

甲南女子大学大学院

看護学研究科

2020 年度 博士論文

イスラム教患者への看護能力尺度の開発

－文化的感受性に焦点を当てて－

**Development of Nurse Cultural Competence Scale
for Muslim Patients
-Focusing on Cultural Sensitivity-**

専攻分野 広域看護学

学籍番号 4418104

氏 名 戸田 登美子

目 次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
1. 国内におけるイスラム教徒の概況及び課題	1
2. 国内の医療施設におけるイスラム教徒を含む外国人患者への対応及び研究状況	1
3. 国内の外国人患者への看護ケアに関する尺度研究	3
1) 外国人患者への看護ケア能力に関する尺度研究	3
2) 看護ケアの文化的感受性尺度に関する研究	3
(1) 異文化感受性発達尺度(The Intercultural Development Inventory)	3
(2) 異文化間感受性尺度(Intercultural Sensitivity Scale)	3
II. 研究目的	4
III. 操作上の用語の定義	4
IV. 本研究の意義	5

第2章 文献検討

I. 目的	6
II. 方法	6
1. データベース	6
2. 選択及び除外基準	6
3. 手順及び実施時期	6
III. 結果	8
1. 文献レビュー概要	8
2. イスラム教の教義と看護ケアとの関係	9
3. イスラム教における生死、医療、看護の概念	9
1) イスラム教における生死、健康、病及び救済に関する概念	9
2) イスラム教における医療及び看護の歴史的背景	10
3) イスラム教におけるケアリングとバランスの概念	11
4. 文化的感受性の概念及びイスラム教圏における研究	12
1) 文化対応技能(Cultural competence)に関するモデル	12
2) 文化的感受性の概念及び文化的感受性と看護ケアとの関係	15
3) イスラム教の医療及び看護ケアに関する尺度研究	17

第3章 キーインフォーマント調査

I. 目的	20
II. 方法	20
1. キーインフォーマント調査	20
2. インタビュー方法	20

3. 倫理的配慮	20
4. 分析方法	21
Ⅲ. 結果	21
第4章 イスラム教患者への看護能力尺度の開発	
Ⅰ. イスラム教患者への看護能力尺度原案の開発、予備調査の実施及び信頼性・妥当性の検証	29
1. 目的	29
2. 方法	29
1) 文献検討結果との検証	29
2) キーインフォーマント調査との検証	29
3) 国際保健及び看護、イスラム教の専門家らによる表面妥当性の検証	29
4) イスラム教患者への看護能力尺度原案の予備調査の実施	30
3. 結果	30
Ⅱ. イスラム教患者への看護能力尺度の本調査、再調査の実施及び信頼性、妥当性の検証	40
1. 目的	40
2. 方法	40
1) 対象	40
2) 調査期間	40
3) 調査方法	40
(1) データ収集方法	40
(2) イスラム教患者への看護能力尺度の構成	41
(3) 本調査	42
(4) 再調査	42
4) 分析方法	42
(1) 属性の分析	43
(2) 文化・宗教に関する知識の分析	43
(3) 看護における文化的感受性の項目分析	43
(4) 看護における文化的感受性の信頼性の検証	43
(5) 妥当性の検証	43
① 看護における文化的感受性の因子の検証	44
② 併存妥当性の検証	44
5) 倫理的配慮	44
3. 結果	45
1) 対象者の属性	45
(1) 看護における文化的感受性の各因子の得点	46
(2) 文化・宗教に関する知識及び実践等の設問の結果	46
2) 看護における文化的感受性の因子の検証	50
(1) 項目分析	50

(2) 確認的因子分析	50
(3) 探索的因子分析	50
(4) 各因子の得点	55
3) 信頼性	56
4) 併存妥当性	56
5) 看護における文化的感受性と属性や文化・宗教に関する知識等との関係	58
(1) 看護における文化的感受性と対象者の属性との関係	58
(2) 看護における文化的感受性と文化・宗教に関する知識との関係	58
4. 考察	61
1) 看護における文化的感受性の妥当性	61
(1) 構成概念妥当性	61
(2) 併存妥当性	62
2) 看護における文化的感受性の信頼性	64
3) イスラム教患者への看護能力尺度の意義	64
(1) イスラム教の本質的な知識と文化的感受性	64
(2) イスラム教患者への看護能力尺度の有用性の検討	66
第5章 結論	67
第6章 本研究における限界と課題	68
謝辞	69
文献リスト	71

図表 目次

図 1. 文献検討フロー図	7
図 2. 看護における文化的感受性の確認的因子分析結果	52
表 1. 文献レビュー結果	8
表 2. 文化対応技能(Cultural Competence)に関する概念モデル	13
表 3. 文化的感受性(Cultural Sensitivity)の概念構造	16
表 4. キーインフォーマント調査結果	25
表 5. イスラム教患者への看護能力尺度	32
表 6. 質問紙送付先一覧	41
表 7. 対象者の属性	46
表 8. 看護における文化的感受性の得点(35 項目、因子分析前)	47
表 9. イスラムの文化・宗教に関する知識及び実践の項目及び結果	48
表 10. 患者対応における困難事例やその対応に関する記載(一部抜粋)	49
表 11. 看護における文化的感受性の項目分析結果	51
表 12. 看護における文化的感受性(29 項目 6 因子)の因子分析結果	53
表 13. 看護における文化的感受性の得点(29 項目、因子分析後)	56
表 14. 看護における文化的感受性と異文化間看護能力尺度の関連	57
表 15. 看護における文化的感受性と属性等との関連	59
表 16. 看護における文化的感受性と臨床経験年数との関連	60
資料 1. キーインフォーマント調査 説明書(研究計画書)	i
資料 2-1. キーインフォーマント調査 同意書(研究協力者控)	iii
資料 2-2. キーインフォーマント調査 同意書(研究者控)	iv
資料 3. キーインフォーマント調査 同意撤回書	v
資料 4-1. インタビューガイド イスラム教徒の医療・看護専門職対象	vi
資料 4-2. インタビューガイド 医師、看護師、通訳等対象	vii
資料 5. 質問紙調査 研究計画書(医療機関 看護部長宛)	viii
資料 6. 質問紙調査(表紙)	x
資料 7. 質問紙調査(本文)	xii

博士論文内容の要旨

専攻分野 広域看護学

学籍番号 4418104 氏名 戸田登美子

イスラム教患者への看護能力尺度の開発－文化的感受性に焦点を当てて－

【目的】

本研究の目的は、イスラムの文化や宗教に関する感受性に焦点を当て、イスラム教患者への看護能力尺度を開発することであった。

【方法】

文献検討及びキーインフォーマント調査を行い、イスラム教患者への看護能力尺度原案を開発した。専門家らによる検証及び予備調査を行って同尺度を開発し、質問紙調査及び再調査にて尺度の信頼性及び妥当性を検証した。無記名自記式質問紙を、外国人在留者が多い都市部にある 200 床以上の医療機関の看護部長宛てに郵送した。質問紙は調査に同意した看護部長から臨床経験 1 年以上の看護師に配布された。確認的及び探索的因子分析を行い、因子構造を確認し、信頼性を検証した。併存妥当性の検証として、本尺度と異文化間看護能力尺度の相関係数を求めた。さらに、属性や文化・宗教に関する知識の得点と尺度の総得点、下位尺度得点との統計学的有意差の有無を検証した。

【結果】

1. 文献検討

文献検討の結果、イスラム教の教義やスピリチュアリティが文化的感受性の中核的要素を占めることが明らかとなった。

2. キーインフォーマント調査

イスラム教患者対応に詳しい医療従事者にインタビューを行い、【イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習】、【薬剤に対するハラルの認識と対応】、【文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応】など 7 つのカテゴリー、44 のサブカテゴリーが抽出された。

3. イスラムの文化・宗教に関する看護能力尺度の開発

文献検討及びキーインフォーマント調査の結果より尺度原案を開発し、専門家による検証及び予備調査を行った。その結果、イスラム教患者への看護能力尺度は、1. 属性、2. 文化・宗教に関する知識及び実践、3. 看護における文化的感受性、4. 自由記載で構成された。次に、看護師を対象とした質問紙調査を行い、同尺度の検証を行った。回収した質問紙は 302 部（回収率 45.6%）、有効回答は 277 部（有効回答率 91.7%）、回答者の 9 割はイスラム教患者の対応経験がなかった。

看護における文化的感受性は、探索的因子分析の結果、1. 文化や宗教の知識に基づく対応、2. 言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇、3. イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ、4. 日本人患者と同様の対応、5. 患者の状況に応じた個別対応及び 6. 産科におけるイスラム教の戒律に関する対応の 6 因子、29 項目の構成となった。Cronbach's α 係数は $\alpha = .641$ 、再調査法の級内相関係数は $r = .774$ であった。併存妥当性の検証では、異文化間看護能力尺度との両合計得点で相関がみられなかった。

属性や文化・宗教に関する知識の得点と、看護における文化的感受性の第1因子、及び第2因子に有意差がみられた。一方で、第3因子はいずれの属性や知識の得点とも関連はなかった。また、臨床経験年数の長さ第5因子は比例しなかった。

【考察】

看護における文化的感受性の Cronbach's α 係数が低かった理由として、各因子の項目数が少なかったことがあげられる。また、併存妥当性が低かった理由として、異文化間看護能力尺度がイスラム教や宗教に特化した尺度ではないことが考えられる。

看護における文化的感受性の因子で躊躇や困難感、ジレンマが抽出されたことから、イスラム教患者との対応において看護師が医療と宗教との狭間で心理的葛藤を抱いていることが示唆された。また、看護師がイスラムの文化・宗教に関する知識を有する場合は、患者対応の困難感が低減され知識に基づく対応をしようとする事、臨床経験年数にかかわらずイスラムの知識を身につけることにより、文化的感受性の向上に資することが示唆された。

【結論】

本研究ではイスラム教患者への看護能力尺度を開発した。研究結果より、イスラム教患者との対応において看護師が困難感や躊躇を抱く一方、イスラム教に関する知識の獲得が、これらのネガティブな感情の低減に関連していることが明らかとなった。イスラム教患者への看護能力尺度は改訂の余地があるが、イスラム教患者や多様な患者に対する看護師の文化的感受性を高め、よりよい医療を提供するために意義があると考えられる。

キーワード：文化的感受性、尺度開発、看護能力、イスラム教

博士論文内容の要旨

専攻分野 広域看護学
学籍番号 4418104 氏名 戸田登美子

Development of Nurse Cultural Competence Scale for Muslim Patients
-Focusing on Cultural Sensitivity-

【Aim】

This study aimed to develop the Nurse Cultural Competence Scale for Muslim Patients with a focus on sensitivity related to Islamic culture and religion.

【Methods】

A literature review and a key informant survey were conducted to draft the nurse cultural competence scale for Muslim patients. An expert review and a pretest were performed to refine the scale, and its reliability and validity were tested using the main and repeat surveys. Anonymous self-reported questionnaires were mailed to nursing directors of medical institutions with 200 beds or more in urban areas where many foreigners lived. The directors who had approved the survey distributed the questionnaires to nurses with clinical experiences of one year or more. Factor structure and reliability were examined by confirmatory and exploratory factor analysis. To assess concurrent validity, correlation coefficients between the new Scale and the Cultural Competence in Nursing Scale were tabulated. Furthermore, significant differences in attributes, scores in the knowledge of culture and religion, and total and subscale scores of the sensitivity scale were also examined.

【Results】

1. Literature review

The literature review revealed that the dogma of Islamic religion and spirituality were the core elements constituting cultural sensitivity.

2. Key informant survey

Interviews were held with medical staff who had experience in care for Muslim patients, and 7 categories and 44 subcategories were identified. The categories included the following: [awareness/customariness of Islamic customs related to health/daily life], [awareness of and responses to Halal pharmaceuticals], and [responses to patients from different cultural and linguistic backgrounds in the hospital].

3. Development of a scale for measuring competence in nursing related to Islamic culture and religion

A draft was constructed based on data obtained from the literature review and key informant survey. The draft scale was tested through an expert review and a pretest. As a result, the nurse cultural competence scale for Muslim patients comprised the following: 1. Attributes, 2. Knowledge and practice for Islamic culture and religion, 3. Cultural sensitivity in nursing, and 4. Free description. Next, the developed scale was tested in a questionnaire survey of nurses. Of 302 questionnaire sheets collected (response rate 45.6%), 277 were valid (valid response rate 91.7%). Nurses who had never provided care for Muslim patients accounted for 90% of the respondents.

After an exploratory factor analysis was performed on the cultural sensitivity in

nursing, it comprised 29 items divided into the following 6 factors: 1. Responses based on the knowledge of culture and religion, 2. Difficulty or hesitation in providing care due to linguistic and religious differences, 3. Dilemmas between adherence to the precepts of Islam and medical care, 4. Providing care equal to that provided to Japanese patients, 5. Individualized care according to the patients' conditions, and 6. Obstetric care under the precepts of Islam. The Cronbach's α coefficient of the scale was $\alpha = .641$, and the interclass correlation coefficient for assessing test-retest reliability was $r = .774$. The test for concurrent validity did not reveal a correlation between the total scores of the cultural sensitivity in nursing and the Cultural Competence in Nursing Scale.

Significant differences were observed in the correlations of attributes and knowledge scores for culture and religion with factors 1 and 2 of the cultural sensitivity in nursing. However, factor 3 was not correlated to either the attributes or the knowledge scores. Furthermore, years of clinical experience did not correlate with factor 5.

【Discussion】

One of the reasons for the low Cronbach's α coefficient of the cultural sensitivity in nursing is that the number of factor items was small. A possible reason for the low concurrent validity is that the Cultural Competence in Nursing Scale is not specific to Muslim religion or general religious matters.

Hesitation, difficulty, and dilemma as factors for cultural sensitivity in nursing suggest that nurses experience emotional conflicts as they feel trapped between medical care and religion when providing care for Muslim patients. Furthermore, nurses knowing about Islam experienced less difficulty while dealing with Muslim patients and tried using a knowledge-based approach to accommodate their special needs. The findings suggest that nurses' cultural sensitivity increases by acquiring basic knowledge of Islam, regardless of the number of years of clinical experience.

【Conclusions】

In this study, the nurse cultural competence scale for Muslim patients was developed. The study revealed that nurses experience difficulties and hesitation when providing care for Muslim patients and that acquiring knowledge of Islam was associated with a decrease in these negative sentiments. Although there is room for improvement, the nurse cultural competence scale for Muslim patients appears to be beneficial to improve the cultural sensitivity of nurses and to deliver better medical care toward diverse patients, including Muslims.

Keywords: cultural sensitivity, scale development, nurse competence, Islam

第1章 序論

I. 研究の背景

1. 国内におけるイスラム教徒の概況及び課題

現在イスラム教徒の人口は18億人以上と推測され、世界人口に対するイスラム教徒の比率は約24%に上る。また、その増加率は最大の信者数を抱えるキリスト教徒を越えて最大であり、今世紀末には、イスラム教徒の人口はキリスト教徒の人口を越えることが予測されている(Lipka, 2017)。

日本では、キリスト教は16世紀の伝来後、宣教師らによる高等教育機関の設立や英語教育の発展、欧米で製作された映画等の娯楽作品を通してキリスト教文化が人口に膾炙した(加藤, 2015)。一方、イスラム教に関しては、一般の日本人がイスラム教徒と出会ったのは明治時代とされるが、戦中戦後を通して国内のイスラム教徒の数は限られていた。1980年代後半になり、日本の好景気を求めてアジア諸国から訪日するイスラム教徒が増えると、日本人がイスラム教徒と遭遇する機会も徐々に増加した。しかし、イスラム教の戒律に則った生活様式が日本の文化と大きく異なることや、宗教的過激組織に対する警戒心から地域とイスラム教徒の間で摩擦が生じるなど、日本社会に十分親しまれているとは言い難い状況にある(小村, 2015)。

国内では近年、観光政策の推進により訪日外国人旅行者数が激増しており、2019年には3,188万人を超え(日本政府観光局, 2020)、政府は2030年の訪日外国人旅行者数の数値目標を6,000万人と定めている。訪日外国人旅行者の国別内訳では、イスラム教徒が多数を占めるマレーシア(2019年 約50万人)やインドネシア(同 約40万人)からの旅行者数はいずれも過去最高を記録し、日本国内におけるハラール食の対応、礼拝所の設置等、イスラム教徒への対応が課題となっている(観光戦略実行推進タスクフォース, 2018)。

一方、訪日中に外国人旅行者が怪我をしたり体調を崩したりする割合は全体の約6%と言われ、そのうち医療機関を受診する必要性を感じた訪日外国人旅行者は全体の1.5%と推測される(観光庁, 2018)。しかし、インドネシア及びマレーシアのイスラム教徒を対象とした訪日旅行に関する意向調査では、訪日を躊躇する要因として緊急時の医療対応が挙げられている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2014)。ゆえに、イスラム教圏からの訪日外国人旅行者の増加に伴い、今後、国内の医療機関を受診するイスラム教徒の患者の増加も推測されるため、医療機関におけるイスラム教徒の対応整備は喫緊の課題である。

2. 国内の医療施設におけるイスラム教徒を含む外国人患者への対応及び研究状況

国内の外国人患者の対応については、約9割の医療機関が過去1年間に外国人患者を受け

入れたことがあり、言語や未収医療費の課題が示されている(厚生労働省, 2017)。また、外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)の認証を受けた医療機関は 79 施設(2020 年 9 月 11 日現在)と増加傾向にあり、外国人患者の受け入れ体制は徐々に進行しているが、全国的には依然少なく、受け入れ体制は途上にあると言える。

医療機関におけるイスラム教患者の受け入れ体制については、礼拝の環境整備や特別食の提供は半数以上の医療施設で行われているが、臨終時に宗教に配慮した特別なケアを行っている施設は 1 割に満たない(甲斐他, 2019)。同研究は、首都圏の病床数 300 床以上の病院を対象としているため、全国の医療施設を考慮すると、礼拝や食事も含め未だ整備途上であることが推測される。

看護師を対象とした外国人患者の対応に関する研究では、看護師が、文化の違いを踏まえて患者を理解しようとする意思を持っていることが、複数の研究で明らかになっている(野中他, 2010; 甲斐他, 2019)。その一方で、看護師は、外国人患者の宗教や異なる価値観への対応を懸念して関わりに抵抗を感じ、外国人患者に日本の文化や入院環境に合わせることを無意識のうちに期待していることも示唆されている(野中他, 2010)。海外の研究においても、文化的配慮に欠けた看護の提供が、患者の精神的苦痛やストレスを増強させたり、アドヒアランスの低下を誘発したりするなど、患者の健康・病状に悪影響を及ぼすことが明らかとなっている(DeWild et al., 2017)。

イスラム教徒の患者に関する研究では、医中誌で「イスラム教/TH」のシソーラス検索をすると 140 件が該当するが(2018 年 7 月 23 日現在)、「イスラム教/TH AND 看護/TH」の検索式では 10 件が該当するのみである(2018 年 7 月 23 日現在)。「イスラム教/TH」で該当する文献は、医療機関の整備、イスラム教徒にみられる疾患、戒律に則った治療や食事の提供等が大半を占めている。看護に関する 10 件の文献は全て会議録、解説、またはレターで、海外のイスラム教圏における看護事情を紹介したものが 5 件、イスラム教を紹介した文献が 4 件であった。残る 1 件は、国内のイスラム教徒の妊婦に関する事例紹介で、男性産科医師による診察の倫理的課題に言及していた(奥川, 2010)。また、他の文献において、看護師が患者の宗教に配慮し、可能な限り適したケアを提供しようと努力しているものの、宗教に配慮したケアの基準がないため、臨終時に特別なケアを提供できていないことが明らかとなっている(甲斐他, 2019)。

一方、日本で医療を受けたイスラム教徒の患者からは、戒律に則った食事提供等の要望のみならず、医療従事者に対し「イスラムを勉強して欲しい」等、イスラム教の理解に対する要望が表出されている(有居他, 2016)。イスラム教徒にとって、イスラム教は単なる宗教を超えた人生全てにわたる制約であり、肉体や生死、病に対する考え方にも多大な影響を及ぼすものである(El-kelish,

2001)。

以上より、日本におけるイスラム教患者に関する研究が十分なされているとは言えず、イスラム教患者に対する看護の現状や課題が十分明らかにされているとは言えない。しかし、医療機関を利用するイスラム教徒が増加している現況において、外国人患者の対応に必要な能力や尺度を明らかにすることは、看護職者が自信を持ち、外国人患者に適切なケアを提供できる一助となると考える。

3. 国内の外国人患者への看護ケアに関する尺度研究

1) 外国人患者への看護ケア能力に関する尺度研究

医中誌において「異文化間看護/TH」でシソーラス検索をすると 615 件(うち本文あり 335 件)が該当する(検索日 2018 年 9 月 22 日)。しかし、国内の外国人患者に対する看護ケア能力に関する研究はわずか 4 件で、外国人患者への看護能力を測る尺度に関しては、異文化間看護能力尺度が見当たるとのみである(杉浦, 2003)。異文化間看護能力尺度は、a)自文化の認識、b)接近一回避の傾向、c)異文化間看護の文化一般の知識、d)異文化間看護の文化特定の知識、及び e)異文化間看護の技能の 5 下位尺度、計 46 項目で構成され、信頼性及び妥当性が検証されている(杉浦, 2003)。

2) 看護ケアの文化的感受性尺度に関する研究

(1) 異文化感受性発達尺度(The Intercultural Development Inventory)

医中誌で「異文化間看護/TH」で検索した上記の文献 335 件(本文あり)のうち、看護ケアの文化的感受性(cultural sensitivity)に関する研究は 4 件あり、全て看護学生を対象とした異文化感受性発達尺度を用いた研究であった(張, 2014; 田代, 2014)。

異文化感受性発達尺度は 1998 年に Hammer 及び Bennett が開発し、異文化感受性の発達段階を測定する尺度で 16 の下位カテゴリー、60 項目の設問で構成される(Hammer, 2003)。同尺度は、山本らにより日本語版が開発されたが、日本語版で使用に耐える下位カテゴリーは 3 項目のみであった。他の下位カテゴリーについては、例えば下位カテゴリー「普遍的価値」における“spiritual being(超自然で神聖な存在)”の意味が日本人には理解しにくい等の理由により、修正または改善が必要であると述べられている(山本他, 2002)。

(2) 異文化間感受性尺度(Intercultural Sensitivity Scale)

日本人看護師を対象とした研究では、文化的感受性を測る尺度として異文化間感受性尺度(Intercultural Sensitivity Scale)が用いられている(Kuwano et al., 2016)。同尺度は、2000 年に開発され、異文化間への没入(Interaction Engagement)、文化的差異への尊重(Respect for Cultural Differences)、異文化への自信(Interaction Confidence)、異文化とかかわる喜び(Interaction Enjoyment)、及び異文化への注意(Interaction Attentiveness)の 5 下位尺度、全 24 項目で構成される(Chen et al., 2000)。また、同尺度の日本語版は、原版 24 項目から 2 項目を除外した鈴木らによる翻訳及び、原版全項目を採用した Kuwano らによる翻訳があり、いずれも信頼性及び妥当性が検証されている(鈴木他, 2016; Kuwano et al., 2016)。しかし、異文化間感受性尺度は異文化コミュニケーション領域における活用を目的としており、看護における文化的感受性は、専門職としてケアを行う上で対象をどう捉えているかを意味するため(Papadopoulos et al., 2016)、本研究における同尺度の適用には検討の必要がある。

以上より、国内におけるイスラム教徒の患者に関する研究は数件のみであり、看護ケアの実態は明らかにされておらず、文化的感受性に関する議論も熟していない。よって、本研究でイスラム教徒の患者への看護ケアの現状と課題を明らかにし、看護に求められる文化的感受性及び看護能力の尺度を開発することは、全ての患者に適切な看護ケアを提供できる基礎的能力の向上に貢献すると考える。

II. 研究目的

本研究では、イスラム教徒の患者に適切かつ効果的な看護を提供するために、イスラム教徒の患者への看護ケアの課題を明らかにし、看護職者に求められるイスラムの文化・宗教に関する文化的感受性及び看護能力の尺度を開発することを目的とする。

III. 操作上の用語の定義

- ・イスラム教徒の患者: イスラム教を信仰していると自己にて申告した患者、もしくは患者の外見や言動、生活様式などからイスラム教を信仰していると看護職者が判断した患者。イスラム教患者。
- ・看護職者: 看護師、保健師、助産師、准看護師または、看護系大学や看護師養成機関等において看護学を学ぶ学生
- ・文化的感受性: 自身の文化とは異なる文化に出会うことによって引き起こされる、文化に対する個人的な感覚。文化的感受性は、文化に関する知識や理解等で構成される認知的側面と、文化に対する尊敬や配慮等で構成される情緒的側面から成り、これらの項目で構成された尺度によ

って測定される。

IV. 本研究の意義

世界レベルでのイスラム教徒の増加、在留及び訪日外国人旅行者の増加により、医療機関におけるイスラム教徒への適切な看護ケアの提供は今後益々要求される。しかし、国内のイスラム教徒の患者に関する看護研究は殆ど見当たらず、看護ケアの実態すら明らかになっていない。また、文化や宗教に配慮した看護ケアを提供するには、知識や技術だけではなく、患者の文化的背景をふまえた要望を敏感に察知する感受性が必要である。よって、国内におけるイスラム教徒の患者への看護ケアの現状と課題を明らかにし、看護職者に求められる文化的感受性及び看護能力の尺度を開発することは、イスラム教徒に適切な看護ケアを提供する上で基礎的な資料となると考える。

また、本尺度の開発により、患者の多様性に対する看護師の文化的感受性の向上という点において、イスラム教徒に限らず、日本人も含めた多様な患者の看護ケアに対しても示唆を提示できると考える。患者は、どのような民族、文化的価値、信念を有していても、それらに適した看護ケアを享受する権利を有し(Transcultural Nursing Society, 2017)、看護師はこれらの多様性を理解し、適切なケアを提供する義務がある。このことは、日本においても、患者を外国人や日本人としてステレオタイプに見るのではなく、その多様性に気づき、理解、尊重することの必要性を示唆している。さらに、ウィズコロナ、ポストコロナ時代においては、国家を超えた国際協調がより求められる(詫摩, 2020)。よって今後は、医療においても、看護師が文化や宗教、言語など患者の多様性を理解し、文化的に適した看護ケアを提供することが一層求められると考える。

なお、研究対象者にとっては、本研究に協力することで学術研究に貢献できる他、研究対象者が外国人患者に実施してきた医療や看護ケア等を振り返る機会となる。更に、医療や看護に対する意識を高め、イスラム教に対する理解について自己の認識を新たにすることができると考える。

第2章 文献検討

I. 目的

文献レビューを行って、イスラム教における死生観や健康、疾患、医療に対する認識、及びイスラム教徒の患者への看護ケアについて明らかにすることを目的とした。また、看護職者に求められる文化的感受性に関して先行研究では明らかにされていない課題を明確化することを目的とした。

II. 方法

1. データベース

Ovid MEDLINE(R)、必要に応じて CINAHL with full text、Scopus 及び Google Scholar を用いた。なお、CINAHL は学術誌・英語・full text に限定した。

2. 選択及び除外基準

選択基準は、医療施設におけるイスラム教の教義や戒律に則った看護実践に関する文献または、訪日者が比較的多いイスラム教徒の出身国や地域におけるイスラム教患者への看護実践に関する文献とした。除外基準は、抄録の無い文献、Case report、Letter、及び Interview とした。

3. 手順及び実施時期

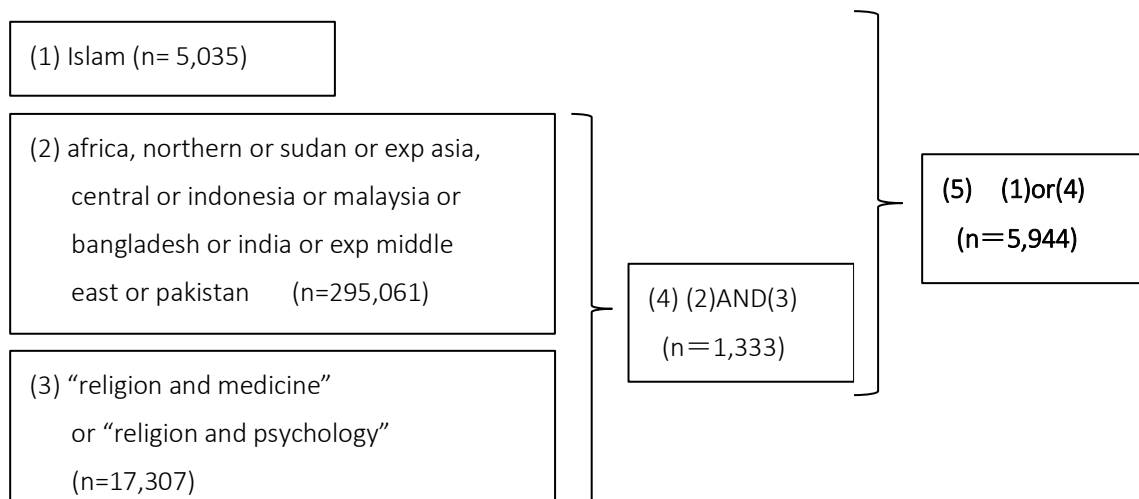
イスラム教徒が多数を占める国と地域(北アフリカ、中東、インドネシア、マレーシア、バングラデシュ、パキスタン、インド)及び religion and medicine、religion and psychology の AND 検索を行った(該当件数 1,333 件)。その結果と Islam/TH(該当件数 5,035 件)の OR 検索を行った結果、5,944 件がヒットした(検索日 2018 年 10 月 28 日)(図 1)。

上記の結果に対して、Nurse-Patient Relations、Nurse's Role、exp * Specialties、Nursing、Nursing、exp nurses/ or exp nursing staff、exp Nursing Care、nursing services/ or nursing service、hospital の各シソーラスとの AND 検索を行い(該当件数 419 件)、重複文献(同 139 件)を除外、英語以外の文献(同 47 件)、及び除外基準に該当する文献(同 121 件)を除外した結果、対象文献は 112 件となった(検索日 2018 年 10 月 28 日)。

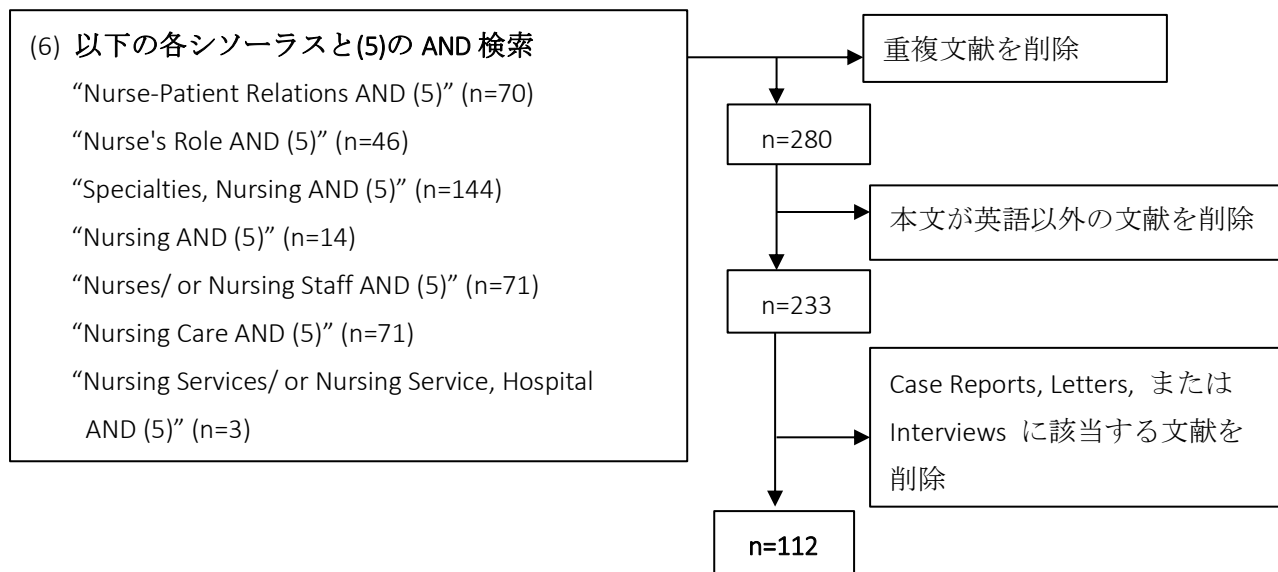
また、5,944 件と、reproducibility of results 及び Psychometrics の各シソーラスで AND 検索を行い(同 103 件)、重複文献(同 38 件)及び英語以外の文献(同 3 件)を削除した結果、62 件が該当した。なお、この 62 文献に除外基準に該当する文献は無かった(検索日 2018 年 10 月 28 日)。

Nursing 関係の文献検索で抽出した 112 件と Psychometrics 関係の文献検索で抽出した 62 件

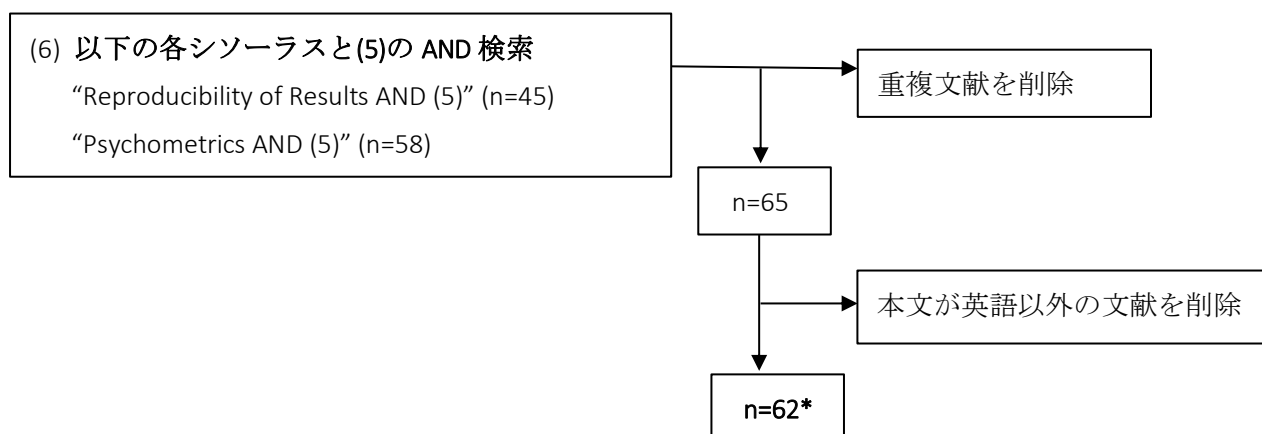
文献検討 フロー図



結果 1：イスラム教に関する看護文献 () 内は文献数



結果 2：イスラム教の医療の尺度に関する文献 () 内は文献数



* Case Reports, Letters, Interviews または Review に該当する文献なし

図 1. 文献検討フロー図

の計 174 の文献をレビュー対象とした。なお、exp は explode の略で下位一括検索を示す。

Ⅲ. 結果

1. 文献レビュー概要

文献の執筆者を国別に分類すると、イスラム教圏が計 83 件、その内訳はイランが最も多く 29 件、ついでサウジアラビア 14 件、ヨルダン及びトルコが各 8 件と続いた。非イスラム教圏では、アメリカが最も多く 25 件、次いでイギリス 14 件、イスラエルが 7 件であった。

領域・フェイズ別では、宗教・スピリチュアルケアに関するものが 35 件と最も多く、次いで母性看護が 21 件、精神看護 20 件、終末期看護が 14 件であった。少なかった領域は老年看護 1 件、看護教育 3 件、感染管理 4 件であった(表 1)。

年代別では、1980 年代は 3 件のみで、1990 年代より散見されるものの年間の文献数は 2-3 件に留まり、2000 年後半より増加傾向に転じていた。

研究方法は、量的研究が 95 件、質的研究が 48 件、ミックスドメソッド法 1 件、研究方法が不明の 30 件に分類された。1990 年代は量・質両研究とも年間数件であったが、2000 年後半より欧米で開発された尺度のイスラム教圏における適用の妥当性の検証や、新たな尺度の開発がなされ始めている。なお、横断研究 46 件に対し、縦断研究は 6 件、介入研究は 3 件であり、ケーススタディ等の小規模研究が多数を占めた。質的研究では、1990 年代よりエスノグラフィーを用いた研究、2000 年後半より現象学的手法を用いた研究が認められるが、グラウンデッドセオリー法を用いた研究は 2 件であった。

表 1. 文献レビュー結果

(n=174)

領域	文献数	領域	文献数
宗教/スピリチュアルケア	35	急性期看護	6
母性看護	21	地域看護	5
精神看護	20	思想/民族主義	5
終末期看護	14	患者－看護師関係	5
慢性看護	10	感染管理	4
医療制度/看護人材	9	看護教育	3
がん看護	9	老年看護	1
小児看護	7	その他	20

2. イスラム教の教義と看護ケアとの関係

イスラム教には信すべき 6 つの項目(唯一神、天使の存在、啓典、使徒、死後の世界の存在及び定命)、及び義務とされる 5 つの行い(信仰告白、礼拝、喜捨、断食、及び巡礼)があり、六信五行と言われる。文献検討の結果においても、患者がこれらの信条を医療現場においても遵守できるような具体的方法を示した文献が多数であった。具体的には、妊産婦の断食(Meyer et al., 2016; Charles et al., 2011)、患者の浄めと礼拝(Sutherland et al., 1995; Odeh, 2008)、巡礼(Odeh, 2008)、断食中の治療(Alosaimi et al., 2016)、臨終及び死後のケア(Sutherland et al., 1995; Charles, 2011; Halligan, 2006)などである。

次に、同性によるケアの提供や肌の露出を防ぐこと(Alosaimi et al., 2016; Zeilani et al., 2012; Odeh, 2008)、左手を使用することに対する忌避(Muliira et al., 2013)、家父長制に基づく意思決定(Al-Yateem et al., 2015; Al-Mutair et al., 2014; Odeh, 2008)など、義務ではないがイスラム教徒に対する適切なケアについて述べた文献があった。

また、母性看護学領域では、妊娠期から産後において、イスラム教に則ったケアについて解説がなされた文献がみられた。具体的には、妊娠期はより霊的な期間(spiritual period)とされ、生まれる子が敬虔なムスリムになるようコーランを聞くことが推奨されること(Bawadi et al., 2017)、母乳は神からの恵とされるため 2 年間は母乳で育てることが勧められること(Bawadi et al., 2017; Jessri et al., 2013)などである。一方で、母乳が出ない場合は乳母に母乳育児を依頼するが、同じ乳母から育てられた子は兄弟とみなされるなどの見解を示す文献もあった(Jessri et al., 2013)。

以上より、六信五行及びそれらを遵守するための具体的方法、日常生活におけるイスラム教徒としての振る舞いや慣習、及び妊娠期から産後、子育てにおける推奨される事柄が、特に看護ケアに影響を及ぼすものと考えられる。

3. イスラム教における生死、医療、看護の概念

1) イスラム教における生死、健康、病及び救済に関する概念

イスラム教においては、人の生死、病及びその治癒は神によって定められていると考える(Elkelish, 2001)。また、イスラム教では、宗教性と精神性を区別せず、宗教が精神性を包含し、人を救う道しるべとみなす(Rassool, 2000)。

イスラム教の聖典「コーラン」における宗教・道徳上の思想は、終末論の概念に基づき、この世の倫理は自己完結的なものでなく、現世が到達した先にある終末によって規定されている(井筒, 1992)。また、現世を生きる意義について、全ての被造物には目的があり、人にはその目的が明か

されないことがあるが、その意義を見出そうとするプロセスが、アッラーの全知に触れることとされる (Al-Shahri, 2016)。肉体は神から授かった預かりもの、死も神によって定められているが、それはその人の生涯を終結させるものではなく、神に出会う旅路の一部とみなされる (Rassool, 2000)。

イスラム教において、健康と病は連続体であり、病は罰ではなく、人間を試すために神が与えた運命 (El-kelish, 2001) や試練 (コーラン 16:70; Sheikh et al., 2008) とされる。また、「(病は) 経験の一つの形であり、それによって人はアッラーの知恵に辿り着く (Rassool, 2000)」との表現や、ムハンマドが病にあった時の言葉「アッラーが木の葉が木から落とされるように、病を通じて私たちの過ちを私たちから取り除いて下さる (Sheikh et al., 2008)」などの記述にみられるように、病が大きければ大きいほど、そこから得られる報いも大きいとみなされる (Sheikh et al., 2008)。イスラム教においては、身体面よりも精神面の健康により重きを置くが (Lovering, 2014)、それはムハンマドの「アッラーはあなたの身体や外観ではなく、あなたの心をみておられる」との言葉に由来するものである (Sheikh et al., 2008)。

イスラム教における救済の概念では、イスラム教では精神と宗教を区別せず、宗教的な思想や実践を伴わない精神性は無く、宗教的な概念は精神を包含しているとみなす。宗教は人生を罪から救済へと導く道しるべとされ、アッラーの唯一性が、精神、知性、人間生活のあらゆるバランスを保つとされる (Rassool, 2000)。また、治癒に関しては、ムハンマドの「病にある人の祈りは、その人が回復するまで決して拒まれることはない」という言葉に示されるように、祈りが病から人を救済するとされる (Rassool, 2000; Moss, 2015)。また、アッラーによる治癒を信じ、例え不治の病であっても、患者本人及び家族は全ての可能性をかけて治癒を望むことが求められる (Al-Shahri, 2016)。

2) イスラム教における医療及び看護の歴史的背景

イスラム教における医学は、イスラム教が発生した 7 世紀より始まったとされ、その知識は主にギリシャから流入したものであり、ペルシャ、シリア及びインドにおける医学実践とも統合した。イスラム教における医学は、ヒポクラテス及びガレノスの思想を基盤とし、予防医学の観点から人と自然の認識と理解に基づくと言われる (Papadopoulos, 2006)。

7 世紀前半、イスラム教徒の初の看護師とされる Rufaidah Al-Asalmiya は、看護技術を身につけ、預言者ムハンマドが起こした戦で看護師として活躍した (Lovering, 2014)。彼女は、「看護はイスラムを実践する手段」と考え、戦では兵士の看護をする一方、ケアの役割を担う女性組織を作り、彼女達に看護技術を教えた (Rassool, 2014)。また、看護学校を初めて設立し、看護倫理を教え、健康教育や予防教育にも貢献したとされる (Lovering, 2014)。今日、Rufaidah はイスラム教における看

護の祖、ロールモデルとみなされている (Rassool, 2014)。

3) イスラム教におけるケアリングとバランスの概念

イスラム教におけるケアリングの概念は、身体的、霊的など複数の側面で構成されるが (Barolia, 2008)、これらの側面には、ハラールや異性に対する慎み深さといったイスラム教の教義、患者が神に生死や癒しを委ねる精神性などが深く関与している (Lovering, 2014)。

Barolia はイスラム教におけるケアリングの概念について、身体的 (physical)、思想的 (ideological)、倫理的 (ethical)、霊的 (spiritual)、知的 (intellectual) の 5 つの側面をあげ、これらは互いにバランスを保ち、円環的な関係にあるとしている (Barolia, 2008)。その中でもイスラム教に特徴的な概念が包含される身体的、思想的側面について、以下に概要を記す。

身体的側面には、苦痛の緩和と信仰心 (piety) へのケアリングがあるとされる。苦痛の緩和へのケアリングが疾患による苦痛の緩和に焦点をあてた身体的・心理的なケアを指す一方、信仰心へのケアリングは、患者が神との関係において身体及び心理的 (heart/mind) に清く保つ (purity, maintaining cleanness) ためのケアに焦点を置いている (Al-Shahri, 2016)。これは、コーランの中核をなすメッセージであり、具体的には、身体が清潔であること、飲食物がハラールであることに加え、身体的に運動と休息のバランスが保たれていることを示す (Sheikh et al., 2008)。また、苦痛の緩和に対しても、イスラム教では神の定めを拒むような訴えは許されないため、不治の病にある時も「なぜ私が？」といった心理・霊的苦痛はあまり見られず、身体的苦痛の訴えがなされることが多い (Al-Shahri, 2016)。

思想的側面では、イスラム教において人はアッラー、人々、及び自分自身に対する 3 つの義務があり、医療者は患者がバランスを保って、これら 3 つの義務を遂行できるようケアを行うことが求められる (Barolia, 2008)。また、バランスにおいては、治癒困難な病にある患者及びその家族が、奇跡を起こすアッラーの力と、死は免れ得ないという普遍的な法則の両方を信じられるよう支援することが求められている (Al-Shahri, 2016)。

イスラム教の信条である六信五行に基づき、霊的、文化的及び専門職としての価値観で構成された近年のケアモデルにイスラムケア看護モデル (Crescent Care Nursing Model) がある (Lovering, 2014)。霊的価値観に基づくケアでは、前項 1) で述べた概念に則り、生から死に至るまで患者及び家族が神への信仰を保てるよう支援することが重要とされる。文化的価値観においては、年長者に敬意を払うなど家父長制に基づく家族の絆や、子どもを持つことが地位を保つために重要視されるというイスラム教における社会的価値観を重視したケアについて記されている。また、純潔と貞

操を守るため患者の慎み深さと尊厳に配慮してケアを提供すること、つまり、同性による医療の提供及び女性が手と顔以外は身体を覆うことの重要性についても述べられている。専門職としての価値観では、宗教や文化に特化したものではないが、説明責任、尊厳、プライバシーや守秘義務など、倫理綱領を遵守したケアの提供が求められている(Lovering, 2014)。また、同モデルの概念図は、患者・家族を中心とし、各価値観及びそれに基づくケアリングが円環と三日月で図示されている。この図は、看護ケアとイスラム教が互いに関連し、看護師と患者及び家族で共有された霊性を、イスラム教を象徴する三日月とそのケアリングで包含するイメージを示している。

以上より、イスラム教徒の患者に対しては、患者がイスラム教における全人的なバランスと安寧のもとに教義に則った日常生活を営めること、また、イスラム教の慣習や価値観が一生を通じて尊重されるような看護ケアを提供することが求められる。

4. 文化的感受性の概念及びイスラム教圏における研究

1) 文化対応技能(Cultural competence)に関するモデル

1950年代に M. Leininger が異文化看護(Transcultural Nursing)を概念化し(Leininger, 1995)、現在、その概念は世界に広まり発展している。異文化看護について、Leininger は、人間的なケア、健康、ウェルネスや疾病パターン、信念や価値に関する文化の違い、多様性や類似性に焦点を当てることが重要と述べている(Leininger, 1995)。文化対応技能に関する概念研究は 1980 年代より始まり、当初文化対応技能は「文化が交差する状況における適切な姿勢、知識や振る舞い(Cross et al., 1989)」と説明されていた。しかし、他に「多様な文化集団の理解に基づいてケアを提供する能力(Lin et al., 2015)」や、「保健医療専門職が特定の文化への気づき、知識や技能を身につける進行中のプロセス(Suh, 2004)」等とも定義づけられ、未だ定義の合意には至っていない(Cai, 2016)。

2000 年以降、文化対応技能に関する複数の概念モデルが開発され、現在妥当性が検証されたモデルは 5 件ある(Shen, 2015)。そのうち自己効力感に関するモデル 1 件を除く 4 件において、文化対応技能の主な構成要素は文化的気づき(cultural awareness)、知識及び感受性とされている。その中で文化的感受性は、文化的気づきと合わせて一つの構成要素、あるいは単独の構成要素とみなされている(表 2)。

文化的感受性が構成要素に含まれていないモデルは Campinha-Bacote による文化対応技能モデル(Cultural Competence Model)で、文化的気づき、文化に関する知識(cultural knowledge)、文化に関する技術(cultural skill)、文化との出会い(cultural encounters)及び文化の希求(cultural desire)の 5 つで構成される。文化的感受性については、文化的気づきにおいて「患者(クライアント

表 2. 文化対応技能(Cultural Competence)に関する概念モデル

	文化対応技能の 構成要素	文化対応技能 における 文化的感受性の位置づけ	文化的感受性に関する 説明または定義	備考
文化対応技能モデル (Campinha- Bacote, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - 文化的気づき - 文化に関する知識 - 文化に関する技術 - 文化との出会い - 文化の希求 	文化的気づきに内包	患者(クライアント)のもつ文化の価値、信念、生き方、実践及び問題解決方法に敏感であること (文化的気づきで説明)	米国のマイノリティへの看護を想定して開発。同モデルの日本での適用は、検討の余地あり
文化対応技能評価 (Schim et al., 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - 文化的気づき - 文化的感受性 - 文化的に適切な対応 	文化的気づきと文化的感受性を分けずに同一因子として分析	記載なし	Campinha-Bacote のモデルをもとに、より幅広い層に活用できるよう開発
文化対応技能のある地域 ケア (Kim - Godwin et al., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - ケアリング - 文化に関する知識 - 文化に関する技術 - 文化的感受性 	独立した要素	<ul style="list-style-type: none"> - 二面性(文化差の認識と文化の受容・尊重という情緒的側面)を有する - 文化への認識、態度や、互いの文化への気づきに示される価値 	
文化対応技能開発モデル (Papadopoulos, 2006)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 自文化への気づき 2) 文化に関する知識 3) 文化的感受性 4) 文化対応技能 	自文化への気づき(第1段階)と文化に関する知識(第2段階)を獲得した後の第3段階として位置づけ	信頼、尊敬、受容、コミュニケーションスキルや共感を属性とする	

ト)のもつ文化の価値、信念、生き方、実践及び問題解決方法に敏感であること(sensitive to the values, beliefs, lifeways, practices, and problem solving strategies of clients' cultures)」と文化的感受性に類似した説明はなされているものの、独立した要素ではない(Campinha-Bacote, 1999)。同モデルは、米国における多民族・多文化社会におけるマイノリティへの看護を想定して開発され、文化についても社会経済状況、教育、宗教、性的指向などを含む、幅広い概念と定義している。よって、同モデル及び同モデルから開発された異文化ケア能力尺度(Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Health Care Professionals)の日本での適用については、文化の概念の違い、米国と比して日本の文化の均質性の高さから、検討の余地があると考えられる。実際、異文化ケア能力尺度の日本社会及び日本人看護師への適用については、妥当性の低さが指摘されている(Chae et al., 2014)。

残り 3 件のうち、文化対応技能評価(Cultural Competence Assessment)は、Campinha-Bacote によるモデルが高い教育レベルをもつ医療者を対象としていることを批判し、幅広い層を対象として開発されたモデルである。同モデルでは、文化的気づきと文化的感受性を分けずに同一因子として分析を行い、文化的感受性の定義や説明はなされていない(Schim et al., 2003)。

次のモデル、文化対応技能のある地域ケア(Culturally Competent Community Care)では、ケアリング、文化に関する知識、文化に関する技術及び文化的感受性が文化対応技能の構成要素であった。なお、同モデルでは文化的感受性を、文化差の認識及び、異なる文化を受容、尊重する情緒的側面の両方を含む概念としている。また、文化的感受性を自身及び相手の文化に対する認識や態度及び、互いの文化への気づきに表される価値とも説明している(Kim-Godwin et al., 2001)。

3 つ目のモデルが、Papadopoulos による文化対応技能開発モデル(Developing Cultural Competence Model)である(Papadopoulos, 2006)。これは、文化対応技能の獲得までを段階的に示したモデルで、自文化への気づきが第 1 段階とされる。次に異なる文化の人々と交わる経験から文化に関する知識、特に健康に関する信念や直面している問題についての知識を獲得する第 2 段階がある。3 番目に、医療者と患者が互いに信頼、尊敬できる対等で適切な関係性を築く段階があり、そこには文化的感受性の獲得が不可欠と言われる。文化的感受性の属性は、信頼、尊敬、受容、コミュニケーションスキルや共感で構成され、このような段階を経て文化対応技能の獲得に至るとされる(Papadopoulos, 2006)。

なお、文化対応技能に関するこれらのモデルは全て米国あるいは英国で開発され、移民や難民、マイノリティ全般を対象としている。イスラム教圏においては、既述したイスラムケア看護モデル

(Lovering, 2014)を除くとモデルの開発はほとんどなされていない。

これらより、文化的感受性が文化対応技能の獲得に必要な要素であることは明らかであり、看護職者は文化的感受性を高めることが求められている。しかし、文化対応技能はもとより、文化的感受性に関する研究は、それらの殆どが欧米、キリスト教徒が多数を占める地域でなされ、キリスト教徒を対象にしたものであり、イスラム教圏、あるいはイスラム教徒を対象とした研究は上記に限られる。

2) 文化的感受性の概念及び文化的感受性と看護ケアとの関係

文化的感受性は、1980 年代に異文化トレーニングのプログラムの開発や実施がなされる中、そのアウトカムを測定するために、感情を示す概念として発展した。その潮流を受け、1986 年には異文化感受性発達モデル (Developmental Model of Intercultural Sensitivity) が Bennett によって提唱された (Bennett, 1986)。異文化感受性発達モデルにおいて異文化感受性 (intercultural sensitivity) は、個人の世界観と認知構造における文化的な違いの表れ方として捉えられている。また、異文化感受性発達モデルを元に開発された異文化感受性発達尺度は、構成主義と認知的複雑性の概念に基づき、個人が様々な文化的差異を体験し、自らの認知カテゴリーが細分化していく過程を 6 段階の発達モデルで示している (Bennett, 1986; 山本, 2018)。しかし、異文化感受性発達尺度に対しては、感受性の複雑な側面を十分考慮せずに一律に段階化することや、個人の感受性が有する可能性を排除していることへの批判が報告されている (Chen et al., 2000; Perry et al., 2011)。

文化的感受性は、異なる文化に接する経験や気づきを先行要件とし、文化に対する知識や理解、相手の文化を尊重する思い等を属性とする。また、その帰結は、医療者による効果的なコミュニケーションや患者のケアに対する満足度の向上とされる (Foronda, 2016; 田中他, 2019) (表 3)。

Resnicow によると、文化的感受性は、対象とする集団の民族、文化的特徴、経験、規範、価値、行動パターンや信念だけでなく、関連する歴史、環境及び社会的な影響力 (forces) を要素に含むものとされる (Resnicow et al., 1999)。また、文化的感受性は 2 部構造であり、表面構造 (surface structure) と深部構造 (deep structure) の 2 つの側面を持つ。表面構造は、対象とする集団の表面的な特徴に、物的要素やメッセージを合わせること、例えば、対象とする視聴者層に応じてメディアのプログラムやメッセージを合わせるといった感性を意味する。対して深部構造は、対象集団に影響を及ぼす文化、社会、歴史、環境や心理的側面に対する理解が求められる。それは、疾患の原因や治療に対する認識や、宗教、家族、社会や経済がその集団の行動にどのように影響を及ぼし

表 3. 文化的感受性(Cultural Sensitivity)の概念構造

	文化的感受性の要素・構造		
Resnicow et al., 1999	<p>【要素】 対象集団の民族、文化的特徴、経験、規範、価値、行動パターン 信念、関連する歴史、環境及び社会的な影響力</p> <p>【構造】 表面構造(surface structure) — 対象集団の表面的な特徴に、物的要素やメッセージを合わせること 深部構造(deep structure) — 対象集団に影響を及ぼす文化、社会、歴史、環境や心理的側面に対する理解 (疾患の原因や治療に対する認識、宗教、家族、社会・経済が対象集団に及ぼす影響の理解)</p>		
Foronda, 2016	<p>【先行要件】 多様性・気づき 出会い(encounter)</p>	<p>【属性】 知識、配慮、理解、尊敬、 個別対応(tailoring)</p>	<p>【帰結】 効果的なコミュニケーション、介入や満足</p>
Kim - Godwin et al., 2001	<p>【先行要件】 文化的気づき(文化特有の 行いに対する認識)</p>	<p>情緒的な側面(相手の文化への敬意) — affective aspect of care (respectful attitudes toward another's culture) —を持つ</p>	
Chen et al., 2000		<p>感受性は情緒的側面を表す</p>	
田中他, 2019	<p>【先行要件】 「異文化の人々と接する 経験」等</p>	<p>【属性】 情動的能力—「対象者を理解したいという 積極的な思い」、「文化の尊重」 認知的能力—「自文化との差異の自覚」、 「文化に関する知識」、「文化の理解」</p>	<p>【帰結】 医療者側—「文化を考慮した効果的なケア の提供」 対象者側—「ケアへの満足度の向上」、 「ヘルスケアアウトカムの改善」</p>

ているかを理解することを意味する(Resnicow et al., 1999)。

文化的感受性の概念構造は、知識、配慮、理解、尊敬や個別対応(tailoring)を属性とし、多様性、気づき、出会い(encounter)を先行要件とする。そして、文化的感受性によりもたらされるものとして効果的なコミュニケーション、介入や満足があるとされる(Foronda, 2016)。

文化的感受性と文化的気づきを区別しない先行研究がある一方で、それらを区別し、文化的気づきは文化特有の行いに対する認識で文化的感受性の先行要件であり、文化的感受性は情緒的な側面(affective aspect)を持つとする考えもある(Kim-Godwin et al., 2001)。また、気づきを認知的側面と捉え、情緒的側面を表す感受性とは区別すべきとする研究もある(Chen et al., 2000)。

和文献による文化的感受性の概念分析においても、その属性は、「対象者を理解したいという積極的な思い」、「文化の尊重」といった情動的能力と、「自文化との差異の自覚」、「文化に関する知識」、「文化の理解」といった認知的能力とで構成されている。その先行要件には「異文化の人々と接する経験」等があり、帰結は、医療者側の「文化を考慮した効果的なケアの提供」と、対象者側の「ケアへの満足度の向上」、「ヘルスケアアウトカムの改善」といったポジティブなアウトカムとされる(田中他, 2019)。

これらより、文化的感受性は、文化の差異に対する単なる気づきを意味するのではないことは明らかである。文化的感受性は、個人がそれまでに培った知識や体験によってその人の内に構築された認知カテゴリーに、ある文化との邂逅や文化的な体験が組み込まれることにより引き起こされる、文化に関する個人的な認識や感情であると考えられる。

3) イスラム教の医療及び看護ケアに関する尺度研究

MEDLINE を用いたイスラム教の医療に関する尺度の文献検討で抽出された 62 件(図 1)の内訳は、精神看護に関する文献が 17 件、宗教・信仰に関する文献 16 件、小児から大学生を対象とした文献が 8 件、少数民族や難民、特定地域を対象にした文献 8 件、過激派など特定の思想に関する文献 5 件、疾患と関連した文献 4 件、ラマダンや割礼に関する文献 4 件であった。

精神看護に関する文献では、主に強迫神経症やうつ、薬物中毒をもつ患者を対象に既存の尺度を用いて、欧米諸国との比較や男女差を論じていた。宗教・信仰に関する文献では、脳卒中や糖尿病などの疾患、信仰と主観的幸福度との関係、霊的な幸福度と信仰との関係などを既存の尺度を用いて測定する研究が主であった。小児から大学生を対象とした文献では、児童の口腔衛生の状態比較やアルコール消費に対する認識調査、肥満と肺活量の関係など、多様なテーマで研究がなされていた。少数民族や難民などを対象とした文献では、民族間によるメンタルヘルスや健

康障がいの比較や出生率の比較、特定民族を対象とした身体計測、難民の母子を対象とした適応に関する研究などがみられた。

CINAHL with full text(学術誌・英語・full text 限定)においても同様に、信仰とQOL、ストレスコーピング、死に対する不安などに関する文献が抽出された。MEDLINE 及び CINAHL のいずれの文献においても、使用された尺度は主にキリスト教徒が大多数を占める西欧諸国で開発されたものであり、イスラム教圏やイスラム教徒への尺度適用の妥当性を論じるものであった。

上述した MEDLINE のイスラム教の医療に関する尺度の文献検討で抽出された 62 件のうち、尺度の妥当性を論じる文献は、19 件であった。その内訳は、過激なイデオロギーやヒンドゥー教に関する 6 文献を除くと、小児の肥満と肺活量の関係、大学生の自己効力感、うつや薬物中毒等に関する尺度の妥当性を論じた文献が 6 件、残る 7 件は全て信仰や霊性(spirituality)に関する尺度に関する文献であった。信仰に関する尺度では、複数の文献で、the Duke University Religion Index (DUREL)及び Santa Clara Strength of Religious Faith(SCSORF)の両尺度の妥当性の検証がなされていた(Pakpour et al., 2014; Saffari et al., 2013; Hafizi et al., 2013)。DUREL 及び SCSORF は、どちらも 1990 年代に米国においてキリスト教徒を対象に開発された尺度であり、SCSORF においては信仰心の強さと高い精神状態が正の相関関係で示されている(Koenig, 1997; Koenig, 2010; Plante, 1997)。これらの文献では、尺度の設問の教会に通ったり、聖書を読んだり等の原文の表現を、イスラム教の礼拝やコーランに読み替えて翻訳し、いずれの尺度においてもイスラム教徒への適用の妥当性が示されていた(Pakpour et al., 2014; Saffari et al., 2013; Hafizi et al., 2013)。しかし、尺度の妥当性を論じたこれらの文献は全て患者、あるいは健康な人々を対象としており、看護職者を対象にした尺度の妥当性を検証した論文はみられなかった。

既述した MEDLINE による文献検索の結果によると、看護ケアに関する尺度のうちイスラム教圏で開発された尺度は、スピリチュアルケアの実施について測定する尺度(the Arabic Spiritual Care Intervention-Provision Scale, SCIPS)のみであった(Musa et al., 2016)。SCIPS が開発された理由は、既存のスピリチュアルケアに関連した尺度の多くがキリスト教圏で開発され、アラビア語でイスラム教徒を対象とした同様の尺度が無いこと、既存の尺度は看護職によるスピリチュアルケアの介入に焦点を置いていないこと、また、宗教とスピリチュアルケアの両面にバランスを置いた尺度が無いことであった。SCIPS は、スピリチュアリティを宗教と実存的側面の 2 側面に分け、全 17 項目のうち、宗教的側面を問う 8 つの設問と、実存的側面を問う 9 つの設問で構成される(Musa et al., 2016)。尺度開発に際しては、まずキリスト教の概念に基づく尺度も対象として、スピリチュアリティ及びスピリチュアルケアに関する文献検討を行って原案が開発された。その後、専門家によるアラブ・イスラ

ム教の言語、文化、スピリチュアリティに関する検証、イスラム教徒の患者及び看護職による調査により、信頼性及び妥当性を証明している。しかし、本尺度は、ヨルダンの看護職を対象とした検証のみであり、他のイスラム圏や非イスラム教徒の看護職を対象とした検証はなされていないことが限界として示されている(Musa et al., 2016)。

前述した異文化感受性発達尺度に関しては、後に 50 項目からなる改訂版が開発されたが、改訂版開発時に実施された多国籍からなるパイロットインタビューでは、イスラム教圏の出身者は 40 名中トルコの 1 名のみであった。また、サンプルテストの回答者の文化的アイデンティティは、6 割がアメリカ人で、他にアフリカ系、ヒスパニック系、ユダヤ系の回答者はいたが、イスラム教徒は皆無であった(Hammer et al., 2003)。

以上より、イスラム教徒の患者を対象とした看護ケアに関する尺度は、いまだ開発途上にあるといえる。イスラム教徒に適用可能と検証された尺度も、キリスト教を基盤に開発された尺度の翻訳が多く、イスラム教の文化や宗教に基づき開発された尺度はわずかであった。イスラム教を基盤として開発された看護ケアに関する尺度の測定項目は、宗教やスピリチュアリティに関するものが大半であった。前述したようにイスラム教徒における文化的感受性は、イスラム教の知識や理解の上に成り立つ概念であり、宗教に対する理解が不可欠である。また、イスラム教徒が多数を占める地域では、特に子育てなどにおいて西洋よりも精神面やスピリチュアリティを重視する傾向にあることが明らかとなっている(Bawadi et al., 2017)。このように、イスラム教がイスラム教徒の生死、健康、ケアリングに及ぼす影響を考慮すると、イスラム教徒の文化的感受性は、宗教やスピリチュアリティが中核的要素を占めると考えられる。

看護ケアにおいても、患者により良いアウトカムをもたらすために看護職者の文化的感受性を高めることが求められている。例えば、ケア提供者が患者の文化や慣習に関心を寄せ、尊重する姿勢が、患者との関係を良好にし、患者のアドヒアランスを高めることが示唆されている(Boerleider et al., 2014)。また、妊産婦から産後の女性及び小児への看護ケアにおいて、文化的、宗教的に適切なケアの提供により、母子の健康増進、満足が高まることが示されている(Bawadi et al., 2017)。これらより、看護職者が文化や宗教に対する感受性を高めることは必要であり、日本においても、イスラム教患者に対応する看護職者が文化的感受性を高めることが求められていると考える。

第3章 キーインフォーマント調査

I. 目的

国内のイスラム教及びイスラム教徒の医療事情に詳しいキーインフォーマント(key informants, 主要情報提供者)より専門的な知見を得て、イスラム教における死生観や疾患に対する認識及び、イスラム教徒の患者への看護ケアの課題について把握することを目的とした。また、インタビュー結果を元に、イスラム教患者への看護能力尺度の原案を作成することを目的とした。

II. 方法

1. キーインフォーマント調査(資料 1-4)

イスラム教徒への医療や患者対応に詳しい医療従事者とし、関西在住かつイスラム教患者への対応経験を有する医師、看護師、助産師、医療通訳及び医療コーディネーター計 7 名のキーインフォーマントにインタビューを行った。対象者のリクルートは、研究者より知人を通じて直接に、あるいはスノーボールサンプリング法にて協力者を募り、インタビューへの同意を得た。

2. インタビュー方法

半構造化面接法にて、1. イスラム教における死生観や疾患、治療に対する認識、2. イスラム教患者への対応事例、3. イスラム教患者への対応に求められる文化的感受性について尋ねた。実施時期は 2019 年 1 月～2 月、インタビューに要した時間は、1人当たり 23 分から 77 分であった。インタビューは個室で行い、IC レコーダーにて録音し、逐語録に起こした。

3. 倫理的配慮

インタビューの実施に先立ち、研究者の所属大学の研究倫理委員会の承認を得た(2018 年 11 月、承認番号 2018021)。インタビュー協力者に対しては、「研究の趣旨」「概要」「方法」「参加しなくても不利益を被らないこと」「いつでも研究の同意を撤回できること」および「データの公表」を記載した説明書を作成し、事前に対象者にメールや SNS 等の通信手段を用いて、説明書を送信し、研究概要について説明を行った。また、インタビュー開始前に対象者に説明書を配布し、上記の事柄について口答及び文書にて再度説明を行った。同意書は研究者用と対象者用を計 2 部作成し、署名を得た後、一部は協力者本人が、もう一部は研究者が保管した。なお、同意撤回書を渡し、研究協力の撤回を希望する場合は、同意撤回書に記入の上、研究者に送付するよう説明した。

インタビューは個室で行い、録音について協力者の同意を得た後に IC レコーダーにて録音し

逐語録に起こした。逐語録のデータは、それぞれコード化して個人が特定されないようにし、データは研究者の研究室内の鍵のかかるロッカーに保管した。また、これらのデータは、パスワードをかけ研究者及び指導教員のみが閲覧した。

4. 分析方法

作成した逐語録は、クリッペンドルフの内容分析手法にて以下の手順で分析を行った(Krippendorff, 1989)。まず、得られたデータを熟読し、対象者の言葉をそのまま抽出した。抽出した文章を内容が明確になるよう整理し、簡潔に表現した一次コード、文脈的意味を表した二次コードを抽出した。次に、対象者全ての二次コードを合わせ、それぞれの類似性について検討した。本質的な意味を表すサブカテゴリーに統合した後、更に抽象度を高めたカテゴリーを抽出した。内容分析は目標に沿って妥当な推論を行うための技法であるため(Krippendorff, 1989)、本調査の目的 1.イスラム教における死生観、2.疾患に対する認識、3.イスラム教徒の患者への看護ケアにそって、カテゴリーを順に配列した。

なお、この分析過程においては、指導教員による指導のもと、尺度項目及び表現の修正を繰り返し行った。

Ⅲ. 結果

全 292 コードが抽出され、＜妊娠は神の意志＞や＜日本における戒律遵守の限界＞など 44 のサブカテゴリーと、【イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習】や【日常生活におけるイスラム教の戒律の遵守】など 7 つのカテゴリーが導き出された。各カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを＜ >、語りを「斜体」とし、カテゴリーごとに以下に記す。表 3 に各サブカテゴリーが抽出された対象者のインタビューの引用例を紹介している。ここではその代表的なものを取り上げ紹介する(表 4)。

1. 【イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習】

本カテゴリーは＜妊娠は神の意志＞、＜夫婦・家庭内では男性が主導＞、及び＜母乳育児の重視＞の 3 つのサブカテゴリーで構成される。＜妊娠は神の意志＞では、イスラム教徒は妊娠、子育て等においてもイスラム教を中心とした生活を送っており、死産の場合でも、「神様が授けたから(中略)生まれてすぐ亡くなる場合も(中略)その妊娠を全うして産んで、それで亡くなってしまうなら、それがその子の寿命と考える(G 氏)」等の発言が聞かれた。＜母乳育児の重視＞では、イスラム

教の創始者ムハンマドの言行録集であるハディースにおいて母乳育児が推奨されていることから、
「母乳に対してはすごいイメージ(G氏)」を抱いているとの発言が聞かれた。

2.【日常生活におけるイスラム教の戒律の遵守】

本カテゴリーは＜日本における戒律遵守の限界＞、＜戒律を遵守できない時の罪悪感＞、＜状況に応じた戒律遵守のレベル＞、＜信頼できる人に教義の相談＞、＜戒律の解釈の地域差と個人差＞、＜戒律を遵守しやすい地域への移動＞、及び＜イスラム教に関する正確な知識と相互理解の必要性＞の 7 つのサブカテゴリーからなる。日本ではハラール食を提供できる店舗が限られるため、＜日本における戒律遵守の限界＞では、「疑いがあれば全て食べないになると、(日本では)ものすごい制限かかる(C氏)」という実情や、「この非イスラム国にいたのであれば、絶対それ(ハラールではないものを利用すること)はどこかでは避けられない部分はあると思う(G氏)」との発言が聞かれた。＜戒律の解釈の地域差と個人差＞では、母国と日本の環境の違いと遵守に対する個々の考え方の違いから、「それぞれも考え方違って線引きも違うので、ある程度自由を与えて決断してもらったほうがお互いに幸せかなと思う(C氏)」との意見が聞かれた。

3.【通常の医療における対応とイスラム教の戒律の遵守】

このカテゴリーでは、外来におけるイスラム教患者への問診、入院中の礼拝や食事への対応について、8 つのサブカテゴリーが抽出された。＜患者の状態やニーズの把握の困難さ＞、＜日本人患者と同様の対応＞、＜患者の日本の文化・風習に合わせようとする努力＞、＜食事における戒律遵守の内容の確認と対応＞、＜院内における祈祷への対応＞、＜肌の露出に関する戒律遵守の地域差と対応＞、＜家族計画の認識の相違への理解と説明の必要性＞、及び＜未婚女性に対する問診と検査時の配慮＞である。＜未婚女性に対する問診と検査時の配慮＞のサブカテゴリーでは、外来における未婚女性への問診時の対応について、「未婚や言うてるのに何考えてるのみたいな感じで怒られたことあるんです(F氏)」などの発言が聞かれた。また、＜食事における戒律遵守の内容の確認と対応＞では、日本で販売されている粉ミルクに豚由来成分が含まれていることから、粉ミルクなど食事の持ち込みを許可するなどの対応について語られた。

4.【特定の医療場面におけるイスラム教の戒律の遵守】

妊娠・出産やラマダン中の治療など、特定の医療場面における戒律の遵守について、＜産科における内診と対応＞、＜出産や治療に関する同意書の説明・取得＞、＜出産に関する意向の尊

重と個別対応>、<同性の医療職者による対応と緊急時の説明・同意>、<妊娠中の異常・死産時の対応>、<ラマダン中の治療の問題>、<ラマダン中の断食への対応>及び<臨死期～死後のケア>の 8 つのサブカテゴリーが抽出された。<ラマダン中の治療の問題>では、「尊重してあげないと信頼関係がなくなってしまう(E 氏)」と患者のラマダンに対する認識を尊重するものの、医療者として「治療は必要だからって言うふうに説得しよう(E 氏)」と、必要時はラマダン中でも治療を受けるよう説得するとの発言があった。しかし、病人はラマダン中の断食が免除されているという教義を、非イスラム教徒から「イスラム教徒に言うのかって言う話ですよね(E 氏)」と、非イスラム教徒の立場から宗教に介入することの困難さも窺えた。

5.【薬剤に対するハラールの認識と対応】

薬剤のハラール対応や、投与したワクチンがハラールでなかった場合の対応について、<予防接種に対するイスラム教徒の認識と対応>、<予防接種に関する医療者の対応>、<医療者による医薬品等のハラールへの対応>、及び<東南アジア、イスラム教圏では医薬品はハラールと認識>の 4 つのサブカテゴリーが抽出された。<予防接種に関する医療者の対応>では、日本では小児感染症の予防接種は努力義務であるため、「打たなかったときのリスク(以下、全て F 氏)」を医師が患者に説明するものの、ワクチンがハラールで無い場合は「そこを進めていくときの難しさ」を感じたとの発言があった。また、ワクチンを打った後に、その製造過程で豚由来成分の関与が判明した場合の対処について、「故意にやったわけじゃない」が患者の「信条を傷つけた」ことに対し、「打ってしまったっていうことは伝えないといけない」との見解が示された。しかし、「伝えてその後どうするか。それはもう向こうの判断であろう」と、医療者として誠実な対応が求められるが、最終判断は患者に委ねるより他はない、との非常にセンシティブな事例が聞かれた。

6.【文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応】

外国人患者に対する医療費の説明、言語面や治療以外の支援等について 11 のサブカテゴリーが抽出された。<外国人患者への苦情対応や病室の調整>、<院内の医療者や患者への説明の工夫による摩擦の回避>、<医療費説明の困難さ>、<医療制度の患者の知識不足や医療者の説明不足による利用の困難さ>、<医療制度や費用に関する丁寧な説明の必要性>、<外国人患者の医療費未収に関する見解の相違>、<医療通訳による円滑な意思疎通と診断>、<通訳サービスや組織的サポートによる医療者の安心や自信>、<外国人患者受入の取組と特別扱いしない文化形成>、<外国人患者への治療以外の療養指導や看護ケア>及び<退院後の

地域での受入先の確保>である。＜通訳サービスや組織的サポートによる医療者の安心や自信>では、日中に医療通訳によるサービス、夜間に 24 時間電話通訳を導入していることについて、これらの通訳サービスが外国人患者のためだけでなく、外国人患者に対応する看護師の「心のよりどころ(F氏)」にもなっているとの発言があった。また、＜退院後の地域での受入先の確保>では、急性期病院からの転院や地域の医療機関との連携が求められるとの発言が聞かれた。

7.【外国人患者対応に求められる能力】

本カテゴリーでは、＜異なる宗教や文化に対する知識と理解＞、＜語学力と異なるコミュニケーション力や他者への関心＞及び＜看護師としての対応力と地域との連携の必要性＞の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。＜異なる宗教や文化に対する知識と理解＞のサブカテゴリーでは、「その人たちの文化を知って『こういうことは大丈夫ですか』とか具体的に聞かないと、何が困っているかもわからない(B氏)」の発言、＜看護師としての対応力と地域との連携の必要性＞では、「もともと看護師が持ってる調整能力っていうのをプラスアルファするだけなんです(F氏)」と、外国人患者対応に求められる能力は看護ケア能力の延長線上にあるとの発言が聞かれた。

表 4-1.キーインフォーマント調査結果

全 292 コード,
カテゴリー名後の()はコード数

1.イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習(14)	2.日常生活におけるイスラム教の戒律の遵守(32)
1-1) 妊娠は神の意志 神様が授けたから(中略)生まれてすぐ亡くなる場合も(中略)その妊娠を全うして産んで、それで亡くなってしまうなら、それがその子の寿命と考える(G氏)	2-1) 日本における戒律遵守の限界 非イスラム国にいるのであれば、絶対それ(ハラールではないもの)を利用することはどこかでは避けられない部分はある(G氏)
1-2) 夫婦・家庭内では男性が主導 父親がコミュニケーションとすることが多く、母親が話すことはなかった(F氏)	2-2) 戒律を遵守できない時の罪悪感 日本ではハラールが少なく遵守が難しいため、本人に罪の意識が働いてしまう(C氏)
1-3) 母乳育児の重視 ハディース(ムハンマドの言行録集)に、母乳が良いとある(G氏)	2-3) 状況に応じた戒律遵守のレベル マレーシアではハラールに気を遣うが、日本に来た時は緊急事態扱いで緩くなる(C氏)
	2-4) 信頼できる人に教義の相談 自分の信頼できる人に相談してくださいと伝えると良い(C氏)
	2-5) 戒律の解釈の地域差と個人差 それぞれも考え方違って線引きも違うので、ある程度自由を与えて決断してもらったほうがお互いに幸せかなと思う(C氏)
	2-6) 戒律遵守しやすい地域への移動 日本でハラールが守れなければ、遵守できる場所に移動すれば良いと考える人もいる(G氏)
	2-7) イスラム教に関する正確な知識と相互理解の必要性 非イスラム教徒の間で、イスラム教についての理解が進まないと対応は難しい(G氏)

表 4-2.キーインフォーマント調査結果

3.通常の医療における対応とイスラム教の戒律の遵守(75)	4.特定の医療場面におけるイスラム教の戒律の遵守(69)
3-1) 患者の状態やニーズの把握の困難さ 微妙なニュアンスが聞けない(B氏)	4-1) 産科における内診と対応 内診を拒否した患者もいるし、女性医師もいるが、「ノー」と言う患者には腹部の上から診察した(F氏)
3-2) 日本人患者と同様の対応 緊急時の対応は日本人の患児と一緒にではないかと思う(C氏)	4-2) 出産や治療に関する同意書の説明・取得 助産師が妊婦健診後に時間をとり、通訳を通して事前に同意書を取っている(D氏)
3-3) 患者の日本の文化・風習に合わせようとする努力 日本に慣れていれば、看護職者に言いにくいのではないかと思う(B氏)	4-3) 出産に関する意向の尊重と個別対応 分娩後に夫が入室して、児にコーランを読んでいた。スタッフも、どうぞという感じで見守った(G氏)
3-4) 食事における戒律遵守の内容の確認と対応 病院のミルクを使っていいか尋ねたり、ハラルのミルクを持ってきたりしている(G氏)	4-4) 同性の医療職者による対応と緊急時の説明・同意 宗教的な問題があるため必ず女医が担当するが、緊急時の同意はとってもらう(D氏)
3-5) 院内における祈祷への対応 祈祷室の要望があれば用意する(A氏)	4-5) 妊娠中の異常・死産時の対応 病室で家族がイマーム(イスラム教の宗教的指導者)を呼んでも構わない(G氏)
3-6) 肌の露出に関する戒律遵守の地域差と対応 乳房マッサージは、ヒジャーブで隠しながら対応した(G氏)	4-6) ラマダン中の治療の問題 治療を拒む場合は、治療しないとあなたの体調がよくなる、必要だからと説得する(E氏)
3-7) 家族計画の認識の相違への理解と説明の必要性 家族計画がなぜ必要なのかという説明がなければ、夫は行動に移しにくい(G氏)	4-7) ラマダン中の断食への対応 ラマダンのときに出産した妊婦は、出産までは食べていた。しっかり食べて、しっかり出産して、後でラマダンの断食をすればいい(G氏)
3-8) 未婚女性に対する問診と検査時の配慮 未婚だと言っているのに何考えているの、と怒られたことがある(F氏)	4-8) 臨死期～死後のケア 我々看護師だけで死後の処置を行っていいか、家族に相談すればよい(C氏)

表 4-3.キーインフォーマント調査結果

5.薬剤に対するハラールの認識と対応(37)	6.文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応(41)
5-1) 予防接種に対するイスラム教徒の認識と対応 日本で予防接種を受けるか、母国で受けるかは、その人がイスラム教徒としてどう向き合うかという問題(G氏)	6-1) 外国人患者への苦情対応や病室の調整 外国語を話すのが耳ざわりと苦情があるので、環境を調整する(F氏)
5-2) 予防接種に関する医療者の対応 豚由来成分が関与したワクチンを打ってしまったということは、伝えないといけない(F氏)	6-2) 院内の医療者や患者への説明の工夫による摩擦の回避 摩擦になりかけたときは必ず国際診療科のスタッフが入る(F氏)
5-3) 医療者による医薬品等のハラールへの対応 家族に尋ねられたので、添付文書で豚由来成分が入っていないか全て確認した(F氏)	6-3) 医療費説明の困難さ 文化の摩擦が発生すると治療費のトラブルにもつながるため、細心の注意を払って対応(A氏)
5-4) 東南アジア、イスラム教圏では、医薬品はハラールと認識 社会に合わせたワクチンはすごく重要だろう(F氏)	6-4) 医療制度の患者の知識不足や医療者の説明不足による利用の困難さ 外国人患者は、医療費を滞納していることや高額療養費制度があることを知らなかった(E氏)
	6-5) 医療制度や費用に関する丁寧な説明の必要性 外国人は医療費の相場がわからず、概算を知りたい人が多いため、概算を伝えると安心する(E氏)
	6-6) 外国人患者の医療費未収に関する見解の相違 医療職側は外国人患者に医療費を払ってもらうために努力や説明をしたのか(E氏)
	6-7) 医療通訳による円滑な意思疎通と診断 通訳がいたから検査が要らなかったという例は結構ある(E氏)
	6-8) 通訳サービスや組織的サポートによる医療者の安心や自信 言語のツールなど、外国人患者に対応する看護師の心のよりどころを作らないといけない(F氏)
	6-9) 外国人患者受入の取組と特別扱いしない文化形成 外国人の患者という認識はあまりなく、病院の文化になっている(F氏)

表 4-4.キーインフォーマント調査結果

6.文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応 (41)	7.外国人患者対応に求められる能力 (24)
6-10) 外国人患者への治療以外の療養指導や 看護ケア 外国人の患者さんには、診療前看護と診療後が 要る (F 氏)	7-1) 異なる宗教や文化に対する知識と 理解 患者の文化を知って具体的に尋ねない と、何に困っているかもわからない (B 氏)
6-11) 退院後の地域での受入先の確保 急性期病院からの転院やシームレスな地域包括 に、外国人患者が入りにくい (F 氏)	7-2) 語学力と異なるコミュニケーション 力や他者への関心 英語、言語というより、コミュニケーション 能力があればうまくいく (A 氏)
	7-3) 看護師としての対応力と地域との 連携の必要性 外国人対応能力は、看護師が本来持 つ調整能力にプラスアルファするだけ (F 氏)

第4章 イスラム教患者への看護能力尺度の開発

イスラム教患者への看護能力尺度は、以下の手順で開発した。初めに、文献検討及びキーインフォーマント調査の結果を基にイスラム教患者への看護能力尺度原案を開発した。次に、予備調査を行い、尺度原案の信頼性及び妥当性を検証し、イスラム教患者への看護能力尺度を開発した。最後に、本調査及び再調査を行い、尺度の信頼性及び妥当性を検証した。

I. イスラム教患者への看護能力尺度原案の開発、予備調査の実施及び信頼性・妥当性の検証

1. 目的

第2章の文献検討及び、第3章のキーインフォーマント調査の両結果よりイスラム教患者への看護能力尺度原案を開発し、イスラム教の専門家による検証及び予備調査から、原案の修正・精選及び信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とした。

イスラム教患者への看護能力尺度原案は、以下の3部構成とした。

- I. 文化・宗教に関する知識
- II. 看護における文化的感受性
- III. 実践

2. 方法

1) 文献検討結果との検証

第2章で既述した文献検討の結果より、以下の3項目を尺度原案の構成内容とした。1. 六信五行などイスラム教の教義や、日常生活や子育て等においてイスラム教徒として推奨される振る舞いや慣習、2. イスラム教における生死、健康、病等に関する概念、3. イスラム教患者に対する全人的なケアやイスラム教の慣習や価値観が尊重された看護である。これらの内容が、尺度原案に含まれているか、尺度案に漏れや齟齬が無いか等の観点から検討を行った。

2) キーインフォーマント調査との検証

第3章のキーインフォーマント調査結果から抽出された7つのカテゴリー及び44項目について、内容の共通性や相違点、整合性を検証した。また、特異な状況等、回答者が限定され得る項目がないかについて検討した。

3) 国際保健及び看護、イスラム教の専門家らによる表面妥当性の検証

表面妥当性を検証するため、国際保健・看護の専門家らに内容の検討を依頼した。依頼した専門家は、国際保健及び国際看護の専門家、イスラム教の指導者、イスラム教徒の医療従事者及びイスラム教患者への対応経験のある医療従事者の計7名であった。依頼に際して、イスラム教患者への看護能力尺度原案の内容と、国際保健・看護の観点における齟齬の有無、イスラム教の教義との合致、主な教義や信仰上求められる行いと尺度内容との漏れや誤りの有無、またイスラム教患者に望ましいとされる医療・看護ケアとの齟齬の有無について意見を求めた。実施した時期は2019年11月～12月であった。

4) イスラム教患者への看護能力尺度原案の予備調査の実施

関西の医療機関に所属する看護職11名を対象にイスラム教患者への看護能力尺度原案の予備調査を実施した。予備調査では、表現の適切さや回答のし易さ等について意見を聴取した。実施時期は2019年9月～10月であり、協力者に対しては、メール及び文書にて研究概要等について事前に説明を行い、同意を得た後に実施した。

3. 結果

前項1)から4)の検証結果を元に、イスラム教患者への看護能力尺度原案を開発した。キーインフォームアント調査結果から抽出された7つのカテゴリーのうち、6.【文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応】のサブカテゴリー＜外国人患者の医療費未収に関する見解の相違＞を、医療機関の方針や看護師の役割などにより見解が異なるため削除した。残る43項目を尺度原案の対象とし、文献検討結果から抽出された3項目(1. 六信五行などイスラム教の教義や、日常生活や子育て等においてイスラム教徒として推奨される振る舞いや慣習、2. イスラム教における生死、健康、病等に関する概念、3. イスラム教患者に対する全人的なケアやイスラム教の慣習や価値観が尊重された看護)が含まれるよう、構成及び項目を検討した。

予備調査の結果、尺度の項目及び文言について、イスラム教の基本的な教義や推奨される振る舞いを項目に追加した。文言について、礼拝の方角を「西」から「南西」に変更し、「祈祷」という文言を「礼拝」に表現を変える等、イスラム教の教義に則り、より厳密な表記に変更した。また、回答者の混乱を避けるため、設問中の「夫」や「子ども」についてイスラム教徒と設定する、との説明文やコーランやラマダンについての説明を設問中に加えた。なお、薬剤や予防接種のハラル対応については、文献では記載が無かったが、尺度項目に残した。この理由として、ほぼ全員のインタビュー対象者から、イスラム教患者の対応において医療従事者のハラル認識は重要との見解を得た

こと、インドネシア及びマレーシアのイスラム教徒が訪日で不安に思うことの上位にハラール対応が示されていることより(三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2014)、日本においては医療従事者のハラール認識は不可欠と考えたからである。また、これらの設問を基本的な教義や日常生活に関するものと、医療や看護ケアなど臨床ケアに関するものに分けた。

イスラム教患者への看護能力尺度は、原案に上記の変更を加え、以下の構成とした。

I. 属性

II. 文化・宗教に関する知識及び実践

II-1. 基本知識に関する設問

II-2. 臨床ケアに必要なイスラム教に関する設問(以下、臨床ケアに関する設問)

II-3. 実践に関する設問

III. 看護における文化的感受性

IV. 自由記載(イスラム教の患者対応における困難事例やその対応)

なお、III. 看護における文化的感受性の 35 項目は、5 因子「1. イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習」、「2. 医療場面におけるイスラム教の教義の遵守」、「3. 薬剤に対するハラールの認識と対応」、「4. 文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応」及び「5. 外国人患者対応に求められる能力」で構成し、「1.全くそう思わない」から「4.非常にそう思う」の 4 件法とした(表 5)。

表 5-1. イスラム教患者への看護能力尺度

I. 属性		
1	年齢	①20 代 ②30 代 ③40 代 ④50 代
2	性別	①男性 ②女性
3	免許	①看護師 ②保健師 ③助産師
4	最終学歴	①専門学校 ②短期大学 ③大学 ④大学院
5	臨床経験年数	【 】年
6	現在の勤務病棟	
1)	入院病棟	①内科 ②外科 ③産科 ④小児科 ⑤手術室 ⑥ICU ⑦その他()
2)	外来	①内科 ②外科 ③産科 ④小児科 ⑤その他()
7	現在の職位	①一般 ②主任 ③師長
8	イスラム教患者にケアを行った経験	①ある ②ない
⇒ ないと回答した場合はⅡへ進む		
9	今までにケアを行ったイスラム教患者の総人数	①1～5 人 ②6 人～10 人 ③11 人以上
10	イスラム教患者のケアで困難を感じた経験	① ある ②ない

表 5-2. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

Ⅱ. イスラムの文化・宗教に関する知識及び実践

Ⅱ-1. 基本知識に関する設問

	教義・推奨される振る舞い (カテゴリー)	質問項目	正解
1	礼拝(五行)	1 日の礼拝回数 a.1 回 b.3 回 c.5 回 d.7 回 e.特に規則はない	c.
2	礼拝(五行)	日本で礼拝する時の方角 a.北西 b.南西 c.南東 d.特に規則はない	b.
3	ハラール	宗教上の適切な処理が施されていても禁忌とされる食材(該当するものを全て選択) a.豚肉 b.鶏肉 c.牛肉 d.アルコール e.魚 f.乳製品	a.と d.
4	ハラール	イスラム教患者に提供する前に、豚由来の成分が含まれていないか確認した方がよい食品・薬品 (該当するものを全て選択) a.カプセル剤 b.インスリン c.粉ミルク d.予防接種	全て
5	断食(五行)	ラマダン(イスラム教徒が断食を義務付けられている期間)中の断食に関する規則 a.日の出から日没まで食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い b.日の出から日没まで水分及び食事の摂取を禁じる c.日の出から日没まで、及び夜間の食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い d.特に規則はない	b.
6	断食(五行)	ラマダンの期間 a.約 10 日 b.約 20 日 c.約 30 日 d.約 40 日	c.
7	埋葬方法 4-8) 臨死期～死後の ケア	イスラム教徒が亡くなった時の埋葬方法 a.火葬 b.火葬後の遺骨を川に流す c.土葬 d.特に規則は無い	c.
8	優先される手	物の受け渡しなどの時にイスラム教徒が主に使う手 a.右手 b.左手 c.相手の性別によって異なる	a.

表 5-3. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

II-2. 臨床ケアに関する設問				
	カテゴリー等	サブカテゴリー	質問項目	正解
9	来世(六信)		イスラム教では、死は終わりを意味し、死をもってその人の生涯は終結する。	No
10	礼拝(五行)		病状により、ひざまずいたり伏して礼拝することが難しい場合でも、できる限りひざまずいて礼拝することが求められる。	No
11	1.イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習	夫婦・家庭内では男性が主導	女性患者に重篤な疾患がわかった時、本人に告知するか否かの最終判断は、患者の男性家族が行う。	Yes
12	4.特定の医療場面ににおけるイスラム教の教義の遵守	出産に関する意向の尊重と個別対応	出産時、イスラム教の礼拝を呼びかける言葉を児の左右の耳に唱える慣習がある。	Yes
13	巡礼(五行)		疾患の治癒が望めない状況で、患者がメッカ巡礼を希望した場合、患者は体力的に巡礼が可能かどうかを知らされる必要がある。	Yes
14	4.特定の医療場面ににおけるイスラム教の教義の遵守	臨死期～死後のケア	臨死期には、メッカの方角に患者の背を向け、患者の家族らがコーラン(イスラム教の聖典)を読誦する。	No
15	4.特定の医療場面ににおけるイスラム教の教義の遵守	産科における内診と対応	経産婦であっても、内診を経験していない場合があるため、妊婦健診で内診を行う際は事前に必要性や方法など詳しい説明が求められる。	Yes

表 5-4. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

Ⅱ-3. 実践に関する設問				
	カテゴリー	サブカテゴリー	質問項目	備考
16	2.日常生活におけるイスラム教の教義の遵守	戒律の解釈の地域差と個人差	人によって遵守のレベルが異なるため、宗教上食べられない食材について、丁寧に尋ねるようにしている。	
17	3.通常の医療における対応とイスラム教の教義の遵守	院内における礼拝への対応	礼拝場所は特に提供していない。	反転項目
18	3.通常の医療における対応とイスラム教の教義の遵守	院内における礼拝への対応	全身を净めた状態で礼拝できるよう、清拭などの清潔ケアは礼拝の前に行うようにしている。	
19	3.通常の医療における対応とイスラム教の教義の遵守	肌の露出に関する戒律遵守の地域差と対応	ベールを外している場合があるため、女性患者の病室に入る時はノックをして、患者がベールを着用できるよう少し待ってから入室している。	
20	5.薬剤に対するハラールの認識と対応	医療者による医薬品等のハラールへの対応	薬剤を投与する時、その薬剤に豚成分が含まれていないか事前に必ず調べるようにしている。	

表 5-5. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

Ⅲ. 看護における文化的感受性				
	カテゴリー	サブカテゴリー	尺度	備考
1	1. イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習	妊娠は神の意志	イスラム教では妊娠は神の意志とされるので、信仰を尊重するために避妊方法については説明しない方が良いと思う。	反転項目
2		日本における戒律遵守の限界	イスラム教の戒律を厳密に守ろうとすると、日本で生活するのは難しいと思う。	反転項目
3		戒律を遵守できない時の罪悪感	日本で生活しているのであれば、日本の風習に従うべきだと思う。	反転項目
4		状況に応じた戒律遵守のレベル	日本に住むイスラム教徒は、日本文化に適応しているので、食事など日常生活ではあまり不自由していないと思う。	反転項目
5		信頼できる人に教義の相談	患者が宗教的な悩みを抱えている時に、近隣のモスクなど宗教施設を紹介できる知識が必要だと思う。	
6		戒律遵守しやすい地域への移動	母国に帰って戒律を守った治療を受けたいと言えば、生死に関わる状況でも帰国できるよう努めようと思う。	
7		イスラム教に関する正確な知識と相互理解の必要性	イスラム教についてあまり知識がなくてもケアは充分行えると思う。	反転項目
8		未婚女性に対する問診と検査時の配慮	未婚女性に妊娠の有無を尋ねるのは失礼なので、問診ではなく検尿をして確認する方がよいと思う。	反転項目
9		出産に関する意向の尊重と個別対応	男児の出産後、両親が児の割礼を希望しても、必要な医療行為ではないため当院では行っていないと答えようと思う。	
10		同性の医療職者による対応と緊急時の説明・同意	男性医師しかいなければ、女性患者から事前の同意がなくても、男性医師が診察するのは当然だと思う。	反転項目

表 5-6. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

11		妊娠中の異常・死産時の対応	妊婦健診で胎児に異常があれば、検査結果の説明は夫の同席のもと行うべきだと思う。	
12		ラマダン中の治療の問題	ラマダン中、断食を望んでも、身体への影響から断食しないよう医療職として説得しようと思う。	反転項目
13	2.医療場面におけるイスラム教の教義の遵守	母乳育児の重視	日本の人工乳は豚成分を含むので通常使わないが、母児の状態によっては人工乳を使うのも仕方ないと思う。	反転項目
14		患者の状態やニーズの把握の困難さ	日本文化に適応しある程度日本語を話せたとしても、医療職に自分の状態やニーズを伝えるのは難しいと思う。	
15		日本人患者と同様の対応	要望を尋ねても特に無ければ、日本の患者と同様にケアを行おうと思う。	反転項目
16		患者の日本の文化・風習に合わせようとする努力	日本に住むイスラム教徒は、日本の文化や風習に合わせようとしていると思う。	
17		食事における戒律遵守の内容の確認と対応	糖尿病食を処方されていても、持ち込み食について食事指導を行えば、治療への影響は少ないと思う。	
18		出産や治療に関する同意書の説明・取得	同意書を得る時は、必要な場合は通訳を手配してでも丁寧に説明をすべきだと思う。	
19		ラマダン中の断食への対応	薬物治療をしている場合、断食の期間、日中でも薬だけは内服してもらおうと思う。	反転項目
20	3.薬剤に対するハラルの認識と対応	予防接種に対するイスラム教徒の認識と対応	日本にいるイスラム教徒の子どもは、ワクチンに豚成分が入っていても予防接種を受けるべきだと思う。	反転項目
21		予防接種に関する医療者の対応	投与した薬剤に豚成分が含まれていたとわかっていても、医療者として患者にそれを伝えることが最善とは限らないと思う。	反転項目

表 5-7. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

22		東南アジア、イスラム教圏では、医薬品はハラルと認識	イスラム教の戒律に則った治療は日本では難しいので、トラブルを避けるため母国で治療を受けるよう勧めたいと思う。	反転項目
23	4.文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応	外国人患者への苦情対応や病室の調整	他の患者から規則を守らないなどの苦情が出るので、できれば外国人対応に慣れた病院を利用して欲しい。	反転項目
24		院内の医療者や患者への説明の工夫による摩擦の回避	文化や宗教について医療者に知識があれば、外国人患者とのトラブルも回避しやすいと思う。	
25		医療費説明の困難さ	医療費について尋ねられたら、費用の概算などについて医事課に相談するよう伝えたいと思う。	
26		医療制度の患者の知識不足や医療者の説明不足による利用の困難さ	医療費を心配して治療を躊躇していたら、ソーシャルワーカーに相談できるよう関連部署に連絡しようと思う。	
27		医療制度や費用に関する丁寧な説明の必要性	採血やCT検査を行う時は、検査項目や目的について日本の患者よりも詳しく説明してから行うべきだと思う。	
28		医療通訳による円滑な意思疎通と診断	医療通訳者がいないと意思疎通がはかれないので、通訳サービスを導入している病院を紹介した方がよいと思う。	反転項目
29		通訳サービスや組織的サポートによる医療者の安心や自信	患者の対応経験が豊富でも、適切に対応するために通訳サービスを導入する必要があると思う。	反転項目
30		外国人患者受入の取組と特別扱いしない文化形成	外国人患者の対応部署が無くても、外国人患者を受け入れ、個々の対応力を上げなければならないと思う。	
31		外国人患者への治療以外の療養指導や看護ケア	入院の継続が必要な場合でも、医療費を理由に患者が退院を希望すれば、自宅での療養方法を説明しようと思う。	
32		退院後の地域での受入先の確保	病棟の医療者は、外国人患者が利用できる地域の診療所や医療機関について情報提供する必要があると思う。	

表 5-8. イスラム教患者への看護能力尺度(続き)

33	5.外国人患者 対応に求められる能力	異なる宗教や文化に対する 知識と理解	外国人患者の対応経験が豊富でも、異文化に関する知識が無ければ、その患者に適切な対応はできないと思う。	
34		語学力と異なるコミュニケーション力や他者への関心	言葉がわからなければ、ケアに必要なコミュニケーションがとれないと思う。	反転項目
35		医療者としての対応力と地域との連携の必要性	医療者は、連携・調整能力を備えているので、その能力を発揮すれば、充分対応できると思う。	

IV. 自由記載

イスラム教の患者対応における困難事例やその対応について記載

Ⅱ. イスラム教患者への看護能力尺度の本調査、再調査の実施及び信頼性、妥当性の検証

1. 目的

前項Ⅰ. で開発したイスラム教患者への看護能力尺度の本調査、再調査を行い、尺度の信頼性及び妥当性を検証することを目的とした。

2. 方法

1) 対象

イスラム教患者への看護能力尺度の本調査の実施に際し、調査対象を、イスラム教徒が多数を占める国からの在住者が多い市町村に所在する病床数 200 床以上の医療機関とした。回答者の対象は、当該医療機関に所属する臨床経験 1 年以上の看護師とし、イスラム教患者の受け持ち経験は問わなかった。

2) 調査期間

2020 年 3 月 1 日～7 月 30 日とした。

3) 調査方法

(1) データ収集方法

イスラム教徒が多数を占める国からの在住者が多い市町村に所在する病床数 200 床以上の医療機関の看護部長宛に質問紙調査への協力依頼状を送付した(資料 5)。なお、医療機関は、以下の手順で選出した。まず、イスラム教徒が多数を占め、日本で在留者が多い上位 4 ヶ国(インドネシア、バングラデシュ、パキスタン、マレーシア)及び、在留者数が約 3.5 万人と多く国民の約 14%がイスラム教徒(外務省, インド基礎データ)とされるインドを加えた 5 カ国からの在留者が多い 11 都府県を選出した。次に、法務省の在留外国人データベースより、これらの 11 都府県のうち、外国人が多く居住する市区町村に、在留外国人が最も多い自治体上位 10 位を加えた計 48 市区町村に所在地を置く医療機関を抽出した。なお、この外国人とは、外国籍を保有するが、中国・韓国・ベトナム・フィリピン・ブラジル・ネパール・台湾・米国籍ではない者とした。また、対象の医療機関については、外国人患者の受診が多い診療科が内科、整形外科、外科、救急、小児科、産科であることから(厚生労働省医政局, 2017)、これらの診療科を有する施設として病床数 200 床以上の医療機関とした。その結果、質問紙の郵送対象となった医療機関は 248 施設であった(表 6)。

質問紙調査への同意が得られた医療機関に対し、協力可能な部数の質問紙及び説明書を見

表 6. 質問紙送付先一覧

n=248

都府県	市区町村	医療 機関数	都府県	市区町村	医療 機関数
東京都	新宿区	4	千葉県	千葉市	11
	江戸川区	2		市川市	1
	足立区	1		松戸市	3
	豊島区	2		船橋市	5
	江東区	1		成田市	2
	板橋区	5		浦安市	1
	大田区	6	大阪府	大阪市	36
	港区	3		東大阪市	4
神奈川県	世田谷区	5		堺市	7
	横浜市	20		豊中市	3
	川崎市	10	兵庫県	泉佐野市	1
	相模原市	3		吹田市	1
	厚木市	2		神戸市	14
埼玉県	藤沢市	3		姫路市	6
	川口市	4		尼崎市	4
	さいたま市	10	愛知県	西宮市	1
	草加市	1		名古屋市	15
	越谷市	1		豊田市	2
茨城県	つくば市	3		豊橋市	2
	筑西市	1		小牧市	1
	古河市	1	新潟県	西尾市	1
群馬県	伊勢崎市	2		新潟市	13
	太田市	2	宮崎県	宮崎市	17
	前橋市	3			
	高崎市	2	11 都府県	48 市区町村	248

護部長宛に郵送した(資料 6-7)。質問紙の配布は各医療機関に委託し、質問紙は、回答者による自己投函方式により回収し、質問紙は無記名自記式質問紙とした。安定性の検討に関しては、再調査の同意が得られた医療機関に依頼した。

(2)イスラム教患者への看護能力尺度の構成

イスラム教患者への看護能力尺度は、以下の構成とした。

1. 属性(年代・性別・免許・最終学歴・臨床経験年数・勤務病棟・イスラム教患者対応経験の有無等)
2. 文化・宗教に関する知識及び実践(20 項目)
 - 2-1. 基本知識に関する設問 8 項目
 - 2-2. 臨床ケアに必要なイスラム教に関する設問(以下、臨床ケアに関する設問) 7 項目
 - 2-3. 実践に関する設問 5 項目
3. 看護における文化的感受性(35 項目)
4. 自由記載(イスラム教の患者対応における困難事例やその対応)

なお、同尺度の併存妥当性を検証するため、異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003;5 下位尺度、計 46 項目)を質問紙に加えた。

(3) 本調査

3) (1) データ収集方法に基づき、質問紙調査に同意した看護部長宛に協力人数分の質問紙及び返信用封筒を郵送し、対象者への配布を依頼した。

(4) 再調査

本調査と同様に 3) (1) データ収集方法において調査協力の得られた医療機関に対し、本調査の質問紙の郵送時に、再調査の質問紙及び返信用封筒を同梱郵送した。再調査の質問紙の回答は、本調査回答後、2 週間から 1 ヶ月の予定としていたが、新型コロナウイルスの感染拡大により医療状況が逼迫した時期と重複したため、本調査から 3 ヶ月後に回収した。なお、得られた結果の一致性を検証するため、質問紙に生年月日と携帯番号の下 4 桁の記入欄を設けた。

4) 分析方法

イスラム教患者への看護能力尺度の下位概念の看護における文化的感受性の設問 35 項目について Shapiro-Wilk の正規性検定を行った結果、正規分布とみなせなかったため、相関分析では Spearman の順位相関係数を求め、Good-Poor Analysis (以下、G-P 分析)においては Mann-Whitney の U 検定を行った。また、属性やイスラム教の知識の設問の分析においては、2 標本に対しては Mann-Whitney の U 検定、3 標本以上の分析では Kruskal Wallis の H 検定を用いた。なお、全ての分析において有意水準は 5%とし、分析には SPSS Statistics 25、SPSS Amos 26 を用いた。

(1) 属性の分析

年齢を 20 歳代、結婚・妊娠・出産などのライフイベントが生じやすい 30 歳代、及び 40 歳代以上の 3 群、臨床経験年数を 3 年未満、4 年-9 年、10-19 年、および 20 年以上の 4 群に分けた。臨床経験年数を 4 群に分けた理由は、一人前の看護師になるまで 2-3 年の臨床経験を有すること (Benner, 2001, p.21)、臨床実践力は 3-4 年目で上昇し、一旦平坦化した後、10 年前後で再度上昇すること (小山田, 2009)、臨床実践力のプラトー現象が臨床経験 5-20 年に見られること (辻他, 2007) からである。また、職位は、一般職と主任・師長職の 2 群、最終学歴は、専門学校・短大卒と大学・大学院卒の 2 群に分け、看護における文化的感受性尺度の得点との有意差を検証した。

(2) 文化・宗教に関する知識の分析

文化・宗教に関する知識のうち、基本知識に関する設問 (計 8 問、16 点満点) 及び、臨床ケアに関する設問 (計 7 問、7 点満点) について、各設問の正答率及び合計得点の平均点を算出した。また、両設問の合計得点をそれぞれ上位 25% (以下、高得点群)、中得点群及び下位 25% (以下、低得点群) の 3 群に分けて分析を行った。群分けに四分位点を用いた理由は、両設問の得点がいずれも正規性を示さず、その場合、平均値や標準偏差より、上下側四分位点等の値で分けて分析の方が、妥当性が高いと示されているからである (高際, 2011)。各群及び各設問の得点と、看護における文化的感受性の得点との有意差を検証した。

(3) 看護における文化的感受性の項目分析

看護における文化的感受性について項目分析を行った。各項目得点の尖度と歪度、天井効果 ($\text{mean} + \text{SD} > 4.0$) とフロア効果 ($\text{mean} - \text{SD} < 1.0$) を確認した。さらに、Item-Total Correlation Analysis (以下、I-T 相関)、G-P 分析によって項目分析を行った。

(4) 看護における文化的感受性の信頼性の検証

内的整合性を検証するために、看護における文化的感受性全体及び下位の因子について Cronbach's α 係数を算出した。また、安定性の検証として、同一対象に行った本調査及び再調査の得点間における級内相関係数を算出した。

(5) 妥当性の検証

①看護における文化的感受性の因子の検証

看護における文化的感受性の因子構造について、項目分析で整理した項目に対し、共分散構造分析を用いた確認的因子分析によりモデルの適合度を算出した。適合度指標には Goodness of Fit Index (以下、GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index(以下、AGFI)、Comparative Fit Index(以下、CFI)、Root Mean Squared Error of Approximation(以下、RMSEA)を用いた。

確認的因子分析の結果、モデルの適合度が低かったため、共通性の初期推定値の影響を受けにくい重みなし最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子及びその項目について検証を行った。また、因子数は固有値及びスクリープロットによって判断し、共通性、パターン行列を確認し、各因子を解釈して命名した。

② 併存妥当性の検証

併存妥当性の検証には異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)が適当と判断した。同尺度を選択した理由は、文化的感受性または文化対応技能を測定する尺度のなかで、医療・看護に焦点を当て、日本人看護職への適用において信頼性および妥当性が検証された尺度が他にほとんど無く、同尺度が、知識、文化的感受性、実践と分類した本研究の質問紙の特性と類似の構成をしているからである。

異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)は、「クライアントの文化を尊重し、医療・看護文化および看護者自身の文化とクライアントの文化との狭間で効果的にケアを提供する能力」を測定する尺度である。同尺度は、1. 異文化間看護の文化特定の知識、2. 異文化間看護の技能、3. 異文化間看護の文化一般の知識、4.意欲、5. 文化的態度の 5 つの下位概念、a)自文化の認識、b)接近一回避の傾向、c)異文化間看護の文化一般の知識、d)異文化間看護の文化特定の知識、及び e)異文化間看護の技能の 5 下位尺度、計 46 項目で構成され、日本人看護者を対象とした調査によって信頼性及び妥当性が検証されている(杉浦, 2003)。

看護における文化的感受性の併存妥当性を検証するため、異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)との合計得点及び因子ごとに Spearman の順位相関係数を算出して検証した。有意差は $p < 0.05$ で、相関係数は $r_s \geq 0.2$ を相関があるとした。

5) 倫理的配慮

質問紙調査の実施に先立ち、研究者の所属大学の研究倫理委員会の承認を得た(2020 年 1 月、承認番号 2019029)。

イスラム教徒が多数を占める国からの在住者が多い市町村に所在する病床数 200 床以上の医療機関の看護部長宛に質問紙調査への協力依頼状を送付し(資料 5)、研究への協力が得られた医療機関に対して実施した。看護部長には、「研究の趣旨」「概要」「方法」「参加しなくても不利益を被らないこと」および「データの公表」を記載した説明書を添付し、質問紙とともに郵送した。協力依頼状を送付した時期は 2020 年 2 月であった。

質問紙調査への同意が得られた医療機関に対し、協力可能な部数の質問紙及び説明書を看護部長宛に郵送した(資料 6-7)。質問紙の配布は各医療機関に委託し、所属する看護師に配布すること、調査協力を強制しないことを看護部長宛に文書にて伝えた。質問紙は、回答者による自己投函方式により回収し、質問紙は無記名自記式質問紙とした。回答者には、本研究の説明及び同意に関する文書を掲載し、質問紙の冒頭に同意について意思表示するチェック欄を設け、同意欄への記入をもって同意を得たとみなした。また、再調査時の質問紙の末尾に同意撤回書を添付し、研究協力の撤回を希望する場合は本調査の撤回ができるようにした。調査に同意を得られた医療機関に質問紙を郵送した時期は、2020 年 2 月～4 月であった。なお、異文化間看護能力尺度に際しては、開発者より使用許諾を得た後に使用した。

3. 結果

調査票への協力を依頼した 248 医療機関のうち調査協力を得られた医療機関 9 施設に、調査協力可能者数を問い合わせ、総部数 663 部の質問紙を郵送した。調査票の協力要請及び回収時期が、医療機関がコロナ対策で多忙の時期と重なり、回収した質問紙は 302 部、回収率 45.6%であった。看護における文化的感受性の 35 項目のうち、80%に相当する 28 項目以上に回答があったものを有効回答としたところ、有効回答 277 部、有効回答率 91.7%であった。うち再調査票は、99 部配布し、56 部回収、回収率は 56.6%であった。なお、3 月 1 日～7 月 31 日までに回収した質問紙を分析対象とした。

1) 対象者の属性

対象者の性別は、男性 26 名(9.4%)、女性 250 名(90.6%)であった。年代は 20 代が最も多く 91 名(33.0%)、次いで 40 代が 70 名(25.41%)であった。最終学歴は、専門学校卒が最も多く 174 名(63.0%)、次いで大学卒業が 73 名(26.4%)、大学院卒は 5 名(1.8%)であった。臨床経験年数の平均は 13.1±9.9 年(最小 1 年, 最大 38 年)、職位は一般が 217 名(78.6%)、主任 27 名(9.8%)、師長 26 名(9.4%)であった。また、入院病棟と外来の別では、入院病棟が 210 名

(75.8%)、外来が 63 名 (22.7%) であり、イスラム教患者のケア経験については、あると回答した割合が 28 名 (10.1%) であった(表 7)。

表 7. 対象者の属性

n=277

表 1-1-1 調査対象者の属性				表 1-1-2 調査対象者の属性			
項目		n	%	項目		n	%
性別	男性	26	9.4	臨床経験年数	1-3 年	59	21.3
	女性	251	90.6		4-9 年	69	24.9
年齢	20～29 歳	91	32.9	10-19 年	64	23.1	
	30～39 歳	68	24.5	20 年以上	85	30.7	
	40～49 歳	71	25.6	職位	一般	217	78.3
	50 歳以上	46	16.6		主任	28	10.1
	無回答	1	0.4		師長	26	9.4
最終学歴	専門学校	175	63.2		無回答	6	2.2
	短期大学	22	7.9		ケア経験	ある	29
	大学	73	26.4	ない		248	89.5
	大学院	5	1.8	入院・外来	入院病棟	210	75.8
	無回答	2	0.7		外来	63	22.7
			無回答		4	1.4	

(1) 看護における文化的感受性の各因子の得点

看護における文化的感受性(35 項目)の得点範囲は 35 点から 140 点で、平均値は 96.8 ± 6.9 点(最小 81.0 点, 最大 123.0 点)であった。各因子の得点は、第 1 因子「イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習」の得点範囲は 12 点から 48 点、平均値は 34.5 ± 3.0 点、第 2 因子「医療場面におけるイスラム教の教義の遵守」の得点範囲は 7 点から 28 点、平均値は 17.9 ± 1.9 点、第 3 因子「薬剤に対するハラールの認識と対応」の得点範囲は 3 点から 12 点で、平均値は 8.0 ± 1.5 点、第 4 因子「文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応」の得点範囲は 10 点から 40 点で、平均値は 28.4 ± 2.6 点及び第 5 因子「外国人患者対応に求められる能力」の得点範囲は 3 点から 12 点で、平均値は 7.9 ± 1.2 点であった(表 8)。

(2) 文化・宗教に関する知識及び実践等の設問の結果

礼拝、ラマダン(断食)や食事規定等、基本知識に関する設問(計 8 問, 16 点満点)の平均得点は 9.6 ± 2.6 点(最小 3.0 点, 最大 15.0 点)、各設問の正答率は 3-9 割であった。禁忌食材を問う

表 8. 看護における文化的感受性の得点 (35 項目、因子分析前)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
看護における文化的感受性				
合計得点 (35 項目, 得点範囲 35-140, n=267)	96.8	±6.9	81.0	123.0
第 1 因子				
イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習 (12 項目, 得点範囲 12-48, n=274)	34.5	±3.0	27.0	46.0
第 2 因子				
医療場面におけるイスラム教の教義の遵守 (7 項目, 得点範囲 7-28, n=272)	17.9	±1.9	12.0	24.0
第 3 因子				
薬剤に対するハラールの認識と対応 (3 項目, 得点範囲 3-12, n=277)	8.0	±1.5	3.0	12.0
第 4 因子				
文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応 (10 項目, 得点範囲 10-40, n=275)	28.4	±2.6	19.0	35.0
第 5 因子				
外国人患者対応に求められる能力 (3 項目, 得点範囲 3-12, n=277)	7.9	±1.2	5.0	11.0

設問では、豚肉の可否を問う設問の正答率は 93.9%だったが、アルコールの可否を問う設問の正答率は 46.2%であった。礼拝の回数、方角及びラマダンに関する設問の正答率は 3-4 割で、最も正答率が低い設問はラマダン期間を問う設問(正答率 34.7%)であった(表 9)。

死生観、出産時や臨死期の慣習等、臨床ケアに関する設問(計 7 問, 7 点満点)の平均得点は 4.4±1.2 点(最小 1.0 点, 最大 7.0 点)であった。各設問の正答率は 2-8 割であり、正答率が最も高かった設問は内診時の説明を問う設問で、正答率は 89.5%、正答率が最も低かったのは臥床時の礼拝について問う設問(正答率 20.6%)で、次いで低かったのは臨死期に臨む方角を問う設問(正答率 21.3%)であった(表 9)。

実践に関する設問は、イスラム教患者の対応経験のある回答者のみを対象とした。回答者 29 名のうち 7 割以上が、宗教上食べられない食材について患者に尋ねると回答した。一方で、礼拝前の清潔ケアの実施や薬剤に豚成分が含まれていないかの確認等については、そのような場面に遭遇したことがなく、該当無しとの回答が 4 割以上であった(表 9)。

患者対応における事例に関する自由記載では、9 名が回答していた。回答では、家族が患者に付き添っていたため困難を感じることはなかったとの意見がある一方、戒律遵守のレベルが個人により異なるため遵守のレベルを把握することの必要性や困難さについての言及、また、食事や検査

等では多職種との協力や連携が必要との意見があった(表 10)。

表 9-1. 文化・宗教に関する知識及び実践の設問の項目及び結果

II-1. 基本知識を問う設問(8 問, 16 点満点)		正答	正答率 (%)
1	1 日の礼拝回数(1 点) a.1 回 b.3 回 c.5 回 d.7 回 e.特に規則はない	c	40.4
2	日本で礼拝する時の方角(1 点) a.北西 b.南西 c.南東 d.特に規則はない	b	36.5
3	宗教上の適切な処理が施されていても禁忌とされる食材(6 点, 1 点×6 項目) a.豚肉 b.鶏肉 c.牛肉 d.アルコール e.魚 f.乳製品	正 誤 誤 正 誤 誤	93.9 80.9 63.2 46.2 96.8 88.4
4	イスラム教患者に提供する前に、豚由来の成分が含まれていないか確認した方がよい食品・薬品 (4 点, 1 点×4 項目) a.カプセル剤 b.インスリン c.粉ミルク d.予防接種	正 正 正 正	52.3 37.2 49.1 78.3
5	ラマダン中の断食に関する規則(1 点) a.日の出から日没まで食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い b.日の出から日没まで水分及び食事の摂取を禁じる c.日の出から日没まで、及び夜間の食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い d.特に規則はない	b	36.8
6	ラマダンの期間(1 点) a.約 10 日 b.約 20 日 c.約 30 日 d.約 40 日	c	34.7
7	イスラム教徒が亡くなった時の埋葬方法(1 点) a.火葬 b.火葬後の遺骨を川に流す c.土葬 d.特に規則は無い	c	59.9
8	物の受け渡しなどの時にイスラム教徒が主に使う手(1 点) a.右手 b.左手 c.相手の性別によって異なる	a	56.0
平均		9.6±2.6 点	
II-2. 臨床ケアに関わる設問(7 問, 7 点満点)			
9	イスラム教では、死は終わりを意味し、死をもってその人の生涯は終結する。	いいえ	67.9
10	病状によりひざまずいたり伏して礼拝することが難しい場合でも、出来る限りひざまずいて礼拝することが求められる。	いいえ	20.6
11	女性患者に重篤な疾患がわかった時、本人に告知するか否かの最終判断は、患者の男性家族が行う。	はい	80.5
12	出産時、イスラム教の礼拝を呼びかける言葉を児の左右の耳に唱える慣習がある。	はい	72.2
13	疾患の治癒が望めない状況で、患者がメッカ巡礼を希望した場合、患者は体力的に巡礼が可能かどうかを知らされる必要がある。	はい	82.7
14	臨死期には、メッカの方角に患者の背を向け、患者の家族らがコーラン(イスラム教の聖典)を読誦する。	いいえ	21.3
15	経産婦であっても、内診を経験していない場合があるため、妊婦健診で内診を行う際は事前に必要性や方法など詳しい説明が求められる。	はい	89.5
平均		4.4±1.2 点	

表 9-2. 文化・宗教に関する知識及び実践の設問の項目及び結果(続き)
ー イスラム教患者のケア経験のある者のみー

(n=29)

Ⅱ-3. 実践に関する設問		回答	n	%
16	人によって遵守のレベルが異なるため、宗教上食べられない食材について、丁寧に尋ねるようにしている。	はい	21	72.4
		いいえ	1	3.4
		該当無し	5	17.2
		無回答	2	6.9
17	礼拝場所は特に提供していない。	はい	16	55.2
		いいえ	2	6.9
		該当無し	9	31.0
		無回答	2	6.9
18	全身を净めた状態で礼拝できるよう、清拭などの清潔ケアは礼拝の前に行うようにしている。	はい	2	6.9
		いいえ	8	27.6
		該当無し	17	58.6
		無回答	2	6.9
19	ベールを外している場合があるため、女性患者の病室に入る時はノックをして、患者がベールを着用できるよう少し待ってから入室している。	はい	6	20.7
		いいえ	5	17.2
		該当無し	16	55.2
		無回答	2	6.9
20	薬剤を投与する時、その薬剤に豚成分が含まれていないか事前に必ず調べるようにしている。	はい	9	31.0
		いいえ	6	20.7
		該当無し	12	41.4
		無回答	2	6.9

表 10. 患者対応における困難事例やその対応に関する記載(一部抜粋)

食事の介助、清潔ケアは、家族が付き添っている場合は家族にお願いすることが多く、あまり困難を感じることはなかった。看護師として家族の協力が得られるのはとても心強い。

イスラム教徒の中でも厳密なルールを守る方と、家族の世代により柔軟に対応している方もいるので、把握する為のコミュニケーションが必要である。

礼拝の仕方など人によって遵守のレベルがちがうことは知っているが、そのレベルを把握することが難しい時があった。

またスタッフによって対応に差が出ることもある。

朝に看護師も一緒にお祈りをしてほしいと希望されたが、多忙であり時間的に困難であったため断ってしまった。

食事内容は栄養士と連携をとり、本人と面談したが、味が合わないこともあり、体調を心配した。

礼拝、食事、検査説明など医療に関する習慣が異なるため、多方面の協力を必要とする。

2) 看護における文化的感受性の因子の検証

(1) 項目分析

看護における文化的感受性の全項目を対象とした Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.73 であった。また、天井効果及びフロア効果を確認した結果、平均値から標準偏差を引いた値が最小値の 1.0 に満たない項目は無かった。一方、3 項目(4-18, 4-25, 4-30)が平均値に標準偏差を足した値が最大値の 4.0 を上回った。

合計得点から下位群(n=137, 77 点以下)、下位群(n=133, 78 点以上)の 2 群に分け 35 項目を対象に G-P 分析を行った結果、高得点群の平均値 82.7 ± 4.2 に対し、低得点群は 73.4 ± 3.2 と高得点群が有意に高い($p < .01$)ことが確認できた。

また、各項目と項目全体の I-T 相関を検証した結果、23 項目において項目合計相関が 0.2 以上かつ有意差がみとめられ、項目合計相関が 0.2 未満または、有意差が認められなかったのは 6 項目であった。(表 11)。

(2) 確認的因子分析

看護における文化的感受性を当初の 5 因子「1. イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習」、「2. 医療場面におけるイスラム教の教義の遵守」、「3. 薬剤に対するハラルの認識と対応」、「4. 文化や言葉の異なる患者に対する院内での対応」及び「5. 外国人患者対応に求められる能力」に沿って項目分析を行った。その結果、天井効果がみられた 4-18、4-25 及び 4-30 の 3 項目を除外した 32 項目について、共分散構造分析を用いた確認的因子分析を行った。適合度指標は GFI=0.762、AGFI=0.723、CFI=0.431、RMSEA=0.077 であった(図 2)。

(3) 探索的因子分析

看護における文化的感受性の確認的因子分析の結果、GFI、AGFI 及び CFI がいずれも 0.90 未満、RMSEA が 0.05 以上であり、モデルの適合度が低かった。そのため、32 項目について重みなし最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子及びその項目について再度検証を行った。因子数は固有値及びスクリープロットによって判断し、共通性、パターン行列を確認し、各因子を解釈して命名した。因子のスクリープロットの形状、固有値の変化から 6 因子が妥当であると考え、重みなし最小二乗法(プロマックス回転)によって因子分析を行った。また、因子負荷量を 0.30 以上(Polit et al, 2010)、共通性 0.1 以上として 3 項目(4-5, 4-9, 4-10)を削除し、最終的に 29 項目 6 因子構造からなる尺度となった(表 12)。

表 11. 看護における文化的感受性の項目分析結果

No.	項目	共通性	平均値	標準偏差	I-T 相関	G-P 分析
1	日本で生活しているのであれば、日本の風習に従うべきだと思う。	0.249	2.00	0.730	.352**	0.000
2	イスラム教では妊娠は神の意志とされるので、信仰を尊重するために避妊方法については説明しない方が良いと思う。	0.233	1.78	0.676	0.086	0.453
3	外国人患者の対応部署が無くても、外国人患者を受け入れ、個々の対応力を上げなければならないと思う。	0.201	3.04	0.701	.372**	0.000
4	患者が宗教的な悩みを抱えている時に、近隣のモスクなど宗教施設を紹介できる知識が必要だと思う。	0.394	2.92	0.735	.469**	0.000
5	要望を尋ねても特に無ければ、日本の患者と同様にケアを行おうと思う。	0.270	2.95	0.728	.222**	0.002
6	未婚女性に妊娠の有無を尋ねるのは失礼なので、問診ではなく検尿をして確認する方が良いと思う。	0.225	1.83	0.599	.171**	0.013
7	男児の出産後、両親が児の割礼を希望しても、必要な医療行為ではないため当院では行っていないと答えようと思う。	0.219	2.72	0.847	-0.066	0.487
8	外国人患者の対応経験が豊富でも、異文化に関する知識が無ければ、その患者に適切な対応はできないと思う。	0.181	3.09	0.706	.339**	0.000
9	イスラム教についてあまり知識がなくてもケアは充分行えると思う。	0.284	2.13	0.714	.441**	0.000
10	男性医師しかいなければ、女性患者から事前の同意がなくても、男性医師が診察するのは当然だと思う。	0.349	2.08	0.761	.444**	0.000
11	ラマダン中、断食を望んでも、身体への影響から断食しないよう医療職として説得しようと思う。	0.334	2.51	0.705	.275**	0.001
12	日本に住むイスラム教徒は、日本文化に適応しているので、食事など日常生活ではあまり不自由していないと思う。	0.423	2.01	0.599	.477**	0.000
13	日本の人工乳は豚成分を含むので通常使わないが、母児の状態によっては人工乳を使うのも仕方ないと思う。	0.369	2.75	0.597	.422**	0.000
14	薬物治療をしている場合、断食の期間、日中でも薬だけは内服してもらおうと思う。	0.263	2.98	0.608	.167**	0.025
15	日本文化に適応しある程度日本語を話せたとしても、医療職に自分の状態やニーズを伝えるのは難しいと思う。	0.238	3.12	0.672	.319**	0.000
16	妊婦健診で胎児に異常があれば、検査結果の説明は夫の同席のもと行うべきだと思う。	0.197	3.26	0.696	.252**	0.006
17	病棟の医療者は、外国人患者が利用できる地域の診療所や医療機関について情報提供する必要があると思う。	0.402	3.28	0.630	.441**	0.000
18	文化や宗教について医療者に知識があれば、外国人患者とのトラブルも回避しやすいと思う。	0.424	3.29	0.624	.518**	0.000
19	糖尿病食を処方されていても、持ち込み食について食事指導を行えば、治療への影響は少ないと思う。	0.150	2.49	0.716	.230**	0.000
20	医療通訳者がいないと意思疎通がはかれないので、通訳サービスを導入している病院を紹介した方がよいと思う。	0.318	3.05	0.655	.227**	0.003
21	日本にいるイスラム教徒の子どもは、ワクチンに豚成分が入っていても予防接種を受けるべきだと思う。	0.582	2.34	0.712	.395**	0.000
22	イスラム教の戒律に則った治療は日本では難しいのでトラブルを避けるため母国で治療を受けるよう勧めたいと思う。	0.489	2.57	0.692	.351**	0.000
23	イスラム教の戒律を厳密に守ろうとすると、日本で生活するのは難しいと思う。	0.362	2.94	0.617	.328**	0.000
24	他の患者から規則を守らないなどの苦情が出るので、できれば外国人対応に慣れた病院を利用して欲しい。	0.535	2.71	0.712	.486**	0.000
25	採血やCT検査を行う時は、検査項目や目的について日本の患者よりも詳しく説明してから行うべきだと思う。	0.329	3.04	0.753	.299**	0.000
26	言葉がわからなければ、ケアに必要なコミュニケーションがとれないと思う。	0.332	2.83	0.722	.287**	0.002
27	患者の対応経験が豊富でも、適切に対応するために通訳サービスを導入する必要があると思う。	0.405	3.30	0.621	-0.035	0.290
28	入院の継続が必要な場合でも、医療費を理由に患者が退院を希望すれば、自宅での療養方法を説明しようと思う。	0.225	2.79	0.637	0.024	0.826
29	医療者は、連携・調整能力を備えているので、その能力を発揮すれば、充分対応できると思う。	0.393	2.66	0.671	.202**	0.009
尺度全体			77.91	5.94		

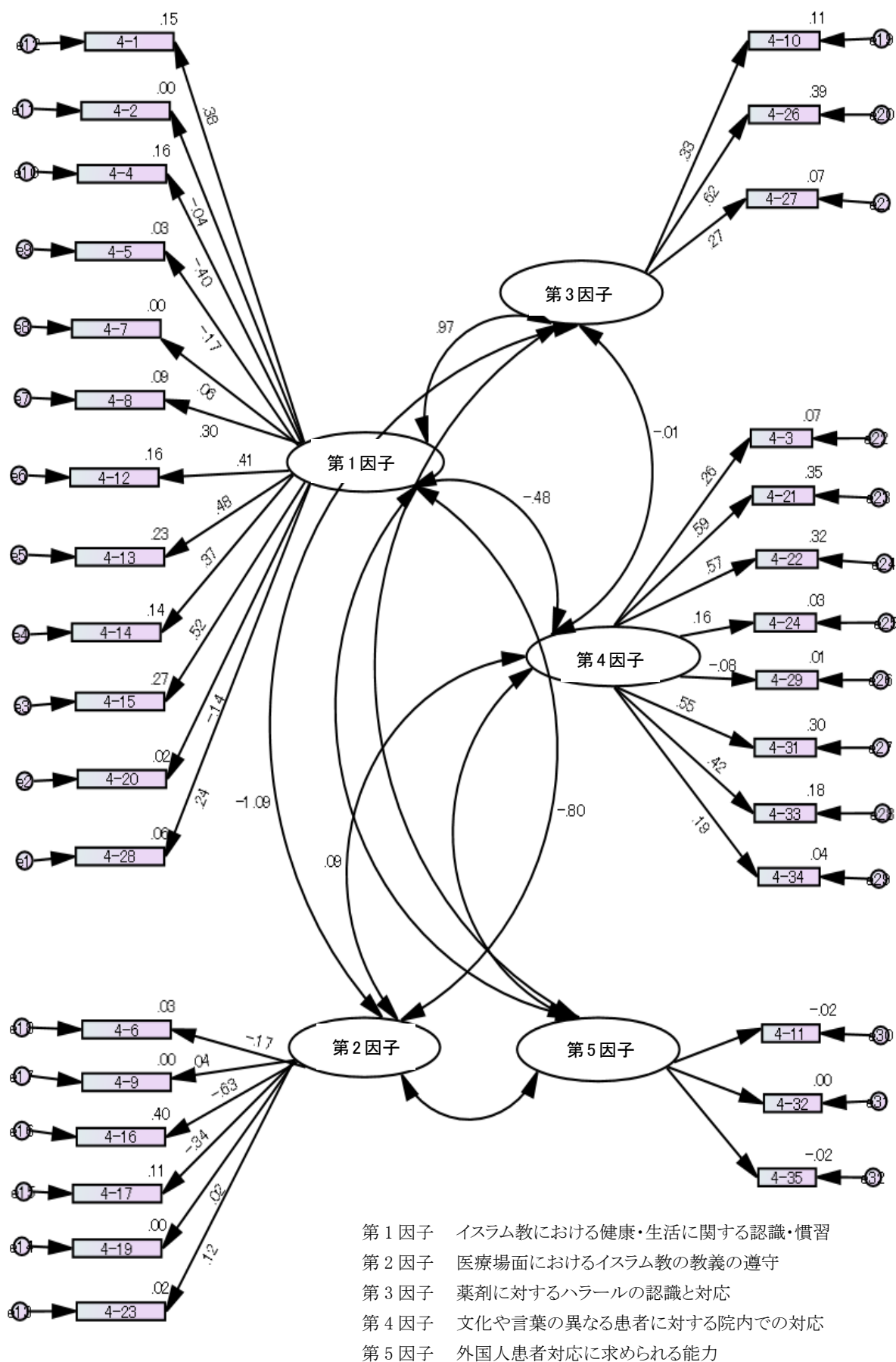


図2. 看護における文化的感受性の確認的因子分析結果（標準化推定値） n=267

表 12-1.看護における文化的感受性(29 項目 6 因子)の因子分析結果(プロマックス回転後の因子パターン)

太字は逆採点項目

項目	因子<下位概念>	Cronbach α 係数	第 1 因子 (I)	第 2 因子 (II)	第 3 因子 (III)	第 4 因子 (IV)	第 5 因子 (V)	第 6 因子 (VI)
第 1 因子<文化や宗教の知識に基づく対応> $\alpha=.694$								
4	患者が宗教的な悩みを抱えている時に、近隣のモスクなど宗教施設を紹介できる知識が必要だと思う。		0.637	-0.132	-0.049	0.068	0.091	-0.137
18	文化や宗教について医療者に知識があれば、外国人患者とのトラブルも回避しやすいと思う。		0.575	-0.080	0.185	-0.174	0.078	-0.047
17	病棟の医療者は、外国人患者が利用できる地域の診療所や医療機関について情報提供する必要があると思う。		0.547	0.038	0.008	-0.018	0.161	0.113
15	日本文化に適応しある程度日本語を話せたとしても、医療職に自分の状態やニーズを伝えるのは難しいと思う。		0.483	-0.010	-0.001	0.153	-0.017	0.129
3	外国人患者の対応部署が無くても、外国人患者を受け入れ、個々の対応力を上げなければならないと思う。		0.460	-0.219	0.032	0.179	0.094	-0.034
16	妊婦健診で胎児に異常があれば、検査結果の説明は夫の同席のもと行うべきだと思う。		0.368	0.089	0.086	-0.008	-0.060	0.141
25	採血や CT 検査を行う時は、検査項目や目的について日本の患者よりも詳しく説明してから行うべきだと思う。		0.330	0.229	0.016	-0.144	0.306	-0.152
9	イスラム教についてあまり知識がなくてもケアは充分行えると思う。		-0.313	-0.063	0.147	0.266	0.233	0.081
8	外国人患者の対応経験が豊富でも、異文化に関する知識が無ければ、その患者に適切な対応はできないと思う。		0.311	0.152	0.004	-0.079	0.014	0.109
第 2 因子<言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇> $\alpha=.678$								
24	他の患者から規則を守らないなどの苦情が出るので、できれば外国人対応に慣れた病院を利用して欲しい。		-0.034	0.601	0.063	0.144	-0.209	-0.184
26	言葉がわからなければ、ケアに必要なコミュニケーションがとれないと思う。		-0.195	0.554	0.039	-0.209	0.073	0.099
22	イスラム教の戒律に則った治療は日本では難しいのでトラブルを避けるため母国で治療を受けるよう勧めたいと思う。		-0.051	0.538	-0.170	0.336	0.160	-0.192
23	イスラム教の戒律を厳密に守ろうとすると、日本で生活するのは難しいと思う。		0.099	0.459	0.015	0.193	-0.233	0.048
20	医療通訳者がいないと意思疎通がはかれないので、通訳サービスを導入している病院を紹介した方がよいと思う。		0.083	0.456	-0.001	0.103	-0.008	0.230
27	患者の対応経験が豊富でも、適切に対応するために通訳サービスを導入する必要があると思う。		0.137	0.456	0.081	-0.227	0.237	0.065

表 12-2. 看護における文化的感受性(29 項目 6 因子)の因子分析結果(続き)

項目	因子<下位概念>	Cronbach α係数	I	II	III	IV	V	VI
第 3 因子<イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ> α=. 677								
21	日本にいるイスラム教徒の子どもは、ワクチンに豚成分が入っていても予防接種を受けるべきだと思う。		0. 035	0. 036	0. 762	0. 012	-0. 088	-0. 067
11	ラマダン中、断食を望んでも、身体への影響から断食しないよう医療職として説得しようと思う。		0. 001	0. 026	0. 565	-0. 022	0. 035	0. 027
14	薬物治療をしている場合、断食の期間、日中でも薬だけは内服してもらおうと思う。		0. 186	-0. 090	0. 503	0. 007	-0. 036	0. 089
13	日本の人工乳は豚成分を含むので通常使わないが、母児の状態によっては人工乳を使うのも仕方ないと思う。		0. 019	0. 100	0. 451	0. 228	-0. 143	0. 021
12	日本に住むイスラム教徒は、日本文化に適応しているので、食事など日常生活ではあまり不自由していないと思う。		-0. 359	-0. 006	0. 407	0. 056	0. 226	-0. 137
第 4 因子<日本人患者と同様の対応> α=. 454								
10	男性医師しかいなければ、女性患者から事前の同意がなくても、男性医師が診察するのは当然だと思う。		-0. 049	-0. 040	0. 107	0. 556	0. 005	0. 088
5	要望を尋ねても特に無ければ、日本の患者と同様にケアを行おうと思う。		0. 035	0. 039	-0. 155	0. 535	0. 150	0. 268
1	日本で生活しているのであれば、日本の風習に従うべきだと思う。		0. 098	0. 034	0. 165	0. 429	0. 026	-0. 087
第 5 因子<患者の状況に応じた個別対応> α=. 430								
29	医療者は、連携・調整能力を備えているので、その能力を発揮すれば、充分対応できると思う。		0. 187	-0. 136	-0. 016	0. 192	0. 619	-0. 151
28	入院の継続が必要な場合でも、医療費を理由に患者が退院を希望すれば、自宅での療養方法を説明しようと思う。		0. 016	0. 202	-0. 081	0. 177	0. 424	-0. 016
19	糖尿病食を処方されていても、持ち込み食について食事指導を行えば、治療への影響は少ないと思う。		0. 005	-0. 045	-0. 014	-0. 085	0. 362	-0. 069
第 6 因子<産科におけるイスラム教の戒律に関する対応> α=. 316								
6	未婚女性に妊娠の有無を尋ねるのは失礼なので、問診ではなく検尿をして確認する方がいいと思う。		-0. 032	0. 002	0. 038	-0. 043	0. 173	-0. 469
2	イスラム教では妊娠は神の意志とされるので、信仰を尊重するために避妊方法については説明しない方が良くと思う。		-0. 189	-0. 074	-0. 074	-0. 136	0. 184	-0. 376
7	男児の出産後、両親が児の割礼を希望しても、必要な医療行為ではないため当院では行っていないと答えようと思う。		-0. 055	0. 038	0. 136	0. 247	0. 162	0. 314
尺度全体 α=0. 641								
	因子間相関	尺度全体	I	II	III	IV	V	VI
	I	0. 677	—	-0. 064	0. 112	0. 167	0. 156	0. 079
	II	0. 488		—	0. 265	0. 239	-0. 040	-0. 177
	III	0. 558			—	0. 282	-0. 023	-0. 184
	IV	0. 499				—	-0. 024	-0. 219
	V	0. 279					—	-0. 043
	VI	0. 074						—

因子の命名

看護における文化的感受性の第1因子(9項目)は、異文化や宗教、外国人対応可能な医療機関等に関する知識の必要性、外国人患者への説明など、知識に基づく説明など外国人患者への対応の必要性を表した内容と解釈し、「文化や宗教の知識に基づく対応」と命名した。

第2因子(6項目)では、言葉の違いによる意思疎通の困難感が示された。また、言葉や宗教の違いから生じるトラブルを恐れ、患者に対応することへの躊躇も示された。よって、第2因子は言葉や宗教が異なる患者への対応に関するこれらのネガティブな感情を表した内容と解釈し、「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」と命名した。

第3因子(5項目)は、食事規定や断食などイスラム教の戒律の遵守と医療を提供することのジレンマを表した内容と解釈し、「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」と命名した。

第4因子(3項目)は、男性医師による女性患者の診察など、日本人患者と同様に対応することを表した内容と解釈し、「日本人患者と同様の対応」と命名した。

第5因子(3項目)は、患者が置かれた個々の状況に対して、看護師が有する看護能力を発揮することで対応が可能であることを表した内容と解釈し、「患者の状況に応じた個別対応」と命名した。

第6因子(3項目)は、妊娠から出産後におけるイスラム教の戒律に関する対応について表した内容と解釈し、「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」と命名した。

(4) 各因子の得点

看護における文化的感受性(29項目)の得点範囲は29点から116点で、平均値は 77.9 ± 5.9 点(最小64.0点, 最大101.0点)であった。各因子の得点は、第1因子「文化や宗教の知識に基づく対応」の得点範囲は9点から36点、平均値は 27.9 ± 3.4 点、第2因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」の得点範囲は6点から24点、平均値は 12.6 ± 2.5 点、第3因子「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」の得点範囲は5点から20点、平均値は 12.4 ± 2.1 点、第4因子「日本人患者と同様の対応」の得点範囲は3点から12点、平均値は 8.0 ± 1.5 点、第5因子「患者の状況に応じた個別対応」の得点範囲は3点から12点、平均値は 7.9 ± 1.4 点、及び第6因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」の得点範囲は3点から12点、平均値の得点が 9.1 ± 1.4 点であった(表13)。

表 13. 看護における文化的感受性の得点(29 項目, 因子分析後)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
看護における文化的感受性				
合計得点 (29 項目, 得点範囲 29-116, n=270)	77.9	±5.9	64.0	101.0
第 1 因子				
文化や宗教の知識に基づく対応 (9 項目, 得点範囲 9-36, n=274)	27.9	±3.4	18.0	36.0
第 2 因子				
言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇 (6 項目, 得点範囲 6-24, n=276)	12.6	±2.5	6.0	19.0
第 3 因子				
イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ (5 項目, 得点範囲 5-20, n=277)	12.4	±2.1	5.0	18.0
第 4 因子				
日本人患者と同様の対応 (3 項目, 得点範囲 3-12, n=276)	8.0	±1.5	3.0	12.0
第 5 因子				
患者の状況に応じた個別対応 (3 項目, 得点範囲 3-12, n=276)	7.9	±1.4	4.0	12.0
第 6 因子				
産科におけるイスラム教の戒律に関する対応 (3 項目, 得点範囲 3-12, n=275)	9.1	±1.4	4.0	12.0

3) 信頼性

看護における文化的感受性全体の Cronbach's α 係数は、 $\alpha=.641$ であった。因子別では、第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」 $\alpha=.677$ 、第 2 因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」 $\alpha=.488$ 、第 3 因子「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」 $\alpha=.558$ 、第 4 因子「日本人患者と同様の対応」 $\alpha=.499$ 、第 5 因子「患者の状況に応じた個別対応」 $\alpha=.279$ 、第 6 因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」 $\alpha=.074$ を示し、いずれも信頼性の基準である 0.7 より低かった(表 12)。また、安定性の検定である再調査法では、級内相関係数 $r=.774$ ($p<.01$) を示した。

4) 併存妥当性

看護における文化的感受性の合計得点と、異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)の合計得点との相関はなく($r_s=0.164$)、異文化間看護能力の下位尺度 2「接近回避の傾向」とに有意な弱い相関がみられた($r_s=0.283$)。看護における文化的感受性の因子と異文化間看護能力尺度の下位

表 14. 看護における文化的感受性と異文化間看護能力尺度の関連

	異文化間看護能力尺度					
	合計得点	下位尺度 1 自文化の認識	下位尺度 2 接近回避の 傾向	下位尺度 3 異文化間看護の 文化一般の知識	下位尺度 4 異文化間看護の 文化特定の知識	下位尺度 5 異文化看護の 技能
看護における文化的感受性	.164**	0.062	.283**	.135*	0.109	0.106
合計得点						
第 1 因子	0.123	.164**	.125*	.147*	0.114	0.025
文化や宗教の知識に基づく対応						
第 2 因子	0.100	-0.050	.249**	0.109	0.035	0.095
言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇						
第 3 因子	0.067	-0.011	0.093	-0.010	0.086	0.012
イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ						
第 4 因子	0.032	-0.029	.207**	0.029	-0.037	0.054
日本人患者と同様の対応						
第 5 因子	.151*	.145*	.141*	0.114	.127*	0.091
患者の状況に応じた個別対応						
第 6 因子	-0.027	0.032	-0.037	-0.031	-0.025	-0.011
産科におけるイスラム教の戒律に関する対応						

Spearman の順位相関係数 **: $p<.001$, *: $p<.005$

尺度との相関に関しては、異文化間看護能力の下位尺度2「接近回避の傾向」と、看護における文化的感受性の第2因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」($r_s=0.249$)、及び第4因子「日本人患者と同様の対応」($r_s=0.207$)との間に有意な弱い相関がみられたが、その他では有意な相関はみられなかった(表14)。

5) 看護における文化的感受性と属性や文化・宗教に関する知識等との関係

(1) 看護における文化的感受性と対象者の属性との関係

看護における文化的感受性の得点と有意差がみられた属性は、職位、年齢、最終学歴及び臨床経験年数であった。なお、入院病棟に所属する看護師と外来の看護師による得点の有意差や、イスラム教患者の対応経験の有無との有意差はみられなかった。主任・師長職と一般職の職位別では、主任・師長職の合計得点及び第1因子「文化や宗教の知識に基づく対応」の得点が一般職よりも有意に高かった($p<.05$)。年齢を20歳代、30歳代、及び40歳代以上の3群に分け分析した結果、第5因子「患者の状況に応じた個別対応」において、20歳代の得点が他の年代より有意に高かった($p<.05$)。最終学歴では、大学・大学院卒の第5因子「患者の状況に応じた個別対応」の得点が専門学校・短大卒の得点より有意に高かった($p<.05$) (表15)。

臨床経験3年未満、4年-9年、10-19年、および20年以上の4群について分析した結果、第5因子「患者の状況に応じた個別対応」及び第6因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」の得点に有意差がみられた。第5因子「患者の状況に応じた個別対応」においては、臨床経験4-9年の群が最も高く、次に1-3年の群が高く、最も得点が低かったのは臨床経験10-19年の群であった($p<.01$)。第6因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」では、臨床経験10-19年の群の得点が最も高く、次いで臨床経験4-9年、20年以上と続き、臨床経験1-3年の群の得点が最も低かった($p<.05$) (表15)。

(2) 看護における文化的感受性と文化・宗教に関する知識との関係

看護における文化的感受性の各因子の点数と、文化・宗教に関する知識の得点との関係をみた。まず、文化・宗教に関する知識のうち、基本知識に関する設問を得点別に高得点群($n=59$)、中得点群($n=135$)及び低得点群($n=56$)、臨床ケアに関する設問を得点別に高得点群($n=46$)、中得点群($n=169$)及び低得点群($n=56$)の各3群に分けた。これらの3群間で看護における文化的感受性の各因子の点数が異なるかを検定した。

その結果、基本知識に関する設問においては、看護における文化的感受性の第1因子「文化

表 15. 看護における文化的感受性と属性等との関連

	職位		年齢		最終学歴		基本知識に関する設問		臨床ケアに関する設問	
	平均ランク	<i>p</i>	平均ランク	<i>p</i>	平均ランク	<i>p</i>	平均ランク	<i>p</i>	平均ランク	<i>p</i>
合計得点	一般	127.64 *	20 歳代	131.39	専門・短大	134.65	低得点群	105.85 **	低得点群	111.83 **
	主任・師長	151.83	30 歳代	125.47	大学・大学院	134.13	中得点群	120.98	中得点群	110.47
			40 歳代以上	143.23			高得点群	143.87	高得点群	153.98
第 1 因子	一般	129.52 *	20 歳代	127.88	専門・短大	135.80	低得点群	116.62 **	低得点群	117.93 *
	主任・師長	154.23	30 歳代	125.91	大学・大学院	138.30	中得点群	116.45	中得点群	124.46
			40 歳代以上	150.48			高得点群	148.45	高得点群	147.22
第 2 因子	一般	136.05	20 歳代	136.94	専門・短大	143.26	低得点群	119.92	低得点群	130.79 **
	主任・師長	133.24	30 歳代	143.76	大学・大学院	123.04	中得点群	128.10	中得点群	112.19
			40 歳代以上	135.45			高得点群	122.79	高得点群	151.39
第 3 因子	一般	135.42	20 歳代	137.88	専門・短大	139.73	低得点群	117.38	低得点群	119.58
	主任・師長	138.34	30 歳代	137.81	大学・大学院	133.62	中得点群	125.04	中得点群	134.28
			40 歳代以上	139.38			高得点群	134.26	高得点群	143.83
第 4 因子	一般	134.27	20 歳代	137.00	専門・短大	134.21	低得点群	105.96 *	低得点群	128.63
	主任・師長	140.43	30 歳代	139.10	大学・大学院	145.91	中得点群	125.52	中得点群	123.21
			40 歳代以上	138.15			高得点群	142.17	高得点群	145.59
第 5 因子	一般	134.50	20 歳代	155.62 *	専門・短大	131.70 *	低得点群	125.91	低得点群	132.80
	主任・師長	139.49	30 歳代	128.14	大学・大学院	152.35	中得点群	122.01	中得点群	130.98
			40 歳代以上	129.94			高得点群	133.08	高得点群	139.33
第 6 因子	一般	134.00	20 歳代	126.36	専門・短大	137.37	低得点群	119.89	低得点群	136.49
	主任・師長	139.00	30 歳代	148.10	大学・大学院	136.08	中得点群	128.84	中得点群	137.67
			40 歳代以上	139.81			高得点群	120.98	高得点群	132.82

**: $p < .001$, *: $p < .005$

や宗教の知識に基づく対応」、第 4 因子「日本人患者と同様の対応」及び合計得点において基本知識に関する設問の 3 群間で各因子の点数が有意に異なった。合計得点 ($p<.01$) 及び第 4 因子「日本人患者と同様の対応」($p<.05$) では、いずれも基本知識に関する設問の高得点群が最も高く、最も低かったのは低得点群であった。第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.01$) では、文化・宗教に関する知識の高得点群が最も高かったが、中得点群と低得点群の差は 1.0 未満であった。

また、臨床ケアに関する設問の得点 3 群では、第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.05$)、第 2 因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」($p<.01$) 及び合計得点 ($p<.01$) において有意差がみられた。いずれにおいても臨床ケアに関する設問の高得点群において各因子の点数が最も高かったが、第 2 因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」では低得点群が次に高く、合計得点では中得点群と低得点群の差は 1.4 であった。なお、第 3 因子「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」については、イスラムの文化・宗教に関する基本知識に関する

表 16. 看護における文化的感受性と臨床経験年数との関連

	臨床経験	平均ランク	p		臨床経験	平均ランク	p
イスラム教患者の看護における文化的感受性尺度合計得点	1-3 年	126.79	第 4 因子 日本人患者と同様の対応		1-3 年	135.09	
	4-9 年	130.20			4-9 年	137.00	
	10-19 年	138.86			10-19 年	140.65	
	20 年以上	143.11			20 年以上	140.49	
第 1 因子 文化や宗教の知識に基づく対応	1-3 年	127.81	第 5 因子 患者の状況に応じた個別対応		1-3 年	138.58	**
	4-9 年	130.51			4-9 年	165.14	
	10-19 年	144.81			10-19 年	125.20	
	20 年以上	144.48			20 年以上	126.83	
第 2 因子 言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇	1-3 年	140.76	第 6 因子 産科におけるイスラム教の戒律に関する対応		1-3 年	119.66	*
	4-9 年	135.30			4-9 年	138.12	
	10-19 年	136.52			10-19 年	159.41	
	20 年以上	141.05			20 年以上	134.08	
第 3 因子 イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ	1-3 年	142.87					
	4-9 年	126.09					
	10-19 年	144.99					
	20 年以上	142.28					

**： $p<.001$, *： $p<.005$

る設問や臨床ケアに関する設問、職位や臨床経験年数のいずれにおいても有意差はみられなかった(表 15, 16)。

イスラムの文化・宗教に関する基本知識を問う各設問の正誤答と看護における文化的感受性の得点との関係は、礼拝回数と第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.01$)及び合計得点($p<.01$)、ラマダンの期間と第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.05$)及び、イスラム教徒が使用する手と第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.05$)、第 4 因子「日本人患者と同様の対応」($p<.01$)及び合計得点($p<.01$)とに有意差が認められた。なお、食事規定や薬剤に関する設問の正誤答と看護における文化的感受性の得点とに有意差はみられなかった。

臨床ケアに関わる各設問の正誤答と看護における文化的感受性の得点との関係は、生死の認識と第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」($p<.01$)及び合計得点($p<.01$)、出産時の慣習と第 3 因子「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」($p<.05$)及び合計得点($p<.01$)とに有意差が認められた。

4. 考察

本研究では、文献検討及びキーインフォーマント調査よりイスラム教患者への看護能力尺度を開発し、質問紙調査を行って尺度の信頼性及び妥当性を検証した。因子分析の結果、看護における文化的感受性は 29 項目、6 因子構造であることが確認され、尺度全体の内部一貫性や再現性、併存妥当性も確認された。また、看護における文化的感受性の各因子と文化・宗教に関する知識、看護師の年齢、学歴、職位の得点とに有意な関係がみられるものもあり、臨床における有用性が示唆された。しかし、回答者のうち、イスラム教患者の対応経験があった者は 1 割に留まり、信頼性が低い因子があった。よって、今後尺度を精選・改良する必要がある、本研究で開発した尺度は今後の改訂を前提とした第 1 版と考える。

1) 看護における文化的感受性の妥当性

(1) 構成概念妥当性

文献検討及びキーインフォーマント調査から抽出した看護における文化的感受性では、「医療場面におけるイスラム教の教義の遵守」や「薬剤に対するハラルの認識と対応」等の 5 つのカテゴリが抽出されたが、確認的因子分析の結果ではモデルの適合度が低かった。同尺度のカテゴリは、イスラム教患者の対応経験のある医療従事者を対象とした調査に基づき抽出されたが、本研究の回答者の 9 割はイスラム教患者の対応経験がなく、各設問の状況を想像して回答すること

となった。そのため、回答者にとっては医療場面における宗教的な配慮やハラール対応等、具体的な状況を想像して回答することが困難であり、適合度が低くなったと考えられる。また、キーインフォーマント調査の結果には、カテゴリー1.【イスラム教における健康・生活に関する認識・慣習】のサブカテゴリー＜妊娠は神の意志＞や、カテゴリー4.【特定の医療場面におけるイスラム教の戒律の遵守】のサブカテゴリー＜ラマダン中の治療の問題＞など多様な臨床場面が含まれている。そのため、キーインフォーマントと、回答した臨床の看護師のイスラム教に関連したケアの知識や経験などが異なっていたことも適合度の低さの一因と考えられる。

確認的因子分析の適合度が低かったため探索的因子分析を行った結果、看護における文化的感受性は、「文化や宗教の知識に基づく対応」、「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」、「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」、「日本人患者と同様の対応」、「患者の状況に応じた個別対応」及び「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」の 6 因子構造であることが確認された。探索的因子分析により新たに抽出された因子は、イスラム教患者の対応における困難感や医療と宗教のジレンマ等、心理面を示す因子で「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」、「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」であった。これらの因子より、看護師がイスラム教患者の対応において医療と宗教の狭間で心理的葛藤や困難感を抱いていることが示唆された。先行研究より、文化的感受性には情緒的側面があり(Kim-Godwin et al., 2001; 田中他, 2019)、その情緒的側面として「対象者を理解したいという積極的な思い」や「文化の尊重」(田中他, 2019)、配慮や尊敬(Foronda, 2016)などが示されている。しかし、本研究より、尊敬や配慮等、患者理解への積極的な思いだけでなく、新たに葛藤や困難等の感情が看護師に生じていることが明らかになった。

(2) 併存妥当性

看護における文化的感受性と異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)は、一部の因子で有意な弱い相関がみられたが、両尺度の合計得点では相関がみられなかった。異文化間看護能力尺度は、1.「異文化間看護の文化特定の知識」、2.「異文化間看護の技能」、3.「異文化間看護の文化一般の知識」、4.「接近・回避の傾向」及び 5.「自文化の認識」の 5 下位尺度、全 46 項目で構成される。下位尺度 4.「接近・回避の傾向」は外国人患者の看護に対するストレスや不安などを示し(杉浦, 2003)、看護における文化的感受性の第 2 因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」と類似しているため、第 2 因子及び合計得点において有意な弱い相関がみられたと考える。

看護における文化的感受性と異文化間看護能力尺度(杉浦, 2003)の合計得点で相関がみられ

なかった理由として、両者の相違が考えられる。異文化間看護能力尺度の下位尺度 4.「接近一回避の傾向」の項目数は全 46 項目中 8 項目のみであり、他の下位尺度は看護実践に必要な知識や技能に関する項目で、文化的感受性を問う内容ではなかった。また、同尺度で宗教に関する項目は、「異文化間看護の文化特定の知識」の 3 項目及び、生死に関する習慣を問う 2 項目の 5 項目のみで、イスラム教に関する内容ではなかった。宗教と看護に関する尺度の相関については、海外の複数の先行研究においても有意な相関が示されないことが指摘されている (Musa et al., 2016)。以上より、文化的感受性及び宗教に関する項目数の少なさ及び、宗教に関する尺度との検証であったことが、相関がみられなかった理由と考える。

現在、外国人患者への日本人の看護能力を測定する尺度は異文化間看護能力尺度 (杉浦, 2003) のみであり、本尺度の併存妥当性を検証する尺度として、文化的感受性や宗教に関する尺度の妥当性について以下に検証する。

国内で使用可能な文化的感受性の尺度には、異文化間感受性尺度 (Chen et al., 2000) 及び異文化感受性発達尺度 (Hammer, 2003) があるが、異文化間感受性尺度は異文化コミュニケーション領域での活用を目的とし、看護師を対象とした尺度ではない。また、異文化感受性発達尺度を日本人に適用するには修正が必要と指摘され、その理由として、文化的差異に対するアプローチが、原版を開発したアメリカ人と日本人とで異なることが示唆されている (山本他, 2002)。これらより、文化的感受性に関する尺度を併存妥当性の検証に用いることは、慎重を期す必要があると考える。

宗教や信仰の尺度に関しては、海外では複数の尺度が開発され (Koenig et al, 2010; Worthington et al, 2003)、イスラム教を対象とした信仰尺度も開発・翻訳されている (Aflakseir et al, 2011; Hafizi et al, 2016)。しかし、海外で開発されたこれらの宗教尺度を日本人に適用するには再考・再検討が必要と示唆されている (真鍋, 2013)。

国内においても、医療者を対象とした Spirituality 評定尺度が開発され、信頼性、妥当性が検証されている (比嘉, 2002)。同評定尺度は、spirituality の構成概念を「何かを求めそれに関係しようとする積極的な心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」と規定し、15 項目 5 因子 (自覚、意味感、意欲、深心、価値観) で構成される。しかし、Spirituality 評定尺度は、宗教的要素を日本人の宗教に対する複雑な反応を考慮して排除しており (比嘉, 2002)、イスラム教を主軸とした本尺度とは性質が異なると考える。例えば、Spirituality 評定尺度の設問には「自分の生き方は自分で決められると、どの程度思いますか」や「自分の人生は超自然的な力 (見えない力) によって導かれていると、どの程度思いますか」がある。イスラム教徒においては、神への絶対的な信頼・服従を前提するため、このような設問内容はイスラム教徒の認識とは異なり、そのため妥当性の検証

に適さないと考える。

なお、国内におけるスピリチュアリティ及び宗教の尺度の開発は極めて限定的である。医学中央雑誌において、スピリチュアリティ及び宗教の両シソーラスと尺度開発とで検索をした結果、3 件の文献が抽出されるのみで、その内訳は学会報告、文献検討及び解説が各 1 編であった。なお、解説の文献は、スピリチュアリティ評価尺度を開発した著者による、同尺度を基に新たに開発した尺度の解説であった(比嘉, 2006)。以上より、国内における医療者に適用可能なスピリチュアリティや宗教に関する尺度開発は、依然、開発途上にあると考える。

2) 看護における文化的感受性の信頼性

看護における文化的感受性全体の Cronbach's α 係数は 0.64 であり、一定程度の信頼性があることが検証された。Cronbach's α 係数は、項目数が少ないと値が低くなり、また、因子内の相関が低い場合も全体の相関係数が低くなる。第 4、第 5 及び第 6 因子が各 3 項目であったことが、相関係数が低い要因と考える。また、第 6 因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」は産科に限定した項目で構成され、全ての回答者に該当する内容ではなかったことも相関係数を低くしたと思われる。また、第 5 及び第 6 因子の尺度全体に対する Cronbach's α 係数が低く項目の削除も検討されたが、本調査結果ではイスラム教患者の対応経験のある回答者が少なく、今後更なる検証によって、数値が変動する可能性もあると考えられる。よって、今後の検証の余地を残すため、本研究ではあえて削除せず、残すこととした。しかし、第 6 因子「産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」は対象が限定されるため、当該因子に回答しない場合も尺度の結果及び分析が可能となるよう、今後検討が必要である。

また、再調査法の級内相関係数は $r=.774(p<.01)$ であり、信頼性が確認された。

3) イスラム教患者への看護能力尺度の意義

(1) イスラム教の本質的な知識と文化的感受性

イスラムの文化・宗教の基本知識に関する設問及び臨床ケアに関する設問の両得点において、看護における文化的感受性と有意差がみられた。なかでも、礼拝やラマダン等に関わる設問や、生死や出産時の儀式を問う設問の得点と看護における文化的感受性とに有意差がみられた。礼拝やラマダンの遵守は、イスラム教の中心となる六信五行に該当し、生死に関する認識とともに、教義・信条の核心となる事柄である。一方で、食事規定に関する設問と看護における文化的感受性とに有意差はなかった。これは殆どの項目の正解率が高かったためと思われる。イスラム教徒の

対応においては、豚由来成分の食材が禁忌であること等、ハラール対応が注目されがちであるが（甲斐他，2019）、本研究では、イスラム教の教義の核となる知識レベルが文化的感受性と密接に関連していることが明らかとなった。

また、臨床ケアに関する設問の高得点群と、第 1 因子「文化や宗教の知識に基づく対応」及び第 2 因子「言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」において有意差がみられた。このことは、看護師が臨床ケアに関する宗教知識を有することが、患者対応における困難さを低減させることを示している。医療従事者に宗教知識が無ければ、ラマダンの断食など患者の健康管理に影響を及ぼす恐れがあり、そのためにも医療従事者にイスラム教の知識が求められている（Myers et al, 2019）。本研究においても先行研究と同様の結果がみられたことから、医療従事者が宗教知識を有することは、患者対応における困難感を低減するだけでなく、患者の良いアウトカムをもたらすためにも必要と考える。

一方、イスラムの文化・宗教の基本知識や臨床ケアに関する知識と、看護における文化的感受性の第 3 因子「イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」との得点には有意差がみられなかった。このことは、宗教知識の有無にかかわらず、看護師がイスラム教患者の対応においてジレンマを抱いていることを示している。非イスラム教徒の医療者がイスラム教患者の対応で抱くジレンマについては、先行研究においても示されている。例えば、イスラム教患者に病状を告知することが、医師や患者の家族によって患者を傷つける行為とみなされたり、患者への告知において家族が意思決定の中心を占めるといったイスラム教の医療観が、医療者に倫理的なジレンマを抱かせるとされている（Chamsi-Pasha et al, 2017）。また、イスラム教における医療観は、神が心身の唯一の癒し手であり、身体面だけでなく、信仰による精神的な治癒の両方を統合的に捉えるものとされる（嶋田，2017）。このように、イスラム教における医療観が欧米の医療観と異なり、宗教が医療観に深く関与していることが、非イスラム教徒の医療者がイスラム教患者の対応においてジレンマを抱く一因と考えられる。

臨床経験年数と看護における文化的感受性の関係では、臨床経験年数の長さが必ずしも文化的感受性の高さを示さないことが示唆された。第 5 因子「患者の状況に応じた個別対応」では、臨床経験 4-9 年の群の得点が最も高く、最も低かったのは臨床経験 10-19 年の群であった。臨床実践力は 3-4 年目及び、10 年前後で上昇がみられるが（小山田，2009）、プラトー現象が臨床経験 5-20 年に生じるため（辻他，2007）、臨床実践力には個人差があり、臨床経験年数と必ずしも比例しないと考えられる。そのため、各因子においても臨床経験年数に応じた得点増加は認められなかったが、経験年数が浅い看護師であっても、経験の長い看護師以上に、個々の患者に適した対応

をしようと考えていることが示唆された。

本結果では文化的感受性にイスラムの文化や宗教の知識が密接に関わっていることが示唆された。このことは文化対応技能開発モデル(Papadopoulos, 2006)において、文化的感受性を獲得する前段階として異文化に関する知識の獲得があり、文化的感受性を獲得した次の段階として異文化看護能力が獲得されるとする説と一致している。文化対応技能や文化的感受性の概念構造では、知識や文化的感受性を獲得することで、患者により良いアウトカムを提供できることを示唆している。さらに本研究では、文化や宗教の知識の獲得が、患者対応における困難感や躊躇といったネガティブな感情を軽減することに役立つことも示唆された。臨床経験年数に関わらず、患者個々に適した対応をしようとする傾向から、臨床経験の浅い段階でイスラム教の基本的な知識を身につけることにより、文化的感受性の向上、ひいては患者対応能力や患者アウトカムの向上に資することが考えられる。

(2) イスラム教患者への看護能力尺度の有用性の検討

本尺度は、一部の因子の信頼性が低く、産科など一部の回答者には該当しない因子があるなど、今後精選・改良する必要がある。本尺度は今後の改訂を前提とした第 1 版ではあるが、現時点で看護師のイスラム教に関する知識を確認したり、文化的感受性を測定できるツールは他に見当たらず、限界を見極めた上で本尺度の活用の意義があると考ええる。

本研究では、文化的感受性にイスラムの文化や宗教の知識が密接に関わり、これらの知識の獲得が、看護師の患者対応における困難感や躊躇といったネガティブな感情の軽減に役立つことが示唆された。よって、イスラムの文化や宗教に関する教材を開発し、教育することにより看護師の知識や文化的感受性を高め、本尺度でこれらを検証することが可能である。

近年、日本の在留外国人数は増加傾向にあり、そのうち、イスラム教徒が多数を占めるインドネシア国籍の在留者は 60,000 人超、前年比増加率は 18.7%とベトナムに次ぐ高さである(法務省, 2020)。よって、医療者がイスラム教患者に関わる機会は今後さらに増えることが予測される。

看護師は、患者と最も密接に接する医療者であり、看護師が中心となり患者の情報やアセスメントを医療チーム内で共有することが、より良い医療の提供に不可欠である。また、イスラム教徒の人口増加を考慮すると、看護師のみならず、医療者全般がイスラム教に関する知識や感受性を高める必要がある。例えば、医師、臨床検査技師は患者と直接接する職業であり、同性による患者対応や治療に関する情報提供等、適切な対応をすることが求められる。薬剤師や栄養士は、食事や薬剤に豚成分が含まれていないか確認するだけでなく、断食中の食事や薬物治療について、患者

や医師と緊密に連携する必要がある。例えば、断食中に糖尿病のイスラム教患者が血糖値を適切にコントロールするには、数週間前から食事及び薬剤の変更や患者教育が不可欠と言われている(Hassanein et al., 2017)。以上より、看護師だけでなく、医療者全般がイスラム教に関する知識や文化的感受性を高めることは、安全で質の高い医療の提供に必要と考える。

外国人看護師・介護福祉士等、医療チーム内の連携や相互理解を深めるためにも、本尺度は活用可能と考える。経済連携協定(EPA)によりインドネシアやベトナム等から来日し、医療機関や福祉施設で就労する外国人看護師・介護福祉士候補者は延べ 6,000 名を超える(2020 年 3 月現在, 国際厚生事業団, 2020)。看護師や他の医療者が知識や文化的感受性を踏まえて、イスラム教徒の患者、外国人の看護師や介護士を理解することは、看護だけでなく、医療チームの相互理解や連携強化、適切な医療の提供につながる。ゆえに、医療者が、知識や文化的感受性を測り、また高めるツールとして本尺度は有用であると考ええる。

現在、新型コロナウイルスのパンデミックによりインバウンド需要は激減しているが、ウィズコロナ、ポストコロナ時代においては、国際協調がより求められる(詫摩, 2020)。医療者が本看護能力尺度を用いて知識や感受性を高めることで、パンデミック収束後、訪日外国人が再び増加に転じた際、イスラム教患者への適切な医療提供やより良いアウトカムに貢献できると考える。

本尺度は、患者の文化や宗教に対する感受性の向上という点において、イスラム教徒に限らず、日本人も含めた多様な文化を持つ患者への看護ケアに対しても示唆を提示できると考える。文化や宗教に関する知識を得て、文化的感受性を高めることは、医療者が患者を外国人、あるいは日本人としてステレオタイプに見るのではなく、その多様性に気づき、理解、尊重することを意味する。ゆえに、本尺度を活用することは、患者の多様性に対する感受性を向上させ、それを測るツールとして有用と考える。

第 5 章 結論

本研究では、イスラム教患者への看護能力尺度を開発した。本尺度は、文献検討とキーインフォーマント調査に基づき、属性、文化・宗教に関する知識及び実践 20 項目、看護における文化的感受性 29 項目、及び自由記載の構成である。

看護における文化的感受性は、探索的因子分析の結果、「1. 文化や宗教の知識に基づく対応」、「2. 言語や宗教の違いによる対応の困難感や躊躇」、「3. イスラム教の戒律遵守と医療とのジレンマ」、「4. 日本人患者と同様の対応」、「5. 患者の状況に応じた個別対応」及び「6. 産科におけるイスラム教の戒律に関する対応」の 6 因子、29 項目からなる尺度となった。項目数が少なく信

頼性が低い因子があるが、再調査法では一定の信頼性が示された。

看護における文化的感受性と、属性やイスラム教に関する知識との関係より、文化的感受性にイスラムの文化・宗教に関する知識が関連していることが明らかとなった。このことは文化対応技能や文化的感受性の概念構造において、知識や文化的感受性の獲得がより良いアウトカムをもたらすという先行研究と一致している。また、イスラムの文化・宗教に関する知識の獲得が、イスラム教患者対応の困難感や躊躇の低減に関連していることも明らかとなった。これらより、イスラム教に関する知識の獲得が、文化的感受性の向上、ひいては患者対応能力や患者アウトカムの向上に資すると思われる。

看護における文化的感受性では、躊躇や困難感、ジレンマを示す因子が新たに抽出された。これらの心理面は文化的感受性の先行研究では明らかにされていなかったが、本研究よりイスラム教患者との対応において看護師に心理的葛藤や困難な感情が生じていることが示唆された。

本尺度は、一部の因子の妥当性の低さなど改善の余地があり、改訂を前提とした第1版である。今後、医療のグローバル化や患者の多様化を鑑みると、医療者が文化や宗教に関する知識を身につけ、文化的感受性を高めることは必要である。よって、イスラムの文化や宗教に関する知識や文化的感受性を評価するツールとしてイスラム教患者への看護能力尺度を利用することには意義があると思われる。

第6章 本研究における限界と課題

本研究においては、質問紙調査の実施時期が新型コロナウイルスの感染拡大時期と重なり、調査に協力頂けた医療機関は非常に少なく、質問紙の回収率も低かった。

質問紙調査では、イスラム教患者の対応経験があると回答した看護師は、回答者全体の約1割であった。在留外国人が比較的多い都市部の医療機関の看護師を対象としたが、回答者の9割がイスラム教患者の対応経験がないという結果は想定外であった。これは、外国人患者が受診する診療科は外科、産科、小児科などとされているが(厚生労働省医政局, 2017)、本調査では診療科を限定していなかったことが一因と考えられる。さらに、在留外国人は年齢層が低く(法務省, 2019)、入院よりも外来などの利用が多いことも、その一因と推察される。よって、今後、同様の調査を行う際は、対象が利用している診療科を考慮して実施する必要があると思われる。

また、回答者の9割がイスラム教患者の対応経験がないとの結果については、ベールを被らないなど、遵守のレベルが緩いイスラム教徒もいるため、医療者が知らない間にイスラム教患者に対応している可能性もあると思われる。イスラム教徒の人口及び在留外国人数がいずれも増加傾向

であることを考慮すると、今後、イスラム教患者の対応経験のある看護師も増加すると考える。その際に再度調査を行い、本尺度を改訂して精度を高めることで、医療者が気づかずに文化的に不適切な対応をすることがないよう、文化的感受性の向上に資することができると思う。しかし、本尺度を医療者全般に適用するには、尺度の項目を追加、改変する必要があると考える。現在の尺度は、入院及び外来において看護師が患者と接する場面を想定した項目で構成されている。多様な職種が本尺度を活用するためには、これらの項目を整理し、退院調整やリハビリテーション、社会資源など、在宅での療養生活も含めたより多様なフェーズを想定して、項目や構成を追加、改変する必要があると考える。

本研究では、一部の因子の信頼性が低く、産科など一部の回答者には該当しない因子があった。よって、本尺度は改訂を前提とした第 1 版とし、今後尺度を改訂する必要がある。改訂に際しては、産科に関する設問など一部の回答者のみが該当する項目を区別し、結果を適切に分析できるよう改良を行う。さらに、本研究では、イスラム教の多数派であるスンニ派を対象としたが、国内におけるイランやパキスタンからの在留者を考慮すると、シーア派のイスラム教患者も尺度の対象に含める必要がある。

また、本尺度にイスラム教患者の視点及びその内容を含めることができなかったことも課題である。国内のイスラム教患者は、日本にいたるためイスラム教の教義に則ったケアを受けられなくても仕方がないと妥協していることが示されている(有居, 2017)。本尺度の改訂時には、医療者だけでなくイスラム教患者や妊産婦にインタビュー調査を行い、イスラム教患者の看護ケアに対する要望や期待を反映した尺度にする必要がある。医療者の感受性の向上は患者アウトカムの向上に必須であり、感受性の低さが治療の主たる弊害になることが明らかとなっている(Al-Yateem, 2015)。よって、イスラム教患者の視点を取り入れた改訂版とすることで、より包括的で、患者アウトカムにつながる尺度になると考える。

謝辞

新型コロナウイルス感染症が蔓延する只中で多忙と混乱の中、本研究にご協力頂きました全国の医療機関の看護部長、医師、助産師、看護師、医療コーディネーターの皆さまに心より感謝申し上げます。

尺度開発にあたっては、イスラム法学の観点から日本ムスリム協会の理事であり、同窓でもあるアハマド前野直樹氏から貴重なご助言を頂きました。また、国際保健・看護の観点から英国 Middlesex University の Irena Papadopoulos 先生、University College London の Runa Lazzarino

先生から理論に基づくご助言を頂きました。インドネシア 国立イスラム大学の Narila Mutia Nasir 先生、Maulina Handayani 先生からはイスラム教徒の当事者として貴重なご助言と励ましを頂きました。更に文献検索においては、諏訪敏幸先生よりご講義頂いただけでなく、長時間にわたり詳細かつ丁寧なご教示を頂きました。

看護学研究科の牧本清子教授には主指導教員として、常に温かく、支持的なお言葉とともに、数え切れないほど多くのご指導を賜りました。中村安秀教授、丸光恵教授には、研究計画書の審査から各段階において、ご助言、ご指導を頂きました。主指導教員、主査及び副査の先生方からの言葉は、私に研究者としての見方や考え方を広げ、より高みへと導いて下さるものでした。深く感謝申し上げます。

看護学研究科の仲間とは励まし合うだけでなく、率直な意見を頂き、研究及び論文作成への心意気を新たにすることができました。最後に、専門分野や立場は異なっているけれども、励まし、時に助言し、支えてくれた多くの友人、また、見守り続けてくれた家族に記して感謝申し上げます。

文献リスト

- Aflakseir, A., & Coleman, P. G. (2011). *Initial development of the Iranian religious coping scale. Journal of Muslim Mental Health, 6*(1), 44-61.
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2014). *Needs and Experiences of Intensive Care Patients' Families: A Saudi Qualitative Study. Nursing in Critical Care, 19*(3), 135-144.
- Alosaimi, D. N., & Ahmad, M. M. (2016). *The Challenges of Cultural Competency among Expatriate Nurses Working in Kingdom of Saudi Arabia. Research and Theory for Nursing Practice, 30*(4), 302-319.
- Al-Shahri, M. Z. (2016). *Islamic theology and the Principles of Palliative Care. Palliative & Supportive Care, 14*(6), 635-640.
- Al-Yateem, N., AlYateem, S., & Rossiter, R. (2015). *Cultural and Religious Educational Needs of Overseas Nurses Working in the Kingdom of Saudi Arabia and the United Arab Emirates. Holistic Nursing Practice, 29*(4), 205-215.
- 有居香乃, 宮下垂矢子, & 齊藤美貴. (2016). 産褥入院中のムスリム女性の日本における出産に対するニーズ. 日本看護学会論文集. ヘルスプロモーション, 47, 23-26.
- Barolia, R. (2008). Caring in Nursing from an Islamic Perspective: *A Grounded Theory Approach. International Journal of Human Caring, 12*(1), 55-63.
- Bawadi, H. A., & Al-Hamdan, Z. (2017). *The Cultural Beliefs of Jordanian Women during Childbearing: Implications for Nursing Care. International Nursing Review, 64*(2), 187-194.
- Benner, P. (2001). 井部俊子監訳 (2005): ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 医学書院, 東京.
- Bennett, M. J. (1986). *A developmental approach to training for intercultural sensitivity. International journal of intercultural relations, 10*(2), 179-196.
- Boerleider, A. W., Francke, A. L., Van De Reep, M., Manniën, J., Wiegers, T. A., & Devillé, W. L. (2014). *"Being Flexible and Creative": A Qualitative Study on Maternity Care Assistants' Experiences with Non-Western Immigrant Women. PLoS One, 9*(3).
- Cai, D. Y. (2016). *A Concept Analysis of Cultural Competence. International Journal of Nursing Sciences, 3*(3), 268-273.

- Campinha-Bacote, J. (1999). *A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. Journal of Nursing Education, 38*(5), 203–207.
- Chae, D. H., & Lee, C. Y. (2014). *Development and Psychometric Evaluation of the Korean Version of the Cultural Competence Scale for Clinical Nurses. Asian Nursing Research, 8*(4), 305–312.
- Chamsi-Pasha, H., & Albar, M. A. (2017). *Ethical dilemmas at the end of life: Islamic perspective. Journal of religion and health, 56*(2), 400–410.
- Charles, C. E., & Beth Daroszewski, E. (2011). *Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient. Issues in Mental Health Nursing, 33*(1), 61–63.
- Chen, G. M., & Starosta, W. J. (2000). *The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale. Human Communication, 31*(1), 3–14.
- 張 曉春. (2014). 日本人看護学生の異文化感受性発達に関する調査（第1報）尺度の内的整合性についての検討. 日本看護科学学会学術集会講演集, 34, 583.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaac, M. (1989). *Toward a Culturally Competent System of Care*. Georgetown University Child Development Center, Washington.
- DeWilde, C., & Burton, C. W. (2017). *Cultural Distress: An Emerging Paradigm. Journal of Transcultural Nursing, 28*(4), 334–341.
- El-kelish, N. (2001). 医療倫理に対するイスラム教による解釈－安楽死と尊厳死－. 日本社会薬学会, 20(2), 27–34
- Foronda, C. L. (2008). *Cultural Sensitivity: A concept analysis. Journal of Transcultural Nursing, 19*, 207–212.
- 外務省. インド基礎データ. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/data.html> (2020 年 9 月 30 日確認)
- Hafizi, S., Memari, A. H., Pakrah, M., Mohebi, F., Saghaazadeh, A., & Koenig, H. G. (2013). *The Duke University Religion Index (DUREL): Validation and Reliability of the Farsi Version. Psychological Reports, 112*(1), 151–159.
- Halligan, P. (2006). *Caring for Patients of Islamic Denomination: Critical Care Nurses' Experiences in Saudi Arabia. Journal of Clinical Nursing, 15*(12), 1565–1573.
- Hammer, M. R., Bennett, M. J., & Wiseman, R. (2003). *Measuring Intercultural Sensitivity: The Intercultural Development Inventory. International Journal of Intercultural Relations, 27*(4), 421–

443.

- Hassanein, M., Al-Arouj, M., Hamdy, O., Bebakar, W. M. W., Jabbar, A., Al-Madani, A. & Omar, M. A. K. (2017). *Diabetes and Ramadan: practical guidelines. Diabetes research and clinical practice, 126*, 303-316.
- 比嘉勇人. (2002). Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 22(3), 29-38.
- 比嘉勇人. (2006). スピリチュアリティの評価法. 医学のあゆみ, 216(2), 163-167.
- 法務省.(2020). 報道発表資料 令和元年末現在における在留外国人数について.
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00003.html (2020 年 11 月 26 日確認)
- 法務省.(2020). 在留外国人統計(旧登録外国人統計)統計表 国籍・地域別 年齢・男女別 総在留外国人 2019 年 12 月 . <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250012&tstat=000001018034&cycle=1&year=20190&month=24101212&tclass1=000001060399> (2020 年 11 月 27 日確認)
- 井筒俊彦. (1992). 井筒俊彦著作集 4: 意味の構造. 中央公論社, 東京.
- 厚生労働省医政局.(2017). 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000173227.pdf> (2020 年 11 月 25 日確認)
- Jessri, M., Farmer, A. P., & Olson, K. (2013). *Exploring Middle-Eastern Mothers' Perceptions and Experiences of Breastfeeding in Canada: An Ethnographic Study. Maternal & Child Nutrition, 9*(1), 41-56.
- 甲斐ゆりあ, 安藤敬子, & 清村紀子. (2019). 日本の看護ケアにおける宗教的配慮の現状に関する実態調査. 看護科学研究, 17(1), 22-27.
- 観光庁.(2018). 「訪日外国人旅行者の医療に関する実態調査」結果 平成 30 年 3 月 29 日.
<https://www.mlit.go.jp/common/001228152.pdf> (2020 年 9 月 15 日確認)
- 観光戦略実行推進タスクフォース.(2018). 訪日ムスリム旅行者対応のためのアクション・プラン.
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kanko_vision/pdf/h300522actionplan_honbun.pdf. (2020 年 9 月 3 日確認)
- 加藤喜之. (2015). 国家・宗教・文化: キリスト教と日本の出会い (〈特集〉日本人のスピリチュアリティ). ことば・文化・コミュニケーション: 立教大学異文化コミュニケーション学部紀要, 7, 183-

- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., & Barton, L. (2001). *A Model for the Delivery of Culturally Competent Community Care. Journal of Advanced Nursing, 35*(6), 918-925.
- 公益社団法人 国際厚生事業団. (2020). 2021 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受け入れパンフレット
https://jicwels.or.jp/files/EPA_2021_pamph.pdf (2020 年 11 月 16 日確認)
- Koenig, H., Parkerson Jr, G. R., & Meador, K. G. (1997). *Religion Index for Psychiatric Research. American Journal of Psychiatry, 154*, 885-886.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). *The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. Religions, 1*(1), 78-85.
- Krippendorff, K., & 三上俊治他. (1989). クラウス・クリッペンドルフ著, 三上俊他訳; メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京.
- Kuwano, N., Fukuda, H., & Murashima, S. (2016). *Factors Affecting Professional Autonomy of Japanese Nurses Caring for Culturally and Linguistically Diverse Patients in a Hospital Setting in Japan. Journal of Transcultural Nursing, 27*(6), 567-573.
- Leininger, M. . (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice, Second Edition*. Wiley, New York.
- Lin, C. N., Mastel-Smith, B., Alfred, D., & Lin, Y. H. (2015). *Cultural Competence and Related Factors among Taiwanese Nurses. Journal of Nursing Research, 23*(4), 252-261.
- Lipka, M.(2017). Muslims and Islam: Key Findings in the U.S. and around the World. Pew Research Center, Aug 9. <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/08/09/muslims-and-islam-key-findings-in-the-u-s-and-around-the-world/>. (2020 年 9 月 3 日確認)
- Lovering, S. (2014). *The Crescent of Care: A Nursing Model to Guide the Care of Muslim Patients. Cultural Competence in Caring for Muslim Patients*. Palgrave Macmillan, 104-120.
- 真鍋一史. (2013). 宗教性の「測度・指数・尺度」に関する実証的な検討: 日本と欧米の国ぐにとの国際比較の視座から. 関西学院大学社会学部紀要, (117), 17-29.
- Meyer, J., Pomeroy, M., Reid, D., & Zuniga, J. (2016). *Nursing Care of Pregnant Muslim Women during Ramadan. Nursing for Women's Health. 20*(5), 456-462.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.(2014). 政策研究レポート 現地ムスリムに対する訪日旅行に関する意向調査. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2014/04/seiken_140424.pdf.

(2020 年 9 月 3 日確認)

- Moss, C. (2015). *Issues Post-Stroke for Muslim People in Maintaining the Practice of Salat (prayer): A Qualitative Study. Journal of the Royal College of Nursing, Australia. 22*(3), 241-249.
- Muliira, J. K., & Muliira, R. S. (2013). *Teaching Culturally Appropriate Therapeutic Touch to Nursing Students in the Sultanate of Oman: Reflections on Observations and Experiences with Muslim Patients. Holistic Nursing Practice, 27*(1), 45-48.
- Musa, A. S., & Pevalin, D. J. (2016). *Development of the Arabic Spiritual Care Intervention-Provision Scale. Journal of Clinical Nursing, 25*(15-16), 2275-2284.
- Myers, P. R., Shoqirat, N., Allen, D. H., & Dardas, L. A. (2019). *Patients with diabetes observing Ramadan: The experience of Muslims in the United States. Diabetes Research and Clinical Practice, 150*, 282-287.
- 日本政府観光局.(2020).報道発表資料 訪日外客数(2019 年 12 月および年間推計値) 令和 2 年 1 月 17 日, https://www.jnto.go.jp/jpn/news/press_releases/pdf/200117_monthly.pdf (2020 年 9 月 3 日確認)
- 野中千春, & 樋口まち子. (2010). 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, 25(1), 21-32
- Odeh Yosef, A. R. (2008). *Health Beliefs, Practice, and Priorities for Health Care of Arab Muslims in the United States: Implications for Nursing Care. Journal of Transcultural Nursing, 19*(3), 284-291.
- 奥川ゆかり. (2010). 文化に配慮した倫理的実践に関する事例検討. 日本看護倫理学会誌, 2(1), 4-5.
- 小村明子. (2015). 日本におけるイスラームの歴史からみる日本人の宗教性 (スピリチュアリティ) について (< 特集> 日本人のスピリチュアリティ). ことば・文化・コミュニケーション: 立教大学異文化コミュニケーション学部紀要, 7, 199-215.
- 小山田恭子. (2009). 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌, 13(2), 73-80.
- Pakpour, A. H., Plante, T. G., Saffari, M., & Fridlund, B. (2014). *The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSOLF): A Validation Study on Iranian Muslim Patients Undergoing Dialysis. Journal of Religion and Health, 53*(6), 1885-1897.
- Papadopoulos, I. (Ed.). (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally*

Competent Practitioners. Elsevier Health Sciences, London.

- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). *Developing Tools to Promote Culturally Competent Compassion, Courage, and Intercultural Communication in Healthcare*. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 2.
- Perry, L.B., & Southwell, L. (2015). *Developing Intercultural Understanding and Skills: Models and Approaches*. *Intercultural Education*, 22(6), 453-466.
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997). *The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire*. *Pastoral Psychology*, 45(5), 375-387.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). 近藤潤子 監訳 (2010). 看護研究: 原理と方法. 第 IV 部 (第 2 版), 医学書院.
- Rassool, G. H. (2000). *The Crescent and Islam: Healing, Nursing and the Spiritual Dimension. Some Considerations towards an Understanding of the Islamic Perspectives on Caring*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1476-1484.
- Rassool, G. H. (Ed.). (2014). *Cultural Competence in Caring for Muslim Patients*. Palgrave Macmillan, London.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). *Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified*. *Ethnicity and Disease*, 9(1), 10-21.
- Saffari, M., Zeidi, I. M., Pakpour, A. H., & Koenig, H. G. (2013). *Psychometric Properties of the Persian Version of the Duke University Religion Index (DUREL): A Study on Muslims*. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 631-641.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., & Benkert, R. (2003). *Development of a Cultural Competence Assessment Instrument*. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 29-40.
- Sheikh, A., & Gatrad, A. R. (Ed.). (2008). *Caring for Muslim Patients*. Radcliffe Publishing, Oxford.
- Shen, Z. (2015). *Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review*. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308-321.
- 嶋田弘之. (2017). インドネシアの「預言者の医学」: 神の癒しを媒介する技術. 東京大学大学院人文社会系研究科博士論文(未刊)
- 杉浦絹子. (2003). 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. *日本看護科学会誌*, 23(3), 22-36.
- Suh, E. E. (2004). *The Model of Cultural Competence through an Evolutionary Concept Analysis*.

Journal of Transcultural Nursing, 15(2), 93-102.

- Sutherland, D., & Morris, B. J. (1995). *Caring for the Islamic Patient*. *Journal of Emergency Nursing*, 6(21), 508-509.
- 鈴木ゆみ, & 齊藤誠一. (2016). 異文化間感受性尺度日本語版作成の試み. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要, 9(2), 39-44.
- 高際睦. (2011). データを見直そう: より良い統計解析を行うために. 東京歯科大学学会 歯科学報, 111(6), 554-560
- 詫摩佳代. (2020). 新型コロナと国際保健協力. 月刊 経団連, 2020.9, 26-27.
- 田中博子, & 荒木田美香子. (2019). 医療者の Cultural Sensitivity の概念分析. 日本看護科学会誌, 39, 221-226.
- 田代 麻理江. (2014). 日本人看護学生の異文化感受性発達に関する調査 (第2報) 異文化感受性発達に関連する要因. 日本看護科学学会学術集会講演集, 34, 584.
- Transcultural Nursing Society. (2017). *Transcultural Nursing Society (TCNS) Position Statement on Human Rights*. <https://tcns.org/humanrights/> (2020年10月13日確認)
- 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, & 永山弘子. (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会雑誌, 30(5), 5_31-5_38.
- 山本志都 (2018). 異文化感受性を再考する: 認知的複雑性と非対称性のもたらす異文化的状況に注目して. 多文化関係学会年次大会抄録.
- 山本志都, & 丹野大. (2002). 「異文化感受性発達尺度 (The Intercultural Development Inventory)」の日本人に対する適用性の検討: 日本語版作成を視野に入れて. 青森公立大学紀要, 7(2), 24-42.
- Zeilani, R., & Seymour, J. E. (2012). *Muslim Women's Narratives about Bodily Change and Care during Critical Illness: A Qualitative Study*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 99-107.
- Worthington Jr, E. L., Wade, N. G., Hight, T. L., Ripley, J. S., McCullough, M. E., Berry, J. W., Schmitt, M. M., Berry, J., T., Bursley, K. H., & O'Connor, L. (2003). *The Religious Commitment Inventory--10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling*. *Journal of counseling psychology*, 50(1), 84-96.

「国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査」へ ご協力いただく方への説明書(研究計画書)

(1) 研究の概要について

研究題名 国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査
研究期間 : 2021 年 3 月 31 日まで
実施責任者 : 甲南女子大学大学院 看護学研究科 看護学専攻
博士後期課程 広域看護学 大学院生 戸田 登美子
(指導教員 教授 牧本 清子)

(2) 研究の意義・目的について

イスラム教徒の世界的な人口増加や訪日外国人旅行者の増加により、国内の医療機関においてもイスラム教徒に適切な看護を提供する能力が要求されています。しかし、イスラム教患者の対応に関する国内研究は十分とは言えません。また、文化や宗教に配慮した看護を提供するには、知識や技術だけではなく、患者の要望を敏感に察知する感受性が必要と考えます。よって、本研究では、国内のイスラム教患者に対する看護の実態、課題及び、適切な看護を提供するために必要なイスラム教の知識や文化的感受性を明らかにすることを目的とします。

(3) 研究の方法について

同意をいただけた方のみにご協力いただきます。皆様の所属先あるいはその近隣の会議室や面談室等を借用し、プライバシーの守れる個室で、研究者と共にイスに座った状態でインタビューを行ないます。お尋ねした内容について自由にお答えください。インタビューは 30 分程度を目安に行い、日程や場所は皆様(あなた)のご都合に合わせて決定いたします。

(4) 試料等の保管と、他の研究への利用について

この研究で得た個人に関わるすべての情報は厳重に管理いたします。なお、研究終了後、これらの情報は今後の発展研究の為に貴重な資料として、あなたの同意を得た上で研究期間中と同様の方法で 5 年間保管いたします。

(5) 予測される結果(利益・不利益)について

インタビューに際し、疲労や不快感を生じる可能性があります。インタビューには 30 分程度かかる予定です。そのため、時間的なご負担になることが予想されます。面接中はお希望に応じて適宜休憩を入れ、実施の継続が難しい場合は、中止することができます。

(6) 研究協力の任意性と撤回の自由について

研究への参加は、あなたの自由な意思によって決定してください。協力の有無によって、現在および今後、あなたと雇用者との関係などで、不利益をこうむることは一切ございません。また、参加すると決定した後でも、いつでも参加を中止することができます。

(7) 個人情報の保護について

この研究で得た個人にかかわる全ての情報は、研究に直接かかわるスタッフのみがアクセスできるものとし、研究目的以外には使用いたしません。

個人にかかわる全ての情報は、数値化・記号化して処理いたします。データは、カギのかかる場所に保管し、プライバシーの保護を徹底いたします。インタビューの分析はプライバシーの守られる場所のみで行います。

(8) 研究成果の公表について

この研究で得られた情報は、分析した後、学会等での発表を予定しています。その際には、あなた自身が特定されるような形で発表されることはございません。

(9) 費用について

本研究にご協力いただいた際、あなたにご負担をお願いする費用などはございません。

(10) 問い合わせ等の連絡先:

甲南女子大学大学院 看護学研究科 看護学専攻
博士後期課程 広域看護学
大学院生 戸田 登美子
住所 : 兵庫県神戸市東灘区森北町 6 丁目 2 番 23 号
メールアドレス : k4418104@konan-wu.ac.jp
電話番号 : 078-413-3220

同意書

甲南女子大学大学院 看護学研究科

実施責任者 戸田 登美子 殿

私は、「国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査」の実施に当たり、担当者の_____（実施責任者自著）から別紙説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について理解しましたので、本研究に協力することに同意します。尚、本研究への協力は自らの自由意思に基づくものであることを申し添えます。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェック（レ印）をつけてください。）

- ☐ 研究の概要について
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☐ 試料等の保管と、他の研究への利用について
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☐ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☐ 問い合わせ等の連絡先

同意日： 年 月 日

研究対象者 署名： _____

（または記名・押印）

本研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明日： 年 月 日

担当者 署名： _____（自署）

(研究者控)

資料 2-2. キーインフォーマント調査
同意書(研究者控)

同意書

甲南女子大学大学院 看護学研究科

実施責任者 戸田 登美子 殿

私は、「国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査」の実施に当たり、担当者の_____（実施責任者自著）から別紙説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について理解しましたので、本研究に協力することに同意します。尚、本研究への協力は自らの自由意思に基づくものであることを申し添えます。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェック（レ印）をつけてください。）

- ☐ 研究の概要について
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☐ 試料等の保管と、他の研究への利用について
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☐ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☐ 問い合わせ等の連絡先

同意日： 年 月 日

研究対象者 署名： _____

（または記名・押印）

本研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明日： 年 月 日

担当者 署名： _____（自署）

同意撤回書

資料 3. キーインフォーマント調査
同意撤回書

甲南女子大学大学院 看護学研究科
実施責任者 戸田 登美子 殿

私は、「国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査」の実施に当たり、本研究に参加することを同意し、同意書に署名致しました。

しかし、この度、その同意を撤回する意向を担当者にお伝えした結果、同意書が返却され、受領致しました。

それに伴い、ここに同意撤回書を提出致します。

.....年月日

研究対象者 署名：

【担当者記入欄】

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

撤回確認日：年月日

担当者氏名.....(自署)

国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査 インタビューガイド

1. 日本のイスラム教患者の看護に必要なイスラム教に関する知識などについて教えてください。
2. イスラム教徒の患者対応の観点から求められる文化的感受性についてお尋ねします。
看護師がイスラム教やイスラム教の文化について理解を深め、それらを尊重した看護を提供するために、どのような文化的感受性が求められるか教えてください。

なお、インタビューに際しては IC レコーダー等を用いた録音を予定しているが、研究対象者の同意を得た上で録音を行う。また、プライバシー侵害防止の観点から、スイッチの操作（ON）をもってインタビュー開始とし、OFF の操作によりインタビューを終了する。

国内のイスラム教患者の看護実践に必要な知識及び文化的感受性に関する調査 インタビューガイド

1. イスラム教徒の患者への対応事例があれば教えてください。
困難な事例や、その時の対応について、具体的に教えてください。
2. イスラム教患者の看護に必要と思われるイスラム教に関する知識などについて、患者への対応時に気づいたことがあれば教えてください。
3. イスラム教徒の患者対応の観点から求められる文化的感受性についてお尋ねします。
看護師がイスラム教やイスラム教の文化について理解を深め、それらを尊重した看護を提供するために、どのような文化的感受性が求められるか教えてください。

なお、インタビューに際しては IC レコーダー等を用いた録音を予定しているが、研究対象者の同意を得た上で録音を行う。また、プライバシー侵害防止の観点から、スイッチの操作（ON）をもってインタビュー開始とし、OFF の操作によりインタビューを終了する。

2020 年 2 月吉日

医療機関 看護部長 様

研究へのご協力をお願い（依頼）

謹啓 寒冷の候、貴院におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私どもは「イスラム教患者をケアする看護職者に求められる文化的感受性の尺度開発」に取り組んでおります。

現在、世界のイスラム教徒の人口は 18 億人以上と推測され、全人口に対するイスラム教徒の比率は約 24%に上り、今なお増加傾向にあります。国内では近年、訪日外国人旅行者数が増加しており、2018 年は 3,100 万人を超えました。なかでも、イスラム教徒が多数を占めるマレーシアやインドネシアからの旅行者が増加し、日本国内におけるイスラム教徒への対応が課題となっています。一方で、イスラム教徒を対象とした意向調査では、訪日を躊躇する要因として緊急時の医療対応が挙がり、医療機関におけるイスラム教徒の対応整備が求められています。

イスラム教は、食事や礼拝など日常生活に関する規則だけでなく、死生観や病に対する認識などにも多大な影響を及ぼしています。ゆえに、イスラム教患者に適切なケアを提供するためには、単に知識を得るだけでなく、イスラム教に対する感受性を高めることが求められているといえます。

そこでこの度、文献検討及び、イスラム教患者の対応経験がある医療職者を対象としたインタビュー結果を基に「イスラム教患者をケアする看護職者に求められる文化的感受性尺度（以下、ムスリム版 Cultural Sensitivity Scale）」案を開発しました。つきましては、本尺度の信頼性・妥当性を検証するために、貴施設の看護師の皆さまを対象に質問紙調査を行わせて頂きたいお願い申し上げます。なお、本研究の実施については、甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得ております（2020 年 1 月 承認番号 2019029）。ご回答頂くことで、イスラム教患者へのケアで配慮が必要な事柄に気づき、回答者ご自身のイスラム教に関する認識を高めることが期待されます。本調査の配付に 40 部以上ご協力頂ける場合、あるいは 30 部以上の再調査の配付にご協力頂ける場合、院内研修等で役立つイスラム教患者対応における留意事項や解説を記した冊子をお送り致します（2021 年送付予定）。また、調査協力の有無に関わらずご希望により本調査の報告書をお送り致します。報告書をご希望の場合は、返信用紙にその旨をご記入下さい。

つきましては、下記の内容をご覧のうえ研究協力につきましてご検討いただきたくご依頼申し上げます。

謹 白

記

1. 貴施設に所属する看護師で、臨床経験 1 年以上の方に調査票「イスラム教患者をケアする看護職者に求められる文化的感受性の尺度開発」および「返信用封筒」の配付をお願い致します。なお、イスラム教患者へのケア経験は問いません。
2. 調査は看護師を対象にした無記名自記式アンケート調査です。内容はイスラム教患者へのケアに関するもので記入に要する時間は約 15 分です。調査票にご記入頂いた後は回答者ご自身が添付の封筒に調査票を入れ、ご郵送頂くことになっております。
3. 研究協力は研究協力者の自由意思により決定し、拒否できることを保障すること、研究協力を断ることで不利益を被らないことをお約束いたします。
4. 調査票から得たデータは、研究に限り使用する ID 番号により集団のデータとして取り扱い、個人が特定されないように徹底します。調査票および電子媒体は施錠できる場所に保管し、データはパスワードをかけ、研究者以外の者がデータを見ることができないように管理します。本研究で知り得たことは、研究の目的以外には使用いたしません。
5. 調査で得た全てのデータは研究者が施錠できる場所に保管し、論文公表後約 5 年間、厳重に保管致します。保管期間終了後、研究者が責任をもって全てのデータを破棄（シュレッダーおよびデータ完全削除）いたします。
6. 調査結果は、上記 4 および 5 を厳守した上で、個人や施設が特定されないよう統計的に処理したデータとして公表します。国内外の関連雑誌および学会において公表する予定であることをご了承下さい。
7. 返信用紙に研究協力の諾否及び配付にご協力頂ける場合の部数をご記入頂き、添付の封書にてご返送下さい。また、再調査にご協力頂ける場合は、本調査の回答後、2 週間～1 ヶ月以内に再度調査票の配布をお願い致します。回収は本調査と同様郵送にて行います。

研究に関するご質問、ご意見等がございましたら下記研究者までご連絡下さい。

研究責任者：甲南女子大学看護学研究科 戸田登美子
指導教員：牧本清子
甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授
〒658-0001 兵庫県神戸市東灘区森北町 6-2-23
Tel:078-413-3523
Email : kmakimoto@konan-wu.ac.jp

以上



「イスラム教患者をケアする看護職者に求められる 文化的感受性の尺度開発」

現在、世界のイスラム教徒の人口は 18 億人以上と推測され、全人口に対するイスラム教徒の比率は約 24%に上り、今なお増加傾向にあります。国内では近年、訪日外国人旅行者数が増加しており、2018 年は 3,100 万人を超え、なかでも、イスラム教徒が多数を占めるマレーシアやインドネシアからの旅行者が増加しています。

イスラム教は、食事や礼拝など日常生活に関する規則だけでなく、死生観や病に対する認識などにも多大な影響を及ぼしています。ゆえに、イスラム教患者に適切なケアを提供するためには、単に知識を得るだけでなく、イスラム教に対する感受性を高めることが求められているといえます。

この度、本研究では「イスラム教患者をケアする看護職者に求められる文化的感受性尺度（以下、ムスリム版 Cultural Sensitivity Scale）」案を開発しました。つきましては、本尺度の信頼性・妥当性を検証するために、質問紙調査を行わせて頂きたいようお願い申し上げます。なお、本研究の実施については、甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得ております（2020 年 1 月 承認番号 2019029）。ご回答頂くことで、イスラム教患者へのケアで配慮が必要な事柄に気づいたり、イスラム教に関する認識を高めたりすることが期待されます。

ご多忙中の折誠に恐れ入りますが、本研究にご協力頂けます場合には次ページからのアンケートにご記入頂き、月 日までに添付の封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

本尺度の開発により、イスラム教患者をはじめどのような患者様に対しても、個々の文化に配慮した質の高いケアの提供に寄与して参りたいと思います。一人でも多くの皆様のご回答をお待ち申し上げます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

1. 調査は看護師を対象にした無記名自記式アンケート調査です。アンケートは 11 ページあり（表紙を除く）、内容はイスラム教患者へのケアに関するもので記入に要する時間は約 15 分です。調査票にご記入頂いた後は回答者ご自身が添付の封筒に調査票を入れ、ご郵送下さい。
2. 研究協力は研究協力者の自由意思により決定し、拒否できることを保障すること、研究協力を断ることで不利益を被らないことをお約束いたします。
3. 調査票から得たデータは、研究に限り使用する ID 番号により集団のデータとして取り扱い、個人が特定されないように徹底します。調査票および電子媒体は施錠できる場所に保管し、データはパスワードをかけ、研究者以外の者がデータを見ることができないように管理します。本研究で知り得たことは、研究の目的以外には使用いたしません。
4. 調査で得た全てのデータは研究者が施錠できる場所に保管し、論文公表後約 5 年間、厳重に保管致します。保管期間終了後、研究者が責任をもって全てのデータを破棄（シュレッダーおよびデータ完全削除）いたします。
5. 調査結果は、上記 3 および 4 を厳守した上で、個人や施設が特定されないよう統計的に処理したデータとして公表します。国内外の関連雑誌および学会において公表する予定であることをご了承下さい。

研究に関するご質問、ご意見等がございましたら下記研究者までご連絡下さい。

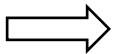
研究責任者：甲南女子大学看護学研究科 戸田登美子
指導教員：牧本清子
甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授
〒658-0001 兵庫県神戸市東灘区森北町 6-2-23
Tel:078-413-3523
Email : kmakimoto@konan-wu.ac.jp


前ページの記載事項をご理解の上、調査にご協力いただける場合は、
以下の「同意します」にチェック頂き、設問にご回答下さい。

☐ 同意します ☐ 同意しません

I. あなたご自身のことについてお伺いします。あてはまるもの全てに○をつけて教えてください。

1. 年齢 ①20代 ②30代 ③40代 ④50代
2. 性別 ①男性 ②女性
3. 免許 ①看護師 ②保健師 ③助産師
4. 最終学歴 ①専門学校 ②短期大学 ③大学 ④大学院
5. 臨床経験年数 【 】年
6. 現在の勤務病棟
 - 1) 入院病棟 ①内科 ②外科 ③産科 ④小児科 ⑤手術室
⑥ICU ⑦その他（ ）
 - 2) 外来 ①内科 ②外科 ③産科 ④小児科
⑤その他（ ）
7. 現在の職位 ①一般 ②主任 ③師長
8. イスラム教患者にケアを行った経験

①ある ②ない  「ない」と回答された方は、次のページにお進み下さい。


9. 今までにケアを行ったイスラム教患者の総人数

①1～5人 ②6人～10人 ③11人以上
10. イスラム教患者のケアで困難を感じた経験

①ある ②ない

Ⅱ. イスラム教に関する次の設問について、適切と思われる番号に○をつけて下さい。

1. 1日の礼拝回数
a. 1回 b. 3回 c. 5回 d. 7回 e. 特に規則はない
2. 日本で礼拝する時の方角
a. 北西 b. 南西 c. 南東 d. 特に規則はない
3. 宗教的に適切な処理が施されていても禁忌とされる食材(該当するものを全て選択)
a. 豚肉 b. 鶏肉 c. 牛肉 d. アルコール e. 魚 f. 乳製品
4. イスラム教患者に提供する前に、豚由来の成分が含まれていないか確認した方がよい必要な薬品・食品(該当するものを全て選択)
a. カプセル剤 b. インスリン c. 粉ミルク d. ワクチン(予防接種)
5. ラマダン（イスラム教徒が断食を義務付けられている期間）中の断食に関する規則
a. 日の出から日没まで食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い
b. 日の出から日没まで水分及び食事の摂取を禁じる
c. 日の出から日没まで、及び夜間の食事の摂取を禁じるが、水分は摂取して良い
d. 特に規則はない
6. ラマダンの期間
a. 約 10 日 b. 約 20 日 c. 約 30 日 d. 約 40 日
7. イスラム教徒が亡くなった時の埋葬方法
a. 火葬 b. 火葬後の遺骨を川に流す c. 土葬 d. 特に規則はない
8. 物の受け渡しなどの時にイスラム教徒が主に使う手
a. 右手 b. 左手 c. 相手の性別によって異なる

Ⅲ. イスラム教に関する次の設問について、適切な文章には「はい」、不適切と思われる文章には「いいえ」に○をつけて下さい。

1.	イスラム教では、死は終わりを意味し、死をもってその人の生涯は終結する。	はい ・ いいえ
2.	病状により、ひざまずいたり伏して礼拝することが難しい場合でも、できる限りひざまずいて礼拝することが求められる。	はい ・ いいえ
3.	女性患者に重篤な疾患がわかった時、本人に告知するか否かの最終判断は、患者の男性家族が行う。	はい ・ いいえ
4.	出産時、イスラム教の礼拝を呼びかける言葉を児の左右の耳に唱える慣習がある。	はい ・ いいえ
5.	疾患の治癒が望めない状況で、患者がメッカ巡礼を希望した場合、患者は体力的に巡礼が可能かどうかを知らされる必要がある。	はい ・ いいえ
6.	臨死期には、メッカの方角に患者の背を向け、患者の家族らがコーラン（イスラム教の聖典）を読誦する。	はい ・ いいえ
7.	経産婦であっても、内診を経験していない場合があるため、妊婦健診で内診を行う際は事前に必要性や方法など詳しい説明が求められる。	はい ・ いいえ

次のページに続きます。

IV. イスラム教患者に対するあなたの考えやケアについて伺います。最もあてはまる番号に○をつけて下さい。

(本人・夫・子ども共にイスラム教徒という設定でお答え下さい)。

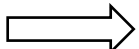
	全く そう 思わ ない	あ ま り そ う 思 わ ない	や や そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
1. 日本で生活しているのであれば、日本の風習に従うべきだと思う。	1	2	3	4
2. イスラム教では妊娠は神の意思とされるので、信仰を尊重するために避妊方法については説明しない方が良いと思う。	1	2	3	4
3. 外国人患者の対応部署が無くても、外国人患者を受け入れ、個々の対応力を上げなければならないと思う。	1	2	3	4
4. 患者が宗教的な悩みを抱えている時に、近隣のモスクなど宗教施設を紹介できる知識が必要だと思う。	1	2	3	4
5. 母国に帰って戒律を守った治療を受けたいと言えば、生死に関わる状況でも帰国できるよう努めようと思う。	1	2	3	4
6. 要望を尋ねても特に無ければ、日本の患者と同様にケアを行おうと思う。	1	2	3	4
7. 未婚女性に妊娠の有無を尋ねるのは失礼なので、問診ではなく検尿をして確認する方がよいと思う。	1	2	3	4
8. 男児の出産後、両親が児の割礼を希望しても、必要な医療行為ではないため当院では行っていないと答えようと思う。	1	2	3	4
9. 日本に住むイスラム教徒は、日本の文化や風習に合わせようとしていると思う。	1	2	3	4
10. 投与した薬剤に豚成分が含まれていたとわかって、医療者として患者にそれを伝えることが最善とは限らないと思う。	1	2	3	4
11. 外国人患者の対応経験が豊富でも、異文化に関する知識が無ければ、その患者に適切な対応はできないと思う。	1	2	3	4
12. イスラム教についてあまり知識がなくてもケアは充分行えると思う。	1	2	3	4
13. 男性医師しかいなければ、女性患者から事前の同意がなくても、男性医師が診察するのは当然だと思う。	1	2	3	4

	全く そう 思わ ない	あ ま り そ う 思 わ な い	や や そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
14. ラマダン中、断食を望んでも、身体への影響から断食しないよう医療職として説得しようと思う。	1	2	3	4
15. 日本に住むイスラム教徒は、日本文化に適応しているので、食事など日常生活ではあまり不自由していないと思う。	1	2	3	4
16. 日本の人工乳は豚成分を含むので通常使わないが、母児の状態によっては人工乳を使うのも仕方ないと思う。	1	2	3	4
17. 薬物治療をしている場合、断食の期間、日中でも薬だけは内服してもらおうと思う。	1	2	3	4
18. 医療費を心配して治療を躊躇していたら、ソーシャルワーカーに相談できるよう関連部署に連絡しようと思う。	1	2	3	4
19. 日本文化に適応しある程度日本語を話せたとしても、医療職に自分の状態やニーズを伝えるのは難しいと思う。	1	2	3	4
20. 妊婦健診で胎児に異常があれば、検査結果の説明は夫の同席のもと行うべきだと思う。	1	2	3	4
21. 病棟の医療者は、外国人患者が利用できる地域の診療所や医療機関について情報提供する必要があると思う。	1	2	3	4
22. 文化や宗教について医療者に知識があれば、外国人患者とのトラブルも回避しやすいと思う。	1	2	3	4
23. 糖尿病食を処方されていても、持ち込み食について食事指導を行えば、治療への影響は少ないと思う。	1	2	3	4
24. 医療通訳者がいないと意思疎通がはかれないので、通訳サービスを導入している病院を紹介した方がよいと思う。	1	2	3	4
25. 同意書を得る時は、必要な場合は通訳を手配してでも丁寧に説明をすべきだと思う。	1	2	3	4
26. 日本にいるイスラム教徒の子どもは、ワクチンに豚成分が入っていても予防接種を受けるべきだと思う。	1	2	3	4
27. イスラム教の戒律に則った治療は日本では難しいので、トラブルを避けるため母国で治療を受けるよう勧めたいと思う。	1	2	3	4

	全 く そ う 思 わ ない	あ ま り そ う 思 わ ない	や や そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
28. イスラム教の戒律を厳密に守ろうとすると、日本で生活するのは難しいと思う。	1	2	3	4
29. 他の患者から規則を守らないなどの苦情が出るので、できれば外国人对応に慣れた病院を利用して欲しい。	1	2	3	4
30. 医療費について尋ねられたら、費用の概算などについて医事課に相談するよう伝えたいと思う。	1	2	3	4
31. 採血やCT検査を行う時は、検査項目や目的について日本の患者よりも詳しく説明してから行うべきだと思う。	1	2	3	4
32. 言葉がわからなければ、ケアに必要なコミュニケーションがとれないと思う。	1	2	3	4
33. 患者の対応経験が豊富でも、適切に対応するために通訳サービスを導入する必要があると思う。	1	2	3	4
34. 入院の継続が必要な場合でも、医療費を理由に患者が退院を希望すれば、自宅での療養方法を説明しようと思う。	1	2	3	4
35. 医療者は、連携・調整能力を備えているので、その能力を発揮すれば、充分対応できると思う。	1	2	3	4

次のページに続きます。

V. イスラム教患者をケアした経験がありますか？

①はい ②いいえ  「いいえ」と回答された方は、8 ページにお進み下さい。



「はい」と回答された方は、次の設問にお進み下さい。

イスラム教患者に対するあなたの対応について伺います。

設問のようにイスラム教患者に対応していれば「はい」、対応していなければ「いいえ」、そのような場面に遭遇したことが無ければ「該当無し」に○をつけて下さい。

- | | |
|---|-----------------|
| 1. 人によって遵守のレベルが異なるため、宗教上食べられない食材について、丁寧に尋ねるようにしている。 | はい ・ いいえ ・ 該当無し |
| 2. 礼拝場所は特に提供していない。 | はい ・ いいえ ・ 該当無し |
| 3. 全身を净めた状態で礼拝できるよう、清拭などの清潔ケアは礼拝の前に行うようにしている。 | はい ・ いいえ ・ 該当無し |
| 4. ベールを外している場合があるため、女性患者の病室に入る時はノックをして、患者がベールを着用できるよう少し待ってから入室している。 | はい ・ いいえ ・ 該当無し |
| 5. 薬剤を投与する時、その薬剤に豚成分が含まれていないか事前に必ず調べるようにしている。 | はい ・ いいえ ・ 該当無し |

イスラム教患者へのケアについて、困難な事例等ございましたら、以下にご記入下さい。

2/3 が終了しました。引き続きご協力よろしくお願い致します。

VI. 次に、あなたご自身についてあてはまる数字に○をつけて教えてください。

	違 う	ど ち ら か と い え ば 違 う	ど ち ら か と い え ば そ う	そ う で あ る
1. 私は日本人の行動の仕方の特徴について日頃関心を持っている	1	2	3	4
2. 私は「日本人の考え方」をあつかったテレビ番組や書物に興味がある	1	2	3	4
3. 私は日本人のコミュニケーションの仕方の特徴についてわかっている	1	2	3	4
4. 私は欧米は東南アジアよりも優れているように思う	1	2	3	4
5. 私は「米国 1 位」と聞くと「日本 1 位」よりも優れているように思う	1	2	3	4
6. 私は外国人はこの国の治安を悪くしていると思う	1	2	3	4
7. 私は不愉快な行動を取る人とは話し合うよりもその人を避けるほうだ	1	2	3	4
8. 私は外国人クライアントの看護に携わりたい	1	2	3	4
9. 私は外国人クライアントの看護ではストレスを感じる	1	2	3	4
10. 私は外国人クライアントの看護にやりがいを感じる	1	2	3	4
11. 私は外国人クライアントの看護に不安を感じる	1	2	3	4

次のページに続きます。

	全く知らない	あまり知らない	やや知っている	よく知っている
12. 人種・民族によって代謝機能に違いがあること	1	2	3	4
13. 人種・民族によって薬理作用に違いがあること	1	2	3	4
14. 人種・民族によって特有の疾患があること	1	2	3	4
15. 人種・民族の解剖・生理学的違いを考慮したアセスメントの仕方	1	2	3	4
16. 電話による通訳や外国人医療情報提供の無料サービスを行なっている組織、機関、団体	1	2	3	4
最も多く看護に携わった外国人クライアントの出身国について				
17. その国に多い疾患	1	2	3	4
18. その国の宗教	1	2	3	4
19. その国の社会情勢	1	2	3	4
20. その国の経済状況	1	2	3	4
21. その国の社会階級構成	1	2	3	4
22. その国の医療制度	1	2	3	4
23. その国の教育状況	1	2	3	4
24. その国の宗教・習慣上のタブー（禁忌事項）	1	2	3	4
25. その国の人々のコミュニケーション行動の特徴（個人主義か集団主義か、高コンテキスト型［聞き手が察する］か低いコンテキスト型［話し手が主張する］か、約束のとらえ方、プライバシーのとらえ方、対人距離、皮膚接触、視線の合わせ方等について）	1	2	3	4

残り 2 頁です。引き続きよろしくお願い申し上げます。

	全く知らない	あまり知らない	やや知っている	よく知っている
26. その国の人々の道徳意識	1	2	3	4
27. その国の人々の近隣者との交際のしかた	1	2	3	4
28. その国の人々の家族・親族との関係	1	2	3	4
29. その国の人々の男女の役割意識	1	2	3	4
30. その国の人々の食習慣	1	2	3	4
31. その国の人々の健康に対する意識	1	2	3	4
32. その国の人々の妊娠・出産にまつわる習慣	1	2	3	4
33. その国の人々の死にまつわる習慣	1	2	3	4
34. その国の人々の伝統的民間療法	1	2	3	4
35. その国の人々の時間の感覚（過去、現在、未来のどこに重点をおいて生活しているか、約束の時間を守るか等）	1	2	3	4

次のページに続きます。

	そうでない	あまりそうでない	たいていそうだ	いつもそうだ
36. 私は外国人クライアントに十分な説明をしている	1	2	3	4
37. 私は処置の前には外国人クライアントの同意を得ている	1	2	3	4
38. 私は外国人クライアントにわかりやすい日本語表現を使っている	1	2	3	4
39. 私は外国人クライアントに日本語が通じないとき、非言語的表現も併用して、クライアントの不安を軽減している	1	2	3	4
40. 私は外国人クライアントに日本語が通じないとき、外国語と日本語の対訳表を活用している	1	2	3	4
41. 私は外国人クライアントにこちらの伝えたことを理解しているか確認している	1	2	3	4
42. 私は外国人クライアントの解剖・生理学的特徴を考慮したアセスメントをしている	1	2	3	4
43. 私は外国人クライアントの宗教・習慣上のタブー（禁忌事項）について配慮している	1	2	3	4
44. 私は外国人クライアントの出身国と日本の看護方法が違うとき、日本ではなぜそうするのか説明している	1	2	3	4
45. 私は外国人クライアントの出身国と日本の看護方法が違うとき、クライアントの意向を尋ねている	1	2	3	4
46. 私は外国人クライアントの希望に沿えないとき、クライアントの気持ちを受け止めながらその理由を話し、了解を得るようにつとめている	1	2	3	4

添付の封筒に入れ、ご返送下さい。ご協力まことにありがとうございました。