大阪公立大学
Osaka Metropolitan University
学術情報リポジトリ

サンフランシスコ研修経験を通して考えたこと(その他)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 石田, 宜子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00010835

大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要，Vol. 7, No. 1, 2001
Bulletin of Osaka Prefecture College of Health Sciences

報　告

サンフランシスコ研修経験を通して考えたこと

石田宜子*)
(大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科)

My Experience in San Francisco

Yoshiko Ishida

(Department of Nursing, Osaka Prefecture College of Health Sciences)

私は平成11年度大阪府在外研究員として，「アメリカにおけるがん看護を知る」を目的に，平成12年3月末より6月初めまでの2カ月余り，アメリカ合衆国サンフランシスコで研修を行いました。

この目的を設定した背景をまず説明します。私は臨床で看護婦として働いていた時，多くのがん患者やその家族と関わりました。近年の様々な治療法や症状緩和技術の開発によって，がんは慢性疾患の1つと考えられています。慢性疾患であるということは，患者には自分の生き方にあった治療法などを主体的に選択 (自己決定) し，疾患をコントロールしながら生活することが求められます。一方医療従事者には，患者の自己決定に必要な情報を提供すること，そして患者の自己決定を支援することが求められます。この情報提供および自己決定の過程は，インフォームドコンセントと呼ばれます。インフォームドコンセントとは，医師と患者との間に何らかの同意がなされて終了するものではではなく，医療が続く限り常に存在し続ける，全医療従事者と患者とのコミュニケーション過程のことです。日々を前向きに生きている患者や家族には，この過程がうまく進行している場合が多いと感じていました。がんに罹患していても人生を肯定的に，積極的に送ってもらいたいと願いながら臨床や研究を続けてきた私にとって，がん看護に関わるインフォームドコンセントなどの倫理問題は主要なテーマでした。

日本ではがんに限らず，インフォームドコンセントが普及しているとは言えないのが現状です。その理由の1つに，アメリカから紹介されたインフォームドコンセントは，アメリカにおける個人主義や契約社会という国民性の中での概念であり，日本のように集団意識が強く相互依存で成り立っている社会には馴染まないから，というものがあります。そして日本には日本の文化に馴染むインフォームドコンセントがある，と多くの論者が結論づけています。

医療がその地域の文化や価値観のありようによってその形態や内容が違ってくるというのは，医療人類学の知見から明らかであり，私にもそのことはよく理解できました。ただ自分の文化というものは空気のような存在で，他の文化と比較することで初めてその存在や特徴を意識することができるものです。そういう意味では，先の『日本の文化に馴染むインフォームドコンセント』という結論は，一般論として理解することはできても，具体的な内容として実感することはできませんでした。日本の文化に馴染むインフォームドコンセントとはどのようなものかを具体的に考えるためには，まず日本の文化の特徴を知らなければなりません。そのためにアメリカの文化や医療にじかに接し，日本のそれとの違いを実感したいと思ったのが，今回の在外研究の動機です。研究目的の「アメリカにおけるがん看護を知る」とは，ただ単に看護のシステムや方法を知ることではなく，それらの根底にある文化や価値観を実感として知るという意味です。

具体的な活動目標として，カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (以下，UCSF と表記する) でのがん看護

*) 現在，広島県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

に関する講義の聴講，UCSFの付属病院でのクリニカルナーススペシャリスト活動の見学，各種団体によるがん患者支援グループ活動の見学を中心に据えました。またテキサス州サンアントニオで開催された第25回がん看護学会 (Oncology Nursing Society) 学術集会や，同学会ベイエリア支部 (サンフランシスコ周辺を活動地区としている) の勉強会にも参加しました。これらの「公的」な活動の他に，サンフランシスコ市内での市民生活の体験も，アメリカの文化や価値観を知る貴重な機会となりました。さらに在外研究目的に，看護技術教育方法を知るということも加え，サンフランシスコ市内の州立大学や近郊の私立大学看護学部における講義を聴講したり，実習室を見学させてもらったりしました。その講義の様子や，教員によるカリキュラムに関する説明からも，アメリカ国民の学習に対しての考え方の一端をうかがい知ることができました。

本稿では，研修の概要を伝えるとともに，インフォームドコンセントをはじめとした日米の看護活動の違いについて，公的・私的活動を通して得た異文化体験から考えたことを中心に述べていきます。

まずUCSFでの研修から紹介します。UCSFはカリフォルニア大学に9つあるキャンパスの1つであり，修士課程および博士課程からなる大学院大学です。同校は歯学，医学，看護学，薬学といった4つのschool*)からなり，医療系の大学院大学として国内外に知名度が高い所です。ちなみに日本にはまだ，看護学の大学院大学はありません。UCSFには国際的に知られた研究者が多く在籍し，また世界各国から研究者や学生が集まっているので，居ながらにして研究者間の国際交流が行える所でもあります。看護学における学問的組織も，日本より遙かに陣容が大きいものです。まずSchool of Nursingは4つのdepartment，つまりDepartment of Family Health Care Nursing，Department of Community Health Systems，Department of Physiological Nursing，Department of Social and Behavioral Sciencesで構成され，修士課程にはそれらdepartmentの下に計14の領域が設定されています。さらに博士号取得後の課程もあるし，Institute for Health & Aging，Center for Symptom Management，Center for HIV/AIDS Research and Clinical Trainingなど多種多様な研究機関・組織を備えています。

UCSFにはSpecial Studies Programという聴講制度があり，今回私はそれに参加する形で研修を行いました。同制度は，聴講するだけでも良いし，課題を提出して評価を受けることもでき，修了証が発行されます。ただし単位の認定はされません。参加目的はもちろん個々人で違うものですが，UCSFの修士課程や博士課程に進学する準備として，同制度を利用している人も少なくありません。同制度参加には，海外からの応募者が優先されると，案内書に記載がありました。

Special Studies Program参加のためには，履歴書，自分のTOEFL得点，参加目的や受講計画などの書面を提出し，審査を受ける必要があります。講義を聴講するためには担当教員の承認が必要となりますし，中には他の科目を修了していることが条件とされるものもあります。シラバスに載っていても，色々な都合で開講されない場合があり，私の場合も現地に着いてから計画を立て直す必要がありました。

ところで私がUCSFに関心をもったきっかけは，インフォームドコンセントの勉強をしている過程でAnn J. Davis教授の存在を知ったことでした。Davis教授はUCSFにおいて長く研究活動をされた方であり，国際的にも「Ethics Mother」と呼ばれるほど，倫理学に精通された方です。Davis教授は数年前から長野県看護大学の教授に就任されており，私がぶしつけにも面会を希望したところ，快く応じて下さいました。そこでお話を伺った際に，UCSFへ行くことを大いに勧められ，さらに非公式ながら，私を紹介する電子メールをUCSFの知人に送って下さったのでした。

UCSFに着いてからは，Davis教授と親交の深いMarylin J. Dodd教授が私のアドバイザーとなって下さいました。Dodd教授はDepartment of Physiological Nursingに属し，School of NursingのAssociate Deanを務めるとともに，先述のCenter for Symptom Managementの主要メンバーです。また数々の賞を受けるなど，がん看護学の第一人者です。人柄はとても気さくで，私がサンフランシスコ空港に着いた時にも，「Yoshiko Ishida」と書いた紙を自ら持って，迎えに来て下さったのでした。Dodd教授は，私がSpecial Studies Programの範囲を超えて希望した研修項目に関しても，学内外の彼女のネットワークを利用して便宜を図って下さり，そのお陰でほぼ全部を達成することができました。

講義を聴講した時のことを紹介します。留学した人達

*) 本稿では，組織の名称などで適切な日本語訳がなかったり，片仮名に置き換えただけでは意味が原語通り伝わらないと判断したときには，原語のまま表記しました。

の「予習が大変だった」という話はよく聞いていましたが，私に読んでおくようにと渡された文献コピーも，相当な量でした。そこには教科書をはじめ，学術雑誌に発表された最新の論文が用意されていました。講義はそれらの要点を押さえた後，ディスカッションをするという形態であり，予習をしておかなければディスカッションにおいて論争点が何なのかすら，理解できないままに終わってしまいます。それほど予習は重要なものでした。私が同校で聴講したのは修士課程の講義でしたが，その後に他大学で見聞きした学士課程の講義や，基礎看護技術の演習などでも，教科書，ビデオ，コンピュータソフトなどの教材を中心とした予習が課されていました。日本では，予習とは学生個人が自主的に行うものとみなされることが多く，大部分の学生は予習をしないために講義内容を飲み込めずにいることが少なくないように思います。そのことが講義への積極参加意識をそぎ，さらに予習をしようとしない，という悪循環を形成することになります。アメリカでの予習の実態や，授業中の質疑応答の活発さから，学ぶ側の積極性が期待されているし，またその期待に学生が充分応えていることが感じられました。

私は「Cancer Prevention and Early Detection」という講義で評価を受けることに挑戦したので，その過程での体験を紹介します。この講義で出された課題の１つに，「一般住民を対象とした，現行のがん予防，あるいは早期発見のためのプロジェクトに関する文献を批評せよ」というのがありました。講義担当教員から，私の場合は日本のプロジェクトを採り挙げるのが良いだろうとアドバイスを受け，英字雑誌に投稿されていた大腸がん検診に関するものを選びました。それからは大急ぎで大阪府立看護大学附属図書館や知人と連絡を交わして関連文献や資料を送ってもらったり，厚生省やそのプロジェクトが対象とする地域のホームページで統計を調べたりと，資料集めに奔走しました。それにつけてもインターネットのありがたさをつくづく感じさせられたものです。例えばアメリカのどんな大きな図書館に行っても通常は得られない日本の行政に関する統計資料も，そのいくつかはホームページから簡単に得られます。電子メールを使えば，郵便や電話と比較にならないほど高速かつ安価に連絡を交わしたり，文書を交換することができます。一昔前なら，ほぼゼロの状態からこんなに短期間に，日本のプロジェクトに関するレポートを書くことはできなかったろうと思ったことでした。この情報伝達手段としてのインターネット利用は，医療の中でも盛んに行われていますが，日本よりもアメリカの方が遙かに豊富な情報が得られます。この点については，また後で述べます。

ところで蛇足とは思いますが，海外のパソコンを利用して日本語を扱う（正確には，仮名・漢字を表示させる）際には，そのパソコンのOS（オペレーティングシステム）の言語に注意する必要があることを申し上げておきます。UCSFには，学生が自由に使えるパソコンが設置されていました。それらは学内LANに接続されており，インターネットを自由に利用できました。私はこのパソコンを利用して課題作成や，ホームページ閲覧，それにフリーメールを利用して電子メールのやりとりをしていました。UCSFのパソコンのOSは全部Windowsでしたので，表示が英語という以外，使い方は日本のパソコンと同じでした。しかし，このパソコンでもし日本語を表示させようとすると，大問題が生じます。というのは，このパソコンのOSは英語版で日本語フォントはついていないため，仮名・漢字は文字化けした状態で表示されるのです。例えば日本のホームページを開くと，日本語テキストの部分は全部文字化けして表示されるため一切読めません。電子メールも同様です。また，仮名・漢字変換もできないので，ローマ字で日本語を書くことしかできないのです。もし日本語が「テキスト」でなく「画像」であったら，そこだけはそのまま表示されるので，読むことができます。ホームページのタイトルや広告にはこの画像表示が結構あったのですが，中身の文章はテキスト形式なので，全然読めませんでした。仮名・漢字が表示されないことは，日本を出発する前に大阪府立看護大学医療技術短期大学部の菅野先生からお聞きしており，その解決のためには日本語版OSをそのパソコンにインストールする必要があると言われていました。もちろん大学のパソコンに勝手にOSやソフトウェアをインストールすることはできない話で，日本から重い思いをして持っていった自分のノートパソコンが重宝しました。つまりインターネットで日本のホームページを見たい時や，電子メールをやりとりしたい時には，ノートパソコンを住まいの電話回線にモデムでつないでUCSFのLANにアクセスし，インターネットを利用する方法をとりました。持っていったノートパソコンはモデムが内蔵されていたのですが，日本のパソコンショップでは，このモデムがアメリカで有効かどうか保証はできないと言われていました。またモデムの設定方法なども違っていたらどうしようと心配だったのですが，そこはWindows同士，英語版でも日本語版でも全く同様に

設定することができました。モデムも支障なく機能し，ようやく日本語を日本語として読むことができるようになったのでした。UCSF の LAN 利用申請手続きが済むまでは，日本の人たちとローマ字だけで電子メールをやりとりしていたのですが，読みにくいながらも楽しい経験でした。

さて，課題の話に戻ります。課題を書きながら知ったことは，日本のがん集団検診制度は，いわゆる「evidence based」とは言いがたい面が多かったことです。例えば大腸がん集団検診開始年齢は 40 歳とされているのですが，50 歳以上の人に適用した方が，がんの好発年齢，つまり対費用効果から鑑みて有効であるというデータが，ガイドライン設定以前から出されていました。この講義の担当教員も不思議がっていたのですが，検診開始年齢を各がんの特殊性から設定したというよりは，先行の他臓器がん集団検診や，老人保健法の適用年齢にならって決めたのでは，と疑いたくなります。さらに不思議だったのは，それまで老人保健法で義務づけられていたがん集団検診のすべてにおいて，1998 年に突然厚生省負担金がうち切られ，法的義務も廃止されたことです。新聞記事 (毎日新聞 1998 年 2 月 1 日) によれば，厚生省は『財政議論とがん検診の有効性に関する議論の双方で打ち切りとなった』と説明する一方で，『国民の健康保持の観点から重要な事業』だとして，自治体に対して検診を継続するよう要望しているとありました。これでは新聞を読んだ一般の人々には，検診に効果があるのかどうか，判断できないと思います。そもそもがん集団検診には，益も害もあるのですが，医療機関から一般の人々へは，益の情報しか与えられていないように思います。検診を受けるか，受けないかも自己決定に関わることですが，情報の偏りが自由な自己決定を妨げているように思われました。

情報提供の点では，アメリカは先述したインターネットの医療に関するホームページをはじめ，一般向けの各種パンフレットなども豊富に揃っていますし，専門家向けのガイドラインなども，日本のものよりも緻密に構成されていました。この緻密な姿勢というのは，医療に限らず様々なところで目にすることができ，アメリカ人の国民性を感じることができました。アメリカ人の，まず理念を設定し，それに応じた具体策を事細かに練っていくエネルギーには感服させられます。時には「こんなことといちいち書かなくても，当たり前ではないか」と思うような内容もあるのですが。しかし，それは日本人の感覚で当たり前なだけであって，文化が違うと当たり前ではないのかもしれません。アメリカの多民族・多文化国家ということが，相互の意思を疎通させるために，物事を曖昧にせず，事細かに詰めていく国民性を育てたとは，よく言われますが，それを実感することができました。さらにアメリカ人には，ある事柄が有益らしいとなると，それを実現させようとするエネルギーが旺盛なことも感じました。日本では，理念はあっても「総論賛成，各論反対」が往々にしてあり，なかなか実行されなかったり，曖昧なままなことも少なくありません。「evidence based medicine」という言葉を最初に聞いた時，正直言って今更何を言っているのかと思ったのですが，今の日本の医療では案外欠けていることなのだと改めて知らされたのでした。

次に，サンフランシスコでの市民生活経験を紹介します。UCSF には聴講生用の宿舎が無かったので，最初の一週間ほどは安いホテルに泊まっての住まい探しに費やされました。不動産屋には行かず，大学構内の住宅案内掲示を頼りに直接家主に電話をかけ，自分の足で部屋を見に行きました。何軒か見て回った後，一般家庭の一室で台所やシャワーが部屋についており，家具や台所用品も備わった上に，大学まで歩いていける距離という，願ってもない物件に出会うことができたのでした。なおホテル住まいで滞在費がかかり過ぎる時には，レジデンスクラブという長期滞在用の寮のような所があると，知人が教えてくれました。

サンフランシスコは，東洋系の人々が多く住む所です。また同性愛の人々が多いことでも知られています。以前エイズ予防キャンペーンに関わっている時に，「サンフランシスコにはエイズの人が多くいる。なぜなら，昔からサンフランシスコには社会から排除されがちな人を受け入れる土地柄があり，そのため同性愛の人が多く集まっていた。やがてエイズが発生した時，その土地柄のために比較的排除されることなく，エイズ患者のための施設などが作られるようになり，さらにエイズ患者が集まったのだ」という話を聞いたことがあります。その真偽は確かではありませんが，サンフランシスコに着いてからの住まい探しや大家との交渉，銀行での当座預金口座の開設や小切手での支払いなど，日本語でも厄介なことをつたない英語力で行っていても，嫌な思いをさせられたことはなく，よそから来た人を暖かく迎えてくれる雰囲気を感じることができました。誰にも暖かく接するという意味では，路傍の物乞いに小銭をあげている姿を見かけることも珍しくありませんでした。近年日本でもホームレスの人は増えていますが，物乞いをする姿は

久しく見ていません。街角の色々な行事や，学内の研究機関でも，一般の人に寄付金を呼びかける場面は日本よりも多く見かけました。

これらのことから，身内あるいはよそ者への待遇ということや，寄付や提供 (donation) ということに関しての，日本人とアメリカ人の意識の違いを感じました。日本文化論の１つに，日本人は「身内意識」が強いということ，つまり仲間に対しては愛着や忠誠意識が強いが，部外者に対しては冷たいというものがあります[1]。話が飛躍すると思われるかも知れませんが，日本で脳死を含めた死体臓器移植が欧米に比べ普及せず，欧米では変則的な生体臓器移植が日本で盛んな理由の１つとして，日本人のこの「身内意識」が挙げられています。つまり波平[2]が「日本の社会構造では『顔の見える相手』に対しての相互扶助の組織は発達し，その行為を支える価値観は発達している。全く見知らぬ人，誰か分からない不特定の人の命を救うことに対して，積極的な価値を見出すことができるようになるのか」と指摘していたように，不特定な相手への提供である死体臓器移植は，日本では欧米ほど普及していません。一方，死体臓器移植とは違った倫理的問題を多く含む生体臓器移植は，身内への医療として盛んなのです。生体臓器移植がはらむ倫理的問題に関しては，身内の問題に他人が口出しすべきではない，として看過される嫌いがあります。具体的に例を示す余裕は本稿にはなく，またもちろん，臓器移植に関わる問題はとても複雑で，１つの理由だけで説明できるものではありません。さらに寄付や提供に対する意識の違いは，どちらが善いとか悪いとかの問題ではありません。善し悪しは別として，意識の違いが日本人とアメリカ人にはあり，その意識の違いが無意識のうちに，例えば移植前後のインフォームドコンセントの進め方という面に現れることは，充分考えられることです。

ところで今まで「日本人」「アメリカ人」と書いてきましたが，実際には単一で均質な「日本人」や「アメリカ人」が存在するわけではありません。ただその国民に特徴的な傾向があるというだけのことで，どこの国でも人々の考え方や価値観の違いは存在します。また文化というものは国家や民族にだけ存在するのではなく，例えば医療従事者にも特有の文化があります。多民族国家であるアメリカでは，人々の文化の違いが日本より大きく，日々それを意識する機会が多くあります。そのためアメリカ人は自分と違う行動をする人を受け入れようとするし，自分が人と違う行動に出ることにも抵抗は少ないのだと感じました。一方日本人には「横並び」傾向を強く感じます。つまり自分が他者と違った行動に出ることに躊躇し，また他者にも自分たちと同じ行動をするように要求する傾向のことです。今回私自身にも「横並び」傾向があることを，アメリカ人の中で生活することで改めて実感しました。そしてその必要はないのにと苛立つ一方で，それに身を任せて安心していられる自分も発見したのでした。

多民族国家だからこそ，他者を受け入れることで１つにまとまろうという求心力がある一方で，民族固有の文化も守られている姿を垣間見ることができました。例えば私が住んでいた家の近くに華僑の人々が集まっている所があったのですが，そこの雑貨屋には必ず宗教儀式に使う小道具が置いてあったし，八百屋では野菜の種類が欧州系の店よりも格段に豊富で，「これなら直腸がんも少ないだろうなあ」と思わず感嘆させられるほどでした。先述の課題を書きながら，近年日本で食生活の欧米化による直腸がんや乳がんの増加を改めて意識していた時だけに，特に印象深く，またうらやましく感じたものでした。それはともかく，欧米から遠く離れている日本で食事をはじめとした生活 (ライフスタイル) の欧米化が進み，アメリカ国内の華僑の中で中国の伝統が守られているのは，面白い現象でした。本国を遠く離れているから，かえって伝統が守られるのか，それとも中国人あるいは日本人の伝統や伝来文化に対する態度が違うのか，考えさせられます。

続いて，UCSF の付属病院での経験を紹介します。私が Dodd 教授に「血液内科病棟を見学したい」と言うと，UCSF の付属病院でがん看護のクリニカルナーススペシャリストとして，主に血液内科病棟で働いている Carol S. Viele を紹介してくれました。クリニカルナーススペシャリストとは専門看護資格の１つであり，臨床看護の専門分野において高度の知識・技術をもち，看護の実践・教育・研究に従事する者のことです[3]。アメリカで発展してきたのですが，日本看護協会でもアメリカのクリニカルナーススペシャリストの長所・短所を参考に導入の検討が進められ[4]，1996 年から「専門看護師」制度が発足しています。クリニカルナーススペシャリストの具体的な機能などは，他書に詳しく紹介されていますので参照して下さい。

Carol は以前に来日したことがあり，日本のがん看護専門看護師と一緒に病院見学を行ったそうです。その時の印象の１つに，日本の病院で悪性腫瘍に罹患したことを患者に告げない，ということがあったと話してくれました。Carol は，真実を告げないことはその後の医療に

支障を来すことであり，真実を告げることで生じる問題の解決には，日本で始まった専門看護師の働きが期待できると話していました。そして日本の状況が少しずつ変わってきていることも理解されていました。Carolは，私がクリニカルナーススペシャリストの活動を知る目的で数日間，彼女の活動を観察することを快諾してくれました。それからは金魚の糞のようにCarolの行く所ついて回ったのですが，とても書ききれないほどの経験をさせてもらえました。

Carolは同病院唯一の成人がんクリニカルナーススペシャリストであり，病院全体の成人がん患者を担当しています。彼女はだいたい毎朝，入院患者のもとを訪れて体調の確認をするとともに，患者からの質問に答えていました。何か問題があれば看護スタッフ，薬剤師，医師など関係のある職種の人に投げかけていましたし，逆に彼らから患者のことに関して相談されることもたびたびありました。治療方針に関する医師のカンファレンスに同席し，その方針を確認するとともに，看護の側面からの意見を述べていました。血液内科病棟にはナースプラクティショナーという，別の専門看護資格をもった人達が勤務していました。帰国してから資料で調べたところ，アメリカには50種類以上の専門看護資格があるそうです。1つの病棟で複数の専門看護資格保持者が働くこともあるわけですが，お互いの役割分担を明確にしながら，それぞれが患者に関わっている様子が見受けられました。

ここで血液内科病棟の様子を紹介します。周知のように，アメリカは医療費の関係もあって入院日数が極端に短く，抗がん剤治療もほとんど外来で行われています。ただ，造血器腫瘍（白血病や悪性リンパ腫など）の治療後に現れる強烈な骨髄抑制の間は入院を強いられることになります。したがって入院しているがん患者は，ほとんどが血液疾患の患者でした。血液内科病棟の平均入院日数は4週間ほどと，他に比べて長くなります。それでも日本の病院のように，寛解導入，地固め，維持と連続する治療の間に入院が何カ月かに及ぶ病院も少なくないことに比べれば，短いものです。日本では各治療の合間の退院が可能な時期でも「ベッド確保のため」に入院を継続していることが少なくありません。Carolは，患者が0時を過ぎて足かけ2日に渡って入院することにならずに済むように，患者の帰宅にあたって必要となる業者とのスケジュール調整を何度も行っていました。その姿を見るたび，日本でももっとベッドコントロールをしっかり行えば，無駄な入院は回避できるのにと思わせられたものです。

血液内科病棟に入ってまず驚いたのは，感染対策についてです。Carolによれば，治療において無菌室を用いることはなく，たとえ白血球数がゼロであっても，12歳以下の子を11月～5月の冬季に制限する以外は，面会制限を設けていないそうです。この特定期間・特定年齢の制限は，Respiratory Syncytial Virusの感染を防止するためとのことでした。この制限を実施する以前は，同ウィルスによる肺炎で死亡する患者が数例発生していたけれども，以後は感染者は出ていないとのことでした。骨髄移植も，空気の流れを調節しただけの一般病室（Laminar Air Flowあるいは High Efficiency Particulate Air Filterを設置してある病室）で行われていました。ちょうど骨髄移植前処置中の20代の男性患者がいたのですが，彼の部屋には婚約者が夜通し詰めており，彼女は彼の病室から仕事に出かけていました。時には彼らは床にマットを敷いて，一緒に横たわっていることもありました。これが日本であったら，感染予防の点で，あるいは男女の行動の点で，好ましくないと非難されてしまうかも知れません。しかし私達が部屋に入っても，彼らもCarolもいつもと変わらぬ態度で応対していたものです。この様子を見ていると，以前私が関わっていた終末期患者の多くが，体調が悪くなるにつれ，なかなか夫婦の時間を過ごしていただけなかったことが思い出されてきました。今にして思えば，とても申し訳ないことをしたと反省させられます。感染対策について帰国してから文献を調べたところ，日本でも骨髄移植時の無菌管理を見直す動きはありましたが[5,6]，本格的に取り組んでいるところは少ないようでした。これは日本とアメリカの気候の違いや，設備の違いもあり，一概に比較できるものではありません。しかし慣習で制限を設けるのではなく，evidenceに基づいた必要最小限の制限が検討されることを心から願っています。

病棟で次に印象的だったのは，患者が全体的に元気そうなことでした。治療内容を聞くと，自家あるいは同種骨髄移植や，大量シタラビン治療（日本では保険認可されていない薬剤治療法）など，患者への負担が決して軽いものではありません。しかし副作用はさほど強く現れていないように見えましたし，治療直後でも運動として病棟内を歩行している姿を何度も見かけました。以前に大量シタラビン治療を行った患者を看護した経験がありますが，この治療施行後には，他のどの治療法よりも強烈な嘔吐や下痢がつきもので，患者は憔悴しきっていたものでした。この出現症状の違いは，副作用対策や人種

的な体力の違いはもちろんのこと，闘病意識のあり方も影響しているように感じました。日本では，病気になると安静にしなくては，という意識が強く働くように思われます。そして病気は医師が治してくれるもの，といわゆる「お任せ医療」になっている人も少なくありません。その安心感も大事ですが，一方で自ら積極的に対処する姿勢が慢性疾患患者には必要なことは，本稿の冒頭でも述べました。ただ日本では，医療従事者ほどには一般の人にまだこのことが理解されていないように感じます。

ところで，アメリカの患者が一生懸命歩いている姿からは，他者に依存することを嫌うだけではなく，恐怖にすら思っているのではないかと感じました。そう感じたのは今回が初めてではなく，以前に終末期医療はどうあるべきかという討議を，日本と欧米の人達のグループで行っている時にもありました。そこで話し合われた事例に，植物状態になった身内がいた場合どうするか，というものがありました。欧米の人達からは，植物状態とは自発的な行動も意思表示も不可能なわけで，つまり尊厳が奪われている状態であり，世話をすること，つまりその状態で生き長らえさせることに抵抗を感じるという意見が多くありました。一方日本人の多くは，植物状態でもその人の元気だった頃の面影のままに世話ができ，尊厳が失われているとは感じない，と発言しました。この討議を聞いている時に，欧米の人たちは他者に依存せざるを得ない状況を恐怖に思っているように感じ，「independence」や「dependence」をただ「自立」「依存」と訳しても，その概念が意味するところは必ずしも同じではないと思わせられたものです。ところで日本の医療従事者は一般の人よりも，海外の文献などを通して欧米的な概念に接する機会が多くあります。そして無意識のうちに意識の変化が起こり，一般の人たちと感じ方や考え方が違ってきている場合もあるように思います。これはいわゆる医療従事者特有の文化と呼ばれるものだと思いますが，患者や家族と接する時に，自分が患者や家族の思いに沿っているかどうか，常に確認する必要があると思いました。

Carolの活動を見学することで，看護スタッフの役割も垣間見ることができました。アメリカの看護では，日常生活の世話をする部分は日本より断然少なく，診療の補助や，患者自身が疾病や治療の管理を行うための指導に当てられる部分が多いものです。また看護スタッフ1人あたりの入院患者数は，概して日本より少ないのですが，これは入院患者の病期（急性期・慢性期など）の違いの影響も大きいと思われ，一概に日本と比べられません。

最後に，ある終末期の患者とCarolとの会話を紹介します。その人は60歳ぐらいの男性で，意識がやや混濁しているようでした。彼は何度か「家に帰りたい」と言い，それに対してCarolが「症状のコントロールが家では無理だろう」と話すと，その都度納得していました。彼が何回目かに「家に帰りたい」と言ったある日，Carolはなんと「あなたは病院で死ぬのが心配なの？」と聞いたのです。そうすると彼は「いや，そうではなくて，息子達に会いたくて」と答えました。彼にはまだ10代前半の息子が2人いるそうです。それを聞いてCarolは，息子達との面会プランを彼と一緒に立て始めたのでした。この会話の初めからCarolが部屋を出るまで，死の不安に関わる話は出ませんでした。

私はこのやりとりを端で聞いていて，その率直さに唖然としていました。私にはまず，Carolの方から「死」という言葉が出てきたのが意外でした。Carolが死の不安に関するケアに無関心だったわけではないことは，彼女の活動を見ていて充分推察できました。ただこの場面では，今それは必要ないと判断したのでしょう。2人のやりとりが進むにつれて，彼の気がかりが解決されてゆき，彼が安心した表情になっていくのが分かりました。

もしこの患者の例が日本であったら，どのように展開するだろうかと考えてみました。患者が何度も帰りたいと言う様子から，Carolは直接思ったことを尋ねたのだと思います。これが日本の看護職だと，自分から直接的に表現するのではなく，「何か気がかりがあるのですか」と尋ねて，患者に表現してもらうようにすると思うのですが，いかがでしょうか。もしかしたら，しばらくは双方言い出せずに時が過ぎてしまうかも知れません。日本では特に「終末期」と呼ばれる時期には，察しというか，相手の心を読もうとすることに専念し過ぎて，ややもするとコミュニケーションがうまくいかず，かえって患者のニードが満たされないことがあります。それに比べると，Carolの発言は，結果的にお互いの気がかりが早期に解決され，彼にとって有意義な時間をより長く過せたことになります。

しかし，Carolのあの率直な声かけに違和感を覚えるのは，私だけでしょうか。確かに日本人も年代とともに意識が変化しており，率直な会話は増えています。ただ，率直な話し合いの中にも，察しに基づいた声かけや行動をまだまだ期待しているように，私には思えます。

この期待するものの違いからも，日本とアメリカの看

護の違いが生じていると考えました。看護は人を対象としていますが，その「人」とは，諸科学が開発した技術を普遍的に適用できる生物体としてのあり方と，人間社会の生活の中で作られたその人らしさを表す生活体としてのあり方が統一された存在です[7]。したがって，生活体としてのあり方が違えば，その人が必要とする看護が違ってきます。先ほどの例でしたら，婉曲に尋ねるか，率直に尋ねるかの違いでしょう。日本人は相手も自分と同じように考えたり行動するととらえ，自分の感覚をもとに相手の思考や行動を察しようとします。一方アメリカ人は，相手は自分とは違う考えや行動をするであろうから話し合わなければ相手の思いは分からないと考えています。つまり察しの中での看護と，話し合いの中での看護と，それぞれが行ってきた看護の方法は違う傾向をもつものです。この違いは，どちらが優れていると比較できるものではなく，そもそも質の違うものです。そして自分たちの行ってきた方法は慣れていて得意だけれども，違う方法は慣れず馴染めないと感じるのでしょう。

インフォームドコンセントのことに話を移せば，本稿の冒頭に紹介したような，それが話し合いを中心としたものなので，察しを中心とした日本人には馴染まないと言う部分は，分かったように思います。もしインフォームドコンセントが何の利益もないものなら，わざわざ取り込む必要はありません。医療が今ほど危険でなく，また治療法の選択肢も無かった時には，察しを中心としたパターナリズム（お任せ医療）で充分でした。今もそれを良しとする医療従事者や，それを期待する患者はいます。しかしパターナリズムの弊害が実証的に明らかになってきている今，馴染めなくとも取り組む必要があると思います。ただその時，その方法のすべてをアメリカで行われているようにする必要はないと考えます。日本人のコミュニケーションは従来，情報の伝達よりも感情の伝達の重みが大きかったように思います。これから日本の看護に求められるものは，感情のこもったコミュニケーションを大事にするとともに，情報伝達の技術を学ぶことであると思います。

ところでアメリカでは，最近「care」，つまり看護者－患者関係の親密さとしてのケア[8]が注目されています。このことはアメリカ人の中で今まで馴染みのなかった察しや気配りを大事にしようという動きのように，私には思えます。少し物事を単純化しすぎるかも知れませんが，日本人もアメリカ人もお互い得意とするところ，不得意とするところがあり，それぞれ努力目標が違うのだと，今回感じました。先にも書いたように，人々の意識は年代とともに変わってきています。つまり日本の人々も，今まであまり行ってこなかった話し合いの文化や，あるいは個人の権利意識というものを育てようとしています。先に「日本人とは」を一括りにできないと述べましたが，今後人々の価値観はますます広がりを見せるに違いありません。看護する者は，患者個人個人が何を求めているかについて，さらに敏感にならなければならないと思います。それと同時に，日本の看護も「art」の部分では素晴らしいものをもっています。そのことに自信をもち，日本人として培ってきた感性を大事にして，長所は伸ばしながら，短所も少しずつ克服していけたらと考えます。

今回私が見聞きしたアメリカの文化，あるいは看護はそのごく一部であり，とても理解できたと言えるレベルではありませんし，独りよがりな思い込みもあると思います。ただ文化の違いを実感として知ることから，日本人とアメリカ人が求めているインフォームドコンセントの違いが少し分かってきました。今後具体的に，その技術を高める方法を学んでいきたいと思っています。

以上述べてきたこと以外にも，今回在外研究を行うことによって実に様々なことを学ぶことができました。今後この学びを看護の実践，研究，教育に生かしていくのが私の役割と考えています。それと同時に，在外研究というものの大切さも，伝えていきたいと思っています。在外研究を行うということは，通常の勤務を離れることであり，他の教員の協力や負担を戴かないと成り立たないものです。またその財源を府民の納めた税金から戴く事業です。各方面に負担をかける研究ではありますが，在外研究を行うことは当人のためだけでなく，広く社会に貢献できることであると，確信しています。確かに情報化社会が進むにつれて，情報や知識の面に関しては，わざわざ海外に行かなくても，世界中のものを得られるようになってきています。しかし現地に赴いて研究を行うことは，書面から得られる以上に理解を深めることができます。諸経費削減の中，今回の在外研究費が従来の5分の1に減額となりながらも存続されたことは，ありがたいことでした。在外研究の形態というものも今後変化していくと思いますが，是非何らかの形で，1人でも多くの教員にその機会を与えられるように願っています。

謝　　辞

ご多忙中にも拘わらず，私のアドバイザーを引き受けて下さり，数々の労をとって学びの機会を与えて下さったDodd教授に深く

感謝いたします。たどたどしい私の英語を真剣に聞いて下さり，色々ご指導下さいましたアメリカの各方面の方々にもお礼申し上げます。私に部屋を提供するとともに，アメリカでの市民生活の送り方を教えてくれたAlison，Lee，Rachelの一家にもお礼申し上げます。

そして新学期の忙しい時期にも拘わらず励ましをもって送りだして下さった大阪府立看護大学医療技術短期大学部の依田教授はじめ基礎看護系の皆様，暖かい言葉を折々かけて下さった看護学科教員の皆様，前例の無い海外からの文献複写依頼に迅速に対応して下さった図書館の方々，そして事務局の皆様に心からお礼申し上げます。

文　　献

1) 杉本良夫，ロス・マオア (2000) “日本人論に関する12章”，ちくま学芸文庫，東京，p.1-377.
2) 波平恵美子 (1988) 日本人の死と生の概念　医療人類学的考察. 教育と医学，36:821-829.
3) 常葉恵子 (編) (1992) “看護英和辞典”，医学書院，東京，p. 261.
4) 小島操子 (1999) CNS育成のための教授内容－がん看護専門看護師－. Quality Nursing，5:261-268.
5) 沼　直美，峯石　真 (1999) 骨髄移植に無菌室はいらないって本当？ Expert Nurse，15(14):44- 49.
6) 魚嶋伸彦，平岡　諦 (1999) 骨髄移植における無菌管理緩和の可能性. 無菌生物，29:29-32.
7) 薄井坦子 (1997) “科学的看護論”，第3版，日本看護協会出版会，東京，p.35-43.
8) 小林亜津子 (2000) 看護倫理のアイデンティティー看護倫理の基本問題－. 生命倫理，11:42-49.

(受付日2000年11月27日，受理日2001年9月25日)