

外国文献の中で言及された ヘルスケアにおける日本の文化的特徴

河 井 伸 子 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)

菅 谷 綾 子 (千葉市立青葉病院)

森 野 愛 (愛のアトリエ株式会社)

今 泉 香 里 (元千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程)

柳井田 恭 子 (川崎市立井田病院)

坂 井 さゆり (新潟大学医学部保健学科)

谷 本 真理子 (千葉大学看護学部)

正 木 治 恵 (千葉大学看護学部)

本研究の目的は、日本以外の文化的背景をもつ研究者によって行なわれた、日本のケアに関する事柄を研究対象としている研究の中で言及されている日本の特徴の記述を統合することにより、ヘルスケアにおける日本の文化的特徴を明らかにすることである。

分析対象は、CINAHL 1982年1月～2006年4月までのデータベースより「Japanese」と「care」を掛け合わせた検索によって得られた文献の中から、選択基準に沿って選択した18文献であり、それらを「ヘルスケアに関する外国文献では日本についてどのように言及されているのか」をテーマとしてKJ法により質的に統合し、文化的な視点から考察した。

その結果、【全体に融合した個】が基盤となって、【黙従する患者】という現状がある。その中で【困難を伴う状況の調整役の請負】と【柔軟な患者、家族中心のケア】がなされており、これらには【他者に負わず身を挺して受け入れる姿勢】と【価値づけられている間接的コミュニケーション】が浸透している。しかし一方で、【個の自律への社会的な要請】がなされてきているという特徴が明らかとなった。

以上の結果から、ヘルスケアに影響している日本文化とヘルスケアの現状が明確になり、今後の看護への示唆を得ることができた。

KEY WORDS : japanese, culture, healthcare

I. はじめに

我々は、21世紀COEプログラム「日本文化型看護学の創出国際発信拠点」において、看護実践知に基づき、日本文化を反映した看護学術体系の構築を目指している。

我々の看護ケアを捉える文化的枠組みを明らかにした研究において、対象の文化への理解を深め、ヘルスケアシステムにおける援助関係の中での文化の理解を深め、看護師自らの文化を意識化することが、文化的感受性の高いケアにつながることを示された¹⁾。ケアにおける日本文化について記述されている文献を概観するために、日本文化をキーワードとして行った文献検討では、日本文化を専門とする著者による日本文化の解説²⁾、心理療法やホスピスや音楽療法など個々のケアに関係する文化

的要素の解説³⁾⁴⁾がほとんどであり、データを分析し、結果を導いているような研究はほとんどみあたらなかった。また、一方で、文化の伝統的概念は生活や生きる世界に浸透しているために、文化を同じくする対象・看護師によって形成されているヘルスケアシステムに浸透している日本文化を意識化することは難しい。

そこで、我々は、文化を異にする研究者によって行なわれた研究の中で言及されている日本の特徴を明らかにすることで、対象・看護師・ヘルスケアシステムの中に浸透している日本文化を意識化でき、日本文化に根ざしたケアにつながる視点を得ることができるのではないかと考えた。

II. 研究目的

日本以外の文化的背景をもつ研究者によって行なわれた、日本のケアに関する事柄を研究対象としている研究

の中で言及されている日本の特徴の記述を統合することにより、ヘルスケアにおける日本の文化的特徴を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象文献

分析対象は、CINAHL 1982年1月～2006年4月までのデータベースより「Japanese」と「care」を掛け合わせた検索によってヒットした288件の文献の中から、①日本人以外の著者がいること、②解説や単なる紹介の文献は除くという選択基準に沿って選択した18文献[1]～[18]である。

2. 分析方法

KJ法を用いて、KJ法の研修を受けた6名の看護学研究者によって以下の手順で分析した。

1) ラベルの作成

千葉大学看護学部老人看護学教育研究分野に所属する教員、大学院生18名が各自文献リストの中から文献を選択し、文献の中で、日本あるいは日本人について記述されている部分にアンダーラインを引き、それを原則100字以内に和訳したラベルを作成した。言及されている日本の特徴の信頼性を高めるため、各文献の結果および考察で述べられている部分のみをラベルとした。ラベルの裏には英文を併記した。

2) 分析手順

作成したラベルを、「ヘルスケアに関する外国文献では日本についてどのように言及されているのか」のテーマで、KJ法により質的に統合し、その結果を文化的視点から考察した。分析の際には、英文と照らし合わせな

がら進み、必要なら論文に戻って、意味を充分にくみ取りつつ進めた。

3. 信頼性、妥当性の確保

分析にあたっては、必ず複数の研究者の合意をもって行なうようにした。また、分析内容については、質的研究を熟知した教員からスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 結 果

1. 分析対象文献

分析対象となった文献は、意思決定などのヘルスケアにおける倫理的問題、日系人への文化的に適切なケアの検討、医療者－患者関係における文化的影響などすべてヘルスケアに関係する研究であった。分析対象論文の概要を表1に示す。

2. 最終ラベル

作成したラベルは217枚で、9段階のラベル編成を経て、7つのグループに編成された。

以下、シンボルマークを【 】、最終表札を〈 〉、元ラベルを斜字で示す。

1) 【全体に融合した個】

これは、〈日本人の存在のあり様は個を超えた全体の一員として存在することが価値づけられた自他の境界がぼやけた全体として存在している〉というものであった。

日本では、対立を避けるために、自分の態度や気持ちの表出を控えることや公平さが重視されるなど調和することが伝統的に価値づけられており、この伝統的価値が基盤となって、家庭や職場において個人は、全体にとって良いことのために機能する全体の一員として存在して

表1 分析対象文献の概要

文献番号	研究目的	研究方法	対象者	主な研究結果
1	医師と外来患者における倫理的な意思決定と自律の問題に対する態度を日本と米国で比較すること	質問紙調査	日本の医師400名と患者65名、米国の医師120名と患者60名	倫理的意思決定に関する日本、米国のいくつかの相違が明らかとなった
2	中国で開発されたRPQ(役割責任質問紙)を、中国と米国と日本の病院で勤務する看護師に適用し、倫理的責任についての認識の相違を明らかにすること	RRQに6項目を追加した質問紙による多次元分析	病院に勤務する中国人看護師413名、米国人看護師163名、日本人看護師667名	中国の看護師は美德に基づく倫理的責任を、米国人看護師は原則に基づく倫理的責任を、日本人看護師はケアに基づく倫理的責任を認識していた。
3	小児がん専門医と子どものコミュニケーション、復学に関連した情報共有について明らかにすること	質問紙調査	小児がん専門医(日本人362名、米国人350名)	日本と米国の子どもに診断について話す事への相違と、その文化的な影響が示された。
4	軽症気分障害の治療において、精神科医と患者との関係に関する現在のダイナミクスを明らかにすること	半構造化インタビューの質的分析	10年以上の臨床経験を持つ関西地区の医師10名、医師患者(数不明)	精神科医－患者関係の、受け身的お任せモデル、積極的お任せモデル、参加型モデルの3つのパターンが明らかとなった
5	ハワイのクリニックに勤務するスタッフに観察された日系アメリカ人高齢者が理解せずにインフォームド Consent 用紙にサインすることの要因を分析すること	質問紙調査	50人のスタッフ(医師3名、看護師27名、管理者3名、ソーシャルワーカー17名)	34名が日系高齢者が理解せずにサインすることを観察したと報告した。要因として、医師に意思決定をゆだねる、家族が面倒をみることを期待している、最近の診断や治療に関する知識の欠如などが報告された。
6	日本人とノルウェー人看護師における職場環境とMoral sensitivityの関係を探査し、社会文化的な観点から結果を比較すること	質問紙調査	日本人看護師138名、ノルウェー人看護師71名	日本の看護師は、患者中心を重視したケアにより焦点があてられ、「患者ケア行為の意義」「上司と同僚の関係」「仕事のストレスと不安」「精神的葛藤」の要因をより重要なものとしてランクづけし、ノルウェー人看護師たちはもっと独立的で「仕事のストレスと不安」を持つことに相関関係があった。

7	認知症を有する日系アメリカ人とその家族に対する適切な文化的介入は何かを明らかにすること	ケーススタディー	認知症の夫を介護する日系アメリカ人	一事例のセラピーの始まりから終わりまでが記述され、日系アメリカ人はそれぞれ異なる文化変容のレベル民族アイデンティティ、世界観や認識を持っているために、伝統的な日本の価値観をクライアントの生活習慣に適用する事は害になることがあることが結論づけられている。
8	介護ヘルパーとその利用者を通じた詳細な記述を民族誌的に明らかにすること	エスノグラフィックアプローチ	北日本にいるホームヘルパー2名と利用者夫婦2組	在宅ケアは自立した生活を促進するというよりもむしろ、家族介護や社会的サポートの代償として解釈されていた。
9	西洋のセラピストと日系のクライアントの間の文化的不相応を調査すること	ケーススタディー	西洋のセラピストによる日系人への心理療法の8ケース	文化的不相応に関係する7つのテーマが見出された。
10	日系社会における家族介護者、被介護者、サービス提供者の共同体に根ざしたサービスの展望を調査すること	グラウンデッドセオリー	米国の日系の家族介護者26名、被介護者4名、サービス提供者14名	3者の長期ケアサービスへの認識はより広い社会への融合と文化的起源との結合との対立があること、サービスは伝統的な日本の文化の強調から折衷的なサービスへと発展していることが明らかとなった。
11	日本の管理概念を再検討し、看護組織の中で日本の管理の効果的な適用を促進する方策を明らかにすること	文献レビュー	日本の管理業務を適用し結果を出した研究報告5件	日本の管理業務を取り入れるための4つの戦略を見出している。
12	日本と米国の看護文化の中に共通の価値観と倫理的問題があるか、日本の米国の看護師の倫理的問題において、どのような共通点と相違点があるのかを明らかにする	解釈学的現象学的アプローチおよびフェミニストアプローチ	日本人看護教育者18名、アメリカ人看護師15名	日米共通の価値観と倫理的問題を持っていることが明らかとなったが、それと関連する背景的意味と行動は文化間で異なっていた。
13	職場ストレスとコーピング方法、個人属性がどのように身体的・精神的健康に影響するかを明らかにする	質問紙調査	日本人看護師310名	作業負担と家族の人数が身体的健康の最高の予測変数であり、部署異動の見込み支持の不足、コーピング方法は精神的健康の最高の予測変数であった。
14	高齢者ケア施設の入居者やその家族のニーズや好み、入居者の生活の質の民族的特徴の影響を満たす民族特有な施設のあり方を明らかにする	グラウンデッドセオリー	日本人向けの施設にいる日系入所者12名、日本人向けでない施設の日系入所者14名と家族31名	入所者と家族の好みや知覚は異なっており、入所者は社会化やプライバシー、自律といった目に見えない生活について述べたが、家族は施設の構造的な側面を強調していた。
15	既存の日米の患者満足度結果を異なる研究方法を用いて妥当であるかを確認すること、ヘルスケアシステムと受けたケアの質に関する満足度や他の項目における日米の相違を明らかにすること	質問紙調査	日米の大規模の病院(米国688名、日本746名)と小規模な病院(米国207名、日本110名)の外来患者	両国共にメディカルケアに満足していたという結果が示されたが、日本の患者よりも米国の患者がより満足していると述べていた。両国の相違は医師の診察を待つ時間と診察を受けている時間の満足度においてみられた。
16	アジア系アメリカ人の予防ケアにおける文化的要素を概説すること	文献レビュー	既存の調査報告書	スクリーニング受診などにおける言語的障壁や西洋医学への不信、などの文化的障壁が明らかとなり、それに応じたアプローチの必要性が示唆されている。
17	5つのアジア系アメリカ人女性の更年期症状と知覚される更年期症状の原因と症状に対する管理方法を探索すること	インターネット調査(記述統計および内容分析)	アジア系アメリカ人である女性大学職員と女性教員62名	最も重度に体験している症状に民族差が見られた。
18	日本人看護師の倫理的関心事を描写し、既存の論文で述べられている米国の看護師の関心事と比較すること	現象学的解釈	米国と日本の両方で生活経験を持つ日本人看護教育者18名	安寧は両国看護師の主たる関心事であり、個別性の尊重の概念は文化的なコミュニケーションスタイルや自己の定義に基づいていた。文化的背景の違いがあるにもかかわらず、両国の看護師の間には共通の倫理的関心事があった。

いる。看護師の職場の雇用環境や管理業務も全体論的志向となり、個人の経験や昇級を阻んでいる現状もある。

伝統的な日本の家族は、結束や世代あるいは、文化変容の違いに関わらず団結することの大切さを重視している。[文献7]

日本人看護師はチームを重視しており、単独では決定(患者のための決定を)すべきではないかもしれない。[文献6]

また、日本の家族関係は、個人に起こった事件や病気が家族の不名誉としてみなされ、日本人の自立は施設ケアなど家族以外の援助に依存しないことであるなど、自他の境界がばやけた相互依存関係となっている。

古い世代、一世(最初の日本人の移民者)や二世(日系アメリカ人の2番目の世代)は、精神的疾患と認知症を、罹患した本人だけでなく、その家族の不名誉と

して、典型的にみなしている。[文献7]

日本人の生活背景での自立は、家族員から離れて生活するという考えよりもむしろ、施設ケアに依存しない生活ということに主として結びつく。[文献8]

ケアの公的サービスが、家庭と同じ環境を求められ、自立や自律というよりもサポートや保証といった本来家族の中で満たされるものを代償する家族の代替として捉えられている。また、患者－看護師関係も、まるで家族であるかのように存在していると考えられている。

さらにこれらのサービスが高齢者介護の受け手にも彼らの介護者にも、どちらのためにも実際のシステムとしてよりむしろ、代償として解釈されていることを理解することが重要である。[文献8]

Doutrichによると、日本における看護師－患者関係は深い。ケア提供するとき、看護師はまるで患者が家

族であるかのように、患者の近くに存在する [文献6]

2) 【黙従する患者】

これは、〈調和を重んじる伝統、家族や医師の見解の重視、信頼の意思表示など様々な理由によって患者が意志決定を一任し、黙従している〉というものであった。

日本は、年齢や地位に基づいたヒエラルキーが存在し、ケア環境においても、医師－看護師、医師－患者、あるいは看護師同士にヒエラルキーが存在している。患者は医師の面子を汚さぬよう権力関係の維持のために医師の言うことを黙って受け入れるしかないパターナリスティックな医師－患者関係となっている。また、上の者への質問が能力を疑っていると誤解されるなど、信頼を示すために、意志決定を盲目的に医師や家族にゆだねている状況もある。

日本では、たとえ患者がいくつか意見を持っていたとしても、医師が進める治療法を拒むという選択はほとんどなく、日本人対象者は、インフォームドコンセントは医師がオーダーした治療法が何であれ同意することではないと不平を述べた。[文献18]

『おまかせします』というのは『わたしはあなたを信用していますよ』ということの意味する。[文献12]

一方、何が最善かをわかっていると医師の知識や専門性への敬意や伝統的なスタイルであるお任せすることの心地よさから意志決定を積極的に任せていることもある。

患者は権力で強制されたわけではなく、医師の治療に託すことを選択する[文献4]

日本というよりあいまいさが心地よい場所では、いくにんかの患者は、パターナリスティックの医師に「重荷を背負い込み」治療を決定してもらうことを喜ぶ人もいる[文献20]

この状況を助長しているものとして、調和を重んじ自分の意見を控えるといった伝統的なコミュニケーションの不足や重大な意志決定は家族や医師の見解が重視されていることがあげられる。

一般的なパターンは、しかしながら、日本人の対照群は米国の対照群よりも家族のそして医師の見解により多い重み付けをしていた[文献1]

文化的に入居者は権力に従い、スタッフ、同室者、家族との対立をさけ、本当の感情、願い、ニーズを表現することをしまっている。この文化的特徴は多くの利用者が施設についてスタッフと詳細に話すことをさけ、彼らの好みについての幅広い情報を得ることを難しくする[文献14]

3) 【困難を伴う状況の調整役の請負】

これは、〈告知や治療決定について患者に率直には告げられない状況の中で、家族や看護師がジレンマを生み出すような困難な状況の調整役を担っている〉というものであった。

日本では、告知はまず家族になされ、患者への告知をどうするかや人工換気など重大な治療についての意志決定は家族の見解が重視されている。また、患者－医師が互いに開放的なコミュニケーションを避けるために家族が患者を守るためのコミュニケーションの受取人となる。

患者に告げられる前に家族に診断が告げられる。それに加え、患者に言うか言わないかは家族に決定権があるかもしれない。[文献18]

日本における非開示の状況で、多くの患者は看護師－患者関係を維持するために看護師に質問することを自制している。患者の家族が患者を守るための開示の受取人となっている。[文献6]

一方、看護師は患者のそばにおり、患者のニーズを理解できる立場にいたが、医師との社会的地位の違いにより、医師の役割とされる領域に立ち入りにくく、患者のヘルスケアニーズの不足に気づきながらもニーズを満たす要求を通しづらいなど、調整を期待される立場にいたが調整する力が不足している現状がある。

私たちはいつも医師と戦っています。医師の最後の言葉は、「これ以上鎮痛薬を投与したら患者を殺すことになる。」私たちはそれ以上戦うことはできません。私たちがしなければならないことは何かかわかっていいますが、少なくとも私はそれをどうしたらいいのか解らなかった。[文献18]

また、告知が患者になされていない時など、家族と患者の間の秘密を保持する立場として存在することとなり、秘密を守ることと患者と家族のために良い死をもたらすこととの倫理的ジレンマの原因となっている。

間にいる看護師にとって、家族と患者の間の秘密の負うことは、約束を守ることと、患者と家族のために良い死をもたらすこととの2つの価値観の間の倫理的なジレンマの原因となった[文献12]

4) 【価値づけられている間接的コミュニケーション】

これは、〈ケアにおける対人関係では、感情の重視、察するなどの非言語コミュニケーションや比喩などを用いた、間接的なスタイルが価値づけられ、期待されている〉というものであった。

日本人のコミュニケーションは比喩や暗に示し察するなどの間接的なスタイルが価値づけられており、日本人

の回答は曖昧なことが多い。

暗に指す言葉で話す技術は間接的なコミュニケーションに価値を置く日本文化の中で重要である。[文献18]

そのため、セラピーや看護などのケア場面では、非言語レベルでの感情の共有や共感的態度が重視されている。ケアを行なう者は、他者の好みやニーズ、反応、状況に至るまで言葉なしで理解し、ニーズや望みを提供することが期待されており、言葉の裏を読み取り安寧を与える能力は熟練と人の尊厳を維持していることを示すことになる。

セラピストによって解決する前に、セラピスト、クライアント両方が体験している感情は共有されうるが、非言語レベルで行われるこの共有は、日本文化で非常に価値がおかれている[文献9]

この看護師の言葉の裏側を読みとり安寧を与えるという能力は、患者の人としての尊厳を保持することの重要性の理解と熟練を反映している。[文献18]

5) 【他者に負わせず身を挺して受け入れる姿勢】

これは、〈自分の身を挺して責任を果たす、苦悩にあらがわず、自分を律するなど、他人に負担を負わず、自分を律して苦悩や責任を受け入れ自分で対処しようとする姿勢がある〉というものであった。

日本人は、伝統的な仏教の教えや運命論の考え方により、苦悩や逆境は存在において通常のことであり、そこから意味を見いだすものであると捉えている。苦悩や逆境への対処は「我慢」「あきらめ」などといった不満を言わず、抗わず自分を律して黙って受け入れる態度が身に付いている。

仏教の教えを通して、日本人は逆境に直面したとき、彼らを助ける信条や価値観を学ぶ。運命論や災難や苦悩は人間存在の通常の部分であるという信念である。仏教的価値は逆境を快くしとやかに受け入れそこから意味を見出すよう個人にすすめる[文献7]

日本のスタイルにおいて、マリコ（留学生）は不慣れな学校環境やホストファミリーにいき詰まっていたストレスを、一人で減らすことに没頭した。[文献9]

また、親孝行や仕事など社会的責任を伴うことに対しては、他者に負担を負わずに自分の身を挺して義務や責任を果たすことを重要視している。それが、医療者が身を危険にさらしても医療行為を行なったり、責任感を持つことが高く価値づけられることや、家族が極限まで公的サービスを利用せずに家族で介護しようとするにつながっている。

彼女は子供に介護を頼むのが負担になりすぎることを

を恐れた。これは、迷惑をかけないという日本の考えの例えであり、人に負担を負わせず自分の責任を果たす重要性を強調している[文献7]

日系アメリカ人の介護者は、介護のストレスや負担に対するリスクを増している。なぜならアジアの家族は、彼らの現存する役割において、ものすごい大きな重圧があるにもかかわらず、一般的に、在宅で家族を介護することを選択するからである。[文献7]

白人はただの仕事と考えている一方で、日本人のスタッフは、高齢者のケアは使命であると考えている。[文献14]

6) 【柔軟な患者、家族中心のケア】

これは、〈日本のケアは社会的期待や集団の期待に方向付けられた、原則に縛られない柔軟なケア対象（患者、家族）の安楽やニーズを大切にしたい実践を行なっている〉というものであった。

日本のケアにおいて、患者に予後などの真実が告げられていない状況がある中で、日本の看護師は、事実を率直に話すことや、患者の選択を第一に考えるといった原則論ではなく、患者の声を注意深く聞き、患者を知ることと尊厳を維持する実践を行なっている。

日本において、*truth-telling*は理論的に価値付けられているが、多くの両価性をもって取り上げられている。看護師が話すことに決めた時、看護師は比喩的にものをいうかもしれない。それは、看護師たちに、本当のことを何も言わずに話すことを許容し、クライアントに彼ら自身のやり方で『真実』を解釈するための余地を与える。これは、文化と調和した実践である。[文献12]

このエピソードは、診断の開示についての患者の意向をくつろいで聞く間ずっと、患者の知識をサポートし、言葉を注意深く聞き、話したい、別れを言いたいという彼女のニーズを聞くといったやり方を表している[文献18]

これは、日本の道徳的ガイドラインが倫理理論ではなく、社会的規範であり、集団のルールや決定に従うことが好まれていることが根底となっており、看護におけるケア倫理も原則論に基づくケア原理を重視しながらも社会的期待に方向付けられて発展しているためである。その中で、日本の看護師は、患者からの信頼がケアの動機付けとなり、「患者を苦しめない」といった感情志向で文脈を重視したQOLに焦点をあてており、ケア倫理は、心地よさの提供や支持的ケアなど患者の安楽を大切にしたいケアに価値をおいている。

本研究の結果から、日本人看護師はあるアメリカの

伝統的倫理をもちつつも、社会的期待に起源する役割に方向付けられていることが示された。[文献2]

看護師-患者関係でも日本の看護師は患者をサポートすることに動機づけられ、その専門スタンスはより感情志向だった日本の看護師が「患者を苦しめるな」と教えられる一方で、西洋諸国では看護師は患者中心で、個人中心をより重視している。[文献6]

7)【個の自律への社会的な要請】

これは、〈社会的変化に伴い、患者の意志決定や医師患者双方の対話など、患者が自ら知識を持ち、決定していけるような自律が求められてきている〉というものであった。

日本においても、法律の制定や生命倫理志向の拡がりによって、日本においても患者による意志決定など患者の自律への欲求が拡がり、擁護されてきている。医師も患者も患者の自律に敬意を払う態度があり、伝統的な一方向の治療が変わって、患者が対話でき、意志決定に参加するなど、患者が医療に参加するようになってきており、医師-患者関係は典型的な長年の慣習の行動様式であるお任せパターンとそれによらないパターン両方が見られる様になっている。

我々の結果は、法律の制定によって第二次世界大戦後日本において著明になってきている患者の自律のための欲求の増大を反映しているかもしれない[文献1]

医師と患者の距離は確かにより近づいている。結局、伝統的な「一方向の治療」にかわって患者との対話をもつことができる。[文献4]

そのような状況の中で、患者は医師から提供される以上の知識を求めているたり、尊厳死などの決定も患者や家族がすべきであると医師が考える以上に自律を求めており、社会的にみても、人工換気や自殺補助への希望などの患者の意志は、たとえ家族や医師が反対しても尊重されるべきであると考えられてきている。

日本の患者は医師が伝統的に提供しているより多くの知識を求めていると述べている[文献1]

日本人の患者の半数は、医師が患者に一度しか会っていないかつとしても、家族の見解がはっきりしていなくても患者の意思による自殺補助に賛成していた[文献1]

3. 空間配置

7つのグループのシンボルマークとシンボルマークの空間配置を図1に示す。

外国文献の中で描かれている日本の特徴は、【全体に融合した個】が基盤となって、【黙従する患者】という現状がある。その中で【困難を伴う状況の調整役の請負】と【柔軟な患者、家族中心のケア】がなされており、これらには【他者に負わず身を挺して受け入れる姿勢】と【価値づけられている間接的コミュニケーション】が

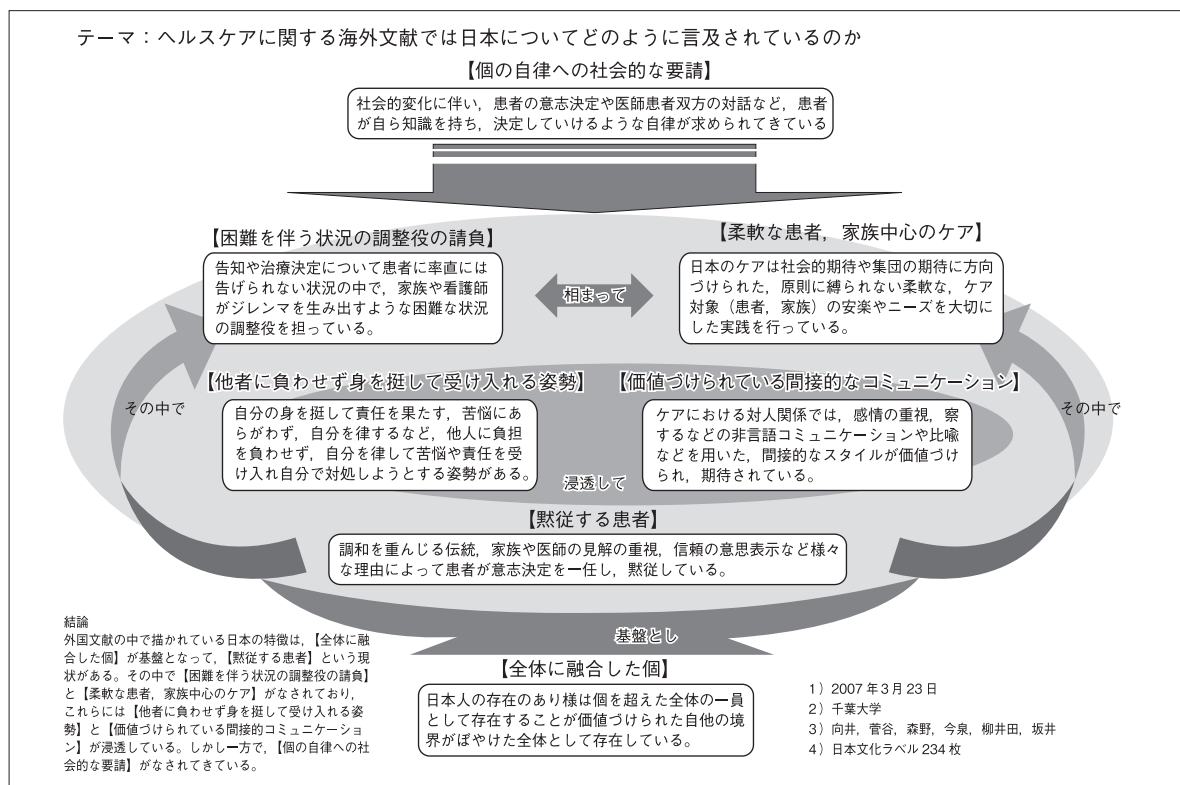


図1 空間配置図

浸透している。しかし一方で、【個の自律への社会的な要請】がなされてきている。

つまり、【黙従する患者】は、西洋的に見るとパターナリスティックな関係の中で黙従せざるを得ず、医療に患者の声が反映されていないように見えるが、日本の場合は必ずしもそうではなく、【価値づけられている間接的コミュニケーション】を駆使し、看護師は患者の声をくみ取り【柔軟な患者、家族中心のケア】を行なおうとし、また患者はそれを期待している。また、【他者に負わず身を挺して受け入れる姿勢】という文化的姿勢によっても患者は黙って状況に耐えようとし、【黙従する患者】となるのだが、一方で、その文化的姿勢によって、家族や看護師による【困難を伴う状況の調整役の請負】がなされ、状況が患者にとって適したものになるように調整されてきている。このように、【黙従する患者】という状況にありながらも、患者の声の尊厳が守られ、患者の声を尊重した【柔軟な患者、家族中心のケア】が可能となり維持されるには、西洋的な自律したつまりダイレクトな声ではなく、間接的な患者の声をいかに汲み取り、調整するかという、看護師と家族の調整行為や実践が大きく影響しており、その実践には【他者に負わず身を挺して受け入れる姿勢】【価値づけられている間接的コミュニケーション】の文化的特徴が浸透していることによって可能となっている。それらには、【全体に融合した個】という存在のあり様が基盤となっている。しかしながら、時代の変化とともに、患者が自ら知識を持ち、決定していくことのできる西洋的な個の自律が求められてきている。

V. 考 察

外国文献で言及されている日本についての記述を統合することによって、【全体に融合した個】という存在のあり様、【他者に負わず身を挺して受け入れる姿勢】【価値づけられている間接的コミュニケーション】という日本文化の特徴が、権力構造を維持し対立を避ける【黙従する患者】という状況に影響していることが見いだされた。このような日本の特徴は、芳賀が凹型文化と表現した日本文化の要素である和の志向、非言語的・直感的認識、自己内修養と一致する²⁾⁵⁾。これらの日本文化の特徴については、これまでの研究においても様々に解説されてきているものである。しかし今回の研究で、それらの日本文化の要素がどのように重なり合いながらケアの現状を構成しているかが示されたことは重要である。

また、【全体に融合した個】という個より和を志向す

る特徴や【黙従する患者】といった特徴は、告知や自己決定といった問題と絡めて議論されてきている文化的特徴であるが、河合⁶⁾は、日本において日本的な「場の倫理」と西洋的な「個の倫理」という倫理観の対立が存在するが、西洋化したり手放して日本の倫理観を良しとしたりするのでない解決法を見いだしていく必要があると述べている。また、その解決はその根本にある「ここ」の問題は捨て置かれて「もの」のほうに重点が移ってしまうことがあると述べ、簡単な解決法ではなく、当事者の個々人の個性が関係した多様な解決法が要求されると述べている。ヘルスケアにおける患者の個の自律についても同じことが言えるのではないだろうか。インフォームドコンセントなどの形を整えるだけでは、文献で言及されているように、それに理解なしでサインする、患者は同意せざるを得ないと思う、などといった形ばかりの自律ということが起こりうる。現在、看護においても、ケア対象者の主体性が取り上げられるようになってきているが、調整役を担い、ケア対象のニーズを大切にした実践を行ってきた看護師が現状を知り、西洋的な自律ではない、日本文化に根ざした自律とは何かを見つめ、それを維持したケアを行っていくことが、黙従せざるを得ないといった患者の状況を変えていく原動力になると思われる。

分析対象文献

- 1) Ruhnke GW. Wilson SR. Akamatsu T. Kinoue T. Takashima Y. Goldstein MK. Koenig BA. Hornberger JC. Raffin TA., Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States, *Chest* 118(4): 1172-82, 2000.
- 2) Pang SM. Sawada A. Konishi E. Olsen DP. Yu PLH. Chan M. Mayumi N., A comparative study of Chinese, American and Japanese nurses' perceptions of ethical role responsibilities, *Nursing Ethics* 10(3): 295-311, 2003.
- 3) Mayer DK. Parsons SK. Terrin N. Tighiouart H. Jeruss S. Nakagawa K. Iwata Y. Hara J. Saiki-Craighill S, School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing, *Child: Care, Health and Development* 31(3): 355-63, 2005.
- 4) Slingsby BT, Decision-making models in Japanese psychiatry: transitions from passive to active patterns, *Social Science & Medicine* 59(1): 83-91, 2004.
- 5) Saldov M. Kakai H., The ethics of medical decision-making with Japanese-American elders in Hawaii: signing informed consent documents without understanding them, *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 10(1): 113-30, 2004.
- 6) Begat I. Ikeda N. Amemiya T. Emiko K. Iwasaki A. Severinsson

- E., Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses, *Nursing & Health Sciences* 6(3): 193 – 200, 2004
- 7) Kinoshita LM. Gallagher-Thompson D., Japanese American caregivers of individuals with dementia: an examination of Japanese cultural values and dementia caregiving, *Clinical Gerontologist* 27(1/2): 87 – 102, 2004.
- 8) Traphagan JW., Independence, security, and the intergenerational social contract: home-helper services and elder care in rural Japan, *Care Management Journals* 4(4): 216 – 22, 2003.
- 9) Kozuki Y. Kennedy MG., Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and Japanese traditions, *Journal of Nursing Scholarship* 36(1): 30 – 8, 2004.
- 10) Young HM. McCormick WM. Vitaliano PP., Evolving values in community-based long-term care services for Japanese Americans, *Advances in Nursing Science* 25(2): 40 – 56, 2002.
- 11) Smith HL. Mangelsdorf KL. Piland NF. Garner JF., A retrospective on Japanese management in nursing, *Journal of Nursing Administration* 19(1): 27 – 37, 1989.
- 12) Wros PL. Doutrich D. Izumi S., Ethical concerns: comparison of values from two cultures, *Nursing & Health Sciences* 6(2): 131 – 40, 2004.
- 13) Lambert VA. Lambert CE. Ito M., Workplace stressors, ways of coping and demographic Characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies* 41(1): 85 – 97, 2004.
- 14) Hikoyeda N. Wallace SP., Do ethnic-specific long term care facilities improve resident quality of life? Findings from the Japanese American community, *Journal of Gerontological Social*

Work 36(1/2): 83 – 106, 2001.

- 15) Kurata JH. Watanabe Y. McBride C. Kawai K. Andersen R., A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States, *Social Science & Medicine* 39(8): 1069 – 76, 1994.
- 16) Au C., Cultural factors in preventive care: Asian-Americans, *Primary Care: Clinics in Office Practice* 29(3): 495 – 502, 2002.
- 17) Im E. Chee W., A descriptive Internet survey on menopausal symptoms: five ethnic groups of Asian American university faculty and staff, *Journal of Transcultural Nursing* 16(2): 126 – 35, 2005. 18) Doutrich D. Wros P. Izumi S., Relief of suffering and regard for personhood: nurses' ethical concerns in Japan and the USA, *Nursing Ethics* 8(5): 448 – 58, 2001.

引用文献

- 1) 瀬戸奈津子 山本育子 岡崎優子 岡田ゆかり 河井伸子 坂井さゆり 森小律恵 清水安子 正木治恵, 看護ケアを捉える文化的枠組みの構築 – 海外文献による文化的視点の明確化, *千葉看護学会誌* 12(1): 65 – 70, 2006.
- 2) 芳賀 綏 凹型文化の国・日本の医療 *日本外科学会誌* 106(12): 760 – 763 2005.
- 3) 松本典子 日本における音楽療法に関する私見 *九州看護福祉大学紀要* 4(1): 219 – 228 2002.
- 4) 澤田愛子 日本文化におけるホスピスとそのルーツ 将来の望ましいホスピス像を求めて *月刊ナーシング* 14(11): 86 – 89 1994.
- 5) 芳賀 綏 日本人らしさの構造 大修館書店 2004
- 6) 河合隼雄 日本人とアイデンティティ 講談社 + α 文庫 62 – 73 1995.

CULTURAL FEATURES OF JAPAN IN HEALTHCARE
DESCRIBED IN OVERSEAS LITERATURES

Nobuko Kawai*, Ayako Sugaya^{*2}, Ai Morino^{*3}, Kaori Imaizumi^{*4}, Kyoko Yanaida^{*5},
Sayuri Sakai^{*6}, Mariko Tanimoto^{*7}, Harue Masaki ^{*7}

* : Graduate School of Nursing, Chiba University, ^{*2} : Chiba Aoba Municipal Hospital, ^{*3} : Ai no Atorie Co.

^{*4} : former Graduate School of Nursing, Chiba University, ^{*5} : Kawasaki Municipal Ida Hospital,

^{*6} : School of Health Science, Niigata University, ^{*7} : School of nursing, Chiba University

KEY WORDS :

Japanese, culture, healthcare

The purpose of this study was to clarifying cultural features of Japan in healthcare by integrating statement about Japan in overseas literatures which were written by people who have different cultural background from Japan.

The subjects were 18 overseas literatures, searched from CINAHL (1982-2006) by keywords; "Japanese" and "care", and selected by criteria. We analyzed by KJ method with the theme of "how were Japan described in overseas literatures".

In the result, the features of Japan in health care were that there was a situation of [acquiescent patients], and this situation leads to [nurses and family members play the role of coordinators in difficult situation], [nurses practice flexible patient/family-centered care]. Behind these, there were [accept adversity silently using great self-discipline] and [valued indirect communication]. On the base of these, there are [Being interdependently with others]. However, there was [request to autonomy of individual]

From the result, cultural features of Japan which influenced health care and implication for nursing were clarified.