医師と外国人患者とのコミュニケーションについての考察
―タイ人医師への聞き取り調査から―

宮　本　節　子

概要

本稿は、タイ王国の病院に勤務するタイ人医師が外国人患者に医療行為を行う際の課題をインタビューを元に考察したものである。外国人向けの医療設備が完備しているとみなされているタイであるが、医療行為の当事者である医師と外国人患者の間のコミュニケーションや医師 - 患者間の関係に関する研究はなされておらず、外国人患者に治療を行う機会が多い医師と機会の少ない医師の環境にどのような違いがあるのかも不明である。筆者は2012年8月に日常的に外国人患者に接しているタイ人医師10名に聞き取り調査を実施し、高級私立病院に勤務する医師と公立病院に勤務する医師が問診や治療の場で直面する問題点を明らかにし、通訳者やその他の副次的サービスが整備されている環境の有無が医師の立場から見て患者への対応にどのように影響するのか、双方の病院に勤務し、異なる医療分野を専門とする医師への聞き取り調査から検証することを試みた。

調査の結果、以下の点が明らかになった。1）私立病院の医療通訳による言語サポートの重要性の確認。2）公立病院において、医師と外国人患者の問診時に起こりうる言語上の問題の詳細。3）医療行為の遂行及び患者との信頼関係構築において障壁となりうる文化的属性や医療リテラシーの差異の存在。また、タイ人医師の英語習得に対する動機づけと学習過程についても知見を得ることができた。

Ⅰ　背景：タイの私立病院と公立病院

外国人患者を受け入れる医師の環境を考える上で私立病院と公立病院の違いを確認しておきたい。自由診療が行われ、独自の経営方針をとることができる点ではタイの私立病院は日本の私立病院と共通しているが、日本の医療法人は利益の剰余金の配当は医療法によって禁止されているのに対し、タイの私立病院は株式会社として上場が可能であり、タイ証券取引所では大手私立病院グループ2社（バンコク・ドゥシット・メディカル・サービシーズ、バムルンラード病院）が時価総額の大きい銘柄となっている。一方、公立病院は公衆衛生省を始めとして国防省、教育省、内務省、バンコク都庁等の管轄下にある医療施設を指す。公立・私立の病院数の割合としては2008年時点でのタイ全土の病院数1,239院のうち、78％が公立病院で22％が私立病院、また、200床を超える大規模

病院31院のうち21は首都バンコクにある（タイ公衆衛生省, 2011）。

2012年にタイの医療機関が受け入れた外国人の実数は67.3万人程度と推定されている（NOVASAN'S）。これら外国人患者は大きく分けて3つのカテゴリーに分類できる：①就労・留学・移住等でタイに長期に滞在している外国人（41.4%）。②旅行中に急患で来院する短期滞在者（32%）。③医療サービスを受けることを主たる目的としてタイに入国する医療観光者（26.6%）。これらの外国人患者からの2011年の医療費収益は推定978億バーツ（約31億USドル）にのぼる。

世界的なトレンドとして1970年代頃から途上国の富裕層が先進国で医療を受けるという現象が見られたが、1990年以降、北米を中心とする先進国の医療費の高騰によって先進国の患者が母国よりも安価に先進医療を受けるために途上国に向かうという逆転現象が生じるようになる。タイが外国人向けの医療に本格的に着手し始めたのは1997年以降である。同年のアジア通貨危機において私立病院の病床利用率が低下した分を外国人患者によって埋めようと政府が医療観光政策を促進したことによる。以来、都市部の有力な私立病院が外国人患者誘致に向けて大規模な設備投資を行い、タイは医療観光における一大先進国としての地位を確立するに至った。私立病院は先述の外国人患者の3つのカテゴリーすべてをターゲット市場とし、特に第3のカテゴリーに属する外国人医療観光者の増加は90年代から急激に増加し、2009年時点の調査では外国人来院者（カテゴリー①～③）のうち、カテゴリー③の医療観光者の割合は30%前後とみなされている（NaRanong & NaRanong, 2011）。

外国人患者誘致の方策として、ハード面では一流ホテル並みの入院設備に豪華な内装の外来棟、病院へのシャトルバス、滞在ビザ延長手続きや医療保険請求手続きの代行サービス、さらに近隣ホテルと提携した宿泊施設の確保、カフェやレストラン、患者に同伴する家族のための旅行会社を併設している病院もある。また、多言語に対応したサービスとして病院のホームページは数か国語で運営されており、30か国語に上る通訳サービスが診療時に提供され、多言語による電話相談が24時間受けられる病院もある。私立病院の医療費は自由診療である上に、これらの付随サービスを加えると医療費は高額にならざるを得ず、基本的に高級私立病院で診療を受けられるのは充実した医療保険の加入者や富裕層に限られてくる。

高額な医療費が負担できる顧客の獲得競争から、需要の多い特定の外国人患者へのサービスに特化した部門が作られている病院もある。在タイ日本人はタイの高級私立病院の最大の顧客グループを形成しており、1年間にタイの病院を受診する日本人は5～10万人と推測する調査結果がある（渡辺, 2012a）。日本人に続き、近年顕著な増加を見せているのは中東地域からの医療観光者である。本稿における医師へのインタビューでも診察経験が多かったアラブ圏の患者に対するサービスに注目してみる。2002年の9.11同時多発テロ以降、中東の富裕層の医療渡航の目的地が北米からタイへと大きくシフトし、中東地域からの医療観光者の数は、2002年の2万人から2006年には98,000人まで急増した（Kao, n. d.）。東南アジア最大の規模を持つバンコク病院には、多数の専門医療センターに加えてInternational Medical Services（IMS）を設置しており、IMSはさらに3つの部

門に分かれている。その一つが2006年に開設されたArabic Medical Services（AMS）である。中東圏からの患者の言語や文化を尊重した環境づくりを目的とし、人的資源としてアラビア語を理解する医師が1名、その他8名の専任医にアラビア語をある程度理解できる看護師、40名のアラビア語の医療通訳者を擁している（バンコク病院AMSウェブサイト）。筆者が実際にバンコク病院を訪れて確認したところ、AMSは他のアジア系の言語サービスセクション（ビルマ語、ベンガル語、ウルドゥー語、カンボジア語）のある階に位置し、欧米の患者が来院する棟とは別棟になっており、祈祷所が設置されている。その他、病院食の提供にはハラル食の専門業者の利用、食事のタイミングが昼夜逆になるラマダーン期間に配慮した薬の服用指導、診療時には患者が女性の場合、必ず男性医師は看護師の後に入室し、看護師より先に退室するといったイスラム圏での医療マナー厳守など、言語・文化の両面において配慮された医療サービスの提供を行っている。

公立病院における外国人患者数の正確なデータはないが、バンコク以外の地方の患者や、私立病院の自由診療費を払う余裕のない長期滞在者や周辺途上国からの労働者などは公立病院で診療を受けることになる。また、都市部においても、私立病院での医師の紹介や患者同士の口コミ等で、公立の基幹病院でセカンドオピニオンを求める患者が相当数存在すると推測できる。しかし、公立病院においては外国人患者に対する特別なサービスは行っておらず、病院内の表示もタイ語のみである。私立病院の情報に関しては、主要な複数の言語に対応した病院のホームページや外国人観光客が目にするウェブサイトやガイドブック、フリーペーパー等の印刷媒体での広告によって事前の把握が可能であるが、公立病院に関する情報は口コミによる情報や地元タイ人の補助なしには入手することができない。来院時にもタイ語が分からない場合、来院者は英語か、或いは英語かタイ語が話せる同伴者を通訳として自分で手配する必要がある。

医師の給与面の待遇においても私立と公立では大きく異なる。私立病院においては医師の給与は歩合制で、外来・入院棟での診療や難易度に応じた施術の回数によって、一般的には患者が支払う医療費の8割から9割を報酬として得ている（Kittidilokkul & Tangcharoensathien, 1997）。一方、公立病院では給与は年俸制であり、実際の医療業務の質や量は反映されず、勤務年数に応じて昇給するのみである。この給与体系の差を考慮すると私立病院と公立病院の医師の給与格差は拡大する一方であろうと推測できるが、公立病院に勤務する医師は、専任医療機関外においても医療行為を兼任で行うことが認められており、医師の間では公立と私立を兼任することが常態化している。しかしながら、専任と兼任勤務先を合わせたひと月あたりの医師の平均給与を比較すると、1990年の調査では公立勤務医：29,377バーツ＜私立勤務医：51,853バーツ＜開業医：84,749バーツと大きく開いている（Chunharas, 1990）。1990年のバブル経済以降、私立病院の経営拡大が大幅に進んだため、私立の専任医師、兼任医師共に全体的に給与額は上昇していると考えられるが、収入の格差は依然大きく開いた状態であると思われる。タイ国内では、医師を始めとする医療専門家の不均衡な分配や、公立病院から私立病院への人材流出がもたらす弊害に関する報告や対策提言がなされている（Wibulpolprasert & Pengpaibon 2003; Kittidilokkul & Tangcharoensathien, 1997）。

Ⅱ　背景：医師のキャリアと英語

タイ国内で医療行為を行うためにはタイ王国で認可された国家医師免許を持つ必要があり、外国人医師の場合でもタイ語の知識は必須である。通常の過程として、医師は医学部卒業後、私立病院、地方の公立病院、軍付属病院等で1年～2年のインターン期間にGP（一般医師）として経験を積んだ後、GPとなるか特定の分野の認定医になるかを選択する。さらにその後、大学院や指定医療機関において3年から5年間、専門分科（specialty）および下位専門領域（sub-specialty）の症例研究を経て認定専門医の国家資格を得る医師が多数である。この段階で欧米の認定専門医資格を得るために留学する医師も多い。私立病院においては海外で取得した認定専門医の資格を、国際標準の医療技術の質の高さを裏付けるものとしてウェブサイトや外来各科に掲示している。

社会格差が大きく、植民地経験のないタイでは、英語は文字の異なる完全な外国語としての扱いを受けており、長い間一部のエリートのみが使える言語という認識であった。しかし1990年代のグローバル経済活動の拡大と都市部の経済成長によって英語教育熱は急激に高まり、1996年には公立小学校においても英語が必修科目となった。1997年のアジア通貨危機の経験が、生き抜くための必須言語としての英語習得熱をさらに押し上げる結果となり、新興中流層の家庭では英語教育に熱心な私学への進学や私塾、家庭教師による個人指導に惜しみなく費用をかけるようになった（河添, 2005; 鈴木, 2007）。これらの事情を鑑みると医学部に進学するような優秀な学生にとって英語でのコミュニケーションの習得はそれほど難しくないのではないかという印象を受ける。タイの大学医学部において医学用語は英語で学び、テキストによっては英語のものをそのまま使用しているため、ほぼ100％のタイ人医師が医学専門用語を英語で身に着けている。しかし、タイ語を話さない患者を想定した英語での問診演習などはカリキュラムにはなく、卒業後の現場において英語での医療行為経験を積むことになる。英語の運用能力が必須となっている私立病院との契約時にも医師の英語能力は自己申告であり、証明する必要はない。

Ⅲ　調査の目的

先述のように、タイの医療機関は、外国人患者を受け入れる環境に大きな幅がある。しかし、高級国際病院から公立病院まで多彩な状況の医療現場で働く医師が、外国人患者への医療行為においていかなる問題に直面しているか、またこれら環境の違いが医療提供に及ぼす影響についての実証的研究は行われていない。また、病院側の認識として、英語圏で教育訓練を受けている医師が多いために英語の通用度が高く、多くの場合に英語＝タイ語間通訳は必要ない、とするも（渡辺, 2012a）、医師にとっては依然外国語である英語での患者のコミュニケーションについて、医師自身がこの一般認識をいかに評価しているかも不明である。

一方、異文化間の医療コミュニケーションにおける医療通訳の役割に関する研究は量

的・質的調査共に広範囲に行われており、その多くが検証結果として医療通訳は従来の中立的、機械的で自分の存在を表面に出さない言語の翻訳者、という典型的役割を越えて医療提供者と患者のコミュニケーションにより積極的な介入を果たすことが求められていると結論付けている（Bischoff, 2003; Angelelli, 2004; Hsieh, 2005, 2010; Rosenberg, 2007）。しかしながら、これらのケーススタディの多くは北米やスイスなどの先進国において、英語や仏語を母語とする医師による、多くの場合社会的弱者であるエスニック・マイノリティの患者へのプライマリ・ケア提供という状況を対象としており、医療観光者として渡航する富裕層に属する患者の存在や、医師が母語以外の言語（英語）を使うケースを考慮する必要があるタイの事情とは異なっている。

タイの国際私立病院という特定の環境に着目し、そこで勤務するタイ人と日本人の日本語通訳者に関する研究においては、日本語通訳者と日本人の患者を対象とした質的調査の結果として、病院が標榜する充実した日本語対応が患者に過剰な期待を抱かせる一因となっていること、また同じ文化や常識を共有しているという認識によって、患者側が問題解決者として日本人通訳者に過度に依存する傾向が見られること、それに応えようとする過程において通訳者が心理的に疲弊することもあり雇用者側の理解と対策が必要であること、等が指摘されている（渡辺, 2011, 2012a, 2012b）。また、異文化コミュニケーションにおけるスチュアート・ホールの高低コンテクスト文化の概念を軸にタイ人医師は外国人患者の個々の文化的背景に配慮すべきであるとする示唆に富む研究もあるが実証例の提示に乏しい（Chareonrook, n. d.）。

また、医師 - 患者の関係に関する研究においては、患者と医師の間の信頼関係を中心としたものが多数ある。信頼によって人間関係は協調的になり、防衛的なコミュニケーションが減少する点において信頼は医師 - 患者間の関係の中核をなす概念であり（Northouse & Northouse, 1998; Angelelli, 2004）、結果として、病状の迅速な把握および的確な治療方針の決定と実行という医師と患者の共同作業が円滑に行われ、健康状態の向上という目的が果たされることが期待される（Pearson& Raeke, 2000）。この過程に異文化という条件が加わった場合、何が医師 - 患者関係の構築を促進し、何が阻害要因となるのかの実証例は少ない。

これらの先行研究を踏まえ、本調査ではいわゆる高級私立病院に勤務する医師と公立病院に勤務する医師が外国人患者とのコミュニケーションにおいて直面する問題点を明らかにし、通訳者やその他の副次的サービスが整備されている環境の有無が医師の立場から見て患者への対応にどのように影響するのか、双方の病院に勤務し、異なる医療分野を専門とする医師への聞き取り調査から明らかにすることを試みた。

Ⅳ　調査方法

2012年8月20日から9月1日にかけて、10名の医師に調査の趣旨を説明し、録音の許可を得たうえで半構造化インタビューを実施した。インタビューは英語で行い、勤務の

スケジュールを考慮してのアポイントメントであったため、インタビューの時間は30分から90分とばらつきがあった。主な質問内容は以下の通りである。

基礎情報
　医師になってからの勤務先
　専門医学分野に関する情報
　通常の勤務スケジュールや1日当たりの患者数
　留学・在外経験の有無／業務に必要な英語習得の方法
外国人患者に関する質問
　外国人患者の診療頻度
　通訳の利用の有無・利用頻度
　現在、または過去の業務において、患者が外国人である場合に特有の苦心する点

協力者一覧

医師	常勤/非常勤	所属科	年齢	性別	主な外国人患者の母語	外国人患者の割合	通訳の利用	備考
A	私立	血液科	20代	男性	アラビア語、ロシア語、ノルウェー語	60%	毎日	
B	私立	神経科	30代	男性	アラビア語、日本語	50%	毎日	アメリカで研修予定
C	公立/公立	麻酔科	30代	女性	英語、カンボジア語、ビルマ語	月に数回	一度もなし	
D	公立/私立	麻酔科	30代	女性	英語、中国語	10%	なし	イギリス大学院・1年間
E	公立/私立	病理学科/緊急外来	30代	男性	英語	30%	非常勤先のみ	イギリス大学院・5年間
F	公立/私立	心療内科	30代	男性	英語、ロシア語、ドイツ語、スウェーデン語	月に数回	一度もなし	インターナショナルスクール6年間
G	公立/私立	神経科	30代	男性	アラビア語	10%	非常勤先のみ	
H	公立/私立	麻酔科/GP	30代	男性	英語、ヒンディー語、アラビア語、ロシア語	10%	一度もなし	ドイツに留学希望
I	公立/私立	内分泌科/内科	30代	男性	英語、日本語、アラビア語	10%	非常勤先のみ	アメリカに研修希望
J	公立	麻酔科	30代	男性	ビルマ語	10名／日	なし	

インタビューを行った医師の本務病院は私立病院（バンコク市内）2名、公立病院（バンコク市内、三次医療に対応する基幹病院）8名であるが、公立病院勤務の医師のうち6名は私立病院に、1名は別の公立病院で非常勤勤務を行っている。専任および非常勤の私立病院は1名を除いてタイを代表する国際病院であり、通訳対応のない私立病院で勤務経験がある医師は1名のみである。常勤先での勤務時間は週5日で9時間、非常勤先での勤務は週末の1日9時間又は夜勤（午後8時から翌日午前8時までの12時間）で、非常に過密なスケジュールであることが推測できる。

Ⅴ　結果

インタビューの録音記録は全て書き起こし、トランスクリプトに目を通して調査目的に関連していると思われる表現を抽出した。

Ⅴ-1　医師の英語コミュニケーション能力に対する評価

Ⅲ章で言及した「英語の診療に問題がない」と一般に認識されているタイ人医師の英語力であるが、医師自身は医学部で得た専門用語の語彙力や卒業後の職場環境への慣れだけでは英語での医療行為は行えないと感じている。

> Basically, we study in English, like the textbooks are all in English, but we keep speaking Thai. So the hard part for the doctor in Thailand is to communicate because sometimes the pronunciation. Sometimes Thai people have this, I know it's a culture thing that we're afraid to speak if we're not sure if it's going to be right. So I think that the barrier is like trying to speak to a foreigner.
>
> （医師F、心療内科）

家庭の教育方針で10代の頃から英語を使用する環境にあった2名を除き、インタビューの協力者全員が何らかの英語表現力を高めるための集中的な訓練（週に1〜3回の個人レッスン）を医師になってから受けている。海外留学の条件である英語面接対策と職場におけるコミュニケーション能力を高めることが動機になっている。

> It's very complicated and it's not only the organic problem, it's not only the physical problem, psychology problem is so important not only for the patient but for the relative also, they complain too much. They（foreign patents）need a lot of information that I have to explain, I have to explain to them, with the feelings of thinking, but I'm not familiar with English language, with English communication. So it's not easy for me,… so I tried to practice, I used to learn it with a private English tutor.
>
> （医師G、神経科）

Actually, before that, I hardly spoke English because you know about the proficiency of Thai people. I hired English teacher to stay with me every two or three times a week to practice for my conversation. I just wanted you to know that because you might consider me for that fluent in English or Japanese a little bit, but it is unusual for the typical Thai doctors because literally they hardly speak English, even the doctors, but because I used to speak English for a while at that time.

（医師I、内分泌科）

I needed to study a lot of English. That time I spent like half a year concentrating on English just preparing for the exam and then I got it and passed it first time. …so English is the main problem I think. I mean when I applied I passed everything. They wanted to accept me, but I needed to pass English qualification.

（医師E、病理学科）

バンコク市内の国際病院が掲げる「タイ人医師は職務上英語が話せる」という説明は省略が多く、より正確に表現するならば「タイ人の標準以上の英語力に加え、英語に対する学習意欲が非常に高く、かつ自発的に訓練を受けた結果として英語が堪能な医師が多い」とすべきであろう。

V-2　初診時のコミュニケーションにおける通訳者の重要性

インタビューで収集した資料において、最も頻繁に現れるのは外来診察室での患者とのファーストコンタクトのエピソードである。体の不調を感じて来院する患者にとっても、初診時は最も緊張する瞬間である。病歴聴取（history taking）は病変部位と病態の特定において極めて重要である。すべての疾患に通じることとして、正確な病歴の聴取や身体所見の観察が診断のヒントとなり、診断に直接結びつくことが多い。実際、病歴聴取のみで正診率は50～80％に及ぶとされており（谷澤・柴垣, 2009）、以下の医師のコメントもこれを裏付けている。

You analyze and you conclude, ‘this is the diagnosis.’ Just 70% for the symptom, and we have to take the physical examination, only 20% and 10% for the investigation to confirm the diagnosis. But the majority of the diagnosis is history taking from the patient. Every field doctor, history is the best equipment to make a diagnosis.

（医師B、神経科）

病歴聴取には医師と患者との間の双方向の協調的なコミュニケーションが不可欠であり、医師もこのことを明確に認識している。

医師B：Every doctor and patient understands that the most important thing, the way to communicate or the way to get the diagnosis, the correct diagnosis and treatment is the history taking. We have to take that for a long time or use full time in the physical history taking. This is the most important thing, to make a correct diagnosis and treatment.

筆　者：So in that case,…

医師B：Communication is the key.

多言語環境の場合、初診時に正確な診断を行うための情報伝達において専任の通訳が果たす役割は大きくなる。骨折などの怪我の場合のように、診断と検査のみでも処置が可能な場合を除き、医師にとって正確な診断が行える環境は、「医療通訳者の補助あり＞医療通訳者ではない第三者が通訳を行う＞いかなる通訳者もいないために翻訳アプリケーション等を使用する＞言語の補助手段がない＝問診不可能」の順に厳しくなる。

1）医療通訳者がいる場合

専門の医療通訳者を伴う場合、医師は通訳者にコミュニケーターとしての業務を丸投げするわけではなく、医師 - 患者間の双方向のコミュニケーションが維持できているかに注意を払っている。

If I have interpreter with me, I must make sure that the interpreter understand my question, understand my purpose to ask the question, and then the interpreter needs to clarify about answer from that patient and then talk with me and two-way communications, okay like that.

（医師A、血液科）

医師は診断結果を伝える際、診断内容や医師の意図の誤訳を防ぐために一文一文を切って話すよう心掛けている。また、握手等のジェスチャーを用いて言語が直接通じない溝を埋め、コミュニケーションが無事終了して満足であるという心情を患者に伝えることもある。

And if I complete my discussion, I immediately shake hands to make sure that the patient has understood about my plan, about his diagnosis, about my suggestion. He is doing okay, good.

（医師A）

また、患者の母語で一言でも医師が患者に直接呼びかけることがアイスブレーカーとなり、患者の緊張を和らげる工夫が実践されている。

Salaam-o-Walaikum that means hello. *Akhense* means can you eat well, *akense ean, fee ahlam* a little. But if the patient thinks “The doctor can speak…” “Oh, no no, no. I

know only three words." So that makes the patients smile and then they can open their mind then, "Oh, doctor you know but a little."

（医師A）

一文一文区切った丁寧な通訳と一人ひとりの患者に配慮したコミュニケーションは、一方で診察時間の大幅な延長の原因となり、このことが他の患者との信頼関係が崩れるきっかけになる場合もある。この「待てない患者」に関しては後述する。

2）専任通訳者ではない第三者が通訳を行う場合

専任通訳者のいない公立病院において起こりうる状況である。第三者は患者に同伴する患者の家族や友人、同僚の場合と、大使館などの公共機関が派遣する職員で患者と面識のない人物の場合がある。カナダで実施された比較調査において、専門の訓練を受けた医療通訳者と患者の家族の一員が通訳を行った場合の役割認識は、医療通訳者：情報伝達、患者にとって安全な環境の維持、異文化間の仲介、一方の患者の家族の場合：患者の理解の補助、診断や治療法の確認、医療保険等の手続き代行役、と内容に大きな違いがあることが指摘されている（Rosenberg, 2008）。この通訳が果たす役割のうち、医師が初診時に最優先で求める機能は病歴聴取の際の情報伝達と患者の理解の補助である。

Sometimes we have the patient's friends or family to help us translate, but we know that sometimes the message gets lost somewhere during the translation, so it's still difficult.

（医師F、心療内科）

Oh yes, I used to have some interpreter, but it's their relatives. Like I met some patients from Ghana or the African sub–Sahara but I can't remember from what country, she can't speak English but she brought her relative who can speak English, and they translate for me….but it's her relative I think, there should be no problem on that.

（医師H、麻酔科）

情報伝達という点では医師は通訳者に期待ができないものの、患者と通訳者との間の信頼関係は保たれているため、患者自身の不安は少ないという点において一定の評価がなされている。患者と通訳者の信頼関係は患者の安全な環境の維持に大きく寄与するものと思われるが、家族でも友人でもない初対面の人物、かつ医師側も面識のない第三者が通訳を行う場合、通訳者の仕事に対する医師の満足度は低いようである。

I met one Cambodian patient at the hospital I'm in right now, and they assigned a translator from the embassy…It was okay, but still I feel like something got lost during translation when I tried to tell the patient or ask the patient questions.

Sometimes the best one I got back was not expected, so something got lost there.

（医師F、心療内科）

上記の場合、薬物中毒や精神疾患などの診断が必要となり、病歴聴取が非常に重要と思われるケースであることや、患者と通訳者の信頼関係も存在しないため、伝達される情報の精度について医師は厳しくならざるを得ない状況であったと考えられる。

3）通訳者がいない場合：情報端末の使用

タイ語も英語も話さない患者が単独で問診を受ける場合、病歴聴取に大きな支障が生じ、正診率の低下が予測される。この場合医師はどうするのか。

I used to work in the hospital without any interpreter. But I met the Russian patients, and they can't speak English. So, what I did is I used my iPhone for Google Translator, and if there is the internet computer, I open Google Translator and type in English, and it will show in Russian, and let them see and they can say, yes, no. Like that. It's just a solution that I made by myself. But it's like a one-way communication, because if they want to do something in Russian and translate to English, there's no Russian keyboard for them.

（医師H、GP）

公立病院のIT設備や、医師自身が持っている情報端末を駆使して問診を行うという手段があるが、患者の母語の文字配列が使用できないこともあるため、患者側からの反応はyes/noの応答のみに限定される場合がある。結果、医師は最低限の病歴情報しか得られず、診断は身体所見に大きく頼ることになる。

4）通訳者も情報機器もない場合

医師にとっては最も困難な状況である。医師は言語によるコミュニケーション手段がないため、図を描く、ジェスチャーで問いかけを行うといった極めて限定的な手段で意思疎通を試みる、その結果と身体所見の確認をもって病状を診断することになる。

The most difficult is the patient from Myanmar. They are…lots of Myanmar tends to be laborers in Thailand also in Phang Nga they are about more than 100,000. …Some live in Thailand based in Phang Nga, …but some just came from Myanmar, so they can't speak any of Thai, that's very, very big problem for me because I don't get any history from them. So I have to depend on their physical examination only; taking the temperature and blood pressure.

（医師J、GP）

都市部から離れたタイ南部の地方において、エスニック・マイノリティであるミャン

マーからの労働者が患者となっているケースである。この医師は、タイ語が多少話せる友人や知り合いを伴って来院するミャンマー人患者の診療経験が多く、その場合の環境は上記2)で挙げた「専任通訳者ではない第三者が通訳を行う場合」に相当する。しかし上記の患者は、マイノリティーのコミュニティーにおいても孤立している社会的弱者であり、医療の手を差し伸べる医師自身にとっても利用可能な手段がほとんどないという難しい環境がうかがえる。

一方、言語が全く、あるいはほとんど通じない患者を診察する状況は都市部においても起こりうる。以下に示すのは患者が自分の病状について既に把握した上で特定の処置を要求するが、「患者が希望する検査はタイにおいては行っていない」、という単純な内容の情報伝達が言語の障壁によって遮断され、医師は非常に限られた環境で問題解決が迫られている。

> ..one Japanese woman came to see me in the outpatient department. She wanted to get treatment for Chlamydia infection. At that time, I didn't understand which kind of investigation that she wanted me to do because she wanted me to check her blood and her urine test for the Chlamydia, to fill in a form of some kind of enrolment or something like that. We don't have urine Chlamydia testing in general in Thailand. It's different in Japan. I spent a lot of time explaining to her because she could speak Japanese only**…It was kind of difficult to explain because only Japanese can answer….** Cope with the problem? Solving the problem, first one writing… even they cannot speak English, but they can understand the writings, the first technique. And the second one is to call my friends because I also have friends who can speak Japanese fluently. In case of Japanese, I have a connection or something like that. In case of Muslim or Arabic patients, it's very difficult.
>
> （医師I、内科）

上記の患者の問題は、もしI医師から回答を得られなければ、日本語サービスのある私立病院で即座に解決できたはずである。有名私立病院の情報はバンコク市内に広く流通している日本語情報誌やウェブサイト上に溢れており、私立病院の情報が得られたはずである。患者の事情および要求と、選択した病院とのミスマッチが顕著なケースである。

正確な診断を行うためには、医師が適切な病歴聴取が行える環境が必要であり、特に初診時が重要である。患者が健康を取り戻すためには診断ミスは医師にとって最も避けなくてはならず、同じ言語を話す場合であっても判断ミスは起こりうる。しかし医師と患者の話す言語が異なる場合、正確な診断の妨げとなる可能性は大きく跳ね上がる。患者と医師との医療面接が口頭で行われる以上、両者の言語の意思疎通は必須だからである。上記で分類した4パターンを比較すると、2言語間のコミュニケーターである通訳者の役割は極めて大きく、同時に公立病院の環境は余りに厳しく、医師の負担は大きい。私立病院と公立病院の外国人患者における完全な棲み分けは地理的、経済的、また何より患者自身の選択の権利を考えた場合不可能である。公立病院は本来タイ人に公平な医療を提供する公共機関ではあるが、せめて初診時の誤診を避けるためにも多言語版の問

診票やスカイプや類似の通信設備を利用した人間による通訳サービスが利用できることが望まれる。これはタイの地方に居住する社会的弱者に対する医療福祉政策としても有効ではないかと思われる。

Ⅴ-3　非言語上の問題：患者の文化的属性と医療リテラシー

医療行為のプロセスとして、医師は病歴聴取によって診断を行った後、診断結果に応じた医療行為（検査・投薬・処置・食事等）をそれぞれの国が定めた医療ガイドラインに沿って行うことになる。この際、治療方針の決定や変更については常に患者と話し合い、同意を得ながら行う必要がある。世界的な傾向として、医師 - 患者の関係は最近までの父権主義的なものから患者の権利や自律性を尊重する傾向に変化してきているが（Emanuel & Emanuel, 1992）、タイの社会においては依然医師の権威は圧倒的に強く、患者は医師の言葉には逆らうことは殆どない（Chareonrook, n. d.）。タイ人の態度に関しては、医師のインタビューにおいても、「年齢・性別に関わらず、医師に対して敬意を持ち、医師の判断に全幅の信頼を寄せ、診断や投薬、外科手術を伴う治療方針の場合であってもほとんど質問することがない」という認識が随所に確認できた。同様の傾向はビルマ人やカンボジア人、ラオス人患者との臨床経験においても見られた。

タイの病院における多文化環境においては上記の状況は大きく異なる。医師が最善の治療方針を外国人患者と検討する際、患者が属する文化に対する寛容性、そして患者の個別の経済的背景や医師に対するしばしば過剰な期待感に対する理解が求められる。インタビューを通して、特定の文化的属性を持つ患者に対する医師の対応パターンに、いくつかの特徴を見出すことができる。

1）アラブ人患者の医療リテラシー

英語を話すことができる、ある意味教育水準が高いと思われるアラブ人患者との会話において、コミュニケーションの最大の阻害要因は言語ではなく、医療に関する知識の欠如であるというコメントである。

> From the grammar or structure of the language, the way of communication is not difficult. The difficult is the misunderstanding, from the background of the knowledge. Because for the Arabic patient, I think there is little knowledge of the health or medical education, for example like anatomy and physiology. When you know about the brain, brain anatomy has… the brain looks like cover of the box, the box is closed. And this part of the brain called frontal lobe; temporal lobe, has a function like this, for example frontal part of the brain has control model function. But this is not the background of Arabic patients; they don't have any like this. So we have to repeat and explain again and again, okay, when the frontal lobe malfunctions, they may have symptom like this. **But they cannot accept the answer**

or accept the reason why they have this condition. This is a difficult situation. Maybe many doctors don't want to explain about this because it's too much and takes time.

（医師B、 神経科）

It depends on individual background knowledge about their body, and I don't know. Because some Arabic people, they don't understand even why we need to keep some injecting drops. They just keep asking, why we have to do this? Why you have to do that? Why you or why don't you do that or something, which is quite difficult for us, because we work for Thai patients. Actually they know, and they don't expect to ask or change our treatment about that. So it's a little bit irritating for these patients because they stop--**it's like they interfere in every step we do for them.** But it depends on the background, and it's not strange because they pay more, they come here. So it's okay that if they want to know every step what we do,…but this is too much.

（医師H、 麻酔科）

2名の医師とも、同じ内容の説明を何度繰り返しても患者に理解してもらえない原因は人体の構造や医療に関する知識不足にあると判断している。これは「医療リテラシー」と言い換えることができる。医療リテラシーとは、健康面での適切な意思決定に必要な基本的健康情報の調査、入手、理解、利用を行う上での個人的能力の程度を意味する（Nutbeam, 2000）。しかし、患者個人の人格や知力ではなく、中東地域の医療、保健、公衆衛生等の教育事情が背景にあるとしながらも、B医師の病因の説明を頑なに「受け入れようとしない」という表現は医師自身の専門知識と能力を否定されたというネガティブな意識の表れともとることができる。H医師が感じた「患者の利益のために行っていることなのにいちいち邪魔してくる」という表現に表れている不快感と同様である。さらに医療処置の緊急性が高い場合には、この患者が抱く医師の専門技能に対する不信は患者自身の容体に深刻な影響を与えかねない。

For me, if they have many questions, we try to give them the answer, and make them happy all the time. In very rare cases, we have a difficult problem about doctor-patient communication. …For me, I think surgery cases for the Arabic patients need a second or maybe a third opinion because their culture thinks surgical treatment is very special treatment. Maybe a risk, very high risk of the treatment. Maybe **they need a second and third opinion, even if they know this is the standard treatment**, for example, like appendicitis, like … bleeding in the brain, this condition has to take surgical treatment. **But they need second, third, or even fourth opinion** from a doctor, especially the respected doctor or a reliable doctor.

（医師B）

このような深刻な事態は「ごく稀である」としても、患者側の医療リテラシーのレベルに合わせた速度の職務遂行は医師にとっては過剰な負担になる。B医師の担当患者のうち、中東からの医療観光者は半数を占める。粘り強い患者への働きかけが日常業務の一部分として定着している。

> Every day I try to make a conclusion. Your symptoms, probably or possible or definitely diagnosis is like epilepsy, migraine headache, okay. And treatment is we have non-pharmacological treatment and pharmacological treatment. …and when then the patient waiting for the medicine, the pharmacist will repeat it, explain again. If the patient doesn't believe, the first thing is the diagnosis. If the patient doesn't understand or doesn't believe about the diagnosis, we can give a chance for them like you need a second opinion, you can search by the Google, **Every day we practice like this. We try to give information every way for the patient, make them relax and believe the doctor**. We try to explain things inside out.　（医師B）

医療観光ビジネスのけん引役である私立病院は、医師にとって専門技能のみならず高い対人的技能が求められる環境であることが改めて確認できる。

2）待ちたがらない患者

これまで述べたように、医師 - 外国人患者間のコミュニケーションは、正確さを保証するために中断や繰り返しが多い。通訳が仲介者として間に入る場合、面談にかかる時間は2倍以上になる。アラブ人患者の場合、1回の面談が30分から1時間以上に及ぶことが多い。面談時間の超過による診察スケジュールの遅れは、高い診療費の対価として高品質なカスタマーサービスを提供している私立病院においては顧客の満足度を下げる大きなマイナス点であるため、個々の患者に応じた余裕のあるスケジュールが組まれている。一方、公立病院ではこのような配慮はなされないため、面談時間の超過は担当医師個人の責任となる。V―3の冒頭において、タイ人を始めとする東南アジア出身の患者が医師の診断を信頼し質疑応答の必要が殆どないことについて触れたが、異なる文化圏 - インドや欧米圏 - 出身の患者を英語で診察する場合、多くの説明が患者側から要求され、その要求に詳細にわたって回答していくうちに、予定の診療時間よりも長い時間を要する場合がある。

H医師：The patient doesn't want to wait for me, because I took time too long with one patient. … I just feel like I lost trust from the patient doing that….**I lose the trust because the patient just doesn't feel I'm a good doctor enough.**

筆　者：And how did you know that? How did you feel about that?

H医師：The nurses tell me. The nurse who cooperates between many patients just tells me that, oh, this patient doesn't want to wait for you anymore. He saw that you took too long with this patient. It seems like **I took too much**

time, and it seems like I don't know how to make a diagnosis or something like that.

質問の多い外国人患者に対する誠意をもった対応が他の外国人患者にとっては「診断に時間がかかる能力の低い医者」と曲解される個別的な例ではあるが、医師の言語上のコミュニケーション能力や対人技能、専門知識など、個人の能力とは全く無関係な要因によって医師の専門技能力が誤って判断されるケースがある。無関係な要因とはこの場合、「タイ人患者を想定して診療スケジュールが組まれる公立病院の一般的環境」と「公立病院には多くの患者が来院するため待ち時間は長い、という常識を患者が知らなかったこと」である。立ち去った患者は私立病院を選んでおけば待合時間は大幅に短縮できた状況である。

3）欧米出身患者の医師に対する先入観

1）の例において、患者が属する社会の医療リテラシーのレベルが医療行為の進捗に大きく影響することを示した。高い英語力を努力して身に着け、欧米医療機関への留学を経験済み又は希望している医師にとって、欧米の医療先進エリアに属する外国人患者にしばしば共通してみられる自己主張の強さや病状についての入念なリサーチ、質問の多さなど、タイ人患者とは対照的な傾向は受け入れやすいという印象を持っているようである。

For me, I prefer foreign patients in terms of education… I have experience of getting trained in English because I want to work in the States. So, I quite often go to talk with foreign patients, and actually, I prefer foreign patients in terms that they can express their need. They can get what I want to let them do. If other people hesitate to have foreign patients, they are going to send them to see me.

（医師I、内科）

Foreign patient is more difficult than Thai patient because of the language, that's true. But most of foreign patients came to this hospital, I know that our hospital is a government hospital and they have a chance to visit many, many private hospitals…but **if they choose this hospital, they have some trust on the doctor**. So when I perform my work about anesthesia, they are okay and nice and that's about the trust. I haven't faced any problem

（医師J、麻酔科）

タイ語が分からない外国人にとって、公立病院はある意味排他的な環境である。他の私立病院に行くという選択肢の中からあえて公立病院を選んできたということはすでに患者側は事前情報収集を済ませているということであり、病院が提供する医療の質に対して期待と信頼を寄せていることを意味する。過剰な期待はかえって強い不信を招く要因になることもあるが、インターネットで検索すると、しばしば現地語でファラン（欧

米系の白人）と呼ばれる欧米出身のタイ滞在者向けのSNSサイトが多数運営されており、公立病院に関する情報交換も活発に行われていることが確認できる。

しかしながら欧米人に限らず、医療の質よりも費用が病院の選択基準であるために私立病院よりもはるかに低額で受診が可能な公立病院で受診する外国人もいて、その中にはタイの医療水準に対して偏見をもっている人も少なからずいるようである。私立病院の英語のウェブサイトには、医師の顔写真付きで掲載され、また病院の各科の受付にも医師の一覧が掲示されているため、事前にどのような医師にかかるのか確認することができる。公立病院においては、少なくとも英語では事前に医師の情報を得ることは難しい。僅かな情報から作り上げたイメージや個人の先入観で公立病院を訪れる欧米人患者の中には、医師にとって信頼関係を築くことが困難なケースもある。

> The patient is American, and they are maybe 50 or 60 or so. They look at me, and they ask me, how old are you. And **the facial expressions make me think that they don't trust me**, because I look too young and maybe I'm not good enough. I don't have enough experience to be a good doctor. And **they say some words that imply that**, but I can't remember exactly what they said. But after a while I just try to … make some physical examination, then obviously they seem like t**hey trust me more than the first expression**.
>
> （医師H、麻酔科）

> I think it is their right to know the doctors who do the anesthesia for them something like that. But **I think it's quite a bit too rude to ask something like that, maybe it's about culture. And they don't feel safe to be in Thailand, I think maybe**. But in the same way if the doctor were American maybe they wouldn't ask—those doctors with these type of operation.
>
> （医師D、麻酔科）

あらゆる職業人にとって年齢差別的な言動は不快感を起こさせるが、医師にとっては不快であるというだけではなく、今後の治療方針に対する患者の信頼と合意の獲得に影響しかねないという点において過重な心的負担になるようである。

> If I still look young, and they don't know how many years, they ask me. Some patients asked me directly, how many years have you worked? When did you graduate? …This is what I consider some difficulty **because if I tell them the truth maybe, I worked two years or three years, maybe it's not enough for them to trust a good doctor for them**. It could be a problem. I just stay calm and don't care. I don't care, yes, but actually the feeling inside is, "what could I do?"
>
> （医師H、麻酔科）

経験豊富そうな年配の医師に信頼を寄せる、という傾向は日本においても見られる傾向である。しかし医師に対する先入観はタイの医療現場においては更に複雑な影響を及ぼしているようである。私立病院は欧米の先端医療機関と同等の医療技術と医師のクオ

リティを保証しているため、これらの病院で受診する患者が医師の経歴について疑念を持つことはない。しかしその代わりに高い医療費の見返りとして医療サービスに対する目は厳しくなる。患者の文化的背景は様々であっても高い医療費を支払う経済力があるという点では共通しており、本来医師と患者の関係は対等であるべきところが患者の「お客様である」という意識は高くなりがちである。一方、公立病院を自分の選択で訪れる外国人患者、特に欧米先進国からの患者は、私立病院ほどのサービスは元々期待していないものの依然として自分の文化的属性に優越感を持っており、この優越感が表面化した場合に、医療提供者側との信頼関係に問題が生じるようである。

まとめ

本調査の目的は、タイ人医師の外国人患者への医療行為においていかなる問題に直面しているのか、多言語・多文化に対応した環境の有無がこれらの問題にどれ程影響を及ぼしているのかを明らかにすることであった。第Ⅰ部においては、背景研究として私立病院と公立病院の具体的な違いをマーケティング、ソフト・ハード両面における外国人受け入れ態勢、医師の勤務状況や待遇面などから確認した。第Ⅱ部においては「タイ人医師には英語通訳がつかない」という状況の背景にある、医師の英語に関連する教育やキャリア事情を概観した。第Ⅲ・Ⅳ章では調査の目的と方法を明らかにし、第Ⅴ章では収集データを「言語上の問題」と「非言語上の問題」に分けて分析を行った。言語上の問題では、私立と公立病院の医師を取り巻く環境の格差は歴然としている。特に医師 - 患者間のコミュニケーションが極めて重要な初診段階において、公立病院の医師が実際に感じている言語障壁は深刻であり、診断および治療方針の決定の遅れによって早期回復にも重大な影響を及ぼすことが予想される。公立病院における医師、患者双方の負担を軽減するための公的なサポート体制の確立が望まれる。一方、非言語上の問題については、職場環境に関わらず、私立、公立双方の医師が問題を共有している。これは医療を受ける外国人患者の文化的背景が要因となっている。データからは、患者の医療に関する知識や理解力、医師の能力を評価する判断基準の違い、患者の先入観や偏見などが医師と患者の信頼関係の構築に影響を与え、結果として言語上のトラブルと同様、円滑な治療適用に影響を及ぼす可能性があることが分かった。また、タイ人医師には英語通訳が必要ない、という状況の背後にある実情を知ることもできた。今後はさらに医師に関するデータの分析と、タイの公立・私立病院の双方で診療を受けた外国人患者について調査を行い、多文化環境における医師 - 患者間の信頼関係について調査を行う予定である。

付記　本稿は科学研究費「医療ツーリズムにおける医療通訳の役割及び非言語スキルの特定」（課題番号23652148）の助成を受けたものである。また、本調査にあたって現地情報等、渡辺幸倫氏（相模女子大学）に非常に多くの助言をいただきました。厚く御礼申し上げます。

参考文献

Angelelli, C. V.（2004）*Medical interpreting and cross-cultural communication.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bakić-Mirić, N & Bakić, N.（2008） Successful Doctor-Patient Communication and Rapport Building as the Key Skills of Medical Practice, *Facta Univertitatis,* Series: Medicine and Biology Vol.15, No 2, pp.74–79.

Bischoff, A. et al.（2003）Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language., *The British Journal of General Practice,* v.53（492）, July 2003, pp.541–546.

Chareonrook, D.（n. d.）Thai Doctor and Foreign Patients Communication during the Medical Care: Case Study in Thailand, retrieved on 2012-11-01, from http://utcc2.utcc.ac.th/localuser/amsar/PDF/Documents49/ Thai_Doctor_and_Foreign_ Patients_Communication_during_the_ Medical_ Care

Cohen, E.（2008）Medical Tourism in Thailand, AU-GSB e-JOURNAL, Vol. 1 No. 1, Dec 2008, pp.24–37.

Chunharas, S, et al.（1990）An appropriate remuneration for doctors in Thailand. A research report. Bangkok: The Thai Medical Council.

Emanuel, E.J.& Emanuel, L.L.（1992）Four models of the physician-patient relationship. *JAMA,* 267, pp.2221–2226.

Hsieh, E.（2005）Conflicts in how interpreters manage their roles in provider–patient interactions, *Social Science & Medicine* 62, pp.721–730.

Hsieh, E. & Hong, S.J.,（2010）Not all are desired: Providers' views on interpreters' emotional support for patients, *Patient Education and Counseling* 81（2010）pp.192–197.

河添, 恵子（2005）『アジア英語教育最前線: 遅れる日本?進むアジア!』三修社.

Kao, E.（n. d.）The Medical tourism industry in Thailand, Global Views Magazine, retrieved on 2012-11-1 from www.isu.edu.tw/upload/83202/19/files/dept_19_lv_3_11854.pdf.

Kittidilokkul, S and Tangcharoensathien, V.（1997）Manpower Mix in Private Hospitals in Thailand：A Census Report, *The 1992 Private Hospital Census in Thailand.* Health Systems Research Institute, retrieved 2012-11-01, from http// www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_2_04.pdf

Mainous III, A. et al.（2003）Doctors developing patient trust: Perspectives from the United States and New Zealand, *New Zealand Family Physician,* Volume 30 Number 5, October 2003, pp.336–341.

McDowell, Liz. et al.（2011）The Work of Language Interpretation in Health Care: Complex, Challenging, Exhausting, and Often Invisible, *Journal of Transcultural Nursing,* 22（2）, pp.137–147.

公益財団法人 日本医療機能評価機構（2011） 医療情報サービス Minds, 厚生労働省委託

事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業, retrieved on 2012-11-1 from http://minds.jcqhc.or.jp/n/top.php
Northouse, P.G. & Northouse, L.L. （1992） *Health communication: strategies for health professionals.* Connecticut: Appleton & Lange. （信友浩一他訳（1998）ヘルス・コミュニケーション：これからの医療者の必須技術　九州大学出版会）
Nutbeam, D.（2000） Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International,* 15（3）, pp.259–267.
Novasan's website, "New figures & numbers for Medical Tourism Industry in Thailand", retrieved on 2012-11-1 from http://www.novasans.com/blog/2012/08/new-figures-numbers-for-medical-tourism-industry-in-thailand/
Ohtaki, S. et al.（2003）Doctor–patient communication: a comparison of the USA and Japan, *Family Practice* ; 20, pp.276–282.
Pearson, S.D. & Raeke, L. H.（2000）Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine,* 15, pp.509–513.
NaRanong, A. & NaRanong, V. （2011）The effects of medical tourism: Thailand's experience, *Bulletin of the Worls Health Organization* Vol89, pp336–344.
Rayamas, S.（2010）Job Satisfaction among Interpreters in Bangkok Hospitals: a case study, チュラローンコーン大学修士論文
Rosenberg, E. et al.（2008）Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters, *Patient Education and Counseling,* 70, pp.87–93.
Sriruksa, K.（2010）Medical Education in Thailand: Past, Present and Future, 第20回東京大学医学教育セミナー資料, retrieved on 2012-12-01, from http:// www.ircme.u-tokyo.ac.jp/pdf/20th_ikyo_seminar/pdf
Supakankunti, S. and C. Herberholz （2012）, 'Transforming the ASEAN Economic Community（AEC）into A Global Services Hub: Enhancing the Competitiveness of the Health Services Sectors in Thailand' in Tullao, T. S. and H. H. Lim（eds.）, *Developing ASEAN Economic Community（AEC）into A Global Services Hub, ERIA Research Project Report 2011-1,* Jakarta: ERIA, pp.147–171.
鈴木，康郎（2007） 小学校英語必修化に関する背景・経緯，文部科学省ウェブサイト，2012年11月1日取得, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/015/siryo/05120501/009/001.htm
谷澤，雅彦・柴垣，有吾 （2007）（1）病歴と身体所見―病歴聴取のポイントと原因特定につながる重要な身体所見, *INTENSIVIST,* 1巻3号（2009.07）pp.483–492.
渡辺, 幸倫 （2011）「タイ広告の国際病院における日本人患者を中心とした異文化間医療の課題」異文化コミュニケーション学会第26回年次大会（兵庫県立大学）
―.（2012a）「タイ王国の国際病院における異文化コミュニケーションの課題」,『相模女子大学文化研究』, 29–30号, pp.25–37.

—. (2012b) Japanese Interpreters at Bangkok's International Hospitals: Implications for Intercultural Communication between Japanese and Thai, *The Japan Journal of Multilingualism and Multiculturalism.* 18 (1), pp.19–38.
Wibulpolprasert, S. and Pengpaibon, P. (2003) Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience, *Human Resources for Health,* 1:12.