



nGlobe

令和2年度 共同研究

看護職の文化的能力の評価と能力開発・臨床応用に関する実証研究

# コンテンツ報告書

nGlobe 研修



**NIGHTINGALE  
CHALLENGE**  
2020 The Year of the Nurse and the Midwife



nGlobe

看護学教育研究共同利用拠点

千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター

はじめに

COVID-19 の世界的パンデミックは、私たちの日常を大きく変えました。社会の改革もスピードアップしており、SDGs や Society5.0 が一人ひとりの生活に直結してきている実感があります。一方で、様々な価値観の変換と多様性（ダイバーシティ）に直面している社会において、アンコンシャス・バイアス、格差などの課題もあらためて浮き彫りになってきています。看護職の存在と役割は、人々のつながりを通して益々重要になってきています。

本研究班は、新しい看護提供システムの研究と教育を進めながら、患者、家族、看護職と医療に携わる人々の安全と、健康課題に向き合う日々の看護実践の質の向上の視点から、「看護職の異文化対応能力」について取り組んでいます。

本コンテンツ報告書は、わが国唯一の看護学教育研究共同利用拠点である千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センターが、国内外の教育研究者と共に実施する共同研究として、Webinar でドイツと日本を結んで実施した nGlobe 研修国際セミナーの研修内容を収録しました。6つの研修に延べ総数 450 名余の参加をいただきました。WHO および ICN の Nursing Now (2018-2020) またナイチンゲール生誕 200 年を記念した若手看護職を応援する Nightingale Challenge (2020) が展開されており、本セミナーも登録参加しております。

10 年前の東日本大震災の日を迎えこの 10 年を振り返り、同時に 2030 年までの未来の 10 年に向けた私たちの歩みについて考えます。平坦な道のりではなさそうですが、ドイツの看護師の皆様との意見交換で実感した「語り合うことの大切さ」に勇気を得て進んでまいりたいと思います。本コンテンツ集が、看護職、看護学生の皆様、本テーマに取り組んでおられる多職種の皆様、関心をもっておられる皆様に、お役に立てていただけましたら幸いに存じます。最後に、ご専門のお立場から、わが国の「看護職の異文化対応能力」向上に向けた貴重な講演をいただきました先生方、日独の参加者の皆様に、あらためて御礼申し上げます。

2021 年 3 月 11 日

看護学教育研究共同利用拠点

千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター 令和 2 年度 共同研究

「看護職の文化的能力の評価と能力開発・臨床応用に関する実証研究」

研究代表者 野地有子

## 目 次

1. nGlobe 研修 I . . . . 5  
看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの開発と実践評価  
-ドイツ・シャリテ医科大学における多文化対応能力トレーニング・プログラム  
(IPIKA) の開発-
2. nGlobe 研修 II . . . . 23  
異文化環境における対立への対応
3. nGlobe 研修 III . . . . 45  
病院における差別・格差への対応
4. nGlobe 研修 IV . . . . 73  
インターカルチャー・コミュニケーション  
-外国人患者の臨床とコミュニケーション-
5. nGlobe 研修 V . . . . 97  
多文化環境における医療倫理
6. nGlobe 研修 VI . . . . 123  
1 日目：看護職のウェビナー事始め講座 基礎編  
2 日目：看護職のウェビナー事始め講座 理論・実践編

本研究は、次の教育研究助成により実施しました。

1. 令和元年度・令和2年度千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター共同研究「看護職の文化的能力の評価と能力開発・臨床応用に関する実証研究」
2. 小高根美那子看護教育研究助成金
3. 令和元年度・令和2年度千葉大学国際交流事業 海外との組織的教育研究交流支援プログラム「シャリテ IPIKA—CHIBA プロジェクト：シャリテ医科大学と千葉大学の協働による国際化に能力を発揮できる若手リーダーの育成」
4. JSPS 科研基盤研究 (A) 17H01607 FY2017-22 「世界をリードするインバウンド国際展開に向けた看護国際化ガイドライン」

講師 ドイツ・シャルテ医科大学から



**Ute Siebert, PhD**  
(ウテ・ジーベルト)



**Volkan Aykaç, MD, PhD**  
(ヴォルカン・アイカッチ)



**Jutta Marquardt, RN**  
(ユタ・マルクワット)



**Kalia Carlos Dogbevi, RN**  
(カリア・カルロス・ドグベビ)



**Thomas Große, RN**  
(トーマス・グローゼ)



**Coshima Mortey, RN**  
(コジマ・モルテェ)



**Makoto Kashiwabara, MPH**  
柏原 誠  
(かしばら まこと)

日本から



**野地 有子**  
(のじ ありこ)  
Ariko Noji, RN, PHN, PhD



**近藤 麻理**  
(こんどう まり)  
Mari Kondo, RN, PHN, PhD



**飯島 佐知子**  
(いいじま さちこ)  
Sachiko Iijima, RN, PHN, PhD



**小寺 さやか**  
(こてら さやか)  
Sayaka Kotera, RN, PHN, PhD



**溝部 昌子**  
(みぞべ あきこ)  
Akiko Mizobe, RN, PHN, PhD



**大友 英子**  
(おおとも えいこ)  
Eiko Otomo, RN



**浜崎 美子**  
(はまさき よしこ)  
Yoshiko Hamasaki, RN





**Ute Siebert, PhD**  
(ウテ・ジーベルト)

ウテ ジーベルト博士は、ドイツ・ベルリンを拠点に、病院や医療機関などにおいて、多職種多文化対応トレーニングのコーチングやカウンセリングを行なっています。ご専門は、社会人類学で、1992年米国ワシントン大学で文化人類学を学び、フンボルト大学で1997年修士、2003年博士（社会人類学）を授与されています。2013年から国際精神分析大学講師、2017年からドレスデン国際大学講師など。2014年からシャリテ医科大学におけるIPIKA（医療職の多職種多文化能力開発）プロジェクト開発者です。



**Volkan Aykaç, MD, PhD**  
(ヴォルカン・アイカッチ)

Dr. med. アイカッチ先生は、ドイツのシャリテ医科大学病院老年科の医師として、臨床およびコンサルテーション、学生や医療専門職教育に尽力されています。老年学に加えて、昨年より緩和ケアのスペシャリストとしても活躍し、シャリテ医科大学病院におけるIPIKA（医療職の多職種多文化能力開発）プロジェクトの講師です。多言語を話され、ドイツ語、トルコ語、英語、ラテン語、古代ギリシャ語があげられます。

nGlobe 研修 I

ドイツ・シャリテ医科大学における多文化対応  
能力トレーニングIPIKAプログラムの開発



JSPS (A) 世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン(野地有子)

nGlobe 研修 2020 開催報告  
看護職の多文化対応能力研修 I (Webinar 開催)

ドイツ・シャリテ医科大学における  
多文化対応能力トレーニングIPIKAプログラムの開発  
IPIKA: InterProfessionelles und InterKulturellesArbeiten  
inMedizin, Pflege und Sozialdienst

ドイツ・シャリテ医科大学における多文化対応能力トレーニング  
IPIKAプログラムの開発

開催概要

日時: 2020年3月14日(土)16時~17時10分  
場所: Webinar 開催実施本部 千葉大学大学院看護学研究科  
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1  
目的: 看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの実施評価

プログラム

- 16:00~16:05 開会挨拶 (ドイツタイム 9:00)  
Webinar 参加方法について  
講師紹介
- 16:05~16:50 Webinar 講演  
テーマ: 「ドイツ・シャリテ医科大学における多文化対応能力トレーニング  
IPIKAプログラムの開発」  
講師: ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)  
座長: 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)
- 16:50~17:05 ウテ・ジーベルト博士への質疑応答
- 17:05~17:10 全体まとめ  
閉会挨拶



看護職の多文化対応能力研修エキスパートコースは、ドイツ・シャルテ医科大学より、ウテ・ジーベルト先生を招聘し3月14日(土)に、共催いただいています順天堂大学お茶の水校舎で開催の予定でした。

また、3月13日(金)には、千葉大学におきまして、千葉大学国際交流事業の助成を得て、国際セミナーも実施予定でした。今般の新型コロナウイルス感染症への対応により、ウテ・ジーベルト先生の初来日も叶わず、準備してまいりました研修会および国際セミナーの実施が難しくなりました。

そこで急遽、プログラムを変更し、ZoomによるWebinar開催に切り替えて実施の運びとなった次第です。

Webinarの利用は初めての方が多かったことと拝察いたしますが、ご協力いただきました皆様、ご参加いただきましたお一人おひとりに御礼申し上げます。



皆様、こんにちは。千葉大学の野地でございます。WEBセミナーへのご参加大変ありがとうございます。

今日の講師はドイツ、ベルリンにありますシャルテ医科大学のウテ・ジーベルト先生です。

シャルテというお名前は、フランス語でチャリティー、慈善、慈愛という意味とのことです。1710年に当時、東ヨーロッパでペストが大流行して、ベルリンに来るといことが伝わりまして、ペストの患者を収容するため、この隔離病

院としてシャリテ医科大学が建てられたということです。

現在はベット数3,000床でヨーロッパで一番大きな病院ということで看護職員は4,000人、そのうち外国籍看護師の方は10%ということで、本日の講師のウテ・ジーベルト先生はこのような多職種で外国籍の方々が働く病院で文化的対応能力を高めるためのトレーニングとコンサルテーションに尽力されています。

本日のご講演はおよそ25分です。逐語の日本語通訳がつかます。

では、さっそくはじめて参りたいと思います。

ウテ・ジーベルト先生、よろしくお願いいたします。



日本のみなさん、こんにちは。ウテ・ジーベルトです。今日はIPIKAというプロジェクトについてお話させて顶きたいと思います。

IPIKAというのは多職種のトレーニングコースのことを意味しまして、お医者さんと看護師、ソーシャルワーカー等、多職種に渡って、多文化のプログラム、能力研修を行っているという意味です。

IPIKAというプロジェクトに関しましては、シャリテ医科大学と協働している大学がござい

まして、アリス・ザロモン大学、ベルリンにある大学と共同のプログラムであります。

ドイツにボッシュという会社がございまして、そちらの会社がスポンサーとなっているプロジェクトでございます。



**Facts I**

- ドイツは、移民の背景を持つ住民が全人口の25.5%占める。  
総人口: 8160万人(内、移民 2080万人)
- 移民の出身国\*:  
トルコ: 13.3%  
ポーランド: 10.8%  
ロシア: 6.6%  
カザフスタン: 6%  
ルーマニア: 4.5%  
イタリア: 4.2%  
シリア: 3.9%
- ベルリンは、移民の背景を持つ住民が約100万人います。  
(全人口の1/3)

\* Bundeszentrale für politische Bildung (2019), based on data of Statistisches Bundesamt, Mikrocensus - Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2018

スライド4枚目をご覧ください。


IPIKAについてお話をさせていただきます。

事実を申し上げますと、ドイツという国は移民の背景を持つ住民が全体の25.5%を占めています。



**Facts II**

- シャリテ医科大学病院に訪れる患者の背景は、ますます多様になってきている。
- シャリテ医科大学病院に訪れる難民数（主にシリア、イラク、アフガニスタン、イラン、ナイジェリア）は、2015年以降増加傾向にあり、今後も増加する見通しである。



ドイツの全人口 8160 万人のうち、移民が 2080 万人を占めるという事実です。移民の出身国の内訳をみますと、トルコ、ポーランド、ロシア、シリアが多くなってきています。

ベルリン市で言いますと、移民の背景を持つ住民が約 100 万と言われており、これは全人口の約 3 分の 1 が移民という風に言われています。

**移民患者の医療上の問題**

- コミュニケーションの壁
- 社会・文化的価値観の相違
- 移民と(精神的)健康に関する知識の限界

一移民の背景のない地元住民に提供される医療基準と比較して、多くの場合、誤診、誤った治療、慢性化、長期入院につながる

一病院スタッフ(医師、看護師、ソーシャルワーカーなど)の異文化対応能力と社会的スキルの開発が重要



次のスライドに移ります。移民の患者さんを受け入れる医療上の問題についてお話しします。

異なる言語を話すために、やはりコミュニケーションの問題が挙げられます。

文化的社会的背景の誤解からくる、相違からくるような問題も挙げられます。

その移民の人たちのやはり健康上の問題、特にそのメンタルの、精神的な問題にもかかわるようなものでは、やはり知識的にも限界を感じるがあります。移民ということでやはり違う

環境ですね、例えば違う環境にいらしているので、そういった環境の違いによる問題も生じます。そういったストレスに加えて、例えば誤診があったり誤った治療なども起こしかねないというような問題もあります。

そして、病気が慢性化したりですとか、長期入院につながったりするようなこともありえるというように考えられています。一方、病院のスタッフからいうと、移民の受け入れ側としてはそんなに慣れていないということもあるので、そこでスキルが不足するというようなことが生じるという問題が挙げられます。そのため、その病院のスタッフ間で特に異文化の交流、対応能力を開発していく、そういったことが必要になってきます。

**IPIKAの概要**

- シャリテ医科大学病院の医師、看護師、ソーシャルワーカー向けの多文化多職種連携スキル
- 歴史: 2014 - 2015 フェーズ I, 2016 - 2018 フェーズ II, 2018 - 2020 IPIKA Plus フェーズ III

シャリテヘルスアカデミーで毎年、10 - 12日の研修(5-6ジュール)



それでは次のスライドで、IPIKA の概要についてお話しします。2014 年にはじめて、そのフェーズ1としてですね、シャリテ医科大学病院で多文化多職種連携スキルというようなプログラムが始まりました。今は、2020 年なので、フェーズ3の方に入っていて、その1、2、3ときて、2018 年から 2020 年はそのフェーズ3というような時期に来ています。

シャリテヘルスアカデミーというプログラムが毎年行われていて、10～12 日の研修になっています。そして5～6のモジュールがあるようなものになっています。

**IPIKAの目的**



- > 移民の背景を持つ患者のための質の高い医療と看護
- > 医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他の医療従事者の異文化対応スキルの向上
- > 病院スタッフ、患者及びその家族のストレスの軽減

CHARITÉ UNIVERSITÄT BERLIN

次のスライドにいきまして、IPIKA の目的についてお話させていただきます。移民の背景を持つ患者さんがいますが、その方のために質の高い看護が必要になってきます。医師、看護師、ソーシャルワーカー、そして、その他の医療従事者の異文化対応スキルを向上させる必要があります。

病院スタッフのみならず、その患者さま、そのご家族のストレスを軽減する必要があるということです。

**IPIKAプロジェクトメンバー**

**プロジェクトパートナー**

Prof. Dr. Jalid Sehouli, Director, Clinic of Gynecology, CVK  
 Prof. Dr. Ulrich Keilholz, Director, Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)  
 Prof. Dr. Theda Borde, Alice Salomon University of Applied Sciences, Berlin

**IPIKA運営委員会の他のメンバー**

Judith Heepe, Director of Nursing, Charité University Medicine  
 Cindy Stokiosca, Central Management hospital social work / Social Services  
 Lutz Steiner, Manager Charité International Cooperation  
 Dr. phil. Ute Siebert, Consultant / Trainer for intercultural competencies in the health sector  
 Zeki Coşkor, Executive Director Berlin Education und Consulting GmbH  
 Baharan Naghavi, Manager, Working Group Intercultural Communication, CCCC  
 Franziska Grimm, Charité International Cooperation

CHARITÉ UNIVERSITÄT BERLIN

はい、次のスライドで IPIKA のプロジェクトメンバーを紹介します。

多職種から成るグループについてまず、Sehouli 教授という一番上に書かれている医師ですが、彼は婦人科の教授の代表になっています。

同じく教授で Dr. Keilholz という 2 番目に書かれている先生は、総合的ながんセンターの教授になります。

3 番目に書かれております Theda Borde 先生はアリス・ザロモン大学の公衆衛生の教授になります。

その他のメンバーに関しましては、看護師、ソーシャルワーカー、あるいはウテ先生のような多文化の専門家が属しています。

**IPIKA Plus プロジェクト (2018 - 2020)**

**アクティビティ 3:**

- 1) シャリテ医科大学病院での IPIKA カリキュラム: 5~6 モジュール (10~12 日)  
 医師、看護師、その他の病院職員向けのヘルスケアアカデミー
- 2) シャリテ医科大学看護部門による統括マネージャー/統括コミッショナー向けトレーニングプログラム (2018 - 2019)  
 → 海外からの看護師受け入れプロセス!
- 3) アリス・ザロモン大学ベルリンの認定コース  
 「医療専門家のための異文化適応能力」の開発 (2020/21)

CHARITÉ UNIVERSITÄT BERLIN

次のスライドにいきたいと思います。

IPIKA のプロジェクトの今のフェーズについて、現在の段階を説明します。

一番初めに書かれているのは、先ほど申し上げました IPIKA カリキュラムというモジュール、先ほど申し上げた通りのものがあります。二番目に書かれておりますのが、シャリテ医科大学病院看護部門による、統括マネージャーですとか統括コミッショナー向けトレーニングプログラムというようなものになります。この部門における役割というのは看護部門に他の国から

の移民を外国籍看護師として受け入れるというような仕事をしている部門です。3 番目に書かれております、アリス・ザロモン大学の認定のコースですけれども、これは医療専門家、特に PT とか ST とか他の医療従事者のプロフェッショナルに対しての認定コースになります。医学専門家の異文化適応能力の開発というのは 2021 年にも続いても行われます。



### アクティビティ 2: 統合マネージャー/コミッショナー向けトレーニングプログラム (2018 - 2019)

- ・ シャリテは海外の看護師雇用を促進
- ・ 2人の統合マネージャーが受け入れプロセスをサポート
- ・ シャリテセンターの約13人の統合コミッショナーが、海外の看護師が既存のチームに馴染めるようにサポート

#### トレーニング:

- チーム開発
- 異文化チームのリーダーシップ
- 海外の看護師とチームのためのコミュニケーション&カウンセリング
- コンフリクト・マネジメント / メディエーション
- 移民の心理的プロセスの紹介
- ドイツの居住法と雇用法の紹介

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 Medizinische Fakultät  
 Robert Koch Institut

### アクティビティ 2: 新しい同僚を組み入れる看護チームのためのIPIKAトレーニング(2019 - 2020)

- ・ 看護チーム(ウェルカムチーム)向けの異文化スキルトレーニング
- ・ 異文化チームビルディング
- ・ 統合アクティビティの開発
- ・ 移民の心理的プロセスの紹介



### アクティビティ3: アリス・ザロモン大学ベルリン認定コース「医療専門家のための異文化コンピテンシー」の開発

- ・ 6モジュール(12日間)
- ・ 病院ベースの治療と外来治療の両方に焦点を当てる
- ・ より多くの医療専門職参加: 作業療法士、言語療法士、理学療法士
- ・ 特に、多職種多文化連携スキルに焦点を当てる
- ・ 開始: 2020 / 2021



CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 Medizinische Fakultät  
 Robert Koch Institut

### IPIKA カリキュラム

> 2014年に専門職間のチームでカリキュラムの開発を開始。(医師、看護師、ソーシャルワーカー、異文化トレーナー、社会人類学者、心理学者、看護教育者)



> シャリテ医科大学病院内の様々な医療専門家にインタビュー実施。移民の背景を持つ患者を治療する際のニーズ聴取

> ドイツの医療制度における移民患者とその家族の視点とニーズに関する研究レビュー。

> 5つのトピックを特定し、5つのモジュールカリキュラムを作成。

> 毎年、カリキュラムを見直し、2020年に別のモジュールを追加。

> 現在、IPIKAカリキュラムは、年6モジュール(12日間の研修)で構成されている。

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 Medizinische Fakultät  
 Robert Koch Institut

スライドの番号でいうと、14 番目まで飛びます。

IPIKA カリキュラムというスライドがございますが、14 番目の IPIKA カリキュラムというスライドをご覧ください。

2014 年に、多職種からなる専門職間チームのカリキュラムの開発を開始しています。

また、シャリテ医科大学病院内の様々な医療専門家にインタビューを実施しまして、移民の背景を持つ患者を治療する際のニーズについて聴取しています。

ドイツの医療制度において移民患者とその家族がどのような視点やニーズを持つかということの研究したり、レビューをして行ってきました。

そこで5つのトピック、問題点というようなものがカテゴライズされ、5 種類のモジュールからなるカリキュラムを作りました。

## IPIKA カリキュラム I

## モジュール1 移民と(メンタル)ヘルス

- 健康の社会文化的及び移民に関連する決定要因
- 移行プロセスにおける心理的及び精神的ダイナミクス
- トラウマ体験の心理的影響
- 病院における異文化対応能力
- 多職種連携とネットワークング

## モジュール2 健康・病気・対処方法の社会文化的概念

- 健康・病気・対処方法の社会文化的概念
- 症状の発現の違い
- 医師、看護師、患者役割における社会文化的変化
- 模擬患者を用いた実践形式のシミュレーション演習
- パーソナルスキルと態度: 自己の振り返り、視点の変化

に関してですね、調べています。

移民を行っている、そういうプロセスにおいて心理的および、精神的にはどのように影響するかという、ダイナミクスについて調べています。移民をする前、そして移民をしている状態の時、そして移民を行った後にも、トラウマ的な経験がどのような心理的影響を及ぼしているかを学んでいます。

モジュール2では社会文化的概念というんですけれども、それが、例えば健康ですとか、病気ですとかの対処をどのように行うのかというような、その概念についてです。

文化的背景の違いによって、その症状が出たとしても、病気のその起こり方、それによって感じ方も異なります。症状を表現するにも違いがあります。医師や看護師、患者役割における社会的文化的な変化、その違いですね、相違も見られるという風に考えられています。

それでは、次のスライドにいきたいと思います。

モジュール1というところでいうと、移民とメンタルヘルスということを取り上げました。健康の社会文化的および移民に関連して、その決定要因ってというのはどのようなことがあるのかを調べています。

例えばですけれども、ストレスが生じますが、環境が変わったことによって生じるストレスをどのように関連付けていっていかってということに

## IPIKA カリキュラム II

## モジュール3 言語の壁に対する対応/通訳士との協働

- コミュニケーションの問題に対応する際の手とし穴
- 通訳サービス、電話およびビデオ通訳利用の可能性と限界
- プロの通訳士(言語及び文化の仲介者)及び模擬患者を用いた実践演習
- ピクトグラム、視覚的なチャート及びWebベースのコミュニケーションツールの正しい使用

## モジュール4 多文化環境における医療倫理

- 看護及び医療倫理入門
- 多文化環境における一般的な倫理的対立
- 倫理相談/倫理委員会のための異文化スキル
- 終末期の意思決定における異文化的視点

次のスライドで IPIKA カリキュラムのナンバー3にいきます。これに関しましては、特に言葉の壁に対応する、そしてインターネット含むコンピューター等の対応も含まれます。通訳およびその模擬的な患者さんを用いてロールプレイをするような演習も行っています。

4番目は多文化環境における医療倫理についてです。今、例えばですけれども、健康上の決定をする上で文化的な背景の違いによって対立というかコンフリクトというような問題が生じたりすることもあります。その価値観というような違いで医師と患者さん自身も違いますし、その間に入る人たちも違ったりとか、そういった倫理的な多文化環境における、そういった倫理的な対立があるという風に考えられていますので、そのことについてです。

モジュール5ですね、5番目です。どのようにコミュニケーションを上手くやっていくのかということですか、その文化的な対立をどのように対応していくかというようなことを学んでいきます。例えば、そういう受け入れられないって

## IPIKA カリキュラム III

## モジュール5 異文化環境における対立への対処

- 患者や患者家族とのコミュニケーション戦略
- 異文化環境における対立様式
- 段階的縮小戦略、文化的に微妙な対立解決
- パーソナルスキルと態度: 自己の振り返り、視点の変化
- 多職種連携とサポート

## 2020年の新しいモジュール:

## モジュール6 病院における社会的多様性、人種差別、差別への対処

- 偏見や固定観念の原因と影響
- 私たち自身の認識、価値観、行動、社会的地位の影響
- 病院での差別と人種差別の形態
- 差別と人種差別に対する戦略



というようなこととかをどのように受け入れるのか、そこで対立とかが生じているんですけども、そういうようなことをどう受け入れるのかというような訓練をします。

文化的な違いによって、どのように受け取るかということも違いがあります。今年ですね、2020年からは新しいモジュールというのができました。

モジュール6に書いてあるところなんですけれども、新しいモジュールは病院における社会的多様性ですとか人種差別、そして差別に対する対応になります。なぜならば、これは、その人固有の偏見をお持ちだったりですとか、固定観念、ステレオタイプがあるようなことが原因で影響すると言われるからです。

ここでは、私たち自身が認識して、そして価値観の違い、行動の違い、社会的地位の影響の違いによって、どのように感じるかっていうような、そういったものが影響するっていうことを学んでいきます。よく生じやすいものとしては、大多数のドイツ人の国籍で看護師、医師がいます。しかし、移民の背景を持つ方というのは、言葉の問題が生じますので、そこでダイバーシティという例えば問題が生じるというようなことがあります。例えば、どのような差別ですね、人種的な差別などに対応するような、その戦略というのはどういうことができるのかを学んでいきます。

### 多職種連携の促進

- 専門家の参与 & 移民患者向けサービスに関する情報
- ✓トルコ語によるがん診断患者の心理カウンセリング(ベルリン)
  - ✓アラビア語/ベトナム語での精神医学カウンセリング(シャルテ)
  - ✓ベトナム人移民のためのメンタルヘルスネットワーク(ベルリン)
  - ✓医療分野の専門通訳(コミュニティ通訳サービス ベルリン)
  - ✓プロジェクト「女性難民のためのシャルテ」
  - ✓イスラムの葬儀(ベルリン)
  - ✓文化に配慮した看護サービス(ベルリン)

次のスライドへ。多職種連携を促進していくということになります。

このプログラムでは、専門家の介入ということがネットワークって意味ですね、連携、多職種で連携していくってことがとても大事になってきます。

移民に対して、専門家が関与してプログラムを作るというようなことが次に挙げられていることです。例えば、トルコ語でがん診断患者の心理カウンセリングを行ったりというようなことととか、アラビア語やベトナム語を使っての精神

医学カウンセリングも行っています。イスラム教の方々もいらっしゃるんで、そのイスラム教の信者に対する、宗教的な事柄に配慮するというようなことも大事になってくるので、それを理解するってようなプログラムもあります。

文化的な背景の違いに配慮した看護サービスというのは、ベルリンにはよくあることなのですが、それも配慮しています。特に、ナースのプログラムにおいては、言葉のサービスはもちろんのこと、患者さんやその家族において衛生的なことを教えたりとか、あと例えば、食べ物の指導なんかを含めたサービスですね、そういったことも行っています。

### IPIKAカリキュラム参加者と証明書(2019年1月)



次のスライドで、IPIKA カリキュラム参加者がその認定証明証を受けた写真になっています。

こちらに関しましては、2018年度のプログラムで10モジュールのカリキュラムを終えた方々の認定証を受け終わった時の感動の写真になります。

**トレーニング方法Ⅰ**  
ホスト文化(ドイツ文化)と他の文化(トルコ語、シリア語、ベトナム語など)の共通の近い類似性に気付く

- アイコンタクト、体の距離感、挨拶の形式、感情表現、ボディランゲージ
- 直接的なコミュニケーションスタイル-間接的なコミュニケーションスタイル
- 個人主義-社会中心主義(家族、親戚の役割)
- 権力格差(組織階層的/支配的)
- ジェンダー関係(男女平等または家父長的關係)
- さまざまな看護文化(自律的/受動的)

次のスライドで、IPIKA カリキュラム参加者がその認定証明証を受けた写真になっています。

こちらに関しましては、2018 年度のプログラムで 10 モジュールのカリキュラムを終えた方々の認定証を受け終わった時の感動の写真になります。

では、スライドの 21 番目、トレーニングメソッド2というところ、2 番ですね。トレーニングメソッドについてお話します。

**トレーニング方法Ⅱ**  
文化の違いに関する自己認識演習(体験学習)

自己認識演習というエクササイズがあるんですけども、それをやっている写真になります。いつも意識しなければいけないことは、文化背景の違いということになります。このワークショップでは、文化的な違いによって、どういふ風に対応をするかというようなことを学んでいます。例えば、コミュニケーションにおいて、それぞれの文化的な背景で違いがあるとすると、人と人の距離感ですね、その違いというのは文化的によっても全然違いがありますので、その

の違いを体験するというようなプログラムになっています。

例えば、2 人の人たちが演習をしているんですけども、距離をすごく縮めたりとか、距離を長くしてみて、どう感じるかとか、そういうようなこととかを話し合ったりするワークショップです。ドイツでは約 80 センチから 90 センチっていう距離が一般的であるとされています。一方、アメリカでは 100 センチ、1 メートルから 1 メートル 10 センチぐらいが適度ではないかとされています。ちょっとした違いなんですけれども、それが原因でイラついてしまったりとか、そういうこともあります。ドイツ人からしたら、アメリカ人がドイツ人の距離感を近いと嫌がっていると感じるなど、そういった背景の違いですね。

次に、重要なのはアイコンタクトですね、そのことについても学んでいきたいと思います。挨拶一つにしても、文化的な背景でそれぞれ異なります。ある文化の国では、まったく接触しないっていう挨拶の仕方もありますし、他の国では抱き合うというような、ハグをするような文化ですとか、握手をするような文化ですとか、それぞれ異なります。

**トレーニング方法Ⅲ**  
ロールプレイングゲーム  
(ストリートシアター方式)

**トレーニング方法Ⅳ**

異文化シミュレーションゲーム(アルパトロス島への旅):  
外国人の行動をどのように知覚し解釈するのか?



**トレーニング方法 V**

通訳者と模擬患者とのロールプレイ



患者との日常的なやり取り練習



トレーニング4、24枚目のスライドになります。これは、模擬患者とその通訳者のロールプレイになります。体験しているのは違った位置ですね、位置を変えることでどう違うのかというのを学んでいます。三角形に座るっていうような、写真にあるようなシチュエーション。わかりますか？

通訳士が、患者さんのそばに座るといようなやり方もあります。看護師にとっては、その通訳者というのは、あまり出くわしたことがない、あまり利用したことがない人もいますので、そういった人たちのためにも、こういった演習をしています。

**トレーニング方法 VI**

参加型学習、チームでの作業



ケーススタディとピネットの作成



25枚目の、次のスライドに行ってください。トレーニング6です。

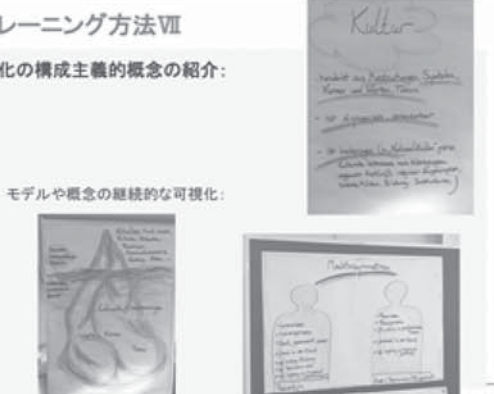
小チームを使つての参加型のワークショップになります。実際にあったケーススタディを取り入れて、その経験を話し合い、その意見交換をしています。

はじめは、なんてちょっと飽き飽きしちゃうんだろうって思ってたみたいなんですけれども、でも、最後、終わる頃には時間が足りなかったわって思うようになっていました。



ご静聴ありがとうございました。それでは、ご質問をいただければと思います。

**トレーニング方法 VII**

文化の構成主義的概念の紹介:



モデルや概念の継続的な可視化:

Thank you!

ありがとう

Vielen Dank! Gelek spas

Mahalo! Merci Beaucoup!

لشكرًا lcten tessekkürler

Mille Grazie!

Σας ευχαριστώ ΠΑΡΑ ΔΕΥΤΕΡΟΝ

λΥΣΜΑΝΨΑΛΥ!

Dziękuję bardzo Cảm ơn bạn rất nhiều

非常感谢你 Спасибо за внимание



## セミナー中および終了後の質疑応答

質問 1: 今、IPIKA のプロジェクトメンバーで、スライドナンバーでいうと 9 番になりますけれども、そのプロジェクトメンバーの人がなんで婦人科の教授とがんセンターの教授が選ばれたのかっていうのが、知りたいっていうご質問です。

回答 1: たまたまですね、婦人科の教授の Sehoul 先生が、移民の患者さんを受け入れるところで問題意識があったということで、その医師が取り上げたということもあって、プロジェクトメンバーが立ち上がりました。そして、がんセンターの医師というのは、2 番目に書いてある Dr.Kaiholz という教授に関しましては、交流関係もあり、メンバーに誘ったという経緯になります。そういった、立ち上げメンバーでそこから始まったというのがあります。

質問 2: 問題は、そのクエスチョンに対して、26 枚目のスライドなのですが、そのトレーニング方法 7 というところなのですが、この部分は、レクチャーでは触れていなかった部分なのですが、これに対してこれらはどのような概念の紹介をしているのか伺います。

回答 2: これに対して、やはり文化的、社会的な背景によって、問題点は人それぞれに異なりまして、これに関して可視化することによってわかりやすくしている。モジュールで学んだ内容のコンセプトを図式化して分かるようになっている、理解しようと工夫しているというような場面です。

質問 3: モジュール 3 でのコミュニケーションの、ピットフォールが何かというですね、そのコミュニケーションを対処するところでの、ピットフォールは何ですか？

回答 3: 例えばですね、ある人が、知らない言語の方と話す時って、とっても大きい声で話したりとか、怒鳴りがちになったりすることがあります。そういったことが例として挙げられます。音だけではなくて、そのうるさいというか、その音だけでなく、その言葉自体ですね、その言葉の意味を取ってみるとということで。例えば、看護師や医師がすごく早口になってしまいます。そうすると言葉が違う患者さん、相手は理解ができません。それで、もっと、ゆっくり話した方がいいのでは？という問題もあります。例えばですけれども、書いて、メモで渡そうとして、それを英語で書いたとしてもそれを読めない方もいらっしゃるんですね。アルファベットが書けない人もいて、そういった問題も生じることもあります。医師、看護師、そしてソーシャルワーカーのみならず、他の職種の人たちでも生じるというふうにも考えられています。

質問 4: 移民のメンタルヘルスのためのモジュール開発するために、どのような理論を使用しているのか教えてください。例えば、2018 年の WHO による「移民と移民におけるメンタルヘルスケア」、または「文化適応モデル」などがあります。

回答 4: 移民や難民の間のメンタルヘルスに関して、現在利用できる公衆衛生データについて、参加者と議論しています。このデータには、量的な研究もあれば、質的な研究もあり、これらの研究では、心的外傷体験とメンタルヘルスとの関係性が示唆されています。他の研究では、ドイツ社会における外国人嫌悪/人種差別の経験とメンタルヘルスとの関係が指摘されています。我々はまた、2011 年の Wieland Machleidt と Andreas Heinz、2010 年と 2011 年の Kizilhan による社会的・文化的適応に関する理論を使用しています。これらの理論は、ある程度 Sluzki に基づいており、ベリー(文化のスタイル)に基づいています。とはいえ、これらの社会的文化的適合の理論は、まだ、広い意味での科学研究によって検証されていません。しかし、移民とこの理論に関して議論していると、移民の多く、そのほとんどが、この理論は自分たち移民の経験と完全に一致していると言います。私は、移民が文化的に適應することだけに焦点を当てるのではなく、移民を受け入れる側と移民、双方の統合プロセスに目を向けています。それは双方向のプロセスなのです。

質問 5: IPIKA プログラムの効果はどのように測定していますか？プログラム終了後、臨床現場で参加者の行動はどのように変化しましたか？

回答 5: 事前アンケートを実施し、IPIKA プログラムの開始時に、参加者には自身の異文化間および社会的スキルをどのように評価しているかを確認しています。プログラム終了後、1 年後に、異文化間の対応スキルや社会的スキルに変化があったかどうか、どのような変化があったのかを再度、聞いています。これまでは自己評価に焦点を当てていました。今後は、患者さんにも、IPIKA プログラムを受講した病院の職員からどのような対応を受けているのか、聞いてみようと考えていますが、参加者は様々な病院やチームで働いているため見極めが難しいというのが正直なところです。これに関しては、今後は 1 つのチームでトレーニングを行い、そのチームでどのように治療を受けているのかを患者さんに聞いてみるのもいいかもしれません。とはいえ、いま、現在、プログラム参加者自身のフィードバックから言えることは、プログラム参加者は、患者に対して以前よりも心を開き、よりリラックスした状態で敬意を払った対応ができるようになったということです。また、患者さんや家族に質問をすることが多くなったということです。以前よりも衝突や誤解を解決できるようになりました。私たちは移民や難民を対象にした治療法や精神療法の展開状況(主に精神分析と認知療法のアプローチ)についても、参加者に共有します。例えば、母国語でのグループセラピーやトラウマ療法、メンタルヘルス教育(難民にトラウマ性の苦痛がもたらす典型的な症状などを教えるなど)、リラクゼーション法のコース、社会的支援、行政相談や法律相談などです。私たちは、移民や難民のためのメンタルヘルスを促進するためのプロジェクトや催しについて参加者に案内します。



質問 6: 看護師たちは学士課程で文化的な背景を考慮する方法を学ぶのですか？  
IPIKA には教育プログラムの要素が盛り込まれているのでしょうか？

回答 6: そうですね、ドイツでは 10 年ほど前から、看護師は看護学校や学士課程の講義の環境で異文化対応スキルについて学ぶようになりました。また、患者の文化的背景に配慮した看護（サンライズ モデル）や多様性へのアプローチ方法についても学びますが、以前の看護師にはそのようなことを学ぶ機会はありませんでした。

質問 7: カリキュラムを作成する際に、文化的な価値観の違いや意見の相違はありましたか？  
どのようにして意見をまとめたのでしょうか？

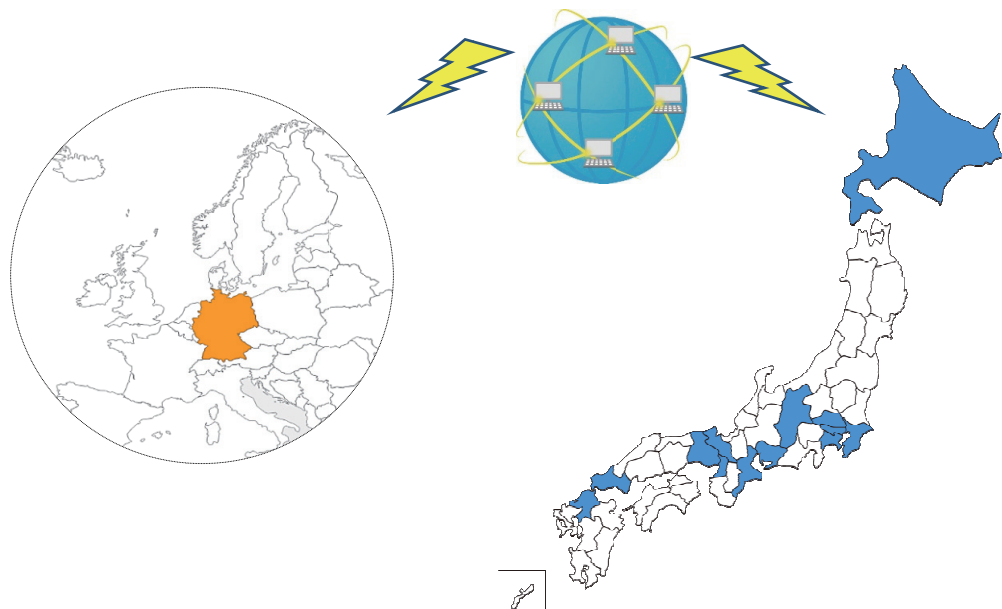
回答 7: カリキュラムの項目や内容を決めるにあたり、意見の相違はありませんでした。というのも、カリキュラムの量がとにかく多いので、たくさんの内容を盛り込むことができるため、最終的にはそれぞれの視点を汲み込むことができたためだと私は考えています。また、試行錯誤する時間も設けました。例えば、様々な専門家を招いて、プログラムの参加者と議論する時間を設けました。専門家によっては、参加者にとって非常に興味深い議論となった場合もありましたが、成功したとは言えない場合もありました。そこで私たちは、自分たちが一番気に入った専門家だけを選んで続けることにしました。

質問 8: 貴重な講義をありがとうございました。婦人科医、がんセンター長など、IPIKA プロジェクトメンバーが選ばれた理由、背景を知りたいです。何か具体的な理由などがあったのでしょうか？

回答 8: IPIKA プロジェクトはいわゆる「草の根」プロジェクトとしてスタートしました。つまり、シャリテ大学の医学部長が始めたのではなく、婦人科の科長である Sehouli 教授が始めたのです。彼は、病院の職員には異文化スキルが必要だと気づいたのです。Sehouli 教授はベルリン生まれで今や大学病院の婦人科のトップですが、両親はモロッコ出身で彼自身が移民の背景を持っています。そのため、移民の患者やその家族が病院で直面する問題に敏感で、Borde 教授だけでなく、他の同僚にも本プロジェクトへの参加を呼びかけました。また、看護部門やソーシャルワーカー部門の責任者を参加させることが重要であることに気づき、私のような異文化間のトレーナーも必要だと考え、こうして、IPIKA プロジェクト運営委員会が発足したというわけです。

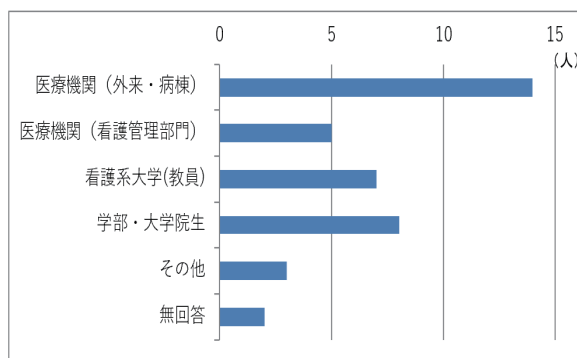
参加後アンケートの抜粋

【参加者の接続地域分布(日本国内およびドイツ)】

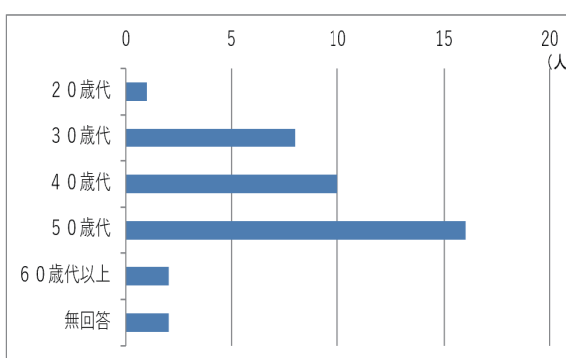


【参加後アンケートより (n=39)】

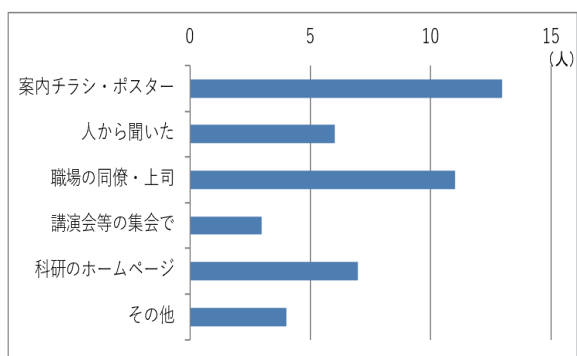
現在の所属



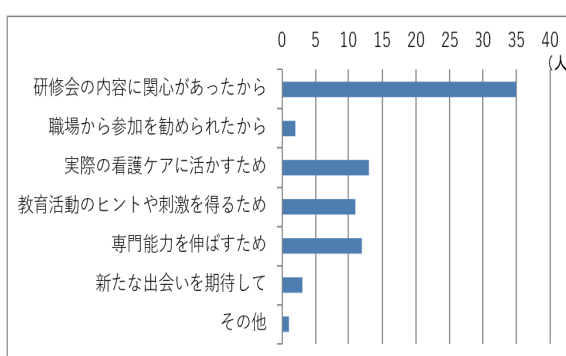
年代



本セミナーを知ったきっかけ(重複回答)



本セミナーに参加した動機(重複回答)



## I. 本研修の内容について、ご意見・ご要望がありましたらご記入下さい。

1	ドイツの多国籍のスタッフ受け入れと教育は理解できた。多国籍の患者の具体的対応が知りたい。ベーシックコースがさらに具体的になるのかと期待していた。ウェブサイトでの研修は素晴らしいものだった。良い経験になった。
2	双方向の中継ができたので、質疑の時間がもっと多く取れたらよかったです。
3	IPIKA トレーニングを実際に受けてみたいと思いました。
4	外国人への対応を看護職で考えていたが、多職種の視点の必要性が理解でき、今後役に立たせたいと思った。
5	時間的制約で仕方ないかと思いましたが、もっと長く聴講したかったです。
6	他者を理解する教育として、文化的背景の異なる日本と視点が異なり大変興味深い内容でした。個別性を理解するインクルーシブ教育として、日本でも取り入れていく必要を感じました。大変勉強になりました。多文化ではセクシュアリティ対応も違うと思いますが、その点についても学ぶ機会があると嬉しく思います。
7	IPIKA での異文化対応トレーニングで幅広い内容の教育が行われていることが知れて参考になりました。
8	前回研修との違い(どのようにステップアップしているのか)について十分わからず、戸惑った。
9	実践編をふくめ継続お願いします。

## II. Web 開催の研修に参加した感想をご記入ください。

1	新しい形の研修で良かった。世界のどこにいても学びたいことができるのは良い。インバウンドに携わる者としては、今後も期待したい。
2	初めてでしたが、非常にわかりやすく見やすくよかったです。
3	来日が困難になったところでの急遽の調整やご案内をありがとうございました。WEBでのセミナーの可能性を早くに周知いただいたので、予定の確保も可能でした。暖かくなってきた時期に出かけたいと思う気持ちもありましたが、次の機会を楽しみにいたしております。ありがとうございました。
4	良い機能だと思いますが、やはり途中で画像が乱れるなどすると、少し興ざめしてしまいますので、通信環境の整備は必要かと思いました。
5	予想以上に受講している実感があつた。講師の姿が投影されていたので講義の内容への講師の感情もつかめ役立った。
6	新型コロナで軒並みセミナーが中止、延期の中、Web 開催してくださりありがとうございました。医学系セミナー以外も Zoom での研修が広く知れ渡る、良いきっかけになったと思います。バーチャルでのセミナーでも参加者は意識が高い人ばかりだと思ってます。もっと浸透することを願ってます。
7	会場での講演と変わらず学びを深めることができました。
8	Web での研修参加は初めてでした。COVID-19 が世界に蔓延する昨今、このテーマはもっと深く勉強したいと思いました。Web ではなく先生にお会いしての時間をかけての研修を受講したいと思いました。
9	東京まで行く交通費や時間が節約でき、自宅で受けることができるのは非常にありがたかったです。
10	音声クリアには聞きにくかったのですが、全般的にはよかったです。もうすこし質疑応答の時間があるとよかったですのと、チャットでのプログラムをもっと詳細に聞きたかったと思いました。

nGlobe 研修 II

IPIKAプログラムのモジュールから

モジュール5 異文化環境における対立への対応



## nGlobe セミナー2020 9月開催のお知らせ 看護職の多文化対応能力研修

ドイツのシャリテ医科大学病院のウテ・ジーベルト先生による継続セミナーを開催致します。9月19日(土)、26日(土)の2回に分けて、異文化の患者と医療職の対立・葛藤の対応、および格差・差別の対応について学び、多文化対応能力を高める研修を行います。本テーマに関心のある方、初めての方、どなたでもご参加いただけます。

逐語の日本語訳付で、ZOOMで開催予定です。事前に招待URLと参加方法のご案内をお送りいたします。

申し込み先URL <http://nglobe.jp/> (参加費無料)

◆nGlobe セミナー2020 9月19日(土)

看護職の多文化対応能力研修—対立・葛藤の対応—

第1部 16:00~17:00 ウテ先生のレクチャー(逐語訳付)

第2部 17:10~17:40 ドイツの看護職との意見交換会

◆nGlobe セミナー2020 9月26日(土)

看護職の多文化対応能力研修—差別・格差の対応—

第1部 16:00~17:00 ウテ先生のレクチャー(逐語訳付)

第2部 17:10~17:40 ドイツの看護職との意見交換会



Dr. Phil Ute Siebert

ウテ・ジーベルト博士は、ドイツ・ベルリンを拠点に、病院や医療機関などにおいて、多職種多文化対応トレーニングのコーチングやカウンセリングを行なっています。ご専門は、社会人類学で、1992年米国ワシントン大学で文化人類学を学び、フンボルト大学で1997年修士、2003年博士(社会人類学)を授与されています。2013年から国際精神分析大学講師、2017年からドレスデン国際大学講師など。2014年からシャリテ医科大学におけるIPIKA(医療職の多職種多文化能力開発)プロジェクト開発者です。



- ・ウェブでどこからでも安心安全に参加できます
- ・参加者の顔は映りません
- ・通訳付きで講師と質疑応答できます

本セミナーは、JSPS基盤研究(A)研究代表者 千葉大学 野地有子  
研究課題名「世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン」  
の助成により実施いたします。



JSPS(A) 世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン(野地有子)

nGlobe 研修 2020 開催報告  
看護職の多文化対応能力研修 II (Webinar 開催)

IPIKAプログラムのモジュールから  
IPIKA: InterProfessionelles und InterKulturelles Arbeiten  
in Medizin, Pflege und Sozialdienst

モジュール5 異文化環境における対立への対応

開催概要

日時: 2020年9月19日(土) 16時~18時00分  
場所: Webinar 開催実施本部 千葉大学大学院看護学研究科  
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1  
目的: 看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの実施評価

プログラム

- 16:00~16:10 開会挨拶 (ドイツタイム 9:00)  
ドイツの近況 柏原 誠 (シャリテ医科大学国際課)  
講師紹介
- 16:10~17:00 第1部 講演  
テーマ: 「異文化環境における対立への対応」  
講師: ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)  
座長: 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)
- 17:10~17:55 第2部 ドイツの看護師との意見交換会  
ユタ・マルクワット (シャリテ医科大学病院)  
カリア・ドグベビ (シャリテ医科大学病院)  
トーマス・グローゼ (シャリテ医科大学病院)  
ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)
- 17:55~18:00 全体まとめ  
閉会挨拶



それでは、時間になりましたのでだいまからセミナーを始めて参りたいと思います。皆様こんにちは。千葉大学の野地有子でございます。本日はコロナ感染症対策でお忙しい中、また連休の初日ですが千葉大学内そして全国の医療機関、大学より100名を超えますご参加を頂いております。本テーマに関心を持ってご参加いただきありがとうございます。



2020年はナイチンゲール生誕200年を記念しまして、国際看護師協会“ICN”を中心に35歳以下の若手ナースを応援するナイチンゲールチャレンジが展開されています。千葉大学も登録参加いたしまして本日が記念すべき最初の活動開始となっております。

本日の第一部の講師は、ドイツのシャリテ医科大学で展開されております、IPIKAという多文化対応能力研修の開発者の、ウテ・ジーベルト先生です。社会人類学がご専門です。本年3月のセミナーではIPIKAの概要についてお話をいただきました。本日はその中から、対立葛藤の対応について具体的にお話を頂きます。休憩をはさみまして、17時10分より第二部としてシャリテ医科大学病院の3名の看護師の皆様をお迎えしまして意見交換会といたします。

今日のセミナーはシャリテ医科大学の国際課でも非常に注目されているということです。

ではウテ先生をお呼びしたいと思います。



皆様こんにちは。私はウテ・ジーベルトといいます。ベルリンからこんにちは、ということで、ベルリンは朝ですが、皆様は午後になるのでしょうか。私はIPIKAというプロジェクトを行っており、その中のクラスや研修の中で教えている事柄、医師や看護師を含む医療従事者に対して行っている研修があります。今日はそのあたりをご紹介したいと思います。

では、IPIKAで行っております多文化環境における対立が起こった時にどのような対応をするかということをお話したいと思います。

前回のレクチャーの時に申しあげたと思うのですが、ベルリンに移民のバックグラウンドがある方は、人口の比率の20%~30%になります。

**多文化環境における対立への対応**

IPIKA 研修:

- 対立を緩和できるような患者や家族とのコミュニケーション方略
- 多文化間における対立の形
- 文化に配慮した対立の解決
- 個人のスキルと態度: 内省、見通しの変更
- 対立に直面した際の多職種による相互協力と支援

患者さんやその家族に対してのコミュニケーション方略として、その対立をどのように緩和、段階的に下げていくような、ディエスカレーションはどういう風にしていくかということです。

多文化間における対立の形というのは、その文化間によって異なるスタイルがあります。文化に配慮したその対立の解決の方法も、様々な文化的バックグラウンドによって異なるという背景があります。

個人のスキルと態度によっても異なると言われています。



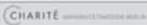


個人が自分で振り返ったり、私はどう対応していったらいいのだろうかとか、そういう考え方の違いがあるということです。

困難な場面に直面した時に他職種によって総合的に協力をしたり支援しながら、その対立をどのように解決していくかということを学んでいく機会を持っています。

**対立の要因**

言語の壁 → 誤解を生むようなコミュニケーション不足

- ・ 文化的指向、価値観、行動の違い
- ・ 病院の手続きに関する知識不足
- ・ 偏見
- ・ 不均衡な力関係 (医師 - 看護師 - 患者)

特にその対立を起こしうる要因として考えられる、病院の臨床現場でその場면을想像していきたいと思います。

一つ目は言語のバリア、壁というものがああります。それは何か誤解を生んでしまうような、コミュニケーションの欠如があることによって壁が生じてしまう、そういうことが考えられます。

二つ目は文化的指向の違いや価値観の違い、特に移民の方々というのは文化的なバックグラウンド、背景が違うことからそれぞれの指向も異なるということが考えられます。


三つ目は患者さんは、病院の手続きやその処置など、行われていることが詳しくは分からないことが多いので、そういった知識不足から対立を生むような要因になり得ます。

四つ目は偏見です。皆さん典型的に偏見というものが多いと思いますが、このことが対立を生む要因になり、悪いと思っようなことから偏見に繋がったり、そういうことが生じています。偏見というのは、患者さんにも影響しますし、その家族にも影響します。

最後に、不均衡な力関係が生じます。これは例えば医師や看護師というのは当然医療技術や知識を持っているので、患者さんや家族とその差が生じ、不平等になっている。治療を受けることに関して知識がなかったりすることから対立が生まれるということが考えられます。

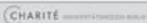


一つこの点で付け加えたいと思います。例えば病気になった患者さんがいて、治療を受けます。とてもその事はストレスになったり、力がなくなったりということがあると思うのですが、そういったことも関係すると思います。患者さんの病態によっても、更にストレスを浴びる、そういったことが原因となり得ます。

**文化とは何か?**



**文化の概念 (社会人類学):**

- ・ 文化とは、グループ、コミュニティ、社会の構成員が共有する意味、シンボル、価値観、行動規範から成り立つ
- ・ 文化は時代とともに変化する
- ・ 国の文化は一つではなく、性別、年齢、社会階級、職業、地域、宗教団体、サブカルチャーなどによる異なった文化がある

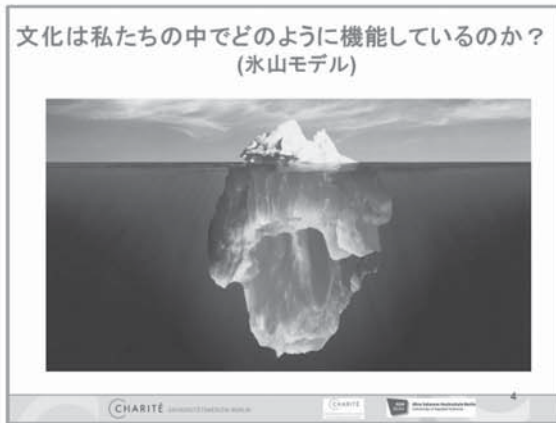
それでは、文化とは何かということについて考えていきましょう。IPIKA のクラスでも文化の概念というのをとても大切にしています。特に社会人類学という学問がありますが、そこにおいても異文化間のことを触れる機会がありますので取り上げていきたいと思っています。

文化とはその個人が所属しているグループ、あるいはそのコミュニティや、その構成員が共有する意味、そして象徴すること、シンボルです。そして価値観、行動規範から成り立つと言われています。

文化とはとてもダイナミックなものであり、時代とともに変化します。ドイツでも時代とともに文化は変化してきていることがあります。

文化というのは一つではなく、カルチャー、異種性の文化、サブカルチャーとも言いますが、

例えば典型的なドイツ人とか、典型的な日本人とか、そういうものの他にも異種性のサブカルチャーというのがあります、それは性別ですとか年齢、社会的階層ですとか職業、例えば看護師だったり医師だったり、そして地域ですとか宗教、サブカルチャーなど様々なものによって異なるということがわかります。



では、ご自身の文化的背景がどのように機能しているのかお話ししたいと思います。

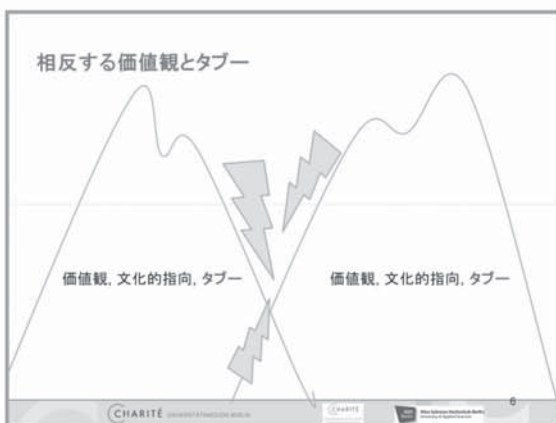
これは、アイスバーグモデル、冰山モデルというものです。見ていただいてわかるように水面下にある部分の方が大きい部分です。そして水面の上にある部分の方が少ない、小さい部分になります。水面下にある部分というのが、例えば価値観だったり規範だったり考え方などの方法として、文化的な大きな部分を占める部分になりますが、本当に目に見えるような水面上にあるものというのが、観察できる身振り、ジェスチャーだったり、話したりする、そういった文化の象徴だったりすることであり、その違いがあることを示しています。

例えば、親が子供に教育する、小さい時に行動の規範というものを教えると思いますが、例えばこれが正しいやり方なんだよというようなものを示して、赤ちゃんの時から教え込まれてきて14歳、15歳、16歳ぐらいでほしいこういった規範というものが完成すると言われていています。



水面下にあるような規範とか価値観によって、身振りや行動、言動など自ずから身についたものが出るという、水面上に現れるものは水面下にあるものを元にして、普段の行動に出ると考えられています。

見えるもの、水面上にあるものはここに書かれています、水面下にあるものは先ほど話したようなものに加え、「何々するべし」とか「何々するべからず」というようなタブーに関しても含まれるような仕組みになっています。



では、この二つの氷山が衝突してしまったらどういことになりますか。異なる社会から来た2人がお互いやり取りして、価値観の違いに直面するでしょう。ここでは二つの異なる国の二人で、タブーに触れるような出来事の例を紹介しましょう。

ドイツでは食べている間に鼻をすすって音を出したり、ティッシュで鼻をかむということとはよくないこととしてみられるわけですが、一方、ベトナムの例ですが、そちらの方々は鼻をすすっ



でも特にそれが問題とならないというような例があります。

特にお互い違う社会、異なる国から来たような場合に多くの誤解や対立については、個人を責めるようなことにはならず、文化的な背景の違いによって起こるものなので、特にわざとやっているわけではなく、ひどいかどうかも気づかない、それが悪いことかどうかも気づかないこともあるでしょう。

**文化的指向の違いの例**

個人主義	集団主義/社会中心主義
力関係が弱い	力関係が強い
直接的なコミュニケーションスタイル	間接的なコミュニケーションスタイル
男女平等	家父長的なジェンダー関係

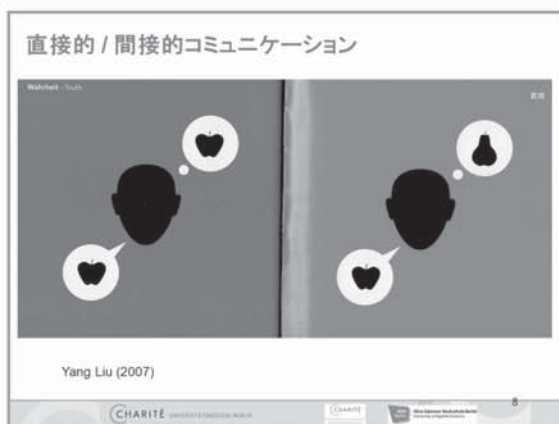
文化的指向の違いについて生じることについて触れていきたいと思います。

例えば一番上にある個人主義と、集団主義、社会中心主義、という違いについて触れていきたいと思います。

例えば個人主義の例を取ってみますと、ドイツというのは小さな家族の単位、特に個人の単位でものを考えるというような傾向がありますので、例えば彼らが病院で治療の意思決定をしなければならないような状況になった時に病院にくる家族は比較的少数、例えばご主人や

妻だったり或いは子供だったり、だいたい多くても3~4人くらいというのが標準的です。一方、集団主義というのは家族に属するメンバーシップであるという、その家族の一員だということがとても価値観として重要ということがあります。例えば病院での例を見てみますと、集団主義をとる国の方々というのはとても家族が大事という規範がありますので、その価値観で生きている方々は24時間つきっきりでその家族についていたい、病院に泊まってまでも、というような考え方の人も多いということが考えられます。

次に能力格差の問題で、力関係が弱いに対して、力関係が強いというようなその違いに関していうと、格差社会がないような社会というのは、より平等であるというように努めるのですが、例えば医師に敬意を払うという必要性はドイツでは生じます。例えばドイツですと、患者さん自身が医師や看護師に治療に関して質問をします。それで自分で決めるという意思決定をすることが多いのですが、違う国、異なる国の方々というのは、例えば医師が説明したことに関して「ハイハイ」と応じて、それを理解しているかと思うと、本当は理解していないということもあり得ます。



それでは、コミュニケーションの違いについてもう少し深く触れていきたいです。

この図は、中国系ドイツ人のアーティストが書いたものです。

左の図は、例えばリンゴだと思えばリンゴ、これはドイツ人のスタイルになります。ドイツ人はとても直接的に考える、リンゴだと言えばリンゴ、というように直接的に考えるスタイルを持っています。

右の図は中国スタイルを示しています。このリンゴと上に違う図があるように、例えば目上の

人がいてその人の気分を損ねてはいけなさそうというように違うことを考えてしまって、気分を害さないようにしなければという、直接的ではなくて間接的に考えるコミュニケーションのスタイル

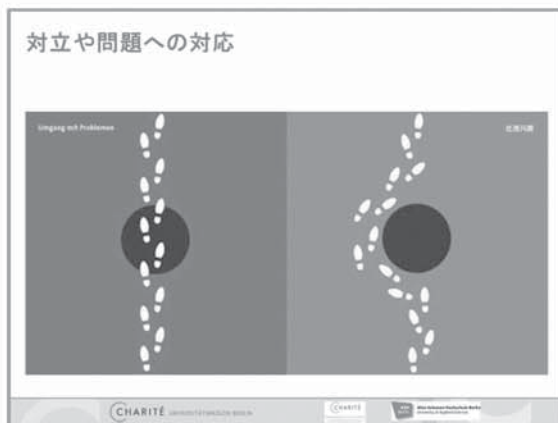
直接的コミュニケーションスタイル	間接的コミュニケーションスタイル
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “言ったことは言ったとおり”</li> <li>• はい=はい、いいえ=いいえ、たぶん=たぶん</li> <li>• 人々はよりオープンに反対意見や批判を述べる</li> <li>• 他者の気持ちに配慮することが少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 意味は行間に隠されていることが多い</li> <li>• はい=いいえ、たぶん=いいえ</li> <li>• 直接的な批判は受け入れ難い批判は間接的に述べる</li> <li>• 他者の気持ちに配慮する（顔をつぶさないようにノ靴をかかせないように）</li> </ul>
Roth/Etling (2014), Wietasch (2012)	

を取っています。

直接的なコミュニケーションをとるスタイルの方は、「ハイ」といったら「ハイ」です。「イエエ」といったら「イエエ」です。

一方、間接的なコミュニケーションのスタイルをとるスタイルは、「ハイ」というのが「イエエ」であることもありますし、「たぶん」というのは「イエエ」ということもあるのです。

では、後ほどコミュニケーションについては詳しく触れることにいたします。



対立や問題についてどう対処するかの違いについてですが、左側はドイツ人のスタイルです。ドイツでは人々は、問題に直面した時に直接的に対処する傾向があるのです。これに関して彼らは問題点について話したり分析したり、多くの場合非常に迅速に合理的な方法で解決しようとします。

次のスライドでは対立への対応として個人主義的な社会と集団主義的な社会とがどう違うのか触れていきたいと思います。

個人主義的社会	集団主義社会
対立する問題に関する直接的なコミュニケーション	面目を失うのを避けるために、対立相手は各自の意見を言わず、直接問題に対処しない
対立の分析	
事実と人間関係の問題の区別	事実と人間関係の問題の区別がつかない
目的：問題解決	目的：面目をつぶさない
当事者間の利害の一致バランス	和解
Kumbruck/Deboven (2015)	

この右側の集団主義の世界では、直接的に問題に対処するよりも、できたら調和を図って自分自身とグループを守るような目的があるという違いがあります。

左側の個人主義的な社会に当たるのはドイツ人なのですが、対立する相手に対して直接的に対応し、しばしばそういう直接的なことによって行間のメッセージを受け取らないというようなことがあります。

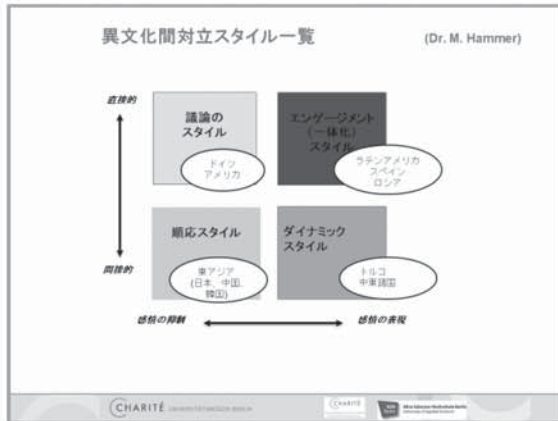
目的は問題解決なのですが、ここにあるように個人主義的な社会のドイツにおいては、もし

何か感情を害したようなことがあった場合、それは何が理由なのですかと直接聞くようなやり方なのです。このドイツのやり方というのは、対立に対処するためのコミュニケーションは直接的なコミュニケーションをとり、やり方というのも直接的に対応するという分析になっています。

一方で、集団主義的な社会とは、目的として面目を潰さないということがありますので、調和を図って和解すること、或いは無礼な態度をしないように、気分を害させないようにする、尊敬する人たちに対して害することがないよう対応するという、対応方法の違いがあります。

付け加えると、例えば面目を潰すという言葉がありますけれども、顔を潰さないようにすることが大事になります。集団主義的な社会においては、恥をかかせてしまったり、無礼な行動をすることを避ける傾向があります。





こちらのスライドで示したのは、異文化間で対立のスタイルがどのように違うかということを示しています。左の縦軸は、上に行けば行くほど直接的であり、下が間接的であるということです。横軸は、左へ行けば行くほど感情を抑制しているスタイル、そして右へ行けば行くほど感情を出す、表現するスタイルです。

議論のスタイルという、左の上の方は、ドイツが象徴的にこちらにあたります。そして順応のスタイルというのは東アジア、日本、中国、韓国などが当てはまります。エンゲージメントスタイルというのはラテンアメリカ、スペイン、ロシアが当てはまりまして、ダイナミックスタイルというのはトルコや中東の国が当てはまります。

ちょっと時間もないので簡潔に順応のスタイルのことに触れます。これは間接的なコミュニケーションのスタイルで、行間のメッセージを読み取ることで直接的なコミュニケーションを避けます。

そのようなことで対立する相手と調和を取り戻すために行うようなスタイルのことを言います。その解決方法としては、より小さく分割していったり、対立を軽減するために、「私たちはみんなそんなにかき離れてはいないわよね」というようにして、上手くまとまっていく、そのようなスタイルをいいます。

ドイツの議論スタイルというのは直接的なものですので、事実関係の問題と感情的な問題を区別する傾向があります。

エンゲージメントスタイルというのは、ラテンアメリカやスペイン、ロシアなどにみられるスタイルですが、感情的に表現をすることになります。コミュニケーションが前に出るスタイルということになります。エンゲージメントをしていくスタイルです。

ダイナミックスタイルというのは、トルコや中東に見られる間接的なコミュニケーションではあるのですが、行間にメッセージを挟んで話をしたり、創造的に対立を解決するために、クリエイティブに行う、感情で表現するという方法をとります。



これは、トレーニングをしている例です。シャリテ医科大学の看護師向けに行っているゲーム形式のトレーニングです。このゲームはロールプレイで、ストリートシアターゲームと言います。参加者が輪を作って、対立しているシーンを演じている、役柄を持ってロールプレイをしている、そういう検証方法です。

何人かの参加者が対立シーンを演じて、また輪の外からも演じてもらって、代わる代わるやっている状況なので、同じシーンを演じたとしても違うロールプレイになったり、色々なこと

が起こりまして、それで学べるという良い点があります。

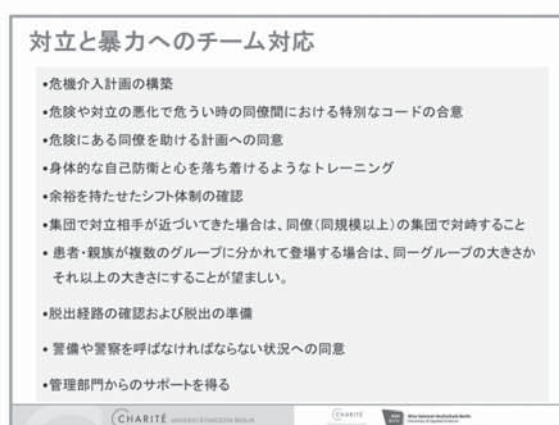
新しい解決策があるな、と参加者が思ったとしてもそれが唯一のことではありませんし、色々なやり方を通して解決するのだからということがわかるわけです。

これはトルコ系の夫婦の間での対立というものを演じている場面ですが、これをドイツスタイル



で例えばやってみたとしたら、直接的という、さっきの議論のスタイルになります。順応のスタイルでも出来ます。ドイツ人が学んだことは、ダイナミックスタイルでやった時、彼らは自分自身が気づかなかったことに、ダイナミックスタイルというものがあるということを知って、それで学べたということがありました。

これは、自分自身に気づくエクササイズになりまして、文化的背景によって自分で気づかなかったことに気づくというトレーニング方法になります。



もう時間切れになってしまいますので、これがラストになりますが、対立、例えばバイオレンス、暴力です。それに対してのチームの対応についてこのスライドは示しています。

危機的な状況に立った時に看護師やその他の医療従事者の方々がどのように対応するかということを学ぶトレーニングになります。

先ほども示したように、対立に対してどのように対応するかということ、アクションを起こすかということ学びます。

次に大事なことは、身体的な自己防衛と皆

さん自身の心を落ち着けるようなトレーニングもやっています。

警備員や警察を呼ばなければならない状況への同意を取るやり方も学んでいます。

IPIKA で学ぶコミュニケーションや、多文化対応に対する能力、そして社会的な能力、そういったことを総合してチームの力として対応にあたっています。

ご清聴ありがとうございました。Q&A を後ほど行いたいと思います。

ありがとうございました。

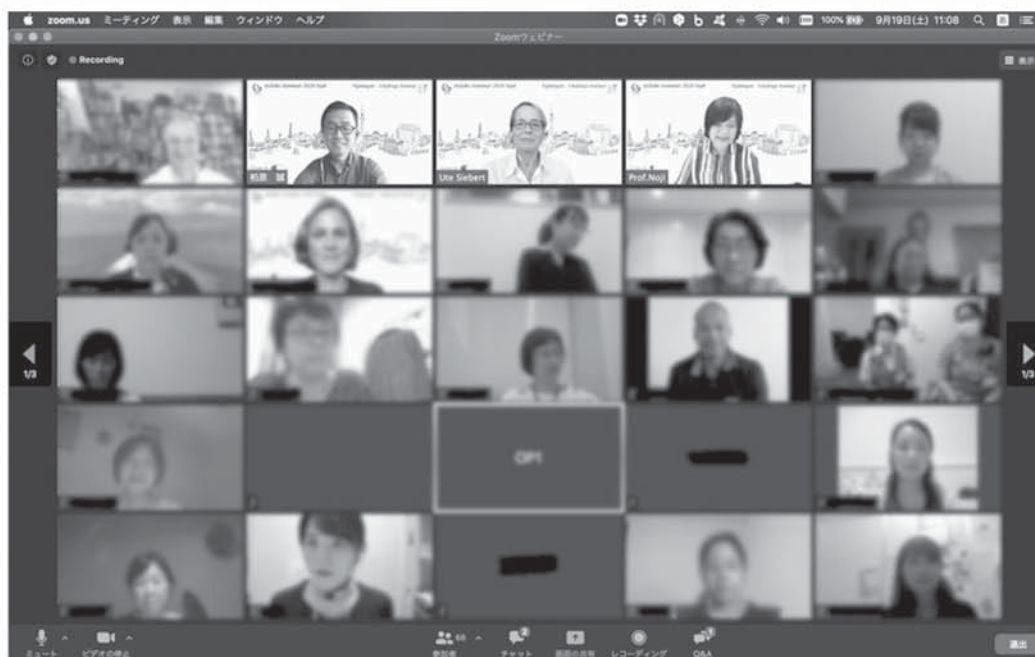
最後のスライドで、病院における個人、チーム、組織としてのそれぞれの対応を具体的にリストアップされていてドイツらしいなというふうに拝見しました。是非私どもも参考にさせて頂いて活用していきたいと思ったところです。

また、看護師は感情労働と言われておりますが、この対立とか葛藤が突然起きるわけではなく、その前のプロセスとか色々な状況があると思いますので、ウテ先生のお立場でこの感情労働と言われていた看護職に何かより良い看護の仕事ができるために、感情について本日のテーマから何か具体的な、サゼッションがありましたらお聞きしたいなと思いました。

第二部では3人のドイツの看護師の方にご参加いただけます。ただいまのお話を受けて、ドイツの現場でどんな実態が、どんなことをされているかという話を伺えると思います。それでは第一部をこれで終わりにしたいと思います。



野地： 第二部はドイツの看護師の皆様との交流会になります。ユタさんからお願いします。



ユタ： 日本の皆様こんにちは。シャリテ医科大学病院の看護師ユタ・マルクワットと申します。

私たちのところで一番大切なのは、特に両親とのコミュニケーションです。私は新生児科の集中病棟に勤務しているので、そこでは病状についての説明、コミュニケーションなどが両親に対して一番大事な仕事になっています。

私たちの部門にも沢山外国籍看護師や海外からの患者さんたち、家族がいっぱい来ていますので、コミュニケーションが大事で、その欠如によって問題が発生します。そのときに家族に対して、また看護師に対してもそこから発生する要求の大きさが問題に発展していってしまうことがあります。コミュニケーションをとるとということからしか解決はできないですが、両親のほう、患者さん側と、その看護師のほう、働くほうにも要求がどんどん高くなっていってしまうことがあるので、両方からアプローチをして解決していくというのが非常に大切です。

カリア：皆様こんにちは。私はカリアと申します。今はシャリテで看護師として働いていますが、2005年に、当時の横浜国立大学に留学して、その当時にもう異文化関係と接触して、その現実を生きてみました。今はシャリテで看護師としていて、ウテ先生の IPIKA の講義とセミナーを受け始めて、またたくさんのお話を学んできました。

私は腎臓科、腎臓専門の部門で働いています。そこは看護師として、非常に色々な国からきている人たちがいっぱいおられます。その国際的な感覚や葛藤を IPIKA で勉強しているところです。

トーマス：ご招待いただきありがとうございます。非常に光栄であります。私の名前はトーマス・グロースです。所属は看護部門の統括管理者です。それから看護チームの国際ウェルカムセンターに所属して働いております。それは海外からくる看護師を空港に迎えにいったり、住居に連れていって、滞在の法的な役所の届けや、職場で働きだすこと、そのサポート全てをやっております。

今年の3月にメキシコシティに行きまして、そこの看護師をシャリテに今度来ていただくよう面接をして採用してきました。その34名が現在ドイツ語をまだメキシコシティで勉強していて、週に一回



フィードバックを受けているところです。おそらく半年後ぐらいにベルリンに来て仕事をはじめようことと思います。来年にはブラジルに行きまして、そこで日本人を見つけられることがあるかもしれないです。

野地： ありがとうございます。今日はこのお忙しい中、三人のユタさん、カリアさん、トーマスさんのご参加をいただき、大変ありがたく思います。このお三人は実はウテ先生がリクルートしてくださいます、改めてウテ先生にも感謝申し上げたいと思います。

それでは、意見交換ということなのですが、まず三人から日本の看護師にきてみたいことがもしありましたら、最初に投げかけていただいて、私たちも考えながら、よいスタートがきれたらいいかなと思います。

ユタ： 一般的なことで結構ですが、外国人の患者さんとの経験であったり、外国人の同僚について経験があったりしたら聞かせていただきたいです。その中でもしあれば問題点、どういうことに困ったかとか、そういうのがあればお聞きしたいです。

カリア： ドイツは国際化、多文化が非常にあって特にトルコやイスラム系はだいぶ人数が多いのですが、日本ではだいたいどの国、どの文化、どの国籍が多いのかを聞かせてください。その多いケースの中での代表的な問題というか葛藤があったら教えてください。

トーマス： 日本もドイツも少子高齢化というのが非常に大きな問題だと思うのですが、ドイツの方はベトナムやタイ、さきほどメキシコやブラジルと言いましたが、そのように海外から看護師を入れるということをやっています。日本ではそういう動きはあるのでしょうか。

野地： ありがとうございます。それでは今いただいた質問から交流を深めていきたいと思いますが、日本での外国人患者さん、同僚について、どんな問題があるのですかということですが、近藤先生いかがですか。

近藤： トーマスさんとカリアさんが言ってくくださった、いわゆる EPA の受け入れですが、そちらのほうが今手元に資料があるので、そちらを答えた方がいいかもしれないと思います。

トーマスさんから、ベトナムとタイ、それと個別にメキシコやブラジルなどからドイツへ看護師として行かれているということをお聞きしました。

日本では国の政策として、EPA ということ、経済の連携協定によって二国間の協定を結んで、インドネシアが 2008 年ですが、次にフィリピン、そしてベトナムは少し遅れて 2014 年から行っています。この人達を看護師として日本語の勉強を現地と日本で行って、そして国家試験を受けていただくという形になっています。国家試験の勉強中は日本の病院が、看護の補助者、看護師の候補者として、日本の看護師と同じような条件で労働していただくことになっております。

野地： ありがとうございます。それでユタさんが言ってくくださったことは、今日ご参加の皆様方も色々な例をあげられると思うのですが、私どもの病院での調査結果ですと、大きく二つの山がありまして、一つが言語の壁。今日ウテ先生のスライドにもありました言語の壁というのが一つの壁で、もう一つが文化の違いによる生活習慣とか信念とか病気の捉え方ということの違い。この二つが大きく分けられる壁で、そこから看護師の仕事としても細かいこと色々事例が出ております。

そして、カリアさんのご質問、ドイツではイスラム系が多いということですが、やはり日本はアジア、



そして中国からの方が人口も多いので、中国プラス韓国です。後はアメリカやヨーロッパの方達も日本の医療を求めてインバウンドでお見えになる方が多いということですが、これも新型コロナの感染症が始まる前までの話なのですが、このような傾向がございます。

では、日本側からの質問ということではいかがでしょうか。どんなことでもいいかなと思います。こういう実際の交流がこの感染症の環境の中ではとても大事なかなと思いますがいかがでしょうか。どうぞ手を挙げてください。

参加者A: 覚えていたらなのですが、ドイツはメルケル首相が難民支援対策を大きく打ち出したということで非常に日本でも大きなトピックスになっていました。私が一番目に質問した事ですが、そういった多文化の教育というのは色々な職場や病院学校で、ドイツではどのように波及されているのか。そしてもう一つ付け加えて今感じていることなのですが、この「ウィズコロナ」の時代に入って何かまた別の違いのようなものがドイツでも発生しているのかというところを教えていただければと思います。

ユタ: 難民の入ってきていること、もちろん多文化の割合も増えているので、その社会的影響は非常に大きいです。一番大切なのは、いかに素早く対応できるかということで、短期的にはとにかく素早い対応です。多文化や人数が増えているという事に対して、素早く対応することが大事です。

それから、長期的では、例えばデジタルのこのようなオンラインシステムを使ってコミュニケーションすることや、通訳をこのような形で補助するとか、ピンチをチャンスに変えるわけではないですが、そういう効果もあるかなという事です。

ウテ: 難民が増えたことによって、IPIKA のテーマとして「難民とトラウマ」というコースを一つ作りました。それは看護師、現場において、難民の人たちが、来る前の生活がどうであったかとか、戦争によって避難しなければいけないこととはどういうことなのか、そういう問題提起です。理解を深めるということをテーマにしたコースを一つ作りました。

それから、新型コロナについても一つのテーマとなっています。社会的な処置として、対人距離を取らなければいけないとか、マスクをしなければいけない日常について、それが患者や看護師にどのような変化があるのか。また、どのように対処しなければいけないか、どのように受け止められるか、どのように感じられるか。そして実際の行動にどのように影響するかということに焦点を当て、一つのテーマとして取り扱うようにしました。

おそらく、トーマスさんの方から、難民の人を看護師、看護職の職員として導入するという事について話してもらえたらいいかなと思います。

トーマス: 今までドイツの同僚が喋ったことは本当に重要な課題です。追加するとすれば、まず新型コロナによって、現在 100 人以上の海外の看護師でシャリテで働くことになっていて契約も済んでいる方達が、今ドイツに飛んで来られず、入国できないという状況があります。

難民については、まずドイツの看護師不足という問題があります。先ほどからの海外から入れているという話は、根本的に看護師不足があり、それで難民を看護職にしたらいいいのではないかなという思いつきで始めたのですが、難民自体が看護師になるという想像がまず無く、今難民としてドイツに来たとしても、工場で働いたり、マネージングの仕事をしたり、そういう思いで来ています。看護師、看護職というものは選択肢としてほとんど入っていないで、まずそこから、看護職というのはどういものなのかという興味を持ってもらうための「看護師とは」という感じのコースを半年参加してもらい、看護職に興味を持ってもらうとか、そういうことを始めたのです。

それから、看護学校にその人たちを受け入れるにあたって、看護学校の授業自体にインタープロフェッショナル(多職種協働)などの授業を取り入れたり、看護学校自体が多文化、外国の人たちがいっぱいいるという環境や意識を変えてもらうことが非常に難しかったです。

野地： 日本側からもう一つご質問をいただきました。

参加者B： 千葉大学の大学院看護学研究科の参加者Bと申します。今回は貴重な機会をいただいてありがとうございます。

私は急性期の病院と訪問看護を経験して、その中で継続看護の難しさというのを感じまして、今大学院で、継続看護と看護師間の連携について学びを深めているところです。

四年前に、大学病院のほうからシャリテ病院のほうに、神経内科の先生方と一緒に研修に行かせていただきまして、すごくお世話になりました。その時に多発性硬化症の専門看護師の方からお話を聞く機会がありまして、ドイツではその疾患特有の専門看護師制度というのがあり、診断の時からその方が入院した時まで継続して関わるという制度があるとお聞きしたのですが、そういった専門看護師以外にも何か継続看護において円滑に行えるような仕組みなどがあれば是非教えていただきたいと思います。

ユタ： 継続的、病院から家にまでいく継続看護について、私が勤務している新生児病棟のシステムとしては、まず入院している病院の中では担当が決められて、その担当が受け入れから、医師との話、全てにおいて関与して付き添っています。

その後、入院している間に、両親、親御さんの相談の時間を定期的に取り、そこにソーシャルワーカーが関わってチームとして、その後退院していく時にどこに行くか、リハビリをやるとか、どこか違う病院へ行くとか、家に帰るとか、そういうプランについてもソーシャルワーカーが入って、担当看護師がついてネットワークを構築していきます。

もし、病院を離れていった場合、その後も継続的にフォローアップの相談時間として継続的に病院に来てもらって、看護を継続的にやっていくようにしています。必ずそこには、病院の時に来ていたソーシャルワーカーも入り、常に継続してやっています。

トーマス： 卒後教育というのがありまして、二年間の講習を受けるシステムになっています。それは専門看護師のコースになっていて、そこで理想的には一人二人の患者さんにずっとついて学んでいくというのが理想なのですが、現実としてはだいたい一人の看護師が20人ぐらいを見ないといけないという、専門看護師についてそれぐらい実態と理想がかけ離れて難しい現状があります。

野地： ありがとうございます。今日はドイツの看護師の皆様、ウテ先生交えて私どもの交流の時間をもて大変ありがとうございました。

また来週もう一回テーマを新たに設定しておりまして、その後また意見交換がございます。そこに繋げていきまして、頂いた質問へのフィードバックをして参りたいと思いますので、皆様のご協力に感謝いたします。ウテ先生皆様どうもありがとうございました。



## セミナー中および終了後の質疑応答

質問1: 多くの難民を受け入れる難民支援体制をドイツ政府が進める中で、学校、企業、病院などでは、Multicultural education (多文化対応教育)はどの程度波及されているのでしょうか？

回答1: 看護学校では、異文化教育や文化に配慮した看護／看護と社会の多様性がカリキュラムに組み込まれるようになってきています。まだまだ発展途上と言わざるを得ませんが、すべての看護学校が多文化教育を考慮しているわけではありませんが、異文化間の教育が増えてきている傾向にあります。病院についても同様で、すべての病院が異文化間教育を実施しているわけではありませんが、増えてきています。今のところ、ドイツ政府は病院や看護学校に異文化研修を盛り込むことを義務付けていません。難民の増加に伴い、多くの学校で強制移住について教えるようになり、学校でも異文化学習の教材が増えていますが、カリキュラムに義務づけていることは知りません。企業としては、最大手で最も国際的な企業が定期的に異文化トレーニングを実施しています。また、多くの国際的なスタートアップ企業が異文化トレーニングやコーチングに興味を持っています。多くの企業が若い難民の実習やインターンシップを受け入れており、多文化問題や異文化学習への関心が高まっています。しかし、零細な国内企業は、この分野ではあまり積極的ではないようです。

質問2: Intercultural conflict style inventory の4つの style は興味深いです。日本においても、日常の対立場面では様々な style を示す集団や人がいて看護管理者としてそれぞれの考え方や多様性を理解し、自身の Implicit Biases(無意識のバイアス)をどうコントロールするかが大切だと思います。この無意識のバイアスをいかに克服するかというところでどのようなことが考えられますか？

回答2: このような重要な質問をありがとうございます。人間は誰でも無意識のうちに偏見や固定観念、偏見を心の中に持っているものだと思います。しかし、異文化スキルやソーシャルスキルのトレーニングを受ければ、自分の心の中にあるバイアスをより意識的に意識するように訓練することができますと思います。異文化トレーニングは、一つの出来事や個人の行動を異なる視点から捉え、解釈するのに役立ちます。私たちは時々、偏ったパターンで思考している自分に気づくことがあるかもしれません。その時、私たちは自分自身に言い聞かせることができます。ちょっと待ってください - この個人の行動を認識し、理解するための別の方法もあるのでしょうか？この方法では、この個々の私たちの第一印象や判断から自分自身を距離を置くことができるかもしれません。理想的には、私たちはよりオープンな心を持ち、その人とその人の状況について学ぶことができます。我々は、背景情報を取得し、質問をすることがあります。彼との会話を始めることもあるかもしれません。より多くの情報を得て、新しい方法で彼の行動を評価することができるかもしれません。自分のことをもっと知り、無意識のバイアスパターンを意識化することも大切だと思います。自分が持っているこのステレオタイプはどこから来ているのか？どこで身につけたのか？誰が教えてくれたのか？誰が私に教えてくれたのか？最も重要なことは、自分自身の信念、認識、固定観念、判断を疑うことを厭わないという自己批判的な態度を身につけることができるという点です。



質問 3: 対立や葛藤への対応の他に、対立や葛藤を予防することも大事かと思います。予防する時の、核になる考え方は、社会人類学からみると何でしょうか。どうすればよいか、看護師へのアドバイスはありますか。

回答 3: 紛争予防には様々なものがありますが、まず、敬意を持って接すること、会話をする、相互作用をすることです。親身になって共感すること。十分な情報を提供し、質問に喜んで答えること。人が差別されていると感じて対立を始めることもあるので、自分の判断を透明にすることは非常に重要です。例えば、あなたが、家族 A には 4 人の親戚と一緒に訪問することを許可していて、家族 B には 2 人の訪問者しか許可していない場合、あなたは紛争を誘発する傾向があります。看護チームのレベルでは、一連のルールに同意し、そのルールを守ることが重要です。そのように、チームの各看護師は、家族のメンバーに一般的なルールを説明することができません、例えば、患者ごとに、2 人の訪問者だけが許可されていますと。また、相手を「トレーナー」として見るのも有効かもしれません。そうすれば、個人的なレベルで攻撃されていると感じる必要はなく、自分の役割に気づくことができるかもしれません。あなたは病院の代表であり、医療システムの代表であり、相手はあなた個人ではなく、この役割を担っているあなたに反応します。そうすることで、苦しい状況でも冷静になることができるかもしれません。予防という意味では、「アクティブリスニング」という会話術も教えています。エンパシーリスニングと呼んでもいいでしょう。これは、聞き手(例えば看護師)も話し手の行動やボディランゲージを観察するという心理学的なコミュニケーション方法です。相手のボディランゲージを解釈できるようになると、話し手の感情やメッセージ、気分などをより正確に理解できるようになります。話し手の話を聞いた後、聞き手は話し手のメッセージを言い換えることができます。例えば、「あなたのお母さんの状況があなたにとって非常に不満だと言っているのを聞きました」と言ったり、「あなたのお母さんの状況があなたにとって非常に不満だと言っているのを聞きました」と言ったりします。このようにして、聞き手は注意深く聞いていたことを示し、話し手に興味を持っていることを示します。聞き手は、話し手のメッセージをできるだけ忠実に言い換え、話し手のメッセージを歪めないようにする必要があります。聞き手はまた、共感を示し、話し手の感情を検証することができます。例えば、次のようなことが挙げられます。“これはあなたにとって非常に不安なことでしょうね...” また、問題を正しく理解したかどうかを話し手に尋ねることもあります。これは紛争の予防や緩和に役立ちます。誰かが実際に自分のことを傾聴して理解してくれていると感じるので、話し手は落ち着いてきます。この会話のテクニックを採用すると、スピーカーは敵としてリスナーを認識することができます。最終的には、聞き手は積極的に満足いく解決策を見つけるために話し手を巻き込んで、例えば、彼に “この状況で今何があなたを助けるだろうか？ または彼は彼自身のいくつかのソリューションを提供することがありますが、彼は彼が行うことができない何かを約束するべきではありません。たぶんこの会話のテクニックは文化的に偏っている、それは米国のアメリカの心理療法士カール・ロジャースによって開発されました。私たちの参加者にはかなり効果がありますが、練習が必要です。私たちは、ロールプレイと相互作用の練習によってそれを練習します。

質問 4: 看護師の仕事は、感情労働といわれることがあります。文化によって求められる看護師の感情労働は多様であることが推察できます。それであれば、看護師自身が気にかけてサポートされるべき存在ともいえます。外国人患者を恐れ、手をやいている看護師への支援として、シャリテ医大病院では、IPIKA では、どのような考えをお持ちですか？

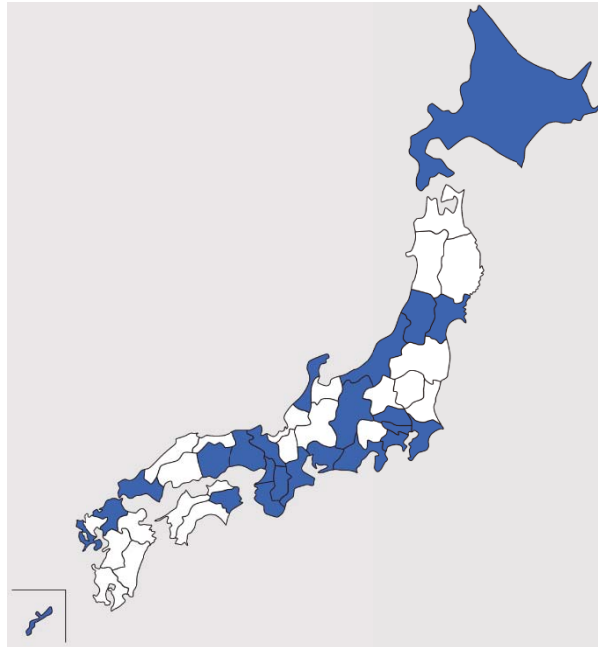
回答 4: そうですね、私も看護師にはサポートが必要だと思っています。メンタル面では「セルフケア」とよく言います。IPIKA の講座に参加したり、異文化や外国人の行動を学んだり、同僚と経験を共有したりすることは、セルフケアの一例だと思います。IPIKA の講座では、看護師の日々の仕事に敬意を表し、看護師の頑張りを認めています。私たちは、看護師に患者さんの文化を「理解する」ことを強制することはありませんし、何としても家族です。むしろ、看護師が自分の気持ちやストレス、恐怖心、理解などの感情を共有できる場を提供しています。社会文化的背景情報を通してオリエンテーションを行うことで、看護師のストレスを軽減することができるかもしれません。この情報は、看護師が「外国人」の患者を外国人として気にしすぎないことに役立つかもしれませんが。例えば、看護師は、患者の家族の男性のひとりが、攻撃的な場合でも、彼が恐怖心を抱いていることや、自分が責任を持っていることを他の家族に示したいと思っていることに気づくかもしれません。看護師は私たちのところに来て、自分の経験や疑問を共有し、困難な状況に対処するための新しい方法と一緒に見つけようとしています。私たちは、異文化間コンピテンシーとは、共感、受容、理解だけではないと考えています。私たちはまた、看護師が自分の身を守る方法や、必要に応じて限界を設定する方法を教えています。また、看護師が無防備で危険な状態にあると感じた場合には、管理者に支援を求めることができるようにすることも目的としています。

質問 5: 異文化間対立スタイル一覧の中で、順応スタイルの中に東アジアとありますが、日本は他国と違う気がしていて、中国や韓国、フィリピンなどよりもっと間接的で感情の抑制があると思うのですが、ドイツから見るとそれほど差がないということなのでしょうか？

回答 5: 素晴らしいご質問ありがとうございます。異文化間コンフリクト・スタイル・インベントリーは、実際には非常に粗いツールです。世界中の文化は非常に多様です。ですから 4 つの対立スタイルは非常に大まかなカテゴリーであり、それぞれのカテゴリーには様々なサブスタイルが存在します。例えば ドイツ、イギリス、アメリカは同じカテゴリーの「議論スタイル」に属していますが、ドイツ人はアメリカ人よりもはるかに分析的で、「非感情的」な客観性を追求しています。また、ドイツ人はイギリス人に比べて、より直接的なコミュニケーションスタイルを持っています。日本、中国、韓国については、ご指摘の通り、カテゴリーごとの違いは多岐にわたっており、異文化間の対立スタイルのモデルもそうですが、多くのモデルは単純化されすぎています。また、それぞれのカテゴリーの違いは非常に重要であり、例えば日本人が韓国人や中国人の患者さんや同僚と交流する際にも考慮する必要があります。

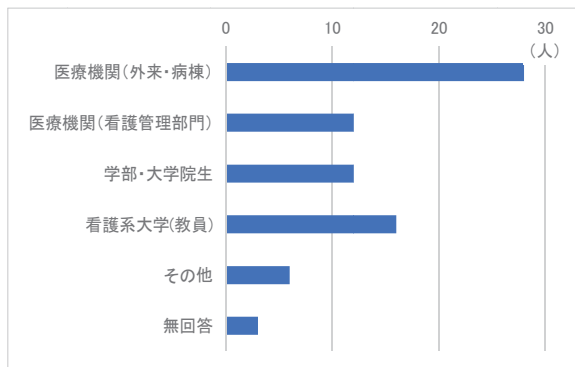
参加後アンケートの抜粋

【参加者の接続地域分布】

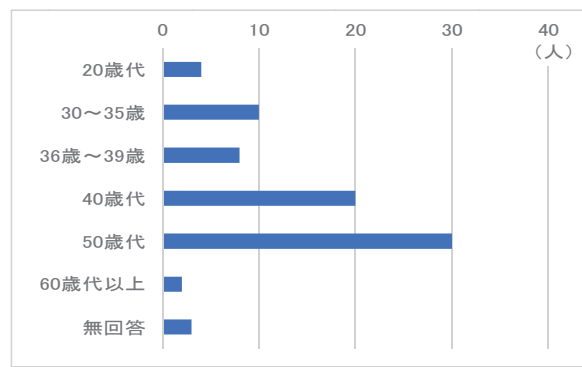


【参加後アンケートより (n=77)】

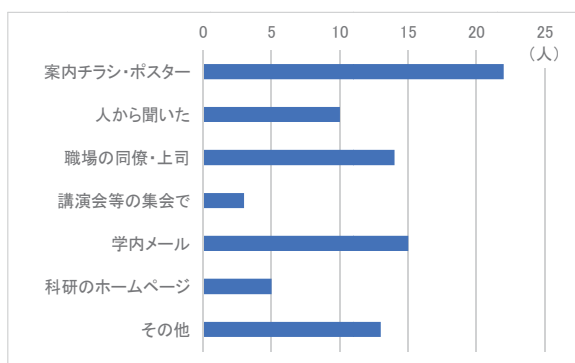
現在の所属



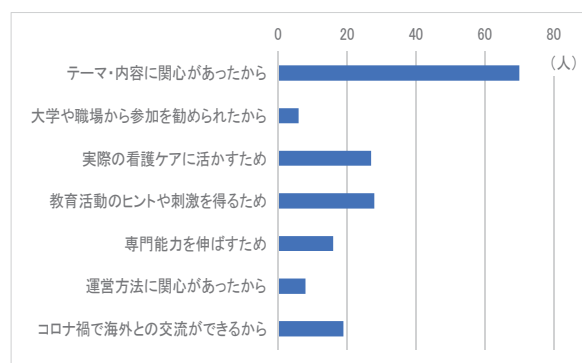
年代



本セミナーを知ったきっかけ(重複回答)



本セミナーに参加した動機(重複回答)



## I. 本研修の内容について、ご意見・ご要望がありましたらご記入下さい。

1	ウテ先生と看護師・看護管理者の皆さんの貴重なお話を拝聴し、とても有意義な時間でした。対立や問題に対する対応の違いや、異文化間対立スタイルなどをしっかり理解し、実践に活かせるようにしたいと思います。有難うございました。
2	より具体的な実践例や IPIKA プログラムについてお聞きしたかったです。実施されているロールプレイの内容例をもう少し具体的に知りたいと思いました。
3	貴重な機会を与えていただき、ありがとうございました。大変参考になりましたが、第1部・第2部ともに時間が短かったように感じました。特に第1部では病院の取り組みについて重点が置かれていたため、対応方法についてもう少し詳しく講義いただけるとありがたかったです。今後の研修も大変楽しみにしております。よろしくお願い致します。
4	多文化間における対立やその解決に向けた取り組みについて、具体的な事例をより多く入れていただくと、もっと理解が深まったかと思えます。
5	特に異文化間対立スタイル一覧がわかりやすく良くイメージできた。
6	文化的な背景を念頭に置きながら接することがとても大切だということを感じました。背景を理解してと思いながら葛藤したり苛立ちを感じたりすることもあります。その時生じた自分の感情をケアをすることも必要だなと思えました。 本日はありがとうございました。
7	今回の第2部の「ドイツの看護師との意見交換会」にご参加いただいたドイツの看護師の方々にはドイツ生まれドイツ育ちの看護師の方々でしたが、移民としてドイツにいられた背景をもつ看護師、当事者の方のお話もぜひお聞きしてみたいと思いました。移民1世、2世ではまた考える点、感じる点も異なると思いますので、その辺りも踏まえて・・・。
8	ずっと聴いていたい気持ちになった。キャリア看護師の体験談を伺ってみたい 文化能力研修の講師になっていただきたいと思った。

## II. Web 開催の研修に参加した感想をご記入ください。

1	Web 開催の研修は初めてでしたが、通常通り学べる事を実感しました。Webの方が話し手との距離感が近く、より集中して拝聴出来た様に感じました。既に数回開催されている様ですが、初回から参加出来なかったのはとても残念です。異文化理解を深め、多種多様な患者対応が出来る看護師になりたいと思っており、今後もこの様な素晴らしい研修の継続を強く期待致します。
2	アメリカ看護にはなじみが深いのですが、ドイツの看護師さん達との交流経験はなく、とても興味深く思いました。また、文化の捉え方について大変分かりやすいレクチャーでした。(特に冰山モデルが印象的でした。)本当にありがとうございました。
3	コロナ禍において海外の講師からこのように研修を受けられ、大変ありがたく感謝いたします。コロナ禍を機に研修等益々参加しやすくなることは、教育現場等とても有意義なものだと感じました。
4	どこにいても参加できるので、時間を有効に使うことができ良い。またスライドも会場で見ると見やすいのでストレスなく参加できました。
5	リモート研修は慣れれば環境を確保すればどこでも受講できてよい。
6	意外と臨場感があると実感することができました。
7	遠くの会場まで出向かなくても参加できることは有難いです。遠方の研修に参加するため休みの調整をしたり、参加のために交通機関や宿泊先の予約をしなくても良いので、大変助かります。参加しやすかったです。
8	海外と繋がっているとは思えないくらい、日本国内と同じ状態でした。
9	感染対策だけでなく、子どもがいたり、地方に住んでいても研修をあきらめなくていいという利点があります。今回のコロナ禍をきっかけに、様々なスタイルで学びが継続できるようになることを期待しています。



10	効率よく研修に参加できるとともに、渡航制限の状況にあっても海外の人たちと交流できるしくみが凄いとしました。
11	国民性や文化の違いによるコミュニケーションを始めとする関わり方を模索する上で非常に勉強になりました。
12	訪問看護の場面においては、まだ海外の方に接することはほとんどありませんが、将来的に職場環境も変化してくると思われます。文化的な背景、人種的背景を知ることによって自分自身も多様性のある感性を持って、仕事に臨んでいけたらと思いました。Danke!
13	目の前で画面が確認でき、スライドも見やすい環境で研修を受けることが出来た。多文化に関する知識も習得できた。国によって対立の対応が違うことの説明に関し、興味を持った。対立が生じたとき、チームで対応できるように実践を交えた研修など企画していく必要があると考えた。また、対応に関する施設のシステム作りが必要であると思った。

## シャリテ医科大学国際課ニュースレター

### IPIKA -Webinar für Japan

Organisatorin – Professor Dr. ArikoNoji (Chiba Universität, Graduate School of Nursing, School of Nursing, The Center for Education and Research in Nursing Practice, Nursing Care Development & Evaluation)

#### **Programme:**

Samstag, 19.September 2020

9:00 - 9:10 Begrüßung-Prof.Noji

9:10 - 10:00 Vortrag von Fr.Dr.Ute Siebert (mit Simultan dolmetschen)

10:10-10:20 Pause

10:20-11:00 Meinungsaustausch mit 3 deutschen Teilnehmern

#### **Hintergrund:**

Internationalisierung und Multikultur ist Japan sehr ernst eine Herausforderung.

Ähnlich wie in Deutschland arbeitet Japan daran, gegen Pflegekraftmangel aus Ausländer einzuführen und ausländische Pflegekräfte in Japan auszubilden. Darüber hinaus nimmt die Zahl der Reisende aus Ausland und die Zahl der ausländischen Patienten, die sich für längere Zeit in Japan aufhalten, zu, was zu interkulturellen Spannungen in den Krankenhäusern führt.

Andererseits sind aufgrund der Insellage Japans die Möglichkeiten, mit Ausländern und anderen Kulturen in Kontakt zu kommen, sehr begrenzt und ihre Kompetenz ist geringer als in Deutschland. (Nach Angaben der Einwanderungsamt betrug die Zahl der ausländischen Einwohner in Japan Ende Juni 2019 2.829.416, was etwa 2% der japanischen Gesamtbevölkerung entspricht.)

In diesem Zusammenhang besteht die Notwendigkeit, die interkulturelle Kompetenz des Pflegebereichs (gegen Patienten und Kollegen) zu verbessern.

Frau Professor Dr. Noji von der Chiba-Universität, die Initiatorin für dieser Herausforderung in Japan nimmt, ist Gastgeber dieses Webinars.

Vor dem COVID-19 besuchte Frau Judith Heepe, Direktorin der Krankenpflege, im März 2019 die Chiba-Universität und hielt einen Vortrag.

Und im März 2020 sollte Frau Dr. Siebert nach Japan reisen und einen Vortrag an der Chiba-Universität halten. Aufgrund der COVID-19 konnte sie jedoch nicht reisen, deshalb hielten wir ein Webinar online ab, und das zweite fand am Samstag, dem 19.September, unter dem Thema "Umgang mit Konflikten in interkulturellen Umgebungen" statt.

Die höchste Teilnehmerzahl lag an diesem Tag bei 110. Nach dem einstündigen Vortrag nahmen drei Pfleger/in aus Deutschland teil und tauschten ihre Meinungen und Erfahrungen aus. In der COVID-19-Ära fand ein einzigartiger Austausch statt. Wir planen, am Samstag, dem 26. September, eine weitere Veranstaltung abzuhalten, gefolgt von zwei Stücken von Herren Dr. Volkan Aykac (Oberarzt EGZB, Facharzt für Innere Medizin - Geriatrie, Charité - CVK Palliativteam, Lehrkoordination Geriatrie der Charité) am Samstag, dem 31. Oktober.

(記: 柏原 誠)

### IPIKA-日本とのウェビナー開催

国際化と多文化共生は日本にとって非常に真剣な課題です。

日本でもドイツと同様に、外国人看護師の導入や外国人看護師の育成に取り組んでいます。また、海外からの旅行者の増加や外国人患者の長期滞在が増加しており、病院内の異文化間の緊張感につながっています。一方で、日本は、外国人や異文化に接する機会が非常に限られており、ドイツに比べて異文化体験が少ないのが現状です。(入国管理局によると、2019年6月末時点での在日外国人数は2,829,416人で、日本の総人口の約2%)。

その中で、看護部門の異文化間コンピテンス(患者や同僚に対する)の向上が求められています。今回のウェビナーは、日本でこの課題に率先して取り組んできた千葉大学の野地教授が開催します。COVID-19に先立ち、2019年3月に看護部長のジュデイス・ヘーペさんが千葉大学を訪問し、発表を行いました。そして2020年3月、ウテ・ジーベルト博士が訪日し、千葉大学で講演することになりました。しかし、COVID-19の関係で渡航できなかったため、オンラインでのウェビナーを3月に開催し、第2回目は9月19日(土)に「Dealing with Conflicts in Intercultural Environments(異文化環境におけるコンフリクトへの対処)」というテーマで開催しました。

この日の参加者数は110名と最も多く、1時間の発表の後、ドイツから3名の看護師が参加して意見や経験を交換しました。COVID-19時代には、ユニークな交流が行われました。9月26日(土)にもイベントを予定しております。続いて、10月31日(土)には、ヴォルカン・アイカッチ先生(シャリテ-CVK緩和チーム、シャリテでの指導調整老年医、上級医EGZB、内科専門医-老年医学、シャリテでの指導調整老年医学)が講演を行う予定です。



nGlobe 研修 III

IPIKAプログラムのモジュールから  
モジュール6 病院における差別・格差への対応



JSPS(A)世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン(野地有子)

nGlobe 研修 2020 開催報告  
看護職の多文化対応能力研修 III (Webinar 開催)

IPIKAプログラムのモジュールから  
IPIKA: InterProfessionelles und InterKulturelles Arbeiten  
in Medizin, Pflege und Sozialdienst

モジュール6 病院における差別・格差への対応

開催概要

日時: 2020年9月26日(土) 16時~18時00分  
場所: Webinar 開催実施本部 千葉大学大学院看護学研究科  
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1  
目的: 看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの実施評価

プログラム

- 16:00~16:10 開会挨拶 (ドイツタイム 9:00)  
ドイツの近況 柏原 誠 (シャリテ医科大学国際課)  
講師紹介
- 16:10~17:00 第1部 講演  
テーマ: 「病院における差別・格差への対応」  
講師: ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)  
座長: 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)
- 17:10~17:55 第2部 ドイツの看護師との意見交換会  
ユタ・マルクワット (シャリテ医科大学病院)  
カリア・ドグベビ (シャリテ医科大学病院)  
コジマ・モルテェ (シャリテ医科大学病院)  
ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)
- 17:55~18:00 全体まとめ  
閉会挨拶

皆様、こんにちは。千葉大学の野地有子でございます。

先週に引き続き nGlobe セミナー2020 として、看護職の多文化対応能力研修、またナイチンゲールチャレンジセミナーとして開催を致します。本日も全国の医療機関、大学等、また千葉大学内よりご参加を頂いております、ありがとうございます。

本日はウテ・ジーベルト先生によります、差別についてお話をいただきます。

休憩をはさみまして 17 時 10 分より第二部としてシャリテ医科大学病院の 3 名の看護師の皆様をお迎えし、意見交換会といたします。



ではスライドを出して参ります。

5 年前の 9 月 25 日に国連でこの SDGs が制定されたということです。

日本では Society5.0 として取り組まれております。

SDGs では、2030 年をめどに、持続可能な社会をつくる 17 の目標が挙げられておりますが、大きく三つに分けられて、上段が人間、中段が経済、三段目が環境になっております。本日私どもが学ぶテーマとの関係をみますと、三番目の健康、そして四番目の教育、そして五番目のジェンダー平等、中段に来まして十番目の不平等、この辺りにつきまして本日のご講演の内容はリンクするかと思います。



次のスライドをお願いします。

前回のセミナーでドイツの看護師のユタさん、カリアさんから、「日本ではどんな問題がありますか」というご質問を頂きました。色々な事例はありますが先行調査結果をまとめますと、一番左の「言葉の壁」、そして真ん中の「文化の壁」ということが大きく問題として挙げられますとお話したのですが、先週のウテ先生のお話と今週のテーマをつないで考えますと、三番目の壁として「心の壁」ということがあるのではないかと思います、この四角の中にどんな解決方法やアプローチ、トレーニングを組み込んでいったらいいのかということを考えながら、お話を聞いていきたいと思っております。

ドイツからはウテ先生そしてユタさん、カリアさん、コジマさんにご参加いただけます。

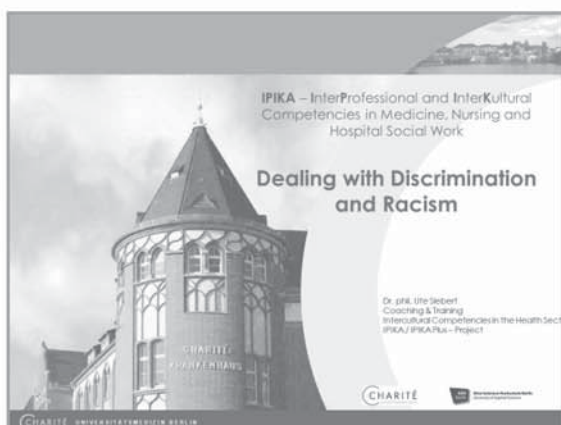
ドイツでの歴史を踏まえた差別の問題、また最近では米国の人種差別の問題、日本ではコロナ患者さんを担当する看護師に対する偏見などが大きな問題となっておりますので、こういったことも考えながら本日のお話を聞いて参りたいと思います。

ここで本年 3 月のウテ先生の第 1 回セミナーを映像化したビデオがございます。本邦初公開となります。冒頭部分、シャリテ医科大学病院の紹介がありますのでご一緒に見て参りましょう。それではビデオをお願い致します。



『皆様こんにちは。本日の講師はドイツベルリンにありますシャルテ医科大学のウテ・ジーベルト先生です。シャルテというお名前はフランス語でチャリティー、慈善、慈愛という意味のことです。1710年に当時東ヨーロッパでペストが大流行して、ベルリンに来ることが伝わりまして、ペストの患者を収容するためこの隔離施設としてシャルテ医科大学病院が建てられました、ということです。現在はベッド数3000床とヨーロッパで一番大きな病院ということで、看護職員は4000人、そのうち外国籍看護師の方は10%ということでございます。本日講師のウテ・ジーベルト先生はこのような多職種、外国籍の方々が働く病院で、文化に力をつける職員のトレーニング、コンサルテーションをされておられます。』

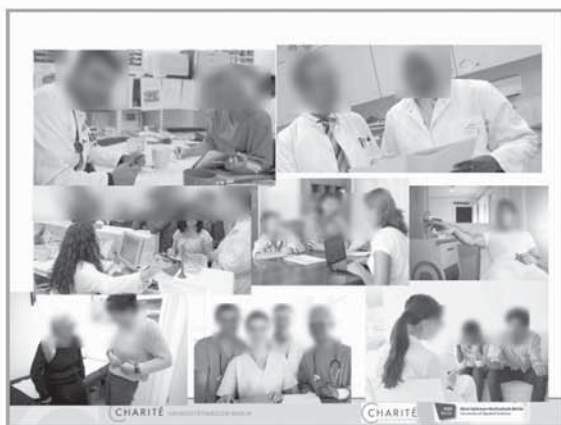
ありがとうございました。それではウテ・ジーベルト先生をお迎えいたしましょう。



ウテ・ジーベルトと申します。

皆さんこんにちは。これからプレゼンテーションを始めさせていただきます。

今日のトピックですが、差別ですとか人種差別ということについてお話をさせていただきます。私どものほうでIPIKAというプログラムをやっておりまして、この中で多種職多文化の能力開発のプログラムというのをやっておりまして、その一環でのお話となります。



何枚かここで写真をご覧いただいているのですが、これが我々の医療の日常の風景です。

ドイツの人口におきましては25%~30%、移民の背景を持つ人がいるということで、多くの外国籍の患者さんも来られますし、また我々の医療チームの方も大変国際色豊かなチームとなっております。

しかし、そんな中でお互いをいかに尊重しながら扱うのか、待遇するのかという事において問題が生じるということもあります。

我々の病院の中には、倫理規範というのがありまして、この中では医師や看護師は全ての患者を平等に等しく扱うということが謳われています。

しかし、時にやはり問題が生じることもあり、それは例えば偏見に基づいて、お互い仕事をする中で尊重し合えないというようなそういった状況が生じます。

## IPIKA 研修: 差別と人種差別への対応

- 偏見と固定観念の起源と影響
- 自身の自己認識、価値観、行動、社会的地位について振り返る
- 病院における差別と人種差別
- 差別や人種差別に対する戦略

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

そこで、このIPIKAプログラムの中で、人種差別と差別を扱う新規のコースを開発いたしました。このIPIKAのコース、研修の中で、偏見や固定観念、こういったものがいったいどこから来るのかということを考え、また自分自身のものの捉え方や価値観、行動、また社会的に置かれた立場について振り返る、というようなことをしています。また、病院という場において、こういった差別や人種差別が生じ得るのかということにも注目をしています。そしてこの研修の中ではこういった戦略でそのような差別に対抗することができるのか、どうすれば状況を改善できるのか、ということも話し合っています。

## 人種差別と差別の定義

“人種差別”: 特定の生物学的あるいは民族文化的特徴を持つ人々や集団が、他の集団よりも先天的に優れている、劣っているという考え方

例: 1994年以前の南アフリカ: 白人の人々は黒人住民よりも優れていると考えられていた。白人少数派が、多数派の黒人である地元民族やその他の民族を支配していた。



“差別”: 肌の色、民族、性別、年齢などを理由に、人または特定の集団を他の人と異なる扱い、特に他の人との扱い方と比べて悪い扱いをすること。

Source: <https://doherty.oxfordjournals.org/doi/10.1093/bioeth/bth011>  
<https://www.merriam-webster.com/dictionary/racism>  
<https://www.duden.de/lexikon/Definition/Rassismus>

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

では、始めるにあたりまして、人種差別と差別を少し定義しておきたいと思います。

まず、人種差別の定義ですが、特定の生物学的、あるいは民族文化的特徴を持つ人々や集団が、他の集団よりも先天的に優れている、または劣っているという考え方です。

例えば、1994年以前の南アフリカですけれども、白人の人々はその地に住む黒人の住民よりも優れているというふうに考えられていました。その結果、白人の少数派が多数派の黒人である地元民族やその他の民族、例えばインド人ですとかそういった人たちを支配するとい

う状況がありました。白人の人が自分は白人だ、だから黒人よりも優れているんだというような場合、これは人種差別ということになります。

次に、差別ということですが、この定義は、肌の色、民族、性別、年齢などを理由に、人または特定の集団を他の人と異なる扱い、特に他の人との扱い方と比べて悪い扱いをすることと定義されています。今日のドイツで申し上げますと、看護師もしくは医師が、トルコ出身の患者もしくは北アフリカ出身の患者を、移民の背景を持たない白人の患者とは違う扱いをするという、そういったことが考えられます。

人種差別の根源とされる  
エスノセントリズム(民族中心主義)

## „民族中心主義“

→ 多くの人は、自分の集団(とその価値観や規範)を他の集団よりも優れていると見なす傾向がある

→ 自尊心の向上/ナルシズム

→ “私たち”(身内)と“彼ら”(部外者/“他者”)

Tojtel/Turner (1986).  
Nicklas (2006), Rez et. al. (2006)

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSISCHER BERLIN

我々は人種差別の根源にはエスノセントリズム、いわゆる自民族中心主義があるというふうに考えています。

これは、人類学者の考察なのですが、人というのは自分が所属する集団や、その集団の価値観や規範を、他の集団のそれよりも優れているとみなす傾向があります。そのように、自分の所属する集団が優れているとみなすことによって、その集団に所属することで自尊心を向上させたり、自己陶醉するということが



見られます。その結果、私たちつまり身内と、彼ら部外者、他者というのを分けて考えることに繋がります。例えば、我々の国は他の国よりもずっと優れている、というような言い方があります。

#### 偏見と固定観念の起源と影響



多くの人は「身内」という集団の中で安心感を得ている傾向がある  
=集団は、似た価値観、理想、規範を持っており、身体的、精神的特徴が似ている

人々は見目が違い変わった行動をする時、“よそ者”として扱われる。  
なぜならば、彼らは多数派の規範に合わないからである  
彼らはまた、“外国人”、“他者”、脅威としてみられることもあろう

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

CHARITÉ

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
www.charite.de

そこで、我々IPIKAのコースでは、固定観念や偏見ということについて取り組みをしています。

人というのは、自分の所属する集団、つまり身内の中では安心感を得ているという傾向があります。それはなぜかという、その集団の中では似たような価値観や規範があったり、もしくは身体的精神的な特徴が似通っている、ということがあるからです。

これに対して、見た目が違うとか、もしくは変わった行動をするような人は、よそ者として扱われます。

それはなぜかという、そういった人たちは多数派の規範に合わないと言われるからです。

そのように多数派に所属しないとみなされる人たちは、外国人であると考えられたり、もしくはネガティブに見られたり、もしくは脅威として扱われることがあります。

#### 固定観念、偏見：“他者”という受け止め



固定観念：こういうタイプの人は、と型にはめた固まった考えを持つこと。  
これらの考えは、時に現実と関連することもあるが、過剰に一般化していることがある。多くの場合、それらは間違いである。

偏見：固定観念 + 否定的な見方

- 私たちが、親や仲間、先生などを通して、はやくから、固定観念 + 偏見を身につけている
- 私たちは、新しいものや未知のものに直面したとき、不安や恐怖を感じることもある（外国人恐怖症）
- 個人的な経験が、固定観念（過剰な一般化）や偏見につながることもある

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

CHARITÉ

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
www.charite.de

では、固定観念とは一体何なのか。固定観念というのは、「こういうタイプの人はこうだ」というような形にはまった考え方、もしくは決めつけをするということです。

例えば、ドイツ人がイタリア人について、「イタリア人はスパゲッティを常に食べている」という言い方をする。そういったことを言った場合に、固定観念というのは時に現実の一つの側面と繋がっているという場合はあります。

しかし、それがいつでも誰にでも当てはまるというわけではない。そういった意味では過剰に

一般化しているということが言えます。またステレオタイプ、固定観念というのは間違いである場合も往々にしてあります。と言いますのも、イタリア人の中にもスパゲッティが嫌いな人だってたくさんいると考えられるからです。もしくはスパゲッティは食べたとしても、そんなに食べない、ほとんど食べなくて、それよりももっとも豊かな食文化があるということが考えられるからです。次に偏見に関してですが、偏見というのはまず固定観念、誰かに関して型にはまった考えというのがあって、それに対して否定的な見方や意見が加わる場合をいいます。

例えば、「女性は常に誰でも数学に弱い」という言い方をした場合、これは正しくなければ女性に対して否定的な見方をしているということになります。そこでIPIKAのクラスの中で、どういった形で我々は固定観念や偏見を身につけているのかということをお話ししました。そこで気づいたことなのですが、そのような固定観念や偏見というのは、親を通して、もしくは仲間を通して、先生などを通して、かなり早くから、幼少期から身につけているということに気づきました。




もしくは、時には個人の経験に基づいてる、という場合もあります。誰かとの経験、それが良くない経験であった場合、「その人のように見える人」に関しては常にその人は自分にとって友好的ではない、とみなしてしまうということです。

例えば、私がポーランドからやってきた人との間に何か良くない経験があった場合、全てのポーランド人は悪い人だとか友好的ではない、というふうに考えてしまう、ということです。

**自分自身の自己認識や固定観念、行動を振り返ること**

- 自分の考え方や行動を批判的に評価することが重要
- 私たちは無意識のパターンで考えたり行動したりすることが多い
- 私たちは、固定観念で考えていることに気づかないことが多い
- 私たちはしばしば、自分が人種差別的に考えたり、行動していることに気づかない
- 私たちの考え方や行動は、社会における私たちの社会的地位と密接に関連している: 私たちは支配的な多数派のメンバーなのか、それとも少数派のメンバーなのか?

→異文化シミュレーションゲーム




そこで、IPIKA のクラスの中では、自分自身が一体どこからこういった固定観念、もしくは偏見を身につけたのかということまず振り返るところから始めています。

我々は、無意識のパターンで考えたり行動したりすることが多いので、固定観念や偏見に気付かず、それでもそれに従って行動してしまっているということがあるということに気づきました。それから、私たちの考え方とか行動、これは我々の社会的地位と密接に関連しているということがあります。

私たちは支配的な多数派のメンバーなのか、それとも少数派のメンバーなのか、そういったことが我々の他者への視線に大きく影響を与えます。

**研修方法: シミュレーションゲーム**



“アルバトロス島へ旅に出ましょう”:  
元地の人の行動をどう捉え、どう解釈すればいいのか?

IPIKA のクラスでは、シミュレーションゲームをやっています。このシミュレーションゲームを通して参加者たちは自身が偏見を持っている、ということに気づき、それが間違っているということに気づいていきます。

このシミュレーションの中では、参加者は世界一周のクルーズに出ているということを想像します。そしてそのクルーズの中でアルバトロス島という所に行きます。そのアルバトロス島の住民が、クルーズの参加者をおある種の儀式を通して出迎えてくれるという、そういった場面を想像します。

参加者たちは、自分たちの認識や偏見に大きな問題があることに気づいていきます。アルバトロス島の住民が出迎えの儀式をしてくれるわけですが、それはアルバトロスの文化を反映したものとみなすわけで、それが大変父権的で、そして女性を抑圧するような文化であるという見方をしてしまうのです。

この島では、女性の扱いが大変悪い、そしてすべての権力を男性が握っているというような見方をします。その結果参加者たちはこの島には留まりたくない、これは本当にひどい島だと考えるようになります。

しかし、その儀式の背景の説明があり、その説明を受けた結果、その儀式の意味を知るに至ります。その気づきなのですが、実はこのアルバトロス島の社会というのは大変母権的な社会であって、そして女性が大きな力を持ち、そして大変尊敬されている社会だということに気づきます。

そこで、参加者たちは大変驚くわけです。我々の見方というのが大変間違っていたということに気付くわけです。そこで世界を見る目としては、オープンマインドでならなければならない、常に尊重する目で見なければならない、ということに気付くわけです。

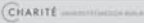

**病院における差別と人種差別の形態**

差別：個人または集団を不当に、不平等に待遇する

象徴的な差別：身振り、物まね、言葉による発言、ヘイトスピーチ

非象徴的な差別：排除、身体的暴力

構造的な差別：保健医療サービスへのアクセス障害となる壁  
(例：多言語での情報不足、通訳者がいない、  
数カ国語での表示がないなど)





では、ここから病院における差別、こういった形をとり得るのか見ていきたいと思います。まずは個人とか集団が、不当に、もしくは不平等に扱われるという「形態の差別」が考えられます。この差別のシチュエーションはまた後で説明しますが、それ以外にも「象徴的な差別」というのがあり得ます。これは必ずしも言葉にして差別をするということではなくても、例えば身振りで、もしくはモノマネで差別をするということも考えられますし、また時には発言を通して、ヘイトスピーチを通してということもあります。

それに対して、「非象徴的な差別」と呼ばれるものがあり、これに関しては誰かを排除するとか、もしくは身体的な暴力に及ぶということも含まれます。

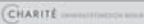

そして、「構造的な差別」という差別の形もあります。例えば保健医療サービスへのアクセス障害となる壁が大変高いというようなことが考えられます。例えばドイツ語を話すことができない人は、十分に情報を得ることができない、医療のサービスに対するアクセスが阻まれるということも考えられます。また、多言語での情報が不足している状況や、通訳者がいない、数カ国語での表示がない、というような状況が考えられます。

**病院における差別と人種差別の形態: 実例**



- 看護師のチーム：海外からの新人は排除される：先輩のチームメンバーは新人に、チームの正式なメンバーではないと知らせる。海外から来た新人看護師を言葉で傷つける。
- チーム内でのいじめ
- チームリーダー/上司によるいじめ
- 患者・家族はベトナム人やナイジェリア人の看護師はいらないと言う。彼らは「ドイツ人の看護師がよいと言って譲らない。海外からの看護師を傷つける。
- 看護師が海外からの医師とうまく連携をとらない：医師の言っていることを理解しようと努力しない。

Picture: <https://www.stadtrand-nachrichten.de/workshop-rhife-strategien-gegen-diskriminierung/>

では、病院における差別と人種差別の形態の実例をこの先見ていきましょう。

例えば、我々の国際色豊かな医療チームの中に、外国人の新人看護師がやってきたとしましょう。そうするとそのチームの先輩のメンバーが、その新人に対して「あなたは正式なメンバーではない」と、歓迎されていないということ、行動を通して知らせるというようなことがあるかもしれません。

もしくは、この外国からやってきた新人の看護師に対して、言葉で攻撃をしたり、心ない言葉を浴びせるというようなことが考えられるかも

しれません。またそのチームの中でいじめが発生することもあるかもしれません。

ドイツ人の患者さんが、ベトナムから来た看護師とかナイジェリアからやってきた看護師には自分を看てもらいたくないと言うかもしれません。

そういった患者さんが、外国人の看護師は嫌だと、ドイツ人の看護師さんにして下さいというようなことを言うことがあるかもしれません。その場合外国からやってきた看護師を傷つけることがあるかもしれません。




ドイツ人の看護師が、海外出身の医師とあまり協力をしないというようなこともあるかもしれません。その海外出身の医師が言わんとしていることを理解しようとしなくて、彼はドイツ語が下手だから分かりませんといったようなことを言ったりするかもしれません。

ドイツ人の患者さんが、海外からやってきた他の患者さんを差別するという、そういった状況も考えられます。

**攻撃的な行動、差別、人種差別に対するコミュニケーション戦略**

- 私たちは他人の考えや行動をコントロールすることはできない。しかし、私たちは、「止めて」と言える。私たちや誰かを傷つけたときに。



Picture: www.piers.de


CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSEN-ANHALT  
Charité - Universitätsmedizin Berlin  
The Charité - Universitätsmedizin Berlin  
University of Applied Sciences

そこで、IPIKA のクラスでは、こういったことを言っています。私たちは他人の考えや行動をコントロールすることはできない。しかし私達は「やめて」「その行動をやめてください」と言うことはできるということです。

IPIKA のコースの参加者が、よくおっしゃることがあります。「そのような、人を怒らせる行動や、差別を目撃したとしても、その場でどう対応していいかわからないのです。一体どういったことを言えばいいのか言葉が見つからない。そこでその場に立ち尽くし、ただ傍観することになってしまうのです。」

**差別と人種差別に対するコミュニケーション戦略 - 事例 I**

- “あなたの発言は攻撃的です！私はあなたを助けますが、相互に尊重する場合に限りです”
- “当院では、対人関係の尊重を基本に仕事をしています。そのように行動してください”
- “あなたのその行動は攻撃的です。止めていただかないと、私は上司に報告しなければなりません”



Picture: www.freundin.de

CHARITÉ UNIVERSITÄT SACHSEN-ANHALT  
Charité - Universitätsmedizin Berlin  
The Charité - Universitätsmedizin Berlin  
University of Applied Sciences

IPIKA のコースでは、ロールプレイを使って大変現実でありそうな、現実に即したシナリオでコミュニケーションの戦略を学ぶということをやっています。差別や人種差別があった場合、どのようにコミュニケーションを取ったらいのかという演習です。

例えば、このようなシチュエーションを考えてみましょう。外国人、海外から来られた患者さんがその看護師に対して心ない攻撃的な言葉を浴びせることがあった場合、そこでのコミュニケーション戦略としては、「あなたの発言は攻撃的です。私はあなたを助けますが相互に尊重する場合に限りです」という風に言うということが

考えられます。もしくはその逆も考えられます。看護師のほうが海外出身であり、患者のほうがドイツ出身であると、その場合にその患者さんのほうから看護師に心無い言葉が浴びせられるという場合、やはりこの同じコミュニケーション戦略で対応することができると考えます。

似たようなシチュエーションで考えられるコミュニケーション戦略としては、次のように言うことができます。「当院では対人関係の尊重を基本に仕事をしています。そのように行動してください」看護師として、ある患者さんが他の海外からやってきた患者さんに対して、差別的なことを行う、言う、ということを目撃した場合も、ここに書いているような同じセンテンスを使うことができると思います。

また、医療職のチームの中で、先ほどもお話しましたが、チームの中でそういった問題が生じる場合も考えられます。一人のチームのメンバーが他のチームのメンバーに対して心無い



言葉を浴びせるというような場合、「あなたの行動は攻撃的です。やめていただかないと私は上司に報告しなければなりません」と対応することができます。

#### 差別と人種差別に対するコミュニケーション戦略

##### - 事例 II

- “当院では、職員の出身国は問題になりません! 大切なのは、その人柄と仕事の質です!”
- “同僚のモナが仕事に一生懸命なのは知っています! ここでの本当の問題は何なんですか、私に話してください”
- “同僚を攻撃するのを止めないのであれば、あなたが辞めなければなりません”
- “あなたが、このまま攻撃的な行動を続けるのならば、私は助けることができません”

CHARITÉ UNIVERSITÄT WÜRZBURG

CHARITÉ UNIVERSITÄT WÜRZBURG

次の事例として、ドイツ人の看護師として、他のドイツ人の患者さんが、海外からやってきた看護師に対して何か攻撃的なことを言う、行動することを目撃した場合、このようなことが言えると思います。「当院では職員の出身国は問題になりません。大切なのはその人柄と仕事の質です」

同僚のモナさん、メキシコ出身の看護師さんに対してドイツ人の患者さんが心ない言葉を浴びせているような場合、このように言うことができます。「私は同僚のモナが仕事に一生懸命なのはよく知っています。いったいここでは何が問題なのですか」もしくは「私の同僚を攻撃するのを止めないのであれば、お帰りください」と言うこともできます。

もちろん、これらのセンテンスというのは、大変はっきりとした物の言い方だと思いますので、これは状況がどんどんエスカレートして悪化していくような時に言う言葉だと思います。

「あなたがこのまま攻撃的な行動を続けるのであれば、私はあなたを助けることができません」というようなことが言えます。この場合は、本当にもうこれ以上は許容しませんという、その限界の上限を設定するということになります。ここで尊敬が見られなければ、尊重が見られなければ、あとはあなたとやり取りをすることはできません、というラインを引いているということになります。

IPIKA のコースの参加者たちは、このような実際に使えるセンテンスを学ぶことを大変評価しています。実際、このまま言うというわけではないかもしれません。状況に応じて、もちろん言葉を変えたりということもありますが、このようなフレーズを持っておくということは、難しい状況に立たされた時にそれをすぐに出して使えるような、ある種の武器を持つようなことになると考えています。もちろん、私が今お見せいたしましたいくつかのコミュニケーション戦略に関しましては、これ自体が我々の文化の影響を受けているものです。そして我々の文化というのは比較的直接的なものを言う文化ですので、その影響を受けたセンテンスになっていると思います。

我々の考えと致しましては、しっかりとこのような状況に言葉でもって対応、もしくは対抗しなければその差別をしている、攻撃的になっている人に同調しているという風に考えるのです。

どこかで差別が、その状況が生じているということを知りつつ、それを見て見ぬふりをするようになった場合、それは臆病な振る舞いであり、実際差別をしている人に同調していることと同じことになってしまうという考え方を我々はします。

そういった考え方があるからこそ、我々ドイツにおきましては、より積極的に差別に対しては対抗しようというふうに考えているのです。その考え方からこのような直接的なセンテンスというのが生まれて参りました。

しかし、こちらに関しては、このような人種差別的な行動とか、その言葉があった場合、日本ではどういった対応をされるのかという事を、是非とも皆さんと後でお話ができればと思います。

#### 攻撃的な行動、差別、人種差別に対する戦略

- 落ち着こう!
- 問題の人を個人的に攻撃してはいけない。彼/彼女の言ったことに注力しよう。
- 問題の人の身体に触れてはいけない。(危険がある!)
- 距離をとる
- 他の同僚の支援を呼ぶ
- 攻撃を受けている人々を支援する。あなたは人々の側に立っていることを示す。
- いじめに対抗する：いじめを止めさせるために他の同僚の参加を求める

CHARITÉ

CHARITÉ

我々の IPIKA のコースでのコミュニケーション戦略なのですが、参加者に以下のようなことも教えています。

まずは、冷静に対応をするということ、感情的にならないということ、これは大変難しいかもしれませんが冷静にということ。

二つ目は、その問題の人を個人的に攻撃するのではなく、その人が言ったことに注目しましょう、ということを行っています。また、その問題の人の体に触れてはいけませんということを教えています。もしかすれば危険があるかもしれないからです。状況が大変困難なものにな

た場合は、同僚の支援を呼ぶということも教えています。

そして、とても大切なことですが、攻撃を受けている人を支援する、支えるということが大切です。その攻撃の対象になっている人の側に立つということです。

それから、よく我々が話し合うのが、チームの中でのいじめの問題です。そういったいじめがあるような場合、他の同僚の参加も求めて、いじめをやめさせるということが必要になります。

自分が対象になっている場合のいじめをやめさせるということ、これも大変難しいわけですが、いじめの対象になっている同僚を助けることも考えなければなりません。

#### 研修方法



- 自己認識の演習(自分の固定観念や偏見)
- 体験学習: シミュレーションゲーム、ロールプレイ
- ケーススタディや事例演習
- 参加型学習、チームでのワーク

CHARITÉ

CHARITÉ

IPIKA のクラスでは、差別や人種差別に対抗するメソッド、手法として色々なものを取り上げていますが、特に重視しているのが自らの気づきです。

自らの気づきというのは、自分が持っている固定観念や偏見、これを振り返るということなのですが、例えばドイツには、ある民族のグループでドイツの社会では嫌われ者のような民族グループがあります。その人たちは自身を「ロマン」「ロマ」という風と呼んでいます。

かなり昔にインドから、おそらく東欧やもしくは中央ヨーロッパにやってきたと考えられる

人たちです。ドイツ人は、この人たちのことを「チゴイナ」もしくは英語では「ジプシー」という風と呼んでいました。

この「ロマ」の人たちなのですが、定住の地をかつては持たず、移動しながら様々な交易をすることで生計を立てている人たちでした。ドイツ人が彼らのことを呼ぶところの、この「チゴイナ」という言い方ですが、これはある種の蔑称、もしくは大変ネガティブな呼称です。

「チゴイナ」というのは、元々はギリシャ語に語源を持ち、その言葉の意味としては「アンタッチャブル」つまり「不浄のものとして触れてはならないもの」ということを意味しています。

ドイツの多くの方は、この彼らが今「ロマン」と自分たちのことを呼んでいますけれど、ロマの人たちのことを、彼らは泥棒だとか、嘘つきだとか、もしくは汚いですとか、犯罪者ですとか、多くのドイツの人たちが考えています。そこで IPIKA のクラスでは、そのような固定観念とか偏見というのは一体どこから来たのですか、と問うわけです。



例えば、親が何か言ったことを耳にしたのか、友達が言ったことなのか、もしくはメディアから聞いたことなのか。もしくは例えば文化的なイベント、つまり演劇とかオペラとか、このロマの人達というのはドイツに何世紀もいる人達ですから、そういった人たちがオペラとか、もしくは演劇の役として表現される場合があります。その時のジプシーの役割というところから、もしかしたらその固定観念や偏見というのを身につけたのかもしれない。

そして、その後には、では今現在、皆さんが知っているロマの人たちというのは、一体どういった人たちですか、このロマの人達について皆さん一体何を知っているのでしょうか、という風に問います。彼らがどういった生活をしているのか、なぜベルリンにやってきたのか、どういった理由で、東欧の例えばブルガリアやルーマニアというところからドイツに移住してきたのか、ということについて何か知っているのですか、ということをお聞きします。

そして、実際、今のロマの人を考えると、実は、もはや移住をする民ではない、彼らはもうドイツに定住定着をしている、そして社会に十分統合されていて、他の人達と見分けがつかないことも往々にしてあるわけです。

そこで、IPIKA のコースでは、色々な手法を使ってこの問題に対応しようとしています。

例えば、シミュレーションのゲームを行ったり、ロールプレイをしたり、もしくは大変現実の経験に則したようなケーススタディをしたり、もしくは写真にあるように、チームになって、そのチームの中で身内と部外者という役割を決めて、どのような形で人が排除されるのか、もしくはチームの中に歓迎されるのか、そういった体験を実際してもらい、というようなことをしています。

では、レクチャーの部分はこれで終わりとさせていただきます、よろしければご質問をお受けしたいと思います。

ありがとうございました。

Q&A の方にもご質問があがっております。また、ウテ先生から、私どもにご質問の投げかけもありましたので、10 分間のお休みの後に、この Q&A から、また、ドイツの 3 人の看護師の方にも入っていただきまして、進めていきたいと思っております。

それでは第一部を終わりにさせていただきます。





野地：時間になりましたので、第二部をはじめて参りたいと思います、皆様お戻りでしょうか。第一部では、ウテ先生にとっても丁寧にお話いただき、大変勉強になりました、ありがとうございました。第二部からご参加のドイツの3人の看護師の皆様、自己紹介をお願いしてもよろしいでしょうか。

ユタ：こんにちは、ユタ・マルクワットです。先週も参加しましたが今週もどうぞよろしくお願ひいたします。私の専門は新生児病棟と新生児集中治療室で働いています。それとこのような多文化対応コンピテンシーのコースを運営したり、院内に配る案内冊子を編集したり、そういう事に取り組んでおります、どうぞよろしくお願ひします。

コジマ：こんにちは。私の名前はコジマ・モールテッドです。31年シャリテで働いております。3年前からこのようなインテグレート、外国人の統合コース、外国籍看護師受け入れセンターのマネージャーをやっております。私の業務としては、国際的な多国籍の看護師たちの受け入れと、日々の職場に馴染むようにサポートしております。どうぞよろしくお願ひします。

カリア：こんにちは。私の名前はカリアです。私は腎臓科で働いております。担当としては、学生や実習生を指導する立場にあります。私のチームも多国籍看護師とのチームでやっております。日本に留学したことがあり、先週は日本語でご挨拶いたしました。

皆様こんにちは私はカリアと申します。シャリテで看護師を勤めています。10年、15年前ですけれど日本に留学したことがありますので少し日本語を覚えています。どうぞよろしくお願ひします。

野地：ありがとうございました。ユタさん、コジマさん、カリアさん、どうぞよろしくお願ひします。現在日本から6つの質問が来ております。この質問を順次お聞きしながら、ウテ先生の私たちへの問いかけや、本日ご参加の看護師の皆様も、どんな体験とか事例とか、どんな時に看護師として上手いったか、困ったことがあったか、というようなことを意見交換ができればいいなと思っております。それでは参加者A様、事務局から今マイクを回しますのご質問をお願ひします。

参加者A：こんにちは。和歌山から参加しておりますAと申します。日本語で説明させていただきます。ドイツではいわゆる特定のグループや人種に対する差別に対するの集団的なインテリジェンスや行動規範を向上させるための、国全体といえますか、メディアによる啓発戦略とか、そういった活動はございますでしょうか。

ユタ：ベルリンについて申し上げます。ベルリン州においては、反差別法というのが導入されてきて、人種差別だけでなく、諸々の全部の差別ということに対して、法で取り締まるというか、規定をつけて、もちろん大学や教育機関、役所や公的機関において、やってはいけない、という法を定めて厳しくしております。一応、連邦制の解説をしますと、ドイツでは国の法律があつて、さらに州の法律が決められるという、独立しているの、ベルリンでその法律がありますし、他の州においても名前は違ふかもしれませんが、似たような法がどこでもこのように行われていて、反差別に対するの強い取り決めがあります。

ウテ：追加をしますと、この反差別法に対して、担当役所、その申し出を受け入れる役所があり、そこに報告というか、訴えるということもシステムとして出来ていて、ひどい場合には法律、裁判所の裁

判の方にまで行くという、ただ法律で規制するだけではなく、その受けた側、その現場で起こった側が報告をあげられる役所というのをつけられています。

野地：ありがとうございました。ちょうど社会全体の話のご質問になりましたので、参加者 B 様こちらからご質問をお願いします。

参加者 B：ありがとうございます。

私のうちは引っ越し家族で、日本国内でも色々な所に行っているのですが、日本国内での自民族主義にいつもさらされている家族だったので、あちこちで差別的な扱いを受けていました。そのことを思いながらウテ先生のご講演をお伺いしたのですけれど、自分の気が付かないうちに、自分でも生育環境の中で身に染みていると思うのですが、差別をしている側もそういうことがあると思うのです。そうすると、社会全体の中でどういう風に差別意識をなくした自然な社会ができているのだろうかと思った時に、幼少期からの教育が大事かなと思い、ドイツでは何かされていることがあるのか、是非その事例などもお伺いできればと思います。

ウテ：例えばアメリカでは、幼稚園などから、反先入観偏見プログラムというのが行われていたりするのですが、そういう強い教育体制みたいものならまだないです。ただドイツの方でも多文化共生とか、異文化を学ぶというのは幼稚園の時から少しずつは始まっています。

ユタ：ウテ先生の話にちょっと付け加える感じなのですが、社会全体として人種差別ということに対してタブーというのが無くなってきていて、そのことについてテーマとして話すことがオープンになったというのと、それとオープンになってだいぶ経つという、社会としてそれがあって、それについて考えるというのがすでに広まっているということと、人種差別ということだけではなくて、もっと大きな差別ということがだんだん今大きなテーマとなってきて、男性である、女性であるとか、そういう全てにおいての区別、差別ということについて語られるようになってきているという、社会でもそういう雰囲気、社会でそういう状況になってきている、という状態です。

カリア：追加させていただきますと、ポジティブな面として、議論をするという文化がドイツにはあるので、常にそういう問題があった時に議論する、話し合うということが第一義的に、行動として出てくるというところは、こういう問題をタブーとしないことに非常に役立っているのではないかと思います。それとあと YouTube のチャンネルで、テレビのサポートをするようなプログラムがあって、例えばトルコ人の方や、イスラム系の方が、頭に布を被って生活していますけれど、そういった方たちが、手術の時とか入院した時にどういう風に扱われるか、などユーモアを交えた問題提起であったりとか、どういふふうに対応された、そういうユーモアを交えた YouTube などの放送があり、それで若者などは話をしたり、テーマとして取り上げたり、解決策の一つを見たり勉強したりということができて、学生達にも示しています。

野地：ありがとうございました。今二つのご質問で、社会の取り組みについてお話し頂きまして、次に参加者 C 様から病院の取り組みについてご質問が上がっております。

参加者 C：大学病院の内科病棟の看護師をしております。たくさんのお話ありがとうございます。私の方からはかなり規模を限定した質問になってしまうのですが、当院の場合には外国人の看護師というのはまだ採用していません、ただ在日の韓国人、それから朝鮮の方、それから中国の方



というのは何人かいるという話は聞いております。こういう方達というのは、日本の習慣に馴染んでいるので、看護を考えていく時の生活の援助、これは日本で行っている文化がベースになっている手順を作っているのですが、シャリテの場合には色々な文化の方達、働く側も患者さんもいると思うのですが、どの辺を標準というか基準にして日々の看護ケア、例えば体を拭くとか排泄するとか、そういうことに関する基準を作っていच्छやるのか、もしくはお持ちなのか、ないのか、おそらく日々お話をしながら患者さんとやっているのだと思うのですけれども、最低限のものはあると思うので、あるようでしたら教えていただきたいと思います、よろしくお願いします。

コジマ： シャリテでは、基準というのは非常に大切に、看護のスタンダードというのは非常に大事ということは理解できます。色々な国の人たちが働いているので、その中で多文化を取り込んで協働で、それなりの合意点を見つけるというか、それによって患者さんをケアする質を落とさないようにということにもものすごく注意してやっています。

参加者 C： ありがとうございます。ただ、その中でどうしても自分たちの文化の中ではこのやり方を容認できないとか、そういう時にやはり議論をして合意点を見つけていくということでしょうか。

コジマ： そうです、話し合うということが大事で、一番大事にしているのは共感力、共感することです。それを求めて違う文化、違う考えであったり、患者さんであれば違うそれぞれの希望があるということを尊重して、それについて話し合う、とにかく話し合っで協働で合意して、話し合いが一番大事です。

ユタ： 私のほうからも、コジマさんの言ったことに同意して、ちょっと説明を補足するのであれば、それぞれが持っている基準というかスタンダード、それを話し合う。それによってその個人の持っているスタンダードが違うようであれば、お互いに話し合っで共通点を見出していく。そしてお互いが納得していく。患者さんについても、患者さんの持っている、こうして欲しいとかああして欲しいという基準というか標準があると、それについて看護師の方の持っているものと話し合っで、そこでお互いの共通点、妥協点というのを見つけていくことが大事だと思います。

参加者 C： ありがとうございます。どうしても日本人の場合には、患者さんの方も、このぐらい分かるだろ、察してくれよという、その察するという日本の文化が、議論をするということを妨げていることが非常に多くて、現場では苦勞しておりますので、患者さんにも出来るだけ話をしてもらうように進めていきたいと思ひます、どうもありがとうございました。

野地： 参加者 D 様から 3 つ入力があったのですが、すべてアルバトロス島のシミュレーションゲームについてで、2 つは今日内容がよくわかりました、ということで、3 つ目の質問ですが、このアルバトロス島のゲームの大元はどこからでしょうかというご質問を頂きました。

ウテ： このアルバトロス島への旅行というのは、実は大元自体はインターネットから拾いました。多文化を勉強したり、文化の違いとか、先入観の違いなどを例として出すのにこういうものは非常に有名な例として溢れて、拾える状態です。もしかすると、もっと大元というのはアメリカであったかもしれないですが、普通に溢れている情報の中から拾いました。

このアルバトロス島への旅行という事自体の、この考え出されているゲームの中で使う文化というのは全部嘘で作り出された話で、先入観などを気づかせるとか、そういう時のために考え出された文



化と例です。ですので、それを使って例えばイスラム教のイスラム圏の人、アラブ圏の人、例えばアフリカ圏の人たちの文化の違いを説明するときに、具体的な国目や地域を出すというのはあまりよくないので、こういう風にアルバトロスという想像の文化と島を考え出されたという、西の、ヨーロッパ文化特有の教育システムとして出てきたもので、これがそのまま日本に応用した場合、そこで気付かされることというのが日本に合うかどうかは、ちょっとやってみないと分からないところです。

野地： ありがとうございます。それではご質問をどうぞ Q&A に書いていただいて、時間オーバーしましたらまた別途メールでウテ先生皆様にお答えいただくようにしますので、どうぞご質問をお入れください。それでは、患者と看護師の関係というようなシチュエーションで、参加者 E 様からご質問を頂いております。

参加者 E： ご講演ありがとうございました。一つ質問させていただきたいのですが、例えばドイツでは、差別に関しては法律等でも規定されているということなので、あまりないケースかと思うのですが、例えば認知症の現場で、患者さんが差別的な部分で、外国人看護師にケアされたくない、先生のご講演の中にも少しありましたが、そういう訴えがあった時に、どういう風に対応されているかということをお伺いしたいです。例えば患者さんに文化について説明しながら、師長さんなりが間に入ってその看護師と患者さんとの関係を解決して、その外国人看護師が受け持ち続けるという風に解決していくのか、それでも解決しなければ看護師を替えていくのかなど。これは患者さんに対して、患者教育という面で文化に関して教育という視点で患者さんと関わっているのかという視点で少しお話を伺いできればと思います。

ユタ： 認知症の患者さんに限らず、日常の中で結構あることで、一般的に言いますと、やはり話し合っただけで落とし所を見つけていくというのが大前提です。コミュニケーションをとって、文化の説明であったり、そうは言ってもやることは看護ですし、とにかく話し合うということは大事です。それでもどうしても納得いかないという場面もあるので、そうなった時はその部門で局で科で、出来る限り、看護師を替えたり、部分的に替える、ドイツ人の看護師に入ってもらおうとかサポートに入ってもらおうなど、その科で出来る範囲で一応対応するようにはしますが、基本的には本人との話し合いで共通点、落としどころを探るといったのが大前提です。

ウテ： 追加として、やはり認知症の患者さんに対してはちょっと難しいのではないかなとは思いますが、一応やることとして、例えばその外国人の看護師さん、拒否されてしまった看護師さんに対して、ドイツ人の看護師と一緒にサポートしてあげる、それによって患者さんの気持ちを落ち着けたり、そうは言っても大丈夫ですよとか、徐々に外国人の看護師さんであったとしても、安心できる、安心して看護を受けられる、という環境を作るためにドイツ人の人がサポートしてあげる、ということは試している場合もあります。でも認知症の場合は、人種差別以前に理解できないこともあるので、そういう時はもうしょうがない、ドイツ人に替える、ということはあると思います。ただその前段階として、話し合いであったり、ドイツ人をサポートに入れて慣れてもらうなどの努力はしています。

コジマ： 私の方から追加しますと、まず認知症の患者さんということではちょっと話を置いておいて、日常の中でももしそういうことが起こったとしたら、そういう状態を放置するのではなく、その患者さんに何でそういうことを思うのか、何が嫌なのか、その思う原因や、その根拠というものについて、どうしてなのですかという話し合いをして、ただ表面上に現れる人の差別や拒否ということではなく、原因となる思考の元を話し合っただけで解決していくように努めるコミュニケーションが大切で、更に私たち



の看護チームなので、チームとしてやっているのです、外国人がいたとしてもチームです、そこで一緒にやっていますということ、拒否された看護師さんについてはそうサポートする。患者さんについては、ここはチームだから人種とかは関係ないという、もちろん示すということは大事ですが、根本的なことについて話を聞く姿勢と態度が大事だと思います。

野地： それではあと一つご質問を受けて、まとめて参りたいと思います。ドイツで働きたいとおっしゃっている参加者 F 様からでしょうか。

参加者 F： 私は、2年間ドイツで働いたことがありまして、もし人種差別とか、看護師としてのこと、仕事を拒否された場合、その場でどのような態度をとったらいいのか、反応した方がいいのか、それとも何も言わないで受け入れた方がいいのかという、その場での対応について質問します。

ウテ： 反応はしたほうがいいでしょう。先ほどの講義の中での方法としてもあげていますが、非常に傷ついたということは伝えて、ただこれからもサポートしていきたいということは伝えて反応した方がいいと思います。

コジマ： 追加になりますけれども、看護師と言えどももちろん人間なので、その人の尊厳が言われたことについて傷つく、何故そういう風に言うのか、どうしてそういう風に言うのかという事を、反応したり、傷ついたことを見せるということが大事で、無反応であるとその言った本人も自分が何を言ったかということ自体も理解できないので、そういった意味で、言われた方が反応して、それについて話し合うということをすることによって、本人もそのことがひどいことであつたり、何を自分が言ってしまったのかという振り返りを作るためにも、受け取った側の希望として、患者さんもそういうことを言ってしまったという事を振り返って、それはよくないことなのだ、という気づきを持ってもらえれば良いなと思います。

ウテ： 私の方からちょっと質問したいのですが、そのようにダイレクトに反応するとか、話し合いを始めるとか、そういうアドバイス、今の方法についてドイツ的な話をしましたけれども、例えば日本でそういう事があった場合、このドイツ的なやり方というのは日本ではどうなのでしょう、使えるのでしょうか、それとも使えない、違う方法があるというのはあるのでしょうか、教えていただければと思います。

参加者 F： 日本だと多分ドイツのように直接的にその場でリスク低減するのは難しいと思います。そもそもあまり自分の思いを表出する民族ではないので、どちらかと言うと空気を読んでもらうことを当たり前と思っているので、変えていかなければならないと思うのですが、その場は一旦上の人を呼んで収めて、後ほど上の人から注意してもらおうというのが日本では一般的かなと思います。

野地： ありがとうございます。ちょっと付け加えられたらなと思いますのは、病院によって、病棟の師長ですとか、病院の看護部長のリーダーシップのタイプによってもだいぶ違うと思うのです。そのリーダーシップをとる看護管理者の方がとてもダイレクトなコミュニケーションを奨めるようなタイプですと、組織がそういう風に向かうと思うので、基本的にはそういう日本の傾向がありますが、やはり病院の特徴によっても多様かなと思いました。今日のウテ先生の講義は活用する方法がたくさんあるなどお聞きしました、ありがとうございます。

それでは皆様、まだ質問をたくさん頂いておりますが、先週の質問と併せまして取りまとめてホームページの方に掲載していきたいと思っております。実は先週のご質問の回答をウテ先生から頂いているのですが、このような、また意見交換会を今後も持てていけたらいいとか、持ちたいなというリクエストもいただいております。私どもも楽しく学ぶ機会を頂いて本当に感謝いたします。また今後ともこういう交流を進めていけたらと思っております。

ウテ先生皆様、大変ありがとうございました。日本からのご参加の皆様も最後までありがとうございました。次回のセミナーは10月31日のアイカッチ先生のセミナーになりますので、またお目にかかりたいと思っております。本日は本当にありがとうございました。



## セミナー中および終了後の質疑応答

質問 1: ウテ先生、今日のご講演、大変お勉強になりました。質問を一つさせて頂きたいと思  
います。例えば、本国の看護師同士が仲良くコミュニケーションしているが、ある外国籍看護  
師だけが話に入れなくて、リーダーもその外国籍看護師だけになんとなくいつもイライラして、  
怒ることが多い。外国籍看護師がリーダーにも直接言えず、外国籍看護師本人のストレスに  
なっています。その外国籍看護師はどう対応した方がよろしいでしょうか。

回答 1: この度はご質問ありがとうございます。少しでもお役に立てる回答ができればと思います。  
あなたが質問した状況は、外国籍看護師が新しい言語でコミュニケーションを取ることができな  
いため、困難な状況にあるということです。シャリテ大学病院では、2018年に外国籍看護師が現  
地のチームにうまく溶け込めるように支援するために、融合マネジメント(integration  
management)を導入しました。癒合マネジャーは英語を話し、必要に応じて通訳できる国際的職  
員と連携しています。融合マネジャーは、外国籍看護師に、何か問題が発生した場合には連絡  
を取るように話します。ご質問のケースでは、外国籍看護師は融合マネジャーに話をし、新し  
いチームでの問題点を伝えることとなります。その後、癒合マネジャーはチームリーダーと話を  
して、その考えを聞きます。チームリーダーの上司に話をすることもあります。同時に、癒合マネ  
ジャーは外国籍看護師がより早く現地の言語を習得できるように支援します(例えば、仕事が終  
わったあとの語学教室など)。状況が改善しない場合は、癒合マネジャーは外国籍看護師を別  
のチームに移すことを決定することがあります。場合によっては、同じ母語を話すチームメンバ  
ーがいるチームに外国籍看護師を移すことが役立つこともあります。このチームメンバーは、外国  
籍看護師がより早くチームに溶け込むのに役立つことがあります。

質問 2: 幼稚園での Antibias training の詳細を教えてください。

回答 2: アンチバイアスのアプローチは、1980年代にアメリカで幼児のエコキュレーターによって  
開発されたもので、そのリーダーはルイズ・ダーマン-スパークスでした。彼女は、幼い子ども  
(2歳)でも肌の色、言語、性別、身体能力などが特権や権力と結びついていることに気がしま  
した。彼女とその同僚たちは、人種差別的な偏見や性差別的な偏見が、子どもたちの自己や他者  
に対する感覚の発達にいかにか影響を与えるかに気づきました。そこで、ダーマン-スパークスと彼  
女の同僚は、幼い子供たちが客観的に考え、何か不公平だと思ったときに発言できるようにする  
ために、幼稚園のためのアンチバイアスカリキュラムを作成しました。アンチバイアスのカリキュ  
ラムは、子どもたちが偏見に挑戦し、ステレオタイプに抵抗できるようにすることを目的としていま  
す。保護者との協力は、このアプローチの不可欠な部分でした。アンチバイアスのアプローチ  
はまた、アパルトヘイト体制が終わった1990年に南アフリカの早期学習リソースユニットに導入  
されました。ドイツでは、1990年代の終わりから、いくつかの幼児教育プログラムにアンチバイ  
アスプログラムが導入されました。しかし、残念ながら全国的な基準はありません。学校や青少  
年教育プログラムにアンチバイアスのアプローチを適用する取り組みはあります。また、成人教  
育では、「多様性の対応(マネジメント)」のトレーニングで、成人の参加者にアンチバイアスのア  
プローチを適用したものもあります。今日、ドイツでは、アンチバイアスのカリキュラムの要素は、  
反差別と多様性の研修の不可欠な部分を形成しています。例えば、いつ、どのようにして固定観

念や偏見を身につけたのかを自問自答する際には、アンチバイアスのアプローチが有効になります。これは、自分が他の人と比べてどのような社会的特権を持っているのか、そして偏見やステレオタイプがどのように関係しているのかを理解するのに役立ちます。

質問 3: 興味深いご講義ありがとうございました。前回の内容に関する質問になるので流れと異なる質問で恐縮なのですが、Indirect の話し方の人(日本人)が Direct の話し方の人(ドイツ人)に話す時は直接的に話す、具体的に話すイメージができるのですが、Direct の話し方の人(ドイツ人)が Indirect の話し方の人(日本人)と会話する上でどのようなことを注意すべきとされているのか教えていただけると嬉しいです。

回答 3: これはとても重要な質問ですね、ありがとうございます。直接話者が間接話者と話すのは、間接話者が直接話者と話すのと同じくらいの難しいことだと思います。直接話者にとっての最大の課題は、ぶっきらぼうで失礼な言い方をしないことだと思います。自分が思っていることや欲しいものを口にするのに慣れていない人にとっては、間接的なコミュニケーションに適応するのは非常に難しいかもしれません。自分の考えや願いを表現することを避けなければならないでしょう。多くの場合、それは状況のいくつかのコントロールを失い、より多くの我慢を意味します。たぶん直接話者は、間接話者のあなたが、最初の会議ですべてを表現していないことを学びますが、一方であなたは自身の願いを表現するためにはもっと多くの話す機会を持つことが必要となるでしょう。また、あなたはいくつかの感情を保留することがあり、間接話者の話の行間を読む必要があります。直接話者は、たとえあなたが明示的に要求したとしても、物事が行われることを経験しなければなりません。その経験をすれば、あまり露骨に話すことを避けるようになるでしょう。また、直接話者は、関連するボディランゲージや目(視線)の言語の意味を学ぶこともあります。(ウテ)

質問 4: 多国籍看護職員を育成する際に気をつけていること、工夫していることは?

回答 4: 新卒ナースが外国から採用されたなら、適応研修コースによりドイツの医療システムの標準に対応するようになれる。このコースはおおよそ6ヶ月間です。実際の勤務においてはもちろん様々な要求にお互いが対応して(歩み寄って)いかねばならないケースがほとんどです。看護においてはしかしドイツのスタンダードにそわねばなりません。一方でインターナショナルな同僚には自国での経験があり、そこから学ぶこともできますし新しいヒントを得ることもできます。最適なのはお互いから学び合うことです。(ユタ)

質問 5: IPIKA の研修を受けて、看護師をはじめとする医療従事者からの要望があったことから、新たな戦略が必要になるかもしれないという課題が出てきているのでしょうか?

回答 5: IPIKA のトレーニングでは、私たちトレーナーは常に参加者と意見交換をしています。私たちが提案した戦略が、参加者が日々直面している状況に当てはまらないと感じた場合は、新たな選択肢と一緒に考えていきます。参加した看護師が個々に戦略を練る場を提供することは、私たちにとって非常に重要なことです。コンフリクトや差別的な行動には、必ず個別の健全

な戦略で対応する必要があります。自分の性格に合わない戦略を使ってしまうと、それは本物ではないので上手くいきません。そのため、私たちは IPIKA の参加者が創造的であり、自分に合った戦略を見つけるためのオープンな場を提供するようにしています。(ウテ)

質問 6: 患者さんが差別的な行動で攻撃的な言動をされた時、スタッフはどのように守るのでしょうか？ 駆けつけるようなコードブルーのような構造はありますか？

回答 6: (この質問を正しく理解していたかどうか自信がありませんが〈笑い〉)。看護師が患者さんに対して差別的な行為をした場合、他の同僚に何をすべきかを指示する公式のコードブルーのような仕組みはありません。そのため、まず何が差別的な行為なのかを認識し、次にどのように対応するのかを教育しなければなりません。そのため、他の同僚が患者に対して差別的な発言をしているのを聞いた同僚は、後でその同僚と二人きりで話をしたいと思うかもしれない。その発言を聞いてどう感じたかを話し、なぜその発言をしたのかを同僚に聞いてみましょう。また、患者が看護師に対して差別的な発言をした場合、公式のコードブルーの仕組みもない。IPIKA のトレーニングでできることは、何が失礼な発言や行動なのか、どのように対応すればいいのか、という自分自身の認識を鍛えることです。ドイツの参加者にとっても、無礼な行動には反応しない方が楽です。しかし、講義の中でも言いましたが、反応しないということは、ドイツでは言われたことに同意していることになることが多いです。無礼な行動は人を傷つけてしまうので、私たちは無礼な行動に反応したり、自分の嫌いなことを表現したりすることを参加者に勧めています。(ウテ)

質問 7: スタッフが差別的な行動をした時、上司に報告した後はどうなるのでしょうか？

回答 7: ベルリンで新規施行された反差別法令(州法)により、当該施設にとって担当局(役所)のサポートを受けやすくなりました。差別を受けているものが証人を立てる必要がなくなりました。そして人種差別表現をした職員は直属の上司から面談に呼ばれることになります。上司は差別行為者に対して職員間での差別行為は当人(差別行為者)にとってネガティブな結果になる、と言うことを明示しなければなりません。どのような解決に至るかどうかについては、その深刻度にもよります。該当職員は事案に関して、個人データに記録(人事職務記録)され警告を受けるということは心しなければなりません。(ユタ)

質問 8: 多民族の患者やスタッフに均一で一貫したレベルの看護ケアを提供するための標準化された看護手順があるか？あるとすれば、何を基準にしているか？

回答 8: 驚くことにそのようなスタンダードを採用しているところは少ないです。このテーマについては近年明らかに重要性和時事性(現在取り組むべきことという認識)が増しました。およそ全て病院で多様性に配慮しなければならないという取り組みの認識はついてきています。近いうちに具体的な情報と病院のガイドラインに沿って仕事ができることがスタンダードになるでしょう。(ユタ)



質問 9: 担当者を変えたり交代してほしいという要望は、文化として受け入れられないから担当者を変えたい、交代してほしいという要望があるのか、それとも、これは受け入れられないから担当者を変えてほしいという要望があるのか？ 実際の看護の現場ではどのように、何をどのように準備すればいいのかわかりたくて質問させていただきました。

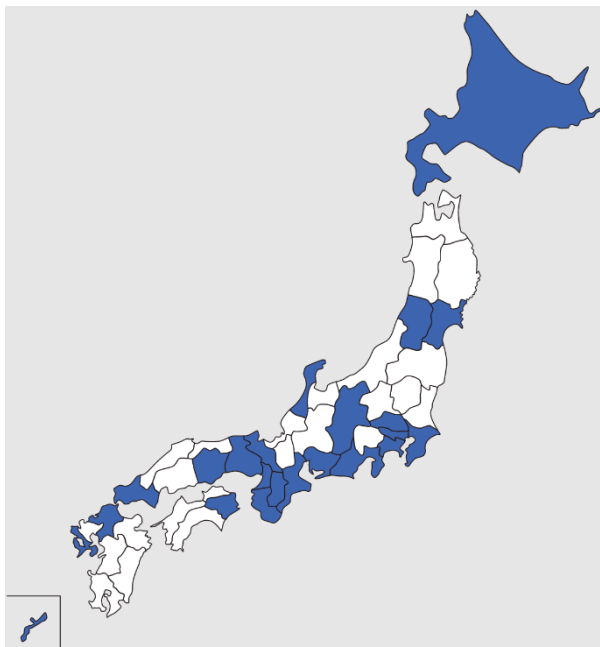
回答 9: 例えば、文化的背景による異性の看護師が受け入れられないという理由だったとしたら、妥当で適当な解決策を探ります。もちろん最もよい対応は同性の看護師が受け持つことでしょう。それがもし無理であるならば、できる限りの範囲内で適切な看護が受けられるよう尽くしていること、もしくは文化の違いに配慮していることなど話し合う必要があります。そのようにその施設での最大限(可能性の限界)を示すこと。それは寛容(大きな了解)と協力体制の強化につながります。(ユタ)

質問 10: 看護職の立場から、排泄や食事の介助、感染対策、転倒防止など、最先端の安全対策という観点で考えてみるのもいいのではないかと思います。例えば、日本ではトイレは個室で音を立てたくないし、清潔感がありますが、他の国ではトイレは個室ではなく、ドアが大きく開いているので、ギャップが大きいです。その国の状況を把握した上で、安全・安心の観点から、こういったことを話し合える場が必要だと思いました。シャリテではどのように教育されているのか伺いたいです。

回答 10: シャリテでも最高の基準と最新の知見が可能な限り導入されています。様々なテーマについて、例えば転倒防止についてなど、いわゆるクオリティーサークルと呼ばれるグループを形成しています。グループは、特別なテーマについて専門知識を得たり適切な対処を開発したり、定期的集まっています。現場で最適に導入されたり特定の担当者として活躍したりします。(ユタ)

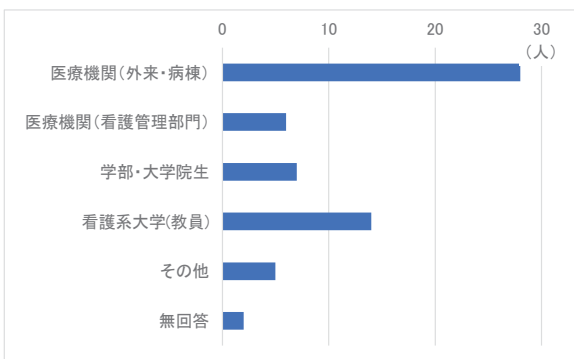
参加後アンケートの抜粋

【参加者の接続地域分布】

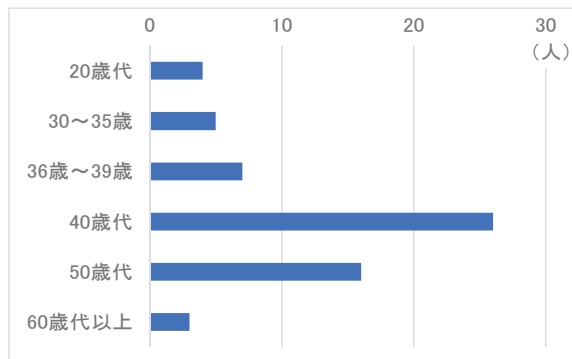


【参加後アンケートより (n=61)】

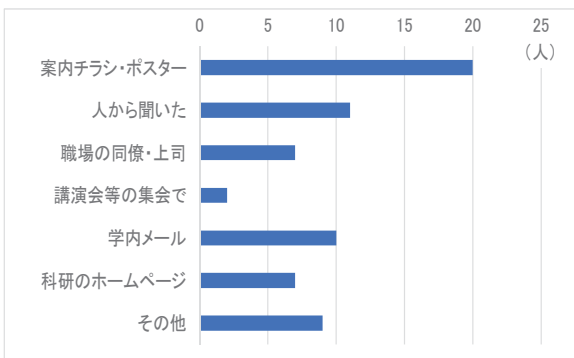
現在の所属



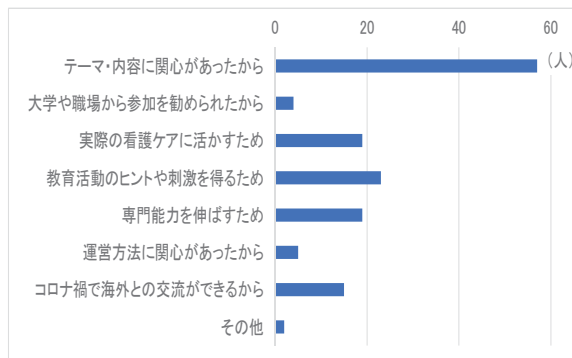
年代



本セミナーを知ったきっかけ(重複回答)



本セミナーに参加した動機(重複回答)



## I. 第1部「差別・格差の対応」(ウテ先生のレクチャー)についての自由記載

1	Black Lives Matter など世界的に問題になっており 「差別」という言葉で真正面から取り組むこと自体が新鮮に思った。日本の人権教育が非常に狭いものを照準にしていると感じた。部落解放運動の父と言われた松本治一郎氏は福岡の人で、福岡市はこの被差別部落に関する教育が盛んです。また、私は福岡市職員であった時に、被差別部落出身者精神障害者身体障害者の当事者による勉強会が多くあった。そのようなテーマだと差別はする人とされる人という区別が先にあったように今は感じる。差別の定義は広いのだと感じた。
2	ドイツで起きている差別について現状を知り得た。院内で発生していることに今後日本においても起きうることに感じ参考になった。
3	とても丁寧に説明していただき非常に分かり易かったです。以前自身の中に持っていたドイツ人に対する固定観念を思い出しました。
4	とても難しいテーマを解りやすくレクチャーしてくださり、ありがとうございました。教育の大切さを再認識し、私達ひとりひとりが差別や格差を無くす環境を構成する存在になりえ、またその逆も言えると考えさせられました。そして、もっと異文化コミュニケーションについて学びたいと思いました。
5	まずは言葉の定義から。自分自身にも当てはまる日常の気づきでした。
6	院内研修の参考になる。
7	我々の職場では、たくさんの差別・格差があるため、どのように解決するか分からないので、少し方向を見せてきた。
8	差別に対するコミュニケーション戦略が、具体的でわかりやすかった。
9	自分の中はかなり偏見があることを自覚しないとイケないと思いました。
10	人種差別や差別をしてしまうきっかけが幼少期からの環境が要因のひとつであるということでした。日本ではまだまだ日常の環境の中に海外からの人と接する体験が少なく、知識として知ることよりも体験的に知る場がこどもたちの教育環境の中にも生かされていくと行ってほしいと願います。
11	対応方法の詳細を知ることができ、大変参考になりました。
12	内容が具体的で、良く分かったのと、実際行動できる内容だと思ったから。

## II. 第2部「ドイツの看護師との意見交換会」についての自由記載

1	“何事もまずは話し合う”非常にドイツらしい姿勢が如実に表れており非常に興味深い体験でした。
2	このような試みは、刺激的です。ご講演だけではなく、意見交換ができるのは楽しいのでまた続けてください。
3	ドイツ、日本双方の実際の現場での困難や、それぞれの解決方法などの違いが興味深かったです。
4	議論することを避け、察することを求めがちなスタッフ、患者さんとも、伝え合い相互理解することから始めないということを再認識しました。
5	現場の取り組みを聞いたことがよかった。質問であったように病棟で外国人だからと拒否された場合の対応では、日本とドイツの対応の違いを感じ、私たちも対象者ともっと話し合うことが必要だと思った。
6	現状を聞くことができたので、また、ドイツと日本の違いはあるが看護という点では共通点があるので共感する部分が多かった。
7	事例で説明することでどのように応用するかがはっきりわかってきました。



### III. 本研修の内容について、ご意見・ご要望がありましたらご記入下さい。

1	WEB 開催のおかげで、参加のハードルが下がりました。国際的な交流の機会を得られたことに感謝します。
2	コロナ禍でも新たな学びや海外との交流を得る機会をいただき感謝しています。
3	テーマである差別やイジメは日常茶飯事に医療業界で起きています。同じ職場でイジメを毎日見ているのが苦しいです。私はリーダーでも無いので改善策の提案をしても上には届きません。そんな時のアプローチが聞きたかった。Q & A にもあったようですが時間が足りなかったのか聞けませんでした。
4	ドイツからのプレゼンだけでなく日本からも発信されればより平等性があると感じました。
5	移民対策等で最先端をいくドイツでも差別や格差について日本と同様に悩み課題を抱えている事がわかりました。心の壁を変えるためには、まずは相手を知ることからやって参ります。
6	回を重ねる度に内容がグレードアップしています。今後は楽しみです。
7	今回、このセミナーに参加する機会をいただきありがとうございました。これまで海外の方と接することがほとんどなかったので、未知の分野でした。ただ、大学の教員として働く中で留学生が少しずつ増え、教育活動、とくに実習で留学生と関わる中で多くの葛藤を経験し、その時にはうまく対応できない自身の能力のなさに落ち込み、また、留学生は大変だという思いだけが残ってしまいました。この研修を受ける中で、教員自身も多文化対応能力を高めていくことが必要だなと感じさせられました。新たな気づきをいただきありがとうございました。

### IV. web 研修に参加した感想:自由記載欄

1	web でも双方向の意見交換がされていて、ただ聞いているというより考えながら参加できた感じがしました。
2	web 開催のセミナーに参加するのは初めてでしたが、先生方や参加者の皆様のお話をリアルタイムでお聞きできてよかったです。看護師として働く際には、医療スタッフや患者さんとお互いに対等な関係での対話を大切にしたいと感じました。
3	Web 研修は参加しやすく、また海外であってもスピーカーとの距離を近く感じよりインパクトがあります。さらに質問しやすい点もメリットだと思いました。
4	こどもが小さく普通のセミナーでは参加できなかったが在宅で参加できたため、今後も是非オンラインでも参加できるようにして欲しい。
5	ドイツとのリアルタイムウェビナーは毎度感動する。お部屋や職場の様子が少し見えたりするのも楽しい。
6	ドイツの現場の看護師の意見を聞いて良かった。また、英語やドイツ語を習得したいと改めて思いました。
7	育休であり子供連れでの講習会参加ができないため、ウェブ参加できて嬉しかった。臨床に戻るために勉強できてよかった。
8	外国の方を受け持つことはありますが少なく、また外国籍の方と働くことは今の職場ではありません。しかし今回の講義で医療での”多文化”のリアルについて知ることができました。多くの文化や考えがある中で、まずは話し合い共有すること、相互が納得のいく答えを導き出し、それに沿って行動することの大切さを学びました。日本では英語を話せる人が少なく、言語が通じないこともあり、日本のやり方を話し合うこともせず行ってしまうことがあります。文化や宗教を受け入れ、まずは話し合うということを意識して関わっていこうと思いました。

9	看護師として多文化対応能力を高める必要性をより一層感じる事が出来ました。固定観念に縛られない物事の捉え方、状況に応じたコミュニケーション能力を高めるために、ロールプレイはかなり有効性があるとも感じました。とても興味深い研修でした。
10	現在私が働いている病院では、外国の方とお会いする機会はそれほどありませんが、他者と関わる際には、自分が相手を尊重し応対することが大切だと改めて感じました。外国の方に限らず、性別や年齢などで患者を判断することなく、自己認識や固定観念、行動を振り返りながら日々の看護ケアを実践していきたいと思いました。
11	今回学んだことをまず自分が実践していきたいと思います。色々なヒントがあったので、早速実践していきたいです。
12	差別や、その差別に対する対応などを詳しく学ぶことが出来た。アジア人には無い考え方をすることもできた。質疑応答では、日本の看護の現状や、ドイツの現場の声が聞けて、学生として貴重な機会となった。
13	次に用事が入っていたので、スマホでの参加でしたが、参加できてよかったです。場所の制限なく参加できていいと思います。
14	病院は女性の割合が多く、いじめが絶えません。そんな時、心がとても痛みます。最近ラジオ番組である研究者が「怒りたくなるのは自分が未熟だからに過ぎないと僕はいつも思うようにしている」と、話していました。世の中の人すべてにこの言葉を知らせたいと思いました。平和で思いやれる余裕のある世界になればと思います。また、同じ悩みをドイツの方々も抱えているのだと知りました。
15	本来ならば開催地に出向いていかなければならない研修を自宅で受けられたことで参加が可能になりよかったです。また、講演の先生方のお顔が近くで見られて、音声もクリアで聞きやすかったです。集中して講義に臨むことができました。そして、自分に語りかけられているようで、普段講義を聞いているようにならずいたり、手を振ったりと反応してしまいました。今回初めてのWeb研修会でしたが、このような形態の参加もいいなと思いました。

nGlobe 研修 IV

講義・演習 インターカルチャー・コミュニケーション

—外国人患者の臨床とコミュニケーション—





## nGlobe セミナー2020 10月31日（土）開催のお知らせ 看護職の多文化対応能力研修（継続）

ドイツのシャリテ医科大学病院のアイカック先生による継続セミナーを開催致します。10月31日（土）の2時間の講演で、外国人患者の臨床とコミュニケーションについて学び、多文化対応能力を高める研修を行います。本テーマに関心のある方、初めての方、どなたでもご参加いただけます。逐語の日本語訳付で、ZOOMによるオンラインで開催いたします。事前に招待URLと参加方法のご案内をお送りいたします。

申し込み先URL：[http://www.promed-com.jp/form\\_ancc2/](http://www.promed-com.jp/form_ancc2/)（参加費無料）

- ◆日時：10月31日（土）16時～18時（ウェブ開催）
- ◆講師：Dr.Volkan Aykac（アイカック医師）  
シャリテ医科大学病院老年科、IPIKA講師
- ◆テーマ：インターカルチャー・コミュニケーション  
-外国人患者の臨床とコミュニケーション-

（日本語通訳がつきます）



Dr.med.Volkan Aykac

Dr. med. アイカック先生は、ドイツのシャリテ医科大学病院老年科の医師として、臨床およびコンサルテーション、学生や医療専門職教育に尽力されています。老年学に加えて、昨年より緩和ケアのスペシャリストとしても活躍し、シャリテ医科大学病院におけるIPIKA（医療職の多職種多文化能力開発）プロジェクトの講師です。多言語を話され、ドイツ語、トルコ語、英語、ラテン語、古代ギリシャ語があげられます。



- ・ウェブでどこからでも安心安全に参加できます
- ・通訳付きで講師と質疑応答できます

本セミナーは、JSPS基盤研究(A)研究代表者 千葉大学 野地有子  
研究課題名「世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン」  
の助成により実施いたします。  
ホームページ <http://nglobe.jp/>



JSPS (A) 世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン(野地有子)

nGlobe 研修 2020 開催報告  
看護職の多文化対応能力研修 IV (Webinar 開催)

IPIKAプログラムの講義・演習から  
IPIKA: InterProfessionelles und InterKulturelles Arbeiten  
in Medizin, Pflege und Sozialdienst

講義・演習 インターカルチャー・コミュニケーション  
- 外国人患者の臨床とコミュニケーション -

開催概要

日時: 2020年10月31日(土) 16時~18時00分  
場所: Webinar 開催実施本部 千葉大学大学院看護学研究科  
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1  
目的: 看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの実施評価

プログラム

- 16:00~16:10 開会挨拶 (ドイツタイム冬時間 8:00)  
ドイツの近況 柏原 誠 (ドイツ・シャリテ医科大学国際課)  
講師紹介
- 16:10~17:55 テーマ: 「インターカルチャー・コミュニケーション  
- 外国人患者の臨床とコミュニケーション -」  
講師: ヴォルカン・アイカッチ博士 (ドイツ・シャリテ医科大学病院)  
座長: 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)
- 17:55~18:00 全体まとめ  
閉会挨拶



野地: では、時間になりましたので始めたいと思います。

nGlobe セミナー2020、ナイチンゲールチャレンジセミナー、看護職の多文化対応能力研修を開催いたします。千葉大学の野地有子でございます。

シャリテ医科大学と繋ぐwebセミナーは4回目になります。初めて御参加の皆様、ようこそおいでくださいました。継続ご参加の皆様にはお久しぶりでございます。ヨーロッパの新型コロナ感染症の再拡大や、昨夜はトルコ、ギリシャ沖エーゲ海の大きな地震の被害も心配なところです。

本日はドイツベルリンのご様子を現地から、シャリテ医科大学国際課の柏原誠様にお伺いしたいと思っております。

その後、本日のテーマであります異文化コミュニケーションについてアイカッチ先生にお話しをいただきます。アイカッチ先生と皆様の掛け合いで進めてくださるということです。Q&A を使ってテキストでもご感想やご質問を入れていただきましたら、司会の方で適宜そちらをピックアップいたしまして通訳を介して進めていきたいと思っております。セミナー中の録音録画、写真撮影はご遠慮お願い申し上げます。

それでは、柏原様、最近のドイツの様子、またロックダウンの話なども耳にしますが、ご様子少しお聞かせいただけますか。

柏原: おはようございます。こんにちは。ベルリンの柏原です。最近のドイツ全土、特に私がいるベルリンでは、新規感染者の急上昇、急増がありまして、水曜日にドイツ全土的な、メルケル首相が発表した来週からの措置、そして各州で決められた措置が木曜日の夜に発表されました。だいたい統一されているのですが、州によっては感染者数がちょっと違ったり、医療状況、受け入れの状況が違ったりするので全部一緒というわけではないのですが、ベルリンの方で大きく言いますと、月曜日からは、レストラン飲食店、商店等が営業停止。スーパーや、生活必需品、美容、髪を切ったり、そういうところはOKですけれども、コンサート、美術館、今まで大体制限はあるものの普通に生活していた状態がまた3月の状態に戻った感じです。非常に厳しいです。それが11月30日、今月いっぱい続くので、また一か月間巣籠もりの生活を強いられるという状況です。

野地: ご様子ありがとうございました。本当に大変な中、本日はありがとうございます。実は先ほど伺ったのですが、シャリテでは現在ICUに30名の患者さんが入られているそうなのですが、来週以降は倍増するんじゃないかということで、病院の臨床のほうも大変になるようなことを伺っております。

柏原: 4月か5月かの段階で、ベルリンの国際見本市会場に増設してコロナ病院というのを作ったのですが、それがほぼ稼働していない、患者さんが入って来ないというので、非常にお金だけかけて問題になっていたところが活用されてくるのではないかなと思います。

野地: 本日はどうぞよろしくお願ひ致します。アイカッチ先生のご準備はよろしいですか。それでは、講師紹介に移ります。

アイカッチ先生は1982年ベルリンのお生まれです。シャリテ医科大学病院老年科の医師として、また緩和ケアスペシャリストとして臨床教育、またIPIKA(多文化対応多職種連携)にも尽力されておられます。多言語を話され、ドイツ語、トルコ語、英語、ラテン語、古代ギリシャ語が挙げられます。趣味はスポーツ、カルチャーとのことで、またチャリティーの音楽活動もされておられます。



本日のセミナーでは、普段ベルリンで行っておられるアイカッチ先生の講義のお話や、その展開方法も合わせて、そういった教育方法も合わせて体験できますことを楽しみにしております。それではアイカッチ先生お願い致します。



©Global.tulane.edu

## Intercultural Communication

Dr. Volkan Aykaç

EGZB  
Johannesstift Diakonie

In cooperation with:

CHARITÉ

CHIBA  
UNIVERSITY

ご紹介どうもありがとうございました。大変良いことをおっしゃってくださったように思います、ありがとうございます。

今日は多文化コミュニケーションがテーマとなっていると思います。今ドイツは最近冬時間に入りまして、そのことを全く失念しておりまして、これこそ多文化コミュニケーションと思いました。


では、少し日本とドイツの関係ということ振り返ってみますと、まず共通の歴史があると思いますが、より近代、近年に入り、まず西ドイツのデュッセルドルフというところに、日本人のコミュニティができました。これがビジネス上の関係でありまして、19世紀のことでした。

それ以降ドイツにおいてはデュッセルドルフが日本のコミュニティという意味では最も大きく七万人位いらっしゃいまして、この七万人の中には日本国籍の方もいらっしゃれば、日本国籍ではないけれども、元々日本人の子孫の方がいらっしゃいます。ヨーロッパではロンドンとパリについて、ドイツデュッセルドルフが三番

目に大きな日本人コミュニティの町となっています。ブラジルはその一方で150万人の日本人がいるという風と言われておりまして、ブラジルと日本の間ではブラジルサッカーが大変有名ですが、サッカーの選手の交流などもあるとお聞きしております。

### Japanese Stereotypes „Germany“?

- Punctuality
- Good education
- Reluctance
- Decency



では、日本人が持つドイツ人のイメージ、もしくは固定観念に関してですが、まずドイツ人というのは時間を守る民族である、そして大変教育水準が高い、そして控えめであり礼儀正しいというようなイメージがあるというふうに私調べましたら出てまいりました。多くは確かにそういった側面があるかと思えます。時間を守るということに関しては、今日時間のところで問題がありましたが、概ね当たっている気がします。

こちらが「ドイツ村」というところで、私ちょっと検索しましたら、千葉の近くにあるらしいのですが、ではこの日本にある「ドイツ村」が、ドイツにこういった村が本当にあるのかと考えた時に、確かに建物はちょっとドイツっぽく見えるかとは思

ますけれども、色は相当日本的な色ではないかと思っています。

### Yakamoto's experiences in Turkey



- "If you haven't sat down at the table, nobody will sit down earlier. The guest gets the best seat. With gentle harshness they are forced to taste every meal."
- "Even if they break from tiredness, none of them go to sleep, not before the guest leaves. If the guest wants to leave, they don't let him/her go"

### ?! Shock Moments ?!

All Japanese People Love Manga,  
Anime and Cosplay

私自身はドイツ生まれですが、私の両親はトルコ出身です。今日は多文化ということがテーマですので、ヤカモトさんのトルコでの経験について少しお話をさせていただきます。

ここに書かれているのは、トルコでの習慣に関してなんですが、まずはゲストが座らない限り誰も座らない。まずゲストに座っていただく必要がある。そしてゲストは必ず上座に座る、そして優しく、しかし断固として出されたものは全部食べるように促される。そういった経験をされたと書かれています。

それから、もう一つ、とても疲れてきても誰も寝ようとしません。ゲストが去るまでは絶対に誰も寝ようとしません、そしてゲストがもうそろそろという風に言っても、なかなか行かせてくれない。これがトルコでの経験だということなのですが、ではこれがトルコの現実かと言うと、確かにそうです。トルコではこんな風です。そしてドイツに住むトルコの家族でもこんな風です。

ではショックを受ける瞬間ということについて話をしましょう。

『日本では女の子は誰でも「カワイイ」が大好き』どうですか、Aさん、これ本当でしょうか。

参加者 A: はい。

そんなに驚かないですね。

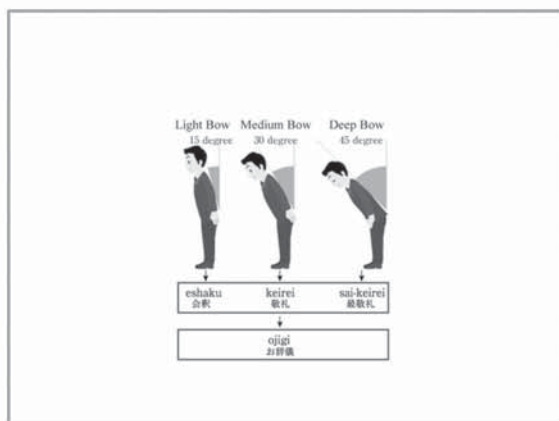
次は、『日本人は誰でも漫画、アニメ、コスプレが大好き』Bさん、これ本当ですか？

参加者 B: そうですね、その印象はすごく強いんです。

次こちら、三浦知良選手、サッカーの選手です、この三浦選手が元になって「キャプテン翼」という漫画が書かれたと聞いています。

この「キャプテン翼」の翼ですが、私もサッカーをやっていたので、私にとってもアイドルでした。翼はとても強くて、素晴らしい技術を持っています。この三浦選手もそうです、今 51 歳だけれどまだプロのサッカー選手として活躍されています。そしてブラジルだけではなく、





世界中のクラブで活躍されてきました。

次は『日本人は誰でも常にいつでもすぐく礼儀が正しい』これはどうでしょうか。

これがお辞儀の角度です。角度によって会釈、敬礼、最敬礼というのがあるそうですが、Cさん、『日本人はいつでも常に礼儀正しい』これは本当ですか？

参加者 C: 私もお辞儀に気をつけていますので、多くの人がこういう形で礼儀正しくしていると思います。

ドイツでも、日本人は礼儀正しいという印象を持っています。我々よりもずっと礼儀正しいのではないかと、我々は日本人の半分ぐらいかと思っています。

今日私が皆さんのお名前をお呼びする時に、お名前を拝見しただけでは私には女性なのか男性なのかもしくは Dr.なのか Mr.なのか Ms.なのか、それとも professor、教授なのかというのが分かりませんので、ちゃんと発音できているかも分からないし、ちょっと不安ですがお許しいただくようにお願い致します。

**Asian Language Writing Systems**

This is Korean: 안녕하세요

This is Chinese: 你好

This is Thai: สวัสดีครับ

This is Japanese: こんにちは

This is also Japanese: グッドモーニング

And this is also Japanese: 猛烈宇宙交響曲

www.quora.com

次に『日本と中国では同じ書き言葉を使っている』ということに関して、これを聞かれた皆さんは、今、髪の毛がひゅっと立ったのではないかと思いますけれど、実は、「そんなこと全然ない、あり得ない」と皆さん思っただけかもしれませんが、多くのドイツ人はそのように思っていたりするので。

ここに、韓国語、中国語、タイ語、日本語にどういった文字が使われているのか書かれています。正直私申し上げてこれが同じに見えるとは思いません。でも多くのヨーロッパ人には見分けがつかないようです。でも私はこれは違うと思います。

### How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour?

- Using reflective practice, 17 medical specialists independently watched two fragments of videotapes of their own outpatient consultations: one with a native patient and one with a non-native patient. They were asked to reflect on their own communication and on challenges they experience in intercultural communication.
- They mentioned well-known critical incidences of ICC: language barriers, cultural differences, the presence of an interpreter, the role of the family and the atmosphere. Nevertheless, they showed a remarkably enthusiastic attitude overall was noteworthy
- The participants focused on their generic communication skills rather than on specific intercultural communication skills, which could either indicate their lack of awareness, or demonstrate that practicing generic communication is more important than applying specific intercultural communication

Paternotte et al. BMC Medical Education (2016) 16:222

次に、こちらでご紹介したいのが、医療の専門職に就いていらっしゃる皆さんが、自身の多文化コミュニケーションの行動についてどのように自己評価しているのかということです。

多文化コミュニケーションに関して、専門医を対象に2本の自身の診察の様子を録画したものを見ていただくという研究がなされておりまして、これは一般的なコミュニケーションや、多文化のコミュニケーションにとって、とても重要な研究がなされました。

パタノッテ先生という、オランダの先生がこの結果を 2016 年に BMC Medical Education に発表をされています。



これは、コントロール下で、見られたような中で診察をしなければならず、録画され、その後コミュニケーションの評価がなされるということで、なかなか難しいものでありました。私自身見られていると大変緊張して、やりにくいと思っています。

ICC とここに書かれていますが、これは多文化コミュニケーションという意味で ICC と書いておられます。

では、この ICC の妨げになるバリアというのは一体どういったものがあるのか。

まず言葉、言語が挙げられます。ちょっとした会話はできるかもしれませんが。こんにちは、とかお元気ですか、とか今日のお天気は、と話せたとしても、例えば手術になった場合は、やはり通訳が必要になる場合もあると思います。

家族が果たす役割や、雰囲気も重要ということもあります。家族とは例えば、アラブの国の人や、トルコの人というのは、常に息子さんや娘さんがいたり、奥さんがいたり旦那さんがいたり、一対一のコミュニケーションというよりは、一対多グループという形のコミュニケーションになる場合があります。そういった認識を持つておくこともとても重要になってくるわけです。

しかしながら、この多文化コミュニケーションに関しては、全般的にはこの研究の中では大変積極的な、ポジティブな現れ方がされていたので、これはとても良いことだと思います。

この研究の中で示された事ですが、一般的なコミュニケーションのスキルの方が、多文化コミュニケーションスキルよりも重視されていたという結果がありました。それはどういう事かという、多文化のコミュニケーションのスキルに関しては、まだまだ研修やそういったことが必要だということだと思います。

野地: アイカッチ先生、この調査対象者はドイツか他の国ですかというご質問を頂いています。

このスタディ自体は、オランダで実施されたスタディであり、ネイティブを対象にした部分とノンネイティブを対象にした部分があり、ノンネイティブの方は、アフリカ出身、アラブ諸国出身、トルコ出身の人でした。とても興味深いですので、是非とも皆様もお読みいただければと思います。

#### Intercultural Communication: Through the eyes of patients

- Remarkably, patients in this study had no preference regarding the ethnic background of the doctor.
- 'to be treated as a person'
- "As a male patient, I sometimes feel ashamed in front of a female doctor"
- "He needs to be a professional. Then I don't have a preference regarding his background"

Paternotte E et al. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. Int J Med Educ. 2017; 8; 170-175

では次に、患者さん側の視点から見てみたいと思います。患者さんからの視点でみると、この研究の結果、患者さんは特にどういった民族背景を持っていらっしゃる医師でも、そこに関しては特に気にしないという答えが多かったということです。これは大変興味深いと思います。というのは、私自身は日々の経験の中で、自分はそうではない、と思っているのですが、もしかしたらそれは私の持っている主観でありバイアスなのかもしれません。でもそれよりも何が重要であったかと言うと、患者さんの多くが

最も大切なのは、人として見てもらうということだったのです。これは特に多文化コミュニケーションがどうということではなく、人として見てもらうというのが一番重要であるという答えでした。

ある患者さんは、自分は男性なので、時々女性の医師、先生に診てもらうのは恥ずかしいと感じる時があると言った方もいらっしゃったそうです。これはおそらく文化的なものではないかと思っています。

最も重要なことは、医師が、専門性を有したプロフェッショナルであるかということです。その医

師がどういった背景を持っているかということに関して特に好みはないという答えだったので、これは大変興味深いところだと思います。

- Participants said that being treated as a unique person and not as a disease contributed to feeling satisfied with the medical consultation.
- “Doctors need to create a connection with their patients, the doctor needs to trust the patient, which causes the patient to have a more open attitude”.

次の点、繰り返しになるかもしれませんが、患者さんの視点で最も重視されているのは、人として、そのものとしてみてもらいたいということであり、病気としてみてもらうのではなく、人としてみてもらいたいということです。それにより、診察の満足度が高まるという結果でした。

また、ある患者さんの言葉ですが、良い関係を醸成することがとても重要であり、医師は患者と信頼関係を持てれば、患者はもっとオープンになれるということが言われました。

- Some participants said that many language differences seemed to have been solved when the doctor-patient relation was established.
- it is concluded that race concordance was not important for the communication, which is confirmed by the patients in this study
- effects have been found of race or ethnic concordance between the doctor and the patient such as understanding the feelings of the patients when the doctor is of the same ethnicity

次に、これも患者さんが言ったことですが、所謂言葉の違いは、医師と患者の間の関係さえしっかり出来れば、さほど問題ではない事だということです。これは大切だと思います。つまり話す言葉が違うことを恐れるなということです。

次の点は、この研究の結論として書かれていて、私は大変これを見て嬉しく思いましたが、コミュニケーションをするにあたり、必ずしも医師と患者の間の人種、もしくは民族と言ってもいいかもしれませんが、同じである必要はない

ということです。これがこの研究の中で確認されたわけです。もちろん医師と患者の間の民族が一致していた方が、医師と患者の関係がより早く構築できるということはあるかもしれませんが、しかし、そうでなかったとしても関係構築はできるということ。この点はとても重要だと思います。

この研究は、大変参考になると思います。国によって政治的状況が違ったり、紛争がある国など色々ありますから、一概にこの結論がどこでも同じような結論になるかどうかはわかりませんが、キーメッセージとして、患者さんは「もの」ではなく「人」としてみてもらいたがっている、扱われたがっている、ということだと思います。

Please, Pronounce!

DJURKEVIC

では、ここに書かれている名前を発音してみてください。Dさんお願いしていいですか。

参加者 D: はい、頑張ってみます。ドゥジュールケヴィック、どうでしょう。

よくがんばりました。これは「ジオルクビッチ」です。

このお名前ですが、スラブ系の名前です。クロアチア人、セルビア人、ボスニア人かもしれません。一番最後のCのところ、本当はこの文字にちょっとラインみたいなのが入っているの



<p style="text-align: center;"><b>Please, Pronounce!</b></p> <p style="text-align: center;">SHEVCHENKO</p>	<p>ですが、皆さんよくお尻の C をそのまま使っていますが、「ジオルクビッチ」という感じです。</p> <p>それでは、Eさんお願いできますか。これはどのように発音されますか。</p> <p>参加者 E: シェブチェンコですか。なんだろう。</p> <p>近かったですね。「シェフチェンコ」です。</p>
<p style="text-align: center;"><b>Please, Pronounce!</b></p> <p style="text-align: center;">ABOU EL ABDULLAH MUSTAFA</p>	<p>では、Fさんこちらお願いしていいですか。これをうまく発音できましたら、多文化コミュニケーションとしてベストコミュニケーターの認定もすぐにお出しいたします。</p> <p>参加者 F: ありがとうございます。がんばってみます。アボーエル アブドラ ムスタファ。</p> <p>野地先生、認定証をご用意お願い致します。素晴らしかったです。本当に驚くぐらい良かったです。</p>
<p style="text-align: center;"><b>Please, Pronounce!</b></p> <p style="text-align: center;">COURTOIS</p>	<p>次、Gさんどうですか。</p> <p>参加者 G: コートス、クゥートゥワ</p> <p>認定証はむずかしそうですね。</p>

ということがおわかりなられたと思います。今やってみたことから、一体どういった結論を導かれるかということを少しお話しいただけないでしょうか。

参加者 H: ちょっと考えさせてください。

考えていただいている間に、Iさんいかがでしょうか。

参加者 I: まずアルファベットですが、全く英語とかのアルファベット読みと違うのだな、というのがひとつわかりました。それから、日本語にはない音とか、口の動かし方とか、そういったものがあるという風に思いました。それと最後にもう一つは、私たちがこのお名前の患者さんが日本に来た時に、間違った発音で名前をずっと呼んでしまうのだろうというのもちょっと想像しました。

そうですね。ですから発音も、皆さんのご出身の国の言葉の発音通りに正しくということが重要なわけではなく、トライすることが大切だと思うのです。



出来る限りライしてその発音に近づける、というのが重要ではないでしょうか。その際に患者さんに聞いてみたらいいと思うのです。「このお名前は私にとっては知らないお名前なので、どう発音したらいいですか教えてください。」と聞いてみられたらいいと思います。聞くこと自体何も問題ないと思いますし、むしろ患者さんは知ろうとくださっている事を喜んで感謝されるのではないかと思います。それが私からのリコメンデーションです。

参加者 I: ありがとうございます、とても良いアドバイスをいただきました。

私の経験からも、まずお名前を正しく発音しようと試みるということが、医師と、もしくは看護師と、患者さんの関係構築の第一歩ではないかと思います。私も、日本人のお名前を日本人が発音するようにはできないと思っていますが、でもやってみるというのが関係構築の第一歩であるというのが、このエクササイズの目的だったわけです。

参加者 H さん(中国からの留学生)からのコメントですが、実際、中国におきましてもこのお名前の問題というのは大変難しい問題で、中国には、46 もの少数民族が住んでいらっしゃるの、それぞれの民族の発音でその名前を発音するのは大変難しい問題となっているのです。

### Illness Behaviour

- State when individual feels ill and behaves in a particular way
- Psychological concept
  - Different meanings for different people
  - Based upon an individual's personal evaluation of his/her bodily state and ability to function

次に、病における行動について少しお話したいと思います。これは大変大切なことであり、自分が病気の時に、それに対する反応や行動は人によってそれぞれ全然違います。心理学的にも、その人の反応、その病がどういった意味合いを持っているのか、その捉え方もそれぞれ全然違うということなのです。

自分の体調や、自分の機能や能力に関しての自己評価というのも全然違います。その結果、同じ診断であったとしても返ってくる反応も違います。

例えばドイツ人が、もしくは中東出身、トルコ人とかが、がんであるという診断名を告げられたときの反応、リアクション、というのも全然違っていて、例えばドイツ人であれば、悲しみを感ずるかもしれませんが比較的冷静に捉える、トルコの人であればもっと感情を露わにして例えば泣き出して、どうして自分がこんなことになってしまったんだと嘆き悲しむ、という反応をされることもあるかもしれません。

### Influence on Illness Behaviour

- Good health is a gift of God
- Prayer during illness will hasten health
- Health is a spiritual, intuitive, global – not scientific or compartmentalized

多くの人が、健康というのは神からの贈り物であると感じていらっしゃいます。その結果、自分が病を抱えた時に早く良くなるために祈りを捧げる、これはよくあることです。

健康というのは、スピリチュアルなものであり、そして直感的なものであり、そして全人的なものであって、体のどこかの部分だけに関わるとか、もしくはその科学的なコンセプトではない場合がよくあります。

ですから、瞑想や祈り、これもその健康を維

持する為にとっても大切なことであって、病院の中でも祈りの機会が持てるようにすることもとても大切だと思います。

**World Views are Contrasting**

• Spiritual forces rule	Physical forces
• Equilibrium rules	Linear explanations
• Human/environs equal	Human superiority
• Nothing by chance	Chance events
• Time is cyclical	Time is linear
• Group decision making	Individual decision making

Physics, religion, philosophy, medicine are intertwined

世界の見方というのは様々です。対立する概念、見方というのがあります。

例えば、スピリチュアルな力というのが世界を支配しているという見方もあれば、物理的な力が世界を支配しているという見方もあります。世界は均衡から成り立っているという見方もあれば、これは線形のものであるという見方もあります。ここに沢山色々対立する概念を挙げているのですが、とにかく世界の見方というのは様々なのです。

専門職についている医療従事者は、それぞれの人の世界の見方を十分尊重することが重要だと思います。例えばがんの患者さんで化学療法が必要な場合、その患者さんが「いえいえ、化学療法はやりません。私は緑茶で治します。」とおっしゃられるかもしれない。その時に何故化学療法が必要なかを説明するのが医療従事者における責任です。一方的に緑茶を信じているその患者さんを一方的に判断せず、医療者として専門的な見地から、なぜ化学療法が必要なかを説明した上で、最終的に決めるのは患者さんの自由であることを尊重するという事です。

**Skills of A Culturally Effective Provider**

—

**AWARENESS OF DIFFERENCE**

- Acknowledging Difference EXISTS
- Understanding:
  - YOUR Cultural Values
  - Medical Cultural Values
  - and Understanding Others Values
- Gaining comfort with UNCOMFORTABLE Issues

A. E. Núñez, MD/1994

次に、文化的に効果的な医療従事者とは一体どういったものかということですが、まずは差異があるということをしかりと認識しておくことだと思います。自身の文化的価値観もしっかりと認識しておくことが重要だと思います。ご自身にも、日本であれば、日本特有の文化的価値観というのが必ずついてまわるわけです。それを認識することが重要です。そして医学の世界には、医学の世界独特の文化的な価値観があることも認識すべきです。それ以外の価値観に関しても色々な価値観があることを認

識することがとても重要です。そういった認識を持つことによって、扱いにくいような問題であったとしても安心していただけるということがあると思います。

**Skills of A Culturally Effective Provider**

—

**UNDERSTANDING WORLD VIEWS**

- Knowledge of
  - Issues, Barriers, Perspectives
- Knowledge of
  - the CULTURE,**
  - Sociocultural Variance**
  - and Different World Views**

A. E. Núñez, MD/1994

他の文化に対してオープンであるということ。これはとても重要です。同じ日本人の中でも北の方の出身の方もいらっしゃれば、南の方の出身の方もいらっしゃいます。それぞれどういった問題があり、どういったバリアがあり、どういった視点を持っているのか、そういった知識を持つことがとても重要です。文化であったり、社会文化的な差異であったり、もしくは色々な世界の見方。こういったことを知ってお



かなければ、自分とは違う文化的な背景を持つ患者さんが来られた時に、大変その対処が難しくなると思います。

**Skills of A Culturally Effective Provider**  
—  
**SKILLS**

- **Communication and Learning**  
— Enhancing Your **Range and VARIETY** of
- **NONVERBAL and VERBAL Responses**
- **Increasing your ACCURACY**  
in **TRANSMITTING and RECEIVING MESSAGES**

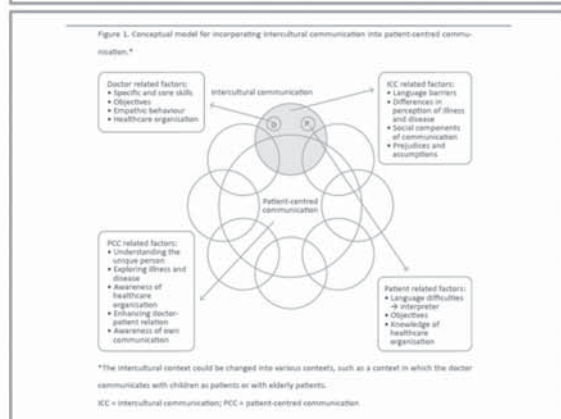
A. E. Núñez, MD/1994

- Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Curriculum. *Ann Intern Med.* 1999; 130:829-834.
- Green AR, Carrillo JE, Betancourt JR. Integrating Social Factors into Cross-Cultural Medical Education. *Academic Medicine.* March 2002, Vol 77, No. 3, pp 193-197.
- Green AR, Carrillo JE, Betancourt JR. Why The Disease-Based Model of Medicine Fails Our Patients. *Western Journal of Medicine.* 2002, Vol. 176 pp. 141-143.

**Intercultural communication competence (ICC)**

- Most subjects were motivated to have an interpersonal, rather than an intercultural encounter
- Providing physicians with formal training in intercultural communication and empowerment training for patients is likely to improve the quality of care of immigrants.

Rosenberg E et al. Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field. *Patient Education and Counseling.* 2006.



それから、コミュニケーションには言語的なもの、非言語的なもの、両方あることを知っておくことも重要です。

どのように微笑むのか、どのような話し方をするのか、ジェスチャーというのがあります。何かを伝えるとき、そのメッセージの送り方、受け取り方、これにも色々あります。

こういったこと全ては、一般的なコミュニケーションでも重要ですが、より多文化のコミュニケーションになった時に重要になります。

これは、文献の参考ですから、皆さんまたお読みいただければと思います。

多文化コミュニケーションについて書かれたものは沢山あります。これはほんの一部です。

次に、家庭を対象にした多文化のコミュニケーションのコンピテンスに関してですが、多くのこの研究対象となった被験者は、多文化というよりも、対人関係の方が重要であると感じていたという結果が出ています。

多文化のコミュニケーションの正式なトレーニングを医師に行うことはとても重要ですし、それと同時に患者さんに対してはエンパワメントのトレーニングを行っていくことによって、移民の人であってもケアの質を高めることができるというわけです。

グローバルな世界ですから、どの国に行っても移民の患者さんに出会う場合というのが必ずあると思いますので、多文化のトレーニングを行っていくことはより重要であります。

これがコミュニケーションについて一般的に書かれたものなのですが、一番真ん中に患者さん、まずは患者さんを中心に置いたコミュニケーションというのがとても重要になります。

多文化のコミュニケーションになった場合、例えば親族と一緒に来る患者さんもいらっしゃるかもしれない。言語のバリアがある場合もあるかもしれない。偏見がある場合もあると思います。これはエクササイズの中でも確認した



ことですが、偏見を持っていない人なんていないというわけです。誰かを見て怖いと感じるとか、もしくはこの人はヒンドゥー教の人に違いないとか、イスラム教の人に違いないとか、色々な偏見があると思うのですが、重要なのは、その持っている偏見に気づき、それをコントロールすることだと思います。

Visible and Non-Visible Aspects of Culture	
VISIBLE ASPECTS	NON-VISIBLE ASPECTS
Language	Communication Style
Literature	Beliefs
Music	Values
Food	Notions of Time
Dress	Handling Physical Space
Music	Handling Emotions
Visual Art	Ethics
Festivals	Competitions vs. Cooperation
Games	Notions of Modesty

Bakic-Miric N et al. Communicating with patients from different cultures: Intercultural medical interview. 2017

文化には、目に見える側面と、目に見えない側面があります。

目に見える側面というのは、例えば言語であったり、もしくは文学、音楽、それからもちろん食文化というのは分かりやすいです。

ドイツでは、日本人は皆日本食といえば寿司と思っているかもしれませんが、それだけではないです。それ以外にも音楽や、祝祭フェスティバル、ゲーム、色々目に見える文化の側面もあれば、目に見えない側面もある。

目に見えない側面というのは、例えば人が持っている信仰であったり、もしくはコミュニケーションのスタイル、例えば私のコミュニケーションのスタイルは皆さんが普通期待するようなコミュニケーションスタイルとは全然違うかもしれません。もしかしたら私のスタイルは皆さんにとって何か不快なものかもしれない。あまりにも大げさ、あからさまなもので、うるさいと思われるかもしれません。そんな風に話し方一つとっても、ドイツとトルコ、トルコと日本、それぞれ大きく違うわけです。

### Tool for Communication

- MAAS (Maastricht History-taking and Advice Scoring list consisting of global items)-Global ICC observation scale is

コミュニケーションのツールとしては、ここに書いております MAAS というものがあります。こちらはインターネットでもお探し頂いて、ダウンロードして頂くことができるツールです。

そして、ここで考えたいのが、文化的なバリアをどのように乗り越えていくのかということに関してです。

まずは、患者さんを扱う時に、自分が扱われたいように扱うというのがまず第一の原則です。

それから二つ目、一番最初に会った初対面の時は、ある程度形式的なコミュニケーションの仕方から始めた方がいいと思います。しかし、患者さんとのやり取りの中で、おそらくコミュニケーションのスタイルを変えていってもいいという場合は、患者さんの方からも何らかのシグナルがあると思うのです。

これは、大変ダイナミックなものだと思うのです。例えば私が柏原さんと初めて会った時、初対面の時の二人の間の話し方は、今の二人の間の話し方とは全然違うわけです。ですから

### Tools to help in overcoming possible cultural barriers (1)

1. Treat the patient in the same manner in which you would want to be treated
2. Interaction should begin with a degree of formality → patient will signal that a different approach is appropriate or welcomed  
e.g. Good afternoon Ms. X. My name is Dr. A, specialist in Geriatrics

そのダイナミクスの中でフレキシブルに変えていくということも重要だと思います。

例えばドイツであれば、形式的には初めて会った人には、「こんにちは。何々さん、私は何々医師と申します。老年学の専門です」というような入り方をするわけです。そういった形式的なところから、ダイナミクスに応じて、フレキシブルに変えていくというのがいいと思います。

### Tools to help in overcoming possible cultural barriers (2)

3. Allow patients to be open and honest (visiting a folk healer or taking alternative medication)

4. No disregarding and/or undermining the possible effects of the supernatural beliefs on the patient's health →  
*What do you think has caused the illness? Are there any stressors that may have contributed to the illness? How severe is the illness, in your opinion? What are the main problems the illness has caused you? What do you fear most about the illness? What kind of treatment do you think is necessary? What are your expectations from the treatment process? Are you also visiting a shaman or a holistic healer?*

患者さんが常にオープンでいられるように、患者さんが常に正直でいられるようにすることがとても重要です。

例えば、患者さんが何らかの民間療法に頼っているとか、代替医療的なことをやっているとか、そういった場合でも、それは冷静に医師として、医療従事者として受け止めるべきだと思うのです。そういった民間療法をやっているからといって、医療従事者を尊重していないということとは全く違うわけですから、そこは冷静に捉えるべきだと思います。

### Tools to help in overcoming possible cultural barriers (3)

5. Inquire indirectly about the patient's belief in or use of nontraditional remedies and ask the patient does he/she use them →

*What treatments, if any, are you currently receiving and do these include the use of any folk medicines? What would prevent you from complying with the proposed treatment plan*

患者さんに色々聞いてみるのが重要だと思います。患者さんの健康に何らかの超自然的な信仰が影響していることもあるかもしれない。それを過小評価してはならないと思います。

例えば、患者さんに聞いてみるわけです。「何がこの病気を引き起こしたと思われますか」「いったいこの病気において何が一番の問題になっていますか」「この病気において一番恐れているのは何ですか」

「霊能師の所に行ったりしていますか」など、そういったことを聞いたり、色々質問してみることで、患者さんもオープンになることができるし、また患者さんは自分が尊重されていると感ずることができると思います。

### Tools to help in overcoming possible cultural barriers (4)

6. Never try to force change or demand compliance from patients →

*Ms. X, I believe that it is time for us to take a turn. This means that you should start with antibiotics instead of the holistic medication that you have been taking to ensure that the bacteria causing your illness is completely destroyed. This is the only way to avoid further complications that the bacteria might well cause.*

次に重要なのは、患者さんに強要しないということです。

例えば、「何々さん、そろそろ治療のやり方を変えた方がいいですね。今あなたがやっているこの代替療法をやめましょう。これからは抗生物質にしましょう。そうでないと今この細菌が引き起こしている合併症を避けることが出来ませんよ」というような形で、何かを強要するということがあってはなりません。



### Tools to help in overcoming possible cultural barriers (5)

7. Empathy → no judgemental language or instance making faces, frowning, shaking the head as a sign of disapproval

8. The doctor must determine the extent to which their patients are able to deal with a bad prognosis and diagnosis →

*I feel that a lump under your armpit has enlarged since last time. No need to worry. To be sure that it is harmless, we will run some tests and wait for the lab results. After we get the results, we will work out the next steps. Meanwhile, you can go home and continue with your daily activities. I will give you a call when the results come out.*

Bakic-Miric N et al. Communicating with patients from different cultures: Intercultural medical interview. 2017

### Three main areas

- Cultural knowledge
- Attitudes and feelings
- Communication skills
- → reflect on it, develop and apply in intercultural communication with patients and their families

Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. Nur Stand 2019

画してみることにしたいと思います。録画したものをご覧になって分析をしてみる、そして振り返ってみる、その上で多文化コミュニケーションの戦略を構築していくということだと思います。

### Intercultural Effectiveness Scale

- Assessment of the degree to which students possess competencies that are critical to interacting effectively with people from other cultural backgrounds
- ICC requires significant effort, which often produces stress, anxiety and sometimes fear

共感を示すということ。これもとても大切な点です。良くない診断や、予後に関する宣告をその患者さんがどれだけ耐えられるのかということを知ることとても重要なことです。

例えば、

「脇の下にしこりがあります。これは前回より少し大きくなっていますが、心配しないでください。これが悪いものでないかどうか確かめるために検査をしましょう。そして検査の結果を待って、その後次のステップを決めましょう。この間とりあえずお家にお帰り下さい、そして普段の生活を送って頂いていいですよ。結果が出ましたらまたお電話差し上げます」というような形で、共感を示す、そういう話し方というのは、多文化コミュニケーションに関わらず一般的なコミュニケーションでも大切だと思います。

こちらも参考文献ですので、またよろしければお読みください。

多文化のコミュニケーションに関しては、三つの重要な点があると思っています。

一つ目は、相手の文化に対する知識を持つということ。二つ目は、どのように対応するか、姿勢や感情の示し方。三つ目は、コミュニケーションのスキル。この三つだと思います。

この三つについてのスキルをしっかりと発展させ、そのことによって患者さんや、患者さんの家族との多文化のコミュニケーションを行っていくことが重要だと思います。その際に大変有用なのが、ご自身のコミュニケーションを録

ここに書かれているのは、多文化コミュニケーションの効果のスケールというものですが、これを使って、学生たちがどれだけ多文化コミュニケーションのコンピテンシーを有しているのか、効果的に他の文化の背景を持つ人たちとやり取りをするためのコンピテンシー、それを評価しています。

多文化コミュニケーションですが、これには相当な努力が必要です。努力の過程ではスト



レスを感じたり不安を感じたりもしくは恐れを感じることもあるかもしれません。

### Recommendations for Intercultural Communication (1)

- it is necessary to have enough time for each client from different culture
- find a language for communication
- use simple words and expressions which different culture clients will understand and avoid medical terminology as much as you can
- speak slowly and clearly, repeat words more times and require the same from different culture clients
- health care professionals should learn words for basic communication in a language of different culture client and use them adequately
- suppose possible prejudices and check the meaning of understanding
- take your time to express yourself, not to be in a hurry
- use smiling, gestures, pictures for better understanding
- notice the non-verbal communication expressions of different culture clients

多文化のコミュニケーションにおけるリコメンデーション、こちらにいくつか挙げております。

例えば、日本人の患者さんの場合であれば、5分というところ、やはり十分な時間をかけることが重要です。それは言葉のバリアや文化的なバリアがあることがあるからです。

また、どういった言葉を使うのかということをもっと準備しておくことが重要です。その使う単語に関してはシンプルにわかりやすい表現というのが重要です。出来る限り医学的な専門用語などは避けることが望ましいです。

ゆっくりと明瞭にわかりやすく話をする。重要な単語は繰り返しお伝えすることも大切です。

他にも色々ありますが、急いで伝えるのではなく、十分にゆっくりとお話をするということ。微笑みであったり、ジェスチャーを用いることも重要ですし、また絵で示すことも大切だと思います。例えば心臓に何か疾患があるような場合、心臓の絵を見せて「ここにこんな血管が走っていますよね。この血管がこんな風になっているんですよ」という風にお伝えした方が、説明を口頭で聞くだけよりも分かりやすいと思います。そういったことも考えてみられたらと思います。

そして、どういった非言語的なコミュニケーションや表現があるのかをもっと知っておくこと。それぞれの文化に関して、前もって学んでおくこともとても重要です。

### Recommendations for Intercultural Communication (2)

- find compromise solutions, tolerate cultural varieties and ethics
- help your clients express their feelings, ideas, opinions and needs
- add schemes, drawings, communication cards and others
- be patient and tolerant to all non-verbal expressions of different culture clients
- verify understanding basic information
- use numbers to give the date
- listen to a client from different culture
- encourage a client from different culture to express their feelings, ideas, opinions and needs
- use foreign language dictionaries and an interpreter if it is necessary

Hornakova Anna. Intercultural Communication in Health Care. 2006

それ以外にも、妥協案を探ることや、文化の様々な差異や倫理観、そういったものを受け入れることが重要です。

例えば、患者さんが「その前にお祈りをさせて下さい」と仰られたのであれば、お祈りをさせてあげるというのも治療の一環になります。

常に患者さんに感情や、考えていることを表現するように促すことも重要です。

「何かできることありますか」  
「何か足りないことありますか」  
と質問をするというわけです。

時には、ルールの中で出来る限りのことをすることもありますが、多文化の患者さんが増えてきた場合は、その施設の中のルールを変えなければならないことだってあるかもしれません。

必要であれば、辞書を活用することも考えなければならないし、通訳を使うことも考える必要がある場合もあります。

ただ、ドイツでよくあるのが、通訳を使った方がいいのに、通訳にはコストがかかるので節約をしなければならない、通訳を呼ばないこともあるのです。でも、症例によっては本当にプロの通訳が必要なこともあるわけです。それなのに通訳が呼ばれないのは、私は大変悲しく思います。

お金の事で同じ水準の治療を患者さんが受けられないのは、正しいことではないと思います。



### My recommended tools for basic good intercultural communication

- Eliminate prejudices
- Try to pronounce the patient's name in a proper way
- What about knowing some words in the patient's language?
- Try to figure out some cultural behaviours
- BUT! Your hospital has rules. Find a way to handle different ways of life with your rules
- Use the recommendations!

私の方から、多文化コミュニケーションに関して、基本的に押さえておくべきリコメンデーションをお話しさせていただきます。

まずは偏見、これを無くすということ。外見で人を判断しないということです。先ほどのエクササイズの中で見てきましたように、外見だけで判断をする、間違った印象を持つことがあるということは周知のことだと思います。

そして、患者さんの名前。これを出来る限り正しく発音するように努めて下さい。ぱっちり正しいということでもなくていいと思います。

でもそのことに努めるということです。

患者さんの国の言葉の中でいくつか単語を知っておく、表現を知っておくこともいいと思います。名前を見ると、だいたいどこが出身かというのがわかりますので、私は前もってその人の出身がどこで、その国の言葉でどういった言葉があるのかを少しだけでも知っておこうと思います。

例えば、その患者さんがドイツの人でないのであれば、グーテンタークと言うのではなく、その人の国の言葉で話しかけてみる。例えば、私は今「こんにちは」と言いましたが、それは日本人の患者さんもらっしやるからなのです。「おはようございます」とか「ありがとうございます」とか、5つぐらいでいいと思います。それだけ少し言ってみるだけでも患者さん、看護師そして医師の間の信頼関係が強まると思います。ドイツでよく話されている言語というのは、11ヶ国語、もしくは12ヶ国語ぐらいです。

また、どういった文化に根ざした行動があるのかを知ることが重要です。

例えば、私が初めて野地先生、野地先生のチームの皆さんにお会いした時に、一体どうするのが丁寧で、礼儀にかなったことなのかと考えました。握手をするのがいいのか、お辞儀をするのがいいのかわからないとなると、ミスすることを恐れるということになると思います。でもそれはミスではないわけです。そういったその違いこそが、多文化のコミュニケーションのベースにあるわけです。ミスするのではないかと怖がらずに、どんどんやってみることだと思います。日本、ドイツ、トルコ、それぞれ、「こういったことをしたら間違っていると思われるのではないかと」思われることがあると思いますが、それは「間違い」ではなく、「それぞれ違う」だけだと思います。

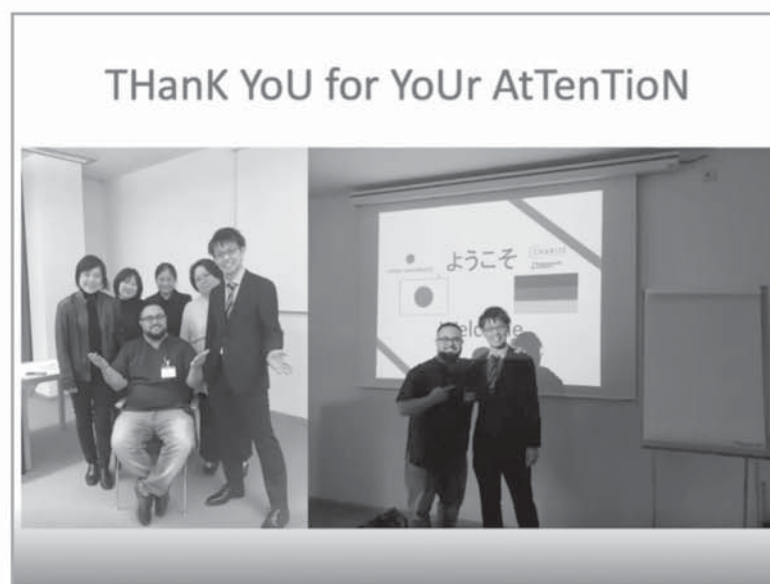
色々申し上げましたけれど、やはり病院、院内には、ルールというものがあると思います。そのルールの範囲の中で、様々な文化の背景を持った人たちの生活様式などに対処できるような、その方法というのを是非とも見出していただきたいと思います。

例えば、病院ではロウソクというのは禁止されていると思います。酸素のチューブなどがあるので危険なので、そのルールを破ることはできないわけです。それはそのようなものとしてしっかりと説明をすることが大切です。

ここに、いくつかリコメンデーションをあげました。これらは是非とも活用していただきたいと思います。そうすることによって皆さんの多文化のコミュニケーション、これがより容易なものになると思います。

本当に皆様ご清聴ありがとうございました。今日は日本で初めてこのお話ができて大変光栄に思っております。多文化のコミュニケーションに関しては初めてお話するわけではありませんけれども、日本では初めてです。今日はエクササイズの間、皆様大変正直に回答していただいてありがとうございました。正直であるということ、これが偏見を打破していくにあたって唯一の方法で、多文化のコミュニケーションを高めていくための唯一の方法であると思っています。

こちらの2枚の写真、これは野地先生とそのチームの皆さんが来られた時の写真です。本当に楽しい思い出で大変光栄でした。ありがとうございました。



野地： アイカッチ先生、素晴らしいご講演ありがとうございました。アイカッチ先生のお話についていくのが一生懸命でしたので、なかなか質問というのが Q&A の方にはあがってきていないですが、お約束の時間ですが、もしお許しいただければご参加の皆様から、ご質問あればお伺いしたいと思うのですけれどもいかがでしょうか。

Q&A の方に Jさんからエンパワーメントトレーニングについて具体的に教えていただけますか、とございます。

アイカッチ： エンパワーメントのトレーニングを行う前に、皆さんのそれぞれの施設において、一番多い文化がどの文化なのかをまず特定することが重要です。

例えば、ドイツでいいますと、多いのはトルコ、アラブ、それからロシア、ポーランド出身の方が一番多いのです。我々の場合であればこういったトルコ、アラブ、ロシア、ポーランドなどとのドイツとの文化差であったり、言語の違いなどに関してのトレーニングをしています。

日本であれば、皆さんの施設で、最も来られる度合い、頻度が高い移民の方であったり、多文化の方がどういった人なのかをまず特定して、その文化の専門家を例えば見つけてワークショップをしていただいて、その文化の差や違いに関して教えていただくところから始められるのがよいのではないのでしょうか。

野地： ありがとうございます、もうお一方お手が挙がっております。こちらで最後にしたいと思います。Kさん、どうぞマイクをお回しいたします。

参加者 K： 今、新型コロナのアウトブレイクがあって、コロナの今の状況と、普段の状況の中で、特に多文化、他の文化の方のイルネスビヘイビア、つまり病の時の行動に何らかの違いというのは見て取れますか。



アイカッチ： 今、私がマスクをつけてみたのですが、これはどういうことかという、マスクをつけて私が笑っているか微笑んでいるか分かりますか、ということなのです。つまり今コロナ禍にあって、コミュニケーション自体が大変一般的に難しくなっているということなのです。

コロナ禍にありまして、例えばマスクをしなければならない場合は、代わりにジェスチャーしてみるのはどうでしょうか。

例えば、ドイツではこうやって OK というのが、(親指をみせる)これはポジティブなサインなのです。また、私はマスクをしていますけれど、それを一瞬だけ外して自分の顔を見せて、そしてまたマスクを戻すとか、そういったこともしています。マスク着用を拒む人もいることが問題になることもあります。

それから、ドイツのトルコの人ですが、二人とか四人とか集団で来られる場合がよくあるのです。でも今コロナ禍にあって、グループでは来てはなりません、一人で来てくださいますようになるのです。これが問題になる場合もあります。例えばその患者さんが高齢の方であれば、ドイツ語を話さない場合も多いのです。でも通訳やその家族で通訳を務められる人たちが一緒に病院に来ると、診察室に入ることができないことがあるので、今やはりコロナ禍にあって、多文化のコミュニケーションが大変困難なものになっています。

参加者 K： 代わりにオンラインで診察をすとか、もしくは多言語のデバイスがあるので、そういうものを使ってみるとか、WhatsApp でも Skype でもいいのですが、それも一つのオプションとして考えられるのではないのでしょうか。

アイカッチ： そうですね。私たちもそういったものを活用するようにしているのです。例えば、Skype ができる iPad を最近導入しています。医療のデジタル化というのが、今どんどん進もうとしているのではないかと思います。

野地： アイカッチ先生、またご参加の皆様、本日は本当にありがとうございました。こんなに遠く離れてはいるのですけれど、実践的にアイカッチ先生のご講義を受けることができましたし、またアイカッチ先生の日々の臨床の素晴らしさに裏打ちされたご講義をいただきました。

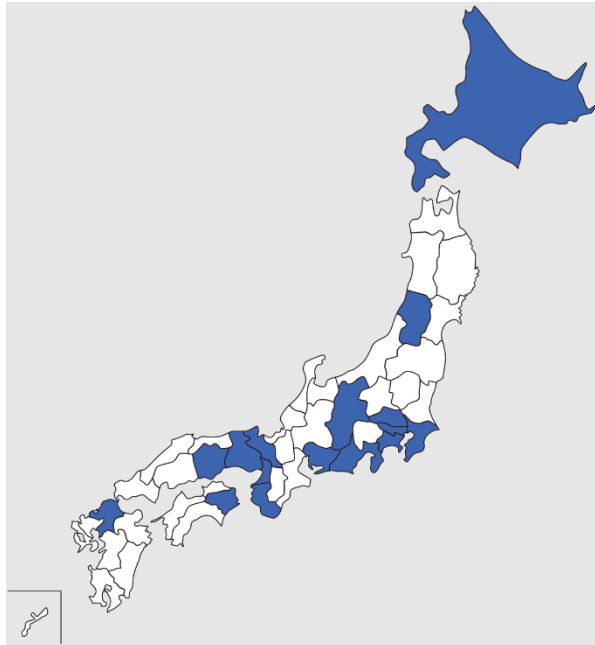
このテーマの学習は、とっても大変なことですとアイカッチ先生もお話しされていたんですが、一人ではなくこのような仲間と一緒にこれからも学びを続けていくということで、これは外国籍や移民の方の医療だけではなく、結局自国の患者さんや、日々私たちが出会う方々への看護ケアをより良いものにしていくところに繋がるのだなと思いました。

また皆様のご質問から建設的なディスカッションが出来まして、これから進めて行けるという手応えも感じました。本日はありがとうございました。

アイカッチ： 皆さんとお話できて本当に良かったです。ご期待にお答えできたのであれば幸いに存じます。

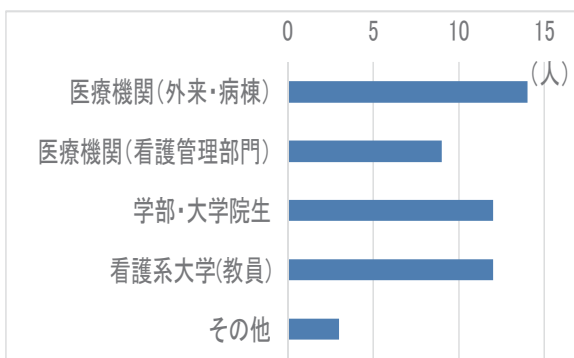
## 参加後アンケートの抜粋

### 【参加者の接続地域分布】

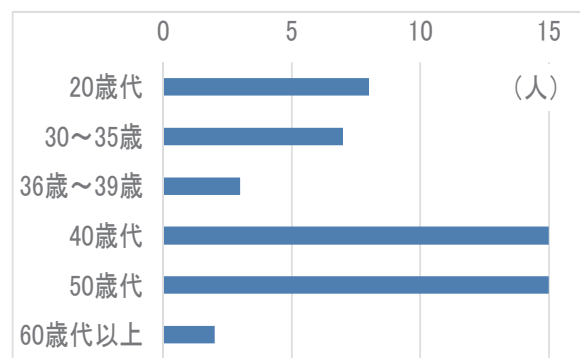


### 【参加後アンケートより (n=50)】

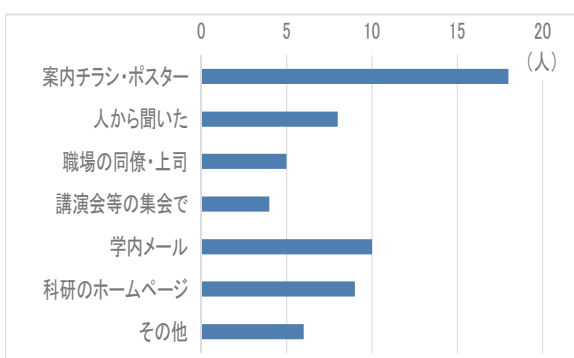
#### 現在のご所属



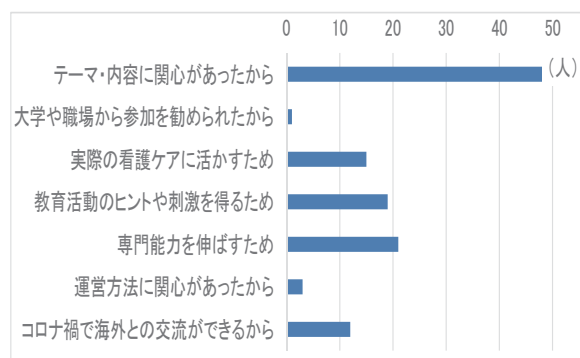
#### 年代



#### 本セミナーを知ったきっかけ(重複回答)



#### 本セミナーに参加した動機(重複回答)



## I. 研修プログラムの内容について

1	異文化コミュニケーションを日々実践する中での考え方や具体策の参考となった。また自分が心掛けていることも間違っていないんだと思えた。
2	異文化の患者さんをどのように理解した上でコミュニケーションすること、医療職としてどうすれば患者さんとの信頼感を築くことができると役に立ちます。
3	具体的な内容を詳しく話して頂いたこと、参加者参加型のセミナーであったため、楽しく参加することができました。また、このような機会でないとならば多文化コミュニケーションについて研究文献と先生の経験を通して学ぶことができたため
4	意見交換が適宜あり、講義内容の理解が深められた。
5	参加型で、参加者が実体験しことを後のプレゼン内容に結びつけておられたこと。

## II. 今回の Web 開催の研修に参加した感想

1	最近外国人の患者様が入院されることもあるので、文化や言語の違いに戸惑うことあるので、どういう風に考えていけばよいかヒントになったと思います。
2	ドイツで行われているIPIKAの研修の軸が分かったように思います。対象者を理解するための具体的な方法も知ることができました。
3	ドイツとつながっているんだなあ、と不思議な気分です。とても充実した学びがあり、現場で日々診療をされている医師であるからこそその視点がたくさんありました。講師のお人柄が素敵でした。
4	ベルリンにいる教授に話を聴くことができたのは貴重な体験だったと思う。
5	医療職として、どのような姿勢や態度を持って異文化患者とコミュニケーションを取ること以外に、彼らの信頼感を得て、病気に関する本音を聞くことがとても素晴らしいと感じました。
6	価値観が多様化しており、外国人でなくても、普段の看護でも活かせる内容でした。
7	海外との交流が図ることが難しい今、このようなオンラインで簡単なアクセスで研修に参加できることを大変感謝しております。最近国際看護を講義する機会があり、これまでの学びは大変役立っており、本日の学びも私の異文化理解に関する認識は間違っていないと感じることができました。今後日本で活躍する外国人看護師の看護実践の実際などもお聞きできるとよりうれしく思います。
8	具体的に実践できそうな内容があり役に立った。この分野の研究を積み重ね、教育を行う必要があることをとても感じました。
9	参加して本当に良かったと思いました。セミナーのテーマが自己学習ではなかなか取り上げない内容ですが、今後の医療において必須の知識となると思うので、また同じ様な機会があれば参加したいです。

## III. オンライン開催によるセミナー参加の利点について

1	自宅からの参加で交通費や往復の時間がかからない。
2	感染機会を減らせる。
3	今日は夜勤明けでしたが、そのような状況でも簡単に参加できること。
4	世界中の専門家と議論や交流ができる。
5	地方在住でかつ Covid-19 感染拡大下で、職場より県外移動制限が出ている中、貴重な講演を学べるのはありがたいです。



## IV. オンライン開催によるセミナー参加の課題について

1	“同じ空間に居する一体感の共有”を創出することの難しさ。
2	オンラインだからこそ海外の先生方ともより身近につながることができますが、オンラインだから意見交換や聴講者の反応の確認が難しい部分があるかと思います。
3	こちらのオンラインセミナーは、案内、リマインド、資料配布、トラブル、チャット機能において、とても丁寧で課題と感ずることはありません。本当に丁寧なオンラインセミナー運営で、参加する上で助かります。
4	セミナー終了後の参加者の交流やネットワーク構築ができないこと。
5	まだまだ参加に不慣れな日本人が多いため、スムーズな操作や環境設定が難しい方も少なくない。
6	急な通信トラブルや、会話の間の取り方の難しさ。
7	時差があると参加できにくい場合がある。
8	他の施設の方との交流や情報交換をする機会がオフラインの時と比べて難しい。

## V. 今後のセミナーで取り上げて欲しいテーマをお聞かせください

1	外国で小児を担当するときの看護方法について。
2	看護研究。
3	多文化尺度スケールについて。
4	日本と海外の、医療に対する認識や考え方の違い。
5	SDGsと異文化理解の関連、取り組みの実際、など。
6	アジア圏の国の医療事情を情報収集する機会が欲しいです。
7	クリティカルケア領域におけるコミュニケーションの取り方について。
8	コロナ禍での現地の状況について。
9	どうしても、多様な文化＝語学力と取られがちに感じます。アイカッチ先生のように具体例を用いた事例をたくさん知りたいです。例、宗教による対応や理解の違いなど。
10	ユースのためのグローバルヘルス講座。
11	異文化コミュニケーション、異文化看護を学ぶセミナーの実際のプログラム内容と運営。
12	移民・難民に対する医療支援。
13	外国人患者からの、これだけはやめて欲しい医療者の対応などの具体例、医師とその他の医療者に対する思いの相違等の調査結果など。
14	外国人看護師の立場からの異文化適応。
15	看護師として、必要な異文化コミュニケーションのスキルとは。
16	多文化知識や多文化理解のより具体的実践的な手法。
17	地域連携。
18	日本の中で、どのように臨床現場で看護師や事務職などが外国の方に対応しているのか、具体的なケースを知りたいです。
19	病院における処遇困難例への対応や他職種連携。 時間をかけて信頼関係を築くことが難しい外来等での対応などについて。

nGlobe 研修 V

IPIKAプログラムのモジュールから

モジュール4 多文化環境における医療倫理



## nGlobe セミナー2021 1月開催のお知らせ 看護職の多文化対応能力研修

ドイツのシャリテ医科大学病院のウテ・ジーベルト先生による継続セミナーを開催致します。2021年1月23日（土）に、IPIKAモジュール4「多文化環境における医療倫理」について学び、多文化対応能力を高める研修を行います。本テーマに関心のある方、初めての方、どなたでもご参加いただけます。逐語の日本語訳付で、ZOOMで開催予定です。事前に招待URLと参加方法のご案内をお送りいたします。

申し込み先URL <https://jp.surveymonkey.com/r/YX3WTB2>（参加費無料）

- ◆日時 : 2021年1月23日（土） 16時～18時
- ◆講師 : Dr. Phil Ute Siebert（ウテ・ジーベルト博士）
- ◆テーマ : 「多文化環境における医療倫理」（逐語訳付）
  1. 看護および医療倫理入門
  2. 多文化環境における倫理的対立
  3. 倫理相談/倫理委員会のための異文化スキル
  4. 終末期の意思決定における異文化的視点



Dr. Phil Ute Siebert

第1部 16:00～17:00 ウテ先生のレクチャー  
 第2部 17:10～18:00 ドイツの看護師との交流会  
 （日本からの事例プレゼンあります。）

※第1部はウェビナー、第2部はミーティングになります。

ウテ・ジーベルト博士は、ドイツ・ベルリンを拠点に、病院や医療機関などにおいて、多職種多文化対応トレーニングのコーチングやカウンセリングを行なっています。ご専門は、社会人類学で、1992年米国ワシントン大学で文化人類学を学び、フンボルト大学で1997年修士、2003年博士（社会人類学）を授与されています。2013年から国際精神分析大学講師、2017年からドレスデン国際大学講師など。2014年からシャリテ医科大学におけるIPIKA（医療職の多職種多文化能力開発）プロジェクト開発者です。



- ・ウェブでどこからでも安心安全に参加できます
- ・通訳付きで講師・看護師と質疑応答できます
- ・第1部はビデオ・オフ、第2部の交流会ではビデオ・オンは自由です

本セミナーは、JSPS基盤研究(A)研究代表者 千葉大学 野地有子  
 研究課題名「世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン」  
 の助成により実施いたします。





JSPS(A)世界をリードするインバウンド医療展開に向けた看護国際化ガイドライン(野地有子)

nGlobe 研修 2020 開催報告  
看護職の多文化対応能力研修 V (Webinar 開催)

IPIKAプログラムのモジュールから  
IPIKA InterProfessionelles und InterKulturelles Arbeiten  
in Medizin Pflege und Sozialdienst

モジュール4 多文化環境における医療倫理

開催概要

日時: 2021年1月23日(土) 16時~18時00分  
場所: Webinar 開催実施本部 千葉大学大学院看護学研究科  
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1  
目的: 看護職の多文化対応能力の発展を目指した研修プログラムの実施評価

プログラム

- 16:00~16:10 開会挨拶 (ドイツタイム冬時間 8:00)  
ドイツの近況 柏原 誠 (シャリテ医科大学国際課)  
講師紹介
- 16:10~17:00 第1部 講演  
テーマ: 「多文化環境における医療倫理」  
講師: ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)  
座長: 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)
- 17:10~17:55 第2部 ドイツの看護師との意見交換会(事例検討会)  
座長: 近藤 麻理 (関西医科大学)  
事例1: 大友 英子 (東京大学病院)  
事例2: 浜崎 美子 (武田病院)  
討論: ユタ・マルクワット (シャリテ医科大学病院)  
カリア・ドグベビ (シャリテ医科大学病院)  
トーマス・グローゼ (シャリテ医科大学病院)  
コジマ・モルテェ (シャリテ医科大学病院)  
ウテ・ジーベルト博士 (シャリテ医科大学)
- 17:55~18:00 全体まとめ  
閉会挨拶

皆様こんにちは。それでは nGlobe セミナー1 月、ナイチンゲールチャレンジを始めて参りたいと思います。公私ともにお忙しい中、ご参加いただき感謝申し上げます。千葉大学の野地でございます。令和3年、新しい年が明けました。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。ちょうど一年前、シャリテとの交流からこのセミナーが始まったのですが、一番最初はウテ先生に昨年3月に来日いただく予定でした。Covid-19により最初からオンラインになり、今日で5回目になりました。まず最初に柏原様からドイツの様子を是非お話いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

こんにちは。ベルリンの柏原です、こちらは朝8時になっているのでおはようございますと出てしまいましたが、最近のベルリンの状況をちょっと話したいと思います。皆さんご存知かもしれませんがニュースで2、3日前に出たと思うのですが、ドイツの方ではさらに制限が厳しくなって、今ほとんど外に出るはいけないという状況になっております。



例えば、公共交通機関とか、お店に行く時には医療用マスクなど専門的なものをしないといけないという義務が出てきました。それが来週の月曜日から開始となります。写真でご覧いただけますが、お店はほとんど全部閉まっています。開いているのは食料品、日常生活のお店、薬局、あと、ホームオフィスやホームスクーリング、学校も全部家でやるので、文房具と、プリンター、印刷に使うものなどそういうところは開いています。洋服や、例えばこのボディショップなどは全部閉まっていて、買い物は全部

オンライン、可能であればお店でピックアップはできます。



大事なのが眼鏡屋さんで、眼鏡屋さんはまだ開いていて、写真をご覧いただけるかと思うのですが、ただ人数制限があつて、何人までしか入れない。入れない方は外で寒い中、マスクをしながら待っていなければいけない状況になっています。学校、オフィスもほとんど全てホームオフィス、大学は3月31日、今学期中は全部オンラインですので、大学院などの少し年齢がいった方たちで、少し金銭的に余裕がある人などは、オンラインが繋がれば大学と繋がれるので、ヨーロッパですと地中海のリゾート地や、東南アジアのリゾート地に行って、そこで

オンライン授業を受けたり、自分の論文をまとめたりして生活をする人たちも結構出てきて、逆にドイツベルリンに住んでいるよりもそういうリゾート地の物価の安い所に行ったほうが生活費が安く収まるというので、早々に移動して南国の暖かい、季節もいいところで自分の論文を仕上げている院生なども結構出てきています。ただ12月からお店など全部閉まっているので私達はほとんど外出しない生活になっているのですが、それでもなんとなく生活していけるのが不思議な感じになっています。ありがとうございます。



それでは、前半はウテ先生から、本日のテーマであります多文化環境における医療倫理についてご講義いただきます。事例のご紹介も含めていただいております。第二部では、日本の事例紹介の上、ドイツの看護師の皆様との意見交換、交流会としたいと思います。

それではウテ先生、お待たせ致しました。ご登壇いただきたいと思います。



皆さんこんにちは。今日は IPIKA の別のトピックということで、多文化の対応能力を高めるトレーニングについてお話をさせていただきます。今日は特に多文化の環境における医療倫理についてお話をさせていただきます。このトピックはドイツのクリニックまたシャルテ大学病院でも大変重要視しているトピックです。それは医師であれ看護師であれ、もしくはそれ以外の医療従事者であれ、日々こういった倫理的な問題に直面するということがよくあるからです。そしてそれと同時にこのような倫理的な問題

というものは患者さんの出身国が別の国であったり、文化的な背景、宗教的な背景が違うような場合、より複雑になりがちです。そんなわけで我々がこの多文化対応能力のトレーニングにおいてどういった話し合いをしているのか、今日は症例、事例も交えてお話をさせていただきます。

#### IPIKA Training: Medicine Ethics in a Multicultural Environment

- Introduction to Medicine Ethics & Nursing Ethics
- Typical ethical conflicts in a multicultural setting
- Dealing with ethical differences (cases, examples)
- End of life decision making in intercultural perspective
- Vital intercultural competencies

では、今日のトピック、「多文化の背景における倫理」ですが、医療倫理と言った場合、この倫理というのは一体どういった意味なのでしょう。我々の考え方は、「倫理というのは何か普遍的なものであって、どのような文化背景を持つ誰にでも当てはまる行動指針である」とは考えていません。そうではなく我々のアプローチはより人類学的なアプローチとなっています。人類学的な視点というのは、行動の良し悪し、これは個別、具体的な文化的な文脈次第で変わり得るという考え方です。

#### Ethics Basics

**Ethics:** -moral principles that govern a person's behavior or activity

-branch of philosophy that deals with moral principles

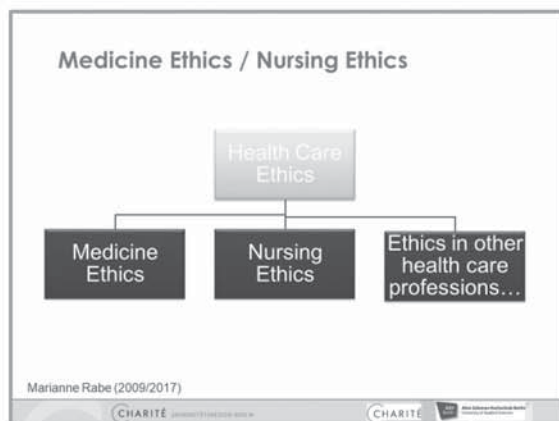
**Moral:** -standards of right or wrong behavior, codes of conduct

□ Morals consists of values, norms, judgements and codes of conducts constructed by human societies (or religious communities etc.)

□ Moral principles may vary according to different cultural / religious contexts

つまり、その人がどういった社会的背景の方なのかということによって、倫理も変わり得るというのが我々の考え方です。とは言いつても、誰かを辱めるとか、人の人権を侵害するとか、こういったことに関しては例外的な場合があります。その点についてはまた後で話をしましょう。





ドイツにおける医療倫理とは、応用倫理の分野に属するものです。この医療倫理の中に、より長い歴史を持っている「医師を対象とした倫理」、そして「看護師を対象にした倫理」があります。この「看護師を対象にした倫理」に関しては、まだまだ色々な話し合いがあり、進化を遂げている、変化をしている段階にあります。日本にもあるように看護師に向けられた倫理基準というのも存在します。それ以外の例えば言語療法士などを対象にした、「それ以外の医療従事者に関わる倫理」もあり、こちらもまだ進化中の分野と言っていいでしょう。

**Medicine Ethics**

□ **4 Principles of Bioethics / Medicine Ethics** (Beauchamp & Childress, 1994)

**Respect for Autonomy** of the patient. Freedom of making autonomous decisions, basis for „informed consent“

**Nonmaleficence:** doctors / health care providers shouldn't intentionally create harm or injury to the patient, either through acts of commission or omission.

**Beneficence:** health care providers have a duty to be of a benefit to the patient and to prevent and to remove harm from the patient

**Justice:** fair distribution of providing health care between patients

まず、医療倫理の中でも特に「医師を対象にした倫理」をみていきたいと思います。

Beauchamp&Childress(ビーチャムとチルドレス)の生命医学倫理の四原則というのは皆様ご存知かもしれません。そしてこの四つの原則が今日も取りあげるようないくつかの事例において、常に何らかの役割を果たしております。それでこのスライドをお見せしているわけですが、今日話し合いを進めていく中で何度かこのスライドには立ち返っていききたいと思います。

**Nursing Ethics**

□ **3 additional principles** (Marianne Rabe)

**Human dignity:** respecting a persons' values and free will, giving support to vital daily activities (i.e. personal hygiene, nourishment etc.)

**Responsibility:** holding yourself responsible for your own actions towards the patient and his family. Sharing responsibility of team actions toward a patient.

**Dialogue:** Human beings depend on community, communication and dialogue. Nurses should try to understand a patients' verbal and nonverbal communication from his own point of view (fostering empathy in nurses).

Communication and dialogue helps overcoming insecurity in face of different cultural values and norms / communication helps to minimize misunderstandings

「看護師を対象にした倫理」に関しては、マリアンヌ・ラーベ先生を我々のコースにお招きしております。このラーベ先生はドイツでは大変有名な先生でいらっしゃるしまして、私たちのコースに教授としてお迎えしていますが、ラーベ先生は「看護師に向けた原則」が、先ほどの医師向けのものにプラスして幾つかあると仰っています。

一つ目、これは人としての「尊厳」です。つまりその人の価値観とか、自由意思を尊重するということであり、その人の重要な日々の活動を

支援する、例えば衛生や栄養面でのサポートをすることを重視した考え方です。この三つの追加の「看護師に向けられた原則」というのは、もちろん「患者さんもしくは患者さんの家族に対しての倫理」ということになります。

二つ目の原則、こちらはレスポンスビリティ、「責任」という意味ですが、時にやはり難しいことが生じるからです。どうということかという、医師から何らかの指示があった場合、その指示に自分としては賛成できない、それでもその指示に従うのか、という状況が発生すると思います。難しいことです、これは上下関係というのが医師との間にありますので。そんな場合に、自分の行動



にどのように責任を持つのかというのが「責任」という意味で、そしてそれ以外にも例えば同じチームの同僚が何らかのミスを犯した、医療過誤を犯したというような場合、その同僚と話をすることもこの「責任」に含まれてきます。

三つ目にラーベ先生が仰っている原則、これは「対話」です。人というのは共同体の中に生きるものであり、コミュニケーションを必要としているからです。つまり患者さんの言語的、もしくは非言語的なコミュニケーションを理解することがとても重要です。特に、この「対話」で重視されているのが、何らかの問題が発生したときに、患者さんもしくはその家族の視点を理解することに努めるということです。これには看護師として共感力を持っていることが必要となります。それからラーベ先生がこの「対話」に関して指摘されている大切な点があります。それは、なんらかの意見交換をする、視点を交換する時に、平等の立場で意見交換をすることが重要であるということ、つまり看護師として患者さんの上に立っていると考えるてはならない、とされています。また、コミュニケーションを取ることで、文化的もしくは価値観の違いがある際の不安を取り除いていくことが可能になります。特定のシチュエーションにおいて、その視点を理解するためにコミュニケーションを取ることで誤解を回避していくことが重要になります。

ここで、ドイツにおける院内の倫理委員会について少しお話をさせていただきます。これは10年ぐらい前から始まったことだと思えます。ドイツの病院組織の中に倫理委員会を設けることが始まりました。この倫理委員会、委員会という形をとる場合もありますし、もしくは倫理の専門家がアドバイザーとして迎えられる場合もあります。何らかの倫理的な対立がある際に、そこで仲裁に入ることがあります。この際の倫理委員会とは、例えば治験を行う際に、臨床試験の中で患者さんへ何らかの質問をすることで科学を前進させる「治験」を行う際の判断を行う倫理委員会とはちょっと違います。そういった臨床試験に関わる部分での倫理委員会はもうずっと前からありまして、今私がここで取り上げている倫理委員会とはそれよりも新しいもので、科学の面に関与する倫理委員会ではなく、日々生じ得る倫理的な問題を対象にしています。つまり看護や、医療の実践の現場であがってきた様々な事案を扱うのがこの倫理委員会です。そしてほとんどの病院では、品質管理の部門に倫理委員会が設けられています。この委員会のメンバーですが、多くの場合は医師、看護師、スピリチュアルケアの専門家、倫理のアドバイザー、ソーシャルワーカーなどです。この倫理委員会は、多くの場合は医師、もしくは看護師の方から招集の要請があります。倫理委員会からそのチームに対して、倫理の観点からの助言を頂きたいということで招集の要請が、医師や看護師からなされるわけですが、時には患者さんの側から招集が要請される場合があります。しかしそれはかなり稀です。時には、委員会での話し合いに患者さん、もしくはその家族を招くという場合もあります。

#### Typical ethical conflicts in multicultural settings I

- Problems in communication due to language barriers
  - patient autonomy at stake, informed consent at stake
- Need for a professional interpreter in order to avoid translation by family members or acquaintances
  - Patient autonomy at stake
  - Confidentiality at stake
- Rejection of therapy recommended by doctor, due to religious values
  - Nonmaleficence and beneficence at stake
- Family members want to make decisions for the patient
  - patient autonomy at stake

Grützmann 2016

CHARITÉ

CHARITÉ

ドイツでは、2016年にタチアナクロツマン先生が行った研究があり、この研究の中でタチアナ先生は、多文化の背景においてどういった倫理的な対立が生じ得るのかということを研究されました。ドイツのクリニックに設置されている委員会のメンバーである10人のエキスパートを対象に定性的なインタビューを行いました。そこで挙がってきた問題、よくある対立は何であったかという、まず一つ目はコミュニケーションの問題です。その問題の根本には



言語の違いがあります。言葉の壁がある場合、先程お見せした、とても重要な医療倫理における四つの原則のうちのひとつ、「患者さんの自主」これが問題になり得る場合があります。そして言葉の壁がある場合は、プロの通訳が必要とされるわけですが、例えば患者さんの家族が通訳をすることになりますと、やはりそれが問題になり得ます。そしてプロの通訳がすぐに使えるところがない場合があります。この点について後で話をいたしますが、その場合は「患者さんと医師の間の秘密保持の原則」が問題になり得ます。プロの通訳であればプロ通訳の倫理指針があり、「秘密保持の原則」があり、情報を漏らさないということが守られるからです。

また、よくある対立として、医師がすすめる治療を宗教上もしくは文化的な背景を理由として患者さんが拒否することがあります。そういった場合は、先ほどの四つの医療倫理の原則の二番目と三番目に書かれていた、「無加害」害をなさないということと、「有益」患者さんに良いことをする、益を施すという、こちらの原則が問題になり得ます。何故かというと、医師としてはその患者さんを助けたい、しかし患者さんはその助けを拒否しているからです。

それから、またあり得る問題として、患者さんに代わって家族が意思決定をしたがるという場合があります。この場合も患者さんの「自主の尊重」これが問題になり得ます。

**Typical ethical conflicts in multicultural settings II**

Relatives do not want the patient to be informed about his health status / diagnosis  
 patient autonomy at risk

Family members ignore instructions of nurses (e.g. family members take a weak patient to the cafeteria or park)

Use of surgical material or medicine containing pork products (problem for muslim patients)

Patients and their family members feel culturally misunderstood

Patients and family feel discriminated against because they are migrants

Grützmann 2016

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

別の問題として、家族や親族が、患者さん本人に病名や診断を伝えないで欲しいと言う場合があります。この場合も患者さんの「自主の尊重」が問題となり得ます。その他にも、例えば家族が看護師の指示に従わないという場合があります。大変弱っている患者さんをカフェテリアに連れ出したり、公園に連れ出したりするような場合です。また、豚の成分を含有する、外科的処置に使う素材や医薬品などが拒否される場合があります。それはイスラム教の背景のある患者さんの場合です。

また、患者もしくは家族が、文化的な配慮がされていないと感じるという問題が指摘されています。それから、患者もしくは家族が、移民であることで差別を受けていると感じることがあります。その場合も対立が発生し、多くの場合このようなケースでは倫理委員会が招集されます。

**Language barriers & Patient laws in Germany**

**German Patients' laws:**

- doctors must inform patients about their diagnoses
- information has to be given orally; written information is insufficient
- Doctors must make sure patients understand

Basis for **informed consent by patient** to treatment

language barriers: doctors should involve a professional interpreter specialized in medical topics

**Problem**  costs not covered!  
 Patient responsibility to bring own interpreter (often family members, acquaintances)

- Doctors cannot be sure of good quality interpreting!
- Informed consent and patients' autonomy at risk! Legal issues may arise

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

では、言葉の壁という問題に立ち返りたいと思いますが、ドイツには患者法というものがあります。患者法の中には以下のようなことが規定されています。「医師は病名もしくは治療の選択肢、その健康への影響を患者に知らせる義務を負う」と書かれています。もちろん患者さんの側には、自身の病名診断を知らされない権利もあります。その場合は事前にそのことを伝えておかなければなりません。

ドクターが患者さんに情報提供する際は、書面だけでは不十分であり、口頭で情報を説明

する必要があります。患者さんがその医学上の情報を理解したことを確実にしなければならないとされています。こういった様々な情報に関わるルールが根拠となって、例えば治療もしくは外科



的な処置に関する患者さんのインフォームドコンセントが生まれています。

言葉の壁があるような場合、医学のトピックに熟知したプロの通訳を使う必要があります。そして適切に訳していただく必要があるわけです。しかしそこで問題となり得るのが、ドイツの医療制度のもとでは通訳費用は保険でカバーされていないのです。そしてこの同じ患者法の中に、患者側の責任として、必要であるならば通訳は患者が連れてくると書かれているのです。しかし多くの場合、その患者さんが連れてこられる通訳がプロの通訳ではなく、家族のメンバーや知人の場合があります。それは支払うお金がなかったり、もしくはどこでそもそも手配したらいいのかわからない場合もあります。つまり医師としては、その通訳された内容の質が本当に担保されているかどうかはわからないということになります。そうすると法的な問題が生じ得る可能性があります。患者さんが、今医師、先生が言ったことがわかりません、と言っているかもしれません。もし医師から得た情報を患者さんが理解していなかったのであれば、そもそもインフォームドコンセントが有効ではないということになります。

**Individual informed consent vs. family consent**

German patient laws promote patient autonomy and individual informed consent

Patient laws stress a confidential relationship between doctor and patient

Often, family members of a patient from Turkey or other muslim mediterranean countries ask doctors not to inform him about his health status

They often want to make decisions for a patient (without asking him)  
Practice of family consent / preference of collectivism

**Problem** ● patient autonomy, individual informed consent and confidentiality are at risk!

Frequently considerable tensions / conflicts between doctors, nurses and family

CHARITÉ

というわけで、このドイツの患者法においては、患者さんの自主、そして独立性掲げられているのです。しかしよくあるのが、患者さんの家族、特にトルコの移民の背景があったり、もしくは地中海のイスラム教の国の場合が多いのですが、患者さんの家族がその患者さんに病名診断を伝えないでほしいとおっしゃる場合があります。家族が患者さん自身に尋ねることなくして、患者さんの為の決定を家族がする、ということが生じるわけです。その場合は、個人としての同意ではなく、家族の集団的な同意となります。

そうすると個人の権利に対して集団的な権利が優先されることとなります。この場合、ドイツでは医療の実践で相当の緊張関係が生まれることとなります。関わる人も大勢です。家族のメンバーであったり、医師、看護師など、たくさんの方が関わることとなります。

**Case 1: Patients' right to be informed**

Name: Ayse Demirel, immigrated from Turkey 2 years ago  
Age: 28 years  
Diagnosis: Cancer

CHARITÉ

では、ここから症例を紹介させていただきます。二つの症例を準備して参りましたが、時間に限りがあると思いますので、ここでは一つ目だけ。その後のディスカッションのところできれば二つ目の症例もカバーしたいと思います。

まず、一症例目ではありますが、若い女性です。彼女の名前はアイセ・デミレルというお名前です。この女性は2年前にトルコからドイツに移住し、ドイツ語がまだ十分には話せません。そしてこの28歳の女性は、悪性腫瘍の診

断がなされました。化学療法を何サイクルかやりましたが、治療は奏効しませんでした。その後急速に彼女の状態は悪化し、余命が短いということが明らかになりました。そこで、デミレルさんを集中治療のユニットから緩和ケアの病棟に移すことになりました。その時点で医師としては患者さんに、「これからは緩和の方に入ります、根治治療を目指すのはもう止めにして緩和ケアの



方に入ります」ということを伝えたい状況です。しかしデミレルさんはドイツ語をほとんど話さない  
ので、通訳が必要となりました。そこで医師は登録されている通訳をオーダーしました。こうい  
った情報のやり取りがなされている場で、デミレルさんの親族一両親、夫、兄、妹もその場におりま  
した。このやり取りの場に、たまたまトルコ出身の看護師がいらして、その時にこのトルコ出身の  
看護師が言うには、この通訳は、情報を全て伝えきらなかったと。おそらく沢山の親族がいて、  
通訳のプレッシャーを感じたのではないかと、そんなわけで全てを訳さなかった。例えば根治を  
目指す治療から、緩和に入りますということや、余命が短いという事がちゃんと伝えられていな  
かったことを、このトルコの看護師が気づきました。医師はこの状況を、患者さんの知る権利、それ  
から自主の原則に反すると考えました。そこで医師は別の通訳を使って、今度は親族を抜きにし  
て患者さんのみに同じ情報を伝えました。その前に、患者さんに対して医師から将来の治療方  
針に関してもっとよく知りたいですか、という質問が投げかけられました。そして患者さんは知りた  
いと思います、と答えました。そこでこの別の通訳の下で医師は患者さんに対して全般的な全身  
状態や、余命が短いことに関して告げました。その時点で患者さんは、教えてもらって感謝して  
います、ありがとうと仰られました。しかしその後、この緩和ケアのユニットで、3日後に彼女は亡く  
なられました。そこでこの患者さんの父親、夫、兄が言うには、この患者さんの死期を早めたの  
は、医師の責任だと言うのです。この患者さんに状態を告げたこと、そのこと自体がこの患者さん  
の死期を早めたのだと非難しました。

**Dealing with ethical differences  
Case 1**

Dialogue and communication would have been helpful

- Asking the family why they don't want Ms. Demirel to be informed. What are they afraid of?

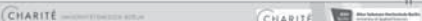
Cultural explanations for the family's behavior:

- Breaking bad news is thought to destroy hope and faith within the patient, thereby weakening his/her regenerative energies
- It affects the patients' spiritual well-being and does harm to the patient

Religious explanations (Islam):

- Only God determines the moment of death, humans should not predict the time of death
- God determines illness and healing, he can work miracles
- To take away the patient's hope of healing is a rebellion against God's omnipotence

- Dialogue on advantages and disadvantages of being informed



この症例の紹介は以上ですが、この症例を  
IPIKA のクラスで取り上げ、我々はディスカッ  
ションをいたしました。その中でどうして医師はその  
ような行動に出たのかという質問を投げかけ  
ました。答えとしてあがってきましたのが、医師  
がそうしたのはおそらくドイツの法律に則っ  
てのことであり、患者さんの自主を尊重するとい  
う、自身の倫理基準に則ったものではないか、  
という答えでした。また、患者さんがこの良く  
ない知らせを聞かされた時に、本当のところど  
う感じられたかというのとは分からない、とい

話が出ました。それと同時に、対話をする、コミュニケーションをすることが大変役立つ、有用  
であるだろうという話もしました。

例えば、とても大切だと思いますのは、家族の人たちに「どうして患者さんに知らせない方が  
いいと思っているのですか、一体どういったことを恐れているのですか」と聞いてみてもよ  
かったと思うのです。他の症例からもよく見られることですが、こういった「良くない知らせ」を患者  
さんに伝えることによって患者さんは希望をなくしてしまう、頑張る気をなくしてしまって、患者さ  
ん自身の再生する力というのが奪われてしまう、と家族が感じていることがあります。

また、その患者さんのスピリチュアルな健康状態ということを考えた時に、このような「良くない  
知らせ」というのはむしろ有害であると家族が感じていることがあります。また宗教的に、特にイス  
ラム教徒の場合ですが、患者さんの死期は、神のみが決めることができるものであり、人が予測  
すべきものではないという考えがあるのです。しかしながらやはり家族と話し合ってみることがで  
きればどうだったか、という風に思わざるを得ません。例えばどういったメリットデメリットが、患者さ  
んに知らせることによって生じるのか、ということを家族と話し合うということです。メリットは、患者  
さんに知らせることによって患者さんが心の準備ができることも考えられます。例えば最後に遺



言をしたためたいと思うかもしれません。もしくは大切な人に出会っておきたいと思うかもしれません。もしくは、自分の状態、自身の状態を知ることによって、患者さんはストレスから解放されるかもしれません。もう頑張り続ける必要はないと感じるかもしれないのです。

いずれにしても、こういった場合にコミュニケーションを十分取ることが重要だと考えられます。代わりに我々は十分にコミュニケーションをしていないのではないかと思うわけです。例えばこの家族の行動に直面した時に、我々は、これは文化的な価値観から来るものなのか、もしくは宗教的な価値観から来るものだからと、そう考えてそのまま受け入れてしまうということがあるのではないのでしょうか。しかしそのように思ってしまうことで、十分にディスカッションしないとか、コミュニケーションを取らない、対話を持たない、そんなことになるからこそ、最終的には大きな対立に繋がるのであると考えられます。

**Dealing with ethical differences**  
**Case 1 (ff.)**

Recommendations by Ilhan Ikiic (2001, 2014):

- Talk to the patient (separately) to find out more about her personality, about her current knowledge of her health status and if there is more she wants to know.
- Ask the patient how she feels about her family's influence
- Should family members be actively involved in decision-making, or does she want to decide on her own?
- Communicate with family members (separately) in order to find out about their values, reasons, fears etc., and to explain the doctors' / nurses point of view
- Ask family members why they are sure the patient agrees with their ban on information
- Recognition and analysis of the values and goods that are at stake for both parties

12

CHARITÉ UNIVERSITÄT SÄNDLINGEN

こちらでお示しているものですが、特に、イスラムの背景において医療倫理を専門とされているイキリッチ先生という方がいらっしゃいます。

このイキリッチ先生が書いていらっしゃるリコメンデーションというものがあって、その中に含まれているものとして、まず患者さんと個別に話をすることがリコメンデーションされています。個別に患者さんと話すことで、その患者さんの人物、人となりというのをより良く知り、患者さんが自身の状態についてどれだけ分かっているの

かという、その知識を確認することができ、患者さんがもっとその自分の状態について知りたいと思っているのかどうか、ということを知ることが出来ます。そして色々な決定に関して家族が関与してくることに、患者さん自身はどう思っているのかを尋ねることも出来ます。そしてその時に、家族も一緒にこの決定に関与することを願っているのか、もしくは自分で決めたいと思っているのか、どちらなのかを聞くことも出来ます。それはどういうことかという、文化的な背景によっては、患者さんは家族で何でも決めることにすぐ慣れていらっしゃる場合があります。そのような場合、現場の医師や看護師から、自分で決めてください、家族の意見ではなく自分で決めてください、と言われてしまうと大変な不安を覚えるということも考えられるのです。

そこで、このイキリッチ先生はこのように提案していらっしゃいます。もしその患者さんが家族で何でも決めることにとても慣れていて、そのことに関してそれでよしと患者さんがしているのであれば、たとえ自分の意見よりも家族の意思を尊重することになってしまっていたとしても、医師や看護師は、患者さんがその家族に決めさせていいと思っている、その意思を尊重すべきであると言っています。

また、イキリッチ先生のリコメンデーションといたしまして、家族のメンバーと患者さんとを分けて別途話をし、その家族の皆さんに対して、患者さんに事実を告げないことを「どうしてそれほど重視していらっしゃるのですか」と尋ねてみることを勧めています。

このような形でイキリッチ先生が幾つかしていらっしゃる提案、リコメンデーションがあるのですが、ドイツでもこれは賛否両論のところがありまして、イキリッチ先生のリコメンデーションに反対だという方もいらっしゃいます。これは興味深いところですので、是非とも皆さんともどのように思われるのかお話ができればと思っております。



それでは、私に与えられた時間、ほぼ終わりに差し掛かっていると思いますので、いかがでしょうか野地先生ここで一旦止めたほうがよろしいでしょうか。

皆様ありがとうございました。お休み時間ちょっと短くなりますが、17時10分から、第二部のほう始めたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

近藤： ただ今より第二部を開始いたします。司会を務めます関西医科大学の近藤麻理と申します。よろしくお願ひ致します。

4人のドイツからの看護師の方が入っておりますけれども、まず最初に日本の看護師お二人の方から、事例についてお話しただこうと思っています。まず大友さんと浜崎さんのお二人に話題提供お願ひしております。

まずは大友さんからお願ひしようと思います。

ガンの告知というのを、本人に告げることを拒んでいる、家族ではない方です。先ほどウテ先生がお話しされた、家族の、というのがありました、それではなくコミュニティの代表の方であったり、通訳という、そういう方が、本人に告げてはいけないと言っているということでお話しいただきます。このケースについては、ドイツの看護師の皆様には先にドイツ語になったものをお渡ししています。

大友： よろしくお願ひします。東京大学医学部附属病院の腎臓内科と糖尿病代謝内科、血液浄化療法部の看護師長をしております大友と申します。よろしくお願ひいたします。

## 事例紹介 1 .....

CASE1: テーマ1 Bad news と個人情報 テーマ2 良くない情報の伝え方					
発達段階	疾病・治療	病態・症状	ケアの場面	環境	患者背景
壮年期 (40代)	脳腫瘍	悪性腫瘍の 発見	がんの 告知	会社社長が、 同国人のコミュニティの長 であり、保証人・キーパー ソン兼通訳を 担う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中国系</li> <li>・在日 10 年</li> <li>・日本語は片言のみ</li> <li>・自国の方が日本で経営している会社に就職し、その会社の寮住まい。家族は自国に両親のみの様子(正確には話したがらない様子であった)</li> </ul>

### 事例概要:

自国の文化では、悪性腫瘍であるという良くない情報を本人に伝えないので、真実を伝えずに治療して欲しいと、手術前説明の段階で患者の知人から詰め寄られ、対応に苦慮した。この国の方々は家族でなく同じ国の人たちと地域でコミュニティを作っていて、この知人は、コミュニティの代表者であった。家族ならともかく法律的に他人であり、日本の個人情報保護法などを適用して説明しても、この知人には話が通じなかった。しかし、病院側としては、通訳も兼ねている人物であり、支払いの保証人としても欠くことができない人物であり、無視することもできない存在であった。この病院施設では、代諾者の届け出制度はなく、身元保証人なら入院時に書類にサインしてもらう程度の手続きをとっていた。

### ディスカッション・ポイント

1. 文化による「良くない情報の伝え方」
2. 家族と知人

私からの事例提供は、知人の病院の事例です。今先生からご紹介いただいたのですが、40代の男性の方でした。髄膜種、脳腫瘍の悪性腫瘍の発見ということで、病勢が非常に早かった関係があって、倫理委員会にかけることができなかったという状況の中で、医療関係者複数者で適切な治療であろうということで提供された方の事例になります。

この方はアジア系の方だったのですが、在日が10年、日本語は片言のみ、当然医療的な言葉をよくわかりにならないという方でした。この方が、家族はどうやら自国に2人ぐらい、ご両親だけいらしたらしいのですが、詳細を話したがない方であったということでした。それでこの方の代諾者になった方が、この方が所属している、働いている会社の社長さんでした。この方は社長さんであって彼の経済的な世話しながら、その中国系の方たちのコミュニティのリーダー格の方であったそうです。この方が身元保証人になっていたそうなのですが、この方が最初、病状について先生から話があった時に、自国の文化の中ではよろしくないことは本人に伝えない文化になっているということで、本人には伝えずに治療してほしいという希望があったそうです。今、日本の場合には、個人情報保護法のことなどございますので、本来家族以外の人にそもそもこういう情報を伝えていいのかということをご心配なようですが、この方以外に通訳になってくれる方もいない、保証人になってくれる人もいない、ということで仕方なしにこういう風な方法を取ったそうです。それで結果的にはこの方には正式な病名は伝えずに脳の中に膿瘍、膿が溜まっている、それを取り除かなければいけない、という風に話をして手術をして、幸いなことに患部は全部取れて、今は自国にお帰りになっているという状態ではあるのですが、ただ未だにやはりそこに関わった医師、看護師、それぞれの中に、自分達は日本の医療の中で違反しているのではないかという懸念であるとか、さきほどウテ先生がおっしゃっていた倫理的な色々な視点があるのですが、本人にとって最善であったのか、今後また病気が再燃した場合に何か問題になるのではないのかと、そういうことを悩んでいるということでした。

近藤： ありがとうございます、皆様には、今日は英語だけではなく、ドイツ語も楽しんで聞いて頂くということでよろしくお願いします。

それでは次に話題提供として浜崎さんお願いしたいと思います。このケースは突然の病気の発症によってICUで治療を受けて、それで本国から家族が来るのですが、その時に一般病棟に移った本人にすごく手厚い看護をしてくれという風に、要求が非常に強かったと、そういったケースについてお話をいただきます。



浜崎： 浜崎です。武田病院で看護部長をしていて、今は本部の方で医療安全の、グループ全体の担当をしています。

## 事例紹介2

CASE2: テーマ1 患者の権利の主張 テーマ2 患者の要望への対応					
発達段階	疾病・治療	病態・症状	ケアの場面	環境	患者背景
壮年期	ギランバレー症候群回復期	呼吸筋麻痺の回復、四肢麻痺残存	四肢麻痺回復期の痺れと疼痛 四肢 MMT2	ICU から一般病棟観察室への転棟	・留学生 ・日本人の彼女 ・医学生の姉

### 事例概要:

患者さんはスウェーデンからの留学生。日本人の婚約者と同居していた。下肢麻痺から始まるギランバレー症候群を発症し、3日目に四肢完全麻痺、翌日呼吸筋も麻痺したため同居の婚約者を通じて母国の家族に主治医が直接説明し、ICUで人工呼吸器管理となった。数週を経て、麻痺は徐々に回復し人工呼吸器を離脱したが、感覚神経の回復に伴う痺れと疼痛がある中、運動神経の回復は緩徐でMMT2の段階での一般病棟への転棟となった。

患者は痺れと疼痛のため数分おきの四肢の位置移動、体位変換、マッサージ等を希望したが、病院の対応が不十分と姉に訴え、スウェーデン大使館からもICUからの転棟も含め状況説明を求められた。その後、姉が来日し主治医と面談。病状については納得されたが、患者の状態に対応すべく常に看護師を1~2名つけるよう要望された。7:1看護基準では一人の患者に常時看護師をつけることは難しいが患者さんの苦痛は看護師としても何とかしたいと考えていること、できるだけのことを行うこと、要望に100%応えるのは難しいかもしれないという説明をし、看護の現状も見て頂き一応の納得を頂いた。ICUが満床でなければその要員をその患者のケアにあて対応した。

異国での発症、厳しい病状、回復への不安なども苦痛につながっていると考え、姉の夜間付き添い希望を受けたが、患者対応は全て看護師が行った。看護師の中には、患者を特別扱いしているものもいたようだが、患者の状況に最善を尽くす看護方針で対応した。

### ディスカッション・ポイント

1. 文化による「患者権利の主張の違い」
2. 文化による「患者対応の違い」

紹介させて頂く事例は、北欧からの留学生が、結局ギランバレー症候群という診断を受けたのですが、最初下肢が動きにくくて、受診したあと2、3日で全く四肢が動かなくなり、呼吸筋麻痺に進んでICUで人工呼吸管理となりました。そして数週間人工呼吸器を離脱して一般病棟に移ることになったのですが、四肢の麻痺の回復はわずかで、MMTが2くらいの状態でした。痺れのほうがとても強くて、不安感もあったと思うのですが、疼痛のためか数分おきの四肢の位置移動や、体位変換やマッサージを希望されている状態でした。ICUから一般病棟に移ることに対して、お姉さんが医学生だったのですが、この方が大使館を通して説明を求めてきて、一応説明文を送らせていただいた後来日されて、最終的には医師から病状説明と治療方針を直接説明されて、大まかには納得されたのですが、先ほどご紹介いただいたように一般病棟でもICUと同じような看護を求めてこられまして、なかなか看護の側としては難しいのではないかと話だったのですが、私の方もちゃんとお話しさせて頂いて、一般病棟とICUの管理体制の違いなどを説明の上、患者さんの苦痛に対しては出来るだけの事をしたいということの説明もし、付きたいというところでは付いても頂くような形として一般病棟に出ていただいたのです。最終的には一般病棟でもほぼICUと同じように一人付



けるような形の状態が作れたのですが、その時の印象が、自分達が要求することは全て看護師がやって当たり前というか、病院側はちゃんと対応してくれるという印象だったので、そちらの国ではそういうのが一般的標準なのかなというところが、想像の域を出ずという感じだったのです。我慢することが良いということは普段から私も全然思っていないのです。患者さんの要望には出来るだけ応えたいと思っていたのですが、患者権利の主張の強さにもものすごい違いを感じましたので、ドイツではこういうような時にどのように対応されているのかを知りたいと思って情報提供させていただきました。

## 事例検討

近藤：ありがとうございます、日本からということでお二人の話題提供がありましたけれども、ではドイツの看護の現場ではどのようなことが起きておりますか、あるいは先ほどの話題提供に対して自分自身どのようなケースがあったり、どんなことを考えるかということでお話をお願いしたいと思います。自己紹介も含めてユタさんからお願いできればと思います。

ユタ：初めましてユタです。新生児病棟で働いていて、長年やはり文化的違いや、外国人に対しての看護などを経験しています。まず、二番目の方です。その外国人のスタンダードや、要求などの事例ですが、このことについては二つのポイントとして分けて考えて、外国や自分の知らないスタンダードがあり、それに対してどうするかという一つのポイントと、もう一つは要求が強すぎる患者さんのタイプであるという、二つのポイントとして考えるべきだと思います。まず、スタンダードの話ですが、これはどうしても自分のところの病院の基準と、やはり法的なものとのせめぎ合いで、どうしてもここを超えてはいけないという境界のようなもの、限界を見極めていくしかないかなと思います。二つ目の方は感情の問題になってしまうので、特にやってあげたいという気持ちの方です。これは日々看護師として出てきてしまう感情なので、これについても、よく考えて、妥協といいますか、現場に沿ったところでの折り合いをつけていくしかない日々悩んでいます。

近藤：それではまた何かありましたら後からということで、次はコジマさんお願いします。

コジマ：皆さんこんにちはコジマ・モードです。私もシャリテで働いています。私の看護師として働いた経験から考えますと、一番目の事例は、このアジアの若い患者さんのこととして考えます。私がいつもやっていることは患者さん毎にとにかく新しい気持ちで、新しいスタンダード、新しい考え方、ということで常に頭をリフレッシュするようにして考えています。この患者さんについてはまず年齢が若いということと、祖国を離れている、祖国とのつながりなどは弱くなっているということをまず基本情報として頭に入れて、とにかく一番最初に会話、コミュニケーション、よく話すという場を、時間を取るようにして、どうしたいか、エンパシー、気持ちを共有するということをまずはじめて、何ができるか、どうしたいかということになるべく個人との会話の中で見つけていくように努めていくというのが一番最初に導入としてやっていくことをしていました。

近藤：よろしいですか。ではまた何かありましたら後ほどということで、次はカリアさんお願いしていますか。

カリア：こんにちは、皆さんカリアと申します。私は腎臓科の外国人看護師混成チームの中で働いています。このガンの患者さんの事例の報告、非常にありがとうございます。私もこのガンの日本の告知の状況については非常に良く知っていて、やはり真実を伝えないというか、告知をしないとかという昔の問題であって、それがだんだん状況が変わってきて、今ではその告知をするしないとかという問題になっている、ということが非常によくわかって勉強して非常に難しい問題でありますし、とても勉強になる事例の報告ありがとうございます。この事例について、自分のチームの中で聞いてみました。そのチームの中では国籍として、アルバニアとコンゴ、ロシアとベトナムの国籍の看護師にこの問題について聞いてみました。

短くまとめますと三つのポイントがあるかなと。一つはやはりドイツは個人というのが強いと。医師と



患者さんだけで話すとか、もちろん法律的なものもあるのですが、個人が家族よりも強いという文化背景がドイツにあって、他の多くの国の人たちはこういう感じではない、というのがだいたいわかりました。

二つ目は、家族、コミュニティというものがものすごく重要であるということです。ドイ・タケオさんが言った「甘えの構造」です。その話でもあるように、家族、誰が自分のことをよく考えてくれるか、誰に依存ではないですが、誰と共に生きるか、誰が支えてくれるかという考えというのは日本人にはあるのかなど。でもそれは多くのコミュニティとか社会、外国人でもやはり持っているスタンダードで、特にベトナムでは医療保険があまり充実していない。ですので自分ではなくて家族やコミュニティがどういう風に経済的な面を支えてくれるかということも非常に重要な考えの根拠になっていることもあります。

あとは環境です。周りの環境。「ノツェボウ」ドイツの言葉らしく、プラセボの対義語的な扱いだそうですが、周りの環境とか、縁起を担ぐとか、文化的背景ということによって、治療効果ではないですが、いいことがあるとか、あとは信仰とか、縁起担ぎです、ということによっての環境も、非常に大切なこの告知の問題については、非常に重要な役割を果たしている三つ目のポイントではないかと思えます。

近藤：ありがとうございます。それでは4人、全員まずお話をお聞きしたいと思いますので、トーマスさんすみませんお待たせしました。

トーマス：こんにちは。ベルリンからおはようございます。トーマス・クローゼと申します。私はコジマさんとユタさんと一緒に、現在医療職の多職種協働について一緒にトレーニングしている者です。8年間看護師として働き、現在は卒後教育のコースの担当をしていて、特に外国人患者さん、外国籍看護師がドイツに来て働くとか、そういうことの職場の統合教育についてのコースを担当しています。二つの事例ともとても興味深く、やはりこれはどこの国でも起こっている問題だと思います。私の前のカリアさんが非常に大事なポイントなど、いっぱい説明してくれたので、ちょっとだけ付け加えていきたいと思えます。とても大切なこととして、一番最初の導入のところで、外国の、自分の知らない文化や、そういう大事にしているものに対するリスペクトを持って一番最初に話を始めるという姿勢が一番大事だと思います。それから、患者さんの現状と、その患者さんの持っている感情、思っていることを共有する姿勢と、共有していることを伝えて話していくことが大事だと思います。それと、看護師としての自分の立場、それから自分のその国、自分の今置かれている法律や、守らなければいけない立場があることを伝えて、アプローチしていくことも大事だと思います。このお話は、一回で済むものではなく、時間をかけて何回もやるのが大切で、ウテ先生が言っていたように、コミュニケーションが非常に大事であるということです。これが私が一番最初に日本の事例を読んだ時に思い浮かんだことです。

近藤：ありがとうございます。今ドイツの4人の看護師の方からお話を聞いて、やはり患者さんへのリスペクト、それから気持ちとしては必ずやっつけてあげたいという思いは非常に看護師には強いということ、それと同時に患者さんと気持ちを共有していくということの重要性という事を皆さんお話いただけたかなと思います。あとは自分の立場というか法律であったりとか、それから病院の決まりであったりとか、そういったことについて根気よく説明をしていくということの重要性というの、現場の中の話からあったかなと思います。

最初にユタさんがお話しされた後に、ウテ先生の方からのコメントがあったようなので、そこにお話をお願いしたいかなと思っています。

ウテ：北欧の事例にコメントさせていただきたいと思えます。必ずしも国が違うからそのようになっているのではないのではないかという風に私も思いました。と言いますのも、私もちょっと調べてみましたけれども、患者さんと看護師の比率、この7対1ということに関しては日本もスウェーデンも同じであるということなのです。ということは、先ほどコジマさんの方からもご指摘があったように、患者さんが外国にいらっしやるということで大変ナーヴァスに感じていらっしやったということであったり、それを表すやり方として、不平を言う、その方法として彼が文化的にそのような表現の仕方をしたという、どちらかという患者さんの背景が関わっているのではないかと思えます。



それから、大きな声を出せば出すほど人の注目を引くことができる。つまりその要求が通るという考え方もあるのではないかと思います。以上が私のコメントです。

近藤：大友さん、先ほどのケースのところ、その後、日本の医療従事者のほうは告知ができずに、結局家族でもないコミュニティの代表者、社長のほうに話をしたということになりましたが、その後の医療従事者、医師や看護職、関わった人たち、どんな気持ちで今いるのかというのをちょっとお知らせ願いますでしょうか。

大友：聞き取りをしてみたのですが、先ほど後半も申し上げましたように、日本の個人情報保護法のことであるとか、ガンの告知の流れでいった時に、本人にほぼ伝えない状況、要するに病名も違う形で伝えている、例えば脳腫瘍であっても程度のレベルとかをぼやかすことができると思うのですが、それすらも違うことをしてしまったという罪悪感というのでしょうか、それは非常にあるという風に言っていました。あと先ほどから皆さんがコメントをくださっているように、言葉がもっと使えれば良かったのですが、中国もすごく色々な言葉がある、同じ国内でも。この施設には中国語が話せる中国人の看護師がいたのですが、その人ですらやはりコミュニケーションがうまく取れなかったそうです。元々のキャラクターもあったそうなのですが、あまり話したがらなかったということがあったので、あまり踏み込めなかった、ということで、その通訳の方もあまりご本人の気持ちを伝えていただけの機会がなかった。ですからやはり言葉の壁がものすごく今回感じてしまい、日本の通訳制度の問題もあるのだけれども、やはりその言葉の壁はどう超えるのか、そこを超えなければ本人の思いを聞き出すということがなかなかできないので、この施設、この事例に限らず日本全体の問題なのかなということを書いていました。

ウテ：私の方から、カリアさんから質問の中で使われていた言葉で、ちょっとこの言葉自体私忘れてしまいましたが、もしかしたらガン告知のことをおっしゃっているのかなと思います。患者さんに対して情報を出す出さないという、告げるかどうか、告知するかどうかということに関して、もっとお話ができれば良かったなと思います。皆さんこのような状況が皆さんの施設、クリニックの中で生じた場合、プロの専門家としてどのようにその状況に対処していらっしゃるのか、是非ともメールでもやりとりができればと思っております。今日は時間が足りなくなってしまうそのディスカッションができなかったのですが、是非ともこのディスカッションを続けていきたいと思っております。しかし今日いくつかお話して頂きました症例に関して私は驚きました。それは皆さんも本当に似たような問題に直面していらっしゃるんだなということを感じたからです。

そして、多くの看護師が罪悪感というのを持っているというのもこれも同じだと思います。だからこそういった倫理委員会や、もしくは倫理的な観点からのケースディスカッションが大切になってくるのだと思います。そしてそれは、その場で問題解決に至らなかったとしても、事後的でもいいです。その時に出来なくても、事後的にでもそういった倫理的なディスカッションをしておくことが、今後どうするかということに繋がるのです。そしてそのことがプロとして、またその心の問題という意味でも、倫理ディスカッションというものを、倫理委員会もしくは倫理のアドバイザーと行っておくことが将来の問題に対応するという意味でとても重要になると思います。

近藤：どうもありがとうございました。それではここでバトンを野地先生に移したいと思っております。最後をお願いいたします。

野地：近藤先生どうもありがとうございました。通訳の柏原様、長井様、ありがとうございました。皆様どうもありがとうございました。大変貴重な時間、短かったと思いますが、ウテ先生からもこれからもメールや色々な方法を通じてこのディスカッションを続けていきたいと思います、背中を押すお言葉を頂きました。そのように継続していきたいと思っております。皆様方から頂きましたご質問やコメント等も改めてとりまとめてドイツのほうに投げかけて、皆様と主にホームページを中心に共有していきたいと思っております。どうぞ皆様大変な時期ですが、ご安全に私たちの務めを果たしていきたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

## セミナー中および終了後の質疑応答

質問 1: 医師と看護師の間には上下関係があるのですか。あるべきではないと思うのですが。それぞれ別の専門職ですから。

専門職種間の上下関係がある文化環境であれば、多文化環境における医療倫理や多文化対応にもそれを考慮しないわけにはいかないと思いますので、その点での質問とさせていただきます。

回答 1: 医師と看護師の間には、いまだに上下関係が見られる側面が多くあります。フローレンス・ナイチンゲールの時代以来、これらの側面は解放、専門化の過程にあります。ヨーロッパでは、看護師の歴史的役割の遺産と戦っています。それらは、感染性の人々のための簡単な予防作業のための、お粗末な教育を受けた単純労働者、謙虚で無私の奉仕で働く修道女、家族以外の人にも世話を広げる良き主婦のようなジェンダーの役割などです。

専門的には、権限委任とは、看護師が医師の指示によって補助者になることを意味します。ドイツでは、医師の教育水準は非常に高く、一方看護師は高校卒業していない人も含まれます。それが管理職や指導的地位につくことにも影響を与える可能性があります。医師は、科学的研究レベルも高いので、高い給与を期待することができ、法的にも生死に関わる責任の大部分を担うことで、より高い社会的地位と精神的な尊敬を与えられます。

これらすべての側面は、多文化の環境でも影響されます。多くの文化において、法的、社会的、経済的、精神的な地位は、倫理的な決定において重要な要素であることが多い。看護師は、文化的背景によって異なる役割を担っていると認識されることがあります。「親切な助手」と「シェフ」との会話は、両方ともに特別な意味を持ちますが、その結果は違ったものになることがあります。そうですね、これらの側面はすべて「階層」という意味ではなく、「多様性」という意味になります。緩和ケアが良い例です。多くの職種が多様なチームで協力し、それぞれの職種の専門的視点を考慮しながら、倫理的な疑問や患者のニーズを定期的に議論しています。倫理カウンセリングや委員会も、そのよい例にあげられます。地位や権威の圧力に左右されず、すべての意見が客観的に平等に検討できるようにするために設置されています。現代の看護は、上記のすべての分野の改善を目指しており、医師の監督をほとんど受けずに、看護師自身が担当する専門分野をどんどん確立しています。特に純粋に医学的ではないテーマに関しては、担当看護師の有能な意見を高く評価し、非常に感謝する医師が増えています。おっしゃる通り、対等な専門家同士の協力体制が整いつつある傾向にあるようです。

クライアントの文化や個々の希望を尊重することはもちろんですが、それだけでなく、自分自身やチーム、そして自分が誇りにして実践している「ケアの理念」を尊重することも大切だと思います。(キャリア)

ドイツにおいては看護職と医師においてははっきりと上下関係が分かれています。業務内容としていしは指示を出す側で日々の業務を調整する権限はありますが、人事(誰がどこでいつ働かなど)に対応する責任はありません。組織上及び経営上の全てのカテゴリーで両者は分けて扱われています。職域を超えた合意決定はもちろんだの部門でもされなければならないし、多職種間での合意があればそれに従わねばなりません。特に歴史的宗教的背景からくる(修道女が従事していた)ことにより、過去には看護師が負うヒエラルキーは強かった。それゆえに特に宗教系の施設や病院などは、今日においてもその傾向や(職場の)チーム文化に今日においてもそれを



見ることができる。看護の学問化(職業学校ではなく大学教育)でこの傾向は減少しつつあります。(ユタ)

質問 2: Ethics Committees & Ethics advisors in German hospitals について、医療や看護の実践において様々な事案を扱うということでした。委員会のメンバーは、ドクター、ナース、ソーシャルワーカー、倫理の専門家ということで、時に、患者や家族も招くということでした。イギリスを中心に、ヨーロッパでは、PPI(Patient Public Involvement)の流れがあると思いますが、ドイツは必ず当事者参画が推奨されているわけではないのでしょうか。いきなり質問しましたが、まずは、写真付きでドイツ病院での倫理委員会の様子を教えていただき、大変身近に感じまして、また、PPI がヨーロッパで推進されていると一言でいってもよく知らないなので、質問させていただきました。

回答 2: ドイツでもガイドラインの作成に患者団体や公的機関を巻き込む傾向が強まっています。対象医療制度の当事者間での自己運用(柏原補足:その医療制度が対象とする疾患に対して適正かどうかなど評価・検討)を主導しているいわゆる合同連邦委員会を介して、ある特定の患者グループの治療のためのガイドラインを作成する委員会が形成されています。特定の当事者とは公的健康保険、サービス提供者(医療サービス関係者全て)、公正な第三者の代表である。助言的立場で患者団体の代表者が加わります。彼らは患者及び自助グループから選ばれ、(ガイドライン)作成に参加します。最近では、概して、患者の希望を含めた作業や決定など、患者を交えた視点の患者中心の決定が徐々に増えつつあると言えます。(ユタ)

まず、治療基準や科学的な研究デザインを扱う倫理委員会と、個々の患者さんの治療中に生じる疑問を扱う倫理委員会を区別したいと思います。ドイツには両方あります。

第一のタイプの倫理委員会でも患者さんの参加が増えてきていますが、ユタさんがおっしゃったように患者さんの参加の躍進があります。

第二のタイプについては、講義でお話した倫理委員会のようなものです。いくつかのクリニックでは、完全な委員会を持っていて、必要に応じてそのメンバーを招集して、患者さんの個々の治療状況とそれに伴う倫理的な質問を議論します。

病院によっては、医師、看護師、家族、患者さん(可能であれば)と話をする倫理指導員が1人か2人しかいないところもあります。時には会議を招集して、異なる参加者間の相談を司会してくれることもあります。倫理相談は病院のスタッフだけで行うことが多いですが、問題解決のために家族を招待することも重要な場合があります。(ウテ)



質問 3: 同意です。ギランバレー症候群の事例に関しては、日本・日本人でも同じ状況になる可能性があると思いました。治療を開始しても症状がとまらずにある程度進んでしまったり、神経系の損傷・修復のアンバランス等で患者さんは動けない、だるい、つらい、などでマッサージや要求が多くなることがありました。患者さんによって要求の差があるということだと思います。

回答 3: 確かに、個人の歴史はもちろんのこと、社会性も人それぞれです。危機的なライフイベント（命に関わる状況では）は、許容が小さく緊張した関係になる。要求・主張が具体的な事情に起因するものかどうか、そうでないことによるものなのか、簡単に言えないことが多い。共感的振る舞いと要求はおよそ同レベルで発生し、両レベルに対し適切な対応を取ることは可能です。この回答はあまり具体的ではないですが、しかしある特定の場面や違うシチュエーションでは考えの助けになるのではないかと思います。（ユタ）

この例は、患者の行動には異なる理由があるかもしれないことを示しています。説明を探す際には常に気をつけなければならないことを示しています。患者と彼の妹がこのような行動をとったのは、彼らがスウェーデン出身で、患者に対する看護師の比率が高い別の医療システムに慣れているからでしょうか？患者がこのように行動したのは、彼がスウェーデン人であり、彼の文化では非常に強い要求をするのが一般的だからでしょうか？日本の病院で外国人であること、家族や友人から遠く離れていること、とても怖くて不安だったからこのような行動をとったのでしょうか？いくつかの説明は文化的な違いを重視する傾向があり、他の説明は状況に応じた文脈での患者の理解や、スウェーデンの医療制度における患者の過去の経験を重視する傾向があります。いずれにしても、コミュニケーションの大切さ、患者さんの恐怖心やニーズを見出すことがいかに大切かが、この例からも伝わってきます。もしかしたら、これらすべての要素が混ざっていたのかもしれない。

時々、他の国の患者や家族が「あちらの方が治療がずっと良い」と主張するとき、私はその国の医療システムについてもっと調べようとします。患者さんの主張が真実ではないこともありますし、一緒に議論して、主張を相対化して、建設的に問題を解決することもできます。（ウテ）

## ドイツからの質問

質問 1: ドイツでは多くの外国人看護師が興味を持って聞きたがっています。現在の日本では、がん告知のような場面ではどのような医療や看護実践が行われているのでしょうか？患者法では、社会的価値観や伝統を尊重する自由を与えていますか？皆にとって最善であることをどのように願っていますか？

質問 2: カリアのチームの中には、トルコ、コンゴ、ベトナム、アルバニアからの外国籍看護師もいますが、その中には、患者はもっとリラックスして家族にケアされるべきだと考えている看護師がいます。

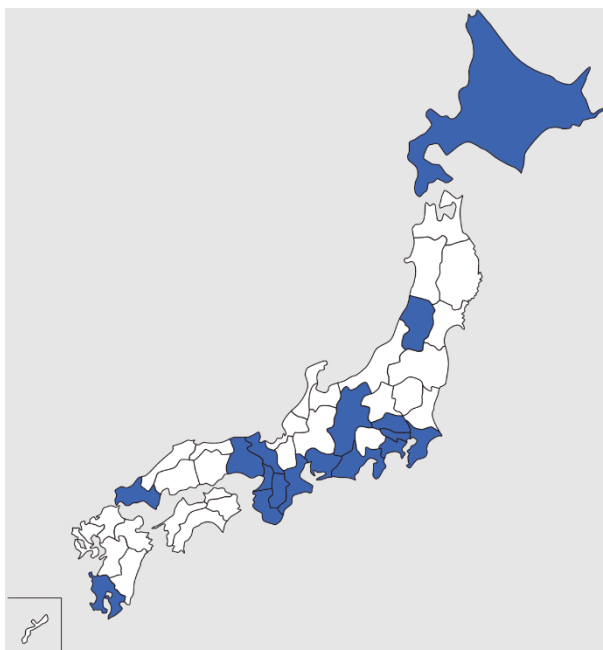
この看護師らは、患者がもっと受け身になり、責任を放棄して、患者のために大きな責任感と義務感を持っている家族や地域社会にケアされた方が良いと考えています。

ドイツでは、患者が弱っていて疲れていても、自分で多くのことを決めて責任を持つ必要があると見ています。

西洋では「自立による自由」を求め、東洋では「依存による自由」を求めているという土居健郎の理論と似ているとカリアは考えています(甘え＝依存による愛の表出)。患者の権利は、個人としての独立した選択をもっと守るべきだと思いますか？それとも、患者をケアする家族や地域社会にもっと権限を与えるべきだと思いますか？その中での看護師の最適な役割は何だと思いますか？

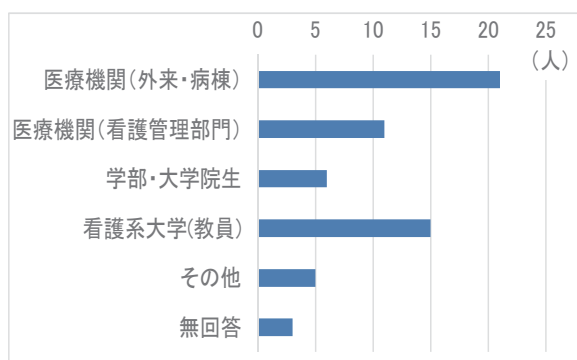
## 参加後アンケートの抜粋

### 【参加者の接続地域分布】

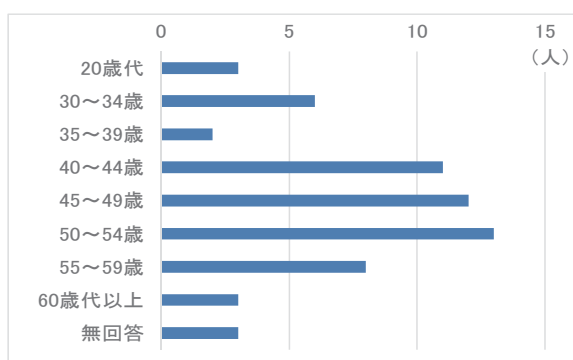


### 【参加後アンケートより (n=61)】

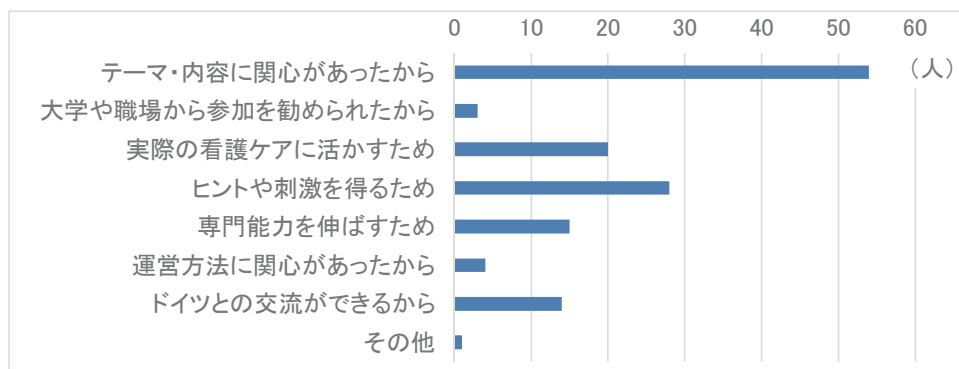
#### 現在の所属



#### 年代



#### 本セミナーに参加した動機(重複回答)





## I. 第1部「多文化環境における医療倫理」(ウテ先生のレクチャー)についての自由記載

1	倫理について文化人類学の立場から、また他の理論家の述べている内容から理論的な説明があり良く分かりました。また、がんの告知など家族との対立がおきそうな事例でもやはりきちんと話を聞くことが重要だということが再認識できました。
2	ドイツの多文化環境と医療倫理の実際、そしてそれに対して求められる能力や能力向上のための方法が具体的に語られていた。
3	倫理に関する問題は日々生じているが、外国人に限らず多くの日本人は思いを言葉にすることに慣れていないため、発せられた言葉や態度などをどう解釈するのかに悩むことが多い。今回のウテ先生の講義で、何処も同じで正解はないこと、言語はコミュニケーションの最重要要素ではないにしても、思いを知るためには必須のツールであるため、日本でも早く医療通訳士の制度確立とその費用調達責任をどこに置くのかの法的整備を進めて欲しいことを再認識させて頂いた。
4	移民を受け入れ、多文化的な医療をしつつもドイツならではの文化を実際に聞くことができた。
5	ドイツでどのような教育が行われて、ベースとなる考え方があるのかを知ることができてよかった。
6	臨床では、管理職クラスにおいても、日本語が流暢では無い患者への説明に家族や知人の通訳があれば大丈夫だと判断してしまう看護師がいるのが現状です。外国人患者の倫理という視点から深く学ぶことができ、臨床においても外国人患者の倫理的な配慮ができるように働きかけていきたいと思えます。
7	ドイツでの取り組みを具体的に知ることができた。医療通訳のコストが保険でカバーされないのは日本と同じで、移民の多いドイツでもそうであることに驚いた。
8	私には臨床経験はありませんが、実際に臨床の現場で起こりうる倫理的問題について具体的なイメージを思い浮かべながら考えることができ、非常に参考になりました。
9	同じ文化的背景、言語を持つ者同士でも、意思疎通が上手にはかれないことがあります。そう考えたなら、異なる文化的背景、言語をもつ人たちとの関りにおいては、対立が生じる可能性があるのだと認識して、意識的にコミュニケーションをとることが重要なのだと思いました。また言語が異なる人とのコミュニケーションでは通訳を介在させていましたが、そこに倫理的問題がはらんでいたという認識が私には欠けていたと、本日の講義で自覚しました。

## II. 第2部「ドイツの看護師との意見交換会」についての自由記載

1	日本の看護師のかたから事例提供がされた。ドイツから4人の看護師の方が参加され、情報提供された。準備が周到にされていると思った。歌のように聞こえるドイツ語でずっと聞いていたいと思いました。ドイツ語を勉強したいと思いました。
2	法律違反が怖いというより、患者さんへの善行原則に叶っていたのか、患者の知る権利を奪ってしまったのではないかというような患者さんのためになる行動であったのか、最も気がかりでした。どの事例でも、おそらく100点満点の正解はなく、その時関わった複数人が様々な視点から、患者とその患者を大切に考える家族、関係者の思いを確認しながら better な対策を取ることが最善なのだたと再認識させて頂きました。
3	共感する部分が多くあり、自分の考えが偏っていないことを確認できた。
4	日本もドイツも、患者・家族対応について、困っていることが同じとわかり、共感できました。
5	出来ればもっと話す時間があればと思いましたが、国は違っても似たような事例があることを知ることができました。また、考え方、対応の方法も文化背景もそうですが、一律ではなくケースによって違うことも変わらないと思いました。

6	最近はあまり外国人とのかかわりがないので、改めて勉強になりました。スウェーデンの学生の例に関しては、どなたかが書いていましたが、ギランバレーや ALS は日本人でもナースコールが鳴りまくりですので、それに加えて、外国とか言葉が通じないとか不安要素もあったので、ギランバレーの看護の一つの課題であると感じて、多文化というところには入りきれなかったです。
---	---

### III. 本研修の全体を通し、最も印象に残ったもの

1	ウテ先生の講義の中、困難な事例があった後、IPIKA のメンバーで話し合うこと、その中に出てきた意見。私たちも、ジレンマを感じた事例を具体的に提示していろいろなメンバーで話し合うとっと解決策も出てくると思ったので、今後取り組んでいきたい。
2	事例検討で、新生児科の看護師が言っていた、困難が生じた場合は問題を2つに分けて考えることが大切という話。
3	多文化患者対応にこんなにくさんの倫理的問題を抱えているのが深く理解できました。ウテ先生のケースと講義が一番印象に残った。
4	事例を通じた意見交換。
5	他文化との交流、看護に戸惑いや悩みを持つのは日本もドイツも同じだと思いました。
6	企画と準備が素晴らしいと思った。先生方やドイツの参加者の方たちのウェルカムな態度が、まさに異文化ケアを体現しているように思いました。
7	ドイツの事例も日本の事例も倫理を扱ったテーマとして、とてもわかりやすかったです。異文化の課題は言葉の壁だけではないことが、リアルにわかる事例でした。ウテ先生、ドイツの看護師さんの助言も大変納得のいくものでした。
8	ドイツの倫理委員会についてのお話では、日常で直面する事例について倫理的な面からディスカッションできる場が設けられていることが分かり、とても興味深かったです。
9	事例について、多国籍の同僚と意見交換しできることを羨ましく思いました。多国籍倫理研修とかできると職種もそうだが、ベースとなる倫理観は同じでもアプローチ方法が少しずつ異なるのだろうかと思いました。
10	コミュニケーションの重要性を改めて学びました。患者と家族に対して別々に聴くこと、宗教であるからと解釈し、コミュニケーションを断つことはしないという件はとても勉強になりました。
11	コミュニケーションの大切さ。あきらめないこと、違うと切り捨てないこと、思いこまないこと。
12	国(人種、文化背景)が違って、看護師が患者に対してできる限り最善を尽くしたいと言う思いが共有でき嬉しいです。他文化へのリスペクトと正しい理解の元に対話やコミュニケーションを大切にしていきたいと改めて思いました。
13	ドイツの看護師の多様な文化背景を持つ患者への寄り添い方。
14	相手の価値観や信念、想いを知るために、コミュニケーションを十分にとることは、文化的背景の違いに関わらず、重要であると気づくことができました。
15	ドイツには患者の権利を守るための法律があり、インフォームド・コンセントが義務として行われていること、それによって倫理的な摩擦が生じるという現実を初めて知り、非常に興味深かったです。日本の臨床の場でも、インフォームド・コンセントは形式的に患者に情報を伝える場になりつつあると感じているのですが、患者への情報の伝え方についても、ただ情報を提供して我々の仕事を終えるのではなく、逐一对話を行い、患者の望む情報を提供していくことが重要であると改めて感じました。
16	ドイツにおいても看護職が文化的背景の違う患者・家族へのケアに悩み、一つ一つ細やかに解決していこうとしていることを知り、感動しました。

IV. 本研究班は看護国際化ガイドラインを開発しておりますが、ガイドラインに含めてほしいと思われる内容や項目、アドバイス注意点などについて、お聞かせください。

1	患者さん本人の自己決定権に関する時に考慮した方がよい文化的知識について、また、患者家族の意見が大いに患者さんの予後に関わる場合、家族にもコミュニケーションを取りアプローチしていく事が場合によっては大切である事などのポイントなど含めることは必要であると思いました。
2	日本で行っている異文化ケアへの取り組みや外国人看護師を受容できるような工夫など講義の形で聞きたいです。日本の現状、実践、取り組み、課題、行っている研究を視点に入れた講義があったら、ドイツと比較できると思います。そして、日本の強みを伸ばし、弱みを補強することで、日本の看護国際化に繋がるのではないかと思います。現場では外国人患者対応や外国人看護師の受け入れの問題が山積みです。
3	医療倫理を深めるための具体的看護実践。
4	言語や文化の違いを知り、まずは自身の文化や価値観を自覚すること。国際関係の緊張感や経済的な駆け引きがあるが、看護職だからこそ公平で利害関係のない国際的なネットワークができ、世界平和を追求することができるのではないかと思います。博愛の精神に則ったものであることを期待しています。
5	イスラム教の教えはあまりわからないので参考資料としてであると良い。
6	本日のテーマでもあった倫理に関する点への配慮を入れてください。病院の決まりを変更すれば解決することも多くあると思いますが、看護がしっかり考えなければならないのは、看護倫理に反していないかということです。それと、この方法で本当によかったのかという疑問をかかえたまま終了すると、医療者の気持ち中にしこりを残すということも重要な視点だと思いました。これは、皆でケースを話し合うとかが必要かもしれません。
7	どのようにすべきか、何ができるのかはわからないのですが、重要な局面の時だけでも良いので、言葉の医療者の考えと患者やその関係者の思いをより正確に伝え合える医療通訳者の育成と、その立場の補償を、国に提言する事は可能でしょうか。患者の治療にあたる現場の専門職に、通訳確保まで求めることを丸投げされても、時間的にもコスト的にも対応しきれないので。
8	各国の医療制度や医療サービスなどの違い。例えば、看護師の仕事内容は国によって異なります。そういった背景を知ること、より俯瞰した視点で多様化した関りができるようになると思います。
9	実際の現場で活用できる、事例集などがあるとありがたいです。
10	文化の違いによる医療倫理、看護倫理の原則が守られなくなる問題について、できるだけ具体的な課題や解決ヒントをどこかにまとめていただきたい。また現場から新たな情報を加えていって、常に情報が蓄積されていく仕組みがあればよい。
11	トランスジェンダーに関する考え方や看護。多国籍看護師との協働の方法。
12	通訳を介在することの倫理的な問題について、ぜひ含めてほしいと思いました。現場においては、通訳を介在させることでこちらの伝えたいと思うことは患者に伝わっている、通訳を介在することは良い事と捉えている医療従事者は、意外と多いと思います。
13	自国(日本)や自分自身の価値観について問うことの大切さ。
14	外国人混成チームや多文化環境をチームとして考えていくためのチーム運営の在り方についても何かあるとよいと思う。
15	周産期や小児医療関連について。
16	文化の違いによって何を重んじる傾向があるのか、配慮が必要な側面を盛り込んでほしい。



nGlobe 研修 VI  
看護職のウェビナー事始め

nGlobe 研修  
ナイチンゲールチャレンジ・特別セミナー  
看護職のウェビナー事始め講座

開催概要

概要

看護職が、ウェビナー開催主催者になることを応援するための講座を開催いたします。ウェビナー開催主催者になるために必要な知識やスキルについて実践的に学ぶ講座です。

日時:

- 1期 2020年11月14日(土)13~15時・11月21日(土)13~15時  
2期 2021年2月13日(土)13~15時・2月20日(土)13~15時

ファシリテーター:藤田比左子

(千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センターケア開発研究部 特任教授)

プログラム

- 13:00~15:00 1日目:看護職のウェビナー事始め講座 基礎編  
2日目:看護職のウェビナー事始め講座 理論・実践編



【使用するウェビナーツール】 zoom ウェビナー

【参加条件】

1. 2日間とも参加できる看護職の方
2. 今まで研修やセミナー、学会などに、3回以上の何らかのオンライン参加(zoom、Teams、Meetなど)されたご経験をお持ちの方
3. オンライン参加できるパソコン・通信環境をお持ちの方 (スマートフォン、タブレットは除きます)

【修了した方へ】

2日間のプログラムを修了した方へ、修了証を発行いたします。

## 開催内容(抜粋)

## 1日目

## 【開始】

本日は、8人です。

皆さんで色々なワークをなどをディスカッションしながら、始めていきたいと思います。よろしくお願いします。

最初にですが、ご自分がお話しされない時には、他で体験されているとは思いますが、ご自分のマイクは、ミュートをお願いします。お話する時は、ミュートを外して、お話するようにお願いします。今日は、ワークを中心に行ってきますので、皆さんにどんどん発言していただきたいと思っています。

### ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー事始め講座

1日目(11月14日) 基礎編  
2日目(11月21日) 理論・実践編

ファシリテーター 藤田比左子  
(千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター  
ケア開発研究部 特任教授)

画面の共有からしていきますね。

今日の内容はナイチンゲールチャレンジ特別セミナーということで、看護職のウェビナー事始め講座を始めていきたいと思っています。

2日間コースで、担当は、藤田がファシリテーターをさせていただきます。

今まで皆さんは、nGlobe 研修でご参加いただいていますので、藤田の名前はご存じかとも思いますが、いつもはホスト・オペレーション担当、運営側ですので、いつもは顔は出しておりません。

野地先生からのリコメンデーションもありまして、今まで私たちがやってきた開く側は、どんな準備をしているのか、ということ、皆さんにお伝えできれば、もっと皆さんのウェビナーを使った研修もこれから開催できる可能性が広がりますし、今日は、主催者側に立った時の事始め講座というのをお伝えしていきたいと思っています。

今日は主に基礎編、次回は実際に操作する実践を入れながら進めていきます。

この事始め講座の狙いなど、確認していきたいと思っています。

セミナーのポスターにも書いてあったように、皆さんが今後、主催者になることを応援していく講座です。

### ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー事始め講座

#### 本講座のねらい

看護職が、ウェビナー開催主催者になることを応援するための講座です。ウェビナー開催主催者になるために必要な知識やスキルについて実践的に学んでいただきます。

ナイチンゲールチャレンジ特別セミナーとして若手看護職も応援します。

私たちが今まで得た事を、皆さんにできるだけ実践できるように、学んでいただこうと思っています。

ナイチンゲールチャレンジの特別セミナーでもありますので、若手看護師も応援しています。2日間のコースを終わられた方には、修了証を発行する予定ですので、次回も休まないようにご参加いただければと思います。



オンラインデジタルマーケティングセミナー 初級編のウェビナー 準備編 (基礎編)

1日目 (11月14日)

基礎編



このセミナーでは、体験・実践を中心に進めていきますので、次回ともに、ワイワイガヤガヤで行きます。

では、今日は基礎編です。

研修というのは、セミナーの前から始まっているとも言われますが、皆さんには、実は事前に行くつか、既にやってもらいました。

何かお分かりになりますか？

まず、nGlobe のホームページ上に掲載してあるウェビナーの心得を読んできていただくことでした。

そして、今まで nGlobe 研修では、登録申請を、私が代行登録していました。しかし、それは、本当は、参加者自身が自分で登録申請し、主催者側が「承認」して、参加 URL が送られるのが、本来のプロセスなんですね。なので、今回は、皆さんには、ご自分で登録申請していただきました。

このように、参加者に体験していただきながら、対話中心に、進めていきました。

オンラインデジタルマーケティングセミナー 初級編のウェビナー 準備編 (基礎編)

ワーク

今日の講座終了後に  
なりたい「自分の姿」を  
書いておきましょう

では、早速、研修のワークに入りましょう。

まずは、今日の講座終了後に、どんな自分になりたいか、自分の姿をノートでも何 d 目尾いいですので、書いてみてください。

では、それも含めて、自己紹介をお願いします。

(参加者全員 20 秒ずつ自己紹介していただきました。)

オンラインデジタルマーケティングセミナー 初級編のウェビナー 準備編 (基礎編)

1. ウェビナーとは
2. ウェビナーの成立条件
3. ウェビナーとミーティングの違い
4. ウェビナーを成功させるためのコツ

今日のこのセミナーのコンテンツです。  
大きく分けて 4 つあります。

オンラインデジタルマーケティングセミナー 初級編のウェビナー 準備編 (基礎編)

ワーク

ウェビナーとは何の  
ことでしょうか？

ワーク

インターネットでよく  
見るあれは何だ？

<https://www.chiba-u.ac.jp/>

オンラインデジタルチャレンジャーセミナー 基礎編のウェビナー参加者向け講座 (基礎編)

## ワーク オンライン会議やウェビ ナーが成立する条件は？

インターネット接続が成立する物理的環境についての知識を確認していきましょう。

インターネット接続が成立する物理的環境について、1つ1つ、参加者の通信環境を確認していきましょう。

オンラインデジタルチャレンジャーセミナー 基礎編のウェビナー参加者向け講座 (基礎編)

## トラブル時のユーザーからの問い合わせ定型フレーズ

「見えないんです」  
「映らないんです」  
「出てきません」  
「つながりません」



インターネット接続が成立する物理的環境についての知識を、ホストが持ち合わせておく理由は何でしょうか。

皆さんが、ホストになった時、参加者(ユーザー)から、このような問い合わせが来た時、どう対応しましょうか。

トラブルに対し、1つ1つ確認する必要があるため、その対応をするには、インターネット接続が成立する物理的環境についての最小限の知識が必要となるのです。トラブル発生時の問題点の切り分けができます。

オンラインデジタルチャレンジャーセミナー 基礎編のウェビナー参加者向け講座 (基礎編)

## オンライン会議やウェビナーが成立する条件



インターネットに繋がるまでに、このようないろんな条件を実はクリアしないと繋がらないんです。

今は仕組みがすごく簡単にアクセスしやすくなっているので、このようなことを知らなくても接続できるには、できます。

ですが、皆さんは主催者になる方ですので、これらを知っておかないと、講演者や参加者への対応が出来ないんですよ

仮に、ウェビナーがうまくいったとしても、その時はたまたまであって、何かが起きた時に、どう対応できるかで、ウェビナーの良し悪しが決まるといってもいいかと思います。

ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー準備講座 (基礎編)

1. ウェビナーとは
2. ウェビナーの成立条件
3. ウェビナーとミーティングの違い
4. ウェビナーを成功させるためのコツ

ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー準備講座 (基礎編)

1. ウェビナーとは
2. ウェビナーの成立条件
3. ウェビナーとミーティングの違い
4. ウェビナーを成功させるためのコツ

ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー準備講座 (基礎編)

## ウェビナーを成功させるためのコツ

### 使う側の 認識

アナログの感覚や使用方法を、オンライン・ツールにそのまま適用させない  
**別もの**と思うこと

## ウェビナーを成功させるためのコツ

### 準備

ナイチンゲールチャレンジ特別セミナー 看護職のウェビナー準備講座 (基礎編)

### ウェビナーを成功させるためのコツ

1. 事前リハ
  - パネリスト (講師)
  - バックアップ体制
  - リスクヘッジ
2. 参加者への案内
3. 直前リハ

ウェビナーを成功させるためのコツは、とにかく準備です。準備が8~9割とっていいです。私自身、ウェビナーは、もう10回以上はやっていますが、今日も、この開催をやる前に、自分で何度もテストをしています。映り方や音声など、確認をしています。最初に運営を担当した学会事務局では、おそらく、100回以上は、やったと思います。

そのくらいチェックしないと、どこで、どんな動きがあるとか、この設定をやっておかないと、どうなるなどが、さっぱり分からないんです。ウェビナー開催中に、あれこれやってしまうと、進行が止まったりして、参加者側からは、モタモタしているように見えてしまうんですね。ですので、ある程度想定されているものは、事前に何度も確認をしておいた方がいいと思います。

準備の中で、講師(登壇者)との事前リハ(事前リハーサル)は、必ずやっておいた方がいいです。「今までウェビナーの講演はやったことがある」と言われたとしてもです。事前リハは、内容の打ち合わせではなく、通信環境と映像音声機器の確認が目的です。「前にやった」と言われても、その時とは日時も接続環境も違いますので、必ず事前リハをやってください。そして、スライドを表示するのは、誰がやるか、その操作はどうするか、合わせて、確認が必要です。



## ウェビナーを成功させるためのコツ

### 本番では

- 司会や講師と、ホスト・オペレーションは別役割
- トラブル・シューティングは即時対応で
- ライブ配信で（オンデマンド配信は飽きられる）  
同期コミュニケーション
- 著作権に十分留意！
  - 資料（スライド）配付は最低限で（本来不要）
  - 画像や音声にも著作権あり  
（公衆送信権：著作権法 第23条）
  - 参加者にも著作権遵守を（録画・録音・写真撮影）

では、今回は、今日と同じように、視聴者権限で入っていただき、その後、私の方で、順次パネリストに権限を上げていきたいと思いません。あらためて、招待 URL は、お送りします。

参加者が体験するものと同じところから、入っていただきたいと思います。

では、今日は、これで終わります。また、来週お会いしましょう。

## 2日目

### 【開場～開始】

（藤田）既に入られた方、今日のご参加ありがとうございます。今皆さんは、視聴者権限で入られていますので、私の方からパネリスト権限に変更いたします。準備ができましたら、順にビデオとオンにして、ミュートは解除をお願いします。

Aさん、入れましたね。マイクオンにしてください。

Bさん、こんにちは、よろしくお願ひします。パソコン変えたんでしたか？そこは、間に合わなかったんですね。でも、それ以外は、画像とやっぱりマイクが全然違いますね。この前とは違って、とてもきれいです。

（参加者 Bさん）パソコンでやってたんで、やっぱり古かったのが影響しているのかな。

【このように、回線につながり、入るまでに、苦労される方が多かったです。ホストになるには、まず自分自身が、スムーズには入れること、そして、運営メンバーにも、スムーズには入れるようにしておくことが重要です】

（藤田）前回から2回シリーズで、ナイチンゲールチャレンジ特別セミナーということで、看護師のウェビナー事始め講座を開催しています。前は基礎編、少し理論も入れたので、今日はその理論と実践編を、前回の基礎編に続いて進めていきたいと思ひます。

今日も少人数で、わいわいがやがやで、進めたいと思ひますので、休憩をあらためてとることなく、どうぞご自由に、ビデオオフマイクオフにして、ご自由に入ってください。

では、今日は理論実践編ということですね。始めていきたいと思ひます。

## 2日目（11月21日） 理論・実践編



【最初に、前回の講座からの1週間で、どんな行動をしたのかを、各参加者にご紹介いただきました】

- ・パソコンを買いなおした
- ・インターネット環境・契約を見直した
- ・インターネット環境で、必要なものを買ったなどの具体的な行動をされていらっしゃるいました。



他の誤りは、メールアドレスの文字の種類です。@という記号がありますが、これを全角で入れたり、メールアドレス自体の英数字を全角で入れたり、という参加者がいらっしゃいます。これは、代行登録設定後に、エラーが出て、発覚します。ここから、またエラーの原因探しに、多くの時間を要します。全角と半角は、目視で分からないものも多く、私も、ここに原因があることを突き止めるのに、何時間もかかりました。ほか、メールアドレスに、スペースを入れている方もいます。確認のために、複数回メールアドレスを入力する場合は、そのメールアドレスが、毎回違う方もいらっしゃり、これを1つずつ確認する必要があります。

これらのエラーが起きた時に、自動で表示されるようにしておけばいいのですが、そのためには、経費も人手もかかりますので、どこまでやるかは、ホスト側の運営次第です。

ファイナンス・デジタルチャレンジ特別セミナー 基礎編のウェビナー 準備講座 (理論・実践編)

理論・実践編

1. ウェビナーの準備 (設定まで)
2. ウェビナーの準備 (設定)
3. ウェビナーの準備 (参加者募集・広報)
4. ウェビナーを成功させるためのコツ

ファイナンス・デジタルチャレンジ特別セミナー 基礎編のウェビナー 準備講座 (理論・実践編)

ワーク

## どのようなメール文を送りますか？

こんにちは。

あなたはZoomウェビナーに招待されました。

開催時刻：2020年11月XX日 XX:00 PM 大阪、札幌、東京

トピック：XXXXXXXXXX

このウェビナーに事前登録する：  
<https://us02web.zoom.us/join/register/XXXXXXXXXXXXXXXX>

ご登録後、ウェビナー参加に関する確認メールが届きます。

ファイナンス・デジタルチャレンジ特別セミナー 基礎編のウェビナー 準備講座 (理論・実践編)

ウェビナーを成功させるためのコツ

使う側の認識

## ディスカッション

アナログの感覚や使用方法を、オンライン・ツールに、ついそのまま適用させてしまいがちなものは？

ウェビナー開催をする時は、最初から、参加者に問い合わせをさせない仕組みづくりが重要です。案内のメール文の工夫が、その1つです。

ファイナンス・デジタルチャレンジ特別セミナー 基礎編のウェビナー 準備講座 (理論・実践編)

ウェビナーを成功させるためのコツ

1. 事前リハ
  - パネリスト (講師)
  - バックアップ体制

➤PCの準備

- ホスト PC1台
- 共同ホスト2~3台
- パネリスト (ダミー用) PC1台
- 参加者 (ダミー用) PC1台
- 参加者 (ダミー用) スマホ1台

これらのマシン全てに参加URLを送る必要あり

ウェビナーでは、通信障害を起こさず、マシントラブルも起こさずに、途中で中止にしない、ということが、最も重要です。

そのためには、ホスト1台のパソコンで開催するのは、避けた方がいいです。そのパソコンに何かあったら、全てが終わってしまうからです。

私も、実際、nGlobe 研修の時は、このスライドのように、複数台のパソコンと、回線を準備しています。



アイデンティティ・デジタル・イノベーション特別セミナー 各種Webセミナー準備講座（理論・実践編）

## ウェビナーを成功させるためのコツ

### 1. 事前リハ

- パネリスト（講師）
- バックアップ体制
- リスクヘッジ

#### ➤ 連絡用副回線の準備

- 関係者の携帯電話の把握（手元に準備依頼）
- ウェビナーのチャット機能を使わない連絡方法（slackなどメッセージの送受信ができるもの）  
（メールは避ける）

アイデンティティ・デジタル・イノベーション特別セミナー 各種Webセミナー準備講座（理論・実践編）

## ウェビナーを成功させるためのコツ

### 1. 事前リハ

- パネリスト（講師）
- バックアップ体制
- リスクヘッジ

#### ➤ 緊急連絡の準備＜瞬時に対応！＞

- トラブル発生時について参加者への連絡準備  
複数のパターンのメール文を下書き保存  
（参加者はBCCで）
- トラブル発生時の表示画面の準備

アイデンティティ・デジタル・イノベーション特別セミナー 各種Webセミナー準備講座（理論・実践編）

#### 理論・実践編

ウェビナーを成功させるための  
最大重要ポイントは・・・

ホストが、ウェビナーの機能  
や使い方を知っていること

<https://zoom.us/j/pip/meetings.html>

内容も充実させること  
（プログラムや運営など）

また、講師（登壇者）が入れないなどのトラブルに備え、連絡用回線も準備し、いつでも連絡がとれるよう、手元に置いておくとよいと思います。

緊急連絡は、瞬時に対応することが重要です。そのため、想定されるトラブルに備え、参加者に送るメール文の下書きは、いくつかのパターンに分けて、事前に保存しておきます。トラブル発生時に、画面に見せるスライドも、即切り替えられるよう、準備しておきます。

そして、これらのスライドは、共同ホストにも渡しておきます。

とにかく、参加者を待たせない、ことが大切  
です。

2回の講座は、いかがでしたでしょうか。  
今回の内容を、是非実践へ、と思います。

ご参加ありがとうございました。

看護学教育研究共同利用拠点  
千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター

令和2年度共同研究

「看護職の文化的能力の評価と能力開発・臨床応用に関する実証研究」

nGlobeセミナー2020 (Webinar開催)

コンテンツ報告書

発行日 2021年3月30日  
研究代表者 野地 有子 (千葉大学大学院看護学研究科)

共同研究者 相原 綾子 (東京有明医療大学看護学部)  
飯島 佐知子 (順天堂大学大学院医療看護学研究科)  
大友 英子 (東京大学医学部附属病院)  
柏原 誠 (シャリテ医科大学国際課)  
小粥 美香 (東京大学医科学研究所附属病院)  
小寺 さやか (神戸大学大学院保健学研究科)  
小林 康司 (公益社団法人日本看護協会)  
近藤 麻理 (関西医科大学看護学部)  
坂元 眞奈美 (鹿児島大学病院)  
高橋 恵子 (NTT東日本関東病院)  
谷井 真弓 (東京医科大学病院)  
野崎 章子 (千葉大学大学院看護学研究科)  
浜崎 美子 (医療法人財団康生会武田病院)  
藤田 さやか (姫路大学看護学部)  
別府 佳代子 (国立国際医療研究センター病院)  
松岡 光 (国立看護大学校)  
水野 雅子 (日本医科大学千葉北総病院)  
溝部 昌子 (西南女学院大学看護学科)  
宮越 幸代 (長野保健医療大学看護学部)  
本杉 樹子 (一般財団法人健康事業支援機構)  
若園 尚美 (名古屋大学総合保健体育センター)  
藤田 比左子 (千葉大学大学院看護学研究科)  
炭谷 大輔 (千葉大学大学院看護学研究科)

アドバイザー 中山 健夫 (京都大学大学院医学研究科)  
デザイン・イラスト 進士 遙

研究事務局  
〒260-8672  
千葉県千葉市中央区亥鼻1丁目8番1号  
千葉大学大学院看護学研究科ケア開発研究部 米田 礼  
井出 真紀

TEL/FAX 043-226-2404  
URL <https://www.n.chiba-u.jp/nglobe/>  
制作・印刷 (有) B・D・S  
千葉県千葉市若葉区小倉台4丁目8番地7号  
TEL 043-214-8551