況や医療通訳技能認定試験など近年の動向に関してお話をいただいた。

### 第1項 グローバルライフサポートセンターの概要

グローバルライフサポートセンターは、2006年に設立されたNPO法人で、主に日本在留の外国人の生活全般の支援と仕組みづくりを行っており、居住や就労などに関する相談業務、コミュニティ通訳などの養成講座の実施、各種書類の翻訳などを受け入れている。日本では2011年に医療滞在ビザの運用が開始されたことに伴い、同センターはビザ取得のための身元保証機関となり、手続きをサポートしている。医療通訳に関するサポートにも設立以来取り組んでおり、山下氏は、ボランティア通訳者を派遣する団体である福岡アジア医療サポートセンターを設立されている。また、医療通訳技能認定試験対策講座を2017年度より開始している。

現在の利用者の目的は、医療滞在ビザの申請が主である。利用者の多くは、ビザの取得を検討する際に外務省のホームページを閲覧し、身元保証機関に登録されている同センターの存在を知るか、中国人の利用者が親戚・知り合いを呼ぶ形で同センターを訪れる。近年のインバウンド効果もあって一時期問い合わせが多かったが、最近は落ち着いている。ビザの運用開始から数年が経過した今でも、必ずしも医療滞在ビザのマッチングができていないそうである。これは、ビザに関する情報が日本の医療機関に浸透していないことが要因である。

### 第2項 日本の医療通訳の現状と課題点

2016年度より実施されている、厚生労働省が管轄する医療通訳技能認定試験に対し、グローバルライフサポートセンターは2017年度より対策講座を実施している。通訳者の斡旋業務は通常行っておらず、急死した場合や温泉で倒れて命の危険がある場合など、緊急時の依頼だけ受け入れている。電話の通訳サービスやタブレットの普及などで、言語面での日常的な問題は当事者で解決できるようになり、同センターへの緊急の通訳依頼は減ってきている。

山下氏に日本の医療通訳を取り巻く現状を伺ったところ、通訳の普及が進まないのは、専門用語が難しいなどといったことが足止めしているわけではなく、雇用がないことが根本的な問題だと指摘されていた。医療通訳拠点病院に選定された九州大学病院は、通訳者雇用に対して補助金が給付されるため、専属通訳者の雇用が可能だが、拠点病院に選定されない多くの病院は経営に余裕がないこともあり、通訳者の雇用が広がらない状況にある。ボランティアに依存しているのも、雇用する余裕がないことに起因している。しかしながら、例えば英語を話せる事務スタッフを採用する、通訳業務だけでなく事務も兼務可能な人材を雇うなど、雇用を工夫する方法はあるはずである。

福岡市内で、医療通訳の導入が進んでいるところとしては、福岡記念病院と福岡山王病院が

挙げられる。両院ともに、EPA（経済連携協定）に基づく外国人看護師の受け入れ実績があったことから、外国人職員を雇用する流れがあったためと考えられる。この事例のように、外国人職員の雇用を積極的に受け入れている病院が、医療通訳の取り組みを独自に実施する傾向にあるそうである。

スウェーデンやオーストラリアなど移民受け入れ国では、通訳に関しても法律が整備されているが、日本では未整備であることも、医療通訳の普及が進まない要因である。一方、日本では外国人技能実習生の受け入れが進められている。これは技能実習法が 2017 年 11 月 1 日に施行されたことが契機となっており、医療通訳とは対照的である。

通訳者の雇用を進めるために、保険点数に組み入れるのも一案だと仰っていた。

厚生労働省の考え方では、通訳に対して、言葉の変換はできて当然であって、その上で倫理的なもの、行動規範などを重視している、と山下氏は捉えている。

医療通訳の普及が進まない現状でも、例えば外国人旅行者にはツアーコンダクターなどが同伴するケースが多く、緊急の際にはコンダクターが通訳者の役割を担うことで凌ぐなど、通訳者不在でも何とか乗り切れてしまうことが多く、現時点では大きな訴訟、保険会社が動くような事件などは起きていない。そういった現状に甘えてしまっているがために、劇的な変化が起こらない状態である。

国レベルでの通訳の取り組みは、観光庁、経産省、厚労省の 3 省庁が行っている。その中で山下氏は厚労省の行動規範や倫理、調整力の考え方に賛同している。医療通訳技能認定試験も厚労省の管轄である。厚労省の取り組みは在留外国人を対象としており、在留の方への対応ができれば、旅行者にも対応できるはずであると考えている。一方、観光庁と経産省の取り組みは、旅行者を対象としたその場しのぎの対応であり、両省庁の考え方とは一線を引く必要があると考えている。

なお、在留外国人は中国人、韓国人が多く、次いでベトナム、ネパール、フィリピンと続くそうである。

### 第 3 項 医療通訳技能認定試験

同センターでは医療通訳技能認定試験対策講座を実施しているが、その中で試験の現状や問題点などを山下氏に伺った。同試験は「医療通訳専門技能認定試験」と「医療通訳基礎技能認定試験」の 2 つのレベルが設定されている。2017 年度は同日日程だったが、本年度は別日程になった。

山下氏は、同試験のいくつかの不可解な点を指摘する。まず、試験会場が東京と大阪の 2 ヶ所のみで、福岡から受験する場合、1 次試験と 2 次試験とで 2 回大阪に行かねばならず、大きな負担となる。また、大阪会場は実際には福岡からの受験者が大半であり、福岡にも会場を設けるべきだと厚労省に意見を出しているが、未だに反映されない。

次に、過去問をはじめ、試験内容に関する情報公開が行われていないことも問題視されていた。ただ、この点に関しては試験が本年度で 3 回目であり、昨年度の受験者から試験内容の情報を入手できたので、ある程度は対応可能にはなったそうである。また、同センターの講座の中で、山下氏が現場を熟知されたうえで通訳者の資質として大事なことを教えたはずだが、2 次面接で多くの受験者が不合格にされた。情報公開をしないため、同試験が求めている通訳者の像

が掴めない。試験自体も要件が厳しく、受験者はもともと病院スタッフだった人がスキルアップのため受けるケースが主体で、例えば在留外国人が通訳職に就くための資格取得のためのものとはなっていない。日本の医師や病院が求める通訳像が曖昧であることが、情報公開をせずどのような通訳者像を求めているかが不明瞭な検定試験の姿勢に出ていると言える状態である。ただし、要件を厳しくし、外国人の単純労働を認めない厚生労働省の姿勢だけは評価できる。

山下氏がお話の中で強調されていたのは、在留外国人をケアする厚労省の考えを尊重し、それを踏まえて問題点を取り上げていくことが大事であることと、医師の通訳に対する意識改革が必要であることであった。

### 第3節 福岡記念病院での活動

(深田)

国内活動のうち、最後に訪れたのが福岡記念病院であった。福岡記念病院は福岡市早良区にある病院で、福岡県初の JMIP 認証病院である。病院内では英語を用いた案内だけでなく、中国語や韓国語なども用いて幅広く外国人患者に対応していた。ホームページも 100 言語以上に対応しており、診療科や診療時間、各科用マニュアルが外国人患者でも一目で分かるようになっている。さらに外国人医師の臨床研修を受け入れており、現在はモンゴル人医師と韓国人医師 1 名ずつの 2 名が研修している。今回の訪問では総務課長の石橋氏からネパール・インド人の通訳を担当している、ネパール人のタパ・アルジュン氏を紹介いただき、2018 年 8 月 8 日、お話を伺うことになった。



写真 2 JMIP 認証書

タパ氏はまず福岡記念病院の概要から始め、患者の国別割合の比較、そして外国人患者受け入れへの体制整備の話をしてくださった。福岡記念病院に訪れる全外国人患者の中で中国人患者が最も多く、残りは韓国人患者や他のアジア、ヨーロッパの患者等が訪れている。さらに外国人患者数は、外国人受け入れを強化してから増加傾向にあり、タパ氏が所属された 2014 年には 123 人/年だったのが、昨年は 2000 人弱/年まで増加した。

語学が堪能な職員が不可欠であるこの病院では計 26 名の通訳担当職員（内約：中国語 5 名、韓国語 2 名、英語 6 名、フィリピン語 6 名、インドネシア語 6 名、ネパール・インド 1 名）が所属しているが、通訳のみに携わる職員はおらず、通訳の仕事がない時間は看護師や事務職員として働いている。

この病院の外国人患者への対応の流れは、通訳担当職員が多い中国語、英語、フィリピン語、インドネシア語の患者の場合は各段階における職員（受付→看護師→…）が通訳を担当するが、通訳担当職員が少ない韓国語、ネパール・インドの言語などの患者の場合は対応可能な職員が部署をまたいで担当している。上記のように外国人患者と直接関わる医師・職員の体制を整備しているほか、渡航受診者受け入れフローを整備し、病院が外国人患者に発信する体制もとっている。またこれらの体制整備の中で、患者の宗教上の問題や金銭的問題などが起こりうることを病院内の職員が共通認識として持つようにしている。例えば、医者は患者を治すことを第一に考えるべきだが、外国人患者の中には保険に入っていないなかったり、輸血をしてはいけない宗教であったりと様々なケースが存在する。そこで医師だけでなくその患者の担当スタッフにも患者が持つ問題を認識させることを徹底し、患者にとってより良い医療を提供することに尽力している。



写真3 タバ氏（左から2番目）と班員



写真4 ラベルで英語・中国語が併記されたサイン類

最後に最も困っていることを伺ったところ、病院間の外国人患者受け入れ連携ができていないことを挙げていた。記念病院は二次救急病院（受け入れ自体は一次～三次まで行う）であるから患者を長期入院させることができず、連携病院に移したくても、外国人患者を受け入れている連携病院がないそうである。

グローバルライフサポートセンターの山下氏が、通訳者雇用の工夫として、通訳と他業務を兼務できるスタッフの雇用を挙げていたが、今回の活動から、実際に通訳者が活躍する場では、通訳業務もこなせる医療スタッフを雇用する形態を採っていることが確認できた。

## 第3章 オーストラリアでの活動

国内の現状について勉強した私たちは、次に活動目的②職業として確立されているオーストラリアの医療通訳を学ぶ、に則り、オーストラリアでの活動を行った。本章ではまず第1節で、オーストラリアの医療について概説する。第2節ではメルボルン（ビクトリア州）の **Paramount Medical Clinic** での活動を紹介する。ここでは、通訳の資格を持つ事務職員の方が通訳を担当し、日本人を中心とした外国人患者に対応している。第3節でニューカッスル州（NSW 州）の **Hunter New England Local Health District** での活動を報告する。これは NSW 州が運営する通訳者派遣組織であり、その高度なシステムについて、責任者の **Morris** 氏が説明してくださった。（山川）

### 第1節 オーストラリアの医療について

（坂井）

#### 第1項 医療制度について

オーストラリアの医療は一般開業医：通称 GP（general practitioner）・専門医（specialist）・病院（hospital）・薬局（chemist）の各機関に大別される。日本との大きな違いは GP の存在である。オーストラリアでは病気やケガをした時にはまず GP を受診する。GP では歯科以外のほぼ全ての分野について診察を受けることができ、そこでさらなる専門的な診断や検査が必要と判断された時のみ専門医への紹介状を渡される。また病院（hospital）は緊急の際や入院、手術が必要な場合のみ使われるものであり、日本のように医療機関全般を指す語ではない。<sup>[6]</sup>

#### 第2項 保険制度について

オーストラリアの医療保険はオーストラリア国民と永住権を持つ人のみ加入できる Medicare（メディケア）と、民間の保険であるプライベート保険がある。メディケアは GP や公的病院での診察費と治療費をカバーし、余程の重症でない限り全額補助される制度である。だが歯科治療や救急車の利用などは適用外であり、これらの利用には高額な費用が掛かるため、並行してプライベート保険に入る人が多いのが現状である。<sup>[6]</sup>

#### 第3項 医療通訳について

オーストラリアでは州命令により全ての病院に、移民者数の多い 14 カ国語での対応が義務づけられている。さらに、患者が通訳を利用する際の金銭的負担は病院が持たなければならないことになっている。公的病院は州政府の医療通訳サービスを利用し、民間病院は TIS（Translation and Interpretation Service）という政府が運営する 24 時間対応の無料電話通訳サービス、あるいは民間通訳サービスを利用している。また医療分野に限らないオーストラリア政府公認の通訳・翻訳家の資格として NAATI（National Accreditation Authority for Translator and Interpreter）というものがある。これはテストで一定以上の成績を修めるか NAATI 公認のコースを修了することなどによって取得できる。<sup>[7]</sup>ただ、政府機関に関係しない仕事であれば NATTI は必須ではなく、NAATI 認定より実力や経験が優先される場合もあるようだ。<sup>[5]</sup>



私たちは2018年8月20日、メルボルン(ビクトリア州)のParamount Medical Clinicを訪問した。同クリニックは日本語通訳可能な職員が常駐しており、主に日本人患者が受診しやすい環境を整えたGPである。院長のAndrius先生と事務職員のWenzel氏にお話を伺い、オーストラリア医療における通訳現場の一例を見学させていただいた。

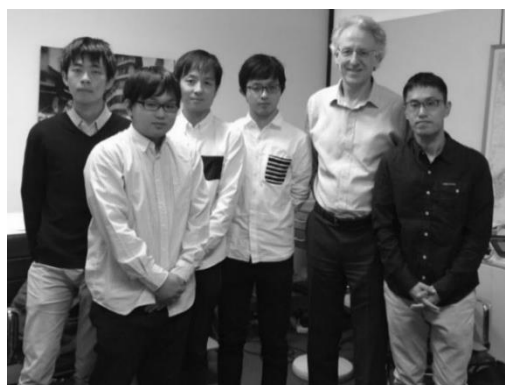


写真5 Andrius先生(右から2番目)と班員

### 第1項 クリニックの概要

まず、Andrius先生に同クリニックの概要と現状の通訳の運用方法についてお話を伺った。同クリニックは前院長が日本の保険会社と関わりがあり、オーストラリアの医療機関を受診する日本人旅行者のニーズがあるというアドバイスを受けたことがきっかけで、日本人患者をターゲットにしたクリニックとなった。そのような経緯もあって、受診患者の約40%が日本人であり、ワーキングホリデーなどの学生が多数を占めている。

同クリニックでは、通訳業務は主に事務職員が行っている。必要に応じて電話通訳も利用している。難しい医療用語の説明などの際はGoogle翻訳を活用することもあり、最近では患者の方が率先して音声アプリによる翻訳を利用することもある。中には、英語の話せる友人や家族が付き添って通院してくる患者もいる。この場合、付き添い人には診察まで同室してもらうことにしている。

患者側にかかる通訳料金は、カバーする保険に加入している患者には、保険の範囲内で請求し、未加入の患者には請求せずクリニック側が取り持ち、いずれの場合もなるべく患者に負担がかからないように配慮している。

次に、オーストラリアにおける医療通訳の現状について伺った。オーストラリアの公的医療機関は、必要とされる言語のほとんどをカバーしており、言語を指定すると原則通訳者が用意される。ただし、電話通訳で対応するケースもあるそうである。一方、民間の場合は必ずしも通訳は用意されず、患者自身で探す場合もある。

専門医の段階では、通訳は原則確保される。公的な専門医に患者を紹介する際は、紹介状のフォーマットの中に通訳が必要かどうか、また必要な場合、言語を選択する項目がある。そういったこともあって、同クリニックから専門医に患者を紹介する際に、同クリニックの職員が通訳者として同行して仲介することはない。

通訳の資格であるNATTIについても伺った。メルボルンの位置するビクトリア州では通訳を職業としている人はNATTIを取得している。一方で、医療機関の中に英語以外の言語を話せる看護師などが、資格の有無に関係なく対応することもあり、柔軟に対応している。

同クリニックは規模が小さく専属通訳者を雇うには経済的に厳しいため、通訳業務が可能な事務職員を雇用している。採用の際には、通訳資格を所持していることよりも、実務面での能力を第一に見ている。具体的には、事務も通訳業務もトータルでできる人材を求めている。

## 第2項 クリニックの患者について

次に、実際に日本語通訳業務を担当していらっしゃる事務職員の Wenzel 氏に、通訳者から見たオーストラリアの医療現場、通訳の実情を伺った。

患者の国籍は、日本以外だとアジア（ベトナム、インドネシア、韓国など）、南アメリカ（ブラジル、チリ、アルゼンチンなど）、中東（イラン、パキスタンなど）が多く、アフリカからの患者は少ない。そして患者の多くが長期間の旅行やワーキングホリデーである。

患者の疾患については風邪、感染症は勿論、メルボルンは乾燥しているため皮膚疾患などが多いが、そのような身体疾患にとどまらず、留学生のホームシックなど精神疾患、婦人科系疾患も多い。精神疾患を扱う際に通訳者は言葉の選び方に気を遣うかどうか伺ったが、他の疾患と負担はあまり変わらないそうである。GP では一般に、処方薬の約 95%をカバーしている。一方で、効用は大きいが副作用として催奇性がある皮膚科のニキビ治療薬や、ADHD に処方する向精神薬などは専門医にしか出せない。



写真6 Wenzel 氏（右から3番目）と班員

## 第3項 通訳者について

続いて、Wenzel 氏にオーストラリアの通訳資格 NATTI について伺った。NATTI のレベル設定は言語によって様々であるが、日本語－英語間だと、会話の通訳は Para-Pro（セミプロ）と Pro、文書の翻訳は Pro のみというレベル分けがされている。Wenzel 氏は、通訳は Para-Pro、翻訳は Pro のレベルである。試験の難易度は非常に高く、幾度となく資格取得が大変であることを強調されていた。また、NATTI の資格取得の際に倫理学も学ばされるが、それをそのまま現場の医療倫理に適応することは不可能であり、必ずしも NATTI は万能ではないということも仰っていた。しかしながら、1992 年に旅行者がマレーシアでトランジットの際に荷物にヘロインを入れられメルボルン空港に到着し逮捕され、裁判において通訳者の誤訳により法廷で冤罪を主張できず重罪となったメルボルン事件において、通訳の重要性が再認識されたそうで、専門性が高く、医療専門用語にも対応できる NATTI の重要性を力説されていた。

実際の現場では、患者は通訳者が生活に関わるあらゆることをしてくれると考えている節があり、レストランの注文まで頼まれた事があるなど、通訳者の業務は診療の場での通訳にとどまらないのが現状である。本来通訳者の業務は医療用語を適切に通訳することであり、診療の場を超えた付き添いなどの業務はプラスアルファであるはずだが、プラスアルファまでしてくれる通訳者がいるのであればそちらの方をクライアントは選びがちなので、本当に通訳だけしかないのか、プラスアルファまでした方がいいのかの線引きが難しい。専門医においては、通訳者に求められる資質が NATTI で求められた通訳者像と近似するであろうが、GP においては必ずしもそうではなく、現場と資格との間に乖離があることを語ってくださった。なお、同クリニックではこのように通訳者に求められる業務が多岐にわたるため、業務量が多く通訳者が不足していないか気になったが、伺った限りでは現在のところ通訳者の数は足りているようで



る。

同クリニックでは、英語が話せない患者を全て受け入れているわけではない。英語能力が低いままで治療を行なっていくのは安全ではないという考えがあり、電話通訳はオーストラリア国民しか使えないこともあって、例えば中国語しか話せない患者の場合、同クリニックでは中国語通訳に対応していないため治療するのは危険だという判断で、中国語対応可能なクリニックを Google で調べて紹介するなどの措置を取っている。トルコ語やネパール語など一部言語では、対応可能な医療機関が登録され検索できるシステムが整備されており、それを利用する。大規模な公的医療機関ではほとんどの言語に対応しているため、そちらに回すこともする。

日本ではまだ珍しい医療通訳だが、オーストラリアでは通訳という職業は特別視されていない。郊外の病院に行けば医師自身が数ヶ国語を話せることもあり、その場合は名札の名前の横に対応可能言語が記載されている。

最後に、なぜ通訳者を志したのかという私たちの質問に対し Wenzel 氏は、医療に興味があり、通訳と医療の両方に携わる仕事をしたいという理由で通訳者になったと答えてくださった。

### 第 3 節 Hunter New England Local Health District

(中野・門松)

私たちは 2018 年 8 月 22 日にニューカッスル州 (NSW 州) にある、Hunter New England Local Health District を訪問した。同組織は NSW 州北部の Hunter 地区、New England 地区やその周辺地域で様々な地域医療サービスを提供している州政府機関である。この中に医療通訳者を派遣している部門があり、私たちはそこで、オーストラリアにおける医療通訳の仕組みや現状、問題点などについて伺った。



写真 7 Morris 氏 (右から 4 人目)、Wang 氏 (右から 6 人目) と班員

この日お話を伺ったのは、Therese Morris 氏と Vince Wang 氏である。Morris 氏は医療通訳部門の責任者であり、40 年前にオーストラリアにやってきた移民である。Wang 氏は複数の方言を含む中国語を操る通訳者であると同時に、後述する PD&Q コーディネーターという役職を兼任していた。

#### 第 1 項 組織の概略

同組織では、医療通訳者の派遣や、通訳者の管理・育成などに関してシステム化が進んでいた。

## 第1目 通訳者の派遣

医師から電話などで直接受け付ける場合もあるが、基本的には専用のソフトウェアを利用している。そこには通訳者の対応言語や対応時間などの基本情報があらかじめ登録されており、患者がそのソフトウェアに病状や希望する通訳言語、日時や所在地などを記入すると、それに合った通訳者が何人か選ばれ、依頼メールが送られる。通訳者が了承すると予約が完了し、通訳者は診察に同行することとなる。遠方の場合には電話やビデオ通話を使うこともある。



写真8 Hunter New England Local Health Network 外観

## 第2目 組織図

組織の Manager である Morris 氏の下に、PD&Q コーディネーター、予約部門、通訳者がいるという構図だった（図5参照）。Manager は登録されている通訳者の意欲向上のため、極端に依頼を受ける件数の少ない通訳者に優先的に仕事を回すなどの調整を行っている。PD&Q コーディネーターの「PD&Q」とは、Professional Development & Quality の略で、主に通訳者のサポートを行っている。後述する通訳者の育成やトレーニングの手配も行う。予約部門では、医師や看護師から通訳依頼を受け、それを通訳者に割り振っている。

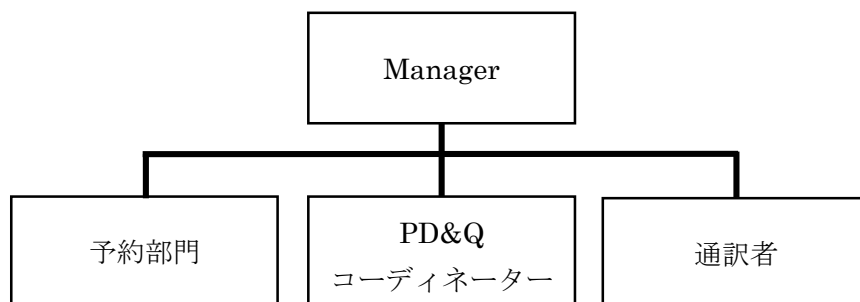


図5 Hunter New England Local Health Network 医療通訳部門組織図

## 第3目 通訳者の雇用

NATTI 取得の有無は問わず、第一には最終学歴などからある程度の教養があるかどうかを基準としている。永住者を雇用する場合、IELTS<sup>2</sup>で7~8のスコアが必要とされる。だが、その基準にも振れ幅があるようだ。少数言語の通訳者を雇用する場合、そのレベルに達している者がそもそも少ないため、ある程度のレベルの者を採用し、雇用した後でトレーニングを重ねていくという方法をとることもある。

<sup>2</sup>英語検定の1つで、英語圏の多くの教育機関の入学基準となる。また、オーストラリアでは、移民受け入れの際に一定のスコアが必要となる。9.0のスコアが満点である。

## 第4目 通訳者の育成システム

都市部では大学が公式のトレーニングコースを提供しているため、スタッフにはそれを紹介している。地方ではそのようなコースは行われていないが、医療通訳を行う上でのふるまい方などについて組織から指導がある。医療通訳者としての心構えやふるまい方をまとめた「通訳憲章」については後述する。

また、学んだことを身につけるために、他のスタッフが医療通訳をしている現場に同行し、実際にどのような対応をしているかをその目で学ぶといった実地見学の機会もある。一度仕事を始めてからも、定期的にワークショップや見学の機会が設けられている。その時には特殊な状況への対応について考える機会もあり、医療通訳者としてのさらなる成長に寄与している。

## 第2項 質疑応答

Morris 氏と Wang 氏に国内班活動で考えてきたことや、彼らの話を聞いて疑問に感じたことを質問した。

### 第1目 通訳サービスの料金について

オーストラリアの住民は Medicare という国民健康保険に加入している。通訳サービスは Medicare に含まれるため国立病院では無料となっているが、民間病院では料金を別途支払う必要がある。Hunter New England Local Health District は州によって管理されているため、通訳サービスにかかる費用を政府に報告し、その分を支給してもらうという仕組みになっている。そのため同組織では Medicare によって、通訳者の仕事における報酬の 9 割が支払われている。

オーストラリアを訪れる旅行者の多くは海外保険に加入しているため、無料でサービスを受けることができる。

### 第2目 通訳業務について

同組織では約 300 人が通訳者として働いている。そのうち正規雇用が 2 割、非正規雇用が 8 割となっている。前者が週に 5 回の勤務、後者が週に 2~3 回の勤務であり、休日の出勤もある。通訳をする際には、現地に直接行く場合と、専用の機械を使って患者と通訳者、医師の 3 者をコンピュータで繋ぐビデオ通訳（後述）がある。

医療通訳で対応する言語は 67 言語あり、各言語にそれぞれ担当者が 2, 3 人いる。1 日に 100 件程度、多いときで 200 件もの依頼があるが、1 日に完了できる依頼は 60 件ほどである。依頼として最も多い言語は中国語で 10% 程度であり、次にアラビア語、マケドニア語、ペルシャ語と続く。もとは西欧諸国の言語が多かったが、西欧諸国の言語を話す人々はオーストラリアに長く住み、世代が変わるにつれて英語を話すようになったため、現在では依頼の割合は少ない。また、難民や移民が増加し新たな言語の通訳者が必要となる場合があるため、3 年に 1 回特定の言語の通訳者を募集している。



写真9 オフィスの様子

### 第3目 ビデオ通訳について

ビデオ通訳では個人情報を取り扱うため、セキュリティが保証されていなければならない。そのため、特殊なソフトである **Scopia** を使用している。**Scopia** は、通訳者がそれぞれ個人のパスワードを持っており、通訳者だけが利用できるようになっている。実際のビデオ通訳の際には、**Scopia** を使いミーティングルーム番号によって呼び出すことで、患者、通訳者、医師の3者が離れていても利用することができる。

ビデオ通訳は、最近導入された新しい方法であるため、利用割合は月に1回程度である。通訳者たちは、より多く利用したいと考えているが、医師や看護師が慣れていない、専用機器が用意できていないなどの問題があるようだ。しかし、救急時に非常に便利であり、遠く離れていたとしても利用可能であるため、これからはビデオ通訳と現地に直接行く場合とで分かれていくだろうとのことであった。

### 第4目 通訳憲章について

同組織では、医療通訳における心構えを取り決めている。情報が得られた範囲で、以下に概要を記す。

1. **Confidential** : 患者個人のプライバシーについて取り決めている。通訳以外の事はしない、個人情報は漏らさないなど。
2. **Inpartiality** : 公平性について取り決めている。自分が嫌いな国や戦争している国だからといって通訳しないというのは禁止されている。
3. **Conflict of Interest**
4. **Accuracy** : 通訳の正確性について取り決めている。1文で医師が言ったら、1文で正確に訳す。例えば、「少し」などの回数や、“very,very,very”と3回言ったら3回訳すなど。
5. **Self-Education**
6. **Declining Work**
7. **Professional Courtesy** : 礼儀作法について取り決めている。服装を正しくすることや、時間厳守することなど。
8. **General Conduct**

Additional. **DO** と **DO NOT** (公私混同してはいけない、つまり業務以外のことには関わらない。) もし必要なら **emotional support** を依頼すること。

### 第5目 AIについて

Morris 氏は医療通訳に AI は向いていないと話されていた。理由として、過去に Google 翻訳を使い、他言語を母語とする人と意思疎通を図ろうとしたときのことを挙げられていた。そのとき、Google 翻訳では1ワードに対して1つの意味しか出てこないため、細かいニュアンスが通じなかったようだ。つまり AI は話し手の感情や雰囲気を理解できないが、通訳者ならその場に相応しい意味を汲み取れるということだ。AI は1対1対応である技術文書の作成には適しているかもしれないが、医療通訳には向いていない。

## 第4章 考察

ここまでの事前学習、国内およびオーストラリアでの活動を踏まえ、活動目的③日本の医療通訳の将来像を考察する、に則り、本章で考察を試みる。(山川)

### 第1節 日本の医療通訳の将来像の検討

(山川)

日本の医療通訳の普及・拡大を目指すために、医療者個人、チーム、診療所、病院、薬局、行政、国、それぞれの主体や段階によって取り組むべき内容が異なってくるはずである。考察を進めていく上で、どのレベルを想定して検討するかを予め定めておくべきだと考えた。そこで、これまでの学習内容や活動を踏まえ、①病院や診療所など医療機関、②国や行政などシステムを構築する主体、の2点に着目し、それぞれの方面からアプローチして考察を進めていくことにした。

#### 第1項 医療機関側のアプローチ

まずは医療機関、すなわち病院や診療所、クリニックといった、通訳者が実際に働く現場でどのような対応が考えられるかを考察していく。

私たちは活動前、医療通訳は通訳者が専属的に雇われ、1人の通訳者が1人の患者に受付から診察、検査、会計まで、つきっきりで対応しているという印象を持っていた。実際に九州大学病院では、このような形で2名の通訳者の方が、個別に患者に対応していた。

九大病院のように、増加する外国人患者への対応として新規に専属通訳者を雇用し、彼らが患者に個別に通訳業務を行う形態が、最もきめ細やかな対応ができて望ましいと考えられる。しかし、現実的にはこのような形で通訳者を雇うことは、九大病院のような大規模な病院でないと厳しいと思われる。特に、中小の医療機関では負担がより大きいだろう。また、医療機関内で新規に専属通訳者を既存の雇用体系の中に組み込むことは難しいことが想像される。

この状況に対して、グローバルライフサポートセンター理事長の山下氏が、「雇用方法を工夫する方法がある、例えば英語を話せる事務スタッフを採用する、通訳業務だけでなく事務も兼任可能な人材を雇うなど」と仰っていたことが示唆的である。実際に通訳者が活躍する現場の一例として、国内で見学した福岡記念病院では、語学が堪能な事務職員、医師、看護師を雇用し、彼らが連携して通訳業務を行う形態をとっていた。オーストラリアで見学した Paramount Medical Clinic でも、英語とその他の言語を話せる事務職員を雇用し、通訳の業務が入った時には通訳を、それ以外の時間は事務をこなすことで対応していた。

以上を踏まえ、医療機関側が取り組むべき方策として、通訳業務をこなせる医療スタッフの雇用を提案したい。この方法は、新規に通訳者という肩書を設けることなく、既存の雇用体系の中に組み込むことができ、現実的であると考えられる。リアルタイム映像通訳サービス「みえる通訳」やタブレットのアプリ等を活用することで、通訳者の業務の補助になり、よりきめ細やかなサービスを提供できることも期待される。

## 第2項 システム側のアプローチ

次に、システム側、すなわち法整備や行政サービスなど、通訳雇用のシステムを構築する主体からのアプローチを試みる。

私たちは、オーストラリア NSW 州の Hunter New England Local Health District における事例を見学した。そこでは、州政府によるソフトウェアを用いた高度な通訳雇用・派遣システムが構築・運営されていた。また、通訳者のリクルートや教育も実施され、絶えず通訳者を確保し医療機関に提供するシステムが効果的に運用されていた。このように、行政が主導となって通訳雇用・派遣システムが整備されていることを知った。

現状の日本では、前項でも述べたように、医療機関が独自に専属通訳者を雇用することは厳しい状況にある。そうした中で医療機関側が通訳業務をこなせる医療スタッフを雇用する形で通訳者の確保を工夫すると同時に、医療機関の枠を超えた通訳者派遣サービスが構築され、そこから通訳者が必要に応じて提供されるシステムがあれば、より一層の通訳の普及が進むことが期待される。すでに国内にはいくつかの派遣団体が存在するが、そのほとんどがボランティアに依存している状態であり、また、通訳者の教育、技能認定試験など、通訳者の養成に関わる仕組みが不完全である。そこで、NSW 州のように、行政が音頭をとって派遣システムを構築していくことが望まれる。そして、医療通訳技能認定試験の最適化と一層の普及、通訳者教育体制の整備、行政主導の通訳者雇用・派遣団体の構築、電話・ビデオ通訳の普及、医療通訳ネットワークの構築、通訳者を雇用する際に補助金を交付する等の制度の導入といった取り組みを通して、通訳者教育、雇用、派遣システムを整備していく必要がある。

## 第2節 活動を通して

(山川)

---

医療通訳班の締めくくりとして、活動を通して気づいたことを記し、本活動の結論としたい。

### 第1項 活動前に感じたこと

このテーマを選定した理由の1つは、近年急速に国際化の進む日本において、医療機関の対応がどの程度進んでいるかという興味であった。身近な病院では、診療科や受付・会計といった最低限の英語表記はあるが、受診の流れや予約の取り方など、細かな案内まではされておらず、日本語の話せない外国人が来院した場合、どのようになるのかと疑問に思った。医療現場に通訳者がいるならば、診療をスムーズに行うことができ、意思伝達がうまくいかないことによって生じるトラブルなども防げるのではないかと考えた。実際に調べ学習をしていく中で、国内でも独自に通訳者を雇用する病院や、通訳者派遣団体がすでにいくつか存在しており、厚生労働省が医療通訳技能認定試験を導入するなど、医療通訳普及への潮流があることを知った。しかし、まだ大きな変革が起こるには至っていないことも分かった。

### 第2項 活動中に感じたこと

活動では、実際に医療現場で通訳者が活躍する病院・クリニックを見学させていただいた。第1節でも述べたように、私たちは医療通訳とは、通訳者が専属に雇われ、1人の患者に受付から診察、検査、会計まで、つきっきりで対応する印象を抱いていた。しかし、福岡記念病院、

Paramount Medical Clinic では、複数言語を話せる医療スタッフを雇用し、事務や看護等、自身の業務と通訳業務とを兼務する形で対応する方策を採っていることは、活動を通じて最も意外に思い、そして考察の上で大きなヒントになった事実であった。

また、活動前に私たちは、通訳者は一定の能力が担保されるべきであると考え、資格認証が必要であると考えていた。事前学習では厚生労働省が医療通訳技能検定試験を開始していることを知り、この制度の一層の普及が必要だと捉えていた。しかし、実際に見学した事例では、いずれも資格を必ずしも重視しておらず、むしろ医療現場では、医療者と患者の言葉の橋渡しをするのみならず、付き添いや助言など、通訳の枠を超えた業務を引き受けている局面もあり、資格で求められる能力もちろん大事だが、それ以上にケースバイケースで実務をこなせるかどうか強く求められていることが分かった。

### 第3項 活動後に感じたこと

日本の医療通訳の将来像を、医療機関側のアプローチ、システム側のアプローチからそれぞれ考察してきた。医療機関側のアプローチについては、通訳業務をこなせる医療スタッフの雇用を提案したが、現実的にそのような人材を容易にリクルートできるかが問題点として挙げられると思う。また、通訳と事務を双方引き受けることは、スタッフ本人にとって業務量が大きく負担になると思われる。システム側のアプローチについては、行政が取り組むには、予算面や人材面には限界があろうし、派遣システム構築にも大きなコストが伴うであろうから、容易には実践できないと思われる。このように課題がまだまだ多いが、厚生労働省をはじめ、各地域の行政や病院での通訳の普及・拡大に向けた動きは着実に進んでおり、今後の国際化の進展に伴って伸びていくことが期待される。

一方、一連の活動を通して、国際化が進む中で通訳以外にも医療現場には様々な課題があることを再認識した。通訳の問題にとどまらず、日本の医療は制度面においても設備面においても、国民健康保険に加入した日本在住の日本人が利用する前提で成り立っているため、近年の外国人患者数の急増に追いつけていないことが浮き彫りになっている。その結果、外国人患者の診療代未払い問題、宗教・文化的背景の違いからくるトラブルなどが数多く起きている状況にある。

医療者を目指す私たちは、将来現場で働く上で、国際化が進む医療の現状を認識し、日本人だけでなく、在留・訪日外国人を含めた、日本にいる全ての人が障壁なく利用できる医療現場の在り方を考察していく必要がある。医療通訳班の活動が、その契機となれば幸いである。

## 謝辞

本活動におきましては、国内とオーストラリア合わせて多くの方々のご協力をいただいたことで、無事に活動を終えることができました。

九州大学病院国際医療部国際診療支援センター長中島直樹先生、中国語通訳者の時穎さん、英語通訳者の松本美佳さんをはじめ同センターのスタッフの皆様には、貴重なお話をいただき、通訳現場の見学にも応じていただきました。グローバルライフサポートセンター理事長の山下ゆかりさんは、医療通訳を取り巻く現状について貴重なお話をお聞かせくださいました。

福岡記念病院のタパ・アルジュンさんには、同病院での取り組みの概説や院内見学をさせていただきました。Paramount Medical Clinic の Andrius Balnionis 先生と Wenzel さんには、いち早く活動受け入れを表明していただき、同クリニックでの通訳業務やオーストラリアの制度についてご教授くださいました。Hunter New England Local Health District の Therese Morris さんと Vince Wang さんには、NSW 州の通訳者派遣組織のシステムをご説明いただきました。皆様に教えていただいた数々のことは、間違いなく私たちの今後に活かされると信じております。この場をお借りして、お礼申し上げます。

最後に、ここまで活動を行えたのも、ひとえに中西先生をはじめ、OB・OG の先生方の応援あつてのものだったと存じております。心より感謝申し上げます。

## 参考文献

- [1] 法務省「在留外国人統計（旧登録外国人統計）」
- [2] 日本政府観光局「統計データ（訪日外国人・出国日本人）」
- [3] 厚生労働省「医療機関における外国人旅行者及び 在留外国人受入れ体制等の実態調査」
- [4] 一般財団法人 日本医療教育財団ホームページ (<http://jmip.jme.or.jp/>) (2019/2/9 閲覧)
- [5] 大野直子「医療通訳システムに関する海外先進地域の取り組みと日本との比較一法的根拠と予算財源一」
- [6] 日豪プレスホームページ ([http://nichigopress.jp/healthcare/healthcare\\_spe/118144/](http://nichigopress.jp/healthcare/healthcare_spe/118144/)) (2019/2/9 閲覧)
- [7] NAATI ホームページ (<https://www.naati.com.au>) (2019/2/9 閲覧)



# 薬物依存症班

## 活動目的

日本において薬物乱用・依存症を減らすために、薬物依存症対策の先進国であるポルトガルの政策から学ぶ点はないか考察する。

## 活動場所

福岡県福岡市                      九州ダルク  
ポルトガル ポルト      Agência Piaget para o Desenvolvimento （以下 APDES）  
                                         Centro de Respostas Integradas （以下 CRI）

## 活動期間

2018 年 6 月 16 日（福岡市）

2018 年 8 月 22 日（APDES）

2018 年 8 月 23 日（CRI）

## 班員

佐々木大貴（九州大学大学院医学系学府（MD・PhD コース）4 年 班長）

中村拓也（九州大学医学部医学科 5 年）

米川耕太郎（九州大学医学部医学科 4 年）

前濱涼太（九州大学医学部医学科 3 年）

追立和久（九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻 2 年）

井野雄貴（九州大学医学部医学科 2 年）

塚本理子（九州大学医学部医学科 2 年）

岩見俊吾（九州大学医学部医学科 1 年）

齋藤壮（九州大学医学部医学科 1 年）

宮崎朋実（九州大学医学部医学科 1 年）

圓城莉子（九州大学医学部医学科 1 年）

楯林英一郎（九州大学医学部医学科 1 年）

榎優紀世（九州大学医学部医学科 1 年）

上村千花（九州大学医学部保健学科検査技術科学専攻 1 年）

## Abstract

佐々木は、2013 年に薬物依存症班を立て米国で活動を行った。そこでは薬物依存者を捕まえずに、定期的な面談で治療過程を見守る、ドラッグ・コートという裁判制度について学んだ。その後、ポルトガルでは 2001 年に薬物使用を非犯罪化したところ、薬物の再使用率や薬物関連死が減少したという情報を得て、今回私たちは実際にポルトガルに赴き、現地の NGO を視察した。ポルトガルの活動は、APDES と CRI を訪問し、ポルトガルの薬物依存に最前線で関わっている施設の見学、また施設の方々とのディスカッションを行った。その結果、私たちは「非犯罪化」と「治療支援」とがポルトガルの薬物政策の特徴であると考えに至った。これらの特徴を

部分的、あるいは全面的に日本にも導入できないか考察した。この研修で、薬物を非犯罪化したポルトガルでは、薬物依存症は「犯罪」というよりも「病気」として認識されていて、APDESやCRIではさらに薬物依存症者の「人権尊重」を目指していることが分かった。

# 第1章 はじめに

## 第1節 活動の動機

(佐々木)

佐々木は2013年にも、薬物依存症班という名の班を立て、米国カリフォルニア州での活動を行った。現地では、有名な薬物依存リハビリ施設であるベティーフォード・センターの見学を行った。また、薬物依存者を捕まえずに、定期的な面談で治療過程を見守る、ドラッグ・コートという裁判制度についても視察した。これらの経験から、薬物依存に対して刑罰以外の選択肢を用意するという「ダイバージョン」の概念について学び、この「ダイバージョン」が治療に大切であることが分かった。

このように薬物依存症への問題意識を抱き続けてきたが、とあるネットニュースで、ポルトガルの薬物事情について見聞したことが今回の活動の直接のきっかけとなった。「薬物使用を非犯罪化したら、薬物使用率が低下した？」これは厳密には誇大表現であった(第1章第5節 ポルトガルの薬物政策参照)が、当時の私は多大なるショックを受けた。

この出来事をきっかけに私は、熱帯医学研究会の部員という立場を活かし、実際にポルトガルへ赴いてみよう、と考えたのであった。

## 第2節 薬物依存症について

(圓城・中村)

### 第1項 薬物依存症とは

WHOの「疾病、傷害及び死因の統計分類(ICD-10)」によると、「依存症」とは、「精神に作用する化学物質の摂取や、ある種の快感や高揚感を伴う特定の行為を繰り返し行った結果、それらの刺激を求める抑えがたい欲求が生じ、その刺激を追い求める行動が優位となり、その刺激がないと不快な精神的・身体的症状を生じる、精神的・身体的・行動的状态」と定義されている。

アメリカ精神医学会による精神障害の診断と統計マニュアル(DSM-5)では「物質使用障害」といった病名が使われており、これらの定義は薬物のみならず、アルコールやカフェイン、大麻など広く依存を引き起こすものに対して使われている。

そして、薬物依存症という言葉は、マリファナや大麻、覚せい剤などの違法薬物に対して依存症状を呈した人々に対して使われる。

### 第2項 人はなぜ薬物依存症になるのか

テレビのワイドショー番組では、年に何回かは芸能人が薬物を使用したというニュースが流れ、その芸能人が「ろくでなし」と叩かれマスコミに追われる姿、そして涙ながらに謝罪する姿をよく目にする。世間一般、これを読んでいるあなたも、薬物依存症の人のイメージは、「犯罪者でなんか怖そう、意思が弱いから薬物に手を染めたのだろう。自己責任でしょ。薬物はダメ、ゼッタイ。」といったイメージを持っているのではないだろうか。多少理解のある人なら、「依存症になるのは、薬物は強烈な快楽物質であり、一度使ってしまったら対抗できるものではないからである。意思の力では対抗できないので、使用しないことが大事である。」と

いう見解を持っているだろう。しかし、必ずしも薬物を一度使った人が依存症になるとは限らない。アルコールやタバコでも、辞められる人もいれば、辞められずに依存症に陥ってしまう人もいるのである。

ではなぜ人は依存症になってしまうのか。1つの示唆的なものとして、1978年にブルース・アレクサンダーらが行った「ネズミの楽園」という興味深い実験がある。

その実験では、ネズミを2つの群に分け、一方は1匹ずつ金網でできた檻の中に閉じ込め、一方は「楽園」と呼ばれる広々とした場所で、遊ぶことができたり、いつでも好きな時に食べられたりする環境が用意された。そして、その2群のネズミに、普通の水とモルヒネ入りの水を与え、その摂取量を57日間観察した。結果は、檻の中に1匹でいたネズミは1日中モルヒネ入りの水を飲み酩酊していたのに対して、「楽園」のネズミは皆でじゃれあって遊んだり、交尾したりと、なかなかモルヒネの水を飲むことはなかった。そしてさらに、檻に閉じ込めていたネズミを、今度は「楽園」に移し、その後の行動を観察すると、他のネズミたちと交流を始め、モルヒネの水を飲むことから離脱し、普通の水を飲むようになったのである。

ネズミを使った実験であるので、人間とは違うところも多いだろうが、依存症に対する理解を深めるものとしては実に意義深い実験であると思う。人が依存症になるのは、薬物のせいだけではない。その人を取り巻く環境や人間関係、社会的なつながりが大きな影響を与えており、そのバランスを崩してしまった人は、薬物依存症になり、抜け出せなくなってしまうリスクをはらんでいる。

### 第3項 薬物依存症の治療

薬物依存症の治療のイメージは、慢性疾患の病気の治療と似ている。例えば糖尿病の患者は、膵臓、インスリン分泌の機能が元に戻ることはない。食事制限や運動療法、そして投薬治療を組み合わせて血糖値をコントロールすることを目指す。そして高血糖による合併症を予防するという治療を行う。薬物依存症も同じであり、薬物を使用する前の状態に戻るということはない。薬物使用によって引き起こされる問題を予防するために、薬物を使いたいという欲求をコントロールし、薬物を使わなくても生きていける方法を習得することが必要になってくる。

そのための方法として、現在では心理社会的治療と代替薬物療法などが行われている。心理社会的治療の1つに「認知行動療法」がある。これは認知（物事の受け取り方や考え方）に働きかけて、薬物に対する考えや自分の気持ちを改善することを目指すもので、薬物依存症のみならず、広く精神病の治療に用いられている。形態として、専門家によるカウンセリング、患者と専門家とのグループミーティング、グループレクリエーションなどが行われている。また、民間でも薬物依存症に対する治療が行われており、ダルクを代表とする施設が、集団生活をしながら薬物依存症から回復するプログラムを行っている。ここでは、アルコール依存症からの脱却を目指した自助グループを参考にした治療が行われている。

代替薬物療法はその名の通り、代替薬物を使うものである。代替薬物とは、患者が使用している、あるいは使用してきた薬物よりも人体への害が少ない薬物を代替的に治療で使用するものである。薬物への欲求を段階的に減らしていく効果が期待できる。例としてはヘロイン依存患者に対するメサドンの投与などがある。ただし、全ての薬物に対して代替薬があるわけではなく、効果も限定的としか言えない。

日本では、薬物依存症への治療が進んでいるとは言えない現状にある。薬物依存症の専門医療機関は 10 施設程度しかない。その他の精神病院では、薬物の中毒症状を取り除く治療が終われば通常、依存症の治療が提供されることなく早々に退院ということになる。原因としては、薬物依存症の治療が確立されていないこと、薬物依存症に対する医療者の偏見などがあると思われるが、世界的に見ても日本は治療が遅れている。

#### 第 4 項 薬物依存症の治療において重要なこと

精神科医である松本俊彦氏は、著書「薬物依存とアディクション精神医学」のなかで、「患者を尊厳のある 1 人の人間として扱う大切さ」を主張している。依存症患者の根底には、対人関係の障害があり、自己評価が低く自信が持てない、人を信じられない、本音を言えない、見捨てられ不安が強い、自分を大切にできない、といった特徴がある。それに加え、世間からは「興味本位で薬物に手を出した犯罪者」という烙印を押されて迫害され、ひどく自尊心が傷ついている。彼らの背景には、虐待やいじめ、性被害、劣悪な環境といった背景があり、どうしてもない困難に直面したときに薬物を使用して凌いできたという一面がある。治療者はそのことを理解し、患者に対して支配的な態度を取るのではなく、良き理解者として接しなければならない。

例えば、どのような時に薬物を使いたいと思い、どのように欲望を抑える努力をしているのかということは、患者からしか聞き得ない。熱いシャワーを浴びたり、激辛の食べ物を食べたりして薬物の欲求を抑えるなど、患者からしか聞き得ない情報がある。良き信頼関係が築けなければ、治療は上手くいかない。

そして、一番大事なことが、治療を継続することである。糖尿病患者には生涯に渡ったフォローが必要であるように、薬物依存症にも生涯に渡ったフォローが必要なのである。これが薬物依存症の治療の難しいところでもある。社会から隔絶された患者は、容易に薬物の世界へと戻っていつてしまうことがある。それは、本来彼らを繋ぎ止めるはずの社会が彼らを拒絶し、居場所を失ってしまうからである。医療者は薬物依存症患者と信頼関係を築き、社会への繋がりを回復させる役割があるが、その社会が彼らを拒絶するのであれば、やはり治療は上手くいかない。2016 年 7 月に、依存症の治療・回復の関係団体と専門家が「依存症問題の正しい報道を求めるネットワーク」を結成し、「薬物報道ガイドライン」を作成したが、依然として報道の内容は薬物依存症患者を社会から切り離すものとなっている。

### 第 3 節 ポルトガル基本情報

(上村)

#### 第 1 項 基本情報

ポルトガル共和国（以下、ポルトガルと表す）はヨーロッパ大陸の最西端に位置し、国土面積は日本の約 4 分の 1 の 91,985 平方キロメートルである。南北に細長い形状をしているため地域によって気候差が大きい。大部分は典型的な海洋性気候で温暖、南部は地中海性気候である。南部は冬の寒さが比較的穏やかで避寒リゾート地としても人気がある。人口は約 1,029 万人である。そのうち約 7 割が海岸部に集中しており、特に首都のリスボン市を含む大リスボン圏には総人口の約 4 分の 1 が集中している。ポルトガルでは海外移住者の流出入が多く様々な民族が共存しているが、公用語はポルトガル語のみに統一されており、宗教もカトリック教徒が圧

倒的多数である。ポルトガルの主要産業は、機械類や衣類、コルク製造などの製造業と観光業であり、土産品としてはワインや陶磁器などの工芸品や鳥のデザインの小物、刺繍製品などが人気である。[2]

## 第2項 医療水準

ポルトガルの5歳未満児の死亡率は1,000人当たり4人（日本：3人）、乳児死亡率は3人（日本：2人）で予防接種の摂取率も98～99%と比較的高い。平均寿命は80歳（日本：84歳）である。ポルトガルの医療水準はヨーロッパの中では低い方に分類され、特に公立病院では設備面において遅れている。そのため、複雑な治療が必要な場合は、医療設備の整った病院へ行くことが望ましい。[5]

## 第3項 医療機関の形態

ポルトガルの医療機関は、公立病院、公立診療所、私立病院、個人医の4種類ある。当国の社会保険に入っている場合、公立病院では診察料金が定額もしくは無料で受診ができることもあり、非常に混雑し、入院病棟も病床が常に不足している。私立病院は設備面ではほぼ問題がなく英語での対応も可能など多いが、社会保険が適用されないため高額な診察料がかかる（一般的に診察だけで100ユーロ程度、入院すると1日200ユーロ程度、日本円にして12月14日時点で約12,900円と25,800円）。ただし、ポルトガルの社会保険に加入していない場合の診療費は公・私立共に実費負担となる。さらに救急車にも公営と民営があり（日本では通常民営の救急車は利用しない）、前者は無料だが後者は有料で高額である。リスボン市が運営する患者輸送サービスもあり、この患者負担額は12.5～30.0ユーロである。救急外来以外で医師にかかる場合は、通常電話等による事前予約が必要である。現在のところ、日本語での対応が可能な医療機関は無い。その他、日本と異なる医療制度としてはファミリードクター制度がある。これは、緊急時を除き、全科診察可能な医師の診察を受け、その後必要に応じて専門医へ紹介するというシステムである。[5]

## 第4節 日本の薬物政策

（宮崎・中村）

### 第1項 薬物に関する法律

日本では麻薬及び向精神薬取締法や、大麻取締法、覚せい剤取締法、あへん法などの法律により、薬物の規制がなされている。そのため、日本では政府による様々な薬物対策がなされている。日本の薬物対策の基本的なスタンスは「ダメ、ゼッタイ」である。これは、あらかじめ薬物利用、所持に対する具体的な処罰を定めておき、違反した場合には例外なく罰を与えるというものである。

### 第2項 近年の薬物乱用対策

平成9年に、覚せい剤検挙者数が19,937人と2万人に迫る勢いになっていたこと、中・高校生の覚せい剤事犯が急増したことにより、平成10年5月に「薬物乱用防止五か年戦略」が策定された。その後は5年ごとに改定を繰り返しながらこの「薬物乱用防止五か年戦略」は打ち出

されており、平成 30 年には「第五次薬物乱用防止五か年戦略」が制定されている。

平成 15 年に制定された「薬物乱用防止新五か年戦略」の具体的な内容としては、以下の 5 つがある。

1. 中・高校生を中心に薬物乱用の危険性の啓発を継続するなどの青少年対策
2. 薬物密売組織の壊滅を図るなどの密売対策
3. 薬物の密輸を水際で食い止めるなどの水際対策及び国際協力
4. 薬物依存・中毒者の治療
5. 社会復帰の支援によって再乱用を防止するなどの再乱用防止対策

基本的な軸としては、薬物使用者に対しては厳罰を課すことで抑止力とし、国民に対して「ダメ、ゼッタイ」というフレーズで薬物に近づかない、使わないことを啓発するという方針である。治療に関しては、現在まだ治療法が確立されておらず、地域との連携を図る、という文言に留まっている。

### 第 3 項 薬物乱用対策の結果

平成 6 年から 27 年の覚せい剤検挙者数の推移は図 1 のようになっている。覚せい剤の検挙者数がピークを迎えた平成 9 年以降、検挙者数はピーク時の 6 割程度になっており、「ダメ、ゼッタイ」を掲げ日本が行ってきた「薬物乱用防止五か年戦略」は一定の効果を挙げたといえる。しかし、ここ 10 年の薬物依存症対策の結果は図 2 で示すようになっている。国内における覚せい剤検挙者数と再犯者の数は 10 年間はほぼ横ばいであり、再犯の比率に関しては、平成 17 年の 54.9% から一貫して増加しており、平成 26 年には 64.5% と高い確率で再犯に至っている。この 10 年の推移は現在の薬物政策の限界を物語っており、状況を打開するために新たな政策を考えていくポイントに来ていえると言え。

平成 30 年に施行された「第五次薬物乱用防止五か年戦略」では、「薬物乱用は犯罪行為であるとともに薬物依存症という病気である」という明記が初めてされており、国としても薬物依存症に対する政策が変わりつつある。

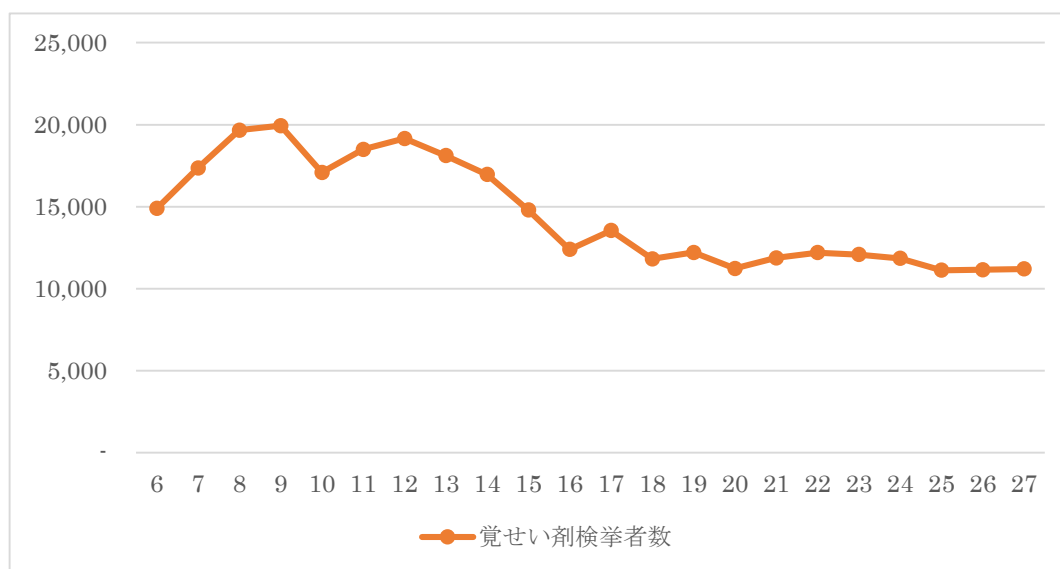
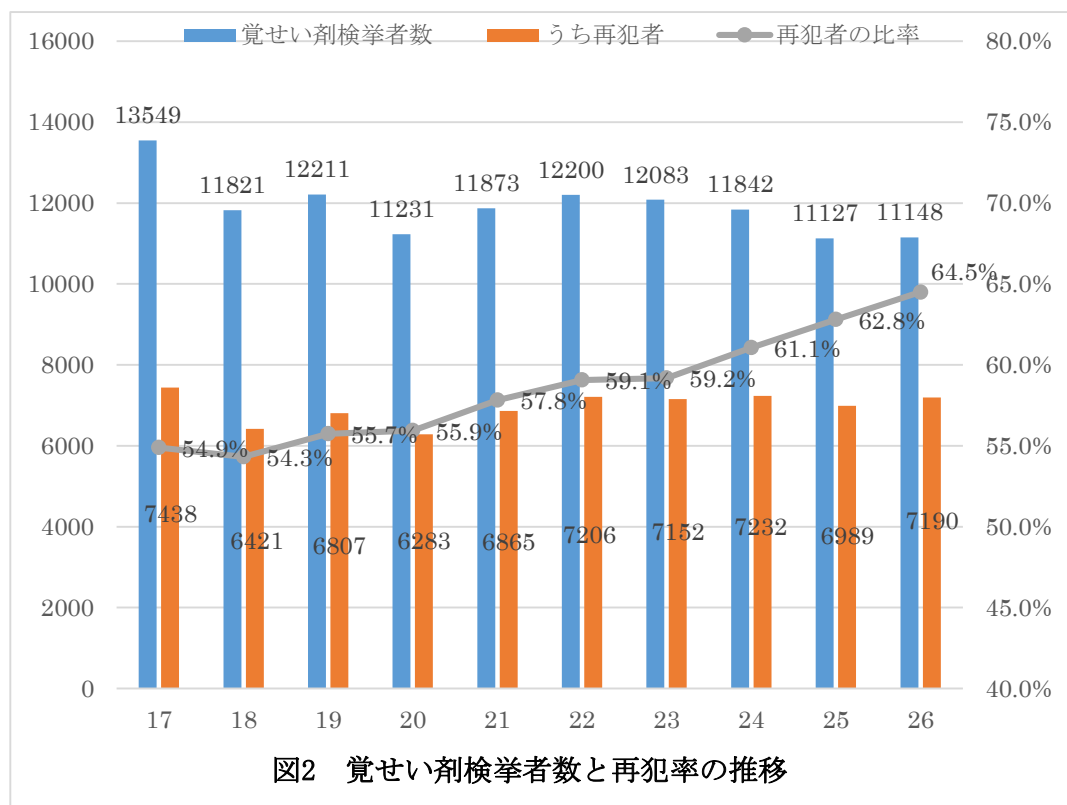


図 1 覚せい剤検挙者数の推移



## 第 5 節 ポルトガルの薬物政策

(追立・中村)

### 第 1 項 薬物に関する法律

ポルトガルでは、1993 年 1 月 22 日に麻酔効果のある薬物と向精神物質の輸送および消費に関する薬物法（法律 15/93）が制定された。その後 2000 年 11 月に新法(法律 30/2000)として変更され、翌年の 2001 年 7 月から施行された。新法の主な内容は、薬物の個人使用での罰則を廃止するものである。ただし、販売や譲渡さらに 10 日以上 の保持は罰則の対象となる。この新法により、薬物使用を公表しやすくなり、積極的な治療や社会復帰を行いやすくなった。また、それまで薬物使用の取り締まりに掛かる費用を削減できるといったメリットもある。ただ、薬物使用は「違法な活動」とする立場を継続しており、今までほとんど使用されてこなかった薬物の使用が増加したというデメリットも見受けられた。これに対して、2013 年にまた新しく法律が改訂され（法律 54/2013）、危険ドラッグの製造、輸出等を禁止した。違反者に対しては、罰金が科せられるが、危険ドラッグの使用者については、ほかに犯罪がない限り刑罰を受けることがない。

### 第 2 項 薬物治療政策

薬物依存に対する治療は、薬物使用者なら誰でも利用可能であり、無料で受けることができる。ポルトガルでの薬物治療は主に、1. 外来型薬物治療、2. デイクア型施設、3. 解毒治療ユニット、4. 治療共同体の 4 つに分類することができる。2 のデイクア型施設では、日帰りで施設に通い、薬物依存回復プログラムを受けられるようにしている。3 の解毒治療ユニットでは、薬物中毒に陥ってしまった人を入院させ、解毒させる治療を行う。4 の治療共同体で



は、グループ治療による薬物依存回復プログラムを行っている。1の外来型薬物治療では、ある場所を決めて、患者の治療計画が作られる。その治療計画に従って解毒治療ユニットや治療共同体が紹介されていく仕組みである。また、全ての治療施設で心理療法とメサドンなどを用いた代替薬物治療が行われている。

### 第3項 政策の結果

ポルトガルでの法律改正当初は、非犯罪化により薬物使用者が大幅に増えるのではないかと懸念がされており、反対の意見も多かった。では、実際に非犯罪化されたことでどのような結果が得られただろうか。イギリスの独立慈善団体 Transform の研究<sup>[7]</sup>によると、これらの政策により以下の結果が得られた。図3は、15-64歳の薬物使用割合を、生涯、直近1年、直近1ヶ月で示している。生涯の薬物使用経験は法改正によって大幅に増えると思われたが、実際に2007年では上昇したがそれ以上に増えるということにはならず、予想を裏切る結果となった。そして、直近1年、直近1ヶ月の使用率は増加することなく減少傾向となった。特にこの傾向は若年者（15-24歳）においてより顕著であった（図4）。15-64歳の薬物継続使用の割合（図5）も、2001年から増えることなく減少傾向となった。これらのデータを見ると、薬物の使用経験者は増えたが、再使用を繰り返す人は減っていると考えることができ、薬物を非犯罪化し、薬物依存症患者の治療に乗り出したことは良い結果に繋がっていると考えられる。また、図6は薬物関連死者数、図7は薬物使用者のHIV、AIDSの患者数を示しており、大幅に減少している。非犯罪化することで、薬物使用者が危険な方法で薬物を使用することを防いでいることが分かる。

これらの結果をまとめると、ポルトガルが行った、薬物を非犯罪化し、治療を施すという政策は効果を上げていると言える。

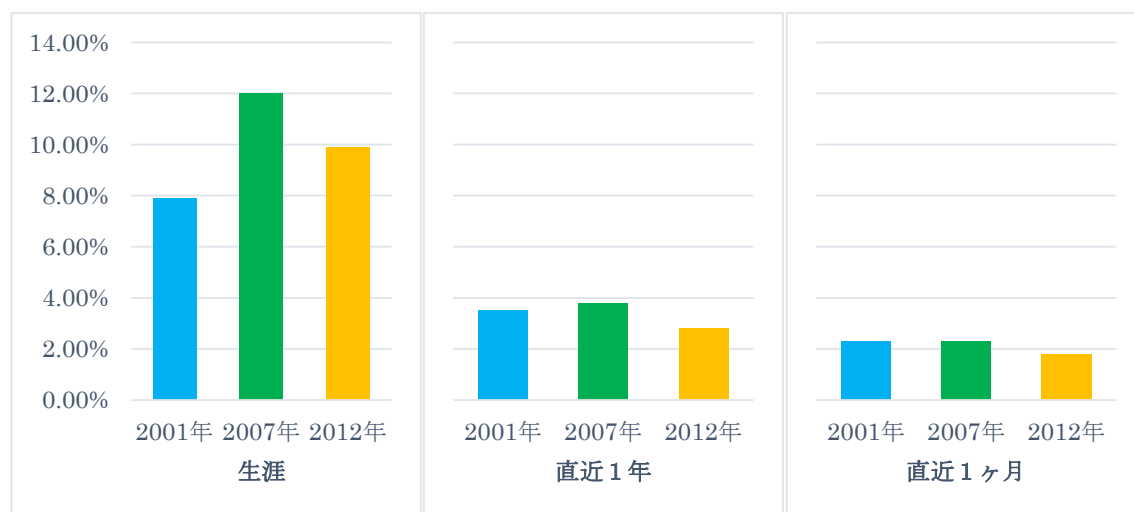


図3 15-64歳における生涯、直近1年、直近1ヶ月の薬物使用割合

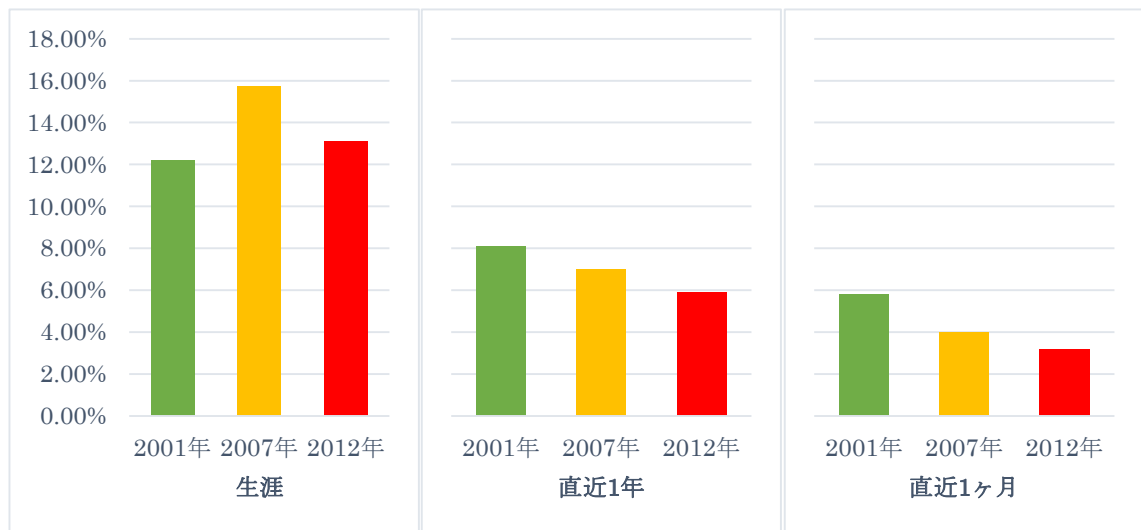


図4 15-24 歳における生涯、直近1年、直近1ヶ月の薬物使用割合

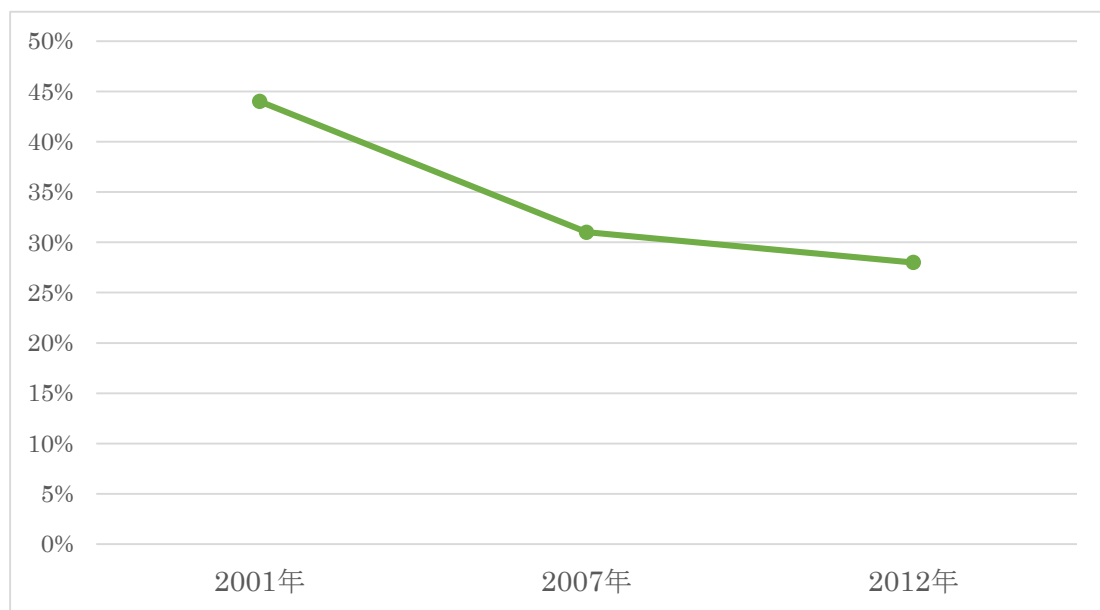


図5 15-64 歳における薬物の使用継続割合

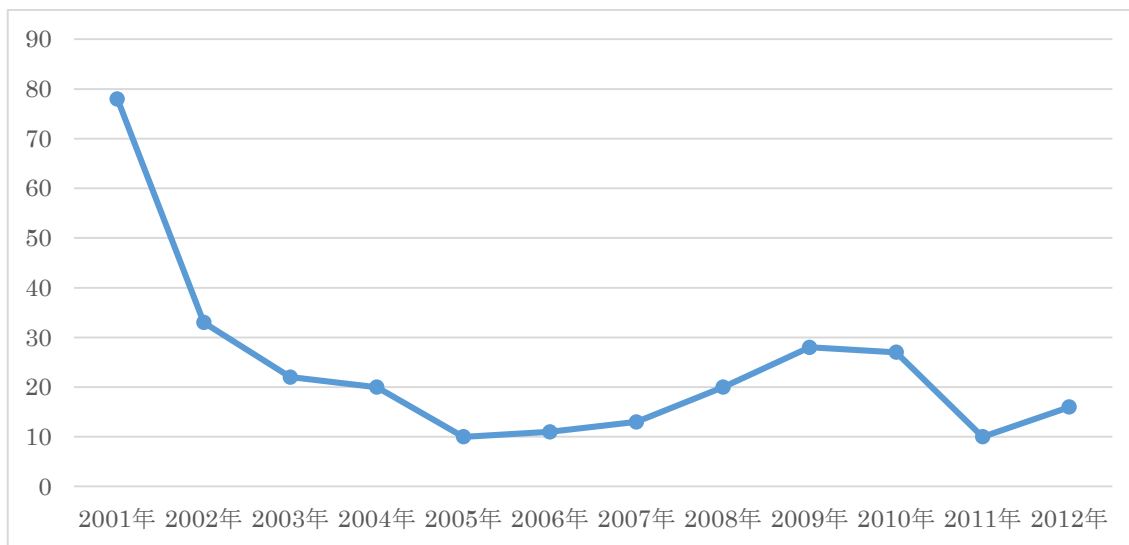


図 6 薬物関連死者数

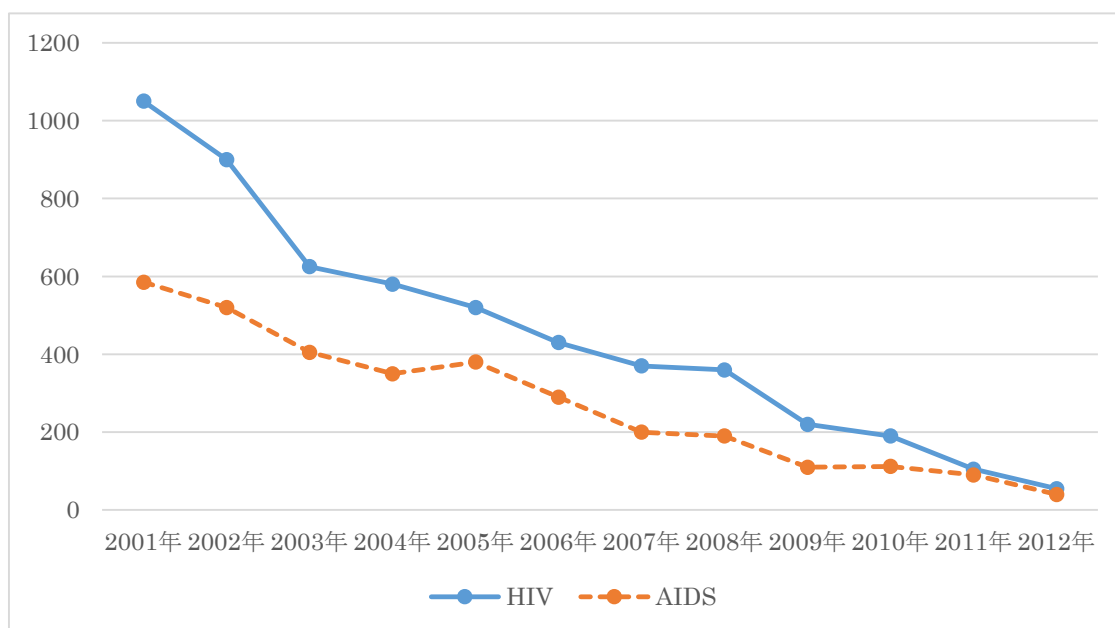


図 7 薬物使用者の HIV と AIDS 罹患者

## 第2章 活動紹介

### 第1節 九州ダルクの見学

(楯林)

薬物依存症への理解を深めるために、私たちは九州ダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center)を見学させていただいた。

#### 第1項 九州ダルク

ダルク(DARC)とは、ドラッグ(Drug)、アディクション(Addiction)、リハビリテーション(Rehabilitation)、センター(Center)の頭文字を組み合わせた造語で、覚せい剤、有機溶剤(シンナー等)、市販薬等の薬物への依存から回復するためのプログラムを持つ民間の薬物依存症リハビリ施設である。ダルクは全国59ヶ所にあり、計600人以上の依存症の方がプログラムに参加している。ダルクのスタッフも全員が、ダルクのプログラムにより薬物依存症から回復した方で構成されている。

ダルクでの治療プログラムは基本的に住み込みの共同生活の中で行われる。布団のたたみ方などの規律のしっかりとした寮で、規則正しい生活を依存症の方々が共同して行うことで、薬物を使わない生活を実現しやすくしている。毎日定時にミーティングが開かれ、薬物依存症回復プログラムに基づいた集団精神療法であるミーティングを行う。また、レクリエーション等も行われている。

私たちは、実際にミーティングを見学させていただいた。ミーティングでは、十人ほどで机を囲み、輪になって座っていた。はじめに、薬物依存症回復プログラムのパンフレットを音読なさっていた。そして、自分の過去や、現在の自分の状況について思っていること等、決められたテーマに沿って、各々が淡々と話をされていた。ミーティングでは、人の話を遮ったり、質問や感想を言ったりすることは禁止されている。そのため、一人が話し終われば次の人が話し始め、淡々とミーティングが進んでいった。全員が話し終わると、ミーティングは終了した。

ミーティングを見学したことで、薬物依存症の方々のこれまでの人生が垣間見えた気がした。私たちの置かれている環境と大きく変わらないような、普通の環境で生活していた方も複数いらっしゃった。薬物依存症は、私たちにとって遠い世界の出来事であるという印象は間違っていると感じた。ミーティングで多くの方が理論整然と話をされていて、一見すると依存症だと分からない方が多かったことも印象的だった。

#### 第2項 大江先生へのインタビュー

次に、九州ダルク代表の大江先生へのインタビューで印象的だったことを挙げる。まず、薬物依存症患者がダルクに入寮する際重要になる点は、コミュニティの断ち切りである。依存症患者が、これまで所属していたコミュニティからアクセスしやすい地域にあるダルクに入寮すると、昔の仲間がやってきて再び薬物を使用する可能性が高まる。そのため、ダルクに入居する際は、地元から離れた地域のダルクに入居することになっている。

また、薬物依存症からの回復には、精神的成長が最も大切となる。薬物を長い期間断っていたとしても、精神的成長が無ければ再使用に至ってしまう。薬物を使用しなかった期間などは回

復の大きな目安とはならない。精神的成長を遂げるためには、今まで自分が人にしたこと、人からされたことを振り返り、自分の人生を冷静に見つめる、そうした「人生の棚卸」をすることが必要になる。これを行うことで、人生に対する認識、そして薬物に対する認識を変えることができる。ダルクでは、ミーティングやレクリエーションを通してその手助けをしている。

現在ダルクの運営費用は、入寮者の生活保護費に加え、教会や入居者の家族からの寄付、運営者である大江さんの講演会の謝礼が主な資金源となっているが、ダルクは財政的に厳しい状況にある。より多くの家族・社会からの金銭的な援助を求めている。

薬物依存症の人への偏見が激しい日本は、薬物依存症患者にとってチャンスの少ない環境である。薬物依存症ならば就職等では非常に不利になる。また、欧米では行われている、地域ぐるみで薬物依存症の人を支援していくといった活動も、今のところ日本では実現しそうにない。依存症患者が回復し、社会復帰していく過程において、周囲からの支援が不可欠であり、ダルクはその役割を果たそうと努めている。

## 第2節 APDES の見学

(楢林、塚本)

### 第1項 はじめに

私たちは 8 月 22 日にポルトガルにある APDES という組織を訪問した。様々な立場の APDES の関係者の方からレクチャーをしていただき、質疑応答を行った。また、APDES の日々の活動の現場も見学させていただいた。ここでは APDES がどのような組織であるのか、どのように薬物依存に携わっているか、ということをもとめたい。



写真1 APDES のロゴ

2004 年に設立された APDES (Agência Piaget para o Desenvolvimento) は、様々な活動を行っている、営利を目的としない NGO (非政府組織) である。ヴィラ・ノヴァ・デ・ガイアに本社を置く APDES は、ポルト、バルセロス、グアルダ、ビゼウ、セトゥーバル、リスボンなどの市町村で活動を展開している。また、2008 年以降は国際的な活動も開始し、現在はヨーロッパとアフリカのいくつかの国でも活動している。

APDES の主な目標は、人々の医療サービス、雇用、教育へのアクセスを向上させ、団体や個人の権利を保つために働きかけ、社会的に弱い立場の人々やコミュニティの手助けをすることだ。APDES の活動は次の 4 つに分類される。

1. 健康や人権への害の軽減。薬物使用や性的行為に伴うリスクを最小限に抑えることを目的とし、薬物使用者やセックスワーカーに対する人権の保護も行っている。
2. 健康教育。学校、地域のコミュニティ、刑務所等において、身体的、精神的、社会的に向上するための健康教育を行っている。
3. 失業者、受刑者、薬物使用者などの脆弱な社会的立場にいる人々を中心に、雇用、社会復帰、市民参加の手助けを行っている。

#### 4. アフリカ等での教育やインフラ整備。

これらの業務を遂行するために APDES にはいくつかの下部組織が存在している。今回の活動で関わりのあった組織について詳しく述べていく。

### 第2項 GIRUGaia : 街頭での活動

1つ目の組織、GIRUGaia では、コカインやヘロインの使用  
者に対し、代替薬物としてメサドンを配布している。メサドン  
は持続時間が長い。また、経口摂取により注射の場合とほぼ同  
様の効果が得られるため、注射による感染症を予防できる。適  
正な使用量においては、ヘロインへの欲求を減少させる効果が  
ある。また、使用者からの要望があれば、より安全な薬物使用  
に必要な器具や食料などを提供している。薬物使用が非犯罪化  
されて以降の 15 年間、ガイアで活動している。同様の団体が  
他の町にもある。



写真2 メサドンの容器

### 第3項 Check!n : 音楽フェスでの活動

2つ目の組織、Check!n は、これまでの 13 年間、主にリスボン  
とヴィゼウで活動している。音楽フェスでブースを構え、薬  
物の危険な飲み合わせの紹介、より安全な薬物使用やセックス  
に必要な器具の提供などの啓発活動を行っている。

Q. どの薬物の組み合わせが危険なのか？

A. 例えば、MDMA と抗うつ薬、これら 2 つはどちらもセロトニンに作用するため、セロトニンショックに陥る危険性がある。この症状は数日間続く可能性がある。他にはオピオイドとアルコールの組み合わせも共に中枢神経抑制作用を持つので良くない。MDMA とコカイン、これらの併用は心臓疾患を引き起こす可能性がある。他にもたくさんの組み合わせがあるが、最も重要なのは、薬物使用者に特定の薬物の組み合わせの危険性を説明することだ。最終的にそれらの薬物を使用するか否かは使用者が決定する。また、使用者が何を使ったか把握することは、体調が悪くなった時に治療を受けるのにも役立つ。

Q. 未成年者に対してどのように接しているか？

A. 未成年者に対しても基本的には同じサービスを提供している。しかし、身体の成長について話したり、より積極的にコミュニケーションをとろうとしたりすることがある。そのやり方は対応する専門家によって異なる。しかし、実際にコミュニケーションをとるかどうかは、使用者の希望次第である。

### 第4項 CASO : 薬物使用者の人権尊重

3つ目の組織、CASO は、薬物使用者または元薬物使用者の団体である。薬物使用者または元薬物使用者は、薬物使用者のコミュニティーに入りやすいため、それを生かし、より安全な薬物使用の推進や薬物使用の現状の調査を行っている。また、薬物に関する政策の立案への署名活動も行っている。その主張の 1 つに、「現在許容されているヘロインの所持量は現実的でない、

つまり、十分でない」というものがある。活動はボランティアである。

Q. CASO の最終目標は何か？

A. 薬物使用者の権利と尊厳を守ること。

Q. 薬物使用者に対する強い偏見はまだあるか？

A. ある。薬物使用者は、昔は「犯罪者」だったが、今は「病人」になっている。しかし、「病人」とは一緒に働きたくないという人が依然としている。



写真 3 CASO の方と班員たち

### 第 3 節 CRI の見学

(齋藤)

#### 第 1 項 はじめに

私たちは 8 月 23 日にポルトガルのポルトで CRI という団体に話を聞きに行った。

CRI とは、Centro de Respostas Integradas の略であり、ポルトガル語で centro は「中心地」、respostas は「反応」、integradas は「統合された」という意味である。CRI はポルト地区の東に位置する市政機関であり、薬物依存症患者の減少だけでなく、合法違法に関わらず薬物消費量の減少を促進させることを目的とした機関である。

#### 第 2 項 インタビュー内容

CRI で私たちに対応してくれたのは主に 2 人の心理学者だった。ここではポルトガルでの考え方や政策、組織についての説明を受けるというよりは、こちらから質問をしてそれについて回答をもらうというものだった。以下で印象に残ったことについて書いていく。

##### 第 1 目 薬物使用の減少について

今回私たちがポルトガルに行った理由は、ポルトガルでは薬物を非犯罪化したことで薬物の再使用率や薬剤関連死が減少したという情報を得たからである。話を聞いてみると、ポルトガルでは薬物の使用のパターンが変わっているようである。薬物非犯罪化の政策以降ヘロインなどの特定の薬物使用は減り、それに対して大麻などの薬物使用は逆に増えているという。

## 第2目 子供、若者への対策

日本では薬物使用を減らすために小中学校などで薬物についての説明が警察などの協力の下行われる。そうすることで幼いころから薬物に対して負のイメージを持たせて使用を妨げようとしている。似たようなことはポルトガルでも行われていた。しかし、CRI のような現場の意見では、子供に対して「薬物の使用はいけないことだ」と呼びかけることはそれほど効果的に機能しないという。ポルトガルでは子供に対して薬物の使用の禁止を呼びかけるのではなく、子供たちに薬物の使用も人生の選択肢として提示し、どうするか考えさせるという。

## 第3目 薬物問題に関わる組織について

薬物問題に対処するにあたって大きく分けて 2 つの組織が必要になる。1 つは国のように政策を考えたりする組織。もう 1 つはそれを実行する現場での組織だ。しかし、国が政策を考えても、その政策を現場に適用することが非現実的でふさわしくないと現場が感じることもある。政策関係の視点と、ユーザーと直接関わる現場での視点の 2 つを併せ持つことが必要である。

## 第4目 プリベンションとハームリダクションについて

プリベンションとは、日本で行われているような薬物の使用を事前に防止する考え方である。ハームリダクションとは、薬物の使用自体を減らすのではなく、使用を適切に管理することで健康被害を減らそうという考え方である。私たち日本人の感覚からすれば、ハームリダクションという考え方はプリベンションの考え方とは似て非なるものであると感じるだろう。しかし、ポルトガルではそれらは同一直線状にあると考えられている。ハームリダクションのその先にプリベンションの考え方がある。これは国民性、社会の違いが出ているのかもしれない。

## 第5目 医者と患者の関係

ポルトガルでは薬物の使用は非犯罪化されており、国民の人生の選択肢の 1 つとなっている。そのため、医者は患者に対してコントロールするという認識を持つてはいけない。医者と患者は対等な立場にいる。医者が患者の生活をコントロールして薬物をやめさせるのではなく、人生の選択肢について話し合うのである。医者が一方的に患者に対して治療を施すのではなく、共に人生を創っていくのだと CRI の職員は強調していた。

## 第6目 ポルトガルの社会に横たわる溝

ポルトガルにもやはり薬物使用を人生の選択肢だと考えることに抵抗があり、プリベンションの考え方に賛同してもハームリダクションの考え方には賛同しない人がいるようだ。だから、いまだに関係者でさえ治療とモラルの間で葛藤があるようなのである。このようなポルトガルの社会に横たわる溝も、今後の政策においての課題となるのだろう。

## 第3項 看護師に見せてもらった現場、インタビュー

CRI で働く 2 人の心理学者との話を終えた後、私たちは施設内を案内してもらった。施設の利用者が代替薬を貰いに来る場所では、看護師が 1 人いて利用者に対応していた。そこでは代替薬のメサドンを与えていた。ポルトガルには同様の施設が多くあり、他の施設からもメサド



ンを貰っていることもあるので、利用者を記録しその情報を共有している。メサドンに依存している可能性もあるので、それに気を付けているということだった。その施設で看護師として働くために特別な資格は必要ではなく、看護師の資格を持っていて志願した人が働いているようであった。

## 第3章 考察

### 第1節 はじめに

(前濱、佐々木)

私たちは今回の活動を通して、ポルトガルの政策について学び、日本の薬物乱用・依存症を減らすうえでの有用性について考察した。

まず、日本とポルトガルの現状についてまとめる。日本では、薬物使用は犯罪であり、逮捕され刑務所に入れられる。しかしながら、2008年に覚せい剤取締法違反で受刑していた人のうち、6,783人が出所したが、その5年以内の再犯率は49.3%と非常に高い。この傾向は、日本では薬物に対する偏見が強く、出所後の社会復帰のチャンスが少なく、出所後のフォローが十分になされていないことが反映されている。それに対し、ポルトガルでは薬物使用が非犯罪化されており、逮捕するのではなく治療を取り入れるという取り組みが行われている。ポルトガルはこの「非犯罪化」と「治療支援」により、薬物使用を犯罪であるという認識から病気であるという認識に転換させ、ひいては一部で薬物使用者の人権尊重も目指されている。

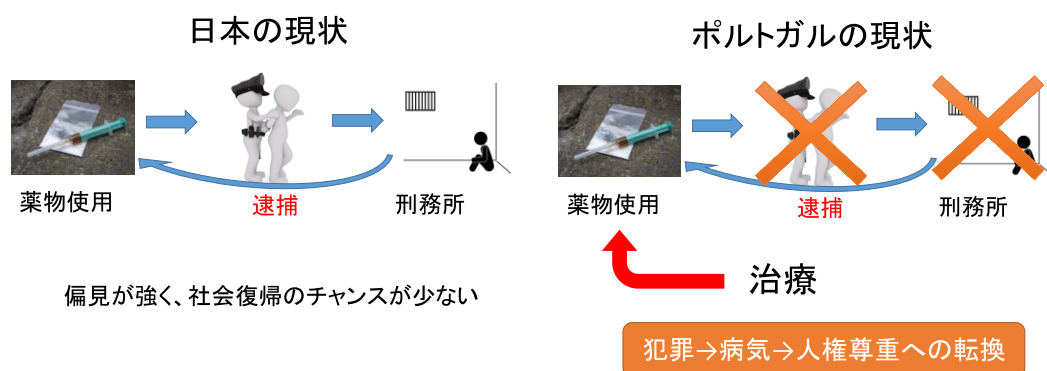


図8 日本とポルトガルの現状

**第1項 はじめに**

これらを踏まえて、私たちは2つの政策案を考えた。1つ目の政策案は、治療支援のみを取り入れるというものであり、2つ目の政策案は、日本に薬物の非犯罪化と治療支援を両方取り入れるというものである。

**第2項 政策案1：治療支援のみを取り入れる**

1つ目の政策案では、逮捕による強制力を残したまま、前述の通り治療への取り組みを導入するケースを考える。逮捕、受刑といった現在のリソースを活かし、その強制力を治療に活かすということである。薬物依存の治療では、いかに治療を継続できるかが重要であり、治療からの脱落を防ぐことが最も重要なこととなる。その点に関して言えば、強制力をもった入院という措置は、治療する環境として利点も多いのではないかと思われる。実際、平成28年6月より施行された「刑の一部執行猶予制度」は、懲役期間の一部を保護観察期間とし、認知行動療法に準じた薬物治療のアプローチを提供するという制度であり、刑務所から治療へとといった流れが進んできている。

この政策案の問題点としては、薬物依存の治療を行える専門的な施設が全国で限られている、また薬物治療の専門家も少ないという点がある。全ての薬物依存症患者に対して治療を施せる体制が整っているとは言えない。また、薬物使用者を逮捕、見せしめ報道をするという流れが変わらない限り、薬物は悪だという観念は大きく変わることなく、彼らが社会復帰し、元の生活に戻ることは難しい。

**第3項 政策案2：非犯罪化と治療支援の両方取り入れる**

2つ目の政策案は、ポルトガルと同じ政策をとって、薬物依存症の認識を犯罪から病気へとシフトさせ、さらに人権尊重を目指すといったものである。この政策は、治療支援を行うという点では政策案1と同じであるが、世間の考えを変えろという意味で大きく異なる。この転換により、薬物依存者を世間から脱落したはみ出し者として忌み嫌う社会が少しでも変わり、社会復帰しやすい環境が生まれるのではないかと考えた。

しかしながら、この政策の問題点は、非犯罪化により新たに薬物を使用してしまう人の存在である。日本が誇れる点としては、違法薬物の生涯経験率が2.6%と世界的に見ても低値であることであり、これは今までの「ダメ、ゼッタイ」の政策が効果をあげてきた結果であると思われる。非犯罪化によって、これまで抑制されていた人々が薬物を使用するということがあると思われる、世間の反発も大きいだろう。

しかし、「ダメ、ゼッタイ」教育にも限界があることも事実である。現に覚せい剤使用者数は横ばいであり、逮捕される有名人も多い。精神科医である松本俊彦氏が述べるように、一部の生徒は早くからの飲酒、喫煙の経験や薬物にアクセスしやすい交友関係を身近に持っており、彼らにとって「ダメ、ゼッタイ」的な講演は、自分たち自身をも否定し、排除してくる圧力として感じられる。そのため、「ダメ、ゼッタイ」教育は、彼らを薬物から遠ざけるのではなく、かえって社会から遠ざけていくリスクをはらんでいるのだ。彼らが薬物を使用してしまう理由には

家庭環境や人間関係での傷つきが大きな原因となるが、「ダメ、ゼッタイ」的な啓発では完全に薬物を防げず、一度薬物を使用してしまった人を排除するのはその人の社会復帰を拒む大きな要因にもなっている。

#### 第4項 おわりに

以上、2つの異なる政策案を考え、どちらが良い政策なのか班内で議論を行った。「非犯罪化」と「治療支援」が大きなテーマであり、どこまで日本は介入するべきか、ということで意見が別れた。「薬物使用率の低さなど、これまでの結果を踏まえ、現状の政策を維持した方がいい」という意見から、「薬物を非犯罪化するといった大きな方針をとらなければ、現在の薬物依存症に対する偏見は変わらないのではないか」という意見が飛び交い、結局この問いに対して、班内での総意に基づく答えを出すことはできなかった。そもそも日本とポルトガルでの薬物使用率が大幅に違うことや、文化の違いなどから、単純に比較することはできない難しさもあった。非犯罪化することで増える使用者と、社会復帰しやすい世の中のどちらが良い結果をもたらすのか、というのは推測の域を超えることはできず、机上の空論に終止する。そのため両論併記的な終わり方になってしまうことをお詫びさせていただく。しかしながら、この議論を通して、班員それぞれが薬物に対する考え方を広げることができたのではないかと思う。先述の通り、日本の薬物使用の現状は横ばいになっている。これから日本の政策はどうあるべきなのか、という問題提起を行いたいと思う。

## 謝辞

最後にはなりましたが、私たち薬物依存症班の活動においてお世話になった皆様に御礼申し上げます。NPO 法人九州ダルクの見学におきましては、代表の大江昌夫さんをはじめとする皆さまよりお話を伺えたことが、大変勉強になりました。福岡県精神保健福祉センター所長の楯林英晴先生には、お時間をいただき九州大学までお越しくださり、その後の活動の指針ともなるような含蓄の深いお言葉をいただきました。立正大学の丸山泰弘先生には、APDESの方々をご紹介いただき、ポルトガルでの活動が大変充実したものとなりました。APDES、CRIの見学においては、Sofia Pereiraさんにインタビューのコーディネートをしていただき、穴場のランチスポットまでご紹介いただいたことを記憶しております。現地活動でお会いした全ての皆様から有意義なお話を伺うことができました。班長の友人からも寛大なご支援をいただき、精神的にも奮い立たされました。本活動はOB、OGの皆さまの温かいご支援によって成り立っています。重ね重ね心より感謝申し上げます。

## 参考文献

- [1] 松本俊彦、「薬物依存とアディクション精神医学」、2012年
- [2] 世界子供白書 2015年版  
([https://www.unicef.or.jp/library/sowc/2015/pdf/15\\_02.pdf](https://www.unicef.or.jp/library/sowc/2015/pdf/15_02.pdf))
- [3] 外務省ホームページ

- (<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/portugal/data.html#section1>)
- [4] ジェイアイ傷害火災保険株式会社  
([https://www.jihoken.co.jp/data/world/da\\_lisbon.html](https://www.jihoken.co.jp/data/world/da_lisbon.html))
- [5] 在ポルトガル日本国大使館  
([https://www.pt.emb-japan.go.jp/jp/con%20web/taizai\\_iryojijo.htm](https://www.pt.emb-japan.go.jp/jp/con%20web/taizai_iryojijo.htm))
- [6] SSCML  
([https://www.sscml.pt/internet/fileadmin/areasocial/protocolos/CVP\\_2014.pdf](https://www.sscml.pt/internet/fileadmin/areasocial/protocolos/CVP_2014.pdf))
- [7] Transform  
(<https://www.tdpf.org.uk/blog/success-portugal%E2%80%99s-decriminalisation-policy-%E2%80%93-seven-charts>)
- [8] THE LANCET 薬物使用者における HIV (2010 年オンライン発行)  
([https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/time-to-act-Japanese-20110413\\_0.pdf](https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/time-to-act-Japanese-20110413_0.pdf))
- [9] 厚生労働省 医薬・生活衛生局 監視指導・麻薬対策課  
([https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/pamphlet\\_04.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/pamphlet_04.pdf))
- [10] 警察庁 Web サイト  
(<https://www.npa.go.jp/hakusyo/h18/honbun/hakusho/h18/html/i3330000.html>)
- [11] 首相官邸ホームページ  
(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/yakubutu/980701yakubutu.html>)
- [12] 丸山康弘、ポルトガルの薬物政策調査報告・2014-2015 年  
(<http://repository.ris.ac.jp/dspace/bitstream/11266/5735/1/丸山泰弘.pdf>)

# 船医班

## 活動目的

船医について知る。

## 活動場所

山口県下関市 下関港

福岡県福岡市 福岡大学筑紫病院

## 活動期間

2018 年 8 月 13 日（下関市）

2018 年 9 月 14 日（福岡市）

## 班員

中村理乃 （九州大学医学部医学科 3 年 班長）

龍正一郎 （九州大学医学部医学科 3 年）

前田優華 （九州大学医学部医学科 3 年）

日野雅喜 （九州大学医学部医学科 3 年）

末次善紀 （九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻 3 年）

川井田悠史 （九州大学医学部医学科 1 年）

平山歩未 （九州大学医学部医学科 1 年）

成瀬諒花 （九州大学医学部保健学科検査技術科学専攻 1 年）

## Abstract

長い船旅に病気はつきものである。船内での怪我、船旅に伴う精神的ストレス、外国特有の感染症など様々な場面で治療が必要となり、時には緊急搬送を必要とする可能性もある。そこで乗員・乗客の治療を行うのが船医である。船医は各診療科にとどまらない幅広い知識を必要とする上に、限られた空間と設備の中で医療行為を行わなければならない。このように僻地医療の総合医のような性質を持つ一方で、船旅特有の問題に対応するという、船医にしかない役割も存在する。私たちは船医を経験された先生方から生の声を聞いて、船内ではどのような医療が行われているのかを調査した。また、船を 1 つの事業場として考えると、乗員は労働者である。労働者を対象とする以上、船医は産業医に類似する部分があると考え、比較対象として産業医との違いについても考察した。調査を行う中で船の医療が抱える問題点も見えてきた。船の医療を統括する組織がなく、資格も存在しないという点で船医の仕事は曖昧な部分が多く、船医不足などの問題が生じている。もしこれらの問題を解決しようとするならば、何らかの組織が船の医療に介入し、さらなる情報の蓄積を行うことから始めなければならない。

# 第1章 はじめに

## 第1節 活動の動機

(川井田)

船医班は、班長の中村理乃をはじめ、班員8人で活動を行った。まず、何故「船医」というテーマで活動したのか、その動機を述べる。

「船医」というワードを聞いて、何が思い浮かぶだろうか？4月の私には「トニー・トニー・チョッパー」しか思い浮かばなかった。「トニー・トニー・チョッパー」はマンガ「ワンピース」に登場する、海賊船で航海をする船医で架空の人物、いや、トナカイだ。これでは「船医」について知識があるとは言えない。だが、それは私だけではないはずだ。多くの人が「船医」についてわずかな知識しか持っていないと思う。そこで「船医」について知見を広げ、その実態を少しでも掴みたい、と考えたことが活動のきっかけである。

## 第2節 「船医」とは

(川井田)

船医についての知識はなくとも、船医と聞いて思い浮かぶのは、クルーズ船に乗って世界中を回ることができる医師、というイメージだと思う。そのイメージの通り、世界中を旅する船医もいる、ということが活動を通じて分かった。世界を旅しながら働く船医について研究活動を行うことは、熱帯医学研究会の意義の1つである国際保健への貢献という点でテーマに掲げるに値すると考えた。ここではまず、船医の定義を述べる。

船医についての法律は、船員法第八十二条に記載されている。船員法第八十二条には、「三千トン以上で最大搭載人員百名以上乗員がいる母船式漁船のように、医療の確保がとくに必要な船舶については、船舶所有者が船内にその母港で開設許可を受けた診療所を設け、そこに医師を乗り組ませなければならない」とある。つまり、私たちが船医と聞いてイメージするクルーズ船以外にも、様々な種類の船舶に船医は乗船している。例えば、大型の漁船、海上での工事を行う作業船、海上保安庁の船舶などが挙げられる。

また、船医になるためには、医師免許以外に特別な免許や資格は必要ない。つまり医師であれば誰でも船医となり得る。実際、班活動において関わった先生方の多くは、一時雇用として船医を勤められていた。

## 第2章 活動報告

### 第1節 ぱしふいっくびいなす見学

(平山)

船医の仕事について調べるにあたって、実際に船医の方が働かれている現場について知るため、8月13日に下関に寄港していた客船「ぱしふいっくびいなす」を訪問した。「ぱしふいっくびいなす」は、日本客船株式会社が運営する客船で、主に国内のクルーズを行っている。今回この船の船医である横山英二先生に、船内の案内をしていただき、インタビューにも答えていただいた。



写真1 見学の際の写真

#### 第1項 船内見学

船内に入るとすぐに大きなシャンデリアが私たちを迎え入れ、途端に豪華な雰囲気に身を包まれた。お洒落なカフェやラウンジ、映画館、ジャグジープールなどの豊富な娯楽施設まで揃っている。ここは12階建ての広々とした船だ。医務室は乗客や船員が出入りできる一番下の階である4階にあり、窓からちょうど港の地面が見える高さであった。医務室の広さは地方病院の診察室と同じくらいだった。医務室は乗客や船員が出入りできる一番下の階である4階にあり、窓からちょうど港の地面が見える高さであった。医務室の広さは地方病院の診察室と同じくらいだった。棚には風邪薬や胃腸薬、抗ウイルス薬、痛み止めなど様々な薬が入っていて、これらの薬は国交省が定めたリストなどをもとに横山先生が自分でそろえられたものだった。冷蔵庫にも点滴や保冷剤が入っていて、風邪や消化不良、打撲などの日常的な病気には幅広く対応できるようになっていた。他には港で積む飲み水を検査するための水質検査キットが置いてあった。これは船上ならではのものであるといえる。船員のカルテは日本人の船員と外国人の船員とで分けられていた。この点からも分かる通り船員には外国人が多く、船医は英語を話せなければならないそうだ。医務室の隣には入院用のベッドが置かれた部屋があった。車いすや患者の状態をモニターする機械も用意されていた。感染症の患者が出た場合の隔離用ベッドもあったが、インフルエンザなどで感染者が大量に出た場合は客室を隔離室として使う。船という狭い空間内で多くの人が食事や水を共有する環境下では、感染症は重要な



写真2 船内のカフェ



写真3 医務室

な

問題である。その他医療機器としては、乗客からの要望でモバイル式レントゲンを導入したが、今は使っていないようだった。横山先生の考えでは、設備はできるだけ無い方が良いという。なぜなら、船内での医療には限界があり、船医の一番重要な仕事は、患者を陸の病院に送るべきかそうでないかの判断を下すことだからだ。

## 第2項 横山先生へのインタビュー

船内の案内とともに、横山先生には船医の仕事についてのインタビューにも応じていただいた。横山先生は札幌医科大学を卒業された後、北里大学病院での勤務ののち開業され、その病院をほかの方に譲って現在客船「ぱしふいっくびいなす」の船医をされている。

横山先生から伺ったお話を4つの点に分けてまとめた。

### 第1目 船医の仕事について

起きる時間や食事の時間は自由で、診療時間中も医務室に常駐している必要はなく、船内のどこにいても構わない。常に業務用携帯を持ち歩いていて、呼び出しがあった時に対応できるようになっている。医務室に来る人のほとんどは処置が必要ないか極めて軽症であり、医師としての技術や判断が本当に必要になるのは50人に1人程度だ。船内で多い病気は、短い旅では船酔いや転倒による怪我、長い旅になると胃腸疾患やインフルエンザが多く、他には船の扉が重いため、指を挟むといった事故もよく起こる。船内での診察では検査を行うことができないため、相手の話をよく聞くことが重要で、医者原点とも言えるとも仰っていた。診察以外の仕事としては、港に着いた際の検疫官とのやり取りなど検疫に関わるものや、船内の衛生管理のほか、船内で行われるパーティへの参加などがあり、接客もその業務に含まれる。給料は日払いで高いとは言えず、船医に興味を持つ人は多くても、実際に長期間勤める人はあまりいないとのことだった。

### 第2目 非常時の対応について

船内では様々な病気を診るため、自分の専門外の病気に対応することもある。基本どのような病気も診るが、深刻な場合はすぐに船から降ろし、陸上の病院に連れていくそう。感染症を予防するための特別な対策がなされているわけではないが、感染症が発生した時のために対応マニュアルが用意されている。医師や看護師が病気になった場合は、交代の人員を用意するが、船が寄港する港のスケジュールにできるだけ支障が出ないようにする。また、死者が出た場合の対応について、手順が決まっていなかったため、氷と塩を用いることで保存するように道具やマニュアルの準備をしたと教えていただいた。

### 第3目 船医になる方法や条件について

船医の雇用形態は船によって様々だが、横山先生は船の会社の社員として勤務されている。船医の募集において特別な条件はなく、医師免許なども日本のもので問題はない。雇うにあたって面接などもないが、横山先生自身は面接をすべきだと考え、会社に要望しているそう。船医の交代の際には、前任の船医が後任の医師を指名するという例が多い。臨時で人手が必要になったときなどには、船の会社に履歴書を送ってきた人の中から採用する場合もある。

船医に必要な技術として、縫合やトリガーポイント注射など外科的な技術を挙げられた。こ



れは船内では怪我が多いためである。実際に横山先生は船に乗る前に整形外科の勉強をして、その時に得た知識が役に立ったそうだ。これは船側から指示があったのではなく、横山先生自身の判断で行ったことだった。その他、外国人の多い船員とコミュニケーションをとるため、英語での会話能力や、様々な病気に対応するための広い知識が必要であるということだった。

## 第4目 船医の特徴

横山先生は何か変わったことをしたいと思い、番組で見て興味を持った船医という職に就かれた。実際に、船医としての仕事は病院での勤務とは環境が大きく異なる。例えば、サービスの側面についてである。船内では乗客と接する機会も多く、その場合には船員としての接客が求められ、社交性が必要になる。また、客船における船医の役割についてのお話が印象に残った。病院では、患者は治療を受けることを目的として来院し、病院で行われることの中心は医師による診察や治療にある。しかし客船における乗客の目的は旅を楽しむことであり、病気になって医務室を利用することは不幸なハプニングに過ぎない。そのため、医師は旅が快適なものとなるようにサポートする裏方としての役割を担う。また、船員はいくつかの階級に分かれているが、乗客からは一様に船のスタッフとして話しかけられるため、上下関係を重んじる医療業界とギャップを感じるとのことだった。

重病の患者を陸上の病院に搬送した場合には、その患者の治療状況や、正式な病名については報告されないため、自分の判断が正しかったのかどうかを知ることができない。そのため、若い医師の勉強の場というよりは経験を積んだ医師がその経験を生かす場としての方が向いていると仰っていた。船医に資格を作るべきではないかという提案については、賛同されなかった。船医というのは狭い市場であり、資格を作るまでの必要性は感じないそうだ。

## 第2節 太田敦子先生へのインタビュー

(前田)

さらに、同じく船医経験がある方にお話を伺うために、福岡大学筑紫病院で病理医として勤務されている太田敦子先生にお会いし、インタビューをさせていただいた。太田先生は海上保安庁訓練船・巡視船に2回、客船「ぱしふいっくびいなす」に臨時の船医として1回乗船した経験をお持ちである。ここでは主に訓練船の船医について、客船の船医との比較も交えながら述べていく。

### 第1項 訓練船・巡視船における医療

訓練船・巡視船の船医として実際に行う医療に関して述べる。

#### 第1目 医療体制

客船の場合、海外への航海を含む場合は2名、国内のみの航海の場合は1名の船医を乗船させるのが一般的である。これに対し、訓練船・巡視船の場合は約1〜3ヶ月間の世界航海の間で発生した怪我・病気に対して1名の船医が医療を行うというのが一般的である。ただし、船上で行うことのできる処置では不十分だと判断された緊急性の高い患者に関しては、寄港又はヘリコプターでの移送により、近隣の病院でさらなる処置を行うことができる。訓練船や巡視船の船内にはベッドや手術台・滅菌設備・縫合セット・簡素なエコーがあり、これらを用いた処置

は船内で行うことができる。死者が出ることは想定されておらず、遺体を保存する設備はない。海上保安庁の巡視船・訓練船では、運航が決まってから船医を探し始めるため、前任の船医からの引継ぎはなく、マニュアルもない。さらに、船に載せている薬に関しては、特別な決まりはない。

## 第2目 船内で多くみられる傷病

客船の場合と訓練船・巡視船の場合で明確な差があり、客船では内科的な処置を、訓練船・巡視船では外科的な処置を必要とする疾患がそれぞれ多く発生するという。この差は、客船には高齢の乗客などが多く乗っており、一方訓練船・巡視船では健康な船員が乗っている、ということによると考えられる。つまり、訓練船や巡視船には健康な若者が乗り組んでいるためほとんど罹患する人はいない。航海中の作業による怪我のほうが比較的多く発生するのである。実際、太田先生が船医として乗船なさった時には大きな病気は発生せず、レクリエーションのバスケットボール中に副船長が指を脱臼したことが最も大きな怪我で、緊急を要する事態にはならなかったそうだ。

## 第3目 船医としての仕事

太田先生が船内で行ったのは傷病への対応だけではない。海上保安庁管轄で船医として働くことが決定したら、まず船員紹介の紙が事前に送られてくる。これには自己紹介や既往歴などが記載されており、まずはこれを把握する。第1目で述べたように海上保安庁の巡視船・訓練船では前任の船医からの引継ぎやマニュアルはなく、薬は以前乗船した医師がそろえたものをそのまま引き継ぎ、不足したら補充するということを繰り返す。そのため、使ったことがない薬が多くあったり、そこまで必要でないものが過剰にあったりする。太田先生は、次に乗船する船医のために、乗船後、船にある薬を全て調べ、必要だと思う薬のリストを作成して、不要だと思われる薬は捨て、この状況を改善したという。他にも、流行しそうな病気などについての資料を“医務官からのお知らせ”として作成し船員に注意を呼び掛けたり、講話をしたりもしていた。このように太田先生は様々なことを乗船中になさったが、船医として一番重要な仕事は、何かが起こった時、ヘリを呼ぶ、緊急で近くの港に寄るなど、緊急時にどう対処するか判断を下すことである。

## 第2項 船医の生活

ここでは、実際に乗船後どのような生活を送ったか、伺ったことをまとめる。

### 第1目 1日の生活

第1項で述べたように、船上ではそれほど多くの疾患が発生するわけではなく医師としての仕事は少ないため、船医はゆとりある時間を過ごす。日記を書こうと思い立ったものの、あまりにも書くことが少なくすぐにやめてしまった、と仰っていたことからそれがよく分かる。海上保安庁の船は、できるだけ低コストで航海するために目的地までの寄港地を最小限にしており、最長で2週間ほど寄港しないこともある。また、海上という環境では、ネット環境も整っていない。外部との連絡は1日1回、通信士が衛星を使いメールなどを受け取ってサーバーで管理しているのみである。そのような理由から、太田先生は、暇な時間や不便さを楽しめなけれ

ば、船医として働くのは大変だろうと仰っていた。しかし、暇な時間が多い一方、寄港時はその土地を観光することができるなど、船医として乗船したからこそ得られる楽しみもある。

## 第2目 船員との交流

限られた空間で長期間過ごすことになるため、ともに生活を送る船員とのコミュニケーションは欠かせない。海上保安体操という体操を全員でしたり、ご飯を一緒に食べたり、仕事終わりに一緒にお酒を飲んだり船員の人とは仲良くなる。その他にも、船員の訓練を見学したり、時には参加したりもする。このように自分が知らない世界を見ることができるのはとても楽しいと太田先生は仰っていた。現在も当時の船員たちとの交流は続いているという。

## 第3項 船医の募集

最後に、船医の募集や条件などについて述べる。

船医という職業に興味を持つ医師は決して少ない訳ではなく、選考基準や身長などの制限も存在しない。ところが、実際に船医として働くことを考えてみると、途端に多くの障害が現れる。1つ目に、既婚者が陸地を離れて働くのは現実的に厳しいということ、2つ目には、船医は臨時雇用で不定期であるため、現職との掛け持ちが難しいことが挙げられる。そういったこともあり、研修が終わったばかりの若手もしくは退職後のベテランが船医となることが多く、船医は人手不足の状況である。産婦人科医師が船医として訓練船に乗船したこともある、というエピソードからもその状況がよく分かる。このように、募集条件などの理由から、船医を志しても実際に船医として働くことは難しいのが現状である。



写真4 太田先生のインタビュー

## 第3節 むつ研究所 船舶衛生管理者へのインタビュー

(末次)

### 第1項 活動の背景

私たちは船医について調べるなかで、船上の医療に携わる仕事の1つに「船に乗り込む衛生管理者（以下、衛生管理者とする）」という資格を見つけた。衛生管理者とは、船員法が規定する必置資格の1つで、船員の健康管理や保健指導、作業環境衛生、居住環境衛生、食料と用水の衛生保持などを行う仕事である。私たちはインターネットや書籍を通じて、上記のように衛生管理者についての漠然としたイメージは掴めたが、具体的な仕事内容に関する情報を得ることはできなかった。そこで私たちの調査活動に協力してくださったのが、国立研究開発法人海

洋研究開発機構むつ研究所である。むつ研究所は青森県むつ市に事業所があり、世界最大級の海洋地球研究船「みらい」の母港として有名である。今活動においてはメールを通して衛生管理者の方へインタビューを行った。

## 第2項 衛生管理者の実情

インタビューに回答してくださったのは、衛生管理者として15年の経験を持つ服部岳人さんである。服部さんは船内では観測業務と事務長を兼任しており、乗船研究者の窓口としての役割がある。その中で、研究者をはじめとした船員が、体調など、彼らの業務以外の内容についても気軽に相談できる環境を提供する貴重な資格だと感じ、衛生管理者の資格を取得した。

むつ研究所の研究船には、一度の運航で乗組員と研究員の合計最大80名（うち乗組員32名）が乗船するが、そのうち2名の乗組員が衛生管理者として選任される。長期間の運航など、場合によっては船医と衛生管理者が乗船することもある。船上での衛生管理者の仕事は、病気・怪我の治療や医薬品の管理、医務部関係事務作業、飲料水の水質管理、季節・地域（国）によってはインフルエンザ等の感染症予防対策を行っている。普段は観測業務を行いながら事務長としての仕事もしており多忙であるが、下船後には衛生管理者としての業務は特にない。また、衛生管理者として施すことができる医療は薬品の提供、消毒やテーピング程度の簡易なもの（ほとんどは治療ではなく応急処置）であるが、症状によっては専門医に無線にて助言を求め、医師の指示の下に医療機関で使用される特殊な医薬品の投与、注射、縫合を行う場合もある。仕事柄、他の乗組員と比べ体調管理には一層気を使っており、もし1名が病気にかかってしまったとしても2名が衛生管理者として選任されているため問題はない。

## 第3項 船医と船に乗り込む衛生管理者の違い

これまでのインターネットでの調べ学習や船医を経験された先生方へのインタビューを通じて、船医と衛生管理者は、ときに病気・怪我の対応や医薬品の管理をしており仕事内容がとても似ていると感じた。そこで、実際に現場で働いている立場から見た船医と衛生管理者との違いを服部さんに尋ねると以下のような回答をいただいた。

「衛生管理者はわずかであるが医療の教育を受け、資格を所有しているため多少の知識はある。しかし、医療行為の経験や技術は殆どないため、判断に迷う症状に遭遇した場合は下手な問診や治療を行わず、医師の助言の下で応急処置を行い、可能であれば病院へ送り出すのが、衛生管理者業務の正しいあり方だと思っている。したがって、衛生管理者は知識だけのアマチュア、船医は知識・技術・経験を持ち合わせた医療行為全てのプロフェッショナルだと考える。」

この最後の一文が、船医と衛生管理者の関係を非常に分かりやすく的確に表現している。

## 第4節 萩原先生へのインタビュー

（龍）

2015年に海上保安学校航海練習船「こじま」の世界周航実習で、101日間船医の仕事に従事し、その経験をもとに「ドクトル太公望の世界周航帰記」を執筆された、佐世保共済病院前院長で同病院整形外科顧問の萩原先生にメールでインタビューを行った。先生が乗船した船の乗員は実習生34名、乗組員43名の計77名で、受診者は毎日平均1名弱だった。診療時間は9時

～12 時および 13 時半～17 時までとなっているが、患者を医務室に収容している場合や救急の場合は一日中対応された。寄港中は対応義務はなく、入港から出航まで自由時間であった。

## 第 1 項 出航前の準備

萩原先生が船医に従事するに際して前もって行った準備について述べる。乗船前に船に乗せる医薬品を点検し、不足品や有効期限を超えているものを補充した。小手術に備えて船内医務室にある手術器具を勤務中の病院に持ち帰り、消毒とパッキングを行った。その他、各サイズのプラスチックギプスおよび必要な付属品を持参した。

## 第 2 項 船内の医療

船内における疾患は、多いものから順に風邪、咽頭炎、腰痛、船酔い、口内炎、ばね指、思想骨髄炎、不明熱であった。外傷としては足関節捻挫・剥離骨折、指切創、中手骨骨折が多く、医務室に収容して看病するケースは延べ 5 名であった。船内でできる医療は限られているため、専門の内外に関わらず、救急を要する重症者はヘリコプターでの搬送依頼を行うことになっていた。急性盲腸炎患者をメキシコ海軍のヘリコプターで搬送したことや、途中の港で病院に搬送し、入院となったこともある。出港後に乗員全員に面談した上、健康状態のチェックを行った。その他、学生および乗組員の有志を対象に「職業病性腰痛症」についての講義を行った。加えて、地中海を航海する際には、アフリカからの感染症を有するボートピープルに遭遇する事態に備えて対応を検討した。船内の医療は健康保険適用外で、船の管理者（こじまの場合は海上保安庁）の全額実費負担である。外国の病院での治療に関しては、出航前に海外適応の医療保険に加入して対応していた。船医の仕事で面白いという事は特になかったそうだ。看護師も助手もいないので、病院勤務では経験したことのない種類の仕事をしなければならないのがストレスであった。例えば、女性乗組員に対する点滴静注は慣れない上に、翼状針がなく苦労した。仕事以外の面では、航海中、入港中を通じて未経験で好奇心を誘う事物の連続で、全てのことが興味深かった。

## 第 5 節 岩本修一先生へのインタビュー

（龍）

広島大学を卒業後、麻酔科と総合内科での 6 年間の臨床経験を経て、米国のクルーズ会社プリンセス・クルーズで船医として働かれた岩本修一先生にテレビ電話でインタビューを行った。先生が乗船された船では、ICU・血液検査・X 線検査の設備が備わっており、パラメディックと呼ばれる救急隊員、看護師を含む 5～7 人のメディカルチームで、1 日 30 人前後の外来に対応していた。

## 第 1 項 船内の医療

乗船する前にまず、マニュアルや船ごとのレギュレーション、アメリカ保健福祉省が出しているクルーズシップ用のガイドラインなどの資料を渡され、その資料をもとに準備した。医務室に置いてある薬が日本の薬ではなく、手書きのカルテでスペルや用量が分からないなどの問題があり、乗船してから確認し、まとめる作業を行った。先生が乗船された時のメディカルチー

ムは南アフリカ人のチーフドクターをリーダーとしてイギリス人、カナダ人、日本人からなる医師 2 名看護師 4 名で診療を行っていた。2 人の医師のうち 1 名は、シニアドクターと呼ばれる 3 年間以上船医をしている経験豊富な医師で、大体全ての患者に対応することができていた。航海途中でメンバーが入れ替わっていくが、しっかりしたレギュレーションに基づき、シニアドクターが中心となって連携をとっていた。船内で多い病気は風邪、感染性腸炎、発疹、結膜炎、怪我、打撲、指切創、捻挫などだった。う歯や歯科膿瘍などの歯科疾患や、眼鏡が壊れた人が新規に購入するために処方箋を出すこともあった。重症例では、熱傷や重症肺炎、外果骨折、鎖骨骨折、胆嚢炎、角膜ヘルペス、クモ膜下出血、頸髄損傷があり、クルーが仕事に顔面熱傷を負った際には緊急処置の後、救急搬送したこともあった。船医の仕事の中で特に重要なのが感染症のマネージメントで、ノロウイルスがアウトブレイクしやすいクルーズ船では迅速な情報共有と消毒、時には患者を船から降ろすなど厳格な管理をおこなっていた。ノロウイルスや MERS のパンデミックが発生すると検疫所で乗客全員の体温を検査しなければならないので大変だった。

## 第 2 項 船内の生活

乗船中は、基本的に英語で意思疎通を行っていた。朝と夕方に外来があり、その時間は診察室にいなければいけないが、それ以外の時間は 2 名の医師が交互にオンコール対応を行っていた。オンコールや緊急事態でなければ、睡眠時間は 6～7 時間で、寄港時は 2～3 時まで自由時間で観光などをし、4 時半～5 時にクリニックで診療を行っていた。

船長、一等航海士、二等航海士というように、それぞれの船員の階級が厳格に決まっている船内において、船医の階級は船長や機関長の次に高く、乗客と同じ場所でショーを観て、食事を取ることができた。1 回目の乗船時は患者が少なく余裕があったため、乗員の間で人狼ゲームが流行し徹夜で遊ぶこともあったが、2 回目の乗船時はとても忙しかった。他の国、職種の人と話すことはいい経験になった。一方ストレスに感じたことは、船内の人間関係の狭さである。シニアドクターの中には朝昼晩食事を一緒に摂るという方針の人もあり、仕事の英語はできてもネイティブな英語の雑談がとても難しく辛かった。

## 第 6 節 内山崇先生へのインタビュー

(川井田)

内山先生は福井大学を卒業後、初期研修 2 年間を経てすぐに作業船の船医を勤められた。その後も数回船医を勤めた経験を持つ。今活動においてはメールでのやり取りにてインタビューを行った。

### 第 1 項 船内の医療

船上で CPA の症例を経験して以来、乗員の健診結果を乗船前に確認している。また、医薬品や船内に載せる医療資機材も確認する。

船内の医療は自分 1 人に一任されるので、専門外の患者にも対応しなければならない。そのため、どのような疾患に対しても幅広く診察できるべきで、少なくとも自分で対応可能かどうかを判断できるべきである。対応できないと判断した場合は内地に電話かメールで相談するか、

内地の病院へ緊急搬送するかを決断する。

また、作業船に乗ると、長期間の航海になる。建設業界では、月に 1 度安全大会というイベントを開催していて、その際に健康に関する講義を船医の立場から行うこともある。また、定期的に健診、ストレスチェックも行う。

船内における医療にかかる費用は、作業船を利用する建設会社から出るので、船員の受診は無料である。

## **第 2 項 船医としての生活**

航海中は長期間、世間とは隔絶された環境に身を置くことになる。そのため、家族と長期間離れなければならない。また、ネットが繋がらない、繋がっても遅いということが不便に感じられた。船内の設備は、古い船だと蛇口から錆水が出てくることがあった。

しかし、船に乗っている時にしか見ることのできない景色が楽しめる。また、職種の異なる方々と長旅を共にすることはいい経験になった。

## **第 3 項 船医について**

一部の建設会社にとっては、船医は単に義務的な存在である。そのために、船医に見合う技量を備えた医師を探すのではなく、医師免許を持っている人であれば誰でもいいという考えがある。これが、日本の船舶において船医の質を担保することが難しい理由の 1 つである。



## 第3章 考察-産業医との比較

この章では、前期総会や後期総会にて複数の先生にご指摘いただいた船医の産業医的側面について考察する。例えば客船を例に挙げると、船医の主な仕事は船旅を楽しむために乗船した乗客に対して医療を提供することである。しかし、船内には乗客のみでなく、航海士や機関士、レストランのシェフなどの船内で働く従業員も乗り組んでおり、彼らに対しても医療は提供される。ここで船を1つの事業場と考えると、船医は船内の労働者に対しては産業医としての仕事を行うのではないかと推察され、複数の先生方のご指摘は妥当なものであるように思われる。

本章では、船医と産業医とを比較し考察を行う。具体的には、選任、要件、規則、職務の4つの観点から、船医と産業医との類似点及び相違点を考える。また、本章の最後に船医と産業医の比較を表にまとめた。最後に、第4節の「産業医の職務」については九州大学医学部医学科4年次の公衆衛生の授業資料を参考にした。(日野)

### 第1節 選任についての比較

(日野)

まずは船医の選任方法について述べる。船医の選任については船員法第八十二条に記されており、基本的に一定の大きさと最大搭載人数を超えた船舶には船医を乗船させる必要がある。また、船医は船舶所有者によって選任される。<sup>[1]</sup>

一方、産業医の選任については労働安全衛生法第十三条に記されている。事業者は事業場の規模に応じて、以下の人数の産業医を選任する必要がある。事業場の規模は労働者数で分けられており、労働者数50人以上3000人以下の規模の事業場には1名以上、労働者数3001人以上の規模の事業場には2名以上の産業医の選任が義務づけられている。また、常時1000人以上の労働者を使用する事業場と、危険な場所での業務や有害物を取り扱う業務などの労働安全衛生規則第十三条第一項第二号に挙げられた業務に、常時500人以上の労働者を従事させる事業場ではその事業場に専属の産業医を選任する必要がある。<sup>[2]</sup> 要約すると、産業医は事業場の労働者数に応じて、事業者により選任される。

船を事業場、船舶所有者を事業者と置き換えて考えれば、船医と産業医は類似している。1つ違いを述べるとすれば、船医の選任は必ずしも労働者数に依らないという点である。例えば客船などにおいて、船舶の最大搭載人数が1000人だったとして、船員つまり労働者が1000人乗るわけではない。客船の場合、乗り込むのは船旅を楽しむ乗客が大部分を占める。

### 第2節 要件についての比較

(日野)

現在船医になるために必要な資格や満たすべき要件は無い。もし船医になりたければ、医師免許を取得していれば十分である。

一方、産業医となるためには、医師であることに加え一定の要件を満たす必要がある。厚生労働省令で定められている要件を満たす者の具体例としては、労働安全衛生規則第十四条第二項に次の4つが挙げられる。<sup>[3] [4]</sup>

- (1) 厚生労働大臣の指定する者（日本医師会、産業医科大学）が行う研修を修了した者



- (2) 産業医の養成課程を設置している産業医科大学その他の大学で、厚生労働大臣が指定するものにおいて当該過程を修めて卒業し、その大学が行う実習を履修した者
- (3) 労働衛生コンサルタント試験に合格した者で、その試験区分が保健衛生である者
- (4) 大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授、常勤講師又はこれらの経験者

いずれも、事業場において労働者の健康管理等を行う産業医の専門性を保証するものである。労働者の安全と衛生を担う産業医になるためには、医師免許を取得しているだけでは不十分であることが分かる。

しかし、船医はこのような要件を満たす必要はない。労働者、すなわち船員の安全と衛生を管理するにあたって、船医の行う産業保健の質は保証されていないのである。保証されていないばかりか、船医は労働者である船員に対して、産業医的活動を行うことを義務づけられていないのだが、それについては第3節で説明する。

### 第3節 規則についての比較

(日野)

結論から言うと、法的には船医は産業医ではない。というのも、労働安全衛生規則第百十五条第二項に「労働安全衛生法は船員法の適用を受ける船員については適用されない」とあるためである。労働安全衛生規則第一条により、労働安全衛生法は職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。<sup>[3]</sup> 産業医は労働安全衛生法がその目的を達成するために医療面から寄与する職業である。船員は労働安全衛生法の対象外である。その代わりに、船員法により船舶における安全や衛生は保障される。

では、船員法において、船員の健康はどのようにして保障されているのだろうか。

まず、船員法第八十一条では安全及び衛生について記されている。以下、一部抜粋する。船員法第八十一条には、「**船舶所有者は**、船内作業による危害の防止及び船内衛生の保持に関する措置の船内における実施及びその管理の体制の整備その他の船内作業による危害の防止及び船内衛生の保持に関し国土交通省令で定める事項を遵守しなければならない。」「**船舶所有者は**、国土交通省令で定める危険な船内作業については、国土交通省令で定める経験又は技能を有しない船員に従事させてはならない。」「**船員は**、船内作業による危害の防止及び船内衛生の保持に関し国土交通省令の定める事項を遵守しなければならない。」と記されている。<sup>[1]</sup> つまり、船内作業による危害の防止や船内衛生の保持の責任は、全て**船舶所有者**と**船員自身**が負うのである。

また、船員法第八十二条では医師について記されているが、ここでは船医の選任条件つまり、どのような条件下で船舶に医師を乗せなければならないかということしか記載されていない。さらに、船員法第八十二条第二項には、衛生管理者に関する記述があるが、衛生管理者についても選任条件と資格について言及されるのみで、具体的な業務内容については触れられていない。

それに対して、産業医は労働者の安全と衛生についての法律である労働安全衛生法に従う。労働安全衛生法第三章第十三条には「(産業医は) 労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができる。」

「事業者は、前項の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならない。」と記してある。<sup>[3]</sup>

船医や衛生管理者とは対照的に、産業医には労働者の健康を観察し増進する権利が与えられ

ているのである。

## 第4節 職務についての比較

(日野)

まず、船医の職務とは何であろうか。客船の場合、それは船員や船旅を楽しむ乗客が体調を崩した際や船内で怪我をした際に、診察し、薬を渡したり、治療を施したりすることである。作業船や巡視船の場合には医療の対象が船員のみになる。つまり、船医は直接医療的活動を行い、かつ、医療的活動を行う主な対象はしばしば労働者ではない。これらは産業医と異なる点である。産業医とは、事業場において労働者の健康管理等について、専門的な立場から指導・助言を行う医師を指すためである。<sup>[4]</sup> 産業医は自身が診察したり外科的治療を施したりしないのである。また、産業医の対象は労働者に限られる。

では逆に、船医は産業医のような仕事を行うのだろうか。

産業医の職務は、労働者の健康を確保することが目的である。その内容は大まかにまとめると、以下の6つが挙げられる。いずれも医学に関する専門的知識を必要とするものである。本章の冒頭でも述べたが、本節を書くにあたり産業医科大学の森晃爾先生の講義資料を参考にさせていただいた。

1. 職場巡視
2. 衛生委員会（安全衛生委員会）
3. 健康診断と事後措置
4. 長時間労働者に対する面接指導
5. 復職面接と復職判定
6. 衛生教育と健康教育

以下、各項目について産業医の職務内容について説明した後、その職務を船医も行うか否かについて述べていく。

### 第1項 職場巡視

職場巡視の目的は労働環境の改善である。労働安全衛生規則第十五条第一項に記されているように、産業医は少なくとも毎月1回作業場等を巡視し、職場の有害要因と、労働者の作業状況を把握する。作業方法または衛生状態に有害なおそれがあるときは、労働者の健康障害を防止するため必要な措置をまとめ、改善事項を事業者に提出する。<sup>[5]</sup>

船医における職場巡視について考える。第3節で述べたように、船内作業による危害の防止及び船内衛生の保持を行うのは船舶管理者及び船員自身である。さらに、船舶管理者が従うのは国土交通省令であり船医ではない。つまり、産業医が職場巡視を通じて医学的視座から労働環境の監視を行い、必要に応じて事業者に労働環境の是正を提案するのに対し、船医にその権限は与えられていない。

では、船内では労働環境の改善は図られないのだろうか。そうではない。船員法にも、産業医における職場巡視に準ずる定期検査というものがあり、船員法第百条第二項に記されている。一部抜粋すると、「～船舶所有者は、～当該特定船舶に係る船員の労働条件、安全衛生その他の労働環境及び療養補償（以下「労働条件等」という。）について、**国土交通大臣又は～国土交通**

**大臣の登録を受けた者**（以下「登録検査機関」という。）の**行う定期検査**を受けなければならない。」とある。<sup>[1]</sup>つまり、国土交通大臣もしくは国土交通大臣の定めた登録検査機関が、船員の労働条件や安全衛生、労働環境や療養補償について検査を行う。いずれにせよ船医は職場巡視を行わない。

## 第2項 衛生委員会（安全衛生委員会）

衛生委員会とは、事業場の責任者を委員長とし、労働組合の推薦で決められた複数名の衛生管理者と産業医を委員とする会で、少なくとも月に1回開かれる。産業医はこの場を用いて、健康講話やメンタルヘルス対策の提案、健康診断の改善の提案などを行う。<sup>[5]</sup>

船医における衛生委員会について考える。作業船の船医をなさっていた内山先生はインタビューで「建設業界では安全大会というものを月に1度は開催しており、その際に健康に関する講義を担当したりします。また定期的な健診、ストレスチェックも行います。」と仰っていた。これらの活動はこの衛生委員会に近い活動であると推察される。ただし、これは医療の対象が全員労働者であるという点において産業医的側面の強い作業船での事例なので、客船等でも衛生委員会が開かれているかは疑問が残る。

## 第3項 健康診断と事後措置

健康診断時には、産業医は健康診断の結果を受けて労働者に面談、受診推奨、指導などを行う。必要であれば労働者に精査を勧め、その結果を確認し就業の状況も確認した上で就業の可否や必要な措置の有無について判定する。その後、産業医は事業者意見に述べ、事業者はそれに従って必要な措置を行う。

船医における健康診断と事後措置について考える。まず、健康診断は医師が乗船前に1度行う。船員法第八十三条に「船舶所有者は、国土交通大臣の指定する医師が船内労働に適することを証明した健康証明書を持たない者を船舶に乗り組ませてはならない。」とあり、医師は国土交通省の定めた事項に従って船員に健康証明書を作成するのである。また、船内は地上とは異なる環境であるため、船員にはストレスがかかると予想される。定期的に検査を行い、検査結果に異常があれば影響要因を分析し、その要因を改善するなどの産業医的役割が船医には求められると考える。実際に内山先生も定期的に健康診断を行っていた。

## 第4項 長時間労働者に対する面接指導

長時間労働者に対する面接指導について、労働安全衛生法上の事業者には労働時間の状況等が一定の要件に該当する労働者に対して医師による面接指導を行うことが義務づけられている。一定の要件とは100時間以上の時間外労働を指し、必要があると認められた場合には、事業者は労働者の就業場所の変更や労働時間の短縮等の措置を取らなくてはならない。

船医における長時間労働者に対する面接指導についてであるが、船医の方々へのインタビューの中で、長時間労働者への面接指導を行った話は聞くことができなかった。長時間労働者への面接指導が行われない理由として、船舶は労働をする場と居住する場の2つの側面を併せ持つという意味で一般的な事業場とは異なる特殊な環境であり、労働と休息の区別が曖昧になり長時間労働を定義しにくいことが挙げられると考えた。

## 第 5 項 復職面接と復職判定

復職面接と復職判定の際は、産業医はその名の通り病気によって休業していた労働者について職場復帰の可否の判断及び、職場復帰支援プランの作成を行う。

船舶における復職面接と復職判定については、第 3 項で述べた乗船前の健康証明書で事足りると考えられる。復職面接として船員一人ひとりのことを詳しく知る主治医的な船医が、きめ細やかなケアを行い、職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成を行うべきなのかもしれないが、船医は航海のたびに選ばれることが多いため、困難であると考えられる。

## 第 6 項 衛生教育と健康教育

衛生教育は、業務に密接に関連し出現する健康障害の予防を目的に実施される。例として、熱中症予防、騒音対策、管理者向けメンタルヘルス講習などが挙げられる。つまり、衛生教育は特定の疾病や病態を対象にした教育や生活習慣の改善を目的にした教育である。対して、健康教育は業務とは関係のない、もしくは関連の薄い疾病の予防を目的とする。

船医における衛生教育と健康教育についてであるが、内山先生のインタビューにあったように熱量のある医師は行うこともあるが、あまり行われていないのが現状である。また、行おうとしても船舶所有者は船員の衛生と安全を考慮する重要性や、健康を増進させる産業保健の重要性を理解しておらず、面倒な医師を雇ってしまったと思われるのが関の山であるそうだ。

|                            | 船医                                       | 産業医                                                     |
|----------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 選任                         | 船舶の大きさと<br>最大搭載人数に応じて、<br>船舶所有者により選任される。 | 事業場の労働者数に応じて、<br>事業者により選任される。                           |
| 要件                         | 医師免許のみ                                   | 医師免許<br>＋<br>厚生労働省令で定められる要件                             |
| 規則                         | 医師法<br>＋<br>船員法                          | 医師法<br>＋<br>労働安全衛生法                                     |
| 職務の対象                      | 乗客<br>労働者（船員）                            | 労働者                                                     |
| 職務 1<br>職場巡視               | 実施されない。                                  | 毎月一回行う。<br>有害なおそれがある場合、<br>改善事項を事業者へ提出。                 |
| 職務 2<br>衛生委員会<br>(安全衛生委員会) | 作業船では実施していた。                             | 健康講話や<br>メンタルヘルス対策の提案、<br>健康診断の改善の提案。                   |
| 職務 3<br>健康診断と事後措置          | 乗船前に行われる。<br>船内でも定期的に行われる。               | 労働者の就業の可否や<br>必要な措置の有無の判定。<br>事業者へ意見を述べる。               |
| 職務 4<br>長時間労働者<br>に対する面接指導 | 実施されない。                                  | 義務。<br>産業医が必要を認めた場合、<br>事業者は労働時間の短縮等の<br>措置をとらなくてはならない。 |
| 職務 5<br>復職面接と復職判定          | 乗船前の健康証明書<br>で代替される。                     | 職場復帰の可否の判断及び、<br>職場復帰支援プランの作成。                          |
| 職務 6<br>衛生教育と健康教育          | 実施されない。                                  | 健康障害の予防。<br>生活習慣の改善。                                    |

表 1 船医と産業医の比較

## 第4章 考察-現在の船内の医療の問題点と解決策

私たちは活動を通して得た知識から、船の中で行われている医療はいくつかの問題を抱えていると考えた。前半ではその問題点について述べ、後半ではその問題点に対して私たちが考えた解決策を示す。(中村)

### 第1節 船の医療が抱える問題点

(中村)

#### 第1項 船の医療が抱える問題点-統括組織の不在

最大の問題点は船の医療を統括する組織の不在であろう。そもそも船の中での医療という業界は狭く、これまでほとんど介入されてこなかった分野ではないだろうか。国立情報学研究所のデータベースである CiNii で船医という単語を検索したところ、表示されたのはたったの 22 件であった。ちなみに産業医という単語で検索したところ 39,009 件が表示された。また表示された船医に関する文献の 22 件の中には個人の経験をもとにした書籍も含まれており、日本の船医の全体像をつかめるような文献を見つけることはできなかった。したがって、船の中で行われている医療を調査する組織、または統括して管理運営している組織は存在しないと考えられる。(船医を乗船させる義務については国土交通省が船員法によって定めているが、第3章第3節で述べたように、船内の医療についての具体的な業務の記載は見つけられなかった。)

#### 第2項 船の医療が抱える問題点-資格が存在しない

船医を経験された先生方にお話を伺う前に、私たちの中で疑問となっていたことの 1 つは船医になるための資格の有無である。第1章でも述べたように船医という資格はなく、医師免許さえ持っていれば船医になることはできる。ここで生じる問題は、医療行為についても船に積載する薬剤についても日本では完全に個人の判断に委ねられていることである。もちろん大きな怪我や病気が起きなかった場合は問題ないが、万が一専門外で対応の仕方が分からない時にどのようにして一定の医療の質を保つのだろうか。

※ただし、実際は、一定の医療の質を保つために資格を作る必要性を感じるか、という私たちの質問に対して大半の先生方の答えはノーであった。その理由としては、船医という市場の狭さや、作業船・巡視船のように基本的に健康な船員が乗る場合、医療を施す機会が少ないことが挙げられる。また緊急の場合は寄港して患者を搬送することができるため、専門外であるからといって大きな問題にはならないからである。

#### 第3項 船の医療が抱える問題点-船医不足

客船「ぱしふいっくびいなす」を参考にすると、客船については客船会社が専属の医師を雇用しているため船医不足の問題は深刻ではないと思われる。しかし、作業船や巡視船については、第2章第2節第3項で述べたように航海を行う期間に限って雇用するという形態をとっているため、現職を離れられない医師は船医の仕事の依頼を受けても断らざるを得ず、船医不足という問題が生まれているようだ。また、船の医療に関する制度の整備が中途半端であることによって雇用側の意識にも問題が生じている。船員の健康のために尽力する医者を選ぶのではなく、

誰でもいいから医者に乗ってくれば良い、むしろ医者からの介入が大きいと面倒くさいと考える雇用主も実際にいるようだ。

## 第2節 問題点に対する解決策

(中村)

### 第1項 組織化

第1節で述べたように、船の中の医療を統括する組織がなく、またそのために医療行為が個人の判断に委ねられているという問題点が浮上した。そこで私たちはこの問題の解決の第一歩として船医を組織化することを考えた。たとえ組織化という大袈裟なものでなくとも、船で行われる医療を改善したいと考える医師のネットワークが広がることが問題解決のために必要である。ただしこの一歩が最も難しい。なぜなら、実際に現在の制度で大きな問題は起きていないため、現在の船医の在り方について問題視し、現状を変えようとしている人はあまり多くないからである。また、船上という狭い市場でコストをかけて制度を大きく改善しても、それによって得られるものはわずかだと考えられるからである。

### 第2項 動向の把握と集約

仮に第1項で述べた組織化が実現できれば、次に行うことは船内医療の動向の把握である。つまりそれぞれの船の中でどのような傷病が起きどのような経過をたどったのかを記録し集約する。この集約された情報を活用すれば、船医を務める医師の助けとなる。また、この情報をもとに船医の講習を実施すれば、全ての船において一定の医療の質を船員あるいは乗客に提供することができる。さらに、集約された情報をもとに航海に必要な薬や機材を把握し、必要なものを完備、不必要なものを削減することで、船の管理の面においても簡便であり、無駄なコストを減らすこともできる。

ちなみにアメリカでは米国救急医学会(ACEP: American College of Emergency Physicians)が CRUISE SHIP HEALTHCARE GUIDELINES という形で船内での救急のためのガイドラインを出している。<sup>[6]</sup> これを日本にも応用すれば、個人的な経験に基づく医療を行っている現状からエビデンスに基づく医療へと変化させることも不可能ではないだろう。

### 第3項 病院との提携

次に提案したいのが船医を必要とする組織や会社が病院と提携することである。これが実現できれば、その病院は航海のために船医が必要な場合の安定した供給源となる。病院に対して契約金を払う、または病院の宣伝を兼ねるという提携を行えば、病院側は一定の収入と宣伝効果を期待できる。ある大学の医局では後期研修の一環として練習船の船医を担当しているらしい。この船医体験は人気があるそうで、研修先を選ぶ医学生に対しての宣伝効果も考えられる。

病院と提携する場合、そもそも船に医師を乗せないという可能性も検討してみたい。ただし客船に関しては、客船会社が乗客に安心感を与えるサービスの一環として医師を常勤させているという面が大きいので、このような制度を強制することは難しいと考えられる。したがって、ここではあくまで作業船や巡視船について言及したい。現在、船医を乗船させる義務があると船員法で定められている船以外では、第2章第3節で述べたように船舶衛生管理者が船医のよ

うな役割をしている。作業船と巡視船は基本的に健康な人が乗船しているため、医師ではないが一定の講習を受けており軽傷の処置ができる人を乗船させ、緊急の場合は寄港して搬送するという形をとることも可能ではないだろうか。また情報伝達の技術が発達している今日では、無線で地上にいる医師から指示をうけることもできる。実際にいくつかの航空会社は、病院と提携して無線で通信しながら処置をするという方法をとっている。また、アメリカの客船会社であるプリンセス・クルーズでは医務室で撮ったレントゲンがアメリカ本土の提携病院に画像データで送られ、専門の医師が診療や治療を助けることができるようになっている。<sup>[7]</sup>

## 第5章 おわりに

立班当時は船医に関する私たちの知識といえば「船に乗っている医師」というだけの状態であった。だが、活動の中で船医を経験された方々の生の声を聞いたことで船医の仕事とはどのようなものか、また船の中ではどのような医療が必要とされているのかについて、ほんの一部ではあるが知ることができた。このわずかな知識から問題点と解決策を考察してみたものの、これらの問題点を問題と捉えるか否かは意見が分かれるところである。実際現在の制度で大きな問題は起きていない。そして現在行われている医療に介入して制度やマニュアルを確立させ、かつそれを浸透させるというのは容易ではない。今回お話を伺った先生の大半も現在の船医の在り方に特に問題意識を持っていなかった。また私たち船医班も、これらの問題を早急に解決しなければならない深刻な問題と捉えて啓発する必要性はそれほど感じなかった。しかし一方で、現状を改善しようという動きは尊重されるべきだとも考えた。船内で生死に関わる怪我や病気が起こる確率が低いとしても、労働者のために産業医が発達したように、船上で働く従業員（客船においては乗客も含まれる）の健康を守るために現在の体制を整えて改善していく動きも必要だからである。（中村）

## 謝辞

船医班の活動にご協力していただきました多くの方々にこの場を借りてお礼申し上げます。船内の見学にあたってお世話になりました日本クルーズ客船株式会社船員課 松瀬親広さんをはじめとする客船「ぱしふいっくびいなす」の皆様、またお忙しい中インタビューを引き受けてくださった「ぱしふいっくびいなす」の横山英二先生、ハイズ株式会社の岩本修一先生、福岡大学筑紫病院の太田敦子先生、福井厚生病院の内山崇先生、佐世保共済病院の萩原先生、むつ研究所の服部岳人さんに心から感謝申し上げます。また日頃から熱研の活動を支えてくださっている顧問の中西先生、OB、OGの先生方に感謝いたします。

## 参考文献

[1] e-Gov 法令検索 船員法 ([http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000100\\_20171118\\_429AC0000000021&openerCode=1#413](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000100_20171118_429AC0000000021&openerCode=1#413)) (2018/12/06 閲覧)



- [2] <sup>〔PDF〕</sup> 産業医について－厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyou/0000103897.pdf>) (2018/11/27 閲覧)
- [3] e-Gov 法令検索 労働衛生安全法 ([http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=347AC0000000057&openerCode=11](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=347AC0000000057&openerCode=11)) (2018/12/06 閲覧)
- [4] 産業医とは | 日本医師会・認定産業医サイト ([https://jmaqc.jp/sang/occupational\\_physician/](https://jmaqc.jp/sang/occupational_physician/)) (2018/11/27 閲覧)
- [5] 産業医の仕事って具体的に何？主な 10 個の仕事内容 | エムステージ 産業医サポートサービス (<https://sangyoui-navi.jp/blog/13>) (2018/11/27 閲覧)
- [6] Cruise Ship Medicine ACEP (<https://www.acep.org/how-we-serve/sections/cruise-ship-medicine/-sm.0000up6uo4npadyk10vby0o7dstod>) (2018/12/12 閲覧)
- [7] 注目の職業?!客船の船医というお仕事 クルーズ・ジャーナリスト藤原暢子 (<http://www.fujiwara-nobuko.com/cruise/c-kihon/pg187.html>) (2018/12/12 閲覧 )

## 第 53 期(H29. 12-H30.11)会計報告

| ＜収入＞             |           | (53 期予算)  |
|------------------|-----------|-----------|
| 前年度繰越金           | 1,712,552 | 1,712,552 |
| 九州大学医学部同窓会からのご寄付 | 300,000   | 300,000   |
| 賛助団体・個人からのご寄付    | 808,500   | 500,000   |
| 現役部員からの部費        | 273,000   | 300,000   |
| 総計               | 3,094,052 | 2,812,552 |

| ＜支出＞         |           | (53 期予算)  |
|--------------|-----------|-----------|
| 第 52 期報告書関連費 |           | 150,000   |
| 活動報告書作成費用    | 62,316    |           |
| 報告書お届け費用     | 58,380    |           |
| 報告書関連書類作成費用  | 7,178     |           |
| 前期総会関連費      |           | 100,000   |
| 前期総会ご案内はがき   | 11,780    |           |
| 前期総会費用       | 1,491     |           |
| 後期総会関連費      |           |           |
| 後期総会ご案内はがき   | 24,800    |           |
| 用具購入費・雑費     |           | 400,000   |
| 卒業生記念品       | 13,608    |           |
| 備品           | 66,799    |           |
| 通信費          | 5,142     |           |
| 活動補助費        |           |           |
| 薬物依存症班       | 497,550   | 600,000   |
| 医療通訳班        | 356,046   | 320,000   |
| 船医班          | 10,214    | 200,000   |
| 総計           | 1,115,304 | 1,770,000 |

|        |           |           |
|--------|-----------|-----------|
| 来年度繰越金 | 1,978,748 | 1,042,552 |
|--------|-----------|-----------|

## 第 53 期活動班活動費詳細

| 医療通訳班   |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 交通費     | 788,239 |         |         |
| 宿泊費     | 42,008  |         |         |
| ビザ代、保険代 | 35,563  |         |         |
| 菓子折り代   | 9,722   | 自己負担額   | 活動補助    |
| 総計      | 875,532 | 519,486 | 356,046 |

| 薬物依存症班  |           |         |         |
|---------|-----------|---------|---------|
| 交通費     | 1,101,259 |         |         |
| 宿泊費     | 45,271    |         |         |
| ビザ代、保険代 | 79,237    |         |         |
| 菓子折り代   | 7,243     | 自己負担額   | 活動補助    |
| 総計      | 1,233,010 | 735,460 | 497,550 |

| 船医班   |        |       |        |
|-------|--------|-------|--------|
| 交通費   | 15,650 |       |        |
| 宿泊費   | 0      |       |        |
| 菓子折り代 | 2,389  | 自己負担額 | 活動補助   |
| 総計    | 18,039 | 7,825 | 10,214 |

※以上の活動費用を、国内班は 5 割、海外班は 4 割、部費より負担しております。

※菓子折り代のみ、全額を活動補助として部費より負担しております。

## ご支援してくださった先生方

|       |       |                    |
|-------|-------|--------------------|
| 青柳圭   | 下田慎治  | 松井敏幸               |
| 朝隈真一郎 | 下村学   | 松尾圭介               |
| 案浦花奈子 | 高松純   | 松尾龍                |
| 池田隆史  | 田中耕司  | 松田和久               |
| 石井榮一  | 棚橋信介  | 松原圭佑               |
| 磯崎祐希  | 常岡祐希  | 宮原千佳子              |
| 稲葉頌一  | 永田高志  | 宮房成一               |
| 岩城篤   | 中西洋一  | 門司晃                |
| 江頭啓介  | 西田有毅  | 森山大樹               |
| 江川知康  | 野崎航平  | 諸富康生               |
| 江夏怜   | 野尻五千穂 | 矢野篤次郎              |
| 大村洋文  | 野田龍也  | 山野龍文               |
| 岡毅寛   | 萩尾美奈  | 横溝晃                |
| 喜多貴信  | 長谷川学  | 吉川智子               |
| 國村和史  | 花村文康  | 吉原一文               |
| 黒木俊秀  | 廣畑富雄  | 吉村健清               |
| 高上紀之  | 深水倫子  | 鷲尾昌一               |
| 坂本篤彦  | 福重淳一郎 | 西福岡病院              |
| 茂地智子  | 藤本晃嗣  | 前期総会先生方からの<br>参加費等 |

(敬称略・五十音順)

---

## 学生連絡先

総務 日野 雅喜（九州大学医学部医学科 3 年）

〒812-0041 福岡県福岡市博多区吉塚 7-7-48 レクセル吉塚 103 号室

電話：080-5800-6639

メール：hino.masaki.242@s.kyushu-u.ac.jp

ホームページ：http://tropical.umin.ac.jp

部メール：tropical.admin@gmail.com

## 事務局連絡先

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出 3-1-1

九州大学大学院医学研究院 胸部疾患研究施設気付

電話：092-642-5378

---