

表2 看護者の属性

職種	助産師 25名	看護師 1名
臨床経験 (平均±SD) 月	62.36±34.20	
外国人の分娩第一期、二期 および分娩介助の有無	あり 25名	なし 1名
できる外国語の有無	あり 18名	なし 8名
* できる言語 (複数回答)	英語 18名	フランス語 1名 ヒンドゥー語 1名
* 英語のレベル	a: 相手とほとんど問題なく会話ができる	1名
	b: ゆっくり話せば会話ができる	3名
	c: 大まかになら相手の言っていることも わかり自分の意志も伝えられる	8名
	d: 基本的な文や単語だけなら言える	6名
* フランス語のレベル (基準は英語と同じ)		d 1名
* ヒンドゥー語のレベル (基準は英語と同じ)		d 1名

表3 今回の陣痛についての感想

感想	日本人 (人数)	外国人 (人数)
思っていたよりつらい	2	0
思っていたとおりがつらくなかった	2	2
どちらともいえない	3	1
思っていたとおりがつらかった	13	1
思っていた以上につらかった	7	5

表4 陣痛に対してとった行動 (複数回答)

行動	日本人 (人数)	外国人 (人数)
楽な体位を試みた	15	5
お風呂やシャワーに入った	6	2
歩き回った	5	1
呼吸法をした	25	6
リラックス法をした	8	1
腰や足のマッサージをした	15	1
指圧をした	7	0
音楽を聴いた	10	2
瞑想をした	1	1
その他	7	0

分担研究報告書

在日外国人小児の予防接種ガイドの作成

中村 安秀

大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座

＜研究要旨＞

日本の予防接種システムは、世界的に見ても非常に変則的である。そのため、日本の予防接種にとまどう外国人保護者は少なくない。一方、日本の保健医療関係者のうち、海外の予防接種事情に詳しい人は少数である。そのような状況において、外国人に対する保健医療相談のうち、予防接種に関する相談が占める割合は非常に高い。この「在日外国人小児のための予防接種ガイド」は、日本国内で予防接種サービスの現場で活躍している小児科医、保健婦、保健所職員、市町村職員などを主な読者として想定して作成された。外国で出生して日本に暮らすようになった小児に対して、適切な予防接種サービスを提供するには、海外での予防接種状況について知っておく必要があると考えたからである。そのために、外国人登録者数上位 10 か国に関しては、国別の予防接種ガイドも用意した。

I. 研究目的

1990年代はじめに激増した外国人人口の増加は収まりつつあるが、最近の特徴は外国人の定住傾向が明らかとなってきたことである。定住に伴う最も大きな変化は、国際結婚の増加と外国人を親にもつ子どもの増加である。1987年から2001年の15年間に、日本で出生した外国人を親にもつ子どもの総数は約42万人にのぼり、そのうち母が外国人の子どもが40.4%、父が外国人は23.9%、父母ともに外国人が35.7%であった(1)。

日本の予防接種システムは、世界的に見ても

非常に変則的である。そのため、日本の予防接種にとまどう外国人保護者は少なくない。一方、日本の保健医療関係者のうち、海外の予防接種事情に詳しい人は少数である。そのような状況において、外国人に対する保健医療相談のうち、予防接種に関する相談が占める割合は非常に高い。

この「在日外国人小児のための予防接種ガイド」は、日本国内で予防接種サービスの現場で活躍している小児科医、保健婦、保健所職員、市町村職員などを主な読者として想定して作成された。外国で出生して日本に暮らすようになった小児に対して、適切な予防接種サービスを

提供するには、海外での予防接種状況について知っておく必要があると考えたからである。そのために、外国人登録者数上位 10 か国に関しては、国別の予防接種ガイドも用意した。外国人保護者に対する説明書も必要であることは十分に承知しているが、それは次の課題としたい。

## 1 外国人小児のための予防接種相談

### (1) 日本と海外の予防接種の違い

日本の予防接種は先進国や途上国の予防接種スケジュールとは大きく異なり、世界の中でも独自の予防接種システムを保持した国である。外国人小児の予防接種を考えるときには、(とくに海外で出生してから日本に入国した場合には) 出身国での予防接種システムを知っておく必要がある。

先進国では、1990 年代に入り、新しい複合ワクチンが次々と導入された。また、子どもの負担を軽くするため、できる限り接種回数を減らす方向で毎年のように予防接種システムの見直しが実施されてきた。途上国では WHO (世界保健機関) や UNICEF (国連児童基金) の協力による EPI (Expanded Programme on Immunization: 予防接種拡大接種計画) を中心に予防接種が実施されている。乳児に対して BCG、ポリオ、DPT (三種混合)、麻疹を接種し、妊産婦には新生児破傷風の予防のために破傷風トキソイドを接種している (表 1)。現在、途上国を含んだ世界の乳幼児の予防接種率は約 80% (1996 年) といわれている。

また、予防接種ワクチンの違いだけでなく、海外での予防接種プログラムにおいて、日本と異なる特徴は以下のようにまとめられる (2)。

1) 同じ日に 2 種類以上のワクチンを接種する (医学的には全く問題がない)

2) 注射部位として、乳児では大腿四頭筋前外側に打つことが多い (実際には、大腿四頭筋短縮症の心配はほとんど不要)

3) 国の予防接種スケジュールとは別に、医療機関によって種々のワクチンが用意され、子どもの事情によって個別に接種することができる

4) 予防接種の前に体温測定しないことが多い (予診表もないことが多い)

5) 途上国の多くでは、予防接種被害の救済に対する法的整備がなされていない (先進国でも、日本のような被害救済システムを持つ国は少ない)

6) 日本で許可されていないワクチンが使われている (MMR、ヘモフィルス・インフルエンザ b 菌ワクチン、腸チフスワクチンなど)

### (2) 問診票と「予防接種の手引き」

日本では予防接種を受ける前に、「予防接種と子どもの健康」という保護者用の冊子が配布され、予診表を使用して、きちんとしたインフォームド・コンセントが実施されている。しかし、日本語が理解できない外国人に対しても、本来は外国語による十分なインフォームド・コンセントを実施する必要があり、そのためには各国語版での冊子と予診票が必要不可欠である。ただ、残念ながら、これらのパンフレット類を自前で準備している自治体は極めて少数である。

東京都健康局では「予防接種と子どもの健康」の 6 カ国語版 (英語、中国語、タガログ語、スペイン語、ポルトガル語、ハングル) を作成し、ホームページ上で公開している (3)。このホームページから、各国語版の予診票および「予防接種と子どもの健康」がダウンロードすることができる。

### (3) 経済的法的側面

外国人小児に関しては、外国人登録を行って

いれば、日本人と同等に接種する権利をもち、健康被害の救済に関する給付も行われている。定期の予防接種（予防接種法第3条）については、2000年に社民党（当時）大脇雅子参議院の質問に森喜朗内閣総理大臣（当時）が回答した答弁書が具体的な政府見解を示している（4）。

内閣総理大臣答弁書（2000）によれば、「定期の予防接種については、市町村の区域内に居住するものであって政令で定めるものを対象としており、外国人に係る居住の有無は、当該予防接種の実施者である市町村長が外国人登録等により判断しているところである」とされ、超過滞在者に対する無料の定期予防接種は市町村の判断に委ねられている。実際には、超過滞在者であっても外国人登録をしている場合は定期予防接種の対象者になり、予防接種を無料で受けている場合も少なくない。

しかし、定期外の時期の接種や、該当しないと見なされた場合は有料で予防接種を受けることになる。このときに事故を生じたときは、予防接種健康被害救済ではなく、医薬品被害救済で保障が行われる。

#### （4）診療上の注意

乳幼児健診で医師がかわいいと思ってタイ人の子どもの頭をつい左手で撫でたら、わが子を侮辱されたとお母さんが感じた。カゼをひくからといって夏でも赤ちゃんをグルグル巻きにしている中国人のお母さんにどう保健指導したらいいのかわからない、といった体験談は少なくない。異文化との接触の黎明期には、必ずこのような種々のコミュニケーション障害が生じるものである。こういう混乱の段階を経てお互いの文化を尊重したうえで、相互理解が成立していくのだと考えられる。

また、外国人だからといって、特別扱いするのもよくない、ふつうの予防接種の時間帯以外

の時に特別に予防接種をすると、次回からはその特別扱いを毎回要求されることになる。あくまでも、日本人の患者と同じように接遇することが重要である。

重要なことのひとつは、予防接種を受けるときの利点と副作用をきちんと説明しておくことである。アメリカ合衆国出身の親からは、「日本では医師は予防接種を打ちなさいと勧めるだけで、きちんと副作用のことを話してくれない。最終的に子どもの代わりに判断するのは私である。」といわれることが少なくない。まさに、インフォームド・コンセントの精神が要求されているのである。

## 2 個別の予防接種ワクチン

ここでは、個別の予防接種ワクチンについて、海外での状況と外国人へのアドバイスをまとめてみた。当然のことであるが、予防接種の適応はひとりひとりの年齢、既往歴、疾病などによって異なるので、ここではあくまでも一般論ということで理解されたい。

### （1）BCG

海外の状況：世界の結核患者届出数（WHO）をみる限り、結核患者数は十年前に比べ減少するどころか、むしろ増加傾向にある。途上国の結核患者は届出されたものだけでも、先進工業国の5倍近い発生率である。地域的には、中国、インドなどを中心としたアジア地域に多くの患者が発生している。

先進国ではBCGを実施していない国が多い。また、アメリカ合衆国では小学校入学時のツ反が陽性の者は、全員胸部レントゲンを受けさせられ、場合によっては抗結核剤の予防投与行なわれる場合もある。途上国では生下時にツベルクリン反応をしないで直接BCG接種するのが

ふつうである。

アドバイス：日本は結核の高浸淫国であるので、ぜひ BCG の接種を勧めたい。しかし、アメリカ合衆国ではツベルクリン陽性者に対しては（BCG 接種の有無にかかわらず）抗結核薬の内服を勧奨されることがある。従って、将来、アメリカ合衆国の小中学校に入学する予定の小児については、BCG の接種をしない場合もある（個人的には、接種するかどうかの判断を保護者に任せている）。

なお、日本では管針によるスタンプ式の皮内接種を行うが、これはわが国独自の方式であり、多くの国ではふつうの注射針による皮内接種法で実施されている。この管針法が、皮内接種と同じ効力を持つことを保護者には説明していくといい。

## （2）ポリオ

海外の状況：WHO やユニセフでは 2000 年までにポリオを地球上から根絶することを目標に積極的なワクチン接種と急性麻痺患者の監視に精力を注いでいる。アメリカ大陸や東アジア太平洋地区では、ポリオ患者発生ゼロが続いているが、南アジアやアフリカではまだポリオ患者が発生している。

先進国では不活化ワクチンを使用している国が増加しており、DPT ワクチンとの合剤として「DPT+P」で実施している国も多い。

アドバイス：日本では生ワクチンの経口投与が 2 回行なわれるが、2 回だけで済ませている国は世界中で日本だけである。出身国に一時帰国する小児に対しては、ぜひ 3 回目を追加接種しておきたい（費用は個人負担になる）。先進国では不活化ワクチンが多くなっているが、出身国で不活化ワクチンを接種してきた場合でも、日本で生ワクチンを接種しても全く問題はない。

## （3）DPT（三種混合）

海外の状況：途上国の子どものジフテリア、百日咳は決して少なくない。成人の破傷風もしばしばみられ、医療の整備されていない国では死亡率は非常に高い。DPT はポリオと同時に接種し、1 歳までに 3 回の接種を済ませる国がほとんどである。

アドバイス：日本では 1981 年より改良型の沈降精製 DPT ワクチンが使われている。従来の全菌体百日咳ワクチンに比べ、発熱発赤などの副作用は非常に少ない。

## （4）麻疹・風疹・おたふくかぜ

海外の状況：麻疹は、途上国を中心に世界で年間数十万人が死亡している。先進国では麻疹患者は減少しており、日本からの麻疹の輸出が問題になっている。

先進国では基本的に MMR（麻疹・おたふくかぜ・風疹混合ワクチン）を 1 歳すぎに接種している。MMR を接種している国の多くは追加接種を行っているが、その時期は 4 歳すぎから 12 歳ぐらいまで国によって異なる。途上国では 9 ヶ月に麻疹ワクチンを接種する国がほとんどであり、追加接種を行っている途上国は少ない。

アドバイス：日本では、治験を行っている一部の病院を除き、基本的には MMR ワクチンを接種できないことを説明する必要がある。そして、麻疹ワクチンと風疹ワクチンは定期接種として無料で受けられるが、おたふくかぜワクチンは任意接種となり有料であることを説明する必要がある。

## （5）B 型肝炎ワクチン

海外の状況：B 型肝炎はアジア地域では数%の高いキャリア率を示している。WHO では B 型肝炎対策として新生児全員に対するワクチン接

種を開始した。先進国だけでなく、中国、タイ、韓国、台湾、シンガポールなどアジア諸国を中心に新生児全員にB型肝炎ワクチンを接種するプログラムが開始されている。

アドバイス：日本のB型肝炎母子感染予防プロトコールは、出生時に臍帯血を検査し、B型肝炎免疫グロブリンを2回(または1回)投与し、B型肝炎ワクチンを3回投与するという恐らく世界で最も複雑な方式を採用している。母親がB型肝炎陰性の場合、乳児に対する接種は有料になることを説明する必要がある。

#### (6) ヘモフィルス・インフルエンザb菌(Hib)ワクチン

海外の状況：乳幼児の細菌性髄膜炎の主たる起炎菌であるヘモフィルス・インフルエンザb菌に対するワクチンであり、欧米諸国を中心に実施されている。生後2～5カ月に接種開始し、3回接種する国が多い。

アドバイス：日本ではワクチンは認可されていないので、接種することはできないことを説明する必要がある。

#### (7) その他のワクチン

##### 日本脳炎ワクチン

海外の状況：中国、インド、タイ、ベトナム、ネパール、スリランカでは年間100人以上の患者が発生している。水田での耕作とブタの飼育

が盛んな地域に多く、イスラム地域には少ないのが特徴である。

アドバイス：日本では従来の中山株に代わって1989年から北京株の不活化ワクチンが使用されている。北海道、青森、秋田、山形以外の各都府県で3歳ごろに接種することが多い。日本に居住していれば、日本脳炎ワクチンは副作用も少ないので、接種を勧めることが多い。

#### 引用文献

- 1) 李 節子. 国際結婚と多民族化する日本人, チャイルドヘルス, 2003; 6 (1): 45-48
- 2) 中村安秀. 海外の予防接種状況と海外渡航者へのアドバイス. 母子保健情報, 2002; 45: 94-98
- 3) 東京都健康局医療サービス部感染症対策課. ホームページ「予防接種と子どもの健康」外国語版  
<http://www.kenkou.metro.tokyo.jp/kansen/bo ueki/yobou/yobou.htm>
- 4) 内閣総理大臣答弁書. 参議院議員大脇雅子君提出外国人の医療と福祉に関する質問に対する答弁書. 内閣参質 147 第 26 号 2000 年 5 月 26 日

表1 途上国と先進国の予防接種の実際

一般的な概略を表にまとめたもの。個々の国によって実際の予防接種方法は当然異なる。

予防接種の種類	日本		途上国の実際		先進国の実際	
	接種開始年齢	接種回数	接種開始年齢	接種回数	接種開始年齢	接種回数
BCG	3か月	1回	出生時	1回	接種せず	—
ポリオ	3か月	2回	出生時	4回	3か月	3回以上
三種混合	3か月	4回	生後6週	3回	3か月	3回以上
はしか	1歳	1回	9か月	1回	1歳	2回
B型肝炎	抗原陽性 母親のみ	(3)	出生時	3回	出生時	3回
Hib	なし	—	なし	—	3か月	3回
破傷風	接種せず	—	妊婦	2回	接種せず	—

\* B型肝炎は途上国、先進国を問わず、全員接種する国と全く接種しない国がある

\*\* Hib：ヘモフィルス・インフルエンザ菌ワクチン。現在は、Hib+DPT，Hib+DPT+ポリオ，  
Hib+DPT+B型肝炎，など多くの複合ワクチンが製造されている。

## 資料1 海外で使われている予防接種一覧

ワクチン名	種類	基礎接種回数	接種間隔	接種可能年齢	追加接種
<u>(日本で定期予防接種の対象になっているワクチン)</u>					
B C G	生菌	1	—	生直後より可	なし、日本ではツ反陰性時
三種混合	不活化ワクチン	3	4週間	生後6週	12・18カ月後
二種混合	不活化ワクチン	2	4週間	生後6週	6・12カ月後
破傷風	トキソイド	2	4週間	通常6歳以後	6・12カ月後その後10年毎
ポリオ	経口生ワクチン	3	4週間	生直後より可	12・18カ月後
	不活化ワクチン	3	4週間	生後6週	12・18カ月後
はしか	生ワクチン	1	—	9カ月	6・12歳が望ましい
風疹	生ワクチン	1	—	12カ月	場合により思春期
日本脳炎	不活化ワクチン	2	1—2週間	3歳	1—4年後
<u>(必要に応じて日本で接種しているワクチン)</u>					
おたふくかぜ	生ワクチン	1	—	15カ月	なし
B型肝炎	リコンビナント	3	4週間	生直後より可	なし
水痘	生ワクチン	1	—	12カ月	なし
インフルエンザ	不活化ワクチン	2	4週間	生後6週	12カ月後
肺炎球菌	蛋白多糖体	1	4週間	2歳	5年以上
<u>(海外に行くときに必要になるワクチン)</u>					
黄熱	生ワクチン	1	—	9カ月	10年
A型肝炎	不活化ワクチン	2・3	4週間	生直後より可	12・18カ月後
狂犬病	不活化ワクチン	3	7日、28日	12カ月	その後2・3年ごと
ベスト	不活化ワクチン	3	—	18歳	6カ月後
コレラ	生・死菌ワクチン	1	—	1歳	3・6カ月後
<u>(日本で入手できないワクチン)</u>					
MMR	生ワクチン	1	—	1歳	6・12歳が望ましい
H i b *	蛋白多糖体	3	4週間	生後6週	6・12カ月後
腸チフス	経口生ワクチン	3	2日	6歳	1年後
髄膜炎菌性髄膜炎	2価・4価	1	—	2歳	3—5年後

International Travel and Health (WHO, Geneva, 1999) および

1997 Red Book, American Academy of Pediatrics p5 を改変

\* Hib : ヘモフィルス・インフルエンザ菌ワクチン。現在は、Hib + D P T, Hib + D P T + ポリオ, Hib + D P T + B型肝炎, など多くの複合ワクチンが製造されている。

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書

平成14年度厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業  
「多民族文化社会における母子の健康に関する研究」

在日外国人の周産期医療のあり方に関する研究  
国立国際医療センターの12年間のカルテ分析より

井上千尋<sup>1</sup> 松井三明<sup>2</sup> 中村安秀<sup>3</sup> 李節子<sup>1</sup> 箕浦茂樹<sup>4</sup> 牛島廣治<sup>5</sup>

1 東京女子医科大学看護学部 2 横浜市立大学医学部 3 大阪大学大学院人間科学研究科  
4 国立国際医療センター 5 東京大学大学院医学系研究科

研究要旨

本研究は、在日外国人の分娩症例について調査・分析することで、彼女らの妊娠・出産の現状と問題点を明らかにし、多文化共生時代における周産期医療のあり方を検討することを目的とした。1990年より2001年までに国立国際医療センター病院（東京都）での外国人分娩は656例で、全分娩5473例の12%を占めた。また外国人分娩の割合は年々増加し、1990年は4.2%であったが、2000年は18.8%を占めた。国籍（出身地）は、東・東南アジア地域が93.4%であった。周産期異常の有無について日本人と比較したところ、早産率に差はなく、低出生体重児の割合は日本人の方が高かった。一方で、外国人は帝王切開分娩が有意に多く、さらに外国人の中でも日本語会話ができない者にそのリスクが高いことが明らかとなった。日本語能力が低いことで、1)妊産婦と医療従事者との意思伝達が阻害されること、2)自治体・病院からの保健医療福祉に関する情報が不足すること、が問題点として考えられた。インフォームドコンセントに基づいた医療サービスを提供するためには適切な通訳が必要であり、特に母児に異常が生じた場合には専門的な医療通訳が求められる。また外国人症例のうち分娩直前に初めて病院を受診した飛び込み分娩は12年間で21例、3.2%であった。うち未婚者あるいは既婚者であってもパートナーが不在であった者が6割、健康保険未加入者が8割と多く、社会的・経済的に不安定な状態で妊娠・出産を経験する例が多いことが明らかとなった。本調査の結果、専門的医療通訳導入と、外国人に対する周産期保健医療情報の提供の必要性が示唆された。

A. 緒言

1980年代なかば以降、日本における外国人登録者数は急増した。2001年末の外国人登録者総数は1,778,462人で、1985年の850,612人から倍増している<sup>1)</sup>。また超過滞在者は約22万人と推定されており<sup>2)</sup>、現在約200万人の外国人が日本で暮らしていると推察される。

それに伴い、日本で妊娠・出産・子育てをする外国人も増加した<sup>3)</sup>。吉岡らは、新宿区の医

療機関を受診した外国人妊産婦に関する調査から、在日外国人の診療には、医学上の問題はもとより、社会的、経済的そして文化的な面まで含めた広い視野が要求されると述べている<sup>4)</sup>。1996年には厚生省母子保健強化推進事業のひとつとして、「外国人母子への指導体制の整備事業」が盛り込まれた<sup>5)</sup>。しかし、これ以降も医療現場からは、言語や文化・習慣の相違、経済的な問題など、多くの課題が

報告されている<sup>6-13)</sup>。

これまでに実施された在日外国人の母子保健に関する研究は、少数例を対象としたものか、事例検討がほとんどであった。本研究では、外国人の分娩症例を多数取り扱う東京都心の医療機関において、過去12年間の外国人分娩症例の検討を行うことで、在日外国人の妊娠・出産の現状と問題点を明らかにし、多文化社会における周産期医療のあり方と実践について提言することを目的とした。

## B. 研究方法

### B-1. 施設

本研究は国立国際医療センター（以下、センターと略す）病院で実施した。センターは厚生労働省管轄の総合医療機関で、病床数は925床（うち産婦人科病棟は38床）。その所在地が多数の外国人が居住する東京都新宿区であること、国立の施設であること、救急患者の受け入れを常時行うこと等の理由から、多くの外国人妊産婦を受け入れてきた。医療ソーシャルワーカーが常勤し、新宿区の入院助産指定病院となっている。なお海外協力や海外からの研修生の受け入れを行う国際医療協力局はあるが、病院内では通訳の専門職は設けられていない。

### B-2. 対象者、調査内容

1990年1月1日から2001年12月31日までの12年間に、センターにおいて妊娠22週以降に分娩した全5473例を対象とした。全ての症例について、国籍（出身地）、年齢、経産回数、分娩時妊娠週数、分娩様式、産科手術の有無およびその適応、新生児の出生時体重、感染症の有無について調査した。

また産婦が外国人である症例について、現住所、パートナーの国籍（出身地）、在日期間（自己申告）、日本語能力、健康保険加入の有無と種類、入院助産制度利用の有無、飛び込み分娩の有無を調査した。

「日本語能力」は、センターで産科医師、助産師・看護師が共通認識として利用している基準をそのまま活用し、日本語での日常会話が問

題なく可能な場合を「できる」、簡単な言葉に言い換えれば可能な場合を「だいたい」、挨拶や返事などごく限られた言葉しかできない場合を「片言」、まったく出来ない場合を「できない」とした。

また「飛び込み分娩」とは、センター初診後陣痛発来などの理由でただちに入院しそのまま分娩に至った症例、他の医療機関の受診状況が不明あるいは一切の情報が得られなかった症例、いずれかに該当する場合とした。ただし他院からの母体搬送症例はここから除外した。

すべての情報は分娩台帳、診療録、看護記録および医療事務記録からretrospectiveに収集し、在日外国人分娩例の特徴を記述し横断的検討を行った。

また医療機関において、外国人の対応で一般に苦慮することが多いと考えられる日本語での日常会話が「できない」症例、また「飛び込み分娩」の症例について、その特徴を記述した。

要因分布の独立性の検定には $\chi^2$ 検定を用いた。また日本語能力による帝王切開率のリスクをオッズ比とその95%信頼区間を算出することにより求めた。データ入力にはFileMakerProを、統計処理はSTATA7を用いた。

### B-3. 事例検討

医療機関における外国人の対応で苦慮することが多いと考えられる日本語日常会話が「できない」症例、また「飛び込み分娩」の症例について、日本語会話が可能な症例、飛び込み分娩ではない症例とそれぞれ比較し、その特徴を記述した。また診療および看護記録から、個別の事例について、その背景と問題点、対応について内容を分析した<sup>14)</sup>。

## C. 結果

### C-1. 外国人分娩例と日本人との比較

#### C-1-1. 分娩件数および割合の推移

1990年以降、毎年センターにおける分娩件数は409-508例であった。外国人の分娩数は1990年以降漸増し、12年間で656例であった。総分娩件数に占める外国人の割合も年々増加し、1997年からは約16-19%を占めた(表1, 図1)。

#### C-1-2. 外国人の国籍(出身地)

国籍(出身地)は33カ国にのぼった。内訳は「韓国・朝鮮」が最も多く34.0%(223例)、次いで「中国」25.0%(164例)、「タイ」15.2%(100例)、「フィリピン」10.7%(70例)と続き、地域別では東・東南アジアが全体の93.4%(613例)を占めた(表2)。

#### C-1-3. 年齢および経産回数

外国人症例の年齢は18-44歳に分布し中央値[25, 75パーセンタイル]は30[27-33]歳であった。日本人症例は15-46歳で、その分布は外国人症例と差がみられなかった。

経産回数でも両群の分布に差はみられなかった。外国人・日本人ともに半数以上が初産婦であった。(表3)

#### C-1-4. 分娩時妊娠週数

両群ともに中央値は39週4日と同じであった。また早産例は外国人では5.3%、日本人では5.9%であり有意差は認められなかった。(表3)

#### C-1-5. 分娩様式

外国人と日本人の分布には有意差があり( $x^2$ -test,  $P < 0.001$ )、外国人では頭位経陰分娩が少なく、帝王切開が高率であった。(表3)

#### C-1-6. 新生児の出生時体重

体重の分布には両群で有意差があり( $x^2$ -test,  $P < 0.001$ )、外国人では低出生時体重児の割合が少ない一方で、体重4000g以上の児の割合が高かった。(表3)

#### C-1-7. 帝王切開、鉗子・吸引分娩の適応

帝王切開、鉗子・吸引分娩の適応を、それぞれ表4, 5に示す。帝王切開の適応は絶対的母体適応(子宮破裂、常位胎盤早期剥離、児頭骨盤不適合、前置胎盤、横位)、胎児適応(骨盤位、胎児仮死、遷延分娩、子宮内胎児発育遅延、子宮内感染、前期破水、多胎)、子宮瘢痕(子宮筋腫術後、帝王切開既往)、本人希望、妊娠中毒症、感染症(外陰ヘルペス、尖形コンジローマ、HIV)、その他の母体疾患(てんかん、統合失調症、脳腫瘍、等)、その他、不明に分けて検討した。

外国人と日本人では、適応の分布に有意差がみられた( $x^2$ -test,  $P < 0.001$ )。個々の適応では、絶対的母体適応に両群で差はみられない一方、外国人で子宮瘢痕と本人希望が多くみられた。

鉗子・吸引分娩の適応は、胎児仮死、分娩第2期遷延、分娩第2期短縮目的に分けて検討したが、外国人、日本人両群で有意差はみられなかった( $x^2$ -test,  $P = 0.18$ )。

### C-2. 外国人分娩例の特徴

#### C-2-1. 居住地

外国人分娩例の居住地(自己申告した住所)を表6に示す。センターの所在地である新宿区が74.2%(487例)と大半を占めた。また新宿区と隣接する中野区(4.1%、27例)、豊島区(2.6%、17例)、文京区(2.3%、15例)、渋谷区(2.1%、14例)が続き、東京23区で全体の94.8%を占めた。

#### C-2-2. パートナーの国籍(出身地)

パートナーの国籍(出身地)は、記載があった例が615例で全外国人分娩の93.8%であった。その内訳は、本人と同じ例が53.3%(328例)、外国籍で本人と異なる例が5.4%(33例)、日本人である例が41.3%(254例)であった。

#### C-2-3. 対象者の在日期間

在日期間の中央値は3年5ヶ月。3年未満は31.7%(208例)、3年以上7年未満が32.3%

(212例)、7年以上が20.1%(132例)、不明例が15.9%(104例)であった。また在日15年以上の長期居住者は17例と少なかった。

また1990-92年、93-95年、96-98年、99-2001年と、3年ごと4期に分けて在日期間を検討したところ、在日期間3年未満の者は全期間にわたって30%前後みられた。(表7)

#### C-2-4. 日本語会話能力

日本語能力は、「可能」が44.2%(290例)、「だいたい」が25.2%(165例)、「片言」が20.1%(132例)、「できない」が4.7%(38例)、不明例が4.7%(31例)であった。(表8)

#### C-2-5. 健康保険

国籍(出身地)別の健康保険加入状況を表9に示す。49.2%(323例)が国民健康保険(国保)に加入していた。一方で保険に加入していない者は30.6%(201例)であった。また国籍(出身地)によって保険加入の有無および種類が異なっていた。

「韓国・朝鮮」では、国保が63.2%(141例)、その他の保険が15.7%(35例)、未加入者が18.4%(41例)であった。

「中国」では、国保が59.8%(98例)、その他の保険が19.5%(32例)、未加入者が18.4%(41例)であった。

「フィリピン」では、国保が30.0%(21例)、その他の保険が31.4%(22例)、未加入者が34.3%(24例)であった。

「タイ」では、未加入者が最も多く82.0%(82例)、次いで国保が10.0%(10例)であった。

#### C-2-6. 入院助産制度

国籍(出身地)別の入院助産制度被適用状況を表10に示す。被適用者は全体では11.4%(75例)、国籍(出身地)別の被適用者割合は「韓国・朝鮮」が最も多く21.5%、次いで「中国」7.9%、「タイ」6.0%であった。

#### C-2-7. 産褥1ヶ月健診

80.5%(528例)が健診を受診していた。

#### C-2-8. 日本語ができない分娩症例の特徴

日本語ができない38例と、できる・だいたい・片言をその他とした587例を比較した結果を表11に示す。

年齢、分娩時週数、新生児体重、健康保険の有無、産褥1ヶ月健診受診の有無には、両群で差がなかった。また日本語ができない群で、初産婦、パートナーが外国人、在日期間3年未満の者が有意に高かった。

分娩様式では、帝王切開の割合が、日本語ができない群で高い傾向がみられたため、日本語能力をできる、だいたい、片言、できないの4群に分けて再度検討した。

帝王切開のオッズ比は、日本語能力が「できない」群が「できる」群に比して、2.2倍有意に高かった(表12)。

#### C-2-9. 「飛び込み分娩」症例の概要

飛び込み分娩は21例で、全外国人分娩の3.2%であった。うち1例の前期破水と、1例の重症妊娠中毒症を除く19例が陣痛発来での入院であった。初産婦は8例、経産婦は13例。入院から分娩までに要した時間は初産婦では全例4時間以上であったが、経産婦では1時間以内が6例と約半数あり、うち1例は救急外来での墜落産であった。

飛び込み分娩群と、それ以外の群を比較した結果を表13に示す。飛び込み分娩例では年齢分布が有意に低かった。また経産婦が多い傾向があった。産前の状況が不明な例が多いため妊娠週数不明例が過半数であった。経産分娩例が有意に多い一方で、低出生体重児の割合が高かった。社会的背景では、未婚者、健康保険未加入者が有意に多かった。また産褥1ヶ月健診受診者は少なかった。

#### C-3. 事例検討

日本語が「できない」ことに起因したと考えられる問題を持つ代表的事例、ならびに飛び込み分娩事例について記述する。

C-3-1. 感染症罹患というプライバシーへの配慮が困難であり、また早期発見・治療が必要な疾患への対処が未受診のためできなかった事例

＜事例 1＞国籍（出身地）タイ。32 歳、1 回経産、在日期間不明。パートナーもタイ出身。ホステスをしており同僚に付き添われて陣痛発来にて入院した。健康保険未加入。最終月経から推定し妊娠 38 週相当、梅毒に感染が認められた（STS 定性 ++、TPHA 定性 ++）。分娩経過には異常なく、頭位経膈分娩で 1810g の児を出産した。児のアプガースコアは 1 分後、5 分後ともに 1 点であり、生後 3 日目に全身臓器原虫感染症のため死亡した。

産後に、同僚に通訳をしてもらい状況を聞き取ったところ、妊娠中は十分な食事や睡眠のとれない生活をしてきたようであった。妊婦健康診査も受診しておらず、破水時期も不明であった。梅毒治療の説明も同僚に通訳を依頼した。経口抗生物質の投与を受けたが、医師から必ず受診するように言われていた産後の健診も未受診であったため、治療が完遂できたかどうか不明であった。

C-3-2. 保健指導が困難で、分娩時に本人がパニックを来した事例

＜事例 2＞国籍（出身地）ネパール。20 歳、初産。在日 6 ヶ月。パートナーの国籍（出身地）は不明。センターで妊婦健康診査受診時に母子健康手帳を取得するよう助産師が促したところ、一般書店に購入に行ってしまう、再度手続きについて説明し直した。分娩中は助産師が付き添ったが、日本語も英語も通じず、本人が混乱し暴れて分娩となった。妊娠 40 週 6 日、正常分娩で 3175g の児を出産。入院中の保健指導は兄が通訳をした。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

C-3-3. 筆談が可能であったが、保健指導が困難であった事例

＜事例 3＞国籍（出身地）中国。32 歳、初産。在日 1 年。パートナーも中国出身。妊娠 40 週 1 日、微弱陣痛のため陣痛促進を行ったが、本人およびパートナーの強い希望により、帝王切開

で 3850g の児を出産した。漢字の筆談でコミュニケーションをとったが、育児指導、産後の健康管理や家族計画指導など、具体的かつ細かい説明は筆談では表現できず、不十分のまま退院となった。

C-3-4. 保健指導や治療、精神的ケアに困難を来たし、また信頼関係も築きにくかった事例

＜事例 4＞国籍（出身地）スペイン。35 歳、初産。在日期間不明。パートナーはフランス出身。本人はフランス語とスペイン語のみ、パートナーはフランス語と英語の会話が可能。助産師は片言の英語を用い、パートナーを通訳とした。妊娠 10 ヶ月、陣痛発来のため入院したが、分娩経過中に本人の思うように周囲とコミュニケーションがとれなかったこと、また自分が思い描いていたバースプランのように分娩が進行しなかったため、イライラし投げやりな様子が見られた。妊娠 39 週 3 日、胎児仮死と分娩停止のため帝王切開で 2780g の児を出産。分娩後もパートナーを通訳とし、パートナーが不在のときはボディランゲージで助産師とのやり取りを行った。希望していた経膈分娩ではなく帝王切開になったことについては、言葉の問題もあり、分娩経過の振り返りなどの精神的なケアが不十分となった。

＜事例 5＞国籍（出身地）中国。28 歳、初産。在日 1 年 4 ヶ月。パートナーも中国出身。外来にはパートナーが付き添い通訳した。妊娠 24 週に前置胎盤のため入院。漢字の筆談とパートナーの通訳によりコミュニケーションをとった。入院病室のなかでも話し相手がいないため自然に孤立してしまう状況であった。言葉の問題から、安静の必要性や程度が上手く伝わらず、同時に本人の自覚症状の把握も困難であった。また医療従事者に自分の気持ちを話したり質問をすることもできず、医療従事者も本人の不安やストレスが容易に想像はできるのに、いたわりや思いやりの言葉を掛けられなかった。

約 2 週間入院し、前置胎盤については軽快

退院となった。その後、妊婦健康診査で定期的に経過観察されていたが異常はみとめられなかった。妊娠 40 週 0 日に異常出血があり外来から緊急入院、常位胎盤早期剥離の診断で緊急帝王切開となった。手術のインフォームドコンセントを得る時点ではパートナーが不在であり、身ぶり手ぶりと筆談で説明し、本人も了承した。児は 3278g、5 分後アプガースコアが 1 点。新生児仮死のため入院加療したが、数日後に死亡した。児の死亡についてはパートナーを交えて本人の気持ちを聞き取ったが、本人が悲嘆のプロセスをたどる様に十分話し合うことはできにくかった。また、常位胎盤早期剥離という予測しにくい突発的な合併症から児が死亡したため、医師の説明内容の詳細な部分や微妙な表現について、理解を得にくかった。

#### C-3-5. 言語の問題で帝王切開を選択せざるを得なかった事例

<事例 6>国籍(出身地) コロンビア。21 歳、1 回経産。在日 1 年 6 ヶ月。パートナーもコロンビア出身。前回妊娠時に児頭骨盤不均衡のためコロンビアで帝王切開を受けていた。今回の妊娠時、センターでは X 線骨盤計測上は児頭通過可能と判断されたが、前回帝王切開の状況が不明であったため、反復帝王切開術が選択された。妊娠 38 週 1 日 2680g の児を出産。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

<事例 7>国籍(出身地) ミャンマー。28 歳、初産。在日 1 年。パートナーもミャンマー出身。妊娠 36 週で他院から転院してきたが、紹介状や母子健康手帳がなく、妊娠経過が不明であった。転院後 2 日目に骨盤位の管理目的のため入院。日本語でのコミュニケーションができないことから、経膈骨盤位分娩の誘導が適切にできないと判断されたため、妊娠 37 週 2 日、帝王切開で 3125g の児を出産。外来通院時に、医師から「帝王切開にはお金がかかるので健康保険に加入した方が良い」と勧められていたが、加入できないということで未加入のままであった。

#### C-3-6. 言語カードを本人と一緒に作成し、分娩時の不安が軽減した事例

<事例 8>国籍(出身地) 中国。36 歳、初産。在日 2 ヶ月、本国で医師をしていた。パートナーも中国出身。来日早々に切迫早産で入院した。当初は言葉が通じず、日本の医療にも戸惑う様子であったが、漢字筆談でコミュニケーションをとったこと、入院中に医療従事者と顔見知りになったこと、また受け持ち助産師が「出産時に使用する言語カード」を本人とパートナーに確認しながら一緒に作成し準備したことで、本人の不安の軽減につながった。妊娠 39 週 3 日、正常分娩で 3070g の児を出産した。

#### C-3-7. 通訳が関わり言語の問題が解決できたと考えられる事例

<事例 9>国籍(出身地) 中国。26 歳、初産。在日 1 年。パートナーも中国出身。外来での保健指導時には情報収集、保健指導が非常に困難であった。しかし入院時には本人が通訳を用意した。妊娠 40 週 6 日、尖型コンジローマのため帝王切開で 3160g の児を出産した。

<事例 10>国籍(出身地) ベトナム。23 歳、初産。在日 8 ヶ月。パートナーは日本人。HIV 感染があり母国で告知をうけていたが、来日後に治療を開始した。HIV 感染があるという理由から妊娠中より小林国際クリニック(神奈川県大和市)の通訳が医療通訳として関わった。新生児のことや疾患についての不安があり、医療にも慣れずますます不安が増強した。本人、パートナー、通訳、センターの HIV コーディネーター、小児科看護師、助産師がチームで関わり、本人も子育てを受け入れた。

#### C-3-8. 言語の問題があったため検査が重複し費用を要した事例

<事例 11>国籍(出身地) 中国。25 歳、初産婦。在日 6 ヶ月。パートナーも中国出身。妊娠 27 週でセンター初診。B 型肝炎の感染(HBs 抗原陽性、HBe 抗体陽性)があった。前医で

血液検査をしていたようであったが紹介状がなく、また肝炎のことを本人が知らされていなかった、あるいは記憶していなかったため、センターでの再度の採血で感染を知ることとなった。パートナーは日本語会話ができたので、通訳のため出産に立ち会ったが、本人が出産時パニックとなった。妊娠 40 週 0 日、胎児仮死のため鉗子分娩で 2860g の児を出産した。

#### C-3-9. 重篤な妊娠合併症や感染症を持った飛び込み分娩例

<事例 12>国籍(出身地)タイ。23 歳、初産。パートナーは日本人だが未婚。日本語能力は片言。健康保険未加入。センター初診時に妊娠 10 ヶ月。血圧 200/140mmHg、尿蛋白陽性、全身の浮腫、腎機能の悪化(血清クレアチニン 1.8mg/dl)をみとめた。本人は約一ヶ月前から浮腫の自覚があったとのことだが、どの医療機関も受診していなかった。B 型肝炎の感染(HBs 抗原陽性、HBe 抗原陽性)もあった。重症妊娠中毒症のため、同日中に緊急帝王切開術施行。3400ml の腹水を認め、術後に胸水貯留と低アルブミン血症を発症した。術中出血は 560g であったが、術後貧血(術後 1 週間後 HB 8.9g/dl、2 週間後 HB 9.0g/dl)も認められた。児は 2615g で特に問題はなかった。産後一ヶ月健診は受診したが、その後の受診は自己中断している。

<事例 13>国籍(出身地)タイ。22 歳、3 回経産、パートナーは日本人だが行方不明。上の子どもはタイに在住していた。日本語会話能力は片言で、健康保険未加入であった。妊娠 10 ヶ月相当(推定)、陣痛発来のため入院、分娩経過は異常なく正常分娩で 3470g の児を出産した。入院時の血液検査から B 型肝炎(HBs 抗原陽性、HBe 抗原陽性、HbC 抗体陽性)と梅毒(TPHA 定性++)の感染が認められた。産後に貧血(Hb 8.0g/dl)が認められた。

#### C-3-10. 突然の胎位異常の分娩にむけて医療体制整備に苦慮した飛び込み分娩例

<事例 14>国籍(出身地)タイ。30 歳、1 回経

産、仕事はホステス。パートナーもタイ出身。妊娠 42 週、骨盤位分娩で 2335g の児を出産した。入院時子宮口 9 センチ開大、入院から分娩までは約 2 時間であった。児は低出生体重時のため入院加療を要した。母子健康手帳を持っていなかった。

<事例 15>国籍(出身地)韓国。30 歳、1 回経産。パートナーは日本人。他県から引っ越してきたばかりで、以前の情報は一切詳細不明。C 型肝炎の感染があった。妊娠 27 週 0 日陣痛発来にて救急車で来院、横位、上肢脱出、胎児仮死のため緊急帝王切開となった。分娩時出血は 688g、産後貧血(Hb 9.6g/dl)と肝機能障害が認められた。児は 1010g アプガースコア 2 点で出生、早産未熟児のため入院加療を要した。

#### C-3-11. 生活背景の不安定さが推察された飛び込み分娩例

<事例 16>国籍(出身地)タイ。20 歳、初産。パートナーもタイ出身。妊娠 37 週相当(推定)。在日 1 年で日本語能力は片言。料理店で働いており、入院前日から陣痛があったが、我慢して働いていたとのことであった。しかし、とうとう我慢できなくなり、午後 9 時過ぎに救急車で入院した。入院から 7 時間後に、正常分娩で 2640g の児を出産した。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

<事例 17>国籍(出身地)インドネシア。26 歳、1 回経産。パートナーの国籍(出身地)は不明。妊娠 39 週相当(推定)。センターの救急外来を受診し、その場で墜落分娩。住所が江東区であったが、なぜ新宿のセンターに来院したのかは不明であった。児は 3420g で特に問題なし。経済的理由により入院期間を短縮した。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

<事例 18>国籍(出身地)タイ。20 歳、初産。パートナーもタイ出身だが、妊娠を告げたとたん行方不明となった。オーバーステイで健

康保険未加入。日本語ができなかったため、友人が付き添い通訳した。妊娠 38 週相当(推定)、分娩経過は異常なく正常分娩で 3300g の児を出産。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

<事例 19>国籍(出身地)韓国。37 歳、1 回経産。パートナーは行方不明。妊娠 5 ヶ月まで給食センターで働いており、健康保険に加入していた。オーバーステイ。3 日前から友人宅に同居しており、その人の紹介で来院、家族はいない。妊娠 40 週 1 日分娩経過は異常なく、入院後約 2 時間足らずで 2770g の児を出産した。

<事例 20>国籍(出身地)タイ。23 歳、1 回経産。オーバーステイ。パートナーはインドネシア出身で、オーバーステイのため拘留されていた。健康保険未加入。前回の分娩もセンターを分娩の 1 週間前に初診、妊娠 37 週で正常分娩していた。今回妊娠 35 週相当(推定)。分娩経過は微弱陣痛であったが、他は問題なく 2664g の児を出産した。児は感染症疑いのため入院加療を要した。第 1 子の世話をする人がいないので、母親の入院期間を短縮した。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

#### C-3-12. 自分の妊娠を受容できないまま分娩に至った飛び込み分娩例

<事例 21>国籍(出身地)韓国。26 歳、初産。パートナーも韓国出身だが、妊娠を告げたとたん行方不明となった。在日 3 年の学生で 6 ヶ月前から在留期限が過ぎており、近々帰国予定であった。健康保険未加入。経済的には本国の両親から援助を受けていたが、妊娠のことは知らせていなかった。本人は「中絶も考えたが、お金の問題もあり悩んでいたら日が経ってしまった」とのことであった。妊娠 38 週 5 日正常分娩で 2320g の児を出産。児は低出生体重児のため入院加療した。子どもを育てる意志がなく、授乳や母子同室、沐浴など子どもの世話も希望せず、医療ソーシャルワーカーと相談し、児は乳児院に入ることとなった。産後 1 ヶ月健診は受診していない。

## D. 考察

### D-1. センターで分娩した在日外国人の背景

1980 年代から日本で暮らす外国人が急増してきた。本研究でもセンターでの外国人分娩数、割合ともに増加がみられた。その大半がアジア地域出身者であり、74.2%が新宿区に居住していた。

今回検討対象となった外国人のほとんどは、いわゆるニューカマーであった<sup>15)</sup>。近年は彼らの定住化傾向が指摘されているが<sup>1)</sup>、同時に本研究の結果から、在日期間 3 年未満の者が調査期間中で常に約 3 割を占めており、新しい外国人の流入も続いていることが示された。健康保険未加入者がおよそ 3 割を占めることを併せて考えると、社会的・経済的に不安定な外国人が相当数存在することが推察された。

しかしこのような特徴は、外国人の国籍(出身地)、地域や自治体、医療機関の受診者などによっても異なることが予測され、単一の対策では必ずしも適切でないと考えられた。

### D-2. 在日外国人の分娩と新生児の特徴

外国人の早産率は 5.3%であり、センターでの日本人分娩例との間に有意差は認められなかった。また 2000 年の日本国内での早産率は 5.4%であり<sup>16)</sup>、センターでの分娩例もほぼ同様の数値であった。

低出生体重児の割合は、外国人で 6.4%、日本人で 10.0%であり、日本人で有意に高率であった。2000 年の日本国内での低出生児割合は 8.6%であり<sup>16)</sup>、センターの日本人分娩例で低出生体重児の割合はやや多い。その理由として、センターが母体搬送を受け入れることからリスクの高い症例が集まりやすいためであると考えられた。以上から、早産率、低出生体重児の割合という点からは、外国人と日本人でリスクはほぼ同じと考えられた。

分娩様式を比較すると、外国人に帝王切開が高率であった。またその適応では「子宮癒痕」「本人の希望」が日本人に比べ高率であった。

さらに外国人の中でも、日本語会話が「できない」者が、それ以外の者に比べて、帝王切開のリスクが高かった。松井らはセンターの1996年までの分娩例の検討で同様の傾向を既に指摘している<sup>17)</sup>。本研究でも日本語会話能力が低い場合には、帝王切開率が増加することが確認された。

在日外国人に言葉の問題があると、既往分娩や産科手術に関する情報不足のため試験分娩に必要な情報を得られず、反復帝王切開をせざるを得ないこと、また言葉が通じないことで、医療従事者が有効な分娩誘導と指導ができず、産婦自身や家族も早期に分娩が終了する帝王切開を希望する、という状況が推察される。周産期医療現場において、言語コミュニケーションの問題は、早期に解決しなくてはならないものである。

### D-3. 日本語ができない事例 - 問題点と対策

外国人に限らず、妊娠・出産・育児は身体的精神的変化をとともう、「命をかけた」できごとであり、母子の安全と安楽、自立を守るために、妊娠以前あるいは妊娠早期より、知識の普及と生活指導、医学的管理、パースプランの構築、社会資源の情報提供など総合的な支援が必要である。しかし、日本語ができないことに起因して、医療従事者と妊産婦との間で適切な意思の伝達ができないこと、また保健医療サービスに関する情報が共有されていないこと、の2点が外国人の場合に特有の問題として指摘できる。以下にこれらを詳述し、その対策について考える。

#### D-3-1. 問題1 - 適切な意思伝達の阻害

外国人妊産婦の日本語能力に問題がある場合、医療従事者とコミュニケーションがとれないことで、多くの問題が発生する。

第一に既往歴を含めた病歴や自覚症状の確認が困難となる。そのため場合によっては急を要する分娩の場において、本人からの情報収集に手間がかかる上、情報も限定されてしまうことが起こりうる。また刻一刻と変化する妊産婦の

状況把握を客観的な観察のみに頼ることとなり、医療従事者の負担が非常に大きくなる。また前回の分娩情報や他院受診情報の不足から、リスクをさけるために帝王切開を選択せざるを得ない事例があるなど、分娩方法が限定されることさえある。

また治療内容の説明も困難となるため、特に重篤な合併症や母児の予後が悪い疾患を罹患している場合など、医師患者信頼関係の形成も含めて診療に支障をきたすことがある。さらに分娩時には特に不安が増強しやすいため、正常分娩の場合でも産婦の混乱やパニックを引き起こし、適切な分娩誘導が困難となる。

また自分の意志を医療従事者に伝えられないという問題がある。したがって、あらかじめ本人が希望していたパースプランを実践することも困難になる。妊娠から産褥を通しての妊産婦への精神的な支援は、外国での妊娠・出産・育児であれば尚更に重要視されるべきことであるが、言語の問題があると、もっとも阻害される部分である。医療従事者自身も妊産婦の問題を認識しながらも、適切な医療や看護を提供できないためにストレスを感じることになる。

#### D-3-2. 問題2 - 保健・医療・福祉に関する情報不足

外国人妊産婦が保健医療福祉制度を利用する際に、必要な情報が得られない問題がある。例を挙げると、日本の医療保険制度、出産育児一時金、入院助産・養育医療・育成医療制度、施設での医療設備や看護体制、母子健康手帳の交付と利用、病院での医療ソーシャルワーカーの利用、保健所における母親学級、などの情報が不足している。

また、受診していた医療機関を変える際に紹介状やデータがあれば、不必要な検査の重複を避けられるが、そのシステムを本人が知らない場合もある。

### D-3-3. 問題の解決策

事例を振り返り、医療従事者と外国人妊産婦が言語的なコミュニケーションをとるために、通訳の専門家、家族や友人による通訳、言語カード、ボディランゲージなど多くの方法を駆使していたことがわかった。

センターでは、他院から支援を受けたり、本人が通訳を同伴してくる場合を除き、ほとんどは家族や友人に通訳を依頼した。生活での注意点など家族が共通して理解しておいた方がよい事項もあり、日常生活の指導や情報収集などは、専門の医療通訳に頼らなくても良い場合もある。施設に通訳がないから外国人妊産婦の診療ができないと考えるのは誤りである。

しかし、一方で、家族や友人に通訳を依頼する場合、いくつかの問題が残される。妊産婦のプライバシー確保、通訳者の時間的制限、通訳に期待される仕事量の増加、医学専門用語が通訳し難い、などという点である。特に医学上の問題が起こった場合、第三者による適切な専門的通訳が望まれる。医療従事者と患者、家族のインフォームドコンセントに基づいた医療を進めるためには、ボディランゲージや筆談だけでは不十分であり、母語によるコミュニケーションが必要であることは言うまでもない。特に感染症の罹患や治療説明、異常時の治療や看護、経過の説明などは医療通訳が行うべき事柄である。

今後日本がますます多民族化していくことを考えると、各施設や自治体で医療通訳体制を整えることが必要である。しかし、一施設、一自治体で体制を整えるには、人材確保の面で困難なことが多いため、組織的に医療通訳養成とネットワーク強化、医療通訳者の身分保障などの方策を検討すべきである。通訳体制を整えた上で、家族や友人の通訳、筆談などで済まされることと、専門的な通訳に依頼することを区別すれば、医療従事者や外国人妊産婦双方にとって言葉の負担が軽減すると思われる。

また分娩にむけて、施設見学や医療従事者との交流、分娩時に親しい家族が立ち会うことが不安の軽減につながるの、外国人に限ったこ

とではない。言語カードも、既成のものを使用するだけでなく、本人や家族を交えて確認しながら作成する方が、本人や医療従事者自身の意識を高め不安の軽減につながる。センターでは外来診療の際に妊産婦に配布する入院案内は、センターを利用した外国人妊産婦に協力を得、各国の対訳版を作成している。手作り感があり、かつ種類も多くそろえることができるので、医療への抵抗感の軽減に役立つ。

上述したような実施可能な対策は、費用の面では施設単独で行うことには限界があり、またその効率も悪い。厚生省母子保健強化推進事業のひとつである「外国人母子への指導体制の整備事業」は、各自治体に向けられたものであるが、同様に医療機関に対しても、適切な支援を行っていくべきである。

### D-4. 「飛び込み分娩」事例 - 問題点と対策

#### D-4-1. 事例の特徴と問題点

飛び込み分娩例の特徴として、妊娠中毒症や感染症を未治療のまま放置していたり、パートナーが不在、超過滞在者、健康保険未加入など社会的・経済的に不安定な状態で妊娠・出産を経験する例が多いことが明らかとなった。また、母子健康手帳を持っていない、妊婦健康診査だけでなく産後1ヶ月健診も受診していないなど、医療機関へのアクセスが阻害され、母子保健上の支援を享受できていない例が多いといえる。

飛び込み分娩の問題点は、(1)まさに受診した時点で分娩が進行中であるため、妊産婦の情報が非常に少ない状態で分娩に至ること、(2)妊産婦が身体的に安全に出産が出来る状態とは限らないこと、(3)胎児の健康状態に関する情報が不足している上、必ずしも新生児が良い健康状態とは限らないこと、(4)分娩までに医療従事者との信頼関係が築かれていないことである。また医療従事者にとっても、種々の判断材料に欠けることから、通常以上に緊張とストレスを強いられる分娩であることも問題となる。

#### D-4-2. 医療機関の課題

外国人妊産婦が、母子健康手帳を取得し、定期的に医療機関を受診するには、(1)その必要性和利点を十分に理解していること、(2)経済的に安定していること、(3)医療従事者と信頼関係が築けていることが必要である。

母子健康手帳と妊婦健康診査の必要性や利点を説明することは、周産期医療に関わる医療関係者の義務であり、妊婦が納得するまで十分に説明し、その理解を確認することが必要である。その過程で、医療従事者との信頼関係も自然に築かれると思われる。

経済的な支援は、医療保険制度、入院助産制度、未熟児養育医療、育成医療の適切な利用によって可能となると考えられるが、これらの点については後述する。

一般に外来診療において、医療従事者は「次回のような診療や検査を、何のために行き、費用はどのくらいかかるのか」を説明すべきである。日常診療の中で多くの時間をさくのは困難な場合も多いが、パンフレットやポスターなどの媒体を駆使し、説明の助けとしたり、それらによって本人の意識づけを助けていくことは可能であると考えられる。

また、飛び込み分娩をした妊産婦にとって、入院出産は彼女らが唯一医療にアクセスできた機会であり、医療従事者はその機会を利用して、母子が健全に生活を営むことができるよう、適切な母子保健制度や医療保障制度を適用し支援すべきである。同時に将来の家族計画、妊娠・出産への対応、子どもへのワクチン接種や健康診断など、総合的に保健・医療に関する説明を行うべきであると考えられる。

#### D-5. 健康保険制度の現実と課題

在日外国人の加入している健康保険は、国民健康保険が最も多く約5割の者が加入している一方で、未加入者も3割みられた。入院助産制度を利用した者は約1割であった。

国籍（出身地）別に加入している健康保険を検討すると、「韓国・朝鮮」と「中国」の外国人の傾向が類似しており、国民健康保険が最も多

く約6割、その他の保険が約2割、健康保険未加入の者が約2割であった。「フィリピン」の外国人は、国民健康保険、その他の保険、健康保険に加入していない者がそれぞれ約3割であった。「タイ」の外国人は健康保険に加入していない者が最も多く8割を占め、次いで国民健康保険が1割であった。

韓国・朝鮮人ならびに中国人は、日本での居住歴も古く、世代を重ねていることもあり、たとえ本人がニューカマーであっても、親戚縁者が日本に定住していることも多い。また多くの同国人コミュニティが確立されている。そのため、日本の健康保険制度に対して知識や情報があり、加入に対する抵抗感が比較的小さいことが予測される。また職業をみると、国民健康保険に加入しやすい「留学生」であることもしばしば見受けられる。入院助産制度の適用者が「韓国・朝鮮」「中国」が多いのも、生活基盤が日本に定着しており、それだけの情報を手に入れるツールを持っている現れだと考えられる。

フィリピン人は、そのパートナーが日本人である場合が多い。そのため健康保険に関する知識や情報があり、また在留資格からも健康保険に加入しやすいと思われる。

逆に、地域にコミュニティのない外国人や日本語の不自由な外国人の場合、情報不足から健康保険に関する正しい知識が伝わりにくい。さらには在留資格の問題から保険に加入できないこともある。さらに、いつ利用するかわからない健康保険のために、お金をあらかじめ定期的に支払うという制度に加入することには大きな抵抗を示す場合もあるだろう。

外国人の在日年数の推移をみると、常に新しい外国人の流入と流出があると考えられ、しかもほとんどの外国人は「今後日本に永住するかどうか決まっていない」ニューカマーであることが推察される。現在の国民健康保険制度は、年金や介護保険への同時加入を義務付けている自治体がほとんどであり、そのため負担する保険料も比較的高額となる。いつまで日本に居住するかわからない外国人に

とって、恩恵を受けられるか定かでない制度に加入しなくてはならないことが、健康保険加入を阻害する一要因と考えられる。

保険未加入の場合、病気になっても高額な医療費を支払えないので、「自覚症状があってもぎりぎりまで我慢して病院には行かない」「市販薬で済ませる」状況を作り出し、結果として病状が悪化してからようやく医療機関を受診し医療費がさらに高額となる、という悪循環を繰り返すという事例もみられた。

吉岡らは、すでに1992年の厚生省心身障害研究報告書の中で、「生命に関わる緊急医療対策については、外国人の医療保険の設置、あるいは基金（中略）の創設等を考慮すべきではなかろうか」と指摘している<sup>18)</sup>。本研究で明らかになった問題事例に対する解決策としても、やはり在日外国人の基本的な人権を保障する最低限の医療保険制度について一考が必要ではないだろうか。

#### D-6. 母子保健制度の現状と課題

飛び込み分娩の事例では、妊婦健康診査を利用しない理由の1つに経済的理由が挙げられていた。妊婦健康診査に必要な費用は、基本的には全額自己負担となるため、経済的に困窮している妊婦は受診しにくい。母子保健法に定められている「保健指導票」交付により、収入の少ない世帯や生活保護世帯の妊婦は費用が免除されるが、適用要件が限られていることがあるほか、検査の種類や内容によっては自己負担が必要となる場合がある。しかし入院助産制度の適用を早くから受けることによって、助産扶助が受けられる場合があり、それによって妊婦健康診査の受診が容易になると考えられる。

また新生児については、必要な場合に養育医療あるいは育成医療が適用できる。しかし、地方自治体に適用の裁量と、適用された場合の医療費負担額決定が任されており、地域によっては必ずしも適切に運用されているとはいえないと思われる<sup>19, 20)</sup>。

以上のように、妊娠・出産・育児にあたっては、特に保険未加入の場合やオーバーステイの

場合に、考えてもいないような多額の医療費が必要となり、それが本人もしくは医療機関の負担になる場合がある。またそれが外国人妊産婦を医療機関から遠ざけている大きな要因の一つと考えられる。現在の健康保険制度が外国人にとって加入しにくいものである以上、特に擁護を必要とする母子保健上ハイリスクな妊産婦や新生児に対し、母子保健法と児童福祉法を適切に運用すべきである。これらに定められた給付制度は、外国人の在留資格および外国人登録の有無に関わらず利用することができることが、すでに内閣総理大臣の国会答弁で明らかとなっている<sup>21)</sup>。したがって、地方自治体による格差が存在するならば、それは速やかに是正されるべきである。

さらに前項で述べたが、外国人妊産婦が適切に医療にアクセスできるよう、彼女らへの妊娠前からの情報と知識の提供、啓蒙は大きな課題である。「妊娠したら母子健康手帳を取得し、定期的に妊婦健康診査を受ける」という最低限の情報を在日外国人に届けるには、外国人の出入国、医療、教育などに関わる機関や施設、地域や自治体、マスメディアが協同する必要がある。

#### E. 提言

##### 1. 専門的医療通訳の導入

在日外国人に対する周産期医療において、特にインフォームドコンセントが適切に得られないという点が大きな問題となっている。外国人に対して日本人と同様の、インフォームドコンセントに基づいた医療を提供するためには、専門的医療通訳を導入する必要がある。専門職としての医療通訳を確保するためには、その養成とネットワーク強化、身分保障が必要である。

##### 2. 入院助産、養育医療の必要例への適用

母子保健法と児童福祉法は、在留資格に関わらず適用できる制度である。しかし、一方で、自治体によっては異なる対応を示し、個人や医療機関に混乱を招いていることもある。