

博士論文 2023（令和5）年度

外国人患者対応における
救急外来看護師の看護実践の障壁に関する研究

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

浅川 翔子

目次

本研究の元とした学術論文	iii
第1章 序論	1
1.1 研究背景	1
1.1.1 国際化に関する社会的背景と医療の課題	1
1.1.2 日本における国際化と外国人医療	3
1.1.3 救急医療における外国人医療を取り巻く現状と課題	4
1.1.4 看護に求められる外国人患者への対応能力	6
1.1.5 外国人医療における看護実践上の課題	7
1.1.6 救急領域の外国人医療における看護実践上の課題	9
1.2 研究目的と意義	9
1.3 用語の定義	10
1.4 各章の構成	10
第2章 研究1：救急外来へ来院したウォークイン外国人患者への看護実践に関する救急外来 看護師の体験	11
2.1 背景	11
2.2 方法	12
2.3 結果	16
2.4 考察	25
2.5 看護への示唆	28
2.6 研究の限界	29
2.7 結論	29
第3章 研究2：救急外来における看護実践に関するウォークイン外国人患者の体験	30
3.1 背景	30
3.2 方法	31
3.3 結果	35
3.4 考察	46

3.5	看護への示唆.....	51
3.6	研究の限界.....	51
3.7	結論.....	52
第4章	総括.....	53
4.1	救急看護師の看護実践上の障壁.....	53
4.2	救急看護師の看護実践上の障壁が及ぼす影響.....	54
4.3	看護実践への示唆.....	55
	参考文献.....	57
	謝辞.....	73
	付録.....	74

本研究の元とした学術論文

本研究の第2章は、以下の学術論文を基に加筆・修正をしたものである。

【学術論文】

Asakawa S, Takeda Y, Henker R. Barriers encountered by nurses in the care of walk-in international patients in an emergency department in Japan. *Int Emerg Nurs.* 2023;70:101337. doi:10.1016/j.ienj.2023.101337

第1章 序論

1.1 研究背景

1.1.1 国際化に関する社会的背景と医療の課題

現在、世界人口の 2.3%に相当する約 1 億 8,400 万人が、移民として自国を離れ他国で暮らしている。高齢化に伴う人口動態の変化や経済状況の悪化等の理由により労働先や就学先を求める者や、紛争や迫害により難民となった者も含まれる¹。移民だけでなく、国際観光客数も持続的に拡大を続けており、国際観光による輸出収入や国際収支による重要な経済効果を生み出している²。このように世界的な人口移動は、今後も増加の一途を辿ることが予想されており、移動者が移動先の社会へ適応する過程において、また受け入れ先の社会において、人々の国際化と多様化に大きな影響を与え得る。

人々の移動の活発化に伴い国際化や多様化が進展し、健康問題は多様化、そして複雑化する。世界保健機構 (World Health Organization: WHO) は健康の公平性 (Health equity) について、性別や民族に関係なく、基本的な人権のもと保障されなくてはならないと提言している^{3,4}。人の健康は、生物学的な要因のみならず、社会規範や経済力などの社会の構造的決定要因の影響を受け、人種や民族の違いにより健康の不平等が生じるとされている^{3,5}。

医療における患者の多様性への影響を考慮すべく、2014 年の医学雑誌 The Lancet(2014)の「The Culture and Health Commission」の中で Napier らは、文化をウェルビーイングに関する習慣や信念だけでなく、政治的、経済的、法律的、倫理的、道徳的な実践や価値観であると強調している⁶。このように、身体的および心理的健康と社会的、政治的、文化的環境との密接性から、多様な人々の医療問題や新たなニーズに対処すべく、異文化能力 (cultural competence) や健康格差に関する研究が推進されている⁶。

マイノリティであることは、差別や偏見、経済的・環境的要因による医療アクセスへの妨げなど、不平等な医療と健康格差が生じる一因である⁷。米国の国立マイノリティ健康格差研究所 (National Institute on Minority Health and Health

Disparities; NIMHD) は、人種的・民族的な少数派のほか、社会経済的弱者、医療アクセスが不十分な農村地域在住者、性的少数派、障がい者を対象とした、「NIMHD Research Framework」として健康決定要因を説明する枠組みを示している⁸。

この枠組みは、健康格差を理解し対処する上で、健康格差へ影響を及ぼす領域（生物学的、行動学的、物理的および建築環境、社会文化環境的、医療システム）と、健康格差へ影響を及ぼすレベル（個人、対人、コミュニティ、社会）の2つの側面から健康格差の要因を捉え検討する必要性を示している⁸。この枠組みの中で、一番基本的な影響要因は、個人レベルおよびその個人による相互作用、すなわち対人レベルによるものであろう。患者-医療者間の言語や文化の不一致は、医療や治療に対する双方の認識の相違をもたらし、医療の質を低下させる要因となる⁹。Chauhanら(2020)はシステマティックレビューの中で、患者-医療者間の言語の障壁や病気や治療に関する信念の違いは、患者の服薬アドヒアランスの低下や、患者の治療遵守行動の低下、また一方で医療者の認識不足を生じさせ、医療関連感染症、投薬ミス、薬物有害事象、合併症の発生率を高めるため、人種的・民族的マイノリティ患者の医療安全が脅かされると報告している¹⁰。

この患者-医療者間の言語や文化の不一致によるコミュニケーションギャップへ及ぼす要因として、Pérez-Stable & El-Toukhy(2018)はナラティブレビューの結果、患者の言語能力、患者のヘルスリテラシー、患者のデジタルリテラシー、医療者の患者との文化の不一致へ対応すべく異文化能力、医療者の意思決定支援における言語的・非言語的コミュニケーションスキル、医療者の無意識の偏見を挙げている⁹。医療者による無意識的な偏見は大きな課題であり¹¹、人種的・民族的マイノリティに対する否定的な固定観念により、患者が必要な検査や治療を受けられない可能性が指摘されている^{12,13}。

このように、医療の公平性が保たれるよう、患者の多様な文化的背景や言語の違いに対する包括的な対象理解と受容、医療の提供が必至であり、医療者の素質と対応能力が、医療サービスの質の担保と向上を目指す上で問われる。

1.1.2 日本における国際化と外国人医療

日本に滞在する外国人は、居住の有無という点から2種類に大別される。90日以上の滞在資格を持つ中長期在留者や特別永住者を指す「在留外国人」と、90日以下の滞在資格をもつ観光やビジネス目的で来日した「訪日外国人」である。2011年には新たに90日～1年の滞在資格が与えられる医療滞在ビザも創設され、「渡航患者」がメディカルツーリズムと呼ばれる高度医療から人間ドックまで各種医療サービスを受けることを目的に来日している。医療滞在ビザが創設されて以降、2012年には約200件だったビザ発給数も、2019年時点では1,700件と増加が見られている¹⁴。

このように日本の在留外国人と訪日外国人は近年増加傾向にある。在留外国人数は、2012年は約200万人であったのに対し、COVID-19による入国制限が生じる以前の2019年には、過去最多となる293万人にまで到達した¹⁵。背景の一つに、外国人労働者の増加が挙げられる。バブル経済崩壊後の1990年代以降より、国内の労働力不足を解消すべく外国人労働者の受入れ政策が推進されてきた。2008年の時点で48万人だった外国人労働者は、10年後の2018年には146万人にまで増加した。日本政府は、「未来投資戦略2017」の中で、高度外国人人材の受け入れの加速を目標として掲げた¹⁶。2018年12月には、外国人労働者の受け入れを拡大する改正出入国管理法（入管法）が可決され、新たな在留資格（「特定技能」）が創設されたことにより、さらなる外国人の受け入れを見込んでいる¹⁷。訪日外国人数においても、2012年の約800万人に対し、2019年には約3,200万人にまで増加した。さらに、2030年までに6,000万人の誘致目標を政府は掲げている¹⁸。

以上のような在留外国人、訪日外国人の増加により、医療機関を受診する外国人患者の増加が見込まれる。1980年代以降、日本の健康保険制度は数度の改正を経て、外国人居住者も含む全居住者に対して保険の適用を拡大してきた。これにより、在留外国人においても、日本の公的医療保険の恩恵を受けられるようになった。90日以上の滞在資格のある外国人も、適用されない条件に該当する場合を除き、国民健康保険への加入が義務付けられる。医療保険制度面において、基本的にどの病院も自由に受診が可能な日本では、外国人にとっても医療へアクセスしやすい環境であると言える¹⁹。

しかし、このような外国人医療においては、外国人患者と医療者間の言語、文化、保健医療システムの相違による課題が報告されている²⁰⁻²⁷。病院を対象とした厚生労働省の調査²⁰では、「金銭・医療費に関するトラブル」が29.8% (n=509) と全体の約30%を占め、次いで言語コミュニケーション上のトラブル (26.5%, n=454)、通訳に関するトラブル (10.6%, n=182)、宗教や思想・習慣などの相違に起因するトラブル (6.8%, n=116) が報告されている。

このような課題に対処すべく、在留外国人や訪日外国人の増加に加え、「未来投資戦略2017」の中で政府の医療分野におけるインバウンド事業の戦略として、2020年までに外国人患者が安全に安心して医療を受けられるよう、病院側の外国人患者受け入れ体制に関する環境整備が進められてきた¹⁶。具体的には、医療機関の医療通訳と外国人医療コーディネーターの普及と配置、院内案内表示や医療機関の書類の多言語化、文化に配慮した施設整備等である。これらの外国人患者の受け入れ態勢が整備された医療機関に対しては、「外国人患者受入医療機関認定制度 (Japan Medical Service Accreditation for International Patients; JMIP)」により審査を経て認証を得ることができる²⁸。「病院のための外国人患者の受入参考書」²⁹や「外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル」³⁰などの、医療機関向けの外国人患者受け入れマニュアルも作成されてきた。

1.1.3 救急医療における外国人医療を取り巻く現状と課題

在留外国人患者の特徴として、日常診療を理由として滞在地域の医療機関へ受診することが多いとされ、かかりつけ医を持たない訪日外国人は、突発的な傷病により幅広い地域において救急受診をする可能性が高いとされる³¹。日本語や日本の医療文化に慣れていない救急患者の増加が推測されており、訪日外国人に限らず新たに来日する外国人労働者が多く在住する地域においては、同様の事象が生じると予測される。実際に、救急医療機関の外来における外国人患者の受け入れ状況について、2019年の厚生労働省の報告で「有り」と回答した施設は58.6%であったのに対し³²、2022年の報告では95%へ増加している³³。

救急部門は、事前の予約を必要とせずに緊急に治療が必要な、多岐にわたる年齢

や疾患を対象としたあらゆる医療ニーズを持つ患者へ、迅速に医療を提供する場所である³⁴。事前の予約を必要とせず、24時間スタッフが常駐していることから、病院の窓口的役割を担うこともある。また、いつでも誰でも利用可能な点から、身体・精神・社会・経済・文化等の全ての側面において多様な背景と医療ニーズを抱える人の受け皿であり、医療アクセスへの窓口であるとも言える。

しかし、人種的・民族的マイノリティのグループは、救急部門において健康格差が生じることが報告されている³⁵。人種的・民族的マイノリティはマジョリティと比較して、死亡率が高いこと³⁶、再受診率が高いこと^{37,38}、緊急度の評価が低く見積もられる可能性^{36,39,40}、受診までの待機時間が長いこと^{41,42}、鎮痛剤を使用してもらえない可能性^{39,43,44}、身体拘束の使用率が高いこと^{35,45}など、人種的・民族的マイノリティに対する救急医療の質が担保されていないことが課題である。また、これらの過小医療だけでなく、入院率が高いこと^{37,44}や画像検査を受ける可能性も高い^{44,46}ことが報告されており、患者にとって不必要な検査や支払いが生じる過剰医療の可能性も指摘されている。過剰医療は患者にとって不利益となるだけでなく、救急医療のオペレーションの停滞や、医療費の増加へ影響する可能性がある。

適正な医療が提供されていない原因の一つとして、患者-医療者間の言語や文化の不一致によるコミュニケーションの障壁が、重症度の正確な評価を困難にさせることが指摘されている⁴⁷。日本で実施された Aoki et al. (2022)の研究では、診療中に使用された患者の言語が日本語、中国語、英語以外であることが救急外来の滞在時間の延長への影響要因の一つであった⁴⁸。また、コミュニケーションの障壁だけでなく、高い緊急性と複雑性を潜在的に持つ救急医療の環境的な特性は、医療者へ精神的な負荷をかけ⁴⁹、医療の質の低下への影響要因となり得る。救急部門の医師を対象とした研究では、救急部門の過剰な患者数による過密状態⁵⁰や、時間的な圧力^{51,2}による医師へのストレスが、人種的・民族的マイノリティ患者に対する暗黙的な偏見を助長させたとの報告もある。このように、個人レベルあるいは患者-医療者間の対人レベルに生じるあらゆる種類の障壁への多角的なアプローチが必要である。

本邦において救急医療機関を利用する外国人患者数の増加が今後も見込まれる一方で、外国人患者を受け入れる環境は未だ整備中である。2019年の厚生労働省の調査³²では、外国人対応マニュアルが整備されている救急医療機関は10.9%(n=287)であった。同様に、「外国人向け医療コーディネーターを配置している」と回答が得られた救急医療機関は2.7%(n=70)、「医療通訳を配置している」は6.7%(n=177)、「電話通訳(遠隔通訳)を配置している」は14.8%(n=389)、「院内案内図や院内表示を多言語化している」は15.0%(n=395)であり、外国人患者や、外国人患者へサービスを提供する医療者への支援が十分になされているとはいえず、現場の医療者個人の対応力に委ねられている可能性がある。

1.1.4 看護に求められる外国人患者への対応能力

人種的・民族的マイノリティに生じる医療課題に対して、米国保健社会福祉省マイノリティ保健局(The United States Department of Health and Human Services Office of Minority Health)では、文化的および言語的に適切なサービス(Culturally and Linguistically Appropriate Service: CLAS)の全国基準を確立し、「多様な文化的な健康上の信念や習慣、優先言語、ヘルスリテラシー、その他のコミュニケーションのニーズに対応した、効果的、公平、理解できる、敬意を持った質の高いケアとサービス」⁵²を軸とした方略を示すなど、医療機関が医療の公平性を担保し医療格差を削減できるような取り組みが必要であることを強調している。

看護学では、Leiningerが異文化間ケアの創始者として「異文化看護学(Transcultural nursing)」の理論を唱えている。患者の文化的背景は患者の健康、そして看護ケアに深く影響を与える。そのため、看護師が文化的に調和した看護実践ができるよう異文化能力(Cultural competence)を備えることで、より効果的なケアを提供できると主張している⁵³。学際的な救急医療の複雑化に伴い多様な患者と遭遇する救急外来において、患者に質の高いケアを提供するためには、異なる言語や文化を持つ患者へ対応する能力が不可欠である^{9, 47, 54-58}。しかし、救急外来の看護師を対象とした久保ら(2014)の調査では、12.9%(n=13)が外国人患者を「できる

だけ受け入れない方が良い」と回答しており、その理由として 84.6% (n=11) が「対応できる看護師がない」ことを挙げている²⁵。

本邦の外国人患者への医療に関する教育は、2009 年以降より「国際看護学」関連の教科書で登場し⁵⁹、2014 年以降より国際看護学の内容が看護師国家試験に「看護の統合と実践」の問題として出題されるなど、外国人患者医療への理解や異文化能力の向上を目指す看護基礎教育の必要性が高まってきた。しかしながら、看護基礎教育内容の一般化や看護師に対する効果的なトレーニングの確立がされていないことが現在に至るまで議論されている⁶⁰⁻⁶⁵。

日本人の看護師を対象に行われた調査では、一般の病院勤務看護職員は青年海外協力隊の看護職員に比べ異文化能力が低かったこと⁶⁶や、外国人患者をケアする場合の日本人看護師の自律性は、日本人患者をケアする場合に比べて低かった⁶⁷と報告されている。原・柳澤（2020）は、外国人患者と日本人看護師を対象とした論文をレビューし、外国人患者対応における日本人看護師に必要な能力について、「コミュニケーションを図る能力」、「文化や生活習慣の違いを理解・考慮したケアを提供する能力」、「医療システムの利用支援や情報提供をする能力」、「患者を一人の個人として対応する能力」、「病気に関する考え方の違いを理解し折り合いをつける能力」、「経済的問題に関する支援をする能力」、「宗教に関する知識を持ち対応する能力」の 7 つの側面を挙げている⁶⁸が、実践に即した能力の具体的内容は明確ではなく、これらの能力を向上させる介入は明らかになっていない。

1.1.5 外国人医療における看護実践上の課題

このように、言語、文化、保健医療システムの相違が外国人医療における障壁であると指摘され²⁰⁻²⁷、言語や文化的背景が多様な患者に対する対応能力の必要性が唱えられている中、文化的に多様な背景を持つ患者への看護実践上の課題が報告されている⁶⁹。

まず言語の側面として、看護師と患者の間に生じる言語的あるいは非言語的コミュニケーションの困難性に焦点化された研究が散見される^{23-25, 47, 65, 69-79}。その内容として、適切なタイミングと内容のケアを提供する上で、患者の身体的・精神的状

況やニーズの把握^{23, 47, 69, 70} 患者との間に生じた誤解⁷⁷、患者の医療的手続や行動に関する説明^{23, 47, 70, 77}、言語支援サービスへのアクセスや通訳を介したコミュニケーションと通訳の質^{23, 25, 47, 65, 69-73}などが挙げられる。

言語の障壁は、医療者と患者間のコミュニケーション不足を招き、医療者と患者の満足度の低下、医療の質と患者の安全性の低下に影響を及ぼす^{80, 81}。満足度や安全性の側面から通訳や翻訳機を介するコミュニケーションが推奨される一方で、通訳を利用できる時間が制限されていること⁷⁴や通訳者や翻訳機の不足⁷⁴といった資源不足、そしてコストの増加⁸⁰が指摘されている。これらのサービスの利用に伴う、誤用や誤訳の可能性⁸²⁻⁸⁴、診察時間の延長⁸⁰など医療の質の低下を招く可能性もあり、通訳との協働方法や翻訳機の使用方法に関する利用者のスキルも課題である。

次に文化の側面において、患者の文化との不一致が看護実践上の困難を引き起こすことが報告されている。患者の宗教上の慣習や制約^{23, 25, 71, 75}、または背景に根ざす文化的価値観が、健康や疾病への認識の違いをもたらす^{25, 47, 75, 85}、食事^{23, 25, 71, 77}や清潔ケア^{23, 25}などの介入や療養支援場面⁷⁹で看護師が直面する課題となっている。さらに、疼痛^{24, 71}、身体面や精神面^{25, 72}に対する介入に関しても、患者の文化的多様性を考慮した評価やケアを実施することが困難であり、その結果、ケアの質が担保されないことが懸念されている^{25, 65, 69, 75, 85-87}。これらの看護実践上の困難だけでなく、異文化に対する看護師の受容性や偏見、恐れなどが、専門職者としてのジレンマを引き起こすと報告がある^{23, 47, 74, 76, 85-87}。

三つ目に、保健医療システムに関連した看護師の困難さである^{24, 78}。外国人患者の経済状況や保険の加入状況に伴う医療費の支払いや検査への拒否^{23, 77}があることや、患者の医療制度に対する理解不足により医療者との共通認識が図れない^{47, 75}といった、言語的・文化的背景以外にも、医療システムの違いにより患者とのコミュニケーションが円滑に行えない困難さが生じていることが示唆されている。

このように、外国人患者対応への、人的及び物的環境や資源の整備は不十分であり^{47, 69, 76, 86, 87}、外国人患者対応は労力と時間を要するにも関わらず^{25, 71}、効果的な治療的關係 (Therapeutic relationship) は構築され難いとされる⁷²。

上林ら (2020) は、日本人看護師を対象とした調査の中で、91.8%(n=123)が外国

人の看護にストレスや不安を感じ、58.0%(n=80)が外国人患者への看護に携わりたいと思わないと回答としたと報告しており⁸⁸、外国人患者対応によるワークエンゲージメントの低減が危惧される。

1.1.6 救急領域の外国人医療における看護実践上の課題

救急外来看護師は多岐にわたる患者への看護実践能力が高いにもかかわらず、久保ら(2014)は、日本の救急指定病院の救急外来で外国人患者対応経験のある看護師を対象とした調査で、86.6%(n=84)が外国人患者に対する看護実践上の困難を報告している²⁵。言語の違いにより患者と意思疎通ができず精神的支援やインフォームド・コンセントが行えないこと、文化や生活習慣の違いにより患者の要望や行動に対する対応が困難であったこと、病気に関する考え方の違いにより処置を円滑に実施できなかったことなどが自由記載より抜粋されている²⁵。

このように先行研究からは、看護師・患者間の言語、文化、保健医療システムの側面の相違が看護実践上の課題の要因として説明されてきた。こうした課題は外国人患者への適切な医療を妨げる可能性があるため、課題の解決を目指した看護師に対する異文化ケアの教育やコミュニケーション技法のトレーニングが諸外国では様々検討されつつあるものの、国内外において有効な解決策が見つからないと見込まれている⁸⁹。特に救急医療を必要とする外国人患者の増加が見込まれている中で、救急外来で勤務する看護師の外国人患者対応における能力の向上を目指した、効果的な支援の検討は喫緊の課題である。救急外来看護師が、外国人患者対応において直面している看護実践上の障壁をより包括的に明らかにするためには、救急外来の場面に特化した研究の蓄積が必要である。そのため、単なる「言語、文化、保健医療システムの不一致」という枠組みだけに注目するのではなく、救急外来看護師の認識や信念、また救急外来の環境や診療の特徴といった多角的な側面から構造的に捉え、看護実践をする上での障壁を探索していく必要がある。

1.2 研究目的と意義

本研究の目的は、救急外来で勤務する看護師の外国人患者対応における看護実践

上の障壁と、その障壁を伴う看護実践が外国人患者へ与える影響を、救急外来という特徴を踏まえた、構造的要因の観点から明らかにすることである。本研究結果より、救急領域における外国人患者対応の実態に即した看護支援を検討することが可能となる。この目的を達成するために、2つのリサーチクエスチョンを立てた。

- 救急外来看護師が体験する、ウォークイン外国人患者への対応における看護実践上の困難は、どのような障壁によるものか？
- ウォークイン外国人患者は、救急外来受診時に看護師より受けた看護実践をどのような体験として受け止めているのか？

1.3 用語の定義

本研究では、日本における人種的・民族的マイノリティを「外国人」と表記し、日本語以外の言語を母語とする「在留外国人」または「訪日外国人」のことを指す。

1.4 各章の構成

本研究は以下の2つの研究から構成される。

研究1（第2章）では、救急外来看護師が体験する、ウォークイン外国人患者への対応における看護実践上の困難は、どのような障壁によるものかを明らかにすることを目的として、質的研究を実施した。

研究2（第3章）では、救急外来をウォークインで受診した経験のある外国人患者が、救急外来看護師により受けた看護実践を、実際にどのような体験として受け止めているかを明らかにすることを目的として、質的研究を実施した。

第4章では、研究1と研究2の結果を踏まえ、救急医療というシステムや環境、および外国人患者と救急外来看護師との相互作用によって生じている障壁について検討し、結論、本研究の意義、課題と今後の展望を述べる。

第2章 研究1: 救急外来へ来院したウォークイン外国人患者への看護実践に関する救急外来看護師の体験

2.1 背景

救急看護に携わる看護師にとって、質の高いケアを確実に提供するためには、異なる文化的背景をもつ患者をケアする能力が不可欠である。先行研究では、人種的・民族的マイノリティに対する救急外来で提供されるケアに格差が生じるリスクがあると示唆されている^{35-39, 41, 43, 45}。したがって、救急外来で多様な文化的背景をもつ集団にケアを提供する場合、その文化に即したケアの提供が極めて重要である^{54, 55}。

近年の研究では、多様な文化のおよび民族的背景をもつ患者へ、適切なケアを提供する際の障壁が報告されている^{69, 87, 90}。Joo and Liu(2020)は、システマティックレビューの中で、患者の文化に即した看護ケアを提供する上で、5つの障壁があると報告している⁶⁹。それぞれ、1) コミュニケーションに関する問題、2) ケアに関する情報や資源が不明確、欠落している、または文化的に不適切、3) 不十分な文化的トレーニングと教育、4) 患者との治療的関係の構築における課題、5) ケアの質に対する懸念、である⁶⁹。

外国人患者に対するケアの障壁に関する現状は、日本においても既知の問題である。近年の在住外国人や訪日外国人数の増加に伴い^{15, 91, 92}、日本国内の病院を受診する外国人患者の増加も予測される。日本の看護師は、文化的に即したケアを提供する以前に、コミュニケーションや文化の違いにより、外国人患者に対応において困難に直面していると報告される^{77, 93}。その一例として、日本の看護師は外国人にケアを提供する際に躊躇⁹⁴や不安・ストレス⁸⁸を感じ、消極的な姿勢になると報告されている⁸⁸。しかし、具体的な要因や解決策は明らかになっていない。

同様に、日本国内で外国人患者の受け入れ経験のある救急指定病院の86.6%が、外国人患者のケアに困難を感じていると、救急外来看護師への調査により報告されている²⁵。具体的には、救急外来で働く日本の看護師は、言語、文化、ライフスタイル、病気に対する考え方の違いによる不十分な対象理解、不適切な看護介入、医療費支払いの問題、精神的負担などを経験しているとされる^{25, 79}。これらの課題は、

外国人患者との言語、文化、保健医療システムの不一致という、看護師と患者の「二者間に生じる相違」という枠組みのみで説明されてきた。しかし、救急外来の環境や診療の特徴や、看護師の認識・信念の影響を受ける実際の救急外来の現場において、看護実践上の障壁がどのようなものであるかは十分に明らかにされていない。特に、救急車で搬送されてきた患者と比較し、看護師が直接的なコミュニケーションをとりながら初期対応を行う必要のある「ウォークイン」で来院した外国人患者との関わりにおいて、看護実践上の障壁が顕著に表れると考えられる。

以上の背景から、本研究の目的は、救急外来看護師が体験する、ウォークイン外国人患者への対応における看護実践上の困難は、どのような障壁によるものか、明らかにすることである。本研究で得られる結果から、救急外来を受診する外国人患者に対する、看護ケアの質の向上を目指した救急外来看護師への支援の方略に関して示唆を得られると考える。

2.2 方法

1) 研究デザイン

本研究の目的を鑑み、オンラインによる半構造化フォーカスグループインタビュー (FGI) を用いた質的研究デザインとした。先述のように、ウォークイン外国人患者への対応における、看護師の体験する困難および看護実践上の障壁は、十分に明らかにされていない。そのため、救急外来看護師の語りから得られる体験の内容を帰納的に分析し、概念化する必要があると考え、質的デザインを用いた。FGI は、話題の探求や現象の記述において、参加者間の相互作用による相乗作用的な効果により豊富な情報を得ることができる⁹⁵。外国人患者への対応経験が少ないことで、個人を対象としたインタビューでは詳細に状況を想起することが難しい可能性があった。したがって、FGI により参加者は他者の発言から刺激を受け、より鮮明に自身の体験、思考、感情への気づきの表出を高めることが可能になると考え本手法を採択した。尚、研究の透明性を高めるために、本稿は質的研究報告のための基準チェックリスト (Standards for reporting qualitative research: SRQR)⁹⁶ に則り報告内容を作成した。

2) 研究対象施設

研究対象施設は東京都内の大学病院の救急外来である。本施設は、約 950 床の病床数を有し、年間約 7,000 人の患者が救急搬送され、約 10,000 人の患者がウォークインで受診する。本施設の救急外来には、一部が診察室として兼用する病床数が 10 床あり、調査当時は約 15 名の看護師が所属していた。

3) 研究参加者

研究参加者は、以下の適格条件を全て満たす者とした。

- ① ウォークイン外国人患者をケアした経験をもつ看護師
- ② 現在救急外来で勤務している、あるいは過去 5 年以内に救急外来で勤務していた経験をもつ看護師

上記の②のように条件を設定し、過去 5 年以内に救急外来で勤務していた看護師を含めた理由は、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが結果に与える影響を軽減するためである。これにより、パンデミック前のウォークイン外国人患者に対するケア経験についてデータ収集をするとともに洞察を深めることが可能となり、それによってデータに対する新型コロナウイルス感染症の影響を軽減することができると考えた。

4) リクルート方法

本研究では、救急外来での多様な経験をもつ看護師をリクルートするために、サンプリング方法として理論的サンプリングと機縁法を用いた。したがって、研究参加者のリクルートは、テーマが飽和するまで実施した⁹⁶。理論的サンプリング方法は、豊かなデータを生成し、それによって現象の理論的開発と探索を可能にするという特徴がある⁹⁶。

研究協力依頼書には、対象者の選定基準、研究の目的、研究実施に関するプロセス、人権保護の内容などを記載した。説明書類は研究参加候補者が所属する施設の個人のメールアドレスに投函した。また、現在救急外来で勤務する看護師から、過

去5年以内に他科へ異動した看護師の紹介を受け、同様に個人のメールボックスに投函した。研究参加に関心のある候補者が研究者へ連絡し、研究者は参加の意思に関する連絡を受けとった後、電子メールで個別に連絡調整を行い、研究参加者とインタビュー可能な日時を調整した。

5) データ収集

データ収集は、事前アンケート（資料1）とオンラインによる半構造化 FGI によって行われた。事前アンケートは、インタビューにおける質を高めるために実施された。

(1) アンケート

インタビューに先立って、アンケートを使用し、研究参加者の年齢、臨床経験年数、救急外来経験年数、救急外来での最終勤務時期、海外渡航経験、外国人（友人・知人）との交流経験、得意な外国語の有無に関するデータを収集した。

(2) オンラインによる半構造化 FGI

FGI は 2020 年 12 月から 2021 年 2 月まで実施された。より鮮明に体験を想起し、個人の背景に基づく価値観や気づきが自発的に表出されやすいよう、勤務年数や勤務していた時期、これまでの経験部署などが近似しているもの同士をグルーピングした。インタビューはすべて研究者によって行われた。研究参加者の同意を得て、すべてのインタビューは Zoom (Zoom Video Communications Inc., 2021) を使用してオンラインで実施、および録画された。このとき、個人情報に配慮するため、研究参加者は自宅または個室からインタビューを受けることとした。インタビュー方法に関しては、外国人患者のケアの経験に基づいた救急外来看護師の認識、思考、感情を明らかにするために一定の自由な語りが必要と判断し、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューとした。インタビュー中は、各研究参加者の回答に含まれる概念や思考の理解を深めるために、研究参加者の許可のもとメモを取った。

事前に検討したインタビューガイド（資料2）の妥当性を確認するため、3人の救

急外来看護師の協力を得て、パイロット的に FGI を実施した。このパイロットインタビューを実施した結果、インタビューガイドの変更は不要と判断し、さらに、このインタビューで得られた語りの内容は豊かであると考えられたため分析に組み込むこととした。

各インタビューの後、研究参加者に電子メールでインタビュー結果をフィードバックした。研究参加者の語りから新たな概念を検討し、考察を深めるため、データ収集の進行に合わせて、リサーチクエスションとインタビューガイドを繰り返し洗練、修正した。

6) データ分析

外国人患者へ対応経験のある救急外来看護師の語りによる体験から、看護実践上の障壁はどのようなものであるのか、そして救急外来という環境の中で、個人の価値観や信念に基づく感情や認識がどのように障壁を形成しているのかを明らかにする必要がある。そのため、本研究の分析には、収集されたデータから繰り返される現象のパターンをテーマとして特定するために、研究参加者の体験や、体験に伴う認識や感情において体系的な特定と整理が可能な、Braun and Clarke (2006, 2021) の再帰的テーマ分析^{97,98}を採用した。この分析方法は、データに基づくアプローチであり理論的枠組みに制約されないことから、今回のような「救急外来における外国人患者への看護」といった焦点化された、先行研究が少ない中でのテーマの生成において適していると考えられる。6 段階からなるフレームワークを通してデータセット全体の主要な特徴を要約することが可能であるため、他の研究者との共同作業において、妥当性や一貫性を確保することができる実践的なアプローチである^{97,98}。

データを逐語録に起こし、インタビュー中のメモを確認しながらインタビューデータをまとめた。データのコーディングには Nvivo ソフトウェア (2021 年 1 月 5 日リリース、QSR International) を使用して研究者が最初にすべてのデータをコード化し、その後共著者や、質的研究に精通した専門家とのディスカッションを通して、一貫性とデータの妥当性を担保した。

本研究において、学術的厳密性は Lincoln and Guba⁹⁹ の信頼性基準にしたがつ

て担保した¹⁰⁰。一貫性と確証性の基準に従い、データ収集プロセスの詳細な記録と逐語録を記録した。3人の独立した研究者が逐語録の内容をレビューし、コードとテーマを特定する際に逐語録へ立ち戻り信頼性を担保した。

7) 倫理的配慮

本研究は、対象施設倫理委員会（第 20200234 号）と慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会（第 2020-17 号）の承認を得て実施した。研究参加者は、本研究の目的、方法、および以下の倫理的配慮について説明を受け、自由意思によって FGI への参加に同意した。

- ① 研究協力は任意であり、協力参加の有無により不利益を被ることがないこと。インタビューの最中にインタビューの継続が困難になった場合は、中断可能であること。インタビュー開始時間まで参加を撤回することが可能であるが、複数名同時にインタビューを実施し録音・録画をするため、インタビュー開始後は、参加同意の撤回ができないこと。
- ② 匿名参加のため、インタビューへの参加を以って同意とみなすこと。日程調整とオンラインのインタビューへの招待目的にメールアドレスを収集するが、事前アンケートのデータに個人情報が紐づくことはないこと。また、インタビュー終了後は、メールおよびメールアドレスを速やかに消去すること。
- ③ 事前アンケートでは、個人が特定される情報は収集しないこと。アンケートは研究用 ID を振り、インタビューのデータを紐づけること。
- ④ 研究を通して得られた情報は、個人が特定できないようにコード化すること。また、データは研究者によって厳重に管理・保管されること。

2.3 結果

5つのグループ(1グループあたり3名、合計15名)にインタビューした時点で、理論的飽和に至った。調査開始以降、研究参加者の拒否や脱落は発生しなかった。これらのインタビューの平均時間は78分であり、研究参加者は全員、初療時に患者の緊急度や重症度を判断し、診察の優先順位を決める役割を担うトリアージナース

およびチームリーダーとしての経験を有していた。3つのグループは、過去に救急外来で働いていた看護師で構成され、2つのグループはインタビュー実施時点で救急外来に所属している看護師で構成された。研究参加者は平均15年（範囲：9～33年）の臨床経験を持ち、救急外来での経験は8か月～11年の範囲にあった。研究参加者とグループの属性を表1に示す。

表 1. 研究参加者とフォーカスグループの属性

グループ No. (インタビュー 時間)	ID	性別	年代	臨床経験 年数	救急外来 での経験年数	最後に救急外来で 勤務した時期	海外渡航 経験	外国人の知人 や友人の存在	得意な外国語 の有無
1 (90分)	看護師 A	女	30	9年	2年	4年8ヶ月前	なし	あり	なし
	看護師 B	女	30	12年	1年	5年4か月前	あり	あり	なし
	看護師 C	女	30	16年	3年	3年前	なし	なし	なし
2 (70分)	看護師 D	女	30	13年	1年	1年9か月前	あり	なし	なし
	看護師 E	女	30	14年	10か月	1か月前	あり	なし	なし
	看護師 F	女	30	12年	1年10か月	3年7か月前	あり	あり	なし
3 (58分)	看護師 G	女	30	15年	8か月	5年3か月前	なし	なし	なし
	看護師 H	女	30	13年	1年	2年前	あり	あり	なし
	看護師 I	女	30	18年	1年	1年前	なし	なし	なし
4 (90分)	看護師 J	女	50	33年	11年10か月	現在勤務中	あり	なし	なし
	看護師 K	男	30	9年	2年3ヶ月	現在勤務中	あり	なし	なし
	看護師 L	女	40	21年	1年10か月	現在勤務中	あり	なし	なし
5 (80分)	看護師 M	女	30	11年	1年1ヶ月	現在勤務中	あり	なし	なし
	看護師 N	女	40	20年	3年	現在勤務中	あり	なし	なし
	看護師 O	男	30	12年	2年6か月	現在勤務中	なし	なし	なし

再帰的テーマ分析の結果、《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》、《診療の調和の喪失》、《難渋する治療目標の共有化》、《自己効力感の減退》の4つのテーマが抽出された。テーマとサブテーマは表2に示す。本研究では、テーマを《 》、サブテーマを〈 〉で示す。以降、各サブテーマについて代表する実際の看護師の語りを斜体で示し、内容を補足する場合には（ ）で示した。引用部分の後に参加者IDを[]で示す。

表2. テーマとサブテーマ

1. 曖昧さを伴う関わりへの躊躇
1) 不確実性の高い対象への躊躇
2) 異文化接触への戸惑い
2. 診療の調和の喪失
1) 労力の不均衡が阻む診療
2) 迅速な緊急度判断の欠如
3) ケアにおける円滑性の欠如
3. 難渋する治療目標の共有化
1) 治療における共通理解の不透明感
2) 迅速に得られない患者の納得感
4. 自己効力感の減退
1) 自信を欠いた自律的实践
2) 十分に得られない手応え
3) 安楽を提供できない無力感

1) 《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》

救急外来の看護師は、言語や文化を理解していないことが、救急外来で外国人患者を対応する際の戸惑いを増幅させていると述べていた。ウォークイン患者は事前の情報なく来院する。患者の身体的な状態だけでなく、外国人患者の場合、医療や健康に関連する価値観や行動を予測し把握することはさらに困難である。日本人患者よりも不確かで曖昧さを伴うため、外国人患者と積極的に関わることをためらっていた。

(1) 〈不確実性の高い対象への躊躇〉

多くの場合、救急外来を訪れるウォークイン患者についての事前情報はほとんどない。看護師は、特に文化的な側面を含めた背景が不明な患者と接する場合に、情報を収集し対象理解することが難しくなると述べた。

救急外来で特にウォークインとかで来ちゃう人は、なんの前情報もないところから始まるから、既往とか今の病状だったり素性だったり、経緯が全くわかんないところから入るっていうところで、ちょっとハードルが高いよね。[看護師 C]

(2) 〈異文化接触への戸惑い〉

看護師の多くは、日常生活や病院で外国人と接する機会がなかった。これにより、看護師は外国人患者と関わることに對する不安が大きく、ためらいを感じていた。多くの看護師は、外国人患者から情報収集する際のコミュニケーションをためらっており、不慣れな言語、態度、行動を示す外国人患者に近づく時点から困惑していた。

「引いてしまう」っていうのは、もうウォークインで、もう海外の人、日本人じゃないって言われた時からもう私は、「あ、語学できないし」って思っちゃいます。[看護師 J]

また、看護師たちは、他国の馴染みのない文化に出会ったとき、自身の文化的偏見を克服するのに苦勞していた。例えば、ボディタトゥーは日本では一般的に受け入れてはおらず、タトゥーのある人は公衆浴場に入れられないなどの制限がある。タトゥーのある患者にどう対応すればいいのか戸惑う看護師もいた。

これは偏見だけど、やっぱ刺青はビビるな、私結構。なんか、普通に話してる人でも。ま、これは超偏見だけどね。こうやっぱ、刺青あると、「あ！」ってなんか、ってなっちゃう。[看護師 B]

他の看護師たちは、患者ケアにおける認識や表現方法の違いについて言及した。慣れ親しんだ日本人患者と比較し、外国人患者との関わりに戸惑いを感じていた。

(強い口調で)「早く見てくれ！」的なことをとか、その症状、痛み等を訴えていることに対して、(強い口調で)「これほっといて大丈夫か!? 医者に伝えるんだ!」(と言われると)「・・・わっ」って(なる)。みたいな。そういう、これ文化的な違いかな、って思ってしまうところもあって。外国人の方に引いてしまうっていうのは一点そこですね。[看護師 J]

自身の理解可能な文化の範疇を超えた状況に遭遇したときに、どのように介入やコミュニケーションを開始するかということが課題になり得る。

2) 《診療の調和の喪失》

救急外来では、ウォークイン患者が到着する前に病気や怪我の重症度を予測することは不可能である。救急外来看護師は、次々と受診に訪れる患者に対応しなければならず、すべての患者に適切なレベルのケアが提供できるよう、患者をトリアージしなければならない。本研究に参加した看護師は、外国人患者に適切なケアを提供する過程で救急外来の効率が低下すること、そして必要なケアを提供するためにはより多くの時間や豊富な人的リソースが必要であることを報告した。

(1) 〈労力の不均衡が阻む診療〉

看護師たちは、外国人患者が来院すると、救急外来の看護師がその患者に付きっきりになることで、他の患者のケアができなくなると述べた。看護師 N のように、外国人患者が受診するときの救急医療の流れに不安を感じていた。

すごい混雑してるときに、外国人が来ると、外国人の対応もそうだし、その間、他の患者さんの診療とかトリアージが行けなかったりするので、業務が全体的に滞ることはあります。[看護師 N]

(2) 〈迅速な緊急度判断の欠如〉

トリアージを行う看護師は、患者の状況の緊急性を素早く判断しなければならない。トリアージに翻訳機を使用している看護師は、アプリケーションを使用しても迅速なトリアージはできないと述べている。

(翻訳) アプリを使うと、すごく時間がかかるので。さっき J さんがおっしゃってたみたいに、トリアージ何秒 (以内にやらなくてはいけない) っていう。(このように出来るの) ではなくて、(翻訳アプリだと) 本当に1つ1つちゃんと入力したりしてやるので。かなり時間がかかってしまうので。そういう点で困るっていうのと。[看護師 K]

(3) 〈ケアにおける円滑性の欠如〉

看護師たちは、救急外来での診療の開始が遅れることや、他の患者に十分対応できるスタッフが不足するというだけでなく、簡単な処置を円滑に行うことにも困難を示した。

物を見せながら (処置を) やるということしかできないんですけど。やっぱりひとつひとつに時間がかかってしまうので、もうちょっとスムーズにやりたいなどはいつも思ってます。[看護師 K]

このように処置がスムーズにいかない場合には、看護師は自分のペースが乱されたと感じていた。

3) 《難渋する治療目標の共有化》

治療の緊急性が高い中でも、医療者は患者の情報収集を行い、同意を得なければならない。しかし看護師は、患者との共通理解が曖昧であるため、協働しながら速やかに治療を進めることが困難であると示していた。

(1) 〈治療における共通理解の不透明感〉

医師は治療方針を決定し、それを患者に説明するが、看護師は患者が治療方針を理解しているか確認する責任を担う。しかし、治療方針の共通理解ができていない状況下では、治療を進めることが困難になる。

本人の言ってることをこっちがどこまで理解できているのかとか、こっちが言いたいことを向こうがどこまで受け止めてくれているのかとか、ちょっとよくわかんないからなんとなく曖昧な感じで進んじゃってるのがなん

かちょっと不安というか、モヤッとして。[看護師 D]

(2) 〈迅速に得られない患者の納得感〉

救急外来におけるケアプランの実施には患者の協力が不可欠である。日本人患者に対するケアは、迅速な同意と紐づいているものである。外国人患者に対するケアでは、看護師は迅速な同意を得ることが困難であった。

なんかわりと日本人だったら「これこういうのに効くから飲んでくださいって」(患者は)言われると、わりとすんなり「わかりました。」っていう感じで受け入れるけど、外国の人とかと「え、それ NSAIDs なの？アセトアミノフェンなの？」とか。何か抗生剤も「どういう種類なの？」みたいな結構細かく聞いてきたりとかする人もいて。[看護師 D]

このように看護師たちは慣習的に、患者-医療者間の暗黙的な合意の基で医師が決定した治療方針に基づく医療提供を行っていたが、自己決定を重んじる外国人患者の場合は勧める治療を暗黙的に受け入れてもらえず、このことがケアが遅くなることの一因となると考え戸惑いを示していた。

4) 《自己効力感の減退》

本研究に参加した看護師は、全員が9年以上の経験を持っていたが、外国人患者への対応となると、その能力と経験を十分に生かすことができていなかった。看護師たちは、患者をケアする自分の能力に自信を失っていた。

(1) 〈自信を欠いた自律的实践〉

トリアージは十分な教育を受け、経験を積んだ看護師が担当し、患者の安全の担保と救急外来におけるスムーズなケアに関して不可欠な役割を担っている。語りからは、看護師が外国人患者に対応する際、その責任を果たせないと感じていることがうかがえる。

(トリアージの判断において) 本当に、ざっくり、した感じに、なっちゃって。もうあとは、先生におまかせ、みたいな感じになっちゃう、んだと思う

ますね。なんか自分が役に立たないな、みたいな。[看護師 G]

このように看護師たちは、自分の判断に自信が持てないということを示し、トリージナースとしての能力に懐疑的になっていた。

(2) 〈十分に得られない手応え〉

看護師たちは、自分たちが適切と考える通常の看護を実践しているにもかかわらず、患者から期待した反応が得られないことに落胆していた。

ちゃんと日本人に対して普通にやってることがなかなか伝わらなかったり受け止められなかったりするの、やっぱ中にはあたりとかもするので、そこはやっぱ難しい部分かなとは思いましたね。[看護師 E]

患者の反応や意向を汲み取ることができないため、看護師は自分自身が安全で適切な看護が提供できているかどうかを確認することが難しかった。

(3) 〈安楽を提供できない無力感〉

看護師たちは、救急外来を訪れる患者を、身体的・心理的にケアする必要がある者と認識していた。しかし、患者の痛みや不安への介入に関して、自分の力不足を感じていた。

旅行者だったりとかして、より日本人の方よりも不安だろうし、とか、そういうこともあったんだろうなと思うんですけど。そこもこう、なんかこう、拾ってあげられることとか、こう、助けになってあげることができなかったことが、印象に残ってるのかなと思います。[看護師 G]

このように、「日本の救急外来」という、外国人患者にとって不慣れな環境で生ずる苦痛に対して、適切な援助ができないという語りが聞かれた。

2.4 考察

本研究の結果、《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》、《自己効力感の減退》という看護師に内在する障壁と、《診療の調和の喪失》、《難渋する治療目標の共有化》という、看護師が救急外来の環境やウォークイン外国人患者から受ける、すなわち外的な要因による障壁の、合計4つの現象が明らかとなった。これまで、看護師の看護実践や患者との関係性構築を阻む要因として、二者間の言語や文化、保健医療システムの「不一致」により、「コミュニケーション」や「関係性の構築」が促進されないことに焦点が当てられてきた¹⁰¹。二者間のギャップ埋めるために、医療通訳や外国人患者対応マニュアルの普及などの政策が促進されてきたものの¹⁶、先述したように外国人患者対応における看護実践上の課題は解決されていない。今回、異なる言語や文化的背景を持つ患者への対応における困難を体験する際の、救急外来看護師に内在する障壁と、救急外来で看護実践を行う上で直面する外的な要因による障壁に対して、どのような支援を救急外来看護師が必要とするか考察する。

1) 《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》

在日および訪日外国人人口は増加の一途をたどるが、日本は人種的な多様性には富んでいないことから¹⁰²、日本人は外国人と関わる機会が限られおり、国際的な体験や異文化に触れる頻度が低い¹⁰³とされている。本研究の参加者も私生活や普段との患者との関わりにおいて異文化経験が少なかったように、このような異文化経験の欠如が、外国人患者とのコミュニケーションにおける自信の無さをもたらすと言われてきた¹⁰⁴。

研究参加者は、外国人患者が異言語や異文化を背景に持つこと、またウォークインという受診方法の特性により事前情報が少ないことから、「曖昧性」や「不確実性」の高い存在として捉え、関与することに抵抗感を感じていた。このような「曖昧性」や「不確性」は、他者との相互作用の根底にあり、相手を予測できないことで誤解が生じるなど¹⁰⁵対人関係を阻害する要因となる。外国人患者に対する日本人看護師のためらいは、文化の違いを理解し受け入れることで克服される⁹⁴と報告があるように、言語的なコミュニケーションスキルだけでなく、異言語や異文化に対して理

解や受容する力を備えることが、曖昧さに対する抵抗感を低減させ、外国人患者との関係性の構築を促進させる一歩になるのではないかと考える。

2) 《自己効力感の減退》

外国人患者を看護する際に看護としての自律性を発揮することが困難であることという語りから、2 つ目の看護師に内在する障壁として、外国人患者への対応において、自己効力感が減退していることが明らかとなった。救急外来を受診する患者の多くは、不安¹⁰⁶や痛み¹⁰⁷を抱える傾向にあるが、看護師はその必要性を認識する一方で、外国人患者に対しては疼痛の評価など⁶⁹適切なアセスメントが困難とされている。このように、外国人患者を看護する際の看護師としての自律性は、日本人患者を看護するときよりも有意に低いと報告されており⁶⁷、《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》でも見られるように、患者へ話しかけニーズを把握することや、普段実践しているトリアージやバイタルサイン測定など、基本的な看護実践能力を発揮できないことで看護の役割やスキルを遂行できず、外国人患者のケアへの自信を失っていた。

これまでは、質の高い医療や看護を提供するために、異言語を話し、異文化を背景に持つ外国人患者への「適切なケアは何か」、という点に焦点が当てられ検討されてきた⁶⁸。今回の結果から、外国人患者の看護に対して《自己効力感の減退》という内在的な障壁が存在していることが示唆されたことから、看護師の外国人患者対応や、必要な能力を獲得するためのレディネスへ着目した看護師への支援も検討していくことが重要であると考えられる。

3) 《診療の調和の喪失》

本研究において、多くの看護師が、外国人患者の来院によって救急外来の機能が損なわれることを懸念していた。救急外来の看護師は、「部署を円滑に機能させること」を自らの役割として重視しており¹⁰⁶、緊急性を伴う救急外来の診療の流れを停滞させないよう、迅速に安全な看護実践を行うことを重んじている。緊張感の高い救急外来の環境や状況により、外国人患者対応における、マンパワーの必要性が強

調されたと考える。

医療通訳や翻訳機等の言語支援サービスの利用が、安全なコミュニケーションを促すために必要であるとされているが、本研究では、翻訳機や電話アプリの医療通訳の利用さえも、救急という迅速性を要する環境下では円滑な看護実践を妨げる一因となる事が明らかとなった。サービスを効果的に活用できない場合、診察時間の延長⁸⁰や誤用や誤訳が生じる可能性⁸²⁻⁸⁴がある。非営利団体や民間団体による医療通訳が普及しつつあるものの、利用可能な時間が制限されているため⁷⁴、24時間患者を受け入れている救急外来においては不十分である。したがって、救急外来という環境に合った、言語支援サービスの開発や、そのような言語支援サービスを活用する救急外来看護師のトレーニングが必要とされる。

4) 《難渋する治療目標の共有化》

本研究に参加した看護師は、看護ケアを進める上で外国人患者と共通理解をもつことの難しさを語っており、このことから看護実践における外国人患者との協働という、相互作用において障壁があることが明らかとなった。患者と看護師の間で治療目標の合意形成を築いていくためには、双方の意思を共有し、理解し合う協働が重要である。この点で、本研究に参加した日本人看護師は、日本人の患者と外国人の患者で合意形成のプロセスが異なると感じており、その差異に障壁がある可能性が示唆された。

アメリカ人やカナダ人と比較すると¹⁰⁸、日本人患者は積極的に自分の意思を主張するよりも、協力的な姿勢で治療の意思決定に参加することを好むことや、患者自身の意思と相反する場合であっても医師の意見を尊重する傾向にある事が知られている¹⁰⁹。今回、このような外国人患者と看護師の間で行われる意思決定と合意形成のプロセスが異なる状況により、看護師は迅速な合意が得られないことに困難を感じていると考えられた。

しかし、患者の自己決定を尊重しながら円滑な治療を提供できる事が、医療者としての責務である。看護師が患者の自己決定を理解し、また患者も自身の自己決定が促進されるよう、双方の協働性が高まる支援を検討することが、安全な救急医療

を提供する上で重要であると考える。

2.5 看護への示唆

本研究結果から、看護師に内在する障壁、そして救急外来の環境や、ウォークイン外国人患者との協働といった、看護師が受ける外的な影響による障壁が減少するような支援が必要であるという示唆が得られた。

日本人救急看護師は、異言語を話し、異文化を背景に持つ予測できない外国人患者の反応への恐れや固定観念を、看護実践上の障壁として捉えていた。また、十分な臨床経験があるにもかかわらず、外国人患者と関わる際に普段どおりの実践能力を発揮できないという状況から、葛藤を感じ自信を失っていた。これらの看護師自身に内在する課題は、心理的および物理的に距離を取ろうとする看護師の態度へ影響することで、救急看護師としての自律性が減退する。

看護師の、国際経験や異文化能力 (Cultural competence) に関する教育の不足が¹¹¹、日本人看護師に内在する障壁を形成していると考えられる。このような障壁に対して、看護学生や看護師に対する異文化ケアに関する教育が、異文化能力を高めると明らかにされている¹¹²。

また、内在する障壁だけでなく、救急外来の環境や、そのような中で必要となる患者との協働が、看護師へ看護実践上の障壁をもたらすことが明らかとなった。多様な背景や医療ニーズを持つ不確実性の高い患者、緊急性の高い医療現場、迅速性が求められる対応などの救急診療の環境と、治療遂行や治療決定における協働性の欠如、対人コミュニケーションの円滑性の欠如など、救急外来の環境下における看護師と外国人患者との相互的な関わりにより、課題が生じていた。患者-看護師間の円滑なコミュニケーションと関係構築を促進するために、救急診療の場面に特化した医療通訳や翻訳機の効果的な活用のみならず、救急診療の特性を踏まえた外国人患者対応のトレーニングや、外国人患者と即時的に共通認識が得られるよう工夫した案内表示などの環境整備が必要である。

2.6 研究の限界

本研究には2つの限界がある。第一に、救急看護の経験年数が浅く、また他部署から移動し配属した看護師は、救急看護領域の熟達者と比較し、救急看護に対する基本的な認識に差があった可能性がある。第二に、単一施設での実施による、サンプリングバイアスが生じている可能性である。したがって、本研究の結果は、他の地域や異なる患者層を持つ病院の状況には当てはまらない可能性がある。異なる地域の病院や多様な背景を持つ看護師を含め、より広範な視点から検討する必要がある。

2.7 結論

本研究は、日本の救急外来において、看護師がウォークイン外国人患者にケアを提供する際に経験する障壁を明らかにした最初の研究の一つである。フォーカスグループインタビューで得られたデータを分析した結果、《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》、《診療の調和の喪失》、《難渋する治療目標の共有化》、《自己効力感の減退》の4つのテーマが抽出された。これらの結果は、外国人患者にケアを提供する能力の向上を目指す救急外来看護師を対象とした教育的介入の開発やシステム改善にさらなる洞察を与えるものである。

第3章 研究2:救急外来における看護実践に関するウォークイン 外国人患者の体験

3.1 背景

近年、世界的に人口の流動性が高まり、自国以外での医療を求める人々が多様化している。本邦では、国民皆保険制度を有しており、日本国民だけでなく日本に3か月以上居住する外国人も医療保険へ加入することができる。加入者に対し、どの医療機関でも受診できる権利を保障しているため、所得や国籍にかかわらず日本人と同等の医療を受けることが可能である。特に、救急医療機関へのアクセスが容易であることで、救急医療現場では多様な文化と言語への対応におけるニーズが高まっており、看護師を含む医療者は外国人患者への対応への課題に直面し、困難を感じている^{25,79,88}。課題に対する解決策は確立しておらず、救急看護師は、言語、文化、保健医療システムの不一致に基づく課題に直面しながら、外国人患者へ看護ケアを提供している^{25,79}。諸外国の研究では救急部門における人種的・民族的マイノリティ患者に対する医療格差が報告されており^{35-39,41,43,45}、外国人患者にして質や安全性が担保された医療やケアが提供されていない可能性がある。

患者の体験は、医療の質とケアの質を評価する上で重要な結果であり、指標である¹¹³。したがって、救急外来看護師の外国人患者への対応における看護実践上の障壁を解決する上で、外国人患者がそのような看護師によるケアを実際にどのような体験として受け止めているか理解することが必要である。しかしながら、救急医療における外国人患者の体験を明らかにした研究は、オーストラリアの非英語圏の患者¹¹⁴、カナダの先住民¹¹⁵、スペインでの不法移民¹¹⁶へのインタビューのほか、イスラエルのアラブ人^{117,118}やアメリカのヒスパニックとアフリカ系アメリカ人¹¹⁸を対象とした調査など研究蓄積が少ない。同様に、日本の救急外来を受診した外国人患者を対象とした研究報告も限られている^{107,119,120}。別府ら(2020)は、救急車で搬送され、日本の病院へ緊急入院が必要となった外国人患者へインタビューを通じて外国人患者の困難を明らかにしているが¹⁰⁷、救急車を利用して来院する患者の特性上、病院到着前に救急隊員によって患者の背景や状況に関する情報が統合され医

療者へ伝わっていることが多く、代弁者の存在により患者自身による能動的な役割が少ない。一方で、ウォークイン患者は患者自身が受診の手続きを進める必要があり、このようなウォークイン患者に対して、看護師は初期対応を行うことが多く、診療開始前から終了までの間、看護師と密にコミュニケーションをとることが多い。このようなウォークインで来院した外国人患者が看護ケアを受けた体験を理解することには、外国人患者自身の困難だけでなく、看護師にとっての障壁を理解する手がかりがあると考えられる。

本研究の目的は、救急外来をウォークインで受診した経験のある外国人患者が、救急外来看護師により受けた看護実践を、実際にどのような体験として受け止めているかを明らかにすることである。救急外来看護師が外国人患者とコミュニケーションをとる上で体験する事象を、外国人患者の視点から捉えることで、看護実践上の障壁がどのような相互作用によって生じ、外国人患者へ影響を与えられているのか、洞察を得ることができると考える。

3.2 方法

1) 研究デザイン

本研究も研究1と同様に質的研究デザインを用い、半構造化インタビューをオンラインで実施した。救急外来をウォークインで受診した経験のある外国人患者の、救急外来看護師により受けた看護実践に対する体験は明らかになっていないため、内容を帰納的に分析し概念化する必要があると考え、質的デザインを用いた。外国人患者の背景や受診の状況が一人一人異なることと、そのような研究参加者の体験と視点への理解を深めたいと考え、インタビュアーと回答者が1対1で行うデプスインタビューを実施した。

研究の透明性を高めるために、本稿は質的研究報告のための基準チェックリスト (Standards for reporting qualitative research: SRQR)¹²¹ に則り報告内容を作成した。

2) 研究参加者

研究参加者は、以下の適格条件を全て満たすものとした。

① 20歳以上で、日本の救急外来でウォークイン患者として看護師よりケアを受けたことがある者

② 母語が日本語でなく、英語または日本語での面接が可能である者

また、以下の条件に1つでも当てはまる者を除外した。

① 救急車で救急外来に訪れた者

② 救急外来を事前に予約し再診として訪れた者

③ 研究への参加の拒否の意思が表示される者

3) リクルート方法

本研究では、理論的サンプリングと機縁法を使用し、テーマが飽和するまで実施した⁹⁶。理論的サンプリング方法は、豊かなデータを生成し、それによって現象の理論的開発と探索を可能にするという特徴がある⁹⁶。

研究協力依頼書類には、対象者の選定基準、研究の目的、研究実施に関するプロセス、人権保護の内容、研究者の連絡先などを記載し、研究参加候補者の紹介が可能な研究協力者より、研究参加候補者へメールで研究依頼書を送付した。研究参加に関心のある候補者が研究者へオンラインフォームを通して連絡し、研究者は参加の意思に関する連絡を受け取った後、電子メールで個別に連絡調整を行い、研究参加者とインタビュー可能な日時を調整した。

4) データ収集

データ収集は、事前アンケート（資料 3）とオンラインによる半構造化インタビューによって行われた。事前アンケートは、インタビューにおける質を高めるために実施された。

(1) アンケート

インタビューに先立って、オンラインアンケートを使用し、性別、年齢層、出身国、母語、日本滞在期間、日本滞在目的、日本語能力レベル、当時の健康保険の種類、救急外来での経験の概要に関するデータを収集した。

(2) オンラインによる半構造化インタビュー

インタビューは、2020年12月から2021年8月までオンラインにより実施された。調査にあたり、救急外来の看護師から受けたケアに関する研究参加者の認識、思考、感情を明らかにするために、一定の自由な語りを得る半構造化インタビューガイドを開発した（資料4）。インタビューガイドの妥当性を確認するため、3人の研究参加者の協力を得て、パイロットインタビューを実施した。各インタビューの後、研究参加者に電子メールでインタビュー結果をフィードバックした。研究参加者の語りから新たな概念を検討し、考察を深めるため、データ収集の進行に合わせて、リサーチクエスションとインタビューガイドを繰り返し洗練、修正した。

研究参加者の同意を得て、全てのインタビューはZoom（Zoom Video Communications, Inc., 2021）を使用して英語で実施および録画された。インタビューは、研究者、研究参加者それぞれの自宅やプライベートな空間で行い、対話の安全性と機密性が保たれる環境を確保した。インタビュー中は、各研究参加者の回答に含まれる概念や思考の理解を深めるために、研究参加者の許可のもとメモを取った。

インタビューデータの文字起こしは秘密保持契約を締結した専門業者に依頼し、逐語録を作成した。研究者が、逐語録の正確性をインタビューデータとインタビュー中のフィールドノートと照らし合わせ確認した。

5) データ分析

本研究も研究1と同様に、Braun and Clarke(2006, 2021)^{97,98}の再帰的テーマ分析を採用した。本分析方法は、収集されたデータから繰り返される現象のパターンをテーマとして特定することで、研究参加者の顕在的あるいは潜在的な価値観や信念などが明らかになるとされている^{97,98}。そのため、救急外来看護師の看護実践に対する外国人患者の受け止めに明らかにする上で本分析方法を用いることが適切であると考えた。データ管理とコーディングには、Microsoft Excel for Mac（バージョン 16.77）を使用した。初期の段階では、研究者が全てのデータのコーディングを行い、その後、共著者や質的研究に精通した専門家とのディスカッションを通し

て、データの一貫性と妥当性を確認した。

本研究において、学術的厳密性は Lincoln and Guba⁹⁹の信頼性基準にしたがって担保した¹⁰⁰。研究の信頼性を確保するために、全てのインタビューは研究者によって行われ、多文化に精通するチームメンバーでデータ内容を精査した。転用可能性は、研究方法の詳細な説明を提供し保証した。確証性の基準を遵守するために、インタビューの正確な転写を含む包括的な監査記録を確立した。さらに、データ収集手順の細かな文書化が行われた。コーディングと再帰的テーマ分析の一貫性は、独立した研究者3名によるデータ内容の精査を通じて検証した。

6) 倫理的配慮

研究開始前に、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会(第2020-17号)から承認を得た。研究参加者は、本研究の目的、方法、および以下の倫理的配慮について説明を受け、自由意思によってインタビューへの参加に同意した。

- ① 研究協力は任意であり、協力参加の有無により不利益を被ることがないこと。また、回答したくない質問には答えなくても良いこと。インタビュー終了まで参加を撤回することが可能であるが、インタビュー終了後は匿名化データとして保存し分析するため、参加同意の撤回ができないこと。
- ② 匿名参加のため、インタビューへの参加を以って同意とみなすこと。日程調整とオンラインのインタビューへの招待目的にメールアドレスを収集するが、事前アンケートのデータに個人情報が紐づくことはないこと。また、インタビュー終了後は、メールおよびメールアドレスを速やかに消去すること。
- ③ 事前アンケートでは、個人が特定される情報は収集しないこと。アンケートは研究用IDを振り、インタビューのデータを紐づけること。
- ④ インタビューは、インタビューアーがプライバシーに配慮された個室からオンライン会議システムに接続し実施されること。
- ⑤ 研究を通して得られた情報は、個人が特定できないようにコード化すること。また、データは研究者によって厳重に管理・保管されること。

3.3 結果

28人から研究参加への意思表示に関する連絡があり、そのうち20人と連絡が取れた。5人はインタビューの中で選択基準を満たしていないことが明らかとなったため、分析対象から除外された。調査開始以降、研究参加者の拒否や脱落は発生せず、最終的に15人にインタビューした後、テーマの理論的飽和に至った。

研究参加者の13人はアメリカが出身国であり、残り2人はそれぞれイギリスとオーストラリアであった。全参加者が医療保険に加入しており、日本滞在期間は3年から41年であった。インタビューの平均時間は46分であった。研究参加者の属性を表3に示す。

表 3. 研究参加者の属性

ID	インタビュー 時間 (分)	性別	年齢 (代)	出身国	母語	日本滞在 期間 (年)	来日目的	主観的日本語能力のレベル (程度)			
								話す	読む	聞く	書く
A	46	男	60	アメリカ	英語	21	仕事	中	低	中	不可
B	85	男	50	アメリカ	英語	34	仕事	高	中	高	中
C	62	女	70	アメリカ	英語	21	仕事	低	不可	低	不可
D	85	男	70	アメリカ	英語	41	仕事	高	中	高	低
E	21	男	70	イギリス	英語	40	仕事	高	高	高	中
F	29	女	50	アメリカ	英語	5	配偶者の仕事	不可	不可	不可	不可
G	36	男	40	アメリカ	英語	3	仕事	低	不可	低	不可
H	35	男	60	アメリカ	英語	15	結婚、勉強	高	中	高	中
I	46	女	60	アメリカ	英語	30	仕事	高	中	高	低
J	31	女	60	アメリカ	英語	35	配偶者の仕事	低	低	中	不可
K	52	男	50	アメリカ	英語	20	家族の事情、仕事	中	低	中	低
L	34	男	60	オーストラリア	英語	35	結婚	低	低	低	不可
M	61	男	70	アメリカ	英語	10	仕事	不可	不可	不可	不可
N	35	女	50	アメリカ	英語	33	仕事	高	低	高	不可
O	34	女	50	アメリカ	英語	12	仕事	低	低	中	不可

再帰的テーマ分析の結果、《異文化の摩擦》、《医療者中心のケア》、《異文化への関わりへの躊躇》、《言語を越えたつながりの構築》の4つのテーマが抽出された。参加者は、文化的背景や言語が異なる外国人患者として、救急外来において障壁を経験し、それにどのように対応したかを語った。テーマとサブテーマは表4に示す。また、本研究では、テーマを《 》、サブテーマを〈 〉で示す。以降、各サブテーマについて代表する実際の外国人患者の語りとその日本語訳を斜体で示す。内容を補足する場合には（ ）で示し、中略を(...)で示した。引用部分の後に参加者IDを[]で示す。

表4. テーマとサブテーマ

1. 異文化の摩擦
1) 受容できない異なる医療文化
2) 考慮されない慣習の相違
2. 医療者中心のケア
1) 不十分な情報提供
2) 一方的な看護ケア
3. 異文化への関わりへの躊躇
1) 看護師による異文化接触への戸惑い
2) マイノリティであることへの患者の気後れ
4. 言語を越えたつながりの構築
1) 寄り添いを感じる看護師の関わり
2) 高い専門性に基づく信頼
3) 患者の円滑なコミュニケーションの試み

1) 《異文化の摩擦》

このテーマでは、異なる文化的背景を持つ医療者と患者の間の文化的価値観と信念の違いが示された。これらの相違は患者にとって不快な体験となることが多く、日本の医療者の期待に反する行動につながるがあった。

(1) 〈受容できない異なる医療文化〉

サブテーマとして、参加者は、「日本の医療文化において患者に期待される行動」に従うことが難しいことが示された。

D 氏は、処方薬の遵守を拒否した理由として、日本の慣習と D 氏の文化との間で、処方箋に対する患者の態度や行動に相違があることが原因であると説明した。

I won't take it unless I actually need it. If it's an antibiotic or something, then I have to take the whole course, but painkillers or something like that, I wouldn't take them unless I have to. Again, that's very British in that they don't usually prescribe medicines unless you need them. [Mr. D]

実際に必要な場合以外は（薬を）飲みません。もし抗生物質などなら、すべて飲み切る必要がありますが、痛み止めなどは本当に必要がない限り飲みません。また、それはとてもイギリス的で、通常、必要でない限り薬は処方されないんです。[D 氏]

同様に、J 氏は、日本では患者が権威に従い、医師の指示に従う行動をとることを期待されていることを指摘する一方で、J 氏はこの医療文化を受け入れないことを述べた。

(In Japan) The doctor tells you something, and you're just supposed to do it. That's a huge cultural difference. You know, we aren't taught to just do it because the doctor says so. We're taught to understand, why to do it. And if we don't understand we're taught to ask questions. [Ms. J]

（日本では）医師が何かを言うと、患者はただそれを実行することが求められます。それは大きな文化的な違いです。私たちの場合は、医師がそう言うからと言って、ただそれをするようには教えられていません。それをする理由を理解するように教えられています。そして、もし理解できないなら、質問するように教えられます。[J 氏]

(2) 〈考慮されない慣習の相違〉

患者にとって受け入れがたい医療文化の違いに加えて、文化的背景の違いが医療者によって考慮されていないことが、2 つ目のサブテーマとして抽出された。参加者は、自分たちの医学的信念や価値観が考慮されていないことに対して不満を感じていた。

I 氏は、自身の疼痛への耐性や対処法が日本人と異なることを認識する一方で、そのことが治療において考慮されなかったことを語った。

And if I were a Japanese, you know, would have been a much more sort of “Ganbaru” kind of attitude, but I didn't grow up, you know, with that kind of attitude towards pain. So, it was a little bit of a cultural miss in that sense. (...) In America, we learn from a young age, pain is something you can get rid of. You can take a pill, you can get a shot, you can get rid of pain. But I think in Japan, people learn to kind of tolerate a different level of pain. [Ms. I]

もし私が日本人だったら、もっと「がんばる」姿勢だったでしょうが、私は痛みに対してそうするよう育っていません。ですから、そういう点で少し文化的なズレがありました。(…)アメリカでは、私たちは幼い頃から、痛みは取り除くことができるものだとして学びます。薬を飲んだり、注射を受けたりして痛みを取り除くことができます。でも、日本では、人々は異なるレベルの痛みに耐えることを学んでいると思います。 [I 氏]

同様に G 氏も、日本人と体格差があることで日本人と同量の薬剤投与量では効果が得られないことを認識する一方で、G 氏の体格に合わせた投与量の考慮がされなかったことを語った。

My initial thought is, of course, I'm twice the size of most Japanese men. I would imagine that, you know, I guess compared to the US, I would have gotten (twice the size of the medicine). [Mr. G]

私の最初の考えとしては、もちろん、私はほとんどの日本人男性の2倍の大きさです。アメリカと比較し、私は（日本人の2倍量の薬を）もらっていたでしょうね、と想像します。 [G 氏]

このように、医療に対する期待と、外国人患者らが体験した医療が合致していなかったために、外国人患者と日本の医療文化との間に不調和が生じていた。

2) 《医療者中心のケア》

2 つ目のテーマでは、医療者の説明不足やコミュニケーションの欠落した一方的なケアなどにより、患者が納得できないまま医療が進んでいることが明らかになった。参加者は、患者のニーズではなく、主に看護師のニーズやり方に焦点を当てた医療アプローチについて指摘した。

(1) 〈不十分な情報提供〉

1 つ目のサブテーマでは、医療者の説明が不十分で患者が自分の現状を理解できていない語りが聞かれた。C 氏や E 氏は、自分の理解や了解が不十分のまま、いつの間にか理由もわからず入院することになっていた体験を語った。

And I was like, "Why am I at admissions? What is wrong?" [Ms. C]

そして私は、「なぜ私は入院手続きをしているの？何が悪いの？」と思いました。[C 氏]

But one of the things was, "Do you understand what you are being hospitalized for". Actually, at that point, I really didn't understand. [Mr. E]

でも、その中の一つに「入院する理由を理解していますか？」という質問がありました。実際のところ、その時点では私は本当に理解していませんでした。[E 氏]

(2) 〈一方的な看護ケア〉

2 つ目のサブテーマは、看護師が患者の意向や反応を考慮せずに一方的に治療を行うことについて抽出された。例えば A 氏は、看護師が何も A 氏に話しかけず、ただ看護師がすべきことを遂行し、去っていく様子を体験した。

Some of them didn't even try (to converse with me). They would come in – they

would come over to check on me, do a blood pressure or whatever. They wouldn't say anything. They'd just come over and check my blood pressure and stuff. [Mr. A]

中には（私と会話をしようと）全く努力しない人もいました。彼女たちは入ってきて、私の様子を見に来るのですが、血圧測定などをするだけで、何も言いません。ただ近づいてきて、血圧を測ったりするだけです。[A氏]

G氏は、医療者に痛みを訴えても、追加の局所麻酔薬を投与されなかったことに対する不満を語った。

That was a little frustrating because it was obviously fairly excruciating pain. I was literally screaming as loud as I could while they were doing it, and that didn't seem to change their opinion on whether to give me more (medication) or not. [Mr. G]

明らかにかなり激しい痛みだったので、少しイライラしました。彼らが処置をしている間、私はできる限り大声で叫んでいましたが、それが彼らのより多くの（薬を）与えるかどうかの考えを変えるようには見えませんでした。

[G氏]

また、C氏は医療者が詳細の説明なく、自分たちのルールを押し付けてきたことについて述べた。

All went back to that universal excuse, "It's a rule. You have to do it this way. So stop asking why and just do it." [Ms. C]

全てはあの万能の言い訳に戻ります。「ルールですから。この方法でやらなくてはなりません。ですから、なぜかを尋ねるのをやめて、ただやってください。」[C氏]

このように外国人患者は、医療者のルールや治療目標が患者よりも優先され、患者の個人的なニーズや価値観があまり考慮されずに医療処置が行われた体験として受け止めていた。

3) 《異文化への関わりへの躊躇》

3つ目のテーマでは、外国人患者は看護師と患者の双方が、異なる文化的背景を持つ者同士と関わることに抵抗や居心地の悪さを感じていることを示していた。

(1) 〈看護師による異文化接触への戸惑い〉

最初のサブテーマでは、患者が、看護師が外国人である患者と関わろうとせず、関係性が構築されない様相が抽出された。

It was certainly clear that three or four of them probably weren't that comfortable communicating with a foreign patient. (Mr. A)

間違いなく、彼女たちのうち3、4人は外国人患者とコミュニケーションをとることは、それほど心地よくはなかったはずです。[A氏]

またA氏は、自分は少し日本語を理解することができたにも関わらず、看護師は言語の壁があることを強く意識していたため、関わろうとしなかったと受け止めていた。

They are not connecting that bond probably because of language issues. They are uncomfortable because they don't speak any English, and they probably assume I don't speak any Japanese or very little. (Mr. A)

彼女たちは言語の問題が原因で、絆が築くことができていないのだと思います。彼女たちは英語がまったく話せないので居心地の悪さを感じており、おそらく私が日本語を全く話せないか、あるいはほとんど話せないと思っているのでしょう。[A氏]

(2) 〈マイノリティであることへの患者の気後れ〉

救急外来において相手との関わりを躊躇していたのは、看護師だけではなく、患者も自分が外国人患者であることを認識し、どのように感じられるか恐れていた。K氏は自分の外見が日本人と異なることが、看護師を怖がらせてしまうのではないかと語った。

I can be because I'm, again, very kind of big guy. It can be scary to some small

Japanese women especially. [Mr. K]

また言いますが、私はかなり大柄な男です。特に小柄な日本人女性にとっては怖いかもしれません。[K氏]

I氏も同様に、外国人であることを理由に、看護師が自分に対してケアを行うことに、不快感を抱く可能性について懸念を示した。

You know, sometimes as a foreigner, you know, one worries, "Oh, maybe they're going to be someone who's going to be uncomfortable taking care of a foreigner," or maybe they're not going to – "they're going to want to get rid of me quickly."

[Ms. I]

外国人として、時々心配になりますよね。「ああ、外国人の対応をすることに不快感を感じる人がいるかもしれない」とか、「早く私をどこかに追いやりたいがっているかもしれない」と思ったりします。[I氏]

また、A氏は、自分が外国人患者であることを看護師たちが居心地の悪さを感じているかもしれないことへの申し訳なさを示していた。

I feel bad that they are uncomfortable. I am a patient. We have the same needs. It's the same thing. I feel bad for them that they feel this way. They shouldn't.

[Mr. A]

彼女たちが不快に感じていることに、私は申し訳ないと思います。私は患者です。私たちは同じニーズを持っています。それは同じことです。彼女たちがこのように感じていることに対して、気の毒に思います。そう感じるべきではありません。[A氏]

4) 《言語を越えたつながりの構築》

最後のテーマでは、医療者と参加者の双方が言語の壁を越えて関わろうと努める様相が抽出された。

(1) 〈寄り添いを感じる看護師の関わり〉

流暢な英語を話すことができなかつたにも関わらず、看護師が患者のベッドサイ

ドに頻回に訪れ患者への関心を示したことで、看護師とのつながりを A 氏は体感した。

The nurses that were more confident certainly they would come in more frequently, I think, to try to interact because I think they felt the connection somewhat with me, with patients. [Mr. A]

より自信のある看護師は、確かにより頻繁に来て、患者である私と何らかのつながりを感じていたと思うのですが、患者と交流しようと試みていたと思います。 [A 氏]

F 氏は、辿々しい英語であったにも関わらず看護師が話しかけてくれたことで、自身の心配な気持ちが紛れたことを語った。

She tried to distract me. (...) A little, I mean good enough. It wasn't big sentences, but you know, where are you from, how long in Tokyo, things like that. [Ms. F]

彼女は私の気を紛らわせようとしてくれました。(…)少しですが、まあ十分でした。長い文章ではありませんでしたが、どこ出身か、東京にどのくらいいるのか、そういうことを尋ねてくれました。 [F 氏]

(2) 〈高い専門性に基づく信頼〉

外国人患者は、日本の救急外来看護師から受けたケアを肯定的に捉えていた。G 氏は日本文化に内在するプロフェッショナリズムに基づく看護実践へ信頼を寄せており、看護師の礼儀正しさについて語った。

I would say that, on par with US service, I mean, the Japanese medical community is – and this is just inherent to definitely just Japanese culture of just being very respectful and very professional and more so than in the US. I have no real meaningful thing to say that other than just everyone I interacted with was very professional and very respectful. [Mr. G]

アメリカのサービスと同等で、日本の医療界は—これは明らかに日本文化に固有の、非常に礼儀正しく、非常にプロフェッショナルで、アメリカよりもそうです。私が交流した全員が非常にプロフェッショナルで、非常に

礼儀正しかつたので、それ以外に特に言うべきことはありません。[G氏]

A氏は、非常に気配りがあり知識が豊富で、病歴を効率的に収集して治療を開始する様より、救急外来看護に対する信頼感を反映した看護師だったと述べた。

The nurse at that time, she was very plugged in. To me, it was what I would expect from a typical ER nurse. She knew exactly what was going on and the whole thing, and was getting the history and the overall thing while they were starting IVs on me. [Mr. A]

その時の看護師は非常に状況に精通していました。私にとっては、典型的な救急外来看護師として期待通りの対応でした。彼女は状況を正確に把握していて、全体の流れを理解し、点滴を始める間に私の病歴や全体的なことなども聞き出していました。[A氏]

さらにI氏は文化の違いを観察し、母国での経験と比較して、日本人看護師の礼儀正しさや丁寧さを評価した。

But mostly, the cultural difference was that everyone was a lot nicer to me at the X hospital than they might have been in America. In America, just they don't have time to be gentle. They don't make that a priority. It's not that they don't have time, they don't prioritize being gentle, and kind, and respectful. It's just, "We need to take care of you because there are six patients behind you who also need care." So, (the nurses in America are like) "quick, quick, quick." [Ms. I]

しかし、文化的な違いはとしては主に、私に対してX病院の看護師の皆さんがアメリカよりもずっと親切だったことです。アメリカでは、看護師は患者に優しくする時間がありません。優しさを優先事項としていません。時間がないわけではなく、優しさや親切さ、礼儀を優先しないのです。ただ、「あなたの他にもケアが必要な患者が6人もいるから、あなたのケアをしないといけない」、というものです。だから（アメリカの看護師は）、「早く、早く、早く」（という感じです）。[I氏]

(3) 〈患者の円滑なコミュニケーションの試み〉

看護師からの働きかけだけでなく、外国人患者自身も、自身が持つ強みや資源を活用しコミュニケーションを取ろうとする様子が明らかとなった。

F氏は、友人の熟練した通訳によってコミュニケーションが促進された経験を語った。

Her (Ms. F's friend) English was very good, and so it was no problem to have her translate, just talk and translate. [Ms. F]

彼女 (F氏の友人) の英語はとても上手で、だから彼女に通訳してもらうのは全く問題ありませんでした。ただ話して、そして翻訳してもらうだけでした。[F氏]

一方、友好的なジェスチャーの重要性を強調する K氏は、非言語的なサインと態度が患者と看護師の相互作用に影響を与えることを示していた。

I think I'm always just trying to do that in my life. Just say something nice, and, you know, make the signal, "Hey, I'm just a friendly guy." [Mr. K]

私は日々それをしようとしているだと思います。ただ何かいいことを言って、「ほら、私はただのフレンドリーな人だよ。」って合図を送るんです。[K氏]

このような患者の経験は、日本の外国人医療における言語および非言語コミュニケーションと対人関係に対する態度が及ぼす影響を明らかにしている。

3.4 考察

本研究では、日本の救急外来へ受診経験のある母語を英語とする参加者へのインタビュー調査から、日本の救急外来で体験した課題と、その課題を乗り越える様相が明らかとなった。

これまでの日本での調査は、別府ら(2020)が救急車で救急搬送され緊急入院が必要となった外国人患者へインタビューを行っている¹⁰⁷。しかし、患者自身が受診のための手続を進める必要のあるウォークイン患者が体験する障壁に焦点は当てられていない。また諸外国においても、救急医療を受ける外国人患者の体験も限られており実態は明らかになっていない¹¹⁴⁻¹¹⁶。本節では、日本において外国人患者が救

急外来で経験した救急医療と看護ケアの障壁について論じ、異文化との遭遇が救急治療、患者の権利、患者-医療者間の関係性に及ぼす影響と、これらの現象が救急医療に及ぼす影響について考察する。

1) 救急医療における文化の対立

外国人患者にとって日本の救急外来の受診とは異文化体験である。外国人患者との出会いは、外国人患者にとってだけでなく、ケア提供者にとっても同様に異文化体験となる。異なる文化の出会い、すなわち外国人患者の文化的背景とケア提供者の文化的背景の出会いは、健康とケアの理解における価値観、信念、習慣の本質的な違いの出会いと密接に関連している¹²²。

外国人患者は医療の中の異文化体験に戸惑いや困難感を感じるだけでなく¹⁰⁷、異なる2つの文化が出会うことで、今回の研究結果のように患者-医療者間において「文化の摩擦 (Conflict of culture)」を生む可能性がある。先行研究では、外国人患者のケアにおける「文化の摩擦」が、ケアを提供する際の課題となっていることが指摘されている^{69,71,76}。

例えば、病院の規則や個々のケアの方法は、ケア提供者の文化的背景を反映している。病院には、患者にとって理解が難しい暗黙的な規律やルールが存在し¹²³、医療者が提供するケアは患者自身の文化的背景と大きく異なる可能性があることを、看護師は意識する必要がある¹²²。

このように、患者の健康や医療に対する認識や価値観が医療者のものと異なる場合、治療やケアを受けることに対する抵抗や拒否につながる可能性がある^{71,122}。患者と医療者間の非効果的なコミュニケーションは、治療のアドヒアランスと転帰に影響を及ぼす^{124,125} ことがあり、救急外来への24時間以内再来院のリスクを増加させる可能性がある。適切な治療が受けられないことで症状が重篤化するなど、救急医療の質に影響を与えることもある。

個々の患者が医療に対してどのような期待や治療に対する好みを抱いているかを理解し、ニーズを確認することが重要である。その上で、医療者は文化的および言語的に配慮したケアを提供する必要がある。患者の言語や生活背景を考慮した教

育的指導は、高血圧のコントロール¹²⁶や、2型糖尿病の管理などにおいて¹²⁷、患者の治療への遵守の改善における有効性が報告されている。

それ以外にも、看護師が外国人患者をケアする際の文化の不一致は、治療計画における患者と看護師の協働性において課題を生じさせるため、治療方針を決定するプロセスにおいて解消すべき点である¹²⁸。また、患者と医療者間の健康に関する信念や病気の概念の違いだけでなく、外国人患者の共同意思決定（Shared Decision Making; SDM）のスタイルに対する好みは、治療結果に大きな影響を及ぼす可能性があると言われている^{109,129,130}。救急外来での効果的なSDMは、高血圧を持つ患者の救急外来の利用頻度の減少や¹³¹、不必要な検査の削減によるコスト削減へ寄与できる可能性がある³⁷。したがって、異文化により生じる、患者-医療者間の対立を少なくし協働性を高めることが、救急医療における患者の安全性と治療の質を担保する上で重要であると考えられる。

2) 患者の権利が擁護された患者中心のケア

本研究で参加者は、患者中心ではなく医療者中心のケアを救急外来で体験していた。医療者中心のケアの場合、患者の価値観や意向、意思決定の権利が尊重されない可能性がある。今回の調査と同様に、救急外来でケアを受けた外国人患者は、言語や文化の違いにより、治療や状態について十分な情報を得られなかったと報告がある^{107,114,123}。日本人患者は、自身の意向を主張することよりも、医師主導で治療を進めることを好むという報告があるように¹⁰⁹、日本人看護師は、普段から患者の意思や自己決定を十分に確認できていない可能性がある。

迅速に多くの患者の治療を遂行する必要がある救急外来の特性上、一人の患者に十分に時間を割けない可能性がある。しかし、Yeheskel and Rawal (2019)の研究では、患者と医療チームとの関係は、患者のケア経験を決定する上で重要な要素であり、患者はそのような医療チームから得る十分なインフォームド・コンセントを極めて重視していることを指摘している¹³²。

患者にとって十分なインフォームド・コンセントが行われない場合、十分な合意形成がされないまま、医療が提供されることがあり、患者の自律性と権利、そして

安全性が脅かされる可能性がある。そればかりか、人種的・民族的マイノリティはセルフアドボカシーの欠如により、情報を知る権利の認識不足や、主張することをためらう可能性がある。また、母国よりも良い医療を受けられるという信頼から、本来得られるはずの情報の欠如に気づかず、患者の権利に関する問題が顕在化しない可能性も指摘されている^{47,86,114,117}。今回の調査においても、外国人患者は、看護師への信頼や、自分自身の立場に対する気後れに関する語りが聞かれており、患者自身の主張が十分され難い状況であった可能性がある。

本調査より、日本の救急外来に来院する外国人患者は、人種的・民族的マイノリティであることで、患者の権利が脅かされやすい脆弱な立場にあることが明らかとなった。患者のセルフアドボカシーが高まるよう医療者はその脆弱性を意識して、協働して合意形成のプロセスが取れるよう努める必要がある。

3) 治療的関係を築くための異文化間の関わり

Sonis et al. (2018) は、スタッフと患者のコミュニケーション、救急部門の待ち時間、スタッフの共感と思いやりを、救急部門での患者経験に最も大きな影響を与える3つの重要な要因として結論付けている¹³³。しかし日本人看護師は、コミュニケーションと文化の違いによる障壁によって、外国人患者の対応の際に困難に直面している^{77,93}。

相手の文化に関する知識がない看護師は、異文化的背景を持つ患者へのケアの際、患者にとっての文化背景的な禁忌を冒さないか恐れ、適切なケアを提供する自信がないことが指摘されている^{76,85}。また、外国人患者へのケアは、文化と言語の違いにより労力と時間がかかり、それにより救急診療のオペレーションが停滞する恐れがある¹³⁴。このような、異言語や異文化に対する恐れだけでなく、救急診療の環境的要因が看護師の心理へ影響し、積極的な関わりを避ける行動の一因となっている可能性がある。その例として本研究に参加した外国人患者は、不十分な説明やコミュニケーションのない端的な看護行為から、救急外来看護師が外国人である自分と十分に関わろうとしなかったことを指摘している。また、中には外国人である自分のケアに対して、看護師が不快感を抱くのではないかと懸念する者もいた。

言語の違いや不法滞在者などの社会的に弱い立場にある患者は、その立場に対する医療者からの偏見により不当な扱いを受けることを恐れ、その結果、患者の行動が変容し、医療アクセスの障害や患者アウトカムの低下につながる可能性があることが、これまでに報告されている^{135,136}。

日本人の英語能力は、OECD 諸国の中で低いレベルであると報告されているように¹⁰²、看護実践においても外国人患者との言語的コミュニケーションへの困難さが焦点化されており²⁵、語学力の向上に対する高いニーズが看護師より報告されている⁸⁸。一方で、外国人は日本人口のわずか2%を占める少数派であることから、外国人患者自身の言語の流暢さに関わらず外国人患者は医療を受ける際に不安を感じており¹⁹、言語的障壁の解決だけが患者へ安心をもたらす糸口ではないと考える。これは、言語的コミュニケーションの課題がある一方で、今回得られた結果の一つに《言語を超えたつながりの構築》という現象が見られたことによる。外国人患者は、流暢な外国語を話せない看護師に対する不満はなく、むしろそのような日本人看護師の特性を理解しており、多忙な救急診療の業務の中でも外国人患者である自分との関係性を築こうとする姿勢を好ましく感じていた。言語だけでなく非言語的に安楽と思いをやりを提供しようとする態度や姿勢を患者へ表現することは、患者のコミュニケーションに対する満足度を高める¹³⁷。今回、外国人患者は看護師のプロフェッショナルな姿勢についても強調しており、救急外来での看護師の自律的な行動や専門性の高い看護実践に対する信頼が生まれ、看護師と患者の間に効果的な治療的關係が築かれる可能性がある。このように、看護師が救急外来看護師での専門性を自律的に示し、言語的および非言語的なアプローチを用いてコミュニケーションを試みる姿勢を示すことは、治療的關係の構築において重要である。

3.5 看護への示唆

救急外来では、患者が緊急の医療を必要とする場合に、またはそのような患者の到着に備え、医療者は一連のプロセスを迅速に行う必要がある。したがって、通院を繰り返す外来や、一定の入院期間の中で構築される関係性と異なり、短時間で治療成果を出す必要がある救急外来の状況の中で、外国人患者との良い関係性の構築が課題である。

外国人患者対応の障壁を乗り越えた方法について報告する先行研究が限られている中⁹⁴、本研究では障壁の軽減に関連する要因が示唆された。患者と医療者間の言語の不一致を解消するために、通訳や翻訳機の利用の促進が提言されてきたが⁸⁴、本研究の結果からは、そのサポートを利用する看護師の異文化に対する信念や価値観に基づく態度も重要であるということが示唆された。

また、医療者と患者という関係性や、人種的・民族的マイノリティという立場は、医療者と患者の間にパワーバランスの不均衡が生じやすく、患者の権利が脅かされやすい。したがって、多様な文化的背景を持つ患者の尊厳が守られるよう、片方の文化に優位性が生じず相互尊重できるような環境を表す「文化的安全性（Cultural safety）」^{56,138}という概念が重要である。このような医療環境の構築には、看護師が異文化に対する感受性、認識、柔軟性を高めること¹³⁸が必要とされる。このため、看護師に対しては、このような態度や能力を強化する教育的支援が必要である。看護師は、患者の意思を尊重した看護ケアを提供するようになり、また、そのようなケアを受けた患者も自律的な意思決定を行い、患者満足度を含む質の高い救急医療へ寄与できることが期待される。

3.6 研究の限界

本研究参加者は、大半が米国出身であり、参加者全員が英語を母語とする者であった。したがって、この結果は、米国出身者以外や英語以外を母語とする外国人患者の視点やニーズを十分に反映できていない可能性がある。言語的、文化的多様性を含むさらなる広範な研究が、看護実践能力の全面的な向上において必要である。

3.7 結論

本研究は、本邦で初めてウォークイン外国人患者に焦点を当て、日本の救急外来で看護ケアを受ける際に遭遇する障壁を明らかにした研究である。インタビューの結果、《異文化の摩擦》、《医療者中心のケア》、《異文化への関わりへの躊躇》、《言語を越えたつながりの構築》が障壁として明らかとなった。文化的安全性が欠如する場合、医療者と患者双方の自律性を損ね、救急医療行為が困難になる可能性がある。これらの成果は、救急外来看護師の熟練度を高めるための教育的介入の理解と発展に寄与すると期待される。

第4章 総括

これまで看護師と外国人患者間の障壁は、言語、文化、保健医療システムの相違によるものであり、これらの要因による看護実践上の課題や患者体験が看護師の視点や患者の視点から報告されてきた。しかし、救急医療という枠組みやシステム、また外国人患者との相互作用の中では文脈化されておらず、構造的要因の観点からは十分に検討されてこなかった。救急外来看護師が外国人患者へ対応する際の障壁により、外国人患者は質の高い救急医療や看護を受けられない可能性がある。そこで、救急外来で勤務する看護師の外国人患者対応における看護実践上の障壁と、その障壁を伴う看護実践が患者へ与える影響を構造的要因の観点から明らかにすることを目的として、救急外来へウォークインで来院した外国人患者への対応経験のある救急外来看護師と、救急外来へウォークインで来院し看護ケアを受けた経験のある外国人へインタビュー調査を行った。本研究の成果と課題について、救急外来看護師と救急外来を受診する外国人患者の間に生じる文化と言語の不一致がもたらす看護実践上の障壁と、その障壁が及ぼす影響について総括する。

4.1 救急看護師の看護実践上の障壁

研究1（第2章）と研究2（第3章）より、外国人患者への対応において、救急外来看護師には、看護師自身に内在する内的な障壁と、救急診療の特徴的な環境や外国人患者との協働といった、環境や対人関係との外的な相互作用によって生じる障壁が生じていることが明らかとなった。

研究1は、本邦で初めての報告として、救急外来でウォークイン外国人患者を対応する救急外来看護師の看護実践上の困難の様相と障壁を明らかにした。救急外来看護師は外国人患者への対応において自信を持つことができず、自律的に看護実践ができないことによる《自己効力感の減退》や、異言語を話し異文化を背景に持ったウォークインで突如現れる、予測できない患者の反応への固定観念や恐れ、戸惑いなどによる《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》が内的な障壁として看護師に内在していた。また、看護師は緊急性の高い医療現場の中で救急外来のオペレーションを維持しようとするが、治療に関する協働が行われず《難渋する治療目標の共有化》

が生じ、このような労力の負担や迅速性・円滑性に欠いた看護実践を通して、救急外来の《診療の調和の喪失》が救急看護実践上の障壁として明らかとなった。

このように、外国人患者への対応における個人に内在する障壁は救急看護師の専門性や自律性を抑制していた。この、看護師の自律性の抑制や欠如は、多様な背景や医療ニーズを持つ不確実性の高い患者、来院や緊急性の高い医療現場、迅速な判断と対応などの救急診療の特性による環境的要因、そして治療遂行や治療決定における患者との協働性の欠如や対人コミュニケーションの円滑性の欠如など外国人患者との相互的な関わりによって生じる外的な障壁の影響も受けていた。

4.2 救急看護師の看護実践上の障壁が及ぼす影響

研究2では、本邦で初めての報告として、ウォークインで救急外来受診経験のある外国人の、受診時に看護師より受けた看護実践上の課題と、その課題を乗り越える様相が明らかとなった。1つの現象に対して看護師と患者の異なる視点からデータを収集したことで、研究2が研究1の結果の支持と補完をすることができ、看護実践上の課題が患者との相互作用においてどのように影響を及ぼしているのか深い洞察を得られたと考える。

外国人患者は、救急医療や救急外来看護師との文化の不一致により、医療や治療における《異文化の摩擦》が生じ、〈考慮されない慣習の相違〉に対する医療への不満だけでなく、〈受容できない異なる医療文化〉という現象として、提示された治療方針の受け入れ難さを示していた。これは、研究1で得られた看護師の《難渋する治療目標の共有化》の理由として説明できる。異なる文化の遭遇は摩擦のみならず、救急外来看護師には外国人患者への対応に戸惑いが生じ、外国人患者自身も〈マイノリティであることへの気後れ〉があることで、双方において《異文化への関わりへの躊躇》が見られた。患者も看護師のそのような態度を認識しており、外国人患者から見た〈看護師による異文化接触への戸惑い〉は、研究1でも看護師より《曖昧さを伴う関わりへの躊躇》として示されている。このように外国人患者は、救急外来看護師から患者のニーズに応じた情報や看護ケアが提供されず、《医療者中心のケア》を体験していた。このことは、研究1で看護師が《曖昧さを伴う関わりへ

の躊躇》や《難渋する治療目標の共有化》を示していたように、患者への積極的な関与への躊躇や、外国人患者の治療へ自己決定する姿勢に看護師が慣れていないことが要因であることが考えられた。

このように、看護師の看護実践上の障壁は、患者にとっても救急外来の受診における障壁として捉えられており、患者の満足度や医療遵守行動の低下といった医療の質へ影響を及ぼしている可能性が明らかとなった。今回、外国人患者の視点を通して、緊急性が高い状況において、患者の意思決定を尊重し支援する姿勢が医療者に欠如していることが明らかになったが、このことは外国人患者に限らず、医療者がどのように患者と協働しながら治療やケアを提供し支援できるか、考えていく必要があるだろう。

4.3 看護実践への示唆

本研究結果より、救急診療における外国人医療の質の向上を目指し、救急外来看護師と外国人患者の双方の自律性が高まり、協働性が高まるよう、内的な障壁と外的な要因による障壁の両方へのアプローチが必要である事が示唆された。

一つ目に、看護師の自律性を高めることを目的として、看護師の自信が向上し、外国人患者に対する曖昧さが低減するような支援の検討が必要である。医療通訳や翻訳機などの言語的支援の導入は、意思疎通という側面のみならず、看護師が抱く外国人患者への曖昧さの一側面を低減させ、外国人患者とのコミュニケーションへの後押しとなるであろう。

二つ目に、自律的意思決定をより望む外国人患者に対し、医療者が選択肢を提示でき、患者が明確にニーズを表明できるような、医療者の育成と環境づくりが必要である。既存の文書をそのまま翻訳するのではなく、外国人患者が日本の医療文化や保健医療システムを理解した上で決定できるよう、救急診療や日本の医療の特性となる箇所を丁寧に説明する必要がある。救急医療でよく用いられる検査や処置、薬剤等に関する説明書を予め準備しておくことも、緊急性の高い医療現場において効果的であると考えられる。

三つ目に、上記で述べた、医療通訳や翻訳機の効果的な活用や、自律的に意思決

定を望む外国人患者への対応に関する、救急外来看護師への包括的な教育的支援が必要である。言語的に意思疎通が可能となっても、異なる意思決定スタイルや生活習慣などの文化的背景に対する理解と受容が看護師になれば、患者の真のニーズを把握し、患者中心の医療を提供することができない。医療通訳や翻訳機を活用しながら、看護師が異なる文化に対する柔軟な態度や対応力を持ち、患者の文化的背景を配慮して意思を確認しながら治療方針を決定していけるようになることが望ましい。看護師の曖昧性の高い存在に対する不安や戸惑いを軽減できるよう、救急診療の場面を想定した、外国人模擬患者を導入したシミュレーション教育や、医療通訳者を介した対応および翻訳の正確性を高めるためのトレーニングなど、救急診療の環境の実態を反映させた、外国人患者への対応における知識・技術・態度に関する包括的な教育的支援が効果的であると考える。

本研究では、救急外来看護師の、ウォークイン外国人患者対応における看護実践上の障壁を、救急外来看護師と外国人患者の両側面から考察した。しかし、二者が同じ環境で同じ体験をしていないことが限界である。救急外来看護師と患者の協働性に着目し、二者間に生じる相互作用性に焦点化したさらなる調査が必要である。今後は、患者-看護師間における同一の体験に対して、どのような障壁や受け止めが生じているのか、患者と看護師から同時に情報を収集するダイアド調査 (Dyadic research) を行い、二者関係データ (Dyadic data) による知見を蓄積することが必要である。

参考文献

1. The World Bank. World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies. Washington D.C: World Bank Publications. doi:10.1596/978-1-4648-1964-3
2. World Tourism Organization. *International Tourism Highlights, 2020 Edition, Japanese Version*. World Tourism Organization; 2021. doi:10.18111/9789284422470
3. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health Equity and Health Disparities Environmental Scan.
4. WHO. Health equity. Accessed December 1, 2023. https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1
5. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).WHO, Geneva. Published 2010. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf
6. Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. *The Lancet*. 2014;384(9954):1607-1639. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2
7. Halbert CH, Allen CG. Basic behavioral science research priorities in minority health and health disparities. *Transl Behav Med*. 2021;11(11):2033-2042. doi:10.1093/tbm/ibab143
8. Alvidrez J, Castille D, Laude-Sharp M, Rosario A, Tabor D. The National Institute on Minority Health and Health Disparities Research Framework. *Am J Public Health*. 2019;109:S16-S20. doi:10.2105/AJPH.2018.304883
9. Pérez-Stable EJ, El-Toukhy S. Communicating with diverse patients: How patient and clinician factors affect disparities. *Patient Educ Couns*. 2018;101(12):2186-2194. doi:10.1016/j.pec.2018.08.021

10. Chauhan A, Walton M, Manias E, et al. The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1-25. doi:10.1186/s12939-020-01223-2
11. Meidert U, Dönnges G, Bucher T, Wieber F, Gerber-Grote A. Unconscious Bias among Health Professionals: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16). doi:10.3390/ijerph20166569
12. Dehon E, Weiss N, Jones J, Faulconer W, Hinton E, Sterling S. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Academic Emergency Medicine*. 2017;24(8):895-904. doi:10.1111/acem.13214
13. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1-22. doi:10.1186/s12889-022-13122-y
14. 政府統計の総合窓口(2020). 令和元年ビザ(査証)発給統計. Accessed December 1, 2020. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001130861&cycle=0>
15. 出入国在留管理庁. 在留外国人統計(旧登録外国人統計) - 統計表一覧2021. Accessed January 8, 2022. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250012&tstat=000001018034&cycle=1&year=20210&month=12040606&tclass1=000001060399>
16. 首相官邸. 未来投資戦略2017. Published 2017. Accessed April 1, 2020. http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2017_t.pdf
17. 法務省入国管理局. 外国人材の受け入れについて. Published 2019. Accessed January 8, 2022. https://www.soumu.go.jp/main_content/000601099.pdf
18. 国土交通省官公庁. 明日の日本を支える観光ビジョンー 世界が訪れたくなる日本へー. Published 2016. Accessed April 1, 2020. <https://www.mlit.go.jp/common/001126598.pdf>
19. Okamoto M, Matsuda Y, Foronda CL. Healthcare needs and experiences of

- foreign residents in Japan by language fluency. *Public Health Nurs.* 2022;39(1):103-115. doi:10.1111/phn.13026
20. 厚生労働省. 医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受入れ体制等の実態調査結果報告書. Published 2017. Accessed January 8, 2022. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000173227.pdf>
 21. 下山京一郎, 東一成, 織田順. 当院救命救急センターに搬送された重症外国人患者診療の検討. *日本臨床救急医学会雑誌*. 2020;23:19-26.
 22. 尾世川正明, 森尾比呂志, 野本和宏, 西澤正彦, 貞弘智仁. 入院を必要とした外国人旅行者の救急疾患に対する医療の現状と問題. *日本救急医学会雑誌*. 2002;13(11):703-710. doi:10.3893/jjaam.13.703
 23. 安達由希子, 小川美奈子, 佐竹紀子, 日詰有希子, 三河真弓, 牧本清子. 外国人患者のケアに関する公立病院の調査. *大阪大学看護学雑誌*. 2009;15(1):19-31. doi:10.18910/56829
 24. Maeno M, Sakuyama M, Motoyama S, Matsuo H. Japanese Nurses' Views of Perioperative Management of Foreign Patients in Osaka. *国際保健医療*. 2011;26(4):273-280. doi:10.11197/jaih.26.273
 25. 久保陽子, 高木幸子, 野元由美. 日本の病院における救急外来での外国人患者への看護の現状に関する調査. *厚生の指標 = Journal of health and welfare statistics*. 2014;61(1):17-25.
 26. 岸正司, 草野孝文, 伊原郁夫, 馬場武彦, 松岡哲也, 木野稔. 大阪府の外国人観光客への救急医療の実態に関するアンケート調査(続報). *大阪救急*. 2020;(101):3-7.
 27. Saeki S, Kurosawa Y, Tomiyama K, Tomizawa R, Honda C, Minamitani K. Foreign Patients Visiting the Emergency Department: A Systematic Review of Studies in Japan. *JMA J*. 2023;6(2):95-103. doi:10.31662/jmaj.2022-0177
 28. 一般財団法人日本医療教育財団. 外国人患者受入れ医療機関認証制度. Published 2012. <https://jmip.jme.or.jp/>

29. 経済産業省. 病院のための外国人患者の受入れ参考書. Published 2014. Accessed April 1, 2020. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/26fy_sankousyo_all.pdf
30. 厚生労働省 外国人患者の受入環境整備に関する研究班. *医療機関における外国人患者受入れマニュアル (第4.0版)* .; 2019. Accessed December 1, 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000795505.pdf>
31. 厚生労働省. 外国人患者受入体制に関する 厚生労働省の取組. Published 2018. Accessed January 8, 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000399662.pdf>
32. 厚生労働省. 平成30年度「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の結果 平成 31 年 3 月 .; 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000564528.pdf%0A>
33. 厚生労働省. 「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査の結果報告書 令和 4 年 3 月 . Published 2022. Accessed April 8, 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000956428.pdf>
34. Steptoe AP, Corel B, Sullivan AF, Camargo CA. Characterizing emergency departments to improve understanding of emergency care systems. *Int J Emerg Med.* 2011;4(1):42. doi:10.1186/1865-1380-4-42
35. Carreras Tartak JA, Brisbon N, Wilkie S, et al. Racial and ethnic disparities in emergency department restraint use: A multicenter retrospective analysis. *Academic Emergency Medicine.* 2021;28(9):957-965. doi:10.1111/ACEM.14327/FULL
36. Zhang X, Carabello M, Hill T, Bell SA, Stephenson R, Mahajan P. Trends of Racial/Ethnic Differences in Emergency Department Care Outcomes Among Adults in the United States From 2005 to 2016. *Front Med (Lausanne).* 2020;7:514472. doi:10.3389/FMED.2020.00300/BIBTEX
37. Ngai KM, Grudzen CR, Lee R, Tong VY, Richardson LD, Fernandez A. The

- Association Between Limited English Proficiency and Unplanned Emergency Department Revisit Within 72 Hours. *Ann Emerg Med.* 2016;68(2):213-221. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.02.042
38. Seman M, Karanatsios B, Simons K, et al. The impact of cultural and linguistic diversity on hospital readmission in patients hospitalized with acute heart failure. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes.* 2020;6(2):121-129. doi:10.1093/EHJQCCO/QCZ034
 39. Owens A, Holroyd BR, Mclane P. Patient race, ethnicity, and care in the emergency department: A scoping review. *Canadian Journal of Emergency Medicine.* 2020;22(2):245-253. doi:10.1017/cem.2019.458
 40. Metzger P, Allum L, Sullivan E, Onchiri F, Jones M. Racial and Language Disparities in Pediatric Emergency Department Triage. *Pediatr Emerg Care.* 2022;38(2):E556-E562. doi:10.1097/PEC.0000000000002439
 41. Lu FQ, Hanchate AD, Paasche-Orlow MK. Racial/ethnic disparities in emergency department wait times in the United States, 2013–2017. *American Journal of Emergency Medicine.* 2021;47:138-144. doi:10.1016/j.ajem.2021.03.051
 42. Pierre Louis KM, Harman JS. Racial and Ethnic Disparities in Emergency Department Wait Times for Headache. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2023;(0123456789). doi:10.1007/s40615-023-01580-y
 43. Lee P, Le Saux M, Siegel R, et al. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *Am J Emerg Med.* 2019;37(9):1770-1777. doi:10.1016/J.AJEM.2019.06.014
 44. Chen Q, Maher CG, Rogan E, Machado G. Management of low back pain in Australian emergency departments for culturally and linguistically diverse populations from 2016 to 2021. *Emergency Medicine Journal.* 2023;40(7):486-492. doi:10.1136/emered-2022-212718

45. Schnitzer K, Merideth F, Macias-Konstantopoulos W, Hayden D, Shtasel D, Bird S. Disparities in Care: The Role of Race on the Utilization of Physical Restraints in the Emergency Setting. *Academic Emergency Medicine*. 2020;27(10):943-950. doi:10.1111/ACEM.14092
46. Waxman MA, Levitt MA. Are diagnostic testing and admission rates higher in non-English-speaking versus English-speaking patients in the emergency department? *Ann Emerg Med*. 2000;36(5):456-461. doi:10.1067/mem.2000.108315
47. Harrison HL, Daker-White G. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: An international systematic review and translation of findings to the UK context. *BMJ Open*. 2019;9(7). doi:10.1136/bmjopen-2018-028748
48. Aoki Y, Kumazaki H, Terakawa I, et al. Factors associated with emergency department length of stay of foreign patients visiting a regional core hospital in Japan. *Acute Medicine & Surgery*. 2022;9(1):e758. doi:10.1002/AMS2.758
49. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(2):145-151. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983745><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3748571>
50. Johnson TJ, Hickey RW, Switzer GE, et al. The Impact of Cognitive Stressors in the Emergency Department on Physician Implicit Racial Bias. *Academic Emergency Medicine*. 2016;23(3):297-305. doi:10.1111/acem.12901
51. Stepanikova I. Racial-Ethnic Biases, Time Pressure, and Medical Decisions. *J Health Soc Behav*. 2012;53(3):329-343. doi:10.1177/0022146512445807
52. United States Department of Health and Human Services Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. Accessed December 1, 2023. <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/EnhancedNationalCLASStan>

dards.pdf

53. McFarland MM, Wehbe-alamah HB. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning; 2014. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB17326240>
54. Padela AI, Punekar IRA. Emergency medical practice: Advancing cultural competence and reducing health care disparities. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(1):69-75. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00305.x
55. Ezenkwele UA, Roodsari GS. Cultural competencies in emergency medicine: Caring for Muslim-American patients from the middle east. *Journal of Emergency Medicine*. 2013;45(2):168-174. doi:10.1016/j.jemermed.2012.11.077
56. Johnson R, Withers M. Cultural competence in the emergency department: Clinicians as cultural learners. *EMA - Emergency Medicine Australasia*. 2018;30(6):854-856. doi:10.1111/1742-6723.13197
57. Chapman R, Martin C, Smith T. Evaluation of staff cultural awareness before and after attending cultural awareness training in an Australian emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(4):179-184. doi:10.1016/j.ienj.2013.11.001
58. Majda A, Bodys-Cupak IE, Zalewska-Puchała J, Barzykowski K. Cultural competence and cultural intelligence of healthcare professionals providing emergency medical services. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):1-12. doi:10.3390/ijerph182111547
59. 豊岡慎子. 日本における外国人医療I —文化間看護の現状と推進に向けて—. *日本大学大学院総合社会情報研究科紀要*. 2015;144(16):135-144.
60. 福良薫, 坂上真理, 青山宏, 丸山知子. 医学・看護・保健医療系大学における多文化医療関連科目実施状況に関する調査. *札幌医科大学保健医療学部紀要*. 2006;(9):47-51.
61. 大野夏代. 米国のテキストにおける「異文化看護」の記述内容の検討. *札幌市*

- 立大学研究論文集. 2007;1(1):15-21.
62. 中越利佳, 森久美子, 田中祐子, 野村亜由美, 城宝環. わが国の看護基礎教育における国際看護教育の現状と課題. *愛媛県立医療技術大学紀要*. 2014;11(1):9-13.
63. 小野聡子, 山本八千代. 看護者の異文化間能力に関する文献検討. *川崎医療福祉学会誌*. 2011;20(2):507-512.
http://export.jamas.or.jp/dl.php?doc=12750bc5ebd36801d7e59d2a75e6e2117698e32641cc9b1be395579a0d10abd5_bibtex.bib
64. 蛭田由美, 久保宣子, 山野内靖子. 看護基礎教育における国際看護学の教育プログラムの開発に関する研究 —— わが国の大学看護学科における国際看護学教育の実態 ——. *八戸学院大学紀要*. 2017;(54):39-54. Accessed January 28, 2024. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1050845764077929600.bib?lang=ja>
65. 岩田真弓, 堀込由紀. 看護実践における異文化間コミュニケーションの促進のための課題と方策に関する文献検討. *日本国際看護学会誌*. 2021;4(2):12-22. doi:10.57321/jsin.20210110
66. 杉浦絹子. 異文化間看護能力の現状と規定要因—青年海外協力隊看護職帰国隊員と公立総合病院勤務看護職の比較より— . *日本看護学会誌*. 2003;23(3):22-36. doi:10.5630/jans1981.23.3_22
67. Kuwano N, Fukuda H, Murashima S. Factors Affecting Professional Autonomy of Japanese Nurses Caring for Culturally and Linguistically Diverse Patients in a Hospital Setting in Japan. *J Transcult Nurs*. 2015;27(6):567-573. doi:10.1177/1043659615587588
68. 原明子, 柳澤理子. 日本人看護師が外国人患者をケアする上で必要な能力:文献レビュー. *愛知県立大学看護学部紀要*. 2020;26:17-28.
69. Joo JY, Liu MF. Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *West J Nurs Res*. 2020;42(9):760-771. doi:10.1177/0193945919883395
70. Ali PA, Watson R. Language barriers and their impact on provision of care to

- patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs.* 2018;27(5-6):e1152-e1160. doi:10.1111/jocn.14204
71. Alkhaled T, Rohde G, Lie B, Johannessen B. Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC Nurs.* 2022;21(1):1-13. doi:10.1186/s12912-022-01102-x
 72. Coleman JS, Angosta AD. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. *J Clin Nurs.* 2017;26(5-6):678-689. doi:10.1111/jocn.13567
 73. Eklöf N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nurs.* 2015;32(2):143-150. doi:10.1111/phn.12120
 74. Hart PL, Mareno N. Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *J Clin Nurs.* 2014;23(15-16):2223-2233. doi:10.1111/jocn.12500
 75. Priebe S, Sandhu S, Dias S, et al. Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health.* 2011;11. doi:10.1186/1471-2458-11-187
 76. Tong L, Tong T, Noji A, Kitaike T, Wang X. Nurses' experiences of providing transcultural nursing care to minority patients in Yunnan province: A descriptive qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2022;24(3):661-669. doi:10.1111/nhs.12959
 77. 小笠原理恵, 中村安秀, 小笠原祐希子. 大学病院における言語や文化の異なる患者・家族対応の現状と課題: 病院職員を対象とした質問紙調査より. *日本渡航医学会誌 = Journal of the Japanese Society of Travel and Health.* 2014;8(1):26-30.
 78. Kondo A, Kambayashi C, Koizumi M, Futami A. Factors related to difficulty in caring for foreign patients among nurses in Japanese hospitals. *Journal of*

- International Health*. 2021;36(2):39-47. doi:10.11197/jaih.36.39
79. 巽夕起, 佐々木晶世, 叶谷由佳. 日本に滞在する外国人への救急医療体制の現状と課題. *日本健康医学会雑誌*. 2016;25(2):91-97. doi:10.20685/kenkouigaku.25.2_91
80. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Med J*. 2020;35(2):1-7. doi:10.5001/OMJ.2020.40
81. Gerchow L, Burka LR, Miner S, Squires A. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2021;104(3):534-553. doi:10.1016/j.pec.2020.09.017
82. Hwang K, Williams S, Zucchi E, et al. Testing the use of translation apps to overcome everyday healthcare communication in Australian aged-care hospital wards—An exploratory study. *Nurs Open*. 2022;9(1):578-585. doi:10.1002/NOP2.1099
83. Khoong EC, Steinbrook E, Brown C, Fernandez A. Assessing the Use of Google Translate for Spanish and Chinese Translations of Emergency Department Discharge Instructions. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):580-582. doi:10.1001/JAMAINTERNMED.2018.7653
84. Taira BR, Kreger V, Orue A, Diamond LC. A Pragmatic Assessment of Google Translate for Emergency Department Instructions. *J Gen Intern Med*. 2021;36(11):3361-3365. doi:10.1007/S11606-021-06666-Z/TABLES/3
85. Debesay J, Harsløf I, Rechel B, Vike H. Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *J Adv Nurs*. 2014;70(9):2107-2116. doi:10.1111/jan.12369
86. Amiri R, Heydari A. Nurses' experiences of caring for patients with different cultures in Mashhad, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(3):232-236. doi:10.4103/1735-9066.208156

87. Markey K, Tilki M, Taylor G. Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e259-e268. doi:10.1111/jocn.13926
88. 上林千佳, 近藤暁子, 小泉麻美, 二見茜. 大学病院と総合病院における外国人患者対応研修に関する看護師のニーズおよび参加意欲. *国際保健医療*. 2020;35(1):27-38.
89. Shahzad S, Ali N, Younas A, Tayaben JL. Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*. 2021;37(6):1119-1131. doi:10.1016/j.profnurs.2021.10.001
90. Filler T, Jameel B, Gagliardi AR. Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: A scoping review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-12. doi:10.1186/s12889-020-09159-6
91. 内閣府 . 新成長戦略実現 2011. Accessed January 8, 2022. <https://www5.cao.go.jp/keizai2/keizai-syakai/pdf/jitsugen2011.pdf>
92. 日本政府観光局. 訪日客数の推移. Published 2021. Accessed January 8, 2021. <https://statistics.jnto.go.jp/en/graph/#graph--inbound--travelers--transition>
93. 長谷川智子, 竹田千佐子, 月田佳寿美, 白川かおる. 医療機関における在日外国人患者への看護の現状. *福井医科大学研究雑誌*. 2002;3(1-2):49-55.
94. 野中千春, 樋口まち子. 在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究. *国際保健医療*. 2010;25(1):21-32. doi:10.11197/jaih.25.21
95. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(5):545-547. doi:10.1188/14.ONF.545-547
96. Vaughn S, Schumm JS, Sinagub J. Focus Group Interviews in Education and Psychology. *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. Published online May 15, 2012. doi:10.4135/9781452243641
97. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*.

- 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706QP063OA
98. Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage; 2021.
 99. Lincoln Y, Guba EG. *Naturalistic Inquiry / SAGE Publications Inc.*; 1985.
 100. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. 2017;16(1). doi:10.1177/1609406917733847
 101. Robinson M, Gilmartin J. Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Educ Today*. 2002;22(6):457-465. doi:10.1054/NEDT.2002.0758
 102. Foreign population | Migration | OECD iLibrary. Accessed January 27, 2024. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/foreign-population/indicator/english_16a914e3-en
 103. Chiba Y, Nakayama T. Cultural immersion through international experiences among Japanese nurses: Present status, future intentions, and perceived barriers. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016;13(3):378-390. doi:10.1111/JJNS.12120
 104. Toda T, Maru M, Toda T, Maru M. Cultural Sensitivity of Japanese Nurses: Exploring Clinical Application of the Intercultural Sensitivity Scale. *Open J Nurs*. 2018;8(9):640-655. doi:10.4236/OJN.2018.89048
 105. Berger CR, Calabrese RJ. Some explorations in initial interactions and beyond: Toward a developmental theory of interpersonal communication. *Hum Commun Res*. 1975;1(2):99-112. doi:10.1111/j.1468-2958.1975.tb00258.x
 106. Byrne G, Heyman R. Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *J Adv Nurs*. 1997;26(1):93-100. doi:10.1046/J.1365-2648.1997.1997026093.X
 107. 別府佳代子, 木内恵, 萬弘子, 小山内泰代. 救急搬送され緊急入院となった外国人患者が抱える困難. *日本渡航医学会誌*. 2020;14(1):6.
 108. Singh JA, Sloan JA, Atherton PJ, et al. Preferred Roles in Treatment Decision

- Making Among Patients With Cancer: A Pooled Analysis of Studies Using the Control Preferences Scale. *Am J Manag Care*. 2010;16(9):688-696.
109. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract*. 2004;5(1):1-10. doi:10.1186/1471-2296-5-1/PEER-REVIEW
 110. Omura M, Stone TE, Levett-Jones T. Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication. Part 1: Collectivism. *Nurs Health Sci*. 2018;20(3):283-288. doi:10.1111/NHS.12411
 111. 一般社団法人 日本私立看護系大学協会. 学術および文化の国際交流事業報告書 大学におけるグローバル人材育成に関する教育の実態調査. Published online 2017. Accessed January 8, 2022. https://www.jspcun.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/03/Report_on_global_2016-International.pdf
 112. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):333-340. doi:10.1016/J.NEDT.2014.10.021
 113. Navarro S, Ochoa CY, Chan E, Du S, Farias AJ. Will Improvements in Patient Experience with Care Impact Clinical and Quality of Care Outcomes?: A Systematic Review. *Med Care*. 2021;59(9):843-856. doi:10.1097/MLR.0000000000001598
 114. Garrett PW, Dickson HG, Young L, Whelan AK. "The Happy Migrant Effect": Perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(2):101-103. doi:10.1136/qshc.2007.022426
 115. Arnaert A, Schaack G. Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(2):97-103. doi:10.1016/j.aaen.2006.01.002
 116. Granero-Molina J, Jiménez-Lasserrrotte M del M, Fernández-Sola C,

- Hernández-Padilla JM, Sánchez Hernández F, López Domene E. Cultural Issues in the Provision of Emergency Care to Irregular Migrants Who Arrive in Spain by Small Boats. *Journal of Transcultural Nursing*. 2019;30(4):371-379. doi:10.1177/1043659618803149
117. Unger S, Orr Z, Avraham Alpert E, Davidovitch N, Shoham-Vardi I. Social and structural determinants and their associations with patient experience in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2022;61(July 2021):101131. doi:10.1016/j.ienj.2021.101131
118. Parast L, Mathews M, Martino S, Lehrman WG, Stark D, Elliott MN. Racial/Ethnic Differences in Emergency Department Utilization and Experience. *J Gen Intern Med*. 2022;37(1):49-56. doi:10.1007/s11606-021-06738-0
119. 櫻井美和, 横堀恵, 実川幸子. 外国人患者のよりスムーズな診察の一工夫 他国語問診票の作成・活用を試みて. *群馬県救急医療懇談会誌*. 2006;2:10-11.
120. 渡邊圭子, 川島珠実. 在日外国人の災害に対する認識と災害時に災害拠点病院の救急外来へ求めるニーズ. *日本看護学会論文集*. 2010;40:234-236.
121. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388
122. Degrie L, Gastmans C, Mahieu L, Dierckx de Casterlé B, Denier Y. "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research." *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):1-17. doi:10.1186/s12910-016-0163-8
123. 寺岡三左子, 村中陽子. 在日外国人が実感した日本の医療における異文化体験の様相. *日本看護科学会誌*. 2017;37(0):35-44. doi:10.5630/jans.37.35
124. Escobedo LE, Cervantes L, Havranek E. Barriers in Healthcare for Latinx Patients with Limited English Proficiency—a Narrative Review. *J Gen Intern Med*. 2023;38(5):1264-1271. doi:10.1007/s11606-022-07995-3

125. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J, et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1-13. doi:10.1186/s12913-021-06750-4
126. Onakomaiya D, Cooper C, Barber A, et al. Strategies to Improve Medication Adherence and Blood Pressure Among Racial/Ethnic Minority Populations: A Scoping Review of the Literature from 2017 to 2021. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(12):639-654. doi:10.1007/s11906-022-01224-2
127. Wadi NM, Asantewa-Ampaduh S, Rivas C, Goff LM. Culturally tailored lifestyle interventions for the prevention and management of type 2 diabetes in adults of Black African ancestry: A systematic review of tailoring methods and their effectiveness. *Public Health Nutr.* 2022;25(2):422-436. doi:10.1017/S1368980021003682
128. Derrington SF, Paquette E, Johnson KA. Cross-cultural interactions and shared decision-making. *Pediatrics.* 2018;142(November 2018):S187-S192. doi:10.1542/peds.2018-0516J
129. Dobler CC, Spencer-Bonilla G, Gionfriddo MR, Brito JP. Shared Decision Making in Immigrant Patients. *Cureus.* 2017;9(7):9-11. doi:10.7759/cureus.1461
130. Perez Jolles M, Richmond J, Thomas KC. Minority patient preferences, barriers, and facilitators for shared decision-making with health care providers in the USA: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019;102(7):1251-1262. doi:10.1016/j.pec.2019.02.003
131. Yakubu RA, Coleman A, Ainyette A, Katyayan A, Enard KR. Shared Decision-Making and Emergency Department Use Among People With High Blood Pressure. *Prev Chronic Dis.* 2023;20(2):E82. doi:10.5888/pcd20.230086
132. Yeheskel A, Rawal S. Exploring the 'Patient Experience' of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health.*

- 2019;21(4):853-878. doi:10.1007/s10903-018-0816-4
133. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience. *J Patient Exp*. 2018;5(2):101-106. doi:10.1177/2374373517731359
 134. Agovino M, Musella G, Pisano S, Scaletti A. Assessing the impact of tourist flows on emergency department treatment speed for residents and tourists. The case of Sorrento. *Socioecon Plann Sci*. 2021;77(January):101004. doi:10.1016/j.seps.2020.101004
 135. Cervantes L, Martin M, Frank MG, et al. Experiences of Latinx Individuals Hospitalized for COVID-19: A Qualitative Study. *JAMA Netw Open*. 2021;4(3):1-15. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0684
 136. Strassle PD, Stewart AL, Quintero SM, et al. COVID-19-Related Discrimination Among Racial/Ethnic Minorities and Other Marginalized Communities in the United States. *Am J Public Health*. 2022;112(3):453-466. doi:10.2105/AJPH.2021.306594
 137. Jiang S, Lam C. Linking Nonverbal Rapport to Health Outcome: Testing an Organizational Pathway Model. *Health Commun*. 2023;38(3):522-531. doi:10.1080/10410236.2021.1957244
 138. Parisa B, Reza N, Afsaneh R, Sarieh P. Cultural safety : An evolutionary concept analysis. *Holist Nurs Pract*. 2016;30(1):33-38. doi:10.1097/HNP.0000000000000125

謝辞

本研究は、著者が慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科後期博士課程在学中に、同大学看護医療学部武田祐子教授の指導のもとに行ったものです。本研究を進めるにあたり、あたたかいご指導と激励を賜り心より感謝の意を表します。武田祐子教授には、2009年の学部卒業以来、研究と教育において再びご指導いただき、様々な挑戦の機会をいただきました。思うように研究が進まない時期も武田祐子教授は辛抱強く見守ってくださり、心身ともに終始支えてくださりました。絶えず患者さんとそのご家族にご尽力され、臨床現場での活動を継続されてこられた武田祐子教授の深い洞察とご指導なくしては、この研究は成し得なかったと思います。いつも前を向いて進めるよう道を照らしてくださり、深く感謝申し上げます。

副指導教官である、ピッツバーグ大学リチャード・ヘンカー教授には、アメリカと日本の時差がある中で時間を割いていただき、研究の進め方や分析においてご指導をいただきました。多様な文化の違いを体感されているリチャード・ヘンカー教授からの視点は分析と執筆を進める上で欠かすことができませんでした。いつも力強い激励の言葉をくださり、そのご支援により一歩ずつ前に進むことができました。心より感謝申し上げます。

そして、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科の先生方には、幅広い視点より多くのご助言とご指導をいただきました。先生方のご指導なくしては、この研究成果を導き出すことはできませんでした。あたたかく丁寧なご指導に深く御礼申し上げます。

本研究実施にあたり、多大なるご理解とご協力を賜りました病院関係者の皆様、リクルート協力者の皆様、インタビュー協力者の皆様に深く御礼申し上げます。皆様からいただいた励ましのお言葉は、研究を進める上で原動力となりました。

最後に、JSPS 科研費 JP18K17532, JP22K10879 の助成、研究の意欲を高め苦悩を分かち合い支えてくれた仲間、幾度も立ち止まりそうになる中で、何年間も毎日応援し、励まし支え続けてくれた夫と家族に心から感謝します。

付録

資料 1：研究 1 看護師用事前アンケート（フェイスシート）

第 1.1 版(2020 年 10 月 14 日作成)

承認番号 20200234

研究対象者 ID XXXX



研究課題名「救急外来における外国人患者対応に関する研究」 インタビュー前アンケート



本研究にご協力いただき誠にありがとうございます。

- ◇ この質問紙（計 2 ページ、所要時間約 10 分）では、ご自身についてお尋ねします。
- ◇ 当日のインタビューが円滑に進むよう、またインタビューでお答えいただいた内容を分析するために、皆様について基本的な情報を教えてください。
- ◇ ご回答いただいた内容は、個人が特定されないよう ID で管理されます。個人が特定されるような情報は公表されません。
- ◇ ご回答いただいた内容は、インタビュー中に他の参加者と共有することはありません。
- ◇ 本研究での「外国人」とは「外国籍を現在またはかつて保有し、日本語を母語としない者」と定義します。

問 1 当院救急外来でウォークインの外国人患者を対応したことがありますか。

*救急搬送患者、抗生剤投与や抜糸などの定期受診者や予約受診者は除く

（当てはまる回答に○をつけてください）

1. ある 2. ない

→ 今回の調査では対象となりません。ご検討いただきありがとうございました。

◆ 救急外来勤務についてお尋ねします。

問 2 臨床経験年数（年数をご記入ください）

（ ）年

問 3 救急外来経験年数（年数をご記入ください）

（ ）年

問 4 救急外来で勤務していた一番最近の時期

（当てはまる回答に○をつけ、2. を選択した方は年数をご記入ください）

1. 現在、救急外来で勤務している。

2. 以前、救急外来で勤務していた。

→ 2. を選択した方：最後に勤務していた時期をご記入ください。

（ 年 ヶ月 ）前

<< 裏へ続きます >>

◆ **あなた自身についてお尋ねします。** (当てはまる回答に○をつけてください)

問5 これまでに海外へ渡航(生活・旅行・学会・研修など)したことはありますか。

1. ある 2. ない

問6 現在(またはこれまでに)、外国人の知り合いや友人はいますか(いましたか)。

1. いる 2. いない

問7 日本語以外の得意な言語はありますか。

1. ある 2. ない

問8 最後に、ご年齢を教えてください。

1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代



質問は以上になります。ご回答いただきありがとうございました。
最後にいま一度、ご記入漏れがないかご確認下さい(全 2 ページ)。
こちらの用紙は同封の封筒でご返信してください。



何かお気づきの点やご不明点、ご質問等ありましたら下記の連絡先までお問い合わせください。

【研究代表者】

浅川 翔子(あさかわ しょうこ)
慶應義塾大学看護医療学部 助教
住 所: 〒160-8582
東京都新宿区信濃町35 孝養舎
慶應義塾大学 看護医療学部
直 通: 03-5363-2069(内線64911)
E-mail: asakawas@sfc.keio.ac.jp

【研究責任者】

武田 祐子(たけだ ゆうこ)
慶應義塾大学看護医療学部 教授
E-mail: takeday@sfc.keio.ac.jp

資料 2：研究 1 看護師用インタビューガイド（最終版）

1. インタビュアーの挨拶、自己紹介を行う。
2. インタビューの目的と方法を説明する。
3. 倫理的配慮、守秘の遵守に関する留意点を説明する。
4. インタビュー中に使用する用語の定義として、「外国人患者」とは、母語を日本語としない患者であることを説明する。
5. インタビューの内容
下記の事項について尋ねる。研究参加者ができるだけ自由に自発的に話ができるよう促す。データ収集や分析の進行に伴いインタビューガイドを修正・変更する。
「主に COVID-19 による他国からの入国規制以前の、ウォークインで来院した外国人患者を救急外来で対応した際の体験についてお話しいただきたいと思います。」
 - ① 救急外来でどのようなウォークイン救急外国人患者を対応しましたか。患者の国籍、言語、性別、受診理由、場面など、具体的な状況を覚えている限り教えてください。
 - ② 上記場面において、どのように救急外来看護師として対応しましたか。日本人患者との比較の視点から、救急外来看護師として何をしましたか？しなかったり、できなかったことはありますか？救急外来看護師としての役割は果たせましたか？理由も教えてください。
 - ③ 上記場面において、救急外国人患者対応時にどのようなことに困ったり、難しいと感じたりしましたか。理由も教えてください。
6. 要約、まとめとして、参加者の発言を要約し、参加者からの質問を受け付ける。
7. 終了の挨拶を行う。インタビュー内で得られた情報やインタビュー参加者の情報について、インタビュー終了後は参加者以外の人に他言しないことについて説明する。

資料 3 : 研究 2 外国人患者用事前アンケート (フェイスシート)

Ver1.1(Created date: October 14, 2020)

Approval Number 202020234

ID XXXX



A Study of Nursing care for International patients in Emergency Room

Pre-Interview Questionnaire



The procedure involves filling this survey that will take approximately 10 minutes. Your responses will be confidential, only a number will identify you, and no one else will have access to your survey. The survey questions will be about yourself. Those information will help us to understand your experience which will be talked in the interview. If you do not wish to answer any of the questions, you may skip them and move on to the next question.

◆ Please answer questions as they related to you. For most answers, check the box(es) most applicable to you or fill in the blanks.

Q1 What kind of experience have you had with going to Japanese clinic or hospital by yourself, not by ambulance? (Please select all that apply)

To see your doctor due to your illness or injury. (Please write in details below.)

• Why did you go? (symptom)

• When did you go?

• What time did you go?

• How did you go?

• Who did you go with?

To attend with your family who needed to see doctor. (Please write in details below.)

• Why did you go? (symptom)

• When did you go?

• What time did you go?

• How did you go?

• Who did you go with?

<CONTINUED ON NEXT PAGE>

Others. (Please write in details below.)

• *Why did you go? (symptom)*

• *When did you go?*

• *What time did you go?*

• *How did you go?*

• *Who did you go with?*

Q2 Which country are you from?

()

Q3 What is your native language?

()

Q4 Please indicate your level of proficiency in Japanese in following areas by electing the most appropriate answer. The answer choice options are on four-point scale, ranging from “not at all” to “high”. For example, if you speak Japanese fluently but read it with difficulty, you might mark “Speak” as “High” and “Read” as “Low”.

	Not at all	Low	Moderate	High
Speak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Read	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Write	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<CONTINUED ON NEXT PAGE>

Q5 How long have you been living Japan?

()

Q6 What is your purpose of staying Japan?

()

Q7 What type of health insurance do you have in Japan?

()

Q8 Please answer your age. (Please select one)

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80 and over

Please check the form again to make sure you have filled in all the required fields.



Thank you for your cooperation in completing this question.

Please use the enclosed return envelope to send it back.



If you have any questions, you can ask them anytime. You may contact any of the following:

【Principal Investigator】

Shoko ASAKAWA

Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

Address: Kouyousha bld., 35 Shinanomachi, Shinjyuku-ku, Tokyo, Japan

Zip : 160-8582

Tel : +81-3-5363-2069

E-mail : asakawas@sfc.keio.ac.jp

【Professor Advisor】

Yuko TAKEDA

Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

E-mail : takeday@sfc.keio.ac.jp

資料 4：研究 2 外国人患者用インタビューガイド（最終版）

1. インタビュアーの挨拶、自己紹介を行う。
2. インタビューの目的と方法を説明する。
3. 倫理的配慮、守秘の遵守に関する留意点を説明する。
4. インタビューの内容

下記の事項について尋ねる。研究参加者ができるだけ自由に自発的に話ができるよう促す。データ収集や分析の進行に伴いインタビューガイドを修正・変更する。

“Please tell me about an interaction you had with a nurse when you visited an emergency department in Japan as a walk-in patient.”

- ① Please describe the specific circumstances under which you visited the emergency department.
 - ② What kind of care did you receive from the emergency department nurses in the above situation?
 - ③ How did you feel about the emergency department nurses' care in the above situation? Why did you feel that way? What specific circumstances led you to feel that way?
 - ④ Did you experience any difficulties with the response you received in the emergency department? If so, why?
 - ⑤ Is there anything you would like or expect from the emergency department nurses' response?
5. 要約、まとめとして、参加者の発言を要約し、参加者からの質問を受け付ける。
 6. 終了の挨拶を行う。