

移民女性の保健医療サービス利用の経験 —交差性を切り口にした課題の探求—

阿部 貴美子

1 はじめに

日本に暮らす「外国人」(「在留外国人」)⁽¹⁾の数は、2018年末に273万人(法務省 2019)に達した。同年12月の出入国管理及び難民認定法の改定により新たな在留資格が創設されたこともあり、今後も「外国人」、つまり移民の数は、増え続けることが見込まれる。新たに創設された在留資格の中には、家族の帯同が認められる資格もある。人数が増えているだけでなく、出身国などによる多様化が進み(法務省 2019)、在留資格の増加は、同じ国からの移民の間でも多様化が進むだろう⁽²⁾。これらの移民も含めて、誰もが「人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに」健康であることが基本的人権である(WHO:世界保健機関憲章)。

保健医療サービスの利用には、病気の治療や予防、発見をおこない、健康の回復や増進、あるいは維持することも目的に含まれる。移民が保健医療サービスを必要十分に安心して利用でき、健康である状態は、移民先の社会への移民の統合が進展する場であり、また、統合の進展を測り得る重要なドメインのひとつである(Ager and Strang 2008)ためである。統合の意味するものについては、移民政策があり、移民や難民の受け入れが日本よりもはるかに多い欧米の国々でも議論が定まっていない(Phillimore 2012)が、本稿での統合は、移民と

受け入れ先の社会の両者がともに変化し、適合していく双方向性を備えたものとして扱い、移民に対して一方的に適合を求める同化とは異なる(Strang, Baillot and Mignard 2018)。

国内の移民の保健医療サービスの利用については、これまで、医療サービス利用の際に言葉が通じないことが、大きな問題として指摘された(沢田 2015, 中嶋・大木 2015)。これについて、地方公共団体は、総務省の2006年の「地域における多文化共生プラン」に基づいて、「外国人」が安心して医療サービスを利用できるように言語面を中心とする整備を進めてきた(李 2018a)。厚生労働省は、2014年以降、医療通訳の活用に関する研究やモデル事業の実施、さらに資格認証の実用化にむけた研究を進めている。また、一部の地域では、地方公共団体が設立に協力した国際交流や国際化を推進する財団法人やNPOが、ボランティア通訳や医療通訳の派遣を行い、医療機関が医療通訳の設置を行ってきた。上記の法改定に伴い、「外国人材受入れ・共生のための総合的対応策」が閣議決定され、医療分野では、医療サービスの現場での多言語対応を進める施策を主に実施することになった(外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議 2018:6-7)。

日本に暮らす273万人の「外国人」のうち女性は約140万人で、男性よりも8万人近く多い(法務省 2019)。女性は、病気以外にも、妊娠

と出産、また子どもの病気などで保健医療サービスを利用することが多い。実際、外国人女性の出産数は年間2万件にのぼる(李 2018b)。保健医療の現場からは、たとえば、ある宗教の移民女性は、医療施設に行く時には必ず夫⁽³⁾の同行が必要である、あるいは、診察の場で夫が通訳する場合に、医師に対する女性の質問を、夫が取捨選択して通訳するという報告(かながわ国際交流財団 2019; シェア=国際保健協力市民の会 2019)があった。これらは、ジェンダーと深く関わっている事柄に見える。移民女性たちは、必要な保健医療サービスを安心して利用できているだろうか。移民女性は、ジェンダーだけではなく、人種、経済的階級、エスニシティなど社会的階級という属性も備えている。そのため、それぞれの分類による不公平だけでなく、それらがマトリックス的に交差することからの不平等(交差性)に直面する(Yuval-Davis 2006; McCall 2005; Truong 2019)が、このことは、移民女性が保健医療サービスを安心して利用することに、どのように影響しているのだろうか。

2 本稿の目的

本稿では、移民女性は、ジェンダー、人種、エスニシティなどの交差性による複合的な不平等を受けることを切り口として、結婚を通じて日本に住むようになった移民女性の保健医療サービスの利用の経験から、移民女性が保健医療サービスを利用する際の課題を探った。本稿は、著者が2019年に行った移民女性の保健医療サービスの利用の経験に関する研究の一部である。

3 先行研究

移民女性は、ジェンダーだけではなく、人種、経済的階級、エスニシティなど社会的階級によっても分類され、個人レベルでそれぞれの

分類による不公平だけでなく、属性がマトリックス的に交差することにより、複合的で複雑な不公平や差別を経験する(Yuval-Davis 2006; McCall 2005; Truong 2018)。さらに、女性は、保健医療サービスを利用する場合には、パターンリズムで特徴づけられる医師と患者の関係に組み込まれる。自分の子どもが病気になれば、患者である子どもの利益の代弁者となることから、やはりこの患者の立場に立つ。パターンリズムは、医師は専門的で知識や技術を豊富に備えている一方で、患者はそれらを持たず、さらには病気によって自己決定能力が落ちているとみなす。また、このような非対称的な力関係に基づいて、医師は患者にとって最良の治療法を選択し、実施し、患者は、それに従順に従うものと位置づける(Falkum and Førde 2001)。1980年代から患者の医師に対する力は、インフォームドコンセントの普及に伴い、相対的に強まったという主張がある(Falkum and Førde 2001)。しかし、性差別的で女性への抑圧の強い社会では、女性の知識は少なく、理性と自己決定能力が劣っているという見方が根強く、これは上記の「患者」の特性と合致するため、女性は病気になって医者にかかる、パターンリズムの対象である「患者」になりやすい。それによって、いっそう女性の力が弱めらる(Sherwin 1992=1998)。

日本における国際結婚の数自体と全結婚数における割合は、2006年までは伸び続けて夫が日本人で妻が外国人である結婚数は3万6千件に迫ったが、その後、減少に転じている(厚生労働省 2017:26)。本稿では、結婚を通じて来日した移民女性を、便宜的に3つのグループに分ける。配偶者としての役割を担うこと期待されて、いわば結婚を目的として来日する女性(「結婚移民」)と、労働や留学を目的として来日したが、日本人男性と結婚して居住を続ける女性、

さらに結婚も労働も目的ではなく、日本人男性と結婚した結果として、来日し居住することになる女性である。

結婚移民が、注目されたのは、1980年代後半から東北地方などの農村における嫁不足対策として、農村の独身男性の海外お見合いツアーなどを通じて、フィリピンや中国などから女性が花嫁として来日し、それがマスコミで広く報道されたことによる(安藤 1988)。研究面では、これらの女性は、現代の日本女性が回避する農村社会の強固な家父長制に組み入れられた犠牲者や、それを維持する者であると指摘する研究が先行し、続いて犠牲者としての位置づけを批判し、女性たちが獲得した経済面での自立性や経済的な資源管理能力に見られるエージェンシーを指摘する研究がなされてきた(高谷 2018)。また、「興行」資格という在留資格で来日したものの、実際にはパブなどの飲食業等で男性を接客する女性が日本人男性と結婚した事例についてエージェンシーを見出そうとする各種研究もある(齋藤・ルアンケーオ 2011)。

日本人男性と結婚し、来日した移民女性の在留資格(「日本人の配偶者」)は、「結婚移民」であろうと、結婚した結果の来日であろうと、永住許可申請をして永住者の資格を得る前には、夫が身元保証人となることが求められる在留資格更新を複数回行う必要があるため(高谷 2018)、ジェンダーによる力関係が強化され、女性側が不利益を被りやすい。移民女性がこの身元保証人に関する制度の十分な情報を知らない場合、例えば、夫からのDVを受けていても、夫から逃げることや離婚することができない移民女性が存在する(シェア = 国際保健協力市民の会 2019)。

移民女性の保健医療サービスの利用について、移民女性のジェンダー、人種、エスニシティなどの属性からもたらされる交差性を踏まえた

研究は、今後の進展を待ちたい。

医療側ではなく、移民女性の側の認識や経験を調査した研究は少なく、かつ、その中では妊娠や出産、育児に関する利用を対象とするものがほとんどである。サービス利用上の課題は、日本の保健医療サービス(システム)が理解できない(橋本ほか 2011; 植村ほか 2012)と医師の説明が分からないこと(林・森 2002; 植村ほか 2012)が指摘された。ブラジル出身の妊産婦は、自分の日本語レベルからは通訳が必要と認識し、医療通訳を利用していた(植村ほか 2012)。日本人との日本語での意思疎通に困難がある男女の移民の患者グループでは、医療通訳を利用することで医師からの説明を適切に理解できたと認識していた(濱井ほか 2018)。

4 方法

(1) 調査および分析方法

結婚を通じて来日した移民女性に対して、本人あるいは子どもが保健医療サービスを受けた際の経験について、インタビュー調査(深層)を2019年8月に実施した。インタビュー実施前に、研究とインタビューデータの取り扱い(匿名性とプライバシーの保護など)について説明し、同意を得た。インタビューは、英語と日本語で1時間半から2時間弱行い、許可を得て録音した。録音データをテープ起こしして、コーディングし(Nvivo使用)、分析した。本研究は、明治学院大学社会学部社会学科の研究倫理委員会の倫理審査を経て、許可を得ている。

(2) 調査者対象者

インタビューの対象者の人数は4名で、結婚により来日した外国人の女性で、東京近郊の住宅地と工業団地、農地が混在する地域の複数の市にバラバラに住んでいる。本人の特定を避けるために、各自をアルファベットで表し、個人

表 1 調査協力者の属性

名前	年齢	出身国	来日した年	学歴	職業(全員パート)	夫の年齢	夫の職業	夫の親との同居	子どもの数
A	40歳代後半	中南米	1990年代後半	大学卒業	事務	60歳代前半	会社員	有り(母、3年前まで)	1
B	50歳代前半	フィリピン	1990年代後半	大学卒業	清掃	50歳代後半	会社員	無し	1
C	40歳代前半	フィリピン	2000年代前半	大学卒業	販売	50歳代後半	会社員	有り(両親)	2
D	40歳代後半	フィリピン	2000年代前半	大学卒業相当の専門学校	介護	40歳代後半*	会社員	無し	2

注:*夫は「日系人」。

の属性は限定的に公開する(表1)。彼女たちのうち3人の夫が日本人で、1人は日本人移民の子孫である「日系人」で、この夫の在留資格は定住者である。夫たちは全員会社員である。結婚により来日することになったが、移住のための手段として国際結婚したのではなく、夫とは出身国で知り合い、夫が帰国あるいは来日することに伴い、日本に来ることになった。最短でも10年以上、日本に住んでいる。学歴は、出身国の大学卒、またはそれに相当する学歴を持っている⁽⁴⁾。全員がパートとして働いている。

5 調査結果

(1) ジェンダーによる医療サービスへのアクセスの制限

外国人の女性が、日本人の夫の親と同居していて、夫あるいは義理の親が、「嫁」である外国人女性の保健医療サービスへのアクセスと資源を管理している場合、女性の保健医療サービスへのアクセスが制限されていたり、女性がどこでどのような治療を受けたいかという自己決定とその実現が十分にできない状態になっていた。

Aさんは40歳代後半の南米の出身で、1990年代の後半に、出身国に今の夫が出張してきて知り合い、結婚して、来日した。日本には来たく

なかった。来日時、日本語はまったくできなかった。自宅周辺には、英語を話す人もいなかったため、「絶望的な気持ち」だったという。来日してから30年近く義理の母と同居していたが、義理の母は、Aさんが外国人であることを否定的に捉えていて、そのために、Aさんは、義理の母から様々な行動を制限され、それに従っていた。

義理の母は、わたしに、「家の中にいてくださいね、近所を歩きまわらないでくださいね、皆があなたを見るのだから。あなたは違うのだからね。」と言いました。(冬のある日は、「今日は、家に人が来るから、あなたは、こたつの中に隠れていて、出てこないでください」と言いました。彼女は、誰かが私を見るのが嫌だったのです。(Aさん)

行動の制限は、Aさんが緊急の対応を要する病気になった時に、事態に悪影響を及ぼした。

義理の母は、救急車を呼ぶと、サイレンの音などで近所の住民に迷惑をかけるため、急病の場合でも救急車は呼んではいけない⁽⁵⁾と以前から言っていました。わたし

には、それは理解できなかったのですが、義理の母が言うことなので従いました。実際、二度、救急車を呼びたい時がありましたが、使いませんでした。一度目の時は、夫の車で病院に行きましたが、そこでは、救急車で来ないと診察しないと断われました。しかし、ちょうどその時、救急車がその病院に患者を運んできて下ろしたので、その救急車で別の病院に行くことが出来ました。(Aさん)

二度目の時は、Aさんが、前の週に手術を受けたところから、突然、自宅で大出血した時だった。Aさんは、救急車を呼ぶことができなかったため、出社した夫に連絡し、夫の帰宅を待ち、夫の車で一般外来に行き、順番待ちすることになった。この間も出血が続き、順番が来て診察室に入ってすぐに、Aさんは、貧血で倒れてしまった。その後、緊急手術になり、Aさんのその時の容態は、実は一刻を争うものだったことが分かった。

(2) 夫や義理の親が決定する

移民女性が医師からの説明の内容が十分に分からない場合、治療法は、夫や義理の両親、義理の母が決定しても、女性は、これらの人々との力関係の中において、決定に異議を唱えることができず、女性の望んでいたものとは異なる治療が行われていた。また、説明の内容が十分に分からない場合でも、女性自らが医師の言うことに従った方がいいと考えて、言われたとおりの治療を受けていたこともあった。

Bさんは、50歳代になったばかりで、出身国で大学を卒業後に、出身国に仕事で来た日本人の夫と出会い、1990年代後半に結婚して来日した。義理の母と同居したことは、ない。自宅の

ある市から沿線主要駅まで通勤して宿泊施設で清掃の仕事をしている。Bさんは、本人によれば日本語は、まあまあできる。友人たちもそれを認めており、自分よりも日本語ができない同じ国の出身の女性の友人から頼まれて、医療施設に同行したり、友人から病気について相談のような話を聞く機会が何度もあった。

Bさんの友人は、東北地方の農家の男性との結婚により来日した女性がいた。Bさんは、この女性が乳がんにかかり、見舞いに行った時の話をした。この女性は、乳がんの転移が起きて、三度の手術をしたが、その後、亡くなった。病院と治療方法は、彼女の夫と義理の両親がすべて決めていた。日頃から、家計は、義理の母が管理していて、医療費を含めて彼女に自由にできる金銭はなかった。医師とのやりとりでは、彼女が外国人であることや彼女の日本語のレベルが、さらに彼女の自己決定に影響をしていた。

彼女は、病院と治療方法を変えたいと本当に望んでいました。でも、医師や病院、治療法を決めるのは、夫と義理の両親でした。彼女はコントロールされていた……。私は彼女に聞いたのです。「医者と話をした？ 医者とコミュニケーションできるの？」「うん、いくらかは。でも、私が外国人だから、私は差別のようなものを感じたの。特に、私が彼らの話している用語が分からなかった時に。私は、(こういう時に)ふさわしい複雑な日本語は話せないし」。(Bさん)

Bさんには、もう一人日本人と結婚していて、乳がんにかかり、手術を受けた友人がいた。Bさんによると、この女性は、体調不良のために食が進まない時も、夫が家計を管理しているために食べられそうなものは買わずに、結果的に

食べるものが減っていた。

(3) 女性への説明の軽視

移民女性は、ジェンダーによる抑圧と孤独による心理社会的ストレスのために体調を崩すことがあった。そのために医療施設を利用する際に、そこでもジェンダーと、外国人で言葉が不自由なことに関連する問題に直面する。日本人の夫が同行すると、医師が夫とだけ、それも非常に短時間、会話する。この場合、移民女性は、夫が通訳した医師の説明の言葉そのものは理解できても、どういう病気なのか、あるいはどうしてその治療をするか理解できず、治療内容は適切なか判断できず不安に思っていた。

Aさんは、救急車を呼ぶことが出来ずに大変な体験をする前に、同居している義理の母に行動を管理され、言葉もあまり出来ない状況で、心身に不調を抱えた。Aさんは、それはストレスによるものだったと話した。

その時は、気分が悪く、悲しく、孤独を感じた……。いろいろな(出来)事もあって。それで医者に行ったのですが……。 (Aさん)

微熱があり、軽い風邪のような症状が出たため、夫と一緒にいった近所の診療所では、医師と夫の間で、「彼女は頭痛がしています。熱もあります」、「分かりました。分かりました」、というとても短く簡単な会話がなされただけで、医師からは、Aさんには何の質問もなく、触診も聴診などもなく、粉薬が処方された。薬の説明もなかった。このため、そのことに納得がいかず、また、薬を飲むのは不安だったが、薬を飲んだ。薬を飲むと少しはよくなるが、薬を飲み終わりしばらくすると、以前と同じ状態に戻った。これが繰り返し起きた約4か月の間、

何度か夫とこの診療所に行き、医師と夫の同じような会話がなされ、同じと思われる薬が処方された。Aさんは不安を感じながらも、なすすべもなく、結局、薬を飲みつづけた。

(4) 外国人に対する差別的対応

移民女性たちは、保健医療サービスを利用した際に、彼女たちが外国人であることにより、差別的とも言える対応を受けていた。

Cさんは、40代前半で、来日したのは10年ほど前である。出身国の大都市で生まれ育ち、大学卒業後は、家族の経営する会社で働いていた。出身国に、今の日本人の夫が働きに来た時に出会い、結婚した。夫との会話は、現在まで英語で行っている。結婚後5年間は出身国に住んでいた。その間に子どもが生まれたが、夫が日本に帰国することになり、子どもとともに来日した。

来日した時、日本語はまったく話せず、今でも日本語はうまく話せない。来日後からずっと義理の両親と同居している。同居は、最初の3年間はとても大変で、「だから、自分は強くなった」(Cさん)。出身国では、夫婦が夫の親と同居することはほとんどない。

来日時、子どもは1歳で、いつも病気がちであったため、子どもを診療所によく連れていった。どこの医療施設にいく場合でも、初回は夫が同行したが、緊急時を除いて、2回目以降はいつも自分ひとりで連れていった。「かかりつけ医」のように行く診療所と、その診療所が休みの日だけ、必要があれば行く診療所があった。

……その頃、わたしは、子どもがまだ小さく、(私はよく医者)に質問しました。……子どものことがすごく心配だったから、いつも質問していた。(Cさん)

後者の診療所での経験をCさんは、話してくれました。Cさんはここの医師には片言の日本語で会話した。

わたしは日本に来てから、日本では、患者が診察室に入って、3分後には出てくるのをいつも見ました。(診察は)すごく簡単で、患者は質問しません。医者がある何かを言って、薬を処方して、それで終わりです。……(その診療所の先生は)多分よい先生だと思いますが、話すことが本当に好きでないです。(Cさん)

そう言ってCさんは、筆者から上半身を横に向けて、パソコンのスクリーンを見ながら指を動かしてキーボードを打つふりをした。その医師がCさんと顔を合わせずに、スクリーンを見ながらキーボードを打つ様子のマネである。Cさんは、医師の言葉の部分は、日本語で再現した。

(先生は、)「はい、次、はい、次」(とわたしに次々に尋ねながら、パソコンで)何かを書きます。そこで、わたしが(先生に)質問を始めると、「オーケー、薬、薬」といつも言いました。(Cさん)

Cさんは、「薬、薬」のところで、筆者の方でも、「スクリーン」の方でもない方を向いた。Cさんは、「薬、薬」とは、「あちらに行きなさい、薬を出す所へ行きなさい、薬を出す所へ行きなさい」という指示であったから、質問せずに診察室を出たという。

Cさんは、これと同じ経験を何度かして、この医師には説明が理解できなくとも質問することはやめ、また、出身国では、患者は、医師に自分の病気や身体の状態について何でも質問で

き、親も、自分の子どもの病気に関して同じことができるが、日本では、医師には、質問しないことにしたという。これは、夫やその他の人に言われたからではなく、自分でそう決めたという。

インタビューした移民女性全員が、これまで受けた診察は、時間がとても短かったと指摘した。また、Aさんと、Cさん、Dさんの3人が、自分の出身国と違い、聴診、触診、打診、また、まぶたの裏の血管のチェックのいずれもない診察ばかりを経験した結果、日本ではそういう診断法はしないものと理解していた。

Aさんは、患者の身体に触る各種診断法が自分に行われないことについて、自分が外国人だから、差別され、身体に触る各種診断法が行われないのではないかと考えている。

その医者は、わたしを診たくないのです。わたしに触りたくないのです。わたしは、もちろん日本語ができないし、医者はわたしには触りたくないし、……

知り合いの外国人も言っていました。「日本人の医者は、外国人には触らない。何故だか分からないけれど。でも、たぶん、自信があまりないためか」。(Aさん)

Dさんは、大学病院で重たい病気ではないのにMRIなどの先端技術を採用した医療機器による検査を何度か経験した。それらを通じて、日本では診断にそのような医療機器が多く使われるという認識を持つようになったものの、聴診、触診、打診など患者に触れる診断法がない診察には疑問を呈していた。

何故、患者の身体に触っての診断法が全然ないのですか？わたしは、医者は、患者から(身体に触る診断からも)の情報も使っ

て、診断できるものと考えます。(Dさん)

Aさんは、医療関係者に、自分では当然と考えた要望を伝えて、嫌がられり、叱られたりした経験がある。Aさんが、手術後に自宅にいた時に大量に出血したから救急車を呼ぼうとしたが、義理の母から止められたため、自家用車で一般外来に行き、外来で順番待ちをすることになった件は上記した。Aさんは、外来の窓口で、大量の出血が続いていて、緊急なので早く診てほしいという要望を、夫が日本語で、自分は片言の日本語で何度か伝えた。しかし、看護師から強い口調で、「みんなここで待っているのだから、待ってください」と「それは緊急ではありません、ここで待ってください」「待ってください」と言われ、仕方なく待ち続けた。診察の順番が来て、診察室に入ったところで、手術を担当した医師から英語で「前の時に、自分がすべてきれいに(手術)したのだから、あなたは具合が悪いわけがない。外国人はみんなうるさい」と言われた。Aさんは、この言葉に非常に大きなショックを受けた。同時に、Aさんは貧血のために気を失った。ストレッチャーに乗せられた後に、看護師がAさんが大量に出血していることを見つけ、緊急手術を受けることになったが、出血が多く、一時、危険な状況に陥ってしまった。

(5) 「はい、わかりました」

Dさんも、医者に、質問したり、自分の疑問や要望を伝えると嫌がられることを恐れて、それらを伝えることなく、医師の決定を受け入れる経験をしてきた。Dさんは、現在40歳代前半である。大学で理科系の資格を取り、来日前にはそれを活かして公務員として働いていた。夫について来るとはいえ、公務員を辞めてまで、言葉も出来ず、職業を見つけるのも大変そうな日本に来るのはとても嫌だった。夫から2年遅

れて、子どもと共に来日した時は、大きく落胆していたが、もともと勉強好きだったため、日本語を独学で勉強した。子どもが小学校に入学すると、自宅で子どもと一緒に日本語を勉強した。日本で生活するには、日本語の習得が必須と考えている。Dさんが、周囲の外国人女性に比べ日本語がかなり出来るようになり、また、大学卒で理系の知識もあり、インターネットで調べることも出来るため、これまでに外国人女性から病気について相談を受けることも多かったそうだ。そういうDさんが、自分の知識に基づいて、医者に質問したい事や要望があった時でも、そういうことは避けて、医師の決定にしたがっていた。

Dさんに加えAさんの二人は、医者による診断結果と治療方法(日本語でも片言の英語まじりの日本語でも)の説明が短い場合、言葉そのものは理解できても、どういう病気なのか、どうしてその治療をするか、その治療をすると症状や自分の身体がどうなるのか十分には説明されないことを多く経験した。また、自分に行われる治療方法が極端な治療ではないかと不安になった。身体に関わる事が以外では、入院期間を伝えられたときに、入院の間に子どもを誰がみるとか、入院費はどのくらいになり、支払いが出来るのか不安になったこともあるという。また、医師の決定に従いたくないこともあった。治療法や入院期間の説明は、もう決定したことのように断定的に言われることが多かった。また、Aさん、Cさん、Dさんは、質問や要望があっても医師に尋ねたり、伝えたりすると嫌がられると考え、出身国にいた時のように質問をしたり、要望を伝えることはやめて、医師の指示に従うようにしているという。Dさんによると、Dさんに相談してきた外国人女性たちも、同じような状況の場合は、「はい、わかりました」と医師に言っているそうだ。

(6) 困難の軽減

インタビューに回答した女性たちは、医師に、質問したり、理解できていないことや要望を伝えることなく、また、医師の選択した治療や入院に関することに従いたくないときでも、「はい、分かりました」、つまり、「理解しました」、もしくは、「それに従います」と言わざるを得ない経験をしていた。しかし、医師の決定にただ従順に従うだけではなかった。別の場面では、自分や子どものために、工夫して情報を得たり、技術を使って、または友人から協力を得ることで、病気による、あるいは病気をめぐる困難な状況を軽減していた。

Cさんは医者に質問する代わりに、病気についてはインターネットで調べ、薬はどのような薬なのか、自動車の運転中に眠気が起きないかなどの自分にとって重要なことは、薬局や診療所や病院の受付で、確認する。また、問診票や検査についても質問するという。これらの場所のスタッフは、自分の質問に答えてくれることが、質問してみた経験から分かったという。

また、自分は、日本の文化を完全ではないが学んだから、質問は日本語で行い、質問に答えてもらえるような言葉を選び、ていねいな表現で、「日本語ができないことは本当に申し訳ない」という気持ちを込めて質問をしてきた。そうすると、ほとんどの人は丁寧に対応してくれた。

Cさんは、医師に質問することはやめて、自分や家族の病気について、自分が分からないことを、インターネットを使って時間をかけて詳しく調べるといふ。また、DさんとDさんの友人は、スマートフォンが普及した後からは、日本語の間診票を書く時に、スマートフォンのアプリを使い、日本語を調べることが出来るようになったため、楽になり、喜んだという。Dさんは、スマートフォンで病気に関する情報を集めたり、それを友人同士でシェアしている。

(7) 大きな支援となった医師

Cさんは、医師から質問に答えることを拒否されたが、同時期に別の診療所を「かかりつけ」のようにして、その診療所のE医師とは、まったく異なる経験をしていた。そこでは、Cさんは、英語と片言の日本語で会話していた。医師は英語を少し話すことができたという。

医師は、Cさんが日本語がほとんど出来ないことに配慮し、説明の時には、辞書を引いては英語を示すことを繰り返した。Cさんから質問にも時間をかけて親切、丁寧に、対応してくれた。Cさんは、

E先生は、いつも私を助けようと努力してくれた。

と言い、さらにこう続けた。

私が行くと、E先生はいつも辞書と医学書を出してきて(私の質問に答えて)、例えば、(E医師が日本語で)「風邪ひいている」と言ったときに、私が「風邪ひいている」というのは分かりませんと言うと、E先生は頭を振って私に微笑んで、辞書を引いて、医学書で探して、そのページを私に示しました。私が「ああ、分かりました」と言って、さらに「先生、子どもは40度も熱が出ましたが、なぜですか」と尋ねると、先生はまた、辞書と医学書に(該当する言葉を求めて)戻りました。……当時、とてもよくしてもらいました、親切で……。

E先生のことはとても、とても良い先生として思い出します。

最初は夫とその診療所に行ったけれど、その後は、赤ん坊を自転車に乗せて、いつもひとりで行きました。日本語はできなかつ

たけれど、子どものことが心配だったので、ねばり強く質問していた……。 (Cさん)

E医師の診療所は、いつも多くの患者で混んでいて待ち時間も長かったが、Cさんは納得のいく診察が受けられるため通っていた。しかし、最初に訪問した時点で、E医師は年齢がすでに高く、数年後に閉業した。

義理の母の言いつけのために救急車を呼べずに外来で長時間待った上に、看護師や医師との会話においてショッキングな経験をしたAさんも、第一子を産んだ後に、看護師(話の内容からは、実際には保健師も含まれていたと推測される)とのやりとりにおいては、とても親切にされた経験を思い出した。看護師が、出身国の看護師とは違い、とても親切でやさしく、「リラクセスしてください」、「気をつけてください」と言ってくれ、食べものについて細かいことを丁寧に教えてくれた。また、Aさんは、救急車の事件の後で、海外留学経験があり、英語が通じる別の開業医にかかったところ、その医師はとても親切だった。

Dさんにも、これまでに説明が十分理解できない時に、Dさんが理解できるように説明に努力してくれた医師や看護師もいたという。

6 考察とまとめ

移民女性は、ジェンダーや人種、エスニシティによりもたらされる交差性(Yuval-Davis 2006; McCall 2005; Truong 2019)により、保健医療サービスへのアクセスや利用、自己決定が制限されるなどの不平等を経験していた。交差性によって、心理社会面の健康問題が引き起こされることもあり、療養も制限を受けていた。

(1) ジェンダーと外国人差別

Aさんは、義理の母から救急車の利用の禁止、

つまり、ジェンダーにより保健医療サービスへのアクセスの制限を経験した。ほかに、移民であるために、すなわち日本では「外国人」であるために差別的対応も経験した。医師からも「外国人は、みんなうるさい」と言われた。他の時は日本語であるのに、その時だけが英語で話された。これについて、Aさんは、自分に分かるようにわざわざ英語で話したと解釈していた。このことと医師の発言内容からは、医師に差別感情があったように、また、早く診てほしいと要望をしたAさんを黙らせようとする強い意思があったように理解される。要望したこと自体を罰している面もあるだろう。この言葉自体が衝撃的であるが、これが言われた時に、Aさんの容態が緊急の対応を要していたことを考慮すると、この言葉はAさんの心身に大きなダメージを与えたことは疑いがない。

Cさんは、住まいの近所の診療所で、診察中にずっとパソコンの方を向いてキーボードを打ち続けた医師に質問したところ、医師から「薬、薬」と日本語で言われ、診察室から出て薬を扱う場所に行くように促された、という経験があった。同様の場面では、医師は、日本人の患者にはこのような言い方は、ほほしなないと考えられるため、外国人へ差別的な対応とも解釈できる。Cさんが、この体験の後に、この医師にも他の医師にも質問しなくなったことは、大きく言えば、差別的対応が保健医療サービスの一部をあきらめさせたことになる。

内科の診察の中で、聴診や触診など身体に触っての診断がなかった経験は、移民女性たちには、否定的に受け取られていた。また、移民の間にある「日本人医師は、外国人だから身体に触らない」という言説が紹介された。このことは、他の移民も身体に触らない診断の経験をした可能性と、それを差別的と解釈している可能性が示唆された。

日本人の夫や義理の母あるいは義理の両親が、移民女性の保健医療サービスへのアクセスを制限したり、治療法を決定していた。夫や義理の親の力が強い場合、片言レベルの日本語は話せるが、複雑な会話は分からない移民女性は、病気の診断結果や治療についての医師による説明を十分に理解できないことも手伝い、夫や義理の親の決定に対しては抵抗できず、結果的にその決定に従っていた。また、日本人の夫や義理の親が、家計をすべて管理し、移民女性が自分の治療や療養に必要な費用を持っていない場合にも、移民女性は、自分の意思にそぐわない治療を受けたり、療養を行う状況になったと考えられる。それは、表面的には移民女性が、夫や義理の親の言うことをきく、すなおで従順な嫁(高谷2018)を体現しているように見えてしまうだろう。

ジェンダーによる抑圧を受けて、日本語の能力が不十分で社会的に孤立している場合には、心理社会面の健康に影響も出ていた。

(2) 医師の説明に対する移民女性の理解と同意

医師と患者の力関係と医師のパターンリズム(Falkum and Førde 2001)の影響下に、移民女性が置かれたために、要望や質問を伝えず、また、医師に嫌がられたくない気持ちもあり、医師が選択した治療法や検査を受けるしかなくなり、日本語で「はい、分かりました」という言葉を口にしていった。それが、医師の言うことを理解したと見做されて(宇賀ほか 2001)、合意したものと受け取られていた。あるいは移民女性が理解と合意を意味する行動(質問しない、疑問や要望を伝えないなど)を取っていた。

また、医師が、移民女性は「外国人で、女性だから」という、属性に基づく差別的な考え方から、日本人の夫やその親が決めたことが、患

者の移民女性の意思であるという扱いをしたことが推察される。そこには、外国人は、めんどろな、あるいは劣っている、扱いにくいもの、雑な扱いをしてもいいというような見方があった可能性がある。

移民女性自身も、医師とのコミュニケーションにおいて、日本語で「はい、分かりました」と言ってしまうていた。そこには、女性が複雑な日本語は分からないし、要望は適格に伝えられないという自分の日本語レベルの引け目により無力化(Phillimore 2016)され、「もう、それでいい」という諦めのような気持ちに陥ったと理解される。

日本人の夫や親が関わっていない場合や、外国人への差別が特に強くない場合でも、移民女性たちが「はい、分かりました」と言った後に、医師からは、移民女性が医師の説明内容を本当に理解したか、あるいは同意したどうかの確認はなかったようである。理解の確認は、交差性による不平等な扱いを受けている女性のエンパワーメントにつながる可能性がある。また、医療者側にとっては、インフォームド・コンセントが実質的に適切に実施されるという、保健医療サービス提供上の目標達成に貢献する可能性がある。

(3) 保健医療サービス利用による家父長制から影響の増大

Bさんによれば、二人の友人が、乳がんの治療法の選択や療養の仕方をその夫や義理の親に決定され、自分の意思とは違う治療を受けたり、療養をしていた。二人の内、一人は農村に「結婚移民」として来日した女性であるが、この友人の経験について、本研究は、家父長制の強く残る農村部の地域社会の構造に組入れられた「嫁」であることの当然の帰結として解釈せず、女性の無力さの強調は意図していない。む

しろ、以下の事柄が、この状態を作りだした可能性がある。それは、女性たちが重い病気にかかり、保健医療サービスを使い、複雑な治療と、おそらくそのための高額な費用も必要になったこと、また、自分の日本語能力では、医師との会話には対応できなかったことである。一方で、家父長制の強い地域では、医師や医療関係者も、日本語もよくできない移民女性ではなく、その「ダンナさん」や「お姑さん」が言っているとおりにしておけば間違いはない、それで移民女性も納得するだろうと考えることも否定できない。女性たちの日本語の理解の状態の確認(宇賀ほか 2001)と、意思の確認は、医療関係者からはあまり重要視されなかったのではないかと推察される。

(4) 交差性と保健医療サービスのシステムと制度からの影響

Bさんのもう一人の友人のように、移民女性には、たとえ医師からの説明を理解するために医療通訳を使った方がよいかもしれないと意識していても、自分では自由に使えるお金を持たず、夫は費用を払ってくれないため、通訳を利用できない可能性があるだろう。しかし、ボランティアの通訳や医療通訳派遣を比較的安価で実施しているNPOの通訳であれば、経済的に不利な状況の移民女性でも利用の可能性は高まる。

本研究は、医療サービスを提供する側の経験を扱っていない。また、女性たちの医療サービス利用の経験における保健医療サービスのシステムのあり様や制度的枠組みからの影響を扱っていない。しかし、それらの影響として、例えば、以下の可能性を推測することは難しくない。医療機関では、患者数が多いために一人あたりの診察時間が短くなっていた可能性、医師による患者への説明(薬の説明も含めて)に対する保

険診療点数が、説明が十分に行われるためのインセンティブにはなっていない可能性である。そして、これらのことが、移民女性の上記の経験(医師が質問に答えなかった、触診や聴診、打診などが行われなかった)につながったと解釈することも可能ではある。それらを含む医療サービスのシステムのあり様や制度的枠組みの影響からは、移民に対してマジョリティーである「日本人」の患者も影響を受けている可能性が高い。しかし、受ける影響とその結果としての不平等は、「日本人」と移民女性ではインパクトが異なる。なぜならば、移民女性是不平等の交差性に晒され、本研究から明らかにされたような複合的な不平等を経験するからである。

(5) 日本語能力と「自己決定」

調査結果は、移民女性たちの日本語能力が、大きな課題であることを示した。しかし、言葉の問題は、単純に彼女たちの日本語能力が医師の説明の理解や自己決定に「不十分」な点ではなかった。彼女たちは、交差性による不平等を受け、医師と患者との力関係の中で、パートナーリズムにおける彼女たちの患者としての特徴づけが、ジェンダーのために強化された(Sherwin 1992=1998)。このような状態からは、保健医療サービス利用上の移民女性の日本語能力の「不十分」さの問題性は、誰が彼女たちの病気への対応を決めるかによって異なることが示唆される。決めるのは誰か—彼女たち自身か、夫か、義理の親か、あるいは医師か。これらの他者が決める場合には、彼女たちの日本語能力の「不十分」さは、他者にはさほど問題視されなかったことが推察される。

移民女性たちは、交差性による不平等を経験する一方で、医療関係者から、親切で丁寧な対応も経験していた。医師の中には、移民女性に

対して、辞書を引きながら忍耐よく、親切に対応をした高齢の医師がいたが、その対応は、専門職としての対応と、移民で女性で、母親でもあるという立場の患者に配慮する属人性によるものもあったろうと推察される。その配慮は、交差性への敏感さの現われと言えらる。

(6) 移民女性たちの実践

インタビューした移民女性たちは、医師との力関係の中で質問を拒まれたり、自分の病気の状態や治療法が、医師からの説明(主に日本語による)では分からないため、自己決定ができないという状況に陥っていた。しかし、何もせずにその状況に留まっていたわけではなく、自分の知りたい情報と自己決定につながるような情報を入手するために行動していた。Cさんは、医療施設において、どの職種のスタッフ(医療職および事務職)ならば、自分の質問に答えてくれるかを経験から把握して、そのスタッフに質問し、回答を得ていた。その際、Cさんは、日本に関する文化的知識(Ager and Strang 2008)も意識して利用していた。移民女性たちは、インタビューした人も、その友人⁽⁶⁾もある時期からインターネットやスマートフォンを通じて、保健医療に関する情報を入手していた。スマートフォンを使って移民女性同士の情報交換も行われていた。これらによってエンパワーメントされ、保健医療サービスを利用する際に、夫や義理の親、医師との力関係において、以前よりも優位な立場にあるはずで、多少なりとも自己決定しやすくなったのではないか。また、医師に対する質問や要望を行う可能性が高まったのではないか。

インタビュー対象者全員が、医師やその他の医療関係者とのコミュニケーションにおいて、日本語のみではなく、英語を交えたことは、意思疎通のレベルが高まり、言葉の問題の多少な

りとも軽減につながったと考えられる。また、彼女たちの日本語能力の向上は、エンパワーメントにつながることに言を俟たない。

7 終わりに

本稿では、日本国内の移民女性の保健医療サービスの利用の経験について、移民女性の交差性を切り口として探った。ジェンダー構造から生じた移民女性に対する不平等が、他の属性による不平等とともに、交差性を構成し、移民女性の保健医療サービスの利用に困難が生じていた。移民女性のエンパワーメントと、彼女たちが保健医療サービスを安心して利用できるようになるには、女性の側の経験やニーズの調査研究にもとづく、交差性に配慮した取組みが求められている。

移民女性のジェンダーやエスニシティに基づく社会資本については、保健医療サービスを利用した際の経験をそのまま本稿では記載しているが、その詳細および機能などには触れていない。本稿では、女性の実践を明らかにしたが、その後押しとなった可能性が高いと考えられる社会資本については、別稿で論じたい。

【注】

- (1) 本節では、行政文書上に「外国人」と表記されている場合は、そのまま使用する。
- (2) Vertovec(Vertovec 2007)によれば、'superiversity' という状態である。
- (3) 本稿では、「夫」は同居しているパートナーを意味している。法律面での婚姻状況は加味していない。インタビュー回答者が英語でhusbandと言った場合は、日本語訳は夫にした。
- (4) インタビュー内容記述する際に、個人の特定やプライバシーの開示を避けるために、内容の理解と解釈に支障がない範囲で、発言者を特定しない箇所を含む。
- (5) 救急車を呼んではいけないという制限は、この移民女性(Aさん)にだけかけられたようで、後年、制限を出した義理の母本人が急病になっ

た時には、自分のために救急車を呼ぶようにAさんに指示した。

- (6) Bさんの話に出た二人のインターネットの利用状況は、確認していない。

【文献】

- Ager, A. and Strang, A. 'Understanding Integration: A Conceptual Framework', *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 2008, pp.166-191.
- 安藤純子「農村部における外国人配偶者と地域社会—山形県戸沢村を事例として」『アジアの花嫁の迎え方』社説, 朝日新聞, 1988年4月11日朝刊, p.5.
- Falkum, E. and Førde, R., Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship Attitudes among Norwegian physicians, *Social Science and Medicine*, 52(2), 2001, pp.239-248.
- 外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議, 「『外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策』(平成30年12月25日外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議決定)」.
- 法務省『平成30年末現在における在留外国人数について』http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00081.html 2019年7月12日閲覧
- 公益財団法人かながわ国際交流財団「外国人子育て支援フォーラム2019」2019年8月24日, 横浜市.
- 厚生労働省『平成26年版厚生労働白書』, 2014年.
- 厚生労働省『平成28年度人口動態統計特殊報告「婚姻に関する統計」の概況』, 2017年.
- 濱井妙子・永田文子・石川真・大野直子・西川浩昭『外国人患者・医療者・通訳者間におけるリスク・コミュニケーションに関する実証研究 2107年度実施報告書』科学研究費助成事業, 2018年, <https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-16K15307/16K153072017hokoku/> 2019年8月7日閲覧.
- 橋本秀実・伊藤 薫・山路由実子・佐々木由香・村嶋正幸・柳澤理子「在日外国人女性の日本での妊娠・出産・育児の困難とそれを乗り越える方略」*国際保健医療*26(4), 2011年, pp.281-293.
- 林麻衣子・森淑江「外国人妊産婦の外来診療に對するニーズ調査」*群馬保健学紀要*23, 2002年, pp.101-108.
- 李節子「乳児家庭全戸訪問事業における医療通訳の必要性」『チャイルドヘルス』21(1), 2018年a, pp.26-28.
- 李節子「第1章 1.在日外国人の健康支援言論」pp.2-43. 李節子編『在日外国人の健康支援と医療通訳 誰一人取り残さないために』杏林書院, 2018年b, pp.2-43.
- McCall, L., 'The complexity of intersectionality', *Signs: Journal of women in culture and society*, 30(3), 2005, pp.1771-1800.
- 中嶋知世・大木秀一「外国人住民における健康課題の文献レビュー」*石川看護雑誌*12, 2015年, pp.93-104.
- (認定)特定非営利活動法人シェア=国際保健協力市民の会「シェア在日外国人支援事業報告会 2019 ネパール人コミュニティと地域との連携を通じて守る母と子の健康」2019年5月12日, 東京都.
- (認定)特定非営利活動法人シェア=国際保健協力市民の会, 「2019 DVと在日外国人」https://share.or.jp/health/knowledge/health_of_migrant_in_japan/dv.html 2019年8月14日閲覧.
- Phillimore, J., Implementing integration in the UK: lessons for integration theory, policy and practice, *The Policy Press*, 2012, pp.1-21.
- Phillimore, J., Migrant maternity in an era of superdiversity: New migrants' access to, and experience of, antenatal care in the West Midlands, UK, *Social Science & Medicine*, 148, 2016, pp. 152-159.
- 齋藤百合子・パタヤ・ルアンケーオ「『外国籍女性とその子ども達の社会包摂—福岡県のフィリピン人およびタイ人女性の多文化共生—』KFAW調査研究報告書, Vol.2010-3, 2011年.
- 沢田貴志「外国人労働者の健康問題の背景と新たな取り組み」『労働の科学』70(12), 2015年, pp.22-25.
- Susan, S., 1992, *NO LONGER PATIENT*, Philadelphia: Temple University Press. (岡田雅勝・服部健司・松岡悦子訳『もう患者ではないのはよそう—フェミニスト倫理とヘルスケア』)勁草書房, 1998年.
- Strang, A., Baillot, H. and Mignard, E., 'I want to

移民女性の保健医療サービス利用の経験

- participate.’ transition experiences of new refugees in Glasgow, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, (44)2, 2018, pp.197-214.
- 高谷幸「現代日本におけるジェンダー構造と国際結婚女性のシティズンシップ」安里和晃編『国際移動と親密圏: ケア・結婚・セックス(変容する親密圏—公共圏)』京都大学学術出版会, 2018年, pp.49-78.
- 特定非営利活動法人移住者と連帯する全国ネットワーク編『外国人の医療・福祉・社会保障 相談ハンドブック』明石書店, 2019年.
- Truong, TD., Securitizing Borders in EU. 国際女性学会・国際ジェンダー学会40周年記念誌, 2017-2018, 国際ジェンダー学会, 2019年, pp.43-57.
- 植村直子・マルティネス真喜子・畑下博世「在日ブラジル人妊産婦の日常生活と保健医療ニーズ 妊婦健診・家庭訪問でのフィールドワークより」日本公衆衛生雑誌59(10), 2012年, pp.762-770.
- 宇野賀津子・内海眞・沢田貴志・岩本エリーサ・吉崎和彦「日本における, 在日外国人HIV感染者の医療状況と問題点」日本エイズ学会誌3, 2001年, pp. 72-81.
- Vertovec, S, Super-diversity and its implications, *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 2007, pp.1024-1054.
- Yuval-Davis, N., Intersectionality and Feminist Politics, *European Journal of Women’s Studies*, 13(3), 2006, pp.193-209.