

国際臨床医学会雑誌

Journal of international society of clinical medicine

第9巻 (第1号)

Volume. 9 (issue 1)

目次

役員等紹介	3
理事就任挨拶	
トランプドクトリンに対応する脱植民地主義からみた アジアのなかでの日本のグローバルヘルスの展望 小林 潤 (一般社団法人日本国際保健医療学会 理事長 / 琉球大学保健学研究科国際地域保健学 教授)	4
医療の質を世界へ——日本型医療インバウンド実装への道 渋谷 健司 (Medical Excellence JAPAN 理事長)	9
国際共同臨床研究支援の未来 中谷 大作 (大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター)	11
寄稿	
第9回国際臨床医学会学術集会 2024 大阪開催の回顧録 南谷 かおり (りんくう総合医療センター国際医療広報センター長 (旧国際診療科部長) / 大阪大学大学院医学系研究科 公衆衛生学招へい准教授)	14
特別企画 国際検診の現状と将来	
国際化時代における予防医学の可能性と課題～予防医療国際化事業に向けた当院の取り組み 飯塚 陽子 (東京大学医学部附属病院 国際検診センター センター長)	17
国際化時代における予防医学の可能性と課題 一慶應義塾大学予防医療センターの現状と目指す将来像 清水 良子 (慶應義塾大学予防医療センター)	23
国際化時代における予防医学の可能性 国立健康危機管理研究機構国立国際医療センターの現状と目指す将来像 The potential of preventive medicine in the age of globalization: The current status and future vision of National Center for Global Health and Medicine, Japan Institute for Health Security 久保 幸子 (国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 人間ドックセンター)	26
国際化時代における予防医学の可能性～藤田医科大学病院国際医療センターの現状と戦略～ 佐々木 ひと美 (藤田医科大学 国際医療センター)	30
原著論文	
せん妄で難渋した外国人入院患者の在宅看取り Home-based End-of-life Care for a Hospitalized Foreign Patient with Severe Delirium 夏山 ほのか (真生会富山病院 国際医療支援室)	34
外国人妊婦の妊娠後期におけるストレスとその関連要因の検討—日本人妊婦と比較して— Factors related to stress in the last trimester of pregnancy: Comparison between foreign and Japanese pregnant women in Japan 谷口 朱子 (大阪府立大学大学院看護学研究科 修士)	39
我が国における外国人患者に対する作業療法士の抱える困難感に影響する要因について [英語論文] Factors Influencing the Perceived Difficulties of Occupational Therapists in Japan When Treating Foreign Patients 勝田 茜 (神戸大学大学院保健学研究科 博士後期課程 / 佛教大学 保健医療技術学部)	47
生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者の Sexual Reproductive Health and Rights に関する実態調査 仲村 礼子 (大阪公立大学医学部附属病院)	56
学術集会のお知らせ	63
投稿規定	64

役員等紹介

令和7年10月31日現在

理事長	澤 芳樹	一般社団法人未来医療推進機構理事長 大阪けいさつ病院院長 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻未来医療学寄附講座特任教授
理事	飯塚 陽子	東京大学医学部附属病院国際検診センターセンター長
	大橋 一友	大手前大学国際看護学部教授
	國土 典宏	国立健康危機管理研究機構理事長
	小林 潤	琉球大学保健学研究科研究科長・教授 日本国際保健医療学会理事長
	渋谷 健司	一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 理事長
	田村 純人	東京大学医学部附属病院国際診療部部長
	中島 直樹	九州大学大学院医学研究院医療情報学分野教授 九州大学病院国際医療部部長
	中田 研	大阪大学医学部附属病院国際医療センターセンター長
	中谷 大作	大阪大学健康スポーツ科学教育研究環教授
	中谷 比呂樹	公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 (GHIT Fund) 代表理事・会長
	中村 安秀	公益社団法人日本 WHO 協会理事長
	成島 三長	三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻 臨床医学系講座形成外科学教授
	南谷 かおり	りんくう総合医療センター国際医療広報センター国際医療広報センター長
	三好 知明	一般社団法人 Medical Excellence Japan 参与
	森山 智彦	九州大学病院国際医療部准教授
山城 哲	琉球大学大学院医学研究科細菌学講座教授 日本熱帯医学会理事長	
渡邊 浩	久留米大学医学部感染制御学講座主任教授 日本渡航医学会理事長	
監事	尾内 一信	川崎医療福祉大学医療保育学科特任教授
	狩野 繁之	国立健康危機管理研究機構国立国際医療研究所熱帯医学・マラリア研究部長

トランプドクトリンに対応する脱植民地主義からみた アジアのなかでの日本のグローバルヘルスの展望

小林 潤

一般社団法人日本国際保健医療学会 理事長
琉球大学保健学研究科国際地域保健学 教授

〈要旨〉

本稿は、トランプドクトリンの下で進行する米国の対外援助縮小が、アジアの国際協力とグローバルヘルスに与える影響を分析し、その対応としての脱植民地主義的アプローチを考察したものである。2025年以降、米国開発庁（USAID）の資金凍結や再編により、インドネシアやラオスなどで保健・母子保健事業が停止し、医療アクセスや薬剤供給に混乱が生じた。加えて、ジェンダーや多様性関連事業の資金削減が各国政策に影響し、フィリピンの包括的性教育（CSE）などが中断された。これらの事態は、外資依存の脆弱性と北-南構造の再考を迫る契機となっている。

筆者は、アジアで進む脱植民地的再構築として、①国内財源の強化による主体的政策運営、②プロジェクトの統合と優先化による効率的資源配分、③現地主導・協働設計の推進を挙げる。インドネシアでは、国家予算による健康スクリーニング事業が制度化され、アジア開発銀行（ADB）やASEANなど地域機関の役割も高まっている。日本は財政支援よりも、知識資本・科学技術・人材育成を通じて制度能力を高める「Knowledge Donor」として、橋渡し国家（Bridge Nation）の役割を担うべきである。さらに、Z世代主導の民主化運動やポピュリズムの拡大を踏まえ、住民・世代間の対面の直接対話を軸とする「グローバル」な協働にソーシャルメディアも活用することを提唱する。対話的・参加型の現地主導アプローチこそ、政治的動揺の中でも公衆衛生の基盤機能を守る鍵であると提言する。

〈キーワード〉 脱植民地主義、トランプドクトリン、アジア、日本、グローバル、ポピュリズム

1. トランプドクトリンが国際協力・グローバルヘルスに及ぼした影響

第2期トランプ政権の「アメリカ ファースト」を軸にした外交・援助の再編は、日本や各国での国際協力やグローバルヘルス関連事業に即時かつ広範な揺さぶりを与えたが、本稿ではこれを現実視し、どのように対応していくべきかを脱植民地主義を再考して論じる。2025年、米国は対外援助を包括的に見直し・凍結・縮小し、この結果、複数のプログラムが一時停止や中止に直面した。KFFの包括的レビューは、就任直後の一連の大統領行為が外援助の凍結、既決予算の取り消し要請、さらに米国開発庁（USAID）の組織再編・解体に言及する動きまで含んだことを時系列で報告し解説している。グローバルヘルス分野でも、主要活動の複数が増額・停止の対象となり得ることが示された¹⁾。

財政インパクトの規模感については、CGDが国別推計を提示し、全体で24～53%（中央値34%）の削減レンジ、国・セクターによっては全アワード停止に近い事例があり得ると分析した。OECDも別途、2025年のUSAID資金が前年度比38～82%減となるシナリオを想定し、世界のODA構造に重大な波及が起きると警鐘を鳴らす^{2,3,4)}。

小林 潤

琉球大学医学部保健学科国際地域保健学
〒901-2720 沖縄県宜野湾市字喜友名1076番地
E-mail: junkoba@cs.u-ryukyu.ac.jp

東南アジアでは影響の可視化が早かったといえるだろう。2025年2月、インドネシア政府はUSAIDと連携する保健プログラム（HIV、結核、母子保健、パンデミック準備等）が「保留」になっていると表明。2020年以降の米側投資は約8億ドルに達していたが、将来の見通しは不透明となったと報道された⁵⁾。ASEAN全域でも、西側ドナーの縮減は医療・人道・民主支援を直撃し、地域の安定を損なうと同時に、中国など他ドナーの影響力拡大の余地を広げたとの分析がされている⁶⁾。筆者が国際協力事業を展開しているタイ、ラオスにおいても、プロジェクト推進に大きな影響を与えた。国境を越えてきたミャンマー難民のサポートはUSAIDの支援によるものも多く、メラキャンプ内の診療所は閉鎖に追い込まれた。ラオスでは貧困僻地の母子保健プロジェクトにおける女性保健ボランティアの養成はUSAIDの支援により全国展開に至り、先駆けて女性保健ボランティアの養成に取り組んでいた我々は翻弄されながらも現場での橋渡しを2024年に実現させた。しかしながら2025年当初突如プロジェクトは中止となり、事業のやり残しは我々事業が再度負担することになった。ランセットは2025年7月に、アジアを含む低・中所得国では医薬品・サービスの供給中断、人材解雇、監視体制の弱体化などが懸念され、結核・マラリア・HIVの後退リスクを報告し、米援助の急減が継続すれば結核死亡の超過発生が避け難い可能性を指摘した論文を掲載した。このことによりさらに世界的人道危機が報道されるようになった⁷⁾。

同時にグローバルヘルスに関するイデオロギーにも影響を与えたといえるだろう。特にUSAIDが推進してきた、ダイバーシティ・ジェンダーアイデンティティには強く影響が生じている。これらの関連した活動を行う国連機関やNGOへの資金提供が制限された。さらにこの動きは資金だけでなく、各国で伝統的考えをもつイデオロギーが政策策定に影響を与えてきている。例えば筆者が保健教育分野で国際共同研究を展開してきたフィリピンにおいて、強い影響が認められた。UNESCOが提唱した包括的性教育（CSE）は、子供への性暴力が社会課題となってしまったフィリピンにおいて先進的に政策や教育カリキュラムに盛り込まれることになってきていた。しかしながらこの動きは中断し、さらにCSEが否定され新たな法案が制定されたとの報告を受けている。

2. グローバルヘルスにおける脱植民地主義的対応による展望

20世紀中盤、アジア・アフリカ諸国の独立運動を通して「脱植民地化」が進展した。しかし政治的独立後も、経済的依存関係、文化的な優劣意識、西洋中心的な知識体系など「植民地主義の遺産」が残り続けた。脱植民地主義は、植民地支配の歴史やその影響を批判的に検討し、今日における社会・政治・文化の中に残る植民地主義的な構造や思考様式を問い直す立場を指す学問的・実践的立場を示している。国際協力においては「先進国 → 開発途上国」という一方向の支援構造は、援助依存や権力の非対称性を強化してしまったこと、グローバルヘルス研究においても「北（先進国）」の研究者が主導し、「南（途上国）」は調査対象・被験者として扱われてきたことに批判的立場を持つ立場を示してきた。今回これらの批判的立場の強調をすることではなく、以下これらの立場で現在アジアで進む脱植民地的な動きを把握し、我々が取り組む今後のグローバルヘルスについて提言したい。

2-1. 国内財源の強化（Domestic Resource Mobilization, DRM）

USAID解体等の影響による援助の急減は「外資依存の脆弱性」をあぶり出し、各国が自前財源の拡充に舵を切る契機となった。インドネシアは、USAIDの保健協力が保留化する一方で、国主導の2億2千万人を対象とした大規模健康スクリーニング（概算予算270億円）を2月に始動し、予防・早期発見を国家予算で推進する姿勢を明確化

した。これは、外部資金の変動に左右されにくい「制度内在化」を図る実務的な一歩であり、脱植民地主義が唱える「主体的な資源配分と政策決定」という理念に合致すると考えられる⁸⁾。EASTASIAFORMは東南アジアでは欧米からの援助が縮小する中で、政府財政の保健配分比率の見直し、徴税基盤の強化、社会保険の拡充などが政策議題として前景化しつつあると報告した。西側の空白は地域の地政学を再編し得るため、国内の財政・制度能力を高めて「選好する相手を主体的に選ぶ」交渉余地を確保することが重要になると論じている⁶⁾。

2-2. プロジェクトの統合・優先化

援助資金が減少する局面では、重複や分断を減らし、国の保健システムに統合するかたちで「最重要施策」に集中するプライオリティ・シフトが不可避となるといえる。今後、各国の保健省・自治体は、母子保健、ワクチン接種、結核・HIV・マラリア対策、疫学監視など「費用対効果が高く、健康損失の大きい領域」から守る再編を進める可能性が高いだろう。上述の国内財政基盤の強化に合わせて、どの疾患・介入を守るべきかの序列化を促し、国際機関（Gavi、グローバルファンド、世銀等）との整合的投資を組み合わせる必要もあるだろう。

これらを実現するために、短期の「橋渡し資金」も、優先領域をつなぎ止める役を果たすと論じられている。2025年には、USAIDの解雇人員らが立ち上げた「ライフポート・クルー／PRO」が、慈善財団・個人献金を束ね、約1.1億ドルを動かして世界30か国・約79件の命に関わるプロジェクトを延命させたと報じられた。これは、外部資金の“乱高下”に対抗するための、分散型・機動型の資金供給として注目される⁹⁾。

2-3. 現地主導型・協働型プログラム設計の促進と日本の役割

脱植民地主義の要諦は「対象から主体へ」といえる。援助が縮む中、各国の研究機関・保健当局・地域ネットワークが主体となり、国の制度・人事・会計の中で実施・評価するモデルへの移行が今後アジア各国で進むのではないだろうか。インドネシアでの一連の動きは、国内主導でのスクリーニングや結核対策の再設計を後押しした。一方で草の根NGOはより共同実装の動きを強める必要があるだろう。国連機関やJICA等国際開発機関はより高度な質の高い技術的助言が求められ、対応できない場合はその援助は縮小するかもしれない。

米援助の縮小はADB：アジア開発銀行、ASEAN：東南アジア諸国連合の関連機関等の多国間機関（multilateral organizations）や地域開発機関（regional development institutions）の役割を相対的に増大させており、これらの機関から筆者にも意見を求められる機会が増えている。これらの動きで注視していかないとならないのは、中国が主導する多国間の枠組みの増大等、地政学的な再配置は起きると想定される。その中で受益国が「誰と、何を、どの制度で」進めるかを主体的にデザインすることが、旧来の依存モデルからの脱却を後押しする。このためには日本は、1990年代に世界のドナーに躍り出たという過去の幻想にとらわれず、地域のパートナーとしての役割を果たしながら、且つ財政だけでなく面での重要なパートナーと認識してもらうように努力しなければならない。このためには、「知識資本」として多国間機関の政策議論に組み込む：“Knowledge Donor”化とそのための戦略的な科学技術・人材育成による「制度能力支援」が必要ではないだろうか。UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）、高齢化社会の地域包括ケア、災害対応型保健システムなどは、日本がアジアに先行して直面した課題として注目され一部二国間援助の枠組みで紹介されてきたが、今後より多国間の枠組みで科学的エビデンスを示すだけでなくアジア

全域や各国・地域での文化的包摂性を強く考えて提言していくことが鍵になるのではないかと考える。これによって日本は大国の覇権が影響せざるえないグローバルヘルスのなかで、中立的・調整的な「橋渡し (Bridge Nation)」機能も果たせるのではないだろうか。

2.4. ポピュリズムへの対応

筆者は、今年になりインドネシア、ネパール、フィリピンを訪問するなかで、アジアにおけるZ世代主導の民主化運動と暴動を肌で感じた。これはデジタルネイティブ型社会運動であり、これらを政治利用するポピュリズムには今後さらに直視しないとならないだろう。アジアにおけるZ世代主導の民主化運動は、既得権益層と不平等への不満を反映しているといわれており、日本における参政党の躍進や、JICAへのバッシングの動きも同様と考える。これらへの対応は国際協力には逆風ともいえるが、今一度グローバルな視点を持ち、事業や研究を実施することが我々学会員の役割ではないかと考える。1980年代に国際保健の基本として住民との対話によるプライマリーヘルスケアを学んだはずである。20年以上研究事業の対象としてきたラオス国中部県の貧困僻地の郡において多セクターアプローチによる児童婚対策を、成果を得た母子保健プロジェクトを発展させて始動させた。中央政府の政策と少数民族の道徳観、ジェンダー間、世代間のギャップ等で不可能ともいわれ、プロジェクトに組み込むのは否定的な意見も多い中押し切って組み込んだ。昨年から中央政府・地方政府のリソースパーソンとともに我々外国人も僻地村落への訪問と直接的対話を丁寧に実施して開始にこぎつけた。この結果、保健・教育といったセクター間の融合以上に、オールドメディアとソーシャルメディアの融合によって世代間のギャップの融合による活動開始が報告されてきた。まだ実際の成果は確認させるまで至っていないが、「グローバル」な姿勢は乖離を埋める一つのアプローチと確信している。コミュニティ＝村落という発想から、Wellmanが定義した、コミュニティは「共通の関心・目的・アイデンティティによって結びついた人々のネットワーク」と理解すれば難しくないだろう。ソーシャルメディアは分断をつくることが問題視されているが、メディアの一つとして考え、対面のコミュニケーションと併用して丁寧に利用すれば逆に乖離を解消できると確信している。

これらの対話を丁寧に日本国内、国際開発の現場でやることによって、公衆衛生上の必須機能（予防接種、産前産後ケア、感染症診断治療・監視）を政治的波及から切り離して守る、このバランスを支えるのが、現地主導・協働設計の一つの重要なアプローチになるのではないだろうか。

文献

- 1) Kates J, Michaud J, Moss K, Dawson L, Rouw A. Overview of President Trump's Executive Actions on Global Health. *KFF: The Independent Source for Health Policy Research, Polling, and News.* Published September 30, 2025. Available from: <https://www.kff.org/global-health-policy/overview-of-president-trumps-executive-actions-on-global-health/>
- 2) Center for Global Development. *New Estimates: USAID Cuts.* 2025. Available from: <https://www.cgdev.org/blog/new-estimates-usaid-cuts>
- 3) Center for Global Development. *USAID Cuts: New Estimates at the Country Level.* 2025. Available from: <https://www.cgdev.org/blog/usa-id-cuts-new-estimates-country-level>
- 4) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Cuts in Official Development Assistance.* Paris: OECD Publishing; 2025. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/2025/06/cuts-in-official-development-assistance_e161f0c5/full-report.html
- 5) Reuters. Indonesia health programmes with USAID on hold, minister says. *Reuters.* Published February 6, 2025. Available from: <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/indonesia-health-programmes-with-usaid-hold-minister-says-2025-02-06/>

- 6) East Asia Forum. As Western aid dries up, Southeast Asia faces the fallout. *East Asia Forum.* Published April 1, 2025. Available from: <https://eastasiaforum.org/2025/04/01/as-western-aid-dries-up-southeast-asia-faces-the-fallout/>
- 7) The Lancet. Global Health under Threat: USAID Cuts and Public Health Consequences. *Lancet.* 2025;405 (10331) :1186–1189. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01186-9/fulltext)
- 8) POLITICO. Trump plans to block funding for groups promoting diversity policies abroad. *POLITICO.* Published October 1, 2025. Available from: <https://www.politico.com/news/2025/10/01/trump-plans-block-funding-groups-promote-diversity-policies-abroad-00591078>
- 9) The Guardian. “We called ourselves the lifeboat crew”: How fired USAID workers launched a rescue project to save as many babies as we can. *The Guardian.* Published October 3, 2025. Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2025/oct/03/we-called-ourselves-the-lifeboat-crew-how-fired-usaid-workers-launched-a-rescue-project-to-save-as-many-babies-as-we-can>

医療の質を世界へ——日本型医療インバウンド実装への道

渋谷 健司

Medical Excellence JAPAN 理事長

I. はじめに——国際臨床医学会への感謝と日本の使命

このたび、国際臨床医学会に参画させていただく機会を賜り、心より御礼申し上げます。会員の皆様方と共に議論を深め、臨床の質向上と国際連携に貢献できますことを、大変光栄に存じます。

いま、世界はかつてない不確実性と分断の時代にあります。地政学的な緊張、不安定な経済情勢、同時に目覚ましい技術革新が交錯する複雑な環境下で、世界の医療体制は新たな局面を迎えています。そのような中で、私は各国の政府関係者や医療機関との対話を通じて、日本、そして日本のヘルスケアに対する期待が確実に高まっていることを強く感じています。日本の医療従事者の誠実で丁寧な対応、そして安全・安心を重んじる文化が、世界から信頼を集めているのです。

一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ) は2011年に設立され、日本の医療を国際的に展開する官民連携のプラットフォームとして活動してまいりました。その中心にあるMExx構想は、日本と相手国の双方に同様の政・官・産・学の枠組みを設け、「点と点」ではなく「面×面」で結びつける国際連携モデルです。すでにベトナム、タイ、インドなどで展開が始まっており、医療のアウトバウンド（ヘルスケア企業や医療機関の海外展開）とインバウンド（患者や医療従事者の受入れ）を一体的に進める仕組みとして注目されています。健康危機対応、生活習慣病の蔓延、そして高齢化——世界が直面する複合的課題に対しては、国境を越えた連携と学びの共有が欠かせません。日本が誇る医療の質は、国際社会における「信頼に裏打ちされた知と技の資産」であり、日本の国際競争力の核心です。

II. 医療の産業化と国際化——新たな国家戦略としての医療インバウンド

国内では少子・高齢化と人口減少が進み、医療需要は複雑化・多様化しています。急性期医療の需要が減少し、病院経営に構造的な変化が求められる一方、2024年の訪日外国人数は3,686万人、旅行消費は8.1兆円と過去最高を記録しました。医療やウェルネスを目的とする訪日旅行者の需要は今後も拡大すると予想されます。

こうした潮流を踏まえ、地域経済の活性化と皆保険制度の維持を両立するためには、公的保険外の新たな医療市場の創出が不可欠です。その鍵となるのが、「医療の産業化と国際化」です。国際水準と真摯に向き合いながら、医療・サービスの質をコスト構造とともに可視化し、世界の患者に選ばれる日本ブランドを構築することで、成長産業としての医療が実現すると確信しています。

2025年には第3期「健康・医療戦略」が運用段階に入り、政府として医療インバウンド推進を正式に位置づけました。厚生労働省は認証・安全管理・情報提供を、経済産業省は制度設計・市場環境整備を担い、これまでの「制度構想」から「実装段階」へと移行します。これにより、医療の質を確保しながら経済的な価値を生む「知と経済の融合モデル」が動き出すことになります。

Ⅲ. 実装への道——3つの軸と「面×面」の構築

韓国、タイ、シンガポールはそれぞれ国家戦略として医療インバウンドを整備し、共通して以下の3軸を徹底しています。

1. 運用の一元化：登録制や法制度の整備により、責任の所在を明確化。
2. 情報の透明性と予見可能性：費用・治療日数・診療内容を公的ポータル上で統一的に表示し、患者が検討・選択しやすい環境を整備
3. デジタル化と標準化：ビザ申請、進捗管理、決済をオンラインで完結。

日本の課題はこの3軸の整備不足にあります。情報が分散し、見積や受入れ判断に時間がかかり、紙書類の提出や帰国後フォローの弱さが患者の体験価値を下げています。

これを解決する鍵が、MEJ（日本側）とMExx（海外側）の「面×面」による連携です。

- MEJは、認証・評価基準・情報発信の統一を担い、シームレスな患者体験を実現するプラットフォーム構築を担います。
- MExxは、現地の医療機関・学会・紹介者を束ね、紹介状や画像データの標準化、帰国後フォローを担います。

特に日本の強みが発揮されやすい分野から、疾患別モデルを確立することが現実的な第一歩です。これにより、「質で選ばれ、仕組みで離脱させない」日本型医療インバウンドが形を成し、結果として国内における医療の産業化を内側から促進することにもつながります。

Ⅳ. おわりに——学会との共創で、医療の国際化を加速する

日本の医療は、世界が信頼を寄せる知と技の体系です。しかし、その価値を「体験」として届けるには、制度と運用を整備し、患者が理解・比較・安心して選べる環境を整えることが必要です。私は、国際臨床医学会の会員の皆様方と連携し、医療の産業化と国際化を両輪として推進してまいりたいと考えています。学会の知見とネットワークを活かし、日本の医療の質を世界に発信し、臨床・教育・研究をつなぐ国際的な循環モデルを共に築いていく所存です。

日本型インバウンドの実装は、単なる観光・経済政策ではなく、日本の医療を次世代の国際公共財として位置づける挑戦です。2025年を「点から面へ」の転換点とし、世界が信頼し、患者が選ぶ医療国家として、日本が再び立ち上がることを強く願っております。

国際共同臨床研究支援の未来

中谷 大作^{1) 2) 3) 4)}、小笠原 理恵^{1) 2) 3)}、森口 悠^{1) 2) 3)}、渡利 彰浩⁴⁾、
山岸 義晃⁴⁾、福田 恵子⁴⁾、名井 陽⁴⁾、中田 研^{1) 2) 3)}

- 1) 大阪大学健康スポーツ科学教育研究環
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科国際未来医療学
- 3) 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センター
- 4) 大阪大学医学部附属病院未来医療開発部未来医療センター

1. はじめに

本邦において、企業が実施する国際共同治験数が経年的に増加してしている¹⁾。米国、英国、フランス、中国等においても同様の傾向がある²⁾。国際共同治験の実施により、新規薬剤や新規医療機器へのアクセス、すなわちドラッグラグ・デバイスラグの解消に貢献するものと考えられる。アカデミアにおいても、同様に国際共同臨床研究及び治験が今後増加していくものと考えられる。本稿では、アカデミアにおける国際共同臨床研究実施に係る現状と展望について概観する。

2. 国際共同臨床研究の現状

企業において、国際共同治験が経年的に増加している。その要因として、被験者の最小化とそれに伴うコストの軽減と、ドラッグラグ・デバイスラグの解消を通じた新規治療法の早期アクセスが可能になるためと考えられる。しかしながら、国内で実施する臨床研究とくらべて、国際共同臨床研究では、海外特有の要因にも配慮する必要がある。国際共同臨床治験を含む臨床試験を実施する際に考慮すべき事項として、内因性要因と外因性要因があげられる³⁾。内因性要因にはさらに性、人種、遺伝病、代謝の遺伝子多型といった遺伝的要因と年齢、肝、腎、心血管機能、疾患等の生理的・病理的要因に分けられる。外因性の要因には、気候、日光、環境汚染等の環境要因に関すること、文化、社会的経済的要因、教育水準、言語などの文化的要因や、医療習慣、疾患の定義と診断方法、治療法、服薬遵守の程度、規制・ガイドライン等の医療環境等が含まれ、これらを考慮した実施計画が求められる。国内で実施する臨床試験の際にはあまり問題とならない上述の要因を考慮してもコストの軽減や新規治療法の早期アクセスが可能であることのメリットが上回る結果、国際共同治験数が経年的に増加しているものと考えられる。

企業におけるこれらの取り組みには課題もある。Harrison⁴⁾らは、薬剤の開発断念の理由として、有効性（52%）と安全性（24%）が得られなかった理由のほかに、戦略的（15%）、商業的（6%）、経営的（3%）な理由で断念することを明らかにした。企業において、有効性や安全性以外に採算性・市場性等の理由により医薬品や医療機器等の開発を断念する事例があることから、これらをカバーする目的でアカデミアにおいて、国際共同臨床研究を実施することは、一定の理があると考えられる。

企業が実施する国際共同治験の目的は主に薬事承認とその後の製造販売と考えられる。他方、アカデミアにおける国際共同臨床研究の目的は、薬事承認を目指すものに加え、ガイドラインへの新規掲載や改定も含まれると考え

られる。前者の場合、アカデミアは予算の面で企業とは大きく劣性であることを踏まえると、ブロックバスターのような医薬品の開発ではなく、企業が取り組まないような製品、例えば、稀少疾患に対する薬剤、特許切れの薬剤、アカデミアで開発された早期探索的な医薬品・医療機器、海外展開の経験の乏しい新興企業と共同で開発したプロダクト等がアカデミアにおける薬事承認をめざす国際共同臨床研究・治験となる。また、アカデミアでは、薬事承認を目指す国際共同臨床研究のみが標的ではない。ガイドラインの掲載や改定をめざす観察研究、手術手技の有効性・安全性に関する介入研究、画像・血液検体を用いた機序を探索する研究や、人種差、民族差を比較する国際共同研究も視野に入る。このように、これまで企業が中心となって活動してきた国際共同治験に加えて、アカデミアにおける企業のスコープとはならない薬事承認を目指す国際共同治験や、ガイドラインへの新規掲載や改定を目指す研究を推進することにより、世界の患者さんに新たな医療を提供する貢献ができると考えられる。

3. 国際共同臨床研究支援の取り組み

2016年、国際共同臨床研究・治験の企画・立案、国際展開を見据えた規制対応や交渉支援などを可能とする体制の整備を目的に、「国際共同臨床研究推進事業」が開始された。この事業では、医療法上の臨床研究中核病院の中から、国際共同臨床研究・治験の中心的役割を担う拠点病院を選定し、実施・支援体制の強化が図られている。大阪大学医学部附属病院は、国立がん研究センター中央病院とともに拠点病院として採択され、国内の医師主導による国際共同臨床研究・治験の中心的役割を果たしている。事業開始後、両拠点病院は「国際共同臨床研究実施推進事業 臨床研究中核病院連絡会議（J-CCRC: Japan Consortium of Clinical Research Core Hospitals）（現：医療技術実用化総合促進事業 臨床研究中核病院連絡会議）」を発足させた。このJ-CCRCでは、臨床研究中核病院15施設⁵⁾とともに、国際共同臨床研究の実施に関する課題とその解決策や、海外のグラント情報や規制情報の共有等を議題とし、年2回の会議を開催している。2025年10月までに121プロジェクトがJ-CCRCに登録されている。そのうち、公開可能なプロジェクトについて、J-CCRCのホームページにプロジェクトの概要を掲載している。2026年4月からは広島大学病院が新たに参加し、計16医療機関による活動が予定されている。

大阪大学医学部附属病院では、医療技術の海外展開を目指す地域としてアジアに注力している。その背景として、アジアの人口は世界人口の約60%を占め、市場規模が大きいことに加え、日本と人種差・民族差が小さく、薬剤の用量や医療機器の規格について、大きな差異がないことがあげられる。また、欧米に比べて、時差が小さく、オンライン会議の日程調整や対面での打ち合わせが容易等の地理的優位性があるためである。また、アジアには簡略審査制度を導入している国も存在する⁶⁾。この簡略審査制度とは、国際的な規制調和の一環として、日本等で承認された医薬品・医療機器について、同国の審査結果を他国が参照することで、審査プロセスを簡略化・迅速化するために導入された制度である。2025年2月現在、医薬品について、欧州連合、スイス、タイ、台湾、インド、インドネシア、マレーシア、ベトナム、オーストラリア、ウクライナ、アラブ首長国連邦、フィリピン、エルサルバドル、ペルー、イギリス、エジプト、ウズベキスタンにおいて、日本が参照国制度の対象となっている。また、医療機器について、台湾、シンガポール、マレーシア、メキシコ、インド、オーストラリア、ベトナム、タイ、エルサルバドル、ペルー、ブラジル、コロンビア、エジプト、ウズベキスタンにおいて、日本が参照国制度の対象になっている。

先日、タイFDAの医療機器部門を訪問し、この簡略審査制度（Abridged Pathway）について情報収集を行った。タイFDAのホームページには、Abridged Pathwayに関するサイトはあるが、すべてタイ語で記載されてい

る⁷⁾。通常審査では、審査期間が200 - 300日であるが、同制度では、150日以内に短縮される⁸⁾。また、前者では、External expert reviewが実施されるが、同制度では、internal reviewのみとなる。申請に際し、重篤な事象の評価を承認後、1年以上実施したClass 2-4の医療機器が対象となる⁹⁾。設計検証・妥当性確認 (Verification & Validation)、リスク分析文書、廃棄方法に関する文書、製造者情報の詳細等の提出が簡略化または省略される¹⁰⁾。また、申請者・評価者の負担軽減にも貢献するため、この制度を活用することを推奨するとのことであった。さらに当院が支援する一部の医療機器について、タイでの臨床試験は不要であることも明らかとなり、今後ますます、簡略化審査制度を活用した医療技術の海外展開案件が増加するものと考えられる。

4. 展望

新規医薬品・医療機器の開発数の約80%は新興企業が担っていることが明らかになっている¹¹⁾。大阪大学医学部附属病院未来医療開発部国際医療センターにおいても、アカデミア発の新興企業が開発する医療機器の研究開発支援を実施している。これらのことから、今後ますます、アカデミアにおける国際共同臨床試験・研究の重要性は増すものと考えられる。医療技術の海外展開に際し、当該国の規制情報を適切に入手し、最短・最速で当該国に新規医療技術が届けられるよう今後も尽力したい。

References:

- 1) 東 宏. 近年における国際共同治験の動向調査. (<https://www.jpma.or.jp/opir/news/066/05.html>).
- 2) 近年の国際共同治験の参加国の分析. (https://www.jpma.or.jp/news_room/newsletter/195/pdf/pdf-95pc-01-01.pdf).
- 3) 外国で実施された医薬品の臨床試験データの取扱いについて. (<https://www.pmda.go.jp/files/000156571.pdf>).
- 4) Harrison RK. Phase II and phase III failures: 2013-2015. *Nat Rev Drug Discov* 2016;15(12):817-818. (In eng). DOI: 10.1038/nrd.2016.184.
- 5) 臨床研究中核病院について. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tyukaku.html>).
- 6) 日本が参照国制度等の対象になっている主要国・地域. (<https://www.pmda.go.jp/files/000275717.pdf>).
- 7) ช่องทางการยื่นเอกสารสำหรับขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ที่ต้องขอใบอนุญาตและใบรับแจ้งรายการละเอียด (許可証および届出詳細証明書が必要な医療機器の登録書類の提出先). (<https://medical.fda.moph.go.th/knowledge/product-registration-pathway>)
- 8) The New Abridged Channel for Medical Device Submission in Thailand. (<https://www.siamdevelopment.com/abridged-channel-for-medical-device-submission-in-thailand/>).
- 9) The Thai FDA Reduces Redundancy Documents for Medical Device Importation to Facilitate Entrepreneurs. (<https://en.fda.moph.go.th/news/the-thai-fda-reduces-redundancy-documents-for-medical-device-importation-to-facilitate-entrepreneurs/>).
- 10) THAILAND: THAI FDA ANNOUNCEMENT: EXEMPTION OF PRESCRIBED INFORMATION, DOCUMENTS, AND EVIDENCE FOR LICENSED AND NOTIFIED MEDICAL DEVICES, 2024 - AUGUST/SEPTEMBER 2024. (<https://www.qualtechs.com/en-gb/article/thai-fda-medical-device-approval-streamlining-2024>).
- 11) 経済産業省 生物化学産業課. バイオ政策の進展と今後の課題について. (https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/shomu_ryutsu/bio/pdf/016_04_00.pdf).

寄稿 1

第9回国際臨床医学会学術集会 2024 大阪開催の回顧録

南谷 かおり

Kaori Minamitani

りんくう総合医療センター国際医療広報センター長（旧国際診療科部長）
大阪大学大学院医学系研究科 公衆衛生学招へい准教授

このたび2024年11月23日（土・祝）に大阪で開催した第9回国際臨床医学会学術集会の会長を務めさせていただきました。第9回を私が主催するに至った経緯については、まずは当学会の歴史から話したいと思います。国際臨床医学会は医療の国際化を推進する目的を掲げ、アカデミアを中心に2016年に設立されました。同年は全国国立大学附属病院長会議にて10年後を見据えた「グランドデザイン」が改訂された年でもあり、なかでも出遅れていた医療の国際化に関しては、アウトバウンド・インバウンドの両面で積極的に取り組むことになりました。2020年開催の東京オリンピック・パラリンピックに向けて外国人患者受入の体制整備が急がれるなか、既存の国立大学病院国際医療連携ネットワークの強化と発展が新たに提言に加えられました。このネットワークで国際化プロジェクトチームの中心だったのが北海道大学、東京大学、大阪大学、三重大学、九州大学で、私も大阪大学から参加しました。私は2006年から「りんくう総合医療センター」で外国人医療に携わっており、その経験も大いに役立ちました。そして、この国立大学病院国際診療部のネットワークを基軸に国際臨床医学会が立ち上がったのです。学会の設立には、すでに国際保健、外国人患者、医療通訳等を取り扱っていた「日本国際保健医療学会」「日本熱帯医学会」「日本渡航医学会」や、国際医療では名の知れた「国立国際医療研究センター」と「聖路加国際病院」も加わり、先輩たちの助言を得ながらのスタートとなりました。

第一回目の学術集会はアクセスの良さや集客力を考慮して東京となり、以降は設立に関わった大学や医療機関が順番に担当して各地で開催されるようになりました。そして2024年は大阪に決まったのですが、2020年にも『グローバルヘルス合同大会 2020 大阪』が開かれており、この時私は「日本渡航医学会」の会長を拝命しました。初めての大役で何をすべきか分かりませんでしたが、大先輩である「日本国際保健医療学会」の中村安秀先生、「日本熱帯医学会」の金子明先生、「国際臨床医学会」の中田研先生とご一緒したことで、色々と学ばせていただきました。当時はCOVID-19パンデミックが蔓延し開催自体も危ぶまれましたが、初のウェブ開催で国内外からも視聴できたことが参加者の増加につながりました。色々と苦労もありましたが、必要な業務や流れを知り得たことが今回とても役立ちました。

2024年は大阪開催に決まりましたが、誰が担当するかは未定でした。学術集会ともなれば人手の多い大学か大規模な医療機関を想定しており、市民病院で院外の仕事を頼める秘書や事務員もいない私には本来無理だと思っていました。そこで今回も大阪大学になると考えていたのですが、中田研先生はすでに2020年に会長をされており、順番では南谷で女性の活躍という面でも適任という澤芳樹理事長の推薦もあり、私に白羽の矢が立ちました。最初はとても不安でしたが、私の部下が懇意にしているお勧めの学会屋さんを紹介してくれて、なんとか光が見えてきました。

南谷 かおり Kaori Minamitani

りんくう総合医療センター国際医療広報センター長（旧国際診療科部長）、大阪大学大学院医学系研究科 公衆衛生学招へい准教授

まずは会場費を安くするため、大阪大学を共催にしてもらい大阪市内の中之島センターを押しえました。以前このビルに国際臨床医学会の事務局が入っていたこともあり、中窪伸元氏にも色々とお手伝いいただきとても助かりました。そして一番大変な資金集めは目ぼしい会社を前年会長の田村純人先生からご助言いただき、早い段階からアプローチしました。医療通訳関連の会社は以前から面識があり、フォーラムや勉強会等で会うことも多かったので、折を見て出資をお願いしました。こうしてプラチナ2枠、ゴールド1枠、シルバー2枠と埋まっていったのですが、そこで安心してしまい、7月になってランチョンセミナーが1社しかないことに気付きました。すでに知っていた会社は出尽くし、学会屋さんからは事前参加登録を止めて当日受付にすれば経費が浮くと言われました。これは不評になるのは明らかでしたが、他に良い案もなく途方に暮れていたところ、同日午後の会議で開業した元上司に再会し、その医師が海外からの癌患者を多く受け入れて治療しているのを思い出しました。まさにインバウンド医療の実践者で、大手の製薬会社がこの施設を支援していました。国際臨床医学会で「貴院のカテーテル治療について講演しませんか」と尋ねたところ、本人も会社も乗り気になり、会社の決算時期が翌月ということもあって、とんとん拍子で最後の枠も埋まりました。

資金の悩みが解決すると、肩の荷も一気に下りました。シンポジウムの会場分けや時間配分は早目に行っていたので、後はテーマごとに分類した一般演題を空枠にはめ込み座長を選出しました。これらは全て私と学会屋さんで行いましたが、担当の女性が有能で対応が速く、私の仕事は肝心な部分を決めるだけで有難かったです。2020年の合同大会では大阪大学のスタッフが何人もボランティアで駆り出されて大変でしたが、単独開催は指揮官が一人のため決断も速く、色々コンパクト化できたのがよかったです。

こうして順調に進んでいたところ、開催前夜に問題が生まれました。中之島センターは普段は授業で使用しており事前に検証できなかったのですが、隣接する教室をつなぎ合わせたところ、各部屋のスピーカーでタイムラグが生じることが判りました。そのため中央に座ると、声が前後から輪唱するように聞こえるのです。中之島センターはリフォームしてからデザイン性には長けているものの、導線や音響など機能的には使いづらくなったと今回初めて分かりました。結局解決策は見つからず、参加者にはご迷惑をおかけしました。

そして迎えた当日ですが、幸い天気にも恵まれ、最初に日本国際看護師 NiNA シンポジウムから始めたことで多くの女性が来場し、150席の会場が満席で立ち見も出ました。もともと NiNA 養成コースは大阪府看護協会が始めたため、関西に NiNA が多いのも要因と思われます。そして午前中の澤先生による基調講演が終わる頃には総数 274 名が参加していました。学術集會をどれだけ黒字にできるかは当日の参加人数にかかっていましたが、事前予約では 300 名に達しなかったのが最終的には 430 名になり、300 個のお弁当は完食となりました。このような人数は想定していなかったので会場が手狭になってしまいましたが、これもひとえに素晴らしいシンポジウムを企画していただいた皆様のおかげです。他と重なって聞けなかった講演のオンデマンド配信はないのかという質問もありました。また今回参加された医師たちからは、これだけ活気にあふれた女性たちが大勢参加する医学会は初めてという声も聞かれました。当学会は NiNA 以外に医療通訳士も女性が多いため、華やかな雰囲気になったのだと思われます。まさに交流も兼ねた女性の活躍の場を企画できたことは、私としても嬉しい限りです。学会初でいただいた軍資金も結局は使用せず、最終的には余剰金を学会に寄付したことで役目も果たせました。

今回の開催にあたり支援していただいた多くの方たちと、会場まで足を運んでくださった皆様にこの場を借りて感謝申し上げます。本当にありがとうございました！



第9回 国際臨床医学会学術集会

9th Annual Meeting of International Society of Clinical Medicine

関西から世界に架ける国際医療の橋
イノベーションの実践と未来共生への挑戦

International Medical Care from Kansai to the World :
Innovation in Practice and Challenge for Future Coexistence

2024.11.23 (祝土)

会場 大阪大学中之島センター
〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島4丁目3-53

会長 南谷 かおり Kaori Minamitani
地方独立行政法人 りんくう総合医療センター 国際診療科

共 催：大阪大学医学部附属病院 国際医療センター



国際検診の現状と将来

国際化時代における予防医学の可能性と課題 ～予防医療国際化事業に向けた当院の取組み

飯塚 陽子¹⁾、田村 純人²⁾

1) 東京大学医学部附属病院 国際検診センター センター長

2) 東京大学医学部附属病院 国際診療部 部長

〈要旨〉

予防医学は日本で始まった制度であり、世界でも類を見ない日本医療の強みの一つである。日本のがん検診、特定健診等の予防医学の経験が海外の方の生涯を通じた健康維持・増進にも貢献できる。一方では、課題として、日本の予防医学の強みや限界が分かる良質な受託業者・通訳者の育成が急務である。また、日本の予防医学の特長や各医療機関の強みを明確化することも課題の一つである。さらに、日本の予防医学の認知度を高めるための有効なプロモーション活動も喫緊の課題である。

医療のグローバル化が進む中、高度に発展してきた日本の予防医療サービスを必要としている海外の方にも提供できるよう、当院では国際検診センターを新設した。大学病院の高度な医療体制を活かし、充実した検診サービスを提供すると共に、グローバルな連携に基づく臨床・教育・研究面での国際交流の促進、予防医療の国際展開におけるモデル医療システムの構築を目指す。「悪性疾患の早期発見」と「生活習慣病の予防・是正」を目指し、科学的根拠に基づく検診プランを構築し、MRI・低線量胸部CT・各種超音波検査・鎮静下での上部・下部消化管内視鏡検査の同時実施等侵襲の少ない検査を中心に頭部から骨盤までを網羅した画像検査の施行、当院各部署に支えられた質の高い検査・各専門診療科による検診当日の迅速診断・内科専門医師による結果説明・管理栄養士による栄養相談、異常所見に対する当院各診療科への迅速な紹介等当院ならではの検診・精査加療のシームレスな連携体制を整えている。また、海外の医療機関と連携協定を締結し、検診後の健康サポートと共に、海外医療機関との学術交流・国内外からの視察・見学の受入にも努めている。さらに、多言語ウェブサイトの開設、紹介動画・パンフレットの作成、国際医療ツーリズム展覧会への出展等広報活動も展開している。予防医学の海外への教育と普及、グローバルな発展に貢献していく。

〈キーワード〉 予防医学、医療の国際化、予防医療国際化事業、グローバルな連携、精査加療

国際化時代における日本の予防医学の可能性

健常者を対象に、予防を含めた全身疾患の早期発見を目的とした検診は半世紀以上前から日本で始まった制度であり、世界でも類を見ない予防医学のシステムである。人生100年時代の到来に伴い、予防医学がますます重要視されている。

国内外の研究結果から、悪性疾患を早期発見することにより、肺がん¹⁾、胃がん²⁾、大腸がん³⁾、乳がん⁴⁾等の死亡率の減少が期待される。がんは早期発見が可能な疾患として、日本では、早くから40歳以上の方に対し、年に1回肺がん・胃がん・大腸がん（女性では2年に1回乳がん）等を含めたがん検診を推奨している。また、がんは予防可能な疾患として、禁煙する・節酒する・食生活を見直す・身体を動かす・適正体重を維持するといった健康習慣を実践することにより、様々ながん発症リスクの低下に繋がったと国内外の研究で検証されている^{5),6),7)}。さらに、40歳以上を対象とした特定健診が実施され、肥満の方で血圧・脂質・血糖・喫煙有無のリスクに合わせて、連続し

飯塚 陽子

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

TEL. 03-3815-5411 FAX. 03-5800-9526 E-mail: iizuka-3im@h.u-tokyo.ac.jp

て特定保健指導を受けることにより、肥満の改善のみならず、血圧・脂質・血糖の改善、心疾患・脳血管疾患リスクの低下に繋がると期待される⁸⁾。

日本医療の強みの一つとして、予防医学が挙げられる。予防医学の整備として、多様な健診センターが各地に多数存在し、CTやMRI等世界屈指の医療機器保有率で、かつ各検査技師や放射線をはじめとする各診断医師のレベルが高く、悪性疾患を含めた全身疾患の早期発見に繋がる診断技術が優れている。待ち時間の短さや病院の衛生環境、ホスピタリティ精神に溢れる質の高い医療従事者の対応等も高評価の要因である。日本の高品質の予防医学を求めて、中国をはじめとするアジア諸国からの来訪者数が年々増加し、また、悪性疾患の早期発見、生活習慣病の予防・是正を含めた全身疾患の発症予防のために、毎年・同じ医療機関で定期的に検診を受ける海外の方も増加している。これまで築かれてきた日本のがん検診・特定健診等の予防医学の経験が海外の方の生涯にわたる健康維持・増進にも貢献できると、日本の予防医学に対し世界から高い期待が寄せられている。

国際化時代における日本の予防医学の課題

日本の優れた予防医学の経験を必要としているより多くの海外の方にも高品質に提供できるようにするためには、多くの課題を解決していく必要がある。

まずは、良質な受託業者・ファシリテーターの育成が急務である。海外の検診者を紹介する受託業者・ファシリテーターは、日本の予防医学の特長や強み、そして限界を理解した上で、正確に海外の検診者に説明する必要がある。一方では、医療機関との連携において、予約の仕方・キャンセルポリシー・業務フロー等を把握する必要がある。事前説明・事前問診票への記入の支援、体内デバイス埋め込みのある方のMRI実施可否を判断するための詳細情報確認等、来日前から帰国後のサポートまで医療以外の部分でファシリテーターによる検診者に寄り添ったきめ細やかな支援について、検診者と医療機関との間を正確かつ適切に仲介できるよう医療機関による事前研修が必須であり、検診者・ファシリテーター・医療機関との信頼関係の構築も重要である。

そのほか、双方の文化が分かる質の良い医療通訳者の育成・確保、各国の食文化に配慮した栄養相談の取り組み、トラブルの際の対処マニュアルの作成、医療費の未払いをなくすための財務会計システムの構築、日本の予防医学の特長の明確化・専門による各医療機関の強みの明確化等も課題として考えられる。

また、日本の予防医学における認知度の不足を解消するための有効なプロモーション活動も喫緊の課題である。現地に出向き、国際医療展覧会における広報活動・現地医療機関との連携活動・Web型プロモーション・動画コンテンツの配信等、日本政府にも海外向けに日本の予防医学における認知度の向上に繋がるための積極的なプロモーション活動を推進してほしいと期待している。

さらに、予防医学においても、遠隔による診断や相談等、新たな予防医学における連携体制の構築がより求められている。

予防医療国際化事業に向けた当院の取り組み

医療のグローバル化が進む中、高度に発展してきた日本の予防医療サービスを海外の方にも提供できるよう、当院では2020年4月より国際検診センター (<https://www.intl-pvntmed-uth.jp/>) を新設した。大学病院の高度な医療体制を活かし、海外の方の生涯を通じた総合的な健康維持・増進をサポートすると共に、海外の医療機関との連携を通じて、予防医学の海外への教育と普及、グローバルな発展を目指している⁹⁾。

1) 世界的高水準にある本邦の予防医療の海外在住者への提供、2) 検診者母国の医療機関との緊密な連携による帰国後の健康医療サポート、3) グローバルな連携に基づく臨床・教育・研究面での国際交流の促進、4) 予防医療の国際展開におけるモデル医療システムの構築、5) 医療資源の有効活用による我が国の医療経済への貢献をコンセプトの柱として、活動している（図1）。

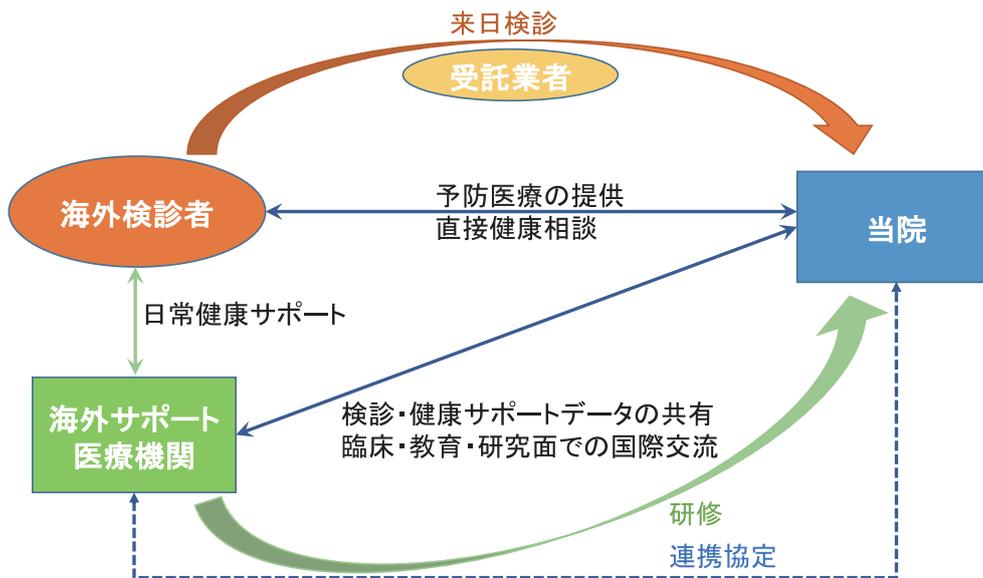


図1 予防医療国際化事業のイメージ図

海外検診者は受託業者を介して来日し、当院が提供する予防医療を受ける。一方、当院が海外医療機関と連携協定を締結し、検診者帰国後の健康サポートと共に、臨床・教育・研究面での国際交流の促進を目指している。

当センターでは、「悪性疾患の早期発見」と「心疾患・脳血管疾患・生活習慣病の予防・是非」を目指した、科学的根拠に基づく、2日間の総合的な検診サービスを提供することを特長としている。MRIや低線量胸部CT、各種超音波検査等侵襲の少ない検査を中心に組み合わせ、上部・下部消化管内視鏡検査は苦痛の少ない鎮静下での同時実施等頭部から骨盤までを網羅した画像検査の施行、検診で異常所見に対する当院各専門診療科への迅速な紹介等、お一人おひとりのニーズに寄り添う当院ならではのサービスを提供している。

国際検診システムの確立

スムーズかつ快適に受診して頂くよう事前web問診票システムを構築し、検診者が事前に母国語でweb上でチェックした内容がそのまま院内検診システムの日本語に反映され、かつ院内各検査の問診票に自動転記されることにより、医療安全面のみならず、サービス向上・業務効率改善等にも繋がっている。体内デバイス埋め込みのある方のMRI実施可否について、医療安全を第一に考え、検診者母国医療機関から提供される体内デバイスの材質に関する詳細情報を確認し、検診確定前に検診者に迅速にフィードバックする体制を取っている。

院内各専門部署による質の高い検査、各専門診療科による検診当日の迅速診断、30枚程度のスライドを用いた内科専門医師による検診当日の結果説明の体制を確立している。検診者母国料理の食品モデルや検診者母国語の資料等を用い、検診結果を踏まえ、検診者の食習慣や食文化に合わせた、管理栄養士による検診当日の栄養相談を提供している（図2）。

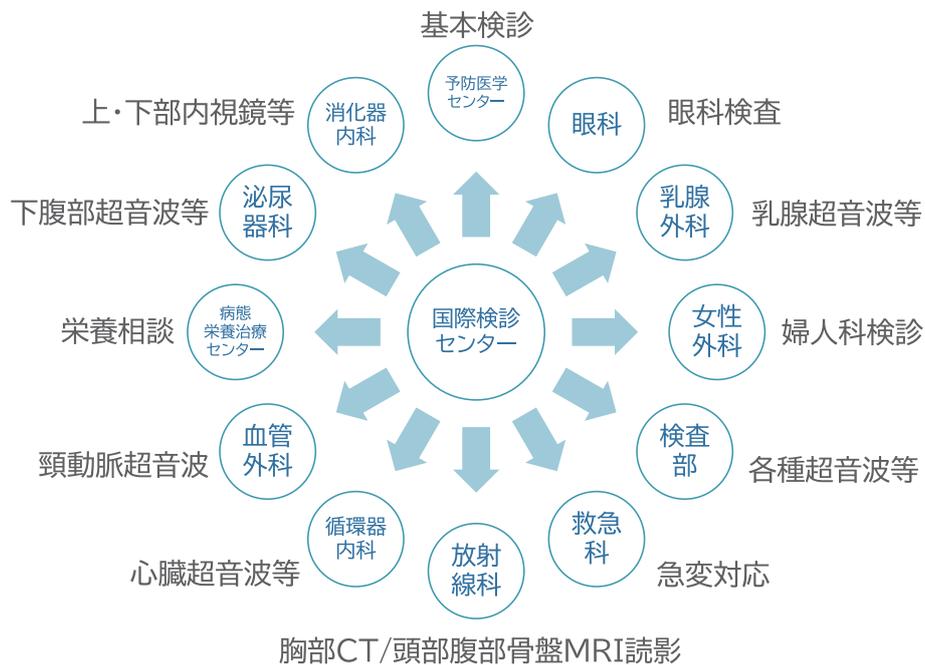


図2 院内各専門部署・診療科の協力体制

院内各専門人材に支えられた、当院ならではの各専門部署による質の高い検査・各専門診療科による検診当日の迅速診断・それらを総合した内科専門医師による結果説明・管理栄養士による栄養相談サービスを提供している。

検診報告書システムを構築し、要約では疾病に関する全体解説や生活上の注意事項をまとめており、各検査結果では解説・画像等で構成されている。検診終了当日に全検査画像・結果をDVDに出力し検診者に手渡し、検診後webでの受託業者による翻訳・当院確認後、検診者母国語での最終報告書を郵送する体制を取っている。

当院国際検診の受入状況

院外受託業者・院内各部署の協力の下、検診受入の人数が順調に増えている。男性が約6割・女性が約4割を占め、平均年齢が50歳代前半である。国籍別では16の国と地域から成り、言語別では中国語が8割以上・ベトナム語が1割・その他が英語となっている。

肥満は全体の4割以上認め、男性では脂肪肝が8割・内臓脂肪蓄積が9割以上認めた。言語別では中国語対応の男性がより肥満を認め、ベトナム語対応の男性は平均身長が低いが中性脂肪がより高いことを認めた。中国・ベトナムにおいても肥満が深刻な現状であることが浮き彫りとなり、肥満への積極的な早期介入を含め海外との連携強化が必要である。

悪性疾患疑いは全体の5%以上認め、特に前立腺がん・肺がん・乳がんの疑い等が多かった。男性では脳血管疾患が5%以上・心血管疾患が3%以上認めた。血中ヘリコバクター・ピロリ抗体陽性は全体の6割以上・大腸ポリープは4割以上、脂質異常症は4割以上・高血圧症は3割以上・糖尿病は2割以上の方に認めた。

検診で異常が見つかり、検診者の要望を受け、院内紹介により、既に当院の17の専門診療科での100以上の精査加療に繋げている。外来受診の際に、治療窓口である国際診療部と連携を取りながら、大学病院の高度な医療体制を活かし、当院ならではの検診から精査加療にシームレスに繋げる体制を整えている。

2回目の検診希望者も増えており、1回目と比較し、平均体重の約4kg減少・平均腹囲の約2cm低下をはじめ、

肥満・脂質・血圧・血糖等の改善も認めたことから、心血管疾患・脳血管疾患・悪性疾患の予防に繋がると期待している。

グローバルな連携体制の構築

海外との連携として、中国において既に10のトップレベルの病院と戦略的連携協定を締結し、緊密な連携による検診者帰国後の健康医療サポートと共に、臨床・教育・研究面における国際連携の基盤構築を目指している(図3)。国際的な医療教育活動の一環として、海外医療機関とこれまでに40以上の多岐にわたるテーマを中心に70回以上の学術交流会を開催し、今後も教育連携活動を更に推進していく。

広報活動として、多言語のウェブサイトを開設し、紹介の動画・パンフレットも掲載している。中国国際医療ツーリズム展覧会に計10回出展する等オンラインによる広報活動も展開している。国内外の大学・病院・団体・個人等からの要望を受け、これまでに200回以上の視察・見学も受け入れている。

予防医療の国際展開におけるモデル医療システムの構築を目指し、日本の予防医学を必要としているより多くの方に提供できるよう、安定した海外検診者受入体制の整備・海外医療機関との連携強化に一層努め、予防医学のグローバルな発展に貢献していく。

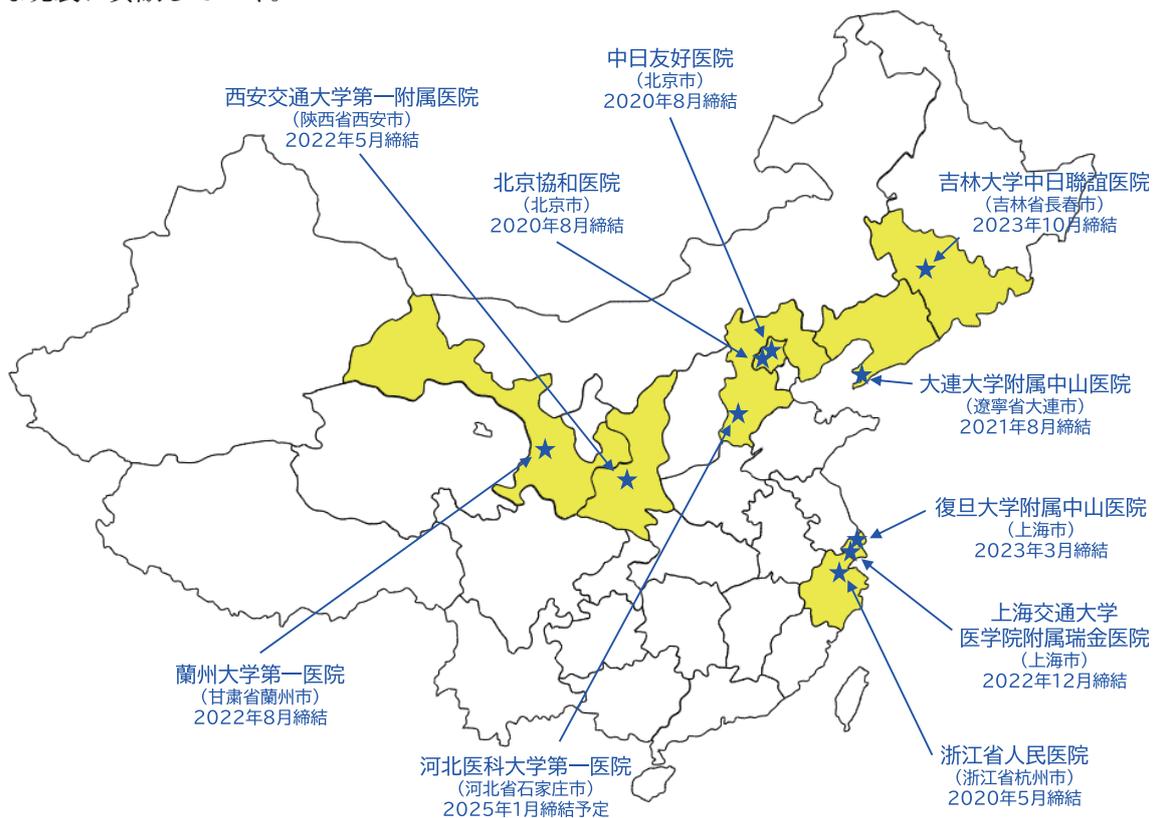


図3 海外医療機関との連携協定締結

海外医療機関と戦略的連携協定を締結し、検診後の健康医療サポートと共に、海外医療機関との学術交流や視察・見学の受入等を通じて、予防医学の海外への教育と普及、グローバルな発展に貢献していく。

文献

- 1) Koning H.J., Aalst C.M., Jong P.A., et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. N Engl J Med 2020; 382:503-513.
- 2) Hamashima C, Ogoshi K, Okamoto M, et al. A community-based, case-control study evaluating mortality reduction from gastric



- cancer by endoscopic screening in Japan. Plos One 2013; 8(11):e79088.
- 3) Løberg M, Kalager M, Holme Ø, et al. Long-term colorectal-cancer mortality after adenoma removal. N Engl J Med 2013; 369 (12):1095-1105.
 - 4) Hugosson J, Hamashima C, Ohta K, et al. A meta-analysis of mammographic screening with and without clinical breast examination. Cancer Sci. 2015; 106(7): 812-818.
 - 5) Sasazuki S, Inoue M, Iwasaki M, et al. Combined impact of five lifestyle factors and subsequent risk of cancer: the Japan Public Health Center Study. Prev. Med., 2012; 54(2):112-116.
 - 6) WCRF International/AICR
 - 7) https://epi.ncc.go.jp/can_prev/
 - 8) Nakao YM, Miyamoto Y, Ueshima K, et al. Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: The metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). PLOS ONE. 2018; 13, e0190862.
 - 9) 東京大学医学部附属病院国際検診センター <https://www.intl-pvntmed-uth.jp/>



国際検診の現状と将来

国際化時代における予防医学の可能性と課題 —慶應義塾大学予防医療センターの現状と目指す将来像

清水 良子、細江 直樹、高石 官均

慶應義塾大学予防医療センター

〈要旨〉

慶應義塾大学予防医療センターは、北里柴三郎の理念を継承し、診断・治療に先行する予防医学の実践拠点として発展してきた。1966年のがん検診開始、1970年の人間ドック導入を経て、2012年に信濃町キャンパスに設立され、2023年には麻布台ヒルズへ拡張移転した。最新鋭の診断機器と快適な受診環境を整備するとともに、会員制による継続的健康管理「予防医療メンバーシップ」を導入し、個別化された健康支援を推進している。

一方、国際化の進展に伴い、海外受診者のフォローアップや多言語対応、個人情報保護制度の違いなど新たな課題が顕在化している。通訳体制の整備や異文化対応力の強化は、単なる利便性にとどまらず、国際的信頼構築と研究基盤形成に寄与する重要な要素である。

当センターでは、豊富な受診データを基に「生活習慣介入効果予測アプリ」などDXを活用した行動変容支援を開発し、エビデンスに基づく健康改善を実践している。今後は海外提携施設での導入・教育支援を進め、現地データとの比較研究を通じて疾患予測モデルの国際精緻化と地域適応型プログラムの共創を目指す。さらに、国際共同治験や予防コホート研究を展開し、世界標準となる予防医学の新たな枠組みを提示することを展望する。慶應義塾大学予防医療センターは、国際予防医療ハブとして知の循環を創出し、健康寿命延伸と持続可能な医療体制の実現に貢献していく。

〈キーワード〉 予防医療センター、国際化、行動変容支援、デジタルヘルス、国際共同研究

はじめに—慶應義塾大学予防医療センターの歩み

慶應義塾大学医学部初代医学部長・病院長を務めた北里柴三郎は『医道論』において、「人民に健康法を説いて病を未然に防ぐのが医道の基本である」と述べた。この理念は現代においても失われることなく受け継がれ、本学は創設以来、診断・治療医学に先行する形で予防医学の普及と啓発に力を注いできた。1966年に開始したがん検診、1970年の人間ドック導入はその象徴であり、健診文化を社会に根付かせる礎となった。2012年には信濃町キャンパスに予防医療センターを設置し、学術と実践を架橋する拠点として整備を進めた。

さらに2023年11月には麻布台ヒルズへ拡張移転し、最新鋭のCT・MRI、AI搭載の内視鏡や乳腺エコーを導入して診断精度を高めるとともに、受診環境の快適性を向上させた。これに加え慶應義塾大学予防医療メンバーシップを創設し、単発的な健診提供にとどまらず、継続的かつ個別化された健康管理を会員制で実現する取り組みを始めている。この歩みは、予防医学を生活習慣改善と国際的健康戦略の一翼へと進化させるものである。

清水 良子

〒106-0041 東京都港区麻布台1-3-1 麻布台ヒルズ森JPタワー5階

TEL. 03-6910-3533 E-mail: rshimizu@keio.jp

国際化時代における予防医学の課題

グローバル化の進展は、予防医学にかつてない課題を投げかけている。海外から来日する受診者は治療ではなく健康確認や早期発見を目的とするが、帰国後の経過観察や生活習慣改善は十分に継続されない。日本人受診者のリピーター率が約9割に達するのに対し、海外受診者では3割未満にとどまるという現実、予防医療の持続性確保の難しさを如実に示している。加えて、国際的な個人情報保護規制の相違や医療制度の壁も、越境的なフォローアップの障害となっている。

一方、日本国内に居住する外国人受診者は年々増加しており、多言語での情報提供や医療通訳体制の整備は喫緊の課題である。これは単なる利便性の問題ではなく、多文化共生社会における予防医療機関の責務と位置づけられるべきものである。通訳を介した診療はコストやリスクを伴うものの、国際的信頼性を高め、職員に異文化対応力を涵養し、さらには国際共同研究の基盤を形成するという多面的価値を持つ。したがって、こうした意義を社会に可視化し、制度的な支援につなげることが、国際化に適応する予防医療の持続可能性を左右する。

将来展望：国際診療と行動変容支援

予防医学の核心は行動変容支援にある。当センターでは豊富な受診者データを基盤とした研究を展開し、その成果を迅速に臨床へと還元してきた。その代表的成果が「生活習慣介入効果予測アプリ」である。受診者が自身の生活習慣を入力すると、将来の糖代謝マーカーの変化を予測し、最適な改善策を提示できるよう設計されている。

このようなデジタルツールは、数値化された予測を提示することで言語や文化を超えて効果を可視化し、海外受診者にとっても有効である。文化的価値観の差異により「行動変容の必要性」が伝わりにくい場面においても、データに基づいた視覚的なフィードバックは受診者の納得感を高め、行動改善を持続させる強力な動機付けとなる。今後は、海外提携施設においてこうしたDXプログラムを導入し、教育・技術提供とともに現地運用を支援していくことが求められる。

生活習慣は国や文化によって大きく異なるため、現地データを蓄積し、日本人データとの比較研究を推進することが不可欠である。こうして得られる知見は、疾患予測モデルの国際的精緻化や介入方法の多様化に直結する。さらに、現地でのフィードバックを通じて地域に適合した行動改善プログラムを共同開発することは、単なる技術輸出にとどまらず、アカデミアならではの知識循環型の国際貢献といえる。

また、海外で得られた大規模データを集積・解析することにより、単発的な健診を超えてリピーター増加や長期的な健康改善につながる仕組みが構築できる。生活習慣病の発症予測モデルを国際的に磨き上げ、疾患リスク因子の民族差や地域差を明らかにすることは、学術的意義にとどまらず、各国の公衆衛生政策や産業保健への応用可能性をも有している。当センターがbench to bedsideで培った研究成果を国際的に展開し、現地医療機関と協働して行動変容支援を実践することは、アカデミアの使命であり、次世代の予防医学の方向性を指し示すものである(図1)。

さらに、この国際的取り組みを基盤として、将来的には多国間共同治験や国際予防コホート研究を展開することも視野に入る。生活習慣介入や新規診断技術の有効性を多様な人種・文化背景にまたがって検証することで、予防医学のグローバルスタンダードを提示できる可能性がある。こうした挑戦は経済的利益追求にとどまらず、世界に新たな学術的価値を創出する取り組みであり、日本発の予防医療の国際的使命を体現するものである。

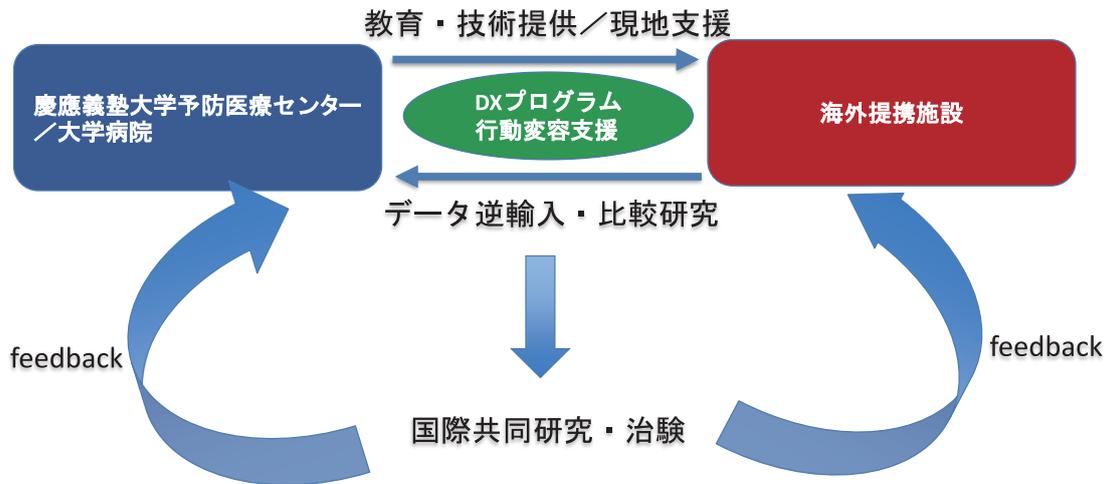


図1 海外受診者フォローアップの将来モデル（双方向型）

おわりに

国際化は予防医学に新たな課題と同時に多大な可能性をもたらしている。慶應義塾大学予防医療センターは、最新設備とDXを強みに、在外受診者のフォローアップ強化、海外医療機関との双方向的連携、非日本語話者への対応を着実に推進しようとしている。今後は、行動変容支援を国際的に展開し、共同研究や治験を通じてアカデミアとしての使命を果たすとともに、世界に新たな予防医学の価値を提示していきたい。

当センターは「国際予防医療ハブ」として、受診者一人ひとりの健康改善を支援しながら、国際共同研究と人材育成を両輪として推進し、予防医学の未来を切り拓いていく所存である。これにより、わが国が培ってきた予防医学の知を世界と共有し、国際社会における健康寿命延伸と持続可能な医療体制の実現に貢献していきたい。



国境を越える人々への医療

国際化時代における予防医学の可能性 国立健康危機管理研究機構国立国際医療センターの現状と目指す将来像

The potential of preventive medicine in the age of globalization:
The current status and future vision of
National Center for Global Health and Medicine, Japan Institute for Health Security

久保 幸子、呂 軍、林 裕子、橋本 真紀子、増田 恵利香、廣井 透雄
Sachiko Kubo, Jun Lu, Yuko Hayashi, Makiko Hashimoto, Erika Masuda, Yukio Hiroi

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 人間ドックセンター
Medical Examination Center, National Center for Global Health and Medicine (NCGM), Japan Institute for Health Security

〈要旨〉

医療インバウンドとは、海外の患者が治療または健診を目的とし、医療サービスを組み合わせ、観光目的で渡航することを指している。当院の人間ドックセンターは、高度医療体制の整った病院に併設されている人間ドック施設であり、結果や治療において専門科と密な連携がとれる施設として、信頼と実績を構築してきた。2016年5月のリニューアル後からは、日本人のみならず、自由診療において健診を目的とする医療インバウンドを受け入れる体制を早期から積極的に構築した。その後コロナ禍において、インバウンドの受け入れが国として困難になったことを機に、日本の医療保険証を有する在日外国人に対しての整備にも力を入れた結果、在日外国人の需要は飛躍的に伸びた。財政状況が厳しい日本の医療機関において、外国人に適切な予防医学を提供することは、日本での治療へとつながり、日本医療への経済的な貢献となり、かつ、医療の質を向上させる有効な国際化戦略であろうと考える。

国際化のためには、学会や国際論文を通じて人間ドックのシステムを積極的に紹介し、啓蒙を行うことが重要である。また、在日外国人や医療インバウンドを積極的に受け入れることは、日本の予防医療の質の体験を母国に伝える好循環を生み、医療のグローバル展開における基盤形成となるだろう。人間ドックを通じ、予防医学を世界に伝え、持続可能な医療の未来を築いていきたい。

〈キーワード〉 国際的、予防医学、人間ドック、インバウンド、在日外国人
International, Preventive medicine, Ningen Dock, Inbound, Foreign residents

はじめに

医療インバウンドとは、海外の患者が治療または健診を目的とし、医療サービスを組み合わせ、観光目的で渡航することを指している¹⁾。当施設では2016年5月の人間ドックのリニューアル以後、国際的な人間ドックを目指して、健診を目的として来日するインバウンドに対して、現在の健康状態を把握し、病気の早期発見や治療、生活習慣病の予防を目的とした健康診断を積極的に提供するように努めてきた^{2,3)}。また、保険証を有し、日本で生活する日本語に不慣れな在日外国人にも、通常診療に加えて、日本人と同様に人間ドックを享受できる体制を整備した⁴⁾。財政状況が厳しい日本の医療機関において、外国人に適切な予防医学を提供することは、日本での治療へとつながり、日本医療への経済的な貢献となり、かつ、医療の質を向上させる有効な国際化戦略であろうと考える。

久保 幸子 Sachiko Kubo
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 1-21-1, Toyama Shinjuku-ku Tokyo, 162-8655 Japan
TEL. 03-3202-7181 E-mail: kubo.s@jih.go.jp

当院の分析

当院の人間ドックセンターは、高度医療体制の整った病院に併設されている人間ドック施設であり、結果や治療において専門科と密な連携がとれる施設として、信頼と実績を構築してきた²⁾。2016年5月のリニューアル後からは、日本人のみならず、自由診療において健診を目的とする医療インバウンドを受け入れる体制を早期から積極的に構築した。その後コロナ禍において、インバウンドの受け入れが国として困難になったことを機に、日本の医療保険証を有する在日外国人に対しての整備にも力を入れた結果、在日外国人の需要は飛躍的に伸びた^{5,6)}。

①医療インバウンド戦略

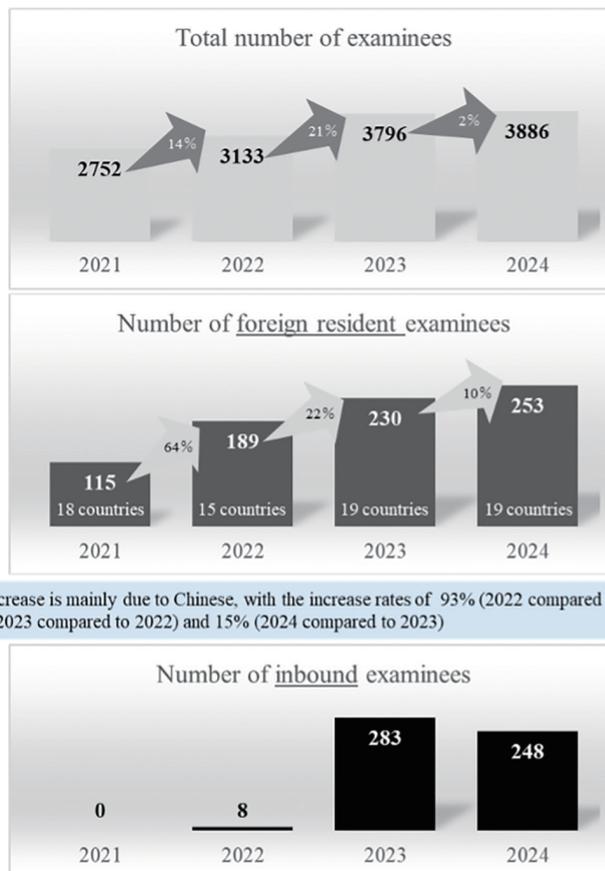
当院の人間ドックに来院する主要な渡航元は、中国が最も多く、次いでベトナムである。これらの国が多い理由は、日本との地理的な近さや、未然に病気を防ぐ、早期発見・早期対処の思想への共感が得やすいこと、また、経済成長が進む一方で医療インフラの整備が遅れている状況から、質が高い海外の医療サービスに期待する患者が多いからではないかと考えられる。コロナ禍により、来日する人間ドック受診者が途絶えたものの、コロナ禍が終わりを迎えたころから需要が戻り、再度受け入れを再開し、受診者は徐々に回復した。その要因のひとつとして、コロナ禍に新たに整備した、当院独自の「医療通訳登録」制度があげられる。医療インバウンドの受け入れには、当院の国際診療部のほか、当院に登録した企業を介在する戦略をとっている。これは、コロナ禍以前は、直接個人の受け入れも行っていたが、社会背景や文化の違い、健診に対する認識の差によるトラブルが数多く生じ、その対応に困難を極めたためである。また、国内において医療渡航を支援する企業は数多く存在するが、企業により日本の人間ドックシステムの理解や通訳の質などに差があり、受診時にトラブルが生じることがあった。そのため、当院の人間ドックでは、面接を行い、企業の業績や将来性を確認したうえで企業に登録し、予約を受け付けている。集客する企業と面談を行うことで、当院と企業との間で予防医学に関する認識を共有し、企業および受診者と密な信頼関係を築くようにしている。また医療通訳者についても、事前に面接し、資格（N1：日本語能力試験1級など）を確認して当院への登録を行うことで、安全に検査を提供し、受診者が結果を正しく享受できるように医療通訳者の質の担保を図っている。本来、当院スタッフのみで対応するのが理想かもしれないが、人的に十分に確保することは困難であり、適切に企業と協力することで、質の担保を図っているのが現状である。また、価格設定においては、自由診療であることから、医療資源や通訳・報告書の翻訳などのコストを含み、日本の保険証を有する層よりも高い価格設定を行っている。もともと言葉や文化の違いから、コミュニケーションに時間がかかり、結果として、検査目的を適切に理解し、安全に検査を行うためのコストが増加することは必然である。その点についても、お互いに信頼関係を築いた企業を介することで、病院対患者ではなく、病院対医療インバウンド企業間で会計を行うことができ、未払いや金銭トラブルを未然に防ぐ一助となっている。また、企業を介し、受診者の人間ドックに期待する検査や要望などの情報が収集でき、逆に当院から企業に要望を出すこともでき、より安全で信頼度の高い結果を提供できている。

②在日外国人に対する医療提供

当院ドックセンターにおける在日外国人の需要について報告する。

当院の人間ドックを受診する在日外国人の主要な出身国は、中国が最も多く、次いで韓国、ベトナムである。2016年5月～2024年12月の間に、延べ27か国から831名が受診した。在日外国人受診者の状況をコロナ禍から

の回復の兆しが見え始めた2021年から2024年の4年間のデータで分析すると、2021年から人間ドックの年間総受診者は増加し、その中でも在日外国人受診率の増加は顕著であった。主に中国籍の受診率の増加が目立った。2021年は18か国から115名、2022年は15か国から189名、2023年には19か国から230名、2024年には19か国から253名の在日外国人が当人間ドックを受けた(図1)⁶⁾。在日外国人受診者の特徴は日本人に比べ女性の割合が多く、平均年齢が若い。さらに、複数回受診している在日外国人リピーターは3割程度あった。当院では、在日外国人に対して、事前に説明の上、言語の壁が生じた際は医療通訳サービスを利用できる体制を整えている。日本人と同様に、外国人診療において、病院での慢性疾患の主治医と人間ドックの結果を連携し、全身の健康状態を総合的にチェックし、治療方針の調整や通常受診科以外の疾患の早期発見を行う体制が構築されつつあるのは、非常に有意義なことであると考えられる。



The increase is mainly due to Chinese, with the increase rates of 93% (2022 compared to 2021), 26% (2023 compared to 2022) and 15% (2024 compared to 2023)

図1 当施設の4年間の受診者推移。上から順に総受診者、在日外国人受診者、インバウンド外国人受診者。

国際化社会における人間ドックの役割

経済や戦争、感染症などの世界情勢により、来日の動きは予測できないことが多いが、世界的には中国、ベトナム、マレーシアなどの、特に富裕層や健康意識の高い層は、精度の高い検査と信頼できる医療体制を求めて海外を訪れている。この現状を踏まえると、今後も国境を越えて「予防医療」を求める動きは継続していくと考えられる。日本における人間ドックシステムは、早期発見・予防によって、就労人口の離脱を防ぎ、医療費を抑制でき、かつ現在の健康状態把握により健康意識を向上させることができるため、健康を担う医療の“ソフトパワー”としての価値は十分に高い。美容においては韓国が先陣を切っているが、健康診断などの予防医学に関しては、日本の知名度は高く、需要もある。日本における丁寧な対応・高精度な検査・清潔な施設などは十分に評価に値し、国際的なブランド力に十分になりうると考えられるため、国際化は予防医学の進化のチャンスであると考えられる。

国際化のためには、学会や国際論文を通じて人間ドックのシステムを積極的に紹介し、啓蒙を行うことが重要である。また、在日外国人や医療インバウンドを積極的に受け入れることは、日本の予防医療の質の体験を母国に伝える好循環を生み、医療のグローバル展開における基盤形成となるだろう。人間ドックを通じ、予防医学を世界に伝え、持続可能な医療の未来を築いていきたい(図2)。

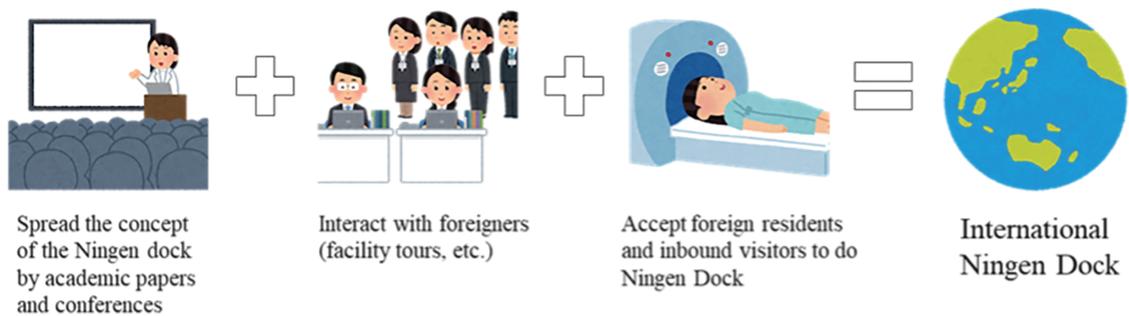


図2 人間ドックの国際化。日本の人間ドックの概念を論文や学会発表を介して啓蒙+施設見学など海外との人的交流+在日外国人やインバウンドの積極的な受け入れ=国際的人間ドック。

文献

- 1) Ministry of Economy, Trade and Industry. https://www.meti.go.jp/shingikai/mono_info_service/medical_inbound/pdf/20250612_1.pdf (Accessed September 12, 2025)
- 2) Jun Lu. Ningen Dock: Japan's unique comprehensive health checkup system for early detection of disease, *Global Health & Medicine*, 2022, 4(1), 11-15.
- 3) Jun Lu, Dong Van Hoang, Yuko Hayashi, Makiko Hashimoto, Sachiko Kubo, Hiroshi Kajio, Tetsuya Mizoue. Negative-High Titer of *Helicobacter pylori* Antibody and Lipid Profiles, *Biomed Res Int.*, 2022, doi: 10.1155/2022/9984255.
- 4) Jun Lu, Sachiko Kubo, Makiko Hashimoto, Yuko Hayashi, Hiroshi Kajio. The state of foreigners living in Japan as gauged by people undergoing a comprehensive health checkup (Ningen Dock), *GHM Open*, 2022, DOI: 10.35772/ghmo.2022.01004.
- 5) Jun Lu, Sachiko Kubo, Makiko Hashimoto, Yuko Hayashi, Erika Masuda, Hiroshi Kajio, Masayuki Shimoda. The future of inbound medical care as gauged from the foreigners undergoing complete medical examinations in Japan. *Global Health & Medicine*, 2024 Aug 31;6(4):256-258.
- 6) Jun Lu, Sachiko Kubo, Makiko Hashimoto, Yuko Hayashi, Erika Masuda, Miyuki Sadatsuki, Yukio Hiroi. Post-COVID-19 era trends in foreigners undergoing a complete medical examination in Japan: A single-center analysis of inbound medical care. *Global Health & Medicine*, 2025 Feb 28;7(1):74-76.



国境を越える人々への医療

国際化時代における予防医学の可能性 ～藤田医科大学病院国際医療センターの現状と戦略～

佐々木 ひと美、四馬 田恵、皿井 正義、杉岡 篤、宮原 良二

藤田医科大学 国際医療センター

〈要旨〉

【背景】

訪日外国人は年々増加傾向にあり、2025年8月には日本政府観光局の発表で342.8万人と過去最高を更新した。体験型観光の需要が高まる中、医療ツーリズムの一形態である健診は今後の発展が期待される。藤田医科大学では2016年に国際医療センターを開設し、2023年には羽田空港隣接地に藤田医科大学先端医療研究センター羽田クリニック (FMiC) を開設、インバウンド健診および治療を実施している。

【対象と方法】

2016年10月から2025年8月までに当院国際医療センターで実施したインバウンド健診および受診者を対象に、受診者数の推移、健診から治療への移行、COVID-19流行期の対応、新拠点との連携について検討した。対象は主に中国、ベトナム、フィリピンなど東南アジア諸国からの受診者で、多言語対応による健診・治療体制を整備した。

【結果】

当該期間のインバウンド症例は2,689名(健診406名、受診2,283名)であり、COVID-19流行期には健診受け入れを中止し95%の減少を認めたが、2023年以降再開した。健診者275名のうち精密検査を要したのは222名(80.7%)、当院を受診したのは90名(40.5%)、入院治療を要したのは7名(4%)であった。感染流行下では遠隔によるセカンドオピニオンを年間138名実施し、38名が来日治療を受けた。

【考察】

当院では国の医療インバウンド政策に基づき、多言語対応・認証取得を進め、外国人患者受け入れ体制を確立してきた。日本の医療ツーリズムの強みは安全性・精密性・信頼性であり、特に中国からの渡航者に高く評価されている。今後はFMiCを健診拠点、大学病院を治療拠点とする連携モデルにより、海外患者に対して日本の高品質な医療を提供していくことが期待される。

〈キーワード〉 インバウンド需要、体験型、日本の医療、治療

〈研究費〉 病院内インセンティブ

背景

2025年8月日本政府観光局が発表した訪日外国人数は3,428,000人であり、昨年の同月過去最高をさらに更新する結果となった¹⁾。訪日外国人の目的の多くは観光であり、2023年3月に策定された第4次観光立国推進基本計画に基づきプロモーション活動が各地で行われている²⁾。最近の傾向として買い物などの消費型から体験型滞在を好む傾向もみられる³⁾。医療ツーリズムの中でも病気の早期発見を目的とした健診はまさにこの体験型であり、今後の需要が期待される。藤田医科大学では2016年10月に愛知県にある藤田医科大学病院内に国際医療センターを開設、また2023年10月には東京羽田空港に隣接した施設内に藤田医科大学先端医療研究センター羽田クリニック (Fujita Medical Innovation Center 以下 FMiC) を開設し、インバウンド健診と治療の受け入れを行っている。本稿では、当院がセンター開設からCOVID-19流行の時代を経て現在にいたるまでの国際健診の現状と将来の展望につき報告する。

佐々木 ひと美

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

TEL. 0562-93-9257 FAX. 0562-93-7863 E-mail: sasakih@fujita-hu.ac.jp

対象と方法

本学国際医療センターでは、2016年よりインバウンド健診を本格的に開始した。対象は主に東南アジア（中国・ベトナム・フィリピン）からの受診者であり、健診プログラムにはがんの早期発見を目的としたPET-CTを含む高度画像診断、上部下部内視鏡検査、婦人科検診・乳がん検診とともに心ドック、膵癌に特化した超音波内視鏡検査、認知症検査、遺伝子検査などもオプションとして可能である。言語対応としては日本語・英語に加え、中国語医療通訳者を3名常駐させ、多言語での円滑な対応を可能にしている。

2016年10月から2025年8月までの当院における健診者・受診者の推移ならびに当院での健診システムの変化について報告するとともに、COVID-19感染流行下での当院でのインバウンド診療への取り組み、海外からのアクセスを考えた新拠点と本学との相互協力について報告する。

結果

1) インバウンド健診者数の推移

2016年10月から2025年8月までの本学国際医療センターのインバウンド症例は累計2,689名（健診406名、受診2,283名）であった。2016年から2019年にかけては健診・治療ともに増加傾向であったが、COVID-19感染流行とともに健診の受け入れを中止、2023年から本格的に再開している（図1）。2024年10月からは東京に新規開業した関連施設へ健診を移行することにより、当院では治療を目的としたインバウンドの受け入れを強化した。

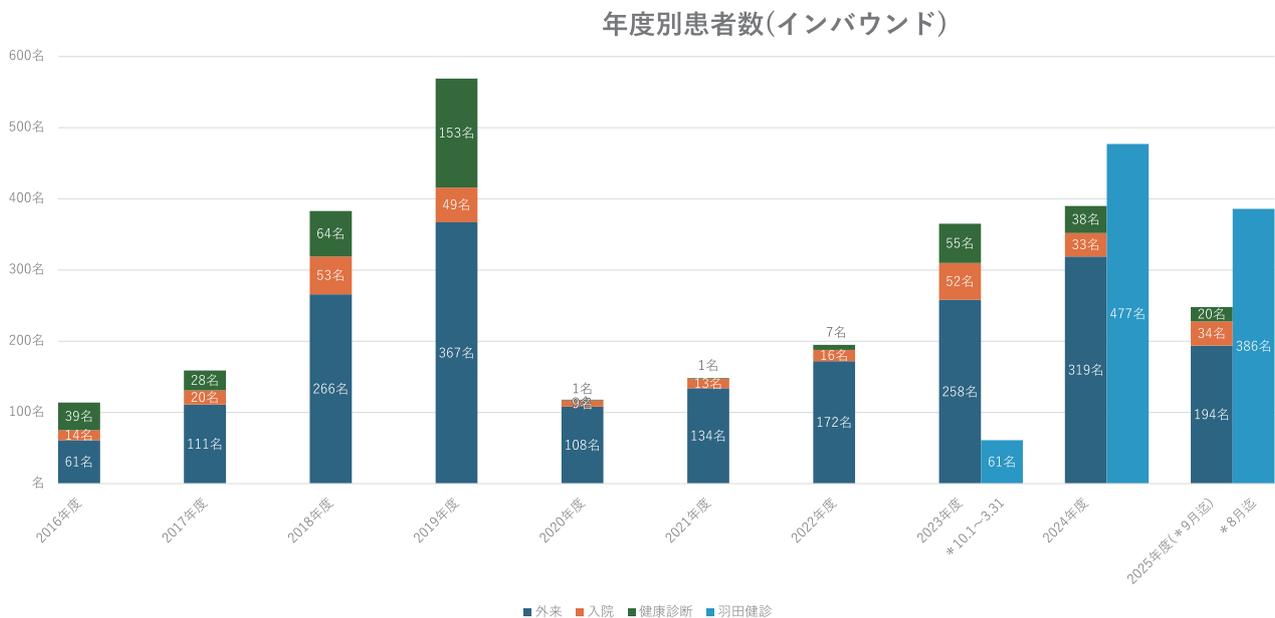


図1 藤田医科大学国際医療センターおよび藤田医科大学先端医療研究センター羽田クリニックでのインバウンド症例数

2) 健診から治療への移行

2019年から2025年9月までの健診者275名のうち、何等かの理由で受診または精密検査が必要と診断されたのは222名（80.7%）であった。その後これらの結果から当院を受診したのは90名（40.5%）であり、入院治療を必要としたのは7名（4%）であり、4名が外科的治療を必要とした（表1）。

表 1 健診後受診者の割合

要受診・要精査	222名 (全体の80.7%)
・ 健診後外来受診	90名 (40.5%)
・ 健診後入院	7名 (3.1%)
・ 外科的治療施行	4名 (1.8%)

3) COVID-19 流行下での国際医療センターの役割

2020年から2022年までの3年間はそれ以前の4年間と比較して健診者数は95%の減少を認めた。原因としてCOVID-19感染拡大に伴う外国人の入国制限期間であったことから海外からの健診の受け入れを中止し、治療のために来日し、24時間以上病院内に滞在する患者家族および患者に限定したことによる。この方針は2022年10月に日本政府が水際対策としての入国制限を緩和するまで続けられた。その間、当センターでは治療に関しては遠隔システムを利用したセカンドオピニオンを中心(図2)とし、2020年から2022年の日本への渡航制限の間も年間138例のセカンドオピニオンを施行し、そのうち38名が来日し当院で治療を受けた。同時期において前年までの健診受診者に関してはメールまたはエージェントを通してフォローアップを継続し、必要があれば遠隔診療を行った。

国境をまたいだ遠隔でのセカンドオピニオン



図2 遠隔セカンドオピニオン (エージェント用資料)

考察

医療インバウンドは国の政策として2010年新成長戦略として位置づけられ、翌年には医療滞在を目的とするビザの発行、外国人患者受け入れ医療機関認定制度(JMIP)が創設された。外国人患者の受け入れとして当院では月平均1,300名(外来800名,入院500名)年間約9,600名(2024年)の在留外国人の診療を行っており、国籍としてはブラジル・中国・ベトナムなどが多い傾向がある。そのため院内医療通訳者および多言語対応が可能な院内ヘル

パーの採用とともに医療通訳アプリ、外部委託などを使用し診療にあたっている。当院では外国人患者受け入れ拠点病院認定を2014年に取得以降、2015年JMIP、2016年JIH (Japan International Hospital)、2018年JCI (Joint Commission International) などの資格を取得している。一方で来日する海外富裕層に対し、専用の医療通訳、コンシェルジュを配し、大学病院教授クラスによる上部・下部消化管内視鏡検査、画像診断による精密健診を2016年から開始し、2018年に来日健診者・受診者のための国際医療センターを開設した。日本における外国人患者対応施設は年々増加傾向にあるが、アジア地域ではタイ・シンガポール・マレーシアでは政府をあげて医療ツーリズムの推進にあたっており、医療インバウンド患者数が多いことが報告されている⁴⁾。世界各国の医療ツーリズムの発展要因として、Vovkらは2016年37か国のデータからMedical Tourism Index (MTI) を指標として用い、医療ツーリズムの成功には、経済的発展と観光・医療制度の連携に加え、政治的・社会的安定性、国際的信頼の確立が重要であり、国内医療システムの質向上と同時に、外国人患者の受け入れ体制、法的・制度的環境の整備が今後の国際医療発展の鍵となると報告している⁵⁾。

その中で日本における医療ツーリズムのメリットとして挙げられるのは、やはり安全性と信頼性であろう。また当院でのインバウンド患者の多くは中国からの渡航者であるが、彼らに対するアンケート結果からは日本を選んだ理由として近距離であること、薬剤や治療機器の安全性および精密性、チーム医療などを挙げている。健診においても、日本が長寿国であること、申し込みから健診・診断結果までの速さ、円安などを理由に日本を選択している。また当院を選択した理由に関しては、健診結果から精密検査・治療への移行がスムーズであること、医療通訳者の院内在中や外国人患者に慣れていることなどがあげられた。2023年に開設されたFMiCでは健診のほかに自費診療による活動長寿プログラム、再生医療、リハビリテーション、不妊治療を行う施設を併設している。海外からの渡航に関しては地の利のよいFMiCでの健診を推奨し、外科的治療など専門性の高い治療に関しては当院国際医療センターでの受け入れを行うことで、日本の良質な医療を提供していきたいと考えている。

結語

今後も増加が期待される医療インバウンド症例に対し、日本ならではの精密かつ安全性の高い健診と治療を提供することで世界の人々の健康の増進に寄与できることが我々の目的であり、医療インバウンドの増進は我が国の経済政策としても有用と思われた。

文献

- 1) 日本政府観光局 HP・訪日外客統計
- 2) 国土交通省 HP・観光立国推進基本計画
- 3) 日本総研レポート・Research Eye 2025.8.1
- 4) 経済産業省 医療インバウンドの適切な推進の在り方に関する検討会・中間とりまとめ 2025年6月
- 5) Vovk, V.; Beztelesna, L.; Pliashko, O. Identification of Factors for the Development of Medical Tourism in the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 11205. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111205>

せん妄で難渋した外国人入院患者の在宅看取り

Home-based End-of-life Care for a Hospitalized Foreign Patient with Severe Delirium

夏山 ほのか、佐々木 彰一

Honoka Natsuyama, Akihito Sasaki

真生会富山病院 国際医療支援室

International Medical Support Office, Shinseikai Toyama Hospital

【抄録】

終末期を迎える外国人が増加している。終末期に高頻度で発生するせん妄は、患者・家族・医療従事者に苦痛をもたらす。慣れ親しんだ環境はせん妄予防に有効とされるが、外国人患者にとって入院生活は、言語や文化の違いから精神的な侵襲となりやすい。在宅療養は、これらのストレスを軽減し、せん妄の緩和に繋がる可能性が示唆される。しかし、終末期の外国人患者に対する訪問診療の報告は少ない。

70歳代の日系ブラジル人男性の症例を報告する。転居後約1年、日本語能力試験N5に満たない程度であった。原発不明癌に対し化学療法が無効、肺炎・胸水貯留・脳転移を合併し緩和目的で転院。吸引処置時に激しく興奮し暴力を振るった。家族の協力を得るも、病院食拒否や見舞客による騒音など、入院環境への不適応が顕著であった。患者は自宅療養を強く希望し、退院に至った。初回訪問時、入院時と異なり穏やかな表情であった。胸水穿刺や褥瘡処置、経口麻薬調整を実施した。家族や友人が集まる中で経過は安定した。徐々に意識レベルは低下したが苦痛の表出は少なく、麻薬を貼付剤に変更後、自宅で永眠した。

入院中の患者は、脳転移による言語能力低下に加え、言葉や文化の壁、合わない食事といった精神的負荷がせん妄を増悪させた可能性が高い。在宅という慣れ親しんだ環境がこれらのストレスを軽減したと考えられる。

本症例は、文化や言語の異なる外国人終末期患者に対し、在宅ケアがせん妄軽減に寄与する可能性を示唆する。増加する外国人患者への適切なケア提供のため、多文化理解に基づいた医療提供体制の構築や、制度理解を支援する体制整備が急務である。医療従事者は多文化理解を深め、患者の文化的背景に配慮したケアを提供する必要がある。多言語情報提供や医療通訳・文化仲介者の活用も重要となる。日本の医療・介護保険制度についても、外国人患者が理解しやすいように情報提供を充実させる必要がある。

〈キーワード〉外国人、在宅看取り、せん妄

【はじめに】

出入国在留管理庁によれば、令和6年末で日本に在留する外国人の人口は約360万人となり、前年末に比べておよそ17万人増加し、過去最高を更新した¹⁾。在留外国人の中に、様々な疾病に罹り、本邦で最期を迎える人が増えてきている。2015年には、本邦での外国人死亡者数は6,871人であった。その後も徐々に増加し、2023年には、9,051人となっている(図1)。死因は、悪性腫瘍が最も多く(28%)、次いで心疾患(15%)、脳血管疾患(7%)である(図2)。

人生の終末期には、せん妄がよく起こる。身体的・精神的負荷が誘因となって生じるものであり、患者・家族・医療者の苦悩が深まる要因となる²⁾。慣れ親しんだ家族や環境が、せん妄発症を予防する効果があると言われる。外国人にとっては、入院生活が、家族と接する時間を制限され、外国語を話すスタッフに囲まれ、生活習慣の異なる

夏山 ほのか Honoka Natsuyama

〒939-0243 富山県射水市下若 89-10 89-10 Shimowaka, Imizu-shi, Toyama 939-0243, Japan

TEL. 0766-52-2156 FAX. 0766-52-2197 E-mail: honoka.natsuyama@gmail.com

環境におかれることである。外国人患者にとって、特に入院生活は侵襲となると言えよう。親しみ深い、在宅での療養生活は、せん妄による症状を緩和し、患者の苦痛を大いに和らげると推察される。

本邦にて終末期の外国人患者に対し、訪問診療を行った症例報告は極めて少ない。当院での経験を報告する。

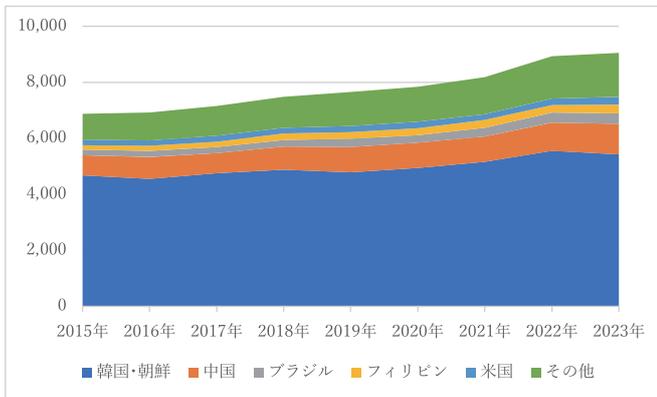


図1. 国内での外国人死亡者数の推移 人口動態調査¹⁶⁾より著者作成

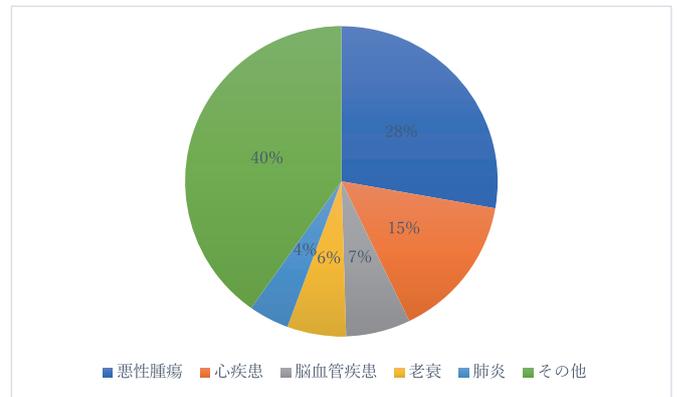


図2. 2023年国内での外国人の死因 人口動態調査¹⁶⁾より著者作成

【症例】

70歳台の日系ブラジル人男性で、もともとブラジルで一人暮らしをしていた。高齢による一人暮らしを心配した家族が日本へ呼び寄せたため、本人が自ら望んだ転居ではなかったと考えられる。来日時は元気で、担瘤を疑わせる症状はみられなかった。来日から約1年が経過していた。日本語能力は、当時の日本語能力試験（JLPT）N5に満たない程度であった。母国語であるポルトガル語は流暢で、家族とは活発に会話を行っていた。本人の支援には甥と姪が主に関わっており、いずれも日本語が堪能で日本で就労していた。本人との会話は主に家族による通訳を介して行った。看護スタッフが通訳アプリを用いる場面もあり、簡単な意思疎通には問題なかった。国民健康保険料は納付していたが、介護保険料は未納によりすぐには利用できない状況であった。

X年8月、腹腔内リンパ節腫脹で前医を受診した。原発不明のG-CSF産生腫瘍で、胃痛に準じた化学療法が行われたが、効果不良であった。同年12月、肺炎、胸水貯留、脳転移を認め、追加治療困難と判断された。19日緩和医療目的にて当院紹介となった。来院時点でのADLは、車いす軽介助、平行棒歩行可能であったが、胸水貯留と肺炎のため、経鼻酸素が必要な状態であった。食事は軟飯・5分菜が摂取可能であった。日本語を自ら発語することはなく、家族とも会話はほとんどかみ合わず、自分がどこにいるか認識できていなかった。

20日夕方、内服後、痰のごろつきあり、自己喀出できなかった。吸痰を勧めたところ、非常に興奮し、医療者に暴力を振った。スタッフ複数人でも対応が困難であった。本人の経鼻酸素を外れ、本人の意識レベルが低下したことで沈静化した。スタッフが酸素カヌラを装着させたことで、酸素化が改善し、本人は意識を回復した。その後も度々、暴力行為があり、しばしば家族を呼んで対応した。食事が口に合わないとのことで、家族が食事を度々差し入れていた。一人部屋ではなかったが、多くの知人が集まり、病室での騒音・異臭等の苦情が聞かれた。本人は、重ねて自宅退院の希望を訴えた。カンファレンスを重ね、29日、自宅退院となった。死期が迫っており、経済的余裕と十分な家族の介護力があつたため、介護保険サービスは利用せず、介護ベッドは自費でレンタルし、介護は家族が担った。訪問看護は、医療保険で介入し、当院のソーシャルワーカーが調整を行った。家族はこの時点ではあまり積極的でなく、1週間後再入院する予定だった。

X + 1年1月2日、初回訪問診療を行った。在宅酸素療法を導入し、吸痰機、介護ベッドを導入した。経鼻酸素投与下で、バイタルは安定していた。病室とは一転し、見違えるほど穏やかな表情をしていた。主介護者は親類の女性で、自宅は広い一軒家であった。本人、家族共に病院に戻りたくないとのことで、在宅療養継続とする方針とし、経口の麻薬の調整と、褥瘡処置を行った。本人の姪の子供が、自宅内を走り回り、診療を見に来ていた。17日、訪問看護師介助の元、1Lの胸水穿刺を行った。経口摂取できており、表情は穏やかであった。家族・友人が自宅でパーティをしており、医師も食事を勧められた。2月5日、日本語で会話可能な家族同席の元、今後の方針を決定した。予後は週単位であり、終末期に起こり得る変化を説明した。急変時は、蘇生を行わず、訪問看護師に連絡することで合意した。15日、目が虚ろで意思疎通が困難であった。本人に尋ねても辛くはないとのことであった。予後は日単位と考えられた。麻薬を貼付薬に変更した。同日19時、呼吸停止したとのことで、訪問看護師より連絡があり、死亡診断した。

【考察】

日本語は短文を話す程度であった、日系ブラジル人である。原発不明のG-CSF産生腫瘍の終末期で当院に転院した。入院後、侵襲を伴う看護処置等に非常に興奮し、医療者への暴力行為を繰り返していた。その患者が、在宅に戻ると見違えるほど穏やかになり、自宅で最期を迎えた。

せん妄とは、加齢や認知症などの機能の低下に、感染症・電解質異常・不眠などの急性の身体的な負荷、疼痛等の不快な刺激や、馴染みのない環境等の、精神的な負荷が加わって起こる、急性の脳の機能障害である。一般病院の内科・外科病棟において、入院中の発症率は3～56%に及ぶと言われる³⁾。環境の変化による精神的負荷は、全ての患者で起こり得る。本患者は外国人であったことから、入院環境での体験が、生活環境での体験と、大きく異なっていた。言語一つにおいても、英語を流暢に話す患者に対し、言語能力が限定的である患者は、せん妄の発症が2倍になると言われている⁴⁾。おかれている場での体験の違いの大きさが、よりせん妄を増悪させた可能性が高い。

ブラジルにおける終末期医療の現状を述べる。医療資源の不足により、緩和ケアを受けるべき患者のうち、実際に受けられる人は約14%にとどまるとの報告がある⁵⁾。また、多くの人が自宅での看取りを望んでいるにもかかわらず、高齢者の死亡場所は病院が約67%、自宅は約21%にとどまるとの報告もある⁶⁾。本症例のように原発不明がんに肺炎・胸水貯留を合併し入院すると、ブラジルでは病院で亡くなる可能性が高いと考えられる。ブラジルでは、自宅で家族を看取することは少ないと考えられ、初期の家族の在宅ケアへの抵抗感につながったのかもしれない。

山口ら⁷⁾は、外国人ケアにおいて、訪問看護師が言語の壁、宗教や風習の違い、医療・介護保険制度に関する説明の困難性を抱えると報告している。当患者の訪問診療でも、本人との意思疎通は困難で、家族の通訳を介する必要があった。入院中に問題となった食事や生活習慣の違いは、自宅では馴染みのある環境のもとで解消され、終末期を穏やかに過ごすことができた。

一般に、在日外国人患者と医療従事者との間では、宗教・文化・習慣の違いから治療方針やケア内容の調整に困難が生じる^{8) 9)}。例えば、宗教的理由による医療処置の拒否や、文化に基づいた治療判断の傾向が、医療者側の対応を複雑化させる。また、患者の文化背景への理解不足が信頼関係を損ね、医療の質にも影響を及ぼす¹⁰⁾。

特にエンドオブライフケアにおいては、本人意思を重視する日本的アプローチと、家族中心の意思決定を重んじる文化との間で治療方針の調整が課題となることが多いが、本症例のように、患者の文化的背景に配慮して入院か

ら在宅療養へと切り替え、より親しみ慣れた生活環境を整えることで、患者の心理的ストレスが軽減され、せん妄等の症状緩和や生活の質の向上につながる可能性がある¹¹⁾。このような実践は、異文化間のギャップによる摩擦を緩和し、患者本人および家族の安心感を高める効果が期待される。また、多文化理解を促進する研修の実施や、医療通訳・文化仲介者の配置は、医療者側の対応力を高め、適切なケア提供を支える基盤となる¹²⁾。さらに、宗教的・文化的背景に応じた食事や生活環境の柔軟な調整も、患者満足度の向上と医療者の負担軽減の両立に寄与する。医療従事者と患者・家族との信頼関係を深めるためにも、相互理解を育む機会の創出が重要である。

加えて、在宅医療の土台となる医療・介護保険制度の理解も重要だが、日本の制度は複雑であり、外国人には大きな壁となる¹³⁾。多くの自治体で多言語対応が進んでいるが、その質には地域差があり、制度の内容も理解しづらい¹⁴⁾。特に介護保険制度の申請や認定手続きは煩雑で、通訳支援がなければ利用へのハードルは高い¹⁵⁾。そのため、外国人患者への制度説明には、多言語資料の整備や、母国の制度との違いを踏まえた丁寧な説明が不可欠である。今後、外国人高齢者の在宅看取りが増加する中で、文化的背景を尊重しつつ、制度理解と利用を支援する体制整備が急務である。

本論文は、文化や言語の異なる外国人終末期患者に対し、慣れ親しんだ在宅ケアへ移行することが、せん妄の軽減に寄与し得る可能性を示唆した。今後、増えゆく外国人患者への、適切なケアの形を確立する為、多数の知見の集積が必要と思われる。

在日外国人に対する緩和医療の現状については、言語・文化的障壁⁸⁻¹⁰⁾、介護保険制度や医療制度へのアクセス困難¹³⁻¹⁵⁾、医療従事者側の多文化対応力の不足⁷⁾が繰り返し報告されている。国内での系統的研究は限られるものの、在宅移行や文化仲介者の活用、多職種連携が症状緩和や満足度向上に資することが示唆されている^{11) 12)}。本症例は、在宅移行によってこれらの課題が緩和されうること示すものであり、今後の緩和医療体制の整備に資する知見と考えられる。

文献

- 1) 令和6年6月末現在における在留外国人数について。 Accessed May 3, 2025. https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00047.html
- 2) Bramati P, Bruera E. Delirium in Palliative Care. *Cancers*. 2021;13(23). doi:10.3390/cancers13235893
- 3) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al. Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(4):397-403. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3320
- 4) Khanna A, Govil M, Ayele N, Saadi A. Disparities in delirium across the continuum of care and associations with social determinants of health. *Semin Neurol*. 2024;44(6):752-761. doi:10.1055/s-0044-1788976
- 5) Bertelli CR, Fonseca MRA, Engelbrecht FF, et al. All We Need is a Hospice in Brazil. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024;67(5):e673-e674. https://catalyst.library.jhu.edu/discovery/fulldisplay?docid=cdi_crossref_primary_10_1016_j_jpainsymman_2024_02_133&context=PC&vid=01JHU_INST:JHU&lang=en&search_scope=All_except_EU&adaptor=Primo%20Central&tab=Everything&query=any,contains,All%20We%20Need%20is%20a%20Hospice%20in%20Brazil&offset=0
- 6) Nóbrega OT, Leibing A. Hospitals: the place where most elderly people die in Brazil - the start of a debate. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(1):1-3. Accessed August 20, 2025. https://catalyst.library.jhu.edu/discovery/fulldisplay?docid=cdi_doaj_primary_oai_doaj_org_article_7a061ac738af4fef8ab606efac05ff9d&context=PC&vid=01JHU_INST:JHU&lang=en&search_scope=All_except_EU&adaptor=Primo%20Central&tab=Everything&query=any,contains,Hospitals%3A%20the%20place%20where%20most%20elderly%20people%20die%20in%20Brazil%20-%20the%20start%20of%20a%20debate&offset=0
- 7) 山口裕子, 松尾博哉. 在宅で療養する在留外国人へのケア提供時に訪問看護師が抱える困難と対応. *国際保健医療*. 2024;39(3):61-72. doi:10.11197/jaih.39.61
- 8) Teraoka M, Muranaka Y. Aspects of cross-cultural experience perceived by foreigners living in japan when using its healthcare services. *Nihon Kango Kagakkaishi*. 2017;37(0):35-44. doi:10.5630/jans.37.35

- 9) 陸智子, 中尾友美, 清水安子. 外国人を含む家族の体験に関する文献検討. 日本看護研究学会雑誌. 2023;45(5):5_959-5_969. doi:10.15065/jjsnr.20220125175
- 10) 野中千春, 樋口まち子. 在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究. 国際保健医療. 2010;25(1):21-32. doi:10.11197/jaih.25.21
- 11) 堀川尚子. 定住外国人高齢者に関わった介護職員のEOLCにおける要因分析. 日本地域共生ヘルスケア学会誌. 2024;1(2):11-19. doi:10.60433/healthc.1.2_11
- 12) 泉恵里奈. 病棟看護師の外国人入院患者に対するコミュニケーションと看護の質の現状に関する研究 - 医療通訳者の有無、家族・友人通訳者の有無での比較を通して -. JSIN. 2020;3(1):43-52. doi:10.57321/jsin.20200201.2
- 13) Ohura T, Washio M, Ishizaki T, et al. Current issues in access to care services for the elderly in Japan focusing on special permanent residents and foreign-born Japanese: A report by the Monitoring Report Committee of the Japanese Society of Public Health. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2020;67(7):435-441. doi:10.11236/jph.67.7_435
- 14) 李錦純, 北野尚美, 俵志江, 菅野裕佳子, エレーラルルデス, 李節子. 介護支援専門員がとらえる大阪市における在日外国人の高齢者の介護保険サービス利用状況に関する調査研究. 国際保健医療. 2018;33(1):11-15. doi:10.11197/jaih.33.11
- 15) 山口貴子. 日本における外国人住民の医療・保健情報へのアクセスと利用に影響する要因についての文献レビュー. 看護科学研究. 2023;21(0):29-40. doi:10.20705/jjnhs.21.0_29
- 16) e-Stat. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 別表. 死亡数 (日本における外国人), 国籍;死亡数 (外国における日本人), 死因 (死因简单分類)・性別. Published online March 27, 2025. Accessed September 28, 2025. https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411907&utm_source

外国人妊婦の妊娠後期におけるストレスとその関連要因の検討 －日本人妊婦と比較して－

Factors related to stress in the last trimester of pregnancy: Comparison between foreign and Japanese pregnant women in Japan

谷口 朱子¹⁾、渡邊 香織²⁾、高 知恵²⁾、千葉 貴子³⁾、北條 渉⁴⁾
Akane Taniguchi¹⁾, Kaori Watanabe²⁾, Chie Koh²⁾, Takako Chiba³⁾, Wataru Hojo⁴⁾

- 1) 大阪府立大学大学院看護学研究科 修了生
Alumni of Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University
- 2) 大阪公立大学大学院看護学研究科
Graduate School of Nursing, Osaka Metropolitan University
- 3) 社会福祉法人石井記念愛染園附属愛染橋病院
Ishii memorial Aizen-en, Aizanbashi Hospital
- 4) セルスペクト株式会社
CELLSPECT Corporation

抄録

【背景】 妊娠期のストレスは妊娠後期に高くなり、胎児の発育や早産、産後の精神状態、母子関係へ影響を及ぼす。在留外国人数は増加しているが、外国人の医療を取り巻く環境には様々な問題があり、外国人妊婦はより強いストレスを経験している可能性がある。

【目的】 外国人妊婦の妊娠後期におけるストレス反応とストレス関連要因を生理学的指標である尿中バイオピリン値を用いて日本人妊婦と比較し明らかにする。

【方法】 妊娠後期（妊娠 32 週以降）の外国人妊婦および日本人妊婦を対象に自記式質問紙調査、尿中バイオピリン検体の採取、診療録調査を実施した。データ収集は2023年4～8月に行った。

【結果】 外国人妊婦 35 名と日本人妊婦 39 名を分析対象とした。外国人妊婦と日本人妊婦の基本属性とストレス自覚に有意差はなかった。尿中バイオピリン値は外国人妊婦で有意に低かった ($p=0.002$)。尿中バイオピリン値とストレス関連要因の相関で外国人妊婦と日本人妊婦で共通して相関を認めた項目はなかった。外国人妊婦のみで相関を認めた項目は在日年数 ($r=0.419$) と家事・育児サポートに対する満足度 ($rs=-0.303$) であった。ストレス自覚とストレス関連要因の相関で外国人妊婦と日本人妊婦で共通して相関を認めた項目は経済状況に対する不安（外国人妊婦： $rs=0.475$ ）とストレス解消度（外国人妊婦： $r=-0.767$ ）であった。外国人妊婦のみで相関を認めた項目は睡眠状況に対する満足度 ($r=-0.539$)、診察にかかる時間に対する満足度 ($rs=-0.371$)、夫・パートナーの年齢 ($r=-0.366$)、指導内容に対する満足度 ($rs=-0.334$) であった。

【考察】 在日年数が長い外国人妊婦にも言語面や異文化への配慮が必要であること、より満足度の高い保健指導を実施し保健指導の内容を十分に理解できるような支援が必要であることが示唆された。

〈キーワード〉 外国人妊婦、ストレス、バイオピリン、妊娠後期

Foreign pregnant women, Stress, Biopyrrin, Last trimester of pregnancy

〈研究費〉 2022 年度大阪府立大学看護学部及び看護学研究科同窓会（白鳥会）看護研究助成金

I. 背景

妊娠期には様々な心理社会的変化の経験がストレスとなる^{1) 2)}。特に妊娠後期は分娩・育児に対する不安の増強や³⁾ 様々な身体的変化およびそれに伴うマイナートラブルの増加により¹⁾ 妊娠期中で最もストレスが強くなる。また、ストレスの生理学的指標である尿中バイオピリン値は妊娠初期および中期と比較して妊娠後期で有意に高くなることが報告されている⁴⁾。一方、妊娠期のストレスは胎児の発育⁵⁾ や早産⁶⁾、産後の精神状態⁷⁾ や母子関係⁸⁾ へ影響を及ぼすことが明らかになっている。ストレス理論によると、人はストレスに遭遇すると認知的評価を行い対処行動をとるが、それが対処能力を超えた脅威である場合にストレス反応が生じるとされている⁹⁾。

近年在留外国人数は増加しており、2024 年末には在留外国人数が前年末より 35 万人 (10.5%) 増加し、376 万人で過去最高となっている¹⁰⁾。外国人は様々な異文化ストレスを経験していることに加え¹¹⁾、その医療を取り巻く環境には言語の壁や文化の違い、経済的問題¹²⁾、支援者不足¹³⁾ などの問題がある。主観的評価指標を用いてストレス測定を行った研究では、移民や少数民族を含む外国人妊婦はネイティブの妊婦より強いストレスを経験することが報告されている¹⁴⁾。しかし、日本において外国人妊婦のストレスに関する実証的な研究は見当たらなかった。加えて、外国人を対象とする場合、言語の問題から質問紙だけでは正確にストレス反応を測定することができない可能性があるため、生理学的指標も併せて調査する必要がある。

そこで、本研究の目的は外国人妊婦の妊娠後期におけるストレス反応とストレス関連要因を生理学的指標である尿中バイオピリン値を用いて日本人妊婦と比較し明らかにすることとする。

II. 方法

1. 調査方法

1) 対象者

A 病院に通院している妊娠後期（妊娠 32 週以降）の外国人妊婦と日本人妊婦を対象とした。ただし、本研究においては日本国籍を有さない妊婦を外国人妊婦とした。除外基準は日本語および英語・中国語・韓国語・ベトナム語の 4 言語以外を母国語とする妊婦、識字状況により母国語でも質問紙に回答できない妊婦、精神疾患により治療中の妊婦、通訳者の同席が難しい外国人妊婦、日本で出生し生活してきた外国人妊婦とした。

2) データ収集期間

2023 年 4 月から 8 月末

3) 調査手順

妊娠中期の妊婦健診時に研究内容を説明し同意を得た。妊娠後期（32 週以降）の妊婦健診時に質問紙を手渡し、鍵付きの質問紙回収ボックスにて回収した。外国人妊婦に対しては、母国語の質問紙を使用した。また、診療録調査および尿中バイオピリン検体の採取をした。

2. 調査内容

1) 診療録調査

年齢、就労状況、婚姻の有無、出産経験の有無、妊娠週数、国籍、妊娠経過等

2) 自記式質問紙調査

- (1) 基本属性：在日年数、主観的な日本語理解度（4件法）、同居者の有無等
- (2) ストレス反応：ストレス自覚（Visual Analogue Scale 以下VASと表記）
- (3) ストレッサー：睡眠状況に対する満足度、出産や育児、経済状況に対する不安、日常生活や夫婦関係の変化の自覚、診察にかかる時間や待ち時間、医師の説明内容に対する満足度（VAS）
- (4) 認知的評価：ストレス解消度、精神的サポートや家事・育児サポートに対する満足度、保健指導の内容に対する満足度・理解度（VAS）

3) 尿検体の採取

妊婦健診時に採取した尿を二次利用し、バイオピリン ELISA キット（セルスペクト株式会社）を用いて尿中バイオピリン値（ $\mu\text{mol/gCr 1g}$ 当たり）を測定した。

尿中バイオピリン値は喫煙やアルコール摂取量に関連することが報告されているが、本研究の対象者は妊婦であり、飲酒や喫煙をしている者がほとんどいなかったため、調査項目から除外した。

3. 分析方法

基本属性、ストレッサーおよび認知的評価の各項目、尿中バイオピリン値およびストレス自覚を外国人妊婦と日本人妊婦で比較した。また、尿中バイオピリン値およびストレス自覚とストレス関連要因の各項目の関連性を検討した。

4. 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会（承認番号 2022-222）および A 病院倫理委員会（承認番号 04-15）の倫理審査を受け、承認を得た。

III. 結果

研究同意を得られた外国人妊婦 42 名および日本人妊婦 40 名に質問紙を配布した。外国人妊婦において、質問紙への回答が不十分な者が 1 名、バイオピリンの原液濃度が検量線の範囲を外れた測定値であった者が 4 名、尿中バイオピリン値が外れ値であった者が 2 名あり、分析対象から除外した。また、日本人妊婦において、尿中バイオピリン値が外れ値であった者 1 名を分析対象から除外した。最終的に外国人妊婦 35 名および日本人妊婦 39 名の計 74 名を分析対象とした。

1. 外国人妊婦と日本人妊婦の基本属性

外国人妊婦の年齢は、22 歳から 44 歳で平均年齢は 29.1 (5.1) 歳であり、就労状況は、あり 24 名 (68.6%)、出産経験は、あり 11 名 (31.4%) であった。国籍は、ベトナム 17 名 (48.6%)、中国 13 名 (37.1%)、フィリピン 4 名 (11.4%)、インド 1 名 (2.9%) であり、在日年数は、1 年から 15 年で平均在日年数は 7.5 (3.8) 年であった。日本語理解度は、「日本語が分からない」と「簡単な日本語であれば理解できる」を日本語理解度が低い、「日常会話レベルの日本語が理解できる」と「医療用語も理解できる」を日本語理解度が高いとし、高い 28 名 (80.0%) であった。

夫/パートナーの就労状況は、あり34名(97.1%)であった。夫/パートナーの国籍は、日本3名(8.6%)、ベトナム15名(42.9%)、中国13名(37.1%)、フィリピン2名(5.7%)、インド1名(2.9%)、韓国1名(2.9%)であり、日本語理解度は、高い25名(71.4%)であった。

日本人妊婦の年齢は、21歳から41歳で平均年齢は31.1(5.2)歳であり、就労状況は、あり31名(79.5%)、出産経験の有無は、あり20名(51.3%)であった。夫/パートナーの就労状況は、全員がありであった。外国人妊婦と日本人妊婦の基本属性に有意差は認めなかった。

2. 外国人妊婦と日本人妊婦のストレス関連要因

外国人妊婦と日本人妊婦のストレスおよび認知的評価を比較した結果を表1に示す。身体・心理・社会的変化に関する項目において、睡眠状況に対する満足度は外国人妊婦で有意に高く($p=0.001$)、日常生活の変化に対する自覚は外国人妊婦で有意に低かった($p<0.001$)。保健指導に関する項目において、指導内容に対する理解度は外国人妊婦で有意に低かった($p=0.009$)。その他の項目では有意差を認めなかった。

表1 外国人妊婦と日本人妊婦におけるストレスおよび認知的評価の比較

	外国人妊婦 (N=35)	日本人妊婦 (N=39)	p値
	M (IQR)	M (IQR)	
ストレス			
<u>身体・心理・社会的変化</u>			
睡眠状況に対する満足度	54.0 (34.0-75.0)	40.0 (22.0-51.0)	0.001
出産に対する不安	49.0 (33.0-75.0)	58.0 (43.0-76.0)	0.293
育児に対する不安	48.0 (30.0-70.0)	48.0 (22.0-68.0)	0.603
経済状況に対する不安	48.0 (14.0-74.0)	48.0 (25.0-58.0)	0.871
日常生活の変化の自覚	45.0 (25.0-58.0)	78.0 (62.0-85.0)	<0.001
夫婦関係の変化の自覚	19.0 (7.0-50.0)	29.0 (2.0-57.0)	0.562
<u>診察内容</u>			
診察にかかる時間に対する満足度	83.0 (52.0-93.0)	83.0 (62.0-96.0)	0.566
診察の待ち時間に対する満足度	51.0 (38.0-75.0)	50.0 (38.0-81.0)	0.918
医師の説明内容に対する満足度	83.0 (68.0-92.0)	86.0 (72.0-97.0)	0.584
認知的評価			
<u>ストレス対処</u>			
ストレス解消度	70.0 (48.0-80.0)	64.0 (48.0-82.0)	0.841
<u>支援状況</u>			
精神的サポートに対する満足度	81.0 (68.0-96.0)	87.0 (81.0-98.0)	0.096
家事・育児サポートに対する満足度	78.0 (54.0-95.0)	85.0 (79.0-95.0)	0.165
<u>保健指導</u>			
指導内容に対する満足度	86.0 (74.0-95.0)	89.0 (80.0-97.0)	0.276
指導内容に対する理解度	84.0 (65.0-90.0)	92.0 (81.0-99.0)	0.009

M (Median) ; 中央値

IQR (Interquartile Range) ; 四分位範囲

ストレスと認知的評価はVisual Analogue Scale(範囲:0-100)で測定

検定: Mann-WhitneyのU検定

3. 外国人妊婦と日本人妊婦のストレス反応

1) 尿中バイオピリン値とストレス自覚の比較

外国人妊婦と日本人妊婦の尿中バイオピリン値およびストレス自覚を比較した。尿中バイオピリン値の平均値±標準偏差は、対応のないt検定の結果、外国人妊婦で 2.12 ± 0.74 、日本人妊婦で 2.72 ± 0.88 であり、外国人妊婦で

有意に低かった ($p=0.002$)。ストレス自覚の中央値 (四分位範囲) は、*Mann-Whitney* の *U* 検定の結果、外国人妊婦で 27.0 (9.0 - 52.0)、日本人妊婦で 31.0 (16.0 - 51.0) であり、有意差は認めなかった。

2) ストレス反応とストレス関連要因の相関

(1) 尿中バイオピリン値とストレス関連要因の各項目との相関

外国人妊婦および日本人妊婦における尿中バイオピリン値とストレス関連要因の各項目との相関を表 2 に示す。*Pearson* の相関係数を r 、*Spearman* の順位相関係数を r_s とする。外国人妊婦における尿中バイオピリン値とストレス関連要因の各項目との相関では在日年数で有意な弱い正の相関を認めた ($r=0.419$)。また、家事・育児サポートに対する満足度 ($r_s=-0.303$) では弱い負の相関を認めた。その他の項目では相関を認めなかった。

表 2 外国人妊婦および日本人妊婦における
尿中バイオピリン値とストレス関連要因の各項目との相関

	外国人妊婦 ($N=35$)		日本人妊婦 ($N=39$)	
	相関係数	p 値	相関係数	p 値
尿中				
バイオピリン値				
基本属性				
年齢	0.183 ^a	0.291	-0.134 ^a	0.415
就労状況	0.189 ^b	0.277	0.045 ^b	0.785
婚姻の有無	-0.065 ^b	0.712	-0.216 ^b	0.186
出産経験の有無	0.134 ^b	0.443	-0.014 ^b	0.934
調査日の妊娠週数	0.041 ^a	0.814	-0.132 ^a	0.422
在日年数	0.419 ^a	0.012	—	—
日本語理解度	-0.007 ^b	0.820	—	—
夫/パートナーの年齢	-0.019 ^a	0.968	-0.326 ^a	0.043
夫/パートナーの就労状況	0.034 ^b	0.846	—	—
夫/パートナーの日本語理解度	-0.094 ^b	0.591	—	—
身体・心理・社会的変化				
睡眠状況に対する満足度	-0.011 ^a	0.951	-0.149 ^a	0.365
出産に対する不安	0.023 ^a	0.896	-0.029 ^a	0.859
育児に対する不安	0.065 ^a	0.710	0.012 ^a	0.943
経済状況に対する不安	0.033 ^b	0.851	0.035 ^b	0.831
日常生活の変化の自覚	0.013 ^a	0.940	0.080 ^a	0.630
夫婦関係の変化の自覚	0.067 ^b	0.702	-0.159 ^b	0.334
診察内容				
診察にかかる時間 に対する満足度	-0.267 ^b	0.121	0.014 ^b	0.932
診察の待ち時間 に対する満足度	0.054 ^a	0.760	-0.128 ^a	0.439
医師の説明内容 に対する満足度	0.017 ^b	0.992	0.164 ^b	0.320
ストレス対処				
ストレス解消度	-0.185 ^a	0.286	-0.323 ^a	0.045
支援状況				
精神的サポート に対する満足度	-0.227 ^b	0.191	-0.082 ^b	0.621
家事・育児サポート に対する満足度	-0.303 ^b	0.077	-0.049 ^b	0.765
保健指導				
指導内容に対する満足度	-0.085 ^b	0.628	0.095 ^b	0.565
指導内容に対する理解度	0.259 ^b	0.132	0.281 ^b	0.083

^a: *Pearson* の相関係数の検定 ^b: *Spearman* の順位相関係数の検定

(2) ストレス自覚とストレス関連要因の各項目との相関

外国人妊婦および日本人妊婦におけるストレス自覚とストレス関連要因の各項目との相関を表3に示す。外国人妊婦におけるストレス自覚とストレス関連要因の各項目との相関ではストレス解消度 ($r = -0.767$)、睡眠状況に対する満足度 ($r = -0.539$) で有意な中程度の負の相関を認めた。診察にかかる時間に対する満足度 ($r_s = -0.371$)、夫/パートナーの年齢 ($r = -0.366$)、指導内容に対する満足度 ($r_s = -0.334$) では有意な弱い負の相関を認めた。また、経済状況に対する不安 ($r_s = 0.475$) では有意な弱い正の相関を認めた。その他の項目では相関を認めなかった。

表3 外国人妊婦および日本人妊婦における
ストレス自覚とストレス関連要因の各項目との相関

	外国人妊婦 (N = 35)		日本人妊婦 (N = 39)	
	相関係数	p値	相関係数	p値
ストレス自覚				
基本属性				
年齢	0.023 ^a	0.896	-0.032 ^a	0.845
就労状況	0.122 ^b	0.485	0.192 ^b	0.242
婚姻の有無	0.000 ^b	1.000	-0.245 ^b	0.133
出産経験の有無	0.061 ^b	0.728	0.057 ^b	0.730
調査日の妊娠週数	0.233 ^a	0.179	-0.499 ^a	0.001
在日年数	0.109 ^a	0.532	—	—
日本語理解度	0.138 ^b	0.429	—	—
夫/パートナーの年齢	-0.366 ^a	0.030	-0.107 ^a	0.515
夫/パートナーの就労状況	0.119 ^b	0.496	—	—
夫/パートナーの日本語理解度	-0.144 ^b	0.408	—	—
身体・心理・社会的変化				
睡眠状況に対する満足度	-0.539 ^a	0.001	-0.034 ^a	0.835
出産に対する不安	0.233 ^a	0.179	0.010 ^a	0.952
育児に対する不安	0.207 ^a	0.232	0.018 ^a	0.916
経済状況に対する不安	0.475 ^b	0.004	0.387 ^b	0.015
日常生活の変化の自覚	-0.013 ^a	0.942	0.043 ^a	0.797
夫婦関係の変化の自覚	0.044 ^b	0.801	0.254 ^b	0.119
診察内容				
診察にかかる時間 に対する満足度	-0.371 ^b	0.028	-0.080 ^b	0.629
診察の待ち時間 に対する満足度	-0.034 ^a	0.847	-0.292 ^a	0.071
医師の説明内容 に対する満足度	-0.239 ^b	0.167	-0.144 ^b	0.383
ストレス対処				
ストレス解消度	-0.767 ^a	<0.001	-0.827 ^a	<0.001
支援状況				
精神的サポート に対する満足度	-0.228 ^b	0.187	-0.537 ^b	<0.001
家事・育児サポート に対する満足度	-0.143 ^b	0.411	-0.474 ^b	0.002
保健指導				
指導内容に対する満足度	-0.334 ^b	0.043	-0.277 ^b	0.088
指導内容に対する理解度	-0.272 ^b	0.113	-0.177 ^b	0.280

^a: Pearsonの相関係数の検定 ^b: Spearmanの順位相関係数の検定

IV. 考察

1. 外国人妊婦と日本人妊婦のストレス反応

本研究において、尿中バイオピリン値は外国人妊婦の方が日本人妊婦より有意に低かった ($p=0.002$)。本研究の外国人妊婦は日本語理解度の高い者が80.0%を占めており、有職率が68.6%と日本の出産前有職率である77.4%¹⁵⁾に近く、そのパートナーも97.1%が日本で就労していた。また、外国人妊婦と日本人妊婦の基本属性において有意差を認めた項目はなかったことから、本研究における外国人妊婦はその特有の医療上の問題を経験していなかった可能性があり、ストレス反応も低くなったと考えられる。本研究においては、日本に少ない国籍の在留外国人や、識字状況により母国語でも読み書きが難しい在留外国人、通訳者の同席が難しい在留外国人など、より強いストレスを受けていると予測される在留外国人を研究対象とすることが困難であった。そのため、本研究における外国人妊婦は日本語理解度や出産前有職率が高く、基本属性において日本人妊婦と有意差がなかったと考えられる。一方、日本人はストレス対処において自分の苦悩を他者に打ち明けない傾向があるため¹⁶⁾、日本人妊婦は外国人妊婦よりストレス対処が上手くできていない可能性があると考えられる。

2. 外国人妊婦のストレス関連要因

ストレス関連要因の各項目について尿中バイオピリン値との相関を検定した結果、外国人妊婦では在日年数において有意な弱い正の相関を認めた ($r=0.419$)。実際の臨床場面において在日年数が長く日本語が理解できていると思われる外国人妊婦に対しては、日本人妊婦と同じように保健指導を行う場合がある。しかし、ある程度日本語が話せる場合でも日本語を母国語と同様には理解できず、ストレス反応が高まっている可能性がある。このことから、在日年数が長く言語を含めた日本文化への適応が進んでいるように見える外国人妊婦に対しても言語面や異文化への配慮が必要である。

また、外国人妊婦において家事・育児サポートに対する満足度で弱い負の相関 ($r_s=-0.303$)、経済状況に対する不安で弱い正の相関を認めた ($r_s=0.475$)。外国語併記の資料や医療通訳サービスの活用なども進められてきているが¹⁷⁾、これらの資源が十分に活用されていない可能性がある。そのため、日本の母子保健制度に関する情報提供を十分に行い、活用できるように支援する必要がある。外国人妊婦においてはストレス自覚と保健指導の内容に対する満足度に弱い負の相関 ($r_s=-0.334$)、ストレス解消度 ($r=-0.767$) に中等度の負の相関を認めていることから、より満足度の高い保健指導を実施し、外国人妊婦のストレス解消につなげていく必要がある。

さらに、外国人妊婦においてのみ睡眠状況に対する満足度で中等度の負の相関 ($r=-0.539$)、診察にかかる時間に対する満足度で弱い負の相関 ($r_s=-0.371$) を認めた。そのため、外国人妊婦に対しては睡眠状況を観察し、睡眠満足度向上のための保健指導を行っていくとともに、外国人妊婦が母国の妊婦健診との違いに戸惑いや不安を抱いている可能性があることを理解し、可能な範囲で外国人妊婦の希望をかなえられるように調整する必要がある。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、A病院のみの妊婦を対象としたことで、その背景に偏りが生じたこと、分析対象から8名を除外することになり、対象者数が不足していたことが考えられる。よって、今後さらに対象者数を増やし、より多様な国籍や日本語レベルの外国人妊婦を対象とするなど、様々な背景をもつより多くの外国人妊婦を対象として研究を行っていく必要がある。

(利益相反に関する事項の開示)

大阪公立大学阿倍野地区利益相反マネジメント委員会に利益相反事項の申告を行い、利益相反状態にあるが管理下にあるとの審査結果を得た（審査番号 C-E2022-0323）。

文献

- 1) 田中美帆. 妊娠期女性における心理学的研究の現状と課題. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要. 2016, 10(1), 1 - 6.
- 2) 湯舟邦子. 妊婦が経験するストレスとストレス反応およびコーピングの関連性. 昭和大学保健医療学雑誌. 2012, 10, 13 - 19.
- 3) 小嶋奈都子. 妊婦とパートナーの妊娠への適応と関連する個人的背景の比較. 日本母子看護学会誌. 2014, 7(2), 11 - 21.
- 4) 松崎政代, 春名めぐみ, 大田えりか, 他. 妊娠中の酸化ストレスマーカーとしての尿中バイオピリン. 日本助産学会誌. 2006, 20(2), 40 - 49.
- 5) Ae-Ngibise KA, Wylie BJ, Boamah-Kaali E, et al. Prenatal maternal stress and birth outcomes in rural Ghana: sex-specific associations. BMC Pregnancy Childbirth. 2019, 19(1), 1 - 8.
- 6) Coussons-Read ME, Lobel M, Carey JC, et al. The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation. Brain Behav Immun. 2012, 26(4), 650 - 659.
- 7) 安藤智子, 無藤隆. 妊娠期から産後1年までの抑うつとその変化 縦断研究による関連要因の検討. 発達心理学研究. 2008, 19, 283 - 293.
- 8) 大村典子, 光岡攝子. 妊娠期から生後1年までの児に対する母親の愛着とその経時的変化に影響する要因. 小児保健研究. 2006, 65(6), 733 - 739.
- 9) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer Publishing Company, 1984.
- 10) 出入国在留管理庁. 令和6年末現在における在留外国人数について. <https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00052.html> (アクセス: 2025年4月25日)
- 11) Ozeki N, Knowles A, Ushijima H, et al. Analysis of transcultural stress factors and the mental well-being of foreign Chinese-speaking students in Aomori. Journal of Aomori University of Health and Welfare. 2006, 7(1), 9 - 16.
- 12) 別府佳代子, 木内恵, 萬弘子, 他. 救急搬送され緊急入院となった外国人患者が抱える困難. 日本渡航医学会誌. 2020, 14(1), 6 - 11.
- 13) Taniguchi H, Baruffi G. Childbirth overseas: the experience of Japanese women in Hawaii. Nurs Health Sci. 2007, 9(2), 90 - 95.
- 14) Robinson AM, Benzie KM, Cairns SL, et al. Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. BMC pregnancy and childbirth. 2016, 16(1), 1 - 11.
- 15) 厚生労働省. 第8回今後の仕事と育児・介護の両立支援に関する研究会. 第一子出産前後の妻の継続就業率・育児休業利用状況. 2023. <<https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/001101627.pdf>> (アクセス: 2025年4月25日)
- 16) 畑下博世, 鈴木ひとみ, 川井八重, 他. ストレス対処に関する日本人女性の文化的特性について. 日本地域看護学会誌. 2015, 18(2-3Comb-No), 13 - 22.
- 17) 日本産婦人科医会. 研修ノート No.104. 外国人患者への対応と留意点. 2020. <<https://www.jaog.or.jp/notes/note10708/>> (アクセス: 2025年4月25日)

我が国における外国人患者に対する 作業療法士の抱える困難感に影響する要因について

Factors Influencing the Perceived Difficulties of Occupational Therapists in Japan When Treating Foreign Patients

勝田 茜¹⁾²⁾、野田 和恵³⁾

Akane Katsuda¹⁾²⁾, Kazue Noda³⁾

- 1) 神戸大学大学院保健学研究科 博士後期課程
Kobe University Graduate School of Health Sciences Doctoral course
- 2) 佛教大学 保健医療技術学部
Bukkyo University Faculty of Health and Medical Technology
- 3) 神戸大学大学院保健学研究科
Kobe University Graduate School of Health Sciences

Abstract:

[Background]

With the increasing number of foreign residents in Japan, it is essential to establish a healthcare system that facilitates the smooth acceptance of foreign patients. As healthcare professionals are expected to provide appropriate care to these patients, difficulties and issues during such interactions have been reported. Similarly, occupational therapists overseas have also noted issues in treating foreign patients, suggesting that Japanese occupational therapists may experience similar difficulties and issues. This study aimed to clarify the current state of occupational therapy for foreign patients in Japan and to identify the relationship between occupational therapists' perceived difficulties and their individual backgrounds—such as professional experience, language skills, and international exposure—as well as available institutional resources and personal views toward foreign patients.

[Methods and Participants]

A self-administered questionnaire survey was conducted among occupational therapists. The survey was distributed to 300 medical institutions. The questionnaire consisted of 28 items, including 11 on “basic information of Participant,” 8 on the “working environment,” and 9 on “occupational therapy for foreign patients.” At first, descriptive statistics were used to analyze the data. Then, the main outcome variable was the perceived difficulty in providing occupational therapy to foreign patients, and associated factors were examined.

[Results]

A total of 84 valid responses were obtained. Among them, 69 respondents reported having experience working with foreign patients. The most common nationalities of the patients were Chinese, followed by American, Filipino, Brazilian, and Vietnamese. A significant association was found between the perceived difficulty and language differences encountered during occupational therapy sessions.

[Discussion]

Similar to other healthcare professionals, occupational therapists also face difficulties when providing care to foreign patients, and these difficulties are influenced by language barriers. In this study, factors such as years of experience, overseas exposure,

勝田 茜 Akane Katsuda

〒604-8418 京都府京都市中京区西ノ京東梅尾町

TEL. 075-491-2141 FAX. 075-366-5757 E-mail: a-katsuda@bukkyo-u.ac.jp

and workplace environment did not show a significant association with perceived difficulty. Future research should explore the specific contexts in which language differences are most strongly felt.

〈キーワード〉 在留外国人、アンケート調査、言語の壁、作業療法士、医療現場の国際化
Foreign Residents, Survey, Language barriers, Occupational Therapists, Internationalization of healthcare
〈研究費〉 所属機関の個人研究費

Introduction

Japan is currently facing a serious labor shortage due to the declining working-age population resulting from rapid aging and a low birth rate. To compensate for this labor shortage, the Japanese government is promoting the acceptance of foreign workers. As of the end of 2024, the number of foreign residents in Japan reached a record high of 3,768,977, an increase of 357,985 from the previous year¹⁾. In this context, there is an urgent need to develop a healthcare system that allows foreign patients to access medical services with confidence in all residential areas. The Ministry of Health, Labour and Welfare²⁾ has provided guidelines on systems and procedures for accepting foreign patients, as well as recommendations for communication in clinical settings. In order to accept foreign patients, medical institutions are required to establish systems and medical professionals are required to have the competency to respond.

Studies involving healthcare professionals who have treated foreign patients have identified communication difficulties arising from language barriers as a major challenge³⁾. In addition to language, differences in culture and lifestyle have also been reported as obstacles³⁻⁶⁾. Takeda et al.⁷⁾ emphasized the importance of recognizing not only linguistic but also cultural and habitual differences in order to achieve better communication between medical professionals and foreign patients. In clinical settings where healthcare providers interact with foreign patients who differ in both language and culture, these differences are critical factors affecting communication.

Similar challenges have been reported in international studies on occupational therapists working with foreign patients. Kinebanian⁸⁾ noted that the primary difficulties encountered by therapists were related to communication. Pidgen⁹⁾ highlighted the usefulness of resources such as interpreters and standardized assessment tools in practice. On the other hand, Yam et al.¹⁰⁾ reported that cultural mismatches can present significant intercultural barriers to delivering meaningful support. These findings underscore the importance of communication skills, including language proficiency, when working with clients from different linguistic backgrounds in occupational therapy. Additionally, understanding and responding to differences in culture and lifestyle are essential competencies in occupational therapy.

In Japan, several studies involving healthcare professionals have reported challenges and difficulties in treating foreign patients³⁻⁶⁾. However, little to no research has specifically addressed the experiences of occupational therapists in this context. Given the issues faced by occupational therapists in other countries⁸⁻¹⁰⁾, it is highly likely that their counterparts in Japan encounter similar issues.

This study aims to clarify the current state of occupational therapy for foreign patients in Japan and to identify the perceived difficulties faced by occupational therapists in this context. Specifically, it seeks to examine how factors such as therapists' clinical experience, language skills, and international exposure—as well as available

institutional resources and individual attitudes toward foreign patients—are associated with these perceived difficulties.

Methods

Study Design

This study employed a cross-sectional design using a self-administered, mailed questionnaire targeting occupational therapists.

Participants and Procedures

1) Participants

Participants were occupational therapists working in physical disability rehabilitation settings in five cities (Osaka, Yokohama, Nagoya, Kobe, and Kyoto), which have large populations of foreign residents. Eligible medical institutions were identified from the facility list of the Japan Association of Occupational Therapists, and 300 institutions were randomly selected from this list.

2) Procedures

A self-administered questionnaire was distributed to representatives of the rehabilitation departments of selected medical institutions, targeting occupational therapists. An explanatory document was enclosed, stating that the completion and return of the questionnaire would be regarded as consent to participate in the study.

The questionnaire items were developed based on previous studies^{4,6,11,12)}. A pretest was subsequently conducted with five occupational therapists to examine and revise the content, wording, number of items, and structure of the questionnaire.

The final questionnaire consisted of 28 items categorized into three sections: 11 items on “Basic Information of Participant”^{4,11,12)}, 8 items on “Workplace Environment”^{4,6,11,12)}, and 9 items on “Occupational Therapy for Foreign Patients”^{4,5)}.

3) Data Analysis

Descriptive statistics were used to summarize the survey data. A multiple regression analysis (stepwise method) was conducted to examine factors associated with the perceived difficulties in providing occupational therapy to foreign patients. The dependent variable was the level of difficulty experienced by the Participant. Independent variables included years of experience as an occupational therapist, overseas experience, proficiency in languages other than Japanese, workplace environment, number of patients treated, language barriers, cultural differences, differences in social customs, and preconceived notions or biases toward patients. Statistical analyses were performed using EZR (version 1.68, Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Saitama, Japan), with a significance level set at $p < 0.05$.

4) Ethical Considerations

This study was approved by the ethics review committee of the affiliated institution (Approval No. 1299-1).

Results

Responses were received from 95 participants (response rate: 31.7%), with 84 valid responses included in the analysis (valid response rate: 28.0%).

1) Participant Characteristics and Workplace Environment

Participant characteristics and workplace environments are presented in Table 1. The valid responses were 44 males and 40 females, with a median of 15 years of clinical experience.

Regarding workplace communication tools, 77.4% reported using translation apps, 50.0% used visual communication tools (e.g., pointing sheets), and 60.7% used simplified Japanese. Only 11.9% reported access to professional medical interpreters.

Table 1. Participant Characteristics and Work Environment (n = 84)

Participant Characteristics	
Sex Male, n(%)	44 (52.4)
Age Group, n(%)	
20s	11 (13.1)
30s	33 (39.3)
40s	27 (32.1)
50s	13 (15.6)
Years of Experience as an OT (year) , Median (IQR)	15 (11-20)
Years at Current Workplace (year) , Median (IQR)	9 (6-15)
Workplace Location, n(%)	
Yokohama City	22 (26.2)
Nagoya City	17 (20.2)
Kyoto City	16 (19.0)
Osaka City	20 (23.8)
Kobe City	9 (10.7)
Overseas Travel Experience, n(%)	
None	24 (28.6)
Less than 3 months	54 (64.3)
3 months to under 1 year	4 (4.8)
1 year or more	2 (2.4)
Number of Overseas Trips (times) , Median (IQR)	2 (0-5)
Number of Countries Visited (country) , Median (IQR)	2 (0-4)
Experience of Homestay Yes, n(%)	13 (15.5)
Proficiency in Languages Other than Japanese Yes, n(%)	5 (6.0)
Self-rated English Proficiency	
Equivalent to native speaker	0 (0)
Daily conversation level	3 (3.6)
Basic conversation level	37 (44.0)
Unable to communicate in English	44 (52.4)
Interquartile Range (IQR)	

Work Environment and Use of Support Tools

Support Tool	Not Available	Available
	n (%)	n (%)
①Medical interpreters	74(88.1)	10(11.9)
②Family or companion as interpreter	43(51.2)	41(48.8)
③Use of in-house staff	62(73.8)	22(26.2)
④Translation apps	19(22.6)	65(77.4)
⑤Point-and-talk tools	42(50.0)	42(50.0)
⑥Translated materials	64(76.2)	20(23.8)
⑦Easy Japanese(YASASHIINHONGO)	33(39.3)	51(60.7)
⑧Other support tools	78(92.9)	6(7.1)

2) Occupational Therapy for Foreign Patients

A total of 69 respondents (82.1%) reported having experience providing occupational therapy to foreign patients. Table 2 summarizes responses from those with such experience. The median number of foreign patients treated was 3 (2-5). The most common nationalities of patients were Chinese, followed by American, Filipino, Brazilian, and Vietnamese.

Table 2. Occupational Therapy for Foreign Patients (n = 84)

Experience with Foreign Patients				
Experience working with foreign patients (Yes), n (%)	69 (82.1)			
Average number of foreign patients treated, Median (IQR)	2 (1-4)			
Details of Occupational Therapy for Foreign Patients (n = 69)				
Average number of foreign patients treated, Median (IQR)	3 (2-5)			
Japanese Language Proficiency of Foreign Patients, n (%)				
No ability	25 (36.2)			
Limited Japanese	30 (43.5)			
No difficulty	14 (20.3)			
English Language Proficiency of Foreign Patients, n (%)				
No ability	28 (40.6)			
Limited English	20 (29.0)			
No difficulty	21 (30.4)			
Difficulties Encountered When Providing OT to Foreign Patients Compared to Japanese Patients (n = 69)				
Factor	Very difficult n (%)	difficult n (%)	Not very difficult n (%)	Not difficult at all n (%)
①Attitude/mindset	13(18.8)	37(53.6)	14(20.1)	5(7.2)
②Language differences	26(37.7)	32(46.4)	8(11.6)	3(4.3)
③Cultural differences	6(8.7)	34(49.3)	27(39.1)	2(2.9)
④Prejudice or assumptions	1(1.4)	17(24.6)	45(65.2)	6(8.7)

3) Perceived Difficulties in Providing Occupational Therapy to Foreign Patients

To examine factors associated with difficulties in providing occupational therapy to foreign patients, a regression analysis was conducted using the perceived difficulty as the dependent variable. Respondents who answered

“very difficult” or “somewhat difficult” were categorized into the *high-difficulty group*, while those who answered “not very difficult” or “not difficult at all” were categorized into the *low-difficulty group*.

Multicollinearity among explanatory variables was assessed, and all variance inflation factor (VIF) values were confirmed to be less than 3. The results of the analysis are presented in Table 3.

Table 3. Factors Associated with Perceived Difficulties (n = 84)

	Odds Ratio	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)	p-value
(Intercept)	0.000225	0.000000155	0.328	0.0238
Years of OT experience	1.01	0.909	1.13	0.826
Experience of overseas travel	0.724	0.183	2.86	0.644
Proficiency in non-Japanese languages	3.89	0.147	103	0.416
Work environment	0.98	0.572	1.68	0.941
Number of patients treated	1.04	0.926	1.16	0.544
Language differences	62.4	4.77	817	0.00163 **
Cultural differences	1.73	0.231	12.9	0.595
Differences in customs	1.38	0.233	8.24	0.72
Prejudice	0.227	0.0406	1.27	0.0915

Note: Multivariate logistic regression analysis was conducted using EZR (Ver.1.68).

p < 0.01 was considered statistically significant.

** : <0.01

Variance Inflation Factor (VIF)

Variable	VIF
Years of OT experience	1.26
Work environment	1.49
Language differences	1.39
Differences in customs	2.72
Number of patients treated	1.39
Experience of overseas travel	1.09
Proficiency in non-Japanese languages	1.28
Cultural differences	2.81
Prejudice	2.23

Discussion

Participant Characteristics and Workplace Environment

More than half (52.4%) of the participants reported that they were unable to communicate in English, indicating low self-perceived English proficiency. This finding is consistent with the results reported by Imai et al.¹³⁾ regarding the English abilities of rehabilitation professionals. Regarding overseas experience, a previous study by Ikeda et al.¹¹⁾ found that approximately 90% of public health nurses had traveled abroad, whereas in the present study, approximately 70% of occupational therapists had such experience—suggesting that occupational

therapists may have less exposure to overseas environments compared to other healthcare professionals, potentially influencing their perceived English proficiency. This may be due to the nature of occupational therapists' work and their educational environment. Occupational therapists mainly work in community-based hospital settings, and until now, they have had relatively few opportunities to interact with foreign patients or engage in international exchange, which may have made it difficult for them to accumulate experience using English. Furthermore, opportunities for overseas training in training programs are limited, which may have affected the formation of self-efficacy. Furthermore, even if an occupational therapist self-reports as "unable to converse," they may actually be capable of basic communication. However, in clinical settings, low self-assessments of English proficiency may impact the proactive approach and effectiveness of interventions with foreign patients. Therefore, to enhance occupational therapists' international perspective and their ability to address foreign patients, it is considered effective to intentionally increase opportunities for English communication both within and outside the hospital, as well as provide opportunities for overseas training and participation in international conferences.

In terms of workplace resources, the availability of translation tools such as apps was reported. According to a survey by the Ministry of Health, Labour and Welfare¹⁴⁾, 94% of hospitals within secondary medical care areas have introduced devices such as tablet computers and smartphones. In contrast, when hospitals outside secondary medical care areas are included, the adoption rate drops to 32.2%, indicating substantial variation in the level of infrastructure depending on hospital size and region. This study did not investigate the size of the respondent's hospital, but even if the hospital has an environment including Information and Communication Technology equipment, this does not necessarily mean that the rehabilitation department has the same level of equipment. In rehabilitation settings, the use of translation applications and other well-developed environments is useful for facilitating communication and information sharing with patients. Therefore, we believe that it is essential to confirm whether the infrastructure development status of the hospital as a whole is consistent with that of the rehabilitation department in order to accurately understand the actual situation on the ground.

Only 11.9% of participants reported having access to professional medical interpreters, highlighting the limited implementation of such services. Previous studies have reported negative effects on clinical outcomes when untrained ad hoc interpreters such as family members are used¹⁵⁾. The current situation in which professional medical interpretation services are underutilized may lead to concerns such as difficulties in communication during treatment, hindrance to building trusting relationships, and a lack of collaborative goal setting between occupational therapists and foreign patients. Therefore, in occupational therapy settings as well, increasing the availability of professional interpreters is desirable to ensure accurate communication and smooth intervention processes.

Occupational Therapy for Foreign Patients

This survey targeted regions with a high number of foreign residents; thus, the findings may not reflect the national situation. However, 82.1% of the occupational therapists surveyed had experience treating foreign patients. A nationwide report indicated that approximately 50% of responding hospitals had accepted foreign patients, with more than 80% of core hospitals in each prefecture doing so¹⁴⁾. These findings suggest that

healthcare professionals, including occupational therapists, are increasingly likely to encounter foreign patients in all regions. Patients represented a diverse range of nationalities, with the largest group being Chinese, followed by Americans, Filipinos, Brazilians, and Vietnamese. Many of the patients were from non-English-speaking countries, which may pose additional communication challenges. In this context, in occupational therapy, given that the processes of re-acquiring activities of daily living and setting therapeutic goals are directly shaped by cultural background and lifestyle differences, occupational therapists must construct their interventions with cultural sensitivity and flexibility when collaborating with foreign patients on treatment planning.

Factors Associated with Perceived Difficulties

Language barriers were found to be significantly associated with the difficulties occupational therapists experienced when providing care to foreign patients. Previous studies have also reported language as a major barrier for healthcare professionals⁶⁾, and this study confirms that occupational therapists face similar challenges. In contrast, overseas experience and proficiency in languages other than Japanese were not significantly associated with perceived difficulty. This may be due in part to the fact that many foreign patients do not speak English as their first language.

While other healthcare professions have identified cultural and lifestyle differences as barriers³⁻⁶⁾, no significant associations were found in this study between difficulties and differences in culture, customs, or biases. Additionally, workplace resources, such as the availability of translation apps, were not associated with perceived difficulty. These findings suggest that occupational therapists may not perceive differences in culture and customs as major barriers. This is because occupational therapy is essentially client-centered, and prioritizes the values and lifestyles of each individual client, so occupational therapists may be able to adapt without perceiving differences in culture and customs as barriers.

Furthermore, while translation apps can facilitate communication, they may also be time-consuming; thus, perceptions of their usefulness may vary among therapists. Clarifying the specific situations in which occupational therapists feel challenged may lead to a more accurate understanding of environmental effectiveness and factors influencing difficulty.

Conclusion

Over 80% of the occupational therapists who responded to the survey had experience providing care to foreign patients. Similar to other healthcare professionals, occupational therapists were found to experience difficulties in responding to foreign patients. These difficulties were largely influenced by language differences. The present study found no association between perceived difficulties and factors such as years of clinical experience, overseas experience, or workplace environment. Future research should explore in more detail the specific situations in which occupational therapists perceive language-related challenges when working with foreign patients. Furthermore, it is necessary to investigate whether such difficulties affect the quality of occupational therapy services.

Acknowledgments

We would like to express our sincere gratitude to all those who participated in the survey.

Reference

- 1) Japan Ministry of Justice, Immigration Services Agency. [Press release] https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00052.html. Accessed July 29, 2025. (in Japanese)
- 2) Ministry of Health, Labour and Welfare. Manual for medical institutions to accept foreign patients. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html. Accessed April 16, 2024. (in Japanese)
- 3) Sato S, Sugimoto K. Midwives' experiences in communication with foreign pregnant and postpartum women. *Japan Journal of Global Health*. 2022;37(1):11-24. (in Japanese)
- 4) Hasegawa T, Takeda C, Tsukita K, Shirakawa K. Current status of nursing care for foreign patients in Japanese medical institutions. *Journal of Fukui Medical University*. 2002;3(1):49-55. (in Japanese)
- 5) Adachi Y, Ogawa M, Satake N, Hizume Y, Mikawa M, Makimoto K. A survey of public hospitals regarding care for foreign patients. *Nursing Journal of Osaka University*. 2009;15(1):19-31. (in Japanese)
- 6) Takahashi K, Shigeta M, Nakamura Y, Lee S, Mashimo N, Nakata M, Akazawa T, Tsurutani Y, Ushijima H. Healthcare needs of foreign residents in Japan from the perspective of clinicians: a report from a survey conducted by the Gunma Medical Association and Konoe Association. *Japan Journal of Global Health*. 2010;25(3):181-191. (in Japanese)
- 7) Takeda Y, Iwata K. Use of "Easy Japanese" in medical care for foreign patients. *Japanese Medical Journal*. 2019;(4961):60-61. (in Japanese)
- 8) Kinebanian A, Stomph M. Cross-cultural occupational therapy: a critical reflection. *Am J Occup Ther*. 1992;46(8):751-757.
- 9) Pidgeon F. Occupational therapy: what does this look like practised in very remote Indigenous areas? *Rural Remote Health*. 2015;15:3002. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ce19/74f8b8425072fb4415e237ef708634bbfca1.pdf>. Accessed April 17, 2024.
- 10) Yam N, Murphy A, Thew M. Occupational therapy for South Asian older adults in the United Kingdom: cross-cultural issues. *Br J Occup Ther*. 2021;84(2):92-100.
- 11) Ikeda K, Yamasaki K. Characteristics of public health nurses experiencing difficulties due to cross-cultural factors in their work: through maternal and child health activities for foreign residents in the Tokyo metropolitan area. *Japan Journal of Global Health*. 2022;37(4):199-209. (in Japanese)
- 12) Yamashita T, Matsuo H. Current status and challenges of maternal and child health services provided by public health nurses to foreign nationals: analysis of a questionnaire survey targeting municipal public health nurses in Aichi Prefecture. *Japan Journal of Global Health*. 2012;27(4):373-380. (in Japanese)
- 13) Imai K, Miyagi H. English proficiency and learning status among rehabilitation staff. *Journal of international society of clinical medicine*. 2024;8(1):44-49. (in Japanese)
- 14) Ministry of Health, Labour and Welfare. "Improving medical access for foreign nationals" [Internet]. Available from: https://www.chisou.go.jp/tiiki/kokusentoc_wg/r5/pdf/20240216_shiryous_3_1.pdf. Accessed May 13, 2025. (in Japanese)
- 15) Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, Hardt EJ. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6-14.

生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者の Sexual Reproductive Health and Rights に関する実態調査

仲村 礼子¹⁾、鈴木 江三子²⁾
Reiko Nakamura¹⁾, Emiko Suzui²⁾

- 1) 大阪公立大学医学部附属病院
Osaka Metropolitan University Hospital
- 2) 大手前大学大学院国際看護学研究科
Otemae University Graduate School of Global Nursing

〈要旨〉

【目的】 生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者の Sexual Reproductive Health and Rights [SRHR] に関する実態を明らかにし、その支援について考察する。

【方法】 日本で就労中または過去に就労経験があり、回答時に在留資格を有して日本に居住する18歳から39歳のベトナム人女性を対象に、2024年4月から同年7月にWeb形式のベトナム語によるアンケート調査を実施した。調査内容は、属性、SRHRに関する経験、日本での避妊に関する知識、過去3か月間の避妊行動、妊娠について、自由記載の全38項目である。回答を既婚群と未婚群の2群に大別して比較検討を行い、対応のないt検定、 χ^2 検定を用いた推測統計を行った。本研究は、大手前大学国際看護学研究科倫理審査委員会の承認(23013-03)を得て実施した。利益相反はない。

【結果】 回答者177人中、研究対象条件を満たした159人(有効回答率89.9%)を分析した。既婚群は59人(37.1%)、未婚群は100人(62.9%)であった。産婦人科の受診経験は、既婚群43人(72.9%)、未婚群25人(25.0%)であった($p<.001$)。一方、受診を希望してもできない経験は、既婚群12人(20.3%)、未婚群46人(46.0%)であった($p<.001$)。未婚女性が使用した避妊方法は、コンドーム17人(85.0%)、膈外射精16人(80.0%)、リズム法7人(35.0%)の順で多かった。さらに日本で予期せぬ妊娠をした女性は13人(既婚7人、未婚6人)であり、出産群が8人(既婚6人、未婚2人)、中絶群が5人(既婚1人、未婚4人)であった。中絶群のうち2人は、日本で産婦人科の受診経験がないが、内服薬を用いた中絶を実施していた。

【結論】 生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者のSRHRに関する実態として、未婚女性は産婦人科受診経験が少ないこと、妊娠リスクの高い避妊方法を使用していること、安全でない中絶方法が実施されていることが明らかになった。これらの結果から、未婚女性を対象に非妊娠時から産婦人科受診の機会を促進することが重要な支援であることが示唆された。

〈キーワード〉 生殖年齢、女性、ベトナム、労働者、性と生殖に関する健康と権利
Reproductive age, Women, Vietnam, Worker, Sexual Reproductive Health and Rights

〈研究費〉 大手前大学国際看護学研究科研究費

1. 緒言

近年、在留ベトナム人労働者の増加は著しく、在留外国人労働者の24.8%を占めている¹⁾。そのうち、活動制限のある在留資格を持つベトナム人女性は、92.2%が18歳から39歳の生殖年齢に属しており、その人数は24万1,768人²⁾であり、今後も増加が予測される。

国境を越えて移動する移民女性は、移住先で社会的保護サービスの利用が制限され³⁾、さまざまな健康課題に直面する。中でも、Sexual Reproductive Health and Rights (以下、SRHR) は生殖年齢にある女性の重要な健康課

題の1つである³⁾。しかし、日本では外国人女性労働者に対し、妊娠に関するハラスメントが報告され⁴⁾、SRHRは十分に保障されているとは言い難い。さらに、予期せぬ妊娠を経験した場合には、適切な支援が受けられず不当解雇や、孤立出産、死産など悲惨な結果が報告されている^{5)、6)}。そのため、生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者の避妊や予期せぬ妊娠を予防する支援体制の構築は喫緊の課題であると考えられる。しかし、日本における彼女達のSRHRに関する報告は少なく、十分に理解されているとは言い難い。

よって本研究では、生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者のSRHRに関する実態を明らかにし、必要な支援の考察を目的とする。

2. 用語の定義

本研究において、膣外射精はUnited Nations Department of Economic and Social Affairs (2022)による避妊方法の分類を参考に、避妊方法の1つとする⁷⁾。

3. 研究方法

対象者は、日本で就労中または過去に就労経験があり、回答時に在留資格を有して日本に居住する18歳から39歳のベトナム人女性とした。調査は、2024年4月から同年7月に、Microsoft Formsを用いたベトナム語によるWebアンケートを実施した。対象者の募集は、全国を対象に、主にベトナム人を支援する団体や施設に研究協力を依頼した。具体的には、Facebookの運営団体(29件)、NPO法人(12件)、宗教施設(4件)に加え、研究者が直接訪問可能であった大阪府内の日本語学校(33件)およびベトナム食材店(2件)にも研究協力を依頼した。協力団体のSNSや施設内に掲示したポスターを通じて、調査用二次元バーコードを配布した。調査内容は、属性(12項目)、SRHRに関する経験(8項目)、日本での避妊に関する知識(5項目)、過去3か月間の避妊行動(6項目)、妊娠について(6項目)、自由記載の全38項目であった。データ分析は、既婚群と未婚群の2群に大別し、比較検討を行った。離婚経験者は既婚群に含めた。2群間の差の検定には、量的変数には対応のないt検定を、質的変数には χ^2 検定を用いて推測統計を行った。解析ソフトはSPSS Statistics Ver.28を使用し、有意水準は5%未満とした。

避妊行動の実態と、予期せぬ妊娠の実態については、記述統計のみを行った。

本研究は、大手前大学国際看護学研究科倫理審査委員会の承認(23013-03)を得て実施した。

4. 研究結果

回答があった177人のうち、同意が得られなかった10人と対象年齢外の1人、および日本で就労経験がない7人を除いた159人(有効回答率89.8%)を分析の対象とした。

1) 基本属性と経験

基本属性を表1に示す。婚姻状況は、「既婚」59人(37.1%)、「未婚」100人(62.9%)であった。平均年齢は、 27.2 ± 4.7 (既婚 30.0 ± 4.0 、未婚 25.5 ± 4.3)歳であった($p < .001$)。在留資格は、「既婚」は家族滞在が最も多く、「未婚」は留学生が最も多かった。「未婚」は「既婚」に比べて最終学歴が有意に低く($p < .001$)、妊娠に関する教育経験($p < .001$)、避妊に関する教育経験($p = .006$)も有意に少なかった。また「未婚」は有意に1年以内の妊娠を希望していなかった($p < .001$)。

表 1 在留ベトナム人女性労働者の基本属性と経験

	既婚		未婚		p 値
	n=59		n=100		
	n	%	n	%	
基本属性					
平均年齢 (18 歳～39 歳)					
平均±標準偏差	30.0	4.0	25.5	4.3	<.001 ^{a)}
平均滞在期間 (6 か月未満～36 か月以上)					
平均±標準偏差	34.1	11.9	30.8	14.2	0.142 ^{a)}
平均月収 (10 万円未満～20 万円以上)					
平均±標準偏差	13.4	7.4	13.5	5.8	0.939 ^{a)}
在留資格					
特定技能	12	(20.3)	23	(23.0)	<.001 ^{b)}
留 学	1	(1.7)	32	(32.0)	
技能実習	9	(15.3)	21	(21.0)	
技術・人文・国際	9	(15.3)	15	(15.0)	
家族滞在	18	(30.5)	0	(0.0)	
永住・長期滞在	4	(6.8)	1	(1.0)	
そ の 他	6	(10.2)	8	(8.0)	
最終学歴					
中学・高校卒業	20	(33.9)	62	(62.0)	<.001 ^{b)}
大学・専門学校卒業	39	(66.1)	38	(38.0)	
日本語能力					
日常生活会話程度	40	(67.8)	79	(79.0)	0.116 ^{b)}
高度会話可能	19	(32.2)	21	(21.0)	
妊娠に関する教育					
あ り	48	(81.4)	51	(51.0)	<.001 ^{b)}
避妊に関する教育					
あ り	52	(88.1)	69	(69.0)	.006 ^{b)}
1 年以内の妊娠希望					
希望なし	28	(47.5)	85	(85.0)	<.001 ^{b)}
産婦人科の受診経験					
あ り	43	(72.9)	25	(25.0)	<.001 ^{b)}
産婦人科に受診したくてもできなかった経験					
あ り	12	(20.3)	46	(46.0)	<.001 ^{b)}

a) 対応のない t 検定 ($p < .05$)

b) χ^2 検定

2) 日本での産婦人科受診

産婦人科受診経験は、「既婚」が有意に多い一方 ($p<.001$)、産婦人科受診をしたくてもできなかった経験は「未婚」が有意に多かった ($p<.001$)。産婦人科受診に関連する要因の分析では、受診経験「あり」($n=68$)と「なし」($n=91$)に分類して比較した。「なし」は「あり」よりも日本語能力が有意に低く ($p=.029$)、妊娠に関する教育経験 ($p=.028$)、避妊に関する教育経験 ($p=.048$) も有意に低かった。

3) 妊娠を希望しない女性の避妊方法

妊娠を希望しない女性のうち、直近3か月以内の性行為経験がある40人(既婚20人、未婚20人)を対象とした(図1)。過去3か月以内に使用した避妊方法は、「未婚」はコンドーム17人(85.0%)、膣外射精16人(80.0%)、リズム法7人(35.0%)の順で多く、避妊薬の使用は10%以下であった。

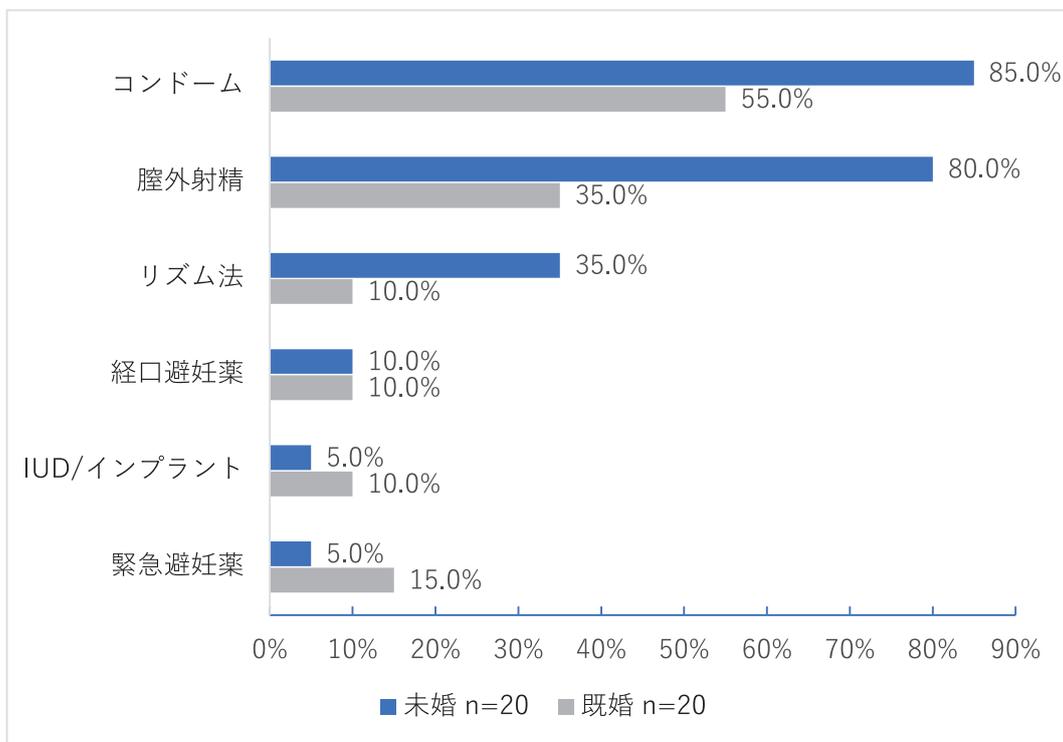


図1 妊娠を希望しない女性が過去3か月間で使用した避妊方法の種類(%, 複数回答)

4) 予期せぬ妊娠とその後の対応

日本で予期せぬ妊娠を経験した13人(8.2%)を、妊娠後の対応別に分類した(表2)。その結果、「出産」は8人(既婚6人、未婚2人)、「人工妊娠中絶(以下、中絶)」は5人(既婚1人、未婚4人)であった。「中絶」のうち、産婦人科の受診経験がない女性は3人ともが未婚であり、そのうち2人は内服薬を用いた中絶を実施していた。在留資格別では、家族滞在は全員が日本で出産し、留学生は全員が中絶を選択していた。

表2 日本で経験した予期せぬ妊娠と妊娠後の経過

No	対 応	婚 姻	年 齢 (歳)	産婦人科 受診経験	行きたくても 行けない経験	滞在期間 (か月)	在留資格	転帰の詳細
1			37	あり	-	18	技能実習	ベトナムで出産
2			32	あり	-	30	技能実習	ベトナムで出産
3	出 産	既 婚	32	不明	-	42	家族滞在	日本で出産
4			37	あり	-	42	家族滞在	日本で出産
5			22	あり	-	30	技能実習	ベトナムで出産
6			27	あり	-	30	特定技能	ベトナムで出産
7		未 婚	27	あり	-	42	特定技能	ベトナムで出産
8	27		なし	あり	6	技能実習	ベトナムで出産	
9		既 婚	32	あり	-	42	その他	日本の自宅で中絶
10	中 絶		22	なし	あり	42	特定技能	日本の自宅で中絶
11		未 婚	22	なし	-	28	技能実習	日本の自宅で中絶
12			27	なし	あり	18	留学	ベトナムの自宅で中絶
13			22	あり	あり	30	留学	日本の医療機関で中絶

5. 考察

1) 未婚女性における産婦人科受診に関する困難

本研究から、産婦人科受診の経験は婚姻状況によって有意な差があり（表1）、未婚女性は日本での産婦人科受診に関し困難を抱えていることが示唆された。ベトナムで行われた先行研究⁸⁾においても、同様の結果が得られている。未婚女性の産婦人科受診に影響を及ぼす要因には、かつてベトナム社会に浸透していた婚前交渉禁止の文化的規範から生じた「産婦人科は主に既婚女性が利用するもの」といった偏見や、性教育の不足などが指摘されている⁹⁾。また、移民女性の産婦人科医療の利用を阻む要因には、移住先の産婦人科医療に関する知識と情報の不足が報告されている¹⁰⁾。つまり、未婚女性は来日前からの要因に加え、来日後の教育や情報の不足といった複合的な要因を抱えており、産婦人科受診が一層困難な状況にあると考えられる。よって、来日後早期に性教育や受診に関する情報提供や教育の機会が求められる。

次に、在留外国人の受診行動を妨げる要因として、言語的要因、制度的要因、心理的要因が指摘されている^{11)、12)}。本結果からも、受診経験と日本語能力の関連が示され、言語支援の必要性が示唆された。在留外国人の受診には、雇用主の支援が重要な役割を担っている¹¹⁾。しかし、雇用主が手配した通訳の利用には情報漏洩の懸念があり¹⁰⁾、特に、妊娠など就労の不利益になり得る情報を含む産婦人科の受診においては、雇用主に支援を依頼しにくい状況があると考えられる。また、雇用主に支援を求める際の遠慮や羞恥心といった心理的要因も、受診を妨げる一因となる¹¹⁾。そのため、未婚女性の産婦人科受診を促進するには、雇用主に依存しない受診体制の整備や、医療機関による通訳の手配・配置が重要であると考えられる。

2) 未婚女性における予期せぬ妊娠リスクの高い避妊行動

本研究において、未婚女性は妊娠を望んでいないにもかかわらず、妊娠リスクの高い膈外射精の使用が多かった(表1、図1)。一方、ベトナムの未婚女性を対象にした先行研究¹³⁾では、経口避妊薬と緊急避妊薬の使用が多くみられた。このことより、未婚女性は来日後に避妊方法を変更した可能性が示唆される。女性が避妊方法を変更する背景には、ベトナムと日本における避妊薬の入手方法の違いが影響していると考えられる。ベトナムは薬局で避妊薬が購入可能¹⁴⁾である一方、日本では医療機関での処方が必要である。そのため、産婦人科受診に困難を抱える女性は、避妊薬の入手が制限され、比較的手軽で安価な避妊方法として膈外射精の使用が増加したと考える。ただし、本調査は複数回答方式で調査しており、避妊方法の併用状況については明らかではない。以上より、来日後の避妊薬入手支援に加え、避妊に関する教育的介入も必要と考える。

3) 未婚女性における予期せぬ妊娠と安全でない中絶の実施

予期せぬ妊娠後の対応別分類の結果(表2)より、婚姻状況や在留資格が妊娠後の対応の選択肢に影響を与える可能性が示唆された。また、経口中絶薬を用いた中絶については、日本では母体保護法指定医の管理下での使用が義務付けられているものの、本研究では産婦人科受診をせずに内服薬を用いた中絶の実態が明らかとなった。WHO(2008)は適切な管理下で行われない中絶を、「安全でない中絶」¹⁵⁾とし、予防の重要性を強調している。

安全でない中絶の実施背景には、まず中絶費用の高さ¹⁵⁾が挙げられる。経口中絶薬による中絶費用は約10万円であり、本研究の未婚女性の平均月収(表1)とほぼ同程度であることから、費用の高さは無視できない要因であると考えられる。次に、母語で利用できる相談窓口の不足や、産婦人科受診に関する困難が、適切な支援や安全な中絶への機会を制限している可能性がある。その結果、未婚女性は出産を選択することも、安全な中絶を選択することも困難な状況に置かれ、安全でない中絶に至ったと推察される。したがって、妊娠発覚後だけでなく、非妊娠時から産婦人科受診を促進することが、未婚女性のSRHRにおいて重要な支援であると考えられる。

今後は、行政・雇用主や学校・医療機関に加え、地域の外国人支援団体と連携し、主に未婚女性を対象とした教育的介入、受診支援、避妊薬の入手支援、予期せぬ妊娠の相談体制の整備など、SRHRに関する包括的な支援体制の構築が求められる。

本研究は、対象者の心理的負担に配慮し職場を介さない方法で募集を行った。しかし、回答者数やサンプリングの偏りなどの限界があり、結果の一般化は困難である。今後は、多様な調査方法を活用し、より幅広い参加者を得る工夫が必要である。

6. 結語

生殖年齢にある在留ベトナム人女性労働者のSRHRに関する実態として、未婚女性に産婦人科受診経験が少ないこと、妊娠リスクの高い避妊方法が使用されていること、安全でない中絶方法が実施されていることが明らかになった。これらの結果から、未婚女性を対象に非妊娠時から産婦人科受診の機会を促進することが重要な支援であることが示唆された。

7. 利益相反

本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省 [Internet]. 「外国人雇用状況」の届出状況表一覧 (令和6年10月末時点). 2024. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_50256.html [cited 2025 Sep 5].
- 2) 法務省 [Internet]. 出入国在留管理庁. 在留外国人統計. 24-12-t1. 政府統計の総合窓口 (e-stat). 2024. Available from: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001048670&cycle=1&year=20240&month=24101212> [cited 2025 Sep 5].
- 3) World Health Organization [Internet]. Sexual and reproductive health and rights. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1 [cited 2025 Sep 5].
- 4) 法務省 [Internet]. 出入国在留管理庁. 技能実習生の妊娠・出産に係る不適切な取り扱いに関する実態調査について. 2022. Available from: <https://www.moj.go.jp/isa/content/001386331.pdf> [cited 2025 Sep 5].
- 5) 岩下康子. 技能実習生のリプロダクティブ・ヘルスに関する考察: 東広島市の技能実習生の事例をもとに. 広島文教グローバル. 2022;7:1-15.
- 6) 田中雅子. 移民女性のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現に向けた課題. 国際ジェンダー学会誌. 2020;18:64-85.
- 7) United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. 2022. Available from: <https://desapublications.un.org/publications/world-family-planning-2022-meeting-changing-needs-family-planning-contraceptive-use> [cited 2025 Sep 5].
- 8) Ha T, Schensul SL, Schensul JJ, Nguyen T, Nguyen N. Sexual risk behaviors, HIV prevalence and access to reproductive health services among young women migrant workers in the industrial zones in Vietnam. *Front Reprod Health*. 2021;3:775375.
- 9) Lundberg PC. Contraception practices among young unmarried women seeking abortion following unintended pregnancy in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Cult Health Sex*. 2021;23(9):1241-1254.
- 10) Sawadogo PM, Sia D, Onadja Y, et al. Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291486.
- 11) 堀本知春, 上杉裕子. 在留ベトナム人技能実習生の医療受診における困難. 国際保健医療. 2022;37(1):1-9.
- 12) 森田直美, 金森万里子, 能智正博, 近藤尚己. 日本の在住外国人における医療アクセスが困難な人の特徴とアクセス抑制因子および効果的な支援策に関する混合研究. 国際保健医療. 2021;36(3):107-121.
- 13) Tran TDH, Tuan DK, Anh ND, Le TKA, Bui TTH. Premarital sex, contraceptive use among unmarried women migrant workers in industrial parks in Vietnam, 2015. *Health Care Women Int*. 2018;39(4):377-388.
- 14) 田中雅子. 日本における移民女性の予定外の妊娠と避妊や中絶サービスへのアクセス. 国際ジェンダー学会誌. 2022;20:83-102.
- 15) World Health Organization [Internet]. Unsafe abortion : global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. 2011. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44529> [cited 2025 Sep 5].

学術集会のお知らせ

第10回 国際臨床医学会学術集会

10th Annual Meeting of International Society of Clinical Medicine

未来に向けて皆で考える、多文化共生社会における国際医療

今年度の学術集会トピックス

1. 諸外国多文化共生社会に対する日本の医療側の役割
～医療は国境を越える。日本の医療は共生社会をどう支える?～
2. 海外での医療人材育成や国際共同研究
～世界で学び、世界とつながる。医療人材の次の一手～
3. 外国人患者からの未収金に対する危惧と対策
～インバウンドの拡大とともに増える未収金、
医療現場が今できる対策とは～

2025.12.6(土)

会場 九州大学医学部 百年講堂
〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3丁目1-1

会長 中島 直樹 (九州大学 大学病院 国際医療部)



大会事務局 九州大学病院 メディカル・インフォメーションセンター
✉ icm10office@med.kyushu-u.ac.jp

<https://icm2025.jp>

1. 投稿資格

筆頭著者は国際臨床医学会（以下、本会）の会員に限る。ただし、本会学術・編集委員会において企画・承認された特集・招待論文・寄稿等はこの限りではない。

2. 投稿に際しての注意

日本語もしくは英語で作成されたもののみ受け付ける。人体を対象とした研究ではヘルシンキ宣言に準じていなければならない (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>)。

被検者には研究内容についてあらかじめ十分に説明し、自由意思に基づく同意（インフォームド・コンセント）が必要である。研究課題によっては所属施設の倫理委員会またはこれに準じるものの承認が必要である。

原著論文の審査は査読制とし、掲載は学術・編集委員会が決定する。編集方針に従い原稿の修正、加筆、削除などを求める場合がある。編集上の事項を除き掲載論文の内容に関する責任は著者にある。

3. 投稿と掲載区分

投稿はデジタルデータ形式の電子ファイルでのみ受け付ける。テキストデータ：Microsoft Word およびRTF (Rich Text Format)。画像データ：JPEG、GIF、TIFF、EPS、PNG、およびMicrosoft PowerPoint。原稿の電子ファイルを後述の編集委員会にE-メールで送付すること。大容量の場合、ファイルストレージサービスを利用もしくは原稿の電子ファイルを保存したCD-ROM、DVD-R、USBフラッシュメモリなどの記録媒体を下記に「書留便」で郵送すること。また、紛失事故などにそなえ、原稿のコピーを手元に残しておくこと。記録媒体の返却はしない。

1) 原著論文

リサーチクエスチョンが妥当かつ明確で、科学的研究手法に基づくものであり、新たな知見を提供する論文である。構成、字数等は執筆要項を参照のこと。

2) 特集・寄稿・招待論文

学術・編集委員会において企画・承認された論文集ないし単一の論文である。構成、字数等は原則原著論文に準じる。但し、学術・編集委員会が指定した場合はこの限りではない。

4. 利益相反・著作権・倫理的配慮他

1) 著者

著者は以下のすべてに該当するものであること。

- (1) 研究デザインの作成、データ収集またはデータの解析と解釈に実際に携わっていること。
- (2) 論文の草稿の記述の一部あるいはすべてを担当していること、または批判的修正を加えていること。
- (3) 出版される論文の最終稿を確認し了承していること。

2) 利益相反

本会ホームページから「国際臨床医学会 利益相反自己申告書」をダウンロードして作成し、添付すること。特定団体との利益相反については、著者が責任をもってその旨を明示しなければならない。

3) 謝辞、倫理委員会承認番号、利益相反の告示

必要に応じ、謝辞、所属あるいは研究に関連する施設あるいは組織の倫理委員会承認番号、および利益相反開示を本文末に告示すること。

4) 研究対象に対する倫理的配慮

個人を対象とする研究などにおいては、倫理・個人情報について適切な配慮がなされ、組織内倫理委員会等で研究計画の倫理性的の評価がなされたことを文中に明示すること。

研究に際しての倫理的配慮については、適宜ホームページ等で投稿時点での本会の方針を確認すること。

5) 重複投稿の禁止

学術・編集委員会が認める特別な例外を除き、本誌に投稿された論文等はその採否が決定するまで国内・国外を問わず他誌に投稿することはできない。また、他誌に投稿中のものは受付けない。

6) 著作権

著作権は論文等を学術・編集委員会で受け付けた時から本会に帰属する。論文等の著者は、すべての共著者から著作権の帰属について了解を得

なければならない。本会ホームページから「著作権譲渡同意書」をダウンロードし、画像化した電子ファイルを添付して送付すること。査読などの結果、本誌が論文等を受理しない決定がなされたときは、その時点で本会は著作権を放棄し、同時に著作権は自動的に著者に返還されるものとする。

5. 執筆要項

1) 日本語および英語の表記は、下記に準じること。

日本語の場合は新仮名遣いを用いて簡潔に執筆し、常用漢字を用いること。英語の場合、行間は2行（ダブルスペース）とする。医学用語は、日本医学会医学用語管理委員会編「医学用語辞典 Japan Medical Terminology、南山堂」に準じる。人名、地名、機器商品名などは、原語で記載する。薬品名は一般名で表記することが望ましい。商品名が必要であれば、一般名の後に併記する。数字は算用数字を用いる。度量衡は原則としてSI基本単位を用いる。

2) 専門的な略語を使用する際は、初出時に正式名を書き、それに続いて略語を括弧内に示すこと。

3) 本文テキスト、図表はICMJE recommendationsに準じ (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>)、また、以下の規定に従うものとする。

- (1) 1ページ目を表紙 (Title Page) とし、以下を記載する：①論文題名、②全著者名、③全著者の所属名（複数の施設がある場合、著書名と対応する所属名に番号を付すこと）、④コレスポンディングオーサーの著者氏名、住所、電話番号、Fax番号、Eメールアドレス、⑤25字以内の日本語ランニングタイトル、⑥5個以内の日本語キーワード、⑦研究費、⑧本文の字数、⑨図表の個数を記載する。日本語論文の場合、上記①～⑥に対応する英文をあわせて記載するのが望ましい。英語論文題名は30語以内、英語ランニングタイトルは8語以内とする。
- (2) 2ページ目に日本語もしくは英文の要旨 (Abstract) を記載する。要旨は原則IMRAD形式に従い構造化する。日本語の要旨の文字数は800文字以内、英語の要旨は450語以内で記載する。
- (3) 3ページ目以降に、本文（背景、方法、結果、考察、文献、表、図（写真）の順に準備する。本文は3,000～4,000字程度とする。英語論文の場合1,700～2,300語程度とする。表または図は合計で3個以内、参考文献は15編以内が望ましい。
- (4) 文献の記載方法
文献は引用順にナンバリングし、本文中の引用箇所には肩付番号を付す（例...¹⁾）。
記載方法はICMJE recommendationsに準ずること (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)。欧文誌名はIndex Medicusに準拠した略号を用い、和文誌名は略さないこと。
- (5) 図・表・写真には図番号（図1、図2、表1、表2、等）タイトルおよび説明文をつけ、1枚ずつ別紙に作成する。説明文は図・表・写真の内容が容易に理解できるように簡潔明確にする。図中のシンボル、矢印、略語についても説明する。
- (6) 用字、用語などの軽微な修正ならびに校正は学術・編集委員会に一任するものとする。変更のために大幅に内容が変化した場合に再査読を必要とすることがある。

6. 投稿ならびに問い合わせ連絡先

国際臨床医学会 学術・編集委員会
E-mail: journal@kokusairinshouigaku.jp

学術・編集委員会
(委員長) 田村 純人
飯塚 陽子
小笠原 理恵
岡村 世里奈
押味 貴之
(幹事) 田畑 知沙
野村 亜希子
山田 秀臣

国際臨床医学会雑誌／JICM

第9巻 第1号

令和7年11月1日発行

発行所 国際臨床医学会
〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター9F
(一社)臨床医工情報学コンソーシアム関西内
Tel. 06-6310-0156 Fax. 06-6310-0158
E-mail: info@kokusairinshouigaku.jp
<https://kokusairinshouigaku.jp/>

編集委員長 田村 純人
編集委員 飯塚 陽子、小笠原 理恵、岡村 世里奈、押味 貴之、田畑 知沙（幹事）、野村 亜希子、山田 秀臣（五十音順）

印刷 共進社印刷株式会社

本誌掲載記事の転載・複製の際は本学会学術・編集委員会へお諮り下さい。