

## ヘルスコミュニケーションを「異文化」の視点で斬る

杉本なおみ<sup>1</sup>、町恵理子<sup>2</sup>、宮原哲<sup>3</sup>

1. 慶應義塾大学看護医療学部
2. 麗澤大学外国語学部
3. 西南学院大学文学部外国語学科

### 抄録

医療における異文化コミュニケーションとその研究方法は多種多様である。そこで本稿においてはまず第一項において、ヘルスコミュニケーションを「異文化」という視点で研究する際に必要な基本概念を紹介する。異文化コミュニケーション学では、国文化の差異のみならず、価値観や行動規範の違いが顕在化する場面すべてを「異文化コミュニケーション」と考える。文化は共通する特徴を兼ね備えており、これを跨ぐコミュニケーションにおいては、状況的要因への依存度が低い「低コンテキスト」スタイルを用いることが望ましい。さらに、言語による情報伝達の類型や「人間と自然の関係」や「不確実性への耐性」に関する価値志向など、異文化研究に用いられる諸概念が、ヘルスコミュニケーション研究においても新たな知見をもたらす可能性を論じる。続く第二項では、円滑な「異文化」ヘルスコミュニケーションに必要な能力を論じる。医療者と患者の病気の捉え方に関する「ずれ」を文化差と考えれば、多くのヘルスコミュニケーションは「異文化コミュニケーション」と捉えられる。この円滑な進行には、医療者と患者による双方向的な「シンボルによる意味の構築・共有」が不可欠であり、それには患者自身の能力や主体的な参加が求められる。最後に、外国人看護師候補者と日本人病院職員との協働という異文化ヘルスコミュニケーション事例から、これらの諸概念の実例を引いて解説する。

キーワード：異文化コミュニケーション 医療コミュニケーション  
外国人看護師候補者

---

### 1. 異文化コミュニケーションとしてのヘルスコミュニケーション：文化的概念から捉える

一般的に異文化コミュニケーションは異なる国文化に属する人々の相互作用を対象にすると考えられている。しかし異文化

コミュニケーション学においては、文化は国文化には限定されず、ジェンダー、世代や職業集団などを含むと考えられ、コミュニケーションにおいて価値観や行動規範の違いが顕在化した時に「異文化」として捉える。つまり「異文化コミュニケーション」とは「違い」や「多様性」を前提としたコミュニケーションであり、互いの働きかけや意味づけが、共通性のみを前提としてはいまうまく図れないという可能性を孕むため、創造的な関わりが必要となる。これらの「違い」や「多様性」を捉える文化的概念を知り、その視点をヘルスコミュニケーションに応用することによって、新しい知見と対応が可能となるだろう。

まず、文化の捉え方には様々なアプローチがあるが、1) 学習される、2) 共有される、3) 世界観、あるいは知識・行動・情動の意味体系に深く関わる、4) 行動に表れる、5) 多層的でダイナミックなもの、という共通の特徴が挙げられる。文化は集団に関わるが、文化イコール国文化ではない。ある集団が、価値観や行動様式を共有し、他の集団との違いがあると認識されれば、それは「文化集団」として捉えることができ、同じ国の中にも、地域文化、職業文化、性差や世代による文化など、多様な文化が存在し、私たちは同時にこれら複数の文化に所属していると言える。

ホール[1]によるコンテキストとコミュニケーションの関係は日常のコミュニケーションを振り返る際の示唆を与えてくれる。ホールはコミュニケーションを意味とコンテキスト（文脈：場、設定、状況、人間関係、社会的場面など）という次元で捉え、高コンテキストと低コンテキストという連

続体のコミュニケーションのあり方を提唱した。高コンテキストコミュニケーションでは、メッセージは話し手同士ですでに共有されコンテキストに内在化されている。したがって言語で明示しなくても意思疎通が可能であり、間接的あるいは婉曲的なスタイルをとる。一方、低コンテキストコミュニケーションではほとんどのメッセージは言語で明示的に伝えられ、直接的なスタイルをとる。

通常日本の多くの職場では「察し」が評価され、情報共有のための明確な言語化があまり行われぬ。しかし医療現場においては、患者が医療従事者と同じコミュニケーションスタイルを用いるとは限らず、そのミスマッチが意思疎通の妨げとなり得るため、留意が必要となる。また患者に限らず、経済連携協定（EPA）に基づき来日している看護師・介護福祉士候補者など、文化的背景や職場体験を共有しない人々とのコミュニケーションの際にも同様の注意が必要である。

次に、言語コミュニケーションのスタイルにもパターンがある[2]。よく挙げられる違いに螺旋型、直線型、人間関係重視型、あるいは情報重視型などがある。話し手の論理の飛躍を聞き手がつなげることが期待される飛び石型は、コミュニケーションにおける聞き手の責任を重視する。これに対し、情報を伝える時に綿密に論理の移行を明示する石畳型は、話し手の責任を重視すると考えられる。ヘルスコミュニケーションにおいては「説明責任」が重要となる場面も多いが、話し手・聞き手いずれを中心とすべきかに関する期待が当事者間で異なり、

そのすれ違いがコミュニケーションを難しくする場合も多い。

最後に、異文化コミュニケーション学の中でも特に価値観に関わる研究で使用される概念を2つ紹介する。第一に、クラックホーンとストロッドベック[3]の提唱する「人間と自然」に関する価値志向の違いは、医療現場でのコミュニケーションにも影響を与えらると思われる。これには「自然に服従」「自然と調和」「自然を支配」という3つの志向があるが、この「自然」を「病氣」と解釈すれば、治療に対する患者の態度の違いの分析が可能になる。第二に、ホフステッド[4]の提唱する「不確実性の回避度」という文化的価値観は、曖昧あるいは不確実な状況に脅威を感じ、確実性を高める枠組みやパターンを求める傾向を示す。医療者・患者共に、この回避度が高すぎると規則とルールに縛られ柔軟な判断が出来なくなり、低すぎると規則やルールを無視し周りとの信頼関係や取り決めを軽視するようになることが考えられる。

このように、異文化コミュニケーション学で用いられる諸概念は、医療現場におけるコミュニケーションを振り返り、創造的な対応を生み出す知見を与えてくれる。

## 2. 医療における「コミュニケーション能力」：ヘルス、コミュニケーション、文化の関係を探る

医療者と患者（これには「潜在的患者」すなわち「いつ患者になるか分からない人」を含む。つまり「患者」はすべての人々を指し、「(医療)消費者」とも呼ぶことができる)が情報や指示を交換・共有する過程におけるコミュニケーション能力と文化の

関係について、コミュニケーション学の視点から存在論・認識論的問題提起を行う。

「コミュニケーション」は、医療者の情報収集、投薬指示、ことば遣い、非言語メッセージなどの表面的・技術的側面と考えられることが多い。「良好な患者—医療者関係を結ぶための基本はコミュニケーションで、医療者に今こそ求められているのが、コミュニケーションのためのスキル」[5]という捉え方である。即効性への期待の表れか、患者との人間関係の「コツ」を求める傾向が強い[6][7][8]。「接遇」という名の下で、医療者がコミュニケーションを技術・道具・スキルと捉え、どのように患者と接する技術を磨けば良いかという課題は、医療をサービスと考え、患者満足度の向上を図ろうとする病院経営者や医療従事者にとって重大事である。

しかし、人間はシンボルを使うからこそ医療行為や健康促進の相互作用を営む。シンボルを介して健康、病氣、治療、命、死などの意味を構築し共有する過程こそヘルスコミュニケーションの重要な課題である。医療者と「消費者」が相互に働きかけ、シンボルへの共同の意味づけを行うことで双方向(参加型)の医療が実現する。これは、医療者が患者の病氣を「治してやる」という考え方、あるいは医療者が接遇技術により患者の満足度を上げるという考え方から、双方向の医療へ転回するのに有益な認識論である[9]。

人と人との関わりとしての医療コミュニケーションは、ソクラテスの時代まで遡る[10]。ソクラテスとその弟子プラトンとの「師匠と弟子」の対話においては、医師は患者にとって診断や治療に必要な情報を提

供してくれる源で、患者自身も治療における協力者であるとされている。また、患者にこのような自覚を植え付けるのが双方向コミュニケーションであり、その進行役を担うのが医師であるという考え方が示されている。

言い換えれば、病院などの医療現場をコミュニケーション行為や現象が起こる「箱物」・「場」としてだけ考えていては、ヘルスコミュニケーションの真髄は捉えられない。医療や看護・介護は、理解、共感、交渉、説得、宣伝、目標設定などと同様、人間のシンボル行為が顕在化したものだからである。医療そのものがコミュニケーション行為であると考え、ヘルスコミュニケーションとの新しい存在論が生まれる。

双方向コミュニケーションを可能かつ効果的にするには、「消費者」自身の参加とコミュニケーション能力の向上が求められる。医療者の適切な意思決定には、患者による十分な自己開示が欠かせない。医療者に真実を伝えること、インフォームドコンセントを与えること、自己決定を行うことは、患者の権利の根幹を成しており、患者自身の能力や態度が医療の質に与える影響は大きい[11][12]。

ヘルスコミュニケーションにおける患者の役割や貢献を中心課題とする研究概念の一つに、ナラティブ医療がある[13]。SharfとVanderford[14]は、人間の肉体的・精神的な状態に関する意味の構築・認識がいかに社会的・文化的な影響を受けているかという問題について、レトリック理論を中心に論説している。「真実」はコミュニケーションの過程で創造されるのであって、医師

や患者が個々に抱いている「真実」は相手や状況によって異なり、その都度シンボルを介した「交渉」によって形成、変化、維持される。したがって、患者による病気に関する十分な吐露なくしては、満足な双方向関係は望めない。

「病気」という漢字（シンボル）は、これまでも医療者[15][16]やヘルスカウンセラー[17]なども主張してきたように、「病」が客観的・物理的側面で、生物としての機能の一部に問題がある状態を指し、「気」はその病を患う者が、測定はできないが、主観的に自らの状態を理解し、それに対してさまざまな気持ちを抱く状況を表す。この点に関して医療者と患者との間にずれがあると、患者は医療者に対する不信感を抱き、葛藤や不安を導く。

この「ずれ」の大きな原因が両者間の文化差である。「文化」もまた人間がシンボル行動を介して構築・再生し、同時に医療コミュニケーションを含む日々の行動や思考様式の枠組みを形成する働きをする。Wrightら[18]は、高齢化、文化の多様化、医療・健康・介護への伝統的、革新的考え方の間の緊張、それに新しい技術の影響による文化差を、21世紀の医療の課題として取り上げている。一つの国の中でも地域や性、年齢、また医療の場では立場の違いそのものがさまざまな文化差を生じさせる。医療者と消費者間の問題を異文化コミュニケーションの視点から捉えることも、またコミュニケーション学の使命である。

### 3. 「医療職の異文化協働：外国人看護師候補者受入事例を通して」

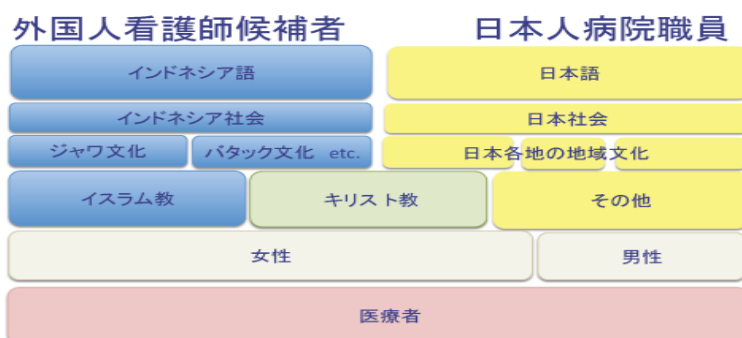
前項の議論に共通するのは、「異文化」はいわゆる「国文化」に限らず、価値観や行動規範を異とする集団すべてを含むという点である。この観点で、外国人看護師候補者・日本人病院職員の協働を捉えると（図1）、「異文化」は、「インドネシア対日本」という国文化単位のみならず、「ジャワ文化」「バタック文化」という下位文化を含んだり、両国民のそれぞれ一部が「キリスト教文化」の価値観を共有していたり、さらには国文化の枠組みを超え「医療者」に共通の行動規範を有していたり、ということになる。

前項で町が述べた通り、文化的差異が顕著な場面においては、意味が状況的要因に内在している高コンテクストスタイルは誤解を招きやすい。たとえば、集中治療室に着任したばかりのインドネシア人看護師候補者に対し、日本人看護師が「インドネシアに帰るなら年内にして下さい。年が明けると忙しくなるから」と言ったとしよう。この発言の裏には、冬は脳卒中や心筋梗塞などの患者が増えるため集中治療室は忙しいという暗黙知がある。しかし、年間を通して気温変化の少ないインドネシアからや

ってきた看護師候補者には、その言外の意味を理解するのは難しい。

一方、異文化コミュニケーションにおいて、すべての「違い」を文化的差異によるものと解釈することは危険である。前項で宮原が述べたように、「真実」は相手や状況によって異なり、その都度シンボルを介した「交渉」によって変化・維持されるが、その違いは、当事者間の文化的背景のみならず、個人の資質にも左右される。異文化コミュニケーションを研究する際には、どうしても文化的特殊性に目が向きがちであるが、「異文化コミュニケーションと対人コミュニケーションは一種の連続体を成す」という点も念頭に置く必要がある。同じコミュニケーション場面であっても、その中で「文化的差異」に焦点をあてれば、それは「異文化」コミュニケーションとして研究が可能になる。一方、文化を超えた普遍性に着目すれば、「対人コミュニケーション」の枠組みを持って研究することが適切となる。ヘルスコミュニケーションにおける諸問題を、このような柔軟な視点で研究することにより、解決や改善につながる知見を得ることが望まれる。

図1:外国人看護師候補者と日本人病院職員における「異文化コミュニケーション」



## 文献

- [1] Hall, ET. *Beyond Culture*. Doubleday & Company. 1976.
- [2] 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改訂版. 三修社; 2009.
- [3] Kluckhohn FR, Strodtbeck FL. *Variations in Value Orientations*. Row, Peterson; 1961.
- [4] Hofstede G. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. McGraw-Hill; 1991.
- [5] 町田いづみ・保坂隆. 医療コミュニケーション入門: コミュニケーション・スキル・トレーニング. 星和書店; 2001. p. 5.
- [6] 奥田弘美. 医療コミュニケーションのためのコーチング 25 のコツ. 厚生科学研究所; 2006.
- [7] 沢村敏郎・中島伸. わかる身につく医療コミュニケーションスキル. メディカルレビュー社; 2005.
- [8] 濱川博招・島川久美子. 医師・看護師が変える院内コミュニケーション: 実践病院改善マニュアル. ぱる出版; 2007.
- [9] Brown JB, Stewart M, Ryan BL. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003, Chapter 7; Outcomes of patient-provider interaction. p. 141-61.
- [10] 中岡成文. 医療におけるコミュニケーションと「ソクラテスの対話」. 「医療・生命と倫理」(オンライン版) 1:1, 大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学教室. 2001.
- [11] Cegala DJ. *Applied Interpersonal Communication Matters: Family, Health & Community Relations*. Peter Lang; c2006. Chapter 8, The impact of patients' communication style on physicians' discourse: Implications for better health outcomes. p. 201-17.
- [12] Gillotti CM. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003, Chapter 8; Medical disclosure and decision-making: Excavating the complexities of physician-patient information exchange. p. 163-81.
- [13] 星野晋. 医療者と生活者の物語が会うところ. ナラティブと医療. 江口重幸・斎藤清二・野村直樹(編). 金剛出版; 2006. p. 70-81.
- [14] Sharf BF, Vanderford ML. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003. Chapter 2; Illness narratives and the social construction of health. p. 9 - 34.
- [15] 藤崎和彦. 医療コミュニケーションの特徴と実証研究の現状. 医療コミュニケーション: 実証研究への多面的アプローチ. 医療コミュニケーション研究会(編). 篠原出版新社; 2009. p. 16.
- [16] 鎌田實. 言葉で治療する. 朝日出版; 2009. p. 180-83.
- [17] 宗像恒次(監修). キャリアカウンセリングインターナショナル(著). 患者を感動させるコミュニケーション術. ぱる出版; 2005. p. 30.
- [18] Wright KB, Sparks L, O'Hair HD. *Health communication in the 21<sup>st</sup> century*. Blackwell; 2008.