総説

外国人患者受入れにおける言葉の壁

押 味 貴 之

日本大学医学部医学教育企画・推進室

Overview of Studies on Language Barriers in Health Care

Takayuki OSHIMI

Division of Medical Education Planning and Development, Nihon University School of Medicine

Many health care professionals in Japan may face growing communication difficulties due to the governmental growth strategy released in 2010 aiming to increase the capacity to care for non-Japanese speaking patients. This article describes what is currently known about the language barriers in health care so that health care stakeholders can improve their cross-linguistic and cultural services. Three areas will be discussed in terms of how they affect health care: 1) language barriers, 2) health care interpretation, and 3) the cultural competence of health care providers. Specific research recommendations are also discussed in each area.

Key words: language barriers, health care interpreting, cultural competence

多言語医療, 医療通訳

(J. Nihon Univ. Med. Ass., 2010; 69 (5): 282–286)

はじめに

日本政府は2010年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」にて「国際医療交流」を成長分野に指定し、「外国人患者の受入れに資する医療機関の認証制度の創設や、医療機関ネットワークを構築することで、円滑な外国人患者の受入れを図るとともに、海外プロモーションや医療言語人材の育成などの受入れ推進体制を整備するほか、アジア諸国などの医療機関等との連携に対する支援を行う」という基本方針¹⁾を発表した。

では日本の医療機関がこの国際医療交流を実現するにあたり、具体的にどのような措置を講ずればよいのだろうか？

本稿では国際医療交流の中の「外国人患者の受け入れ」、特に医療における言葉の壁に注目し、I章で言葉の壁が医療に及ぼす影響に関する研究について述べ、II章で言葉の壁を取り除くための医療通訳に関する研究を紹介し、最後にIII章で外国人患者受け入れの実践に関する研究とその展望について概説する。

I. 言葉の壁が医療に与える影響

医療において言葉の壁がどのような影響をもたらすのかについては、臨床医学や公衆衛生学など、様々な分野で研究が行われている。医療機関で話される言葉で十分にコミュニケーションをとれない患者は、十分にコミュニケーションをとれる患者に比べ、検診などの予防医療を受ける割合が低いとする報告がある²⁻⁷⁾。またこのような言葉の壁を持つ患者は、予防医療を受けるための健

康保険に加入していない割合も高く⁸⁾、言葉の壁と重複して予防医療を受けるための障壁を有している。

医療機関に受診した際には、自分が受けている治療に関して医師の説明を十分に理解することができず⁹⁻¹²⁾、さらには医師の指示を守ることすら少なく、フォローアップのために再診することも少なかった¹³⁻¹⁵⁾。

入院に関しては、医療機関で言葉の壁がある場合には入院率が高まり¹⁶⁾、入院期間が長くなった¹⁷⁾。また痛みに関して患者が十分に説明できないために、入院中の麻酔の量は言葉の問題がない患者と比べて少なかったという報告¹⁸⁾もある。

この他にも症状を十分に説明できないために余分な医療処置が行われる場合もある。具体的には患者が不必要な検査を受けることが多く¹⁹⁾、また両親に言葉の壁がある場合には、その子どもの喘息治療で気管内挿管される割合が高かった^{20,21)}。救急医療の場面でも通常より検査に38米ドル余分にかかり、20分長い診療となることが報告されている²²⁾。さらには言葉の壁が医療過誤のリスクを高めるとする報告^{23,24)}もある。言葉の壁が原因で起こった悲劇としては1997年アリゾナ州フェニックスで13歳の少女が虫垂炎の診断が遅れたために死亡した例²⁵⁾や、18歳の男性に四肢麻痺が残った例が報告されている。後者では意識不明となった患者の家族が話す“intoxicado”という「吐き気がある」というスペイン語を「中毒症状がある」と解釈してしまった医療チームによって薬物中毒による意識障害として治療が進められ、結果的に脳動脈奇形による脳内出血の発見が遅れて四肢麻痺が残ってしまった。病院、医療チームは個別に訴えられ、

最終的に合計 7100 万米ドル (2010 年 8 月 20 日の為替レートで約 60 億円) の賠償金を払うこととなった²³⁾。

次に満足度という視点から言葉の壁が医療に与える影響を見てみる。アメリカでは南米からの移民の増加が著しいが、これらスペイン語を話すラテン系の患者は、英語を話す医療者とのコミュニケーションに満足することが少なく²⁶⁻²⁸⁾、また医療者に対しても不満を持つことが多い²⁶⁾。これは患者に限ったわけではなく、医療者自身も言葉の壁がある患者への自身の対応に関して満足度が低かった²⁹⁾。

このように医療機関において言葉の壁のために十分にコミュニケーションをとれない場合、様々な形で患者に不利益が生じるということが報告されている。しかし言葉の壁がある患者の場合、言葉以外にも健康保険加入の有無や貧困、悪い健康状態といった背景が医療における不利益につながっている可能性もある。こういった背景を補正した研究は少なく、また言葉の壁のどのような要素が医療における不利益に繋がっているのかを詳しく検証している研究も少ない³⁰⁾。言葉の壁が医療に悪影響を与えていることが様々な形で立証されている現在、その具体的な改善策を提唱するためにも、背景要素を明確にした研究が今後は望まれる。

II. 医療通訳

1) コミュニティ通訳としての医療通訳

医療通訳 (health care interpreting もしくは medical interpreting) とは「医療における異言語 (音声言語および手話) 間コミュニケーションを円滑にする通訳」を指し、医療における言葉の壁を取り除く有効な手段と考えられている。この医療通訳は司法、教育、行政サービスといった場面での通訳と合わせて、地域コミュニティでの通訳という意味で「コミュニティ通訳 (英語では community interpreting もしくは community-based interpreting が一般的な呼び名である。この他イギリスでは医療や司法、教育などが全て公共サービス public service であることから public service interpreting と呼ばれ、他にも cultural interpreting や dialogue interpreting などと称されることもある) と位置づけられている。

会議通訳の研究が欧州主体で 1930 年代から発展していたのに対し、コミュニティ通訳の研究は法廷通訳が独立して発展した例を除き、その歩みは遅かった³¹⁾。移民の受け入れが多いオーストラリアでは、1970 年代に政府が電話通訳や医療や行政サービスにおける現地での通訳を開始していたが、他の国々でこのようなコミュニティ通訳の対応がなされるようになったのは主として 80 年代、90 年代であった³¹⁾。

コミュニティ通訳に関する初めての国際的な学術集会在、1995 年にカナダのジュネーブパークにて開催された CL1 First Critical Link Conference Interpreting in the Com-

munity である。その後同会議は 3 年毎に開催 (第 2 回カナダ・バンクーバー、第 3 回カナダモントリオール、第 4 回スウェーデン・ストックホルム、第 5 回オーストラリア・シドニー、第 6 回イギリスパーミンガム) され、研究者、実務者、教育者など様々な背景を持つ参加者が継続的な国際的学術交流を行っている。また 2003 年にはコミュニティ通訳に関する機関誌 “The Critical Link” が同会議主催者を母体に創設され、音声言語と手話のコミュニティ通訳の国際的な共通基盤の形成に寄与している³¹⁾。

コミュニティ通訳の研究範囲は多岐に渡り、従来の通訳研究の対象であるプロセス、役割や倫理規定などを含む訳出行為、教育法やテクノロジーなどの他、司法や医療の観点から見た効果の検証をするものも多く含んでいる。これは市場が発展している会議通訳と比べ、法律や制度の後ろ盾がないために市場が極めて小さいコミュニティ通訳独特の背景によるもので、今後も引き続き社会に対してその効果を示す研究や、少ない資源で通訳を可能とするためのテクノロジーの研究などが進められていくと思われる。

2) 医療通訳者の役割

通訳研究において、通訳の訳出プロセスと訳出物・訳出行為に関する研究は、通訳の基礎研究と位置づけられてきた³¹⁾。そして通訳者の役割に関する研究はその基礎研究である訳出行為における研究の中心として注目を集めるようになった³¹⁾。役割がコミュニケーションの参与者や社会一般からの期待を反映するものである以上、認知が低い医療通訳においても、その役割に関する研究が重要な研究テーマとなったのは当然ともいえるだろう。Beltran-Avery³²⁾ は、従来の医療通訳者の役割は異言語をパイプ (conduit) でつなぐ機械的な通訳のようなものであったと指摘している。医療通訳が行われるようになった当初から、通訳者が自分の意見を挟んだり、患者に対して医療者のように振る舞ったりすることがあったため、こういった行為を戒める意味でも「通訳者としての発言はしない」、「医療者や患者と個人的な関係を持たない」、そして「通訳の最中に説明などを加えない」といった役割が強調された。ここでの医療通訳者は、機械のように話者が話すことを淡々と正確に通訳することだけが求められたのである。

しかし実際の医療通訳者は自らの役割を目に見える主体として認識し行動していることが多い³¹⁾。法廷通訳のように原告・被告など話者の利害が対立する通訳と違って、医療通訳では患者・医療者という話者が患者の健康という目的を共有する。このような医療通訳の性質から、主としてアメリカでは医療通訳者に付加的な役割を担うことを容認する風潮が育った。この現実を踏まえて、Roat³³⁾ は医療通訳者には「パイプのように機械的に通訳する」を基盤として、それに「患者・医療者の理解

を確認する」「文化の説明をする」「患者を擁護する」という4つの役割を階層的に有するべきという説を展開した。つまり医療通訳者の役割は基本的には話者が話すことを機械的に通訳することであるが、状況によっては患者や医療者が通訳された内容をしっかりと理解したかどうかを確認し、文化の違いが原因で誤解が生じている場合にはその誤解を解くために文化の説明をし、また患者の生命に危険が及ぶ可能性が高いと判断した場合に限って、患者に適切なサポートが受けられる窓口を紹介するという役割も付加されるのである。そして医療通訳者がこれら4つの役割を状況に応じて使い分けるべきであると指摘している。

これと同じように Beltran-Avery³²⁾ は、医療通訳者の役割には「パイプとしての機械的通訳」と「医療チームの一員としての通訳」を両極とするスペクトルが存在するとして、医療通訳者がおかれている状況やその技量などによってスペクトルの間にある役割を選択すると指摘する。さらに Beltran-Avery³²⁾ は、この通訳と医療者という両極の役割が、医療通訳者にその役割に関する自制を促すべく、適度な緊張を与える「クリエイティブ・テンション」を形成すると論じている。

このように医療通訳者の役割は、従来は通訳をすることに限られていたが、現場の需要から付加的な役割も認められると考えられている。しかしそのような付加的な役割を「いつ」「どのように」担うのかということに関しては議論も多く、未だ国際的、学術的な同意は得られていない。今後は医療通訳が行われる医療機関や通訳者の技術、そして患者の言語や文化といった要素を明確にした上で医療通訳の訳出行為を記述し、そこから医療通訳者の役割とその効果を検証する研究が期待される。

3) 医療通訳が医療に与える効果

医療が高度に組織化された制度であるために、医療通訳はその職業化において、常にその価値証明を迫られてきた。したがってその研究においても医療における種々の効果を検証したものが多い。

数ある研究の中でも、Bernstein et al.³⁴⁾ が行った研究は、コストにも着目したという点で興味深い。Bernsteinらは救急外来における26573症例の中から、年齢、性別、主訴、急性度、入院率を補正した患者群を抽出し、医療通訳を使わなかった群、医療通訳を使った群、英語を話せる群の3つに分けて、初診から90日に渡る救急外来における医療コストを比較した。その結果、通訳を使わなかった群が救急部門での治療時間が最も短く、検査・点滴および投薬の量が最も少なかった。医療通訳を使った群がこれに次いで少なく、英語を話せる群が最も長い治療時間で多くの治療を受けていた。治療費は英語を話す群が平均988米ドル、通訳群が878ドル、通訳を使わなかった群が710ドルだった。退院後に指示された再診に来た患者は通訳を使わなかった群で一番少なく、

また症状の再発などによって再診した患者は通訳を使った群で一番少なかった。これらのことから医療通訳を使うと、患者は救急外来でより手厚い治療を受けられ、再発による再診は減り、患者はより医療を利用するようになり、退院後のフォローアップにおける医療費も減ることが示唆された。これ以外にも2年間で医療通訳を必要とした患者群と必要としなかった群を比較し、通訳を使った群の方が予防医療とプライマリケアにおいてより多くの医療費がかかったものの、年間の通訳派遣料は一人当たり279米ドルで、想定される医療過誤を考えれば、この経費は妥当であろうとする報告³⁵⁾もある。

この他にも医療へのアクセスに関しては、医療通訳を使うことで、予防医療及びプライマリケアへのアクセスが改善されたとする報告³⁶⁾がある。また医療通訳の使用で糖尿病患者のフォローアップのための再診率が高まったとする報告^{22, 34)}もある。

さらにどのような医療通訳が効果を持つかを検討した研究も多い。十分なスキルを持たない「自称通訳」(ad hoc interpreter) と十分なスキルを持つ、もしくはプロ医療通訳者の通訳を比較して、スキルが十分ではない通訳の方が重大な誤訳をし²³⁾、誤診や不適切な治療に繋がるリスクが高まるということが報告³⁷⁻³⁹⁾されている。通訳者が医療現場に赴いて通訳をする場合と、電話やインターネットなどの遠隔技術を通して通訳をする場合を比較した研究もある。そのうちの小児定期健康診断の場面で行われたある研究では、遠隔技術を使った通訳の方が、誤訳が少なくかつ医療者と患児の親の満足度も高かった²⁹⁾。しかし一方で現地に赴く通訳、電話通訳、ビデオ通訳の3つで患者がどれだけ会話を理解できるかを比較した研究では、現地に赴く通訳と電話通訳が高い理解度を示した⁴⁰⁾。

このように言葉の壁がある場合、十分なスキルを持つ医療通訳を使うことで、医療の質が向上するとすることは様々な形で立証されている。しかし一方でその「十分なスキルを持つ医療通訳」に関する基準や、その教育法などに関する研究は不十分である。さらに医療通訳の養成・導入に関するコストとその効果に関する研究は少なく、今後医療通訳を具体的に導入するにあたり、より多くの医療経済学的な側面からの研究が望まれるであろう。

III. 外国人患者受け入れ措置

最後に国際医療交流で推進されている外国人患者受け入れについて、その具体的な措置に関する研究について概説する。

I章で述べたように、言葉の壁は患者にとって様々な形で悪影響を及ぼすために、外国人患者の受け入れにおいて言葉の壁は優先して取り組まなければならない課題である。II章ではこの言葉の壁を取り除くための代表的

な措置である医療通訳について述べたので、この III 章では医療通訳以外の言葉の壁への対策と、医療者の異文化へ対応能力の養成について述べる。

1) 医療通訳以外の言葉の壁への対策

移民の多い国では、医療者自身が移民としての背景を持ち、複数言語を話せる場合がある。医療機関において言葉の壁のある患者に対し、その患者と同じ言語を話す医療者が治療に当たった場合には、患者の満足度⁴¹⁾、高血圧と糖尿病における治療効果⁴¹⁾、喘息患者への服薬指導効果⁴²⁾や、フォローアップの再診率などを高める⁴³⁾ことが報告されている。ただしこれらは医療者が非常に高いレベルの語学力を有している事例であり、患者の言葉を十分に話せない医療者に短期間の語学教育を行った事例では、逆に患者との会話で誤解が生じ、結果として医療通訳を使用しなくなる傾向が判明した⁴⁴⁾。したがって医療者が医療の場で使用できるほどの十分な外国語運用能力を有している場合を除き、医療通訳の使用を奨励するべきといえるだろう。

2) 異文化への対応能力の養成

最後に言葉の壁を取り除くための前提となる医療者の異文化への対応能力について、その研究の概要を述べる。

外国人患者が医療を受ける際には、言葉の壁以外にも有形無形の偏見を受ける。医療者の臨床上的判断が患者の人種や文化の影響を受けるという報告^{45, 46)}もあり、このような障壁を取り除いて患者の文化に沿った医療を実現するために必要とされているのが「異文化への対応能力 (cultural competence)」である⁴⁷⁾。これを養成することは特定の文化に対しての知識をつけるというものではなく、あらゆる異文化に対して柔軟に対応すべく、態度の変容、必要な知識とスキルの獲得という3つの要素から成り立っており⁴⁷⁾、その医学教育効果も実証されている⁴⁸⁾。ただし医学教育においては臨床教育が進むほど教育効果が得られにくくなるという指摘⁴⁹⁾もあり、医学教育早期からの導入が期待される。

結 語

このように医療における言葉の壁は様々な形で医療に悪影響を与える。そしてその壁を取り除いて外国人患者により医療を提供するためには、医療通訳を導入するとともに、医療者自身も様々な異文化に柔軟に対応できる能力を身につける必要がある。そうすることで外国人患者にとってだけでなく、総合的なよりよい医療に繋がるであろう。「外国人に優しい医療」はおそらく「誰にとっても優しい医療」であるだろうから。

文 献

- 1) 新成長戦略～「元気な日本」復活のシナリオ。http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/. Published June 18, 2010.

Accessed August 6, 2010.

- 2) Hu DJ, Covell RM. Health-Care Usage by Hispanic Outpatients as a Function of Primary Language. *Western J Med* 1986; **144**: 490–493.
- 3) Liao XH, McIlwaine G. The health status and health needs of Chinese population in Glasgow. *Scott Med J* 1995; **40**: 77–80.
- 4) Naish J, Brown J, Denton B. Intercultural Consultations—Investigation of Factors That Deter Non-English Speaking Women from Attending Their General-Practitioners for Cervical Screening. *Brit Med J* 1994; **309**: 1126–1128.
- 5) Solis JM, Marks G, Garcia M, Shelton D. Acculturation, Access to Care, and Use of Preventive Services by Hispanics - Findings from Hhanes 1982-84. *Am J Public Health* 1990; **80**: 11–19.
- 6) Stein JA, Fox SA. Language Preference as an Indicator of Mammography Use among Hispanic Women. *J Natl Cancer I* 1990; **82**: 1715–1716.
- 7) Woloshin S, Bickell NA, Schwartz LM, Gany F, Welch HG. Language Barriers in Medicine in the United-States. *Jama-J Am Med Assoc* 1995; **273**: 724–728.
- 8) Feinberg E, Swartz K, Zaslavsky AM, Gardner J, Walker DK. Language proficiency and the enrollment of Medicaid-eligible children in publicly funded health insurance programs. *Matern Child Health J* 2002; **6**: 5–18.
- 9) Cass A, Lowell A, Christie M, et al. Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers. *Med J Australia* 2002; **176**: 466–470.
- 10) Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med* 1997; **15**: 1–7.
- 11) Kazzi GB, Cooper C. Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. *J Paediatr Child H* 2003; **39**: 259–263.
- 12) Lasater LM, Davidson AJ, Steiner JF, Mehler PS. Glycemic control in English- vs Spanish-speaking Hispanic patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2001; **161**: 77–82.
- 13) Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socio-economic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; **157**: 1810–1817.
- 14) Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000; **23**: 477–483.
- 15) Kravitz RL, Helms LJ, Azari R, Antonius D, Melnikow J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Med Care* 2000; **38**: 728–738.
- 16) Lee ED, Rosenberg CR, Sixsmith DM, Pang D, Abularrage J. Does a Physician-Patient Language Difference Increase the Probability of Hospital Admission? *Academic Emergency Medicine* 1998; **5**: 86–89.
- 17) John-Baptiste A, Naglie G, Tomlinson G, et al. The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *J Gen Intern Med* 2004; **19**: 221–228.
- 18) Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a Risk Factor for Inadequate Emergency Department Analgesia. *Jama-J Am Med Assoc* 1993; **269**: 1537–1539.
- 19) Wardin K. A comparison of verbal evaluation of clients with limited English proficiency and English-speaking clients in physical rehabilitation settings. *Am J Occup Ther* 1996; **50**: 816–825.
- 20) LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients re-

- quiring intubation. I. Observations in children. *J Asthma* 1995; **32**: 285–294.
- 21) LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. II. Observations in teenagers. *J Asthma* 1995; **32**: 379–389.
 - 22) Hampers LC, McNulty JE. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; **156**: 1108–1113.
 - 23) Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 2003; **111**: 6–14.
 - 24) Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, et al. Drug complications in outpatients. *J Gen Intern Med* 2000; **15**: 149–154.
 - 25) Kempen AV. Legal risks of ineffective communication. *Virtual Mentor* 9. 2007; **9** (8): 555–558. <http://virtualmentor.ama-assn.org/2007/08/hlaw1-0708.html>. Accessed August 6, 2010.
 - 26) Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med* 1999; **14**: 82–87.
 - 27) David RA, Rhee M. The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mt Sinai J Med* 1998; **65**: 393–397.
 - 28) Morales LS, Cunningham WE, Brown JA, Liu H, Hays RD. Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *J Gen Intern Med* 1999; **14**: 409–417.
 - 29) Hornberger J, Itakura H, Wilson SR. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Rep* 1997; **112**: 410–417.
 - 30) Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, Agger-Gupta N, Mutha S. The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q* 2006; **84**: 111–133.
 - 31) Pochhacker F. *Introducing Interpreting Studies*. New York, NY: Taylor & Francis Group, LLC; 2004.
 - 32) Beltran-Avery M-P. The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue. *The National Council on Interpreting in Health Care*. April, 2001. <http://www.ncihc.org/mc/page.do?sitePageId=57022>. Accessed August 8, 2010.
 - 33) Roat C. *Bridging the Gap: Interpreter Handbook*. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program; 1999.
 - 34) Bernstein J, Bernstein E, Dave A, et al. Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. *J Immigr Health* 2002; **4**: 171–176.
 - 35) Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone EL. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health* 2004; **94**: 866–869.
 - 36) Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D, Shorey JM, Levinson W, Thisted RA. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *J Gen Intern Med* 2001; **16**: 468–474.
 - 37) Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003; **57**: 503–512.
 - 38) Chan A, Woodruff RK. Comparison of palliative care needs of English- and non-English-speaking patients. *J Palliat Care* 1999; **15**: 26–30.
 - 39) Vasquez C, Javier RA. The Problem with Interpreters—Communicating with Spanish-Speaking Patients. *Hosp Community Psych* 1991; **42**: 163–165.
 - 40) Jones D, Gill P, Harrison R, Meakin R, Wallace P. An exploratory study of language interpretation services provided by videoconferencing. *J Telemed Telecare* 2003; **9**: 51–56.
 - 41) Freeman GK, Rai H, Walker JJ, Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Non-English speakers consulting with the GP in their own language: a cross-sectional survey. *Brit J Gen Pract* 2002; **52**: 36–38.
 - 42) Manson A. Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma. *Med Care* 1988; **26**: 1119–1128.
 - 43) Seijo R, Gomez H, Freidenberg J. Language as a Communication Barrier in Medical-Care for Hispanic Patients. *Hispanic J Behav Sci* 1991; **13**: 363–376.
 - 44) Prince D, Nelson M. Teaching Spanish to emergency medicine residents. *Acad Emerg Med* 1995; **2**: 32–36; discussion 6–7.
 - 45) Schulman KA, Berlin JA, Harless W, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999; **340**: 618–626.
 - 46) van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* 2000; **50**: 813–828.
 - 47) Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 2003; **78**: 560–569.
 - 48) Goode TD, Dunne MC, Bronheim SM. The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care. *The Commonwealth Fund*. October, 2006. <http://www.commonwealthfund.org/>. Accessed August 10, 2010.
 - 49) Kai J, Spencer J, Wilkes M, Gill P. Learning to value ethnic diversity—what, why and how? *Med Educ* 1999; **33**: 616–623.