

令和6年・7年度  
外国人医療対策委員会  
報告書

令和8年6月

日本医師会

外国人医療対策委員会



令和8年6月

日本医師会

会長 松本 吉郎 殿

外国人医療対策委員会

委員長 八田 昌樹

### 外国人医療対策委員会報告書

本委員会は、令和7年1月8日に開催された第1回委員会において、貴職より「地域医療と外国人医療対策について」検討するよう諮問を受け、7回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

## 外国人医療対策委員会委員

委員長	八田	昌樹（兵庫県医師会会長）
副委員長	高木	伸也（青森県医師会会長）
委員	市川	菊乃（東京都医師会理事）
”	伊藤	利道（北海道医師会常任理事）
”	稲田	隆司（沖縄県医師会副会長）
”	大磯	義一郎（浜松医科大学医学部法学教授）
”	岡村	世里奈（国際医療福祉大学大学院医療通訳・ 国際医療マネジメント分野准教授）
”	加藤	雅通（愛知県医師会理事）
”	久保田	毅（神奈川県医師会理事）
”	小林	米幸（AMDA 国際医療情報センター理事長）
”	齊藤	典才（石川県医師会理事）
”	高階	謙一郎（京都府医師会理事）
”	前沢	孝通（日本精神科病院協会理事）
”	松尾	博哉（大阪信愛学院大学看護学部教授）
”	宮川	松剛（大阪府医師会副会長）
”	山本	登（全日本病院協会常任理事）

（令和8年6月1日現在）

## 目次

1. はじめに	1
2. 外国人医療を取り巻く現状	2
(1) 訪日外国人の状況について	2
(2) 在留外国人の状況について	5
(3) 在留資格のない外国人について	11
(4) 国・都道府県における取組について	12
3. 医療通訳における諸問題	18
(1) 愛知県における医療通訳サービスの現状と課題について	18
(2) 日医医賠責保険付帯医療通訳サービスについて	31
4. ワンストップ窓口の現状と課題	38
(1) 広域的なワンストップ窓口の必要性について	38
(2) 大阪府における取組について	40
5. 訪日外国人に対する医療における諸問題	42
(1) 未収金・医事紛争予防のための適切な情報収集・情報提供、 提供する医療及び法制度の違いに関する事前の説明	42
(2) 救急医療における患者・家族への説明	49
(3) 民間医療保険加入の義務化に向けた現状と課題	54
(4) 医療インバウンドにおける地域医療への影響	58
6. 在留外国人に対する医療における諸問題	70
(1) 年齢、ライフステージに応じた、かかりつけ医機能のあり方	70
(2) 予防医学に基づく健診・予防接種の 適切な実施のための広域医療構想の策定	78
(3) 雇用主の保険加入について	80
7. 地域における外国人医療対策の現状と課題	81
(1) 地域における取組について	81
(2) 行政及び関係機関との連携について	91
8. その他	94
(1) 医学教育、看護教育での外国人医療に関する 教育の実施、強化	94
(2) 外国人患者への対応における要点について	96
(3) 病院における外国人医療の現状と課題	97
(4) 外国人患者における未収金問題について	102
(5) 精神科領域における現状と課題	105
9. おわりに	112



## 1. はじめに

本報告書は、令和 6 年 6 月に出された前期の「外国人医療対策委員会報告書」に続く、新型コロナウイルス感染症のパンデミックの終息を経て人流再開後の、言わば“後期”にあたる報告書である。

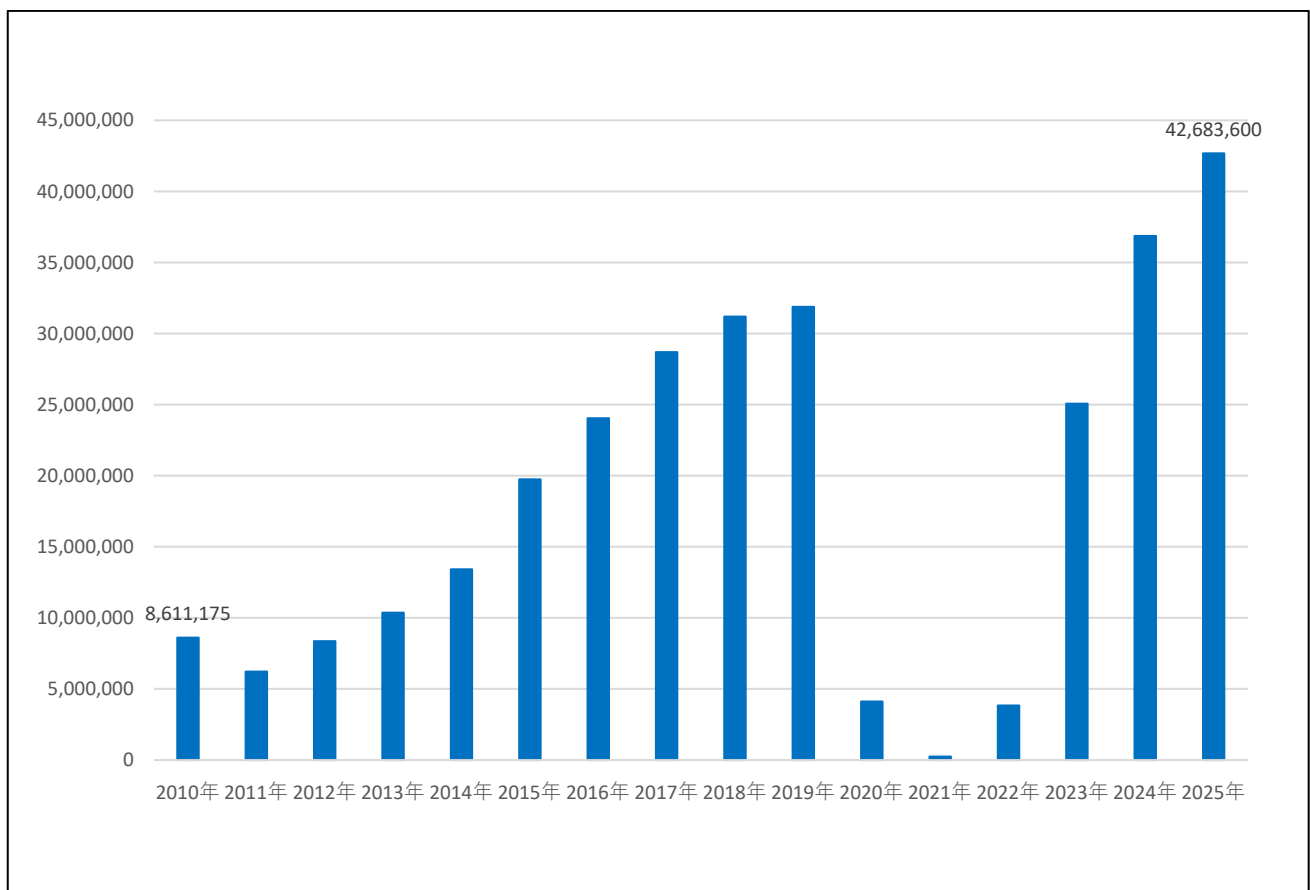
次節で詳細に報告されているが、2025 年の訪日外国人数は 4,268 万人と初めて 4,000 万人を超え、10 年前の 2.16 倍となった。一方 2025 年末時点の在留外国人数は 412 万人とこれも初めて 400 万人を超え、10 年前の 1.85 倍となった。これらの数字は、もちろん時の政治情勢・経済情勢・パンデミックなどに左右されるが、我が国の長引く円安や、急激に進行している人口減少・少子高齢化を考えると、訪日・在留外国人数は今後減少に向かうとは考え難い。

この様な状況の中、本委員会は昨年度より、会長諮問である「地域医療と外国人医療対策について」をテーマに検討を重ねてきた。日々刻々と変化する外国人医療の現状を考えると、本報告書はあくまで現時点のという但し書きが付くが、外国人を診療される会員の皆様や、我が国を訪れるもしくは在留の外国人の皆様にも少しでもお役に立てればと思い本報告書を提出する。

## 2. 外国人医療を取り巻く現状

### (1) 訪日外国人の状況について

我が国においては、政府による観光立国政策の推進や訪日ビザの緩和、航空路線の拡充等を背景として、訪日外国人は近年急速に増加している。図1は訪日外国人数の推移を示したものであるが、この図からも分かる通り、2010年には約861万人であった訪日外国人は、その後増加を続け、2025年には約4,268万人に達しており、この15年間で約5倍となっている。新型コロナウイルス感染症の影響により一時的な減少は見られたものの、その後は急速に回復し、現在では過去最高水準に至っている。

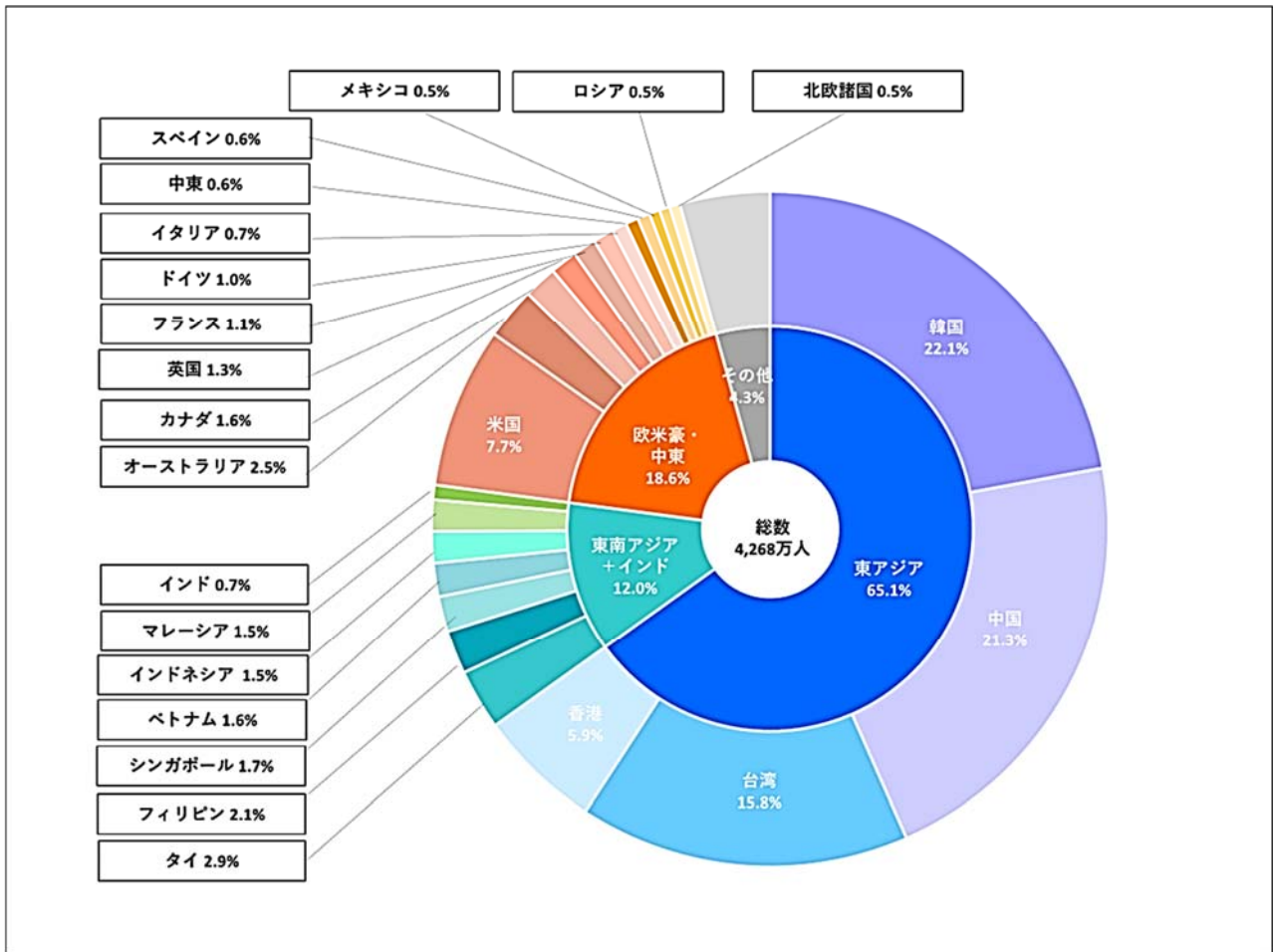


(出所：JMTO「日本の観光統計データ」に基づいて作成)

図1 訪日外国人数の推移

また、訪日外国人に関しては、単にその数が増えているだけでなく、多

国籍化も進んでいる。例えば、図2は2025年における訪日外国人の国籍・地域別内訳を示したものであるが、近年はアジア諸国を中心としつつ、欧米を含めた多様な国・地域からの来訪が見られる状況となっている。このことは、医療機関にとって、多様な言語や医療文化・医療習慣を持つ訪日外国人患者が受診する可能性が高いことを意味している。



(出所：JMTO「日本の観光統計データ」に基づいて作成)

図2 訪日外国人の国籍・地域別内訳 (2025年)

さらに、表1は都道府県別の外国人延べ宿泊者数について2014年と2024年を比較したものであるが、この表からも分かるとおり、東京都や大阪府、福岡県といった大都市圏や主要観光地において大幅な増加が見られる一方で、例えば岐阜県(約2.2万人→約9.8万人)、山梨県(約0.8万人→約4.3万

人)、島根県(約0.3万人→約0.9万人)など、訪日外国人の増加は主要観光地にとどまらず、地方部にも広がってきている。そのため、訪日外国人患者への対応は都市部や主要観光地だけではなく、地方部の医療機関にとっても重要な課題となりつつあるといえよう。

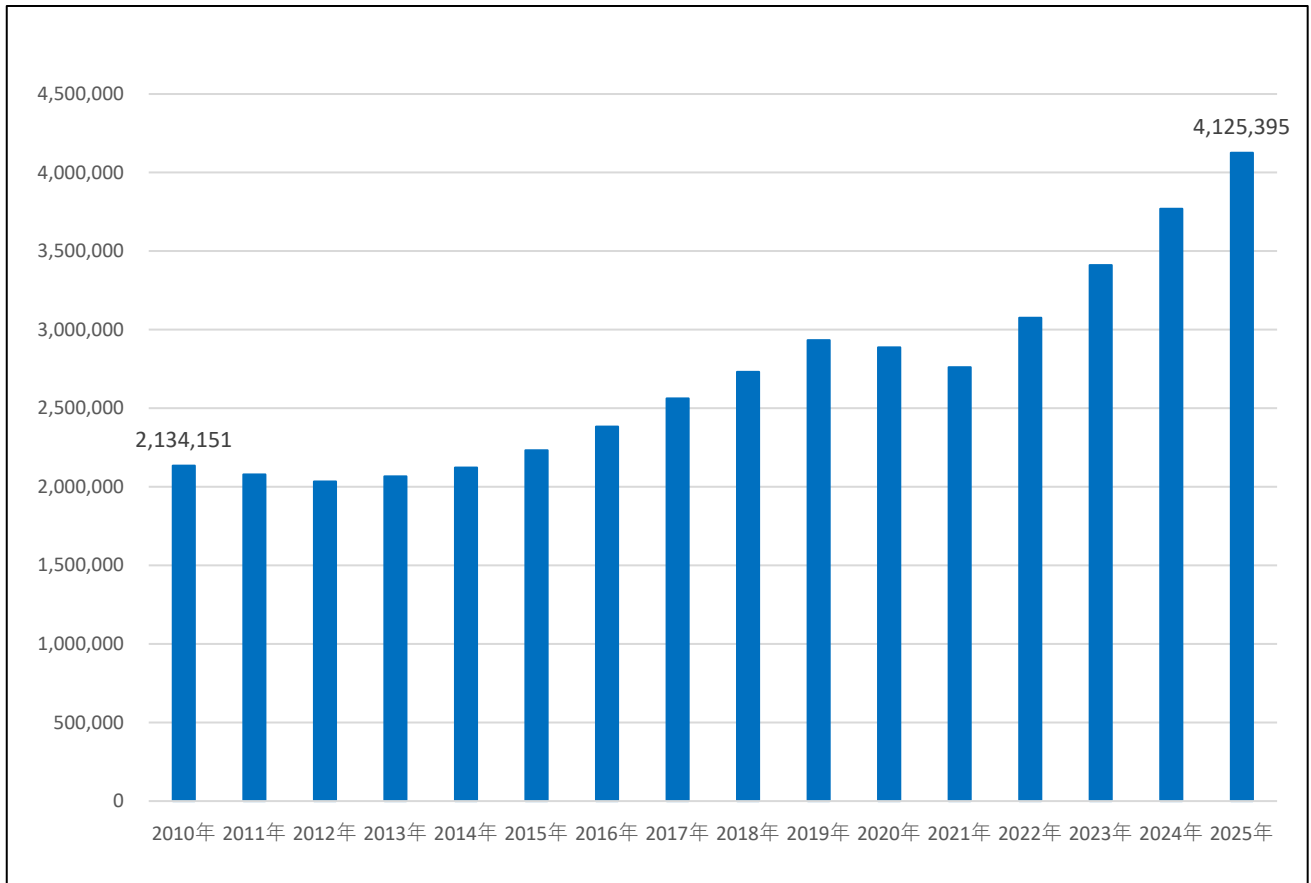
表1 都道府県別外国人延べ宿泊者数(2014年と2024年)

都道府県	2014年	2024年	増減比率	都道府県	2014年	2024年	増減比率	都道府県	2014年	2024年	増減比率
北海道	367,850	2,135,780	5.8	石川県	13,680	41,220	3.0	岡山県	8,740	36,690	4.2
青森県	13,630	37,630	2.8	福井県	2,500	2,800	1.1	広島県	19,330	123,700	6.4
岩手県	4,350	11,640	2.7	山梨県	8,490	42,680	5.0	山口県	28,180	50,400	1.8
宮城県	6,440	35,910	5.6	長野県	19,090	44,130	2.3	徳島県	1,890	7,040	3.7
秋田県	6,830	4,400	0.6	岐阜県	21,920	97,720	4.5	香川県	25,700	149,020	5.8
山形県	3,300	7,810	2.4	静岡県	34,170	111,120	3.3	愛媛県	9,400	140,930	15.0
福島県	2,710	2,630	1.0	愛知県	67,730	370,180	5.5	高知県	6,380	7,570	1.2
茨城県	8,040	34,110	4.2	三重県	33,650	13,120	0.4	福岡県	435,380	2,888,160	6.6
栃木県	9,500	19,770	2.1	滋賀県	12,620	31,270	2.5	佐賀県	46,220	75,140	1.6
群馬県	6,400	14,290	2.2	京都府	99,710	771,190	7.7	長崎県	132,850	150,600	1.1
埼玉県	11,390	19,040	1.7	大阪府	765,090	3,859,470	5.0	熊本県	191,430	353,590	1.8
千葉県	65,330	246,350	3.8	兵庫県	76,260	133,440	1.7	大分県	173,630	471,170	2.7
東京都	929,070	4,169,900	4.5	奈良県	5,580	15,690	2.8	宮崎県	79,680	64,280	0.8
神奈川 県	78,740	199,240	2.5	和歌山 県	12,700	33,720	2.7	鹿児島 県	48,930	126,960	2.6
新潟県	11,710	29,180	2.5	鳥取県	20,620	16,150	0.8	沖縄県	397,530	769,670	1.9
富山県	11,140	19,960	1.8	島根県	3,460	9,450	2.7	合計	4,338,970	17,995,910	3.3

(出所：JMTO「日本の観光統計データ」に基づいて作成)

## (2) 在留外国人の状況について

一方、在留外国人についてもその数は年々増加傾向にある。すなわち、図3は我が国の在留外国人数の推移を示したものであるが、2025年には約412万人に達しており、全人口の約3.3%を占めるに至っている。

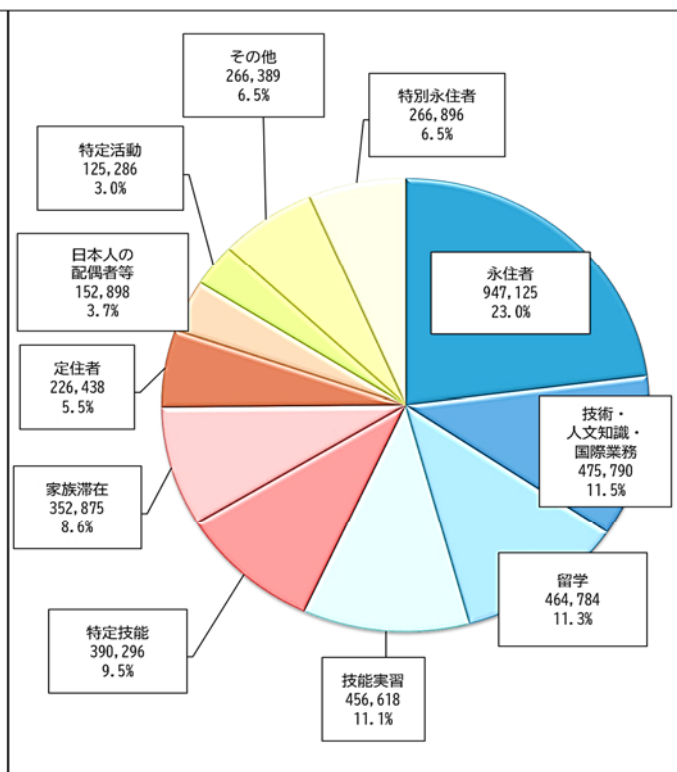
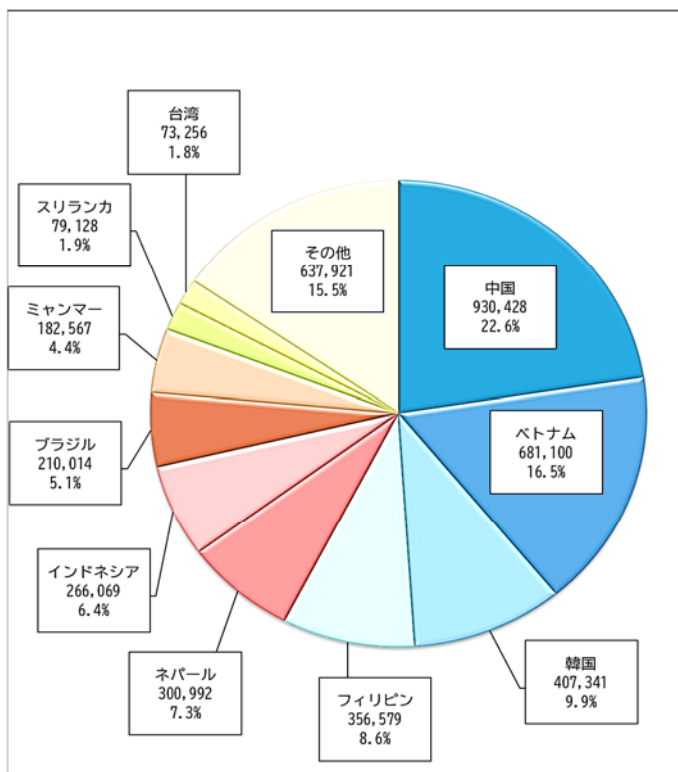


(出所：出入国在留管理庁「在留外国人統計」に基づいて作成)

図3 在留外国人数の推移

また、在留外国人に関しても、単にその数が増えてきているだけではなく、その国籍・地域別の状況や在留資格別の状況にも変化がみられる。例えば、図4は2025年末時点の国籍・地域別の構成比を示したものであるが、上位5か国を見ると、中国が22.6%と最も多く、次いでベトナムが16.5%、韓国が9.9%、フィリピンが8.6%、ネパールが7.3%の順となっており、ベトナムやネパールといった国々が上位を占めるようになってきている。

また、従来、我が国で在留外国人といえば永住者や定住者などの長期滞在者が大きな割合を示していたが、2025 年末時点の在留資格別の構成比を見ると、永住者が 23.0%とその占める割合が最も大きいのは変わらないものの、その後は技術・人文知識・国際業務が 11.5%、留学が 11.3%、技能実習が 11.1%、特定技能が 9.5%の順となっている。このように、在留外国人に関しては、日本語による意思疎通が必ずしも容易でない者や、多様な生活習慣、宗教、医療に対する価値観を有する者が近年は増えてきており、訪日外国人患者だけではなく在留外国人患者についても、医療機関において円滑で安全な医療を提供するためには、通訳体制の整備等、一定の受入れ体制の整備が必要な状況となってきているといえよう。



(出所：出入国在留管理庁「令和7年末現在における在留外国人数について」を基に作成)

図4 在留外国人の国籍・地域別構成比 (2025年)

図5 在留外国人の在留資格別構成比 (2025年)

なお、一口に在留外国人といっても地域によってその様相は様々である。

例えば、表2は都道府県別の国籍・地域別の構成比を示したものであるが、同じ9万人前後の在留外国人を抱える群馬県（89,670人）と京都府（92,563人）を比較すると、前者はベトナムやブラジル、フィリピンの3か国でその半数近くを占めているのに対し、後者では中国ならびに韓国で半数近くを占めている。

表2 都道府県別にみた国籍・地域別構成比（2025年）

都道府県	総数	中国	ベトナム	韓国	フィリピン	ネパール	インドネシア	ブラジル	ミャンマー	スリランカ	台湾	その他
東京都	801,438	38.2	7.3	11.6	4.8	7.9	2.0	0.6	4.9	0.7	3.2	18.8
大阪府	375,319	26.1	18.8	22.9	3.5	7.4	4.1	0.7	3.7	1.0	2.3	9.5
愛知県	357,800	13.6	19.7	7.2	13.6	6.5	5.9	16.9	2.8	1.7	0.7	11.4
神奈川県	317,353	27.5	14.0	8.6	8.9	6.2	4.5	3.0	3.0	2.8	2.1	19.4
埼玉県	290,937	31.0	18.2	5.4	8.9	7.1	5.0	2.4	3.9	1.7	1.2	15.2
千葉県	259,663	25.1	16.1	6.1	9.3	10.1	5.4	1.4	3.3	5.4	1.6	16.2
兵庫県	155,019	16.6	22.2	21.8	4.7	7.4	5.0	1.5	4.7	0.9	1.5	13.7
静岡県	132,100	8.3	16.4	3.1	16.3	5.7	7.2	23.8	4.2	2.7	0.6	11.7
福岡県	125,501	18.6	19.0	11.6	6.1	17.6	7.7	0.3	5.2	1.8	1.3	10.8
茨城県	111,808	12.0	19.2	3.6	10.9	5.2	11.6	5.1	3.1	6.2	1.2	21.9
京都府	92,563	22.9	12.9	21.8	3.7	7.7	4.9	0.7	3.9	2.3	2.5	16.7
群馬県	89,670	7.8	18.8	2.2	10.9	8.2	9.2	15.6	4.5	2.7	0.5	19.6
岐阜県	80,766	11.9	19.7	3.8	20.8	4.6	7.5	15.3	4.4	2.0	0.3	9.7
北海道	77,401	14.5	17.9	6.3	5.3	4.5	16.1	0.3	8.3	0.9	3.1	22.8
三重県	73,551	9.2	21.2	4.8	12.3	4.9	7.7	18.9	3.1	2.7	0.6	14.6
広島県	72,628	17.3	22.6	8.7	15.6	4.4	10.7	3.1	4.2	0.7	0.7	12.0
栃木県	61,878	10.6	19.8	3.5	9.2	8.2	8.4	6.1	3.9	6.2	1.6	22.5
長野県	50,655	17.2	15.0	6.0	11.5	4.3	9.2	9.1	3.3	1.2	2.1	21.1
滋賀県	46,180	10.4	26.9	7.8	7.8	2.3	7.7	20.1	3.9	0.5	0.6	12.0
岡山県	41,840	17.4	30.6	9.7	6.9	4.7	11.2	2.1	5.6	1.1	0.5	10.2
沖縄県	33,402	10.0	8.7	4.7	8.8	20.6	12.7	3.2	4.6	1.7	2.8	22.2
宮城県	32,903	18.2	15.1	9.1	5.8	12.1	10.9	0.6	6.6	3.1	1.6	16.9
熊本県	32,372	10.9	21.8	3.3	13.6	6.6	15.5	0.3	7.9	1.1	6.1	12.9
新潟県	26,724	17.5	19.9	5.8	13.0	5.6	10.5	1.1	5.3	1.7	2.5	17.1
富山県	26,296	16.8	22.7	3.0	11.5	2.2	12.7	10.3	3.9	0.4	0.7	15.8
山梨県	25,313	18.7	19.9	6.4	9.9	5.6	5.4	11.2	3.8	1.0	2.3	15.8
石川県	23,498	17.0	25.8	4.9	7.6	4.1	12.1	6.8	7.6	0.7	1.0	12.4
大分県	23,027	9.8	16.3	6.7	10.4	6.6	15.2	0.4	14.4	4.4	0.8	15.0
山口県	22,539	10.6	22.7	18.5	10.6	5.2	13.5	1.0	5.6	0.8	0.5	11.0
香川県	21,791	14.5	21.8	3.6	14.1	3.4	21.0	0.8	6.5	0.6	0.7	13.0
奈良県	21,623	15.1	24.4	13.8	5.3	5.8	7.6	1.6	7.4	2.7	1.7	14.6
福島県	21,598	14.6	24.2	5.7	15.2	7.5	10.4	0.9	6.2	1.3	0.8	13.2
福井県	21,509	9.2	19.4	8.0	11.3	3.0	8.2	24.6	5.6	0.4	0.5	9.8
鹿児島県	21,480	8.2	26.2	2.2	13.2	4.5	24.5	0.4	9.9	0.9	0.8	9.2
愛媛県	20,282	12.4	22.8	5.0	22.3	3.4	13.4	1.2	7.4	0.9	0.6	10.6
長崎県	17,477	12.2	18.8	6.0	11.0	10.8	15.2	0.4	9.4	1.5	0.8	13.9
宮崎県	12,981	6.3	22.3	3.8	8.8	6.3	26.3	0.4	10.6	1.1	0.4	13.7
佐賀県	12,841	8.2	23.9	4.5	7.7	12.4	20.4	0.3	10.9	2.0	0.5	9.2
岩手県	12,526	13.1	23.2	5.3	13.3	4.0	15.5	0.8	7.5	0.2	1.3	15.8
島根県	11,940	9.1	16.3	4.4	10.1	3.2	6.6	33.3	5.5	0.2	0.4	10.9
和歌山県	11,529	12.1	19.6	14.9	9.1	6.4	11.7	1.0	6.4	1.4	1.2	16.2
山形県	11,111	17.2	27.2	12.1	10.0	2.9	7.7	0.7	6.9	0.2	1.6	13.5
徳島県	9,717	17.2	24.4	3.0	10.9	4.0	14.5	0.6	6.9	1.4	0.7	16.4

青森県	9,419	10.9	25.0	7.1	12.4	3.4	15.7	0.4	7.3	0.5	0.8	16.5
高知県	7,355	13.5	21.3	5.6	13.7	2.4	19.1	0.3	6.4	0.6	0.9	16.2
鳥取県	6,511	11.3	24.1	11.9	13.3	3.7	10.6	0.8	8.6	0.6	1.0	14.1
秋田県	6,333	14.8	17.9	7.3	16.9	3.5	10.8	0.2	7.1	1.9	0.9	18.7
未定・不詳	7,228	19.4	8.6	7.1	5.3	4.0	6.9	0.6	2.3	2.9	4.0	38.9

(出所：出入国在留管理庁「令和7年末現在における在留外国人数について」を基に作成)

また、表3は都道府県別の在留資格別の構成比を示したものであるが、例えば東京都と熊本県を比較すると、その差は顕著である。すなわち、東京都では留学が18.7%、技術・人文知識・国際業務が16.3%と、いわゆる高度人材や留学生の割合が高く、技能実習は2.2%にとどまっている。一方で熊本県では、技能実習が30.9%、特定技能が25.2%と、就労系の在留資格が過半を占めているのに対し、留学は5.8%にとどまっている。このように、同じ在留外国人であっても、地域によって在留資格の構成は大きく異なっている状況を確認することができる。

表3 都道府県別にみた在留資格別構成比(2025年)

都道府県	在留外国人数	永住者	技術・人文知識・国際業務	留学	技能実習	特定技能	家族滞在	定住者	日本人の配偶者等	特定活動	その他	特別永住者
東京都	801,438	24.1	16.3	18.7	2.2	3.3	10.7	3.2	3.7	3.9	9.1	4.7
大阪府	375,319	17.2	12.5	13.4	6.3	6.9	10.6	2.8	2.7	2.3	7.4	18.0
愛知県	357,800	29.9	9.2	5.5	11.4	8.6	7.3	11.8	3.7	1.8	5.0	5.8
神奈川県	317,353	31.9	13.5	6.8	6.4	7.3	9.7	5.3	4.4	2.6	7.4	4.7
埼玉県	290,937	26.5	13.3	9.3	8.8	8.7	11.4	5.4	4.0	3.4	6.5	2.7
千葉県	259,663	23.7	14.2	10.6	9.3	9.3	11.6	4.9	4.3	2.6	6.9	2.6
兵庫県	155,019	19.1	8.7	12.3	9.7	9.2	7.5	3.2	2.9	1.9	5.0	20.4
静岡県	132,100	32.6	8.3	5.2	13.1	8.9	4.8	15.2	4.1	1.5	4.3	2.0
福岡県	125,501	14.2	9.4	21.5	14.2	11.3	8.4	1.8	3.5	2.5	5.3	7.9
茨城県	111,808	19.7	10.1	7.1	15.9	16.1	8.9	6.9	3.8	3.2	6.6	1.7
京都府	92,563	12.0	8.9	24.5	7.2	8.4	6.6	1.6	3.0	2.4	6.2	19.2
群馬県	89,670	24.4	9.9	5.1	13.2	12.5	8.0	12.4	4.1	4.4	4.6	1.4
岐阜県	80,766	27.2	7.5	4.2	19.4	11.2	4.6	12.2	3.4	2.0	4.8	3.6
北海道	77,401	9.2	9.4	8.0	22.8	21.5	5.1	0.8	3.0	8.3	8.3	3.5
三重県	73,551	27.9	9.5	2.4	16.0	11.0	6.0	13.2	3.4	1.7	4.6	4.3
広島県	72,628	21.0	5.4	9.4	22.3	17.1	5.0	3.6	2.4	2.2	3.8	7.8
栃木県	61,878	23.6	11.8	6.4	14.7	11.5	8.9	7.0	4.1	5.0	5.0	2.0
長野県	50,655	28.1	7.3	5.1	13.1	13.7	3.8	7.2	6.6	7.4	4.2	3.5
滋賀県	46,180	24.8	12.7	3.1	14.7	9.8	7.2	10.3	3.9	2.6	4.1	6.8
岡山県	41,840	14.9	8.5	12.3	24.1	14.9	5.7	1.9	2.8	2.4	3.9	8.6
沖縄県	33,402	19.4	10.8	16.1	10.8	13.9	7.6	3.3	7.4	2.9	6.5	1.2
宮城県	32,903	17.9	6.8	22.7	17.3	11.6	6.5	1.5	3.1	1.5	6.5	4.7
熊本県	32,372	11.2	8.7	5.8	30.9	25.2	5.0	1.5	3.0	2.5	5.1	1.3
新潟県	26,724	20.1	9.1	11.3	20.8	12.9	5.4	2.4	4.3	5.4	5.1	3.2
富山県	26,296	25.5	8.1	2.6	24.7	13.4	6.0	6.7	3.2	2.5	5.1	2.3

山梨県	25,313	27.1	10.4	9.4	11.5	10.6	7.6	7.8	4.8	2.2	6.9	1.7
石川県	23,498	15.3	7.1	12.1	25.3	16.2	4.6	4.6	3.2	3.2	4.3	4.1
大分県	23,027	9.2	6.8	19.8	24.8	14.6	4.5	1.7	2.8	8.5	3.3	4.0
山口県	22,539	12.7	5.2	8.0	25.4	15.5	3.9	1.8	2.8	2.8	3.5	18.4
香川県	21,791	15.5	5.8	4.6	28.4	27.6	3.8	3.0	2.7	2.3	3.7	2.5
奈良県	21,623	17.6	10.7	9.7	16.7	12.8	7.6	1.8	4.3	1.9	5.5	11.4
福島県	21,598	21.2	8.2	7.1	26.3	12.4	5.1	3.2	5.7	3.1	4.3	3.5
福井県	21,509	21.0	5.9	4.7	23.4	10.5	2.6	14.6	4.6	2.1	3.6	7.0
鹿児島県	21,480	12.0	4.7	5.8	34.5	28.6	2.6	1.8	3.6	2.9	2.6	0.9
愛媛県	20,282	11.0	5.6	4.0	36.5	26.1	3.1	1.7	3.1	1.5	3.7	3.7
長崎県	17,477	11.1	5.4	17.0	24.5	22.5	4.2	1.3	3.5	2.3	5.2	2.8
宮崎県	12,981	10.0	5.5	7.0	37.1	23.4	4.3	1.3	3.3	2.6	3.3	2.0
佐賀県	12,841	9.4	6.3	12.9	28.8	22.3	5.7	1.5	3.0	2.2	4.9	2.9
岩手県	12,526	16.2	6.7	6.5	30.2	19.8	3.4	1.5	3.5	3.5	5.0	3.6
島根県	11,940	21.8	5.2	6.4	19.7	8.8	3.2	20.1	6.5	1.6	3.1	3.6
和歌山県	11,529	16.9	10.0	5.5	20.3	14.7	4.5	3.6	4.6	1.7	5.8	12.4
山形県	11,111	28.4	6.4	4.0	27.3	15.8	3.7	1.7	3.7	3.1	4.2	1.9
徳島県	9,717	15.7	5.0	8.4	30.5	18.5	5.4	1.7	3.4	4.1	5.8	1.7
青森県	9,419	13.5	4.5	5.2	34.5	21.2	3.3	1.8	4.0	1.8	5.4	4.9
高知県	7,355	13.8	3.2	9.7	29.8	23.3	3.0	1.3	4.0	2.0	5.3	4.6
鳥取県	6,511	16.6	4.6	7.3	29.4	15.7	4.3	2.1	3.1	1.5	4.2	11.0
秋田県	6,333	20.6	5.3	8.8	30.9	12.4	4.0	1.5	4.3	2.0	5.7	4.5
未定不詳	7,228	2.7	10.2	5.7	12.4	4.3	15.4	1.3	3.8	29.6	14.3	0.2

(出所：出入国在留管理庁「令和7年末現在における在留外国人数について」を基に作成)

さらに、表4は都道府県別の年齢構成比を示したものであるが、こうした国籍・地域的ならびに在留資格の違いの影響もあり、在留外国人の年齢構成も地域によって異なっている。例えば、技能実習生や特定技能、留学生等の在留資格を有する者が多い都道府県では、20代ならびに30代が全体の70～80%を占め、また20歳未満の者も10%近くを占めているのに対し、70代以上の者は数%にとどまっている。これに対して、定住者や永住者が多い地域では、70代以上の高齢者が10%以上を占めているところもあり、地域によって必要となる医療・介護ニーズにも違いがあることが示唆される。

表4 都道府県別にみた年齢構成比 (2025年6月末)

都道府県	年齢									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80以上	
北海道	6.0	4.3	48.7	26.7	4.3	4.9	2.9	1.6	0.6	
青森県	6.7	4.9	45.3	23.0	4.9	7.4	4.3	2.5	1.0	
岩手県	6.1	4.9	43.9	24.5	4.8	8.7	4.7	1.7	0.7	
宮城県	5.3	5.3	48.1	21.3	4.4	7.4	5.2	2.2	0.8	
秋田県	7.1	3.9	39.7	21.4	6.7	11.8	5.6	2.7	1.1	
山形県	6.6	3.0	37.2	22.9	5.4	12.1	9.3	2.9	0.6	
福島県	6.5	4.5	40.1	23.4	5.9	10.9	5.8	2.2	0.7	
茨城県	7.5	6.9	36.9	25.4	5.7	9.8	5.7	1.6	0.5	

栃木県	7.3	6.3	36.9	24.0	6.0	10.7	6.3	2.0	0.5
群馬県	7.5	7.5	35.8	24.2	6.3	10.6	5.7	1.9	0.5
埼玉県	8.8	7.7	32.0	26.8	6.5	10.3	5.6	1.8	0.5
千葉県	8.4	6.9	33.8	25.5	6.4	10.6	5.9	1.9	0.6
東京都	8.8	7.9	32.5	25.7	6.6	9.9	5.6	2.1	0.9
神奈川県	9.2	7.0	28.8	26.0	7.2	11.5	6.6	2.6	1.1
新潟県	7.1	4.8	41.0	21.7	6.0	11.1	5.5	2.1	0.7
富山県	7.4	6.3	39.4	24.0	6.3	10.3	4.3	1.4	0.6
石川県	5.9	4.9	47.7	24.0	4.8	6.6	3.4	1.8	0.9
福井県	7.3	4.6	37.5	24.6	6.4	10.4	4.9	2.7	1.6
山梨県	6.9	7.3	33.8	22.0	6.2	12.9	7.9	2.3	0.7
長野県	7.3	5.8	33.1	20.9	6.9	13.8	8.2	3.0	1.0
岐阜県	8.1	8.2	35.7	24.0	6.7	9.7	4.8	1.9	0.9
静岡県	8.2	8.5	32.9	22.3	7.3	11.8	6.3	2.0	0.7
愛知県	8.6	8.3	31.7	24.4	7.0	10.5	5.7	2.5	1.3
三重県	7.8	8.4	34.4	23.8	6.5	10.3	5.6	2.3	0.9
滋賀県	7.2	6.9	34.9	24.9	6.0	9.9	5.9	2.9	1.4
京都府	5.8	5.5	40.9	19.4	4.7	8.5	6.2	5.4	3.6
大阪府	7.1	6.2	33.7	22.3	5.5	9.2	7.2	5.4	3.4
兵庫県	6.5	5.8	34.8	19.5	5.5	10.1	7.7	6.3	3.8
奈良県	6.7	5.1	38.7	23.2	4.9	8.2	6.5	4.4	2.3
和歌山県	6.1	4.2	38.5	19.9	5.8	10.8	7.1	5.0	2.6
鳥取県	7.2	4.5	41.1	21.5	6.2	9.5	4.6	3.4	2.0
島根県	9.2	4.9	32.9	26.2	7.3	12.4	4.5	1.7	0.9
岡山県	6.0	5.6	45.0	23.5	4.5	6.8	4.0	2.8	1.8
広島県	7.7	6.0	39.3	25.3	5.0	7.8	4.2	3.0	1.7
山口県	5.9	4.9	41.5	20.1	4.4	7.5	5.9	6.2	3.6
徳島県	7.6	4.4	43.9	26.3	6.5	7.0	2.9	0.9	0.5
香川県	6.9	5.2	45.5	27.5	4.6	5.5	2.9	1.3	0.6
愛媛県	7.3	3.7	43.2	30.1	4.6	5.9	2.9	1.6	0.7
高知県	5.3	8.3	43.6	23.4	4.7	7.6	3.8	2.2	1.1
福岡県	6.1	6.1	47.3	21.4	4.4	6.5	4.0	2.7	1.5
佐賀県	4.5	4.6	56.7	22.1	3.1	4.4	2.4	1.4	0.8
長崎県	5.8	4.6	48.8	25.1	3.9	5.5	3.1	2.1	1.1
熊本県	5.8	3.8	50.9	27.2	3.6	5.2	2.2	0.9	0.4
大分県	5.4	6.6	52.0	23.3	3.3	4.4	2.4	1.7	0.9
宮崎県	4.4	5.5	55.7	21.4	3.4	5.4	2.4	1.2	0.6
鹿児島県	4.9	4.0	54.6	23.1	3.2	6.0	2.8	1.0	0.4
沖縄県	7.2	5.4	43.8	22.3	5.1	8.0	4.5	2.6	1.1

(出所：「在留外国人統計」を基に作成)

このように、在留外国人の状況は全国的には増加・多様化が進む一方で、その内訳は地域ごとに大きく異なっている。そのため、在留外国人患者に対する医療提供においても、画一的な対応ではなく、それぞれの地域の実情に応じた体制整備を進めていくことが重要になってきているといえよう。

### (3) 在留資格のない外国人について

さらに、我が国においては、在留資格を有する外国人や訪日外国人に加え、在留資格を有しない状態で国内に滞在する外国人の存在にも留意する必要がある。これらの者は、その法的地位に応じて、①適法又は準適法に滞在する者、②違法滞在外者、③国際条約等に基づく特例的滞在外者の三類型に大別され、それぞれ医療保障の枠組みも大きく異なる。

第1に、適法又は準適法に滞在する者としては、難民認定申請者、仮滞在許可者、仮放免者、監理措置対象者等が挙げられる。例えば、難民認定申請者については、2024年には約12,373人が申請を行っており、近年は毎年1万人を超える規模で推移している<sup>1)</sup>。また、仮放免者については、2024年末時点で約2,449人が存在している<sup>2)</sup>。これらの者は在留資格を有しないものの、入管法や人道的配慮に基づき滞在が認められている。しかし、公的医療保険の適用は原則として認められないため、医療費は自費負担が基本となり、自治体の支援事業やNGOによる支援、医療機関の減免措置等により対応される場合がある。

第2に、違法滞在外者としては、不法残留（いわゆるオーバーステイ）、不法入国、不法上陸等がある。不法残留者数について見ると、2000年代前半には20万人を超える水準に達していたが、その後、入管法改正や不法滞在外者対策の強化等を背景として大幅に減少し、2014年には約5.9万人まで減少した。もっとも、その後は再び増加傾向がみられ、2023年には79,101人となったが、直近では減少に転じており、2025年1月1日現在では74,863人、さらに2026年1月1日現在では68,488人となり、2年連続で減少している<sup>3)</sup>。もっとも、依然として一定数の不法残留者が国内に存在している状況に変わりはない。これらは入管法上の違反状態にあるものの、医療提供の観点からは一定の対

応が不可欠である。すなわち、救急医療や感染症対応については、在留資格の有無にかかわらず対応せざるを得ない場合があり、また、就労中の事故等については、労災保険が適用される場合もある<sup>4)</sup>。一方で、公的医療保険の適用は原則としてなく、医療費は自費負担となることが多く、医療機関における未収金発生の高リスクが高い類型である。

第3に、国際条約等に基づく特例として、外交官、駐留軍関係者、国際機関職員、航空機・船舶乗員等が挙げられる<sup>5)</sup>。これらは在留資格制度の外にある独立した法体系に基づき適法に滞在しており、我が国の公的医療保険の適用対象とはならない。そのため、外交官については自国政府や大使館を通じた医療保障、駐留軍関係者については米軍医療制度、国際機関職員については各機関の保険制度、乗員については所属企業や民間保険等により医療費が賄われるのが一般的である。なお、大使館や基地内で勤務する者であっても、現地採用職員等についてはこれらの特例には該当せず、通常の在留資格および公的医療保険制度の適用対象となる。

このように、在留資格をもたない外国人といっても、その実態は適法滞在、違法滞在、条約上の特例といった複数の類型に分かれており、医療保障の仕組みもそれぞれ大きく異なる。したがって、医療機関においては、単に在留資格の有無のみで一律に判断するのではなく、当該患者の法的地位を踏まえ、公的医療保険の適用可否や代替的な支払手段を確認した上で対応することが重要である。特に、未収金対策と適切な医療提供の両立の観点から、各類型の特徴を踏まえた実務的対応の重要性は今後一層高まるものと考えられる。

#### **(4) 国・都道府県による取組について**

##### **①国による取組について**

上述のような在留外国人や訪日外国人の増加や多様化を背景として、医療機関を受診する外国人患者も増加・多様化傾向にあり、外国人患者の受入れを円滑に行うためには、医療機関においても一定の受入れ体制の整備が不可欠な状況となってきた。

こうした状況を踏まえ、国では、医療機関や地域において外国人患者を円滑に受け入れる体制の構築を目指し、2010年以降、様々な施策を実施してきた。まず、2011年に医療滞在ビザが創設され、治療や健診を目的とした来日を制度的に支える仕組みが整えられた<sup>6)</sup>。また、同じ頃には外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)が創設され<sup>7)</sup>、外国人患者を受け入れる医療機関における体制整備の見える化と質の向上が図られてきた。その後は、厚生労働省を中心として、より実務に即した支援策が順次展開されている。具体的には、多言語説明資料の整備、医療通訳や外国人患者受入れ医療コーディネーターの育成・配置支援、外国人患者を受け入れる医療機関のリスト化、医療機関向けマニュアルの整備などが進められ、医療現場における対応を支える基盤が徐々に整えられてきた<sup>8)</sup>。

さらに、2018年には外国人患者の中でも訪日外国人患者に焦点を当てた「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」が取りまとめられ<sup>9)</sup>、旅行保険加入の促進、医療費の事前説明や前払いの推奨、地域における受入体制の整備などが体系的に示された。これを契機として、拠点的医療機関の整備や相談支援体制の構築など、地域全体での対応力の向上も進められている。また近年は、外国人患者の増加に伴って見えてきた実務的な課題への対応も進められている。例えば、未収金対策の観点からは、2021年に訪日外国人受診者に係る医療費未払情報報告制度が導入され<sup>10)</sup>、関係機関との連携による再入国時の審査強化が図られている。加えて、2026年には、社会

医療法人等における外国人患者の診療価格設定に関する考え方が示され<sup>11)</sup>、自由診療における価格設定の整理も行われている。

一方、在留外国人患者に関しても、訪日外国人患者に焦点を当てた上記の「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」ほど体系的な施策はないものの、「外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策」において、生活者としての外国人に対する医療・保健サービスへの円滑なアクセス確保の必要性が示されており<sup>12)</sup>、医療通訳の活用、多言語による情報提供、地域における相談体制の整備等が関係施策として位置付けられている。また、自治体や関係機関と連携しながら、外国人住民が安心して医療を受けられる環境の整備を進めることの重要性も指摘されている。

なお、表5は、現在、医療機関が外国人患者の受入れに対応する際に役立つ国の主な取組を整理したものであり、日常診療の中で活用可能な情報やツールも多く含まれている。各医療機関においては、その内容を確認の上、自院の実情に応じて活用できるものは積極的に活用していくことが望まれる。

表5 国による主な外国人医療関連情報他サイト

No.	項目	概要	URL
1	厚生労働省の医療の国際展開	厚生労働省の医療の国際展開に関するWEBサイト。外国人医療や医療インバウンド・アウトバウンドを中心としたの最新施策や関連通知、補助事業、セミナー関連の情報が網羅的に掲載されており、医療機関にとって最新情報を把握するための基盤となる。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/index.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/index.html</a>
2	外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト	厚生労働省と観光庁が連携して作成した「外国人患者を受け入れる医療機関の情報をとりまとめたリスト」を公表している厚生労働省内のWEBサイト。紹介・転院時の連携先の把握や、地域における役割分担の検討に活用可能。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05774.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05774.html</a>
3	訪日外国人旅行者向け医療情報(JNTO)	外国人患者自身が上記2の情報に基づいて医療機関を検索できる多言語サイト(日本語のほか、英語、中国語、韓国語対応)。受診方法や医療制度の説明も掲載されており、患者への案内ツールとして活用できるようになっている。	<a href="https://www.jnto.go.jp/emergency/eng/mi_guide.html">https://www.jnto.go.jp/emergency/eng/mi_guide.html</a>
4	外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)	外国人患者受入れ体制(言語対応、院内体制、医療安全等)を第三者が評価・認証する制度。WEBサイトでは認証医療機関の検索が可能。また、受審に関する資料も閲覧可能となっており、外国人患者の受入体制整備に必要な情報やヒントを得ることができる。	<a href="https://jmip.jme.or.jp">https://jmip.jme.or.jp</a>
5	外国人患者受入れ情報サイト	厚労省補助事業として運営され、マニュアル、多言語資料、未収金対策、研修情報、好事例等を横断的に提供する総合ポータルサイト。医療機関向けのページと地域関係者向けのページ用意されている。	<a href="https://internationalpatients.jp/">https://internationalpatients.jp/</a>

6	厚生労働省「外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル」	外国人患者対応の基本(受付対応、言語支援、費用説明、未収金対策、緊急時対応等)を体系的に整理した実務マニュアル。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html</a>
7	厚生労働省「医療機関向け訪日外国人患者の受け入れを円滑に行うための入門ガイドブック」	外国人患者の中でも、日本滞在中に突然の病気や怪我で治療が必要な訪日外国人患者について、その特徴を踏まえた上で、医療機関が無理なく円滑に受け入れを進めるための基本的な考え方と具体的な対応の工夫を分かりやすく整理した入門ガイドブック。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000173230_00007.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000173230_00007.html</a>
8	厚生労働省「外国人向け多言語説明資料一覧」	様々な院内文書の標準様式を13ヶ国語(英語・中国語・韓国語・ポルトガル語・スペイン語・ウクライナ語・ヒンディー語・インドネシア語・ネパール語・タガログ語・タイ語・ベトナム語・アラビア語)で提供。各医療機関で自由に加工・編集が可能。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumei-ml.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumei-ml.html</a>
9	厚生労働省委託事業「希少言語に対応した遠隔通訳サービス」	厚生労働省委託事業として提供される電話・三者間通話型の医療通訳サービス。院内で対応困難な言語(東南アジア・中東等)にも対応し、24時間体制で利用可能な場合もある。診療時のコミュニケーション確保や緊急時対応に有用。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00015.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00015.html</a>
10	厚生労働省「医療通訳育成カリキュラム・テキスト」	医療通訳の標準的な教育内容や教材を提示。院内通訳の育成や外部通訳者との連携体制構築の参考となる。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000056944.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000056944.html</a>
11	厚生労働省委託事業「夜間・休日ワンストップ窓口」	外国人患者対応に関する課題(言語対応、未収金、在留資格、搬送等)について、医療機関からの相談に対し助言・情報提供を行う夜間・休日専用のワンストップ相談窓口。医療機関関係者ならびに地方公共団体関係者であれば誰でも利用可能。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00020.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00020.html</a>
12	厚生労働省「訪日外国人受診者医療費未払情報報告システム」	訪日外国人による医療費未払いが発生した場合の報告や、未払いを防止するためのポイントやツール等について紹介しているWEBサイト。	<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000202921_00012.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/s-eisakunitsuite/bunya/0000202921_00012.html</a>

(出所：厚生労働省「医療の国際展開」のWebサイト等を基に作成)

## ②都道府県による取組について

外国人医療に関しては、国だけではなく、都道府県等の地方自治体においても一定の役割を果たすことが期待されている。例えば、上述の「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」においては、都道府県は地域における医療提供体制の整備主体として位置付けられており、外国人患者を受け入れる医療機関の把握・選定、医療機関リストの作成・公表、地域の実情を踏まえた受入体制の整備等が求められている。また、拠点的医療機関の整備や、医療通訳・コーディネーターの活用、医療機関からの相談に対応する体制の整備、関係機関との連携体制の構築等も示されている。一方、「外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策」においては、在留外国人を対象として、医療・保健サービスへの円滑なアクセス確保が位置付けられており、多言語による情報提供、相談体制の整備、関係機関との連携

による支援体制の構築等が求められている。

このように、都道府県は、地域における医療提供体制の整備、医療機関に対する支援、関係機関との連携体制の構築等を担う主体として位置付けられている。しかしながら、これらの取組の実施状況には都道府県間で差が見られる<sup>13)</sup>。拠点的な医療機関の選定については、多くの都道府県において実施されている一方で、関係機関による協議会の設置は、東京都や大阪府、京都府など一部の都道府県に留まっている。また、都道府県における設置が求められている日中・平日のワンストップ窓口についても、大阪府や福岡県などにおいて整備が確認されるものの、すべての都道府県で設置されている状況には至っていない。その一方で、医療通訳サービスについては、茨城県や埼玉県、静岡県、長野県等をはじめとして多くの都道府県又は市区町村レベルで提供する取組が進められており、多言語対応のための基盤整備は徐々に広がりを見せている。

このように、医療機関リストの整備や情報提供については広く実施されている一方で、協議会の設置や相談体制の整備等の取組については地域差が見られ、取組内容やその充実度は都道府県によって大きく異なっているのが現状となっている。

1) 出入国在留管理庁「令和6年における難民認定者数等について」。

[https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/07\\_00054.html](https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/07_00054.html) 20260501

2) 出入国在留管理庁「令和6年における入管法違反事件について」。

[https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/09\\_00011.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/09_00011.html?utm_source=chatgpt.com) 20260501

3) 出入国在留管理庁「本邦における不法残留者数について（令和8年1月1日現在）」。

[https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13\\_00032.html](https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00032.html) 20260501

4) 厚生労働省「外国人技能実習生にも、労基法等の労働関係法令は適用されるのか」。

<https://www.startup-roudou.mhlw.go.jp/qa/zigyonushi/sonota/q3.html> 20260501

5)外務省「外交関係に関するウィーン条約」.

[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/htmls/B-S39\(2\)-0335.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/htmls/B-S39(2)-0335.html) 20260501

6)外務省「医療滞在査証を申請される外国人患者等の皆様へ」.

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/visa/medical/patient.html> 20260501

7)一般財団法人日本医療教育財団「「外国人患者受入れ医療機関認証制度」.

<https://jmip.jme.or.jp/> 20260501

8)厚生労働省「医療の国際展開」.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/kokusai/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/index.html) 20260501

9)内閣官房・健康・医療戦略推進本部「第2回 訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」.

[https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/kenkouiryuu/kokusaitenkai/gaikokujin\\_wg\\_dai2/gjijisidai.html](https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/kenkouiryuu/kokusaitenkai/gaikokujin_wg_dai2/gjijisidai.html)  
20260501

10)厚生労働省「【医療機関向け情報】訪日外国人受診者による医療費不払い防止のための支援資料の紹介及び不払い情報報告システムへの協力の御願いについて」.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202921\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202921_00012.html) 20260501

11) 厚生労働省医政局長通知「社会医療法人等が行う訪日外国人患者診療価格設定について」医政発0331第19号（令和8年3月31日）.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001684951.pdf> 20260501

12)内閣官房「外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議」.

<https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/gaikokujinzai/index.html> 20260501

### 3. 医療通訳における諸問題

#### (1) 愛知県における医療通訳サービスの現状と課題について

##### はじめに

愛知県では 2012 年より在留外国人向けの医療通訳サービスとしてあいち医療通訳システム<sup>1)</sup>を稼働させている。本編では現在までの実績を提示し、医療通訳サービスの現状及び今後の課題について検討する。

あいち医療通訳システムでは医療通訳者の派遣(通訳派遣)、電話通訳、文書翻訳を行い、医師・歯科医師・薬剤師等の医療関係団体・行政・外国語講座を有する大学で構成されるあいち医療通訳システム推進協議会によって運営されている。利用対象は医療機関を中心に、市町村の保健部門や保健所等も含まれ、本システムの利用に際してはあいち医療通訳システム推進協議会との協定締結と登録が必要である。2025 年度末時点の登録医療機関は 175 施設である。

##### 通訳派遣

本システムでは、医療に関する基礎知識と通訳技能を有する人材を一般公募で募集し、筆記・面接による語学能力試験、36 時間の基礎研修、最終認定試験を経て登録している。2026 年 3 月時点で累計 326 人が登録され、医療機関での現場研修や年 3 回(9 時間 30 分)のフォローアップ研修を通じて通訳の質の維持・向上が図られている。これらの試験・研修費用はすべて無償である。対応言語は 12 言語(英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、フィリピン語、ベトナム語、タイ語、インドネシア語、マレー語、アラビア語、韓国・朝鮮語、ミャンマー語)であるが、通訳者の登録数が少ない言語では十分な対応が困難な場合がある。通訳派遣はボランティアベースで運営されているため、報酬は交通費込みの低額にとどまり人材確保が大きな課題となつて

いる。本システムでは誤訳による医療過誤の責任は医療機関側に帰属することになっており近年重視される医療通訳のリスクマネジメントの考え方と乖離がある。学会や各団体は専門性を担保した医療通訳者の育成・認定制度を整備しており、本システムも同基準に基づく養成が望ましいが、認定取得には相応の費用が必要なため、ボランティアベースで運営されている現状ではその導入が困難である。

本システムの料金体系は以下のとおりである。

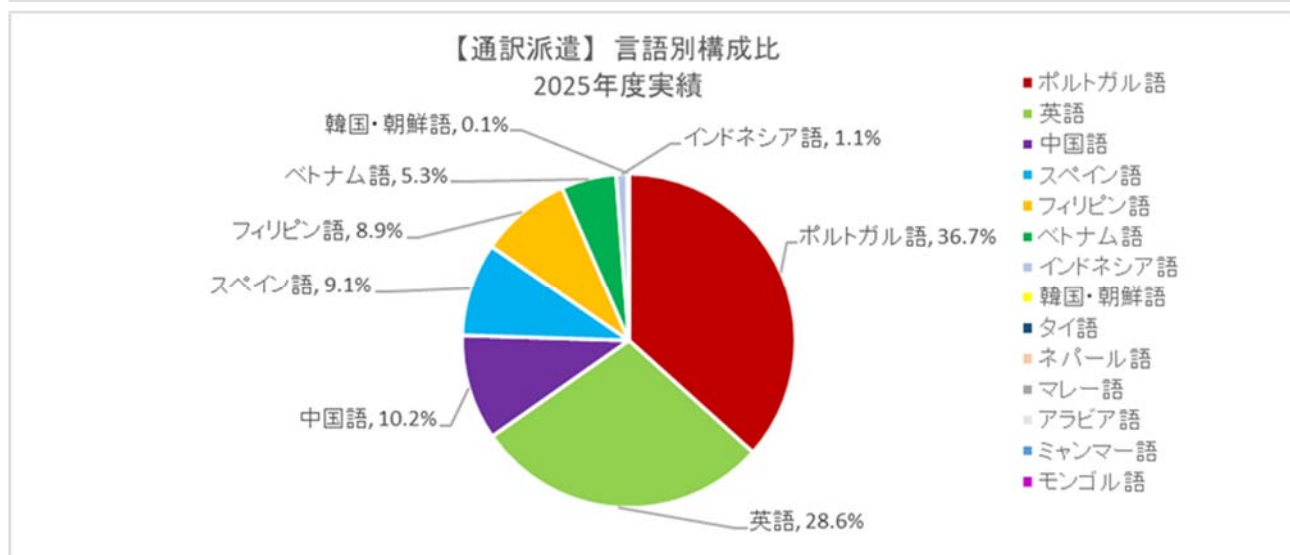
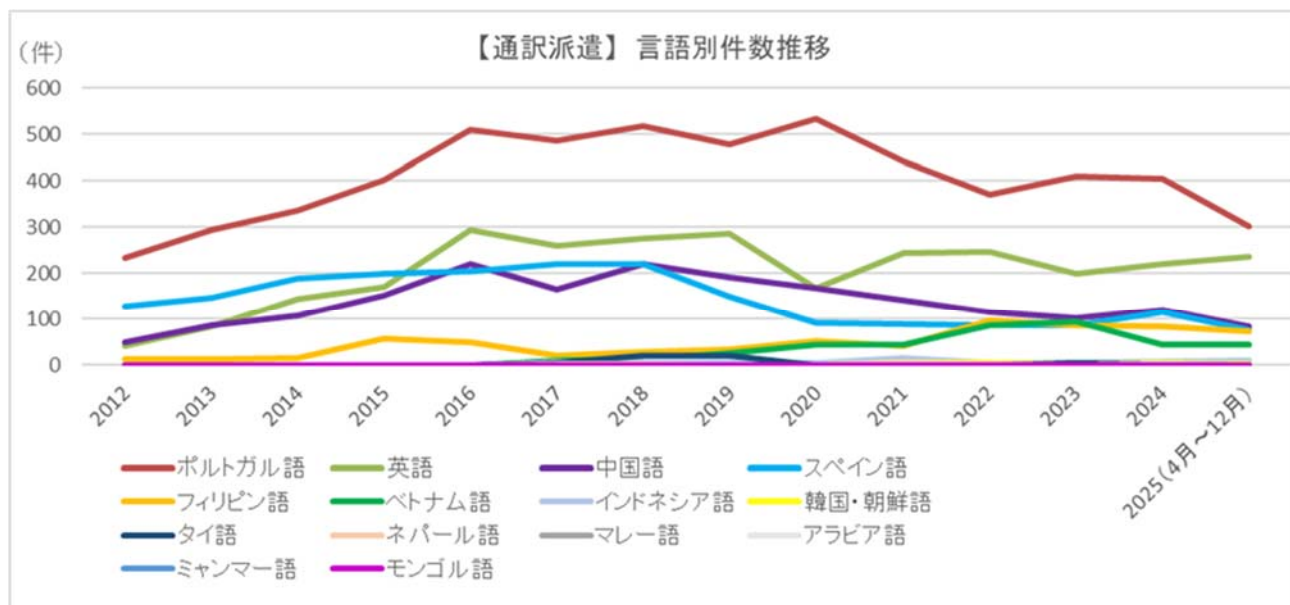
日常的な診療・検査に対応する通訳	3, 0 0 0円／2時間
インフォームド・コンセントなど高度な通訳	5, 0 0 0円／2時間
特定の曜日・時間帯など定時の通訳	5, 0 0 0円／2時間

通訳者にはこの費用全額と交通費が支給される。利用料は医療機関と外国人患者との折半が原則だが、今回アンケート結果<sup>\*)</sup>からは約9割の医療機関が患者から徴収せず全額負担しており、経営的に余裕のある大規模医療機関に利用が集中していると思われる。医療通訳は診療報酬での評価が認められていないため、その拡充には行政による補助など公的支援が不可欠と考えられる。

発足当初から現在までの言語別通訳派遣の実績を示す(図1)。

(図1) あいち医療通訳システム サービス別の利用状況

(1) 通訳派遣 言語別件数推移、言語別構成比



最も多いのは一貫してポルトガル語であるが、これは県下では大手自動車会社の本社およびその下請け会社が多数あり、そこにブラジルからの移住者が多く勤務しているためである。2020年からはやや減少傾向にあるように見えるが、実際の需要はほぼ前年同様であり、通訳者不足による不応需のためこのようなデータとなっている。愛知県内の外国人住民数の状況（2023年12月末現在）<sup>2)</sup>ではブラジル人に次いで多いのがベトナム人であるが、その多くは英語が理解できるため英語の利用件数がポルトガル語に次いで多いものと思われる。

## 電話通訳

本システムは、委託を受けた電話通訳業者へ直接電話することにより、24時間 365 日利用可能である。利用に際しては、本システムへの事前登録が必要であり、契約は月単位で行われる。対応言語は、英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、フィリピン語、ベトナム語、韓国語・朝鮮語の 7 言語であり、希少言語には対応していない。一方、厚生労働省においては、希少言語に対応した電話通訳サービス<sup>3)</sup>が 2023 年 4 月より開始されており、当該サービスを補完的に活用する選択肢がある。

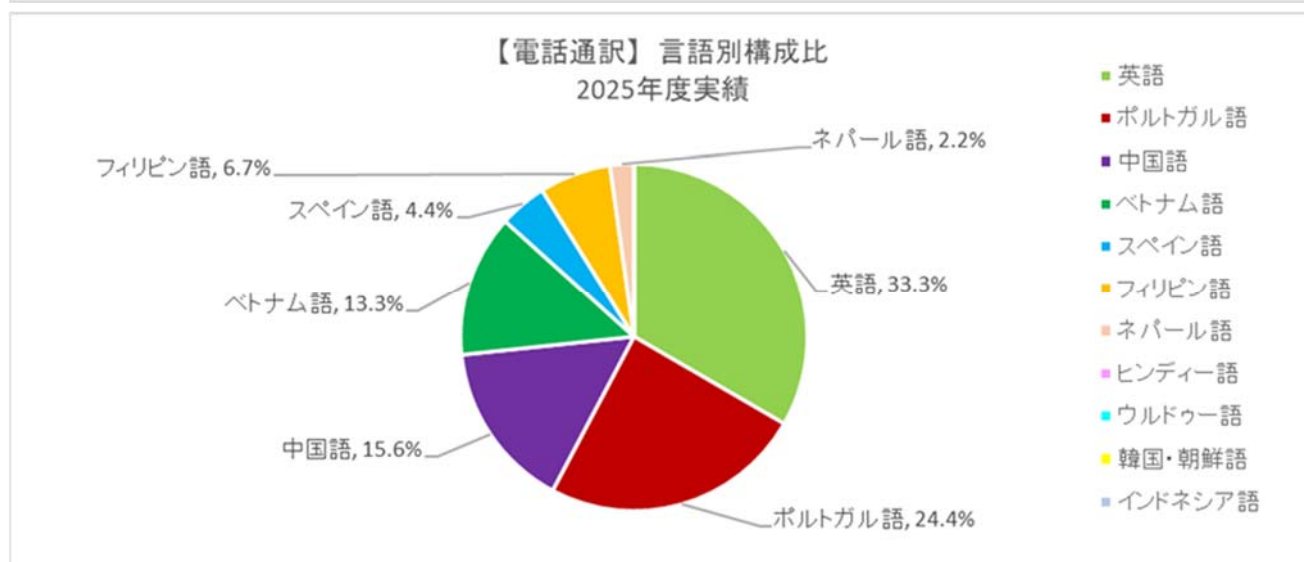
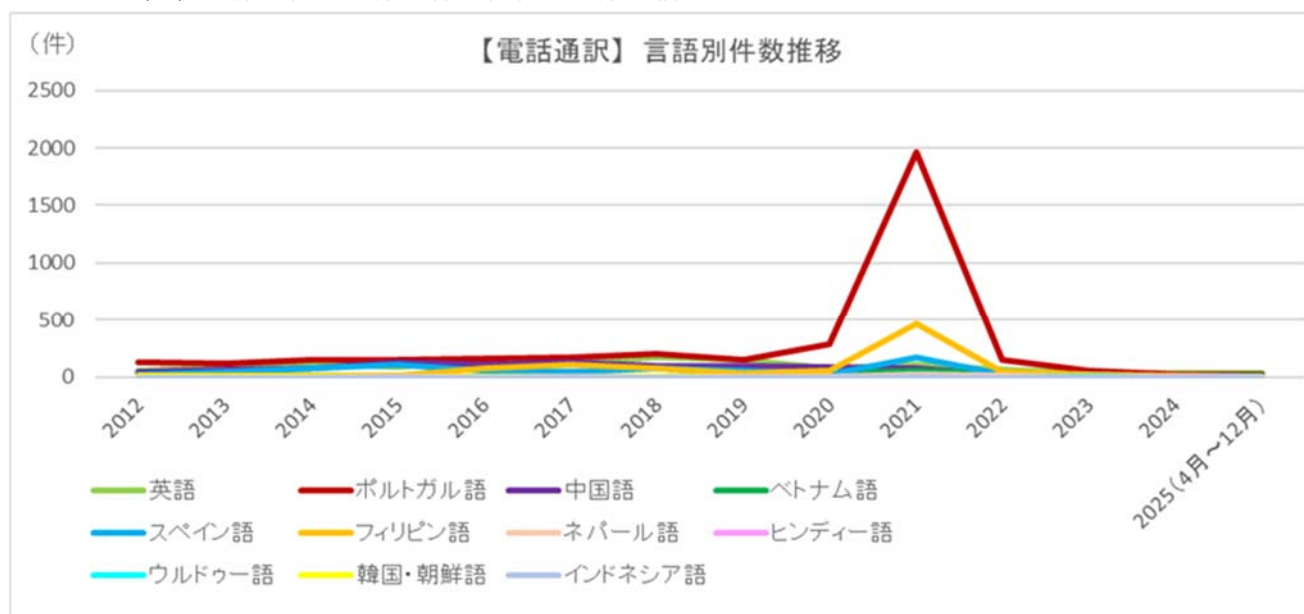
本システムの料金体系は以下のとおりである。

コース	月額利用料	通訳時間
A	10,000円	400分/月
B	5,000円	200分/月
C	3,000円	90分/月
D	1,000円	20分/月

選択したコースの通訳時間を超えた場合は、10分毎に1,000円が加算される。利用実績を見ると、2021年においてポルトガル語の利用件数が突出している(図2)。

(図2) あいち医療通訳システム サービス別の利用状況

(2) 電話通訳 言語別件数推移、言語別構成比



これは、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、PCR 検査を実施した保健所等において通訳需要が一時的に増大したことに起因する。近年、携帯型音声通訳機や通訳・翻訳アプリケーションなどの機械翻訳の開発が進み、電話通訳の必要性の低下が指摘されている。しかし、それら機械翻訳には翻訳精度や誤訳の問題が指摘されており<sup>4)</sup>、日常会話や問診レベルでの使用には有効であるが、インフォームドコンセントなど医学的専門性の高い内容について正確な通訳が求められる場面においては、電話通訳は依然として有効な

手段である。状況に応じて適切に使い分けることが重要である。

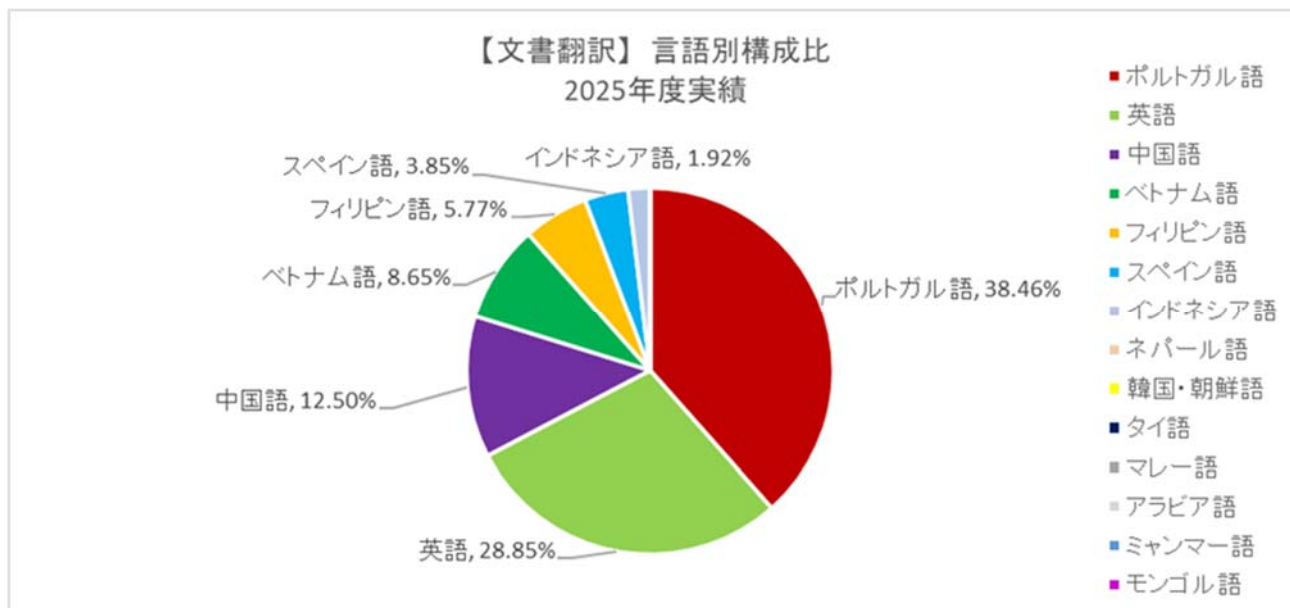
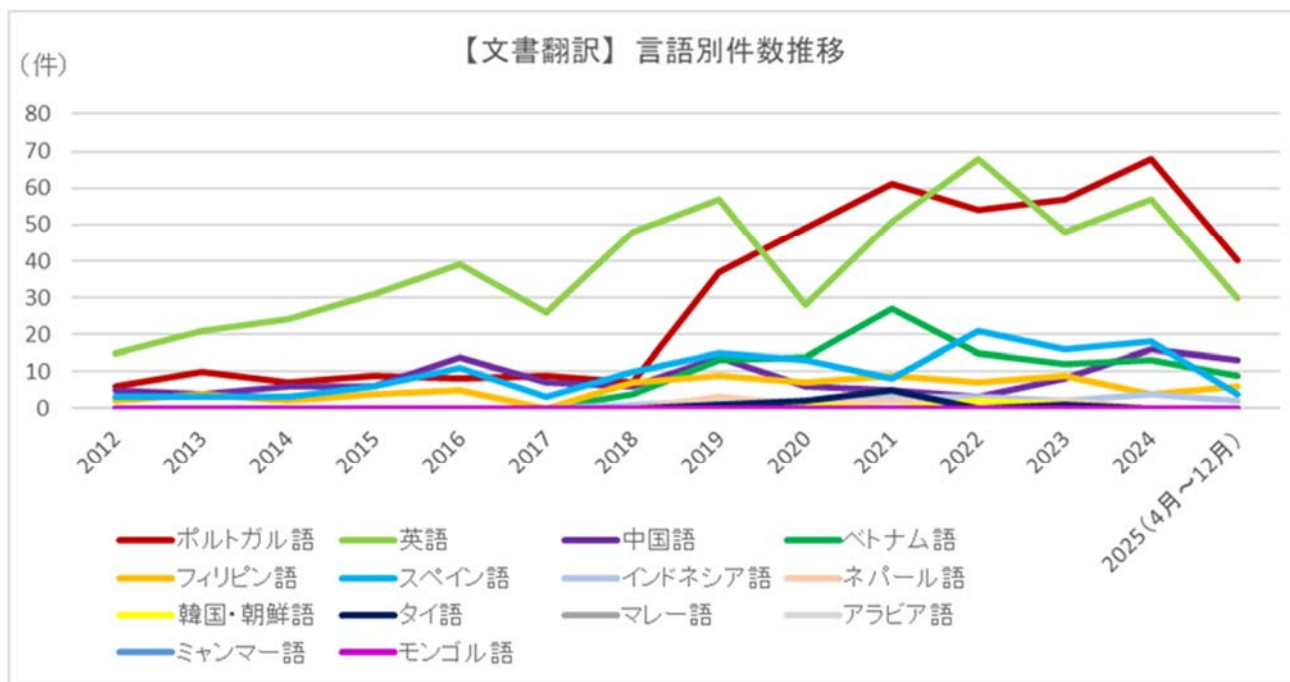
## 文書翻訳

外国人患者に渡す医療機関への紹介状などを翻訳するサービスで、対応言語は 英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、フィリピン語、ベトナム語、タイ語、インドネシア語、マレー語、アラビア語、韓国・朝鮮語、ミャンマー語 の計 12 言語である。このうち タイ語、インドネシア語、ネパール語、マレー語、アラビア語、韓国・朝鮮語、ミャンマー語 は通訳者が少なく、依頼しても対応できない場合がある。対象文書は原則として患者本人に直接渡す紹介状等であるが、その他の文書は事務局との相談が必要となっている。利用料は A4 片面 1 枚 3,000 円、原則として医療機関と患者が折半することとなっている。利用時は患者の同意を得たうえで事務局に依頼し、翻訳された文書は 約 1 週間 で医療機関へ送付される。

発足当初からの利用実績をみると当初は英語の件数が最も多かったが、近年通訳派遣、電話通訳と同様にポルトガル語の依頼件数が増加傾向にある(図 3)。

(図3) あいち医療通訳システム サービス別の利用状況

(3) 文書翻訳 言語別件数推移、言語別構成比



前2者の件数に比較して文書翻訳の件数が少ないのは、翻訳ソフトの普及により本システムに依頼されるのはより専門性の高い文章に利用されているためと考えられる。

### 医療機関別サービス利用実績

本システムに登録されている医療機関は前述したように 175 であるが、実

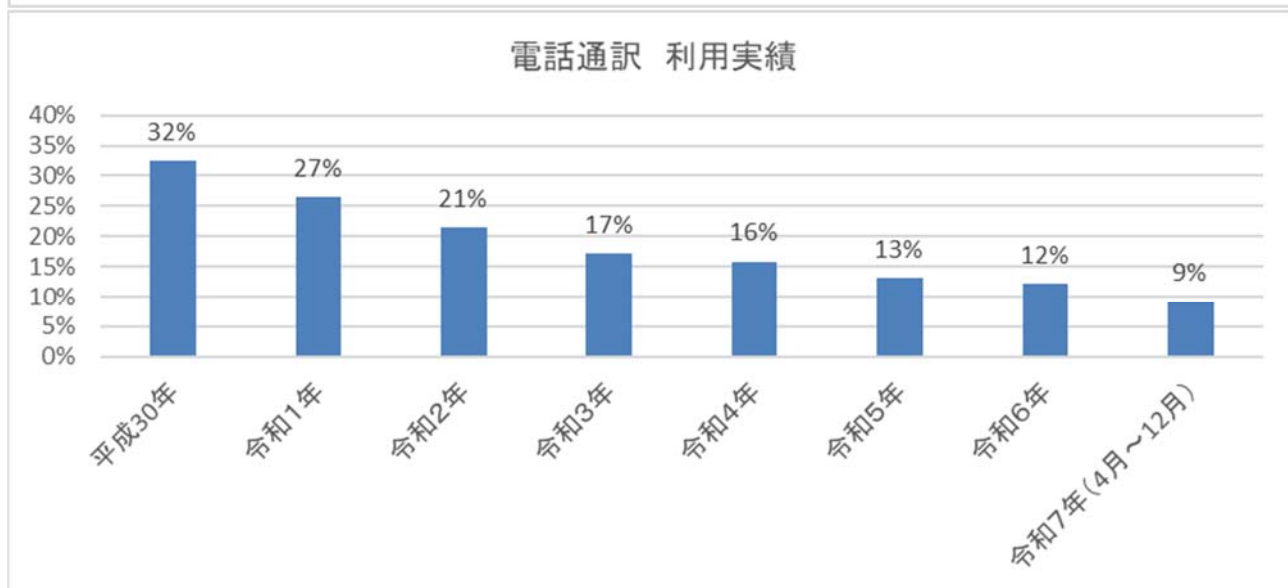
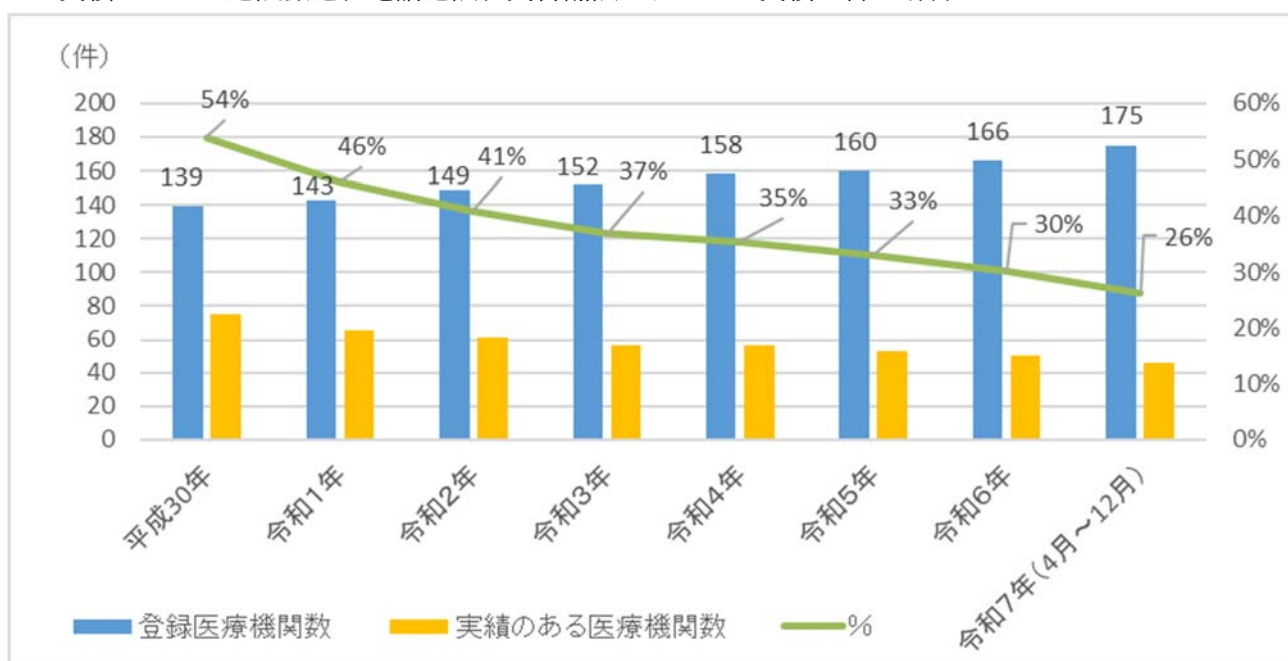
際に活用している医療機関は限られている。通訳派遣では 22 医療機関(18%)、電話通訳 16 医療機関(9%)に過ぎない。活用実績のある医療機関数の年次数を見ると、電話通訳ではその割合は低下傾向にあるが、通訳派遣は発足当初より若干減少したが、その後 20%前後で変化なく、利用する医療機関が固定化しているためと思われる(図 4)。

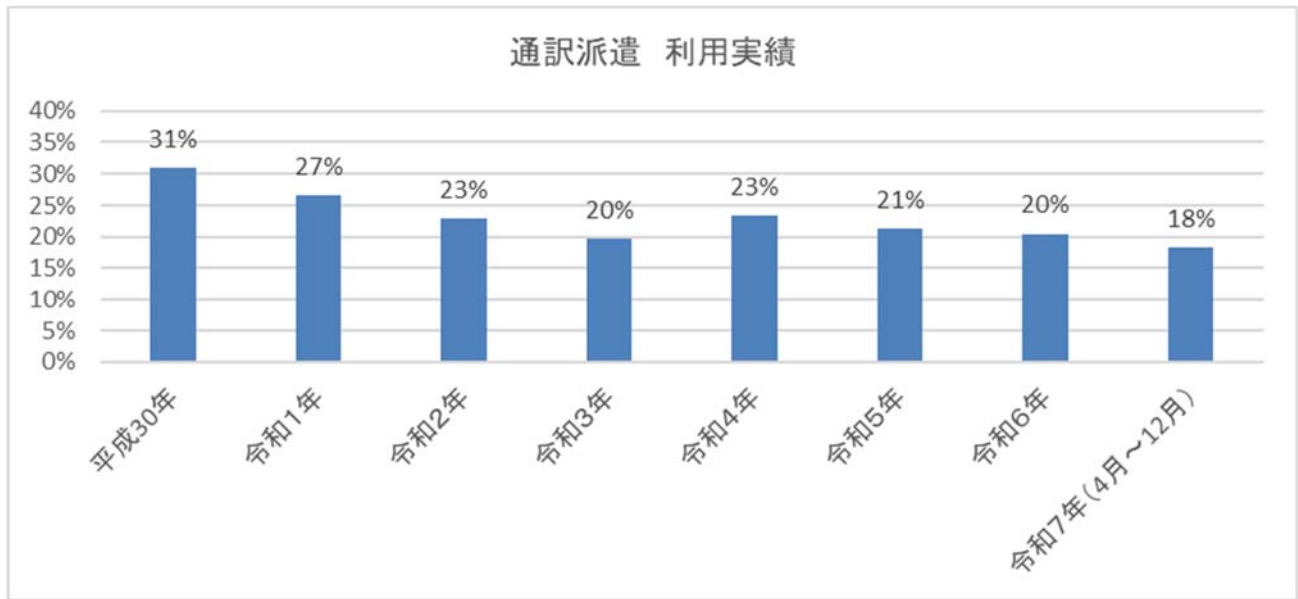
(図 4) 登録機関数から見た実績のある医療機関数

■あいち医療通訳システム 医療機関等別サービス別利用実績

■登録医療機関数からみた実績のある医療機関数

※実績のある：通訳派遣、電話通訳、文書翻訳いずれかの実績を含む場合





### 医療通訳に関するアンケート調査

本年 2 月に愛知県下 307 病院に対し、医療通訳の実態調査をアンケート形式で施行した。178 医療機関より回答が得られ回収率は 58.0%であった。2018 年にも同様に実態調査(回収率 71.0%)を行っており、比較可能な項目も含めて愛知県における医療通訳サービスの現状と課題について検討する\*)。

医療通訳は 50.6%の医療機関で導入されていたが、2018 年では 25.7%であり、今回は増加していた。しかしその導入内容には大きな違いがあり、2018 年ではあいち医療通訳システムが最も多かった(70.0%)が、今回はポケットークなどの携帯型音声通訳機や通訳・翻訳アプリケーションを使用している医療機関が 60.6%と最も多かった。あいち医療通訳システムを利用している医療機関は 8.3%に激減していた。医療通訳者を雇用している割合はほぼ同様(今回：19.3%、2018 年 20.0%)であったが、今回の方が常勤として雇用する医療機関が増加(今回 44.4%、2018 年 28.6%)し、いずれの通訳形態でも対応言語はポルトガル語が最も多かった。

あいち医療通訳システムの利用状況は電話通訳が最も多く(43.8%)、次いで

通訳派遣(34.4%)であった。通訳派遣の利用頻度は年数回程度が最多(65.2%)で、月の利用人数も0~1人が最も多かった(54.5%)。受付対応、問診、診療など日常診療やインフォームドコンセントなど幅広く利用されていた。電話通訳は本システム利用医療機関では15.7%、医師賠償責任保険の電話通訳サービス利用医療機関数は5.7%であった。本システムでの電話通訳利用状況では使用頻度では年数回程度が最多(75%)、契約コースも月額基本料1000円の廉価版が最も多い(46.4%)。利用内容については本システムの電話通訳、医師賠償責任保険の電話通訳サービスとも初診・再診など日常診療に主に使用されていた。これに対し今回例用率が急増した携帯型音声翻訳機、通訳・翻訳アプリケーションの使用は日常診療以外に看護師による問診、受付業務での対応、その他日常会話など幅広く使われていた。

費用負担については、本システム利用規約では患者と医療機関側で折半となっているが、実際は医療機関側で全額負担している場合が多く、その割合は前回は61.3%であったものが今回は81.3%まで増加していた。

## まとめ

本システム利用状況、アンケート結果から愛知県下の外国人医療に対する医療機関の取組状況を解析してみる。医療機関別サービス利用実績では登録医療機関数は増加傾向にあるが利用実績のある医療機関数は低下傾向にあり、特に電話通訳の利用実績の低下が著しい。一方、医療通訳の導入方法では携帯型音声翻訳機、通訳・翻訳アプリケーションの割合が突出しており、多くの医療機関が電話通訳から乗り換えた可能性が高い。

あいち医療通訳システムの電話通訳は廉価版で月1000円の費用負担で手軽に利用可能と考えられるが、携帯型音声翻訳機、通訳・翻訳アプリケーション

ンはそれ以上に利便性の高さ、初期費用のみでランニングコストがほぼ不要である点などが普及拡大の最大要因であると思われる。これらの機械翻訳機は日常会話程度であればほぼ問題なく使用できるが、専門的な医療用語の翻訳やインフォームドコンセントなどにも使用できるか否かは明らかではない。これら機械翻訳機の信頼性、誤訳のリスクに関しては実証実験を通じて報告されている<sup>4)</sup>が、誤訳のデメリットは最終的には患者自身に振りかかるといふ点を医療従事者は十分認識し、通訳者、電話通訳、機械翻訳を使い分ける必要があるだろう。

誤訳のリスクを下げるには通訳者のレベルアップが欠かせない。本システムでは基本的にボランティアベースでの業務のため各団体の資格<sup>5)</sup>は必須ではないが、外国語講座を持つ地元大学や協力医療機関での研修など独自の医療通訳者養成プログラムやその後のフォローアップ研修を行い、翻訳能力の担保に努めている。今回の解析では派遣通訳の件数はほぼ横ばいに対し、実績のある医療機関は減少傾向にある事、通訳に係る費用を医療機関側が全額負担している医療機関が増加していることから、本システムのボランティアベースでの費用負担であっても、経営的に体力のある医療機関でなければ利用しにくいという実情が推察される。

しかし通訳者側から見れば通訳能力を高めて報酬を上げ、プロフェッショナルとして活躍できる場が必要と考えられるが、医療現場との乖離は大きい。医療通訳に係る費用は保険医療機関及び保険医療養担当規則では療養の給付と直接関係ないサービスと解釈され、通訳にかかる費用は患者への十分な説明と同意のうえで実費請求することができるが、対象者の多くは必ずしも経済的に余裕のある患者層ではないため、低額であっても通訳料を請求することは現実的ではない。

この問題を解決するには外国人医療に携わる医療機関に対し通訳料に相当する費用を公的な補助金等による対応しかない。今回のアンケート結果からは、物価高騰、人件費増加により多くの医療機関が赤字経営で苦しんでいる中で、常勤の通訳者を雇用して外国人医療を提供する体力のある少数の医療機関と、機械翻訳機による安価な費用負担で外国人医療を提供する多くの医療機関という2極化が進行している傾向が認められた。

少子高齢化が進行し、我が国の労働力確保に在留外国人は欠かせない。言葉の障壁によるコミュニケーション不足が結果として十分な医療サービスが提供できない事態につながってしまうのは、国民皆保険制度の根幹に係る重大な問題と考えるべきであろう。早急な対応が望まれる。

#### 参考資料

\*) 医療通訳に関するアンケート調査 集計比較



#### 引用文献

- 1) ①あいち医療通訳システムホームページ  
②あいち医療通訳システム ご案内・ご利用の手引き
- 2) 愛知県内の市町村における外国人住民数の状況
- 3) 厚生労働省委託事業「希少言語に対応した遠隔通訳サービス」
- 4) 翻訳機はどこまで安全に使える？ 機械翻訳実証実験の結果から見る誤訳リスク メディフォン株式会社
- 5) ①医療通訳士®(国際臨床医学会)  
②医療通訳専門・基礎技能者(一般財団法人日本医療教育財団)  
③一般通訳検定(医療)(一般社団法人通訳品質評議会)  
④認定医療通訳士(一般社団法人日本医療通訳協会)

1) ①



1) ②



2)



3)



4)



5) ①



5) ②



5) ③



5) ④



## (2) 日医医賠償保険付帯医療通訳サービスについて

日本語を理解できない外国人の診療においては、「言葉の壁」を取り除くことがお互いに有益であることは論を俟たない。JIH（ジャパンインターナショナルホスピタルズ）認証医療機関や JMIP（外国人患者受入れ医療機関認証制度）で認定を受けた医療機関であれば自院で専門の通訳者を配置することも可能だが、多くの一般的な病院や診療所では不可能である。そうした医療機関で外国人患者を診療する場合、家族や友人による通訳を利用したり、その手軽さから機械翻訳（ポケトーク、翻訳アプリ等）を用いるケースが多いと思われるが、様々な危険性が存在するので注意が必要である。

厚生労働省から出ている『外国人患者受入れのための医療機関向けマニュアル』<sup>1)</sup>では、家族や友人による通訳は医療安全上推奨されていない。

種類	リスク
家族通訳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学的概念や専門用語、通訳技術、倫理的規範等に関する知識が欠けていることから、不正確あるいは質の低い通訳が行われる可能性がある。</li> </ul>
友人通訳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に家族が通訳をしている場合には、医療者の伝えたい内容や患者本人の伝えたい内容について変更や歪曲、抑制等が起こりやすい。（例：母親に対するがん告知を子供が通訳する場合）</li> </ul>
同僚通訳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同僚通訳の場合には、会社の都合によって、通訳内容の変更、歪曲、抑制等が起こる可能性がある。（例：労災事故隠しの場合）</li> <li>・患者の秘密保持の侵害にあたる可能性がある。</li> </ul>
バイリンガル職員通訳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学的概念や専門用語が分かったとしても、通訳技術・倫理規範等に関する知識が欠けているため、適切な通訳が行われない可能性がある。</li> <li>・本来の業務や仕事に支障が生ずる恐れがある。</li> </ul>

また、機械翻訳について『外国人患者受入れのための医療機関向けマニュアル』<sup>1)</sup>では、下記の表に示すように、「IC 等、高度で複雑な場面での対応

力」「正確な通訳が行われなかったときの発見の可能性」については「×」、  
「患者や医療従事者の安心感」では「△～×」となっている。

	対面通訳 (雇用)	対面通訳 (派遣)	映像通訳	電話通訳	機械翻訳
即時性 (いつでも利用可能か)	△	△	○	○	◎
場所 (どこでも利用可能か)	△	△	○	○	◎
多言語対応力	×	△	○	○	◎
IC等、高度で複雑な場面での 対応力	◎	◎	○	○	×
患者や医療従事者の安心感	◎	◎	○	△	△～×
正確な通訳が行われなかった ときの発見の可能性	◎	◎	○	○	×

機械翻訳はその手軽さや多言語対応に優れていることもあり頻用される傾向にあるが、特に注意しなければならないのは、以下の2点である。

### 1. 記録が残らない

→間違った通訳により患者とのトラブル（裁判を含む）が生じた場合に、正当性を主張する根拠が無いことから医療機関側が不利になる可能性がある。

### 2. 高度で複雑な場面では、重大な誤訳が発生するリスクが高い

→例えば、元の発言が「心不全は亡くなることがある病気です」だった場合に、「心不全は無くなる（治癒する）ことがある病気です」と誤って翻訳される危険性がある。

海外では、通訳を介さなかったこと、もしくは、家族や友人による通訳が原因の医療過誤事件や医療過誤訴訟が発生している。一方、我が国においても、外国人患者の医療をめぐる裁判例がみられるようになった。例えば、在留外国人患者に対する甲状腺手術の事件では、患者は日本語での日常会話は可能で文章もおおむね理解することはできるレベルであったが、医療におけ

る専門的な用語の理解には限界があると主張した。これを踏まえて裁判所は、手術に関する重要な合併症リスクについて十分な説明が尽くされておらず、患者がその内容を正確に理解しないまま術式を選択したと認定し、その結果、自己決定権の侵害が認められ、医療機関側に説明義務違反があるという判決を下した。こうしたことから、専門の通訳を雇うことのできない一般的な医療機関（病院や診療所）において、インフォームドコンセント（以下、IC）などの重要な場面では、遠隔による電話医療通訳（またはビデオ通訳—以下の文章では省略）を利用すべきであることは明らかである。電話医療通訳では、後述するように訓練を受けた医療通訳士が翻訳をしていることに加え、会話した内容が記録として残されている。医療安全上、医療機関側の説明が正しいことを証明できる証拠を残しておくことが極めて重要である。その意味では、一部の機械翻訳、例えば、メディフォンの機械翻訳やコニカミノルタの MELON などは記録が残る上に、専門の医学用語の翻訳も優れており機能が向上しつつあり、医療機関としてどのデバイスを選択すべきか考えねばならない。

ただし、電話医療通訳を用いて言葉の壁を取り除くことは決してトラブル回避が目的ではない。我が国の医療機関を受診した外国人患者が、説明された内容を十分に理解して自ら治療の選択を行い、安心して医療を受けられるようにすることこそが大切である。ポケットークやスマホ等の機械翻訳は受付や問診、会計等の比較的簡単な会話での使用にとどめ、IC などの重要な場面では訓練された医療通訳士による電話医療通訳を用いるといった使い分けが必要である。

しかし、電話医療通訳の利用は期待されたほど増えてはいないのが実状である。厚生労働省が実施した令和 6 年度の「医療機関における外国人患者の

受入に係る実態調査」<sup>2)</sup>に回答した病院(n=5,864)または診療所(n=1,532)のうち、電話医療通訳を利用している医療機関は病院の場合 12.4%、利用していないが 87.6%であった。診療所では、利用している 2.0%、利用していないが 97.6%であった。その要因は様々であるが、一つは費用負担の問題がある。アメリカ合衆国では、「政府から補助金を受け取っている医療機関は無料で通訳を用意する義務があり、また英語ができない患者は無料で医療機関に通訳サービスを求める権利がある」とする大統領令が 2000 年に発出されている<sup>3)</sup>。わが国では自由診療は勿論のこと保険診療においても医療通訳費用を「療養の給付と直接関係ないサービス」と位置づけ、説明と同意の上で保険診療分とは別に患者へ実費請求が可能となっている。しかし、実際には多くの医療機関が患者には請求できず自ら負担している。先の実態調査<sup>2)</sup>では、電話医療通訳の費用を医療機関が負担している割合は、病院の場合、保険診療で 90.3%、自由診療で 85.1%であった。

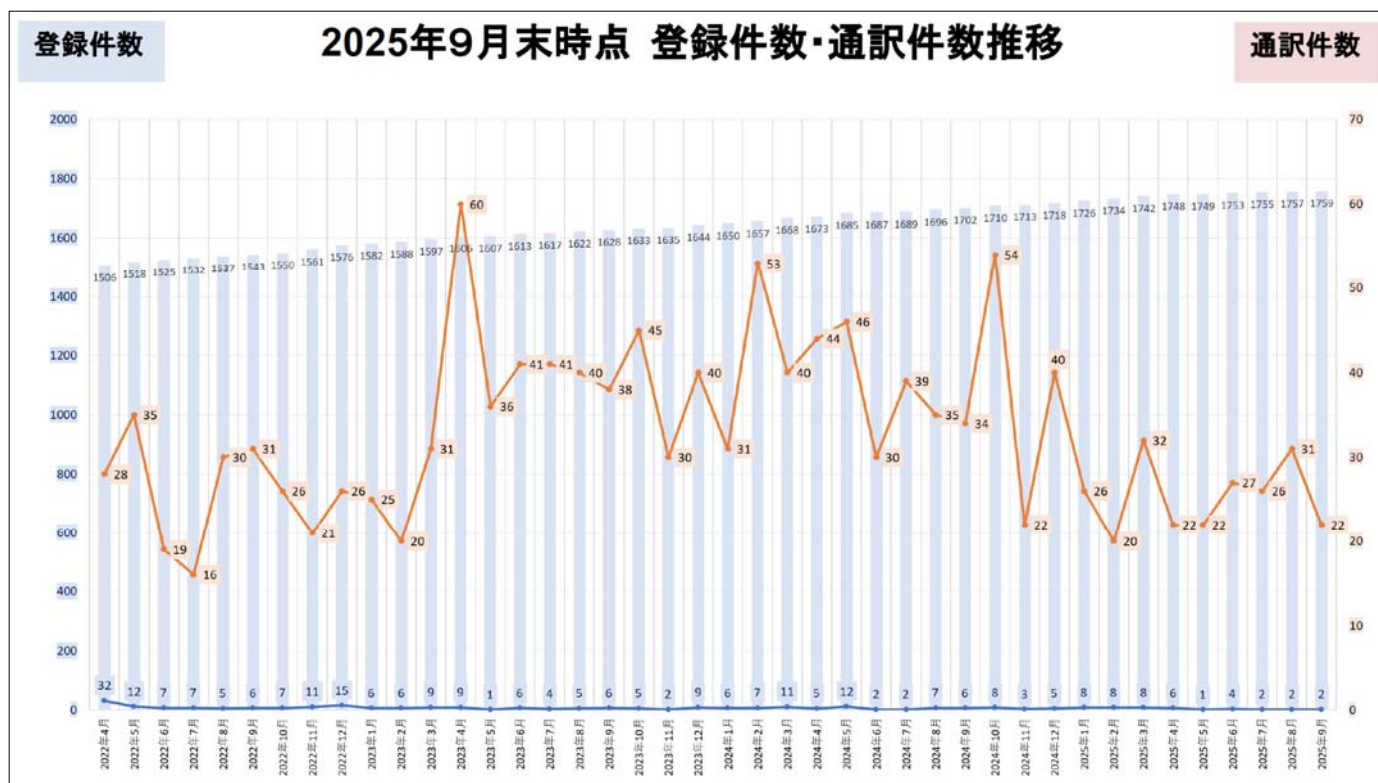
日本医師会では、医師賠償責任保険の付帯サービスとして日医 A 1 会員向けに、電話医療通訳の無料サービスを 2020 年 4 月から開始した。

利用対象者：開設者・管理者が日本医師会 A1 会員である医療機関の医師・職員  
医療通訳の内容

- ・電話医療通訳：A1 会員一人あたり年間 20 回までは無料、19 言語、毎日 8:30~24:00  
※無料利用回数を超過した場合、追加費用は時間精算となり、5 分毎 1,500 円（税抜）を利用した A1 会員の先生が負担。
- ・機械翻訳：回数無制限、18 言語、毎日 24 時間（無料）

以下のグラフは株式会社メディフォンから提供を受けたものだが、登録する医療機関数は 2025 年 9 月で 1,759 件と徐々に増えつつあるが、2025 年の月あたりの利用件数は 20~30 件と極めて低調である。石川県医師会では 2017 年 10 月~2019 年 9 月の 2 年間で『外国人患者受入環境整備促進事業』を行

い、参加した医療機関は無制限に電話医療通訳を無料で利用できるというものである。登録した医療機関数は40件前後で、月当たりの利用件数は7～39件、平均で20件/月であり<sup>5)</sup>、これに比べると今の日医が提供しているサービスの利用が極めて少ないと言える。



ここで、我が国における医療通訳士の存在についてはあまり知られていないと思われるので、簡単にその歴史を紹介したい<sup>3) 4)</sup>。日本語のできない外国人に対して日本人と同水準の医療を提供すること、並びに保健医療分野に造詣の深い医療通訳士に対する適正な報酬と身分を保障するための制度整備に寄与し、かつ、医療通訳士の技術向上のための活動を行うことを目的に、2009年2月に医療通訳士協議会(Japan Association of Medical Interpreters)が発足した。さらに、2020年3月に国際臨床医学会(ICM)認定の医療通訳士制度が発足し、2024年2月には15言語384名の医療通訳士が活躍している。対象言語は、英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・ロシア語・タイ

語・ネパール語・ミャンマー語・フランス語・フィリピン語・韓国語・フィンランド語・ベトナム語・インドネシア語・クメール語など多岐にわたっている。医療通訳士は外国人医療において、医療者と患者間の言語コミュニケーションを円滑にするだけでなく、日本と大きく異なる文化や宗教をもつ患者と日本人医療者の橋渡しの役割を担っている。現在、メディフォン、Bridge Multilingual Solutions、東和エンジニアリングなどの遠隔医療通訳サービスを提供する企業で活躍している。

最後に、電話医療通訳の普及が進まない原因はいくつか考えられ、私見を交えて対策等を以下に列挙する。

<一般論として>

- ① 現状では、ポケトークやスマホ等の機械翻訳を手軽に使う傾向がある。しかし、先に紹介したように裁判事例が生じていることから、IC等の重要な場面では電話医療通訳を積極的に活用するべきである。
- ② 電話医療通訳に要した費用は患者に請求ができることになっており、保険診療においては院内掲示が必要とされている。しかし、要した時間に応じて利用料金が増えるシステムであるため、事前に患者に説明することは難しい。そこで、一例として、院内掲示やホームページなどには「電話医療通訳に要する費用：1,500円～」と概算費用を掲示しておくことよ。
- ③ 電話医療通訳に要した費用は、本来は、訪日や在留など外国人を多く誘致している国や県など行政が負担すべきである。我が国でも茨城県の場合は、県が「多言語遠隔医療通訳サービス」<sup>6)</sup>を提供し医療機関は無料で利用ができるようになっている。

<日本医師会の医賠償のサービスに関して>

- ④ 無料サービスが年間20回までと制限のあることが、利用が伸びない一因

と考えられる。例えば、入院診療の場合は1人の患者で何回も利用することになりうるためである。本サービスは保険という仕組みを利用しているため仕方のないところだが、今後全国で利用が増えていけば、その回数も増えていく可能性があるので積極的に利用してほしい。

- ⑤ 日医会員が電話医療通訳の利用方法を煩雑と思い込んでいる可能性があるが、使ってみると極めて簡単に利用できる。より多く利用してもらえよう日医や本委員会等が周知方法を工夫していくべきである。

#### 引用文献（資料）

- 1) 厚生労働省『外国人患者受入れのための医療機関向けマニュアル』（第4.0版）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001691274.pdf>
- 2) 厚生労働省. 医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査結果報告書（全体版）令和7年3月  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001701942.pdf>
- 3) 中村安秀：なぜ医療通訳士が必要なのかーわが国の現状からみた重要性と必要性ー.  
保健の科学 62：580-585,2020
- 4) 中村安秀：新しい葡萄酒は新しい革袋に入れる. 令和4年度5年度外国人医療対策委員会報告書への特別寄稿
- 5) 齊藤典才：石川県医師会が行っている外国人医療対策一団体契約による電話医療通訳を活用した実証事業. 病院 78:493-497,2019
- 6) 茨城県 多言語遠隔医療通訳サービス  
<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/iryo/gaikokuzinn.html#tagengotuu>

## 4. ワンストップ窓口の現状と課題

### (1) 広域的なワンストップ窓口の必要性について

外国人患者を受け入れることについて、医療機関は決して積極的とは言えない現状がある。

その原因のひとつには医師法の応招義務により医師は外国人患者についても適切なる理由なく診療を拒むことはできないものの、一方で受け入れた医療機関は個々の外国人患者が抱える言葉、在留資格や医療費の工面などさまざまな問題をともに抱えることになり、診療に時間がかかる上に、なおかつその問題が一つの医療機関では解決しきれない種類の問題であるからだろうと推察される。すなわち、外国人患者は医療機関にとってあまり歓迎できない患者である可能性が高いと言えよう。

事実、特活)AMDA 国際医療情報センターが運営する日本語を含む8言語対応の外国人医療に関する無料電話相談には外国人からだけではなく、外国人患者を迎えた医療機関や関連行政機関からの相談が増加傾向にあり、その内容も言葉の通訳、予約の依頼、専門医に関する情報、在留資格に関するものなど実にさまざまである。

以上から医療機関に適切に外国人患者を受け入れてもらうには、可能な限り、受け入れ医療機関に余計な負担をかけぬよう、個々の医療機関で解決できない問題については医療機関に替わって一括して引き受ける機能を持ったいわゆる「ワンストップ窓口」が必要である。この「ワンストップ窓口」に相談を集中させることにより、受け入れ医療機関は本来の医療機関としての責務である診療に専念することができると考える。

「ワンストップ窓口」が備えるべき機能は下記のごとくである。

1. 医療機関にやってきた外国人を含む外国人サイドからの相談に応じるために多言語で対応できること、すなわち通訳機能を持っていること
2. 日本人サイドだけでなく、外国人サイドからの各種医療・医事相談や在留資格など医療に関連した諸問題に適切に応じることができること、とくに医療機関を訪れる以前の外国人の相談に応じることにより、医療機関にもたらされるであろう相談の防波堤になりうる。
3. 365日対応できること

なお、「ワンストップ窓口」には、特活)AMDA国際医療情報センターの相談業務の内容を参照すると、医療・医事関係だけではなく、外国人患者に関する在留資格など法的知識に至るまで多岐にわたる相談が寄せられるものと推察できる。ゆえに対応する相談員には幅広い適切なる知識が求められる。このような相談員の確保や費用の点から、①「ワンストップ窓口」は公的支援を得るか、公的機関として設置されるべきであり、②各都道府県に一か所、設置する必要することは非現実的であり、全国に数か所、場合によっては全国に一か所など広域的な「ワンストップ窓口」の設置が必要かつ現実的と考える。

## (2) 大阪府における取組について

都道府県が設置するワンストップ窓口の一つとして、「大阪府外国人患者受入れにおける医療機関・薬局向けワンストップ相談窓口（トラブル相談窓口）」を紹介する。

これは、国の夜間・休日ワンストップ窓口が対応外とする、平日・日中の相談先として大阪府が開設したものである。「外国人対応に関する日常的な相談から複雑な課題にも対応できる相談窓口」として、国のワンストップ窓口と同様のサービスを展開し、大阪府独自の対応としては、薬局（調剤業務に関係する内容のみ）も相談の対象となっている。

しかし、大阪府が別途行っている「多言語遠隔医療通訳サービス」の利用件数が訪日外国人の増加に伴い右肩上がりとなったことに比べると、その利用実績は低調にある。

外国人医療において、第一にワンストップ相談窓口を必要とするのは医療機関を受診する外国人であるが、現状、患者個人からの相談は対象外となっている。そのため、外国人の方が受診を要する場合には、医療機関を自ら検索して受診しなければならない。また、医療機関に外国人患者が受診した際には、医療提供のために言語的な意思疎通を図る必要に迫られるが、医療機関等からの相談を日本語でのみ受け付けるワンストップ相談窓口は使い勝手の悪さが否めない。

これらを踏まえ、医療機関に外国人患者が受診する前段階で、患者自身が病状などを相談でき、且つ母語で受入れ可能な医療機関を探し出してくれる、コンシェルジュ的な役割を果たすことのできるワンストップ相談窓口への充実が望まれる。

## 多言語遠隔医療通訳拡充事業

### 事業概要

ビデオ通訳の導入により、医療通訳の現場においては細かなニュアンスの伝達が可能となり、サービス利用医療機関から、医療通訳者の顔が見える環境整備は、外国人患者にとっても安心して医療を受けられることに繋がるため、外国人患者、外国人患者受入れ医療機関の双方への言語の障壁を取り除き、医療従事者への負担軽減につなげる。また、令和8年度からは、外国人材の活躍を後押しするため、外国人材の中で需要の高いネパール語を追加する。

**対応言語** 9言語（英語・中国語・韓国語・スペイン語・ポルトガル語・ベトナム語・タイ語・フランス語 **+ネパール語**）

**サービス内容** 既存の電話、ビデオによる医療通訳遠隔サービスにより、24時間365日の円滑なコミュニケーションを支援

### 利用実績

年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度（12月末）
利用件数	561件	702件	1,928件	3,235件	3,734件
利用施設数	39施設	35施設	39施設	42施設	56施設

### スキーム図



## 外国人患者受入れワンストップ相談窓口設置・運営事業

### 事業概要

外国人患者受入に伴う、コミュニケーション・文化の違いによるトラブル、医療費未払い、未収金回収の方法といった金銭トラブル、法的トラブル、保険会社への請求方法等の相談も含めたトラブル相談窓口を設置。

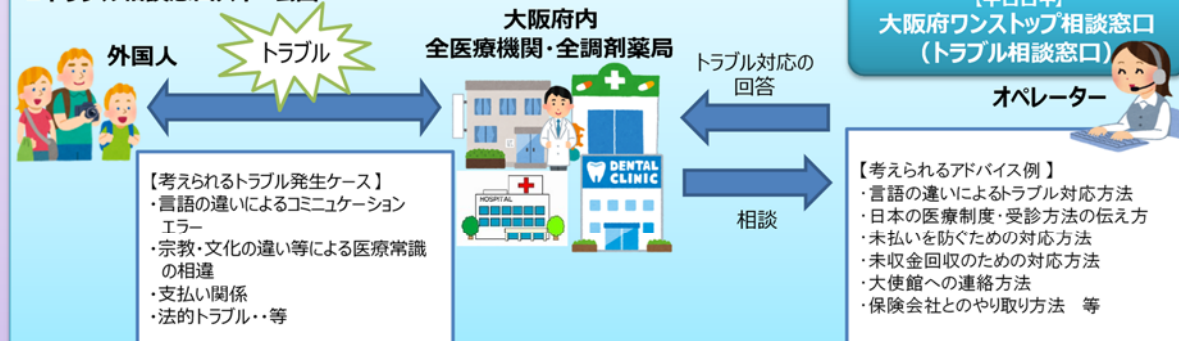
**対象病院** 大阪府内全医療機関、全調剤薬局

**実施方法** 平日日中9時～17時  
※平日夜間、土・日祝は厚生労働省が全国一律実施

**実施内容** 診療場面等、必要に応じて専用回線に電話し（通話料は医療機関負担）、医療機関との間で通話でのトラブル相談窓口を実施。厚生労働省が実施する夜間休日窓口とのサービスの連続性を考慮し、同等程度のサービスを実施。

**利用実績** 令和6年度:32件、令和7年12月末:27件

### ■トラブル相談窓口スキーム図



### 厚生労働省概算要求内容

■外国人患者に対する医療提供体制整備等推進事業

②ワンストップ窓口の運用に係る支援

※都道府県に日中のワンストップ窓口を設置補助。夜間休日の対応は国実施

【基準額】厚生労働大臣が必要と認めた額（国 1/2・都道府県 1/2）

※令和7年度と同様

【厚生労働省概算要求ヒアリング】

## 5. 訪日外国人に対する医療における諸問題

### (1) 未収金・医事紛争予防のための適切な情報収集・情報提供、提供する医療及び法制度の違いに関する事前の説明

#### 1) 受付段階における情報提供と情報収集

受付は外国人患者が最初に接触する場であり、ここでの正確な情報提供と収集が後の未収金やトラブル防止の鍵となる。

#### (ア) 本人確認と滞在情報の把握

安全な診療と未収金対策のため、受診段階で正確な情報を把握することが不可欠である。

#### 【取得すべき情報とその方法】

- ・パスポートの確認: 氏名、国籍、生年月日、旅券番号、ビザの種類、滞在可能期間を確認するため、パスポートのコピーを取るべきである。また、正確な氏名把握（スペルの確認）は、診断書作成や保険請求時のトラブル回避のために重要である。
- ・診療申込書の活用: 訪日外国人用の申込書を用い、来日日、離日予定日、国内連絡先（ホテル名等）、本国の住所、連絡先、メールアドレス、支払方法（現金、クレジットカード、海外旅行保険による直接精算）、加入保険情報（ポリシー番号等）、母語及び母語以外に対応可能な言語、宗教上の要望等を確認する。

#### (イ) 支払いに関する事前説明

医療費に関するトラブルの多くは、事前の説明不足による不信感から生じることから、できる限り正確な情報を提供することが求められる。

- ・全額自己負担の説明: 訪日外国人には日本の公的医療保険が適用されず、自由診療として全額自己負担（10割以上）になることを早い段階で明確に伝える。
- ・概算医療費の提示: 検査や治療を開始する前に、概算額を提示し同意を得ることが推奨される。特に高額治療が見込まれる場合は、書面（多言語資料）を用いて丁寧に説明し、実際の費用が概算と異なる可能性があることも含めて納得を得る必要がある。
- ・対応可能な支払手段の明示: 現金、クレジットカード、海外旅行保険の直接精算など、自院で利用可能な方法を提示する。

#### （ウ）支払能力の担保

特に、患者の病状により高額な診療が見込まれる場合、デポジット（預り金）の請求や、クレジットカードの限度額確認、また、未払いが発生した場合の支払誓約書への署名取得等が重要な対策として挙げられる。

#### （エ）自由診療用の診療契約書の整備

保険診療を行う場合には、健康保険法、療養担当規則等により、診療の手続き、及び、実施方法が詳細に定められていること、患者側も健康保険に加入し、保険診療を受ける意思で保健医療機関を受診することから、個々の受診時に医療機関との間で診療契約書を用いて契約内容を確定させる必要性が乏しい。

一方、保険未加入者や訪日医外国人に対して行われる、いわゆる自由診療においては、民法の原則である契約自由の原則の下、両契約当事者が自由に契約内容を決定することができることから、保険診療とは異なり、双方の合意内容を明らかにすることが求められる。（医療機関と患者との契約はB to C契約であるため、消費者契約法等には服する）

特に、訪日外国人に対する自由診療においては、当該外国人の自国での医療制度とわが国の医療制度は異なることから、日本では「当たり前」と考えられることであっても、当該外国人患者にとっては、知らない/非常識に感じられることも往々にしてある。したがって、訪日外国人の診療に当たっては、診療契約書を作成、締結することが求められる。

## 2) 診療・治療段階における情報提供と同意

適切なコミュニケーションは、医療安全の確保と医事紛争の防止に直結する。

### (ア) 通訳体制の整備と説明の質

日本語でのコミュニケーションが困難な患者に対し、十分な説明（インフォームド・コンセント）を行うには、適切な通訳が不可欠である。

- ・家族・友人通訳のリスク：専門用語の誤訳や内容の歪曲が生じやすく、後の紛争原因になり得るため、特に手術等、侵襲を伴う治療を行う場合には、医療通訳者や遠隔通訳サービス（電話・映像通訳）を活用すべきである。
- ・「やさしい日本語」の活用：医療通訳が確保できない場合や、一定の日本語能力がある外国人に対しては、難しい言葉を避けた「やさしい日本語」を用いることで、情報提供の精度を高めることができる。挨拶含めた日常会話ができることと、医療情報を適切に伝える、理解することは全く異なることには注意が必要である。また、国立国語研究所の調査では、英語でコミュニケーションがとれると回答した在留外国人は4割程度であり、外国人であれば英語でコミュニケーションがとれると考えるのは誤りであり、特に英語圏ではない患者に対し、英語で対応することは、二重のコミュニケーションエラーが発生する危険があることに留意すべきである。

#### (イ) 治療方針の共有と中断への対応

- ・日本でどこまで治療するか: 訪日外国人は帰国の予定があるため、長期・高額治療が必要な場合には、経済的負担や帰国後のフォローアップを考慮し、日本での治療範囲について家族を含めて話し合い、方針を共有する。
- ・治療中断・自己都合退院: 患者が医師の指示に従わず中断を希望する場合、リスクを説明した上で「治療中断に関する同意書（自己都合退院同意書）」を多言語で作成し、署名を得ることで後日の法的責任追及を防ぐ。

#### (ウ) 宗教・文化的背景への配慮

宗教上の理由による食事制限や、異性医師による診察の拒否、特定の治療の拒否（輸血等）については、事前に確認を行う。

重要なことは、対応可能な事項と、対応困難な事項を明確化することであり、すべての要望に対応しなければならないわけではない。ただ、すべての要望に応えることが難しい場合でも、代替案（例：診察への女性職員の同席、外部からの食事の持ち込み同意等）を提示し、納得を得た上で診療を進めることが、信頼関係の維持に役立つ。

### 3) 未収金発生時の報告制度

万が一、高額な未収金が発生した場合には、厚生労働省と出入国在留管理庁が連携する「訪日外国人受診者医療費未払情報報告システム」への報告を行う。これにより、悪質な未払い実績者に対する次回入国審査の厳格化が図られるなど、実効性のある抑止策が講じられる。

## 【コラム】

### 「支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等」とは？

令和元年に示された「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（令和元年 12 月 25 日 医政発 1225 第 4 号）（以下、「本通知」という。）において、「医療費不払い」が診療を拒否できる正当事由に当たりうることが示された。同通知では、「以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。具体的には、保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診療しないこと等は正当化される。また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もある。」としている。本通知がいう「支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等」とはいったいどういうケースを指すのか？①保険診療でない場合と②保険診療の場合についてそれぞれ検討する。

- ① 保険診療でない場合：本通知では、「㊦具体的には、保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、①医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診療しないこと等は正当化される。」としている。

まず、「㊦支払い能力が不確定である」についてだが、そもそも、「支払い能力があるにもかかわらず」に該当していないので、正当化さ

れないのは自明である。別稿にも示されているように、保険未加入者に対しては、支払い能力を確認することが求められるのであり、支払い能力の確認もせずに不確定だからという理由のみで拒否してはいけないというのは当たり前といえる。

次に、「④医学的な治療を要さない自由診療において・・・」だが、これは、本通知に示されている「緊急対応が不要な場合」の典型である。そのような場合においては、「支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等」だけではなく、単に「支払い能力を有さない」場合においても正当化されるとしている。

そうすると、単なる感冒や軽度の外傷のような「緊急対応が不要な場合」においても、単に「支払い能力を有さない」場合でも正当化されうると考える余地がある。

とはいえ、実際に診察し、検査をしなければ、本当に緊急対応が不要な場合かわからない場合もあること、療養、治療が不適切、又は遅れたことにより重症化することもあることから、医学的な治療を要する場合には慎重な判断が求められることとなる。

- ② 保険診療の場合：本通知では、「特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もある。」とされている。

そもそも、「支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等」というのは、実際に診療をして、会計の段にならないとわからない要件である。そこで、診察の申し込みがあった段階で上記に該当することが推定される場合の例として、複数回の未払いが挙げられている。

しかし、法律的な言い回しとして、「支払能力があるにもかかわらず

悪意を持ってあえて支払わない場合等という表現は、「よほどのことがない限りは認めませんよ」という際に用いられる言い回しであり、本通知においても、「悪意のある未払いであることが推定される場合もある。」と複数回の未払いがあったとしても、例外的に認められることもありうるという表現になっていることから、極めて例外的な場合のみを想定しているように読める。

結局のところ、保険診療であってもなくても医学的な治療を要する場合には、支払い能力や支払う意思にかかわらず、正当化される場合というのは極めて限定的となりそうだ。

そうであるならば、国が医療機関に対し特段の負担を強いているのであるから、日本国憲法 29 条第 3 項「私有財産は、正当な補償の下に、これを公共のために用ひることができる。」にあるとおり、国は不払い時の補償をしなければならない。

もし、それができないのであるならば、少なくとも「診察の申込時に受付で判断可能な正当事由の具体的な例」について検討し、明示することが求められる。

「口を出すなら金を出す。」、「金を出さないなら口を出さない。」当たり前のことが当たり前になるよう積極的な議論を進めていく必要がある。

## **(2) 救急医療における患者・家族への説明**

### **1) はじめに**

救急医療は、一分一秒を争う緊迫した状況の中で行われる。そのため、患者・家族への説明は、平時の外来診療や予定入院とは異なり、限られた時間の中で、必要な情報を正確かつ分かりやすく伝えることが求められる。とりわけ、言語や文化の壁を有する外国人患者への対応においては、説明の質そのものが医療安全、患者の安心、さらには医療機関のリスクマネジメントに直結する。

外国人患者、とくに訪日外国人は、病気や外傷そのものへの不安に加え、「言葉が通じない」「制度が分からない」「費用がどのくらいかかるのか分からない」という複合的な不安を抱えている。そのため救急現場では、単に診療内容を伝えるだけでは不十分であり、患者・家族が現在の状況を理解し、必要な治療に納得して臨めるよう支援することが重要である。

### **2) 誰が説明するのか**

#### **— 説明の主体と多職種の役割 —**

救急医療における説明は、一人の職種だけで完結するものではない。役割分担を明確にしながら、多職種が連携して対応することが重要である。

まず、医師は、医療行為の最終責任者として、病状、診断、緊急処置の必要性、治療方針、予後など、医学的に中核となる事項を説明する役割を担う。一方、看護師は、医師の説明を補足し、患者・家族の不安を和らげる重要な役割を果たす。処置に伴う痛みや不快感、検査や入院までの流れ、トイレや更衣など療養上の細かな配慮について繰り返し伝えることで、患者に安心感を与える。看護師は、患者・家族の表情や反応から理解不足や不安を察知し、

再説明へつなげる「伴走者」としての機能も担う。

また、医療通訳者は、医療の専門性と言語の正確性をつなぐ不可欠な存在である。家族や友人による通訳は、一見便利に見えるものの、医学用語の誤訳、情報の省略、あるいは悪い知らせを意図的に和らげるといった心理的バイアスが生じやすい。したがって、対面、電話、ビデオなどの形態を問わず、可能な限り専門の医療通訳を介在させることが望ましい。

さらに、医療ソーシャルワーカー（MSW）や事務職員は、医療費、保険の有無、支払い方法、身元保証、本国や関係者への連絡など、医療以外の現実的課題への対応を担う。とくに外国人患者では、こうした非医療的課題が受療行動や治療継続に大きな影響を及ぼすため、早期からの関与が重要である。

### 3) いつ説明するのか

— フェーズごとの説明の在り方 —

救急医療における説明は、一度で十分に行えるものではなく、病状や経過に応じて段階的に実施することが求められる。

まず病院前段階では、救急隊が現場で把握した情報、たとえば国籍、使用言語、既往歴、服薬状況、保険加入の有無などが、可能な限り医療機関へ事前共有されることが望ましい。

患者到着直後の初期評価の段階では、詳細な説明よりも、「今から検査を行う」「命を守るために必要な処置を優先する」といった直近の対応を簡潔に伝えることが重要である。

その後、診断がある程度明らかとなり、治療方針が定まった段階では、病名、処置や手術の必要性、リスク、予後、入院の要否などについて、あらためて丁寧な説明を行う必要がある。ここでは、法的・倫理的にも適切なイン

フォームド・コンセントが求められるため、医療通訳を確実に介在させることが望ましい。

さらに、容態が安定した後は、今後の入院スケジュール、治療継続の見通し、概算費用、支払い方法、保険会社への連絡など、より実務的な説明を行う。患者・家族が落ち着いて話を聞ける状態で説明することで、理解と納得が得られやすくなる。

退院、転院、あるいは帰国を検討する段階では、「日本でどこまで治療を継続するか」「母国に戻って治療を受けるか」といった選択肢について、患者・家族と相談する必要がある。とくに飛行機搭乗に際してはMEDIFが必要となる場合があり、医師は所定様式への記載、機内医療機器の要否、医師免許番号の記載、保険請求にも耐えうる内容などに留意しなければならない。加えて、書類作成に要する費用や交付時期についても事前に説明しておく必要がある。

#### **4) コミュニケーション上の配慮**

説明にあたっては、通訳を介する場合も直接説明する場合も、「やさしい日本語」と短文を用いることが基本である。専門用語や抽象的表現を避け、「意識消失」ではなく「気を失った」、「経過観察」ではなく「しばらく様子を見る」など、平易な言葉に置き換える工夫が必要である。

また、患者が理解したかどうかを確認する方法も重要である。「分かりましたか」と尋ねるだけでは、患者は遠慮や緊張から「はい」と答えてしまうことが多い。そのため、「正しく伝わっているか確認したいので、今の説明をあなたの言葉で話してください」と求めるティーチバック法を用い、理解度を確認することが有効である。

さらに、文化的・宗教的背景への配慮も欠かせない。ハラールなどの食事制限、輸血拒否、異性による診療への抵抗などは、治療方針や看護実践に影響し得る。また、文化圏によっては本人のみならず家族の長や年長者が意思決定に関与することもあるため、誰に説明し、誰が意思決定者なのかを早期に把握することが重要である。

## 5) 医療費説明の重要性

外国人患者、とくに日本の公的医療保険制度の適用を受けない訪日外国人にとって、救急医療費は高額となり得る。このため、費用に関する透明性を確保することは、患者・家族の不安軽減のみならず、未収金防止や苦情対応の観点からも重要である。

もっとも、救急医療では診療開始時点で正確な総額を提示することは困難である。そのため、あくまで概算であることを明示したうえで、おおよその費用、今後追加費用が発生する可能性、支払い方法などをできる限り早い段階で説明することが望ましい。費用説明がないまま診療が進んだと患者・家族が受け止めれば、後の支払い拒否や苦情、場合によっては紛争につながるおそれがある。

また、海外旅行保険の有無については、本人・家族への確認だけでなく、可能であれば保険会社やアシスタンス会社へ直接連絡し、支払い保証の範囲や限度額を確認することが有用である。必要に応じてMSWや事務部門が支払い相談を担うことを伝えることで、患者・家族に安心感を与えることができる。

## 6) まとめ

救急医療における外国人患者・家族への説明は、単なる接遇の問題ではなく、医療安全、合意形成、リスクマネジメントの基盤である。救命を最優先しつつ、医師が医学的妥当性を説明し、看護師が情緒的に寄り添い、MSW や事務部門が現実的課題を整理し、それらを医療通訳が正確な言葉でつなぐ体制が必要である。

すなわち、外国人患者対応における説明の本質は、「言葉が分からないからこそ、より丁寧なプロセスを踏む」ことにある。院内においては、平時から「誰が、いつ、何を、どのように説明するか」を整理し、通訳体制、費用説明の流れ、文化・宗教的配慮の確認方法を含めた標準的な運用を整備しておくことが不可欠である。

### (3) 民間医療保険加入の義務化に向けた現状と課題

訪日外国人は、一般的にはわが国の公的医療保険制度の適用対象外であり、医療機関における診療は原則として自由診療となる。このため、医療費は全額自己負担（100%自費）となり、特に救急搬送や入院を伴う場合には高額となる傾向があり、結果として医療費の未収金が発生しやすい構造的課題が存在している。こうした課題への対策として、海外旅行保険（民間医療保険）への加入が極めて重要とされている。しかしながら、観光庁が訪日外国人を対象に実施した調査によれば、海外旅行保険への加入率は概ね 7 割程度にとどまっており<sup>1)</sup>、一定数の未加入者が存在している。

このため、2018 年に発表された「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関する総合対策」<sup>1)</sup>では、海外旅行保険への加入促進（加入の推奨）が具体的施策の一つとして位置付けられた。また、保険未加入の訪日外国人に対する対応として、入国後でも加入可能な保険商品の販売や、その周知の取組も進められている。さらに近年では、外国から日本へ入国する者又は帰国する者が、入国審査、税関申告、免税購入に必要な情報を事前登録できるウェブプラットフォームである「Visit Japan Web」において、海外旅行保険の加入の有無を確認する設問が設けられるなど、高額な医療費への備えの必要性について注意喚起が行われている。

このように、これまで国においては海外旅行保険の加入推奨に向けた様々な取組が実施されてきたが、未加入者による医療費未収の問題は依然として解消されていない。こうした状況を踏まえ、2025 年 6 月の自民党観光立国調査会の緊急決議<sup>4)</sup>では、訪日外国人の医療費未収金対策の一環として、訪日外国人に対する海外旅行保険の義務化が盛り込まれた。また厚生労働省の研究班においても、民間医療保険の義務化に関する海外の実施状況や制度導入に向けた課題

の研究調査が行われており、制度化に向けた議論は新たな段階に入りつつある。

なお、以上のような状況を踏まえると、今後、医療機関においては、海外旅行保険を活用して医療費の支払いを行う訪日外国人患者の受診が一層増加することが予想される。しかしながら、海外旅行保険には、Pay & Claim タイプ、医療アシスタンスサービス付帯タイプ、ダイレクト・ビリングタイプ等、様々なタイプが存在し、そのタイプによって医療機関が行う事務処理の内容も大きく異なってくる。そのため、医療機関においては、こうした海外旅行保険の仕組みや事務処理について十分に理解し、円滑に対応できる体制を整備していくことが今後ますます重要になってくるといえよう。

1)観光庁「令和5年度『訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査』結果」。

<https://www.mlit.go.jp/kankocho/content/001751352.pdf> 20260501

2) 内閣官房・健康・医療戦略推進本部「第2回 訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/kenkouiryou/kokusaitenkai/gaikokujin\\_wg\\_dai2/gijisidai.html](https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/kenkouiryou/kokusaitenkai/gaikokujin_wg_dai2/gijisidai.html)

20260501

3)デジタル庁「VISIT JAPAN WEB」

<https://www.mlit.go.jp/kankocho/content/001751352.pdf> 20260501

4)産経新聞「訪日客の医療費未払い防げ 自民・観光立国調査会、民間医療保険への加入義務化を緊急決議」。

<https://www.sankei.com/article/20250604-KMET7DSXCFJKXGP3RJ2EJCYV2E/> 20260501

## 大阪府における取組について

訪日外国人医療における医療費未収金対策の一例として、大阪・関西万博の会期中に大阪府が実施した「外国人観光客のための医療整備事業」がある。

本事業は、ジオターゲティング広告（位置情報から対象者を定めて配信する広告サービス）を用いて、外国人旅行者が多数訪れるエリアである関西国際空港、新大阪駅、なんば駅でバナー広告を配信、大阪府が運営する訪日外国人

旅行者向け情報サイト「おおさかメディカルネット for Foreigners」（計9言語対応\*1）内の動画媒体を通じて、民間医療保険の加入勧奨を推し進めるとともに、来日後でも加入手続きが可能な医療保険の案内を実施するものである。

また、来日前の外国人旅行者に向けた民間医療保険の周知として、フィリピン、ベトナム、シンガポール、マレーシアの4カ国を対象に、リスティング広告（検索エンジンで「日本、旅行」等のキーワードに連動して表示される広告）を配信している。なお、来日前の周知対象に設定した東南アジア4カ国は、令和5年度訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査（観光庁）において、「海外旅行保険を知っていたら加入していた」と回答した割合が他地域と比較して高かったことを踏まえて選定している。

これらの広告配信により、同サイトへのアクセス数は配信前後4週間の比較で約9.5倍に増加した。大阪・関西万博の開催に伴い、従前よりも多くの外国人旅行者が大阪を訪れ、民間医療保険の情報にアクセスする機会の拡大に寄与したと考えられる。

一方、大阪府の会議体では本事業について、「民間医療保険への加入勧奨により、未収金を発生させないことが理想ではあるが、一定の未収金が発生するケースは出てくる」として、外国人患者を受け入れる医療機関へのサポートを並行して行うことが重要とされた。

なお、本事業での民間医療保険は、来日後に加入できる等の様々な条件から一社のみとなり、保険の内容（充実度等）を選ぶ余地はないことから、未収金対策の観点からは、保険の内容に一定程度の基準を設け、質を担保する必要があると考えられる。

\*1：英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、タガログ語、フランス語、日本語（令和8年3月現在）。

## 海外旅行保険の加入勧奨事業

### 事業概要

・来阪時と来阪前に分けて、効果的な海外旅行保険の加入勧奨を行う。

#### ① 来阪時の外国人観光客に向けた周知

・大阪府内に旅行で訪れた外国人に対し、旅行保険加入にかかるバナー広告を配信する。  
⇒バナー広告をクリックすることで、各言語版の「おおさかメディカルネット for Foreigners」が起動し、旅行保険加入にかかる情報の入手及び加入手続きが可能となる。

##### 【配信対象】

・大阪府内を旅行中の以下の言語を用いる外国人観光客

##### 【配信言語】

・英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、タガログ語、フランス語、日本語  
(9言語：おおさかメディカルネット for Foreignersと同じ言語)

##### 【出稿する広告媒体】

・Googleジオターゲティング広告  
⇒関西国際空港、新大阪駅、なんば駅の外国人観光客の滞在ポイントで表示

・Facebook広告

⇒大阪府のFacebookアカウントを使用  
使用言語＋興味関心（よく旅行をする人、興味関心）に応じて表示

▼バナー広告のイメージ



## 海外旅行保険の加入勧奨事業

### 事業概要

#### ② 来阪前の外国人観光客に向けた周知

・来阪前に情報検索をしている外国人に対して、リスティング広告による配信を行う。  
⇒リスティング広告をクリックすることで、各言語版の「おおさかメディカルネット for Foreigners」が起動し、旅行保険加入にかかる情報の入手及び加入手続きが可能となる。

##### 【配信対象】

・来阪前の周知により、保険加入が見込まれる東南アジア4か国（フィリピン、ベトナム、シンガポール、マレーシア）の旅行予定者  
(令和5年度「訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査」(観光庁)より、東南アジアからの訪日観光客は「海外旅行保険を知っていたら加入していた。」と回答する割合が他地域の観光客と比較し高い。)

<https://www.mlit.go.jp/kankochu/content/001751352.pdf>

##### 【配信言語】

・配信地域に応じて適切な言語を選択する。

フィリピン : 英語、タガログ語

ベトナム : ベトナム語

シンガポール : 英語、中国語（簡体字）

マレーシア : 英語、中国語（簡体字）

##### 【出稿する広告媒体】

・Googleリスティング広告（右記イメージを参照）

⇒Googleでユーザーが検索した際に、そのキーワードに関連して表示される広告であり、検索キーワードごとに広告を出稿することができるため、配信ターゲットも性別や年齢、エリアといったように細かく設定することが可能。

▼リスティング広告のイメージ



#### (4) 医療インバウンドにおける地域医療への影響

2014年3月18日、日本医師会は特区対策委員会の中で、医療インバウンドについて、下記のように報告している。

##### 2.4.2. 医療ツーリズム

###### (1) 提案内容や現状など

医療機関において医療事務受託者等が旅行業者代理業を営むことを認めること、医療通訳の認定制度を創設することの提案である(いずれも国際医療交流の拠点づくり「りんくうタウン・泉佐野市域」地域活性化総合特区)。また、国家戦略特区では、国際医療福祉大学が医学部新設を提案しており、その附属病院で外国人向け医療サービスを充実させるための規制緩和を求めている。

現在、国土交通省は宿泊施設にあるインターネット端末を通じて宿泊客が旅行業者と直接契約を行うか、オンラインシステムの端末機の設置を行う等のコンビニエンスストアでの販売と同様の方法をとることにより、現行法内において対応可能としている。また経済産業省では、医療言語人材の質の確保のあり方について、医療サービス国際化推進事業において検討を行っており、当該自治体および関係機関と協力して事業を進めていく方針で、2013年度予算に計上している。

###### (2) 特区対策委員会の見解

2011年来「医療滞在査証(ビザ)」が運用され、医療目的であれば6ヶ月の日本滞在が許可されることになり、特に自由診療分野での医療ツーリズムが旅行・観光業者だけでなく医療機関からも注目を浴びることになった。

日本において外国人患者を治療することは、医師としての責務であるが、営利目的で組織的に外国人患者を招致することには課題が多い。例えば、高額自由診療の外国人富裕層が優先され、日本人の治療が後回しにされるおそれがあり、その結果、日本人の中からも自由診療の要求が出てきて、混合診療の全面解禁につながりかねない。

また、医療機関で旅行業を運営することが認められれば、旅行業との相乗効果を狙った医療機関が開設される動きが出てくるおそれもあり、医療の非営利原則を揺るがしかねない。

さらに、自由診療の部分での医療事故発生時の対応、国境を越えての臓器移植なども大きな問題である。2008年に制定された「イスタンブール宣言」では、国や地域は臓器移植の自給自足達成のため努力すべく自国内完結が大原則であり、特に商業的臓器取引と移植ツーリズムは禁止されている。

実地医療の現場では外国人・自国人患者のわけ隔てなく、あくまでも医療倫理に裏打ちされた真摯な対応力が望まれる。

一方、産業界からは日本医師会は医療インバウンドに対して消極的であるとの評価がなされた。その評価に対する日本医師会の立場は後述するが、例えば産業界からは以下の考察がなされている。

2020年2月15日に辻本千春氏により出版された『ヘルス／メディカル・ツーリズム研究—高付加価値化による地域活性化—』においては、以下のような見解が示されている（2ページより引用）。

「現実的にはメディカル・ツーリズムの本格的な取り組みは日本では難しいと言わざるを得ないが、メディカル・ツーリズムにおいては日本の優位性を示すことができる分野も多く存在する。例えば、①検診・健診の内容、②医療機器の質と量、③先端・先進医療の技術、などである。特に、先進医療の中でも、粒子線治療は世界の最先端を行っており、QOLを重視したきわめてすぐれた分野である。しかし、なぜ、日本ではメディカル・ツーリズムの推進やそれによる地域活性化が難しいのか。その理由は、①言語問題、②責任分担、③情報発信、④医療ビザ、⑤国際医療機関認定の取得、⑥国民への説明と日本医師会のスタンス、⑦病床規制、など多く存在し、日本におけるメディカル・ツーリズムの推進は時間がかかると思われる。なかでも、現場をつかさどる日本医師会のスタンスが全体的に保守的とみられ、完全なメディカル・ツーリズムの実現については日本の保険医療制度の立場から医師の個別の動きはあっても、全体としては反対を唱えている」

2011年12月20日に羽生正宗氏により出版された『医療ツーリズム—アジア諸国の状況と日本への導入可能性—』においては、以下の見解が示されている。

「医療ツーリズムを推進するに当たり、それに伴う課題や検討テーマが浮上してくる。政府の取り組みにより、すでに進展を始めている医療ツーリズムではあるが、今後は導入により医療制度全体に影響を及ぼす可能性などについても言及する必要がある。

医療ツーリズム導入に伴う課題として、以下のものが想定される。

- ①自由診療の拡大による公的医療保険の給付範囲の縮小
- ②医療ツーリストのためのインバウンド保険整備
- ③通訳および医療コーディネータなどのアレンジ事業者

などである。

的確に医療の国際化を進めるのであれば、海外医療サービスを輸入する選択肢もあるが、全ての医療関係者が納得のいく制度設計をすることは、非常に困難を伴う。

例えば、循環器系手術、脳神経外科手術など高度な医療技術に特化したツアーは可能性の高いテーマであるが、制度としての国内保険診療に影響を与える可能性が指摘される。海外の患者に対しては自由

診療を行うのであるが、医療ツーリズムにより、多くの患者が我が国に押し寄せるような状況になれば、現在の医療保険制度の崩壊につながると日本医師会は反対する姿勢を示している。

日本医師会が反対する理由は、医療技術進歩に伴う公的保険の給付範囲拡充を抑制し混合診療市場拡大を促せば、自由診療の高度先端医療費用を確保するために民間保険に加入することが必要となる。しかし、民間保険に加入できない低所得者は、高度 先進医療部分については無保険者となり、生命・健康の維持という基本的人権において不平等が発生するという点にある。」

この構図には現在まで特に変化は見られない。言い換えれば医療インバウンドの議論、実践は停滞している。

このような中、日本医師会は国民皆保険制度の堅持、地域医療を守るという原則を行動指針としている。医療インバウンドに関してもこの2点を担保できるかという視点で様々な検討を加え、警鐘を鳴らしてきた。この対応は、当時の新自由主義の高まりを受けた特区の乱用による国民皆保険制度への揺さぶりを防いだ。

「消極的」と捉えられる立場ではなく、むしろ医療を守りつつ新たな提案に向き合っていく構えを示した。

医療インバウンドは国民皆保険と地域医療の存続を条件として設計され許容されるとの日本医師会の方針は一貫している。

本報告も含め、医療インバウンドの展開においては、国民皆保険制度の堅持、地域医療を守るという原則に基づくと重ねて強調しておきたい。

また、この状況下で松本会長の諮問を受けて沖縄県医師会外国人医療対策委員会は医療インバウンドに関する意見交換を行い多様な論考を得た。

これらは必ずしも整合性を保つものとはいえないが、こういった差異の中に医療インバウンドの課題、可能性があると考える。

併せて沖縄県における医療インバウンド関連の実践事例、今後の企画も添付した。

本報告が今後の医療インバウンドを検討する一助となれば幸いである。

1. 沖縄県医師会外国人医療対策委員会委員 豊見山直樹先生（那覇市立病院）

世界的な医療インバウンドの市場規模はさまざまな統計があるものの、2024年で1000億ドルで、2030年代初頭までに現在の3倍から5倍の以上の3000億~6500億ドルほどに達するとされ、年平均成長率が23.10%ほどになるとされている。日本市場も年間20%ほどの成長分野とされ、外貨獲得産業の一端を担うものになる可能性がある。アジアではタイが年間250万人の医療観光客を受け入れて最多で、マレーシア・シンガポール・インドが続いており、これらの国はいずれも国家戦略として医療インバウンドを位置づけ、時間をかけて体制を整えてきた先行者であり、日本は、その整備、情報発信の面でも遅れがある。

医療インバウンドの目的として考えられるのは、

1. より高度な医療の受療
2. より質の高い医療の受療
3. 医療費支出の抑制
4. 治療への待ち時間の短縮
5. その他

と大別できるであろう。

日本の医療の特徴として他国との相違は、MRIやCTの人口あたりの設置数の多さ、粒子線療法等の充実、再生医療や低侵襲医療など高難度手術等が、海外と比べて比較的安価で受けられる点であろう。特に、昨今の日本の国際社会における経済力低下は、現時点では上記の1と3そして4までが同時に満たせる国として、外国人富裕層にとっては魅力的なものかもしれない。

これまでの日本の医療インバウンドというと、先の述べた比較的余剰と言える先進機器を用いて、日本で発達した人間ドックのいわゆる健診に特化したものとしての認識が強かったように思われる。ただ、このスキームのみで、うまくいっている例はあまりないと考えられる。

今後、日本全体の医療を考えた時に、人口減少問題から医療の供給の方が過剰となるという視点から、国の特に財務省の主導する医療費抑制政策がこの数十年の基調であるが、余剰となる供給をこのような成長の見込める分野への振り分けに使えるかもしれない。

ただし、沖縄と医療インバウンドはこれとは異なる視点を持たなければならない。まず、沖縄は、リゾート地として国内屈指のものであり、コロナ前の入域外国人は年間300万人を超えていたので、今後

これ以上の数も期待が持てる。

一方で沖縄の医療を考える時に、今後全国より遅れて現れる高齢化の波の問題がある。これから2050年に向けて、沖縄の高齢者人口は2015年から60%ほどの伸び率となる。沖縄の地域住民の救急・急性期医療は1.5から2倍の需要の増加が見込まれている。現在の急性期医療を提供する病院、病床が不足してくる予測があり、そのため現在、サブアキュート、ポストアキュートの病院、あるいは回復期施設との医療連携の構築が急務の状態となっている。この中で、高収益で沖縄に求められるであろう医療インバウンドとのジレンマをどう両立させていくかが、沖縄独自の課題となると考える。

自由診療である医療インバウンドは収益性が高く、その利益を地域救急・在宅医療・介護連携の強化に還流させる仕組みを作れば、両者は補完関係となる。早急にその制度設計の行うとともに、沖縄で提供すべき医療インバウンドがどこにあるか、急性期医療、高度医療ではなく、タラソセラピー、長寿の食生活ライフスタイル、リハビリテーションなどウェルネス特化型の提供を行うことで、急性期医療との競合を回避しながら訪日の富裕層・健康志向の外国人を取り込める可能性を模索していく必要があると考える。

## 2. 沖縄県医師会外国人医療対策委員会委員 高山義浩先生（沖縄県立中部病院）

医療インバウンド（海外で医療サービスを受けるための旅行）は、現在、急成長を遂げている産業分野である。2022年の世界市場規模は9.7億ドルと評価されており、2023年から2030年にかけて年率約25%の極めて高い成長が見込まれている。

主な目的地にはタイ、インド、トルコ、メキシコ、マレーシアなどが挙げられ、各国は国際的な医療ハブとして積極的に自国をアピールしている。こうした国々へと患者たちが国境を越えて治療を求める理由は多岐にわたる。米国内での高価な医療を受けられない人が、安価なコスタリカの病院を受診するような「費用優先」のものもあれば、ロシアの医療水準が周辺国と比べて低いため、ドイツの医療機関を受診するような「技術優先」のものもある。あるいは、イギリスでは高度医療機関への受診が限定されており、必要な治療を受けるための待ち時間が長いため、ポーランドの医療機関を受診するような「時間優先」というものもある。

アラブ人の中産階級が東南アジア（とくにタイ）の医療機関を好んで受診する背景には、欧米の医療機関にはないホスピタリティがあり、家族による観光的要素も強く、高級ホテルもパッケージ化したようなツアーがよく売れている。医療インバウンドの経済効果は、患者本人が支払う医療費のみに留まりません。同行する家族の観光ニーズを含めた、付随する消費が大きな鍵を握っている。

### 勝機としての療養型ツーリズム

沖縄が医療インバウンドに取り組む場合、まず自らの強みを見極める必要がある。それは「高度医

療」でも「低価格」でもない。品質であればシンガポール、安価さであればインドに軍配が上がるからである。「医療インバウンド」という言葉は、社会保障と娯楽を重ねたようで、日本人としては語感が良くありませが、日本でも古来より「転地療養」というのは行われており、代表的なものに温泉療法があった。

映画『となりのトトロ』でサツキとメイは田舎に引っ越す理由として、お母さんが結核を発症したため、空気のよい結核保養病院に入院したからである。都会の子供たちが医療インバウンドで田舎を訪れ、そこで"もののけ"を知るというお話である。そのような療養型の医療インバウンドであれば、沖縄のポテンシャルを最大限に活かせる可能性がある。

沖縄には、アジア各都市との圧倒的な近接性があります。那覇から上海は福岡よりも近く、香港は大阪より、マニラは東京よりも近い場所に位置している。さらに、世界遺産の島嶼文化、マリンレジャー、リゾートゴルフ、ショッピングといった豊かな観光資源は、アジアにおいて特異な地位を占めている。上海の豊かな家庭で、孫が「おばあちゃんの手術とリハビリは沖縄がいいよ。ついでにパパも人間ドックを受けよう。私は……」と提案する。そんな光景も、決して夢物語ではないだろう。

#### 沖縄の医療が抱える致命的な欠陥

しかし、沖縄（そして日本）が医療インバウンドを推進する上で、制度以上に高い壁として立ちほだかるのが「ホスピタリティの欠落」である。少なからぬ病院医師は「病気を治せばいい、無理なら症状を取ればいい」と考えており、「気持ちよく医療を受けていただきたい」という発想が希薄です。そのことに気配りできる医師がいたとしても、それは個人の「良心」に依存しており、システムとして確立されていない。良心に支えられた体制は脆弱です。疲労や偏見によって、いとも簡単に崩れ去ってしまうからである。

もし本気でホスピタリティを行き渡らせたいのなら、それは精神論ではなく「ルール」として徹底させなければなりません。そもそも社会人教育というものは「ホスピタリティのルール化」である。挨拶に始まり、服装、名刺交換、電話対応、取り引き先での姿勢、礼状の書き方に至るまで、病院においては患者さんに、どのように接すればよいか……。日本の患者が、そういう（形式的に完成された類の）ホスピタリティを望むのかどうか分からない。月に5千円を頭髮ケアに使っていても、風邪で受診して3千円の請求を受けたら「高すぎる」と感じるわけで、そこには技術への対価というよりは、ホスピタリティへの期待の差があるのだろう。

しかし、医療インバウンドを目的として沖縄を訪れる外国人たちは、オキナワブランドへの期待とともに、当然ながら厳しい目をもっているだろう。そして、日本の医療においてホスピタリティが徹底していないことに愕然とするはずだ。医者は集団で廊下の真ん中を歩き、クッションのない車いすが彼らを避けています。患者は荷物と一緒にエレベーターに乗せられ、出入りの業者は会釈ひとつしない。空

調は動き回る看護師によって勝手に調節され、患者は寒くて毛布をかぶっている。こんなことは東南アジアの医療インバウンドを受け入れる医療機関ではありえないことである。

### 真のクライアント主義へ

率直に言って、沖縄が医療インバウンドに取り組んでも、その第一幕は「完敗」に終わるだろう。たとえ白内障の手術が完璧で、ゴルフやビーチが最高だったとしても、ゲストは「医療はシンガポールの方が良かった」と口にするはずだ。

さらに、第二幕ではより困難な課題が待ち受けている。ときに海外の富裕層は「私は客だ」と医者をおごで指図したり、あれこれ要求して割り込んだ挙句にドタキャンしたりする。挙句には、医療過誤だとがなりたてて慰謝料をふんだくろうとしたりするかもしれない。そういう「患者さま」をプロのホスピタリティで受け流し、きっちり収益を上げられるか……。

医療インバウンドへの取り組みは、沖縄の医療界が「患者をクライアント（大切な顧客）として迎える」という当たり前の姿勢を、組織として問い直すきっかけになるかもしれない。選り好みせず、一歩足を踏み入れたすべての人に最高のもてなしを提供する。その覚悟がなければ、医療インバウンドへの挑戦が結実することはない。

### 3. 沖縄県医師会外国人医療対策委員会委員 山口怜先生（沖縄北あんしん内科クリニック）

宿泊事業者が主体となって医療インバウンドを推進することによる、近隣医療機関への影響が話題となった。具体的には、医療従事者の流出といったヒューマンリソースの問題や、利用者の体調不良に伴う時間外外来受診の増加などが懸念される。

こうした事態に備え、事前に宿泊事業者からの相談を受け付ける窓口を設置し、医師会内でも情報を共有した上で、近隣医療機関との連携やバックアップ体制について協議できる仕組みを整えておくことが肝要かと考える。

### 4. 沖縄観光コンベンションビューロー 海外プロモーション課

沖縄県では、観光の高付加価値化および新たな産業分野の創出を目的に、2000年代後半頃（時期が曖昧）、医療インバウンドの推進に取り組んでいたと記憶している。沖縄コンベンションビューローでは沖縄総合事務局の補助事業として「万国医療津梁協議会」の事務局を担っていた（H23年～H25年）。産医学官のネットワーク活動を通じて当時経済成長の著しかった中国はじめ近隣諸国からの人間ドック・PET 検診の受入体制構築、医療の人材交流、医療産業の振興などを目指していた。

当時の沖縄観光は入域観光客数が増加する一方、滞在日数や観光消費額の伸び悩みが課題とされており、医療サービスと観光を組み合わせた「滞在型観光」の創出が期待されていたように思う。また、ア

ジアではタイやシンガポール、韓国などを中心に医療インバウンド市場が拡大し、日本においても医療技術の高さを活かした新たな観光分野として関心が高まっていたことから、沖縄が持つアジアに近い地理的優位性やリゾート環境、長寿県としてのブランド等の高いポテンシャルから、医療インバウンドの展開可能性が検討されたものと考えられる。ただし、医療インバウンドの推進については、関係者の間で一部慎重論もあったと記憶している。

医療インバウンド関連事業として、医療機関と旅行事業者等の連携促進、医療インバウンド商品の造成、医療通訳等の人材育成、海外市場に向けたプロモーションなどが検討されたと思う。一方、外国人患者の受入体制構築や医療と観光の連携体制などの課題により、医療インバウンドを大規模に展開する環境整備には一定の限界があったように記憶している。

万国医療津梁協議会については、事業の専門性が高く、コーディネーターを外部委託していたため、H25年に事務局をおきぎん経済研究所に引き継いで以降、沖縄観光コンベンションビューローで医療インバウンドの取り組みは行っていないが、近年では、治療を目的とする医療インバウンドよりも、健康増進や心身のリフレッシュを目的とした「ウェルネスツーリズム」の推進が重視される傾向があると考えられる。沖縄は、かつて世界的に長寿地域として知られ、「ブルーゾーン(長寿地域)」の一つとして紹介された地域でもあり、健康的な食文化や生活文化、自然環境などを有している。

現状としては、このような地域資源を活かし、長寿文化や健康的なライフスタイル、自然環境を体験する滞在型観光として、健康食体験、リトリート、自然環境を活用したアクティビティなどを組み合わせたツーリズムの方が推進しやすいのではないかと考える。

一方、医療インバウンドの推進を検討する場合は、観光関連企業団体にも声がけし、対応していくことを検討したいと思う。

なお、冒頭にも触れた「万国医療津梁協議会」は、沖縄が医療を通じて国際的な視野に立ち、世界(万国)の懸け橋(津梁)となる意を込めて2011年6月20日に設立した。事務局を財団法人沖縄県観光コンベンションビューローに置き、2013年1月で120機関が会員として参画(ちばなクリニック、アドベンチストメディカルセンター、リーガロイヤルグラン沖縄、沖縄アテンド株式会社、メルキュールホテル沖縄那覇が新規加入)しており、その役割は、課題解決に向けた議論の場の提供および方策の検討・対応、沖縄観光コンベンションビューローの活動と連動したプロモーション事業の実施、連携構築等の総合的コーディネート、万国医療津梁の推進活動並びに窓口機能を担うものである。

主な活動内容としては、平成24年8月3日に沖縄産業支援センターにて開催した第1回ネットワーク会議にて、武井淳氏(観光庁国際観光政策課)を講師に迎え、万国医療津梁協議会会員および医療インバウンドや医療機関連携に関わる関係者による意見・情報交換を通じて、課題共有やマッチングの場を創出したほか、同年9月6日から12日にかけて中国福建省廈門市で開催された中国国際投資貿易商

談会（CIFIT）への出展および沖縄観光セミナーでは、現地旅行社との商談や沖縄の国際医療交流の取組、本協議会活動の周知を行った。

また、同年10月16日にはホテル日航那覇グランドキャッスルにて、宮城信雄会長（沖縄県医師会）を講師に迎え「日本の医療保険制度を知る！」セミナーを開催し、皆保険制度への理解を深めることで国際医療交流推進の基盤強化を図るとともに、同年10月20日から21日に栃木県日光市の獨協医科大学関湊記念ホールで開催された第3回国際観光医療学会に参加し、医療機関・企業とのネットワーク構築や情報収集、PRブース出展や懇親会等を通じた交流を実施した。

さらに、同年10月24日から26日にはアメリカ・フロリダ州マイアミで開催された「5th World Medical Tourism & Global Healthcare Congress」に沖縄県出展の一員として参加し、沖縄の医療インバウンドのプロモーションや国内外関係者との連携・情報交換を行うとともに、同年11月21日には大阪市で開催された国際医療交流・観光シンポジウムに参加し、各分野の専門家や行政機関との意見交換を通じて課題共有や解決に向けた知見を得るなど、年間を通じて国際医療交流の推進およびネットワーク強化に取り組んだ。

併せて、同年11月21日に大阪府大阪市において開催された国際医療交流・観光シンポジウム（主催：国際医療観光懇話会、共催：大阪府）では、国際医療観光に関わる医療、通訳、観光、保険・金融、法律等の多様な分野の民間事業者や専門家との意見交換および情報共有を通じて、課題の共有と解決に向けた検討を行うとともに、厚生労働省、経済産業省、観光庁が一堂に会する場において意見交換を行い、特に当協議会医療機関が課題とする医療通訳士や訴訟問題等に関する専門家のパネルディスカッションを通じて有益な知見を得たほか、病院関係者や行政関係者との情報交換および名刺交換を行い、ネットワーク構築を図った。

#### 5. 沖縄県文化観光スポーツ部観光振興課

現時点では、「医療インバウンド」に関する事業を実施していないが、厚生労働省においては、「地域医療・観光資源を活用した外国人受入推進のための調査・実証事業」を実施している。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202923\\_00033.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202923_00033.html)

本事業は、観光庁と連携して日本の優れた医療と地域の観光資源を組み合わせた滞在プランの提供等による海外からの外国人受入れを目指す地域の取組を支援しており、本年度の事業成果を広く共有することを通じて、医療機関、観光事業者、地方公共団体による更なる連携や、訪日外国人受入れに係る医療環境の整備等の促進に寄与することを目的としている。

下記の2病院は沖縄県医師会の医療インバウンドの勉強会で現状報告を行い、今後の沖縄県における

医療インバウンドの展開を担うと期待される。

## 6.南部徳洲会病院

徳洲会グループの「生命だけは平等だ」「いつでも、どこでも、誰でもが最善の医療を受けられる社会」を目指す理念のもと、外国人患者の受け入れ体制を積極的に整備し、国際的な医療交流を展開している。

2016年1月に国際医療支援室を設置し、本格的な外国人患者の受け入れと医療交流を展開している。通訳は4名（英語・中国語に対応）で担当している。2016年7月に外国人患者受け入れ拠点病院に選定され、同年8月には、県内で初めてJMIP（外国人患者受入れ医療機関認証制度）認証を取得し、2025年6月には3回目の更新受審を完了した。2017年より上海国際医学センター健診センターとの医療交流を実施し、当院から医師や検査技師を派遣、中国人医師を受け入れている。2019年9月には、中国最大の民間医療グループである北京世紀康瑞病院集団と提携し、中国人患者の治療・健診受け入れ、病院経営・管理手法の支援、医療人材・技術交流等を行っている。

2016年～2025年にかけて、中国人の人間ドック受診者を150名受け入れた。インバウンド健診では、支払いや直前でのキャンセルを防ぐことが重要であり、信頼のある仲介業者からの紹介が重要である。

外国人患者の受け入れ件数は増加傾向にある。特に入院患者数は2024年度に急増しており、2023年度と比較して100倍近く伸びている状況である。外来診療においては、一般の外国人患者に対しても通常通り対応している。また、外国人観光客からの未集金はほとんどない状況である。これは、患者が旅行保険や海外旅行保険に加入しており、概算の費用を事前に伝えて支払い能力を確認しているためである。

## 7.牧港中央病院

当病院は、外国人患者への診療体制は2009年にスタートした。医療通訳は英語、中国語、韓国語が堪能なスタッフを配置している。我々の専門である循環器疾患をもつ在沖縄米軍人、軍属家族、退役軍人の診療に加えて海外からの旅行透析も積極的に行っている。特に米軍病院から心筋梗塞、狭心症、弁膜症、動脈瘤、閉塞性末梢血管疾患、不整脈の患者が紹介されてくる。また退役軍人の検診検査（心電図、心エコー、肺機能、血液検査、骨レントゲンなど）も積極的に受け入れている。骨折等のより専門的な治療の必要な場合は、近隣の総合病院と連携し紹介している。旅行透析は、2025年（10月現在）111回（実人数79人）で、そのうち台湾からの患者が69人と大半を占めている。費用は自費診療で、料金は1回あたり35,000円に設定している。これは、通常の公的医療保険診療の約2倍の金額で

あるが、保険適用外の患者に対して提供している。台湾の患者については、台湾の旅行会社、患者団体が仲介役として機能しており、紹介や支払いを確実にする役割を担っている。

また、クルーズ船の乗客など、旅行中に容態が急変した重篤な外国人患者の緊急搬送事例に複数対応している。

## 8. 沖縄 JTB 株式会社 訪日インバウンド課

医療インバウンドとは、自国より医療水準や条件が優れた国へ渡航し、治療や健診、人間ドック等を受ける行為を指す。多くの国では高度医療が限定的または高額であることから、質が高く安心して受診できる外国医療への需要が拡大しており、治療に同行する家族の滞在や観光も含め、インバウンドの一形態として定着している。

日本は、均質で高水準な医療体制や比較的割安な健診費用、医療滞在ビザの整備等を背景に強みを有しているが、受入規模は依然として小さく、健診需要の取り込み余地が大きい分野である。

沖縄県は国内有数の観光地として知られており、また県内には「ブルーゾーン」として知られ、高齢者が元気に生活しているエリアも多く、アジアに近い地理的優位性、行政、医療機関、観光・宿泊事業者等の関係者間で協議・調整を行いながら受入体制を検討しやすい側面などから、「観光×医療」の親和性が高く、特に健康増進やウェルネスを目的とした滞在型ツーリズムとの相性が良いと考えられる。

また、アジアにおける本質的な価値を重視される方々に加え、ハワイにおいては医療費負担等を背景として、日本での健診に対する需要が確認されており、今後の市場拡大が期待される。

一方で、日本全体として外国人患者の受入体制整備は十分とはいえず、医療機関ごとに対応状況に差があることから、早期に体制構築を進めることで日本の医療に興味のある方々の獲得につながる可能性がある。受入れにあたっては、多言語対応、医療通訳、ビザ手続、費用提示、受診後フォローなど一連の業務体制の整備が必要であり、医療機関、旅行事業者、コーディネーター等の連携が不可欠である。

## 9. ぬちまーす号事業

本事業は沖縄発の取り組みであり、2022 年に内閣府経済産業省の事業として採択された実証を起点としている。僻地医療 MaaS として「D to P with N」を構築し、医師は診療所に常駐しつつ、看護師が現地へ赴いてオンライン診療を行うことで、通院困難な住民へ医療を提供し、この成果が厚生労働省における制度整備にもつながった。

現在は沖縄だけでなく関西にも展開し、武田病院グループ等と連携して搬送・通訳を含む支援体制を整備している。オンライン診療で完結せず、対面診療や搬送の受け皿を事前に確保する点が特徴である。また、救急逼迫緩和には薬剤提供が不可欠であるため、沖縄・関西ともに 24 時間対応の薬局体制

を構築している。

また、元々僻地・離島対策として開始したが、救急の安易な利用や外国人対応など全国共通の課題にも対応する。外国人は受診先が分からず、言語対応で断られることも多いため、結果として救急要請に至りやすい。そのため、ぬちまーす号は、訪問型オンライン診療からホテルや保険会社等の依頼を受けて症状を整理し、オンライン診療・外来紹介・専門医紹介・救急搬送までを一括調整するワンプラットフォーム型へ進化した。これにより依頼件数は大幅に増加した。さらに、ホテルに加えて海外大手アシスタンス会社や保険会社との連携が拡大の鍵となった。日本語で医療機関と調整できるため、患者・保険会社・医療機関の三者にメリットがある。

## 6. 在留外国人に対する医療における諸問題

### (1) 年齢、ライフステージに応じた、かかりつけ医機能のあり方

在留外国人の動向により医療ニーズも変化する。2025年6月末の時点で在留外国人数は395万6619人であり（出入国在留管理庁発表）、24年末から18万7642人（5%）増加し過去最多となった。在留外国人は永住者やなんらかの在留資格を得た中長期の在留者を指し、インバウンド（訪日外国人）など3カ月以下の短期滞在者は含まない。資格別の内訳をみると、永住者が93万2090人で最も多く、次いで「技術・人文知識・国際業務」の滞在者が45万8109人、技能実習の44万9432人と続く。このような在留外国人の動向は彼らの医療ニーズに影響を及ぼすことから、かかりつけ医はその医療ニーズの変化を捉え、年齢・ライフステージに応じた適切な医療を提供する必要がある。

ここでは、在留外国人のライフステージとして、こども、妊産婦、高齢者に焦点を絞って、かかりつけ医の関わり方を考察する。外国人労働者については後述する。

#### (a) こども

南米や東南アジア出身であるニューカマーの人たちのなかには2世、3世、4世までもが地域で暮らしている。日本の学校に通うものは多いが、家では母国語、社会では日本語で生活しているものは少なくない。進学や進路を考えるようになると気持ちの抑うつ傾向が見られる子が増えることが確認されている。今後は学校の教師だけでなく学校医への相談も増えるのではないかと予想されることから、学校医の機能強化が益々必要となるであろう。

在留外国人の医療ニーズとして小児救急への期待は最も大きい。基本的に

外国人患者は言葉や文化・習慣の違いなどから医療・保健上 high risk group であるが、小児救急現場では不安が高まり、パニックに陥る受診者やその保護者もいる。このように日本人でも問題を抱える小児救急医療において、外国人患者の診療では医療従事者と患者双方が大きなストレスを感じることは多い。

外国人小児救急医療の現場では、言語コミュニケーションはより深刻な問題である。受診者の訴えや不安を聞くこと、またそれに対応するには受診者の言葉が理解できねばならない。緊急な状態で不安が高まる小児救急の現場において、外国人受診者に対して、短時間で効率的な言語を介してのコミュニケーションは必要不可欠なものである。しかし、救急の時間帯では受診者による通訳の確保や病院からの通訳依頼は難しく、通訳同伴の割合は 10% 未満である。さらに、本人または保護者が日本語のわからない外国人患者の割合は約 60% であり、現場では言語コミュニケーションが最大の障壁となる。現場では、医療通訳として、電話通訳、翻訳システム・端末機器が活用されることになるが、誤訳、トラブル、専門用語を伝えにくい、記録が残せない、即時性、稀少言語への対応等の課題が残る。また、小児救急では、言語コミュニケーションとともに医療制度や文化・習慣の相違でも困難性は生じやすく、トラブルとして、薬の飲み間違い、処方箋・処方日数の問題、デポジットや未払いへの対応等があげられる。診察申込み書、薬の説明、坐薬の使用方法など「母国語の医療資源の充実」はもちろん、小児救急医療現場に必要な母国語によるマニュアルの作成も必要である。小児救急医療現場において短時間で効果的な医療を提供するためには、医療資源の充実と普遍的な外国人受診者対応マニュアルの作成とともに、医学的信頼性が高く、即時性に優れた翻訳システム・端末機器の開発が望まれる。

## (b) 妊産婦

在留外国人妊産婦の妊娠予後に関しては年々改善しているが、詳細に分析すると、日本人のそれに比して依然として格差は一部存在することがわかる。まず国籍により格差に相違がみられることがあげられる。南米出身の妊産婦では日本人に比して、早産や妊娠高血圧症候群が有意に多く、その格差を生む要因として、日本語能力、妊婦健診受診回数、妊娠中の過剰な体重増加等が影響することが明らかになっている。国籍による妊娠分娩予後やリスク要因の相違、保健に関する課題（貧血、過剰な体重増、受診回数等）が存在することに対しては、言語コミュニケーションのさらなる支援とともに適切な保健指導の実施が必要である。

日本では分娩数が減少し少子化が急速に進んでいるが、外国人同士のカップルの分娩数は増加している。外国人同士のカップルの場合、言語コミュニケーションはより困難になることが予想されることから、彼らへの言語支援を充実させる必要がある。また、稀少言語への対応が求められることも増えている。在留外国人妊産婦では言語コミュニケーション不足が妊娠予後に影響を及ぼすことから適切な保健指導の実施が重要である。迅速なきめ細かい外国語医療支援の必要性は高い。

## (c) 高齢者

### 1) 在留外国人高齢者の動向と医療ニーズ

在留外国人の人口はこれまで若年・壮年期が多かったが、ニューカマーと呼ばれる人たちも高齢化、さらに制度改正等により長期滞在も可能となり高齢者の割合は増加傾向にある。65才以上の在留外国人はこの5年で24%増加

している（日本人は14%）。在留外国人の人口割合では中国出身者が30%と最も多いが、その60歳以上の割合は2013年には3%であったものが、2023年には6%と倍増している。また、居住地域も都市部だけでなく地域で暮らす人も増えている。居住形態も散在型となり広域になる傾向にある。また、在留外国人中高年女性において、高血圧や肥満、耐糖能異常等の合併率が日本人のそれに比して高いこと、国籍別に相違があることが明らかになっている。このことは、今後、在留外国人における在宅医療・介護サービス需要の増加を予想させる。また、各地域で在留外国人への在宅医療・介護サービス提供に関する相談件数も増えている。神戸市医師会医療介護サポートセンターにも在留外国人への在宅医療・介護サービス提供時の困難事例が多く届いている。相談内容の分析から、言語コミュニケーション、文化習慣や医療保険制度の相違等が困難性につながる要因である可能性が推察されている。

## 2) 在留外国人へ在宅医療・介護サービスを提供時に医師が抱える困難性と工夫

医師が在留外国人へ在宅医療・介護サービスを提供する時にどのような困難性を抱えるのか具体的かつ正確に把握した研究は見られない。神戸市をモデルに在留外国人への在宅医療・介護サービス提供に関して、医師が抱える困難性を把握するとともに、その困難性への対処、工夫していることを調べるとともに、どのような外国語医療支援を求めているかを把握し、支援策を提供することにした。

在留外国人への在宅医療・介護サービス提供時に困ることに関しては、多くの医師が言語コミュニケーションを挙げ、少数ではあるが医療制度の相違や異文化で困難性を感じていた。言語コミュニケーションに関しては、外国人患者の国籍、日本語や英語能力、医療場面等がその困難性に影響を与える

ことがわかった。異文化では、少数ではあるが宗教的な背景により食事指導で困難性を感じたといった意見が見られた。医師は在宅医療・介護サービス提供時に患者や家族から十分な理解を得ることが大事であると認識しているため、言語コミュニケーションが一番の障壁と感じたのであろう。また、言語コミュニケーションで困難が生じる具体的医療・介護場面として、終末期や看取り、ACP、緩和医療、急変時が挙がるのも、これらの場面ではより詳細な説明と理解を得ることが必要となるからであろう。

医療介護保険制度活用状況に関しては、経済的余裕がある場合や生活保護であれば問題がなく、生活保護ではないが経済的に苦しい人、保険が切れている場合などでは医療介護保険制度が活用できないことにつながる可能性があることから、在留外国人の経済的背景や保険の種類に注意を払うことが重要と考えられる。

医師は在留外国人の在宅医療・介護に関わるなかで、困難性にまで至らないが様々な特徴、特色を感じ取っていた。親への思いや家族のきずなが強い様と感じ、そのため病気の治療や緩和ケアでは要望が多くなるのであろうと認識していた。終末期は家で過ごしたいという希望が多く、終末期や看取りでは、家族も含め方向性は決まっていることが多く、おれないという印象を持っていた。日本では家族の意見が強いこともあるが、方向性の決定権は本人にあることが多く、本人と家族の間で意見の相違がある場合には家族が疲弊することもあるようである。投薬では麻薬使用時に特徴を感じるようである。国籍によって麻薬導入に躊躇したり拒否する場合もあれば、逆に積極的に麻薬の使用を希望する場合もあり、国籍による相違を感じていた。医師は、在宅医療・介護サービス提供時に、在留外国人の意識や態度に注意を払っており、国籍に関係なく求めるものは共通していると感じる反面、様々な特徴

を認識していた。

医師は在留外国人への在宅医療・介護サービス提供時に、様々な場面で困難性や特徴を認識把握し対応している。親族が多いことや様々な人から要望が出ることに對しては、病状を説明するキーパーソンを決めるようにしていた。また、日本の医療介護保険制度は複雑であり制限もあるので説明に難渋するが、それには、訪問のタイミングや十分な説明時間を確保するように努めていた。ルール上制限があることに對しては、優先順位をつけること、在宅開始時に治療方針を示すこと、診察のあと希望や今後のことを話し合うことも重要であると述べている。外来で外国人を診療していることが在宅でも役立つという意見もあった。外来で外国人の診療に関わることで、外国人患者の背景を理解することが身につけていて、文化の相違を受け入れるようになっていたと振り返っていた。

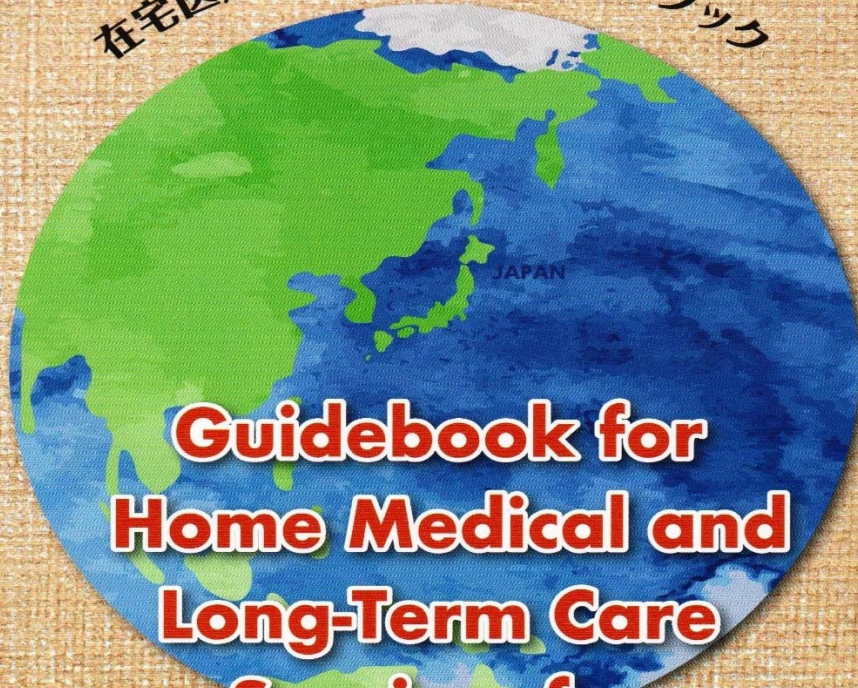
在留外国人への在宅医療・介護サービス提供を行う医師は、言語コミュニケーションの障壁を克服する支援を求めている。具体的には、急変時、終末期や緩和医療、医療介護保険制度等の説明時に医療通訳が必要と感じていた。特に英語や日本語ができない場合には通訳が必要であると述べていた。医療通訳の派遣は難しいであろうとも認識しており、それに代わるものとして翻訳システム・端末機器や多言語医療資源の充実の必要性も感じていた。タイムラグがなく分かりやすい医療用語、専門用語が使われている機器がより有用であろうとの意見もあった。また、在宅医療介護保険のしくみを説明する際に、在留外国人が理解しやすいガイドブックあるいは手引書のようなものがあれば便利であろうとの意見もあった。これらの意見を踏まえると、医師が現場で使いやすい言語コミュニケーションの障壁を克服するツールを喫緊に提供する必要があると考えられる。

3) 「在留外国人のための多言語在宅医療・介護サービスガイドブック」の活用  
在宅医療・介護の分野では、増える外国人療養者へ日本の複雑な保険制度や医療・介護サービス内容を分かり易く伝えることが重要である。医師が在宅医療介護保険のしくみを説明する際に、在留外国人が理解しやすいガイドブックがあれば便利であることから、「在留外国人のための多言語在宅医療・介護サービスガイドブック」が作成されている(図1)。外国人療養者やその家族の目線で、理解しやすいよう、かつ専門性が伝わるように3言語(英語、中国語、ベトナム語)で作成されたものであり、現場での活用が有用であると考えられる。

Q&A形式(13個のQ)で在宅医療・介護保険制度、在宅医療、訪問看護をわかり易く説明したものであり、日本語と多言語が並列している。今後、必要に応じて、言語数の拡大も望まれる。

英語版

在留外国人のための  
在宅医療・介護サービスガイドブック



**Guidebook for  
Home Medical and  
Long-Term Care  
Services for  
Foreign Resident**

図1：在留外国人のための在宅医療・介護サービスガイドブック

監修・発行：松尾博哉（大阪信愛学院大学教授）2024年8月

## (2) 予防医学に基づく健診・予防接種の適切な実施のための広域医療構想の策定

### 1) 入国前の健康診査と感染症対策

入国前に健康診断を行うことで、入国後の感染症発生を未然に防ぐことができる。ただし、こうした健康診断は出身国の医療機関で行う必要があり、その料金を誰が負担するかという問題も生じるため、十分な対応が行われていないのが現状である。なお、2020年3月に日本政府は、一部の国からの入国予定者の就労ビザ発給にあたり、入国前の結核スクリーニング検査を義務づける方針を示した。

(参照)

「入国前結核スクリーニングの実施に関するガイドライン」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001469332.pdf>

### 2) 入国時の対策

日本に入国する際には、厚生労働省検疫所が日本に常在しない感染症の国内侵入やまん延を防止するための対策を行っている。こうした検疫感染症には、エボラ出血熱などの一類感染症とともに、マラリアやデング熱などの蚊媒介感染症も含まれる。また、新型コロナウイルス感染症については、入国時の検査など特別な措置がとられている。外国籍労働者が日本に入国する際にも、検疫所で同様の対応を受けることになっている。

### 3) 外国人を雇用時の対策

事業主は雇用時に、労働安全衛生法に規定された健康診断を従業員に実施する必要がある。検査項目は法律で定められており、この中の胸部レントゲン検査で結核のスクリーニングを行うことができる。しかし、それ以外は感染症に特化した検査項目（ウイルス肝炎検査など）がなく、もし追加で実施

する場合は、従業員本人の同意をとる必要がある。なお、雇用時健診は雇用契約が成立後に行うものであり、その結果を採用可否の判断に用いることはできない。外国籍労働者の中には麻疹や風疹な等のワクチン接種を受けていない人もいる。このため、雇用時にワクチン接種歴の聴取や抗体検査を行い、必要があれば本人の同意を得てワクチンを接種することも検討するよう求められている。

(参考文献)

外国籍労働者の感染症対策マニュアル (2022年2月発行)

[https://www.tra-dis.org/assets/data/foreign-worker\\_manual.pdf](https://www.tra-dis.org/assets/data/foreign-worker_manual.pdf)

監修：濱田 篤郎 (東京医科大学)

発行：国立研究開発法人日本医療研究開発機構 新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業 「昆虫媒介性ウイルス感染症の世界的流行状況に基づく我が国の総合的対策に資する開発研究」  
(研究代表者 国立感染症研究所 林昌宏)

#### 4) 居住地域における予防接種事業

日本に在留資格があり、住民票があれば、居住市長村が実施する予防接種を受ける事ができる。しかし、予診票が郵送されてきても記載されている日本語が理解できないために、接種に至らない人もいるため、市町村窓口では「やさしい日本語」や多言語による説明文を用意している自治体もある。ワクチン接種情報については、日本人と日本語に不慣れな在留外国人との間では情報格差があり、市町村行政や外国人を雇用している事業所には、この情報格差を縮める取り組みが求められる。

(参考文献)

一般財団法人自治体国際化協会(CLAIR) 「コラム 第36回 ワクチン接種と外国人住民」

<https://www.clair.or.jp/tabunka/portal/column/contents/115254.php>

### (3) 雇用主の保険加入について

訪日外国人旅行者に対する保険加入については、訪日する前に自国で海外旅行保険や医療アシスタンスの補填の準備をしてから訪日する旅行者も多い。また、外国人を受け入れる側からみると、全ての外国人に対して入国する前に医療保険加入を義務化している国（キューバ等）もある。日本において、同様な対応をするにあたっては、制度設計やその有効性、関連する事務負担など、検証すべき課題があり、現在研究班で検討中である。

一方、すでに在留して働いている外国人は、日本の会社に雇用されて社会保険に加入しており、日本の保険医療制度利用のもとに日常の診療を受けている方々も大勢いる。諸外国と比較すれば、少ない自己負担金で質の高い医療を受けることができる環境にあるが、その自己負担金を支払う事ができないために、受診した医療機関に未収金が発生している実態がある。未収金が発生した医療機関に対しては、医業未収金保証保険（日本病院共済会）や各都道府県独自の補填制度がある。また、在留外国人が保健医療を受ける際に生じる自己負担金を補填するための保険商品（特定技能外国人総合保険や外国人技能実習生総合保険）があり、在留外国人を雇用する法人が加入することで、在留外国人の医療費自己負担を補填できる。このような在留外国人を雇用する側が加入する保険商品については、まだ十分に情報共有されていないため、在留外国人就労者の医療費自己負担金の未収金対策の観点からも、今後情報を周知していく必要がある。

## 7. 地域における外国人医療対策の現状と課題

### (1) - 1 地域における取組について（北海道）

国土交通省は2月20日、2025年の訪日外国人客数が前年比16%増の約4,270万人になったと発表した。2年連続で過去最高を更新し、初めて4,000万人を突破した。訪日客による25年の消費額も17%増の約9.5兆円となり、3年連続で過去最高を更新した。（読売新聞）

国内の在留外国人は増加の一途をたどり、2025年6月末時点において395万人で人口に占める比率は3.2%に達した。

都道府県別の在留外国人数を10年前と比較したところ、10都道府県で2倍超になった。

伸び率が最も高いのは熊本県で人数は3倍近くに膨らんだ。2015年と25年の各1月1日時点での住民基本台帳人口を比較した。

都道府県	熊本県	北海道	鹿児島県	沖縄県	宮崎県	佐賀県	香川県	青森県	千葉県	埼玉県
倍率	2.92倍	2.87	2.82	2.64	2.63	2.60	2.18	2.11	2.04	2.03

都道府県別では、半導体産業が集積する熊本県が9,896人から28,883人へと2.92倍になりトップだった。北海道は22,902人から65,621人に増え2.87倍で2位となった。

北海道内の外国人労働者が昨年10月末時点で51,358人に上り、初めて5万人を超えたことが、北海道労働局のまとめでわかった。10年前の約4倍に増えており、少子高齢化による働き手の不足を外国人が補う構図となっている。国籍別ではベトナム人が13,337人と最も多く、全体の20%を占め、インドネシア（10,952人）、中国（6,338人）が続く。産業別で最多となったのは製造業（12,607人）で全体の1/4を占め、続いて農業・林業（7,287人）、建設業

(5,832 人)が多かった。本国への仕送りを目的にする外国人にとっては、円安の影響で実質賃金が減るため、今後は来日を避ける可能性がある。北海道を選んでもらうためには、地域で共に生活し働く仲間として受け入れていくことが重要である。

北海道労働局によれば、道内農業分野で働く外国人は、2020年10月現在、3,447人である。全国の農業分野では約3.8万人の外国人が雇用されていることから、北海道の農業分野のシェアは9.1%であるが、茨城県(7,522人)や熊本県(3,428人)とともに外国人雇用の多い地域である。道内農業の雇用労働者に占める外国人の割合は2割を超えていると推定され、すでになくはならない存在となっている。道内農業では酪農、施設園芸、畑作・野菜といった分野で働く労働者が多い。

漁業分野、特に養殖業において外国人労働者が多い。北海道は2019年現在、ホタテガイ生産量で全国シェア78.7%(32万9,502トン)となっており日本最大産地である。道内の主要ホタテ産地は、道南の森町や長万部町など噴火湾沿いの地域と、小樽市から留萌市にかけての日本海側地域、オホーツク海の各沿岸地域となっている。噴火湾沿いでは男性のベトナム人労働者が多く、日本海側ではベトナム人の女性実習生が多く働いている。どちらも、多くの雇用労働力を必要とし、外国人技能実習生なしには経営が成り立たない状況となっている。

農業や介護分野では、より良い給与などの労働条件を求め、また、にぎやかな都会に憧れて農漁村から都市部へ、さらには北海道を離れて首都圏などに移動する者も多くなってきている。

NPO「多文化共生リソースセンター東海」は2025年1月時点の総務省の統計をもとに、全国市町村の外国人比率を調査した。その結果によれば、外国

人比率が10%以上となったのは全国の27市町村で、最も高かったのは北海道占冠村の36.9%で、外国人観光客に人気のスキー場があり、その関連施設で働く外国人労働者が多いという。

道内で外国人労働者が増えるにつれ労働問題や医療問題など種々の問題が起きている。

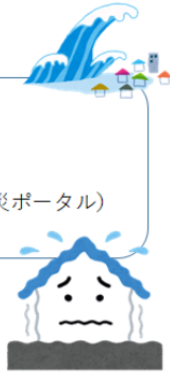
北海道庁では以前から外国人に対する様々な取組を行っているが、最近の道庁HPを紹介する。



The screenshot shows the top navigation bar of the Hokkaido Government website. It includes the Hokkaido logo and name, a search bar, and navigation buttons for '北海道トップ' (Hokkaido Top), 'カテゴリから探す' (Search by Category), '組織から探す' (Search by Organization), and '防災情報' (Disaster Information). Below the navigation bar is a breadcrumb trail: HOME > 総合政策部 > 国際局国際課 > 外国人材に関する北海道の取組. The main heading is '外国人材に関する北海道の取組' (Hokkaido's Measures Regarding Foreign Human Resources). Below the heading is a table of contents with the following items: 'ページ内目次' (Table of Contents), '暮らし' (Living) with a dropdown arrow, 'しごと' (Work) with a dropdown arrow, and 'どこにきけばいいかわからない。たすけてほしい' (Where to ask if I don't know. I need help) with a dropdown arrow.

## くらし

じしん や つなみ  
が おきた  
⇒こちら (北海道防災ポータル)



びょういん に いきたい  
⇒こちら (外国語の対応可能な医療  
機関について)



へや を かりたい  
⇒こちら (北海道外国人居  
住サポーター制度)



どうろ の ルール が しりたい  
⇒こちら (ドライブ北海道～交通安全の基礎  
知識～)

## しごと

かいしゃ を つくりたい  
⇒こちら (北海道スタートアップビザ制度)



かいごし への しえん を しりたい  
⇒こちら (外国人介護人材の施策につい  
て知りたい方へ)



どこ に きけば いいか わからない。たすけて ほしい



⇒こちら (北海道外国人相談センター)  
Hokkaido International Exchange and Cooperation Center  
北海道外国人咨询中心  
홋카이도외국인상담센터  
Trung tâm Tư vấn Người nước ngoài Hokkaido



外国人が増えている市町村ではゴミ出しのルールが守られなかったり共同住宅で深夜まで騒ぐといった問題が多くなってきた。札幌市や登別市では町内会が外国人居住者との交流会を企画し、困りごとや悩みを聞く場を設け、関係性を築くことでトラブルの深刻化を防いでいる。外国人との共生を進めるため町内会の活動が広がり始めている。

## まとめ

北海道を訪れる外国人観光客の増加、在留の外国人労働者の増加に伴い、医療機関を受診する外国人も増加している。今後、医療・介護・子育てなどより複雑な問題が起こることが予想される。行政・医療界・司法界・民間団体などが情報共有をしながら対応することが求められている。

## 引用文献

- 1) 北海道新聞
- 2) 読売新聞
- 3) お隣は外国人 北海道新聞社刊

## (1) - 2 地域における取組について（東京都）

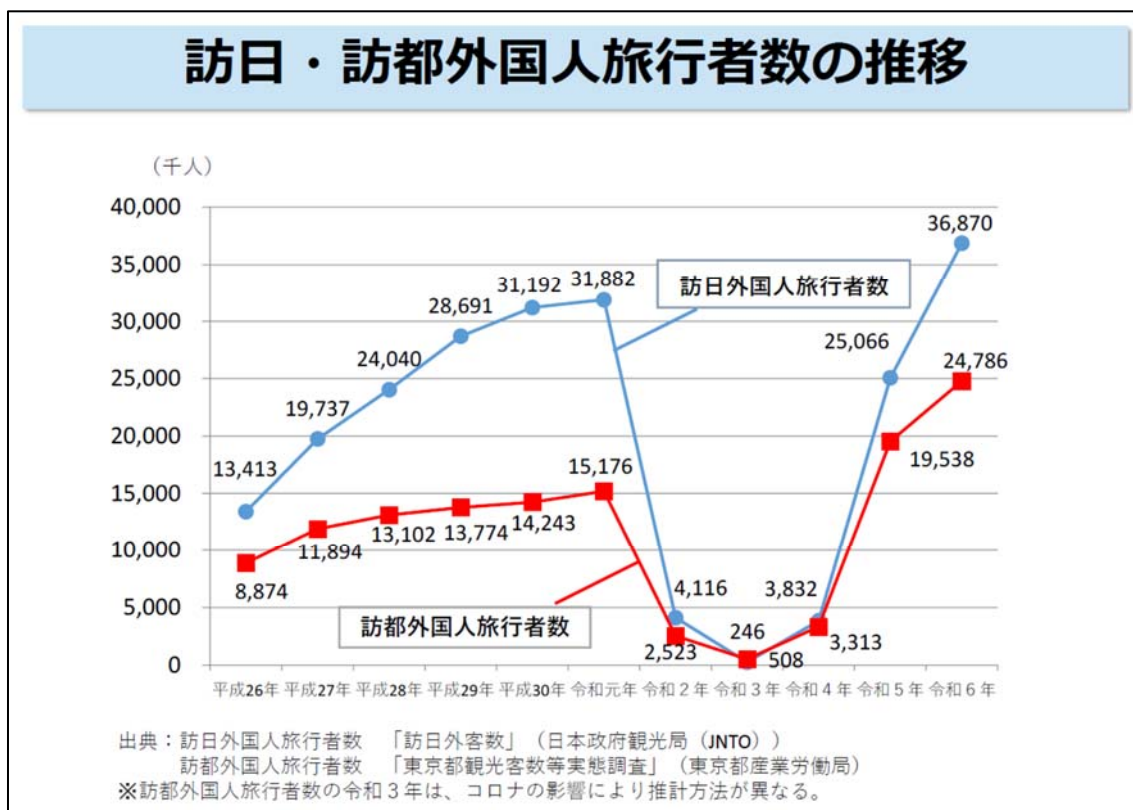
コロナ禍以降、訪日外国人の増加は著しく、医療現場では混乱することが多くなってきている。主な国の取り組みは6つほどあげられる（表1）。しかし電話通訳サービスの通話料は現実的には医療機関が負担していることが多く、医療費の不払いも続いている。

（表1）

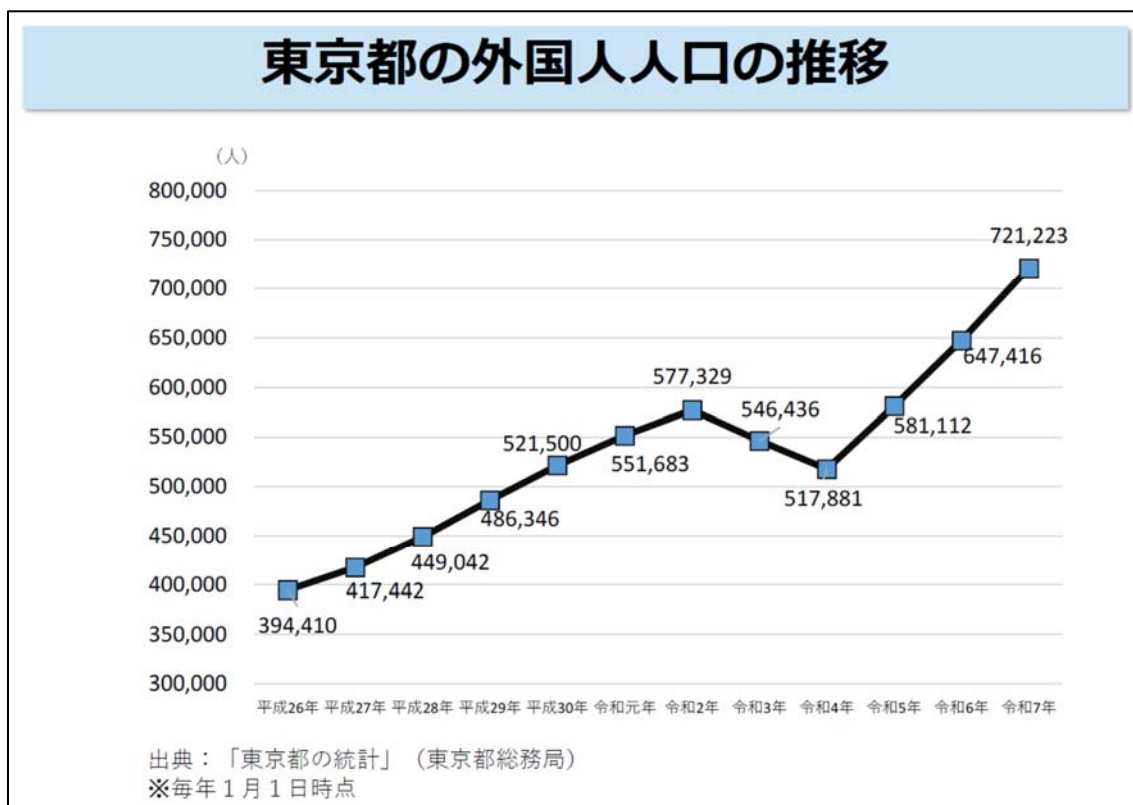
外国人患者対応に関する国の主な取組
①外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル
②希少言語に対応した電話通訳サービス
③夜間・休日ワンストップ窓口サービス
④保険診療における翻訳料・通訳料等の患者からの徴収
⑤訪日外国人受診者による医療費不払い発生防止に取り組む医療機関向けツール
⑥医療機関からの「訪日外国人受診者の医療費不払い情報」の収集

東京の訪日外国人は群をぬいて多い（表2）。最新の資料によると全国の訪日外国人は4200万人にのぼり、そのうちの2500万人が東京を訪れている。一方、在留外国人は全国で395万人そのうち72万人が東京に住んでいる（表3）。このように東京の医療機関は外国人の診療が非常に多くますます増加が見込まれる。そのため国民と同様に安心して医療機関を受診できるよう、医療機関の体制整備・医療情報の提供・医療機関や関係団体との連携強化を図っている。

(表 2)



(表 3)



現場においては、医療費価格（自費診療のため）の理解が得られない場合や医療費未払いが起る。国へは報告するようになっているが金額の補填はない。東京都では都内在住または勤務するもので公的医療保険が適応されず並びに公的扶助の給付を受けない者や over stay や不法入国等で健康保険法、生活保護法の適応がない者を対象に、緊急性の高い保険診療で認められる範囲の医療を行った場合は 200 万円を限度に補填が行われている。この制度活用は年々増加し、現在は予算内で支払われているが、進捗率は 90%を超えている。今後も増加が予想され、補填の選別などが起こらないよう方策を考えなければならないところまで来ていることは看過できない。

医療情報提供で、2点新しくなった。一つ目は都内の医療機関の検索はいままで「ひまわり」というサイトで情報提供していたが、令和6年度より厚生労働省が構築した全国統一的な情報提供システム「ナビイ」に代わり全国の検索が可能になった<sup>\*)</sup>。二つ目は新しく令和6年度より「外国人のための TOKYO 医療情報サイト」Tokyo Medical Information Site for Foreign Tourists and Residents という医療機関の探し方だけでなく日本の医療制度など外国人向けの医療情報をまとめたポータルサイトを公開している<sup>\*\*)</sup>。

東京都医師会では、会員医療機関現場で医療費未払いのみでなく、受付時、診療中、会計時でのトラブルの経験を報告してもらい、今後の外国人医療をよりスムーズにできるよう対策を検討し、情報共有を図っていこうと考えている。

今後について、地域により事情は違うが、共通して要望したいことは、国の責任において、日本の医療制度や外国人旅行保険の周知等、医療情報提供の充実に向けた取り組みをお願いしたい。

また、住民としての転入の受付時などに、日本の医療制度また地域の医療機関の事情など丁寧に説明し、十分な理解を徹底していただきたい。

医療機関が安心して外国人に対しても医療を行えるよう医療側と行政が協力して日本の医療制度を守れるよう努力をつづけていきたいものである。

\* <https://www.iryoku.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>

\*\* [https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\\_hoken/medical\\_info](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/medical_info)

「東京都医師会 外国人医療関連報告入力フォーム」

URL : <https://forms.gle/XJq5v5btkDr3sAyX6>



「東京都医師会ホームページ」

URL : <https://www.tokyo.med.or.jp/39732>

## 新宿区からの報告

新宿区の在留外国人は、51,781人（14.5%）訪日外国人のうち新宿を訪れる外国人は、年間1300万人（52%）以上と都内でもかなりの外国人の割合が多い地区である。診療時間内時間外ともに外国人受診者が当然多くなる。以下現状報告があったので報告する。

在留外国人の受診は、言葉や文化の障壁があり医療者の負担時間は2～3倍かかり通訳費は現状では医療機関側の負担のことが多く、受け入れ整備のちがいがあがるが医療機関での負担は限界に近いと報告されている。

訪日外国人の受診は、自費診療であるが全時間外受診のうち外国人時間外受診が20%を占めるとのこと、より救急外来の現場の負担は大きくなっている。ま

た医療保険未加入が全受診の30%と多く医療費の未収につながっていくと考えられ大きな問題となりつつある。また、患者自身の希望で母国に帰る際の手続きが非常に煩雑で医療機関の負担が大きい。このように、新宿区の外国人の救急医療の許容は限界に来ていると理解するのは難しくない。このように診療時間内時間外ともに対応の限界が近いと思われる。

外国人が日本人と同じように医療を受けられることを目的に体制を整える努力をしてきているが、新宿区のような状態が続いていけば、日本の救急外来は Anyone at Anytime の医療ではなくなるだろうと予想される。救急のトリアージ #7119 の外国人用が必要になってきてしまうかもしれない。

国への要望になるかもしれないが DX 化を進めているなかで、諸手続きの簡素化を進め、医療機関の医療以外の負担の軽減も課題であることを付け加えておきたい。

今回はこの事象を委員会への報告にとどめ、東京都医師会として改めて検証し対応など検討し報告したいと考えている。

## (2) - 1 行政及び関係団体との連携について（大阪府）

行政から医療機関への支援策の一つとして、「民間保険・保障加入」に対しての一部補助が、大阪府では令和7年度より開始された。医療費未収金対策であるが、行政も外国人患者受け入れにおける障壁の一つが医療費未収金であることを鑑みてのリスク低減策として実施されるものである。補助金上限は、令和7年度は病院20万円（40万円の1/2補助）、診療所はその半額であったが、令和8年度は医療機関の区別無く25万円（50万円の1/2補助）となっている。

今後の問題点としては、この支援が継続されていくのか、高額な未収金に対してこの補助金額の保険加入だけで賄えるのか、また本来は全額補助とすべき事柄である、という点がある。医療費未収金問題は、本来医療機関が責めを追うべき問題では無く、今後もこの支援策の継続と、増額、全額補助を求めていく必要がある。医療費未収金対策に対して、行政としての責務を果たして貰えるように、連携した対応を求めていかなければならない。

### 外国人患者受入れ医療機関における患者受入れ環境整備事業

#### 事業概要

外国人患者受入れの障壁となる医療費未収金リスク低減につながる費用を補助することで、新規の外国人患者受入れ医療機関の増加及び既存の外国人患者受入れ医療機関による外国人患者へのサービス向上を図る。

【補助対象】府内の外国人患者受入れ医療機関（※）

【補助率】支援メニュー（i）～（iv）ごとに2分の1

【補助上限・基準額】：1医療機関あたり補助上限額25万円（補助基準額50万円）

※厚労省の「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」に掲載されている（掲載意向のある医療機関 [約350医療機関（75病院、275診療所）]

○R8活動指標：50医療機関⇒R7実績（51医療機関）をベースに設定

補助上限額（補助基準額）		病 院	診 療 所
		25万円（50万円）	
支 援 メ ニ ュ ー	（i）保険・保証サービスの費用	25万円（50万円）	
	（ii）外国人患者対応研修に係る費用	5万円 （10万円）	2.5万円 （5万円）
	（iii）キャッシュレス化対応に係る初期費用 ※クレジットカード手数料等のランニング コストは除く	10万円 （20万円）	5万円 （10万円）
	（iv）外国人患者向けの情報発信に係る 費用	20万円（40万円）	

## (2) - 2 行政及び関係団体との連携について

### 行政、関係機関、医療機関における役割分担の明確化

外国人患者への対応、特に訪日外国人患者の場合には、診療のみならず、言語対応、医療費の説明・支払い対応、保険手続、関係者との連絡調整など多岐にわたり、これらを医療機関のみで完結させることは現実的には困難である。したがって、医療機関としては、本来の役割である「治療の提供」に専念できる環境を整備することが重要であり、そのためには行政や関係機関との適切な役割分担と連携体制の構築が不可欠となる。

もともと、外国人患者の状況は地域によって大きく異なり、患者の種類、背景、人数はいずれも一様ではない。そのため、当該医療機関にとって望ましい連携先も、おのずと異なってくる。例えば、在留外国人患者、とりわけ技能実習生や特定技能外国人が多い地域においては、監理団体や登録支援機関との連携が重要となる。監理団体は技能実習生を対象に監督・支援を行う非営利法人であり、登録支援機関は特定技能外国人に対して生活・就労支援を提供する民間機関であるが、これらの機関と日頃から連携し、医療に関するオリエンテーションの機会等を通じて、地域における医療機関の受診方法や医療費の支払い方法についてあらかじめ説明しておくことも有効であろう。さらに、外国人患者が重症化した場合等には母国の家族への連絡が必要となることもあるが、医療機関が単独でその所在を把握することは容易ではないことから、こうした場合の対応についても、監理団体や登録支援機関と事前に協議し、役割分担や連絡体制を整理しておくことで、いざというときにも円滑に対応することが可能となる。

一方、訪日外国人患者の場合には、受診の契機が宿泊施設や観光施設であることも多く、観光事業者との連携が重要となる。例えば、自院の近隣のホ

テルや旅行会社等に対して、医療機関への紹介方法や連絡手順を共有しておくことにより、患者の円滑な受診につなげることが可能となる。また、医療費の支払い、海外旅行保険の利用、医療アシスタンス会社との調整等についても、医療機関単独では対応が難しい場面が多く、関係機関との連携が不可欠である。

さらに、行政機関は、地域における医療機関や関係機関の把握、医療機関リストの整備、相談窓口の設置、関係者間の調整等を担う主体として重要な役割を有している。特に、ワンストップ窓口や地域協議会の整備は、医療機関の負担軽減と対応の円滑化に資するものであり、これらの機能を適切に活用していくことが求められる。

このように、外国人医療への対応においては、監理団体や登録支援機関、観光事業者、行政機関等と、相互に連携していくことが円滑で持続可能な外国人患者の受入体制を構築していく上で不可欠である。そのため、自院における外国人患者の受診状況や自院の地域における役割や機能を踏まえながら、「誰が、どの場面で、何を担うのか」といった役割分担を日頃から関係者間で話し合い、共有しておくことが重要といえよう。

## 8. その他

### (1) 医学教育、看護教育での外国人医療に関する教育の実施、強化

法務省出入国管理庁によると 2025 年 6 月末での在留外国人数は 395 万 6619 人である。同時期における我が国の総人口は 1 億 2286 万人であり、外国人の占める比率は 3.2%となっている。外国人比率が最も高かったのは北海道占冠村の 36.6%であり、東京都新宿区では 13.6%、豊島区では 12.7%、横浜市中区では 12.8%などとなっている。商業施設に行けば、店員が外国人という光景ももはや珍しいものではない。

さらに 2025 年の外国人観光客総数は 4268 万人であり、医療機関において外国人を診察する、看護する機会は都会だけでなく、日本中、津々浦々においても増加しているものと推察できる。

外国人医療における主な問題点は外国人に対する日本の医療福祉制度について日本人医療従事者および外国人の双方において理解が足りないこと、さらに医療現場における言葉の問題、医療費の問題、習慣や考え方のちがひ、疾患の違いなどに分類できよう。現状では医師、看護師をはじめとする医療従事者は卒業して初めて外国人患者に相對することになり、戸惑い、不安を抱きながら診療にあたることになる。今後、日本における外国人比率は出生数の長期低下傾向や産業構造からさらに高まる可能性があり、外国人医療を医学教育、看護教育のカリキュラムに組み込み、早い段階から外国人医療について学ぶことは医師、看護師そして医療機関にとっても外国人患者との無用なトラブルを避け、適切なる医療を日本人同様、外国人にも提供する上でも最優先の課題であると考えられる。

現在、外国人医療についての教育は医学部においても看護学部、看護専門学校においてもこの分野に興味を持つ、ごく一部の教員や外部の識者によっ

て行われており、これらの教員の異動や外部の識者の都合によっては、授業そのものの継続性が危うくなる状況にある。よって外国人医療に関する適切な講義や授業を行うことができる人材の養成も急務であろう。

## (2) 外国人患者への対応における要点について

医療機関からワンストップ窓口等に外国人患者について相談をする際には、患者についての的確な情報提供が必須である。そのために確認しておくべき事項を表にまとめた(コピー使用可)。

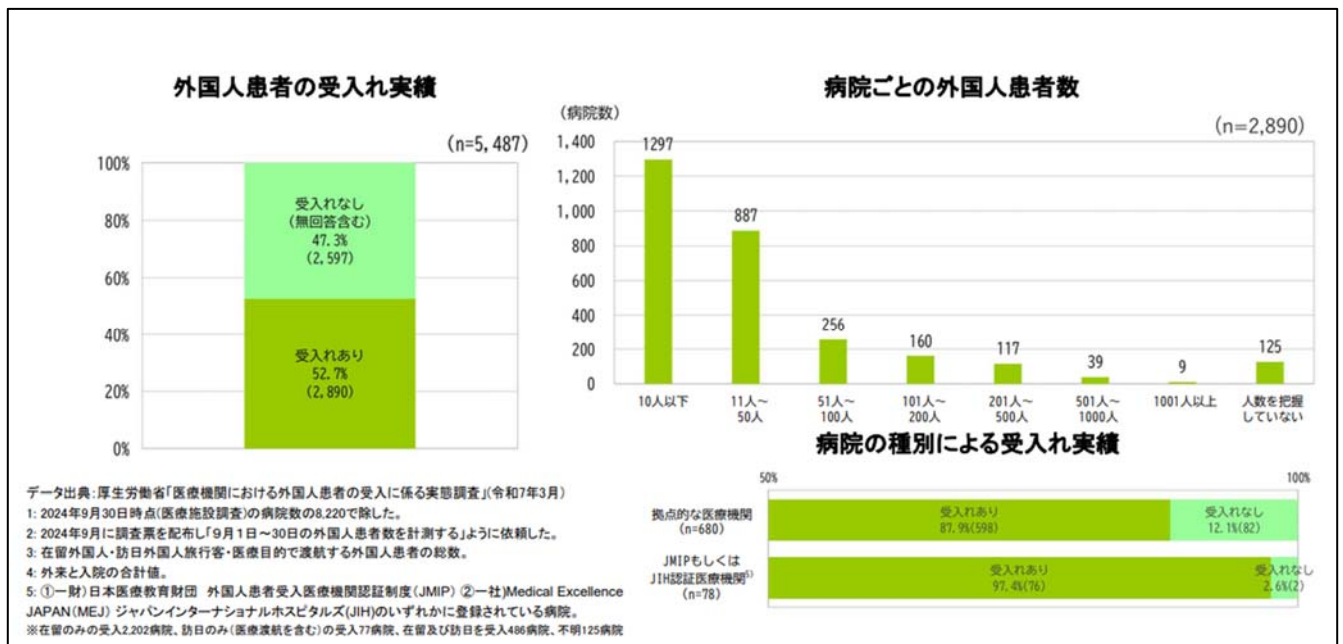
国籍	( )
居住地	国内( ) 海外( )
母語または対応可能言語	( )
本人確認手段 (1.または2.または3.の該当する□内にチェックを入れてください)	
1.	
<input type="checkbox"/> 公的保険に加入資格を有しない短期滞在(90日以内の滞在)の場合はパスポート	
2.	
<input type="checkbox"/> 90日以上在留できるビザが有り、公的保険に加入している場合 (✓を入れた場合は続けて下記もチェックを入れてください)	
↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	
<input type="checkbox"/> 公的保険が本名の場合はパスポート、在留カードまたはマイナンバーカード	
<input type="checkbox"/> 公的保険が通称名の場合は本名と通称名が併記されているマイナンバーカードのみ (パスポート、在留カードには本名のみ、マイナンバーカードには本名と通称名が併記されています。 通称名の場合、パスポートや在留カードでは確認ができません)	
3.	
<input type="checkbox"/> 90日以上在留する資格を有しているが、公的保険に加入していない場合 (✓を入れた場合は下記のどれか一つ、該当にもチェックを入れてください)	
↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	
<input type="checkbox"/> 医療滞在ビザ所持者(自費診療が原則のビザゆえに公的保険加入資格なし)はパスポート、在留カード	
<input type="checkbox"/> 外交官とその家族、在日米軍とその家族(地位協定により公的保険に加入資格なし)は当該国の身分証明書またはパスポート	
<input type="checkbox"/> 適切なる在留資格を有しており、公的保険加入資格はあるが、自らの意思で加入していない場合はパスポート、在留カードまたはマイナンバーカード	
<input type="checkbox"/> その他の理由で公的保険への加入が不可の場合はパスポート他	
追加資料として	
民間保険への加入( <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし )	
※ なお、偽造在留カードが出回っており、在留カードの IC チップを読み取る出入国在留管理庁作成の在留カードアプリを携帯にダウンロードして真正性を確認することを推奨します。	

### (3) 病院における外国人医療の現状と課題

#### 【現状】

近年、訪日外国人、在留外国人の増加と多様化は著しく、それに伴い受入実績のある医療機関も全体の約半数へと増加しているが、厚労省による「令和6年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」では、前年9月の1か月間で外国人患者の受入数を前向き調査した所、病院に関しては受入れ態勢の「二極化」が進行、JMIP(外国人患者受入医療機関認証制度)の認証取得やMEJ(Medical Excellence Japan)、JIH(Japan International Hospitals)等の登録病院では98%弱、各都道府県が選定した拠点医療機関では88%の受入があったが、その他は約5割に留まり、受入実績のあった病院全体では「10人以下/1か月」の病院が最多であった(図1)。

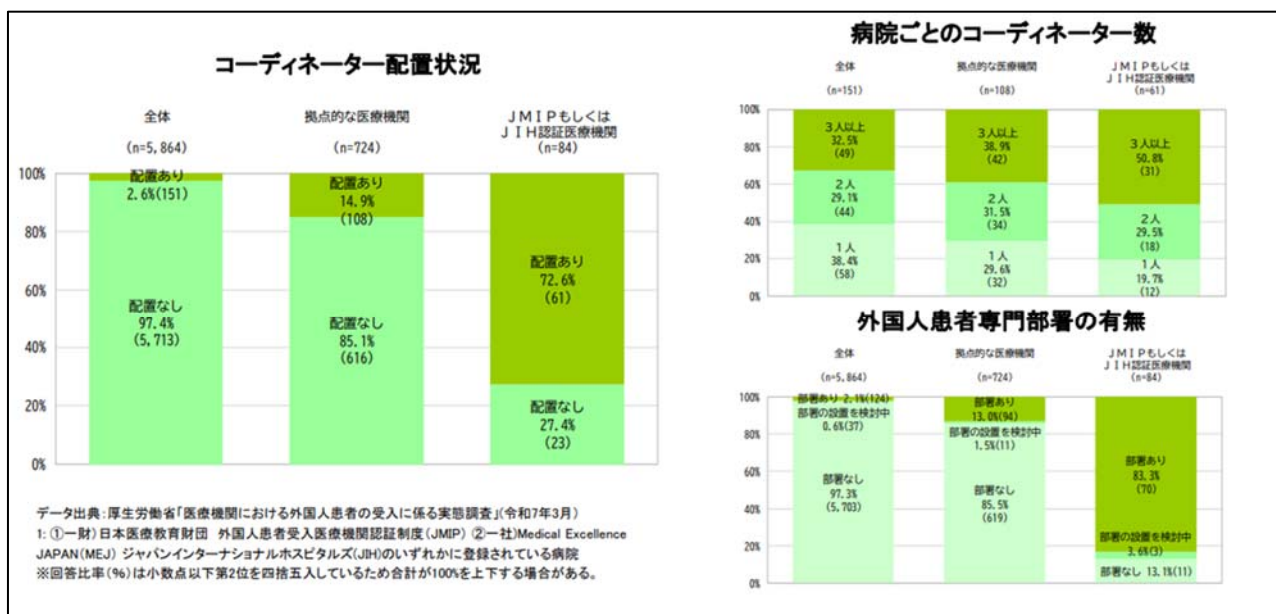
(図1)



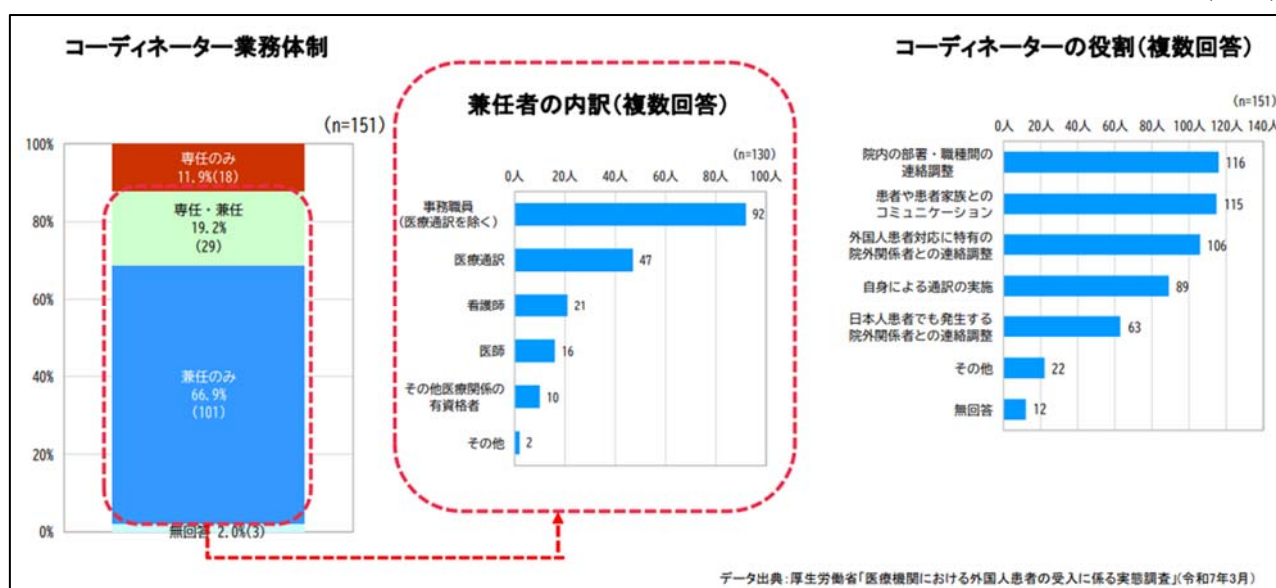
「外国人患者対応専門部署」の設置に関しても一般的な病院では2～4%、拠点医療機関で14%弱、JMIP や JIH の認証取得病院では認証基準に組織体制が含まれる事もあり84%弱が専門部署を設置している。同様に外国人患者と

医療スタッフとの橋渡しをする「医療コーディネーター」を配置している病院は1割未満であり、拠点医療機関でも15%に留まったが、JMIP や JIH の認証取得病院では8割以上が配置していた。医療コーディネーターの業務体制・役割では配置病院の約9割が「兼任のみか専任+兼任」の体制で、兼任者の最多職種は事務職員であり、コーディネーターの役割では「院内の部署・職種間の連絡調整」が最多で「患者や家族とのコミュニケーション」が次いで多く、今後は更なる専門性の深化が求められる。(図2)、(図3)。

(図2)



(図3)

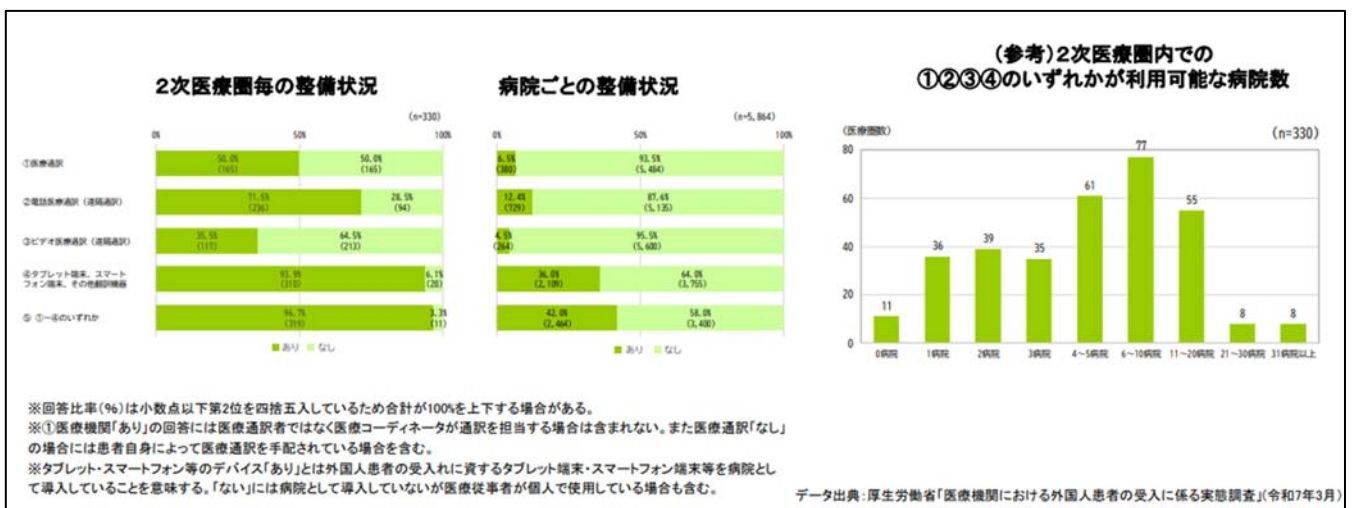


## 【課題】

### 《言語・コミュニケーション》

コミュニケーション、特に言語の障壁が最大・最多の課題で、現場での多言語対応(多言語化)に関しては医療通訳・電話通訳・ビデオ通訳・自動翻訳デバイスの整備状況を二次医療圏（全国で330）毎に見ると、医療通訳配置病院は50%、電話通訳利用可能病院は71.5%、ビデオ通訳利用可能病院が35.5%、翻訳機能を有するタブレットやスマートフォン端末導入病院は93.6%、更にこれら何れかが利用可能な病院が96.7%、それぞれ各二次医療圏に存在している。（図4）。

（図4）



言語の障壁の存在は正確な意思疎通が困難となり、医療安全上も(訴訟や誤診等の)大きなリスクとなり、専門の医療通訳の活用が厚労省のマニュアルでも推奨されている。

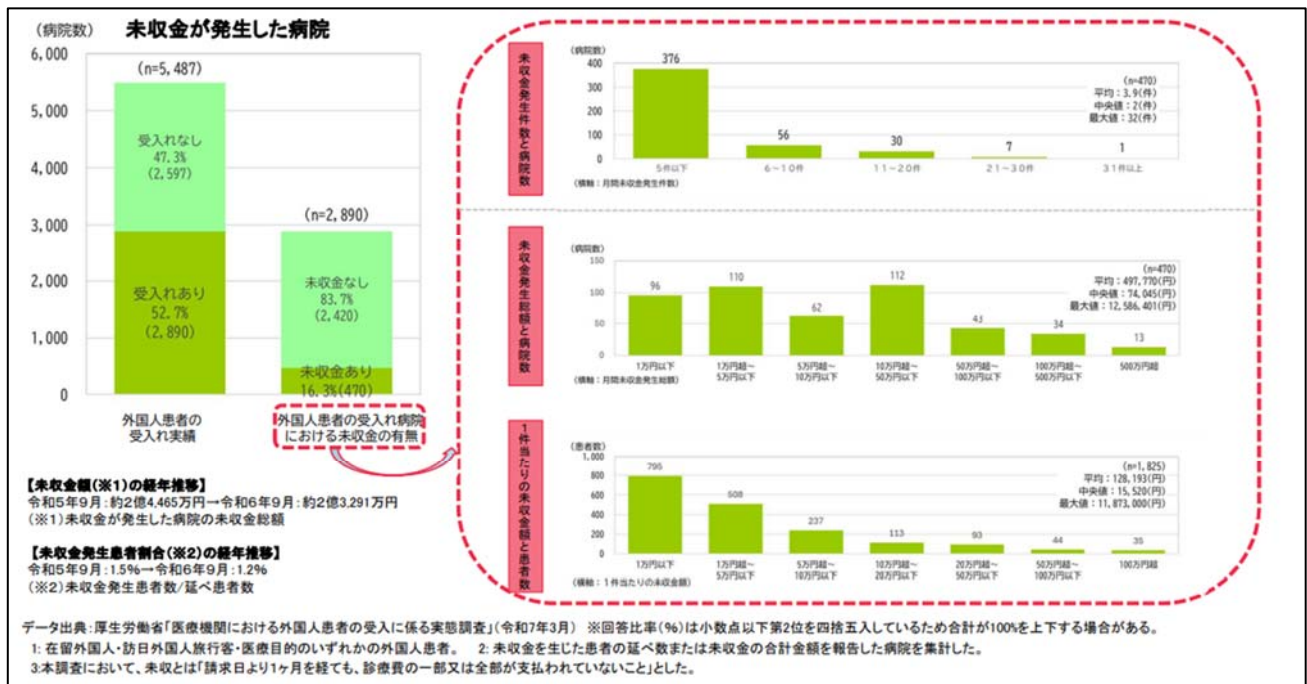
### 《未収金》

外国人患者受入病院の17%弱で「未収金」問題が発生しており、1病院あたりの発生件数は約4件/月で、総額は平均約50万円、1件あたりの金額

は平均5万円以下であった。訪日と在留、各々の差異はあるが外国人の保険未加入問題は看過できない。

入国時保険加入推奨、保険加入の確認徹底、クレジットカード決済導入、等の予防的対処は不可欠と考えられる。(図5)。

(図5)



## 《宗教・生活習慣》

異なる宗教や生活習慣に対する配慮・対応も課題として留意すべきである。礼拝の習慣や食事(ハラール食等)、プライバシー、性差への対応の差異等が問題となり易い。

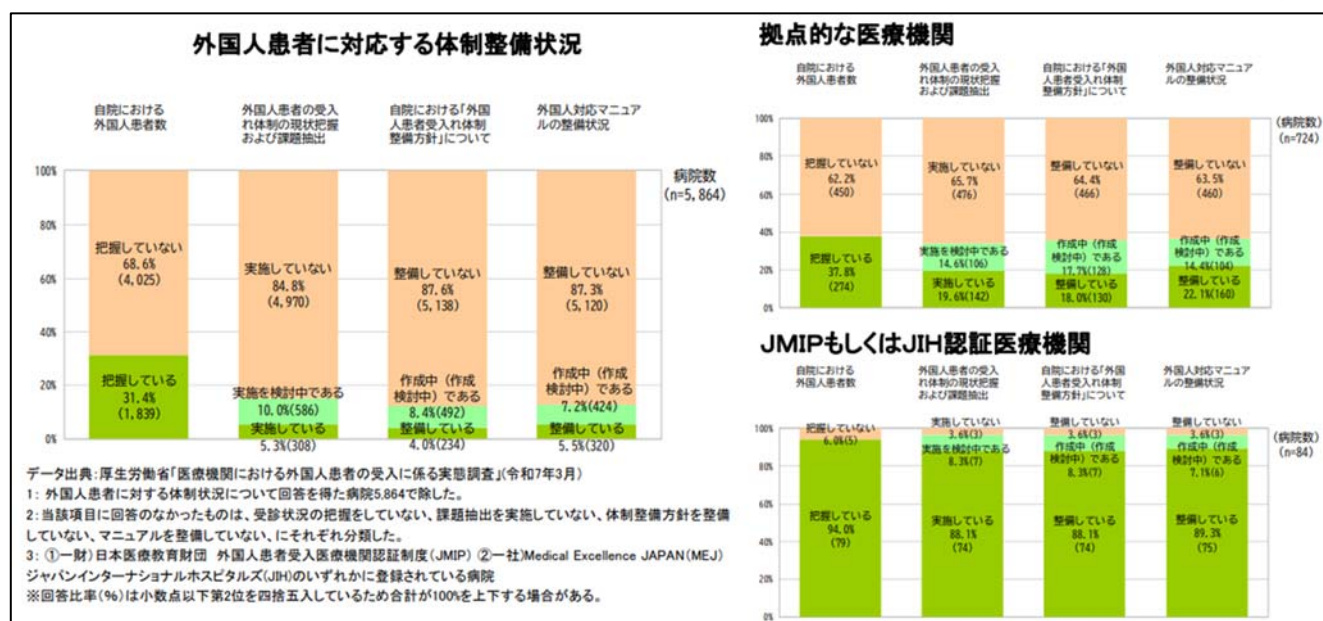
## 《体制整備》

「外国人患者に対する体制整備状況」を見ると、自院に於ける外国人患者の受診状況を把握していない病院が約7割あり、受入れ体制の「現状把握及び課題抽出」をしていない病院が約8割、自院の「外国人受入体制整備方針」を整備していない病院は9割であった。「現状把握及び課題抽出」等の取組

について拠点病院において6割以上が未実施であったが、JMIP や JIH の認証取得病院では約9割が実施していた。

受入体制の不備、病院間格差は重要事項が現場の不均一な判断に委ねられる状況となり早急に改善すべき課題である。(図6)

(図6)



### 《救急医療》

これらの諸種課題が集中して露呈して来るのが外国人の救急医療の現場であるが、消防庁では受付段階での救急お役立ちポータルサイトの活用、病院選定における現場滞在時間の延伸(全救急事案12.1分⇔外国人事案19.7分)への対応として既存ツールを組合せて活用、電話通訳センターを介した三者間通話や救急ボイストラ等を状況に応じて活用、等でコミュニケーションに関する課題の解決を図っており、これ等に即応すべく病院側も早急な体制整備の改善が望まれる。

(引用文献)

厚生労働省「令和6年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査について」

#### (4) 外国人患者における未収金問題について

厚生労働省が発表した「令和5年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査について」<sup>1)</sup>によれば、2023年9月の1か月間で、外国人患者受け入れ実績のある2,813病院のうち516病院(18.3%)が外国人患者による未収金を経験していた。未収金のある病院のうち、病院当たりの未収金の発生件数は平均3.9件、総額の平均は49.6万円(これらは1か月間のデータであることに注意)であった。病院当たりの未収金の多くは総額5万円以下であるが、中には100万円超～500万円以下が43病院、500万円超が10病院で経験していた。また1件当たりの未収金額が20万円を超えていたのは160人、100万円を超えたのが42人、最高額は1,846万円であった。ただし、これらのデータは2023年9月の1か月間だけのデータであることに注意が必要である。

訪日外国人の未収金対策として、国は2021年5月より訪日外国人受診者医療費未払情報報告システムの運用をスタートさせた。これは医療機関側から20万円以上の医療費未払いのあった外国人旅行者の情報を厚生労働省が収集し、出入国管理庁と共有することで、次回入国審査を厳格化するという仕組みである。このシステムで実際に医療機関側から情報提供がなされた件数と金額は、以下の表のとおりである。

年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
登録件数(件)	0	2	61	43
登録未集金額(円)	0	1,217,676	82,340,239	94,806,480

厚生労働省は本システムについて訪日外国人向け周知動画(you tube)を英語・中国語・韓国語で用意しており、医療機関で医療費を支払わなかった場

合に、次回入国審査が厳格化され入国が許可されない可能性があることを伝えている。

さらに、医療費未払の抑止を強化させるために、情報提供の対象者を 2026 年 4 月からは「20 万円以上」から「1 万円以上」に引き下げ、また、訪日のみならず中長期在留者に拡大し、医療費不払情報を在留審査に活用するとしている<sup>2)</sup>。

しかし、医療費の未払い問題は外国人に限った問題ではない。令和 6 年度の「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査結果報告書」<sup>3)</sup>では、外国人患者を受け入れたと回答した医療機関に対して、単年度の未収金総額（日本人を含め）と、そのうち外国人患者による未収金総額について調査している。外国人患者を多く受け入れている救急医療機関では、単年度で 1,339 機関(75.6%)に未収金が発生し、そのうち外国人患者で未収金が発生したのは 678 機関(38.3%)であった。未収金額は日本人と外国人を含めて 692 億 9890 万円で、そのうち外国人による未収金は 12 億 3050 万円で約 1.8%であった。このデータが示すように日本人にも多額の未収金が発生しており、外国人だけ一方的に締め付ける政策が正しいのかは疑問が生じる。日本人患者向けにも未収金が発生しないよう注意喚起すべきであり、一方で、外国人患者に対しより支払い易くする環境を整える政策こそが必要なのではないだろうか。以下、その方向性について具体の案を列挙する。

- ・医療機関に対して、外国人患者が受診する際の概算費用の提示のあり方について、国がその具体例を示すこと
- ・外国人患者とのトラブルを回避するために、行政負担による電話医療通訳サービスを広く普及させること

- ・訪日外国人に対し旅行保険に加入することを制度化させること
- ・中長期在留者に対しては、社会保険・国保への加入ならびに保険料納付の周知徹底と、未納が生じる場合の生活相談を行政が懇切丁寧に行うこと

#### 引用

- 1) 厚生労働省 令和5年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査について  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001490166.pdf>
- 2) 厚生労働省「訪日外国人受診者医療費未払情報報告システムに係る運用変更について（周知依頼）」  
令和8年2月4日付事務連絡 <https://www.mhlw.go.jp/content/001650895.pdf>
- 3) 厚生労働省「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査結果報告書」令和7年3月  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001701942.pdf>

## **(5) 精神科領域における現状と課題**

当外国人医療対策委員会の前期報告書において、精神科領域に関する以下の3項について答申を行った。まずは、それぞれの項の概要について再掲する。

### **【(3)医療通訳の諸問題：精神科領域における医療通訳の特性の項】**

精神疾患は多様で患者年齢層も幅広く、診断・治療には、詳細な生育・生活歴を踏まえた現病歴聴取と精神保健福祉法の理解と適切な運用が不可欠である。

また、多くの場合で、疾患に伴う思考や感情の乱れを背景に、混乱した病的(不正常)な言動が発現する。

外国人の場合、生活文化や社会制度の違い等が発病や病状悪化の要因となり得る。

これらより、精神科領域における医療通訳は、精神医学や精神保健福祉法の知識、日本の文化・社会制度の理解(母国との相違の理解)に加え、患者の病的(不正常)な言動について通訳者の主観を交えず、正確に病的な内容として医療従事者に伝えることが求められ、より高度な専門性を要するといえる。

一方で、通訳者の育成、報酬制度、リスク保障等は極めて不十分であり、関係団体の連携・協力と、国による制度整備と支援が必要である。

### **【(6)外国人医療対策の諸問題：災害医療対策・精神科医療関連の項】**

災害時において、外国人は災害弱者として位置づけられる。災害情報や避難情報等が適切に伝わらないことにより、精神的負担が増大する。

WHO報告では、災害時に精神疾患の有病率が増加するとされており、外国人においては、その影響がより顕著になることが懸念される。

災害時精神科医療対応においては、新規発症、既存疾患の悪化、治療中断の3つ側面を念頭に置く必要がある。

また、特に非自発的医療の場面では、平時でも正確な通訳と十分な説明が不可欠であり、家族同意や期間が規定されている行政手続きに関しても、在外公館や外国人コミュニティとの連携が必要となる場面が少なくないが、これらについても、災害時には平時以上に多くの混乱が生じることが容易に想定される。

さらに、災害時には医療機関と行政機関ともに機能低下が生じる可能性が高く、法的手続きの運用に関する例外措置の整備も課題となる。

これらを踏まえ、DPAT 等の専門チームによる支援体制の強化、多機関連携の構築、多言語情報提供や心理社会的支援体制の整備等について、平時からの取り組みを進める必要があり、国の主体的な関与も強く求められる。

#### 【(6)外国人医療対策の諸問題：精神科、メンタルヘルス領域での現状と課題の項】

メンタルヘルス対策においては、外国人は言語や文化の違いにより、一次予防(普及啓発・疾患予防)、二次予防(早期発見・早期治療)、三次予防(疾患再発防止)の全ての段階で不利な状況に置かれ、課題を抱えている。

令和4年改正の精神保健福祉法により、医療保護入院の入院期間や諸手続き等が厳格化されたが、外国人患者に対する説明や制度理解が不十分なままの運用は、トラブルや国際問題に発展するリスクがある。

さらに、主に外来医療における、外国人の神経発達症対応や治療薬剤管理に関する新たな課題も顕在化している。

各項で考察の通り、精神科領域における外国人医療の課題は複雑多岐にわたっている。

これらの解決には、精神科病院からの視点のみならず、精神科診療所、医師会、法律家、先進的取り組みを実践している医療機関および多文化共生推進団体等の多職種・多機関連携と調査研究の推進が不可欠である。

厚生労働省の外国人医療管轄部局と精神保健医療福祉管轄部局等の主導による調査研究ならびに調査研究に基づく、国による責任ある対策強化や支援策の実施が急務である。

### 【精神科領域における外国人医療対策の停滞要因と打開策について】

近年、在留外国人および訪日外国人の増加に伴い、医療機関における外国人対応の必要性は確実に高まっている。精神科領域においても例外ではなく、むしろ言語・文化・法制度の影響を強く受ける分野として、より深刻な課題を内包していると言える。

しかし現状は、精神科における外国人医療対策は進展しているとは言い難く、前述した精神科領域における様々な課題は、むしろ、ほぼ手付かずの状態と言ってよい。

こうした状況下で、精神科領域における外国人医療対策の停滞要因と打開策についての考えを今期の報告書に加筆したい。

精神科医療には、身体科医療とは異なるいくつかの特性があり、これらの概要は、下記の表1の通りに整理される。

表1 精神科医療と身体科医療の特性比較

項目	精神科医療	身体科医療
症状の特徴	本人の訴えや行動変容が中心	画像・検査所見や身体所見が中心
診断	面接中心	検査中心
病識	不十分となりやすい（悪化時は特に）	保たれる場合がほとんど
治療同意	困難な場合あり（悪化時は特に）	比較的容易
治療期間	長期・慢性の経過をたどりやすい	比較的短期
強制性について	医療保護入院・措置入院等の 非自発的医療に関する法制度が存在	原則として本人同意が中心
家族の役割	非常に大きい (同意・支援・生活調整等)	比較的限定的
社会との関係	住居確保・福祉・就労等において 地域社会との連携が不可欠	医療完結型の場合が多い

精神科領域においては、診断・診療が対話に依存するため言語の壁の影響が極めて大きく、複雑であることに加え、病識や現実検討力が薄弱であることに起因する、医療保護入院や措置入院、行動制限の実施等、非自発的医療においては厳格な法的手続や正確な説明・告知が不可欠であり、適正な同意取得や権利告知の担保が極めて重要である。

しかしながら、外国人患者においては、家族の不在や連絡困難の場面も多く、現行制度の運用が想定通り機能しにくい場面が少なくない。

これらの運用に際しての、精神科特性を踏まえた通訳体制を始めとするサポート体制や主に非常時の例外規定等の整備がなされていないことは、極めて大きな問題と言える。

さらに経営面の課題も無視できない。精神科領域における、特に専門性の高い通訳手配や診療時間の長時間化に伴うコスト増に対しては、仮に公的医

療保険加入者である在留外国人患者であっても、十分な診療報酬上の評価がなされているとは言えず、未収金リスクも相対的に高い。

結果として、精神科において外国人患者の受入れは、他科以上に「高リスク・低インセンティブ」となりやすく、積極的な体制整備が進まない一因となっていると思われる。

加えて、在留外国人患者の退院後の地域生活支援の脆弱さも課題である。住居確保、就労支援に在留資格等の問題が複合的に絡む外国人患者に対しては、医療提供のみならず、障害福祉サービスや地域支援との連携も不可欠であるが、その受け皿や医療との連携体制は十分に整備されているとは言えない。

こうした事態が入院の長期化を招き（入院が長期化することにより）、医療機関側の負担が一層増大する構造となっている。

こうした各種停滞要因が、災害時等の非常時には行政機能の減弱や麻痺も相まって増幅・増大し、さらに医療機関への負担として重くのしかかることとなる。

こうした状況を打開するためには、個別医療機関の努力に依存するのではなく、下記の5項目を中心に、制度的・構造的な対応を急ぐ必要がある。

#### ① 精神科特有の法的手続きを含めた多言語対応の標準化が求められる。

入院形態の説明や権利告知に関する文書を統一的に整備し、全国的に活用可能とすることが重要である。厚生労働省のホームページ上に、精神科医療に係る各種文書様式について数ヶ国語の翻訳版が掲載されている<sup>1)</sup>が、医療機関が個別に作成する必要がある文章や説明の詳細については、医療通訳や外国人患者対応コーディネーターによる支援等が必要であり、現行の対策のみでは不十分である。医療通訳や外国人患者対応コーディネーターは、特に精神科救急治療の現場を中心に、入院医療現場への重点的な配置が求められるが、先ずは実態・実情に応じて、自治体広域あるいは全国

数ヵ所程度の配置・運用でも問題ないものと思われる。

- ② 他科と同様に、通訳費用の公的補助、未収金に対する一定の補填、受入れ拠点病院への加算措置等の経済支援策の強化を図り、精神科医療機関が持続可能に外国人対応を行える仕組みを構築すべきである。
- ③ 在留外国人患者の地域生活支援の強化のために、自治体や関係機関との連携体制を制度的に整備することも不可欠である。
- ④ すべての医療機関に一律の対応を求めるのではなく、役割分担を前提とした拠点化の推進が現実的であろう。各都道府県における精神科救急医療体制の整備と同様に、公的医療機関を中心に、外国人対応拠点精神科医療機関を整備し、各都道府県・自治体の実状に応じた地域支援体制の構築を目指すべきである。
- ⑤ 防災庁の創設を機に、精神科領域における災害時対策を進めるべきである。

前述の通り、精神科領域における外国人医療に係る問題は多岐にわたっており、まずは実態調査等を踏まえた具体的課題の把握・整理が必要であり、医療関係者ならびに病院団体に留まらず、多職種・多機関による調査研究体制の整備が急務だが、残念ながら現在、その機運は全く高まっていない。

こうした状況下では、現在開催されている国の各種調査研究事業等に、精神科医療の関係者が参考人の立場で参画し、前期ならびに今期報告書に記載した諸問題・課題等に対する意見陳述を行い、精神科領域における外国人医療問題に関する政策実現につなげることが次善の策と言えるかもしれない。

公社)日本精神科病院協会の取り組みとして、今後の実効性のある精神科医療政策の実現に向けて、令和8年4月から、厚生労働省の医政局/保険局/社会援護局(精神・障害保健課)との合同政策勉強会が開催された。

こうした機会も最大限活用して、精神科領域における外国人医療に関する課題や、それらに対する取り組みの必要性について訴えていきたい。

精神科医療においても、地域医療構想や多文化共生社会の視点を踏まえ、持続可能な受入れ体制の構築に向けた議論と実装が求められる。制度と現場の乖離を埋める具体的な一步を踏み出すことが急務であろう。

#### 引用

1) 厚生労働省. 各外国語様式一覧

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaishahukushi/kaisei\\_seisin/youshiki\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/youshiki_00003.html)

## 9. おわりに

会長諮問を受け、本委員会は「地域医療と外国人医療対策について」という極めて広範かつ重要な課題について、委員一人ひとりの専門性と経験を持ち寄り、多角的な検討を重ねてきた。訪日外国人は全国各地に広がり、在留外国人は国籍・在留資格ともに多様化し、地域医療が直面する状況はこれまで以上に複雑さを増している。こうした変化を丁寧に把握し、現場の声を踏まえながら課題を整理し、今後の方向性を示すことが本委員会に課された使命であった。

本報告書で示したとおり、外国人医療をめぐる課題は単に言語や文化の違いにとどまらず、医療通訳体制の整備、未収金対策、ワンストップ窓口の機能強化、救急・災害医療への対応、精神科・メンタルヘルス領域の支援、人権・司法・倫理面の配慮など、多岐にわたる。特に、在留資格の構成が地域によって大きく異なることは、地域医療が抱える課題の性質を左右し、全国一律の対応だけでは十分でないことを改めて示している。

委員会では、国・自治体、医療通訳団体、観光・産業分野、都道府県医師会など、多様な関係者から現状と課題が具体的に報告され、委員間で活発な議論が行われた。外国人医療に携わる現場の努力や創意工夫、地域での連携の取り組みは、いずれも貴重な知見であり、今後の制度設計に生かすべき重要な財産である。また、災害時における外国人住民の脆弱性や、地域コミュニティとの関係性の重要性など、これまで十分に議論されてこなかった視点についても深めることができた。

外国人に対する医療提供には、通常以上の時間と労力が求められ、医療現場の負担は決して軽くない。しかし、外国人材の受入れが進む我が国において、外国人医療は地域社会の持続可能性と多様性を支える不可欠な基盤であ

る。行政、医療機関、産業界、地域住民が協働し、合理的で実効性のある仕組みを構築することで、より多くの医療機関が前向きに外国人医療に取り組める環境が整うことを期待したい。

最後に、本委員会の議論を支えてくださった委員の皆様、関係団体の皆様に深く感謝申し上げます。委員一人ひとりの知見と熱意が、本報告書の内容を大きく充実させた。本報告書が、地域医療と外国人医療の未来を切り拓く一助となれば幸甚である。