

## 異文化と医療を考える

— 『異文化における患者ケア』を読む(1) —

青山美智代・勝井伸子

奈良県立医科大学医学部看護学科

Culture and Health Care: Reading *Caring for Patients from Different Cultures* (1)

Michiyo Aoyama Nobuko Katsui

Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

本稿は、Geri-Ann Galanti の著書、*Caring for Patients from Different Cultures: 5th edition* (2014) を取り上げて、その一部を訳出し、看護教育専門家がその内容について解説するという構成を取ることで、海外文献を日本の状況も鑑みてクリティカルに紹介することで、異文化と医療について考えてみようという試みである。

著者の Geri-Ann Galanti は文化人類学者であり、医療人類学、とりわけ医療現場におけるさまざまな異文化問題の専門家である。代表的な著書である本書は 1990 年の初版から 2014 年の第五版まで版を重ね、多文化社会アメリカにおける異文化をどう理解し、どう対処するか、という問題に対する、極めて実践的な示唆に富むものとして、高く評価されている。Galanti は、カリフォルニア大学ロス・アンゼルス校で文化人類学の博士号を取得し、現在はカリフォルニア大学ロス・アンゼルス校医学部の医師養成課程および、カリフォルニア州立大学ドミンゲス・ヒルズ校看護学科、カリフォルニア州立大学ロス・アンゼルス校文化人類学科において医療人類学を教えている。

本稿では、痛みや、宗教、日々の生活、身体観とりわけ遺体への意識、家族、ジェンダー、スタッフ間の関係、生命誕生、終末期、精神的健康、伝統医療、アドヒアランスの問題、差異の問題などの項目のうち、第八章のスタッフ間の関係を取り上げ、そこに見られる問題を訳出し、考察したい。できれば、今

後、本書の他の項目についても、順次取り上げて、訳出し、考察して行きたいと考えている。

## 訳文 (原書 146 頁)

患者集団が文化的に多様であるだけでなく、医療スタッフもまた文化的に多様である。英国系の文化背景を持つスタッフだけでなく、アジア、中東からの医師、フィリピン、メキシコからの看護師、様々な国からの作業員がいる。本章では多様な文化的背景を持ち、あるいは教育訓練が違う病院スタッフが関わることによる問題や誤解について述べる。

## 解説

新たに就労を始めるアメリカの医療スタッフの文化的多様性は、アメリカで就労するための看護師資格試験 (NCLEX) の受験システムにも表れている。NCLEX の受験<sup>注1)</sup>は、日本を含め十カ国で可能である。

2013 年度の NCLEX 結果では、外国で看護師教育を受けた者の合格者割合は、2.8%であった。2007 年には 16%程度まで増加したが、それ以後、減少している。理由としては、看護師の特別永住権枠 (Schedule A) の期限切れにより、NCLEX 資格を得ても就労ビザ申請をサポートしてくれる雇用先がなければ申請できないこと、就職やローンや運転免許などの申請に提示が必要となる個人識別手段である SSN (Social Security Number : 社会保障番号) の発行も受けられなくなったことから、外国からの看護師の雇用が困難になったこと、国

内での看護師資格希望者の増加が考えられる。

新たに就労を始める 2013 年度の外国人看護師の出身国の特徴は、1948 年からアメリカと Exchange Visitor Program(2 年間の研修)の協定を結んでいたフィリピン (Commission on Filipinos Overseas, n. d.) が 41% を占め、続いて、カナダ、韓国、インド、ネパール、中国、ナイジェリアの順であった (National Council of State Boards of Nursing, 2014)。上位 4 国は、1997 年の Brush et al. (2004) の報告の傾向と同様であった。

＜今回は、本章の前半で扱われている看護師と医師の役割、特に看護師の役割について Galanti が述べている部分を訳出する。原稿の分量を考慮して、部分的な抄訳とする。＞

#### 訳文 医師と看護師 (原書 146 頁)

女性と看護師の地位に関するアメリカと他の国々の違いから多くの問題が生じている。中東およびアジアは男性優位社会である。一般的に女性は男性に服従することが期待されている。医師は非常に高い地位にいとされている。アメリカでも、医師は、教育年数の長さや、職能により、看護師より高い地位があるとされてきた。しかし、近年では、看護師は専門職化する傾向にあり、医師—看護師関係も、伝統的なヒエラルキーによる上下関係から、チームアプローチへと変化しつつある。女性解放運動の影響により、より多くの男性看護師も生まれている。そうした理由から、多くの看護師は医師の補助職となることを拒否するようになってきている。他の多くの国では、必ずしもそうはなっていない。伝統的性役割と、医療職のヒエラルキーとが相俟って、医師と看護師の間に大きなギャップが生じている国もある。このことは、アメリカで教育を受けた医療職者と外国生まれの伝統的な医療職者の間での争いの原因になりうる。

#### 解説

早川(2011)によると、アメリカの外傷治療

センターでは、病院に雇用されている Physician Assistant (PA) や Nurse Practitioner (NP) は、研修医と同様の業務を行う権限がある。このように、アメリカの職場環境はチームアプローチへと変わりつつあるように見える。さらに、スタッフ間の相互関係が良好な組織は、患者の ICU 滞在期間が短期ですむという結果 (Baggs, et al., 1999) からも、患者にとって、医師と看護師の良好なチームアプローチによる医療の提供は、有益である。しかし、Burke ら (2004) によると、医師と看護師は、ケアを提供するという共通の目標を持っているにもかかわらず、両者のコミュニケーションほど明確に分断されているものは他にないと述べていることから、実際には、アメリカでも良いケアのための医職種間コミュニケーションは確立されていないのが現状であろう。

#### 訳文 看護師役割 (原書 147 頁)

看護師役割は国によって違い、それによってふさわしい行動への期待も違う。アメリカでは、看護師は医療チームの重要なメンバーと見なされている。看護師はクリティカル・シンキングのスキルと、看護過程を用いて、患者ケアのあらゆる側面を判断、計画、評価する。看護師は

- ・専門的な技術ケアを提供し
- ・非専門的な技術ケア (例えば入浴、床上排泄援助、バイタルサイン測定) を提供し
- ・患者の擁護者として活動し
- ・心理社会的ケアを提供し
- ・患者にセルフケアについて教育する。

クリティカル・シンキングは看護師にとって非常に重要なスキルである。それには、率直に質問する態度と、議論の筋道のプロセスを振り返る能力を含んでいる。その目標は、安全な看護実践と質の高いケアを確保することである。看護師は、業務量を整理し、優先順位をつけるために、業務、スタッフの充足、患者の受け持ち数、急性度など、全体的な状

況を見る能力がなければならない。看護師(RN)は業務を割り当てる前に、とりわけ看護助手のように資格を持たないスタッフに対して割り当てる前に、全体的な状況を分析し、批判的に考えることが期待されている。

多くの病院の看護師長は、他国で教育を受けた看護師について多くの問題があると述べている。彼らの技術スキルは卓越しているが、患者の擁護者役割や心理社会的ケアでは不足している点がある。彼らはこの職に求められるレベルのクリティカル・シンキングをしないかもしれない。それは、その能力がないということではない。多くの場合、それが期待されているということを知らないだけなのかもしれない。

例えば、フィリピンで教育を受けたある看護師は、アメリカに来たとき、医師の指示と決定を確認することに問題を感じていた。医師は権威のある地位にあるので、彼女は質問ができるとは思わなかった。フィリピンでは、そのような行動は「逸脱し無礼である」と見なされただろう。患者教育もまた彼女にとってやりにくいものであった。というのは、フィリピンでは強調されていない職務であったから。心理社会的ケアも然り。家族が情緒的ニーズを満たす役割を負っていたのだ。

集中治療室や遠隔モニター室で多くのインド出身の看護師が働く病棟にいるある看護師は、インド人の看護師が患者の擁護者となり、患者や家族の質問に答え、患者のニーズを予測するのにクリティカル・シンキングを用いるようにさせるには大変な問題があると述べた。インドでは看護師は医師のアシスタントとしての側面が強いということを彼女は知った。医師が常に患者の傍にいて、患者と話をするのである。インドでは看護師は患者や家族と病気やケアの計画について話し合うということは決してなかったのだ。

エジプトで働くアメリカ人のある看護師は、エジプト人の看護師には自律性はほとんどないと報告している。彼らは本質的には、医師の(彼女の言い方によれば)「小間使い」であ

る。アメリカの病院でなら看護師が行うような職務の多くを研修医が行い、看護師は医師の手伝いしかしていない。クリティカル・シンキングは、看護師業務の必要条件ではないのである。ナイジェリアでも事情は同じである。また、家族が患者の世話の多くを行っている。ベトナムで教育を受けたある看護師は、ベトナムの看護師が通常行っているのはアメリカの准看護師が実施しているような業務———血圧測定、ドレッシングの交換、薬物投与———であると述べている。彼らは患者教育を行い、患者の状態を話し合い、患者への個人的ケアを行い、心理社会的サポートを提供するということは期待されない。ベトナムの看護師は医師の言葉を聞き、指示に従うように教育され、医師に質問するようには教育されない。

#### 解説

クリティカル・シンキングは、自分の推論過程を意識的に吟味する反省的な思考であり、何を信じ、主張し、行動するか決定に焦点を当てる思考である(楠見, 2000)。そのため、クリティカル・シンキングのためには、信頼のある情報を得た上でアセスメントする能力が必要である。アメリカの医療はチームアプローチであるため、看護師は、正しいアセスメントをするために、医療職のヒエラルキーの中で、上位にいる医師や下位にいる看護助手に対して質問や確認をするという行為が必要となる。

看護師に求められる機能は、活動する国や教育を受けた国の文化・社会・制度の多様性による影響を受ける。このことから、インドの事例にある「医師が常に患者の傍にいて」という記述は、医療システムと医師の働き方の違いが関与していると考えられる。アメリカの病院システムであるオープン・システムは、医師は病院の外に個人のクリニックやオフィスを持ち、病院には雇用されていない。入院を要する患者がいる場合、その医師が契約している病院に入院させ、手術・回診等は

医師が病院に出向くシステムである（菅原，2001）。一方、日本を含めアジア（フィリピンの一部の総合病院を除く）は、病院が医師を雇用し、医師はその病院内で医療を行うというクローズド・システムである。

オープン・システムであるアメリカの病院に常駐する医師は、救急などを除くと、医学部卒業後5～8年程度の研修期間を必要とされるレジデントと呼ばれる研修医に限られている（早川，2011）。アメリカの病院は限られた医師が（独占的に）使用できる施設ではなく、オープンな施設と理解されているのである。研修を終えた医師は、自分の患者が入院している病院を巡回して指示を出すという働き方をする。当然、看護師は主治医からの指示を実行するにあたり、原則的に病院にはいない主治医と連絡を取りながら実行することは困難であり、看護師自身で判断する必要性が高くなる。そこで、看護師は正確な判断を下すため、医師に質問や確認をすることが必須となる。

一方、アジアのクローズド・システムでは、アメリカほど細分化された職務がない上に、看護師は医師とともに病院に常駐している環境なのである。このような環境が看護師の機能を規定し、看護師が自分で判断しなければならない必要性はより少なく、医師に判断をゆだねる機会が多く、結果的に医師－看護師間のパターナリズムを強めると考えられる。

さらに、フィリピンの文化は、感受性や感謝の念に価値を置く文化であり、フィリピン人看護師は、家族を中心として生活しているが、アメリカ人看護師は自律性が高く、寛大で率直であることに価値を置いている（Cullen, 2013）。このような価値観の相対的な違いが、フィリピン人看護師に見られる伝統的なパターナリズムへの高い感受性に影響していると考えられることができる。

訳文のフィリピン人看護師とアメリカ人看護師長のどちらも、看護師としての機能に優劣があるわけではなく、国の文化の影響による多様性としての差異が存在しているだけなの

である。しかし、自らそのことに気づくことは、大変難しいようである。

#### 訳文 看護師の職務（原書148頁）

ヴオン・ヒューはベトナムからアメリカに来たときは看護師の仕事が嫌だった。生命の危険から母国を離れる前、彼女は自分の看護師としてのポジションが気に入っていた。しかし、アメリカでの看護はベトナムの看護とは全く違うということを知った。ベトナムでは、一つの機能しかなかったのだ——専門的な技術的ケアを提供することである。看護師は、医師の指示のもと、投薬し、バイタルサインを測定し、ドレッシングを交換することだけに責任を負っていた。彼らは患者や家族の情緒的ニーズに応えるよう求められることはなかった。入浴、食事介助、体位変換、ベッドメイクをする必要もなかった。患者を入浴させ、患者の排泄物をきれいにするのは彼女の威厳を損なうものと言わなければならない彼女の態度に対して、同僚は彼女のうぬぼれが過ぎると考えた。実際にはそういうことではなかった。彼女はそういうことに慣れていなかったのだ。そういうことは最も楽しい仕事とは言えないということはアメリカ人の看護師も認めるところなのだ！心理社会的看護も（ベトナムでは）不必要だった。それだけでなく、ヒューは心理社会的看護は不適切であると考えていた。患者の家族が個人的な問題は任されていた。彼らの個人的な問題に首を突っ込むのは失礼にあたると彼女は考えていた。数年かかったが、ヒューはアメリカの看護師が果たす役割に慣れ、同僚も彼女をうぬぼれているとは考えなくなった。

中国で教育を受けたある看護師は、母国での看護と今世紀初めのアメリカの看護との違いについて詳しく述べた。中国の看護師はアメリカの看護師が経験している専門職としての自律性や満足を得ていないと彼女は感じていた。中国の看護師の仕事は主として医師の「小間使い」であると彼女は述べた。彼らは

バイタルサインを測定し、薬を渡し、医師の指示を実行した。家族は食事介助や患者の世話をすることを期待され、しばしば患者の部屋に泊まり、交替でベッドサイドについていた。中国の看護師はクリティカル・シンキングの教育は受けるものの、医師が24時間傍にいて、患者ケアに積極的に関わっているのので、クリティカル・シンキングのスキルを用いる機会がないのだと述べている。看護師は医師の目となって、患者の状態のいかなる変化についても医師に報告している。彼女はこれをアメリカの看護師と比べている。アメリカでは、看護師(RN)が患者の詳細なフィジカルアセスメントを行い、患者の身体的・社会的な経歴(ヒストリー)に関するデータを収集する。アメリカの看護師は、クリティカル・シンキングスキルを用いるよう奨励され、意思決定プロセスに参加していると、彼女は感じている。2008年のLu, While, Barriballの研究によれば、中国の看護師の役割は21世紀の最初の10年で変化し始めている。しかし、看護師の役割と、そうでないものとの間には依然としてかなりの曖昧さが残っている。

(この後でGalantiは、アメリカの病院で外国人看護師への研修において、看護師の役割についての確認をすることで、誤解を避けるよう提言している。)

## 解説

アメリカと同様、ベトナムの看護職種は、アメリカのように教育年限によるヒエラルキーが存在する(看護助手は、1年間の教育、初級看護師・中級看護師は、2年から4年間の教育である)。さらに教材は、ベトナム語(ベトナム語に翻訳されたものかは不明)・英語で書かれたアメリカ・イギリスのものを併用している(白石, 2007)。しかしながら、ベトナム人看護師は、前述のフィリピン人看護師と同様に、看護師の職務が国の文化や医療制度によって異なっていること、ベトナムはアメリカで好評価を受けるレベルでクリティカ

ル・シンキングのスキルを発揮する経験がアメリカよりも少ない環境であったことについて理解していなかった。そのため、ベトナム人看護師は、アメリカではクリティカル・シンキングをうまく活用できなかったのだと考えられる。つまり、ベトナムでは看護師のクリティカル・シンキングの重要性は教育されているものの、臨床的な実用性があまり実感されなかったものと思われる。

同様に、文化・社会的な差異は、患者に対する心理社会的ケアの認識にも当てはまる。ベトナム人看護師は、患者のパーソナルな心理社会的ケアの必要性について、理解していなかったのではない。ベトナム人看護師は、心理社会的ケアは、患者の血縁や地縁の深い家族と言われる人によって行われるものであり、他者である看護師の役割としては不適切だと理解していたために、うまく機能できなかったのである。アメリカの看護教育制度や教材は、アジアに広く導入されているが、アジアの国々の看護師の実際の職務は、レイニンガー(1995)の述べる「特定の集団の思考や意思決定やパターン化された行為様式を支配する学習され共有された価値観・信念・規範・生活様式」である文化の影響を受けて継承されている。

このことから、アジア出身の看護師がアメリカで就労する前に、アメリカで期待される看護師の職務について学習することは、看護師自身の価値観と病院組織の価値観の乖離を小さくするのに役立つと考えられる。文化的知識の学習は、アジア出身の看護師の就労意欲やチームアプローチによる医療サービスの提供に良い影響を与えると考えられる。

アメリカで教育された看護師と日本以外のアジアで教育を受けた看護師の共通点は、看護職者は看護師・准看護師・看護助手といよように教育年限の違いによる階層からなる職種がチームとして同じフロアで働いているという点である。さらに、看護師は相対的に高い地位にあるため、下位の職種へ指示するという構造が見られる。そのため、看護師は患

者への非専門的な入浴や排泄の世話などのケアから離れ、専門的援助や看護ケアの管理業務など知的職業化している傾向にあり、その状況を好んでいるという点も共通している。

一方、日本では1994年の診療報酬改定以降、看護師割合の低い施設の報酬が低くなる状況が見られるようになり、准看護師の就労場所が診療所や高齢者関連の福祉施設へとシフトし（日本看護協会，2013a）、階層化した看護職種同士が“出会わない”構造が確立している（グレッグら，2009）。従って、看護師が准看護師に指示するという構造は一般的には見られないという点が、日本と前述のアジアとの際立った違いである。しかし、この構造も若干変化しつつある。厚生労働省医政局通知では、2007年（平成19年）にベッドメイキングや院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送等の役割分担の推進が促され、さらに2010年（平成22年）には急性期医療を担う医療機関の勤務医や看護職員の負担軽減を推進するための看護補助者の配置に対する「急性期看護補助体制加算」が新設されたため、看護管理者は、看護補助者に対する研修や管理監督責任を担うようになった（日本看護協会，2013b）。このように、日本でも職種のヒエラルキーにおける意思決定の伝達において、看護師が下位の職種を監督・指示する際にクリティカル・シンキングのスキルが求められるような変化が起こりつつある。

#### 訳文 患者の擁護者（原書149頁）

著者はさまざまな文化圏での医療者間の意識の違いが、患者の擁護者としての看護師の役割を果たすことへの障害となるケースを紹介している。主として、外国人医師が治療の内容について看護師に質問されることを「エゴが傷つけられる」と感じるケースであるが、Galantiは研修でそういう外国人医師に考え方を変えるようにすることが望ましいが、それが実現するまでは、あまり敵対的なアプローチをせずに効果的にコミュニケーションを取ったほうが実際的であると助言している。

ここでは特に東アジア、日本、韓国出身の医療者のエピソードを紹介する。

#### 訳文 日本人医師の権威（原書151頁）

日本人であるフクシマ医師は、患者にある量の投薬をリサに指示した。リサは、その投薬量は患者に有害であるという理由で、それを拒否した。フクシマ医師はなおも投薬を指示したが、リサは頑強に拒否した。この状況の興味深い展開は、彼がリサのことを彼女の上司に報告した時、フクシマ医師が、リサは投薬に同意すべきだったのに、彼の指示に同意しなかったと言ったことである。この医師は、彼が指示したことを実施することが、アメリカでは合法的ではないということを理解していなかったのかもしれない。

アジア人は一般的に争いを避け、権威に敬意を示すことを重要と見なす傾向がある。直接的に拒否するよりは、上司の前では同意しておき、そのあとで（その指示には）従わないというほうがより適切となる。対照的に、アメリカ人は、直接的で率直であることをよしとする。意見の不一致を避けるということはない。平等の理想と同様に、自己主張は重要視される。フクシマ医師の主たる不満は、看護師が実質的に彼の指示に従わなかったということではなく、彼の面前で反対の意思を表明し、そのことで、彼に対してあつてしかるべき敬意を否定したことだった。

#### 訳文 権威的な医師と英国系アメリカ人看護師との問題（原書153頁）

権威主義的なアジア人の医師と英国系アメリカ人看護師の関わりの例は、文化の理解が仕事における関係性を改善するのにいかに役立つかを示している。ケイラはアジア系のリン医師に初めて会ったときは、内科・外科病棟のスタッフだった。ケイラが糖尿病病棟に移動するまでは、彼らの関係は良好だった。クリニックのプロトコル（手順）では、医師に指示書のサインをしてもらえる限り、看護師が必要時には新しい投薬の指示、投薬の調

整、検査について指示できることになっていた。ケイラがリン医師に指示書のサインを求めると、彼は彼女がなぜ投薬が必要だと思ったのかと無礼な聞き方をし、彼女がすでに指示してしまった投薬には反対だと言ってサインを拒否することもあった。文化的能力の研修でアジアの文化について学んだ後で、自分がクリニックのプロトコルには従っているという事実にも関わらず、ケイラはおそらく自分のやり方がリン医師には敬意の欠如と感じられていただろうということを理解した。それで彼女はやり方を変えることにした。ただ指示書にサインを求めるのではなく、彼のものと出向いて、患者の状況を説明し、自分の考えを話し、彼はどうしたいかを尋ねた。ケイラはリン医師がこのやり方のほうが受け入れやすいようだと言っている。おそらく、彼は尊敬され、自分がコントロールしているという気持ちを持てたからであろう。このために余分な時間をかけることは、両者のコミュニケーションを修復することになった。行動を変えるべきはリン医師のほうだという議論はあるだろうが、ケイラが自分の望む結果を得られるように文化的知識を活用するほうが、おそらくより現実的だろう。

患者の擁護者役割は質問をすることも含まれるが、外国人看護師はときに質問をするのに問題を抱えることがある。

韓国人のキム医師は、タイ人看護師のイスラ・スリサイに、患者に Digoxin を投与するように指示した。しかしイスラは、彼が Dilantin と言ったと思った。彼女がロウィーナにその指示を繰り返した時、主任看護師ロウィーナは、イスラの言葉を修正した。キム医師が指示したとき、彼女もその部屋にいたのだった。ロウィーナはイスラに、キム医師に指示を確認すべきだと言った。しかし、イスラは明らかにそうしたくない様子だった。患者の安全を心配したロウィーナは、自分でキム医師の指示を確認し、イスラにその情報を伝えた。幸い、この状況で何ら問題は生じなかった。

しかし、看護師長は、アジア人看護師は、指示に同意できない場合も、指示が理解できない場合も、医師に質問することを躊躇うとしばしば述べている。権威に対するアジア人の尊敬と、自尊心への心配は、アメリカにおける看護師の患者の擁護者役割とは齟齬を来す。もし、医師が男性、看護師が女性の場合、尊敬はさらに大きな役割を持つことになる。外国人看護師に対しては、患者の擁護者役割は看護師の職務の重要な側面であり、患者にとって最善であると考えられる場合は、医師に異議を唱えても大丈夫であるということを経験することは重要な事である。如才なくそうする方法については、本書にすでに述べたとおりである。(看護師がなぜそう考えるかを医師に説明することを指す)

アジアで教育を受けた看護師は、能力がないと思われることを心配して、分からないときも質問するということが難しいと感じることが多い。病院での外国人看護師への研修で、質問をすることが期待されているということが強調されるべきである。

## 解説

アメリカにおける患者の権利に関する説明は注に示すとおりである<sup>注2)</sup>。

アジアの男性医師は、女性看護師から質問されることに対して、職業的地位と性差に対する二重の権威に対する無礼な行為だと考えているようである。その傾向は、ケイラ看護師とリン医師の事例にあるように、医療職チームのメンバー内で、薬の処方に関する権限を持つ者と指示を受けて投与する者という職業上の上下関係が際立つ場面や、言動が第三者からは見えない環境によって生み出される。フクシマ医師の解決方法は、アメリカ人看護師リサに対して個別に話し合うのではなく、(女性と思われる)リサの上司に対し、アジア人男性医師の二重の権威に対する価値観をもって報告し、看護師組織に対して命令を下すことにより解決しようとしている。医師であり、男性であることによる上位者としての

権威を、看護師であり、女性であることによる下位者として、服従すべき存在としての看護師組織全体に行使したと言える。

このように、患者の権利を守るための女性看護師の提案が、男性医師に対する敬意の不足の問題として彼が理解し対処したことは、上位者である男性への服従を強いられたと同時に、指示の実行を否定した意図や結果的に患者の権利を擁護したという正当性が全く認識されず、彼女のクリティカル・シンキングの正当性が否定されたという意味においても、看護師に強いフラストレーションを感じさせたと考えられる。

看護師がチームアプローチによる医療において、重要なチームメンバーであり、クリティカル・シンキングを必要としているゆえんは、アメリカにおけるチームアプローチが、原則病院にはいない上位職者である医師と、病院に雇用されている下位職者である看護師間の服従関係ではなく、協力的な関係の上に成立するという特徴にある。つまり、看護師こそが病院の中では常に患者の側にいて医療チームの維持に深くかかわる唯一の上位職者なのである。

しかしながら、前述のように、アメリカの医療におけるチームアプローチは、男性であり医師であることの権威と、服従者としての女性であり看護師であるという、職種と性差による上下関係の中に組み込まれた複雑な医療職者の関係性が存在している。

では、どのように対処すればよいのか。ヘンダーソン (1989) は、看護師が職種と性差による上下関係の中に組み込まれたチームアプローチから独立することによる患者の不利益について指摘している。看護師が他のなにもにも従属しないで独立しているというような機能を強調することには、チームメンバーの協力のみならず、患者の独立独行の重要性を危険にさらす可能性が潜んでいると懸念している。

ケイラ看護師は、この難題に対してクリティカル・シンキングのスキルを活用して解決

している。ケイラが勤めているクリニックのプロトコルには、看護師が自分の判断で投薬の指示や調整や検査について指示する時、医師に意向を確認することは含まれてなかった。しかし、ケイラは、リン医師の男性であり医師であることに対して敬意を払ってほしいという彼の感情を理解することによって、指示する者と指示を受ける者の間で決められたプロトコルに従属的に従うのではなく、リン医師が協力的にケイラとのチームアプローチを受け入れやすい接し方を考えるというプロトコル以上の行為の必要性を判断し、実行したのである。

結局、ケイラは患者へのケアを行うために“余分な時間”をかけたと著者は述べているが、ケイラのこの判断から学べることは、チームアプローチのゴールは、決してプロトコルどおりに進めることによって達成するのではなく、サービス対象者である患者に害を与えないチームを維持し患者の権利を擁護することなのである。そう考えると、“余分な時間”は、多文化の医療スタッフと患者によるチームアプローチの成功のために“必要な時間”であり一つの業務と考えることができる。チームアプローチの成功のために、プロトコル以上の段階が必要であると看護師が自ら判断し、実践できる環境は、看護師のクリティカル・シンキングのスキルの発達を促し、さらなるチームアプローチへのパワーとして還元される。

このように、アメリカで働く看護師にとって、チームメンバー間の良好なコミュニケーションのために、文化的知識の上に立ってクリティカル・シンキングのスキルを活用することは、患者のためのチームアプローチへの大きな貢献である上に、看護師の有能感を高め、看護に対するやりがいを見出すと考えられるため、さらなる開拓が期待される。

一方、フクシマ医師とリサの事例について、リサはアメリカで好評価を受けるレベルの身体アセスメントを行い、クリティカルに判断した結果、投薬指示を拒否することによって

患者の権利を擁護したと言える。リサはフクシマ医師と協力しようという判断はしなかったのである。このことは、フクシマ医師が職務上の上位者ではあるが、アメリカ人であるリサよりもアジア人のフクシマ医師の方が文化的に下位だと考えるリサの意識が作用している可能性がある。看護師にとって、両者の国籍、性差、職業的地位に対する価値観や態度は、真の医療サービス対象者である患者の権利擁護機能の障害になることを理解する必要がある。

訳文 クリティカル・シンキング (原書154-5頁)

英国系アメリカ人看護師スーザンは、フィリピンで教育を受けたマリエッタに、昼食中彼女の代わりをしてくれるように頼んだ。スーザンの受け持ち患者の一人、ミセス・スミスは最後の服用から4時間経っているの、ちょうどスーザンの昼食中に鎮痛剤を求めただろうと、マリエッタに言った。ミセス・スミスは重度の腰痛があり、検査入院中だった。予想通り、ミセス・スミスはスーザンの昼食休憩中に痛み止めを求めた。マリエッタは鎮痛剤を持って行った。ミセス・スミスは痛みがひどくなっていること、ひどい頭痛もすることをマリエッタに話した。マリエッタは鎮痛剤が頭痛にも効くかどうか様子を見るようにミセス・スミスに言い、もし効かなければスーザンにそう言うようにと言った。スーザンが戻った時、マリエッタはミセス・スミスに鎮痛剤を渡したことを報告した。休憩が終わって1時間後にスーザンが見回りをしたとき、ミセス・スミスの病室を最後に訪れた。マリエッタがアセスメントをしたばかりだと考えて、ミセス・スミスの部屋は最初にしなかった。スーザンは、ミセス・スミスが体をだらしとして、言語も不明瞭になっているのを発見した。卒中を起こしていた。医師は卒中を治療して影響を最小にするための処置と投薬を指示した。だが、不運なことに、後遺症を防ぐには手遅れだった。ミセス・スミス

はもはや話すことはできず、利き手のほうは麻痺していた。マリエッタはスーザンに、ミセス・スミスは頭痛のことを言っていたかと尋ねた。彼女はスーザンが見たときには卒中を起こしていたので、彼女に話すことはなかった。

この悲劇は国によって看護師の役割が違うために起きている。アメリカ以外の多くの国では、看護師は主として医師の補助とみなされている。自分自身で考えることは期待されていない。彼らは医師の指示を実行することは期待されているが、自分自身で患者を分析し、アセスメントを行う事は期待されていない。ナイジェリアやイランといった様々な国で教育を受けた看護師が同じことを報告している。アメリカの看護師はもっと広い職域を持っている。看護師は仕事にクリティカル・シンキングのスキルを用いることが期待されている。この場合、マリエッタはミセス・スミスに鎮痛剤を渡すだけでなく、さらに多くのことをすべきだった。彼女は、

- ・ミセス・スミスのアセスメントし、頭痛が新しく発現した症状であることを発見し、痛みのレベルをアセスメントすべきだった。
- ・頭痛の訴えと痛みのレベルを記録すべきだった。
- ・医師を呼ぶ必要があるかどうか、他の診断について（高血圧のある患者の重度の頭痛など）記録を調べるべきだった。
- ・ミセス・スミスを調べるか、看護助手に付き添わせるべきだった。
- ・スーザンが戻ってきたらすぐに頭痛のことを報告すべきだった。

スーザンの休憩中に起きたことはすべてマリエッタの責任だった。スーザンがマリエッタにこの患者について述べたことが、鎮痛剤を求めるだろうということだけだったということは、マリエッタがミセス・スミスや他の患者にすべきことがそれだけだということではない。看護師として、マリエッタは自分が出会ったどんな状況もアセスメントし、適切に対処することが期待されている。突然の激

しい頭痛は卒中が起こりつつあることの兆候だった。症状をアセスメントするよう教育されている看護師であるマリエッタは、この徴候を無視した。いかなる重要な変化も医師に報告することは、彼女の職務だった。不運なことに、マリエッタは自分のすべき仕事をしておらず、患者はそのために永続的な生涯を負う事になったのだった。

アメリカでは、看護師は自分のしたこと・しなかったことについて責任を問われる。看護師は医師同様に患者の生命に責任がある。マリエッタはあまりに課題(タスク)中心主義であり、自分の「割り当てられた仕事」をあまりに字義通りに受け取っていた。彼女はただ求められるままに鎮痛剤を渡し、彼女が会うすべての患者をアセスメントし、ケアするためにクリティカル・シンキングのスキルを用いるという、より重要な側面をなおざりにしていた。病院は、看護の職務は違った国では違っているということを確認し、アメリカで働く看護師に対する具体的な要求について、研修と教育を提供することが重要である。

#### 解説

看護師は、休憩中の同僚に代わってケアを行う場合も、クリティカル・シンキングのスキルを用い、自分のしたこと、しなかったことについて、結果だけではなく判断について責任が問われる。アメリカで働く看護師は、どんな状況であろうと、看護に求められる機能が果たせるよう判断し、サービス対象者である患者の権利を擁護することが期待されるのである。フィリピン人看護師マリエッタは、アメリカ人看護師スーザンと同じレベルで患者の状態をアセスメントする能力を持っていたと考えられる。しかし、マリエッタは、文字どおりスーザンの依頼に従って、ミス・スミスの腰痛の訴えを確認して鎮痛剤を投与し、頭痛の原因を全くアセスメントしようとしなかったのである。

マリエッタがなぜそのような判断に至ったのか、その理由をこれまでの事例に基づいて

考えると、フィリピンの多くの病院は、アメリカのオープン・システムとは異なり、クローズド・システムであることが影響していると考えられる。つまり、フィリピン人看護師マリエッタは医師が常駐している環境で就労していたため、患者の変化に対する判断は医師にゆだねる機会が多く、看護師が自分で判断しなければならぬ状況は、アメリカよりも少なかったことによると考えられる。さらに、前述の日本人のフクシマ医師に対するアメリカ人看護師リサの意識とは反対に、フィリピン人看護師マリエッタのアメリカ人看護師スーザンに対する文化的優位性の意識が、スーザンへの質問や確認を躊躇させた可能性も否定できない。

フィリピン人看護師マリエッタに文化的差異を優劣とは別の問題として捉えるクリティカルな姿勢があれば、ケイラの事例のように、相手の反応や捉え方を想像しながら、受け入れられやすい情報の伝達や確認が可能となったであろう。これが文化的能力である。この能力は、これまでの事例から、国籍に限らず、私たちが日常で経験する、職種、社会的地位、性差、世代による価値観の違いを理解し対処するために活用すべき能力だと考えられる。

これまでの事例から、アメリカの看護師は、チームアプローチにおける看護師の役割の遂行と安全で安心して就労できる環境の質の向上のためにクリティカル・シンキングスキルを用い、判断していると言える。このことは、ナイチンゲールが述べている看護の仕事に対する三重の関心と一致する(Nightingale, 1893)。ナイチンゲールによれば、看護の仕事に対する三重の関心とは、看護師が医師の指示(指示がない場合もあるが)に対して知性を持って、24時間実行するための、看護の仕事に対する関心であると述べている。それは、患者に対する理性的関心(a intellectual interest in the case)、患者に対する強い心のこもった関心(a much higher hearty interest in the patient)、患者のケアやケアに対する技術的(実用的)な関心(a

technical ( practical ) interest in the patient's care and cure ) である。

ナイチンゲールの看護の仕事に対する三重の関心に基づいてマリエッタの事例を検討すると、彼女に期待されたクリティカル・シンキングが浮き彫りになる。マリエッタは、まず、患者であるミセス・スミスの腰痛という問題解決のため、腰痛の検査中で安静臥床(つまり一定期間の水平臥床)している女性(老年期と推察される)が、急な強い頭痛も訴えているという症例に対する理性的な関心が期待されている。この第一の関心に加えて、検査中で原因がわからない腰部の痛みに加えて、急な頭痛による苦しみを体験し、身動きがとれないミセス・スミスの感情を理解するという心のこもった関心を重ねて判断することが期待されている。この第二の関心に加えて、ミセス・スミスに対する care と cure について、看護師であるマリエッタとスーザン、患者であるミセス・スミスの三者がどのように協力すればよいかをマリエッタが判断し、実行するための技術的(実践的)な関心を重ねて判断することが期待されていたと言える。しかしながら、マリエッタは、文化的能力の未熟さによって期待された判断ができなかったのである。このことは、彼女にとって強い挫折感であったかもしれない。

日本のクリティカル・シンキングに関する教育カリキュラムやいくつかの教材によると、クリティカル・シンキングは問題解決思考と同様、アメリカから導入された概念であり、患者の問題を明確にし、目標達成の手段を見出すための科学的思考に必要な能力として紹介されている。そのため、私たちは学生に、クリティカル・シンキングは、患者が呈する症状や治療がどのように患者の日常生活行動を規制しているかを理解し、問題を判断し、自分の計画した問題解決策との一貫性を確認し実行するために用いるよう推奨している。つまり、日本の看護教育では、看護の仕事に対する第一の関心の方向にクリティカル・シンキングを活用することを求め、第二・第三

の関心については、強く求めない傾向があると言えるだろう。一つの理由として考えられることは、前述のように、日本を含むアジアの病院システム(クローズド・システム)とアメリカの病院システム(オープン・システム)による違いが影響していると言える。

日本の看護師の大半は、前述のように病院で就労している。その病院はクローズド・システムであり、患者の側には病院が雇用している一定数の医師と看護師がいる。つまり、看護師は常に医師に患者の状態を報告し、指示内容を確認することによって、患者の権利を擁護することができる環境である。この環境が、看護師の第二・第三の関心に関するクリティカル・シンキングに基づいた判断の必要性を日本の看護師に実感させにくくしている可能性が考えられる。一方、アメリカは、ケイラの事例のように、看護師は、医師は患者の側にいないため、看護師が自分の判断で薬や検査などを指示し、医師が後でそれを追認するというプロトコルがなくては患者の権利を擁護できない可能性が高い環境なのである。つまり、アメリカの病院システムがオープン・システムであるがゆえに、アメリカの看護師は、日本よりも第二・第三の関心の方向でのクリティカル・シンキングを強く期待されていると考えることができる。

以上のように、文化における医療システムの違いは、看護師の職務の多様性を生み、看護の仕事の判断に関わるクリティカル・シンキングのスキルの活用の方向性を規定していると考えられる。そして、看護師ケイラのように、看護師の判断は、個々の能力の差ではなく、医療システムの違いが影響している可能性があることについて、自国の医療システムの中にいながら理解する能力を得ることは、多文化間のチームアプローチを成功に導くような対処に貢献する。そして、チームアプローチへの貢献は、看護師の有能感と看護の仕事に対する満足感を高める。

多文化間のチームアプローチにおける多文化とは、事例でみられた国籍、職種、社会的

地位、性差に限らず、世代、看護を提供する施設（患者の自宅の場合もある）による価値観の違いも含んでいる。患者と看護師の側に通常医師はいない、というアメリカにみられる病院環境は、わが国の在宅看護の現場に置き換えて考えることができる。日本では今後、患者の自宅が、看護師の主な活動の場となってゆくことが見込まれる。このようなわが国の医療システムの変化を加味すると、看護の職務は、チームアプローチに貢献できる看護専門職者として今以上に看護師の判断が強く求められるはずである。看護基礎教育においてはすでに、チームアプローチを踏まえた教育が期待されている（厚生労働省、2011）。

看護基礎教育におけるクリティカル・シンキングの学習は、学生が文化的能力の上に立ってクリティカルに学ぶ機会を閉ざしてはいないか、そして我々教員はその機会を閉ざさない努力を惜しんではいないか、問い直す必要があるかもしれない。

注

- 1) NCLEXの受験 は、Pearson Vueによって代行運営されている (<http://www.pearsonvue.com/japan/>)。2013年度の報告によると、海外受験できる国は、オーストラリア、カナダ、ドイツ、香港、インド、メキシコ、フィリピン、プエルトリコ、台湾、イギリス、日本である。日本会場受験の最新データとして、2012年度は18名受験したことが以下の報告書に示されている。(Business Book I NCSBN 2013 Annual Meeting Section III 2013 NCSBN Annual Meeting 214. [https://www.ncsbn.org/Section\\_III\\_13\(4\).pdf](https://www.ncsbn.org/Section_III_13(4).pdf) (2015.1.20入手))
- 2) ICN (国際看護協会) 看護師の倫理綱領(日本看護協会, 2012)の前文には「看護には、文化的権利、生存と選択の権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することは、その本質として備わっている」と規定されている。一方、アメリカにおける患者の権利は、患者の権利章典から2004年に改訂された「治療におけるパー

トナーシップ」では、患者の権利の実現には、医療従事者と患者との協同の取り組みの必要性が強調され、患者の理解を求め、協力を促すことを重視している。入院中に患者が求めることのできる項目として、良質な医療を受ける、清潔かつ安全な環境、治療への関与、プライバシーの保護、退院への準備、医療費請求に関する援助が示されている（大野，2011）。

文献

- Baggs, JG, Schmitt MH, Mushlin AI, et al. (1991) : Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*, 27(9) : 1991-8.
- Brush, Barbara L, Julie Sochalski, Anne M. Berger (2004) : Imported Care: Recruiting Foreign Nurses to U. S. *Health Care Facilities Nurse Migration*, 23 (3) : 78-87.
- Burke, Marina, Jeremy Boal, Ruth Mitchell (2004) : Communicating for Better Care: Improving nurse-physician communication. *AJN*, 104(12) : 40-47.
- Commission on Filipinos Overseas (n. d.) : Exchange Visitor Program. [http://www.cfo.gov.ph/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1633%3Aexchange-visitor-program&catid=146%3Aculture-and-education&Itemid=833](http://www.cfo.gov.ph/index.php?option=com_content&view=article&id=1633%3Aexchange-visitor-program&catid=146%3Aculture-and-education&Itemid=833) (2015.1.27 入手)
- Cullen, Nathan (2013) : A Historical Perspective, Philippine Nurses in the U. S. -Yesterday and Today, *Minority Nurses Magazine*, 30. <http://minoritynurse.com/philippine-nurses-in-the-u-s-yesterday-and-today/> (2015.1.20 入手)
- Galanti, Geri-Ann (2014) : Caring for Patients from Different Cultures: 5th edition. Univ. of Pennsylvania Pr. Philadelphia.
- 早川佐知子(2011) : アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因。

- 海外社会保障研究 174: 4-15.
- ヘンダーソン, ヴァージニア(1982):ザ・ナーシングプロセス-この呼び名はこれでよいだろうか?, 小玉香津子編訳(1989), ヴァージニアヘンダーソン論文集増補版: 42-60. 日本看護協会出版会.
- 楠見孝(2000):クリティカル・シンキング. 教育工学事典日本教育工学会編, 実況出版, 442.
- グレッグ美鈴・池西悦子編集(2009): 准看護師制度問題. 看護教育学, 91, 南江堂.
- 厚生労働省看護教育の内容と方法に関する検討会(2011):看護教育の内容と方法に関する検討会報告書, 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000122ee-att/2r98520000122hx.pdf> (2015. 1. 27 入手)
- 厚生労働省社会保障審議会(2007): 医療法に基づく人員配置標準について. 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-9b.pdf> (2015. 1. 15 入手)
- レイニンガー, マデリンM. (1992 /1995 ). 稲岡文昭(監訳):レイニンガー看護論-文化ケアの多様性と普遍性: 4-74, 医学書院.
- National Council of State Boards of Nursing (2014): 2012 and 2013 Nurse Licensee Volume and NCLEX Examination Statistics. 61. [https://www.ncsbn.org/14\\_2012\\_2013\\_NCLEXExamStats\\_vol61.pdf](https://www.ncsbn.org/14_2012_2013_NCLEXExamStats_vol61.pdf)
- Nightingale, Florence (1893): Sick-Nursing and Health-Nursing. Florence Nightingale on Public Health Care. Collected Works of Florence Nightingale. Lynn McDonald (Ed.). (2004):203-220. Wilfrid Laurier Univ. Pr. Waterloo.
- 日本看護協会(2012):国際看護協会(ICN)看護師の倫理綱領. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/icnrinri.html> (2015. 1. 27 入手)
- 日本看護協会(2013a): 看護師、准看護師(年次別・就業場所別), 平成 25 年看護関係統計資料集. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/pdf/toukei04.pdf> (2015. 1. 20 入手)
- 日本看護協会(2013b):平成 24 年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/kangohojyosha-text.pdf> (2015. 1. 20 入手)
- 大野博(2011):治療におけるパートナーシップ. 医療と社会, 21(3):309-323.
- 白石葉子(2007): ベトナムの看護師養成施設における基礎看護教育の実態. 平成 19 年度 財団法人静岡総合研究機構学術教育研究推進事業費補助金実施事業の概要. <http://fujinokuni-consortium.or.jp/josei/documents/19-08.pdf> (2015. 1. 20 入手)
- 菅原真優美(2001): 合衆国連邦議会技術評価局によるナース・フラクティショナーの評価. 新潟星陵大学紀要, 1:199-214.