
研究論文

医療の場における異文化理解

Cultural Competence in Medical Settings

大野 直子^{1)*}

Naoko ONO^{1)*}

Abstract

There is a growing need for cultural competence in medical settings in Japan, particularly as Tokyo will host the 2020 Olympics and Paralympics. Bridging the cultural and language gaps at medical centers is an important issue for medical professionals. Cultural competence in healthcare has received little attention in recent years. This paper explores the cultural differences among ethnicities and discusses the cultural competence required in medical settings. A literature review was conducted using Ichu-shi and Google Scholar. In addition, we examined books on cultural competence in medical settings. We considered values, worldviews, communication practices, timeliness, expression of pain, family and gender issues, pregnancy and birth, end of life, and health beliefs and practices. The paper compares and contrasts these issues in Asia, Russia, the United States, and the Middle East based on the literature findings. The results show two trends. First, persons of low socio-economic status are less likely to be concerned about preventive medicine. Second, Asians tend to be stoic and not express pain. Further research is required to confirm these trends. One study in the literature search described best practices for providing culturally competent care, as well as practices to avoid. In summary, the study recommends trying to understand how patients' values influence their behavior. Our findings suggest that understanding cultural differences is important to developing cultural competence in medical settings. Thus, an educational program to foster this development should be included in medical, nursing, and health sciences universities. We also make suggestions on best practices for being culturally competent. These suggestions could contribute to the reduction of cultural friction in medical settings in Japan.

Key words

異文化理解、外国人患者、異文化対応能力

Cultural competence, Foreign patient, Cross Cultural Communication

¹⁾ 順天堂大学 国際教養学部 (Email : na-ono@juntendo.ac.jp)

* 責任著者 : 大野 直子

[October 9, 2015 原稿受付] [January 8, 2016 掲載決定]

1. 背景

1.1. はじめに

日本における外国人人口およびその労働力人口は、近年増加の一途をたどっている。2020年夏季オリンピック・パラリンピックを東京で開催することが決定し、今後ますます多くの外国人が日本の医療システムを利用することが見込まれている。2013年に法務省が発表した在留外国人統計報告によると、2012年末の日本における総在留外国人数は約203万8千人である。2000年時点では総数168万6千人であったため、12年間で約20%増加したことになる。アジア各地における医療観光（西村、2011）がますます盛んになり、日本でも、一部の医療機関で外国人患者の受け入れを始めている（川内、2011）。外国人医療の問題としては、言語習得が不十分である場合、同一言語での診療に対して、誤解やコミュニケーション不全に陥りやすいなどの点がある（J. A. M. Harmsen et al., 2003, Laveist and Nuru-Jeter, 2002, Murray-García et al., 2000, Saha et al., 1999, Schouten and Meeuwesen, 2006）。外国人医療においては、言葉の壁以外にも問題がある。患者の属する文化が医療者の臨床上の判断に影響を与えるという報告（Schulman KA et al, 1999）がある。医療者が文化の異なる対象者へ患者の文化に沿った医療を実現するためには、異文化対応能力（Cultural competence）が必要である（Betancourt JR., 2003）。異文化対応能力とは、医療の受け手が有する文化に敏感になり、彼らに応じた対応をする能力のことを言い、1950年代にLeiningerによって提唱された概念である。Leininger（1999）によれば、文化は人間の生活様式の全体に焦点をあてており、宗教、親族関係、政治、法律、教育、技術、言語、背景となる環境、世界観といった全てを文化にとらえ、それらに応じた対応を行うものであるとしている。

このように、外国人医療に関しては異文化対応能力が求められ、Galanti（2008）も文化の違いは、争いや誤解を生み結果として医療の質を

低める（p. 2）ことを指摘しているため、文化の違いで生じる葛藤を最小限に抑えることが求められる。しかし、それにも関わらず、日本の医療系大学では異文化対応能力を高める教育は十分とは言えない。福良ら（2006）は、平成17年度大学教育の国際化推進プログラムとして採択された取り組みの1つとして、医学・医療系大学における異文化医療関連科目の開講状況とその科目の概要について調査し報告した。日本の医療系大学96大学から返送された記述式質問紙について統計的処理した結果、異文化に関する科目は医学が約56%、医療系は70%以上であった。この結果によりまだ30～44%の医療系大学で多文化・異文化に関する教育がなされておらず、医療系大学における異文化対応能力を高める教育は十分とは言えないことが示唆された。

1.2. 文化の定義

医療の場における異文化理解を考察する際には、医師、看護師、コメディカルなどの医療者同士のコミュニケーション、医療者から一般市民へのコミュニケーション、医療者－患者間のコミュニケーション等様々な場合があるが、本稿では医療者－患者間コミュニケーションに焦点を当てる。石井（2001）は、文化について「特定の状況に対して人々がほとんど無意識に使う「暗黙のルール」であり、生活上の諸問題の解決に向かう行動において「司令塔」の役割を果たしている」（p. 111）と述べている。またTylor（1871）は、「ある社会の一員として人が身に付けた知識、信念、技術、モラル、法、習慣」（p. 1）と定義し、Keesing（1981）は文化の定義を「思想、考え、法則、内在する意味」（p. 518）としている。

1.3. 医療における異文化理解の重要性

米国の医療通訳養成団体であるCross Cultural Communication System（2014）は、その著書である医療通訳養成テキスト“Bridging the Gap:

A Basic Textbook for Medical Interpreters”の中で、自分の文化に関しては当然と思っているので普段意識することはないことを指摘し、そうであるからこそ患者の文化を医療者が理解する必要性を主張している。Galanti (2008) は、親から子に代々伝わってきた文化に対する信念に、人の健康に対する態度が深く影響されていることを指摘している。(p. 26) また、「外国人が病気になった時、その人を取り巻く社会や育った環境による習慣や期待の違いが顕著に」なり(水野・内藤, 2015, p. 63)、「文化の信念に合わない」と、医師の指導に従わない」(Galanti, 2008, p. 27) ため、患者の文化的背景を知ることが必要である。また、Athena (2014) は、文化の違いを認識する必要に関して、健康や病に対する様々な考えがコミュニケーションに影響すると主張し、社会的役割や文化が健康に対する考えを形成する元となり、文化、価値観の相違は医療者-患者間の役割にも影響するため、文化に対する認識が必須であると述べている。日本で長谷川ら (2002) が3県6施設の看護師1,090名に対する質問紙調査でも、日本人看護師が外国人患者のケアの際に不安なことの首位は言語、2位は文化の違いであるという結果を得ている。このように、医療の場における文化理解の重要性は、様々な研究者により主張されている。

1.4. ステレオタイプと一般化

Cross Cultural Communication System (2014)、Galanti (2008) によれば、異文化に対する態度には、ステレオタイプと一般化がある。ステレオタイプとは、人や文化、思想に対する決めつけであり、ステレオタイプで文化を理解すると、それ以上理解しようという気持ちがなくなってしまう。各文化において個人の状態は様々なので、ステレオタイプは正しい理解を妨げ結果として誤解の原因となり、コミュニケーションに悪影響を与えることになる。それに対して一般化とは、一般知識や過去の経験による概観であ

り、その文化を理解するための最初の一步である。各文化でよく見られる傾向を指すが、それが個人に当てはまるかどうかの判断については、より詳細な情報を求め慎重に検討する必要がある。一般化もときには特定の文化に対する正しい理解を妨げる原因になるが、ある集団に広く当てはまる傾向、信念、行動を理解する助けにもなりうる。

1.5. 不安・不確実性調整理論 (AUM)

Gudykunst (1993) による不安・不確実性調整理論、AUM (Anxiety/Uncertainty Management) 理論は、社会学、心理学を基盤とした理論であり、コミュニケーションを図る際に、各場面において決まった筋書きに沿って言動を行えば、次の行動が容易に予測可能である故に不安と不確実性が抑えられると考えられている。異文化コミュニケーションにおいて、相互作用者がそれぞれ有するスクリプトが異なるために、相手の行動が予測できなくなり、不安と不確実性が一定のレベルを超えると、異なる価値観や規範によって引き起こされる不安が異文化接触にマイナスな影響を与えて効果的なコミュニケーションを困難にすると考えられている。Gudykunst によれば、異文化コミュニケーション能力とは不安と不確実性を調整するプロセスであり、不安と不確実性を減少させる過程と能力であるとされる。石井 (2001) はAUM理論の基礎概念について「新しい未体験の場・状況で、コミュニケーターが経験する不安感と不確実性の高まりを調整 (Manage) しなければ、効果的コミュニケーションは期待できない。その実現のためには、コミュニケーターは、自らについても、相手についても、心を集中して気を配り (Mindful)、不安と不確実性の状態に対処し、それらを減少しなければならない」(p. 111) と解説している。Gudykunst は、不確実性と不安に関して6種の仮定条件を設けている。まず、コミュニケーション参加者のうち、少なくとも1名がストレンジャーであること。次に、初め

て接する他集団との初めての体験に、ストレンジャーがどのように行動したらよいかわからず（不確実性）、安心感がない（不安）こと。さらに不確実性と不安は集団間コミュニケーションのそれぞれ独立した局面であること。またストレンジャーは、自らの行動を知りつつ行動すること。そして集団間および対人間の諸要素の両方が、集団間コミュニケーションに影響を与えること。最後にストレンジャーは、他集団の成員の行動を説明する際に、集団の成員であることを過大評価することを6種の仮定条件としている。Gudykunstは、人間のコミュニケーション行為の原点に「知ること」を置き、知りたいことが足りないうえに、不確実なことがあり「不安」になると考えた。したがって、不安の消滅、つまり安心感の獲得が、Gudykunstの集団間コミュニケーションの目標である。そのためには、相手の文化背景について十分な情報を得る必要がある。そうすることができて初めて、安心したコミュニケーションが可能になると考えられた。

1.6. 本稿の目的

本稿では日本における外国人患者の代表的な人種属性に関して、医療に関する文化と、医療における異文化に直面した際の具体的な対処法を、文献検索により得た結果を通じて考察する。

2. 方法

医療における異文化理解の具体例を調査するため、文献検索を実施した。国内の文献は、小林米幸著（2006）『医師・看護師・コメディカルに役立つ外国人患者への外来対応マニュアル』等の外国人患者に関する書籍と、医学中央雑誌 Web、Google Scholar を利用して「異文化、医療」といったキーワードで検索された結果のうち、医療の場での異文化理解に関連すると思われるものを抽出した。海外の文献は、Geri-Ann Galanti（2008）の“Caring for Patients from Different Cultures, 4th edition”と Athena du Pre

（2014）の“Communicating about Health 4th edition”に関して医療の場での異文化理解に関する情報を抽出した。これらの海外の書籍を選定した理由は、医療における特定の人種集団の行動様式の一般化に関する情報を提供していたからである。小林米幸著（2006）『医師・看護師・コメディカルに役立つ外国人患者への外来対応マニュアル』の外国人患者に関する記述は、外国人医療に関する無料電話相談（7カ国語）である NPO 法人 AMDA 国際医療情報センター 東京、大阪オフィスで受け付けた年間約 5,000 件の電話相談の中からの抜粋である。Geri-Ann Galanti（2008）の“Caring for Patients from Different Cultures, 4th edition”の内容は、著者が米国カリフォルニア州立大学で教鞭をとる中で医療従事者から得たケーススタディである。と Athena du Pre（2014）の“Communicating about Health 4th edition”の内容は、著者が医療コミュニケーション講師、ジャーナリストとしての業務経験から得た著者独自の視点の記述である。文献検索によって得た結果については、水野（2013）が 31 名の医療通訳者にアンケート調査を行った結果である、医療の現場での文化差に起因する問題の分類を参考に、主な問題について人種ごとの傾向の記述を文献から抽出した。なお、2013 年に経済産業省が、国内の 189 の医療機関を対象に実施した外国人患者の受け入れ状況に関するアンケート調査結果によれば、2012 年度の居住国別の外国人患者の受け入れ人数は、1 位中国、2 位韓国、3 位ロシア、4 位米国、5 位フィリピンであり、中東はサウジアラビアが 10 位に入ったのが最高であった。したがって、本稿で取り扱う人種に関しては、それぞれ東アジア、ロシア、アングロアメリカンとアフリカ系アメリカン、東南アジア、中東に大別した。文献検索の結果をもとに、各人種において、価値観、時間に対する概念、痛み、家族、妊娠出産、終末期に対する考え、健康信念、習慣に関する記述を抽出した。

3. 結果

3.1. 結果1：代表的な民族の医療に関する文化

医学中央雑誌 Web、Google Scholar を利用して「異文化、医療」といったキーワードで検索された結果はそれぞれ 29 件、590 件であった。タイトルと抄録を調査したところ、特定の人種属性に関して医療の場での文化的特徴を明確に示唆するものは見当たらなかった。そのため、国内外の書籍のうち小林米幸著 (2006) 『医師・看護師・コメディカルに役立つ外国人患者への外来対応マニュアル』等の外国人患者に関する書籍と、Geri-Ann Galanti (2008) の“Caring for Patients from Different Cultures, 4th edition”と Athena du Pre (2014) の“Communicating about Health 4th edition”の内容を精査し医療の場での異文化理解に関する情報を抽出した。以下の情報は、一般知識や過去の経験による概観（一般化）であり、その文化を理解するための最初の一步である。各文化でよく見られる傾向を指すが、それが個人に当てはまるかどうかの判断については、より詳細な情報を集め慎重になる必要があることを理解されたい。

東アジア諸国（日本・中国・韓国を含む）に含まれる国はそれぞれ独自の文化を持つが、世界全体で見た場合には比較的調和を好み争いを避ける民族といえる。時間に対する概念は、特に中国では過去、伝統を重視する傾向がある。苦難を我慢することが美德という考えがあり、痛みがあっても過小に表現する。また多くのアジア諸国で親、年長者を尊敬する文化である。患者に対しては家族が介助することが義務と考えられており、妊娠・出産には女性の親族が立ち会うことが多い。命にかかわる病に際して、患者に対して余命を隠す傾向がある。多くのアジアの国において、特定の疾患が恐れとスティグマの対象になっている。死に向き合うことをよしとせず、前もって緩和ケアに関して相談をしたくないという家族もいるが、近年この傾向は変わりつつある。健康に関しては民間療法が発達しており、中国と韓国ではカップやコイン

を使った民間療法を実施するため、しばしばその治療跡を欧米の病院で虐待の跡と誤解されることがある。薬草を使用した民間療法も盛んに行われている。また、乳児の臀部に出る蒙古斑についても、西洋にはないため虐待の跡と誤解されがちである。

ロシアの人々の価値観に関しては、時間に価値を置いており、無駄話を好まず、直截である場合が多い。応対する際は、アイコンタクトをしっかりと行い、毅然とした態度で応対するのがよい、とされている。時間に対する観念は未来志向で、時間を守る。また時間を無駄にしたくないという意識が高い。痛みに対しては、非常に我慢強い。また、薬物中毒を恐れるため、鎮痛剤を与える場合には、その重要性について説明する必要がある。家族に関しては、母親と年長者を尊重する傾向がある。妊娠中は、運動や重い物を運ぶと胎児が傷つくという考えを持つ人がいる。出産に際しては、女性の親戚の立ち合いを希望することが多い。終末期においては、終末期であることを家族が患者に隠したことがある。生検、臓器移植は体の神聖性を侵すと考えられるため、拒否されることが多い。健康信念、習慣については、冷えが病気につながると考える人が特に高齢者に多い。また薬物中毒を恐れるため、薬の服用は最小限にしたいと考える人がいる。また、カップを使って民間療法が行われている地域がある。

アングロ系アメリカ人は独立に価値を置く人種であり、直接的なアイコンタクトと感情のコントロールが求められる。またプライバシーを重視する。時間に対する概念は様々だが、社会階層が低い人に現在志向が多く見られる。痛みに対しては鎮痛剤を希望する人が多いが、痛みを我慢しがちである。家族は核家族的であるが、同性愛の患者は友人が家族同様であることもある。夫婦の権限は基本的に同等である。妊娠・出産に関しては、出産前の医療が一般的で配偶者が出産に立ち会うこと、そして病院での出産が好まれる。終末期に際しては、診断と予後に

ついて患者が直接詳細な情報を得たい、必要な治療は全てやりたいという人が多い。中流以上はインターネットで情報収集する人が多い。死後の臓器提供には肯定的である。人種特有の傾向としては、積極治療を望み西洋医療を信頼する。しかし、中流以上で民間療法（ハーブなど）を独自に行う人々もいる。アフリカ系アメリカ人に関しては、特に高齢者は病院を信用していない。また、意図していなくても差別に敏感である。非常に宗教上の信仰心に篤い人が多い。時間に対する概念は、社会階層が低いと現在志向で、予防医学等に無関心である傾向がある。痛みを大げさに表す傾向があり、核家族的だが、親友や教会の友人を家族と呼ぶ傾向もある。妊娠・出産に関しては、出産前の医療が一般的で、一般に女性のみが出産に立ち会う。終末期に際しては、医師にそれ以上治療してもらえないことを恐れDNR（蘇生処置をしない）にサインを躊躇する。また奇跡を信じて生命維持装置を外したがる人もいる。宗教心が篤いため、病気が罪の罰だと考える人がいる。また、民間療法として、薬草による治療の伝統があり、社会階層に関係なく行われている。

東南アジアの人々は、仏教徒が最も多いため、貞節を重視する傾向がある。時間に対する概念としては現在を重視する。高齢者の中には時間を守ることを重視しない人もいる。痛みがあっても我慢することが多い。家族の中では年長者を敬う習慣があり、男性が意思決定をすることが多い。親戚を連れてきた場合は、診療時には本人ではなくその場で最年長の男性を見て話すとスムーズに進むことが多い。出産に際しては、実母か夫が立ち会うことを希望し、産後に胎盤を持ち帰ることを希望する人もいる。終末期に対する考えは、家族が余命を本人に隠したがる傾向があり、両親や祖父母の死後は彼らが先祖となり護ってくれるという信仰がある。また、言葉が病気を引き起こすという考えがある。民間療法は様々であるが、カップやコインを

使った治療法があり、虐待と間違われがちである。

中東の人々の価値観には、イスラム教が非常に大きく影響している。女性は貞節が重んじられるため、直接のアイコンタクトを嫌う傾向がある。時間に対する概念は、過去、現在を重視する傾向があるが、イラン人は未来志向の人が多い。時間通りにすることを重視しないため、診療や手術等で時間を守る必要がある場合は、丁寧に説明する必要がある。痛みを非常に大きく表現する傾向がある。家族を大事にし、家族も患者が大切であるため、家族が患者の治療に意見する。父権主義であるため、治療に関して本人ではなく最年長の男性が意思決定をする場合が多い。また、男性の医療者に女性の患者というケースは宗教上認められないことが多く、特に出産の際には同性の医師を求める傾向がある。妊娠は自然な状態なので出産前の医療は不要と考え受診が遅くなる傾向がある。また、家族計画はアラーの意思に反するので行わない。出産に際しては、通常女性の親戚が出産に立ち会う。また出産後最初に出る母乳は子供に有害という考えがある。終末期に際しては、余命を本人に隠したがる傾向があり、アラーの意思に反するという理由で、死について計画をしたがらない。また、宗教上、死後の臓器提供は認められていない。その他の習慣としては、ラマダンの時には断食のため、服薬、飲食をしない。また、服薬より注射を有効と考える傾向があり、敬虔なムスリムは豚肉を不浄と考え食べない。

3.2. 結果2：医療における異文化に直面した際の具体的対処法

Galanti (2008) は著書 *Caring for Patients from Different Cultures* の Appendix 3: *Dos and Don'ts of Providing Culturally competent care* の中で、医療の場における異文化理解に際して、医療者がすべきこととしてはいけないこと（表）を以下のように述べている。

表 医療における異文化対応すべきこと、してはいけないこと

すべきこと

- 患者に正しい質問をすること。文化の4Cの質問（その問題をどう呼んで（Call）いますか？何が原因（Cause）だと思えますか？それに対処する（Cope）するために何をしましたか？心配なこと（Concerns）は何ですか？私の推奨する治療法について気になる点（Concerns）はありますか？）を心がける。
- 人々の価値観を理解しようと努めること。その価値観が行動に影響する。
- 患者に何が病気の原因だと考えるか尋ねること。
- 現在志向の人々（ほとんどの貧困者、農耕民族のルーツを持つ多くの国の人々）は予防医学を行うのが難しい。予防医学の重要性、また症状が消えても投薬を続けることがなぜ必要なのかを丁寧に説明すること。
- 患者が呼びたいだけの訪問者を呼ぶことを許容するよう努めること。
- 民間療法について治療に必要なものとただ安心のためにしていることを見分けること。
- 家族が患者を家で看病する場合、その家族にも患者と共に病状の説明をすること。
- 女性の貞節に関わる希望を尊重すること。覆いをかけること。
- 出来る限り、特に中東の患者の場合は、同性の医療者を担当させること。
- ほとんどのアフリカ系アメリカ人は差別と偏見を受けたことがあると認識すること。
- 患者の宗教上の信仰心を尊重すること。適切な場合は聖職者を治療に同席させること。
- 対応している患者の属する集団に共通する信念や慣習について学ぶこと。
- 集団の中でも個々によって考え方に違いがあることを忘れないこと。
- 自分の考え方と異なる意見に直面した場合にも、寛容で受容的な態度を心がけること。

してはいけないこと

- 人をステレオタイプで判断しない。各文化の集団に関する情報は概観であり、彼らを理解する最初の一步でしかない。個人にその概観が当てはまるかどうか確認すること。
- 患者の痛みの表現によって痛みを判断しない。ある文化では痛みを大げさに表現し、他の文化では過小に表現することがあるからである。
- 患者が希望するまで鎮痛剤を与えるのを待たない。アジア系の人々は、何も言わず苦しんでいることがある。
- アイコンタクトが無いからといって、興味がない、何か後ろ暗いことがある、などと否定的に考えない。アジアでは、尊敬の印であるし、中東では礼儀正しさの印である。
- 立つ距離によって、強引だとか、冷淡だとか思わない。
- 全ての患者が、自分のことを自分で判断すると思わない。家族を重視する文化では、重要な決定は家族が行う。男性優位の文化では、妻や子供の医療上の最終判断は夫がする。
- アジア、ヒスパニック系の人に氷入りの水だけを与えない。常温や温水を好む人も多い。
- コインやカップを使った民間療法の跡を虐待の跡だと勘違いしない。
- 患者の食欲を、空腹感からにのみ起因するものだと思わない。体のバランスを保つために避ける食べ物や、宗教上の理由で食べられないもの、または患者が見たことが無いので食べないというものもある。
- 生死にかかわる診断を患者本人が知りたがっていると思いきまない。入院時、できればもっと前に、誰に病状を伝えて欲しいか確認すること。家族が本人に余命に関わる診断を隠すことが多い。

Galanti (2008) "Caring for Patients from Different Cultures" Appendix 3 : Dos and Don'ts of Providing Culturally competent care より抜粋、本論文著者により要訳

4. 考察

本稿では日本における外国人患者の代表的な所属民族に関して、医療に関する文化と、医療における異文化に直面した際の具体的な対処法を、文献検索により得た。医療における文化的特徴に関して人種間の文化的差異が見られたと同時に、社会経済的階層が低い者が現在志向であること、アジアの人々は地域を問わず痛みを我慢する傾向があることなど、共通する傾向も見られた。しかし、これらの傾向を確認するためにはさらなる調査が必要である。Campinha-Bacote (2002) は、異文化対応能力を構成するものとして「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」という5つの概念を挙げ、これらの概念が相互依存の関係にあると述べている。医療の場での異文化対応能力を考える際には、文化的知識、文化的技能に特に注目する必要がある。文化的知識および文化的技能を獲得するには、文化的気づきが重要である。Cross Cultural Communication System (2014) では、自分がどのような価値観、偏見をもって他者を見ているかを理解し、他者の価値観、偏見も意識することと、自分を含めて、皆が思い込みや偏見を持っていることを認めることを推奨している (p. 141)。文化的気づきとは、異文化に属する対象者に向き合うとき、自分の思い込みや偏見などに気づくことである。文化的気づきがなければ自分の思い込みの枠の外にある異文化に思い至らないため、誤解や紛争、押しつけの危険が生じる。個々が自己の文化に気づき、他者のそれとは違うことに気づくことが、文化的知識の獲得につながり、異文化対応能力の修得につながると考えられる。多忙を極める医療従事者にとって、文化的知識の獲得そのものが必ずしも容易ではない。そこで、文化的気づきを得た医療従事者が文化的知識の獲得を比較的容易に行い得る本論文の内容のような情報が、今後ますます価値を持つと考えられる。医療の場における異文化対応能力は、医療者が異文化に属する患者の背景を理解し、

対象者の文化に合致したやり方で対応するための能力を獲得するプロセスである。その過程の中で、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作用し合い、不確実性が減少され不安が解消されていく。本稿の限界としては、英語と日本語の情報のみの検索であったことと、異文化に関する情報が主に米国の著者の文献に偏ったことである。他国の研究者からの視点を加えると、より厚みのある情報になると考えられるため、これを今後の課題としたい。

5. 結論

本稿では日本における外国人患者の代表的な人種属性に関して、医療に関する文化と、医療における異文化に直面した際の具体的な対処法を、文献検索により考察した。医療系大学において異文化への対応能力に関する教育はまだ十分とはいえず、さらなる発展が期待される。異文化への対応能力の養成は、特定の文化に対しての知識を付けることを起点としつつ、あらゆる異文化に対して柔軟に対応できる態度、スキルを獲得することを目指すうえでの過程となる。異なった文化、多様な文化を尊重し、共に暮らす多文化共生社会を目指して、医療に関する異文化理解の重要性が認識され、教育が発展することが望まれる。

引用文献

- Du Pre, A. (2014). *Communicating about Health. Fourth edition*: New York / Oxford: Oxford University Press.
- Schouten B.C., Meeuwesen L. (2006). Cultural difference in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21–34.
- Schouten B.C., Meeuwesen L., Tromp, H.A.M. Harmsen F. (2007). Cultural diversity in patient participation: The influence of patient's characteristics and doctor's communicative be-

- havior. *Patient Education and Counseling*, 67, 214–223.
- Betancourt JR. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78, 560–569.
- Campinha-Bacote J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181–184.
- Cross Cultural Communication System. (2014). *Bridging the Gap: A Basic Textbook for Medical Interpreters.*: Portland, OR: Cross Cultural Communication System.
- Galanti, G. (2008). *Caring for Patients from different Cultures*, Fourth edition: Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gudykunst, W.B. (1995). “Anxiety/Uncertainty Management ‘AUM) Theory: Current Status.” In Wiseman, R.L. (Ed.) *Intercultural Communication Theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- 長谷川智子、竹田千佐子、月田佳寿美、白川かおる (2002). 「医療機関における在日外国人患者への看護の現状」. 『福井医科大学研究雑誌』第3巻, 第1号・第2号合併号, 49.55, 2002.
- 福良 薫, 坂上 真理, 青山 宏, 丸山知子 (2006). 「医学・看護・保健医療系大学における多文化医療関連科目実施状況に関する調査」. 『北海道科学大学研究紀要』, 9号, 47–51頁.
- 法務省 (2012). 外国人登録者 (総数) 2010 法務省 2011年8月19日 < <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001074828> > (2015年9月23日).
- 石井 敏, 久米昭元, 遠山 淳 (2001). 『異文化コミュニケーションの理論 新しいパラダイムを求めて』. 有斐閣ブックス.
- Harmsen, J.A.M., Meeuwesen, L., Wieringen, J., Bernsen, R., Bruijnzeels, M. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*, 51, 99–106.
- J.L. Murray-García, J. Selby, J. Schmittdiel, K. Grumbach, C. Quesenberry (2000). Racial and ethnic differences in a patient survey: Patients’ values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Medical Care*, 38, 300–310.
- 川内規会 (2011). 「日本における医療通訳の現状と課題—外国人診療に関する調査から—」, 『Kyushu Communication Studies』, 第9号, 25–35頁.
- Keesing, R. (1981). *Cultural Anthropology: A contemporary perspective*. New York, NY: Holt, Reinhart and Winston.
- 小林米幸 (2006). 『医師・看護師・コメディカルに役立つ外国人患者への外来対応マニュアル』. 永井書店.
- Leininger MM (1999). What Is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10 (1), 9.
- 水野真木子 (2013). 「医療通訳者の異文化仲介者としての役割について」『金城学院大学論集 社会科学編』, 第10巻第1号, 1–15頁.
- 水野真木子, 内藤 稔 (2015). 『コミュニティ通訳 多文化共生社会のコミュニケーション』. 東京文京区. みすず書房.
- 西村明夫 (2011). 「医療通訳共通基準の策定経緯と内容」『自治体国際化フォーラム』4月号, 16–18頁.
- Schulman KA1, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ, Dubé R, Taleghani CK, Burke JE, Williams S, Eisenberg JM, Escarce JJ. (1999). The effect of race and sex on physicians’ recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*,

1999; 340: 618–626.

Saha, S., Komaromy, M., Koepsell T.D., Bindman, A.B (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997–1004.

Laveist, T.A., Nuru-Jeter, A. (2002). Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *Journal of Health & Social Behavior*, 4, 296–306.

Tylor, E.G. (1871). *Primitive culture*. New York, NY: J.P.Putnam's Sons.