

医療の多文化化にむけて

—山梨県在住外国人の語りから見る医療の現状と課題—

長坂香織¹⁾ 百々雅子²⁾

要 旨

山梨で暮らす異文化を背景に持つ外国人の語りから得られた医療サービスの体験にみられる問題を検討し、医療の現状と課題を探る。彼らが、医療サービスの受け手になったときに感じる差異に関する語りは、その特徴から医療先進国型と医療発展途上国型とに分類された。もともと社会の間では差異は差別に転じる可能性を常にもつが、医療施設において存在する医療者と患者の「権力関係」のもとにもこの可能性が潜在する。前者の医療先進国型では、医療者に自分が感じた差異を直接伝え、要望を口にすることができる。この前者の型に問題解決の糸口を見いだした。後者では、その力の支援策を含めたエンパワメントの必要性を認めた。

キーワード：権力構造 在住外国人 差異 差別 エンパワメント

はじめに

グローバル化の流れの中で「多文化化」がいわれるようになった。異なったいくつもの文化、つまり異文化が共存するという意味で、さらにいえば、この異文化の平和的共存への願いも込めて、多文化そして多文化化という言葉が生まれたと言えよう。時間的にはカナダ、オーストラリア、ヨーロッパには遅れたが、日本社会にも多様な文化をもってこの社会に住み、日々を送る外国人が増えつつある。社会の多文化化が進む中で、そこに暮らす人々にも当然ながら病気やけが、あるいは出産の機会などに医療サービスを受ける必要が出てくる。

山梨にも在住する外国人がいる。これらの人々はどのような医療の体験をしているのだろうか。生まれ育った環境とは異なる、不慣れな環境で受ける医療を彼らはどのようにとらえているのだろうか。それらを彼らの語りから知って多文化化の中の医療の問題と対応を考えてい

きたい。

本稿は、医療の多文化化あるいは異文化間医療を先行研究にみられる「ことばの壁」「制度の壁」「文化の壁」という日本人と在住外国人の間に存在する障害という点からではなく、「権力構造」という両者の間に存在する人間関係という新たな視点から捉えようと試みる。

I 医療の多文化化

1. 外国人とは

医療の「多文化化」を論ずるにあたり、「日本の文化」とは「異なる」文化を背景にもち、日本で「生活する」人々という視点から、本研究では「在住外国人」という語を、独自に以下のように定義する。

一般に「在住外国人」は、文字通り「日本に在住する外国人」という広義の解釈で用いられている。しかし、本研究では、「在住外国人」とは「15歳までを日本以外の国で育ち、日本

(所 属)

1) 山梨県立大学看護学部 外国語領域

2) 山梨県立大学看護学部 看護関連領域

語以外の言語を母語とし、日本以外の文化的背景を有する12ヵ月以上日本に居住・生活する人」と定義する。この定義は、次の2点を根拠としている。第一に、日本に「生活する」という観点から、滞在期間に配慮し、国際連合の“Long-term migrant(長期移民)”の定義¹を採用して「12ヵ月以上、日本に居住・生活する外国人」としたこと。第二に、「日本の文化」とは「異なる」文化を背景にもつという上述の視点から、箕浦(2003;251)の「文化文法体得の臨界期」²を考慮し、「15歳までを日本以外の国で育った、日本語以外の言語を母語とし、日本以外の文化的背景を有する人」という意味を含めたことである。なお、本稿で「外国人」という語は、何も冠されない場合には、『広辞苑』にあるとおり、「日本の国籍を有しないひと」を意味する。

外国人の定住化が進む中で、日本国籍を持たないが親とともに思春期以前に来日した者は、すでに20歳をこえる者もあり、母国の文化だけでなく日本文化の影響も当然のことながら十分受けている。たとえば、入国管理法が改正された1989年以降入国した日系人を親に持つ在住外国人の中には、幼少時から日本文化の中で成長している者も少なくない。かれらは、文化的背景を考えると純粋に「在住外国人」とは言い難い。また、外国人登録者の中には、1991年の入管特例法により定められた「特別永住者」が含まれるが、彼らもまた、戦前から日本に居住している韓国人・朝鮮人・台湾人とその子孫であり、日本文化の中で育ち、生活しているので、本研究の対象外である。一方、幼少時から中国で生活してきた中国残留邦人およびその中国籍配偶者、実子等は、「在住外国人」に含まれることになる。

2. 社会の多文化化と医療対策の遅れ

法務省(2010)によれば、山梨県内の外国人登録者数は、2009年末現在16,558人で、1985年末の約7.6倍となっている。また、山梨県の常住人口に占める割合は、1989年の入

管法改正および山梨県の人口減少と相俟って、1985年末には僅か0.26%だったものが2008年末の1.98%へと急激に高まっている(図1、表1参照)。2008年からの経済危機により、2009年末では全国的に減少しているが、日本の急激な少子化とグローバルゼーションによる世界規模の人の移動を鑑みれば、今後も増加の一途を辿ることは疑う余地はなからう。

この外国人の増加は、日本社会に単に労働力をもたらすだけではなく、彼らが生活する場としての社会を日本社会に要請している。労働からは居住と生活が派生する。そしてそれは孤立した居住区と生活であるべくもない。すなわち、われわれに求められているのは、多文化社会、日本的に言えば多文化共生社会である。

このような現状の中で、平成18年、内閣官房に設置されている外国人労働者問題関係省庁連絡会議が「生活者としての外国人」に関する総合的対応策³を、平成21年、内閣府に置かれている定住外国人施策推進会議が「定住外国人支援に関する対策の推進について」⁴を発表し、対応策が採られてきたところである。しかしながら、これらの施策の医療に関するものとしては、通訳・翻訳サービスの充実(特に医療、教育分野)の一環として「国民健康保険制度のパンフレット、納付相談呼び出し文書の翻訳等」が平成19年度に、「新型インフルエンザに関する」多言語による情報のリンク集および受診の手引きが21年度に作成されたにすぎない。

近年、全国の自治体、NPO、市民団体レベルでは、東京、神奈川県、大阪府、兵庫県、愛知県、京都府等、外国人住民の多い地域には、コミュニティ通訳・医療通訳派遣制度⁵が整備されてきた。長野県では、長野県看護大学の協力で、1993年から市民団体とNPOが実施してきた外国人健診が2003年から県の委託事業として県全域で実施されている。また、群馬県立大学では、2010年、県内の外国人児童対象の健診を行っている。しかしながら、外国人散在(非集住)地域においては、支援体制の整備は遅々として進んでいないのが現状である。

山梨県も例外ではない。同県では、自治体により2007年「やまなし多文化共生推進指針」が策定されたものの、2010年現在ほとんど具現化されていない。医療・保健という面からの取り組みも、集住地区の中央市を除けばほとんど見られないのが現状である。その一方で、財団法人山梨県国際交流協会による医療に関する情報発信、医療通訳講座の開催、さらに、市民団体による多言語健康相談会開催等の取り組みが散見されるようになってきた。しかし、情報提供できる在住外国人の範囲と彼らの情報へのアクセス状況を考慮すると、これらの活動は未だ十分とは言えない。通訳者についても、山梨県国際交流協会がそのネットワークを利用して紹介を行っているが、医療通訳者の養成に至ってはその緒に就いたばかりである。

3. 外国での医療体験が意味するもの

外国で医療を受ける経験の如何なるかは、個人によっても差があろうが、実際に経験のあるものでなければなかなか実感としてとらえることは難しいだろう。筆者の一人は、以前アメリカ合衆国、中国の両国で、留学生として、また教員として生活をした経験があるが、どちらの国でも受診するのが非常に不安であった。当然、言語の問題は大きかった。しかし、それ以上に異国という異質で新奇な環境が不安を掻き立てた。入院した友人に、「アメリカの病院は、熱があるというのにシャワーを浴びさせる。」などと言われれば、「日本人とアメリカ人は、身体が違うのだろうか。アメリカ人医師に日本人の診察ができるのか。薬は大丈夫か。」と医療にたいして不信感を募らせた。その頃の筆者には、日本の医療とそれに纏わる文化が当たり前で、異なる医療習慣・文化は受け容れられなかつ

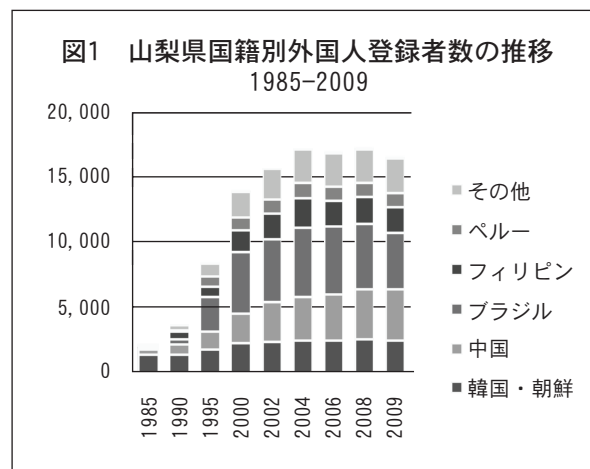


表1 山梨県 国籍別外国人登録者数と山梨県総人口の推移 1985-2009

	1985	1990	1995	2000	2002	2004	2006	2008	2009
韓国・朝鮮	1,469	1,517	1,845	2,320	2,443	2,529	2,598	2,608	2,536
中国	393	710	1,437	2,293	3,064	3,374	3,463	3,875	3,972
ブラジル	13	459	2,645	4,723	4,824	5,299	5,229	5,028	4,318
フィリピン	110	555	816	1,741	1,954	2,320	1,969	2,049	2,010
ペルー	2	71	719	984	1,111	1,182	1,108	1,089	1,055
その他	195	453	1,002	1,914	2,332	2,489	2,587	2,632	2,667
総外国人登録者数	2,182	3,765	8,464	13,975	15,728	17,193	16,954	17,281	16,558
山梨県総人口	832,832	852,966	881,996	888,172	888,838	886,890	881,071	872,724	869,132
構成比	0.26%	0.44%	0.96%	1.57%	1.77%	1.94%	1.92%	1.98%	1.91%

出典) 平成21年度山梨県常住人口調査結果報告
登録外国人統計表(法務省)

た。また、中国で日本外務省経由で入手したインフルエンザワクチンを病院で接種してもらうときも、ワクチン量や接種方法にさえも懸念を抱いた。

ブラジルに、少年のころ両親に伴い移民した斉藤(1984:56-57)は、自身の子どもが生まれるときのことを、次のように語っている。「産院も、そして普通の病院も、手近にないか、またあったとしても気安く馴染めなかったあのころ、妊婦の相談相手は同じ目の色をして同じ言葉の通じる産婆さんだった。…病院もなく医者もない田舎では、…赤ん坊は産湯を使わせないで、初めから油を塗るそうだ…目の色も肌の色も違うエンテンディード(産婆の代役をする混血土着農民)のすることは気味がわるい、と移民の妊婦は思ったことだろう。…日本の産婆さんがひっぱりだこになったのは当然のことだった。」

逆に医療者が、「異文化」を体験し、不安感を抱く例もある。もう一人の筆者の知人で、日本人の夫と結婚をして日本に住んでいたポーランド人女性がいる。慣れた医療と、家族や親族たちに囲まれての出産を望みポーランドでの出産となった。子どもが生まれてしばらくすると病院中が大騒ぎになっている。新生児の沐浴をした病院スタッフが尾骨周辺の広範な青あざに気づき、これが医療スタッフが自分たちの過誤でつくってしまったものだという錯覚で騒ぎになっていたのである。知人が、夫が日本人で、東アジアの多くの新生児が蒙古斑をもって生まれることを説明してようやく騒ぎが収まったという。これは30年前のできごとであるが、蒙古斑に関しては人々がさらに往来を重ね、さまざまな情報が行きわたる現在でも、ヨーロッパにおける出産の現場ではしばしば起こる誤解であるという。

人は、概して自国の慣れ親しんだ医療を、あたりまえで安心できるものとして求める傾向にある。異国での異なる医療文化・習慣には、驚きと不安が往々にして付随する。

4. 日本の医療における外国人患者の位置

医療の多文化化が本来は医療者側と患者の側で進むのは時代の趨勢であるとしても、医師、看護師などの国家資格は、受験者の母語が何にせよ日本人と同じ日本語による試験を課されるため、医療者側での多文化化は、たとえばEU内の国々の医療者資格事情⁶と同類の措置が何らかの形で導入されない限りは、進みにくい。その一方で患者の側の多文化化は、先に見たような日本における在住外国人数の増加と並行に進行するのはいうまでもない。この意味ですでに相応のスピードで進行している現実がある。

患者側の多文化化に応じた医療者側からの対応については、この10年ほどの間にいくつかの診療マニュアルが一般に入手できる形で作られてきている⁷。またその医療行動や病院の利用などに関する調査データが提出されるようになっていく(平野, 2003; 田代ほか, 2004; マルティネスほか, 2006など)。

しかしこの医療サービスを受ける患者側からの声は、在住外国人はいうまでもないが、一般の人々からも聞こえてこない時代が長く続いた。医学、医療の側からはたくさんの研究、調査データ、報告などの情報が途切れることなく提供される一方で、患者側のサービスに関する使い勝手とくに不満に基づく注文、疑問、要望などは、社会的、公的に考慮されることが近年までなかった。

このような動向を、社会における物やサービスの提供者とその受け手の関係まで広げてとらえれば、まずは物の領域で受け手が主に消費者という形でその声が社会的に意味を持つようになり、続いてサービスはその跡を追った。一言で括れば、近代社会が生んだ社会の運動システムである民主化の流れ⁸である。ただサービスのなかでも国を始めとする公共機関が提供するサービスは、私企業などの私的機関が提供するそれに比して民主化は遅れた。医療はその直接的な提供が公的、私的施設を問わず、国の医療者資格をもつスタッフによる、同じく国や公共団

体による健康保険制度に基づいた公的なサービスである。この意味で民主化は後にやってきた。

日本語を母語とした日本に住む人々の多くは医療においても当然多数派(majority)であるが、この多数派にとっても自分や家族が受け手となる医療サービスについては満足もあれば不満もある。このうち不満については医療の領域での民主化が進む中でだんだん声を大きくしてきた。たとえばがんという疾病にたいする患者の声は、がん患者大集会という全国のがん患者の声が結集される大会が2005年を第1回として、その後毎年開催されてきたが、この声が国を動かし、法律を制定させ、全国各地のがん医療の向上を目指して拠点病院の設置に象徴される目に見える行政の変化をもたらした。このような意味では医療サービスの受け手の声は社会全体に聞こえるようになって、医療体制を変革する力をもちうる状況にはある⁹。

しかし、この趨勢の影響がほとんど届いていないところに、在住外国人の現状がある。その人数が増えているといっても人口比2%に満たないという意味で、少数者としてのマイノリティー(minority group)であり、また身体的な外見の異なり、それに加えて広義の文化、つまり言語、習慣、風俗、社会システムなどの異なりは、少数派の属性が一般にもつ社会的な権力構造における弱者ともなり、これがそのまま彼らを医療における弱者という意味でのマイノリティーにもする。もともと誰であれ病気を得ること自体が、一時的、長期的の別はともかく、社会的弱者としてのマイノリティーに転じることはある。ましてや国情、医療事情が異なるなかで病気になるのは、この範疇におけるマイノリティーの度合いを一気に高めることになるのはいうまでもない。

では在住外国人の誰もが病気を得ると同様につまり同程度に社会的弱者となるのか。これを厳密に見ていけば、その個人の出身国、その国と日本との関係、そこでの職業や身分、また日本における職業や収入、財産といった社会的地位、また日本にいる理由(仕事や婚姻)などに

よってマイノリティーの度合いは異なってくる。一般には日本において自己の要求を主張することに寛容もしくは受容の態度が取られがちな欧米人においても、病気によって受診行動を取る場合は診察や検査、診断、投薬などの場面で自国と同様の方法が取られないことによる不満が述べられがちである。これが欧米人とは異なる、いわゆる産業先進国ではない出身国の人々は、日本の社会全般における受容と同様に、医療者側からの受容の枠がいくつもの理由によって狭くなり、一層の不都合、不便、不満を感じる事となり、これらの感情はさらに被差別観に発展しやすい。

異なる文化圏としての日本で外国人として暮らすことは、本人自身もその文化の異なりを感じるのは当然のことではあるが、日常生活においては異なりの負の部分は「慣れ」ることがその負の度合いを減じうる。だがいったん医療の受け手になった場合は、自らの健康や生活、時に生命がかかってくることで、自分の要望が通らないことを負の体験として敏感に感じ取ることになる。それを鑑みながらこれらの医療体験を見てみたい。

II 山梨県在住外国人の語りに見られる日本の医療

1. 調査の方法と対象および倫理的配慮

本研究では、山梨県に居住する在住外国人が医療・保健サービスを受ける際に感じる障害の特徴を、平成17年から平成19年、山梨県立看護大学短期大学部の英語Ⅲで行われた当事者参加授業に協力した在住外国人当事者、延べ11名のうち、研究・教育の目的での使用への同意を口頭および書面により得られた10名の語りに求める。この10名に関しては、当該授業の性質上、日本の医療機関で受診経験を持つ山梨在住外国人で、英語または日本語を話すことができることを条件に、出身国と滞在年数の多様性を考慮して選定した。当該授業は、これらの対象者が一人ずつその経験を学生にむかって語るもので(各人約15分)、そのすべてが平

表2 研究対象者の属性

	国籍	性別	滞在年数	使用言語	備 考
1	タイ	女	5年	日本語・英語	
2	中国	女	10年	日本語	
3	中国	女	6年	日本語	
4	韓国	女	30数年	日本語	医療通訳の経験あり
5	イギリス	女	8年	英語・日本語	日本で出産経験
6	アフガニスタン	男	1年	英語	
7	ブラジル	男	1年	英語	
8	ベルギー	女	23年	英語・日本語	自国で看護師
9	ルーマニア	女	6年	英語・日本語	日本で長期入院経験・自国で看護師
10	オーストラリア	女	10年	英語・日本語	児が手術・入院を繰り返す

成16年度同大学共同研究および文部科学省の平成17年度「特色ある大学教育支援プログラム」に採択された研究の成果物として、DVD“Cross-cultural Experiences”全3巻に収められている。これらのDVDの音声データを起こして逐語録を作成し、これに2名の研究者による質的帰納的分析を施した。その際、DVDの表情・音声のニュアンスも必要に応じて顧みた。

調査対象者の属性は、表2のとおりである。

2. 在住外国人の語りにみえる特徴

(1) 語りに見える特徴の分類

在住外国人とその医療を、長年外国人医療に携わってきた小林(2002: 20-21)は、欧米の人々と発展途上国の人々の二つに分類して、以下のように述べている。

「いわゆる先進諸国である欧米からやってきた人々の多くは、日本の医療は自らの国の医療より遅れていると考えているように見える。病気になるとまず、同じ欧米出身の医師がどこにいるのかと探す傾向にある。…したがって日本でのみ研修を受けた医師は、欧米人患者の信頼を勝ち得るには医師としての技量だけでなく積極的に自らの考えを提示するなど相手の気持ち

に踏み込んでいかねばならない。」一方、「アジアなどいわゆる発展途上国の人々にとっては、しばしば日本の医療はオールマイティであるという印象があるようである。…治療効果にも過剰な期待を寄せる場合が少なくない。」

筆者らは、この長年外国人医療に携わってきた小林(2002)による経験知を踏まえ、外国人当事者の語りの特徴を帰納的に分析した。結果として、それらの特徴は大きく二分することができた。筆者らは、この2つに「医療先進国型」と「医療発展途上国型」という名称を付与した(表3参照)。ただし、これらは必ずしも小林(2002)が言及する実際の「先進国」と「発展途上国」を意味するものではなく医療に限定した範型(prototype)であり、また名称に含まれる「医療」は、いわゆる伝統医学ではなく西洋医学という意味で用いている。表4、表5には、表3の項目に沿って、語りの内容をあげた。語りの内容は、筆者らが対象者の語りをまとめたもので、直接引用の部分にのみ鉤カッコ「」または英語の場合には引用符“ ”を施した。英語での語りは筆者らによる訳である。また、語りの内容の冒頭の欄には、太字でその要点を示した。末尾のカッコ()内は、出身国である。

表3 語りにみえる特徴からの2分類

A	1) 自国の医療の優越性を主張		医療先進国型
	2) 医療者との対等な関係性		
	3) 医療者に対する人権を根拠にした要求		
B	1) 日本の医療への賞賛		医療発展途上国型
	2) 自国の医療への消極的言及		
	3) 医師への人間的親近感の要求		

(2) 医療先進国型の語り (表4 参照)

A-1) 自国の医療の優越性の主張

患者は、I-3で述べたように、自国の慣れ親しんだ医療を求める傾向にある。当然ながら、自国の医療を日本の医療と比較するのだが、医療先進国型の語りには、自国の医療の正当性、優越性を当然のこととして主張するものが、極めて多く認められた。それらの語りには、日本の医療あるいは医療をめぐる環境が「悪いのではない。ただ、違うだけ。」と言いながらも、自国と同様の医療を受けられないことへの焦慮の色が見え隠れする。彼らは、語りにおいてのみそれを主張しているのではない。現実医療職に対しても主張をしている。

A-2) 医療者との対等な関係性

医療先進国型の語りには特徴的なことの2つ目は、医療者に対等な関係性を要求する点である。イギリス出身当事者の語りの“partnership”、ルーマニア出身当事者の“sharing”には、患者と医師の対等な関係を当然とする姿が認められる。また、対等な関係性の要求は、逆に、日本の医師や場合によっては看護師が、患者を無知な存在として把握していることへの批判という形でも語られている。

A-3) 医療者に対する人権を根拠にした要求

医療先進国型の特徴の3点目は、医療者・病院に対する要求であるが、この多くが、人権を根拠にした要求や主張であった。「プライバシー」という語が欧米の人々からは、非常に多く聞かれ、個人主義が根付いていない日本人にとって俄かに受け入れがたい点も見られる。また、個々人を一元的に捉える日本の集団主義的な姿勢への不満や批判も語りに表われている。

(3) 医療発展途上国型の語り (表5 参照)

B-1) 日本の医療への賞賛

医療発展途上国型の語りとして筆頭に上げられる項目である。日本の医療や医療施設、医療技術、医療スタッフ、健康保険制度にたいする肯定的なコメントが種々の表現で述べられる。

B-2) 自国の医療への消極的言及

表4 語りの特徴とその内容: 医療先進国型語り

A-1) 自国の医療の優越性を主張	
痛みの緩和	イギリスでは痛みの緩和が医療の中の習慣。日本の鎮痛剤はイギリス人にとっては弱すぎて、効かない。手術時の麻酔も同様で、麻酔が十分でなく、効かなくなり痛みを訴えたが何もしてもらえなかった。(イギリス) / ヨーロッパの教育は、我慢しない教育です。辛いこと、痛いことは、我慢せずに、口に出します。具合が悪いから病院に行くのだから、薬にしてください。我慢したら、“frustration”がたまりまます。(ルーマニア)
無痛分娩は当然	出産に関して、イギリスでは、無痛分娩が普及しているのに、日本ではほとんど提供されていない。山梨県でも無痛分娩ができるのは、たった一か所だけである。(イギリス)
がんの子どもへの説明の必要性	日本では、がんの子どもに、場合によっては大人にも、病名を教えないが、ベルギーでは病名を伝え、治療の意味、投薬の副作用について話す。子どもは、真実を話したほうが病気に対処しやすいだろう。(ベルギー)
家族による看護を可能にする宿泊施設や保育施設の整備	子どもが病気で入院しても、日本には家族が長期にわたって滞在できる施設が整っていない。病院内または近辺に滞在施設があれば、緊急の場合もすぐに病院に行ける。また、面会時間に年少の兄弟を預かってくれる保育施設もない。(ベルギー、オーストラリア)
代替療法の効果	Herbal medicine もhomeopathy も副作用のない、非常に体に良い薬だが、日本では処方してもらえない。日本の薬(クリーム)が効かず、医者に他の薬を望んでももらえず、自国の家族からherbal medicine を送ってもらったら、すぐに効いた。(ルーマニア) / herbal medicine やhomeopathy のような代替医療がよく用いられる。(イギリス、ベルギー)
看護師への要求	8か月で死産になり、赤ちゃんの顔も十分見せてもらえず、24時間1人にされたうえに、次の日には早く退院したほうがよいと言われとてもショックだった。ヨーロッパの場合、看護師がカウンセリングやアフターケアをする。(ベルギー)
A-2) 医療者との対等な関係性	
医師・患者間の“partnership”	英国では、人々の健康への関心が高く、わからないことがあればインターネットや本を調べ、医師に質問をするし、治療の選択肢を医師に求める。医師とともに病気に立ち向かうパートナーのようなものである。(イギリス)
医師との感覚の共有“share”	薬をもらったが、さらに具合が悪くなり医師に伝えたが、信じてもらえなかった。信じて欲しい。“I was just sharing the real feelings.” (ルーマニア)
無知な存在であるべき患者とその家族	親に説明してもわからないと日本の医師は思っている。／私が詳しい医療の知識があることを知っているのに、質問がありそうだと思うと看護師は逃げてしまう。また、子どもが危険な状態になったとき、看護師は、大丈夫ではないのに「大丈夫、心配しないで」というだけで、必要なことを伝えてくれない。時には、日本語がわからないと思って、(医療職間で)話をする看護師。わたしが聞いていて理解すると、すごく怒る。(オーストラリア)
A-3) 医療者に対する人権を根拠にした要求	
プライバシー：病院の待合室	病気がプライベートな話なので、初診時、他の患者に聞こえる待合室で看護師の問診を受けたくない。日本は、大きな声で看護師が問診するが、わたしは答えないので、「悪い外人さん」かもしれない。(ベルギー) / プライベートな話は、看護師でなく医師に話したい。待合室で、人にプライベートな話を聞かれたり、体温計を使うのは恥ずかしい。患者のプライバシーを守らなくてはいけないということは、看護学校で勉強した。(ルーマニア)
対応にみられる個性の欠如	非常に背が高く、腰から下にギブスをして入れる大きいトイレがなかったので、一番奥のトイレのドアを開けたままで使用するように言われて困った。／病院のパジャマが背が高いのでミニスカートになってしまい恥ずかしかったが、みんな同じだから大丈夫と言われた。(ベルギー)
自分のデータへのアクセス権と所有権の主張	検査結果を、オーストラリアでは退院時もらえるが、日本では渡してくれない。／ベッドの下にあった自分の子どものカルテを見たことに対して、看護師に見てはいけないと言われ、反論したら、師長と医者と来て、「じゃあ、〇〇さんは、わかるから見てよい」と言われた。わかるからではなくて、親だから見る権利がある。(オーストラリア)
ステレオタイプによる個人の把握への不満	ブラジルでは夏は暑いので、女性は(胸の開いた)セクシーな服を着ます。友人のブラジル人の女性が受診して『生理がこない』といったら、検査をする前から『妊娠している。もっと注意深くしなさい』と説教をされた。人をステレオタイプで見てはいけない。(ブラジル)

表5 語りの特徴とその内容: 医療発展途上国型語り

B-1) 日本の医療への賞賛	
医療、設備、看護師、救急医療のよさ	日本の医療は、環境がきれいですね。設備が進んでいます。*おサービスの態度がいいですね。…看護師がまじめで、薬の確認も十分して、責任がありますね。看護師は親切でやさしい。…薬の副作用があって倒れた時、救急車が5分で来て命を助けた。素晴らしい。(中国)／病院の中もわかりやすいし。(ブラジル)
便利な医療保険制度、親切な医療スタッフ	健康保険制度にみんなが入っていて、保険証を出せばどこでも診てくれる。便利でいいです。…日本語が話せないとだめだけど、話せば病院は親切です。(ブラジル)／日本の病院は親切だと思います。(韓国)
B-2) 自国の医療への消極的言及	
漢方薬、自然療法があるが	中国では慢性病には西洋の薬でなく漢方薬を飲みます。でも漢方薬を飲むのは自分より年が上の人が多いです。若い人は西洋の薬を飲むことが多いです。(中国)／アフガニスタンでは自然療法があります。若い人は知りません。必要があるときは年配の人が作ります。(アフガニスタン)
健康保険の加入、非加入	健康保険があれば医療サービスを受けられるが、これがないとかかれない。多くの人が健康保険がないのです。(ブラジル)
貧富の差による医療の格差	病院が公立と私立の2種類があるが、お金がない人は公立病院、ある人は私立病院に行きますが、公立病院は何時間も待たなければならぬし、また医療の質もあまりよくない。(ブラジル)
病院の給食	私の国では出産後わかめのスープが出ます。産後の体に大変いい食べ物で母乳も出やすくなるといわれています。病院では出産後すぐにわかめのスープが出てきますが、日本の病院では味噌汁でした。残念でした。(韓国)
診察の習慣	看護師さんが急に後ろに来て、服をばっと上げたの。タイでは仏教があるから胸を見せたりしない。びっくりしました。タイでは男性の医者は女性患者を診ません。男性の先生だったから、余計にびっくり。(タイ)
B-3) 医師への人間的親近感の要求	
やさしく丁寧な説明を	病気について医師に尋ねましたとき、簡単にしか応えてくれなかったですね。残念です。もっとよく(わかりやすく)聞きたかった。(中国人)
怒らないで	怒らないでやさしく言ってほしい。怒られたりしたら、何もいわずにもう行かない。怖いから。怖いのはいや。(タイ)
顔を見て話して	診察の時、コンピューターばかり見ている。こちらが医師の顔を見て話しているのに、(医師は)自分の方を見て話さない。もっとこちらを見てしっかり話をしてほしい。(タイ)

この特徴が意味するのは、自国の医療、西洋医療や伝統医療とか民間医療にかんする言及をするのに、その普遍性を述べたりせずに、またその価値を強調することなく限定的な口調となることである。医療先進国型の語りにありがちな自国の医療の普遍性に自信をもってする口調とは対照的である。自国の医療のやり方を日本でも要求する姿勢は見られない。

B-3) 医師への人間的親近感の要求

医療先進国型の外国人が医師、医療者との対等な関係を求めるのにたいして、この型の外国人は、むしろ医師が自分にやさしい態度で親近感を示してくれるのを望む語りが目立つ。怒られたりすることを怖がる。

3. 語りの2分類の総括

A-1) と B-1)・2) は、対照的な項目と言える。

医療先進国型の語りには、自国の医療を望む姿が浮き彫りにされている。そして、自国の医療の優越性の主張の裏返しとして、日本の医療、医療環境、医療体制、医療技術への批判がにじみ出ている。一方、医療発展途上国型の語りは、日本の医療を高く評価したうえで、自国の医療に関しても述べるが、決してそれを日本の医療に強要するものではない。表中に発言者の語調は表記不可能だが、DVDにみるその語調には医療先進国型の普遍性を要求するニュアンスはない。

A-2)・3) と B-3) が、もう一つの対照的な項目であるが、どちらの語りにみられる行動も、医療者に何らかの人間関係を求めているという点では、類似した行動に見える。しかし、医療先進国型の語りにおいては、あくまでも人間として対等な権利の主張が見られるのにたいして、医療発展途上国型においては、親しみの感じられる、話しやすい家族のような医療者を望んでいる。両者の間には、その要求のあり様の違いも認められる。前者の自己主張、不満、批判という形で表現される要求と、後者の、時に受診をあきらめてしまう消極的で穏やかな要求である。

語りの2分類に沿って対象者を分けると、医療先進国型語りがオーストラリア、イギリス、ベルギー、ルーマニア、ブラジル出身者、医療発展途上国型が、タイ、中国(2人)、アフガニスタン、韓国出身者である。どちらも5人ずつであるが、与えられた同じ時間の中でありながらその発言量に大きな差があることは、表4と表5の語りの内容の量でも想像に難くない。前者は、いわゆる「国際語」の英語を操る、言語的にも自己を主張する力を持った人々であることも注目値する。

次章では、これらの二類型に見られる差異への対応が差別に繋がる時と、それをいかにして回避できるか考えていきたい。

Ⅲ 差異が差別につながらない外国人医療を目指して

1. 差異が差別を生むとき¹⁰

Ⅱでは外国人の医療体験として当事者としての外国人の語りを通して、多岐にわたる差異の概要を紹介した。そもそも異なりを感じるのとは相互的な現象である。今回は具体的に触れることがなかったが、日本の医療者の立場からすれば逆に外国人患者にたいして異なりが認められ、それが意識されないことはないはずだ。差異があること、あるいは異なると感じられることが間違っているのではない。差異を感じることは、むしろ異なる社会から到来した人々の、あるいはそれを迎える人々相互の通常感覚である。ここにおいて問題となるのは、異なりあるいは差異が差別につながることである。

それでは差異が差別に結びつくときとはどういう状況なのだろうか。本稿がここで意図する差別とは日本の医療者と医療の受け手である外国人の間に生じる非対称の権力関係を指す。差別の構図においては、差別をする側からの明確な意図がある場合と、その意図がない場合がある。差別の意図がないからといってその差別が些細なものだということにはならない。また一方に差別の意図がなく、かつ他方の被差別感がない場合にも差別はありうることに注意をしなければならない。社会的弱者はよくいわれるように自らの弱者である認識を忌避して、強者の側に自己を置く傾向があるからだ。

医療の場での差別は医療者-患者の権力関係に潜在している。権力関係から見た医療者-患者関係は社会の民主化とパラレルにその民主化が進行している。専門職としての医療者と疾病、傷などを得た患者との間に水平な関係が成り立つように、長年患者は望み、実現に向かってさまざまな運動も繰り返した。またそれを受けて医療者側も変化してきた。いわゆる先進国では1970年代以降の、日本では90年以降の趨勢である。

その流れに、外国人の医療が同調していくのはやはり趨勢である。しかしそのスタートが遅れ、歩調が早まらないのは、外国人のもつ少数者と弱者という意味でのマイノリティという

属性ゆえである。人々の望む変化は、社会の多数派がまずその波に乗り、時間差を持ちながら周辺にその変化の勢いが次第に届いていく。一般には、医療サービスの受け手である患者の、つまり当事者の声は、現在さまざまなメディアや教育機関を通じて発信されている。耳を傾ける側には医療者も含まれる。だが外国人患者の声はまだまだ聞こえてこないところから、本稿で扱う研究が発射していた。

外国人患者は総じてその属性ゆえにマイノリティではある。もともと医療の場で患者となれば外国人ならずともすべて現在の日本の医療者-患者の権力関係の中に置かれる。それに加えて外国人であることはさらに弱者としての度合いを強くする要因となる。それでもその度合いを小さくする糸口が他ならぬ外国人医療の中にある。Ⅱで見た医療先進国型の外国人と、医療発展途上国型の外国人とのあいだの2分類のなかで、前者は、差異にたいして不満や不服を認めたときには医療者にその対応の改善を求めて希望や要求を伝える。こういった意味での自己主張や異議申し立てによる交渉ができるということが、アンバランスな権力関係、差別の潜在する構造から自己をすくい上げることになる。

翻って、個人の自己主張や異議申し立ての力の強弱は、出自の社会がもつ民主化の度合いとパラレルである。医療発展途上国型の語りをした外国人の出自は多く発展途上国であり、相対的に民主化の度合いは低い。出自の社会で自明の権利として認められてはいない、公的な場面での自己主張や異議申し立てを求めることには困難があるだろう。しかし、自己が望まぬ扱いを受けていて、それを不満とするときには当事者がそれを口にして交渉するしかない。自らそうできないところで差異は差別へと発展する。

2. 差異のレメディ

Ⅲ-1で述べたように、医療先進国型の語りには、それが日本の医療者による受容の有無に

拘らず、アンバランスな権力構造や潜在的な差別構造に対する改善の要求や主張が認められた。かれらは、自ら述べているように差異を「違い」として感じ、差別につなげない力を有する。これに対して、外国人患者全体の9割にのぼるといわれる医療発展途上国型の語りをする人々は、Ⅱ－3で述べたように、自ら主張をすることは少ない。とすれば、何よりも問題なのは、自国の医療と日本の医療の差異を埋めることのできない医療発展途上国型の語りをする人々であろう。その差異が、差別にとつながっていくからである。かれらは、言語も日本人には馴染みの薄い英語以外の言語を用いる。ここにわれわれは注目し、差異が差別につながらないように努力をしなければならぬ。これらの在住外国人の医療支援、すなわち差異のレメディとして、大きくは医療情報の多言語化、医療通訳、多言語健康相談会、医療職の多文化化、エンパワメントの5点が挙げられる。

まずは、情報の多言語化であるが、10年前までは、情報の多言語化というと情報の英語化を意味していた。近年、外国人登録者数の大きい自治体あるいはそのような自治体の国際交流協会やNPO等が教育や医療を含め生活全般のホームページを立ちあげ、日本語以外の3言語から多いもので14言語に及ぶ情報を提供している。とくに、多言語医療情報では、MICかながわの診療各科の多言語医療問診票は日本語を含む15言語で作成され、医療機関で準備しておくことで多言語に対応できる優れたものである。AMDAや自治体国際化協会のホームページでも多言語で医療情報が随時提供されている。しかしながら、それらの情報は広く活用されているとは言い難い。

次に、医療通訳に関してだが、外国人集住都市で外国人の絶対数も多い大都市では、人的資源も豊富で多様な言語の医療通訳者を擁しており、システムも次第に確立しつつある。しかし、地方都市では、通訳は、外国人の絶対数も少なく、さらには外国人散在地域が多い中で、僅かな人的資源のほかは、友人や家族に頼っている

のが現状である。山梨県もその例にもれず、医療通訳者の養成は遅々として進んでいない。

多言語健康相談会に関しては、本稿の冒頭で述べたとおり、在住外国人の健康を考えるべきは、まず彼らを日本社会の一員として受け入れた行政である。行政に任せるまでの過渡期として、現行のようなNPO、医療系大学あるいは医師たちの活動は欠かせないものであろう。医療職の多文化化については、多文化が存在していることに対する日常的な認識が薄い現在、非常に困難な道程であろう。経済連携協定(EPA)による看護師、介護士の導入にも多くの課題を抱えている。

医療の中で患者の要望を反映するシステム構築の必要性が謳われるようになったが、日本人の声が漸く医療者に届くようになったばかりの今日、外国人の要望が反映されるまでにはまだ時間がかかりそうである。しかし、障害者の人権がそのエンパワメントとともに保障されるようになってきたように、外国人の人権もまた、エンパワメントにその光を見出したい。彼らがエンパワメントできる社会の最低限の素地は、日本社会が用意すべきものだろう。この点から、冒頭に挙げた総務省、文化庁、さらには地方自治体の取り組みの今後に期待するところである。

3. 日本における医療者と患者の関係

—もう一つのレメディ—

社会心理学者ホフステード(1995:55)は、国民文化を、権力格差、個人・集団主義、女性・男性らしさ、不確実性の回避、長期・短期思考という5つの文化の次元と、類型によってとらえている。なかでも、権力格差の次元と個人・集団主義の次元による国と地域の位置づけは、本稿で扱った国々と日本との位置関係を如実に表している。

ホフステード(1995:27, 68-69)によれば、権力主義が強いということは、依存と反依存の関係を意味し、逆に弱いということは、相互依存を意味する¹¹。また、集団主義的な社会では、

人間関係が職務よりも優先され、人間関係がまず結ばれなくてはならないとし、個人主義的な社会では、職務が人間関係より優先され、人はみな平等に扱われるべきであるとしている。

医者に怒られて病院に行かなくなるブラジル人やタイ人の反依存傾向と、医師にパートナーシップを求めるイギリス人の相互依存傾向。これらは、まさに医者・患者間の権力構造を示している。また、病院に行かなくなったタイ人やブラジル人の行動には、人間関係の築かれないところに、社会的な関係はあり得ない集団主義的思考が、また、イギリスの医師・患者間の「パートナーシップ」には、平等を重んずる個人主義的思考が、それぞれ反映されている。

では、日本の医師・患者間の関係性はどうか。 「お医者様が…と言ったから」という言葉、離島や山村の医療に残る往診に見られる患者の医療者への依存的関係。これらに対して、インフォームド・コンセントを介した医療者と患者の権利と義務に基づく対等な関係や、「患者様」と呼ぶ近年の医療者・患者間の関係。これらの矛盾する状況は、年齢、育った家庭、地域などの個人の文化的な属性による差異はあれ、日本の医療が「医療発展途上国型」と「医療先進国型」の境界に位置していることを表わしている。

このように日本と各国の医療の位置づけを認識することが、在住外国人との間に生ずる権力格差の意識化とそれに対する適切な対処につながることは、言うまでもない。小林(2002, 20-21)のいう欧米の人々への「積極的に自らの考えを提示」する「誠意ある態度」と発展途上国の人々への「十分な説明を折に触れて行」う「熱意と努力」は、このような権力格差を最小限にする外国人患者への姿勢に他ならない。そしてこれこそが、在住外国人の医療における差異を差別につなげない医療者の姿勢であると考えらる。

おわりに

小林(2002)によれば、1990年1月から2002年6月末に診察した延べ2万6801人の外国人患者、NPO法人AMDA国際医療情報センターにおける年間約5000件にのぼる外国人等の現状では、欧米出身者は1割以下であるとしている。本研究では、山梨県在住外国人の語りを「医療先進国型」と「医療発展途上国型」という2つのタイプでとらえてきた。これらは、先述したように実際の先進国と発展途上国を意味するものではない。権力構造と個人-集団主義という点からとらえられるものである。文化をいかに医療の中でとらえていくかは、難しい問題であるが、様々な在住外国人が増えていく中で、差異を差別につなげないような医療の実践には、医療職が自らの中にこの権力構造をもたらすものがあることを、充分認識する必要があるであろう。同時に、日本社会は在住外国人がエンパワメントを図り、社会参画ができる素地を与えることが肝要である。

謝辞

本稿で使用したデータは、平成16年度山梨県立看護大学短期大学部共同研究費、および平成17年度文部科学省「特色GP」採択プログラム「新しい教育方法としての当事者参加授業の実施について」の助成を受けたものである。これらの研究に協力して下さった在住外国人の皆さんに、改めて謝意を表したい。

【注】

1. 国連による“Long-term migrant”の定義：
 “A person who moves to a country other than that of his or her usual residence for a period of at least a year (12 months), so that the country of destination effectively becomes his or her new country of usual residence.” Establish new place of usual residence based on actual stay and intended stay.

- (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/egm/migrationegm06/DOC%203%20Linda%Concepts%20presentationGB.ppt>)
2. 箕浦康子(2003:250-254)は、綿密な調査から、文化文法体得の臨界期の上限を14歳から15歳頃としている。
 3. 内閣官房に設置された外国人労働者問題関係省庁連絡会議は、平成18年12月「「生活者としての外国人」に関する総合的対応策」を発表し、以来、暮らしやすい地域社会づくり、子どもの教育、労働環境の改善・社会保険の加入促進、在留管理制度の見直しに関してさまざまな施策を実施している。
 4. 内閣府に設置された定住外国人施策推進会議による「定住外国人支援に関する対策の推進について」は、「日系人をはじめ日本で生活することが困難な定住外国人に対し、教育、雇用などさまざまな面で深刻な影響を与えている。」として平成21年1月、当面の対策をまとめたものである。
 5. 神奈川県(NPO法人多言語社会リソースかながわ(MICかながわの)、NPO法人多言語センターファシル、NPO法人多文化共生センターきょうと等が通訳派遣業務を行っている。
 6. EU内の医師免許互換制度にかんしてはEU加盟国にEFTA(欧州自由貿易連合)のノルウェー、アイスランド、リヒテンシュタインの3カ国を含めたEEA(欧州経済領域協定)加盟国18カ国で医師免許の互換が認められている。(<http://www.interq.or.jp/tokyou/ystation/medical3.html>)
 7. たとえば国内外の外国人患者を対象とする医師の協会AMDA(The Association of Medical Doctors in Asia)NPO法人ではこれに関連するガイドブックや書物などを出版している。(<http://amda.or.jp/content/content0068.html>)本文中ならびに引用参考文献にある小林米幸はこの協会の理事長を務める。
 8. ギデンスは20世紀の世界の特徴の一つを民主主義という概念で括り、民主化が社会の多様な領域で進行してきたことを論じた(ギデンス:2001とくに第5章)。
 9. がんの患者の自助グループである患者会は全国に広がり、それぞれ活発な活動が続けている会が多い。この点については百々(2005)参照。近年の病院での患者へのサービスとして、カルテ開示を取り入れる、患者の声の投書箱の設置、またその声への回答の公開、病院による患者会の設置や、活動支援などが進んでいる。
 10. この節における差異と差別の関係性については江原(1985:61-97)に多くの示唆を得ているが、とりわけ社会の中心性を明確にする社会の凝集性のために差別という排除があること。また差別とは差異に基づく偏見であり、この差異の実態は絶対的なものでなく排除のための差異化によって見いだされているという点は着目すべき視点である。
 11. 依存関係に関してホフステード(1995:27)は、次のように述べている。「権力格差の小さい国では…部下と上司は、相互依存関係にある。部下と上司の感情的な隔たりは相対的に小さい。…権力格差の大きい国では、部下は上司にかなり依存している。部下の反応は、そのような依存関係(独裁的あるいは温情主義的なスタイルの上司に仕えること)を好むか、そのような関係を完全に拒否するかのどちらかである。依存関係を拒否することは、心理学では、反依存として知られている。…このように権力格差の大きい国では、依存と反依存という両極端のパターンが見られる。…部下にとって上司は近づきがたく、面と向かって反対意見を述べることは、ほとんどありえない。」

【引用・参考文献】

江原由美子(1985).『女性解放という思想』勁草書房。
ギデンス,アンソニー(2001).『暴走する世界—グローバルバージョンは何をどう変えるのか』佐伯隆光

訳 ダイヤモンド社.

小林米幸(2002).『外国人患者診療・看護ガイド How to Accept Foreign Patients』エルゼビア・サイエンス株式会社 ミクス.

斉藤広志(1984).『ブラジル人と日本人』サイマル出版会.

田代麻里江, 八尋道子, 上條陽子(2004). 上伊那地域に在住する外国人の医療環境と保健行動周産期にあるブラジル人女性の保健行動とサービスへのアクセシビリティの査定, 平成13-15年長野県看護大学特別研究成果報告書.

百々雅子(2005).「がん患者の〈現実〉－患者会を通して現象する患者の困難」山梨県立看護大学短期大学部紀要 第10巻第1号.

百々雅子・長坂香織(2010).「多文化共生における外国人医療・福祉に関する問題～山梨在住南米ペルー出身者・中国出身者のグループ・インタビュー」, 大学と地域の連携による多文化共生推進プロジェクト, 山梨県立大学地域研究交流センター 2009年度報告書.

平野裕子(2003). 在日外国人の身体的・精神的健康保健学・看護学の立場から, 福岡医学雑誌, 98(8), 241-249.

ホフステード, ヘールト(1995).『多文化世界 違いを学び共存への道を探る』岩井紀子・岩井八郎訳 有斐閣.

マルティネス真喜子, 松尾隆司, 川井八重ほか(2006). 滋賀県在住の南米出身外国籍住民の医療保険と医療対処行動, 滋賀医科大学看護ジャーナル, 6(1), 54-58.

箕浦康子(2003).『子どもの異文化体験 増補改訂版－人格形成過程の心理人類学的研究』新思泉社.

好井裕明(1995).『排除と差別の社会学』有斐閣.

Doc 3 Linda Concepts presentationGB.ppt. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/egm/migrationegm06/DOC%20%20Linda%20concepts%20presentationGB.ppt> (2010年10月23日).

自治体国際化協会ホームページ. <http://www.clair.or.jp/> (2010年10月23日).

平成21年度山梨県常住人口調査結果報告. http://www.pref.yamanashi.jp/toukei_2/HP/DATA/21jyoujyuu.pdf (2010年10月23日).

多言語医療問診票. <http://www.k-i-a.or.jp/medical/> (2010年10月24日).

登録外国人統計表. 法務省ホームページhttp://www.moj.go.jp/house/toukei/toukei_ichirann_touroku.html (2010年10月24日).

Multiculturalism in Medicine:
Issues in the Medicine Found in
Narratives of Foreign Residents in Yamanashi

NAGASAKA Kaori, DODO Masako

key words: power dynamics, foreign residents, differences, discrimination, empowerment