

日本における外国人医療Ⅱ

—看護師と外国人患者の文化間コミュニケーションの推進—

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 II

—Promoting Transcultural Communication between Nurses and Foreign Patients in Japan—

TOYOOKA Chikako

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

The number of foreign patients has been increasing in Japanese hospitals. Nurses now have to deal with patients from various cultural backgrounds. They do not feel confident and are often anxious when they nurse foreign patients because of differences in culture and customs. It is an urgent issue to educate them about transcultural nursing. As a preliminary study to plan an educational program for transcultural nursing, I have conducted research on cultural theories and issues in the practice of transcultural nursing both abroad and inside Japan.

1 はじめに

日本においても、外国人観光客や定住者の増加に伴い外国人患者が増加、EPA の外国人看護師の受け入れなどにより、看護師も外国人と接する職業となりつつある。James C. McCroskey (ジェームズ C. マクロスキー) は「他の文化やサブカルチャーと交流し合うすべての人が異文化コミュニケーションの基礎的原則について教育される必要があることは明らかである。」と述べている。(266) 看護にはコミュニケーションが重要であり、特に外国人患者の看護においては文化間理解を切り離して考えることはできない。看護師も文化間理解を踏まえた看護および看護教育を推進する必要がある。

また、一般には「異文化看護」と言うが、「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り、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、「文化間看護」という言葉を提案したい。同様の理由により、一般的に「異文化間コミュニケーション」と言われているが、本稿で

は、あえて「文化間コミュニケーション」とした。

2 文化論の変遷

1970 年代頃より、レイニンガーの Transcultural nursing を創始として、看護も文化論の影響を受けている。以下、主要な文化論を纏めておく。

2.1 文化相対主義(Cultural relativism)-文化人類学

自らの文化を唯一、最高のものとして考える自民族中心主義(ethnocentrism)に対する批判として 20 世紀初頭、米国の文化人類学の中で形成された概念である。人間の諸文化をそれぞれ独自の価値体系をもつ対等な存在としてとらえ、文化によって人の認識や考え方が決定されたとする。米国の人類学者 Franz Boas (フランツ・ボアズ) が提唱し、Ruth Benedict (ルース・ベネディクト) によって確立されたといわれる。他の社会では悪とみなされる制度や慣習も、当事者の立場から価値評価することで、その意味や目的、役割は理解されうる。このような中立的な姿勢は、文化の多様性を容認して文化間の相

互理解を促し、人類学の基本倫理ともなってきた。しかしこれを推し進めれば、すべての価値は相対的であり、人類共通の価値が存在せず、例えば生命の尊重や人権擁護も特定の文化社会にあっては不可能となる。また完全に客観的な立場というものの可能性を疑い、研究者は中立的に沈黙するのではなく、対象社会の利益のために積極的に行動すべきであるとの批判もされてきた。

2.2 ポストコロニアル批評における文化論

ポストコロニアリズムは植民地支配が終焉してもなお経済や文化、政治に残存する植民地主義の影響を明らかにし、現状を改革するための思想である。Robert J. C. Young (ロバート J. C. ヤング) は、「ポストコロニアリズムの主張、それはこの地球上のすべての人間が物理的・文化的幸福に対して同等の権利をもつことだ。しかし、現実はというと、今日の世界は不平等が支配する」と述べている。(3) ポストコロニアリズムを起点とする、Édouard Glissant (エドゥアール・グリッサン) のクレオール文化やそれに影響を受けた Homi K. Bhabha (ホミ K. バーバ) のハイブリッド文化の考え方がある。

2.2.1 クレオール文化論

18-19 世紀のカリブ海において、植民地生まれの子をクレオール、彼らの言葉をクレオール語、文化をクレオール文化と称した。そこから、基盤となっている文化が他文化との接触の結果著しく変容し、その地域の集団の文化として定着したものを広くクレオール文化と称するようになった。そのような変容こそが文化の本質であるという考え方を生じさせるに至った。

2.2.2 ハイブリッド文化論

クレオール文化の考え方を進展させたものである。複数文化の相互乗入れや相互作用による混淆と変容が文化であるとする。バーバが 1994 年発刊の『文化の場所』で提唱した。さらに文化だけでなく個々人も混淆と変容の「中間地帯」であるとする。ポストコロニアリズムだけでなく、人の移動が加速するグローバリゼーションの時代にあって有効な議論で

ある。

2.3 多文化主義(multiculturalism)

単一文化主義や同化主義に対抗する考え方であり、さまざまな人種、民族、階層がそれぞれの独自性を保ちながら、他者のそれも積極的に容認し共存していこうという考え方である。1970 年代にカナダが政策として取り入れ、オーストラリアも追随し、その他の国々においても政策的に影響を受けた。しかし、2000 年代に入り、英国やドイツなど EU 諸国においても政策としての多文化主義は失敗したとの発言が相次いだ。

2.4 複文化主義

複文化主義は、EU (欧州評議会) 発祥の考え方であり、複言語主義を起点とする。EU は国境を越えて人々が移動する地域共同体だが、その統合性を確保するために必要と考えられた。複言語・複文化主義とは、複数言語を使用してコミュニケーションを図り、①様々なレベルでの文化体験を持つ行為者が有する言語コミュニケーション能力、②文化の領域で双方向的に行動することのできる能力、③言語や文化資本全体を運用することのできる能力である。これは常に別々の複数の能力が重ねられ、複合的で複層的な能力であり、混在し不均衡な能力である。(Coste 他からの引用 細川他 25)

つまり、多文化主義は、社会・政治に視点をおき、複文化主義は、ひとりひとりの個人の中にある文化状況を指すものでもある。

3 文化間コミュニケーションの理論

文化論は、看護師であり文化人類学者でもあるレイニンガーによって、はじめて看護に取り入れられ、「transcultural nursing」という看護の一分野として確立された。同様に「文化間コミュニケーション」も外国人看護において有用な理論であると考えられるが、いまだ看護への応用を果たしていない。以下に看護への応用が有用と考えられる理論を紹介する。

3.1 文化間コミュニケーションの定義と特徴

文化間コミュニケーションの定義は、いくつかあ

る。例えば、Klopf (クロフ)の「異なる文化の人々間でのコミュニケーションであり、ある文化出身の人が、別の文化出身の人と話す時に起こる」である。

(引用 Richmond, McCroskey 267)

Thomas-Maddox (トーマス・マダックス)と Lowery-Hart (ロウリィ・ハート)は文化を以下のように纏めている。

文化は学習によって継承され、大量の概念を、同じ文化の大人や友達から教えられる。

文化はダイナミックであり、変化を受け入れる文化や、また伝統や安定性への脅威として変化を受け入れることに抵抗する文化もある。

文化は普及し偏在し、文化を構成するものには目に見えるものと見えないものがある。(引用 Richmond, McCroskey, 269)

これにならえば、医療や看護も文化であり、医療システムも文化のひとつと捉えることもできる。外国人患者と看護師の相互理解の障壁の中には、医療システムや病院のルールの違いがある。患者は母国の医療システムや病院のルールに慣れており、日本の医療システムを理解していない、もしくは、元来医療システムが違うことを知らない。そのため、外国人患者、看護師双方が自国の医療システムを念頭に考えれば、齟齬が生じる。つまり、看護師は、医療システムそのものが文化であることを意識する必要があり、患者にも医療システムに違いがあることを理解してもらう必要がある。

3.2 コミュニケーション・スキル

コミュニケーション能力は、動機、知識、技能の3要素からなり、これら3つがそろえばコミュニケーション能力があると評価される。動機は不安の管理であり、それを説明する概念は「接近・回避のオリエンテーション」である。「接近・回避のオリエンテーション」は、仲間に入れるか、信用できるか、安全か、自己概念を維持できるかといった不安である。知識は、適切および効果的なコミュニケーションに必要な「こと」である。その「こと」を知るための戦略はバーガーの三つの戦略

(受け身的、活動的、相互作用的)に分類される。効果的および適切なコミュニケーションに必要な技能は、不確実性と不安の減少と抑制であるという観点から、マインドフルになること、曖昧性の許容が必要である。不確実性の減少には、感情移入、行動的融通性、不確実性自体を減少させるスキルが必要となる。これらのスキルの内いくつかは、すでに習得していることが多い。もしくは、ある段階までは習得しているということもある。(西田 Gudykunst 『異文化間コミュニケーション入門』 95-107; 西田 『異文化の人間関係』 89-92)

3.2.1 曖昧性の許容

曖昧性の許容とは、効果的な相互作用に必要な情報量がかなり不足している場合でも、うまくその場に対処できる能力のことである。個人の曖昧性の許容はその人が他人についてどのような情報を得ようとするかに影響を与える。曖昧性の許容が低い人は、自分の意見を支持するような情報を集めようとし、許容度が高い人は「客観的な」情報を集めようとする。(Gudykunst 194)患者は通常、言葉が通じていても、すべてを語るわけではない。患者が看護師と話す時、それは日常ではなく、患者が感情について話す言葉は真実とは限らない。「大丈夫です」という言葉を聞いて、言葉通りなのか、心を閉ざしている、話したくないと思っているかなどを瞬時に判断する必要がある。そのため、看護師は言葉だけでなく表情や話す様子などを観察し、常に推測しなければならない。その推測の正否が、患者との信頼関係に影響を与える。つまり、不確実性を減少させ、コミュニケーション行動を予測するには、相手の行動を描写しメッセージを正確に解釈しなければならない。日本是高コンテクスト文化であるため、日常的にその推測を行っている。しかし、外国人に対しては、判断するための情報が少ないため、曖昧性の許容がより必要となる。曖昧性の許容という能力は、看護師としても必要な能力であり、看護師としての経験に加えて、外国人に接するという経験も必要となる。つまり、On-the-Job Training として、長い時間をかけて培っていく能力である。

3.2.2 感情移入すること

同情とは相手の立場に自分を置くことである。感情移入とは、相手の経験に知的および情緒的参加をすることである。両者とも想像上の行動である。文化の壁を越えて感情移入するためには、「人が言っていることを注意して聞く」「人が感じていることを理解する」、「人が話していることについて興味を持って聞く」「人の必要としていることに敏感になる」「人の見方を理解する」の5点が必要である。これらは主に言語行動に関係するものであるが、感情移入は非言語行動に頼ることが多いと言われているため、感情移入できるようになるためには、マインドフルになることでもある。(西田, Gudykunst, 『異文化間コミュニケーション入門』105) 看護師は、人への関心の高さから感情移入することは比較的得意であり、上記の5点についても日常業務そのものであるが、外国人患者の場合は日本人患者に比して難しいこともある。特に、「人の見方を理解する」「人が感じていることを理解する」の2点については、外国人の場合は、日本人よりも難しいかもしれない。まずは、「人が話していることについて興味を持って聞く」ということが最も重要である。

社会学の研究のひとつに感情労働(Emotional Labor)がある。Arlie Russell Hochschild (アーリー R. ホックシールド)は、感情が労働の大きな要素となっているものを感情労働と名付けた。従来の肉体労働、頭脳労働とは違い、感情労働の特徴として、①対面あるいは声による人々との接触が不可欠、②他人のなかに感謝や安心など感情変化を起こさなければならない、③雇用者は研修や管理体制を通じて労働者の感情労働をある程度支配するのである。つまり、コミュニケーションが重要な業務である看護師は、代表的な感情労働の職業である。

しかし、感情移入がうまくいかず、看護師は同情してしまうことも多い。その場合、感情労働であることから疲弊しやすい。治療がうまくいかないこともあるが、同情からくる共感疲労にならないように、看護師自身を責めないように他の看護師などが気をつけることも必要である。

3.2.3 不安・不確実性抑制理論

初対面の人に対して、人は不安や不確実性を感じる。Berger (バーガー)と Calabrese (カラブリーズ)は不確実減少理論として認知プロセスを構築した。それを基に、グディカンストは、効果的なコミュニケーションを説明する目的で、情動プロセスを加えて不安・不確実性抑制理論とした。不確実減少理論の概念のひとつは、予測である。特定の状況において、コミュニケーション行動の選択肢の数が多いとき不確実性は高くなり、選択肢が少ないときは不確実性が低くなる。不確実性を減少させるには、何よりもコミュニケーションをすることであり、そこから人間関係が生まれる。明文化した規則、習慣的な規則を設け、曖昧さを少しでも予測可能なものに変えようとする必要がある。(西田 『不確実性の論理』3, 14-15) バーガーによると、不確実性を減少しコミュニケーションする相手の情報収集には、観察、活動的なストラテジー、相互作用のストラテジーの3つのストラテジーがある。第1の観察は、コミュニケーションを妨げない、非活動的なストラテジーであり、どのような状況を観察するかによって得ることのできる情報の量がちがってくる。第2の活動的ストラテジーは、相手と直接交流せず、その人物やその人物の文化背景を知っている人に質問する。しかし、情報の正確性と客観性に注意する。第3の相互作用のストラテジーは、質問することと自己開示である。(西田 『不確実性の論理』9; 西田 Gudykunst 『異文化間コミュニケーション入門』99-100)不安・不確実性抑制理論の主要な概念は、ストレンジャーである。グディカンストはストレンジャーを異文化の人々や未知の人々(文化・民族・性別・年齢その他の集団などの違いを持つ人々)としている。(17)ストレンジャーを中心に不確実性、不安、効果的なコミュニケーション、マインドフルという概念を構成している。

Geert H. Hofstede (ヘールト H・ホフステード)は、曖昧なことや確実性のない態度を「ある文化の成員が不確実な状況や未知の状況に対して脅威を感じる程度」と定義している。脅威を感じる程度が高ければストレスが溜まり、明文化した規則や習慣的な規則を設けて、曖昧さを少しでも予測可能なものに変えようとする欲求が高まる。外国人嫌悪の態度は、

不確実性の回避傾向が強い文化を表している。(引用 八代 199-200)

コミュニケーションを得意としている看護師であっても、外国人患者に対しては、躊躇する看護師も多い。しかし、看護師は、外国人患者やコミュニケーションが困難な状況でも、常に情報収集して患者を知るというコミュニケーションする「動機」がある。「動機」は適切で有効なコミュニケーションをしようとする願望である。コミュニケーションの動機に関する要求は、予測、不安回避、自己概念維持、新しい情報の受け入れの 4 点である。(西田・Gudykunst.『異文化間コミュニケーション入門』96-98) 躊躇する看護師は動機はあるが、言語コミュニケーション不足により情報収集が困難なことへの不安や、行動が予測できない不安(予測の欲求)に加え、看護師自身もアイデンティティをうまく維持できない不安(自己概念維持の要求)を感じる。つまり、看護師は、「コミュニケーションできない」ことを「看護できない」と捉え、看護師失格と感ずることで、看護師自身のアイデンティティにも影響し、不安をより強く感じるのではないかと考えられる。その不安が原因でネガティブな印象を持った結果、不安回避するためにコミュニケーションを躊躇するという悪循環に陥ると考えられる。グディカンストの不安・不確実性抑制理論によると、不確実性と不安はコミュニケーションの効果と適応に影響を及ぼす基本的概念であり、アイデンティティや肯定的期待、類似性といった概念は表面的な概念である。つまり、アイデンティティや肯定的期待、類似性は不確実性と不安に影響を及ぼしている。(Gudykunst 21)

日本人はハイ・コンテクスト文化であることから「察する」という能力に優れている。しかし、これは、「同質的日本文化」の構成員の間での発揮に限定されている。文化の違う患者に、看護師が「察する」という能力を発揮することは難しい。したがって、「察する」という能力を使わずにコミュニケーションをすることが必要となるが、時間をかけ、関係構築の過程で「察する」能力を養成することも可能である。

3.3 文化間コミュニケーションの障壁

マクロスキーは「大きな文化はお互いに無数の点で異なっているが、それらはすべて何らかの共通した基礎を持っている。これらの中で最も重要なものは、外国人嫌悪と自民族中心主義である。」と障壁について述べている。(Richmond, McCroskey 269-270)

3.3.1 外国人嫌悪 (Xenophobia)

外国人嫌悪とは、見知らぬ人への恐れであり、文化にかかわらず、多くの人間が共有する特性である。看護師の場合は、言葉が通じないという漠然とした不安が、初対面の患者への恐れや嫌悪感となる。初対面の患者とのコミュニケーションの際に、患者の反応がない、読み取れないなど、一方的なコミュニケーションと感じている時は看護師自身も不安を抱く。それが、外国人患者の場合は、外国人ということが原因と感じ、その不安は外国人患者全体への恐れや嫌悪へとつながる。

3.3.2 自民族中心主義(ethnocentrism)

自民族中心主義とは、人は自分自身の国家や文化を中心として考える。子供たちに自分たちの文化の方法が正しく、普通で適切なやり方だと教え、その結果、自分たちの文化でふるまわない人を疑問視するのである。

レイニンガーは、「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向にとらわれすぎる嫌いがある」とした。(引用 Tomey 525) レイニンガーの時代より、30 年以上経過しているが、日本においてはいまだ、自民族中心的な傾向があり、医学的な関心や方向にとらわれ続けている。看護において、自民族中心主義的傾向になる理由は以下の 2 点と考える。第一に、現任教育の不足である。医学の進歩だけでなく、システム化、機械化などに加えて、日本の医療現場は医療システムそのものの変化も著しく、それらの教育だけで精一杯である。そのため、視野が狭く、一方的なものの見方となりがちである。第二に、病院業務のマニュアル化である。集団生活の場であることから、病院の全職員および患者に対してルールを重視し、すべての業務を手順通りに行うマニュアルが多く存在し、個別化の対応

を行うことが難しい。そのシステムは日本人の価値観に大きく偏ったシステムでもある。病院は一般に保守的であり、新しいことを導入することには消極的であることも多い。

そのような環境の中で、マニュアルに準じた実務優先の教育となり、その結果、実務以外のことに無関心になり、大局観に立って見ることができず、固定観念や偏見をもつ原因となる。そのため自民族中心主義の傾向が強くなると考えられる。

3.4 日本人の文化的特徴

各々の文化において文化的な特徴を比較研究されている。文化間コミュニケーションには、自分自身の文化的な特徴を知っておくことも必要である。しかし、文化人類学者の Edward T. Hall (エドワード T. ホール) は *The Silent Language* の中で、“Culture hides much more than it reveals, and strangely enough what it hides, it hides most effectively from its own participants.”(文化はものごとを明らかにするよりも隠蔽することの方が多い。しかも奇妙なことには、なにがみえないといって、自分自身の文化ほどみえないものはない。)(51) と述べている。日常の中で、年齢差や男女差などの違いを感じることは多い。しかし、自分自身の文化について考える機会はありません。日本の文化的特徴、とりわけ文化間コミュニケーション看護に関連すると思われる 5 点について下記に紹介する。

① ハイコンテキスト／ローコンテキスト

ホールの調査によると、日本人は同国人に対しては、調査した中で一番ハイコンテキストである。しかし、異文化出身者に対して、コンテキストに依存するのではなく、言語によりコミュニケーションを図ることが必要となる。その場合は、論理的思考力、表現力、説明能力、などのコミュニケーション能力が重要視されることになる。ただし、「察する」というハイコンテキスト能力が高いことは強みとして、これを発揮すべきである。

② 個人主義・集団主義

日本人は、集団主義であると言われることが多いが、ホフステードの研究によると、米国は個人主義が一番強いが、日本は集団主義的傾向がみられると

いう程度である。世界的に見ると、集団主義の国の方が多く、日本よりも集団主義が強い文化も多い。

集団主義の文化が強いところでは、治療方針が本人の意思ではなく、家族などの合議制であったり、その中の決定権がある人によって決定する。個人主義の文化では、患者本人の決定が尊重される。日本での治療の決定権は、患者本人を推奨しているが、家族の誰かの反対によって、本人の意向が汲まれないケースも見受けられる。その点について留意して、患者や患者家族と接する必要がある。(八代 他 184)

③ 性差役割

ホフステードは、文化にも性差があるとしている。IBM の研究によると、男性らしさを特徴とする国では、日常生活で男女の役割がはっきりと分かれており、反対に女性らしさを特徴とする国では、男女の役割があまり区別されず重複している。(八代 他 196)日本人であっても年代により、夫婦や男女の関係は違いがあるが、国や人によっても男女の価値観は異なる。これらは、社会制度とも直結していることでもある。2015 年の *The Global Gender Gap Report* によると、日本は 145 ヶ国中 101 位で、Gender Gap が大きい国である。(World Economic Forum)日本より、Gender Gap が大きい国の多くは、中近東および北アフリカの諸国である。医療の場で問題となるのは、治療等の決定権が誰にあるかである。Gender Gap の少ない国であれば、患者本人の意向が尊重されるが、Gender Gap の大きい国では、患者が女性の場合、本人ではなく夫や男性親族の意向が強くなるため、対応に注意が必要となる。

④ 時間感覚

ホールは、P タイム(計画やスケジュールよりもその時々を重視し、複数の事柄が同時進行するような時間の使い方)と M タイム(スケジュールを重視し、物事をひとつずつ片づけていくような時間の使い方)を理論化した。アジアでは P タイムが多いが、日本は今では身内には P タイムを使い、対外的には M タイムを用いているとホールは分析している。¹

¹ 1970 年代に *Beyond Culture* の中で論じられているため、現代とは時間の感覚が変化している可能性がある。

(八代 他 148-151)

病院は、患者に対してMタイムの時間の使い方を当然のように要求しているが、時間の感覚は文化によって大きく違うため、考慮する必要がある。特に検査の時間など融通が利かないことについては、特に注意していくことが必要となる。

また、時間の捉え方には、未来志向型、現在志向型、過去思考型があり、未来志向型が強い人は、疾病予防への関心が高く、現在志向型の人は、疾病予防行動に関心が薄く、過去思考型の人は、新しい治療アプローチを取り入れることに躊躇する傾向がある。(川野(編) 223)

⑤ 距離感

ホールは人間の空間利用についての研究をプロクセミックスと名づけ、対人距離を密接距離、固体距離、社会距離、公衆距離の4つに分類した研究を行った。プロクセミックスのパターンは文化によって違うことを強調している。米国、ベネズエラ、日本の比較研究結果では、日本人同士が一番距離をとって座っており、ボディバブルは日本人が広いとされている。(八代 他 139-141; Richmond, McCroskey 140)

橋本の臨床看護師の看護における社会的スキルに関する研究では、患者尊重スキル、自己の対象化と統制、表出行動のスキル、身体接触スキル、積極的接近スキル、空間距離スキルの6つについて、若年齢、中年年齢、高年齢の3つの年齢群に分けて調査しているが、空間距離スキル以外はすべて、中年年齢のスキルは若年齢と比して、約20%の上昇がみられ明確に有意差がみられるが、空間距離スキルは、3%、高年齢と中年年齢を比較すると-4%と有意差が見られなかった。これについて、橋本は、『空間距離スキル』の『患者に近づく』『枕元に近づく』ということ、臨床で看護を行う上では非常に基本的なことである。そのため、年齢の影響が少ないことが考えられる。」と述べている。(15-18)しかし、空間距離は患者の個人差が大きいこともあり、適切な距離感を図ることは、看護師としての経験を積んでも難しいことのひとつかもしれない。それでも、身体接触スキル、積極的接近スキルについては、明らかな有意差があるため、スキルが上昇すると考えられる。

4 看護における文化間能力

看護師は、患者とのコミュニケーションに障壁があったとしても、何かしらの方法でコミュニケーションを図る努力をするはずである。いくつかの辞書を用いて単語をつなぎながら、さらにジェスチャーを加えながら、複合的かつ複層的な手段で、持っている能力や手段のすべてを使う。これは複文化主義の考え方そのものである。しかし、それは残念ながら「場当たりの」なものであり、「その場しのぎ」に過ぎない。この章では、背景となる看護師のコミュニケーション教育や文化間能力について述べたい。

4.1 看護におけるコミュニケーション教育

看護師は、コミュニケーションを勉強して会得しているというより、直観的に、コミュニケーションを行っており、一般的に看護師は、他の医療者と比してコミュニケーション能力が高いとされている。Pam Smith(パム・スミス)が行った研究のインタビューの中で看護学生は、初対面の患者に対して躊躇せずに話しかけることができないと良い看護師にはなれない、人間に関心がないなら看護なんてできないと述べている。(79)つまり、コミュニケーション能力や相手への関心を持つ人が、看護師になると認識している。

看護におけるコミュニケーションについて、教科書として日本で最もよく使用されているのは医学書院の「基礎看護技術Ⅰ」で、その第1章がコミュニケーションであることから、コミュニケーションの重要性がわかる。(有田他 18-57)一般的なコミュニケーションと、発声できないなど器質的なコミュニケーション障害のある患者とのコミュニケーションなどについて記載がある程度であり、教科として独立した教科書とはなっていない。ノンバーバルコミュニケーションについての記載も少なく、外国人とのコミュニケーションに至っては記載がない。

さらに、看護師はコミュニケーションについて元々の能力があると考えていることも多く、コミュニケーションの教育を受けるという感覚が欠如している。Pam Smith(パム・スミス)は、イギリスでの患者へのインタビューのまとめとして、「看護師が持つ

べきもの、それは人間性です。(中略)生まれつきのコミュニケーション能力は必要ですが、それは型にはめて完成できる。」と述べている。つまり、コミュニケーションの能力は最低限のものがあれば、訓練よりスキルアップが可能である。外国人患者対応のための訓練プログラムを開発していくことが望まれる。しかし、外国人患者は多岐にわたるため、他の文化や他の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るということは難しい課題でもある。まずは、柔軟な思考ができるように教育することから始めるしかない。

4.2 看護における文化間能力に関する先行研究

看護分野における文化間能力(Cultural Competence)の先行研究において、小野は、「看護者の異文化間能力に関する文献検討」の中で、「異文化間能力は、看護者が対象者の文化に合致したやり方でケアを提供することを目的とし、必要な能力を獲得するために努力し続けるプロセスである。そのプロセスの中では、文化的気づき、文化的知識、文化的技能、文化的接触、文化的欲求といった概念が相互に依存し合っている。看護者の異文化間能力獲得のためには、文化的気づき(文化的感受性)が最も重要視される。」と述べている。(510)

杉浦は青年海外協力隊看護職帰国隊員と公立総合病院勤務看護職の比較研究で、異文化間能力の構成概念は「異文化間看護の文化特定の知識」「異文化間看護の技能」「異文化間看護の文化一般の知識」「接近－回避の傾向」「自文化の認識」であると、青年海外協力隊看護職帰国隊員群の尺度得点は、公立総合病院看護職群に比して、異文化間看護能力および構成要素全てにおいて有意に高かった。最も差の大きかった要素は「異文化間看護の文化特定の知識」であり、次いで「異文化間看護の文化一般の知識」「接近－回避の傾向」「自文化の認識」「異文化間看護の技能」の順であった。また、異文化間看護能力の規定要因は、促進する方向の要因として「海外生活経験」「得意な外国語があること」「仕事以外で外国人と会う機会」、減ずる方向の要因として「看護に携わった外国人クライアントの人数が少ないこと」であった。(30-35)

Calvillo et al.は、異文化間能力に関するカリキュラム開発の記述の中で、文化的に有能である大卒看護師の3つの特徴は「個人の文化、価値観、信念、考え方、行動への気づき」、「他の文化背景を有する個人に対する判断力とコミュニケーション力」および「異文化的な違いに対するアセスメント」とまとめている。(引用 小野 508)

Axtell et al.は、地域社会に基づいた看護大学院カリキュラムに関する見解の中で、看護大学院生が獲得すべき能力は「自己認識」「文化およびアイデンティティに関する基本的な知識」「異文化間コミュニケーションを促進する態度」「異文化的な臨床技術」および「アドボカシーに関する技能」の5つであるとしている。(引用 小野 508)

大野は「米国のテキストにおける「異文化看護」の記述内容の検討」で、次のように結論している。
1.文化について知り、その多様性を理解する必要がある。
2.看護の対象者は自分達にとって文化的に満足できるようなケアを受ける権利があることを理解する必要がある。
3.対象者の反応における文化の影響を考慮し、看護サービスの質と安全性を高める必要がある。
4.同じ文化に属さない対象者やヘルスワーカーとも効果的なコミュニケーションを図る必要がある。
また、ヘルスケアシステムそのものが医療者の文化であることを意識する必要がある。(20)

つまり、看護における文化間能力とは、文化間コミュニケーション理論で述べられているものが多いことがわかる。しかし、看護教育において文化に対する教育を受けていないこともわかる。つまり、文化間能力の高い看護師は、臨床などの現場で習得しているのである。

5 コミュニケーションスキルの獲得過程

Stuart Dreyfus(スチュアート・ドレイファス)とHubert Dreyfus(ヒューバート・ドレイファス)は、チェスプレイヤーとパイロットに関する調査をもとに、ドレイファスモデルと言われる技能習得モデルを開発した。ドレイファスモデルでは、学習者が技能を習得しそれを磨いていく過程が、初心者、新人、一人前、中堅、達人レベルの5段階に分けられる。Patricia Benner(パトリシア・ベナー)は、ドレイファ

モデルを看護に適応させた報告をしている。それによると、中堅(Proficient)は、状況を局面としての視点でなく全体としてとらえ、格率に導かれて実践を行うことができる。達人(Expert)は、分析的な原則(規則・ガイドライン・格率)には頼らず、ひとつひとつの状況を直観的に把握して正確な問題領域に的を絞るレベルである。(Benner 11, 17-32)

Howell(ハウエル)は、コミュニケーションの気づきと能力を4つの段階のプロセスで捉えている。第一段階を無意識・無能の段階、第二段階を有意識・無能の段階、第三段階を有意識・有能の段階、第四段階を有意識・無能の段階としている。第三段階の有意識・有能の段階が Langer(ランガー)のいうマインドフルである。いかにして、第二段階の「有意識・無能の段階」を第三段階(マインドフル)の「有意識・有能」に転ずることが出来るかが重要であり、「有意識・有能」の練習により「有意識・無能」の段階に到達するものである。ランガーは、マインドフルの性質として、①新しいカテゴリーの創造、②新しい情報の受容、③複数の考え方の容認と、分析している。違いを認めることを拒もうとすることで先入観を排除しようとする試みは全て失敗する運命にあると指摘している。また、新しい情報の受容と複数の考え方の容認という問題は、結果でなくプロセスの方に照準を合わせていくことと関連している。それにより、自分の行動にマインドフルになり、おかれた状況に注意を払わざるを得ないのである。(引用 Gudykunst 18, 58)

ハウエルの「コミュニケーションの気づきと能力」における「有意識・有能」と、ランガーの「マインドフル」は同じ状態と考えられているが、ドレイファスモデルの「中堅(Proficient)」も同じレベルと推測される。ドレイファスは「熟練者は対象の特徴や規則を意識しない。その仕事ぶりは、流ちょうで柔軟で、極めて熟練している。チェスプレイヤーはゲームの勘を身につけ、語学学習者は流ちょうになり、パイロットは飛行機を飛ばしているというよりも自分が飛んでいると感ずるようになる」と述べている。(引用 Benner 28) つまり、ドレイファスモデルはコミュニケーションスキルの獲得に特化しているモデルではないが、コミュニケーションも技能習得と同

じようにスキルとして習得すると考えるべきであろう。

外国人患者の対応を多くしている看護師は、外国人患者を特別とは思わなくなる。これは、マインドフルの状態を繰り返すうちに「有意識・無能の段階」となり、スキルが身につく、達人レベルとなっているということだ。一方、ベナーは、「すべての看護師が達人になれるわけではない」と述べている。(29) まずは、看護師をマインドフルの状態にすることが必要であり、マインドフルの状態で知識を得ることが好ましい。それにより不安感が減少されれば、外国人患者への対応を外国人であることを意識せずに行うことができるはずである。外国人患者の対応をする看護師にとって、マインドフル、そして、有意識・無能の状態が目標となる。(図1)

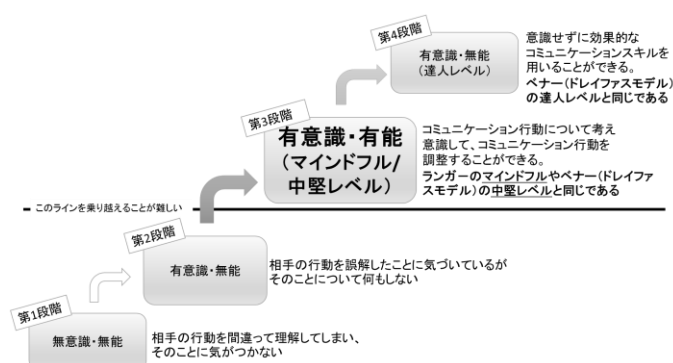


図1 コミュニケーションスキルの習得過程

6 文化間コミュニケーションの教育の提案

文化間コミュニケーションは、学際的な分野であり、従来の学問領域を縦割りの領域とするならば横から領域の壁を越えてコミュニケーションという現象を捉えようとしているのがこの分野であり、学際的アプローチは、相互啓発の相乗効果により新しい視点からの創造的な研究を可能にすると言える。(八代 他 31)特に看護師にとってコミュニケーションの重要性から、文化間コミュニケーション理論を看護の中に取り入れることは有用であろう。看護教育においては、看護師が実務にすぐに生かせることが求められる。そのため、日本人の特徴を事例として学び、さらに、自分自身の思考の傾向を知った上で、文化間コミュニケーションについて学ぶと同時に文化間トレーニングを実践できると良いであろう。

6.1 日本人の特徴を知る

3.4 で述べたような外国人と日本人の違いについて人はそれぞれ違うという具体例である。実際の看護をするにあたり、患者に接する際のヒントとして、また、柔軟な捉え方をするため手がかりとして学び、ステレオタイプとして理解しないように気をつける。

6.2 自分自身の思考を知る

自分自身の思考傾向を知ること重要ある。以下は、自分自身を知るためのテストである。

マインドフル能力の測定 (Gudykunst 193-194)
 ステレオタイプの傾向の測定 (Gudykunst 124-127)
 自民族中心主義の傾向の測定 (Gudykunst 114-115)
 不確実性志向を測定 (Gudykunst 189-190)
 曖昧性の許容 (Gudykunst 195-196)
 感情移入の能力を測定する (Gudykunst 197-199)
 ジョハリ・ウィンドウ (八代 他 96-99)

Ted Singelis(テッド・シンゲリス)が提唱している非言語のための成功秘訣は、①解釈を急がず、思い込みによる早まった解釈をしないようにすること、②自分の非言語コミュニケーションに気付く、③相手の非言語コミュニケーションに合わせることの3つである。(八代 他 158) そのためには、自分自身の思考を理解することは不可欠である。

6.3 文化間トレーニング

文化の多様性や文化アイデンティティなど基礎的な文化間コミュニケーション理論を学び、さらに、そのスキルとして、マインドフルになること、曖昧性の許容、感情移入すること、3つのスキルについては看護師にも特に必要となるスキルであるため、この3点については、教育する必要がある。

また、文化間コミュニケーション理論以外の文化間看護に必要な教育としては、看護は世界共通ではないことを知る必要がある。看護師だけでなく、患者や患者家族も自国の看護を世界共通と考えていることもあるため、患者の発言を理解できない時は、制度を確認することも必要である。また、医療や看

護にも文化があることも認識する必要がある。互いの認識にずれが生じると意思疎通を図ることが困難となる。日本の医療や看護に対して、進んでいる部分や遅れている部分、便利な部分や不便な部分があり、捉え方に大きな開きがあることを認識して接することも重要である。看護師は、病院内のルールなどを考慮したうえで、できる範囲で患者が自文化にそった看護を受けることができるように支援することも必要である。また、日本人には「郷に入れば郷に従え」ということわざに代表される同化と言われる感覚があり、外国人であっても、患者の文化的ケアを受ける権利があるという考えには至らないこともある。福井県の外国人医療支援検討委員会の調査でも自由意見に、「十分に日本語を勉強して日本に来てほしい。または、日本に来て日本語を修得したい人が来るべきと思う。」との記載がある。(18) 日本語がわからなくても、医療を受ける権利はあり、文化を配慮した治療やケアを提供すべきであるということ学ぶ必要がある。

異なる文化の人との関わりはもっとも有用な文化間トレーニングである。それは、外国にいくことだけではなく、日本の病院においてのEPAの看護師など外国出身の看護師とのかかわり、もしくは日常生活での外国人とのかかわりがあることも有用である。それに加えて、外国人患者の看護は、経験が多いほど、マインドフルの状態に近づくことができると考えられるため、積極的に関わっていくことも重要となる。その中で、文化アセスメントを行ったり、文化的な看護を行えるようにトレーニングしたり、外国人患者が文化的なケアを受けるためのサービスの質や安全性を高めるようなことも学んでいくことが必要となる。Bennerは「看護師には『新人看護師』から『熟練看護師』に至るまで5段階あり、熟練看護師と新人看護師の違いは、熟練看護師が意思決定の際に直観を用いる点である」と述べている。(Smith 231)患者とのコミュニケーションにおいて、正確に予測することは、直観を用いることができる経験が必要となる。つまり、外国人患者への対応でも、これらのスキルは必要であり、外国人患者対応は日常業務の応用でもあり、同様に経験が必要となると考えられる。

7 結論

すべての看護師が、外国人患者に躊躇したり、拒絶したりしているわけではない。コミュニケーションを図る努力はしているはずである。しかし、躊躇や拒絶などの不安からくるネガティブな感情を軽減できる方法はないかと考えた。看護師が不安になる原因は、外国人患者と看護師の相互理解が得られないことある。特に、外国人看護に経験のない、もしくは少ない看護師は不安が強い。その理由は、①看護師はコミュニケーション能力が一般的に高いが、反面、コミュニケーションに対する不安は、看護そのものの不安へとつながりやすいこと、②日本人は「察する」という能力が高いが、外国人患者に対しては、「察する」ということができず、看護師としての能力の欠如であると考えてしまいがちになること、③患者の訴えが理解できない時に、語学力の問題であると思ってしまうがちなこと、語学力のない看護師自身の責任であると悲観的に感じることで不安につながる。それらの不安は、外国人患者すべてに対する嫌悪感へとつながっていく負の連鎖そのものである。その負の連鎖を断ち切る方法は、逃げるのではなく、外国人患者と看護師の相互理解を目標に、観察し、調査し、積極的に患者に質問していくことである。そのために知識を得ることが必要である。そして、その知識を活用する知恵と経験、そしてマインドフルになれる経験を積むことが重要である。

「文化間コミュニケーション」は、多くの日本人にとっては得意なことではない。それは、日本人が特殊だからではなく、元来、集団行動や協調性に重きを置いている教育により、多様性に慣れていない。さらに、ハイコンテクスト文化であること、あまり接触を好まないこと、不確実性の回避傾向が強いことなど、文化間コミュニケーションを行ううえで、不利な条件が多い。その上、真面目で社交性に乏しいことから、他の文化圏で育った人からみれば、特にコミュニケーションが難しいという印象を与えがちである。だからこそ、コミュニケーションに挑戦することが必要となる。文化間コミュニケーションのトレーニングを受けておくことで、精神的負担を減らすことができれば、多くの人々が積極的に交流す

ることで自然と文化的には多様化し混交していく。

つまり、日本人看護師も外国人患者も互いに学び、受け入れ、実践するような寛容性とそれによって、日本の看護自体が変容することを認める姿勢の涵養が重要となる。

参考資料

- Bhabha, Homi K. 『文化の場所ーポストコロニアリズムの位相』 *The Location of Culture*. Trans. 本橋哲也 他. 東京: 法政大学出版局, 2005.
- Benner, Patricia. 『ベナー看護論 新訳版ー初心者から達人へ』 *From Novice to Expert*. Trans. 井部俊子. 東京: 医学書院, 2005.
- Gudykunst, William B. 『異文化に橋を架ける』 *Bridging Differences: Effective Intergroup Communication*. Trans. ICC 研究会. 東京: 聖文社, 1993.
- Hall, Edward Twitchell. 『沈黙のことば』 *The Silent Language*. Trans. 國弘正雄 長井善見 斎藤美津子. 東京: 南雲堂, 1966.
- 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.
- Richmond, Virginia P. and McCroskey, James C. 『非言語行動の心理学』 *Nonverbal Behavior in Interpersonal Relations 5th Edition*. Trans. 山下耕司. 京都: 北大路書房, 2006.
- Smith, Pam. 『感情労働としての看護』 *The Emotional Labour of Nursing*. Trans. 武井麻子 前田泰樹. 東京: ゆるみ出版, 2000.
- Tomey, Marriner Ann, and Alligood Martha Raile. 『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.
- Trim, John, North Brian, and Coste Daniel. 『外国語の学習、教授、評価のためのヨーロッパ共通参照枠』 *Common European Framework of Reference for*

- Language : Learning, Teaching, Assessment.* Trans. 吉島茂, 大橋理枝. 東京: 朝日出版社, 2008.
- World Economic Forum. “The Global Gender Gap Report 2015” 2016 年. 2016 年 5 月 5 日.
- Young, Robert J. C. 『ポストコロニアリズム』 *Postcolonialism : a Very Short introduction.* Trans. 本橋哲也. 東京: 岩波書店, 2005.
- 有田清子他. 『基礎看護技術Ⅰ』 東京: 医学書院, 2011.
- 大野夏代. 「米国のテキストにおける「異文化看護」の記述内容の検討」 *SCU Journal of Design & Nursing* 1(1), (2007) : 15-21
- 小野聡子, 山本八千代. 「看護者の異文化間能力に関する文献検討」 『川崎医療福祉学会誌』 20(2), (2011): 507-512
- 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. 2016 年 5 月 29 日.
- 杉浦絹子. 「異文化間看護能力の現状と規定要因ー青年海外協力隊看護職帰国隊員と公立総合病院勤務看護職の比較より」 『日本看護科学会誌』 23(3), (2003): 22-36
- 武井麻子. 『感情と看護』 東京: 医学書院, 2001.
- 西田司 Gudykunst William. B. 『異文化間コミュニケーション入門』 東京: 丸善, 2002.
- 西田司. 『異文化の人間関係』 東京: 多賀出版, 1998.
- 西田司. 『不確実性の論理』 大阪: 創元社, 2004.
- 橋本結花. 「臨床看護師の看護における社会的スキルに関する研究」 2007 年 12 月 31 日. 2014 年 11 月 22 日.
- 細川英雄, 西山教行. 『複言語・複文化主義とは何か』 東京: くろしお出版, 2010.
- 八代京子, 町恵理子, 小池浩子, 吉田友子. 『異文化トレーニング』 東京: 三修堂, 2009.
- (Received: May 31, 2016)
(Issued in internet Edition: July 1, 2016)