

日本における外国人医療 I

—文化間看護の現状と推進に向けて—

豊岡 慎子

日本大学大学院総合社会情報研究科

Medical Care for Foreign Patients in Japan I

—Report on the Current Situation and Proposal for Transcultural Nursing—

TOYOOKA Chikako

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

According to the Japanese Ministry of Justice, the number of foreign residents in Japan was more than 2 million in 2014, an increase of 2.7 % over the previous year. The number of foreign visitors was 13.41 million in the same year, about 3 times as many as 14 years ago. In addition, since the Japanese government began issuing a Visa for Medical Stay from 2011, the number of foreign patients in hospitals has also been increasing. Nurses are now expected to provide medical care to patients from various cultural backgrounds. However, they are not confident and are often anxious.

In this study, I examined the difficulties Japanese nurses face in dealing with foreign patients and came to understand two underlying causes: 1) a lack of knowledge and information about their cultures, customs, and medical systems; and 2) a lack of experience and training in transcultural nursing. In order to improve the situation, I propose to reform nursing education by introducing the theory and practice of transcultural nursing.

1 はじめに

近年のグローバルゼーションによって、「世界が標準化していくこと」と「多様な文化を尊重すること」の相反する状況が進み、また求められている。医療も同様であり、標準化へと向かう一方、伝承医学が代替医療として注目されるようになり、多様化が見られる。患者についても、医療情報が広く共有されると同時に背景となる文化や価値観は多様化している。

日本政府は外国人観光客や外国人労働者を増やす政策をとり、必然的に外国人患者が増加している。また、医療目的の医療滞在ビザが発給されるようになり、外国人患者が来日するようにもなった。患者だけではなく、EPA(経済連携協定)による外国人看護師の受け入れも拡大している。

看護師は患者の看護をすることを専門とする職業である。それは、外国人であっても同様である。し

かし、多くの看護師は文化間看護¹の教育を受けていないため、外国人患者への看護について理解不足がある。病院という患者にとっての生活空間の中で看護師は文化的側面や習慣に配慮した看護をしなければならないことは明白であるにもかかわらず、文化や習慣の違いに戸惑い、看護を躊躇することがある。そのため、看護師が文化間看護を学び外国人患者とのかかわり方や文化的差異のある患者対応について学ぶ必要がある。

¹日本においては、一般に「異文化看護」と言われている。「異文化」とは、自分たちの文化と異なる文化という意味であるが、文化の異化・差別化によって、むしろ相互理解を妨げる、という観点から、文化と文化の間を往来する看護という意味で、あえて「文化間看護」とした。

2 日本における在留外国人統計

法務省によると、2012 年 7 月 9 日から施行された新しい在留管理制度の対象となる中長期在留者の数は、2014 年末現在 176 万 3422 人、特別永住者数は 35 万 8409 人で、これらを合わせた在留外国人数は 212 万 1831 人となり、前年末に比べ、5 万 5386 人 (2.7%) 増加した。在留外国人数の国籍・地域別では、中国が全体の 30.9% を占め、以下、韓国・朝鮮、フィリピン、ブラジル、ベトナム、米国、ペルーと続いている。また、在留外国人数が最も多いのは東京都で全国の 20.3% を占め、以下、大阪府、愛知県、神奈川県、埼玉県と続いている。(法務省「平成 26 年末現在における在留外国人数について」)

旅行等による 2000 年の訪日外国人は約 475 万人であったが、2014 年は約 1341 万人と約 2.8 倍に増加している。(日本政府観光局「報道発表資料」) 2003 年から国土交通省(観光庁)がビジット・ジャパン・キャンペーンを行い、2010 年までの目標であった 1000 万人が 2013 年に 1036 万人となり、ようやく達成されたのだが(日本政府観光局「訪日旅行促進事業」)、2015 年の訪日外国人は 8 月までの推計値で、既に 1287 万人を超えるほどである。(日本政府観光局「報道発表」)

また、2011 年 1 月より医療滞在ビザが創設され、医療目的に日本を訪れる外国人も増加しつつある。創設当初は 1 年間で 70 名であったが、2012 年 188 人、2013 年 299 人、2014 年 611 人と増加の一途をたどっている。(政府統計の総合窓口「平成 26 年〔2014 年〕ビザ〔査証〕発給統計」)

3 看護の背景

3.1 看護制度と看護文化

近代における看護師は Florence Nightingale (フローレンス・ナイチンゲール) によって確立された職業である。日本においては、1880 年代より近代看護教育が開始された。学校設立者は、高木兼寛や新島譲などの日本人の場合もあったが、ナイチンゲール方式の教育を受けた米国人看護師が来日して教育が始まった。しかしながら、米国人看護師の帰国後は、医師による看護教育となり、看護教育をスタートした時の理念が徐々に失われ、次第に医師の「お手伝

い」としての看護師になっていった。(津田 9-17) その後、第二次世界大戦後に GHQ 看護課による改革が行われ、現代看護教育は、1947 年に保健婦助産婦看護婦法(現：保健師助産師看護師法)の制定により開始された。保健婦助産婦看護婦法の第 5 条 看護婦の定義によると、「この法律において「看護婦」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」である。(高橋) この項目については、現在も「看護婦」から「看護師」になった以外は変更されていない。

つまり、21 世紀の現代においても、西洋看護はナイチンゲール方式が基本である。ナイチンゲールはイギリス人であるが看護理論は米国で発展し、現代も看護理論の中心は米国看護である。そのため、看護理論については各国の違いは少ないと思われる。しかし、佐藤禮子が述べるように、「看護に国籍はないが、固有の文化があり価値は一律ではない。」(42-43) つまり、宗教、習慣や価値観などが看護に多くの影響を与えているのである。ナイチンゲールは、看護と宗教を分離する考えをとっている。彼女自身は、強い宗教的信念があり、「神のお告げ(お召し)」により看護師になったことも認めているが、当時の宗教的対立もあり、看護は宗教に関係のない専門職とすることが可能であり、そうすべきであるとの強い信念を持つに至っている。実際、クリミアでの修道女の仕事に対する彼女の反感(彼女は、彼らは布教をすると報告している)は、ローマ教皇を巻き込むほどに高まった。(Tomey 72) 明治期の日本においても、宣教師による看護が布教活動の一環であったことは否めない。しかし、現代では、看護師自身に信仰があったとしても、患者の信仰を重んじる考えが看護教育において浸透している。そのため、現代の終末期医療においても、キリスト教はホスピス、仏教はビハラーと各々の宗教にそった看護を実践している。看護師が宗教や思想を尊重し、患者の宗教や思想を理解するという姿勢があれば、看護を行う上での問題やトラブルは通常は生じない。しかし、看護師自身の宗教観によりそれが問題となる場合もある。例えば、イランでは、親族以外の異性の体を見たり、触れたりすること(以下、ナーマフラム)は、禁止行

為である。イランも西洋医学を取り入れているため、看護も西洋看護であるが、ナーマフラムを禁止事項としてイランの法律で定めているため、ボディ・ケアについて問題を抱えている。細川は、「近代看護学自体が、患者を単に『医学的身体』として扱うのではなく、より人間的、全人的に扱うよう提唱しているように、ボディ・ケアにおいて、患者の身体は『医学的身体』という規定を越えてしまう。それは、『イスラーム的身体』という矛盾する社会的価値を同時に内包するものとして、看護師の前に現出するのである。」と述べている。一部のイスラム教徒においては、患者側だけではなく、看護師側も異性のボディ・ケアを嫌悪している。その結果、ボディ・ケアについては、学歴の高い看護師が行うことを嫌悪し、学歴の低い看護助手に行わせるという傾向がある。これは、イスラム教に基づく文化背景のために起こることである。(細川 113-114, 153)

外国人医療において、宗教が最も問題視されることが多いが、医療文化の違いもトラブルを引き起こしかねない。例えば、フィリピンでは、看護師による直接ケアが少ないが、その理由の一つは「身の回りの世話」の概念に違いがあるためであると考えられている。日本では、看護師が行う援助(清拭や食事の介助)についても、フィリピンでは家族により行われているため、看護師は家族が行う身の回りの世話の確認や指示をするという役割があり、家族との関係性による違いがある場合もある。(田中 103) こうした状況は、アジアの国でよくみかけるものであり、フィリピンが特別ということではない。日本においても、1994年の家族による付き添い看護制度が廃止されるまでは、家族が付き添いをしていることも多かったが、付き添い看護の廃止により、家族による身の回りの世話は、基本的に看護師が行うようになった。さらに、基本看護技術については、各国での習慣なども反映し、発展していると思われるため、小さな違いが多いと考えられる。例えば、清拭時の温度は日本では少し高めであるが、中南米では低い温度が教科書に記載されている。これは、患者の好みを反映していると宮越は述べている。(47) 技術面での違いは小さいと思われるが、患者に直接かわる部分であるため、患者から見ると大きな違いに感

じるかもしれない。つまり、看護基本技術も慣習的・主観的要因の影響を受けているのである。

3.2 米国における文化間看護理論

Transcultural Nursingの第一人者である Madeleine M. Leininger (マデリン M. レイニンガー) は、著書 *Culture Care Diversity and Universality* の中で「サンライズモデル」(Figure 1) について述べている。レイニンガーは、精神科の看護師であると同時に文化人類学者でもあるため、彼女の看護理論は文化人類学に基づくものとなっている。

サンライズモデルは、さまざまな文化に属する人々の健康やケアに対して文化社会的構成要因がいかに影響するかを示したものである。円の上半分は様々な文化社会的構成要因を示し、これらが環境的コンテクスト、言語、民族史学を通してケアの表現、パターン、実践に影響を及ぼしている。看護ケアは医療の民族固有のシステムと専門的システムの間位置し、これらの関係性に左右される。この状況を理解しなければ、看護師は人間の健康を正しく認識することはできない。この理論では、①文化的ケアの保持／維持、②文化的ケアの調整／取り引き、③文化的ケアの再パターン化／再構成の3つを経て、文化を考慮した看護ケアが実践されるとする。人間をその文化的背景と社会構造、世界観、歴史、環境から切り離すことができないものとして描いており、性別、人種、年齢、階級も社会構造要因の中に組み込まれ、全人的な観点からの看護ケアが提唱されている。

しかし、看護の実践と教育において看護師による文化的要因の認識と価値づけがなかなか進まない理由として、レイニンガー自身が以下の6つをあげている。

①この理論は1950年代に概念化されたが、当時は人類学や文化知識を身につけたうえで、Transcultural Nursingを理解できる看護師がほとんどいなかった。②患者の多くが固有の文化的ニーズがあっても、医療者に無理強いするのを嫌がり、

これを認識されたり満たされたりすることを要求しなかった。③10年前まで Transcultural Nursing に関する論文を投稿しても却下される場合が多く、編集者がその重要性を知らなかったり、理解しなかった。④1970年代後半にレイニンガーが、Transcultural Nursing が重要と唱え始めるまで、看護師がケアの概念にあまり関心がなかった。⑤看護はいまだに自民族中心的すぎる傾向があり、さらに医学的な関心や方針に従うことにとらわれすぎる嫌いがある。⑥多くの看護研究者が質的研究よりも量的研究に依存していた。(Leininger 53-64 ; Tomey 524-525)

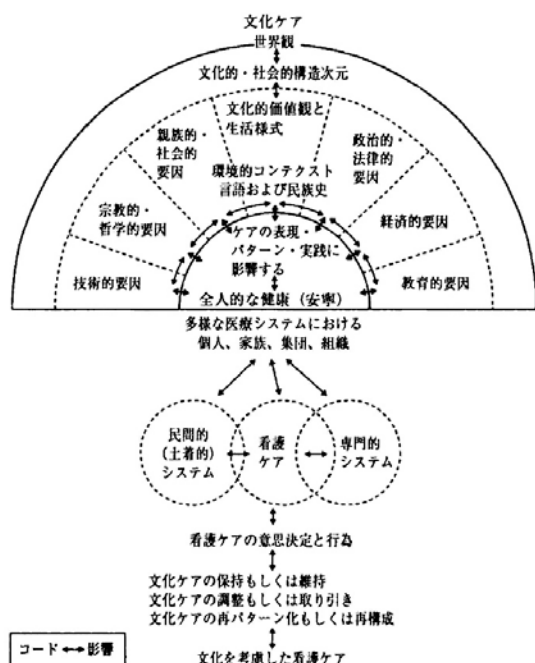


Figure 1 サンライズモデル (Leininger 47)

レイニンガーがサンライズモデルによる Transcultural Nursing を概念化したのは 1950 年代、提唱を始めたのが 1970 年代、そして *Culture Care Diversity and Universality* を出版したのは 1991 年である。そして、21 世紀、レイニンガーら文化人類学者が 50 年代に提唱し、依拠した「文化相対主義」は衰退し、「文化」も再定義されているが、「文化を考

慮した看護ケア」はグローバリゼーションの、とりわけ昨今の難民・移民の大移動の時代にあっては、その実践こそが喫緊の課題である。また、近年の文化論においては、レイニンガーが当初依拠した文化相対主義からクレオール文化やハイブリッド文化など、混濁性や可変性はその本質であるという考え方へと変化している。また、文化間コミュニケーション分野においては、文化間の境界の乗り越えとコミュニケーションにおける相互作用とそのプロセスが重要視されている。看護ケアもそれらを念頭にシフトチェンジしていく必要がある。

レイニンガーの著書のタイトルにある、Universality(普遍性)と Diversity(多様性)については、2000 年に入った頃から日本社会においても理解が進み、看護師だけではなく、社会がこれを実践しようと試みている。つまり、レイニンガーの理論すべてが現在通用するとは言えないまでも、文化の差異化を避けた彼女の思想は現在に通じるものであり、むしろ時代の一步先をいっていたとも言えるのである。

3.3 日本における文化間看護教育

3.3.1 日本の看護教育制度

看護教育は、高校、短期大学、大学、看護大学校、専門学校、各種学校等で行われている。かつては、専門学校が主流であったが、1992 年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行等を契機として看護系大学が急激に増加し(1991 年度 11 校、2014 年度 234 校)、日本の全大学の 30%以上に看護系の学部が設置されている。(政府統計の総合窓口「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」)その結果、教員不足が問題となっている。(厚生労働省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 最終報告」)

さらに専門看護師² 育成のための大学院の修士

²専門看護師とは、日本看護協会専門看護師認定審査に合格した者である。修士課程修了や実務経験などの規定を満たした者が受験資格を得ることができる。1996 年から認定が開始され、現在はがん、精神など 11 分野の専門がある。

(博士前期)課程も増加しているが、従来から看護系研究は、実務的なものが多く、研究コースのある大学院が少ないこともあり、看護理論の研究者はごくわずかである。この領域においても人材不足は否めない。第二次世界大戦後の日本は米国の看護理論を積極的に導入してきたが、結果、自前の理論を構築してこなかったという背景がある。こうした状況を前田は、看護理論は海外のもの、それを踏襲することが長年続いてきたためであると説明する。日本の看護師は理論の実践において違和感があっても自己の理解不足のためと捉えがちである、また、自らの看護経験を言語化し、理論化することを求められてこなかった、その能力の養成が行われてこなかったとも述べている。(2)

このような状況の中で、世界的に認められるような日本人理論研究者も皆無に等しく、そのため、米国の看護論を日本語訳して使い続けるというのが現状である。現場の看護師もエビデンスを作ろうとはせずに、前田のいう「自分範囲理論」、つまり、各々の看護師の経験および経験則での看護が主流となっていることを憂慮すべきである。

3.3.2 「国際看護学」の登場

基本的な看護理念は、ナイチンゲールの時代から、ほぼ変わりはないが、看護学や看護業務は時代により大きく変遷している。日本の看護教育においても近年「国際看護学」という新しい科目が登場した。従来、異文化看護といわれてきた文化間看護とは、看護の視点に「文化」の概念を取り込んだ看護の考え方である。米国の看護教育者 Ledia DeSantis(リディア・サンティス)は、「国際看護はマクロレベル、異文化看護はミクロレベル」という表現で両者の違いを提示している。文化間看護の実践は、自分の文化尺度の生活規範や価値観は一時脇へ置き、相手の文化尺度で考えた看護が必要であり、そうすることで自分のものとは異なる文化をもつ人のニーズを認識することである。一方、国際看護の実践は、文化間看護よりも意味合いが広く、自分のものとは異なる文化、異なる国や地域で保健医療のシステムだけでなく政治、経済、社会、教育、文化などのあらゆる状況を考慮しながら看護の知識や方法を適応して

いく活動である。(『国際看護学入門』9-10)メジカルフレンド社が発行する『国際看護学』のテキストのまえがきには以下のように、日本での導入の経緯が記載されている。

本書「国際看護学」が看護学生のテキストとして世に出ることになった契機は、平成20年1月の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正である。この改正に先立って厚生労働省で開催された「看護基礎教育の充実に関する検討会」の報告書によれば、看護師教育に新設された統合分野の「看護の統合と実践」に関する説明のなかで、「国際社会において、広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考えることができること」というこれからの看護師に期待される力が表現されている。このたった1行余りの文章から、本書が誕生したのである。(田村 i)

一部の学校では独自に国際看護についても教育しているケースはあったが、日本国内の滞在外国人医療については触れられていないことが多かった。1999年に出版された医学書院『国際看護学入門』における国際看護の定義は、「国際看護とは自分のものとは異なる国(独立国として認定されていない地域も含む)でその国の社会、政治、経済、教育、文化、保健医療システム、疾病構造など看護に影響を与えるあらゆるものを考慮して適用する看護のこと」、また「国際看護学が看護分野における国際協力活動を支える理論である」とある。それが、2010年に出版された同じ医学書院『災害看護学・国際看護学』では、「世界の人々の健康を対象とし、集団に対してはグローバルヘルスの考えに沿った集団的アプローチを、個人に対しては看護理論に基づいた個別的アプローチを行い個人および集団の健康維持向上、また、回復を促進するための理論を学習するもの」という定義に変更されており、1999年の開発途上国の支援だけを念頭においた定義とは大きく変化している。また、2005年に出版された弘文堂『国際保健・看護』では在留外国人医療について触れられていなかったが、2012年出版された同じ弘文社の『国際看護・国際保健』では在留外国人患者に関する教育が加わっ

た。以上のように 2009 年以降に出版された「国際看護学」関連の教科書には「在日外国人医療」という章が入っているものが増えてきている。つまり、「国」単位の「国際化」から、国境が曖昧なグローバル化へ向かい、加えて、日本に暮らす外国人など個人への対応の両方が視野に入ってきている。さらに、2013 年に厚生労働省が発表した「保健師助産師看護師国家試験出題基準」(第 103 回国家試験〔2014 年〕より適応)では、国際看護学の内容も「看護の統合と実践」として明記され、実際に、第 103 回の国家試験において「外国人患者」に関する問題が出題されたことは、文化間看護に関して踏み込みつつあることを表している。(厚生労働省 第 100 回保健師国家試験、第 97 回助産師国家試験、第 103 回看護師国家試験及び第 103 回看護師国家試験〔追加試験〕の問題および正答について)

4 日本の外国人看護における現状分析

4.1 看護師が感じる外国人対応の問題点

看護師だけでなく医療者が外国人患者に感じる不安や問題点という調査を行うと、必ず言語の問題が上位になる。福井県の外国人医療支援検討委員会が 2012 年に行った調査においても、医療機関側が不安や苦慮している点のまとめとして、①外国語によるコミュニケーションに対する不安、②保険未加入者への苦慮、③文化・習慣の違いへの不安の 3 点を挙げている。一方、在住外国人も①医療情報の入手方法の不足、②日本語によるコミュニケーションに対する不安、③薬に関する情報不足の 3 点を挙げている。(39-40) また、2012 年に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが行なった一般病床を有する病院(被災地を除く悉皆調査)に対する全国調査によると、外国人の受け入れにあたっての課題の中で、9 割以上の病院が「多言語化への対応」をあげている。さらに、過去 1 年間に外国人の利用があった病院は、およそ 4 分の 3 であったが、外国語への対応状況に回答のあった病院のうちおよそ 4 分の 1 は、「原則日本語が話せない外国人の診察は受け入れていない」であった。(妹尾 8)

つまり、看護師を含む多くの医療者は、外国人患者の受け入れを躊躇する理由を言葉の問題だと思っ

ている。しかし、William B. Gudykunst(ウィリアム B. グディカンスト)は次のように述べている。

異文化間あるいは異民族間の接触の際に生じる誤解は、相手の言葉が分からないから生じると思っている人が多い。しかしながら、異文化や異民族の人々と効果的にコミュニケーションするには言語能力だけでは十分といえないのである。(中略) 異文化間あるいは異民族間の接触の際に生じる誤解は、異文化または異民族集団の人々のコミュニケーションの基準やルールを知らないから生じているのである。(16)

言葉の問題は、適切な医療通訳制度を構築する必要もあるが、看護師として文化などの知識を得る努力をすることが重要である。もちろん、多様な文化背景を持った外国人についての同じ対応を行うことはできず、外国人と一括りにすることもできない。まずは、対応しなければならない外国人患者の文化や習慣の情報収集(その国の医療制度、治療や看護の方針を調べることができれば尚よい)、絵や写真などの準備など「外国人患者から情報収集する」ために「情報収集のための準備」をし、外国人患者を知ろうとすること、そう思う気持ちは何より必要となる。それらの情報収集は、経験を積むうちに容易になる。また、日本に滞在している外国人の場合は、日常では日本語を話すことができて、医療の専門用語が難しいことや病気のための不安や体調不良などにより言葉が出てこないなど、日本語での会話が成り立たないこともある。その時は、看護師も「やさしい日本語」³で話す必要がある。つまり、外国人医療のために最も必要なことは、外国語ではなく、知識であり知恵でありそして経験である。

言語の次に問題とされるものは、文化・習慣である。2012 年に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティ

³ 1995 年の阪神・淡路大震災をきっかけに災害時に、外国人に伝えやすくする取り組みとして始まったものであるが、ゆっくり話すだけではなく、よりわかりやすい言い換えなどにより、伝わる言葉を選択していくことである。

ングが行なった一般病床を有する病院(被災地を除く悉皆調査)に対する全国調査でも、外国人の受け入れにあたっての課題として、約 6 割の病院が「文化・習慣の違い」をあげている。中川がおこなった石川県内の調査によると、文化・宗教・習慣の違いからのトラブルの報告が 3 件あるが、「宗教上の理由により、女性医師による診察しか受け入れなかった」、「再診の説明に『分かった』と言っていたが来なかった」(予約に対する考えの違い=習慣)、「アメリカ人患者が求める個々の薬剤についての作用・副作用などの説明に時間がかかった」(医療文化の違い)という事例が記述されていた。(27-28)文化の違いのために医療者側が対応に苦慮している問題は多岐にわたるが、主にお祈り、生死の考え方や時間感覚などの宗教・文化・習慣と、家族が身の回りの世話をするなどの医療文化(制度や方法の違い)、の 2 つに大別される。

4.2 外国人医療・看護における先行研究

4.2.1 関係構築プロセス

野中は「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」の中で、在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスの特徴をあげている。最初は、在日外国人患者と関わることに抵抗感があるが、在日外国人患者との「違い」を受容し、在日外国人との歩み寄りへと向かっている。在日外国人患者と関わる抵抗感では、「本研究の看護師は無意識のうちに、在日外国人患者に同一化を求める『自文化を優先したい』考えや、『自らの乏しい語学力の自覚』から患者とのコミュニケーションを不安に感じ、患者と関わる自信を低下させ、自己肯定感が揺らぎ、患者から距離を取るという負の連鎖に陥ることによって、患者との関係構築を困難にしていると考えられる」と述べている。さらに、野中は「『在日外国人とのかわりをつめらう』ところから、『多様な文化背景を持つ患者に歩み寄り』という一歩を踏み出すことで、『多様な文化背景を持つ患者の文化の違いを踏まえて理解しようとする意志』、そして、『在日外国人患者に適切な看護を提供しようとする意志』へと歯車が動き出すことで、次第に回転運動

が起こり、4 つの歯車が有機的に連動することにより在日外国人と看護師との関係が構築されるという概念図が導き出された。」としている。(Figure 2) (26, 28)

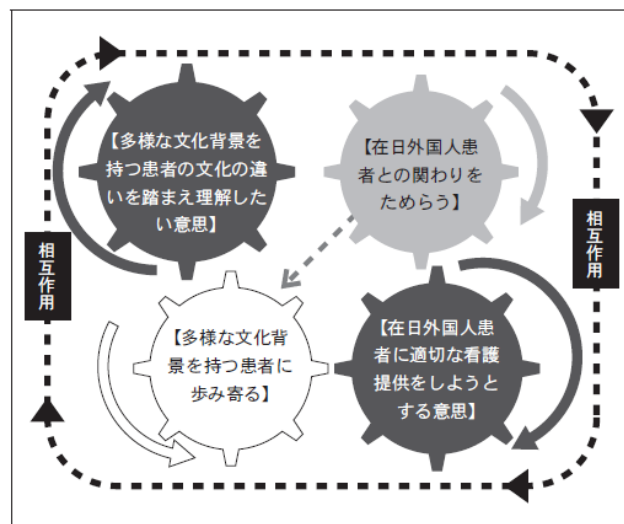


Figure 2 概念図 在日外国人患者と看護師との関係構築プロセス(野中 28)

4.2.2 医療先進国と医療発展途上国の外国人の権力関係の違い

長坂は、山梨在住の外国人の語りから得られた医療サービスの体験に見られる問題として権力関係について検討している。その結果、外国人患者が感じる差異に関する語りは、医療先進国型と医療発展途上国型に分類された。医療先進国型の特徴は、自国の医療の優越性を主張、医療者との対等な関係、医療者に対する人権を根拠にした要求であり、医療発展途上国型は、日本の医療への賞賛、自国の医療への消極的言及、医師への人間的親近感の欲求である。医療者と患者の権力関係は、医療先進国型では、医療者に自分が感じた違いを直接伝え、要望を伝えることができるが、医療発展途上国型の患者は、伝えないため、支援策を含めたエンパワメントの必要性を認めた。さらに、権力関係においては、日本の医療が「医療先進国型」と「医療発展途上国型」の境界に位置していることをあらわしている。(52-57)

4.3 EPA 看護師と日本人看護師による文化間接触における変化

Kinkawa は、EPA 看護師に対する日本人看護師の意識について、EPA 看護師の就労前、就労 7 ヶ月後、就労 26 ヶ月の受け入れ意識について調査を行った。その結果、就労前に比べて、7 ヶ月後および 26 ヶ月後の外国人看護師の受け入れ意識が肯定的な傾向を示した。(264)

また、中村は、受け入れ施設の中に変化があったことを以下のように述べている。

日本語による会話だけでなく、時間を共有することにより互いが理解しあう関係ができてきたと『スタッフとの信頼関係形成』に至っていると認識している。(中略)患者の外国人受け入れに抵抗感も当初あったが、「患者さんも受け入れ楽しそう」と患者も『外国人という脅威の存在から受け入れへ変化』と受け止めていた。(中略)小川らは「日本人スタッフが異なる文化を理解するきっかけとなった」「職場が活性化」などをあげている。本研究協力施設においても、「この機会がなければ外国の人を知らなかった」「日本の看護を教えたいという意欲が高まった」など『外国人候補者受け入れで変容する受け手側の意欲』とまわりの人々、職場全体にポジティブな影響をもたらしていると認識していた。(59)

EPA 看護師制度以前から外国人看護師が日本にいたにもかかわらず、その看護師はすべて日本の看護教育を受けた上で国家資格を取っているため、注目されることはなかった。しかし、EPA 看護師制度により、文化間看護について注目が集まり、多くの研究が行われたことは、EPA 看護師制度の上手く行っていない点ばかりが注目されている中で良かった点である。それらの研究によると、本来意図しなかったことであろうが、受け入れ側にとっても文化間トレーニングとなっていることがわかる。

小幡は文化的差異として、言葉、時間、パーソナルスペース、装飾について言及している。その

中で、「文化的差異にあらわされる要因は、個人的要因すなわち、個人の気質との判断は極めて難しい」と述べた上で「相手の個人的要因としての見方だけでなく、文化によって言動の違いがあることを認識することで、誤解を回避し、互いの距離を縮めていくことは可能であると考える」と述べている。(62-67)

5 おわりに

外国人医療の中でも文化間看護に重点をおいて現状について概観した。訪日や滞在する外国人が増えている中で、外国人医療に対する方策を検討する必要性については、多くの医療関係者が考えていることである。しかし、どのように接して良いかわからず、結局は、場当たりの試行錯誤に陥っているのが現状であろう。

文化間看護の基本は、外国人患者と看護師の相互理解である。先行研究をまとめると、それを阻む要因として以下の 7 点がある。①看護師および患者双方の習慣の違いによる認識不足、②看護師および患者双方の医療制度に対する認識の違い、③病院のルールに対する理解不足、④看護師の外国人看護の経験不足、⑤自国の医療制度を重視する看護師および患者双方の歩み寄りの不足、⑥外国人患者の日本の医療に対する情報不足、⑦自己決定権に代表される権利の認識の違いである。西洋看護には普遍の考え方がある一方、多様な看護文化や時代と共に変化している部分がある。その変化している部分というのは IT 化や新しい治療法だけではない。人権意識の高まりや保険制度の改正など、社会的変化の影響も受けていることを認識する必要がある。

相互理解を阻む因子の一つに時代や社会によって異なる「家庭看護」がある。近代看護の歴史を紐解くと、家庭看護と職業看護の違いは不明瞭なことがわかる。ナイチンゲールにより職業化する前は、家庭で家族が行う看護のみが看護であった。それが近代以降は、看護師が行う看護(看護技術—技術的な教育や訓練を受けていないとできない点滴などの看護業務—)と、一般的に家族でもおこなうことができる清拭などの看護業務の 2 つに大別されていくことになる。後者は、看護教育を受けていなくても可能な

業務であり、実際に家族が行っている場合もある。この家庭看護の部分は、教育と訓練を受けた看護師がいくら一生懸命におこなったとしても、家族の愛情にはかなわないものがある。そのため、家族が行う方がよいという考えや、現実的に看護師不足により手が回らないという場合など、看護師の業務範囲か否かは国や社会によって違いが生じる部分である。日本では一般的に、入院中は家族によってできる看護も原則、看護師が行うという方針をとっているが、患者によっては、家族が行っている場合もある。つまり、日本では、家で行う看護は、家族が行う家庭看護であり、入院中の看護は、家庭看護を含めて看護師が行う看護業務であると考えられている。

しかし、外国人入院患者の場合、食事制限があるにも関わらず家族が郷土料理を持参し、食べさせることがある。この場合、看護師はこの患者と家族が食事制限のルールを守らないと考える。外国人の患者と家族は、母国での病気の時に食べるものや好物を食べることで回復に向かうことを期待しており、さらに病院食は治療⁴の一環であるという位置づけが理解できていないとも考えられる。ここに上段で述べた相互理解不足のパターンのほとんどを観察することができる。職業看護と家庭看護の、国や社会、文化による違いを一つずつ認識していくことが文化間看護の第一歩である。職業看護においては、医学の発展とともに技術的な面が注目されがちである。しかし、清拭の温度や食習慣など、患者の文化社会的背景からくる要因に気を配ることが、文化間看護の重要な要素のひとつである。実践現場の状況や経験を言語化し、これを蓄積し、分析・考察していくこと、これを看護師に促すことが文化間看護教育の第一歩であり、今後の理論化にもつながるものと考ええる。

参考資料

Gudykunst, William B.『異文化に橋を架ける』*Bridging Differences: Effective Intergroup Communication*. 1993. Trans. ICC 研究会. 東京: 聖文社. 1993.

⁴日本では、塩分制限や栄養管理など食事は治療の一環であると考え、食事(食餌療法)という。

Kinkawa, Mari, Elsi Dwi Hapsari, Ueda Miyuki, and Matsuo Hiroya. "Actual Relation and Consciousness of Japanese Nurses to the Second Batch Indonesian Nurses Candidates Based on EPA." 『国際保健医療』 27(3), (2012). 264.

Leininger, Madelein M.『レイニンガー看護論 文化ケアの多様性と普遍性』*Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. Trans. 稲岡文昭. 東京: 医学書院, 1995.

Tomey, Marriner Ann, and Martha Raile Alligood.『看護理論家とその業績』*Nursing Theorists and Their Work*. Trans. 都留伸子. 東京: 医学書院, 2007.

小幡順子・久木原博子.「医療現場における異文化間葛藤の分析 インドネシア人看護師候補者との文化接触を通して」『インターナショナル Nursing Care Research』11(2), (2012): 59-68.

外国人医療支援検討委員会.「福井県における外国人医療支援に関する報告書」 2012 年 5 月. 公益財団法人福井県国際交流協会. 2014 年 11 月 8 日.

外務省.「医療滞在ビザ」 2014 年 11 月 16 日.

国土交通省 観光庁.「訪日旅行促進事業『ビジット・ジャパン事業』」 2015 年 9 月 16 日.2015 年 9 月 26 日.

厚生労働省.「看護師国家試験出題基準」 2013 年 5 月 7 日. 2014 年 11 月 15 日.

厚生労働省.「第 100 回保健師国家試験、第 97 回助産師国家試験、第 103 回看護師国家試験及び第 103 回看護師国家試験『追加試験』の問題および正答について」 2014 年 12 月 25 日.

厚生労働省.「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」 2011 年 3 月 11 日.2014 年 12 月 25 日.

国際看護研究会.『国際看護学入門』東京: 医学書院, 1999.

- 佐藤禮子.「『看護における概念を問う:日本文化に根ざして』を司会して」. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*. 8(2), (1988): 42-47.
- 政府統計の総合窓口.「平成 26 年『2014 年』ビザ『査証』発給統計」 2015 年 9 月 8 日.
- 政府統計の総合窓口.「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」 2015 年 3 月 20 日.2015 年 9 月 8 日.
- 妹尾康志.関恵子.赤木升.星芝由美子.「わが国における外国人医療の現状について」. 2012 年 8 月 23 日. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 2014 年 11 月 8 日.
- 高橋美智.「GHQ が推進した看護改革 看護体制・勤務体制の変遷」. 1996 年 11 月 25 日. 2014 年 11 月 15 日.
- 田中博子.「日本とフィリピンにおける病院看護業務の比較」『日本看護管理学会誌』 12(2), (2009): 94-105.
- 田村やよひ.『国際看護学』東京: メジカルフレンド社, 2012.
- 津田右子.「日本の近代看護教育草創期の教育観を探る」『看護学統合研究』 3(1), (2001): 8-26.
- 中川恵子.「地域における外国人医療の現在と今後への展望—医療機関を対象とした調査から」『石川看護雑誌』 9, (2012): 23-32.
- 中村悦子.小島さやか.岩崎保之.「外国人看護師候補者支援に関わった看護師支援者の認識」『新潟青陵学会誌』 5(3), (2013): 51-60
- 長坂香織.百々雅子.「医療の多文化化にむけて—山梨県在住外国人の語りから見る医療の現状と課題」『山梨県立大学看護学部紀要』 13, (2011): 47-60.
- 日本政府観光局.「報道発表資料」 2015 年 1 月 20 日. 2015 年 9 月 8 日.
- 日本政府観光局.「報道発表」 2015 年 8 月 17 日. 2015 年 8 月 30 日.
- 日本赤十字社事業局看護部.『災害看護学・国際看護学』東京: 医学書院, 2010.
- 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』 25(1), (2010): 21-32.
- 法務省.「平成 26 年末現在における在留外国人数について(確定値)」 2015 年 3 月 20 日. 2015 年 9 月 8 日.
- 細川幸子.「現代イランにおける看護とイスラーム」『イスラーム世界研究』 2(1), (2008): 92-162.
- 前田樹海.「看護理論は舶来でなきやという幻想」 *Nurse Partners* 36, (2012): 2.
- 丸井英二.森口育子.『国際保健・看護』東京: 弘文堂, 2005
- 丸井英二.森口育子.李節子.『国際看護・国際保健』東京: 弘文堂, 2012
- 宮越幸代.「日本と発展途上国の看護時術の差異に関する研究」 *The Kitakanto Medical Journal*. 58(1), (2008): 43-54.
- 文部科学省.厚生労働省.「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」 2013 年 2 月 14 日.
- 文部科学省.「医療関係技術者養成制度の主な概要」 2011 年 4 月 1 日. 2014 年 12 月 29 日.

(Received:September 30,2015)

(Issued in internet Edition:November 1,2015)