

医療通訳の共通基準 —国内外の比較を通じて—

大野直子¹ 野嶋ふさえ²

(国際基督教大学¹ 帝京大学¹ 東京大学¹ The Occupational English Test Centre²)

There is a pressing need for trained community interpreters around the world. However, the professionalization of community interpreting presents many challenges. In order to meet these challenges, several standards of practice have been developed by organizations concerned with community interpreting. This study aims to analyze standards of practice of several countries, with the focus on medical interpreting. We reviewed five documents in English and Japanese, all of which included accuracy, confidentiality, and impartiality as key standards. The review describes the degree of maturation of national standards of practice for community interpreters in those countries. We conclude with a suggestion that creating shared standards of practice and relating it to a code of ethics and training could pave the way for further development in the quality of community interpreting, and recognition of community interpreting as a profession.

1. はじめに

日本を訪れる外国人旅行者が、2013年に初めて年間1000万人を突破した。近年のグローバル化の流れにより、来日観光客は増加の一途をたどっている。2013年に2020年の東京五輪開催が決まり、ますます多くの外国人の訪日が見込まれている。外国人の訪日に加え、アジア各地における医療観光(西村 2011)がますます盛んになり、日本でも、一部の医療機関で外国人患者の受け入れを始めている(川内 2011; 中川・多久和 2012)。外国人医療の問題としては、言語習得が不十分である場合、同一言語での診療に対して、誤解やコミュニケーション不全に陥りやすいなどの点がある(Harmsen, J. A. M., Meeuwesen, L., Wieringen, J., Bernsen, R., Bruijnzeels, M., 2003; Laveist & Nuru-Jeter, 2002; Murray-García et al., 2000; Saha, S., Komaromy, M., Koepsell, T. D., Bindman, A. B., 1999; Schouten, B. C. & Meeuwesen, L., 2006)。また、Stewart (1995)によれば、医師患者間のコミュニケーションが

ONO Naoko & NOJIMA Fusae, "Standards of Practice for Community Interpreting: Insights from a Review of Five Standards," *Interpreting and Translation Studies*, No. 14, 2014. pages 243-257. © by the Japan Association for Interpreting and Translation Studies

良好であることと、患者の健康アウトカムは相関する。健康格差を防ぎ円滑なコミュニケーションを実現するために、在日、訪日外国人と日本の医療をつなぐ存在が医療通訳であり、その重要性はますます高まっている。しかし、我が国の医療通訳はまだ完全に整備されているとは言い難い。医療通訳に関する公的な資格がないため、民間団体などが育成を担っており取り組みには地域差がある (大野 2013)。そして、医療通訳の質を保証する基準についても、地域によって異なるのが現状である。このような状況の中で、2011年に医療通訳の共通基準が作成されており、通訳を取り巻く環境整備が進んでいる。日本で共通基準が作成される以前より、海外においても同様の基準が設けられていたが、これまで国内外の共通基準の比較に関してはまだ研究対象とはされてこなかった。

本稿では、コミュニティ通訳、特に医療通訳に焦点を当てて、国内外の共通基準を比較分析し、共通点と相違点を明らかにする。そして、今後の課題について検討する。

対象となる基準は、日本の『医療通訳共通基準 2010』(医療通訳の基準を検討する協会 2010)、カナダの “National Standard Guide for Community Interpreting Services” (Healthcare Interpretation Network, HIN)、オーストラリアの “AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct” (Australian Institute of Interpreters & Translators, AUSIT)、アメリカの “Medical Interpreting Standards of Practice” (International Medical Interpreters Association, IMIA)、 “National standards of practice for interpreters in health care” (National Council on Interpreting in Health Care, NCIHC) である。これらを選んだ理由は、『医療通訳共通基準 2010』は日本で唯一の医療通訳の共通基準であることにあり、その他はコミュニティ通訳が比較的進んでいる国で全国的に認知されている職能団体、非営利組織により作成された基準であることである。

2. コミュニティ通訳とは

コミュニティ通訳は、「司法、医療、行政サービスを中心に、日本で暮らしている外国人の言葉の問題を対処するために必要とされる」通訳者で、「『会議通訳』や『ビジネス通訳』とは異なる」(水野 2008) とされている。会議通訳とコミュニティ通訳の違いを表1に示す。

会議通訳とは異なり、コミュニティ通訳は、レジスターが非常にフォーマルな場合から非常にインフォーマルな場合まで多岐にわたり、ソース言語と訳出言語の訳出方法が双方向で、話者に物理的に近く、やりとりに密接に関わり、短い逐次(対話)、長い逐次、同時(ウイスパリング)、サイトトランスレーションなど様々な形式で様々な対象者に向けて1人で通訳を行うという特徴を持つ。

表 1 会議通訳とコミュニティ通訳の主な違い¹⁾

	会議通訳	コミュニティ通訳
レジスター	熟語やジョークなど一部インフォーマルなものもあるが一般的にはフォーマル	非常にフォーマルな場合から非常にインフォーマルな場合まで多岐にわたる
訳出方向	ほとんどの場合一方向	双方向
近接性	一般的にブース内で話者とは離れている	話者に近く、やりとりに密接に関わる ²⁾
通訳形式	一般的に機器を用いた同時通訳、逐次の場合もあり	短い逐次(対話)、長い逐次、同時(ウイスパリング)、サイトトランスレーションなど様々な形式
対象者	専門家	様々な対象者
通訳者の人数	2人(チームで通訳)	1人(1人で通訳)

¹⁾community interpreter (Hale, 2007) より引用、抜粋のうえ訳

²⁾電話通訳などの遠隔通訳を除く

3. 共通基準とは：倫理規定との違い

共通基準とは、いわゆる倫理規定とは異なる。倫理規定について AUSIT (2012) は「実際に通訳を行う際の決断の指標となる価値観や原則」と定義づけ、水野 (2005) は「職責を遂行する際に、どのような行動が適切であると認められるのか、その職業に関する善悪についての共有の支配原則ができあがる。それが形式化されたものが倫理規定である。」とする。それに対し共通基準は、IMIA (2007) によれば「期待値のベースラインを定義したもので、「通訳者個人が自身のパフォーマンスの質を判断する指標を提供するもの」であるとされる。NCIHC (2005) は、「共通基準は、業務遂行のために通訳者が実施すべきタスクや身につけるべき技術」であるとしている。

倫理規定と共通基準との違いについて Bancroft (2005) は「倫理規定は簡潔で拘束力を持つが、共通基準は詳細で、通訳の職業化を推進するためと提供するサービスの質を向上させるために、ベストプラクティスを広めることを目的としている」「倫理規定は、正しいことと誤ったことを説明して通訳者の行動に制約を設けるのに対し、共通基準は質の高い通訳を行うための実務的な戦略を示す」と述べている。また、「倫理規定と異なり、共通基準では通訳者の役割、境界、意味、文化、フロー管理などについて述べている」とも記したうえで、「倫理規定と共通基準は重複している項目も多いが、共通基準の方が詳細であることが多い」と述べている。NCIHC (2005) は、倫理規定を「すべきこと (should)」、共通基準を「どのようにしたらいいか (how)」と表現している。これらを集約すると、倫理規定が業務上従うべき規範であるのに対し、共通基準は一定の質の業務を行うために具体的に達成すべき項目であることがわかる。Standards of Practice には様々な訳語が考えられるが、日本で Standards of Practice に相

当すると思われる『医療通訳の共通基準』にならい、本稿では共通基準という言葉を用いた。

4. 本稿で扱う各種共通基準について

4.1. 医療通訳の共通基準（日本）

『医療通訳の共通基準 2010』は、現在ボランティアとして活動することの多い医療通訳の専門職としての能力を身に着けるうえで求められる専門職としてのゴールとしてのレベルの指標とすることを目的として、2010年5月に設立された『医療通訳の基準を検討する協議会』により作成された。協議会は国内の医療通訳育成に実績を持つ東西の2大団体である特定非営利活動法人多文化共生センターきょうとと、特定非営利活動法人多言語社会リソースかながわ(MIC かながわ)によって構成されている。共通基準作成の目的は「医療通訳の関連団体により活用すること、また学習や採用選考の目安として使用できること」であった(西村 2011)。この文書は大項目、中項目(小項目)からなる一覧表の形式である。

4.2. National Standard Guide for Community Interpreting Services（カナダ）

カナダは移民の多い国であり、Industry Canada (2007) によると 2001年には移民が全人口の19%を超えた。カナダはコミュニティ通訳がいち早く発展してきた国である。“National Standard Guide for Community Interpreting Services” は、2007年に、コミュニティ通訳の審査、研修、雇用、パフォーマンスチェック等に使用できる基準として設定された、医療通訳、司法通訳等コミュニティ通訳全般を網羅する基準である。基準の策定の中心的な役割を担ったのは、1990年に創立、2004年に法人化されたHINである。HINは言語能力が十分でない患者に高い品質の医療を提供するための、非営利団体であり、教育研修の機会や研究資料を提供するカナダの団体である。そのほかにも、カナダの通訳翻訳職能団体である Language Industry Association (AILIA) や Association of Canadian Corporations in Translation and Interpretation (ACCTI)、コミュニティ通訳の学術団体である Critical Link のカナダ支部も、基準の策定に携わっている。基準は冊子にまとめられており、コミュニティ通訳全般に該当する通訳者に求められる資質について、カナダのコミュニティ通訳養成機関 Language Interpreting Training Program (LITP) の共通基準が示されている。また、冊子の巻末に医療通訳等、特定のコミュニティ通訳を行う場合に留意することについて説明がある。

4.3. AUSIT Code of Ethic and Code of Conduct（オーストラリア）

オーストラリアも、移民を受け入れ国を発展させてきた国である。移民や難民のための通訳を必要とする中で、コミュニティ通訳も発達してきた(ピンカートン 2001)。AUSIT は、国のコミュニティ通訳・翻訳資格認定団体 NAATI により 1987年に設立された職能団体である。倫理規定は 1995年に制定されたが、その後共通基準としても使用できるように改訂された。通訳者、翻訳者の行動規範として策定されたこの基準は、医療通訳のみならず、司法通訳等コミュニティ通訳全般に関する基準である。内容は、まず Code of Ethics として Confidentiality などの大きな概念を網羅し、その後 Code of Conduct として各概念に基づく具体的な行動を

規定している。

4.4. Medical Interpreting Standard of Practice (アメリカ)

米国では、全人口の 20%が家庭内で英語以外の言語を話している (US Census Bureau 2011)。IMIA は、多様な言語を話す患者が平等に医療にアクセスできるようにプロの医療通訳者を育成する目的で 1986 年に設立された団体で、現在 2000 以上の会員を擁する米国で最古で最大の団体である。共通基準は、マサチューセッツ州医療通訳協会と教育開発センターによって作成され、1995 年に採用された。各項目には項目に関連した望ましい行動と、望ましくない行動の具体例があり、学習者の行為の望ましさの程度を、学習者や指導者が 1～5 までのランクを付けて評価できるようになっている。それぞれの具体例は、段階を踏んで技術を身に付けられるように設定されている。自己評価、他からの評価両方に使用できる評価表形式になっているのが特徴的である。

4.5. National standards of practice for interpreters in health care (アメリカ)

National standards of practice for interpreters in health care は、2004 年に National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) により倫理規定が制定された後、NCIHC により 2005 年に制定された基準である。当時、全国レベルで医療通訳に求められるスキルが定められていなかったため、医療通訳の研修、質の向上のために策定された。策定にあたっては、米国内の既存の基準を参考にしつつ、新たに世界中の基準を Environmental Scan としてまとめてから、その結果に基づき基準を策定した。また、各項目に関連する倫理規定と具体例が付与してあるところが特徴的である。

5. 各共通基準の調査結果

各国の共通基準を比較した結果を表 2 に示す。5 つの基準すべてに共通していたのは正確性、機密性、中立性であり、5 つのうち 4 つに共通していたのはプロフェッショナリズム、3 つに共通していたのは役割の境界と、文化に関する認識であった。以下に、各項目の定義と、それぞれの共通基準の内容、そしてそれらの共通点について示す。

表 2 各国の共通基準比較

	正確性	機密性	中立性	プロフェッショナリズム	役割の境界	文化に関する認識
日本	○	○	○			○
カナダ	○	○	○	○	○	
オーストラリア	○	○	○	○	○	△
アメリカ (IMIA)	○	○	○	○		○
アメリカ (NCIHC)	○	○	○	○	○	○

○は独立した項目あり、△は一部記載あり

5.1. 5つの共通基準全てに共通のもの

5.1.1. 正確性

AUSIT の定義によれば、正確性とは「省略や歪曲をせず、常にテキストやメッセージの意味に忠実な訳出をする」ことである。正確性に関する項目は、5 つ全ての共通基準に含まれていた。日本の『医療通訳の共通基準』では、大項目のうち倫理の中に正確性という項目があり、「通訳は、忠実かつ正確に行うとともに、患者等の背景や文化について考慮すること。また自らの専門能力を自覚し、それを超える通訳業務となる場合は、その旨、利用者に申し出ること」と規定されている。カナダ HIN では、LITP の共通基準の最初の項目として **Accuracy and Fidelity** (正確性と忠実性) という項目が挙げられており、話し手と同じ人称(1 人称)で全ての発言に忠実に訳出すること、原文の意味に加えたり、省いたり、説明をしたりして原文の意味を歪曲せず、熟語、レジスター、スタイル、トーンもそのまま訳すことで原文に対する忠実性が確保されるとした。また、通訳時の具体的な方策として、全ての関係者に発言を全て通訳すると伝えること、もし一部を訳さないと言われた場合、そのことを全ての関係者に伝えて指示を待つこと、文化的に対応する訳語や等価な訳語が無い言葉、および複数の意味を持つ言葉に関してはそのまま伝えるか、その言葉の意味を伝える訳を心がけること、発話の内容が不明な場合は言い直し、言いかえや、説明を求めること、誤ったコミュニケーションをした場合はそのことを関係者に伝えて指示を待つことなどを挙げている。AUSIT では、正確性について、歪曲や省略をせずに原文の意味を保持して正確な通訳をすること、原文の意味を勝手に省略、変更しないこと、ミスを犯したら即座に訂正すること、不明な点は、状況が許す限り、繰り返し、言いかえを依頼すること、と現場での行動について具体的に示している。IMIA では、正確性は倫理的行動の大項目に含まれており、正確に完全に通訳するために、正確性の意味を理解しているか、間違ったら即時訂正して謝れる良識を持っているか、セルフモニタリングを行っているか、オリジナルのメッセージに忠実に訳せているか、といったチェック項目があった。NCIHC では、通訳者は、全てのメッセージを正確かつ完全に、何も加えず、省かず、言い換えずに伝えること、レジスターや言い方、声のトーンも再現すること、関係者に、話すことは全て通訳すると伝えること、コミュニケーションの流れを制御すること、通訳ミスを訂正すること、透明性を維持することが述べられていた。

項目の詳細な内容は各基準によって異なっていたが、省略や歪曲をせず、常にテキストやメッセージの意味に忠実な訳出をすることという点は共通していた。

5.1.2. 機密性

機密性の定義は、AUSIT によれば「機密性を維持し、仕事上得た情報を漏えいしない」ことである。日本の『医療通訳共通基準 2010』では、大項目「倫理」の下の中項目「守秘義務」という項目で、「職務上知り得た患者情報等の秘密の保持」と記述があった。HIN では、通訳者は全ての関係者に診療の機密性を尊重すると伝え、関係者は通訳者が機密を守ることを期待すること、また全ての関係者の許可を得た場合、法の要求があった場合をのぞき、通訳時に知りえた内容を外部にもらさないこと、診療時間や内容により個人が特定される場合は開示

しないこと、他の専門職との協同が必要な場合は倫理規範に基づく情報のやりとりを行うことが述べられていた。AUSIT では機密性について、ビジネス通訳と同様の機密性を保つとしたうえで、チームワークが必要な場合、チームの構成員全員が機密性を保持すること、医療者は仕事上得た情報を私的に利用しないこと、患者の同意があるとき、または法に基づく場合のみ情報を開示できることが規定されていた。IMIA は、倫理的行動の大項目中の「機密性保持」という項目で、児童虐待や殺人企図等を知った場合にはしかるべき機関に報告すること、という具体的な事例が提示されていた。また同じ大項目の中で、「患者のプライバシーの尊重」という項目もあった。NCIHC では、関連する倫理規定の他に、機密を保持し、患者の了解を得た場合か法の要求があった場合以外治療チーム以外に情報を開示しないこと、患者の持つ文書に含まれる患者自身に関する情報を保護することが具体例と共に述べられていた。

全ての基準を通じて、通訳業務上知りえた情報を他にもらさないこと、しかし法的要請がある場合ややむを得ない事情がある場合はその限りではないと述べられていたという点が共通していた。

5.1.3. 中立性

AUSIT は中立性の定義を「いかなる通訳場面においても偏見を持たない、示さない」としている。日本の『医療通訳の共通基準 2010』では、倫理の大項目の「中立・客観性」という中項目の中で、通訳の業務範囲を守り、利用者に対して自らの意見をさしはさんだり助言したりしないこと、通訳に自分の価値観や主観を混ぜないことと述べていた。HIN では、通訳者は常に中立を保つこと、関係者全員に中立を保つ旨を伝え、診療の結果に個人的な利益に関わる場合や、関係者と個人的なつながりがあり中立性を保てない場合は仕事を断ること、通訳者自身の利益と相反する案件は断ること、通訳者の中立性に影響を与えると考えられる個人情報やについては関係者全員に開示すること、仕事の結果が個人的な利益に関わる場合や、通訳者の信念に抵触し全てを忠実に中立に訳すことが難しい場合は派遣機関に相談することが示されていた。AUSIT では、全ての仕事でプロとしての距離を置くことが必要と述べ、中立性が保てない場合は仕事を辞退するか最初から受けないこと、クライアントの発言や書いたことに責任を持たないこと、業務の間は、自分の意見を述べないこと、利益相反がある場合は正直に述べること、そして意図を明確に述べないで、クライアントに団体や物やサービスを薦めないことが示されていた。IMIA では、倫理的行動の中での中立性を保つという項目の中に、偏見の存在に気付いていることという知識に関する記述、およびカウンセリングやアドバイスを避けるという具体的な行動に関する記述があった。NCIHC では、関連する倫理規定を示したうえで、客観性に影響するような個人的判断、文化的価値観に根差す主張を行わないこと、通訳者自身の利益と相反する場合はそれを伝え、必要な場合は仕事を辞退することを定めていた。

共通して、通訳者は自分の意見を述べないこと、中立的な立場を守れないと判断した際にはその仕事を断ることという記載があった。

5.2. 5つのうち4つの共通基準に共通のもの

5.2.1. プロフェッショナリズム

プロフェッショナリズムについて、NCIHC の倫理規定では、「常にプロとして倫理を守った行動をすること」と述べられている。日本の共通基準では、プロフェッショナリズムという項目はないが専門性の維持・向上という項目があり、通訳能力の維持、向上に努めること、常に通訳者として必要な新しい制度の理解やより深い知識の習得に努める意欲をもつことを規定していた。また、利用者との私的な関係の回避という項目で、プロとしての態度について言及していた。HIN では、エージェントの規範を守ることや、可能な限り黒子として職務を全うすること、受けた業務は全うすること、時間を守ること、診療が終わるか業務終了の指示があるまでその場にいること、対面診療にふさわしい服装をすること、通訳業務の時に個人的または他の業務を行わないことなどが定められ、他に継続的能力開発という項目もあった。AUSIT では、プロとして常に独立性と尊厳を維持すること、全ての仕事に対し適切な準備をすること、倫理的な問題がない限り、受けた仕事は全うすること、納期や約束の時間を守ること、饗応を受けず、要求もしない(特定の文化に関する、小額の贈り物は可能)ことなどが定められたおり、そのほかに、プロとしての能力開発の項目があり継続的な能力開発を行うことが規定されていた点、エージェントとの関係の維持や、プロ同士の連携についても規定がある点が独特であった。更に、Competence という項目では、研修や資格制度によって認定され、自分の能力で対応できる仕事しか受けないことが記載されており、他の基準のプロフェッショナリズムの内容と同様であった。IMIA では、大項目の倫理的行動の中に、プロとして患者と個人的関係を持たないことと、能力以上の仕事を受けないことによるプロとしての尊厳の維持という項目が含まれていた。NCIHC でもプロフェッショナリズムに関して細かく規定されており、ビジネスの慣例に基づき正直で倫理的な態度をとる、仕事の前に準備をする、特定の仕事に関して能力の限界を提示する、サイトトランスレーションのスキルがない場合、特に複雑な文書や重要な文書のサイトトランスレーションを行わない、プロとしてのパフォーマンスに責任を持つ、質の高い通訳を維持するために必要な環境を整えるべく声をあげる、同僚の専門性を尊重する、職業としての尊厳とその場に応じたふるまいをすることなどが規定されていた。そのほかには、プロとしての能力開発という同様の項目もあり、継続的な能力開発を行うことを規定していた。

各基準に共通していたのは、時間を守ること、自分の能力の限界を把握し仕事を受けることというプロとしての態度に関する項目であった。

5.3. 5つのうち3つの共通基準に共通のもの

5.3.1. 役割の境界

AUSIT では、役割の境界を「メッセージの仲介を通じてコミュニケーションを円滑にする役割と、その他の役割に線引きすること」と定義づけている。日本の医療通訳の共通基準には、役割の境界に関する記述は見当たらなかった。HIN では、通訳者の役割を2者間のコミュニケーションを可能にし関係者が自ら意思決定するように促すこととしたうえで、業務の中で議論に参加したり、アドバイスをしたり、個人の意見を述べたり、個人的な反応を示したりしてはなら

ず、コミュニケーションを色眼鏡で見たり、仲介したり、特定の団体を代表したりして話してはならない、関係者との不要な接触を控える、どの関係者に対しても通訳以外のサービスを提供してはならない、最も障害にならないモードで通訳する、自身のプライバシー、福祉と安全を守ることを述べていた。AUSIT では、忠告や指導など、通訳、翻訳以外のことを業務中に行わず、特定の必要に基づいて行う場合はその場にいる全員の了解をとること、仕事上関わりのある他の専門職の専門性との境界を尊重すること、他の職員が通訳、翻訳の仕事を誤解したり誤った期待をした場合は役割を説明すること、そしてプロとしてのやりとりと、個人的なやりとりとの違いを理解することを規定していた。IMIA の共通基準には、役割の境界に関する記述は見当たらなかった。NCIHC では、業務中に個人的な関わりを持たず診療内でのみ通訳をすること等を規定していた。

いずれの共通基準も、通訳の役割を認識してその境界を踏み越えないことを規定していた。

5.3.2. 文化に関する認識

日本の医療通訳の共通基準では、知識という大項目の中の「患者背景・多文化に関する知識・理解」という中項目の中で、患者の出身国、地域の文化や医療制度などを学ぶことが記載されている。HIN の共通基準には、文化に関する認識についての記述は見当たらなかった。AUSIT の基準では、「プロとしての態度」の項に「通訳者、翻訳者は他者を尊重し文化にも配慮した方法で質の高いサービスを提供する」とあるが、文化に関する独立した項目はなかった。IMIA では、Cultural Interface という項目の中で、文化的に適切な行動、正確な理解を確実にするため、文化に関して確認の質問を要する場合の対処の仕方が述べられていた。NCIHC では、通訳する言語の文化について、医療制度も含めて理解を深めることと、文化に起因する誤解が生じた場合は関係者すべてに警告することが示されていた。

各基準間で、文化に関する認識の扱いは知識に重点を置くものから実務上の行為を指示するものまで様々であったが、患者の文化的背景の理解を含む点は共通していた。

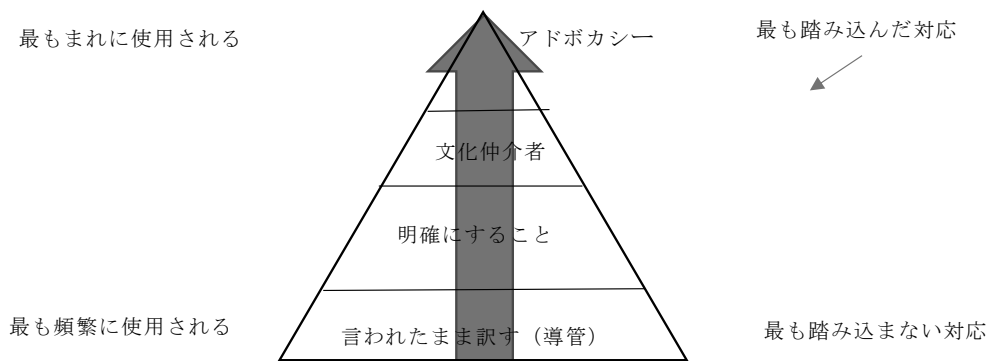
5.4. 特定の共通基準に特有のもの

日本の医療通訳の共通基準では、知識の大項目の中の、「医療に関する知識と所属機関・団体、医療通訳全体に関する知識・理解」という中項目で、医療に関する知識が細かく規定されている。医療通訳が身に付けておくべき知識として挙げられたものは、基礎的な医学用語の他に、身体組織とその機能、検査・治療方法に関する基礎知識、患者の心理、医療制度など多岐にわたっている。これは他の共通基準にはみられない項目であった。

IMIA では、医療者と患者との直接対話を促す、コミュニケーションの空間の整備に関する記載があったことが独自であった。通訳者と話者がお互いの声が聞こえる、医療者と患者のコミュニケーションの妨げにならない位置取りをすること、患者の表情を見て必要であればカーテンの影など患者の視界の外に行くことも記載されていた。また NCIHC は唯一アドボカシーという項目を設けており、重大な危険から個人を守るため、声をあげてもよく、不合理な扱いや虐

待を正すために、をあげてもよいとしている。米国の医療通訳養成機関である *Bridging The Gap A Basic Textbook for Medical Interpreters* (2014) によれば、アドボカシーとは他者の考えを支持してそのために声をあげることおよび行動することである。図は医療通訳の役割について表したものであり、アドボカシーの医療通訳における位置づけを示している。アドボカシーはコミュニケーションの深さを示す三角形の頂点に位置し、現場の関係の最も深くまで踏み込む項目であると同時に、使用頻度の最も低いアプローチと認識されている。状況に応じて、医療通訳の役割は三角形の中を上下する。*Bridging the Gap* (2014) のテキストでは、アドボカシーと他の役割との関係について次のように説明している。「導管の役割(何も足さず、引かず、言われた通りをパイプを通すようにそのまま訳出する)を果たす時には、通訳はメッセージを伝えることに集中し、アドボカシーは行わない。明確にする役割の時には、通訳は患者が理解しているかを確認または明らかにするための許可を求める。この時も通訳はメッセージを伝えることに集中するので、アドボカシーは行わない。文化の仲介者の役割では、通訳は誤解を生じさせる文化的差異を指摘してもよい。コミュニケーションを円滑にすることに焦点を当てているので、ここでもアドボカシーは行わない。」テキストによれば、アドボカシーを行ってよいのは患者の権利が明らかに侵害されたと通訳が判断したときのみで、例えば「有効な予約カードを持参したにも拘わらず、病院に診察を拒否された」などの事例がこうした場合に該当する。

図1 医療通訳の役割について



A Basic Textbook for Medical Interpreters (2014) より引用

6. 考察

コミュニティ通訳のうち医療通訳について、代表的な共通基準の共通点と相違点を検討した。

1) 5つの共通基準全てに共通の項目であった正確性、機密性、中立性に関しては、正確性が通訳の質に関わるものであるのに対して、機密性と中立性は通訳としての倫理に関わる項目であった。正確性に関しては、誤訳が誤診につながる恐れのある医療通訳の性質上、重視されるのは妥当であると考えられる。機密性については、コミュニティ通訳の中でも特に手話通

訳に関しては、地域の手話サークルが通訳対象者であるろう者と通訳する側の手話通訳者の交流の場となっているため(大野 2014)、通訳される側の属するコミュニティにおける機密性を特に意識する必要がある。各共通基準の中立性に関する記載に関しては、コミュニティ通訳は近接性が高く、話者に近くやりとりに密接に関わるという Hale (2007) の主張と一致していた。Creeze (2013) も、コミュニティ通訳者(医療通訳)は、医師と患者間のコミュニケーションを円滑にするための位置取りをいずれにも寄らないように配慮すべきであると主張している。距離が近く、見える通訳であるからこそ、特に感情をあらわにした場合などに通訳が傍観者でありつつけることは難しいことは想像に難くない。そのため中立性が全ての基準に含まれていることは妥当であると考えられた。

2) 5つの共通基準のうち4つに共通の項目に、プロフェッショナリズムがあった。プロフェッショナリズムが共通基準に多く含まれているということは、逆にまだコミュニティ通訳がプロフェッショナルとして確立しきれていないという現状を浮き彫りにしているとも言える。灘光(2008)も指摘しているように、日本の医療通訳者は責任や通訳能力においてはプロ並みのレベルが必要とされているにも拘わらず、立場としてはボランティアとして活動せざるをえない状態である。

3) 5つの共通基準のうち3つに共通の項目に、役割の境界線、文化に関する認識があった。「自国の文化と偏見を理解し、他の文化を意識して違いを受け入れることで、他国の文化を学び尊重する態度を取れる」(Galanti, 2008) という文化の仲介者としての態度は、通訳者には不可欠な要素であることから、文化に関する認識の項目を共通基準に含むのは妥当であると考えられる。水野(2005)は、コミュニティ通訳者の一部は、通訳を単なる通訳ではなく人道支援者であるという認識を持っていると指摘している。このような認識を持っている場合、通訳の役割の境界線は容易に踏み越えられることが予想される。またプロとボランティアの境界があいまいな医療通訳の場合は、役割の境界線もあいまいになりやすいため、この項目を設定する意義があると思われる。そして先に図示した通り、アドボカシーを含むコミュニティ通訳(図では医療通訳)の役割は状況によって変わることがあるため柔軟に対応する必要があるが、基本的な知識として、通訳としてどこまで踏み込んで良いのかをあらかじめ認識しておくことが、コミュニティ通訳において、通訳自身を守るためにも重要である。文化に関する認識については、移民の国であるカナダとオーストラリアの共通基準で記載がみられなかった。これは、多文化に対する認識は、この2国ではあえて言及するまでもないほどに日常に浸透しているために、基準に記載がなかったものと推察される。

4) 特定の共通基準に特有なものとして、日本の医療通訳の共通基準に医療に関する知識が細かく規定されているのは、他の共通基準にはみられない特徴であった。他の基準では専門用語の習得や知識の理解については研修の受講、認定試験に向けた勉強の中で身に付くと考え、共通基準では実際の通訳現場での通訳の行動について述べているようであった。日本の医療通訳の共通基準に記載された医療に関する知識は、身体の組織とその機能、保健衛生、心理など多岐にわたっており、全てを深く身に着けるのは医療者であっても困難であると思われる。どの程度まで知識を身に着ける必要があるのか、共通基準に対応したテキスト等で明確に提示する必要があると思われる。IMIA の共通基準では、コミュニケーションの空

間整備という項目があったことが特徴的であった。コミュニティ通訳は近接性が高く、話者に近くやりとりに密接に関わるという Hale (2007) の主張より、有効なコミュニケーションのために空間を整備することは妥当であるといえる。アドボカシーについては、NCIHC の Standards of Practice のみが項目を含んでいた。NCIHC (2004) は Code of Ethics の中で、アドボカシーは、法に触れる場合および人道に反するような不正行為を見たときの、人間としての通訳の義務であるとしながらも、アドボカシーを行動に写す際には細心の注意が必要であるとしており、行動に移す前に雇用主や同僚に相談し、患者のプライバシーと人権を尊重することとしている。アドボカシーの是非については、なおも主張の分かれるところであるが、Cross Cultural Health Care Program (2014) の Bridging the Gap のテキストに含まれていることから、少なくとも米国においては医療通訳を行う際に必要な学ぶべき概念であるとみなされていると考える。

7. まとめ

医療通訳者を含むコミュニティ通訳の共通基準に関しては、世界的に統一したものはまだ確立されておらず、各国、機関ごとにばらつきがある。しかし、通訳の質に関わる正確性や、倫理に関わる機密性、中立性など、調査を行った国々の間で共通の項目もあった。米国での各団体の医療通訳に関する整備状況を見ると、まず倫理規定の制定、その後共通基準の策定、そして研修、最後に認定制度の制定と段階を踏んで整備されている。その状況を日本にあてはめると、日本においても共通基準の制定の段階まで整備状況が来ていることがわかる。

このことを踏まえると、コミュニティ通訳のうち、医療通訳の今後の課題は、全国レベルの研修、そして最終的に全国レベルの認定制度の制定である。また日本の医療通訳の共通基準に、他国の基準と同様にプロフェッショナリズムと役割の境界に関する項目が含まれれば、より国際社会を意識した、医療通訳の認知と地位向上の一助となる基準になると思われる。更に、HIN や NCIHC のように、制定した共通基準と既存の倫理規定を互いに関連付けたうえで、その項目を達成できるような研修を設定すれば、共通基準や倫理規定が理想論に終わらず、その内容を活かしていけると考える。Millerson (1964) は、「専門職とは、主観的にも客観的にも、相応の職業上の地位を認められ、一定の研究領域を持ち、専門的な訓練と教育とを経て固有の職務を行う、比較的地位が高い非肉体的職務に属する職業をいう」と定義している。コミュニティ通訳の専門職としての社会の認識を高めるために活動をしている海外の例を参考にしながら、日本のコミュニティ通訳の専門職化も進むことを願う。

.....

【謝辞】

本研究は、日本学術振興会の科学研究費補助金(研究活動スタート支援 26893276)の助成を得たものである。

.....

【著者紹介】

大野直子(OHNO Naoko) 2007年、英国バース大学通訳翻訳学修士課程修了。2012年、東京大

学大学院医学系研究科社会医学専攻博士後期課程修了。現在は、東京大学医学系研究科社会医学専攻客員研究員、帝京大学医療共通教育研究センター専任講師(医療英語)、国際基督教大学教育研究所研究員。専門分野は医療通訳、医療コミュニケーション。

野嶋ふさえ (NOJIMA Fusae) オーストラリア、メルボルン在住。現在、The Occupational English Test Centre (Cambridge Boxhill Language Assessment) にて、Assessment Support Manager として、医療者向け英語テストの開発、関連テキストの出版、採点、採点者管理に携わる。

.....

【引用文献】

- Australian Institute of Interpreters & Translators Inc. (2012). AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct [Online] http://ausit.org/ausit/documents/code_of_ethics_full.pdf (July 24, 2014).
- Bancroft, M. (2005). The Interpreter's World Tour – An Environmental Scan of Standard of Practice for Interpreter the California Endowment [Online] http://www.hablamosjuntos.org/resources/pdf/The_Interpreter's_World_Tour.pdf (July 24, 2014).
- Cross Cultural Health Care Program (2014). *Bridging The Gap: A Basic Textbook for Medical Interpreters*. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program.
- Creeze, I.H.M. (2013). *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*, Philadelphia, PA: John Benjamins.
- Galanti, G.A. (2008). *Caring for patients from different culture*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hale, S. B. (2007). *Community Interpreting*, London: Palgrave Macmillan.
- Healthcare Interpretation Network (2010). National Standard Guide for Community Interpreting Services [Online] http://www.multi-languages.com/materials/National_Standard_Guide_for_Community_Interpreter_Services.pdf (July 24, 2014).
- Industry Canada (2007). Community interpreting in Canada Industry Canada. [Online] http://www.meta-os.cz/UserFiles/file/471_OK.pdf (July 24, 2014).
- International Medical Interpreters Association (2007). Medical Interpreting Standards of Practice. [Online] <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf> (July 24, 2014).
- Harmsen, J. A. M., Meeuwesen, L., Wieringen, J., Bernsen, R., & Bruijnzeels, M. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*, 51, 99-106.
- Murray-García, J. L., Selby, L., Schmittiel, J., Grumbach, L., & Quesenberry, C. (2000). Racial and ethnic differences in a patient survey: Patients values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Medical Care*, 38: 300-310.

- Laveist, T. A., & Nuru-Jeter, A. (2002). Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care?, *Journal of Health & Social Behavior*: 4,296-306.
- Millerson, G. (1964). *The qualifying associations: a study in professionalization*, London: Routledge & Kegan Paul.
- National Council on Interpreting in Healthcare. (2005). National standards of practice for interpreters in healthcare. [Online]
[http://www.mchb.hrsa.gov/training/documents/pdf_library/National_Standards_of_Practice_for_Interpreters_in_Health_Care%20\(12-05\).pdf](http://www.mchb.hrsa.gov/training/documents/pdf_library/National_Standards_of_Practice_for_Interpreters_in_Health_Care%20(12-05).pdf) (July 24, 2014)
- National Council on Interpreting in Healthcare (2004). A National Code of ethics for interpreters in healthcare [Online]
http://www.flsincorp.net/fls_docs/A%20National%20Code%20of%20Ethics%20for%20Interpreters%20in%20Health%20Care.pdf (July 24, 2014).
- Saha, S., Komaromy, M., Koepsell, T. D., & Bindman, A. B. (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural difference in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 14-23.
- US Census Bureau 2011. (2011). [Online] <https://www.census.gov/> (July 24, 2014).
- 医療通訳の基準を検討する協議会 (2010) 『医療通訳の共通基準』 医療通訳の基準を検討する協議会
- 大野直子 (2012) 「医療通訳における必要スキル —文献考察と国内外プログラム概観—」 『教育研究』 第55号:317-326.
- 大野直子 (2014) 「日本の手話通訳教育と英語医療通訳教育との比較研究」 『教育研究』 第56号:157-164.
- 川内規会 (2011) 「日本における医療通訳の現状と課題—外国人診療に関する調査から—」 『Kyushu Communication Studies』 第9号:25-35.
- 通訳教育分科会・コミュニティー通訳分科会合同例会 (2005) 「プロの通訳者とボランティア通訳者—その折り合いをどうつけるか通訳教育とコミュニティー通訳の現場から考える」 『通訳研究』 第5号:311-325.
- 中川恵子・多久和典子 (2012) 「地域における外国人医療の現在と今後への展望」 『石川看護雑誌』 第9号:23-32.
- 灘光洋子 (2008) 「医療通訳者の立場、役割、動機について」 『通訳翻訳研究』 第8号:73-95.
- 西村明夫 (2011) 「医療通訳共通基準の策定経緯と内容」 『自治体国際化フォーラム』 258号:16-18.

- 日本政府観光局経営戦略部 総務広報グループ (2014) 報道発表資料 日本政府観光局
ピンカートン暁子 (2001) 「オーストラリアと日本の通訳に関する問題」『通訳研究』第
1号:120-125.
- 水野真木子 (2008) 『コミュニティー通訳入門—多言語社会を迎えて言葉の壁にどう向き
合うか...暮らしの中の通訳』 大阪教育図書
- 水野真木子 (2005) 「各種通訳倫理規定の内容と基本理念-会議、コミュニティー、法廷、
医療通訳の倫理規定を比較して」『通訳研究』第5号:157-172.
- リクルートワークス研究所 (2014) 『東京オリンピックがもたらす雇用インパクト』 リ
クルートワークス研究所

