

2024 年度科学技術インタープリター養成プログラム修了論文

日本語非母語話者に対する
医療コミュニケーション
—医療通訳関係者へのインタビュー調査—
Medical Communication
for Non-Japanese Speakers
-Interviews with medical interpreters and
related professionals-

2025 年 3 月

東京大学大学院 総合文化研究科
多文化共生・統合人間学プログラム
言語情報科学専攻 博士後期課程
科学技術インタープリター養成プログラム 19 期生

佐藤 理恵子

副専攻指導教員 定松 淳 特任准教授

要旨	81
1. 研究の背景と目的	82
2. 先行研究の検討	84
3. 研究の方法	86
3-1. 調査対象者	86
3-2. 質問項目	87
4. 調査結果	88
4-1. 同伴通訳の問題点	88
4-2. 医療通訳者の中立性と患者の自己決定	90
4-3. 持続可能な医療通訳制度のために	93
5. 結論	95
謝辞	96
文献	97
インタープリター養成プログラムを受講して	99

要旨

科学コミュニケーションの一領域として医療コミュニケーションがある。医療コミュニケーションにおいては、従来の父権主義的な姿勢が見直され、医師と患者が相互に貢献し合うコミュニケーションが望ましいとされている。

本研究は、日本語を母語としない外国人患者であっても安心して医療従事者とコミュニケーションを取り、納得・同意の上で治療を受けられる環境を実現することを目的とし、特に医療通訳の介在の仕方について調査した。調査方法は半構造化インタビューで、外国人に対する医療コミュニケーションとして先進的な取り組みをしている ①NPO 所属の医療通訳者 ②医師 ③医療通訳者派遣を行っている企業の代表 の3名を対象として行った。

調査の結果、1.患者の家族や知人による同伴通訳には複数の問題点があること、2.患者が自己決定をする上で、医療通訳者の中立性が重要であること、3.医療通訳制度を持続可能にするために、医療通訳者の専門性の再評価や地位の向上、待遇改善が求められること、という3つの論点を抽出した。特に医療通訳者の中立性に関しては、必ずしも医師と患者の中間に立つことなく、医師側が持つ権力に自覚的であり、医師と患者の双方が対等でいられるように調整していく姿勢が浮かび上がった。

Abstract

Medical communication is one area of scientific communication. In medical communication, the traditional paternalistic attitude is being reconsidered, and communication in which doctors and patients mutually contribute to each other is considered desirable.

The purpose of this study was to create an environment in which foreign patients, even those whose native language is not Japanese, can feel comfortable communicating with medical personnel and receive treatment with their consent and understanding. The survey method was semi-structured interviews with three people who are making advanced efforts in medical communication for foreigners: (1) a medical interpreter from an NPO, (2) a doctor, and (3) a representative of a company that dispatches medical interpreters.

As a result of the survey, the following three issues were identified: 1) there are multiple problems with interpreting accompanied by family members or acquaintances of the patient, 2) the neutrality of medical interpreters is important for patients to make their own decisions, and 3) in order to make the medical interpreting system sustainable, the professionalism of medical interpreters must be reevaluated, their status improved, and their reward improved. Regarding the neutrality of medical interpreters, it emerged that they are not necessarily taking a middle position between the doctor and the patient but are aware of the power held by the doctor's side and are willing to adjust so that both the doctor and the patient can remain equal.

1. 研究の背景と目的

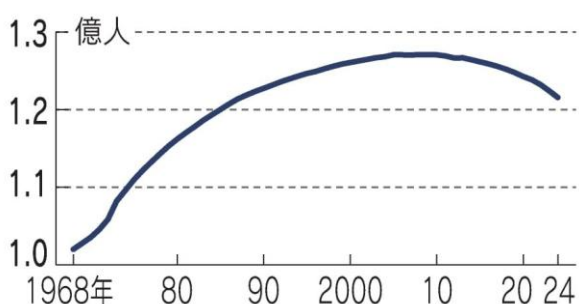
科学コミュニケーションの一領域として医療コミュニケーションがある。医療現場においては、医師の支配が高い「父権主義（パターナリズム）」が一般的であったが、こうした姿勢は「必ずしも効果的でも望ましくもない」と批判され、近年では医師と患者双方が貢献できることを受け入れ合う「相互性」が目指されるようになってきている（Debra L. Roter & Judith A. Hall（初版 1992, 改訂 2006）など）。

【表 1】患者－医師関係の類型 出典：Emanuel,E.J.& Emanuel,L.L (1992)

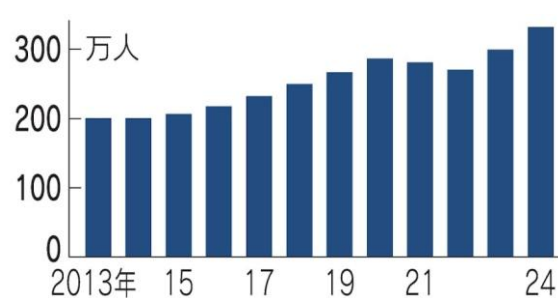
	医師の支配：低い	医師の支配：高い
患者の支配：低い	機能停止（default）	父権主義（paternalism）
患者の支配：高い	消費者主義（consumerism）	相互性（mutuality）

このような父権主義からの脱却は、科学コミュニケーション分野における欠如モデル批判と平行である。さらに、上記「相互性」における「それぞれが互いに得意とするものや資源を持ち寄り、互いに尊重しあいつつ意見の相違を克服する」という姿勢は文化相対主義的であり、廣野（2023）が望ましい科学コミュニケーションの態度として論じている「水平モデル」との共通性を見出すこともできよう。

さて、本研究では日本語を母語としない患者との医療コミュニケーションに焦点を当てる。総務省（2024）の人口動態調査によれば、2024年1月1日時点の日本人は1億2156万1801人で前年から86万1237人減った。減少は15年連続で、前年比の減少幅は1968年の調査開始以来、最大である。一方、外国人は11.01%増えて過去最多の332万3374人となり、初めて300万人を超えた。また、国立社会保障・人口問題研究所（2023）の将来推計人口によると、2067年には日本の総人口の10.2%が外国人に達すると予測されている。日本が将来にわたって経済・社会を維持し続けるには、外国人との共生が欠かせない。外国人との共生のためには、日本語を母語としない人への情報保障、そして彼／彼女らとのコミュニケーション手段を確立させていくことが重要である。



【図 1】日本人の人口



【図 2】外国人の人口

出典：日本経済新聞（2024年7月24日）

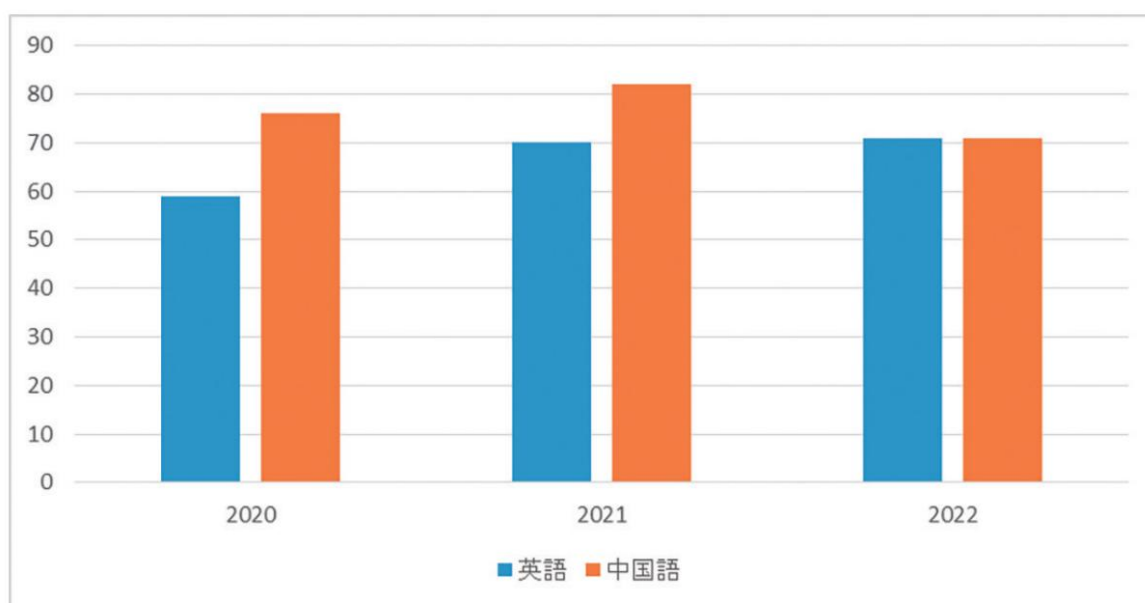
医療現場において患者が外国人である場合、日本語に習熟していないことや文化的にマイノリティであること等が重なり、「相互性」のあるコミュニケーションを行うのはより障

壁が高くなることが予想される。実際に、在住外国人に対する調査では「日本語がわからなくて困る場面」の第1位が「病院で医者と話するとき」となっており、外国人が医師とのコミュニケーションに不安を抱えていることがうかがえる（一般財団法人東京都つながり創生財団（2022））。

日本語を母語としない患者とのコミュニケーション手段としては、(1) 医療通訳 (2) 機械翻訳 (3) 多言語説明資料による案内 (4) 「やさしい日本語」 (5) 同伴通訳などがある。

(1) 医療通訳は最も信頼できる手段であるが、2-1.で後述するように現時点ではリソースに限りがあり、十分に普及しているとはいえない。

(2) 機械翻訳は近年普及してきている手段であり、総務省と国立研究開発法人情報通信研究機構により「ボイストラ」(31言語対応の音声翻訳アプリ)などが開発されている。岩田(2023)によれば、医療現場において音声機械翻訳を使用して発話通りに翻訳された割合は英語で6-7割、中国語で7-8割である。この精度は今後向上していくことが期待されるが、話者の少ない言語ほどデータが少なく、精度が向上しにくい点には留意が必要である。また増井(2019)のように、音声を介した翻訳の場合、救急時はサイレン等の音に阻害される場合があるという指摘もある。



【図3】音声機械翻訳の精度（英語・中国語ともに100件×3年分）出典：岩田（2023）

(3) 多言語説明資料による案内としては、厚生労働省がホームページで医療機関向けに12カ国語の資料を公開している。各診療科の問診票や、輸血の同意書、出産一時金の説明書など53のフォーマットがある。この他にも各自治体が医療機関向けに公開している多言語指さしボード等がある。こうした手段が活用される場合もあるが、現時点では対応できる言語に限りがある、個別の症状に対して患者の同意を取りながら治療を進める場合には不向きであるといった限界がある。

(4) 「やさしい日本語」は、外国人にも伝わりやすい簡潔な日本語として、防災をはじめとして公用文やニュース等の情報発信に用いられており、医療現場での活用も試みられ

ている（2-3.参照）。ただし、当然のことながら日本語がある程度理解できる相手にしか使えない、またやさしく言い換えることで言葉の持つ正確さや厳密さが損なわれたりするといった制約がある。

（5）患者の家族や知人による同伴通訳は、通訳の不正確さや患者のプライバシー保護、同伴通訳者の時間的・精神的負担など、様々な点から問題が指摘されている（2-2.参照）が、現状では同伴通訳に頼っている医療機関も少なくない（2-1.参照）。

上記を踏まえ、本研究では、日本語を母語としない患者（おもに日本在住の外国人）が安心して医療従事者とコミュニケーションを取り、納得・同意の上で治療を受けられる環境を実現することを目的とし、特に医療通訳の介在の仕方について調査する。

2. 先行研究の検討

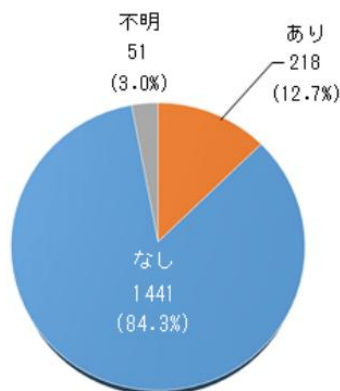
2-1.医療通訳の現状について

厚生労働省 医政局 総務課 医療国際展開室（2019）によれば、医療通訳者とは、「日本語が母国語でない、若しくは日本語でのコミュニケーションに制限がある患者等に対して、日本語での医療・保健を安全かつ安心して提供するために、通訳技能と医学知識を用いて相互理解を支援する専門職」と定義されている。また、医療通訳のサービス提供や雇用形態は多様であり、①医療機関に雇用される者、②営利事業者（株式会社等）に雇用されている者、③非営利団体（NPO、行政機関等）に所属する者等がいるとされている。

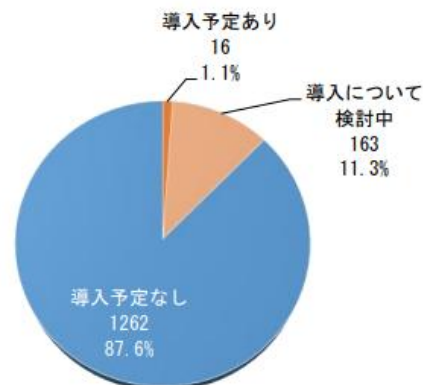
厚生労働省（2017）が医療機関を対象に実施した調査（回答数は 1,710 件）によれば、外来では 79.7%、入院では 58.5%の医療機関で外国人患者の受入れ実績があった（同：p.9）。しかしながら、電話通訳を含む医療通訳を利用した経験がある医療機関は 1,710 件のうち 12.7%にとどまっている（同：p.31）。さらに、医療通訳を利用した経験のない 1,441 の医療機関のうち、「導入予定なし」が最も多い 87.6%で、「導入について検討中」は 11.3%、「導入予定あり」は僅か 1.1%である（同：p.32）。医療通訳の導入予定がないと答えた 1,262 の医療機関に対して、複数回答で当てはまる理由を挙げてもらったところ、最も多いのが 7 割を占める「そもそも外国人患者数が少ない」であり、次に 3 割を占める「通訳費用を支払う予算・体制がない」、続いて「患者本人が通訳を連れてくればよい」が 2 割弱となっている（同：p.33）。

前述の厚生労働省（2017）では、自治体を対象にした調査も実施されている。この結果によれば、188 の自治体のうち、医療通訳の養成または研修制度等を実施している自治体は 10 団体で 5.3%、医療通訳の医療機関への直接派遣制度等を実施中である自治体は 6 団体で 3.2%だった（同：p.43-44）。最後に、医療通訳サービス提供事業を行っている事業者を対象にした調査では、47 の事業者のうち「会社」が最も多い 31.9%、「財団法人」が 27.7%、「社団法人」、「NPO 法人」がそれぞれ 8.5%と続いた（同：p.54）。これらの団体に登録されている医療通訳者の雇用形態別の内訳を見ると、常勤の被用者が 77 名、非常勤の被用者が 546 名、ボランティアが 1,565 名となっており、ボランティアが多くの割合を占めていることが分かる（同：p.58）。医療通訳者の採用条件については、「ボランティア登録のため採用条件はない」といったものから「TOEIC900 点以上」、「医療通訳技能検定 2 級以上」といった客観的指標を参照するもの、「医療通訳養成講座を修了し合格した者」、

「言語スキルに加えて研修参加が要件」といった講習の修了を課すものなど、団体によって違いがある（同：p. 59）。



【図 4】 医療通訳の利用経験（n=1, 710）



【図 5】 医療通訳の導入予定（n=1, 441）

出典：厚生労働省（2017）

2-2. 同伴通訳の問題点について

2-1. では、医療通訳の導入予定がないと答えた医療機関のうち、2 割弱が「患者本人が通訳を連れてくればよい」を理由として回答していた。しかしながら、医療現場での通訳を患者の家族や知人といった同伴通訳に頼ることは、通訳の不正確さや患者のプライバシー保護、同伴通訳者の時間的・精神的負担など、様々な点から問題が指摘されている。

S. Cohen ほか（1999）は、ロンドンで医療機関が「若いインフォーマル通訳」（同伴通訳）を利用した経験について調査し、子供に医療サービスとの交渉という大人としての責任を負わせ、子供が知るべきではないことを知らせることは不適切であると指摘している。同様の議論は日本でも、「ことばのヤングケアラー」や「通訳ヤングケアラー」といった文脈で 2020 年頃から注目されてきており、ロハス（2024）などの研究がある。

一方で C. Free ほか（2003）は、「慢性的なコミュニケーションの困難さと良質の通訳サービスの提供の少なさが相まって、医療従事者は長い間コミュニケーション不足に慣れてしまい、親族を通訳として使用することにほとんど疑問を持っていない」場合もあると指摘している。このような医療従事者の意識は、前述のように「患者本人が通訳を連れてくればよい」から「医療通訳の導入予定はない」という医療機関の回答に表れていると思われる。

2-3. 医療の言葉を分かりやすく伝える取り組みについて

医療現場におけるコミュニケーションについては、そもそも医療に関する言葉や説明が、非専門家である患者には理解しにくい、という指摘もある。国立国語研究所「病院の言葉」委員会（2009）は、患者に言葉が伝わらない原因として、①患者に言葉が知られていない、②患者の理解が不確か、③患者に理解を妨げる心理的負担がある、の 3 点を挙げており、専門家でない一般の人々のために、病院の言葉を分かりやすく言い換える提案を進めた。また、現役医師の天野（2022）は「医療におけることばの問題」として、①医学用語の特

殊性、②医療の不確実性（「医者にもわからないこと」があり、「いま何が起きているのか、これから何が起きるのがうまく説明できない状態」）、③患者が説明を聞く際の心情や距離感（重篤な状態に関する告知・禁煙したくないのに勧められる・プライバシーに踏み込まれる等の場面に生じる心理的な抵抗）について指摘している。

日本語を母語としない患者へのコミュニケーションについては、医療関係者と日本語教育関係者、東京都の協働事業である「医療×やさしい日本語研究会」で研究が進められてきた。武田ほか（2021）では、医療現場で用いられる漢語・外来語・オノマトペなどを「やさしい日本語」に言い換えることが提案されている。また、ことば自体の分かりにくさだけでなく、「体調不良の際は普段より日本語力が低下する」という日本在住の非母語話者の声を取り上げてられている。

その他、医療現場の言葉を分かりやすく伝える取り組みとして、医療コミュニケーションの領域からは野呂（2009）が「日本語版 SAM (Suitability Assessment of Materials)」を開発している。これは、アメリカで開発された患者や市民向けの文書の分かりやすさを評価するツールを日本語版に応用したものである。話し言葉に焦点を当てたものとしては、吉岡・辛（2010）による「患者－医療者間コミュニケーション適切化のための医療ポライトネスストラテジー」などがある。

このように医療に関することばを分かりやすく伝える工夫は、日本語を母語とする患者にも母語としない患者にも必要な取り組みである。外国人患者のための医療通訳制度の充実とともに、医療の言葉の伝え方そのものを見直していく試みも求められている。

ここまで、2-3. では医療現場のコミュニケーションで生じる課題は対外国人患者のみの問題ではないこと、2-2. では患者の家族や知人による同伴通訳には限界が多いこと、2-1. では医療通訳が十分に普及しているとは言い難い状況であることを確認した。

3. 研究の方法

2-1. で確認したように、医療通訳を取り巻く状況に関して量的調査はされてきたが、本研究ではより詳細な実態を知るために質的調査を計画した。医療通訳には様々なステークホルダーが関わっていることを考慮し、外国人に対する医療コミュニケーションとして、先進的な取り組みをしている ①NPO 所属の医療通訳者 ②医師 ③医療通訳者派遣を行っている企業 にオンラインで半構造化インタビューを実施した。なお、本調査は学内の倫理審査を通過した上で実施した。

3-1. 調査対象者

以下、調査対象者 3 名に関する情報およびインタビューの所要時間を記載する。なお、所属団体名および個人名の公開については、調査対象者本人の意向に従っている。

調査対象者①：特定非営利活動法人 MIC かながわ 医療通訳者 A さん

神奈川県では全国に先駆けて 2002 年から通訳の派遣制度を開始している。MIC はこの事業を担い、医療通訳者派遣や養成を行っている。なお、調査対象者②の港町診療所も MIC を利用している。

調査対象者の A さんはポルトガル語の医療通訳者として約 20 年活動し、医療通訳コーディネーターの業務や医療通訳者養成にも関わっている。(インタビュー時間は約 100 分)

調査対象者②：港町診療所 所長 沢田貴志さん

港町診療所では 90 年代から外国人患者を積極的に受け入れ、現在では外国人患者が全体の 2～3 割を占めている。英語・タガログ語・スペイン語・やさしい日本語で多言語対応をしており、沢田さん自身も公的な医療通訳の必要性を訴えている。(インタビュー時間は約 50 分)

調査対象者③：医療通訳事業を行う企業の代表取締役 C さん

2014 年に創業し、外国人患者受け入れサポートや医療通訳派遣を行っている。これまでに日本医師会や赤十字病院、地方自治体、消防、大学など、多数の支援実績がある。(インタビュー時間は約 30 分)

3-2. 質問項目

インタビューの方法には半構造化インタビューを採用し、事前に準備した質問にお答えいただいた上で、研究者がさらに深く聞きたいと感じた点について質問したり、調査対象者が話したいと思ったことについて自由にお話しいただいたりした。

準備の段階では、「医療に関する専門用語や、医療現場特有の不確実性のある情報をどのように（分かりやすく、かつ正確さを損なわずに）伝えるか」、「通訳や機械翻訳によって生じる誤伝達のリスクにどのように対処するか」といった点に特に関心があり、それを踏まえて質問項目を作成した。

事前に準備した質問項目は以下の通りである。

調査対象者①：特定非営利活動法人 MIC かながわ 医療通訳者 A さんへの質問

- ・病院のニーズと患者のニーズ
- ・医療通訳に求められる資質
- ・通訳からすると、医師がどのように話してくれるとありがたいか
- ・通訳や機械翻訳で誤伝達が起こった場合の対処
- ・事業開始から現在までの変化（組織の変化・社会的な変化）
- ・課題や今後の制度に期待すること

調査対象者②：港町診療所 所長 沢田貴志さんへの質問

- ・外国人患者受け入れを積極的にするようになったきっかけや問題意識
- ・外国人患者とコミュニケーションをする上での工夫・配慮・苦勞（言葉の壁や文化の違いなど）
- ・通訳対応外の言語を母語とする外国人とのコミュニケーション方法（機械翻訳・やさしい日本語・やさしい英語などを使用しているのか）
- ・通訳や機械翻訳で誤伝達が起こった場合の対処

- ・ 同伴通訳者がいる場合に配慮していること（プライバシーの保護など）
- ・ 外国人患者から、特に感謝されることは何か（他の病院では対応が不十分だと予想されること）
- ・ 患者が日本人であっても外国人であっても、共通して必要な工夫や配慮（専門用語・不確実な情報・心理的負担を与える可能性がある情報の伝え方、望ましい態度など）
- ・ 今後、国や自治体に対して期待すること（診療所で取り組めることの限界）

調査対象者③：医療通訳事業を行う企業の代表取締役 C さんへの質問

調査対象者①への質問と同じ。それに加え、

- ・ 機械翻訳の活用事例とその限界
- ・ 民間企業だからこそできること（公的な支援だけでは不十分だと思われること）

インタビューでは事前に準備した全ての質問項目に対して回答を得たが、より深い論点として医療通訳の中立性が浮かび上がったため、本研究ではそこにも焦点を当てて報告する。

4. 調査結果

3名の調査対象者に半構造化インタビューを実施した結果を記載する。本調査では、研究者がインタビュー概要を書き起こしたものを調査対象者にご確認いただき、適宜修正をしていただいたものを分析に利用した。また、インタビューの逐語録も作成し、分析途中で必要に応じて逐語録に戻り、発話の意図を確認しながら進めた。

以下、4-1.同伴通訳の問題点、4-2.医療通訳者の中立性と患者の自己決定、4-3.持続可能な医療通訳制度のために という3つの論点に従って記述する。なお、「」の部分はインタビュー概要からの引用で、太字や下線は研究者による。

4-1. 同伴通訳の問題点

患者が家族や知人を連れてくるという同伴通訳の問題点については2-2.で扱ったが、本調査でも主に4点の問題点が示唆された。

(1) 同伴通訳をする家族（特に子ども）の精神的・時間的な負担

医療通訳者のAさんは、親よりも子どもの方が日本語に習熟している家庭の状況について、「いつもいつも親のかわりに色々なことをしてきて、学校を休んで病院に付き添って行ったりしているうちに、子ども自身がうつ病になってしまったりする」と語っている。こうした状況については会社経営者のCさんも「子どもによる同伴通訳は時間的な負担、学校を休んで通訳することによる機会損失、親の厳しい現実を知ってしまうという精神的負担などを踏まえると絶対にあってはいけない」と指摘している。

(2) 正確さ

医師の沢田さんは同伴通訳について、「訓練をされていないので、誤訳が起きやすい。医

療通訳は上級の訓練が要求されるもので、日本語が少し上手だからといって通訳させるのはリスクが大きい」と話す。さらにCさんは「間違いがあるかもしれないけれど同伴通訳者には専門的な知識もない。重責を担わせるのは精神的な負担が大きい」と話しており、誤訳のリスクは(1)の観点で触れた同伴通訳者の精神的負担にも繋がることを指摘している。

また、正確さに関わるのは日本語や専門用語に関する知識の有無だけではない。沢田さんは同伴通訳において、「**個人の感情**」や「**家族の解釈**」が介入し得ることを危惧している。家族による通訳では「リスクについて受け止められなくて、患者本人への冷静な通訳ではなく『そんなことどうして起きるんですか?』という気持ちになってしまったりする」ため、「深刻な病気の告知だと、深刻なことを深刻に伝えずに、後でこんなはずじゃなかったということになり得る」と話す。また、症状を説明する場面でも、同伴通訳は「家族の解釈が入るため、間違いが多く、信頼できない。自分が知っている病気の知識に当てはめて解釈してしまうため、必要なことを言ってくれない。自分の知識にあてはめて解釈してしまうため、患者の言葉は単に引用しているだけ、という場合がある。患者本人から、いつどんな症状がどんなふうに起きたということをお話してもらって確認していかなければ、ミスのもとになる」と指摘している。

(3) 患者本人のプライバシー及び利益の保護

Cさんは患者のプライバシーについて、「同僚が通訳をする場合、患者が人事評価を気にしてしまい、**知られたくない情報を話さない**ことがある。友人の場合も、過去を含めて知られたくないことを話さないことはある。その部分に介入ができず、**適切な医療が提供されない**ことがある」と指摘する。また、沢田さんは患者の利益という観点からも、「患者さんの深刻な病状について先に家族が知ってしまうことで、**患者本人の利益が害される**おそれがある。特に、HIVの告知などは患者本人に伝えるべきで、家族であってはいけない。『妻です』と言っている場合、関係性が実際どうなのかは分からない。子どもや相続といった事情も絡むので、**本人以外の人に先に伝えるのはリスクがある**」と指摘している。

(4) 患者本人の満足感

沢田さんは「**患者さんに自分の言葉で話してもらうことが一番大事。そこに問題を知る鍵がある。自分のことを分かってもらったという感覚がないと満足感が感じられない。人づての話ではなく、自分の話にストレートに答えをもらったということが満足感につながる**」と語っている。上記のような理由から、港町診療所では原則として同伴通訳は入れずに、医療通訳やアプリ、機械翻訳などを活用して患者とコミュニケーションを取っている。

1. では望ましい医療コミュニケーションの姿勢として「相互性」を取り上げた。これは「医師と患者のそれぞれが互いに得意とするものや資源を持ち寄り、互いに尊重しあいつつ意見の相違を克服する」というものだが、沢田医師の「患者自身の言葉に問題を知る鍵がある」、「患者本人の話にストレートに答える」という姿勢からは、相互性のあるコミュニケーションとの共通性を見出すことができると思われる。

4-2. 医療通訳者の中立性と患者の自己決定

「医療通訳者の中立性」という観点は事前の質問項目には含まれていなかったが、インタビューを通して調査対象者の3名全員から「中立」という言葉が挙がり、深い論点として浮かび上がった。これについて4つの観点から記述する。

(1) 「中立」に対する三者三様の解釈

医療通訳者のAさんは、中立という言葉は**患者に寄り添いすぎない**という意味で使っている。

Aさんは「患者に寄り添ってはいるが、常に中立の通訳をする」ことを意識していると話す。『私がいないとこの人はだめだ』と思い込んでしまうのは一見良さそうに見えるが、共依存に陥っている。もし自分が患者の立場なら、親切にしてもらうのはいいかもしれないが、そうなる自分で決めなければいけないことも通訳に聞いて決めることになる。それは**患者の意思**を損なっている。その様子を見ると医師は通訳を信頼しなくなる。逆に、何でも医師の言うことを聞くように促すと、患者は『この人私の味方じゃないのかな』と**思ってしまう**。そして、「寄り添うけれども、どちらの味方にもならない。ほどよい距離を保つ」ことが重要だとしている。また、「**患者の自立**を望むなら、距離感が必要」だとし、MICという組織としても「同じ患者を一人の通訳者がずっと担当しないという方針」を取っているという。

Aさんは、患者から「一緒にご飯食べに行こうとか、誕生日をお祝いしようとか」誘われることもあるそうだが、そうした時には「ごめんね、それ行ったら私はこの仕事ができなくなる。団体の決まりだから」と伝えて断っているという。さらに、「患者が飲み物を買って通訳者のかばんに入れようとすることもあるので、事前に飲み物を持っておき、『これあるから』と伝えて受け取らないようにする」という方法も取っているとのことである。医療通訳者と患者との距離を取るという姿勢を徹底している様子がうかがえる。

次に医師の沢田さんは、医療通訳者の中立性について**患者が自己決定する権利を守る**ものだと考えている。

沢田さんは「現状、病院側の通訳整備が進んでいるが、本来は弱い立場である患者の利益が守られるべきである。アメリカでは英語ができないことはハンディキャップと捉えられており、それを克服するために通訳体制があるように、かなり患者側の利益保護の意識が強い。日本はこのままの流れだと、インバウンド患者を病院側が事故なく受け入れるという視点で整備が進んでいる。しかし、本来は**患者が医療を受けて自己決定する権利を守る**のが医療通訳の目的である」と話す。ただし、「患者の権利ということを強調して通訳者のトレーニングをすると、そもそも**患者自身がそこまで望んでいないのに通訳者が権利擁護に踏み込みすぎてしまう**場面が起こりうる。通訳場面は中立であって、権利擁護が必要な場合には権利擁護について訓練を受けたスタッフがやるべきである。プロフェッションとして、利用者（患者と医師の双方）の利益を守る中立的な存在であることが望まれる」と補足している。

最後に会社経営者のCさんは、中立性について**通訳者の正しさよりクライアントの正しさ**を重視できることだととらえている。

Cさんは「医療通訳は患者または医療従事者に雇用されるサービス業であり、正しい通訳とはクライアントによる。あるクライアントにとっては足さない引かない通訳が絶対であり、あるクライアントは補足説明が欲しい。自分のための正しさではなく患者さんあるいは医療従事者のための正しさを重視できることが求められる。对患者と対医療従事者の立場は中立であり、どちらのためでもある。しかし、医療通訳者は唯一、両者の話を聞いて正解を知っているから、自分が正しいと思ってしまうがちである。しかしプロフェッショナルとしてクライアントの期待値に応えることができなければ、仕事として持続性はなく、ボランティアの域を出なくなる」と話している。また、「医療従事者は結局患者のために仕事をしているから、医療従事者側が経費支弁者の場合であっても最終的なクライアントは患者となる」と判断している。

三者によって「中立」の解釈は微妙に異なっている。医師の沢田さんは患者が弱い立場に置かれやすいという前提に立ち、医療通訳制度が患者ではなく病院側の権利を守る方向に偏ってしまうことを危惧している。医療通訳者Aさんも同様に患者が弱い立場であることに自覚的だが、それゆえに医療通訳者が患者に寄り添いすぎて患者の自立の妨げにならないように配慮している。一方、会社経営者のCさんは、医療従事者は常に患者のために仕事をしているという前提に立ち、医療通訳者が医師と患者のどちらを向いたとしても結局は患者のためになると考えている。

このような違いはあるものの、三者とも医療通訳者の中立性を重視し、それが患者の主体的な自己決定の権利を守ることにつながるといえる考えでは共通していると思われる。

(2) 情報の伝達内容に関わる中立性

4-1. (2) では、同伴通訳者では情報の正確さが担保できないという点を記述したが、医療通訳者に備わる中立性は情報の伝達内容にも関わるといえる点に注目したい。

医療通訳の現場では、話者の言葉を「足さない・引かない・変えない」ことが絶対的なルールだとされているが、この原則にどう対処しているかをインタビューで伺った。

Aさんは、医療通訳の現場では「何となくこうだろうと思って訳すとまずい」ため、「分からないことを分からないと言えること」が医療通訳者の資質だと考え、適宜話者に確認を取りながら通訳をしている。ただし、「医師の言葉がそのままでは伝わらないと思われる時、足したいと思った時は話者に『こういうふうに訳していいですか』と確認する」とのことである。例えば「頓服をそのまま訳すと『必要な時に使う薬』となるが、これでは何に対する頓服なのか分からないため、『すごく強い痛みが来た時に使う薬』と訳していいですか」と医師に確認するようにしているそうである。

必要に応じて情報を足す配慮については、会社経営者のCさんも同様に必要だと考えている。Cさんは、「足さない引かないが医療通訳の絶対的なルールではあるが、患者さんによっては足さない引かないだと全く分からなくて怒ってしまうこともある。例えば文化の違いによって、採血時に『なんでこんなひどいことをするんだ』という感情を抱くといったことがある。足さなければいけない、補足しなければいけないという状況はあり、その背景が違うという理解は医療通訳者だからできること。情報の補足が必要だと感じたら、医師に『この言葉、もう少し説明お願いできますでしょうか』とお願いする。または、『日

本の医療制度について患者さんがご存じなく、感情的に腑に落ちないところがあるので、この制度について医療通訳者から説明していいですか』と許可を取ってから足すことが望ましい」と話している。

では、情報を引く必要があると判断された場合はどうだろうか。Aさんは、「**差別的なこと、基本的人権を踏みにじるような、言われたら傷付く言葉を言われたら『そのまま訳しますか?』と医師に聞く**」ようにしているという。例えば、『日本は“あなたの国と違って”、医療が進んでいるので』と医師に言われたら、『日本は医療が進んでいるので』と訳していいですか』と聞く。ただし、**勝手には引かない。確認してから引く**ことを心掛けているという。Aさんは、以前は高圧的な発言をする医師に対して『それ、どういうことですか?』と聞き、けんかしたこともあった」とのことである。しかし、「私が決めることじゃなくて、患者さんが決めることなんじゃないか。患者さんが自分で答えれば良いかな」、「お医者さんと患者さんの関係性が悪くなったら、不利益を被るのは患者さんだから」、「**医師に言い返すのは、通訳の立場を外れてしまう**」と考えるようになった。最近では医師の言葉が高圧的だと感じてそのまま伝えることが多くなり、引くとしても前述のように「医師に確認してから引く」という対応を取っているという。

医療通訳者は患者への伝わりやすさに配慮して情報の補足を提案したり、あるいは患者の人権保護の観点から不適切と思われる発言の削除を提案したりすることもある。しかし通訳者の判断で補足や削除はせず、医師に確認を取った上で行うことが望ましいとされている。通訳者の意図で情報の取捨選択に介入することは、患者の自己決定を妨げたり、正確さを損なったりするおそれがあるからである。

(3) 医療通訳者の座る位置

医療通訳者の座る位置については、医療通訳者のAさんも、医師の沢田さんも、患者の隣に座ることが望ましいと考えている。

Aさんは、「医師から通訳者に対して『医師の側に座ってくれ』と言われることがある。しかし、**患者はただでさえ上から言われているように感じる**ので、通訳まで医師の側にくくと命令されているようになってしまう。**患者の隣に座る**ようにしている」と話している。また沢田さんは「**通訳者は中立なので座る位置も真ん中という考え方もあるが、患者のほうが弱い立場**なので、患者の横に座って**患者の立場で通訳**するように勧めている」とのことである。

「中立」は「中間」と必ずしも同義ではない。Aさんも沢田さんも医師側が持つ権力に自覚的であり、医師と患者の双方が対等でいられるように、介入し調整していくことを「中立」ととらえていると思われる。

ただし、このような事例もある。Aさんは「遠隔通訳で、患者さんと通訳が同室で医師が別の場所にいるという組み合わせは難しかった。患者さんと医師が同室で、通訳が1人であるほうがやりやすい気がする」と話している。遠隔の場合は、通訳者の中立性が保たれる位置関係も変わってくるという可能性が示唆されている。

(4) 医師と患者の目線

通訳を介したコミュニケーションであっても、目線は対話の相手に合わせることで、つまり医師は患者を、患者は医師を見て話すことが望ましいとされている。これはオストハイダ（2005）が「第三者返答」¹で指摘している通りである。

この意識については、医療通訳者 A さんにも、医師の沢田さんにも共通していた。A さんは「医師の目線は通訳者ではなく患者さんを見てほしい。患者さんを見るように促すこともある。ただ、話している途中で一生懸命になると通訳を見てしまう医師もいる」と話している。沢田さんは「通訳が入る際の目線に関して、医師は患者さんを見るよう心がけているが、患者さんのほうが通訳に話しかけてしまうことがある。そうした場合は『こっちを見て』と促す」ようにしているとのことだった。

常に実現できるとは限らないものの、できるだけ対話の相手に目線を合わせて話すことが望ましいという意識は、今回調査した医療通訳者や医師の間で共有されていることがうかがえた。

4-3. 持続可能な医療通訳制度のために

(1) 医療通訳者の地位向上

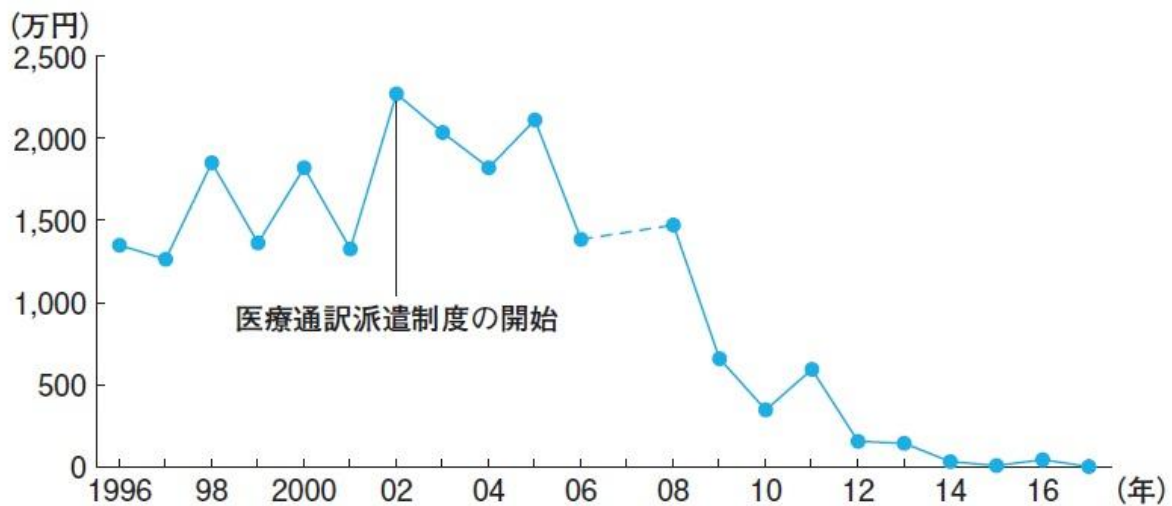
2-1. では、医療通訳者の半数以上程度がボランティアで占められていることを確認した。4-1. で記述したように同伴通訳者に頼ることには複数のリスクがあり、また 4-2. で記述したように医療通訳者は高度な専門性を求められる仕事である。しかしながら現状では医療通訳者に適切な報酬が支払われているとは言い難く、またそのために医療通訳者の人材が育ちにくいという状況が、今回の調査からも浮き彫りになった。

医療通訳者の A さんは、「専門性に見合った待遇のために、医療通訳の地位を上げていくことが必要」だと話している。また会社経営者の C さんも「通訳者さんたちは自分で頑張って研修費等のお金や交通費も持ち出して、単純に人を助けたい気持ちでやっている。それなのに、社会として適切な報酬が支払えていないことに怒りを覚えた。とにかく医療通訳者に報酬がいく仕組みを作りたかった」。また、「もう少し仕組みを生み出せれば、通訳者さんたちがこんなに割を食う状況にはならないのではないかと思い、仕組みを変えようと思った」ことが起業の際の「最重要課題」であったと話している。

医師の沢田さんは、医療通訳の必要性を強く訴え、「医療通訳は、患者さんにとっても、病院にとっても、自治体にとっても役に立つ。だから、自治体あるいは何らかの公的制度が投資して制度を整えることが必要である」と話している。港町診療所では以前、このような事例があった。「胸が痛くて心臓発作を疑い、受診を繰り返していた外国人患者さんが、『自分は外国人だから差別されているからちゃんと診てもらえずに診断がつかないんだ』と思っていた。しかし港町診療所で診察したところ、逆流性食道炎だということが分かり、胃薬を処方したら痛みが起きなくなった。救急外来で色々な検査をしても診断がつかなかったことが、通訳を入れたことで 30 分の間診で診断がついた。患者さんが助かったこと

¹ 第三者返答とは、「話し手が、話しかけてきた話し相手が有する外見的特徴などの言語外的条件に基づき、（話し相手との意思疎通に問題がないにも拘らず）その話し相手を見無視し、話し相手と一緒にいる第三者に返答すること」と定義されている。本調査においては通訳者が第三者となる。

はもちろんだが、病院側も差別していると思われてトラブルが起きうる状況に置かれていたわけなので、通訳がないことで不利益を受けていた。さらに、自治体や健康保険組合にとっても、問診ですむ診断に何万円もかけて診断に至らないというのは医療費が無駄になっていたことになる」と沢田さんは話す。また神奈川県では、医療通訳の配置によって外国人未払い医療費補填の必要額が削減されたというデータ（沢田 2019）を取り上げ、医療通訳に公的な予算を付けることの意義を主張している。



【図 6】外国人未払い医療費補填の必要額（神奈川県） 出典：沢田（2019）

（2）医療通訳の費用負担

では医療通訳者に適切な報酬を支払うために、社会としてどのように費用を負担するのが望ましいのであろうか。

非営利活動法人所属の医療通訳者である A さんは、行政が負担するのが望ましいという立場を取る。その理由として「**手話通訳の場合は行政が負担して、患者の負担はないので、多言語の医療通訳も同様のものとみなすことはできないのか**」と話す。医療通訳を公的医療保険の適用にして患者が 3 割を負担するという議論についても、「保険適用と言えば聞こえは良いが、患者負担ということである」と懐疑的である。

医師の沢田さんも同様に、医療通訳費用の保険適用には慎重な立場である。「通訳の費用を健康保険で賄うのは、今ある制度に乗せてできる一つの目に見える方法ではある。しかし、健康保険でやるのは通訳費用を患者が払うということである。病気で仕事を解雇されて辛い立場にある人や、技能実習生といった厳しい立場にある人たちが、**一度に数千円する通訳費用を病院に行くたびに払うのは非現実的**だと思われる。神奈川県は公的な病院では病院負担、民間の病院では 1,000 円の患者負担でやっている。**患者が負担するのはせいぜい 1,000 円以内**とし、あるいは減免制度やそれに近い制度があると良いのでは」と提案する。

一方、会社経営者の C さんは「市場が適正価格を決める」という考え方に基づき、「**医療自体を、患者が主体的に関わるものにしたほうが良い**」、「**医療を受けたい外国人患者が主体的に支払ったり、患者を支えたい企業が支払ったりできる仕組みが必要である**」と話し

ている。また医療通訳費用の保険適用についても肯定的で、「日本が外国人の働く人たちに来てもらわないと国が立ち行かない、ということを考えると、働く人のための医療通訳は保険制度で補助できるようにしたほうが良いと思っている。現状は医療機関が負担しているのが実態。特定技能などの在留資格で労働している人たちは自費で通訳を付けることは難しく、結果、友人や同僚などに通訳を頼むという、望ましくない形で医療現場が運営されている状況がある。国から診療報酬で支えるという要素があったほうが、結果的に現場が安全になると思われるため、期待している」と話している。

Cさんは、「患者の主体性」という観点から、患者がある程度の通訳費用を負担することに肯定的である。確かに、患者が主体的に医療通訳サービスを選択し、支払うことによって医療通訳者の待遇の向上が期待できる側面もあろう。一方で、Aさんは基本的人権の観点から、医療現場でのコミュニケーションが保証されるのは当然の権利であるとして、費用は行政が負担すべきと指摘する。保険適用で医療通訳費用の3割を患者が支払うという議論についても、Cさんのように「期待している」という立場がある一方、沢田さんのように「数千円も払うのは非現実的」という見方もある。2-1.で見てきたように、外国人医療を取り巻く状況にはNPO団体・医療機関・企業といった様々なステークホルダーが関わっている。それぞれの立場によって、日頃接している、あるいは想定している外国人患者の経済的状況は少しずつ違っているであろうことに留意したい。

(3) 適切な通訳手段の選択

医療通訳者の人材不足については前述の通りだが、このような状況下において「電話通訳・アプリ・医療通訳の使い分けができる病院も出てきた」ことをAさんは肯定的にとらえている。沢田さんが院長を務める港町診療所でも、状況に応じて音声翻訳アプリや機械翻訳が活用されている。Cさんが経営する企業では翻訳アプリの開発も行っており、Cさんは「機械翻訳は受付や病棟の日常会話で機能する可能性が高い」と評価している。一方で、「医療通訳を呼ぶことが必要な場面でもアプリだけで対応しているような病院もある」とAさんは指摘する。

また、近年来日が増加した「ベトナム・インドネシア・ミャンマー・ネパールに関しては、通訳の人材が少ない」（沢田さん談）ことに加え、「機械翻訳はベトナム語やミャンマー語といった話者の多くない言語だと精度が低くなりがち」（Cさん談）という課題もある。

限られた医療通訳のリソースを効果的に波及させていくために、機械翻訳やアプリ、あるいは2-3.のような手段との役割分担を明確にし、どこからが医療通訳者の専門領域なのかという点を検討していくことが必要であろう。

5. 結論

本研究では、日本語を母語としない患者が安心して医療従事者とコミュニケーションを取り、納得・同意の上で治療を受けられる環境を実現する条件を探るために、4-1.同伴通訳の問題点、4-2.医療通訳者の中立性と患者の自己決定、4-3.持続可能な医療通訳制度のために、という3つの論点を抽出した。

同伴通訳の問題点については、先行研究では同伴通訳者の時間的・精神的な負担という

側面に焦点が当てられることが多かったが、本研究では患者本人にとっても、プライバシーや利益の侵害、また「自分のことを分かってもらったという満足感」を得られなくなるといったデメリットがあることが示された。さらに、同伴通訳を介さずに患者自身の言葉から問題解決の鍵を探ろうとすることで、「相互性」という望ましい医療コミュニケーションの姿勢に近づくことが示唆された。

患者の家族や知人による同伴通訳者と、医療通訳者の大きな違い（専門性）は、中立性を守ろうとする姿勢にある。医療通訳者の中立性は、医師と患者が対話し、患者が納得の上で自己決定できるか否かに大きく関わってくる。中立性を守ることは情報の正確さを担保することとも繋がっている。話者の発話に対し、より伝わりやすい表現を提案することはあっても通訳者が勝手に改変することはしない、つまり情報に通訳者の意図を介入させないという意識は、医療通訳者の専門性の一つだと言えよう。また、中立とは必ずしも医師と患者の間に立つことではなく、医師側が持つ権力に自覚的であり、医師と患者の双方が対等でいられるように、介在し調整していく姿勢であるということもインタビューから浮かび上がった。このように医療通訳者が専門家（医師）－非専門家（患者）間のコミュニケーションに介在する姿勢は、科学コミュニケーターの望ましいあり方に対しても示唆を与えることが期待される。今後、この中立性についてさらに考察を深めていきたい。

最後に、医療通訳者という立場は高度な専門性が要求される一方で、社会にその必要性が伝わりにくく、十分な報酬が支払われにくいという現状も本研究から浮き彫りになった。専門性に見合った地位や待遇が与えられているかという点でも、科学コミュニケーターが置かれている立場とパラレルな課題があると言えるかもしれない。医療通訳の意義を周知し、その専門性が維持されるような制度を検討していく必要があると思われる。

謝辞

本研究において、インタビュー調査にご協力くださいました MIC かながわの A 様、港町診療所の沢田貴志先生、医療通訳事業を展開する C 様に心より感謝を申し上げます。皆様の取り組みからはもちろんのこと、人間性にも深く感銘を受けました。これから私が研究者として、日本語教師として、また市民として何を目指すべきか、考えるきっかけを与えて頂いたように感じております。

指導教員の定松淳先生には、大変丁寧なご指導を頂きました。些細なことでも親切に相談に乗ってくださり、私の中でうまく整理できない問題意識を、焦らずに導きながら言語化してくださいました。私は論文を書くことに苦手意識があったのですが、定松先生のおかげで研究に対して前向きな気持ちを持てるようになりました。授業中でフィードバックをくださった内田麻理香先生はじめプログラムの先生方、有意義な議論を交わして多くの刺激を与えてくださったインプリ同期の皆様にも感謝しております。また、本プログラムへの参加を快く承諾してくださり、修士入学時から見守ってくださっている本専攻の指導教員、宇佐美洋先生にも深く感謝を申し上げます。

最後に家族への感謝を記したいと思います。私にこのプログラムの存在を教えてくれたのは夫でした。夫は科学や医療に関するディスカッションの相手になってもらっただけでなく、家事・育児の多くを担って研究をサポートしてくれました。また、風邪をひかずに

毎日元気に保育園に通ってくれた第一子、お腹の中で順調に育ってくれている第二子にも
ありがとうございます。

本研究の一部は、住友生命 第 17 回「未来を強くする子育てプロジェクト」スミセイ女
性研究者奨励賞の援助を受けました。

文献

- 天野雅之 (2022)「医療におけることばの問題」『「日本人の日本語」を考える:プレイン・
ランゲージをめぐる』丸善出版, 第 7 章: 92-103
- 石崎雅人・野呂幾久子監修 (2013)『これからの医療コミュニケーションへ向けて』篠原出
版新社
- 岩田一成 (2023)「音声翻訳機対応日本語とやさしい日本語ー使用履歴の分析ー」一般財団
法人日本特許情報機構 Japio YEAR BOOK 2023 寄稿集: 290-295
- 一般財団法人東京都つながり創生財団 (2022)「やさしい日本語を活用した在住外国人への
情報伝達に関する調査」
- オストハイダ テーヤ (2005)「聞いたのはこちらなのに…:外国人と身体障害者に対する
「第三者返答」をめぐる」『社会言語科学』7 号 (2): 39-49
- 厚生労働省 (2017)「医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受入れ体制等の実態調
査」
- 厚生労働省 医政局 総務課 医療国際展開室 (2019)「医療通訳の現状と課題」
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2023)「日本の将来推計人口 (令和 5 年推計)」
- 沢田貴志 (2019)「在留外国人を地域で診る」医学界新聞
- 総務省 (2024)「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 (令和 6 年 1 月 1 日現在)」
- 武田裕子ほか (2021)『医療現場の外国人対応 英語だけじゃない「やさしい日本語」』南山
堂
- 日本経済新聞 (2024 年 7 月 24 日)「日本人 86 万人減、前年比で最大 外国人は初の 300 万
人台」
- 野呂幾久子 (2009)「患者向け文書の適切性に関する研究ーインフォームド・コンセントの
ための説明文書のわかりやすさと安心感を中心にー」東北大学情報科学研究科博士論
文
- 廣野喜幸 (2023)「科学コミュニケーションの垂直モデルと水平モデル」廣野喜幸ほか(編)
『科学コミュニケーション論の展開』東京大学出版会, 第 3 章: 51-83
- 増井伸高 (2019)『外国人診療で困るコトバとおカネの問題』羊土社
- 吉岡泰夫・辛昭静 (2010)「患者ー医療者間コミュニケーション適切化のための医療ポライ
トネス・ストラテジー」社会言語科学 第 13 巻 第 1 号: 35-47
- ロハス エスピノーサ ロレーナ ス (2024)「子ども期における外国語通訳経験の長期的影
響ー日本で育った外国人に対するインタビュー調査と考察ー」名古屋市立大学大学院
人間文化研究科 人間文化研究 第 42 号: 233-247
- C. Free, J. Green, V. Bhavnani, T. Newman (2003). Bilingual young people 's

experiences of interpreting in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 53, 530-535

Debra L. Roter & Judith A. Hall (初版 1992, 改訂 2006). *Doctors talking with patients / Patients talking with doctors: Improving communications in medical visits* 石川ひろの・武田裕子訳 (2007) 『患者と医師のコミュニケーション』篠原出版新社

Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221-2226

S. Cohen, J. Moran-Ellis, C. Smaje (1999). Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociology of Health and Illness*, 21, 163-186

参考ホームページ:厚生労働省「外国人向け多言語説明資料一覧」(2025年2月25日閲覧)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumeiml.html

インタープリター養成プログラムを受講して

文系の私が「科学技術インタープリター養成プログラム」に入って大丈夫だろうか…と不安を抱えながらのスタートでしたが、1年半の学びを終えた率直な感想は、本当にこのプログラムを選んで良かった！の一言です。

私はもともと日本語教師の仕事をしており、30代で大学院の修士課程に入学しました。日本語教師として中堅になり、若手教師養成の仕事をするようになったのですが、日本語教師を志す人たちは老若男女入り混じり、価値観も経験も様々です。そこで、「言語や教育に関する専門知を、分かりやすく親しみやすく、かつ正確さを損なわずに伝えるにはどうすれば良いか？」ということを考えるようになりました。若手教師養成の仕事は科学コミュニケーターと近い部分があるのではないかと気が付いたのが受講のきっかけでした。

インプリに入ってからの学びは期待以上のもので、大変刺激的でした。「欠如モデル」に関する議論では、私がこれまで日本語教師として学んできた文化相対主義的な考え方が科学コミュニケーションにも活かせることが分かり、嬉しくなりました。

インプリは教育プログラムとしても優れていました。定松先生・内田先生・川越先生がファシリテーターを務める講義は内容もさることながら、心理的安全性が保たれた雰囲気があり、専門分野の異なる学生達と安心して議論を交わすことができました。また、修了研究という大きな目標に対して、「まずはA41枚程度のアイデアを作成してみよう」というように、踏み出しやすいスモールステップの目標を積み上げてくださったことで、挫折せずに続けることができたと思っています。

私がインプリに所属して良かったと思うもう一つの理由は、自分自身の妊娠・出産に関する話をする場を与えてもらったということです。私は第一子の妊娠・出産時に、つわりに対する医療的なケアが十分に受けられないと感じたことや、希望していた無痛分娩で出産ができなかったことなどから、「自分の身体が近代医学から排除されている」という感覚を生まれて初めて味わいました。ちょうどインプリの講義で、30代女性は科学に対する信頼が低いというデータが紹介されたことがあり、自分の体験を語ったところ、先生方や同期の皆さんが真剣に聞いてくださったことが忘れられません。また、その他にもインプリの講義では理系の女子卒の話題など、ジェンダーに関する議論が何度か扱われましたが、私よりずっと若い学部生の男子学生の方が真摯な意見を述べていて、「日本の未来は明るいな…」という気持ちになったこともあります。私がインプリの受講を開始したのは第一子が0歳の時、修了時には第二子を妊娠しており、体調的にもスケジュール的にも余裕があるとは言えず、先生方には様々なご配慮を頂いたと思います。しかし「子育て真っ最中の人間が受講するなんて、欲張りなんじゃないか」などと自責せずに修了まで来られたのは、インプリに私の学びを肯定してくれるホームのような温かさと、学問を社会にひらかれたものにしようという強い矜持のようなものがあったからではないかと感じます。

「相手を説得するための対話とは、一見すると双方向のようだが実は一方向のコミュニケーションに陥っている」というのはインプリで得た大きな学びの一つです。私は将来科学コミュニケーターという職に就くかは分かりませんが、インプリで得た知見を、教育現場や異文化接触の場面にぜひ還元していきたいと思っています。