

アメリカ看護理論周辺用語のわかりにくさの解明（1）

勝井伸子 青山美智代

奈良県立医科大学医学部看護学科

Cultural and Terminological Issues of American Nursing Theory(1)

Nobuko Katsui Michiyo Aoyama

Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

はじめに—「輸入」された看護理論

現在の日本の看護教育において、学部・大学院で教育されている看護理論は、ナイチンゲールを除くとすべて 20 世紀後半のアメリカで形成された。従って、看護学の教科書に記載された看護理論が 20 世紀後半のアメリカ社会とアメリカの医療・看護の状況を反映していると考えるのは当然である。しかしながら、教科書はそのことについてことさらに記述していない。同時代であるから、アメリカで生まれた看護理論が日本でそのまま適用できることを前提としているようにも見える。

教科書の看護理論がほぼすべてアメリカの看護理論であることは、あえて意識されないかもしれないが、中には、そのことを意識する看護学生もいる。「(看護理論は) 外国(アメリカ)からの『輸入看護』という認識が強く、日本の看護現場にはそぐわない」(城ヶ端, 『出発』2010: 62) という大学院生の意見が報告されている。つまり、ここで、〈看護理論〉=〈アメリカの看護理論〉という認識もあるとも言えるかもしれない。

正確には、日本の看護理論がまったく存在しないわけではない。アセスメントの枠組みとして、松木光子の生活統合体モデルに言及しているテキストもある(深井 2017)。また、薄井坦子の科学的看護論を学部の授業における主要なテキストに指定している大学も複数存在する。しかしながら、全体的に見て、主要な看護理論としての位置づけを得ていないと言わざるを得ない。

大学院でよく使われている『看護理論家の業績と理論評価』(筒井, 2015) は 28 の看護理論を概説しているが、日本の看護理論は一

切ない。それより 8 年前に出版された学部生向けの看護理論テキスト『看護理論—看護理論 20 の理解と実践への応用』(筒井, 2007) もナイチンゲールと 19 名のアメリカで活動した看護師の理論を概説している。前述した『看護理論家の業績と理論評価』は、長い間看護理論の定番的概説書であった『看護理論家とその業績』(Tomey, AM and Alligood, MR, 都留訳, 1991, 2010) を後継するものとして出版されたものである。この概説書は、アメリカで出版された *Nursing Theorists and Their Work* の翻訳版であり、1986 年の初版から最新の原書第 9 版まで継続して出版されているが、そこにも日本の看護理論への言及はない。結果として、日本の看護学生、大学院生の大多数が学ぶのは主としてアメリカで生まれた看護理論であるから、看護理論=輸入看護というイメージはあながち外れていないことになる。

考えてみれば、多くの学問領域において、外国の理論をそのまま導入することは珍しいことではなく、ほぼすべての学問領域で行われてきた。ではなぜことさらに「日本」か「アメリカ」かに注目するのか。日本とアメリカの文化社会的な差異、言語的差異などが考えられるが、現在日本の看護教育に導入されている看護理論に対して、多くの学生、看護師が難しさを感じているのではないかと考えられるからである。

看護理論（の用語）の難解さと乖離

看護学生は看護理論を難しいもの、と感じる傾向があるのではないかと。看護系大学院生の報告によれば、「理論は難しい」、「実感のないもの」、「実践に役立たない」(城ヶ端, 『招

待』2010:19,26,45)と認識し、その理由として、「抽象的で難解な言葉」(『出発』:126)、「言葉が難しすぎて、すぐ拒否反応を抱いてしまった」(『出発』:118)という声があがっている。

この状況は実践の段階においても続いている。「看護理論は難解であり、実践的ではないといわれて」おり(『出発』:104)、『看護実践』と『看護理論』の乖離(『出発』:114)状態が広く認識され、実践の場で「看護理論を臨床で活用したという認識が全くない」(『出発』:98)という記憶を持つ看護師が多数いるように思われる。

看護理論用語導入の背景—大学へのシフト

看護理論用語導入の背景として特別に考慮すべき状況がある。日本では、アメリカの看護学の発展、変化に素早く対応することに大変な努力が払われてきたことが、皮肉にも看護理論を熱心に学ぶ看護研究者・教員と看護実践現場との乖離を生んだ可能性もある。

そもそも前述の *Nursing Theorists and Their Work* の初版が1986年であることは、その時期に概説書が出版できる程度にアメリカの看護理論が成熟したことを反映していると考えられる。1972年にアメリカでは National League for Nursing (全米看護連盟) が、学士以上の教育プログラムでは看護の概念枠組みに基づいてカリキュラムを構築すべきであるという基準を設けており、そのためにも看護理論の概説書は必要とされたと考えられる。

700頁近くのこの概説書出版のわずか5年後には日本語の翻訳が出版されたことは驚くべきことである。1980年の時点でアメリカの看護師の22%が学士号を持ち、大学院修士課程が257種あった(筒井, 2015:539)。1980年当時、日本では学士課程でも3校しか存在せず、1991年の時点でも、日本の看護系大学数は11校、大学院は修士課程5校、博士課程2校に留まり、それが2018年には大学数が263校、修士課程176、博士課程94を数えることを考えると(杉田, 2018)、30数年

の間に起きた日本の看護教育の大きな変化、つまり大学教育へのシフトは、ほかのいかなる分野も経験したことのないような大きな変化であることは疑いのない事実である。

看護教育の大学への急激なシフトは、看護理論と看護研究への強いドライブとして働いた。学生のみならず、看護教員も大学院での看護研究に一斉に向かったのが1980年代以降の大きな潮流となった。1980年代は、日本の看護において、研究への関心が高まり、研究環境が準備されてきた時代である。「学会」という名称を持つ学術団体が日本で相次いで生まれたことはそれを象徴する。1981年に日本看護研究学会、日本看護科学学会がそれぞれ、名称変更、発足している。こうした日本における看護教育、看護理論、看護研究の状況は、主として大学を舞台として、看護研究者である看護教員がその大きな推進力となって、看護理論への関心を高めたことは疑いのないところである。

しかし、あまりに短期間に看護教員が看護理論に取り組もうとしたために、アメリカの理論を理解する、という点に集中しすぎて、日本の臨床、日本の文化・社会との整合性を確認する余裕がなかったのではないだろうか。前述したように、アメリカの看護理論の理解に関心が集中し、しかも、アメリカの看護学自体もさらに変化していくために、理解したと思った理論も絶えずアップデートしなければならない状況であれば、整合性の確認、振り返りに割ける努力は大きくなりにくいのは必然であろう。このあまりに急激な変化への適応の難しさが端的に表れた結果が、看護理論は難しい、実践とは乖離している、という看護学生、実践看護師の言葉に現れているのかもしれない。

日本の看護の差異への気づき

日本文化の特徴が看護過程に影響しているのではないかと、という指摘は1986年にすでになされている。後に国際看護師協会(International Council of Nurses)の会長となる南裕子は、『看護過程』(1986)所収の

「日本における看護過程の課題」において、日本人とアメリカ人のコミュニケーションには大きな違いがあり、前者は非言語的コミュニケーションを重視し、後者は言語的コミュニケーションを重視していること、それゆえ日本人のコミュニケーションでは、意味を推測するために体験の共有と意味を察するだけの人間関係の形成が必要となり、「日本人に対するときには、察し得るだけの人間関係を作る必要があるし、『何だかよく分からないけど、その時私はそう思ったのよ』という直感的体験が意味を持つだろう」（馬場，1986：11）と指摘している。

南はさらに、アメリカのような個人主義、自立、合理性を重視する文化では問題解決的看護過程の考え方が適合し、問題解決的コーピングをするが、日本人はむしろ「感情調節型コーピング」（馬場，1986：12）をする傾向があり、たとえ物事の解決策が見えていても必ずしも個人的健康問題の解決に向かって努力しない傾向があると指摘している。

残念なことに、南のこの鋭い指摘は新しい日本の看護を説明する方法論を生むことはなく、アメリカ以外の国で開発された看護理論の発達があるべきという主張もある（城ヶ端，2007）が、2019年現在で一般に教えられる日本の看護理論はまだ現れていない。

導入されているアメリカ看護理論用語

実践の場である病院では、アメリカ看護理論が日本の看護実践に導入されているという現実がある。電子カルテシステムの導入は世界中の医療機関に広まっているが、現在病院に導入されている電子カルテシステムは、看護業務支援ソフト、具体的には看護過程支援システムとして、NANDA（the North American Nursing Diagnosis Association、北米看護診断分類会議）の看護診断が最も多く使用されている（山本，1998，黒田，2005）。

NANDAの看護診断とは、1973年にゴードンの看護理論を基盤として全米看護診断分類会議によって定義分類され発展した看護独自の診断ラベルであり、看護師独自が扱う、

すなわち診療の補助でない看護行為に関する、顕在的潜在的健康問題を記述するためのラベルである。NANDAには、その後1982年にカナダが加わり、2002年に国際的組織としてのNANDAインターナショナルが発足し今日に至っている。

翻訳された看護診断ラベルの持つ問題

翻訳して日本に導入されたアメリカ看護理論が、教育、実践双方でかならずしも容易に活用できていない実態がありながら、電子カルテシステムは結果としてアメリカ看護理論を基盤とした看護診断を導入しているのである。その結果、「看護診断ラベルの不適切な表現」、「定義に問題がある」、「北米との文化的違い」などによって看護診断ラベルが適切でないという意見が多く報告され（山本ら，1998）、診断ラベルの日本語訳に対して「看護職自身が違和感を覚えたり、他の医療職者から理解困難と評価されたりしている現状」（数間，2007）も報告されている。

こうした問題が報告されながらも、すでに電子カルテが多くの病院に導入されている以上、看護過程はアメリカ看護理論を基盤として展開することになるわけであり、理論と実践が乖離していると片づけられる状況ではなくっており、不適切な訳語を与えられて違和感や理解困難を覚える用語が否応なく実践に導入されていると言えるのである。この実態の解明は教育・実践の双方において必要であると言わざるを得ない。

看護で使うアメリカことば：個人・自立

看護は人間理解から始まるものであるが、文化社会的存在としての人間のアメリカと日本の差異について、比較的早くから指摘はされてきたのである。1987年に『看護で使うアメリカことば—理論用語の周辺』において、中西睦子がすでにアメリカの看護理論用語、概念がアメリカ社会の文脈で用いられている意味が、日本のそれとは大きな本質的差異があることを指摘している。

「個人」という、看護では非常にありふれた言葉について、中西は、自らのミネソタで

の経験に基づいて、アメリカでは「個人」という思想と「自立」(independence)の哲学が非常に重要な価値をもち、かつ、不可分の関係にあるとして、次のように述べている：

彼らは、独立自尊に人間の能力が総結集されているとみている。これがないと実践者としての個人は存在しない。個人の権利行使は、独立自尊と密接に関係している。アメリカでは、個人の自由や権利が自動的に守られているわけではない。人がおのおのその権利を independent に主張したとき、はじめて与えられ、またその権利を independent に行使したとき、その行為を正当と認められるのである。(中西, 1987 : 7-8)

中西が言うアメリカ的「個人」と「自立」は、北山が言う相互独立的自己観に相当すると言えるだろう(北山, 1994)。近代西洋的「個人」は、独立して閉じた統一体として認識されるが、一方アジアにおける「個人」は必ずしも独立して閉じた統一体ではなく、関係性に大きく依存して成立している(勝井ら, 2018, 北山, 1994, Geerts, 1983)。アサーティブネスとは、他人の権利を否定することなく、不安なく、自らの権利のために立ち上がる行動の実践であると定義されている(Alberti and Emmons, 1970)。アサーティブネスは西洋の文化的自己観である相互独立的自己観の形成要素であり、相互協調的自己観を特徴とするアジア、日本の文化的自己観においては、そもそも文化的にアサーティブネスとは親和性が低いことはむしろ当然とも言える(勝井ら, 2018)。

相互協調的自己観を持つ日本人は、「ひとにやってもらおうほうがうれしい」と感じて、周囲の人に助けられることを歓迎し、助けてもらえる人間関係にあることに自分の存在価値を感じる(中西 : 25)というのは、矛盾しない。だからこそ、日本では「思いやり」「素直」「気が利く」「自分勝手にしない」といった特

質が肯定されるのである。

アメリカの思想に基づく「自立」した「個人」は、日本人である中西自身にとって「不人情」(中西 : 25)と感じられたと述べていることは興味深い。相互独立的自己観を持つアメリカの自立した個人であれば、自立した個人の意思と選択を正当に主張することがアサーティブネスであり、「奪うべからざる自由の権利の行使」であって、「自分の能力のフル操業」こそが「自立」の概念であって、それが他人の助けにはるかに優先するものである(中西 : 6, 25)。

看護で使うアメリカことば：個人差 vs 周囲の配慮

「個人差」をどうとらえるか、という点においても、アメリカと日本では違うかもしれない。日本では、個人差はばらつきであり、そこに積極的に肯定的な意味を見出すわけではない。もし、個人差に積極的な重要性を見出すのなら、日本で通常肯定される「暖かくきめのこまかい周囲の配慮」は、個人の違いをどのように見積もるか、というきわめて難しい問題を孕むからである。「暖かくきめのこまかい周囲の配慮」は、アメリカでは個人差(individual difference)も自立(independence)も否定することになってしまうために擁護されないという中西の主張は興味深い。中西の経験によれば、アメリカでは「個人の存在の基盤は法に求める。個人のよりどころは、あくまでも法であって、せつがちでひとりよがりの他人様のご親切ではない」(中西 : 9)。つまりアメリカの思想では、個人差に対して積極的な重要性を見出すがゆえに、アメリカ人は「個人差」(individual difference)に「ある種の高揚」「精神的充実」(中西 : 4-5)を示すのだ、ということも言えるかもしれない。

「個人」と「自立」は、西洋近代において非常に重要な思想であるとともに、看護においても非常に重要な言葉であるが、日本における「個人」「自立」がアメリカのそれとどう違うのか、中西以外に看護研究者が言及した

ものを見つけることができない。西洋とアジアの文化的自己観における大きな差異は、社会心理学関連領域ではある程度浸透しているように思われるが、それが看護理論、看護診断における「個人」「自立」の理解へ活用されてはいないのが現状のようである。

中西が記述して以後、ずれや違和感を修正する試みが実行されることなく 30 年間は経過したと言えるだろう。アメリカ看護理論の概念、用語が具体的にどのようにわかりにくいのか、詳細な研究は行われてこなかったのである。

日本とアメリカの看護の構造的差異：医師はどこにいるか

文化的差異以外にも例えば日本の看護とアメリカの看護の大きな構造的差異による問題もあるように思われる。その一つに医師がどこにいるか、という問題があるのではないか。

一般的なアメリカの医療施設である病院において、日本と際立った最も大きな違いは、「医師、特に、主治医は、集団としての病院組織の中にはいない」(Burling, 1956: 51) ことであろう。実は、患者の治療方針を決定する上で最も大きな権限を持っている主治医(英語では attending physician がそれにあたる)は、アメリカでは一般的には病院とは雇用関係にはない。日本のように常勤職員として医師が勤務するのは、医学部の附属病院などに限られる。アメリカでは医師は一般に病院を共同利用施設として利用するのであって、医師は病院と契約関係にあるが、雇用関係にはない(岡本, 1984: 41)。医師の診療の場として、病院は看護、検査機能、手術設備を提供するわけである。病院に常駐するのはインターンもしくはレジデントと呼ばれる研修医であり、主治医として患者の医療に対する最終責任を負うわけではない。ちなみに、インターン、レジデントの研修費用は、税金からの助成金、メディケア、メディケイドからの補助金で賄われている(河野, 2002: 98)。

伝統的には、アメリカでは個人クリニックで患者を診察する医師が多かったが、2012年

では個人が 18.4%、group practice と呼ばれる医師組織のメンバーとなる医師の割合は増えてきており専門医の group practice 45.5%、複数の専門医による group practice が 22.1% である。専門医グループが病院と契約関係を持つが、直接雇用されず、Mayo Clinic を除くと、医師の報酬は患者ごとの出来高払いで、年俵で契約するわけでもない場合がほとんどである。アメリカの医師の雇用データによれば、直接病院に雇用されている医師は、2012年時点で 5.6% に過ぎない(Kash&Tan, 2016)。1996年の *New England Journal of Medicine* 掲載の論文で初めて、「入院患者のケア専門とする医師」指す呼称として hospitalist が定義されたが(Wachter, 1996)、その専門領域は「入院患者の一般的医療」(Pantilat, 2006)として、主治医の回診を減らすことを目的としていると *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* 第 11 版が定義しているように、一般的に患者の主治医としての機能を果たすわけではない。

アメリカの主治医が病院には不在であることが、看護師に「単独で、医師に準ずる判断の責任者として」の機能と責任を与えることになったことが(岡本: 187)、日本との大きな差異となると思われるが、ほとんど関心が向けられていないようである。

日本とアメリカの看護の構造的差異：チームナーシングと分業

医師と違って、アメリカの看護師は前述したように病院に雇用されている点は日本と同じである。ただ、その在り方がかなり違っていることに対して、日本の看護教育ではあまり関心が払われていないようである。1956年に出版された *The Give and Take in Hospitals: A Study of Human Organization* (邦訳『病院, その複雑な人間関係—病院組織の社会学的研究』)にすでに、アメリカの看護が極度に分業を発達させていることが特徴として記述されている。

ヘンダーソンの *Principles and Practice of Nursing, 6th edition* (1978) によれば、1974

年における就労看護職者では、登録看護師(以後看護師と言う)の割合は37%に留まっていた(図1)。

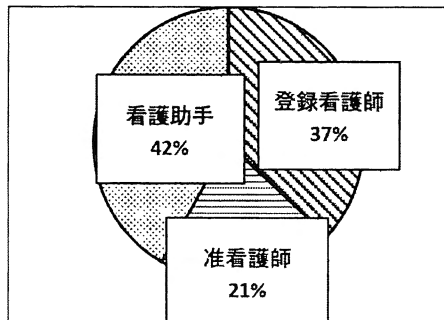


図1. 1974年アメリカ就労看護職構成 Henderson, V. *Principles and Practice of Nursing*, 6th edition, 1978. より勝井作成。

看護助手のほうが、看護師、准看護師よりも多数を占めことは、看護師の地位、役割に大きな意味があったと思われる。岡本によれば「最低二名の正看護婦、二～三名の准看護婦の他は無資格看護助手で、一病棟の看護ケアをまかなうための『チームナーシング理論』が考案される」(岡本:171)に至った背景は「大量の無資格助手を看護単位の中に組み込まざるを得なかったという、まったく社会経済的事情によるものであった」(岡本:172)ことが日本で意識されることはあまりないように思われる。

だが、この社会経済的事情こそが、岡本も述べているように、アメリカの看護師が高い社会的地位を獲得している理由とも言える。アメリカの看護師は准看護師、看護助手を監督する管理業務および教育業務をより多く担い、もともと行っていたベッドサイドケアやリハビリテーションなどを、准看護師、看護助手、理学療法士、作業療法士らに委譲していった(岡本:184)。

現在のアメリカと日本の看護職者数の割合は似通ってはいるものの(図2、図3)、アメリカの看護助手に体位変換、バイタルサイン測定、ガーゼ交換などのベッドサイドケアが委譲されている点で、「チームナーシング」の構造的差異が明らかにあると言えるだろう。

このように、日本とアメリカの医療・看護

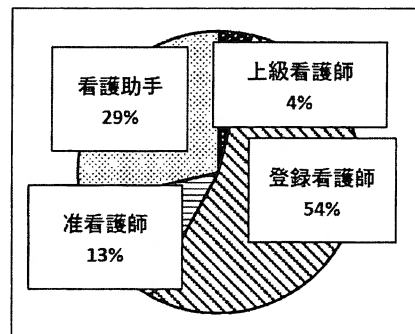


図2. 2018年アメリカ就労看護職構成

United States Department of Labor 資料より勝井作成

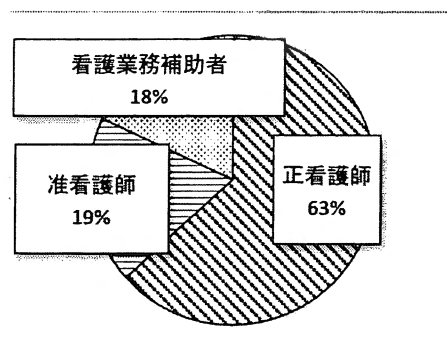


図3. 2011年日本看護職構成。

厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室「医療施設調査・病院報告」より勝井作成。

には文化的差異、構造的差異があることを考えると、アメリカ看護理論周辺用語が日本の看護学生、看護師にわかりにくいのはむしろ当然のことかもしれない。

アメリカ看護理論周辺用語、概念

著者らは、アメリカ看護理論周辺用語、概念のわかりにくさ、関心のありよう、問題の、現状把握の必要があるのではないかと、という問題意識を持って、アメリカ看護理論周辺用語のわかりにくさの実態をインタビュー調査するために、標準的であると考えられるテキストから当該用語、概念を抽出した。使用テキストは以下の2点である。

- 1) 野嶋佐由美 (2012) 看護学の概念と理論的基礎、日本看護協会出版会。Nと表示
- 2) 高橋照子 (2015) 看護学原論、南江堂。Tと表示 数字はページ数。

64の用語を抽出し、同一または近似カテゴ

りに属すると判断できるものについては、同じ枠に含め、36の用語セットを形成した。インタビューする上での時間的制約を考慮して、9セットを除いて、学習、使用頻度が多いと予測されるもの22セット(*)に絞りこみ、代表的な看護理論家・概念5セット(**)を加えて、27セットとした。

*アカウントビリティ	N142
*アイデンティティ、自己(自己)同一性、自己喪失、自我の発達段階、エリクソン	N105-6 T36,75
*自己実現、マズローの自己実現論、生理的欲求・安全の欲求・社会的欲求・自我の欲求・自己実現の欲求	N102, 25, 36, 56, 100 T38, 39
*医療チーム、チームアプローチ、チーム医療、ヘルスケアチームメンバー	N 510-11, 24 T174-176, 160
インフォームドコンセント	N145, T103,170
エネルギーの場	N73, T215
*エンパワメント	T59, 117
*ロジャーズ 開放システム	N124
*危機理論、4段階、クライシスマネジメント	N111-2, T147
*クリティーク	T207
*クリティカルシンキング	N151, T152
*クリティカルパス	N10
*看護診断分類 (ゴールドン 機能的健康パターン)	N34, T18,160-4
*ケアリング、ケアリング理論 ワトソン	N 37,77,81,83 T6,215
*コーピング、ストレスコーピング理論、ストレス対処能力、ストレスマネジメント、ストレッサー、ラザルス	N 117, 120-1 T39, 80, 82 N77, 119, 165
*コンピテンシー	T148, 184
*自己効力	N131
*セルフケア、セルフケア理論、セルフケア不足、セルフケ	N 51-6, T 105,179,215

ア能力、セルフケア要件、治療的セルフケアデマンド、普遍的セルフケア要件 オレム	
*スピリチュアリティ、スピリチュアルケア、スピリチュアルペイン	T90-4
*適応の段階、適応理論、適応様式 ロイ 適応システム	N 88- 9,113,115 T215
*トランスパーソナル、トランスパーソナルケア	N78-9,
セクシュアリティ	T85
*ニーズ ヘンダーソン ニーズの不足	N36,48,56 T162
パーソナリティ	N56-60,
バスターナリズム	N152
ヘルスローカスオブコントロール	N133-4
ライフイベント	N118 T79
*ホリスティック	T34, 95
*ソーシャルサポート	T83
フィードバック	N89, T167
ミニドクター	T202
**ペプロー 対人的プロセス、成長発達	
**トラベルビー 相互作用	
**キング 目標相互浸透行為	
**ベナー 技術習得モデル	
**レイニンガー	

米国看護理論周辺用語の活用の実態とわかりにくさの解明

今後、看護師を対象として、上記用語・概念の27セットの学習、および使用頻度、わかりにくさ、使いにくさを中心としてインタビュー調査を実施予定である。調査については奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の許可を得ている(受付番号2118)。

論文執筆は、科学研究費助成事業の助成を受けた。(平成29年度～32年度基盤研究C17K01040)。

引用参考文献

- Alberti, R.E. and M. L. Emmons (1970) : *Your perfect right; a guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Alligood M R, (1986, 2017) : *Nursing Theorists and Their Work*, 9th ed, Elsevier, St. Louis, Missouri. 看護理論家とその業績 (1991, 2010) 都留伸子監訳, 医学書院.
- 馬場一雄編, (1986) : 看護過程, 金原出版.
- Burling T et al (1956): *The Give and Take in Hospitals: A Study of Human Organization*, G.P. Putnam's Sons, New York. 姉崎正平, 姉崎宜子, 袖井孝子訳(1967): 病院, その複雑な人間関係—病院組織の社会学的研究, 医学書院.
- 深井喜代子編(2017):基礎看護技術 I, メヂカルフレンド.
- Geerts, C.(1983,2000) : "From the native's point of view" in *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. Basic Books, New York,.
- Henderson, V. (1978) *Principles and Practice of Nursing*, 6th ed, Macmillan. New York.
- 城ヶ端初子, 樋口京子 (2007) : 看護理論の変遷と現状および展望. 大阪市立大学看護学雑誌, 第3巻 : 1-11.
- 城ヶ端初子 (2010) : 看護理論からの出発, 久美.
- 城ヶ端初子 (2010) : 看護理論への招待, 久美.
- Kash B, Tan D. (2016) : Physician Group Practice Trends: A Comprehensive Review, *Journal of Hospital & Medical Management*, 2:1-8
- 数間恵子 (2007) : 日本語として適切な NANDA 看護診断ラベル訳の必要性, 日本看護診断学会, vol. 12, No. 1, pp. 86-88.
- 勝井伸子, 青山美智代 (2018) : 文化を越えた環境におけるアサーティブネス : アメリカとアジアの看護師における文化的自己観. 公立大学法人奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, vol. 14. :93-100.
- 河野圭子 (2002) : 病院の内側から見たアメリカの医療システム, 新興医学出版社.
- 北山忍 (1994) : 文化的自己観と心理的プロセス 社会心理学研究, 第10巻第3号, 153-167.
- 黒田裕子 (2016) : NANDA-I-NIC-NOC の基本を理解する—最新の動向と看護計画への活用の仕方, 医学書院.
- 黒田裕子, 小田正枝, 菊池登喜子, 棚橋泰之, 中木高夫 (2003) : 日本における NANDA 看護診断の使用頻度に関する実態調査, 日本看護診断学会, vol. 8. no. 1, pp6-14.
- 中西睦子 (1987) : 看護で使うアメリカことば—理論用語の周辺, 日本看護協会出版会.
- 野嶋佐由美 (2012) : 看護学の概念と理論的基礎, 日本看護協会出版会.
- 岡本祐三 (1984) : アメリカの医療と看護, 保健同人社.
- Pantilat S. (2006) : What is a hospitalist? *The Hospitalist*, 2006 February; (2).
- 杉田由加里 (2018), 看護系大学の現状と課題, 平成30年度日本看護系大学協議会定時総会, 2018年6月18日, www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/06/monbukagakusyou20180618.pdf
- 高橋照子 (2015) : 看護学原論, 南江堂.
- 高田利武 (1999) : 日本文化における相互独立性・相互協調性の発達過程—比較文化的・横断資料による実証的検討, 教育心理学研究, 47,480-489.
- 筒井 真優美編 (2007) : 看護理論—看護理論20の理解と実践への応用, 南江堂.
- 筒井 真優美編 (2015) : 看護理論家の業績と理論評価, 医学書院.
- 薄井坦子 (2015) : 科学的看護論, 第三版, 日本看護協会出版会, 2015年.
- Wachter RM, Goldman L. (1996) : The emerging role of "hospitals" in the American health care system. *New England Journal of Medicine*. 335:514-517.
- 山本裕子, 松木光子, 大谷英子, 江川隆子, 小笠原知枝, 大野ゆう子 (1998) : NANDA 看護診断ラベルの適切性の評価, 日本看護診断学会, vol. 3, no. 1, pp. 100-107.