



Title	医療における患者アドボカシー : 看護師の役割に影響を与える要因の検討
Author(s)	竹村, 節子
Citation	大阪大学, 2010, 博士論文
Version Type	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/1610">https://hdl.handle.net/11094/1610</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

2009年度  
博士論文

医療における患者アドボカシー  
—看護師の役割に影響を与える要因の検討—

Patient Advocacy in Medical Practice  
-Exploration of Factors Influencing on Roles of Nurses-

大阪大学大学院人間科学研究科  
行動学系人間行動学講座臨床死生学・老年行動学分野  
学籍番号 13574803

竹村 節子



# 目次

## 第1部 問題の所在

### 第1章 患者の権利

- 第1節 患者の権利に関する歴史的変遷・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 第2節 医療における患者の権利・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 第3節 医療における自己決定の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 第4節 課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

### 第2章 患者の権利擁護者としての看護師の advocacy

- 第1節 看護におけるアドボカシーの発生とその背景・・・・・・・・・・ 10
- 第2節 看護師の患者に対するアドボカシーの概念・・・・・・・・・・ 14
- 第3節 質的研究から導かれた看護アドボカシーモデル・・・・・・・・・・ 16
- 第4節 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

## 第2部 実態調査

### 第3章 看護師による患者のアドボカシーの実態—日本研究—

- 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識・・・・・・・・・・ 25
- 第2節 アドボカシー実践の要因である患者の権利に関する看護師の認識・・ 63
- 第3節 看護師のアドボカシー実践行動の実態・・・・・・・・・・ 80

### 第4章 看護師による患者のアドボカシーの実態—ハワイ研究—

- 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識・・・・・・・・・・ 105
- 第2節 アドボカシー実践の要因である患者の権利に関する看護師の認識・・ 123

### 第5章 看護師による患者のアドボカシーの実態—日米比較研究—

- 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識・・・・・・・・・・ 133
- 第2節 アドボカシー実践の要因である患者の権利に関する看護師の認識・・ 147

## 第3部 総合論議

### 第6章 まとめと総合論議

- 第1節 本研究のまとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 154
- 第2節 総合論議・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 162

### 第7章 要約・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 168

### 引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 173

付記	181
謝辞	190
あとがき	192
付録 本研究に用いたアンケート票資料 1	
本研究に用いたアンケート（英訳）票資料 2	

## 第1部

### 問題の所在



## 第1章

### 患者の権利



## 第1章 患者の権利

患者の権利は、歴史的に西洋では古代ギリシアの「ヒポクラテスの誓い」に示されている医師の「善行」、東洋では伝統的に「医は仁術」とされ、医療については専門家である医師に任せておけば、“医師は親が子を思う気持ちや誠意をもって患者に尽くしてくれるという（paternalism;父権主義）”医師と患者との間の信頼関係により成立していた。しかし、20世紀半ばになると、医学・医療が急速に進歩し、脳死や臓器移植などの高度かつ複雑な医療問題が出現した。一方で、医療情報の普及により医療に対する一般の人たちの関心が増大し、近代民主主義の発展、医療保険制度の普及に伴い国民の医療を受ける権利が主張されるようになった。それに伴い患者の権利への関心も高まり、患者の権利に関する様々な議論がなされ成文化されてきた。そこでこの章では第1節で患者の権利に関する見解の歴史の変遷、第2節では医療における患者の権利、第3節では患者の自己決定の考え方について述べ、第4節で患者にとっての権利に関する課題について述べる。

### 第1節 患者の権利に関する歴史の変遷

1947年の「ニュールンベルグ要綱」で医学的研究における倫理が論じられ、人間に対する医学実験は道徳的、倫理的および法的な考え方の基本的原則を遵守し、被験者の自発的同意は絶対的本質的なもので、自由な選択力を働かしうる状況におかれる上で、十分な知識と理解を与えなければならない、と明記してある。1964年の「ヘルシンキ宣言（第18回世界医師会総会で採択、1975年第29回世界医師会総会で改正、1983年35回世界医師会総会で修正）」では、人体（臨床）実験は医学の進歩のために必要不可欠なものであるが、その実験にあたっては、「目的・方法・予想される利益・可能性のある危険やそれに伴う苦痛などについて、被験者に十分説明し、被験者の自由な意志による同意を取りつける必要がある」と倫理的側面についての合意がなされている。

1973年アメリカ病院協会は、患者の諸権利を尊重することがより効果的な患者のケアならびに患者、医師および病院組織のより大きな満足に貢献するという期待を持って、さらに、これらの患者の権利が治療過程の必要不可欠の部分として患者のために病院によって支持されることを期待して、12項目からなる患者の権利章典を発表した。ここではすでに「インフォームド・コンセントに関連する権利（理解できる言葉で伝えられる権利・情報を知り選択する権利）」・「知る権利」・「治療を拒否する権利」・「プライバシーを保

護される権利」・「守秘される権利」などが明記され、患者の人間としての尊厳の承認が、患者の諸権利の擁護を保障すると述べている。

1981年の第34回世界医師会総会における「患者の権利に関するリスボン宣言(1995年に修正)」において世界的に統一した形で医師が守るべき患者の権利について議論され、正式に採択された。この内容を実践するには倫理的または法律的な困難があるかもしれないということ認識した上で、医師は常に自己の良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、患者の自律性と正義を保証するために努力を払わねばならないとされ、医師が是認し、推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。法律または政府の行動が患者の権利を否定する場合には、医師は適切な手段によりそれらの権利を保証または回復するように努力すべきであるとし、弱い立場に置かれがちな患者の権利を守るための医師の考え方が明記されている。以上の声明文は患者の権利に関する規範的文章の作成において、医療提供者や医療施設など特定のグループの義務と責任の視点から患者の権利にアプローチするものであった。1994年の「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」(1994, WHO/EURO:欧州地域事務所)は、患者やその協力者により患者の視点から考えられたもので個人を尊重するという概念の完全な実現と、医療における平等を中心に医療の質を保障する仕組みの構築を強調しているものである。この考え方は「与えられる医療から参加する医療へ」という視点の転換を意味している。

## 第2節 医療における患者の権利

日常生活における個人の権利の保障については、我が国の日本国憲法(1947年)の第13条(個人の尊重・幸福追求権)、第14条(平等)、第9条~23条(自由権)や第25条(生存権・国の社会的使命)に明示されている。時を同じくして1948年の世界人権宣言でも、「すべての人民とすべての国が達成すべき共通の基準」として、第一条には、すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ尊厳と権利について平等である。第二条には、すべて人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する、と明記している。このように権利保障によって我々の人格は保護され、個人個人が持つ価値観を守ってくれる。しかし、権利保障が危うくなるのは、病院に入院した患者のように個人の権利が主張できにくくなるような環境に置かれたときである(Annas, 1989; Chambliss, 1996/浅野訳, 2002)。医療における患者の権利について患者の権利法をつくる会(2002)は、

医療における患者の権利について① 医療への参加権、② 知る権利と学習権、③ 最善の医療を受ける権利、④ 平等な医療を受ける権利、⑤ 医療における自己決定権、であるとしている。① 医療への参加権は、「与えられる医療から参加する医療」を現実のものとするための権利であり、医療に患者の意思を反映させることが重要である。② 知る権利と学習権は、個人が医療の主体であることを確立するための権利であり、患者が自分の身体や健康の状況を正しく理解するために、医療情報に自由に接近し知る権利を保護することは、インフォームド・コンセントの前提であり、かつ、患者にとって根源的な権利である。③ 最善の医療を受ける権利とは、国際人権規約にもあるように「すべてのものが到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利」であり、その内容は国内外における医療水準、医療提供者の提供レベル、患者自身のニーズといった側面において「到達可能な最高水準」でなければならない。④ 平等な医療を受ける権利は、日本国憲法 14 条の平等原理の精神を踏まえ、誰もが等しく最善の医療を受ける権利を有することを確認するものである。⑤ 医療における自己決定権とは、すべて人は十分な情報提供と分かりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の受ける医療行為に同意し、選択し、あるいは拒否する権利を有する。自分がどのような医療を受けるかを最終的に決定する権利は、医療の受け手である患者自身に属するものである。患者の自己決定権は、日本国憲法第 13 条に保障される幸福追求権に基づく基本的原理の一つである。患者の主体性を尊重する医療を実現するために不可欠な権利であることになる。以上各権利を概観してみると、医療における患者の権利の基本は、患者が自分の病気について納得いくまで情報を得、最高の医療を受けることを保証される中で、どのような治療を選択するかを自己決定することである。

### 第3節 医療における自己決定権の考え方

#### 1. 自己決定権の概念

Mill J.S. (塩尻他訳,1971) はその著『自由論』のなかで、人間社会は、他人への危害を防止するためにのみメンバーたる個人に対して権利を行使するのであって、本人の利益になるからといって、本人が嫌がるのにそれを権利でもって強制すべきではない。他人に危害がおよばない限り、いかに他人からみて賢明でないと思われる場合であっても、本人の意思を尊重すべきであると述べている。つまり、自己決定権は自己の利益については当事

者自身が最も適切な判断者であるから、当事者が自らの意思で定めたことを法律上尊重するのが最も適切であるというものである（山田, 1987）。さらに詳しくいえば、憲法上の人権としての自己決定権とは、典型的には憲法第13条（幸福追求権条項）により根拠づけられ、広義においては、宗教の自由、表現の自由など伝統的な自由権を広く含合するものとしてとらえることが可能であると（内野, 1991）、自分の私的問題を自分で決める権利であって、しかも独特な生き方もしくはリスクを覚悟の上で行うという特徴を持つものである（内野, 1998）。結論的にいえば、自己決定権を行使するということは、それによって善き選択が保障されるからではなく、自らの意思による主体的な選択が保障されるから重要なのである。しかしながら問題なのは、生死にかかわる事柄は私事にあたるかどうかである。例えば、「自分の命は自分のもの、どうしようと自分の勝手」と考えるのなら、自らの手で命を絶つことは私的な事柄であって、他人の干渉すべき事柄ではないことになる。だが、自らの手で命を絶つことは、本人の問題とはいえ、周りの人々に様々な影響をおよぼすことになる。そういう意味では純粹に「私事」とは言い切れないだろう。社会においても生命の維持、人命の尊重に対しては、大いに関心を持っているものであるから、「自分の命は自分のもの」という考えは受け入れられるものではない。もっとつきつめて考えると、他人と全く関わりのない行為と、医療行為のように他人の力を借りてはじめて自己決定を貫きうるような行為とは、区別して考えなければならない。生と死に関わる自己決定が他の私事の自己決定とどのように違うかについて、山田(1987)は次のように述べている。

第一には生命に関する事柄は、引き返し(irreversible)が不可能であること。第二は生死に関する問題は、決定者自らその決定を実行に移すこともあるが、他人（家族など）が本人の自己決定をどう扱うべきか、という問題が絡んでいて、より複雑である。第三は生きるか死ぬかの問題は、本人に最も関連のある私事ではあるが、同時に家族をはじめとする周りの人々への影響が大きい。つまり死は不可逆的のものであり、私事ではあるが私事ではない面を含んでいる。

従って、癌や難病などの終末期における治療の選択についての自己決定には多くの課題があることを示唆している。

## 2. 自己決定権の法的根拠

米国では、患者の人権運動（公民権運動）以来の歴史的経過があり、またインフォームド・コンセントの普及によって、患者の自己決定権を中心とした種々な患者の権利が法制化されてきている。米国連邦政府では、1990年11月に「患者の自己決定法；The Patient Self-Determination Act (PSDA)」を制定し、患者の権利を広く国民に知らせ、翌年12月に施行している。この法律には「米国政府の健康保険制度に加盟しているすべての医療機関は、入院患者（新患）が来た場合には、その医療機関が存在している州の定めた『患者の自己決定に関するすべての法理』について患者に説明しなければならない。また、法律があることを知った患者が、リビング・ウイルを作成したいと希望する場合は、必要な手続きについて説明し手助けをしなければならない」と定めている。本法のもとでの個人の権利は医療処置を受ける権利と拒否する権利、リビング・ウイルあるいは無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律（Durable Power of Attorney for Health Care；DPA 1984 制定）のような事前指示(advance directive)を州法のもとで指示しておく権利が含まれている。

我が国における自己決定権の法的根拠をどこに求めるべきであろうか。憲法にも他の法律にも、自己決定権を保障した規定は存在しない。我が国で自己決定権が論じられてきたのは、治療行為に対する医師の説明義務と患者の承諾に関する事案の判例のなかで、民事法的解釈としてのみである。医療行為は客体である患者の身体に対する干渉行為であり、患者の生命・健康に対してときには少なからぬ危険性を有する行為であることから、患者の意思を無視することは人道上許されるべきではない。つまり、治療を受けるか否かの“治療の自由”で、治療を受けるとしたらどの方法を選ぶのかという“治療を選ぶ自由”として、患者の自己決定権を尊重しなければならないというものである。医療の場における人権意識が高まるにつれて、医師の治療行為が合法的であるか否かの問題が取り上げられるようになり、患者の自己決定権が法的な問題として顕在化してきたのである。

患者の自己決定権が法的な問題としてとりあげられたのは昭和48年の秋田地裁大曲支部判決（「患者の承諾を得ないでなされた舌癌手術が違法とされた事例」,判例時報718号,1973）である。この事案は診断の結果舌癌であることが判明した患者に対して、医師は病名を秘したまま舌の切除を勧めたところ、患者は頑強にこれを拒否した。医師は、そこで、舌を切り取るのではなく潰瘍の部分を焼きとるだけだと告げ、不承不承納得した患者に対して病巣の摘出手術を行い、舌の三分の一を切り取った。裁判所は、本件の手術は

患者の生命を救うために必要なものであり医学的に正当であること、一般に、癌の治療にあたる医師は患者に病名を告知すべきではないと医学界では考えられていること、患者に癌であることを秘したうえでその手術の必要性を納得させることは至難であったこと、をいずれも認めた。しかし、さらに生命、健康の維持・増進という医学上の立場からは不合理なことかも知れないが、手術を拒否している場合には、手術を思い留まらざるを得ない部分が存するとしている。つまり、「医学上の立場からは不合理であるかも知れない」患者の拒絶の意思が、医学的判断に優越するというものである。同時に、治療行為を伴う患者の生命・身体の危険についての医師の説明義務をも問題にしているのである。言い換えれば患者の“知る権利”を尊重しているのである(小林,1978)。また、より自己決定権を明確にした判例としては、胸椎椎間板ヘルニア摘出術において、医師の説明義務違反が肯定された事例がある(「胸椎椎間板ヘルニア摘出手術において、医師の説明義務違反が肯定された事例」,判例時報 1536号,1995)。本判決は、患者の疾患が胸椎椎間板ヘルニアであったのに、脊髄腫瘍の疑いと診断し、椎弓切除法による腫瘍摘出術を実施した結果、歩行等下肢の自動運動は不可能になり、その機能は全廃状態などの後遺症を負った。診断上の過誤、手術方法選択の過誤、手術操作上の過誤などについてはここでは記さないが、医師の説明義務違反が肯定されたことに触れる。「医師は・・・当該手術が重大な危険性を伴うものである場合には、専門的な見地から、可能な限りその危険性のみならず、その発生頻度を具体的に患者に説明した上で、患者の自己決定に委ねる義務があるというべきである」としている。判旨のなかで「肉体は人間存在の基本である。個人は、自己の肉体のあらゆる問題につき、これを自らの意思に基づいて決定する基本的な権利を有しており、手術によって自己の肉体に医学的損傷が加えられることを承諾するかどうかを自由意思に基づいて決定する権利を有する」と明言し、あくまで患者の自己決定権を基礎としている。これらの判例からは今日のインフォームド・コンセントの原則に合致するものではあるが、まだ病名告知などがほとんどなされていない時代において、患者の主体性を尊重した医療、医療従事者と患者の新しい関係をつくり出す必要性を世に示したことに大きな意義があったと言えよう。

### 3. なぜ患者の権利について問う必要があるのか

1973年アメリカ病院協会(AHA)の「患者の権利章典(A Patient's Bill of Rights)」が提唱されるまでの医療の世界は、患者の権利や自由によって直接問題とされるような場

ではないと思われてきた。その理由として、人々が医療を求めてくるのは、病気の治療や苦痛を軽減するためであり、医療がその要求に応じて成立している以上、患者は専門家としての医師に援助を請うのであるからことさら権利を主張するまでもないと考えられてきた(Annas,1989)のである。しかし「患者の権利章典」により、医師あるいは病院が人間としての患者の尊厳を認めて治療を行うべきであることを提言することで、これまで医師や病院に従属し医療サービスの客体としてのみ扱われがちであった患者について、“一人ひとりが尊厳をもち、かつ自己の医療に積極的に参加する主体”であると捉え直されたのである。すなわち患者個人が「自己の肉体のあらゆる問題につき、これを自らの意思に基づいて決定する基本的な権利を有している」ということである。さらに患者がたとえ絶望的な状況下にあっても、それぞれにかけがえのない独自の人格としての存在であり、自己決定権の尊重を通じてその基本的人権を確保する必要があるということである(平山,1992)。

#### 第4節 課題

日本では日常生活においては日本国憲法により個々の権利は保障され、人として尊重され自由に自分の意見が言える。入院して患者になっても基本的には変わるわけではなく、生活者としての視点は当然である。しかし、今日の我が国においては医学重視の医療(cure)から生活重視(care/QOL)の医療としての「患者中心の医療」が真に行われているとは言い難い。なぜなら医療システムは組織的・機能的システムであり、医師を頂点とした階層性で、専門職集団の組織である。治療する側と治療を受ける側(患者)という関係性において、自己決定できる対等な状況にはなりにくい。さらに、我が国においては医療場面における患者の自己決定権を保障する規定がないことから、患者は自分の権利を守ることが難しい場合が起きる。そのような状況の中では、生活者としての視点と患者としての視点の両方から、患者を守り患者の意向を尊重し、患者のQOLやwell-beingを維持・増進させるため患者の代理人が必要となる。このような代理人をアドボケイト(advocate;代理行為をすることの意味も含む)と本論では呼ぶ。また、そのような役割を担うのがAdvocacyと考えられる(それらの言葉の概念については後述する)(Figure 1-4-1)。

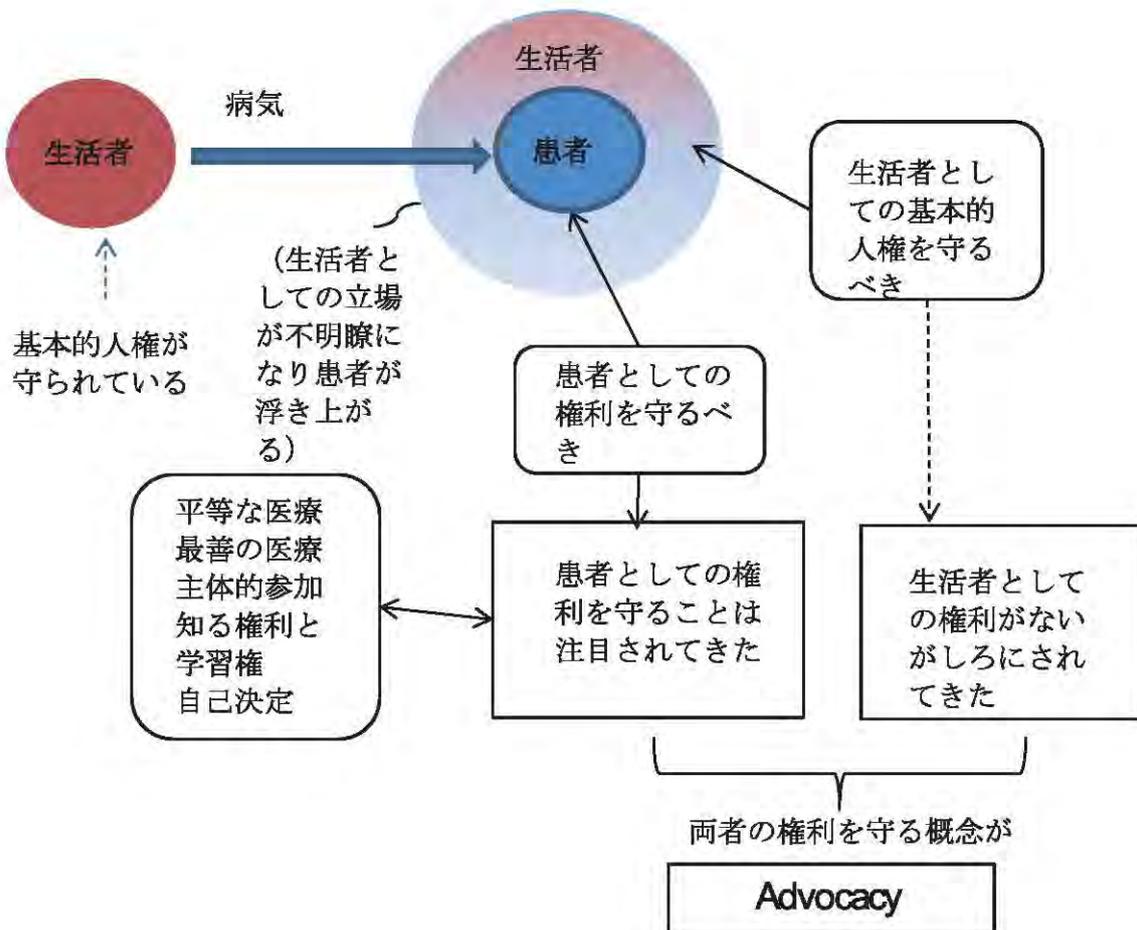


Figure 1-4-1 患者の権利と Advocacy

日常の生活においては日本国憲法に基づき生活者としての権利は保障されている。しかし、病気のために入院すれば医療システムの中では、患者としての立場が浮きあがり生活者としての立場が不明瞭になる。現在の医療システムでは患者の権利という視点では注目されてきているが（患者の権利の行使が保証されているか別として）、生活者としての基本的人権が損なわれやすい状況にある。患者の立場はライフサイクルの一部であり通過点にすぎない。ターミナル期の患者を除き治療が終われば生活者に戻るのであるから、入院していても治療後の生活を踏まえたその人の生活の質を保証すべき係わりが必要である。そのために治療（特に手術の場合は身体機能に影響を及ぼすこともあり、生活スタイルやボディイメージの変化が伴う）を受ける前から十分納得して治療を受けることが重要であ

ると考えられる。医療の側面と生活の側面に係わり生活支援を重視する看護師が患者のアドボケートとしての可能性について以降考察していきたい。

#### 本章のまとめ

医療における患者にとっての権利とは何かを検討した結果、患者としての権利は注目され配慮されているが、生活者としての基本的な権利（QOLやwell-being）はないがしろにされる場合があることが分かった。生活の側面と医療の側面の権利を守ることを内包する概念がアドボカシーであるなら、両方に関わる看護師が患者のアドボカシー役割を担うことは必要ではないかと考えられる。



## 第2章

### 患者の権利擁護者としての看護師の Advocacy



## 第2章 患者の権利擁護者としての看護師の Advocacy

第1章において医療が「与えられる医療から参加する医療」に移行しているなかで、患者が主体的に医療に参加できないとき、生活者として、患者としての両視点から患者の QOL や well-being のために患者の権利を守ることの必要性があり、その役割を担う行為を Advocacy として、その行為者として看護師が担うことについての可能性を提案した。そこで本章では Advocacy について詳細に検討したい。第1節では Advocacy の発生とその背景、第2節で看護師が患者に対するアドボカシーを行うことについて、第3節考察で問題の所在について述べる。

### 第1節 看護における Advocacy の発生とその背景

#### 1. Advocacy の意味

オックスフォード英語辞典 (OED, 1989) によると、「Advocacy」という語の語源は15世紀に遡ることことができ、「～のために弁護する、もしくは支える」という意味である。ラテン語の語源では「Ad」は「to」であり、「Vocare」は「to call」を意味する。法システムでは、役割が明瞭に定義されており、「advocate」は「determined with the ‘advocate’ as ‘one whose profession is to plead the cause of any one in a court of justice ; a counselor or counsel’ : 法廷で弁護することを職業としている人のこと、つまり弁護士 (法廷弁護士)」とはっきり決められている。また「One who pleads, interceded, or speaks for, or in behalf of, another; a pleader, intercessor, defender : 他の人を弁護する人、仲裁する人、～の味方になり話をする人 ; 弁護士、仲裁者 (調停者)、擁護者」と明示している (OED, 1989)。これらの辞書の「語源」はアドボカシーについて議論の根拠を提供してくれる。

Mallik(1997) は、法制度において Advocacy という言葉は、直接的に「代理行為」という概念に結びつけて解釈され、従ってクライアントとアドボケイトは契約で結ばれるとしている。そしてこの役割を能動的に担うのは患者/クライアントではなく専門家であると捉えられており、クライアントからの「calling to ; (援助を求める) 呼びかけ」に直接的に応えるというのではなく、専門家の方から援助の「giving of ; 手を差し伸べる」傾向が見て取れる、と述べている。

## 2. 医療のなかでの Advocacy

医療における advocacy models は、サービス供給者から発生してきた経緯があり、患者アドボカシーにおける voluntary careers は、精神および身体障害者などの社会的弱者を支えるために開発されたものである。つまり医療ニーズに対する不十分なサービス供給に対するクライアントの行動から派生したので (Sang & O'Brien, 1982)、医療専門職は自分がクライアントのために行動する最善の者とは考えておらず、アドボケイトの役割を拒否あるいは認識していなかった (Butler et al., 1988)。しかし、1960年代の公民権運動や消費者運動の流れから、対象を「people in need (困難に陥っている人)」から「people with rights (権利の主体者)」として捉えられるようになり、1970年代初頭患者/クライアントアドボカシーにおける「患者の代理」役割が病院内で普及し (Mailick, 1984)、このころからアメリカの医療・看護の論文にアドボカシーの用語が登場しはじめ、アドボケイトの役割を誰が担うのかの正当化論争の記述が文献に多く見られた。

## 3. 看護師が Advocacy 役割を担うことについて

1975年アメリカの法学・生命倫理の第一人者である Annas らは (Annas, J.G. & Healey, J., 1974)、アドボケイトとして看護師を新しい専門職とする見方に疑問を呈している。その理由は「看護師は従来から医師の助手としてのイメージがあり、患者は安心して任せることができず効果的に役割が取れないのではないか」というものである。しかし、彼はアドボケイトとしての看護師を否定しているのではなく、「医師から自律を果たし、患者の病院での立場を改善できるならば、看護師の社会的イメージは強化されるであろう」とも述べ、「ナイチンゲールが“害あるものを避ける”と書いているのは、身体的害のみでなく、患者の権利を含むものであり、看護師が権利の問題を促進することは重要な役割であろう」と締めくくっている。Annas が指摘するように、看護師には伝統的に医師の従属者としてのイメージが付きまとい、大学教育を受けた看護師が増加した米国でも職業的自律が妨げられている現実があった (Winslow, 1984) が、フェミニズムの広がりも手伝って、看護師は独立した専門職としての意識を高め、患者のアドボケイト役割を担うことを専門職倫理と位置づけようとした (Jenny, J., 1979)。国際看護師協会 (ICN) も従来の看護の metaphor を転換すべく、「看護師の第一の責任は看護ケアを要求する人々に対してある」とし、医師への従属を社会的にも払拭しようとした。Kosik (1972) は「看護師はアドボケ

イトとしての最高の位置にいる」、「アドボカシーを通して我々は真の問題に発言できる」、「患者アドボカシーは看護師の未来の希望」と位置づけ、「画一的で政治的な実践主義に重きが置かれている風潮にあっては、代弁者は率先してまた勇気を持って患者が制度上の障害を克服するようにしむける手腕を発揮すべきである」と述べている。

Curtin(1979)は看護の目的は他の人の福利であり、科学的な目的でなく道徳的な目的であるから看護師がアドボケイトたる資格があるという。その理由について、「時間的に継続して」患者に係わり、「親密で細部にまでわたる身体的・感情的(精神的)ケア」を提供している故に、唯一無二の人間としての患者の知識と経験を得る機会を持っているからだ」と説明している。

Gadow(1980)は「個人が自らの自己決定の権利を行使するのでなければ、人格としての尊厳は重大で不正なやり方で危うくされる」という考え方に基づき、「看護師は患者が自らの自己決定の自由を真に行使するのを積極的に支援することに携わるべきである」とし、アドボケイトは「その状況において自分が何をしたいと思っているのかをその人がはっきりと意識するのを手助けし、自らが価値を表現するように助ける」役割を持つとして、真の自己決定とは本人が決めればよいという単純なものではなく、患者が考える価値観全体について、他者に規定されたものではなく自己の有り様を患者自身が作り出した価値において決定することであると述べている。

Kohnke(1982)は「看護におけるアドボケイトの役割は、患者がどのような決定をするにせよ患者に情報を与え支援することに尽きる」とし、「アドボカシーは“保護”とか“擁護”などの意味を持ち、“よい人たちが”が行う何か」と表現している。しかし、「アドボカシーは誰でも行うことができる倫理とは区別されるものであり、危険を伴い有害でさえあり得る」と述べ、支援することとしないことを慎重に見極めるための知識・技術の習得が必要であると説いている。

看護師がアドボケイトという役割を担うことに対して批判を提言したのは、Jonstone(1989)である。「アドボカシーは有意義な観念で看護専門職が真剣に配慮するに値するもの」としながら、「現在の形では無批判に受け入れるべきではない」と警告する。

Gaylord ら(1995)はアドボカシーは看護実践において重要な概念であり、「患者の権利を擁護する(患者の人権の侵害を防御する)」ということだけに制限せず、看護のための本質的な意味を持ち、個々人が認識する well-being を増進するために個々人をサポートすることであると述べている。一方で、看護師の道徳的義務と医師の専門職としての力と制

度上の力や雇用者側の考え・方針など対立する役割による困難さがあることをケーススタディーで問題を提起している。

このように看護師が患者の advocate(advocator)になるべきだと考える時代の背景には、1960年代の消費者運動の一環として、ヘルスケアサービスへの不満に伴い患者の権利を主張する風潮が生まれたこと、フェミニズムの広がりに伴う看護師の専門職としてのメタファーの転換が求められたこと、などで看護におけるアドボカシーについて衆目を集めたと考えられるが、看護師がアドボカシー役割を担うことについては賛否両論があり、看護師のなかにもコンセンサスが得られず混迷している状況が窺い知れる。

一方わが国の看護領域で Advocacy の用語が最初に紹介されたのは1995年小玉氏による文献レビュー(小玉1995)である。その後2000年代に入りアドボカシーに関する文献レビュー(鈴木1997;渡辺訳2003;早野訳2003)や倫理的な文脈からの記述(石本2000)、パイロットスタディー(Davis他2002,2003)、事例による提示(高田2003)、ナースのアボケイトとしての役割(渡辺2003)などの論評が出てきた。看護系学会では、1997年に開催された「第16回日本看護科学学会」のシンポジウムで取り上げられた。そこで武井(1997)は、「アドボカシーは疾患や障害をもつ当事者が自らの権利を主張できない場合、当事者に代わって第三者が権利を主張するシステムを指す」と述べて、さらに看護師が患者のアドボケイトになり得るかについて、看護師の職業上の立場から考えなければならないことを示唆している。小林(1997)はケアに直接係わる看護師はアドボケイトにはなりにくく第三者的立場にあるものが行うのがよいとしている。また、2004年の同学会第24回大会で高崎(2005)は、高齢者虐待は高齢者への人権侵害であり、病弱な高齢者の人権を守るために支援するネットワークづくりの重要性を述べて、看護職が保健医療福祉のサービスを必要とする高齢者やその家族と比較的初期の段階で接する機会が多いことや、対象者の医療的な側面と生活の側面を統合的にみることが出来る立場にいるからアドボカシーを確立するのは看護職の責務であるとしている。ただし、倫理問題に係わる専門家は①専門領域における最高の能力、②有意義で社会的な価値をもつサービスへの貢献、③高度な自律性をもって実践する能力、④専門領域とその業務の場での確な意思決定を下す能力、という資質をもっていなければならないとし、アドボケイトとしての役割を担うための看護師の資質についても示唆している。両学会においては精神障害者や高齢者などに限定して、アドボカシーを行うことが提示されている。

## 第2節 看護師の患者に対するアドボカシー概念

看護師が患者のアドボケイトの役割を担うことに賛否両論はあるものの、患者の直接の声を吸い上げるためには、患者のアドボカシーを専門職としての看護師の新たな役割とする可能性について以下で考えてみたい。

### 1. アドボカシーの哲学的モデル

看護は社会におけるその役割や機能によって定義されるべきではなく、医療へのその哲学的アプローチによって定義されるべきだとする Curtin(1979) と Gadow(1980)の考えに代表される。Curtin と Gadow の概念が示していることは、患者の自律性や看護師—患者関係は独自のものであるという二人の信念であり、なぜ看護師はアドボカシー役割が理想なのかという分析である。Curtin と Gadow の定義(考え)によると、看護師は単に患者の状況判断を助けるだけであり、患者がどんな行動を取るかは自分で選択するべきで、看護師にとっては最小のリスクしか含まれないような助言/カウンセリングを行うというものである。この件に関して Gadow(1989)は、自分の意見をはっきり述べられる患者には適合するが、自分自身の自律性を行使できない患者・自分の願望を他者に伝えられない患者(彼女はこの集団を「無言; silent」と分類している)には意味がなく、パターンリズムにつながる功利主義や慈善などの二者択一的な道徳的アプローチに戻ってしまうことがあるとも述べている。

### 2. アドボカシーの機能的モデル

患者アドボカシーの Kohnke(1982)のモデルは、個人に自己決定権があるというもので、患者に知らせること、決定を行う患者の権利に加えその者が行う決定を支えることを包含することをアドボカシー定義としている。知らせるということは、患者が情報を与えられた上での選択を行うために必要とする情報を与えることであり、そのことに対して看護師は自分で行うかどうか選択することができるというものである。言い換えれば、自分はアドボケイトしたいのかどうか、患者にこれまで非公開だった情報を伝えたいのかどうか、開示に関わるリスクを理解しているかどうか、最終的には最も適切な情報を持っているかどうかなど看護師自身が自分で決定しなくてはならないことを暗示している。すなわち、アドボカシー役割に対処する必要な知識やスキルを獲得する必要性と同時に、アドボカシーはリスクを伴うためこのキャリアを引き受ける危険性のあることも認めている。実質的

にはインフォームド・コンセント論と類似していることも明らかにしている。

Johnstone(1989)は Kohnke(1982)のいう「患者の自律性」や看護師が患者の決定に賛成でなければ、強制的と思われるようないかなる行為もやめなくてはならないとする「救出役割」は避けるべきだという考え方について、救出役割は肯定的に解釈すれば、それは患者に対するエンパワーメントや「自己アドボカシー」を促進することにはなるが、否定的に見ればそれは患者を自分の運命に任せてしまうことを意味し、アドボカシー役割の「弁護し」また「守る」という部分が排除されて、看護師の患者に対する行為の責任転換であるようにみえると述べている。

### 3. 文化間の橋渡し（仲介）役（cultural broker）モデル

先述の2つのモデルは個人の自律性の信奉が基盤にある考え方であるが、Jezewski(1993)の「文化間の橋渡し（仲介）役（cultural broker）」モデルは、患者アドボカシーにおけるキャリアの根拠のひとつとして挙げられ、「看護師はアドボケイトする最も有利な位置にいる」という機能的および量・質の時間的立場での「調停役」という考えをアドボカシーに結びつけて提示したものである。「文化的仲介を行うこと」を集団間の橋渡し、結合、調停と描いている。患者の日常の生活における文化的システムと文化的システムとしての医療供給システム間の差異は、調停者としての看護師による説明なり決断を必要とする。この立場は看護師と患者との独自の関係を発展させ、看護師が患者アドボケイト役を引き受けることを促進させると述べている。Jezewski(1993)は「文化」という用語を最も広い定義において、身につけられたあるいは共有された他者や外部環境との相互関係における認識、解釈、行動の基準のシステムであるとした。ヘルスケア・システムは独自の価値、信念、習慣、行動、言語を持つ文化システムと見るならば、日常の生活（普段の生活）をしている一般的文化とは大きく異なるので、ヘルスケア・システムに入る患者はあたかも外国に入国する移民のような立場で自分のものとは違う価値、信念、行動、言語を持つ文化に入ることになり、カルチャショックを受けるのだと述べている。この二つのシステム間の橋渡し、交渉、仲介によって擁護することができる仲介役を看護師としたのである。

Kosik(1972)は看護師の文化の仲立ち役について、「患者が持っているべき権利について知ることができる様にし、ヘルスケア・システムがそれを妨げることが決してないようにする心構えと勇気を持つこと」であり、患者をエンパワーすることを意味すると同時に、

アドボカシーを行う者はヘルスケア・システムを変えるものとして行動すること、つまり、ヘルスケアの獲得を妨げる政治的・経済的・文化的そして社会的障害を最小限化したり、取り除いたりする必要があると述べている。

Brower(1982)はシステムを変えていくためにはシステムに関する知識を持ち、幅広い洞察力を有し、曖昧さや障害に耐えるだけの能力、そして少しの運が必要であると述べている。権力を持っているかいないかは文化間の仲立ちに強い影響力をもたらし、医師によって支配される医療システムにおける看護師の相対的無力さと周辺性(marginality)が、患者と看護師自身を同一化すること—自分の立場を患者の立場に意識的に置く—を可能にする。つまり、看護師は無力ゆえ直面する障害を回避する方法を「学ぶ」ことができ、このヘルスケア・システムでうまくことを進めていくノウハウを習得するから、このノウハウを持たない無力の患者—自己負担でヘルスケアを受けるだけの経済力や政治力あるいは精神物理的スタミナを有していない人達—を支援することで文化的仲立ちを有効に行うことができるという意味から、看護師の力の逆説(paradox)を述べている。

### 第3節 質的研究(ボトムアップ)から導かれた看護アドボカシーモデル

欧米におけるアドボカシー概念・モデルに関する実証的研究が少ないことを前述したが、本節では質的研究から導き出されたアドボカシー概念について述べる。

#### 1. アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル

Chafeyら(1998)は、米国看護師の観点からみた患者アドボカシーに関する質的記述式研究に基づきアドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデルを明らかにした(Figure 2-3-1)。アドボカシー実践をする状況や行動のプロセスを【看護師】【患者】【環境】の3領域の相互作用で説明している。

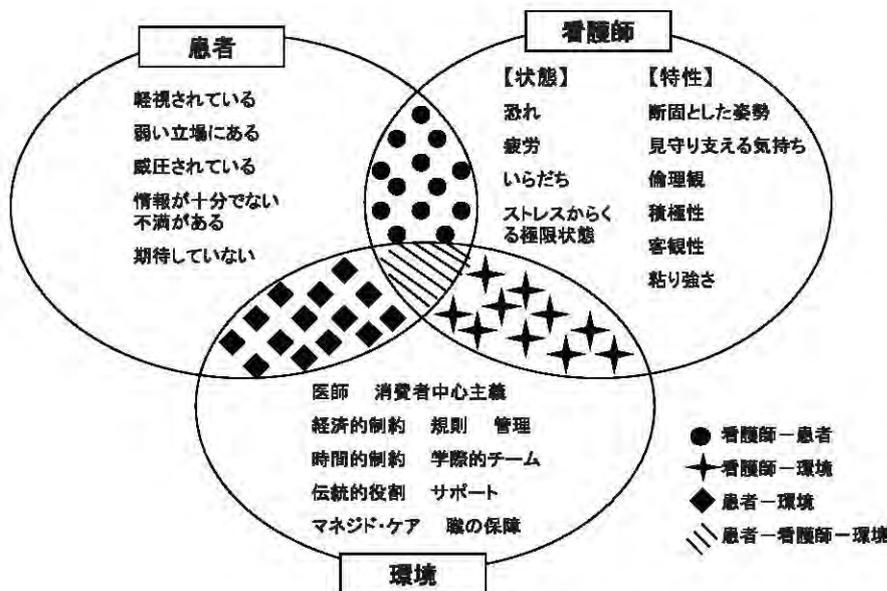


Figure 2-3-1 アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル,  
Chafey, K. & Rhea, M.(1998) p.48

患者が示す特徴（患者のカテゴリー内容）が発生した場合、看護師は患者に対するアドボカシー実践を促されるが、看護師が示す特徴（看護師のカテゴリー内容）や社会的・経済的・法的要素が含まれる環境が示す特徴（環境のカテゴリーの内容）によってアドボカシー実践に影響を受ける。「看護師－患者の相互作用」では、患者のニーズがわかっている場合、組織との調整あるいは組織との間に介入する必要がある。介入は時には患者のためにあるいは患者と共に行われる。患者に権限を与え、サポートするにあたっては、患者の特性や看護師の信念が影響を及ぼし、話を聴く、そばにいる、時間を割く、効果的な対話といった個人対個人の関係が重要である。

「患者－環境の相互作用」では、看護師によるアドボカシー活動の多くの場合、患者に十分情報が与えられていなかったり、患者が恐れを抱いていたり、保護されていないと感じた時に行われていた。

「看護師－環境の相互作用」については、パターナリズム、職員の数の少なさ、不安定な雇用条件、極度の経費削減などが相まってアドボカシー実践を拒むことになる。一方、法律が規定している場合、医療機関が患者の権利保護を理念として遂行している場合、ア

ドボカシーを実践している看護師のサポートがある場合などは、アドボカシーの実践が促進される。

「看護師—患者—環境の相互作用」の部分はアドボカシーの核となる部分である。看護師は患者やその家族と共に、また他の看護師とチームとなって、特定された患者のニーズが満たされるように環境へ働きかけることが必要であることを示していた。環境が整えばアドボカシー実践は促進されるが、抑圧的な雰囲気では助けが必要な患者がいて看護師が擁護しようと思っても、同僚やその他の専門スタッフ・上司・家族などからの報復を恐れて実行に移せない。

この調査の結論は、アドボカシー活動は「自らのニーズを自らで満たせない患者」と「アドボカシーを促す特性を備えた看護師」と「患者・看護師の両者を圧することができない環境」が揃った場合に実践されることを示唆している。

## 2. 患者アドボカシーの看護モデル（看護師の行動プロセスの概念）

Mallik(1997)は英国の実践看護師の患者アドボカシーの認識についての質的研究から、アドボカシーの行動プロセスの概念図を提示した（Figure 2-3-2）。

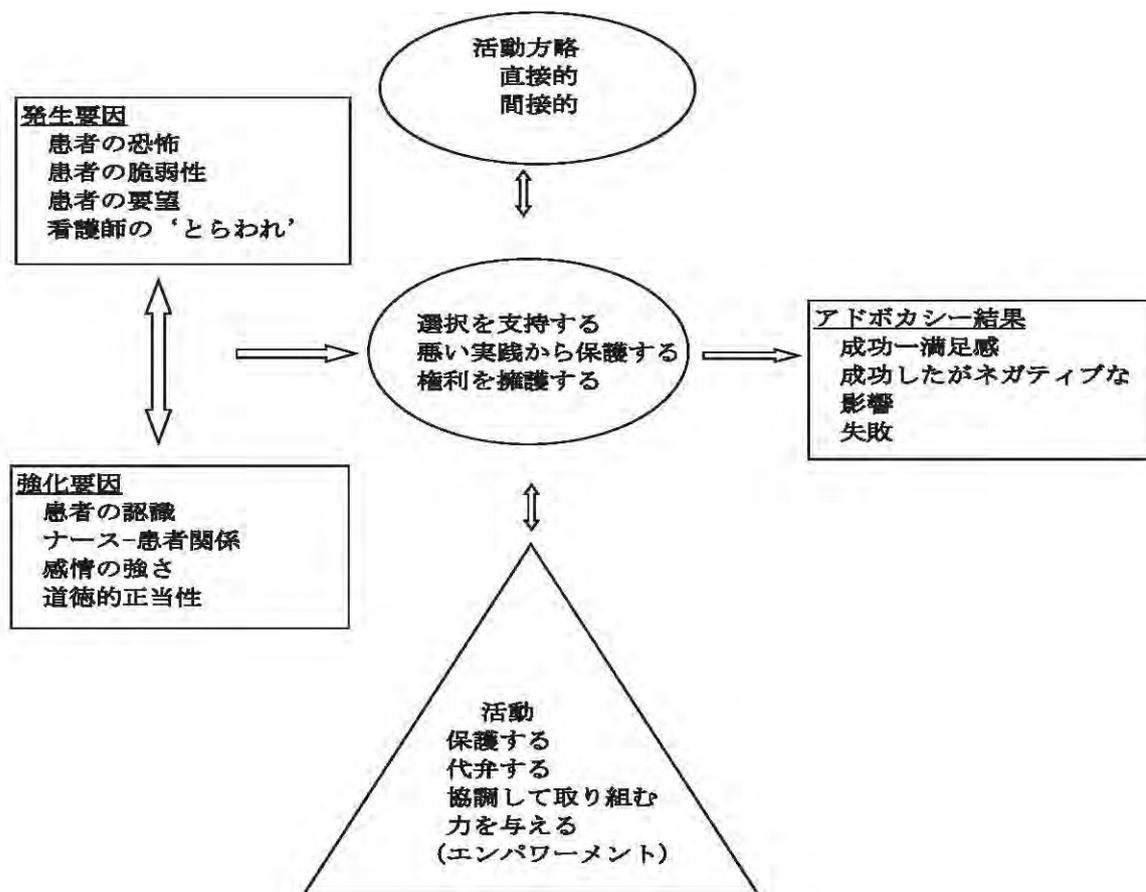


Figure 2-3-2 患者アドボカシーの看護モデル, Mallik, M.(1997), p.311

Figure 2-3-2を簡単に説明すると、医療権威に関する患者の恐怖、患者の人権に対する脆弱性もしくは脅威、患者からの要望が、「アドボカシーに敏感に反応する」看護師に反応を引き起こし、葛藤/潜在的葛藤状況で患者アドボカシーは生じる。患者は通常受動的であるかもしくは受け身にさせられており、看護師は直接的・間接的手段を用いて結果がうまくいくようにやり遂げようと試みる。患者を代弁し保護することを通じて患者/家族の選択を支持し、患者にとって益にならない/害になるような実践を防ぐのである。結果は成功につながり満足が得られることもあるし、結果は成功と思われても後でいやがらせや陰險な迫害を受けるというようなネガティブな影響も受ける。また結果が失敗・不成功ということもあり怒りや欲求不満という感情が残る、というものである。

### 3. リアクティブ(受け身的な事後対応)およびプロアクティブ(積極的な事前対応)なアドボカシーの概念

Snowball (1996)は質的研究に基づきリアクティブ(受け身的な事後対応)およびプロアクティブ(積極的な事前対応)なアドボカシーの概念図を作成した (Figure 2-3-3)。

主要なカテゴリーとして、アドボカシー達成のための鍵となる「治療を目的とした関係」の重要性、「看護師と患者に共通する人間性」、アドボカシーが発生する「ケアを取り巻く文化的環境」、アドボカシーの「リアクティブ」および「プロアクティブ」なレベルがある。アドボカシーの実践には受け持ち患者や病棟の患者など「特定の」あるいは「個人の」患者という狭い範囲でのアドボカシーを実践すること (reactive advocacy) 以上に、スタッフの数の増加を求めたり、人員の配置を適切なものに変更したりというような広い視野に立った「全般的(general)」あるいは「集会的(collective)」アドボカシーあるいは「プロアクティブ (proactive)」アドボカシーが必要であると述べている。ケアが行われアドボカシーが実践される環境とは、ヘルスケアを提供する側ではなく、患者サイドに最も力を持たせことができるような環境であるべきだと指摘している。ともすればリスクの伴う状況下でアドボカイトとしての役割を果たすためには、看護師が健全な職業上のアイデンティティを確立し、高い自尊心と自信を持つこと、ヘルスケア・チーム内での自分たちの影響力を意識することが重要だと考えている。鍵となる要因は、患者に対する看護の責任の焦点をどこに当てればいいのかについてしっかりした意見を持つこと、他者との関係において、また個人及び専門家としての「自己」に関しての安全が保証されていることであると述べている。

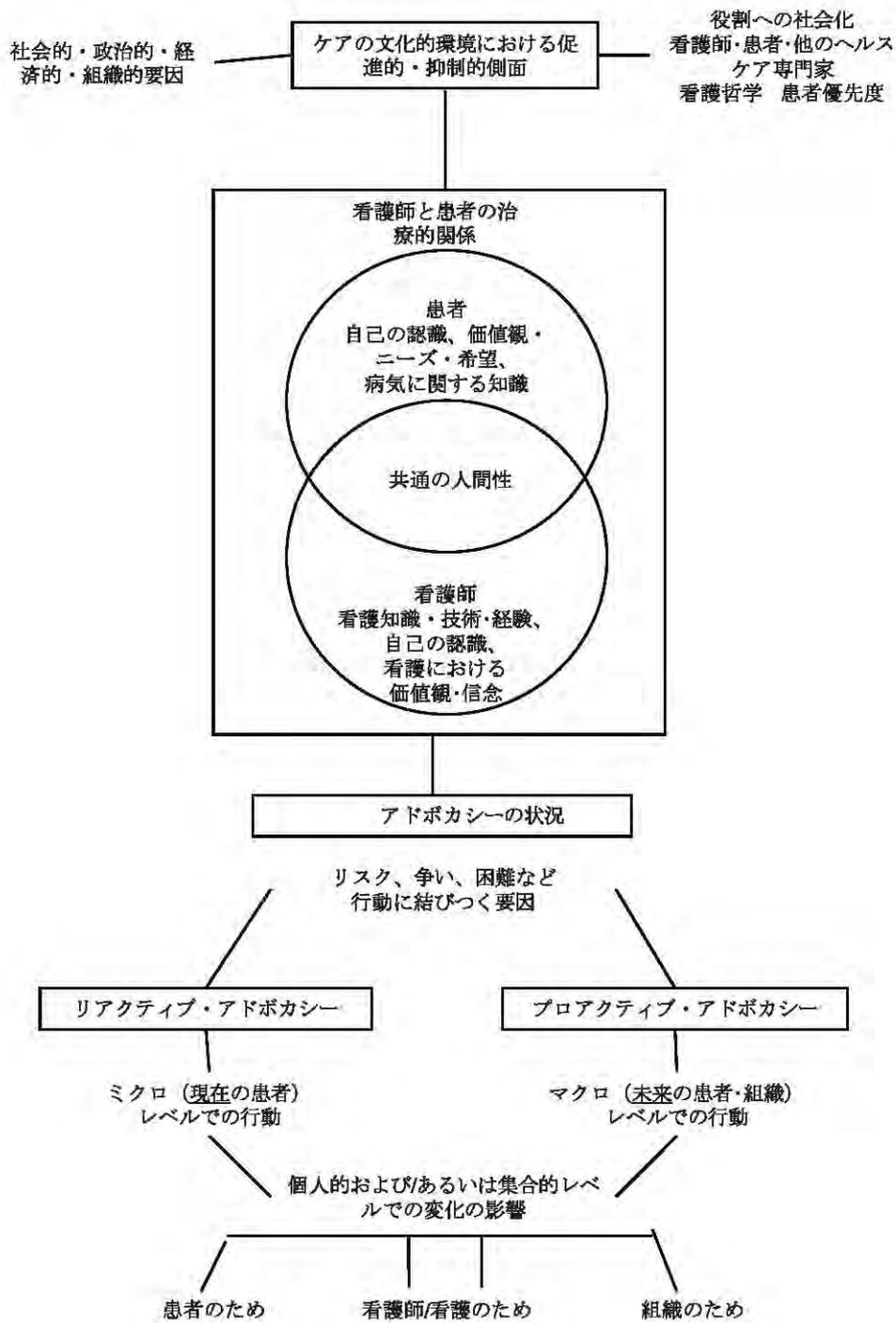


Figure 2-3-3 リアクティブおよびプロアクティブなアドボカシーに関する概念図, Snowball, J.(1996), p.71

## 第4節 考察

## 1. 看護師の患者アドボカシー役割の可能性について

看護におけるアドボカシーの文献は特に米国に多くみられる。患者のアドボケイトとしての看護師の役割について書かれた国内外ものを Figure 2-4-1 にまとめた。

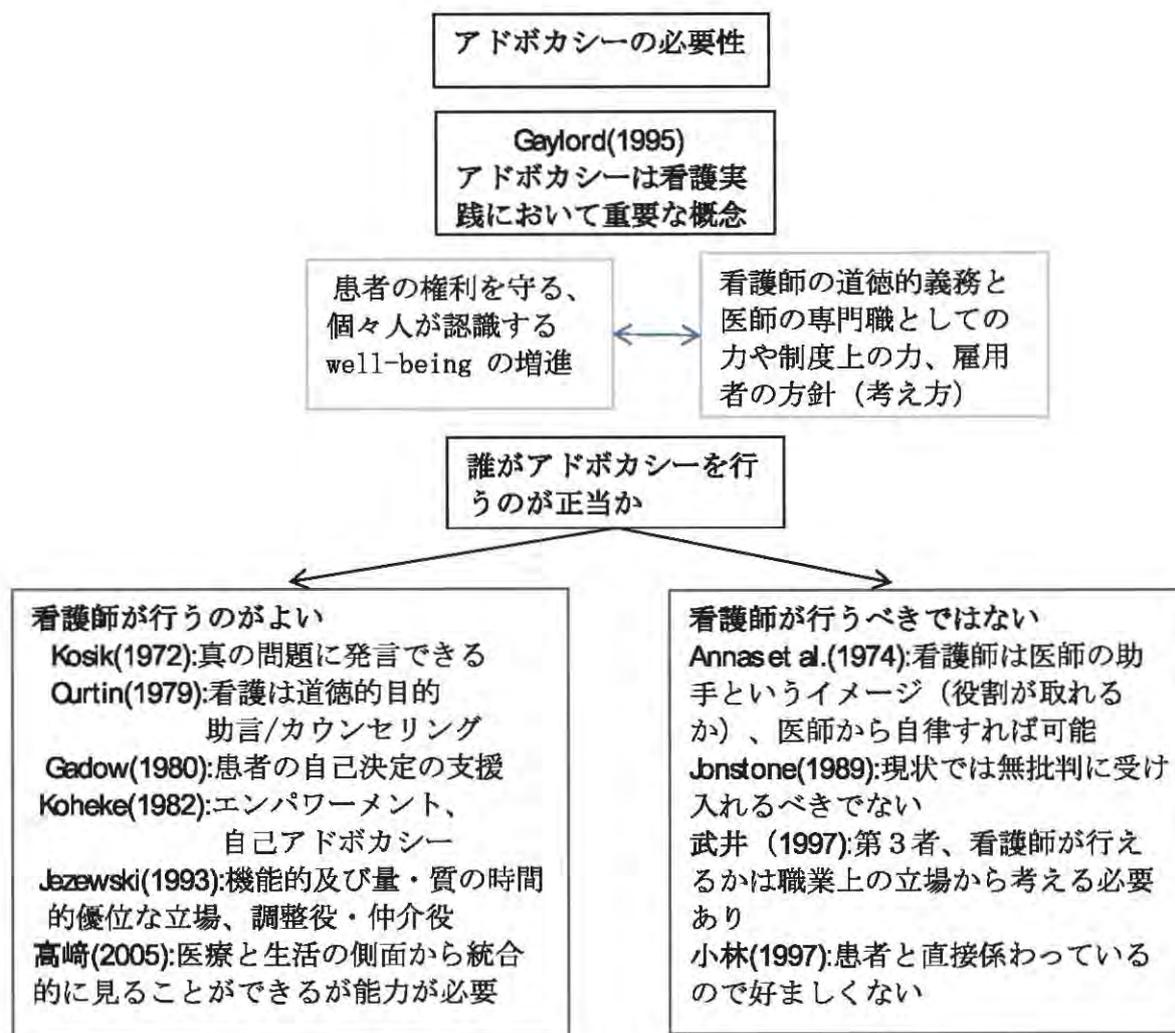


Figure 2-4-1 看護師の患者アドボカシーに関する記述の概要

患者の QOL、well-being を守るために、阻害されている状況があり、その状況について患者自身が気づかない、あるいは気づいていても口に出せない場合に代理者によって守る必要があるということを否定する文献はない。しかし、その代理人を看護師が行うかどうかと

いう点については賛否両論ある。反対の立場の主張は、看護師は医療者であり、医師の側に立っている者としてのイメージがある。また逆に患者といつも一緒にいることから患者に同情してしまう可能性がある。従って、いずれにしてみてもどちらかに偏り中立的な判断ができない立場が看護師であるために、看護師がアドボケイトになることは否とするものである。この考え方の背景にはアドボケイトは中立的な客観的な判断を行う必要があるという考え方にある。そのためには倫理的な取り決めなど明確なルールに違反している場合、つまり法律に基づいて判断を要するような場合のアドボカシーを述べている。一方、賛成の立場の主張は、現場での日常生活の細々とした状況での個人的な問題、食い違い、相談ごとなどに患者の問題が生じている場合について述べていることが分かる。このことは患者の QOL、well-being のための Advocacy といっても、人権侵害のような法に触れるようなことから日常的な生活の場面で起きる課題まで幅がある。法に関連するような問題についても看護師はその状況について指摘し、第三者に繋げる役割を担うという Advocacy は行うことができる。しかし、評価や判断をすることは確かに越権行為となるであろう。看護師が担うことができる Advocacy は Jezewski(1993)がいみじくも指摘している

「cultural broker」（橋渡し・調整役・仲介役）としての役割である。患者と医師という関係性にその中間に位置する看護師は、両者の cultural broker としての役割が期待でき、また可能であると考えられる。しかしながら、看護師が患者のアドボカシー役割を担うことは、患者アドボケイトとしての看護師の専門的役割について周知されるようになっていく米国においてさえその実践において困難が取り巻いていることが推察される。先ず道徳的役割として位置づけられる傾向にあるアドボカシーであるが故に、アドボカシーを行ったために医師と看護師、あるいは患者と看護師の間にリスクが発生し、究極の結果、Winslow (1984)が報告しているように看護師が社会的地位や仕事を失うこともありうるという。従って、道徳レベルでは医療システムとして明確に、看護師に患者アドボケイトが義務づけられているようなことが望まれるが、システム化されても日常の医療現場で起きている細かい事柄はこのシステムに乗らないことが多く、日々患者に我慢を強いる事がある。これでは「患者中心の医療」とは言えない。医療を受けている日々の患者にとっての人権や権利に関わる倫理問題を最初に気づき対処していくのは看護師の役割でもありとされる。

## 2. 看護師がアドボカシー実践を行うために必要な概念

質的研究からボトムアップに導かれた欧米の概念は、実証的研究が殆どない我が国において非常に参考にはなるが、欧米の文化で培われた考え方（判断を下す源になる価値観や信念）が行動に反映すると考えられるので、日本における実証的研究が必要である。アドボカシーの概念化を試みるためには質的研究でよいかもしれないが、アドボカシーの全体を捉えるためには、質的研究と量的研究の利点を活かした研究の結果から総合的に検証することが重要であると考えられる。

### 本章のまとめ

アドボカシーに関する国内外の文献から、看護師がアドボカシー役割を担うためは何をしなければならないかを検討した結果、看護師がアドボカシー役割を担うことについては、賛否両論があつた。賛成する論点は看護師は患者に時間的・内容的・人間関係的にアドボカシーをする最適な立場にあるということである。否定的な論点は、アドボカシーは潜在的に危険（リスク）が伴う役割であるから無条件に引き受けるべきではないというものがある。



## 第2部

### 実態調査



## 第3章

### 看護師による患者アドボカシーの実態 —日本研究—



## 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識

## I 研究の背景

## 1. はじめに

最新の医療技術・医療機器など医学の発達によって病（疾病）の治療効果は目覚ましいものになってきた。一方生命への過干渉ないし過介入は、ややもすると人間の尊厳を否定するような現象をもたらしたことで、倫理的問題を世に問うことになった。そのことが患者の権利意識を目覚めさせ、医師の医療行為のあり方に患者の意思を反映させるべきだという考えが強調されてきている。しかし、一般的には、我が国の現在の医療システムは医師を頂点にしており、患者の意思やニーズを優先することは困難である場合が多い。欧米におけるヘルスケア・システムにおいても患者はしばしば身体的・精神的に弱い立場にあり（病むという体験、パターナリスティックな患者－医師関係、病院という組織的・機能的構造など）、患者の権利を維持することは難しいとされてきていたが、近年では、患者の権利への意識向上がヘルスケア・システムに影響を与え、ヘルスケアの中でケアの質と患者の自律が保障されようとしてきている（Finucane, P., Myser, C. & Ticehurst, S., 1993）。我が国においても遅ればせながら近年患者自身が自分の意思で医療（治療・看護）を決めるという「患者本位の医療」を推進していくことが必要であるとの指摘が多数なされている（二木, 1981; 中川, 1992; 池永, 1992; 福崎, 2007）。患者本位の医療の実現のためには、患者のなかに医療者へ気兼ねをする人、治療に対する判断力や理解力に乏しい人や、疾病や治療に伴い自分の意思が表明できない人のように、自分の望む医療が受けられない人の場合、患者の代わりに患者の意思・ニーズや権利を守る人が必要となる。その一端を担う者として、患者と密着度が高い看護職が積極的・主体的に代理人として関わることは、世界各国の看護師の倫理規定に定められ、国際的にも重要な看護師の役割とされている（国際看護師協会看護師の倫理綱領（2000年改訂）; ICN Code of Ethics for Nursing（1973/2000）, 日本看護協会看護師の倫理綱領（2003年改訂））。このように患者の権利、意思、ニーズが妨げられている場合にその代弁者になることを「アドボカシー」という。

この「アドボカシー」という言葉が我が国の看護領域に紹介されたのは1995年小玉の文献レビュー（Jenny, J./1979 小玉, 1995）が最初である。小玉のレビューによれば、自分の意思を表出できない人の代弁者は本来看護の役割であるということは Henderson

(1961/湯慎他,1973)がすでに述べているが、スローガンだけでは拘束性がないので患者のアドボカシーを看護婦(師)の義務として新しく旗揚げしようと主張するものである。しかし、看護師が患者の代弁者であろうとするためには、実践の場に山積みされている多数の困難を克服しなければならない。また、そのためには看護婦(師)自身の臨床現場での態度、行動、意識を変えなければならない。Jenny(1979)は組織内の職務よりは患者のニーズに焦点をあてること、患者の権利を守ること、医療者として医師の延長線上にある役割から患者側の延長線上にある役割へと役割概念を変えること、もっと積極的になること(高度な教育と責任をもつことを含め)と述べている。近年我が国においてもアドボカシーについての文献レビューや論評が少しずつ行われてきた(鈴木,1997;石本,2000;高田,2003;渡辺他,2003;早野,2003)。それによるとアドボカシーとは、患者が危害を受けることから守る、あるいは患者の権利を守ることのほか、アドボカシーを通して患者の自律や生活の質・生命の質(Quality of Life; QOL)を保障していくという価値を含む新たな概念としてアドボカシーの重要性が認識されてきた。それに伴いアドボカシーという言葉が看護教育のテキストで用いられるようになったのは2000年以降であった(氏家,2001,2003,大西他,2005,鈴木他,2005,池松他,2005)。従って現在臨床で働く看護師の多くは、看護基礎教育のなかでアドボカシーについて学んでいないことになりアドボカシーという言葉は馴染みが薄い。さらにアドボカシーという言葉が本来法律用語であるため、臨床看護師による患者のアドボカシーを臨床において適用していくにはまだ十分なコンセンサスは得られていないこともあり、具体的な展開は少ない状況であるといえる。その原因のひとつとして、看護師による患者のアドボカシーがどのような状況において、どのように実施されなければならないのか、アドボカシー実践に必要な条件は何か、などに関しての実証的研究が少なくその概念が明確でないこともある。欧米でもアドボカシーに関する実証的研究は多くなくChafeyら(Chafey et al, 1998)の米国の病院看護師とコミュニティ看護師17名のインタビューによる質的記述式研究、Mallik(1997)の英国の臨床各部門の熟練看護師104名のフォーカスグループインタビューによる質的研究、Snowball(1996)の英国の大学附属病院の一般内科および外科病棟の成人専門看護師15名のインタビューによる質的研究、Segesten(1993)のスウェーデンの熟練看護師32名のインタビューによる質的研究が行われているのみである。また日本においては、Davisら(2002, 2003)のアドボカシーに関する看護師の意識についてのパイロット・スタディーがあるだけである。

## 2. 文献レビューと課題

以上述べたように、アドボカシー研究の歴史はまだ始まったばかりであるが、これまで行われている研究を以下に具体的に概観し、アドボカシー展開の課題を抽出したい。

Chafeyら（Chafey et al, 1998）の米国における研究では、3つの異なる施設から研究協力者としての看護職を勤務年数、基礎教育、専門分野の項目において偏らないように選定し、どのような状況、事象、価値観がアドボカシー実践を促進あるいは妨げていると考えるか、について意見を収集し帰納的に分析をしている。その結果、アドボカシー実践をしない理由として、①時間的・経済的制約、雇用者の理解の低さ、組織上の力関係などといった職場環境の制約、②知識・経験の不足（自信のなさ）、自律性の欠如、疲労やストレスなど看護師側の問題、③制圧的な言動といった医師側の問題、④サポート、職員の配置、チーム医療、消費者（患者）中心主義などの職場条件であった、と述べており、アドボカシーが行われるためには、看護師の資質とともに職場の組織、環境、リーダーとしての医師の影響が相互に関係していることが明らかにされている。

Mallik(1997) は、英国の看護職(看護師・助産師・保健師)の職業上行為規定(United Kingdom Central Council,1992)によるアドボカシーが、看護師の必須活動とするのなら、アドボカシー役割を看護師の専門領域であると示していくことが、他職種との役割と区別していくための唯一の方法かもしれないと考え、実践看護師に対して患者アドボカシーの実践内容をフォーカスグループ・インタビューによって調査を行った。研究協力者は、Table 3-1-1の通り、主に成人専門看護師（熟練看護師）が半数を占めていた。

Table 3-1-1

### 研究協力者の看護領域

専門領域	n (%)
成人	56 (53.8)
精神保健	24 (23.1)
学習障害者	12 (11.5)
助産師	6 (5.8)
小児	5 (4.8)
その他	1 (1)

調査結果から看護師はアドボカシー実践をしていることが確認された。そしてアドボカシーは患者、看護師、第三者（主には医師）の相互作用（葛藤/潜在的葛藤）の中で生じ、且つ実践されたとして以下の3つの相互作用モデルを提示している。

## ①「モデル」ケース(72%)

- ・患者を保護する(38%)
- ・患者の代弁をする(28%)
- ・患者に力を与える(3%)
- ・患者と協調して取り組む(3%)

## ②「ボーダーライン」ケース(20%)

- ・助言・情報を患者に与える・教える・相談する、など二者択一的なレベル

## ③「非正当的」ケース(8%)

看護師が利するアドボカシー（操作的）

この結果は、最も重要で多くの看護師が実践しているアドボカシーは、相互作用モデルの「モデル」ケース（アドボカシーの本質的な行動）であることが示され、看護師が行うアドボカシーは、患者の側に立ち患者を守るために実践されるものであると看護師が考えている事を明らかにした。

Snowball(1996)は、アドボカシーに関する実証研究が少ないうえ、対象者も特別な患者群（精神障害者あるいは学習障害者（Branch,1985;Booth,1991;Chamberlin,1979）、入院している重症の幼児あるいは小児（Fetsch,1991;Penticuff,1990）、あるいは末期患者（Bandman& Bandman,1979））に限定された事例報告しかないことを指摘している。その上でアドボカシーは時代や社会的コンテクストに応じてその意味合いが異なるため、米国とは医療制度の異なる英国におけるアドボカシー実践の実態を知る必要があると考えた。そして英国の一つの大学附属病院の内科と外科病棟で働く1年以上の臨床経験（臨床における看護知識を確立するには経験が必要、業務への自信と能力が必要という要件での選定）のある成人看護専門看護師を対象として、看護師が患者アドボカイトの役割をどう捉え、理解し、実践してきたかを半構造的インタビューにより調査している。研究協力者の15名の内訳は男性3名、女性12名で、年齢27～47歳、経験年数3～25年（平均9年）であった。アドボカシー活動内容は、①「患者の権利を重んじる;respecting the rights of patient」、②患者の視点に立って「代理となる;representing」あるいは「代弁する;speaking up」、③「情報を患者に提供する;informing the patient」、④患者の尊厳とプライバシーを「保護する役割;protector」、⑤患者に苦痛を与えるような処置を行わないように「守る;defending」などであり、看護師は患者中心主義の考えのもと、看護師という職業に自信を持ち、専門知識や技術を活かすことによってアドボカシーを実践できると考えていた、と述べている。この研究は、アメリカとイギリスとでは看護師の行うアドボカシーが異なる

るのではという視点で行われた研究であったが、結果として導き出されたアドボカシーの枠組みは、制度を超えて共通であった。そこで我が国に於けるアドボカシーについても共通した基本的な考え方が抽出される可能性が示唆される。

Segesten(1993)の研究は、スウェーデンでは州議会が患者オンブズマンあるいはそれに類した役割を持つフルタイムの職員を任命し、彼らが主に患者からの医療に関するクレームを処理する制度を保有しているため、患者アドボカシーの役割は看護師の役割とは捉えておらず看護専門領域で検討されることはなかった。しかし、熟練看護師の特性についてのインタビュー調査の結果、「患者アドボカシー」のカテゴリーに分類される要素が抽出された(35%)。このことから、「患者アドボカシーにかかわる状況の特質」についてさらに分析する必要があるとして取り組まれたのが本研究で、研究協力者は入院患者のうち成人患者を担当する看護師長あるいは正看護師 32 名である。対象者の属性は、年齢 24~60 歳(平均 42.6 歳)、登録看護師としての経験年数 3~39 年(平均 17.6 年)であった。アドボカシーを必要とする問題には、意識障害や人工呼吸器装着のため自分の意思が表出できない患者や判断能力の乏しい患者の自己決定に関する権利が絡み、看護師が経験と専門知識に基づいて判断を下し実践していた。対峙する相手は医師、看護スタッフ、患者の家族、時に社会福祉局員や健康保険会社の職員であった、と述べている。これらの結果は、患者のアドボカシーを担う制度を持つ国においてさえも、日常的な臨床場面では患者と長時間接している看護師が患者のアドボカシーの担い手になっていることを明らかにしたという重要な研究である。

Davis と小西ら(2002, 2003)の研究はパイロット・スタディーではあるが、我が国におけるアドボカシーに関する量的研究として唯一の重要な研究である。Davis ら(2002, 2003)は、医学中央雑誌 Web-Basic Mode で「アドボカシー」をキーワードに探索した(～2001 年) 28 件の文献の内容を検討して質問票を作成している。質問は 4 件法による選択式と記述式の全 24 問と属性 7 問であり、24 名の看護師の協力で行われている。研究協力者の特性として大学卒業者が多く修士や博士課程で学んでいる看護師も対象になっているという特徴がある。調査結果はアドボカシー実践や医療環境・職場条件などに関する看護師の理想と現実についての認識を比較しているが、すべて理想が高く現実では十分ではないと報告されている。これらの結果は、我が国においても教育歴の高い看護師は、アドボカシー実践のために医療環境、職場条件が重要であるが現実には体制的に整備されていないということを示唆する研究結果であるといえる。

以上 Chafey ら, Mallik, Snowball, Segesten, Davis らの研究においてそれぞれ課題はあるものの、アドボカシー実践の見解や理解に関する様々な問題を浮き彫りにし、アドボカシーに関する研究を一步前進させることには大いに貢献している。しかし、さらにアドボカシー実践のための研究には次の2点の課題について特に検討しなければならないことが明らかになったといえる。

#### (1) 研究協力者の選定について

Mallik(1997) は研究の限界として研究協力者の選定で看護師の専門分野の内訳に偏りがあり(成人看護専門看護師が多い)一般化できないと述べているが、Snowball(1996)が指摘しているような、当然アドボカシーが必要になる判断能力が不十分、あるいはできず、自分の意思が明確に表出できない「特別な患者群」だけに注目するのではなく、判断能力があり意思表示できる成人の患者に対するアドボカシー実践の実態を知ることによって、アドボカシー活動が必要になる状況がより明確にできると考えられるため、Mallik の専門分野別の看護師の枠組みによる選定の研究は重要な示唆を与えてくれる。

経験年数の設定に関して、Snowball(1996)の研究協力者は、大学レベルの学問あるいは臨床専門科目を受講し大学病院に働く「進んだ知識を身につけた」看護師である。

Mallik(1997) の研究では、各部門の臨床経験が十分あり大学で教えるためのコースや専門開発コースを修了する熟練看護師である。Segesten(1993)の研究では、「熟練した看護技術を持っている(看護師としての高い適性と能力)と看護管理者が認めた」熟練看護師(登録看護師としての経験が1年以上)としている。これらを踏まえある程度の経験を持つ実践看護師が妥当と考えられる。しかし、日本の看護師の概念(制度上)と一致するか不明確であることから(我が国における専門看護師とは、修士の学位を持ち特定の専門領域での経験が5年以上あり日本看護協会の認定を受けた看護師)、専門看護師の枠組みではなく、看護師全般から成人患者を対象にしたアドボカシーの実践について調査する必要があると考えられる。

どのような施設で働いている看護師を選定するかについては、Snowball(1996)は1つの大学附属病院の「特殊な環境下で働く」看護師としていることや、Chafey ら(1998)の研究では3つの異なる施設から看護師の背景の多様性を考えて選定していることから、病院の規模や地域性を考慮して研究協力者を選定していく必要がある。また、Benner(1984/井部他訳, 1992)は、臨床的な専門知識・技術は結局類似した患者集団での経験にきわめて影響される(p.128)と述べているように、看護職の特殊性を考えれば、卒業後に働く部

署での経験や研修が看護師個人の看護実践の考え方に大きく影響を受けると考えられる。そのためには看護師が働く部署別のアドボカシーの認識を調査する必要がある。このことは、Chafeyらがアドボカシーが行われるためには看護師の資質のみでなく、職場の環境が影響しているという示唆をも踏まえたものである。以上の見解から本研究の研究協力者は複数の部門ごととして5年以上の経験を持つ看護師を対象とする。

## (2) 質問項目内容の検討について

Chafeyら (Chafey et al, 1998) の研究結果によるアドボカシー実践をしない理由のうち①時間的制約、組織上の力関係などの職場環境、②看護師の知識・経験、④サポート、職員の配置、チーム医療、消費者（患者）中心主義などの職場条件が重要であることが指摘されているのでこの視点に基づいて調査項目を選定することにする。Snowball(1996)やSegesten(1993)も示しているアドボカシー実践に影響を及ぼすであろうと推定される教育背景や経験年数、さらにアドボカシーの必要な状況やアドボカシー実践内容については関連も指摘されているので本研究においても取り上げることにする。さらに我が国の看護師がそもそもアドボカシーについて臨床現場で行うことについて理想と現実をどのように考えているかを調査する。このことから得られる結果は、看護基礎教育のあり方や看護師が目指すべき方向性が示唆でき、患者のアドボカシーにおける看護の役割を考察することができると考えられる。また、アドボカシー実践には職場環境の影響が示唆されていることから、働く部署による検討要因を入れることにする。疲労やストレスとの関連については労働条件の別の視点の影響が大であると考え今回の調査項目には入れない。

## 3. 研究目的

文献レビューからも看護職が他職種との専門性の違いを明確にしていくために、患者のアドボカシーを看護師の新たな役割としていくことが主張されてきている (Mallik, 1997) にもかかわらず、看護師が患者のアドボカシー役割を担うことについての研究は殆どされてこなかった。欧米においてさえこのような状況であり、我が国の実践看護師による患者のアドボカシーの研究は殆どないのが現状である。従って、本章の研究の目的は、臨床現場で働いている看護師が、患者のアドボカシーや患者の権利についてどのように認識し実践しているのか、また、アドボカシー実践に影響を及ぼす要因は何か、について明らかにすることである。我が国における看護師の行うアドボカシーの実態を明らかにすることにより、看護師のアドボカシーの取り組みに向けた提案ができると考えられる。

## II 研究方法

### 1. 調査内容

「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識についての質問内容は、Davisら(2002, 2003)が開発し、パイロット・スタディーを行ったものを参考にした(Davisらに調査票を使用することの許可を得た)。基本的にDavisらの調査票に基づきながら、前述した先行研究の文献を参考に枠組みを考えた。

具体的にはアドボカシーを「患者の権利や利益を守るために活動したり、患者の意思決定を助ける働きをさす」と定義した上で質問項目を設けた。質問内容は大きく分けると、アドボカシーに関する看護師の意識とアドボカシーを考える基本あるいはアドボカシー実践を行う前提となる患者の権利に関する看護師の意識、に関するものである。実際の項目は、①アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実(5項目)、②アドボカシー実践に必要な知識(3項目)、③アドボカシーに必要な医療環境の理想と現実(14項目)、④看護師のアドボカシー責務に対する理想と現実、⑤看護師のアドボカシー実践の必要な状況(5項目)と看護師のアドボカシー実践の有無及びその内容、⑥アドボカシー実践を促進する職場条件の理想と現実(6項目)、⑦スタッフのアドボカシー実践に向けての看護管理者の責任について、⑧チームによる連帯と看護アドボカシーについて、⑨患者の権利25項目に関する看護師の認識、⑩看護師の属性(8項目)、である。これらの質問を選択式と自由記述式で回答できるようにした。選択式の質問内容は4件法とした(実際に用いた調査票は添付資料1)。研究の仮説の枠組みと質問項目の関係はFigure 3-1-1に示す。

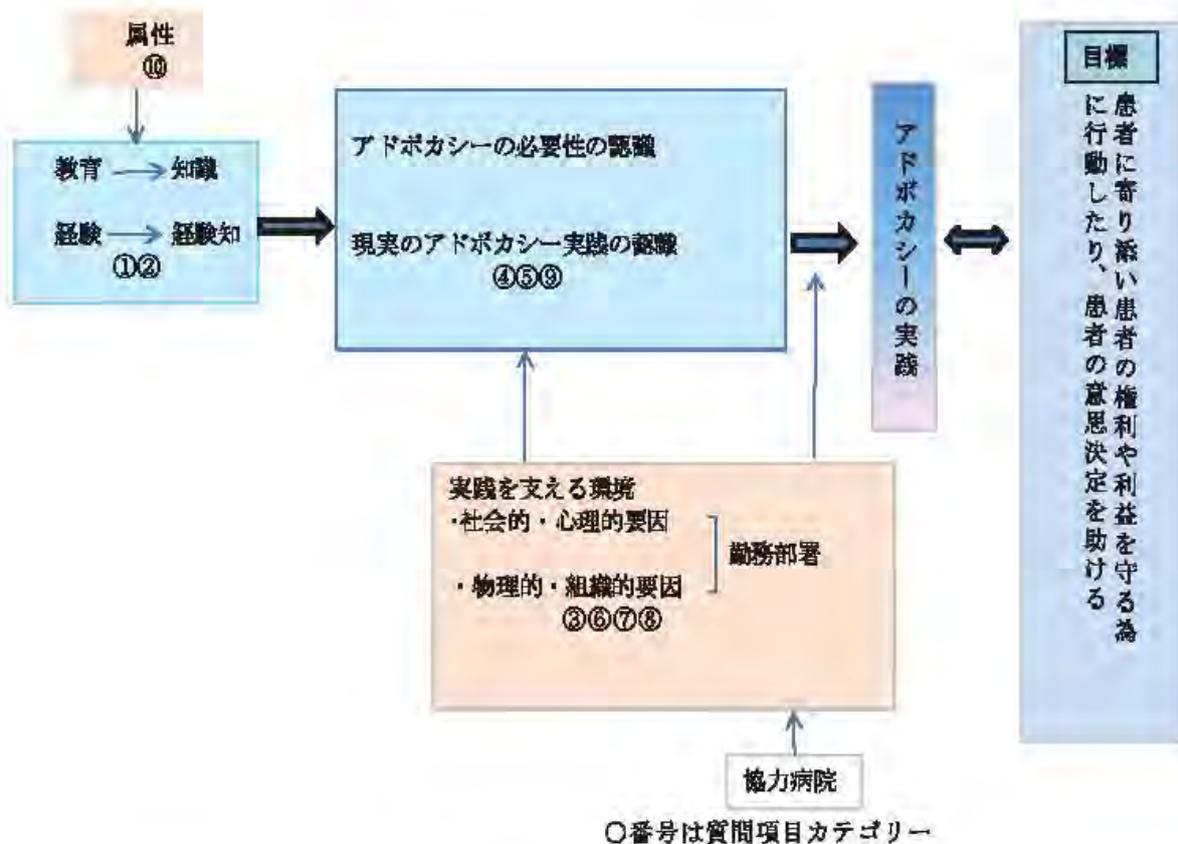


Figure 3-1-1 アドボカシー実践へのプロセス（仮説モデル）

## 2. 研究協力者

研究協力者の選定にあたっては、近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の総合病院で働いている臨床経験5年以上の看護師とした。臨床経験を決めるとき、ドレイファスの技能モデル(Dreyfus model of skill acquisition) (Dreyfus, S.E. & Dreyfus, H.L., 1980) を看護に適用した Benner (1992) の理論の初心者から達人に至る5つの実践レベルの特性を参考にした。Benner (1992) によると中堅(Proficient)の実践者は、状況を局面ではなくむしろ全体で把握し、どの状況側面が最も突出しているかを見極め、実践行為は格率(マニュアルではなく、自分の信念・価値観で行うこと)によってなされるとし、状況の背景について深く理解していることでその状況を直観的に把握する人、達人(Expert)は状況を理解して適切な行動と結びつけていく際に、もはや分析的な原則(ガイドラインや格率)には頼らずに状況を直観的に把握し、問題領域に正確にねらいを定める人、と定義している。さらに複雑な意思決定に関わる能力は経験ある看護師が必要であると述べている。しかし、特性を定義しているだけで経験年数を明確には示していないが、水野ら(2000)と

牛田(2007)は、中堅看護師は臨床実践能力が充実し、それぞれの専門性が確立している時期とし5年以上の臨床看護師を示している。辻ら(2007)は看護師の発達課題の獲得や専門領域の発見と確立という視点から中堅看護師を経験5年から20年未満の時期にある看護師と定義している。また嶋田(1999)は、過去10年間の中堅看護師の定義の文献から中堅看護師は卒後3～5年以上という記述が80%(このうち5年以上は50%)で多いと述べている。これらからアドボカシー実践は高度な意思決定を含む行動であるという前提のもと、看護についての自己の考え(看護観)が確立しており、組織的な立場からも自分で物事に対する判断・意思決定をし、自分の意見を明確に伝える役割を担っている看護師として、臨床経験5年以上が適切と考えた。

近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている総合病院5病院を選んだのは地域性や病院の設置主体を考慮したこと、所属する部署(ICU・救急、一般、緩和ケア)という職場環境によって考え方に差があるかを検討するためである。ICU(intensive care unit)・救急部門は、生命の危機的状況にある患者を管理・治療することが目的であり、細胞レベルから生命を守ることが最優先される。場や状況の特殊性から、状況の急激な変化、医療提供の場の閉鎖性、本人の意思確認の困難さといった点で倫理判断やアドボカシーの問題が生じやすい。緩和ケア病棟は身体機能の変化が不可逆的になった時点以降の局面を持つすなわち個体の生物学的な死を前提にした(人生最期の時期)患者を受け入れる所である(緩和ケア病棟を利用できるのは、我が国では悪性新生物またはAIDS(後天性免疫不全症候群)に罹患した患者と限定されている(厚生省,1990年4月))。急速に死の転帰をたどる場合もあるが、何ヵ月も経過を踏んで死に至る場合が多い。積極的な生命維持の治療ではなく発症する状況に合わせて苦痛を取り除く対症療法がなされる。ここでの看護師の役割は心のケアや生活の援助である。死の局面にあっても質の高い生活やその人らしさを維持できるように係わることである。家族間の治療に対する認識のズレや人間関係の疎遠、孤独死などの問題が生じやすい。この調査における一般病棟はICU・救急、緩和ケア部署を除くすべての部署を指している。病棟の機能や目的から考えて、緩和ケア看護師が他の看護師よりアドボカシーを行う状況が多くなると考えられる。

### 3. 調査方法

調査手続きとして、各病院の規模や看護師の定着状況(5年以上の経験年数比率)に応じて対象数を限定した。各病院の看護部長・局長に調査の趣旨を文章と口頭により説明し

同意を得、働く部署や経験による比較を行うために、ICU・CCUなど救急部門・病棟に勤務する看護師（以下ICU・救急看護師とする）、緩和ケア病棟に勤務する看護師（以下緩和看護師とする）のサンプルを一定数確保していただけるようお願いし、調査票の配布と回収を依頼した。さらに、研究協力者である看護師には文章で本調査の趣旨を説明した。また、アンケートの回答は無記名を前提にしたが、アンケート調査の後に計画しているインタビューを受けることを了承してもらえらる方には氏名と勤務場所を記入してもらうよう文章で明示した。回答しないことへの圧力を避けるためと個人情報漏洩することを防止するために、準備した返信用封筒に調査票を封入し提出してもらうことにし、数週間の留め置き後病院ごとに回収した。

#### 4. 調査期間

調査は平成17年4月から6月までの期間で実施した。

#### 5. 分析方法

データは、属性に関する記述統計量や勤務区分別の差についての一元配置分散分析（多重比較）、理想と現実の差の比較の $t$ 検定、現象に関連する要因の検索のロジスティック回帰分析などの統計的解析はSPSS for Windows（14.0J及び17.0J）で行い、自由記述の内容は帰納的に分析し整理した。

回答は、「1. 違う」～「4. その通り」、「1. いいえ全く」～「4. はい非常に」、「1. いいえ全く」～「4. はい頻繁に」、「1. 全くない」～「4. 常に」の4件法である。

#### 6. 倫理的配慮

大阪大学大学院人間科学研究科行動系研究倫理審査会の審査を受け、研究実施の許可を得た。また、アンケート依頼病院の責任者（看護部長・看護局長）にアンケート調査の趣旨を説明し許可を得た。O病院では院内医療倫理部会の審議を受け許可を得た。看護師個々には調査目的、研究者名と連絡先（所属機関）、回答者の匿名性の堅持、データは本研究のみに使用することを約束する書面を添付した。

### Ⅲ 研究結果

#### 1. 研究協力者の基本属性について

男性 10 名(2.7%)、女性 352 名(96.4%) (無回答 3 名(0.9%)) であった。勤務部署については一般病棟 213 名(58.3%)、ICU・救急部門・病棟 89 名(24.4%)、緩和ケア病棟 63 名(17.3%) であった。年齢は平均 34.9 (SD 6.7) 歳で、20 歳代 84 名(23.0%)、30 歳代 190 名(52.1%)、40 歳代以上 77 名(21.2%) (無回答 14 名(3.7%)) であった。臨床経験年数は平均 12.5 (SD 6.3) 年で、5～9 年が 135 名(37.0%)、10～19 年が 168 名(46.0%)、20 年以上が 53 名(14.5%) であり、10～19 年が約半数を占めていた。経験年数は ICU・救急病棟では 5～9 年が一番多く 49.4%、一般病棟(41.3%)と緩和ケア病棟(63.5%)では 10～19 年であった。卒業した看護学校は専門学校 81.6%、短大・大学合わせて 17.6%であった。修得した学位は学士以上が 48 名(13.2%)であった (Table 3-1-2)。

各項目と勤務区分との  $\chi^2$  検定では、年齢( $\chi^2=19.32$ ,  $df=4$ ,  $p<0.001$ )、経験年数( $\chi^2=25.83$ ,  $df=4$ ,  $p<0.001$ )、卒業した看護学校( $\chi^2=9.40$ ,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、アドボカシー・権利擁護の学び( $\chi^2=7.88$ ,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )に有意な結果がみられた (Table 3-1-2)。

Table 3-1-2

## 協力者の基本属性

	全体	勤務区分			$\chi^2$ 検定
		一般	ICU・救急	緩和	
n	365(100)	213(58.3)	89(24.4)	63(17.3)	
性別					
	男性 10(2.7)	3(1.4)	7(7.9)	0	
	女性 352(96.4)	208(97.7)	82(92.1)	62(98.4)	
	NA 3(0.9)	2(0.9)			
年齢 (歳)					
	平均年齢(SD) 34.9(6.7)	35.7(7.0)	32.8(6.2)	35.2(5.8)	
	20~29 84(30.0)	45(21.1)	29(32.6)	10(15.9)	$\chi^2=19.32, df=4$ p<.001
	30~39 190(52.1)	100(46.9)	49(55.1)	41(65.1)	
	40~ 77(21.2)	59(27.8)	9(10.1)	9(14.3)	
	NA 14(3.7)	9(4.2)	2(2.2)	3(4.7)	
経験年数 (年)					
	平均経験年数(SD) 12.5(6.3)	13.2(6.5)	10.7(5.5)	12.9(6.2)	
	5~9 135(37.0)	73(34.3)	44(49.4)	18(28.6)	$\chi^2=25.83, df=4$ p<.001
	10~19 168(46.0)	88(41.3)	40(44.9)	40(63.5)	
	20~ 53(14.5)	45(21.1)	5(5.7)	3(4.8)	
	NA 9(2.5)	7(3.3)	0	2(3.1)	
卒業した看護学校					
	専門学校 298(81.6)	163(76.5)	78(87.6)	57(90.5)	$\chi^2=9.40, df=2$ p<.01
	短大・大学 64(17.6)	48(22.5)	11(12.4)	5(7.9)	
	NA 3(0.8)	2(1.0)	0	1(1.6)	
修得した学位					
	学士以上 48(13.2)	27(12.7)	14(15.8)	7(11.1)	n. s.
	NA・その他 317(86.8)	186(87.3)	75(84.2)	56(88.9)	
患者の権利・人権の学び					
	はい 278(76.2)	154(72.3)	70(78.7)	54(85.7)	n. s.
	いいえ 78(21.4)	52(24.4)	18(20.2)	8(12.7)	
	NA 9(2.5)	7(3.3)	1(1.1)	1(1.6)	
アドボカシー・権利擁護の学び					
	はい 105(28.8)	58(27.2)	20(22.5)	27(42.9)	$\chi^2=7.88, df=2$ p<.05
	いいえ 251(68.8)	149(70.0)	67(75.3)	35(55.6)	
	NA 9(2.5)	6(2.8)	2(2.2)	1(1.5)	

(SD)以外の()は%  
NAは修得した学位のNA以外検定から省く

過去に患者の権利や人権について学んだ人は76.2%であり(Figure 3-1-2)、学んだ方法を複数回答で尋ねると、看護の専門学校、短大、大学での授業が65.5%で多く、次いで臨床での勉強会であった(Figure 3-1-3)。他方、アドボカシーや権利擁護について学んだ有無を尋ねると、学んだ人は28.8%(年齢との $\chi^2$ 検定では有意なし)で(Figure 3-1-4)、学んだ方法は患者の人権や権利の学びと同じく看護の専門学校、短大、大学での授業であるが、41.0%に止まっており、臨床での勉強会はさらに少ない。そして、専門書や論文(33.3%)や看護専門学会誌(33.3%)での独学が目立っていた(Figure 3-1-5)。

権利や人権については7割以上の人が何らかの形で学んでいるが、アドボカシー・権利擁護については約3割しか学んでいないという結果である。権利・人権とアドボカシー・権利擁護の学びについては有意であり ( $\chi^2=38.45, df=1, p<0.001$ )、人権・権利の学びとアドボカシーの学びは区別されておりアドボカシーについては、教育の場や臨床の場においてまだ十分浸透していない状況が窺われた。

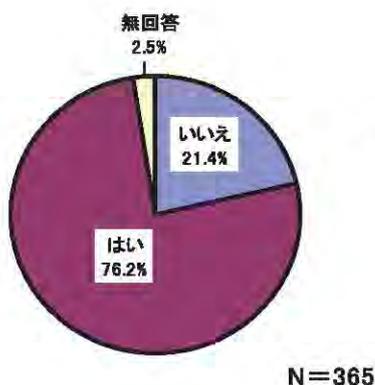


Figure 3-1-2 人権・権利の学びの有無

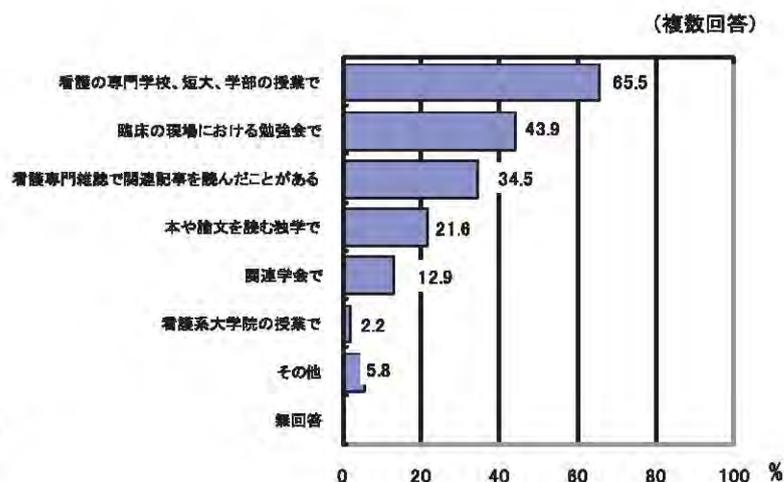


Figure 3-1-3 権利・人権の学びの方法

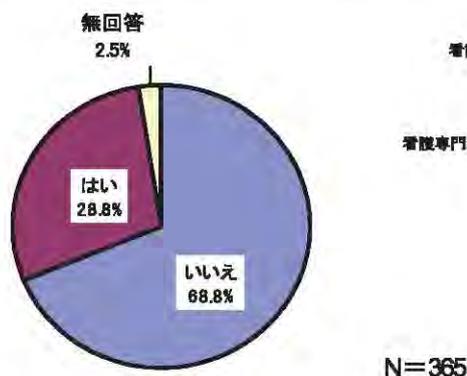


Figure 3-1-4 アドボカシーの学びの有無

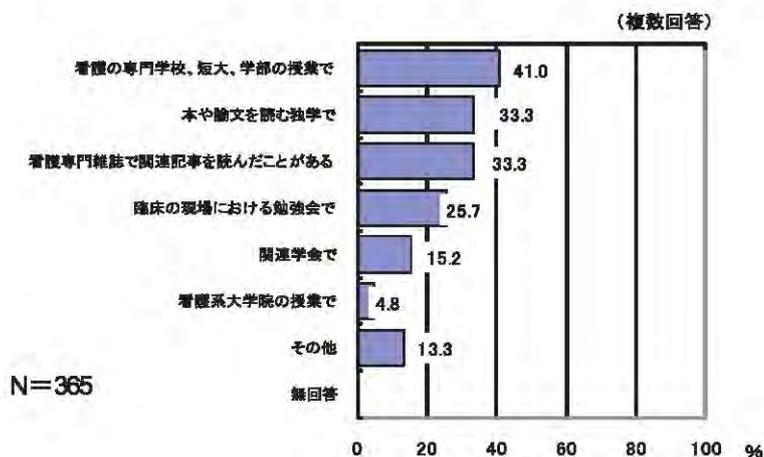


Figure 3-1-5 アドボカシーの学びの方法

## 2. アドボカシー実践を支える環境について

アドボカシー実践を支える環境の現実について、「はい非常に」と「まあそう」と合わせたものを「あり」として、アドボカシー実践を支える環境が現実にあると答えた看護

師の割合を示したのが Figure 3-1-6 である。医療環境も職場条件もゆとりある業務ができない、医師はあくまで同僚という関係がない現状を認識していた。また、日常業務のための臨床倫理委員会の設置がないと認識していた。

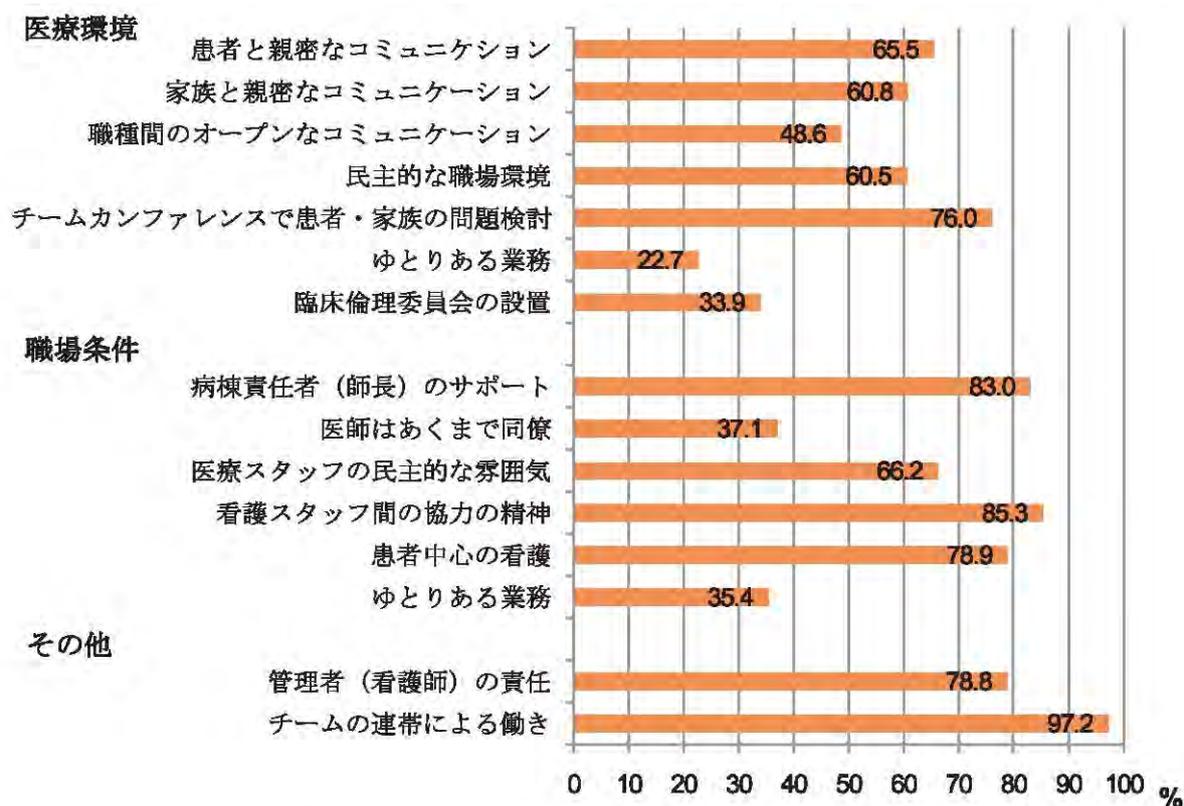


Figure 3-1-6 アドボカシー実践を支える環境（あり）

### 3. 看護師のアドボカシーに関する認識

#### (1) アドボカシーの必要性に関する認識について

看護師の患者アドボカシーに関する責務について、①「本来持つべき」（理想）、②「実際に持っているか」（現実）という記述に対する賛意の程度は、理想の方が現実よりやや高く、勤務部署に関係なく理想も現実も肯定的な考えが大半であり（①平均 3.28 (SD 0.55) / ②平均 3.05 (SD 0.62)）アドボカシーの必要性があると認識していた（実際に責務を持っている（現実）についての認識の割合は「はい非常に」20.8%、「まあそう」63.8%を合わせると 84.6%であった）。

アドボカシーの必要性を現実に認識している看護師が医療環境、職場条件や管理的立場の看護師はアドボカシー実践に向けてスタッフを助ける責任、チームで組んで連帯して

働くことなどアドボカシー実践を支える環境についてどのように認識しているかを $\chi^2$ 検定した。検定にあたり各項目の基本的統計量からセル内に0や5未満があることから、各項目について「違う」・「いいえ全く」と「まあ違う」を「なし」、「まあそう」と「その通り」・「はい、非常に」を「あり」として計算した。それでもセル内に5未満があるときはFisherの直接確率計算法（直接法）を採用した。

医療環境については「患者と親密なコミュニケーション」（ $\chi^2=9.29$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ ）、「家族と親密なコミュニケーション」（ $\chi^2=5.45$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ）、「ゆとりある業務」（ $\chi^2=8.54$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ ）に有意な結果が認められた。アドボカシーの必要性があると認識している看護師は患者・家族の親密なコミュニケーションができる環境があり、ゆとりある業務ができる環境はないと認識していた。職場条件では「患者中心の看護」のみが有意であり（ $\chi^2=11.23$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ ）、アドボカシーの必要性があると認識している看護師は患者中心の看護ができる職場条件があると認識していた。また、「管理的立場にある看護師のスタッフを助ける責任」（ $\chi^2=4.10$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ）も同様に、アドボカシーの必要性があると認識している看護師は、管理的立場にある看護師のスタッフを助ける責任があると認識していた（Table 3-1-3）。

Table 3-1-3

## アドボカシー責務とアドボカシー実践を支える環境

		アドボカシー責務		$\chi^2$ 検定
		あり	なし	
<b>医療環境</b>				
患者と親密なコミュニケーション	あり	205(69.5)	26(48.1)	$\chi^2=9.29$ $df=1$ $p<0.01$
	なし	90(30.5)	28(51.9)	
家族と親密なコミュニケーション	あり	187(63.2)	25(46.3)	$\chi^2=5.45$ $df=1$ $p<0.05$
	なし	109(36.8)	29(53.7)	
職種間のオープンなコミュニケーション	あり	150(50.7)	20(37.0)	$\chi^2=3.40$ $df=1$ $p<0.1$
	なし	146(49.3)	34(63.0)	
民主的な職場環境	あり	179(61.9)	26(50.0)	n. s.
	なし	110(38.1)	26(50.0)	
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	あり	228(77.3)	37(69.8)	n. s.
	なし	67(22.7)	16(30.2)	
ゆとりある業務	あり	76(25.9)	4(7.5)	Fisherの直接法 $p<0.01$
	なし	217(74.1)	49(92.5)	
日常業務の為に臨床倫理委員会の設置	あり	96(35.6)	14(28.6)	n. s.
	なし	174(64.4)	35(71.4)	
<b>職場条件</b>				
病棟責任者(師長)のサポート	あり	229(83.6)	38(80.9)	n. s.
	なし	45(16.4)	9(19.1)	
医師はあくまで同僚	あり	106(38.3)	15(31.9)	n. s.
	なし	171(61.7)	32(68.1)	
医療スタッフの民主的な雰囲気	あり	182(67.9)	28(59.6)	n. s.
	なし	86(32.1)	19(40.4)	
看護スタッフ間の協力の精神	あり	238(87.2)	37(78.7)	n. s.
	なし	35(12.8)	10(21.3)	
患者中心の看護	あり	226(82.8)	31(62.0)	$\chi^2=11.23$ $df=1$ $p<0.01$
	なし	47(17.2)	19(38.0)	
ゆとりある業務	あり	98(35.4)	16(32.7)	n. s.
	なし	179(64.6)	33(67.3)	
管理者(看護師)の責任	あり	224(81.2)	35(68.6)	$\chi^2=4.10$ $df=1$ $p<0.05$
	なし	52(18.8)	16(31.4)	
チームの連帯による働き	あり	282(97.2)	52(96.3)	n. s.
	なし	8(2.8)	2(3.7)	

( )は%

また、現実のアドボカシーの必要性(責務)と学校教育、臨床での教育、臨床での経験、権利・人権についての学びの有無、アドボカシー・権利擁護の学びの有無についても同様の手続きをして(4件法の質問項目)  $\chi^2$ 検定をした。その結果アドボカシーの必要性を認識している看護師は、学校や現場で教育を受けていないが現場での経験はできると認識していた。知識については倫理の知識は必要であると認識していた(Table 3-1-4)。

Table 3-1-4

## アドボカシー責務と教育・経験・知識

		アドボカシー責務		$\chi^2$ 検定
		あり	なし	
学校教育	教育を受けてきた	73(24.7)	6(11.3)	$\chi^2=4.62$ $df=1$ $p<0.05$
	教育を受けていない	222(75.3)	47(88.7)	
臨床での教育	教育が受けられる	104(35.5)	9(17.0)	$\chi^2=7.00$ $df=1$ $p<0.01$
	教育が受けられない	189(64.5)	44(83.0)	
臨床での経験	経験できる	219(75.3)	19(35.2)	$\chi^2=34.19$ $df=1$ $p<0.001$
	経験できない	72(24.7)	35(64.8)	
権利・人権の学び	あり	233(80.6)	37(69.8)	$\chi^2=3.15$ $df=1$ $p<0.1$
	なし	56(19.4)	16(30.2)	
アドボカシーの学び	あり	90(31.3)	13(24.1)	n. s.
	なし	198(68.8)	41(75.9)	
知識の必要性 患者の権利	必要である	290(97.6)	52(96.3)	n. s.
	必要でない	7(2.4)	2(3.7)	
法律	必要である	276(93.6)	48(90.6)	n. s.
	必要でない	19(6.4)	5(9.4)	
倫理	必要である	291(98.0)	49(92.5)	Fisherの直接法 $p<0.05$
	必要でない	6(2.0)	4(7.5)	

( )は%

## (2) アドボカシー実践について

「看護師は、現状では実際にアドボカシーを実践しているか」という一般論としての看護師の認識は、「はい頻繁に」15.9%と「はい時々」57.8%を合わせると一般論として73.7%が看護師は実践していると認識していた。

アドボカシーの必要性とアドボカシー実践の現状の $\chi^2$ 検定では有意であり( $\chi^2=41.58$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )、アドボカシーの必要性を認識している看護師は、アドボカシー実践を現状ではしていると認識していた(Table 3-1-5)。

Table 3-1-5

## アドボカシー実践の現状と責務

		アドボカシー責務		$\chi^2$ 検定
		あり	なし	
アドボカシー実践の現状	している	245(83.6)	23(43.4)	$\chi^2=41.58$ , $df=1$ $p<0.001$
	していない	48(16.4)	30(56.6)	

( )は%

アドボカシー実践の現状の認識とアドボカシー実践を支える環境の $\chi^2$ 検定結果では、アドボカシー実践を現状ではしていると認識している看護師は、アドボカシーの必要性を認識している看護師と同じような傾向を示していたが、その他の医療環境の「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」( $\chi^2=3.82$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ )と職場条件の「病棟責任者(師長)のサポート」( $\chi^2=3.78$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ )に有意があり、病棟責任者(師長)のサポートもあると認識していた(Table 3-1-6)。

Table 3-1-6

アドボカシー実践の現状とアドボカシー実践を支える環境

		アドボカシー実践の現状		$\chi^2$ 検定
		している	していない	
<b>医療環境</b>				
患者と親密なコミュニケーション	あり	192(71.6)	36(46.2)	$\chi^2=17.47$ $df=1$ $p<0.001$
	なし	76(28.4)	42(53.8)	
家族と親密なコミュニケーション	あり	172(63.9)	37(46.8)	$\chi^2=7.45$ $df=1$ $p<0.01$
	なし	97(36.1)	42(53.2)	
職種間のオープンなコミュニケーション	あり	137(50.9)	31(39.2)	$\chi^2=3.34$ $df=1$ $p<0.1$
	なし	132(49.1)	48(60.8)	
民主的な職場環境	あり	162(61.6)	42(54.5)	n. s.
	なし	101(38.4)	35(45.5)	
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	あり	210(78.7)	53(67.9)	$\chi^2=3.82$ $df=1$ $p<0.05$
	なし	57(21.3)	25(32.1)	
ゆとりある業務	あり	70(26.4)	10(12.8)	$\chi^2=6.23$ $df=1$ $p<0.05$
	なし	195(73.6)	68(87.2)	
日常業務の為の臨床倫理委員会の設置	あり	88(35.9)	22(30.1)	n. s.
	なし	157(64.1)	51(69.9)	
<b>職場条件</b>				
病棟責任者(師長)のサポート	あり	214(85.3)	52(75.4)	$\chi^2=3.78$ $df=1$ $p<0.05$
	なし	37(14.7)	17(24.6)	
医師はあくまで同僚	あり	96(38.1)	26(36.6)	n. s.
	なし	156(61.9)	45(63.4)	
医療スタッフの民主的な雰囲気	あり	171(69.5)	40(58.8)	n. s.
	なし	75(30.5)	28(41.2)	
看護スタッフ間の協力の精神	あり	216(87.1)	56(80.0)	n. s.
	なし	32(12.9)	14(20.0)	
患者中心の看護	あり	210(84.0)	46(64.8)	$\chi^2=12.64$ $df=1$ $p<0.001$
	なし	40(16.0)	25(35.2)	
ゆとりある業務	あり	88(53.1)	28(38.4)	n. s.
	なし	163(64.9)	45(61.6)	
管理者(看護師)の責任	あり	211(84.1)	46(61.3)	$\chi^2=17.880$ $df=1$ $p<0.001$
	なし	40(15.9)	29(38.7)	
チームの連帯による働き	あり	257(97.3)	74(96.1)	n. s.
	なし	7(2.7)	3(3.9)	

( )は%

回答者自身にアドボカシー実践の経験の有無を尋ねた結果「あり」49.9%、「なし」30.4%であった（無回答 19.7%）。アドボカシー実践の有無と勤務区分別で $\chi^2$ 検定すると有意な結果があり（ $\chi^2=6.65$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ ）、緩和看護師が特にICU・救急看護師よりアドボカシーを実践していた（Table 3-1-7）。

Table 3-1-7

アドボカシー実践の有無と勤務区分

		区分			$\chi^2$ 検定
		一般	ICU・救急	緩和	
アドボカシー実践	あり	105(62.5)	40(52.6)	37(75.5)	$\chi^2=6.65$ , $df=2$ $p<0.05$
	なし	63(37.5)	36(47.4)	12(24.5)	

( )は%

また、アドボカシー実践の有無と看護師の責務の認識を $\chi^2$ 検定した。検定にあたりセル内に0と5未満があるのでアドボカシー責務の「いいえ全く」と「まあ違う」を合わせてアドボカシー責務「なし」、「まあそう」と「はい、非常に」を合わせてアドボカシー責務「あり」として計算した。その結果有意があり（ $\chi^2=8.26$ ,  $df=1$ ,  $p<.01$ ）、アドボカシーの必要性があると認識している看護師は約7割アドボカシーを実践していたが、アドボカシーの必要性がないと認識している看護師は約4割しかアドボカシー実践をしていなかった（Table 3-1-8）。

Table 3-1-8

アドボカシー実践の有無とアドボカシーの責務

		アドボカシー責務		$\chi^2$ 検定
		あり	なし	
アドボカシー実践	あり	159(66.8)	21(44.7)	$\chi^2=8.26$ , $df=1$ $p<0.01$
	なし	79(33.2)	26(55.3)	

( )は%

次いでアドボカシー実践の有無と患者の権利、法律、倫理を学ぶ必要性の認識を $\chi^2$ 検定した。検定にあたりセル内に0と5未満があるので各項目について「違う」と「まあ違う」を合わせて「必要でない」、「まあそう」と「その通り」を合わせて「必要である」として計算した。それでもセル内に5未満があるときはFisherの直接確率計算法(直接法)を採用した。検定結果はアドボカシー実践をした看護師は患者の権利を学ぶ必要性を認識していたが、どの項目においてもアドボカシー実践の有無に関係なく、90%の人が患者の権利、法律、倫理の知識が必要と認識していた（Table 3-1-9）。

Table 3-1-9  
アドボカシー実践の有無と知識

		アドボカシー実践		χ <sup>2</sup> 検定
		あり	なし	
患者の権利の知識	必要である	181(99.5)	105(94.6)	Fisherの直接法 p<0.05
	必要でない	1(0.5)	6(5.4)	
法律の知識	必要である	173(95.1)	99(90.0)	n. s.
	必要でない	9(4.9)	11(10.0)	
倫理の知識	必要である	180(98.9)	105(94.6)	Fisherの直接法 p<0.1
	必要でない	2(1.1)	6(5.4)	

( )は%

#### 4. 看護師のアドボカシーに関する認識の理想と現実

理想と現実の平均値の差を対応ある *t* 検定で行った。

##### (1) アドボカシーに関する教育と経験の理想と現実

「特別な教育が必要」と「教育を受けてきた」及び「現場で教育が受けられる」に有意差があり、「特別な経験が必要」と「現場で経験できる」には有意差はなかった(Table 3-1-10)。

Table 3-1-10  
アドボカシーの教育および経験の理想と現実

	M(SD)	γ	df	t 値	
学校教育					
特別な教育が必要 (理想)	3.19(0.73)	0.16**	360	-26.91	***
教育を受けてきた (現実)	1.68(0.91)				
臨床での教育					
特別な教育が必要 (理想)	3.19(0.73)	0.10	358	-20.90	***
現場での教育の実際 (現実)	1.95(0.93)				
臨床での経験					
特別な経験が必要 (理想)	2.78(0.82)	0.05	352	0.26	n.s.
現場での経験の実際 (現実)	2.76(0.94)				

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Figure 3-1-7 は Table 3-1-10 をグラフ化したものである。

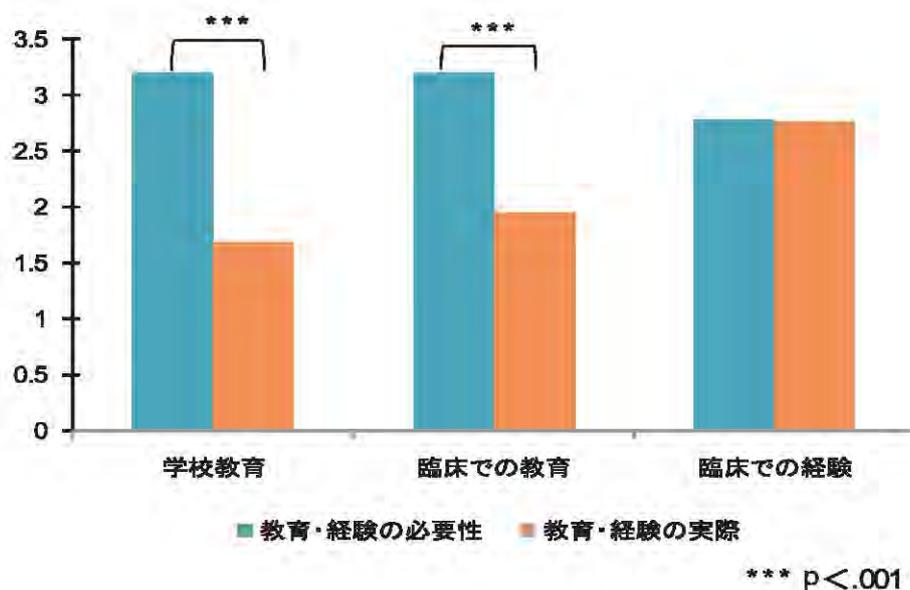


Figure 3-1-7 アドボカシー教育及び経験の理想と現実

特別な教育の必要性を多くの人が認めているにもかかわらず、教育の場や臨床の場での教育は受けていない状況であった。経験については現実と理想には差は見られなかった。

## (2) 医療環境の理想と現実

医療環境の理想と現実ではすべての項目に有意差があり ( $p < 0.001$ )、「患者及び家族と親密なコミュニケーション」、「職種間のオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」、「ゆとりある業務」、「日常業務のための臨床倫理委員会」のすべてがアドボカシー実践をするのに医療環境として必要であると認識しているが、実際の職場では十分ではないと認識していた (Table 3-1-11)。

Table 3-1-11  
医療環境の理想と現実

医療環境	理想の M(SD)	現実の M(SD)	$\gamma$	$df$	t 値
患者と親密なコミュニケーション	3.46(0.64)	2.74(0.78)	0.13*	361	14.42***
家族と親密なコミュニケーション	3.34(0.65)	2.70(0.78)	0.14**	359	13.00***
職種間のオープンなコミュニケーション	3.37(0.64)	2.49(0.72)	0.05	360	17.91***
民主的な職場環境	3.05(0.71)	2.64(0.73)	0.23***	351	8.58***
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	3.49(0.62)	2.96(0.81)	0.18***	357	10.77***
ゆとりある業務	3.40(0.75)	1.95(0.84)	-0.12*	356	23.12***
日常業務の為の臨床倫理委員会の設置	3.16(0.76)	2.05(1.06)	0.18**	328	16.81***

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

## (3) 職場条件の重要度と現実

アドボカシー実践を促進する職場条件の6項目に対して、職場条件として重要度の最も高い項目を1～最も低い項目を6とし、1から6の番号で回答してもらった。重要度の順位は、各項目の重要度1から3と回答したものを重要度「あり」とした割合で示した(Figure 3-1-8)。

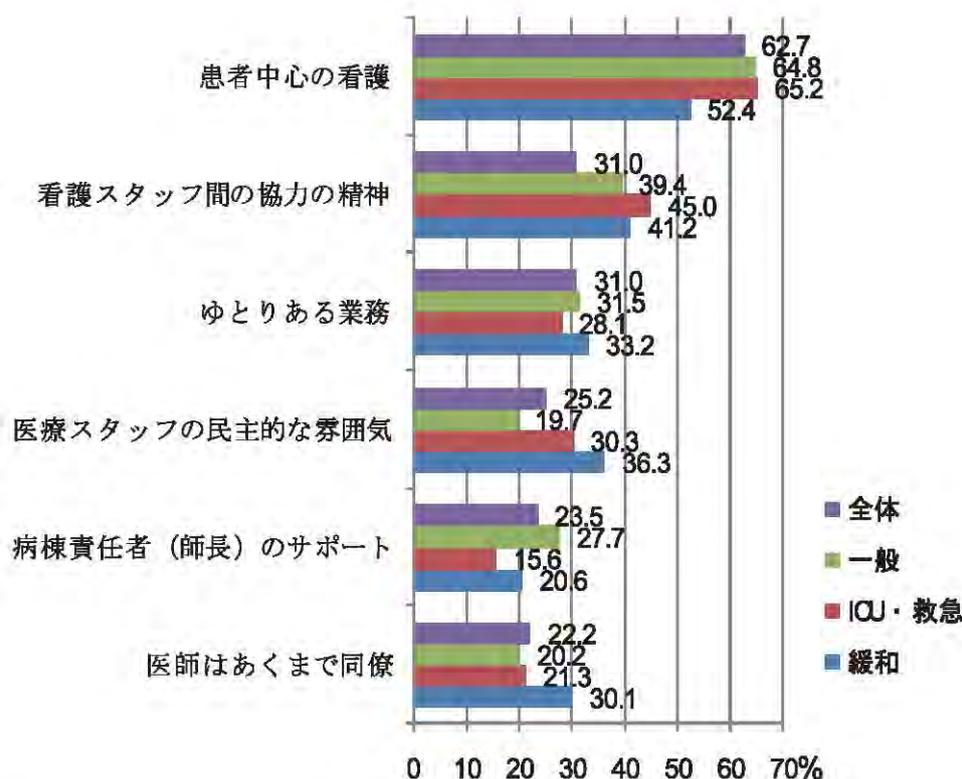


Figure 3-1-8 職場条件の重要度 (重要度1～3:あり)

重要度の1位は「患者中心の看護」(62.7%)、2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(31.0%)と「ゆとりある業務」(31.0%)、4位「医療スタッフの民主的な雰囲気」(25.7%)、5位「病棟責任者(師長)のサポート」(23.5%)、6位「医師はあくまで同僚」(22.2%)であった。

職場条件の現実(4件法)では「その通り」と「まあそう」を合わせて職場条件「あり」とした割合はFigure 3-1-9の通りであった。

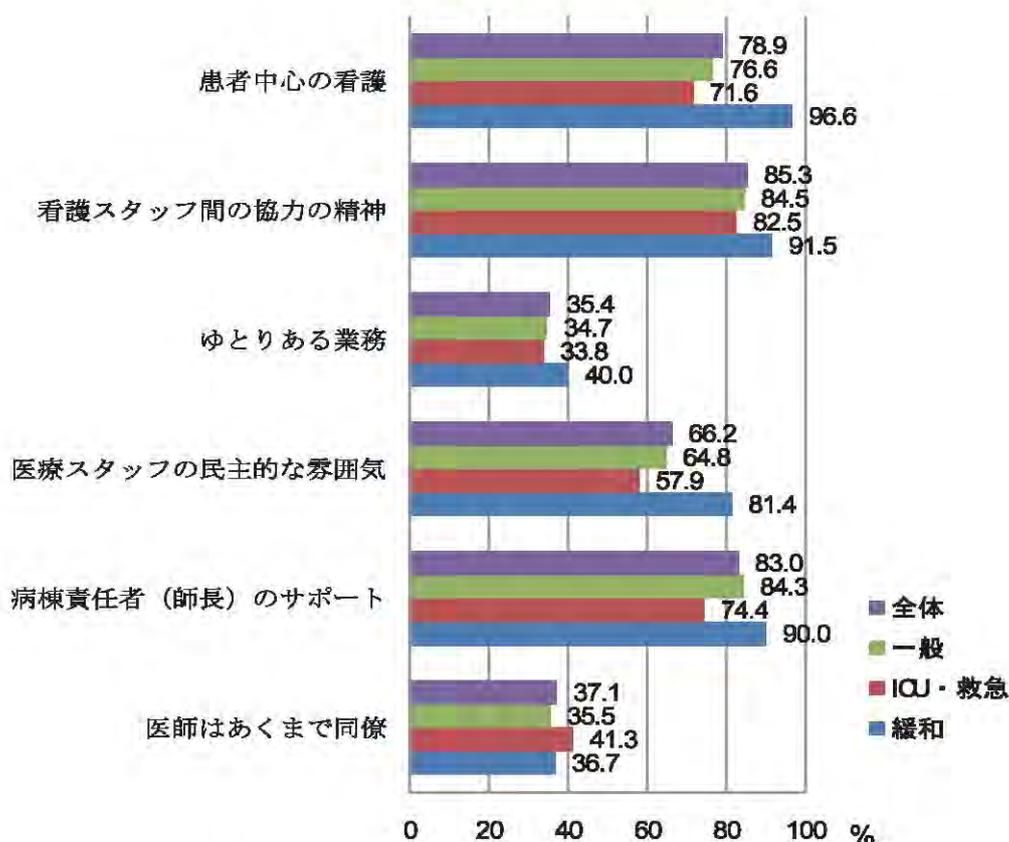


Figure 3-1-9 職場条件の現実（あり）

職場条件の重要度と比べると、職場条件の現実には、重要度1位の「患者中心の看護」は78.9%、2位の「看護スタッフ間の協力の精神」は85.3%で現実には職場にあると認識していたが、3位の「ゆとりある業務」は35.4%で現実にはないと認識していた。重要ではない（6位）「医師はあくまで同僚」は37.1%で現実にはないが、（5位）「病棟責任者（師長）のサポート」は83.0%で現実には比較的にあると認識していた。職場条件として重要であるのに現実にはゆとりある業務ができないと認識していた。医師との関係はアドボカシー実践を促進する条件としては最も低く、かつ現実にもないと認識していた。

#### （4）アドボカシー実践に向けての看護管理者の責任の理想と現実

「看護師がアドボカシーを実践できるように、看護管理者はスタッフを助ける責任があるか」（理想）と、「実際に責任を取ってくれるか」（現実）に有意差があり（ $t=13.29$ ,  $df=335$ ,  $p<.001$ ）、理想ではほぼ全員が「看護管理者はスタッフを助ける責任がある」と答えたのに対し、現実では理想より少なく認識していた（Table 3-1-12）。

Table 3-1-12  
看護管理者の責任の理想と現実

項目	M(SD)	$\gamma$	df	t 値
看護管理者はスタッフを助ける責任がある	3.48(0.54)	0.07	335	13.29 ***
看護管理者は責任を取ってくれる	2.90(0.62)			

\*\*\*p<.001

### 5. 看護師のアドボカシーに関する勤務区分別の認識

勤務区分を独立変数とし一元配置分散分析を行った。

#### (1) 教育と経験の勤務区分別の認識

「教育を受けてきた」や「現場で教育が受けられる」、「現場で経験ができる」と勤務区分別の分散分析の結果、「現場で教育が受けられる」に主効果がみられ ( $F=3.37$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ ) その後の検定 (Tukey HSD による多重比較) で緩和看護師は一般看護師より現場で教育を受けていると認識していた (Table 3-1-13)。

Table 3-1-13  
臨床での教育の実際

	勤務区分			主効果の p値	勤務区分間の多重比較の結果
	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和 M(SD)		
現場で教育が受けられる	1.87(0.90)	1.99(0.90)	2.19(1.05)	p<.05	緩和>一般(ICU・救急とはn.s.)

#### (2) 医療環境の勤務区分別の認識

医療環境の現実については「患者と親密なコミュニケーション」 ( $F=20.69$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ )、「家族と親密なコミュニケーション」 ( $F=22.34$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ )、「職種間のオープンなコミュニケーション」 ( $F=4.98$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ )、「民主的な職場環境」 ( $F=3.60$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ )、「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」 ( $F=17.49$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ )、「ゆとりある業務」 ( $F=7.15$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ) に主効果がみられ、さらに多重比較 (Tukey HSD 法) を行った結果、緩和看護師の方が一般看護師や ICU・救急看護師よりも平均値が高く、患者・家族・職種間のコミュニケーション、民主的な職場環境、チームカンファレンスでの問題の検討、ゆとりある業務が医療環境としてあると認識していた (Table 3-1-14)。

Table 3-1-14

## アドボカシー実践に必要な医療環境の勤務区分

医療環境	勤務区分			主効果の p値	勤務区分間の多重比較 の結果
	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和 M(SD)		
患者と親密なコミュニケーション	2.75(0.69)	2.41(0.86)	3.19(0.69)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
家族と親密なコミュニケーション	2.62(0.69)	2.51(0.79)	3.26(0.78)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
職種間のオープンなコミュニケーション	2.43(0.74)	2.45(0.72)	2.75(0.62)	p<.01	緩和>ICU・救急>一般
民主的な職場環境	2.61(0.75)	2.56(0.67)	2.87(0.70)	p<.05	緩和>一般>ICU・救急
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	2.89(0.81)	2.76(0.78)	3.48(0.64)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
ゆとりある業務	1.87(0.81)	1.88(0.84)	2.30(0.79)	p<.001	緩和>ICU・救急>一般

## (3) 職場条件の勤務区分別の認識

職場条件の現実では「患者中心の看護」についてのみ主効果 ( $F=2.50$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ) が見られ、その後の検定で一般及びICU・救急看護師と緩和看護師間に有意差があり ( $p<.001$ )、緩和看護師は一般看護師やICU・救急看護師より患者中心の看護をする職場条件があると認識していた (Table 3-1-15)。

Table 3-1-15

## 職場条件の勤務区分

職場条件	勤務区分			主効果の p値	勤務区分間の多重比較 の結果
	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和 M(SD)		
患者中心の看護	2.93(0.74)	2.85(0.81)	3.42(0.56)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急

## (4) 患者や家族に対するアドボカシー実際の勤務区分別の認識

医療現場でアドボカシーの必要があると考える状況5項目を示し、「看護師は現在患者や家族に対し擁護しているか」の質問に対する賛意は、「患者が痛み苦しんでいる」平均 3.20(SD 0.79)、「患者への病名・症状説明が不十分」平均 2.96(SD 0.76)、「家族への病名・症状説明が不十分」平均 2.88(SD 0.79)、「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」平均 2.69(SD 0.73)、「患者が不必要な検査や治療を受けている」平均 2.41(SD 0.75)の順であった。勤務区分別の差については「患者が不必要な検査や治療を受けている」

( $F=6.08$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ )、「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」( $F=4.94$ ,  $df=$

2,  $p < .01$ ) に主効果が見られ、その後の検定で緩和看護師は一般看護師よりアドボカシー実践をしていると認識していたが ICU・救急看護師とは差がなかった (Table 3-1-16)。

Table 3-1-16

## アドボカシー状況に対するアドボカシー実践

	勤務区分			主効果の p値	勤務区分間の多重比較の結果
	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和 M(SD)		
患者が不必要な検査や治療を受けている	2.31(0.73)	2.46(0.72)	2.68(0.78)	$p < .01$	緩和>一般(ICU・救急とはn.s.)
患者の尊厳が医療者によって損なわれている	2.61(0.69)	2.70(0.71)	2.94(0.83)	$p < .01$	緩和>一般(ICU・救急とはn.s.)

## 6. アドボカシー実践に影響を及ぼす要因の検討

アドボカシー実践に影響を及ぼす要因を検討するために、アドボカシー実践の有無（あり：0, なし：1）を従属変数とし階層的にロジスティック回帰分析（変数増加法：尤度比）を行った。

## (1) アドボカシー実践と教育・経験の現実

アドボカシー実践の有無を従属変数に「教育を受けてきた」、「現場での教育の実際」、「現場での経験の実際」を独立変数（共変量）としたロジスティック回帰分析の結果（ $n=288(78.9\%)$ ）、モデル係数のオムニバス検定（ $\chi^2=55.68, df=2, P<.001$ ）、モデル適合度（ $\chi^2=5.83, df=7, p=0.56$ ）より、説明量は十分とはいえないが (Nagelkerke  $R^2=0.24$ )、アドボカシー実践を規定する要因は「教育を受けてきた」(OR=0.64,  $p<.05$ )、  
「現場で経験できる（現場での経験の実際）」(OR=0.43,  $p<.001$ )であった（アドボカシー実践ありの予測精度 87.8%/全体的な予測精度 71.9%）(Table 3-1-17)。

Table 3-1-17

## アドボカシー実践と教育・経験

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践(あり：0, なし：1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
教育を受けてきた	0.64	0.46-0.91	$p < .05$
現場での経験の実際	0.43	0.31-0.58	$p < .001$

## (2) アドボカシー実践と医療環境の現実

患者・家族・医療職種間の「親密なあるいはオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」、「ゆとりある業務」、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」の医療環境を独立変数にした分析結果 (n=262(71.8%)) は、オムニバス検定 ( $\chi^2=15.96$ ,  $df=2$ ,  $P<.001$ )、モデル適合度 ( $\chi^2=5.85$ ,  $df=6$ ,  $p=0.44$ ) より、説明量は十分とはいえないが (Nagelkerke  $R^2=0.08$ )、アドボカシー実践を規定する要因は、「患者と親密なコミュニケーション」 (OR=0.63,  $p<.01$ )、  
「民主的な職場環境」 (OR=0.68,  $p<.05$ ) であった (アドボカシー実践ありの予測精度 84.0%/全体的な予測精度 64.9%) (Table 3-1-18)。

Table 3-1-18

## アドボカシー実践と医療環境

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践(あり: 0, なし: 1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
患者と親密なコミュニケーション	0.63	0.44-0.89	$P<.01$
民主的な職場環境	0.68	0.47-0.98	$P<.05$

## (3) アドボカシー実践と職場条件の現実

「病棟責任者(師長)のサポート」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフの民主的な雰囲気」、「看護スタッフ間の協力の精神」、「患者中心の看護」、「ゆとりある業務」を独立変数にした分析結果 (n=260(71.2%))、オムニバス検定 ( $\chi^2=12.72$ ,  $df=1$ ,  $P<.001$ )、モデル適合度 ( $\chi^2=0.39$ ,  $df=1$ ,  $p=0.53$ ) より、説明量は十分とはいえないが (Nagelkerke  $R^2=0.07$ )、アドボカシー実践を規定する要因は「病棟責任者(師長)のサポート」 (OR=0.52,  $p<.01$ )のみであった (アドボカシー実践ありの予測精度 90.5%/全体的な予測精度 67.7%) (Table 3-1-19)。

Table 3-1-19

## アドボカシー実践と職場条件

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践(あり: 0, なし: 1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
病棟責任者(師長)のサポート	0.52	0.36-0.75	$P<.01$

## (4) アドボカシー実践と協力者の属性

アドボカシー実践に影響を及ぼすと推定される「臨床経験」、「権利・人権の学びの有無」、「アドボカシー・権利擁護の学びの有無」を独立変数として分析した結果 (n=28260(77.3%)、オムニバス検定 ( $\chi^2=24.27$ ,  $df=3$ ,  $P<.001$ )、モデル適合度 ( $\chi^2=8.50$ ,  $df=8$ ,  $p=0.39$ )より、説明量は十分とはいえないが(Nagelkerke  $R^2=0.11$ )、全てアドボカシー実践を規定する要因であった(アドボカシー実践ありの予測精度 87.6%/全体的な予測精度 64.9%) (Table 3-1-20)。

Table 3-1-20

## アドボカシー実践と属性

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践 (あり: 0, なし: 1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
経験年数	0.96	0.96-0.92	$P<.05$
権利・人権の学び	0.52	0.28-0.96	$P<.05$
アドボカシー・権利擁護の学び	0.41	0.22-0.77	$P<.01$

勤務区分別 (一般: 1, その他: 0) の検定においてもオムニバス検定 ( $\chi^2=6.82$ ,  $df=2$ ,  $P<.05$ )、モデル適合度 ( $\chi^2=0.00$ ,  $df=1$ ,  $p=1.00$ )より、アドボカシー実践を規定する可能性のある要因として示唆された(Nagelkerke  $R^2=0.03$ ) (Table 3-1-21)。

Table 3-1-21

## アドボカシー実践と勤務区分

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践 (あり: 0, なし: 1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
勤務区分 (一般: 1, その他: 0)	2.78	1.26-6.12	$P<.05$

## (5) アドボカシー実践と規定要因

以上の結果を踏まえアドボカシー実践を規定すると推定される有効な要因のアドボカシーに関する「教育を受けてきた」、「現場での経験の実際」、「患者と親密なコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「病棟責任者(師長)のサポート」、協力者の属性の「経験年数」、「権利・人権の学び」、「アドボカシー・権利擁護の学び」を独立変数にしてロジスティック回帰分析を行った結果は、オムニバス検定 ( $\chi^2=75.43$ ,  $df=4$ ,  $P$

<.001)、モデル適合度 ( $\chi^2=7.31$ ,  $df=8$ ,  $p=0.50$ )、Nagelkerke  $R^2=0.37$  で、アドボカシー実践を規定する要因は「教育を受けてきた」、「現場での経験の実際」、「病棟責任者(師長)のサポート」、「経験年数」であった (Table 3-1-22)。

Table 3-1-22  
アドボカシー実践と規定要因

独立変数 (経験年数以外4件法)	従属変数 アドボカシー実践(あり:0, なし:1)		
	オッズ比	95%信頼区間	p値
<b>教育・経験</b>			
教育を受けてきた	0.53	0.34-0.83	$P<.01$
現場での経験の実際	0.38	0.26-0.56	$P<.001$
<b>職場条件</b>			
病棟責任者(師長)のサポート	0.55	0.35-0.86	$P<.01$
<b>属性</b>			
経験年数	0.94	0.89-0.99	$P<.05$

これはアドボカシー実践をするにはアドボカシーに関する教育を受け、臨床でのアドボカシー経験が必要で、そのためには臨床経験を積むこと、さらに師長(上司)のサポートが必要であることが示唆された。

## 7. 記述内容について

### (1) アドボカシー責務についての認識

看護師はアドボカシー役割を認識していたと既に述べたが、その記述の主な内容は Table 3-1-23 の通りであった。

Table 3-1-23

## アドボカシー責務の内容

理想(226件)	件 (%)	現実(221件)	件 (%)
看護師の仕事	38(14.3)	責務を持っている/意識している	28(12.7)
接する時間が長い/一番身近にいる存在	34(12.9)	接する時間が長い/一番身近にいる存在	20(9.0)
患者の権利	30(11.3)	看護師の仕事	17(7.7)
時と場合による	22(8.3)	患者の権利	16(7.2)
当然と思う	21(7.9)	プライバシー保護のため	10(4.5)
患者の立場になって考える	20(7.5)		
患者は弱者	18(6.8)		
プライバシー保護のため	12(4.5)		

理想と現実で述べられた内容は類似した傾向であり、患者と接する時間が長い/一番身近にいるからアドボカシーをするのは看護師の仕事であるという考えだった。

## (2) アドボカシー実践の内容

アドボカシー実践の主な記述内容は Table 3-1-24 の通りであった。

Table 3-1-24

## アドボカシー実践の内容

アドボカシー内容(219件)	件 (%)
患者と医師のパイプ役	67(30.6)
医師の説明が分かりにくかったときの再説明	31(14.2)
患者の希望に応じるよう努力する	20(9.1)
痛みのコントロール	17(7.8)
意思決定/治療選択を助ける	17(7.8)
患者の不満や不安の解消	15(6.8)
不明点・疑問点の医師への確認	9(4.1)

意思決定/治療選択を助けるには‘患者や家族の思いを傾聴し対応する’‘選択肢を伝える’‘治療の具体的な説明をする’‘セカンドオピニオンについて知らせる’など患者が納得して治療が受けられるように情報提供したり、医師に代弁していた。しかし、大方は日常の看護援助の範囲内の対応であった。

## (3) アドボカシーが必要な状況

質問票で示したアドボカシーの必要な状況5項目以外でアドボカシーが必要な状況の記述内容を示した (Table 3-1-25)。

Table 3-1-25

## アドボカシーが必要な状況

アドボカシーが必要な状況(177件)	件(%)
自己対処できない/意思決定が困難	38(21.5)
治療方針を決める/治療の選択	37(20.9)
意思表示できなくなったとき	15(8.5)
十分なインフォームド・コンセントができていないとき	13(7.3)
病名告知	9(5.1)
現状に納得・満足していないとき	7(4.0)
個人情報やプライバシーが守れないとき	5(2.8)
医療事故/医療ミス/過誤	4(2.3)
家族や医師との意見が違う場合	3(1.7)

臨床の間ではアドボカシーの必要な状況が多岐に渡りあると捉えていたがアドボカシー実践の内容と関連してみると、アドボカシーを実際には行うことは困難な状況であることが推測された。

## (4) 看護管理者のスタッフを助ける責任の認識

看護管理者のスタッフを助ける責任の記述内容は Table 3-1-26 の通りであった。

Table 3-1-26

## 看護管理者の責任

看護管理者のスタッフを助ける責任(232件)	件(%)
アドバイスやフォローが必要	38(16.4)
サポート体制は必要	35(15.0)
指導・教育していく立場	26(11.2)
責任者/まとめ役	24(10.3)
影響力が大きい/率先すべき	16(6.9)

師長のサポートがあると7割の看護師が認識はしていたが、“ナースの立場や個人の立場は弱い”ので、“アドバイスやフォロー及びサポートがあれば自分の考えを主張しやすい”、“最善の努力ができる”、“自信をもって行動できる”、ことを強調していた。

## (5) チームによる連帯の認識

「アドボカシーのためには、看護師はチームを組んで連帯して働くのがよいか」の質問に対する平均値は 3.46(SD 0.56)でほとんどの人が賛意を示した(勤務務区分別の差なし)。記述内容は以下のものであった(Table 3-1-27)。

Table 3-1-27  
チームによる連帯

チームの連帯(236件)	件(%)
見解の統一を図るため	43(18.2)
一人では対処できない	37(15.7)
チームの力の方が/チームの方が動きやすい	33(14.0)
情報の共有化	20(8.5)
意見や考えなど出し合える	14(5.9)

仲間と連帯する力や方針の統一性を挙げていた。

## IV 考察

## 1. アドボカシー実践へのプロセスについて

仮説モデルを検証するためにデータの解析を行ってきた結果は Figure 3-1-10 のような全体像が示された。

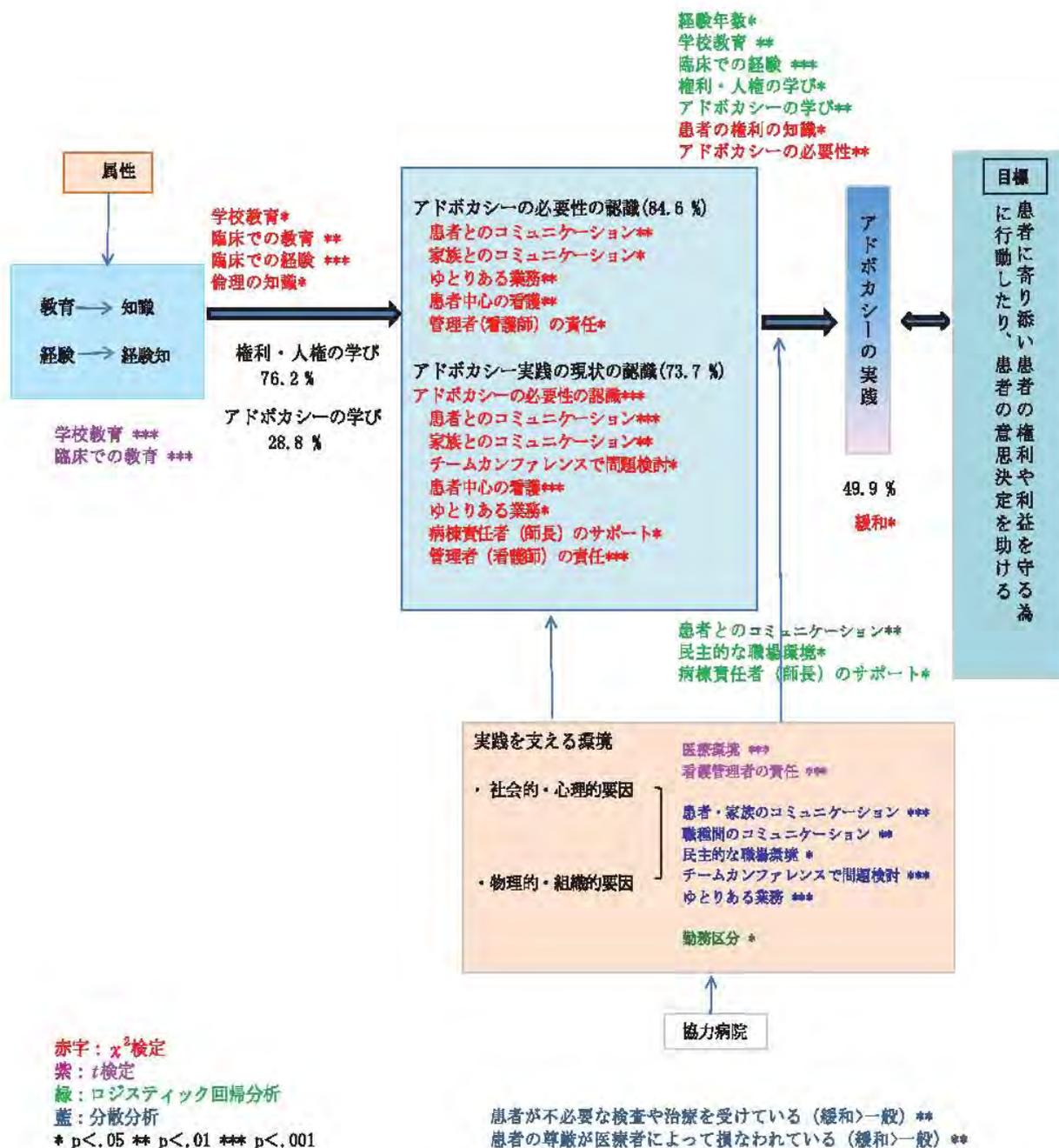


Figure 3-1-10 アドボカシー実践へのプロセス

患者に寄り添い、患者の権利や利益を守るために行動したり、患者の意思決定を助けるという目標に向かい、アドボカシー行動をすることが患者の well-being に繋がるのであるが、その目標に向かい臨床の看護師はどの程度アドボカシーの必要性を認識しアドボカシー実践をしているのか、また、アドボカシー実践に影響を及ぼす要因は何かについて考察をすすめていく。

全体像を概観すると8割以上の看護師はアドボカシーの必要性を認識し、かつ一般論として看護師はアドボカシー実践を現状ではしていると認識している。しかし、看護師個人が実際にアドボカシー実践をしているのは5割(n=365で49.9%, 無回答19.7%)である。アドボカシーを実践するためには学校教育でアドボカシーを学び、さらに臨床での研修や学会参加あるいは専門誌などで独学しながら知識を得ること、加えて臨床で実際にアドボカシー場面の経験を持つことが必要であること、アドボカシー実践をする前提にはアドボカシーの必要性を意識することであり、それには患者の権利や倫理( $\gamma = .70$ )に関する知識も必要であることを示唆している。また、臨床でアドボカシーを行うためには看護師の資質や看護実践力など個人に関連する要因はあるものの、アドボカシーの必要な状況が派生する根本的原因を考えれば、組織や体制など物理的・体制的な要因や個人を支える心理的な要因が大きく影響を及ぼすと考えられる。今回の結果では「民主的な職場環境」や「病棟責任者(師長)のサポート」がアドボカシー実践を促進する要因である可能性が示唆されている。臨床での経験(経験知)が重要であることは、アドボカシーについて学んだ上で、具体的で現実的な経験を重ねることが専門的知識や技術をアドボカシー実践の方略に活かしていくことが、アドボカシー実践をより高める事ができることを示唆している。このことからアドボカシー実践をより高めていくために看護基礎教育で何をどのように教えるか、臨床実習でどのように学習の機会を持つか、臨床との連携及び継続教育に向けた取り組みが必要と考えられる。

アドボカシーの必要性やアドボカシーを看護師が実践していると認識している看護師は、アドボカシー実践を支える環境について、体制的にはゆとりある業務ができる環境ではないとしながらも、患者中心の看護ができ、患者や家族と親密なコミュニケーションが取れると認識している。また、病棟責任者(師長)のサポートや管理的立場の看護師が責任を取ってくれると認識している。しかし、アドボカシー実践をしている看護師が半数であり、アドボカシーを支える環境の理想と現実には有意差があることから、Davis

(2002,2003)の結果と同じように、全体的にはアドボカシー実践をする環境は現実には不十分であると認識している。この現状は「患者中心の医療(看護)」が謳われて久しいのに具体的な行動に移すまでに十分その理念が浸透し実行されていない可能性がある。医師と看護師が患者の健康への回復に向けた関わりにおいて対等ではない関係や「民主的な職場環境」、「民主的な雰囲気」がないなどが影響していると考えられる。

## 2. 勤務部署での認識の相違

Benner(1984/井部他訳, 1992)の基本的な考えに則り、卒業後に働く部署での経験や研修が看護師個人の看護実践の考え方に影響を受けることを想定して働く部署別のアドボカシーの認識を比較した。その結果、緩和ケア病棟で働く看護師は一般病棟やICU・救急部門で働く看護師よりも、臨床でのアドボカシー教育や医療環境及び「患者中心の看護」は職場にあると認識していた。また、一般病棟やICU・救急部門の看護師は、医師が裁量権を持つ治療や検査に関することについて、看護師の立場からはアドボカシー実践ができにくいと認識していた。緩和ケア病棟で働く看護師は、Mallik(1997)のいう「モデルケース」に該当する「患者が不必要な検査や治療を受けている」や「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」状況に対しアドボカシー実践していることが明らかになった。この結果は緩和ケア病棟の設置基準（厚生労働省, 2002/恒藤, 2004）に由来する病棟の特質にも関係していると思われる。他部署とは違う比較的恵まれた環境の中で、患者の意思やニーズを尊重し患者のQOL(生命・生活の質)とwell-Beingを高める看護実践は、「患者本位の医療」の実現を可能にしていると推測される。この緩和ケア医療・看護のあり方を看護基礎教育（講義と臨床実習で）や臨床の場で推進していけばアドボカシー実践をより高めることが可能であると考えられる。

## 3. 看護師がアドボカシー役割を果たすことへの課題

今回の調査で看護師のアドボカシー役割は「患者と接する時間が長い/一番身近にいる」から「看護師の仕事」であるという認識であった。確かに欧米の文献にもそのような趣旨の意見が散見している(Kosik, 1972; Christy, 1973; Curtin, 1979; Jenny, 1979; Gadow, 1980; Nelson, 1988; Schaffer, 1988; Jezewski, 1993)。しかし一方で、患者アドボカシーを看護師の業務とすべきでないという議論もある(Ashby, 1987; Bramlett & Gueldner, et al, 1990)。従って、今回の調査の看護師の認識は他の医療スタッフ、患者や家族を含む一般の人々及び他職種などから社会的な合意が取れるかどうか問題になる。看護師自身がアドボカシー役割は看護師の役割と自負しても、特に直接的に係わる患者や家族が看護師の役割と認識していなければ看護師の存在価値は少なく、また組織の中で看護師の発言力がなければアドボカシーは効果がないと考えられる。そのためにもDavis・太田(1999)は組織としての倫理的問題の取り組みの重要性を指摘している。今回の調査でも「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」は必要ではあるが現実にはないという結果が

ら、臨床倫理委員会の設置をはじめとする組織化された公式のメカニズム作りが重要であると考えられる。

#### 4. アドボカシーを促進するための教育の課題

アドボカシーを促進する要因にアドボカシーの学びや倫理・患者の権利の知識に加え、臨床での経験(経験知)が重要であることが示唆された。しかし大西(2005)の倫理教育の現状の調査結果は、倫理に関する独立した教科目をもつ大学は43校中36校(83.7%)であるが、教科目名は看護倫理系(看護倫理学、看護の倫理)、生命倫理系(生命倫理論、生命と倫理)、医療系(医療概論、ターミナルケア、医療・科学技術倫理入門、医療の倫理)、哲学系(倫理学、看護哲学、人間学、法学)などさまざまな名称があり、時間数も0から31時間の幅があり、教育内容・教育方法とも手探り状態の現状で、9割以上の大学が看護倫理教育を充実させるべきと考えている。これは臓器移植や安楽死、生殖(受精卵の操作)や中絶などの生命倫理、医師の役割と関連する医学倫理、個人が決定しなければならない正し決断に関するジレンマに焦点を当てる医療倫理とは違う看護独自の倫理が確立していないこと(Davis, 1992; Bonnie, 1995)を示唆している。このような現状のうえ看護師が行う患者アドボカシー概念が未だ明確ではない中では、アドボカシーをどのように教えていけばよいかの課題が多々ある。

現在の看護基礎教育では生じている現象(倫理的問題)を敏感に感じ取る能力(倫理的感受性の育成)といくつかの価値の中から自分の行為を選択決定する能力など倫理的意思決定能力を高めることに主眼が置かれている(日本看護系大学協議会,2005)が、現実の実践の場では看護師自身が責任ある立場で倫理的意思決定をする機会は少ないし、倫理的意思決定をしても現場で反映されないことが多く、ジレンマやストレスを生じている

(Cameron & Schaffer, 1992; 岩田他, 2006; 中西他, 2003)。この現状は Chamblis (1996/浅野訳,2002)が指摘するように(病院ナースは思いやりのある人間であり、専門的職業人であり、組織内では比較的従属的な立場のメンバーである、ということを同時に満たすことを期待されているし、大抵は本人もそうあるべきだと思っている,p84)病院における看護師の存在の特殊性のため看護師個人が倫理的問題に対処することが困難である、あるいは解決に至らないため行動しないと考えられる。従って、学びと現実の乖離が大きければ、教育の学びは理想論でしかないという観念を植え付けてしまう危険性があり、アドボカシー実践をすることをためらったり避けたりする可能性が起きると推測される。いかに

学生に患者のアドボケイトとして役割を果たすことの意義を追求できるようにするかである。倫理問題を内包する看護事例を用いた演習や臨床の場で患者から学べる（経験知）教育プログラムを如何にして構築していくかである。

#### 本節のまとめ

我が国の看護師が行う患者のアドボカシーの実態を検討した結果、アドボカシーの必要性の認識は高いが（84.6%）、アドボカシーの実践は5割であった。アドボカシー実践をしない主な要因は、①アドボカシー実践を支える環境が整っていないこと（特に民主的な職場環境がない、ゆとりある業務ができない、日常業務のための臨床倫理委員会の設置がない）、②学校教育や臨床の場での教育（研修）で、アドボカシーを学んでいないことが考えられた。

## 第2節 アドボカシー実践の要因である患者の権利に関する看護師の認識

## 1. 研究目的

第1節において臨床現場で働いている看護師が、患者に寄り添いアドボカシーを実践する要因の一つとして教育や経験の重要性について述べた。その中で患者の権利についての知識が重要であることが確認された。そこで本節では「患者の権利」をさらに具体的レベルで看護師がどのように認識しているかについて検討することと、選定した権利の内包している構成要素（因子）を明確にし、その構成要素と教育や経験との関連について検討することを目的とする

## 2. 調査内容

米国の看護倫理学者の Fry(Fry,S.T.& Johnstone,J.(1994); Fry,S.T./片田他訳,2000)によると看護師のアドボカシーが行われる背景には3つのモデルが考えられるとして「Models of Nurse Advocacy」を提案している（Figure 3-2-1）。

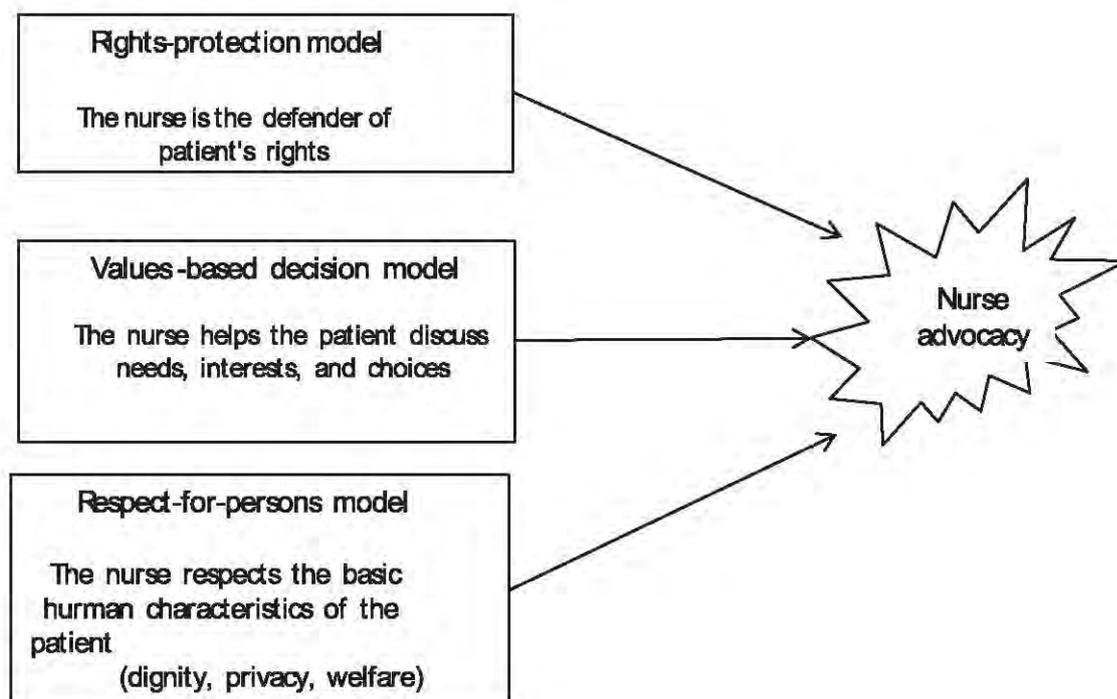


Figure 3-2-1 Models of nurse advocacy, Fry,S.T.& Johnstone,M.J.(1998)P.38.

1つは権利擁護モデル(Right-protection model)である。これは、ヘルスケア・システムの中で、看護師は患者の権利を守る人(患者の権利の擁護者)として捉えられている。看護師は患者の権利について患者に説明し、患者がこれらの権利について理解したことを確認し、患者の権利に侵害があった場合はそれを患者に報告し、患者の権利の侵害を防ぐ役割があるとするものである。このモデルでは看護師は患者の人権や道徳的権利の仲裁役として捉えられている。第2は患者の価値による意思決定モデル(Values-based decision model)である。ここでは患者が自分の価値観や生活スタイルに沿って自分のニーズや関心事が選択できるよう、あるいは話せることを助ける人として看護師が捉えられ、患者と話し合いながら援助する必要性を示している。看護師は患者に意思決定や価値を強要せずに患者自身の信念や価値に最も近い形で、いろいろな医療の選択肢の持つ利点や欠点を患者が検討できるように相談しながら援助することである。第3は人としての尊厳を重視するモデル(Respect-for-persons model)で、患者を一人の人間として尊重する立場から、看護師は代理人として患者の基本的な人権即ち患者の人としての尊厳、プライバシー、幸福を守るために活動すべきという考え方である。つまり、患者が選択の意思表示ができないような状態のときは、患者が病気になる前に言っていた、あるいは患者の代わりに決定する者等が言うように患者の幸福について代弁する。患者の幸福や利益について主張することのできる人が誰もいない場合は、看護師はできる限り患者にとって最も良いと思われることを行い、患者が病気の間、大切な人間としての価値が守られるように責任を遂行する役割がある、というものである。また、「患者の権利を守る」という枠組みとして、①臨床という組織のなかで治療に対する決定権を持つ医師の権利(裁量権)が優先されるときに患者にとって不利益をもたらす場合に患者の権利を守る、②患者自身の考え方(信念・価値観)を守る、③患者の基本的な人権を守る、という3つの視点があることを示している。

しかし、この3つの視点以外にもアドボカシーに結びつく患者の権利の視点が存在する可能性がある。そこで我が国の看護師がアドボカシー実践に影響を及ぼす要因について明らかにするためにこのモデルの3つの視点を参考に、患者の権利についてアメリカ病院協会による「患者の権利章典」、世界医師会総会による「患者の権利に関するリスボン宣言」(1981,1995年改正)、「英国患者憲章」(1997)、WHOヨーロッパ地域事務所による「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」(1994)、日本の患者の権利法を作る会による「患者の権利法要綱案」(2002)より患者の権利に対する項目から、臨床の場で現実的に起こりうる状況の権利を25項目選択し、探索的な調査を行った。

25項目の患者の権利に対して「看護師は理想としてどの程度係わるべきか」と「看護師はどの程度実際に係わっているか」の理想と現実についての認識を明らかにするために、「1. 全くない」、「2. たまに」、「3. たいてい」、「4. 常に」の4件法で回答を求めた。得点が高いほど質問に対して賛意を表せるように「1. 全くない」の1点～「4. 常に」の4点を与え得点化した。

### 3. 調査方法

研究協力者、調査方法や調査期間は第1節と同じである。

### 4. 調査結果

#### (1) 理想と現実の平均値の差

25項目の権利の「看護師の権利への理想の係わり」と「看護師の権利への実際の係わり」の平均値はすべての権利において理想が高く、対応ある  $t$  検定の結果もすべての項目において統計的に有意差があった ( $p < 0.001$ ) (Table 3-2-1)。

Table 3-2-1

患者の権利への係わりについての理想と現実（平均値の差の大きい順）

患者の権利	理想のM(SD)	現実のM(SD)	Mの差(SD)	$\gamma$	df	t値
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	3.35(0.80)	1.96(0.99)	1.40(1.05)	0.33 ***	317	23.83 ***
15 看護・治療計画に参加する権利	3.75(0.52)	2.61(0.95)	1.14(0.95)	0.26 ***	322	21.48 ***
24 リビング・ウイルを実行してもらう権利	3.58(0.65)	2.63(0.97)	0.96(0.95)	0.37 ***	292	17.37 ***
20 代理人に意向を託す権利	3.51(0.71)	2.55(0.92)	0.96(0.92)	0.38 ***	316	18.59 ***
18 臨床試験の参加、不参加の権利	3.21(0.93)	2.25(1.07)	0.95(1.07)	0.44 ***	320	15.98 ***
25 信仰・宗教儀式を行う権利	3.36(0.85)	2.47(1.01)	0.89(0.98)	0.45 ***	315	16.11 ***
17 同意したことを変更する権利	3.52(0.70)	2.64(0.88)	0.88(0.92)	0.33 ***	322	17.04 ***
19 治療をやめる・拒否する権利	3.49(0.74)	2.62(0.91)	0.87(0.87)	0.45 ***	321	17.97 ***
22 尊厳死の権利	3.72(0.56)	2.85(0.92)	0.86(0.86)	0.41 ***	316	17.99 ***
16 治療を自分で選択する権利	3.57(0.65)	2.70(0.81)	0.86(0.83)	0.36 ***	320	18.47 ***
23 延命治療拒否の権利	3.57(0.69)	2.73(0.91)	0.85(0.91)	0.37 ***	316	16.57 ***
21 孤独死を迎えない権利	3.59(0.65)	2.75(0.91)	0.84(0.86)	0.43 ***	316	17.41 ***
4 医療ミスの被害を知らされる権利	3.52(0.72)	2.79(0.89)	0.74(0.81)	0.52 ***	18	16.45 ***
2 治療選択肢を知らされる権利	3.55(0.64)	2.80(0.75)	0.74(0.76)	0.41 ***	327	17.75 ***
7 深刻な病名を知らされる権利	3.27(0.90)	2.59(0.88)	0.68(0.90)	0.49 ***	322	13.5 ***
3 症状を詳細に知らされる権利	3.47(0.71)	2.79(0.69)	0.68(0.80)	0.34 ***	324	15.36 ***
8 悪い予後を知らされる権利の遵守	3.21(0.89)	2.54(0.89)	0.66(0.94)	0.48 ***	320	13.15 ***
11 知りたくない情報は告げられない権利	3.59(0.63)	2.93(0.84)	0.66(0.81)	0.42 ***	316	14.58 ***
5 副作用や危険性を知らされる権利	3.55(0.68)	2.94(0.74)	0.63(0.77)	0.41 ***	322	14.57 ***
6 一般的に病名を知らされる権利	3.35(0.88)	2.77(0.94)	0.57(0.88)	0.53 ***	322	11.75 ***
14 抑制されない権利	3.66(0.55)	3.14(0.75)	0.52(0.72)	0.41 ***	421	12.85 ***
10 わからないことを質問する権利	3.85(0.39)	3.33(0.68)	0.51(0.68)	0.28 ***	324	13.57 ***
13 痛みから解放される権利	3.83(0.44)	3.35(0.67)	0.48(0.65)	0.37 ***	325	13.39 ***
1 個人情報に他人に漏らされない権利	3.91(0.32)	3.49(0.62)	0.42(0.59)	0.34 ***	330	12.85 ***
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.92(0.29)	3.52(0.62)	0.40(0.61)	0.24 ***	326	11.82 ***

\*\*\* p&lt;.001

即ち 25 項目すべての権利に係わる必要性はあるが、現実には理想通りには係わっていないと認識していた。理想と現実の平均値の差が小さい項目は「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「個人情報に他人に漏らされない権利」、「痛みから解放される権利」、「わからないことを質問する権利」、「抑制されない権利」であり、逆に理想と現実の平均値の差が大きい項目は「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「リビング・ウイルを実行してもらう権利」、「代理人に意向を託す権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」であった。理想の平均値が天井効果を示すような高得点をみると（平均値の幅は 3.21-3.92 で差がほとんどない）、看護師は患者の権利について理想では常に係わりたいと考えている。しかし、現実の得点幅をみると 1.96-3.52 で、患者の権利への係わりに差があり、平均値の差が大きい項目をみると「自分のカルテや看護記

録を見る権利」や「看護・治療計画に参加する権利」の治療への主体的な参加や、「リビング・ウィルを実行してもらい権利」、「代理人に意向を託す権利」の尊厳死への係わりは出来ていないと考えていることが分かった。また、理想と現実の高い上位5は Table 3-2-1 に示す平均値の差が小さい項目と同じで、「抑制されない権利」や「痛みから解放される権利」など基本的人権に関するもので両方に差はなかった。理想と現実のそれぞれの平均値の低い下位5は Figure 3-2-2 の通りで、治療への主体的参加への係わりができていなかった。

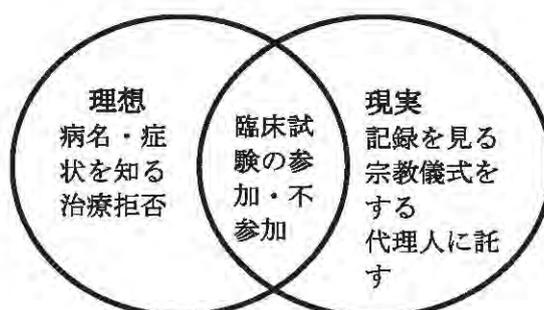


Figure 3-2-2 患者の権利への係わりの理想と現実の下位5

## (2) 勤務区分による看護師の認識の差

看護師が患者の権利にどの程度実際に関わっているか（看護師の権利への現実の係わり）について勤務区分で差があるか一元配置分散分析をした結果、「治療選択を知らされる権利」(F=3.81,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )、「症状を詳細に知らされる権利」(F=3.94,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )、「自分のカルテや看護記録を見る権利」(F=3.89,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )、「知りたくない情報は告げられない権利」(F=4.56,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、「抑制されない権利」(F=5.86,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、「同意したことを変更する権利」(F=4.93,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、「治療をやめる・拒否する権利」(F=3.61,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )、「代理人に意向を託す権利」(F=5.83,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、「孤独死を迎えない権利」(F=5.11,  $df=2$ ,  $p<0.01$ )、「尊厳死の権利」(F=8.57,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )、「延命治療拒否の権利」(F=18.68,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )、「リビング・ウィルを実行してもらい権利」(F=16.30,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )、「信仰・宗教儀式を行う権利」(F=12.19,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )の13項目に主効果がみられ、その後の検定 (Tukey HSD 多重比較) の結果では緩和看護師が一般看護師、ICU・救急看護師よりこれらの権利に係わっていると認識していた（「治療をやめる・拒否する権利」、「自分のカルテや看護記録を見

る権利」は緩和看護師とICU・救急看護師に認識の違いがみられたが一般看護師とは差はなかった) (Table 3-2-2)。

Table 3-2-2

患者の権利への現実の係わりの勤務区分比較

患者の権利	勤務区分			主効果のp値	勤務区分間の多重比較の結果
	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和 M(SD)		
2 治療選択肢を知らされる権利	2.77(0.73)	2.70(0.76)	3.03(0.76)	p<.05	緩和>一般>ICU・救急
3 症状を詳細に知らされる権利	2.75(0.70)	2.73(0.68)	3.02(0.62)	p<.05	緩和>一般>ICU・救急
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	1.93(0.99)	1.80(0.93)	2.26(1.00)	p<.05	緩和>ICU・救急, 一般とはn. s.
11 知りたくない情報は告げられない権利	2.86(0.87)	2.85(0.78)	3.22(0.77)	p<.05	緩和>一般>ICU・救急
14 抑制されない権利	3.09(0.76)	3.02(0.76)	3.43(0.65)	p<.01	緩和>一般>ICU・救急
17 同意したことを変更する権利	2.61(0.89)	2.49(0.85)	2.95(0.87)	p<.01	緩和>一般>ICU・救急
19 治療をやめる・拒否する権利	2.63(0.92)	2.43(0.85)	2.84(0.12)	p<.05	緩和>ICU・救急, 一般とはn. s.
20 代理人に意向を託す権利	2.53(0.90)	2.35(0.94)	2.88(0.87)	p<.01	緩和>一般>ICU・救急
21 孤独死を迎えない権利	2.71(0.89)	2.62(0.90)	3.09(0.91)	p<.01	緩和>一般>ICU・救急
22 尊厳死の権利	2.77(0.92)	2.72(0.92)	3.29(0.82)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
23 延命治療拒否の権利	2.66(0.85)	2.46(0.91)	3.33(0.81)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
24 リビング・ウイルを実行してもらう権利	2.52(0.93)	2.39(0.97)	3.26(0.81)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
25 信仰・宗教儀式を行う権利	2.39(1.00)	2.26(0.91)	3.04(0.96)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急

### (3) 患者の権利の構成要素

25項目の患者の権利がどのような構成要素で成り立っているかを看護師の患者の権利への現実の係わりから、欠損値処理を行った後のN=270を対象に因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。因子分析を行う場合に患者の権利25項目について、①天井・床効果項目の削除、②項目間の相関が強い( $\gamma=0.80$ 以上)場合はどちらかの項目を削除、③すべての因子に0.40以上の負荷量であること、の基準を定めた。①については、平均点が80%程度(満点4点なので $\approx 3.2$ )を越える項目、20%( $\approx 0.8$ )を下回る項目を目安に、平均値(M)と標準偏差(SD)から検討し、歪度及び尖度やヒストグラムを確認したところ、「個人情報他人に漏らされない権利」(平均値3.50(SD 0.63),歪度-0.95,尖度

0.30)「痛みを遠慮なく表現できる権利」(平均値 3.53(SD 0.61),歪度-0.92,尖度 0.16)の2項目が天井効果を呈し分布にも偏りがあったので削除した (Table 3-1-3)。

Table 3-1-3

患者の権利への現実の係わりの偏りの検討

権利項目	N=270			
	M	SD	M+SD	M-SD
1 個人情報に他人に漏らされない権利	3.50	0.63	4.12	2.87
2 治療選択肢を知らされる権利	2.84	0.75	3.59	2.09
3 症状を詳細に知らされる権利	2.82	0.67	3.49	2.16
4 医療ミスの被害を知らされる権利	2.82	0.86	3.68	1.96
5 副作用や危険性を知らされる権利	2.95	0.73	3.68	2.21
6 一般的に病名を知らされる権利	2.81	0.92	3.73	1.89
7 深刻な病名を知らされる権利	2.63	0.86	3.49	1.77
8 悪い予後を知らされる権利	2.56	0.88	3.44	1.68
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	1.98	0.98	2.96	1.00
10 わからないことを質問する権利	3.34	0.66	4.00	2.68
11 知りたくない情報は告げられない権利	2.93	0.83	3.77	2.10
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.53	0.61	4.14	2.92
13 痛みから解放される権利	3.36	0.64	4.00	2.72
14 抑制されない権利	3.17	0.73	3.90	2.44
15 看護・治療計画に参加する権利	2.66	0.94	3.60	1.72
16 治療を自分で選択する権利	2.74	0.78	3.51	1.96
17 同意したことを変更する権利	2.68	0.87	3.55	1.81
18 臨床試験の参加、不参加の権利	2.26	1.06	3.32	1.20
19 治療をやめる・拒否する権利	2.63	0.89	3.52	1.74
20 代理人に意向を託す権利	2.57	0.90	3.47	1.66
21 孤独死を迎えない権利	2.76	0.91	3.67	1.85
22 尊厳死の権利	2.89	0.90	3.79	1.99
23 延命治療拒否の権利	2.78	0.90	3.68	1.88
24 リビング・ウイルを実行してもらう権利	2.66	0.96	3.61	1.70
25 信仰・宗教儀式を行う権利	2.50	0.99	3.49	1.50

②については「深刻な病名を知らされる権利」と「悪い予後を知らされる権利」の相関が強い ( $\gamma=0.90$ ) ので、「悪い予後を知らされる権利」を削除した。③については、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「代理人に意向を託す権利」の3項目を削除した。19項目を因子分析(主因子法・プロマックス回転)し、固有値、スクリープロット、解釈可能性などから4因子解を採用した (Table 3-2-4)。

各因子のクロンバック  $\alpha$  係数は 0.73~0.89 (全体の  $\alpha$  係数は 0.92) より内的整合性はあり、因子間相関はほとんどが 0.50 以上であった。

Table 3-2-4

患者の権利の因子分析（主因子法、プロマックス回転）

患者の権利	抽出因子				h <sup>2</sup>
	I	II	III	IV	
第I因子；QOL(生命の質)の尊重 ( $\alpha=0.89$ )					
22 尊厳死の権利	0.94	-0.06	-0.09	0.04	0.76
24 リビングウィルを実行してもらう権利	0.82	0.03	-0.05	0.03	0.68
23 延命治療拒否の権利	0.75	0.09	0.07	-0.07	0.66
21 孤独死を迎えない権利	0.74	-0.10	0.06	0.10	0.62
25 信仰・宗教儀式を行う権利	0.58	0.06	0.11	-0.02	0.47
第II因子；知らされる権利 ( $\alpha=0.86$ )					
6 一般的に病名を知らされる権利	-0.03	0.95	-0.09	-0.15	0.68
7 深刻な病名を知らされる権利	0.04	0.82	-0.07	-0.17	0.54
5 副作用や危険性を知らされる権利	-0.08	0.63	0.12	0.18	0.59
3 症状を詳細に知らされる権利	0.09	0.59	-0.04	0.20	0.53
2 治療選択を知らされる権利	0.00	0.55	0.11	0.14	0.50
4 医療ミスの被害を知らされる権利	-0.01	0.52	0.10	0.10	0.41
第III因子；治療への主体的参加 ( $\alpha=0.87$ )					
17 同意したことを変更する権利	-0.09	-0.09	0.88	0.20	0.79
18 臨床試験の参加、不参加の権利	0.01	0.01	0.88	-0.20	0.63
19 治療を止める・拒否する権利	0.24	0.03	0.71	-0.11	0.72
16 治療を自分で選択する権利	0.09	0.14	0.56	0.05	0.57
第IV因子；快の保証 ( $\alpha=0.73$ )					
13 痛みから解放される権利	0.02	-0.14	-0.05	0.79	0.58
14 抑制されない権利	-0.03	-0.02	-0.06	0.65	0.36
10 わからないことを質問する権利	0.07	0.05	0.00	0.60	0.45
11 知りたくない情報は告げられない権利	0.03	0.12	-0.02	0.53	0.36
因子間相関	I	II	III	IV	
I	—	0.51	0.68	0.56	
II		—	0.66	0.47	
III			—	0.55	
IV				—	

因子の命名として第I因子は5項目で、尊厳死、延命治療の拒否や孤独死を迎えないなどの項目で構成されているので【QOL(生命の質)の尊重】、第II因子は6項目で、病名や症状・副作用・危険性などを知らされる権利などの項目で構成されているので【知らされる権利】、第III因子は4項目で、同意したことを変更する、臨床試験の参加、不参加、治療をやめる・拒否するなどの項目で構成されているので【治療への主体的参加】、第IV因子は4項目で、痛みから解放される、抑制されないなどの項目で構成されているので【快の保証】と命名した。

#### (4) Fryの「Models of Nurse Advocacy」からアドボカシーの構成要素の検証

アドボカシーが4因子(構成要素)をどの程説明するかを共分散構造分析(最尤法)による探索的分析を行い、その後修正指数の高かった誤差を仮定して再度分析をした結果は

Figure 3-2-3の通りであった。パス係数（標準化係数の推定値）はすべて0.40以上であり、決定係数も0.45以上で説明量も良く、モデルの適合度指標もGFI=0.881、AGFI=0.846、CFI=0.929、RMSEA=0.072でAIC=436.833であった。次にFryの提唱する「看護師アドボカシーのモデル」の内「人としての尊重」項目は「QOLの尊重」と「快の保証」の項目に含まれると仮定して共分散構造分析（最尤法）（検証的分析）を行った結果はFigure 3-2-4の通りであり、モデルの適合度指標のAICが435.644と低下し改善したが、4因子構造とFryのモデルとは適合度において差がほとんどないことから、本調査の結果得られた4因子は基本的にFryの提案していたアドボカシーの構成要素と概念構成としては一致していることが検証された。しかし、Fryのいう「人としての尊重」は、生活全体の質という「QOLの尊重」とともに、病気を持つという対象の特性を考えると痛みや辛さが伴うので「快の保証」という2要因が含まれることが明らかになり、この2要因を分けて考えた方がアドボカシーの概念構成モデルとしてはより明確にできるのではないかと考えられる。

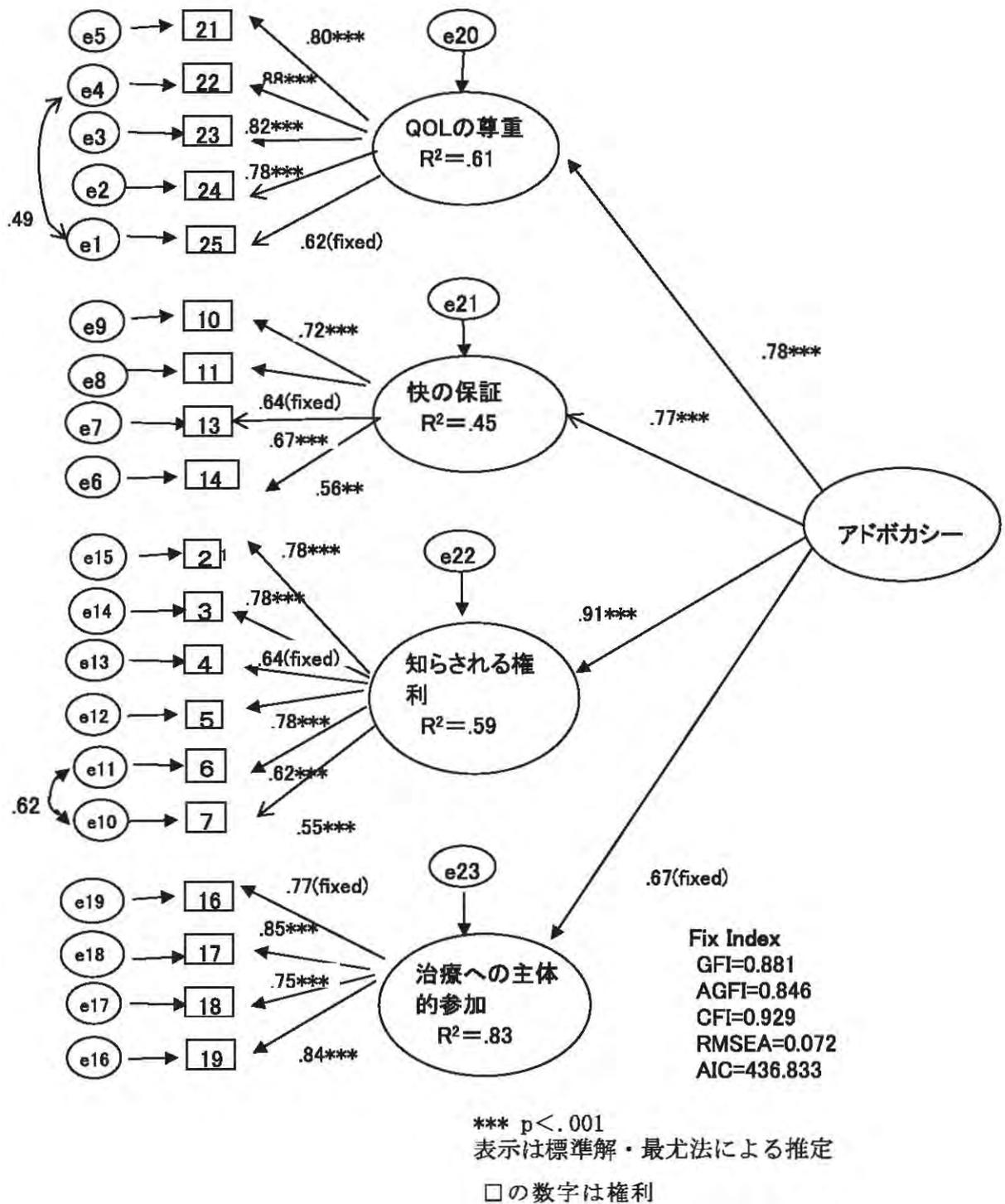


Figure 3-2-3 4因子のアドボカシーモデル

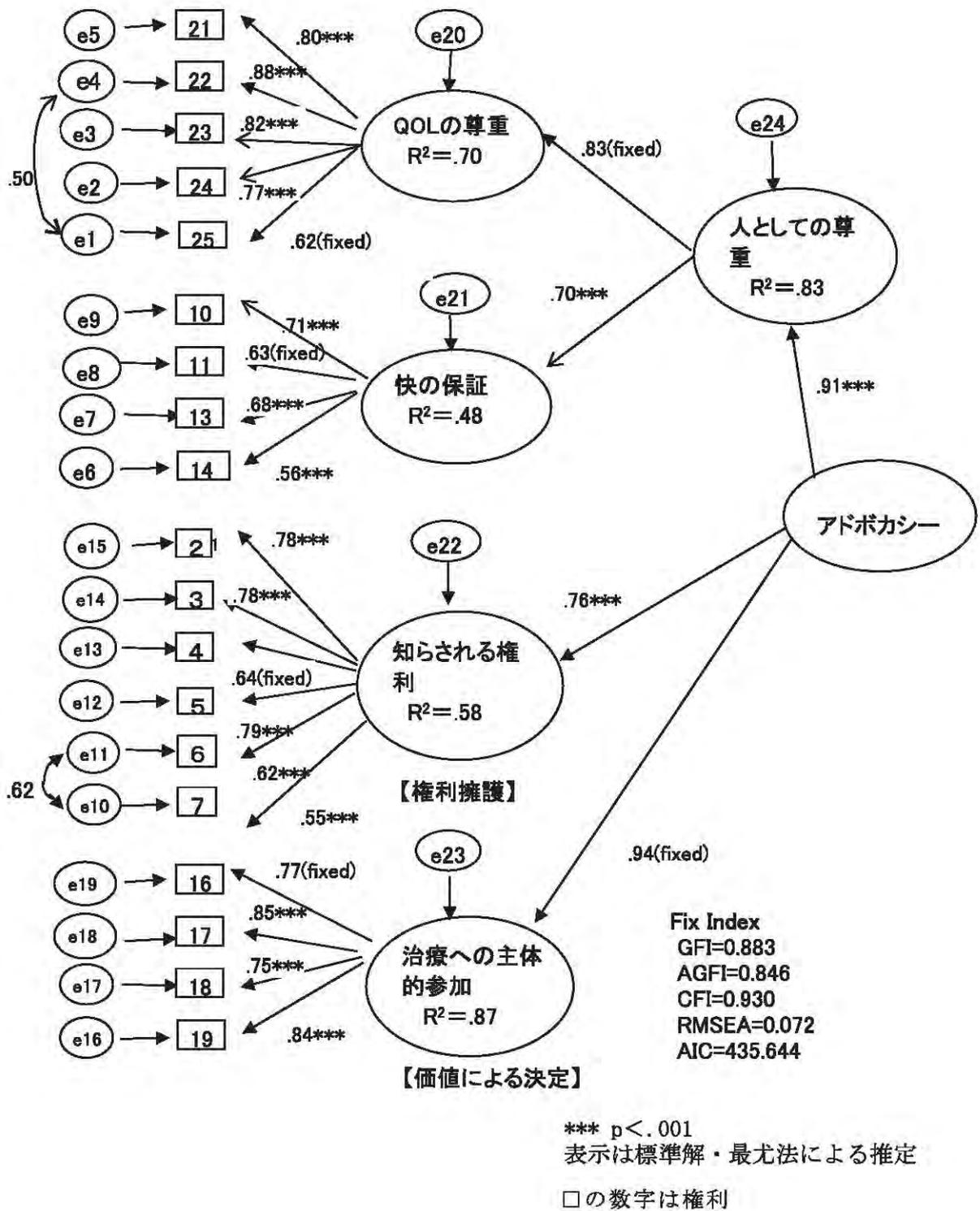


Figure 3-2-4 Fryのアドボカシーモデル

一方4因子の各項目の得点を単純加算し、合計得点を各因子の得点（変数）とした因子間の相関係数も相互に関連があり（Table 3-2-5）、4因子がアドボカシー概念を説明する下位概念であることが検証される。

Table 3-2-5

## アドボカシーの構成要素間の関連

	QOL(生命の質)の尊重	知らされる権利	治療への主体的参加	快の保証	アドボカシー
QOL(生命の質)の尊重	1	0.48 **	0.66 **	0.47 **	0.85 **
知らされる権利		1	0.61 **	0.40 **	0.81 **
治療への主体的参加			1	0.43 **	0.86 **
快の保証				1	0.66 **
アドボカシー					1

\*\* p&lt;0.01

看護師による患者のアドボカシーは患者の基本的人権の側面と臨床現場の特殊な権利に大きく分けられ、基本的人権としてQOLの尊重、快の保証（苦痛の回避）、医療の場における知る権利と参加する権利があげられる。このことから、看護師による患者アドボカシーはQOLを尊重し肉体的・精神的な苦痛から解放し快を保証していきながら、人として尊重することである。そのためにも治療や検査について様々な情報を知らせ、患者が知らされた情報から選択肢を選び決定し、主体的に医療に参加できるように支援していくことと定義づけられる可能性が示唆された。

## （5）アドボカシー実践の勤務区分による比較

看護師の患者へのアドボカシーが【QOL(生命の質)の尊重】、【快の保証】、【知らされる権利】、【治療への主体的参加】への活動として捉え、アドボカシー実践を勤務区分で比較する（一元配置分散分析）と【QOL(生命の質)の尊重】(F=16.53, df=2, p<0.001)、【治療への主体的参加】(F=3.811, df=2, p<0.05)、【快の保証】(F=5.99, df=2, p<0.01)に主効果が見られ、その後の検定(Tukey HSD)では緩和看護師が一般及びICU・救急看護師より【QOL(生命の質)の尊重】、【治療への主体的参加】、【快の保証】についてアドボカシー実践をしていると認識していた（Table 3-2-6）。【知らされる権利】については勤務区分による影響はなかった。

Table 3-2-6

アドボカシー要素の勤務区分比較

	勤務区分				主効果の p値	勤務区分間の多重比較 の結果		
	一般	M(SD)	ICU・救急 M(SD)	緩和			M(SD)	
QOL (生命の質) の尊重	13.11	(3.81)	12.54	(3.60)	16.11	(3.37)	p<.001	緩和>一般>ICU・救急
快の保証	12.62	(2.16)	12.49	(1.94)	13.69	(2.13)	p<.01	緩和>一般>ICU・救急
治療への主体的参加	10.08	(3.11)	10.00	(2.88)	11.33	(3.08)	p<.05	緩和>一般>ICU・救急

## (6) アドボカシー実践に影響を及ぼす看護師の要因

4 因子のアドボカシー実践が看護師のどの要因に強く影響を及ぼすかを見るため、看護師の属性、「権利・人権の学び」、「アドボカシー・権利擁護の学び」、「教育を受けてきた」、「現場での教育の実際」、「現場での経験の実際」と勤務区分を独立変数、各因子に含まれる権利項目の得点を単純加算し合計得点を各因子の変数としたものを従属変数にして重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。属性の年齢と経験年数は相関が非常に強い ( $\gamma=0.86$ ) ので年齢は投入せず、さらに修得した学位は該当数が少ないこと (13.4%)、性別では偏り (男性が 2.7%) があるので投入しなかった。その結果、【QOL(生命の質)の尊重】と権利・人権の学び ( $\beta=0.14, p<.05$ )、勤務区分 ( $\beta=0.23, p<.001$ ) は正の関係、経験年数 ( $\beta=-0.12, p<.05$ ) とは負の関係だった ( $R^2=0.09, p<.001$ )。【快の保証】と勤務区分 ( $\beta=0.16, p<.01$ ) は正の関係、教育を受けてきた ( $\beta=-0.23, p<.001$ ) は負の関係だった ( $R^2=0.07, p<.001$ )。【知らされる権利】とアドボカシー・権利擁護の学び ( $\beta=0.15, p<.05$ ) は正の関係、現場での教育の実際は ( $\beta=-0.14, p<.05$ ) は負の関係だった ( $R^2=0.05, p<.001$ )。【治療への主体的参加】とアドボカシー・権利擁護の学び ( $\beta=0.19, p<.001$ ) は正の関係、経験年数 ( $\beta=-0.16, p<.05$ ) とは負の関係だった ( $R^2=0.91, p<.001$ ) (Table 3-2-7)。

Table 3-2-7

アドボカシー要素に影響を及ぼす要因

独立変数	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )			
	従属変数			
	QOL (生命の質) の尊重	快の保証	知らされる権利	治療への主体的参加
学びの有無				
権利・人権の学び	.14*			
アドボカシーの学び			.15*	.19**
教育・経験				
教育を受けてきた		-.23***		
現場での教育の実際			-.14*	
経験年数	-.12*			-.16*
勤務区分	.23***	.16**		
調整済みR <sup>2</sup>	.09***	.07***	.05***	.05***

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

## 5. 考察

### (1) アドボカシーの構成要素(看護師のアドボカシー)

19項目の権利の因子分析から【QOL (生命の質) の尊重】、【快の保証】、【知らされる権利】、【治療への主体的参加】の4因子が抽出され、4因子を共分散構造分析した結果アドボカシーの構成要素であることが検証された。Fryの看護師アドボカシーモデルは3要素で構成されているが、日本では4要素で構成されている。Fryの看護師アドボカシーモデルの「人としての尊厳を重視するモデル」は【QOL (生命の質) の尊重】と【快の保証】を包含している可能性がある。「価値に基づく意思決定モデル」は患者の意思決定に際して、病名・症状や治療内容（副作用や危険性を含め）を知らされ、治療を受けるか受けないかを自分で決めることであるので【知らされる権利】、【治療への主体的参加】に該当する可能性が推定される。今回抽出された患者の権利の構成要素は、基本的人権としての「人としての尊厳」と医療における「患者としての権利」の存在が明示されている (Figure 3-2-5)。人として尊厳されることの中には、【QOL (生命の質) の尊重】と【快の保証】がある。Twycross(1999)によればQOL(Quality of Life)とは「生活に対する個人の主観的な満足であり、人間性のすべての側面—身体的、精神的、社会的、霊的な側面—によって影響を受けるもの」と理解されている。また、人としての苦痛は身体的・精神的 (情緒的) ・社会的・霊的な全人的ものでありそれぞれの苦痛は影響し合い、何よりも激しい身体的な痛み (苦痛) は人間として生存することを否定したり人格の崩壊を招く

ような状況になる (Lugton, 1997) ことを考えれば、病院で治療が優先されていないがしろにされる可能性のある苦痛の回避 (快の保証) は、生命の質を高めることであり日々どのように生き暮らすかという生活の質をも高めることになる。また、治療という名の下に激痛を伴うような処置や検査が行われるとするとそのことも問題である。すなわち【快の保証】は【QOL (生命の質) の尊重】と共に人としての尊厳を守ることを示唆している。一方、Chambliss(1996)のいうように病院は特殊な組織—専門職の集合体の官僚機構・権威組織であり医療提供システム—であるため、病気で入院することで派生する「患者としての権利」がある。これには患者からすると【知る権利】と【参加する権利】である。これらは日常では保障されている権利ではあるが、医療の場という非日常的な環境では必ずしも保障されない可能性のあることを示唆している。結論として人としての尊厳を重視し患者としての権利を守ることは「患者中心の看護」を実践することでありそれが看護師のアドボカシーであると考えられる。

調査結果から Figure 3-2-5 の構図が考えられる。

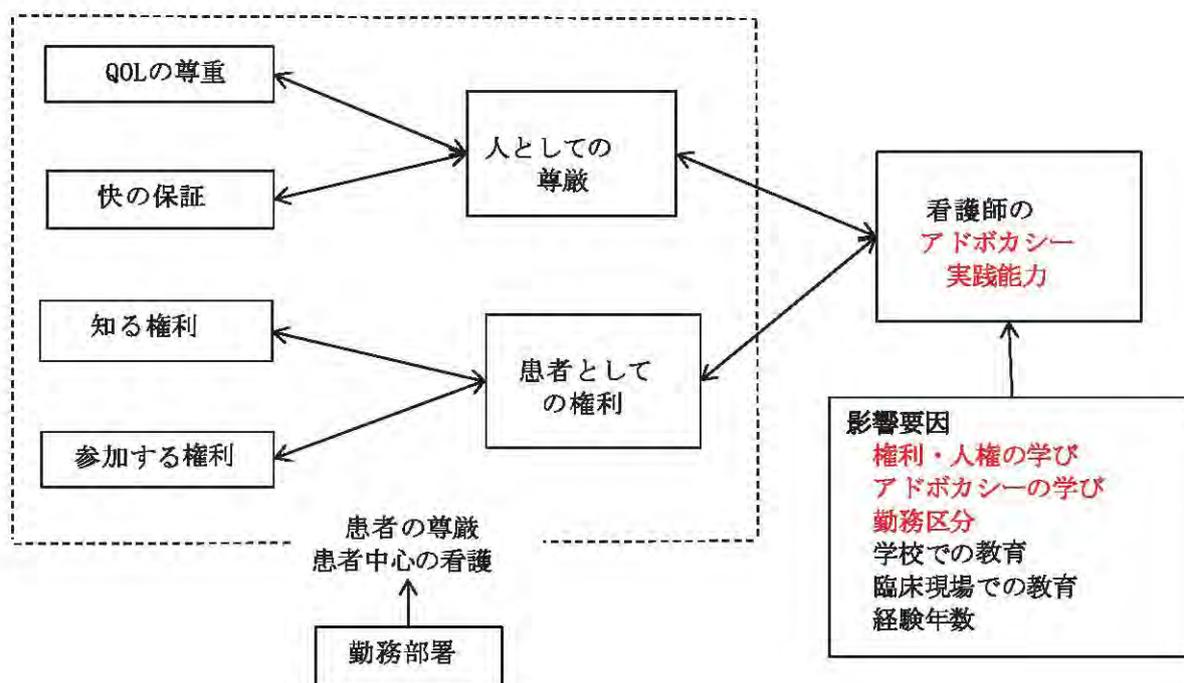


Figure 3-2-5 権利の構成要素と看護師のアドボカシーとの関連図

権利について Annas(1989)は3種類の権利があると述べている。一つはもし裁判になれば現行の法律で支持される法的権利（請求権）、二つ目は裁判になればおそらく法律で支持される適法と思われる権利、最後は法的には認知されていないが人間としての尊厳を保持するうえで非常に重要な人権である。法的権利は人に与えられた、国の承認と援助により他人の行動をコントロールすることのできる権利（力）であり、人権とは人間の本質とニーズを政治的あるいは哲学的概念に基づいた法のあるべき姿で、法律で認められるまでもなくもとから存在しているものであると明言している。この見解からすれば看護師が行うアドボカシーは一つには患者の人権に係わり、一方では医療現場で派生する患者への身体的・精神的・社会的（ときに霊的）な侵害から自ら守るための患者の権利にも関わっているのである。また、スウェーデンのように第3者（オンブズマンやそれに類似した役割を持つ職員）がアドボケイトとして設定されているようなところでも、看護師は患者アドボカシーを行っていることが示されている（Segesten,1993）ことから、看護師が行うアドボカシーは「患者の側に立った看護」を象徴していると考えられる。

看護師がアドボカシー役割を持つこと対しての賛否両論あることを第1章で示したが、看護師が医療現場での患者の権利について問題意識をもち病院での患者の立場を改善していくことは看護師の重要な役割であると考えられる。

## （2）アドボカシーに影響を及ぼす要因

アドボカシーを構成する4要素（因子）を看護師の属性（卒業した看護学校・経験年数）、権利・人権の学び、アドボカシーの学び、教育を受けてきた、現場での教育の実際および現場での経験の実際、勤務区分で重回帰分析した結果、権利・人権及びアドボカシーを学ぶことや、勤務部署での違いが看護師のアドボカシー実践の促進に影響を及ぼす可能性が示唆された。一方、学校や臨床の場で教育を受けることや臨床経験を積むことがアドボカシー実践に消極的になる可能性が示唆された。【QOL(生命の質)への係わりと経験との負の関係は法的な問題を含むため経験だけでは係わりにくいと推測される。【快の保証】と教育との負の関係は基本的人権の問題であり教育とは直接的に関係ないと考えられる。【知らされる権利】と現場での教育との負の関係は、係わる内容が医師の裁量によるところが大きいいため、直接的には看護師が係わりにくい領域である。本章第1節の考察で少し触れたがアドボカシー行動をするための看護師の意思決定が反映されにくい環境では、逆に看護師のジレンマになりアドボカシー実践を避ける状況を示唆しているとも考えられ、アドボカシーを行うためには看護師にもそれなりの権限が与えられなければならないことを示

峻した結果で、「何をなすべきか」を問う前に「何ができるか」を考えなければならないことを意味していると考えられる。しかし、患者の生死に関わる問題(QOL)や回復の見込みのない患者に苦痛を与える処置や治療を施すことの問題は医師の特権で判断されることではなく(Chambliss,1996)、患者の自律や尊厳といった類の問題であり、看護師を含めすべての関係者が決定に参加すべきものであり、権限の違いと誰が判断を下すかの問題である。権限の違いを大義名分として患者アドボカシーをしない理由にすることは看護師の本意ではないと思われる。ならば看護師のアドボカシー実践能力を如何につけていくかであり、その能力は看護師自身というよりも患者に反映されるものであるという視点が重要であると考えられる。

### (3) 勤務区分による認識の差

アドボカシーの構成要素に対する認識の差は、【QOL(生命の質)の尊重】、【快の保証】、【治療への主体的参加】について緩和看護師が一般及びICU・救急看護師より係わっていることが示されている。人としての尊厳や患者中心の看護は死にいく人々の安らかな死に係わっていく緩和ケア看護師の理念でもあり、実際に患者のQOLやwell-beingに向けてアドボカシー実践をしている可能性が示唆されている。

#### 本節のまとめ

我が国における患者の権利意識の構造を検討した結果、患者の権利に対する認識にはばらつきがあり、4要素(因子)構造であった。基本的人権としての「人としての尊厳」(【QOL(生命の質)の尊重】、【快の保証】)と、医療における「患者としての権利」(【知る権利】と【参加する権利】)であった。アドボカシーを構成する要素への看護師の実践に影響を及ぼす要因は、学校教育や臨床の場でアドボカシーについて学ぶことが示唆された。また、患者としての権利は看護師が関わりにくい領域であることも明らかになった。

### 第3節 看護師のアドボカシー実践行動の実態

#### 1. 研究目的

第3章第1節に於いて、看護師が患者のアドボカシーを行うためにどのような環境（医療環境、職場条件）が必要か、看護師がアドボカシーを行うために必要な知識は何かについての認識やアドボカシー実践をしたか否かの実態とアドボカシーに影響を及ぼす要因について明らかにしてきた。結果看護師の84.6%が患者のアドボカシーの必要性を認め、49.9%が実際に行っていることが分かった。アドボカシーは看護の専門職において重要な特質であり、看護の中で特異な位置を占めるもの（Chafey et al, 1998）であり、アドボカシー実践が他の専門職の役割と区別できる唯一のものである（Mallik, 1997）なら、看護師が行うアドボカシー実践の実態を明らかにする必要がある。アンケート調査では、アドボカシー実践をした看護師にアドボカシー実践の内容を記述してもらうようにしていた。しかし、アドボカシー実践かどうかの判断ができない場合や迷いがある場合は記述していない状況が推測できることやスペースの問題で簡略して記述している状況で、アドボカシーが必要である状況や具体的な実践内容やその結果については明確にできていない。また、患者に関する看護師のアドボカシーが生起する関係として第2章第3節で示したChafeyらの「アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル」やMallikの「患者アドボカシーの看護モデル」から実証されたように、看護師が患者のアドボカシーを行う場合に当事者になるのは、看護師、患者、医師の三者の医療システムの中で考えられるべきこと両者は述べている。そこで本節では具体的に、三者関係の中でどのような関係においてアドボカシーが必要とされる状況が起こり、看護師はどのような行動を行っているのか、アドボカシーを行った結果はどうかを明らかにすることを目的とする。

#### 2. 研究方法

##### （1）研究協力者

近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の総合病院で働いている臨床経験5年以上の看護師を対象に、「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識についてアンケート調査を行なった際、アンケート調査の後に計画しているインタビュー受諾の有無を聞き、了承者には氏名と勤務場所の記名を求めた。80名から受諾との回答を受けたが、インタビュー実施は1年後になったため、80名に対して改めて書面で依頼

した。倫理的配慮として、研究参加についての協力依頼、インタビュー内容、所用時間を示し、研究への参加の任意性、参加拒否における不利益は被らないこと、途中の不参加及び同意の撤回ができること、インタビュー内容は研究目的以外には使用しないこと、情報の保管を徹底すること、研究にあたっての個人の尊厳及び人権の尊重、個人情報保護など倫理的配慮を徹底すること、研究結果の公表などについて明記し、インタビューに参加していただく場合は同意書に署名または記名・押印を依頼し、封筒で返送を求めた。了承の得られた30名に対してインタビューを行った。

## (2) 方法

半構造化面接（時間一人45~60分）を行った。インタビュー内容は対象者に同意を得てテープレコーダーに録音した。面接場所はプライバシーが守られ、落ち着いて話せる場所を選んだ。

## (3) 面接内容

面接にあたってアドボカシーとは「当事者（患者・家族）に代わって考え・思いを主張したり、人権や権利が侵害されているときは保護したりして、患者の利益・権利を擁護するような行動をすること」と説明した。質問内容は、①アドボカシー行動だと思われた出来事を思い起こし、その内容（出来事）について、②なぜアドボカシーが必要だったのかその状況について、③アドボカシー行動を行った結果とアドボカシー行動が阻害されたあるいは促進された要因について、④アドボカシー行動を行ったことで変化したこと（本人・周囲の反応・職場環境など）、⑤看護師がアドボカシー行動を実行した（実行を意図した）、実行しなかった（実行したくないと思った）理由について、であった。ただし、話の流れの中で協力者によって順番は前後している。

## (4) 調査期間

平成18年6月から9月までの期間に筆者一人で実施した。

## (5) 分析方法

テープに録音した面接内容を逐語録に書き起こし、逐語録を読み込んで、文脈における言葉のもつ意味を通して研究協力者が語ったアドボカシー実践の内容をグラウンデッドセオリーアプローチ(Grounded Theory Approach)の分析方法を参考に (Strauss, A.& Corbin, J. 1998/南他訳, 1999) 帰納的に分析を行った。先ず生データを切片化し（一内容ずつ区切る）、中身の特性を吟味しラベル名をつけて、カテゴリーにまとめて名前をつけた（内容のコード化）。この作業をするときデータから距離をとり（日にちを置く）、自

分流の読み込みのバイアスを減らし、データを多角的に見て正確に理解していく努力をし、内容ごとに区切られたデータにラベル名をつけ生データを概念に置き換えた。この作業終了後質的研究に優れた（看護学博士）看護師1名と心理学専攻の大学院生数名に生データとラベル名を渡しラベル名の可否を点検してもらい検討しながら修正した。その後スーパーバイザー（心理学者）と討議しながらラベルの主語に基づいて分類した。

### 3. 結果

#### (1) 研究協力者の属性

研究協力者の属性は Table 1 に示すように男性3名(10.0%)、女性27名(90.0%)であった。年齢は平均33.8(SD 7.92)歳、経験年数は12.6(SD 5.59)年であった。卒業した看護学校はほとんどが専門学校であった。権利・人権の学びはほとんどの人が学んでいたが、アドボカシーについては3割程度しか学んでいなかった (Table 3-3-1)。

Table 3-3-1

#### 協力者の属性

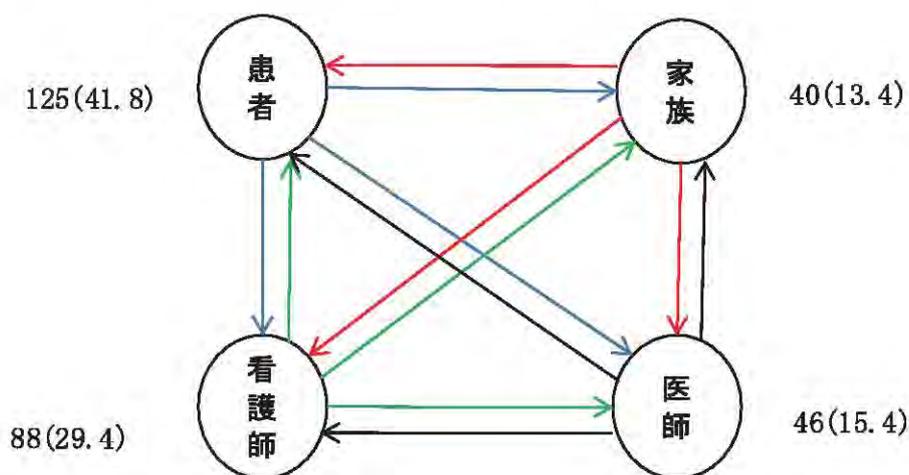
	N	平均	SD	%	全体 (n=365)
性別	30				
男性	3			10.0	2.7%
女性	27			90.0	96.4%
年齢	30	33.8	7.9		M=34.9(SD 6.7)
臨床経験	30	12.6	5.6		M=12.5(SD 6.3)
勤務部署	30				
一般病棟	21			70.0	58.3%
ICU・救急部門	5			16.7	24.4%
緩和ケア病棟	4			13.3	17.3%
卒業した看護学校	30				
専門学校	25			83.3	81.6%
短大	3			10.0	
大学	2			6.7	17.6%
修得した学位	30				
学士	4			13.3	学士以上13.2%
修士	1			0.3	
権利・人権の学び	30				
はい	29			96.7	76.2%
いいえ	1			0.3	21.4%
アドボカシーの学び	30				
はい	10			33.3	28.8%
いいえ	20			66.7	68.8%

この結果を母集団になった調査結果の研究協力者と比べると、インタビュー参加者は男性や一般病棟で働く看護師が多く、患者の権利・人権を学んでいた人が多かった。アドボカシーを学んだ人はやや多かった（Table 3-3-1）。

以下のカテゴリーの分析については、属性を考慮せず協力者全員の発言について行った。

## （2）看護師のアドボカシー実践について

主語にあたる人は看護師、医師、患者、家族であった。4つに分けられたラベルの中で、アドボカシーの起こる状況については看護師、医師、患者、家族の4つが抽出され、看護師の認識しているアドボカシーの医療システムの中では、看護師、医師、患者、家族がいることが明らかになった（Figure 3-3-1）。それぞれのラベル数は家族40個（13.4%）、医師46個（15.4%）、看護師88個（29.4%）、患者125個（41.8%）であり、患者を中心にしたものが41.8%で最も多く、次いで看護師を中心にしたものであった。



数字はラベル数、( )は%

Figure 3-3-1 四者の相互関係

次に、医師、看護師、患者、家族に振り分けられたラベルを①医師と看護師、患者、家族、②患者と医師、看護師、家族、③患者と家族、医師、看護師、④看護師と医師、患者、家族に分けてアドボカシーの起こる状況やアドボカシー行動及び結果と考えられるラベルを抽出してまとめた。

## 1) 医師と看護師・患者・家族の関係について

医師を中心とした看護師・患者・家族の関係においてアドボカシーの起こる状況は Table 3-3-2 の通りであった。

Table 3-3-2

医師と看護師・患者・家族の関係におけるアドボカシーの起こる状況

カテゴリー名		ラベル名
医師自身	医師の判断の最優先	延命治療を前提とした医師の説明 手術を前提とした誘導的な医師の説明 退院不可能という医師の判断（考え） 手術の不確実性を認識の上での手術を勧める医師の考え 事前説明省略での危険な検査（治療）の実施 人権を無視した独断的な治療行為の実施
医師と看護師	医療者としての認識のズレ	医師のウロストミー増設の認識と看護師の認識のズレ 身体抑制に対する安全優先の医師の考えを正すことの困難 家族の延命処置をしない決定の翻しによる医師の怒りに対する看護師の不服 医師の患者に対する行為（皮膚を損傷する）をフォローする選択
	患者を守る必要性の認識	医師による皮膚の損傷に対する懸念 医師の処置に対する不信感の増大 母親の意向を重視した治療実施への憤り 治療により従来からの生活復帰への可能性の減少に対する医師に対する看護師の不納得 患者の容姿の変化に無関心な医師の治療のあり方に対する看護師の不信感
医師と患者	医師の配慮に欠けた患者への対応	医師の配慮に欠けた患者への対応の認識 患者・家族への医師の威圧的態度
医師と家族	医師と家族のコミュニケーション不足	医師による家族の看取りへの気遣いのなさへの無念 医師の治療に対する正義と家族の思いのズレ

アドボカシー実践については Table 3-3-3 の通りであった。

Table 3-3-3

医師と看護師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践

カテゴリー名	ラベル名
危険回避への模索	他科の医師へ患者の危険回避の救済を要請
	医師の処置に同行する方略
	医師の反省の機会になることを意図した行動
	医師の上司への相談による解決策の模索

アドボカシー実践の結果は Table 3-3-4 の通りであった。

Table 3-3-4

医師と看護師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践の結果

カテゴリー名	ラベル名
医師の行動変容	医師の了承
	医師の立場を踏まえた行動による医師の賛同
	看護師の進言に対する医師の対応の変化
	看護師の進言に対する指示の変更
介入の困難さ	患者の意思の伝達方法のまずさによる医師の不機嫌
	考えを固守する医師への働きかけの困難さの経験
医師との関係悪化	医師の処置に対する提言の困難の認識
	医師の執拗な嫌みに対する不快感
	患者救済の方法に対する不当な批判
医師と患者の歩み寄り	医師と患者の歩み寄り
医師(主治医) 変更	医師(主治医) 変更

医師と看護師・患者・家族におけるアドボカシーに関する関係を図示したものを Figure 3-3-2 に示す。

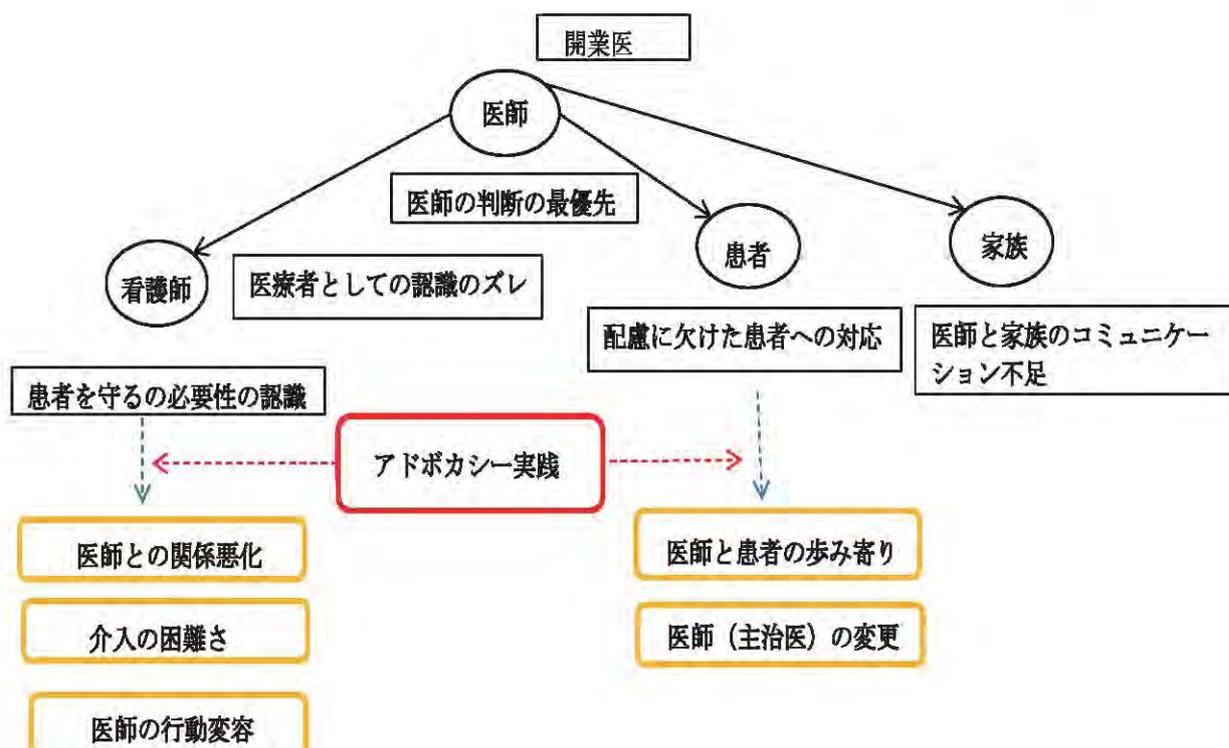


Figure 3-3-2 医師と看護師・患者・家族の関係

医師を取り巻く関係の中で、アドボカシーが必要とされた状況は、医師と患者の関係では医師の判断が最優先されるなかで、「医師の威圧的な態度」などの[配慮に欠ける患者への対応]、医師と家族の関係では「家族への配慮の欠如」や「治療に対する考え方のズレ」など[医師と家族のコミュニケーション不足]があった。看護師は自分と医師の間に[医療者としての認識のズレ]を感じ、[患者を守る必要性の認識]で、[医師との協力]あるいは[医師と対立]の方法で医師に介入するというアドボカシー行動を行っていた。その結果、「医師の賛同」が得られる、「医師の指示変更」など[医師の行動変容]が見られ、[医師と患者の歩み寄り]でポジティブな結果が得られたり、[医師の変更]のように患者の意向に沿えるという結果を導き出すことに成功しても医師と患者の間でネガティブな感情をもたらす結果になることもあった。

## 2) 家族と医師・看護師・患者の関係について

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシーの起こる状況については Table 3-3-5 に示している。

Table 3-3-5

## 家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシーの起こる状況

	カテゴリー名	ラベル名
家族自身	家族の治療に対する意思表示	延命治療をしないことの再決定 家族による看取りの希望（治療選択の明示） リスクの高い治療回避への家族の意向 家族による患者の事前意思の表明 明確な意思表示ができる家族の存在の認識
	家族の治療に対する不安・葛藤	家族の治療中止への思いの葛藤 家族の気持ちの揺らぎによる意志決定の翻し 延命治療に対する家族の複雑な思い 家族の患者の治療に対する不安の表明
家族と医師	患者の治療について家族と医師の考え方のズレ	医師の延命の捉え方による家族との認識のズレの認識 家族の治療に対する医師の解釈（言って来なかったの了承していると思った） 医師の予想外の反応への家族の戸惑い
	医師の行為に対する家族の不服・不満	家族の治療に関する情報不足の現状の認識 医師の説明の分かりにくさに対する母親からの看護師への苦情 患者・家族の医師の処置に対する不服 医師の技術不足の問題を家族が認識 延命治療に対する家族の決定の翻しによる医師の怒り
家族と看護師	家族の判断による医師への治療の要請	母親の医師への積極的な治療の依頼
	家族からの支援の要請	医師の反応の戸惑いに伴う家族からの助けの要請 医師への気兼ねに対する家族への対応策（看護師への申し出） 母親から児への看護処置に対する苦情（児の拒否的態度）
家族と患者	家族へのサポート不全感	家族の希望の不実現による看護師の不満足感 看取りができなかったことによる家族関係（親・婿）の崩壊の危機
	患者と家族の治療に対する考え方のズレ	母親と患児の気持ちのすれ違いの認識 患児の再発に対する母親の自責の念による代替療法の強要 母親の代替療法による患児の制約 家族の代替療法による症状改善への可能性の期待感の認識 家族間の治療に対する認識のズレ

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシー実践は Table 3-3-6 に示す。

Table 3-3-6

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシー実践

カテゴリー名	ラベル名
家族間及び医師への橋渡し	小児科の特徴的な介入方法について、看護師と医師・母親の話し合い
	患者への気遣い（配慮）による家族の思いの表出躊躇に対する代弁
	家族間の気遣いによる思いの表出躊躇に対する橋渡し

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシー実践の結果については Table 3-3-7 に示す。

Table 3-3-7

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシー実践の結果

カテゴリー名	ラベル名
家族からの信頼	看護介入による家族との信頼関係の回復
	不誠実な看護ケアに対する家族への謝罪による信頼関係の回復
家族の納得した死	安らかな死に対する家族の死の受容
家族からの看護評価の差	家族間の認識のズレ修復への介入による家族の満足感の差
	患者の死に方による家族の看護評価への差の認識

家族と医師・看護師・患者の関係におけるアドボカシーに関する関係を図示したものを Figure 3-3-3 に示す。

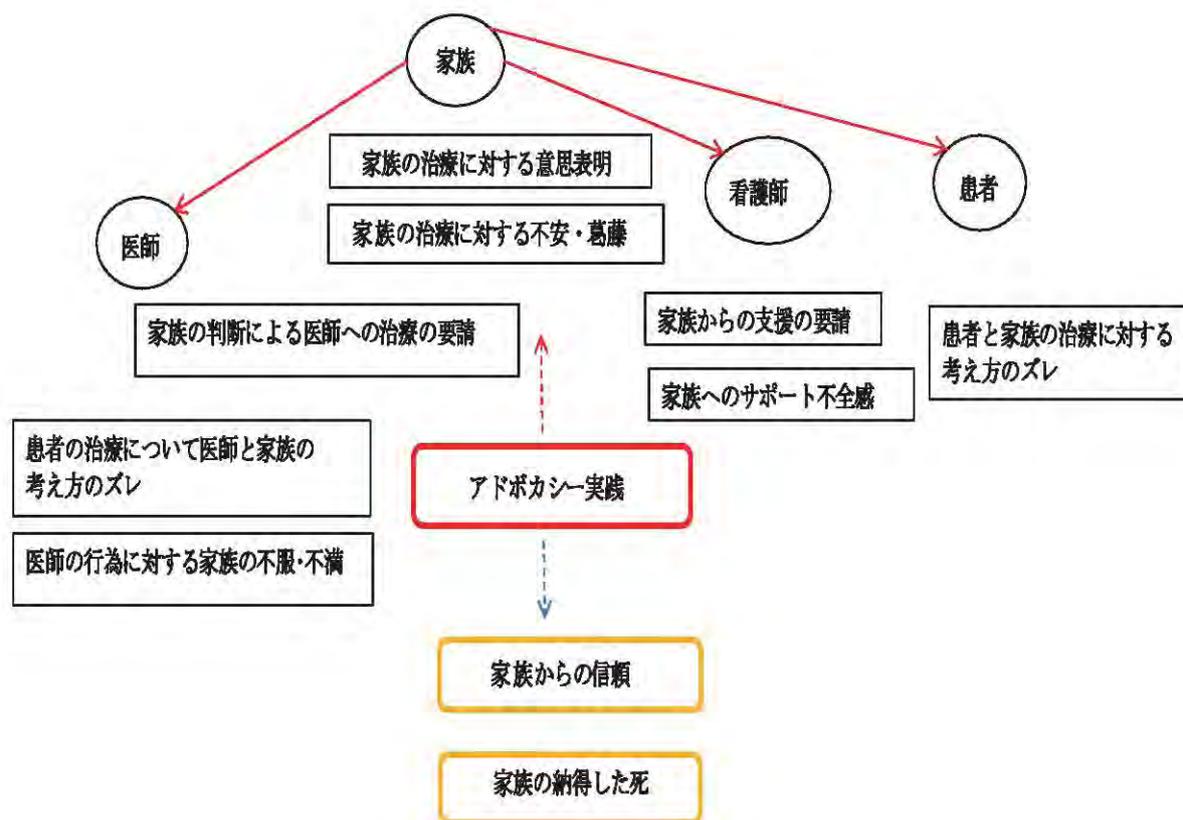


Figure 3-3-3 家族と医師・看護師・患者の関係

家族を取り巻く状況の中でアドボカシーが必要とされるのは、医師と家族の間で[患者の治療について考え方のズレ]がある場合、特に患者の治療について明確な意思表示をしている状況（患者が意思表示できない状況）や「医師の説明不足」、「技術不足」、「配慮の欠如」など[医師の行為に対して不服・不満]を持っている場合、また、患者と家族の間において[治療に対する考え方のズレ]がある場合であった。

看護師の家族へのアドボカシーは、直接的には家族から看護師へ[支援の要請]がある場合や看護師自身の[家族へのサポートに対する不全感]からであった。家族へのアドボカシー実践は医師や患者への代弁を行っていた。その結果看護師は[家族からの信頼]を得ることができ、家族は患者の死を受け入れることができたという効果があげられた。

### 3) 患者と家族・医師・看護師の関係

患者と家族、医師、看護師の関係におけるアドボカシーの起こる状況については Table 3-3-8 に示す。

Table 3-3-8

患者と家族・医師・看護師の関係におけるアドボカシーの起こる状況

	カテゴリー名	ラベル名	カテゴリー名	ラベル名
患者自身	患者の治療選択 (意思決定)	患者の治療選択の確固たる信念による治療拒否 治療の不確実性による患者の治療 (手術) の拒否 患児の治療の説明後の治療の受け入れ 患者の積極的な取り組みによる成果 (手術を受けない決意後) の認識	患者と医師 医師の説明不備	説明なしの検査実施に対する患者の不服の吐露 医師の多忙に伴う説明不足による患者の不安の増大 医師の説明不足による患者の理解不足の認識
患者と家族	患者と家族の治療に対する考え方のズレ	家族への思いへの気遣いと自分 (患者) の苦痛との葛藤 患児と両親の思いのズレの認識 親子の治療に対する気持ちのズレ 治療に対する患者と家族の意向のズレ 患児の母親に対する反抗の認識 母親の行動に対する患児の母親拒否		患者と医師の治療に対する認識のズレ 患者の理解度に対する医師の解釈と実際のズレ 治療について医師の説明の必要性の実感 (患者の納得) 患者の医師に対する怒りの感情表出 (口をきかない、目も合わさない) 医師の多忙さによる患者への説明不足 説明の範囲に限定した質問の制限の認識
患者と看護師	患者の問題への看護師の気づき	患者の治療選択における葛藤の察知 患者の状況から権限の必要性の判断 従来の生活を取り戻したい患児の思いへの気づき 患者・家族の思いの推測による同僚の看護行為への疑問 安全確保のための身体抑制と未確認の患者の気持ちへの推測 意思表示不可能な患者の意思の推測の重要性を学習 患者・家族の思いを推測することによる人間尊重の治療の必要性の認識 患者の治療に伴うボディイメージ変容に対する不安への介入の必要性の確信 患者の代弁が不十分という自覚 医師と患者の話し合いによる合意の必要性の認識 患児の母親の治療強要に対する拒否感 患者の意思表出の困難さの認識 高齢患者への治療に対する認識の差を埋めるための代弁の必要性の認識 患者の権利より医師の治療方針優先へのためらい 看護師の配慮ない行為に対する患者の立腹 患者が納得した上での治療参加への疑問	医師と患者のコミュニケーション不足 医師への気兼ね	医師との関係性崩壊の危険や治療への影響の懸念に対する患者・家族の沈黙 治療拒否による退院に対する医師への気兼ねによる受診の悩み 治療に伴う苦痛回避に対する医師への申し出への気兼ね 医師への気兼ね (配慮) による係わりの必要性の認識 患者の立場に於ける不服が言えない理由の認識 患者自身による医師への質問の誘引きの認識 治療は医師の考えによるものであり、意見のしにくさについて患者からの吐露 医師の説明方法に対する患者の医師への言いづらさの吐露 高齢患者の医師への質問のしにくさの吐露 患者の治療選択における医師への配慮 納得しないまま医師の勧めに従う患者の存在 患者の納得しない治療の受け入れ (諦め) 自分の意向とは逆の成り行きへの患者の葛藤 患児の人格を無視した治療の実施 医師の治療重視に伴う患者の意向無視への懸念 患者・家族の恐怖感による医師変更の要請 医師の意識低下患者への配慮ない言動に対する係わり

患者と家族、医師、看護師の関係におけるアドボカシー実践については Table 3-3-9 に示す。

Table 3-3-9

患者と家族・医師・看護師の関係におけるアドボカシー実践

カテゴリー名	ラベル名	カテゴリー名	ラベル名
患者と家族の橋渡し	<p>両親と患児の気持ちの調整への介入                      母親の意向と患児の思いが沿えるための提案                      面会が少ない家族への積極的な介入                      患者の心の支えの必要性の認識に基づく家族への介入</p>	患者への説明補足	<p>医師の説明不足の補足と医師への伝達                      患者への看護師による説明補足                      患者の理解不足に対する説明補足</p>
		患者の生活の質 (QOL) に向けた支援	<p>患者の意向実現に向けた係わり (アドバイス、相談、調整)                      患者への生活変化の具体的説明と日々の支援                      患者の日常生活に必要な物品調達に向けた看護師への具体策の提案                      患者の日常物品不足に対する代替品の応用への提案</p>
患者と医師の橋渡し	<p>納得した治療参加に向けた橋渡し役の認識                      医師の多忙によるコミュニケーション不足への橋渡し                      患者説明の同席による患者理解の確認 (医師と患者の橋渡し)                      患児への病気説明の同席                      患者の意思の伝え方の工夫                      患者の意向を把握する有効な情報の取り方の工夫</p>	苦痛の緩和	<p>身体抑制を最小限にする努力                      ルーティン化された不必要な検査回避に対する働きかけによる患者の苦痛軽減の努力                      患者の治療に伴うボディイメージ変容に伴う不安への介入</p>
		尊敬死への介入	<p>患者に状態予測の困難さの認識に基づく孤独死回避への介入                      リビング・ウィル提示の理想へのイメージ                      精神的リラククスに向けた係わりの奏功の認識</p>
患者と医師の仲介役	<p>看護師による医師-患者関係の保全                      医師と患者の仲立ちという立場での係わり</p>	他職種への働きかけ	<p>患者の日常物品不足の解消に向けた他職種への依頼                      患者のために社会福祉士への協力の依頼・相談                      他職種の消極的な対応に対する様々な提案の働きかけ                      患者の判断能力不足に対する福祉制度の適用の提言</p>
家族への患者の代弁	<p>患児への代替療法強要に懸命な母親に対する児の思いの代弁                      家族への気遣いに伴う思いの表出躊躇の代弁                      患者の家族 (息子) への強い願いに対する家族への働きかけ</p>	医師を含めたカンファレンス	<p>医師を含めたカンファレンスでの検討による治療方針の模索</p>
患者の治療選択・意思決定への支援	<p>納得の上で検査が受けられる働きかけ                      患者の治療選択に対する行動への積極的な支援                      医師の考えを尊重した患者の治療選択への支援                      患者の治療選択の悩みに対する解決方法の助言                      看護師の経験による予測に基づく治療選択への介入                      患者の意志決定をサポートする提案                      納得した治療参加に向けた方路手順の模索</p>		
医師への代弁	<p>治療に対する安全よりも患者の思いを優先する代弁                      患者のニーズ予測の困難さの認識に基づく医師への代弁                      意思疎通不可能な患者への医師の価値判断に基づく治療に対する患者の気持ちの代弁</p>		

患者と家族、医師、看護師の関係におけるアドボカシー実践の結果については Table 3-3-10 に示す。

Table 3-3-10

患者と家族・医師・看護師の関係におけるアドボカシー実践の結果

カテゴリー名	ラベル名
患者の権利の保護	基本的人権を尊重した介入の実現の経験

患者と家族・医師・看護師の関係におけるアドボカシーに関する関係を図示したものを Figure 3-3-4 に示す。

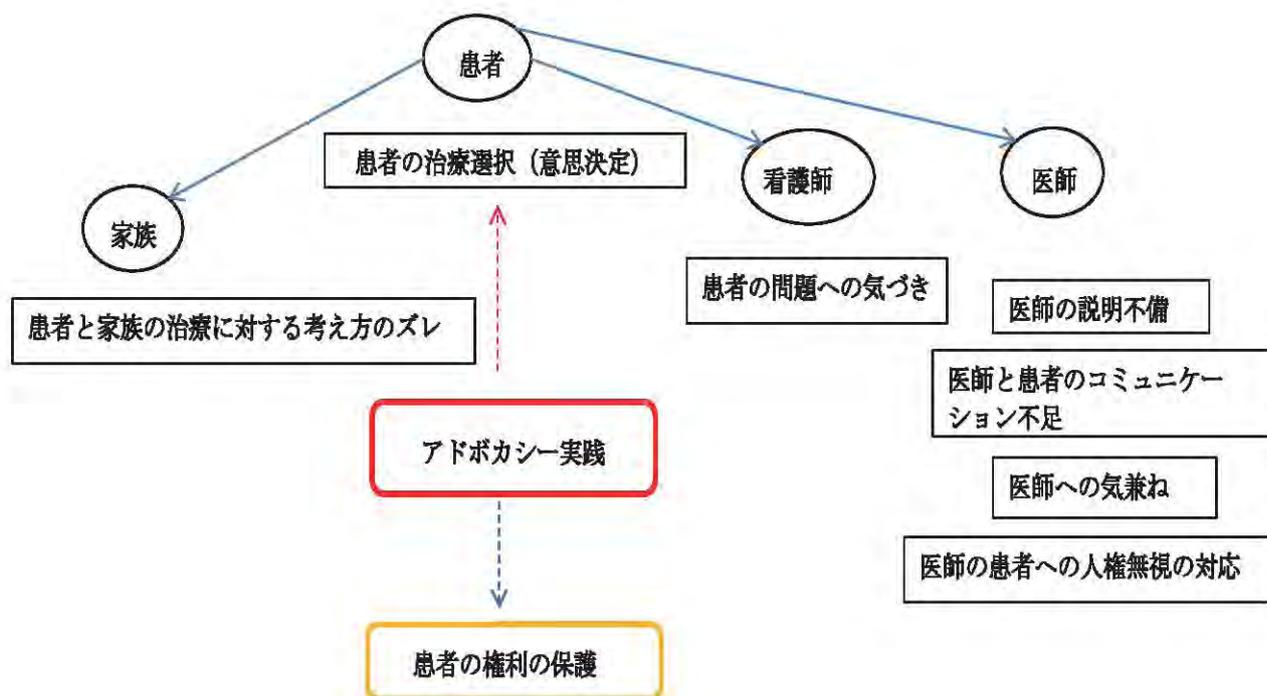


Figure 3-3-4 患者と家族・医師・看護師の関係

患者を取り巻く状況の中で、患者へのアドボカシーが必要になる状況は、患者と家族の間の[治療に対する考え方のズレ]、患者と医師の間における[医師の説明不備]、[患者とのコミュニケーション不足]、[医師への気兼ね]、[医師の患者への人権無視の対応]などの問題が存在し、患者の治療に対する意思が明確である場合や看護師の[患者の問題への気づき]によって、[患者と家族の橋渡し]、[患者と医師の橋渡し]を行い [患者の QOL (生活の

質)への支援]のために積極的に[他職種への働きかけ]などを行っていた。医師との間での問題に対しては「補足説明」、「治療選択への支援」、「患者の代弁」、「医師との橋渡し・仲介」などを行っていた。

4) 看護師と医師・患者・家族の関係

看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシーの起こる状況については Table 3-3-11 に示す。

Table 3-3-11

看護師と患者・家族・医師の関係におけるアドボカシーの起こる状況

カテゴリー名	ラベル名	カテゴリー名	ラベル名
看護師自身 知識・経験に基づく看護師の判断の二面性	<p><b>ポジティブな面</b></p> <p>患者の不利益の有無に対する判断の必要性の認識</p> <p>経験による説明実施の可能性の認識</p> <p>必要なケア提供の必要性の認識</p> <p>家族の延命処置をしない意志決定不変の確信</p> <p>代替療法による症状改善の可能性の低さの認識</p> <p>患者の実際の管理(ストマーなど)の可能性の困難さの認識</p> <p>看護師の係わりによる患者の思い表出の偶発的経験</p> <p><b>ネガティブな面</b></p> <p>低い看護実践能力による援助の混乱</p> <p>身体抑制に対する患者の気持ちと安全のバランスにおける判断の困難さ</p> <p>看護師の先入観に基づく判断の弊害の認識</p> <p>看護師の思い込みによる判断での介入の迷い</p> <p>支援に対するカンファレンスでの消極的な判断</p> <p>人工的栄養補給の管理のしやすさ優先による医師の処置の安易な受け入れの危惧</p> <p>母親と患児の思いの板挟みによる悩み</p> <p>家族と医師の思いの溝への苛立ち</p> <p>看護介入の程度の悩み</p> <p>母親の意向重視の治療へのためらい</p> <p>看護行為の二面性(守ると傷つける)に対する葛藤</p>	看護師自身 看護師の価値観・信念	<p>意識低下患者への代弁役割に対する決意</p> <p>病棟の特徴としての看護介入の必要性</p> <p>早期からの退院支援が不十分である自覚</p> <p>高齢患者が説明を受ける態勢があれば説明する必要性の認識</p> <p>治療に対する患者の納得が得られないままの治療の正当化の疑問</p> <p>患者の人権侵害の予感</p> <p>看護師の態度に対する患者の不服への共感</p> <p>患者を大事に思う気持ちの必要性の認識</p> <p>患者の態度に対する看護師のケア中止の不满</p> <p>看護師の患者に対する負のイメージの自覚</p> <p>提案に対する消極的発言に対する患者の意思尊重の為の発言</p> <p>患者情報の共有の仕方への配慮</p> <p>兄の思いとは異なる母親の行動に対する否定的な思い</p> <p>社会福祉専門職の消極的な介入への苛立ち</p>
介入への葛藤	<p>患者中心のケアの必要性の認識と業務の葛藤</p> <p>業務優先による配慮の欠如がもたらす人権侵害の意識のなさへの苦惱</p>	<p>看護師と患者 看護師と家族</p> <p>スタッフ間の統一した対応の必要性</p> <p>看護師と医師 医師の説明不足の認識</p>	<p>スタッフ間の家族に対する共通した対応の必要性の認識</p> <p>スタッフ間の認識の統一による介入(事故防止)の必要性の提案</p> <p>時間制約の中での医師の説明の不十分さの認識</p>
理想と現実のケアの葛藤			

看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践については Table 3-3-12 に示す。

Table 3-3-12

## 看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践

カテゴリー名	ラベル名	カテゴリー名	ラベル名
スタッフ間の意思統一	上司への相談による見解の一致による行動 苦情改善の対応への努力（カンファレンスでの技術の見直し） 患者尊重の理念への協調的な取り組みによる権利擁護実施	生命の質（QOL）への係わり	家族の希望の事前徴集 最後のとき（お別れ）の体制準備のためのケアへの心づもり 家族への看取りのケアの実施 家族の思いの共感と冷静な判断への支援
医師へ配慮した行動	医師の立場を尊重しながら看護師の意見を伝える工夫 医師の立場を尊重したアプローチの工夫 医師と共有する情報の取り扱いに対する配慮	生活の質（QOL）保証のための家族への介入	DNRの意志決定への第三者の介入の必要性の認識による提案
医師と対立する行動	医師の指示に対する食い下がり 医師の患者への配慮のない言動への苦言 家族の思いを無視する医師への強い苦言 患者の権利擁護に伴う医師との戦い	直接ケア	患者のサポートのための家族指導の実践による退院の可能性の増大 家族の役割の認識を高めるための介入 患者・家族の病気への受け入れに対する介入 在宅療法への支援に向けたケアマネジャーとの連携による支援
家族への説明	動揺する家族への治療への具体的な説明による解決への模索 手術のリスクについて経験からの判断による家族への説明 治療についての家族説明への意図的な同席		皮膚保護の対策
家族の代弁	家族の再決定の医師への伝達 治療に関して家族の代弁 家族の代弁役割の引き受け		
家族間の調整	家族関係の回復に向けた介入 家族不和の回避のための介入 話し合いを多く持つことによる家族調和への努力		

看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践の結果については Table 3-3-13 に示す。

Table 3-3-13

## 看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシー実践の結果

カテゴリー名	ラベル名
【うまくいった】 患者・家族の希望の実現	カンファレンスでの調整による患者・家族の希望の実現 在宅療法への支援の係わりの奏功経験 看護師の介入による患者の希望の実現
看護師の満足感	患者の治療選択の納得に伴う看護師の満足感 医師の協力による患者への対応による看護師の満足感
患者からの信頼	患者の意向への支援による患者からの信頼の獲得 患者の治療選択の支持に対する患者からの謝辞
家族と医師の和解	家族と医師の和解
【うまくいかなかった】 医師との関係悪化	看護師の行為に対する医師からの不服 医師との関係悪化可能性の看護師自身の推測
介入の困難さ	母親への介入の奏功の困難 看護師の介入による家族の行動変容の困難さの認識 治療の関係上家族間調整の困難さの認識
介入の反省	児の死後の母親の介入に対する傾聴（辛さ）と母親への支援の反省 看護師の意図しなかった結果に対する行動の反省
【アドボカシー行動をしなかった】 辛さ・後悔	医師と患者の気持ちの推測（両方とも辛いだらう）による治療選択の介入をしなかった後悔 患者の思いを支援できなかった辛い経験 患者の想定外の術後の状態に対する辛さ

看護師と医師・患者・家族の関係におけるアドボカシーに関する関係を図示したものを Figure 3-3-5 に示す。

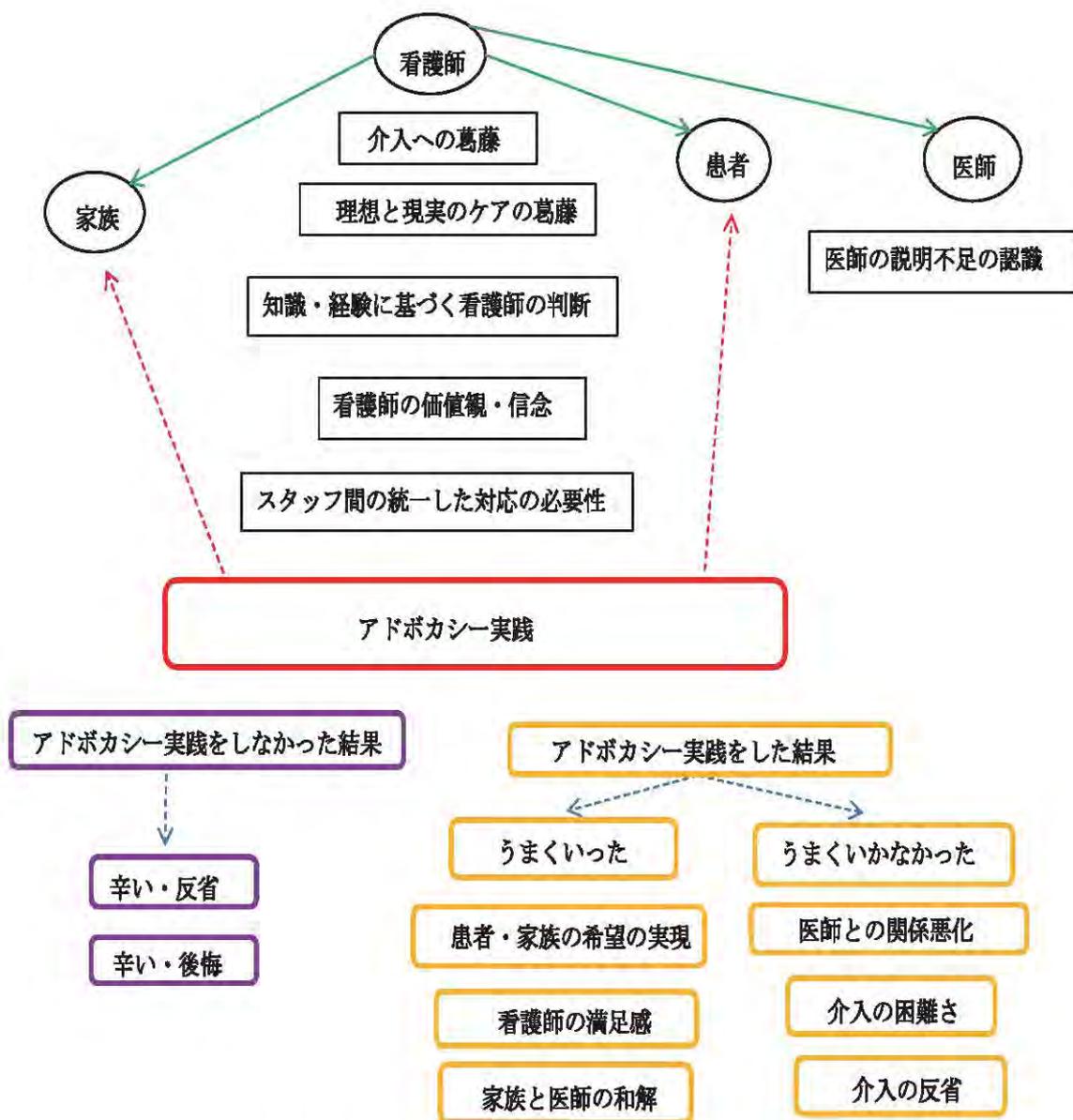


Figure 3-3-5 看護師と患者・家族・医師の関係

看護師を取り巻く状況のなかでアドボカシーが必要になる状況は、看護師が医師の説明不足を認識し、そのことが患者や家族にとって不利益であると看護師が判断した場合であった。[看護師の価値観・信念]がアドボカシーをする必要性を強めていた。アドボカシー実践における看護師の医師への対応は、医師の考えを尊重しながら医師へ配慮をした対応

と「医師との戦い」、「医師への苦言」などによる医師と対立しながら行っていた。アドボカシー実践の結果、【患者・家族の希望の実現】、【看護師の満足感】、【患者からの信頼】などアドボカシー実践がうまくいった場合や、「家族の最後の看取りの介入の困難さ」、患児に代替療法を強要する「母親への介入の困難さ」、「医師の独断的な治療の中止の介入の困難さ」などのようにうまくいかなかった場合、アドボカシー実践をしたことで医師との関係が悪くなる場合があることが分かった。

5) アドボカシーの起こる状況 (まとめ)

アドボカシーの起こる状況について四者のそれぞれの関係の中で示したものが Figure 3-3-6 である。

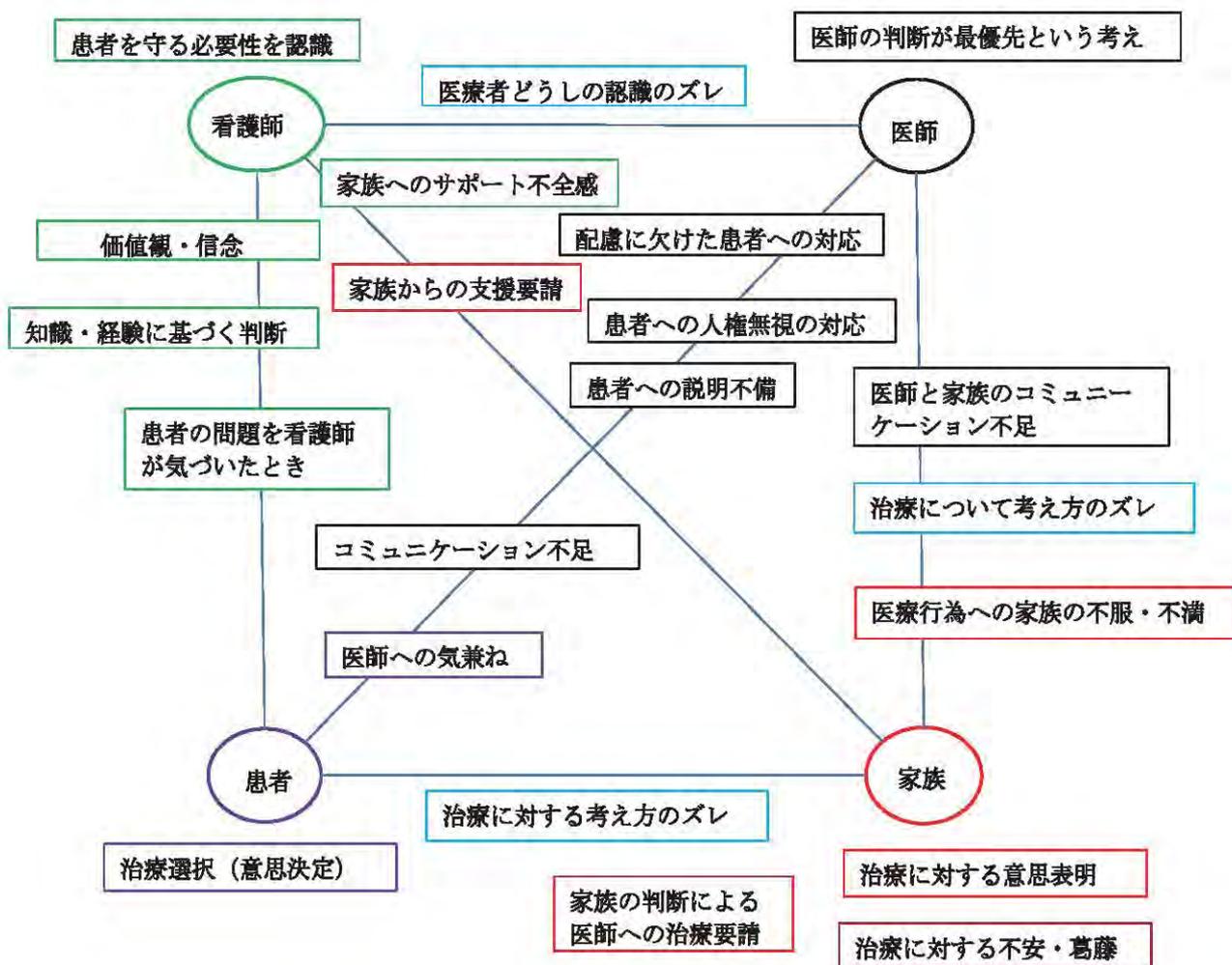


Figure 3-3-6 アドボカシーが起こる状況 (まとめ)

看護師が患者のアドボカシーを必要とした状況には、患者と医師、患者と家族、医師と家族の問題に加えて、看護師自身の患者、家族、医師との直接的な関係の中からも派生していることが分った。アドボカシーが必要となる状況は、先ず第1に医師—患者—家族の三者関係において生起しており、基本的には患者の治療についての認識・考え方にズレがありその調整である。第2は医師を中心としたパターンリズムに関するものである。例えば医師への気兼ねも含め質問への制限感などで患者は言いたいことを言っていないあるいは言えない状況にあることが推測される。第3は医師の多忙によって十分なコミュニケーションが医師と患者、医師と家族の間で取れていないことから派生する問題である。第4はアドボカシーが起こる状況に患者に最も係わる人である看護師が、家族や患者からの支援要請を受けたり、日々の中で医師に言えないことを患者・家族から訴えられたり吐露されるというように、患者や家族に頼られたり、日々の係わりの積み重ねの中で、患者の状態を察知できることや患者のニーズを把握できること、医学を含め看護の知識や経験知から患者にとって必要なことがらが判断できるなどの強みから、看護師自身のアドボカシーに関わる事柄への気づきによってアドボカシーの起こる状況が増強されていた。

#### 6) アドボカシー実践 (まとめ)

次にアドボカシー実践について4者のそれぞれの関係の中で示したものが Figure 3-3-7である

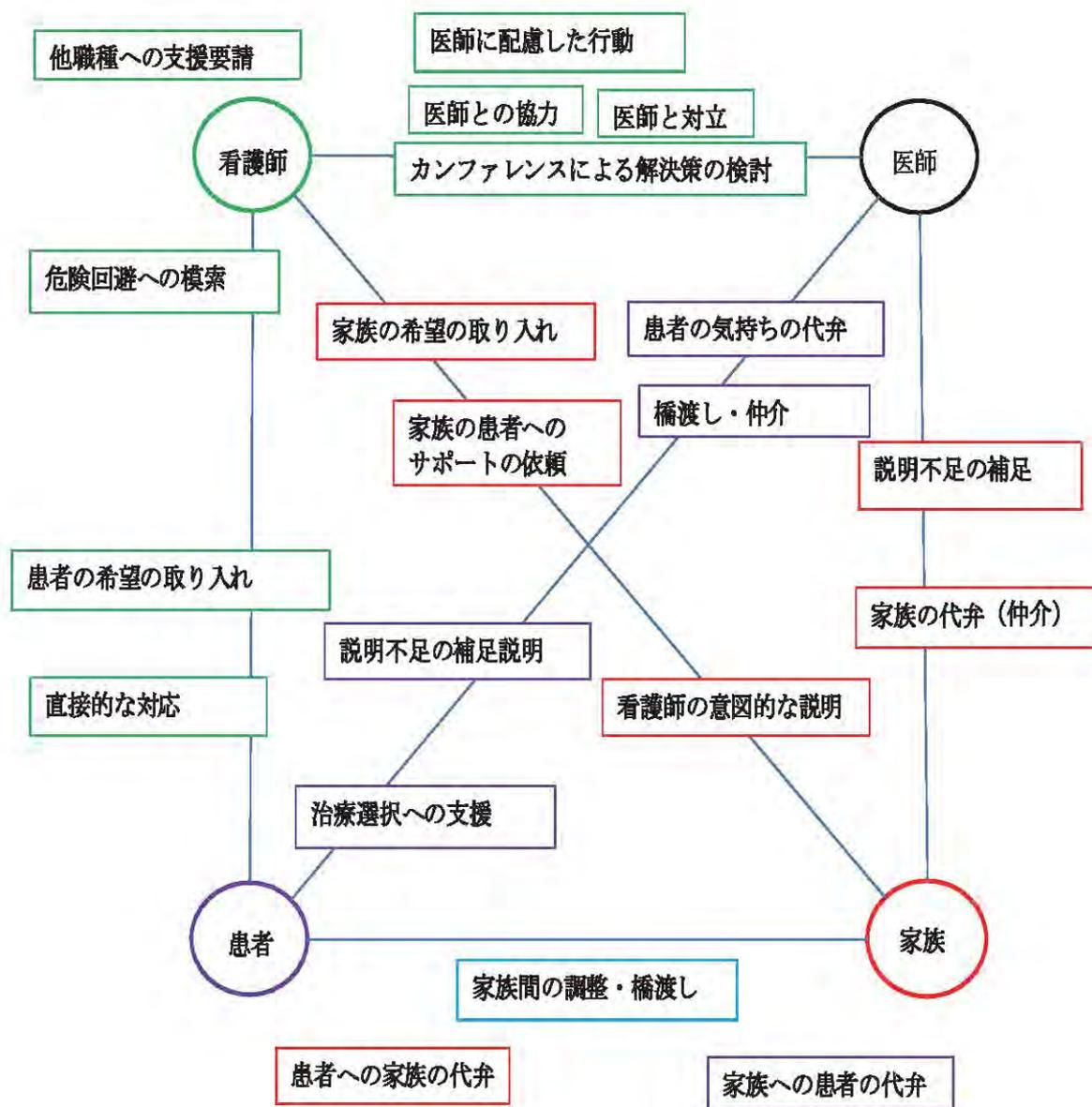


Figure 3-3-7 アドボカシー実践 (まとめ)

アドボカシー実践は相互の認識・考え方のズレを補うための補足説明、それぞれの思いの代弁や橋渡しあるいは仲介をして医療に関連する支援や、患者の治療選択への支援を行ったり、家族を巻き込んで患者へのサポートを依頼したり、他の機関（医療職以外の専門職）を使って患者のQOL（生活の質）に向けた支援がなされていた。

#### 7) アドボカシーの結果 (まとめ)

最後にアドボカシー実践の結果について4者のそれぞれの関係の中で示したものがFigure 3-3-8である。

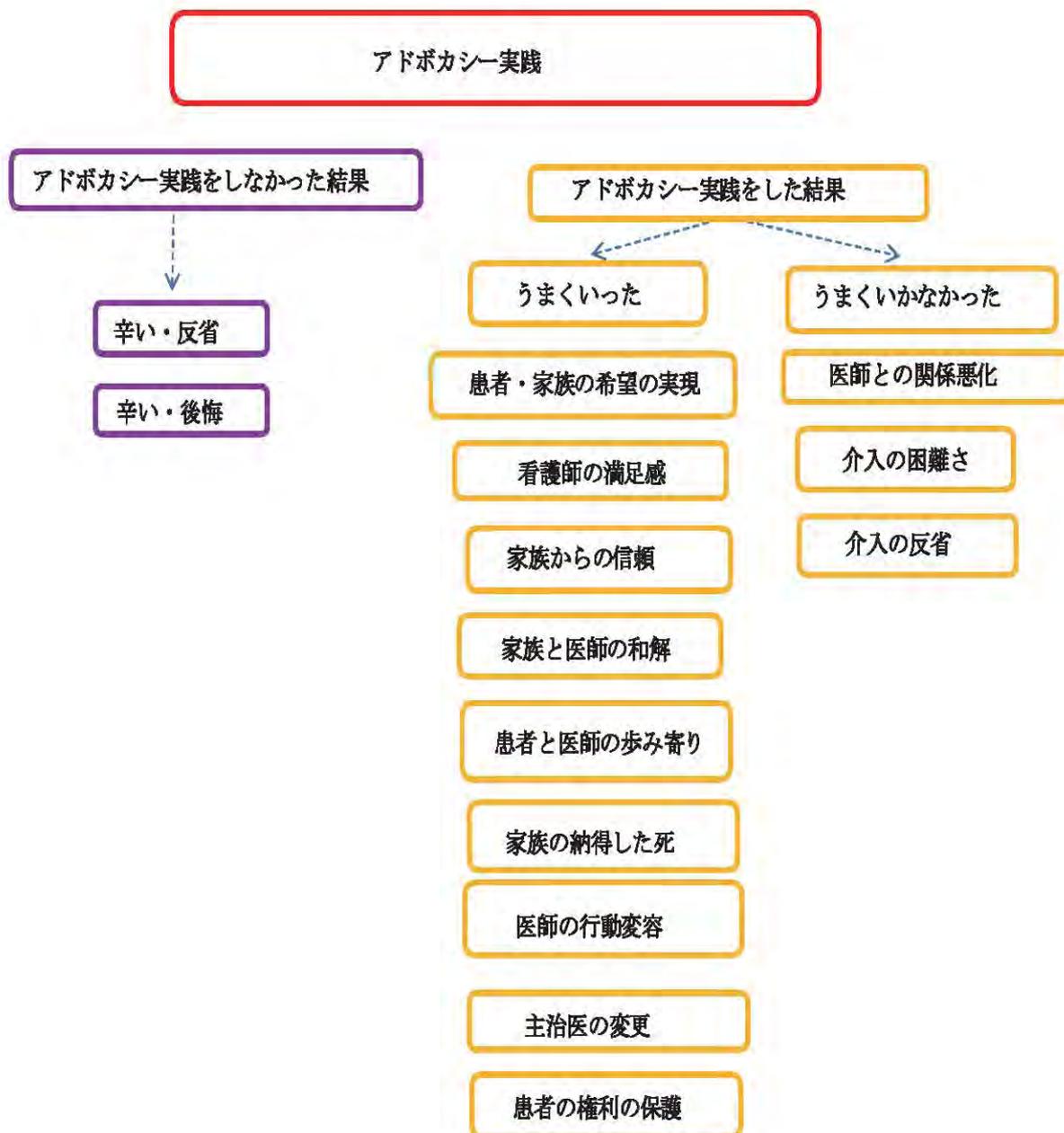


Figure 3-3-8 アドボカシー実践の結果（まとめ）

アドボカシー実践の結果、成功した場合は患者・家族の思いや希望が実現でき、家族から信頼され、アドボカシー実践したことで看護師は満足感を得ることができたが、うまくいかなかった場合は、医師との関係が悪化したり、実践の仕方に対して反省し悩んでいる状況があった。うまくいった場合でも患者の主治医を変更する事態は、患者・家族と医師との関係が気まずくなり、介入した看護師と医師も関係が悪化した状況があった。

アドボカシー実践をしなかった場合も、患者は医師が治療を勧めるから諦めて手術受けたが、患者の想定外の結果で、患者は医師に対して無言の反応をした状況や患者の死により、アドボカシー実践をしておけばよかったといった辛い経験をしていたことが明らかになった。

#### 4. 考察及び今後の課題

##### (1) アドボカシーに関わる医療システムの構築

Chafeyら(1998)の米国における看護師に対して看護師はアドボカシー役割を実施しているか、実施しているのならどのように行っているか、アドボカシー実践に影響を及ぼしているもの(促進あるいは阻害)についてのインタビュー調査の結果から、アドボカシーを看護師、患者、環境(医師は環境の枠組み)の3者の相互作用で説明し(第1章第2節)、看護師(回答者)はアドボカシーを看護師と患者の関係という枠組みの中での活動と捉えていることを明示している。また英国におけるMallik(1997)の看護師の患者アドボカシーの解釈についてのインタビュー調査でも、アドボカシーは患者、看護師、第三者主には医師(看護師—医師(62.0%))との相互作用であると述べている。しかし日本においては、医療システムの中に家族が加わり患者、看護師、医師、家族の4者の関係となっている。Chafeyらの調査で家族との関係性や家族への直接的な介入が看護師により述べられなかったことは、米国においては患者は自律した一人の義務と責任を持つ者であることを前提に、アドボカシー実践がなされる可能性が大きいと推測される。従って、欧米の医療システムの中では、医師と看護師と患者という三者関係が前提になるが、日本では家族が加わり四者関係になる。三者関係と四者関係では関係性においてより複雑さが増すことが推測される。我が国においては家族が患者を守るべきという家族主義的な考えがある。近年我が国の家族意識が崩れて「個衆化」してきたという考えも述べられるが(内田,1991)、家族主義的な考えは根強いものがある。看護師の視点から見ると、患者と看護師の関係は時間的にも質的にも様々な係わり(ケア関係)があり患者を比較的理解できるが、家族と看護師の関係は、特別な状況(患者と意思疎通が図りにくい状況)以外患者ほどには係わりが少ない状況であること。また、家族と患者は必ずしも一体ではないし、同じ考えではないという点において、家族との係わりも医療者の重要な仕事になり、患者のみでなく家族自身、あるいは家族と患者間の調整まで配慮が必要になることが明らかになった。従って三者関係を中心としている米国のアドボカシーの考え方をそのまま日本に適用すること

は十分ではないと考えられる。日本におけるアドボカシー実践に向けては、米国の患者の権利保証に向けた積極的な取り組み（規則・規約・法レベルも含め）を参考にしながらも、家族の存在を考慮に入れたシステムの中でのアドボカシー実践のあり方を模索する必要があると言えよう。日本独自の医療システムを構築し、看護師が有効な患者のアドボカシーを行うための方略をさらに推し進めていく必要があると考えられる。

## （2）アドボカシーの起こる状況への対応について

アドボカシーが起こる状況には大きく4つあることが明らかになった。それぞれの状況の対応について考えてみる。

先ず第1は医師、患者、家族の三者の認識・考え方のズレについてである。認識・考え方のズレが起こる要因としては、‘病気’に対して患者は当事者であり、家族は自分たちにとっては大事な他者の問題である。医師は病気に対する専門家であり、治療の対象としての問題である。このように病気に対する三者の視座は異なっているために、認識・考え方のズレが生じるのは自明のことであるが、患者のアドボカシーというとき三者のどこに焦点を当てて看護師は係わるかということである。患者にとって病気は生活者としての一部分なのである。勿論病気の回復は生活者の側面に多大な影響を与えているが、キュアからケアへという考え方の流れの中で、生活者としての患者の権利・人権への配慮にも医師は目を向けるべきである。第2は医師を頂点にした医療現場のパターナリズムについてである。患者（家族を含め）はパターナリズムの中で最下位に位置しているという感じを持ち、医師に質問したり、異論を唱えたり、意見を述べることを抑制されていることである。しかし、情報化社会の現代においては、医療の専門家に近づけるような病気あるいは治療法についての情報を患者・家族は得ることができることを考えるとパターナリズム的に萎縮する必要はないであろう。多くの情報を持つ患者・家族の判断について、その情報が患者本人にとってどうなのかという正しい判断が出来るよう支援するために看護師のアドボカシーが必要となってくるのではないだろうか。第3は医師の多忙によるコミュニケーション不足についてである。医療現場におけるゆとりのなさは第3章第1節において明らかになっている。特に医師不足が叫ばれている我が国においては、医師一人あたりの患者数も多く、医師の思いとは裏腹に患者や家族とゆっくりコミュニケーションを取ることが難しい。患者・家族にとっては説明を満足に受けていないという思いで不安であることが推測される。患者の不安を緩和するために、医療の専門職として医師と連携を持ち、日常的に患者の側にいる看護師のアドボカシー役割が期待される。実際看護師は医師と患者、医

師と家族の間の医師の説明不足を補う、仲介・橋渡しの役割をアドボカシーとして行っていた。患者は医師が多忙で十分話しが出来ないことの不服や不満を吐露しており、医師よりも看護師の方が自分のことを理解してくれる人であると期待する。それ故医師には言えないが看護師には言いやすいという理由からも、患者にとって看護師は相談しやすい存在であることがインタビューから明らかになっている。これらのことから看護師が医師や家族の調整役あるいは代弁者というアドボカシー役割があるといえよう。第4は看護師が患者の問題に気づくことでアドボカシーの必要な状況が明らかにされることについてである。看護師が患者との日常の係わりの中で患者が不利益を被っている、あるいは人権を侵害されている状況があるかを察知することである。そのためには看護師自身が患者の権利・人権が守られていない状況にあるかどうかを見極める能力が必要とされる。つまり患者がどのような状況に置かれていることが医療のみでなく生活者としてよいのか、患者の権利・人権とは何かについて確かな目を持てるような、知識と経験を持つことの必要性が示唆されたといつてよいのではないだろうか。

### (3) アドボカシー実践に伴う看護師のジレンマの対応について

アドボカシー実践は相互の認識・考え方のズレを補うための補足説明、それぞれの思いの代弁・橋渡しあるいは仲介をして医療に関連する支援や、他の機関（医療職以外の専門職）を使って、患者のQOL（生活の質）に向けた支援がなされていることが明らかになった。なかでも患者中心の医療の実現には患者が治療選択（意志決定）できる支援は重要であるが、医師に配慮した行動や工夫が必要な状況や、医師と対立しリスクを覚悟でアドボカシー実践をする状況も明らかになった。医療者としての患者への関わりは、医師は病気（疾患）について専門的に上位あると考えられるが、生活者としての患者の部分については日常的に患者と係わる看護師の方がより多くの情報を持っていると考えられる。その中で看護師はジレンマを感じていることが分かる。アドボカシー実践を行うことは患者のQOLを求めているが、アドボカシー実践を行うことによって確かに患者のQOLを高める効果がありあるいは家族も満足しているが、医師との関係が悪くなるという結果も報告されている。このことは看護師によるアドボカシーの実行が現時点では、医師の視点からは、出過ぎた行為として受け取られていることを示唆している。従って今後は看護師がリスクを負わずに当たり前のこととしてアドボカシー実践ができるようなシステムを構築する必要があるだろう。またアドボカシーを実践したあるいは実施しなかった場合でも心理的なス

トレスを受けている状況から看護師に対してカウンセリングや相談できる体制の充実を図ることが重要であると考えられる。

#### 本節のまとめ

我が国における医療システムの中で、看護師の具体的なアドボカシー実践がどのようなプロセスで実施されるかについて検討した結果、家族を含む四者関係でアドボカシーが必要になることが明らかになった。アドボカシーが必要な状況は、①医師、患者、家族の三者の認識・考え方のズル、②医療現場（特に医師）のパターナリズム、③医師とのコミュニケーション不足、④看護師が患者の問題に気づくことによるアドボカシーが派生している状況が顕在化することであった。実践内容は主に医師と患者・家族の調整役（橋渡し）であった。医師と対立するリスクや医師との関係が悪化することを覚悟の上で行っていた。実践した結果はうまくいった場合、うまくいかなかった場合があった。法的な根拠、守りがない中では看護師の行動は越権行為とみられる場合もあり、そのことが行動することを躊躇する要因になるとも考えられる。

## 第4章

### 看護師による患者のアドボカシーの実態 —ハワイ研究—



## 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識

## I 研究の背景

## 1. はじめに

看護師が患者の権利や利益のために行動する意味を表すアドボカシーについて、我が国の臨床で働いている看護師の患者アドボカシーの実態については第3章第1節で、患者の権利に関しては第3章第2節で明らかにしたが、我が国の看護の考え方や有り様は米国の看護の影響を多大に受けている。特に、米国では1960年代末から70年代にかけて高まった公民権運動の流れから、市民や消費者としての権利意識が患者の意思決定への参加を要求するようになってきている。すでに1972年病院として初めて患者の権利を「患者の権利に関する声明（ステートメント）」というかたちでベス・イスラエル病院が成文化したのを皮きりに、翌年の1973年には全米病院協会が「患者の権利章典」を作成、公表した。このような背景を持ち歴史的に権利意識が醸成されているという米国の看護師の患者アドボカシーの実践や患者の権利に対する実態を知ることは、医療制度や看護教育に違いがある我が国の看護師による患者アドボカシーの実践を考えていく上で意義があると考えられる。

## 2. 研究目的

本研究は米国の看護師の患者のアドボカシーに対する考え方を知るために、ハワイ州在住の看護師の「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する意識についてアンケート調査を行い、権利意識が高いとされている看護師による患者アドボカシーの実態を知ることである。

ハワイ州は連邦政府の一州であり、アメリカ連邦法に基づきものごとが認められているのでアメリカの文化的背景が反映されていること、日系人をはじめとアジア系住民のほか多民族による様々な価値観があるということ、筆者が Hawaii University や Hawaii Pacific University で医療に関わる研修をした経験から、ハワイ州の Honolulu 市を調査フィールドとした。

## II 研究方法

### 1. 研究協力者

医療体制や医療施設の違いがあるので、日本の研究協力者とできるだけ条件が揃うように、ハワイ州で働いている臨床・臨地経験5年以上の看護師を研究協力者とした。

サンプル数は100を目標にして、ハワイ州の私立総合病院の看護師にアンケート調査を行うために、その病院の研究審査コーディネイターに研究の趣旨を説明し、研究審査委員会（IRB；Institutional Review Board）への申請を依頼した。前提条件として倫理に関する試験（WebsiteによるCITI training；Course in the Protection of Human Research Subjects）に合格する（75点以上）必要があったため試験を受けクリアした。

アンケート票・調査依頼の説明文を添え申請書類を提出した。しかし、その病院で研究を中心になる医師の署名がないことで審査を受けることができなかった。そこで個人や関連する施設を訪問し、紙面と口頭（通訳同伴）で調査の趣旨を説明し協力の依頼をし、調査の趣旨と同意書および質問票を入れた封筒を預け、アンケートに協力してくれそうな対象者への配布と回収を依頼した。回収された質問票を送ってもらった。回収された調査票は49名分であった。

研究協力者の内訳は、看護大学大学院の社会人学生、看護協会関係者、総合病院の勤務者などであった。

### 2. 質問内容

我が国で行った「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識についての質問票を英訳して使用した（実際に用いた調査票は添付資料2）。英訳は、ハワイ在住の日本人1名のバイリンガルと筆者とで意味の一致を検討しつつ行った。

### 3. 調査期間

調査は平成17年10月から平成18年3月までの期間に実施した。

### 4. 分析方法

回収は49名であったが調査票の不備で1名は採用できなかったので分析対象は48名となった。全員の意見を反映するため、回答のない部分は欠損値として入力し、解析時必要に応じて欠損値処理を行った。

データは基本属性に関する記述統計量と理想と現実、勤務区分別の差や日米の看護師の認識の差についての  $t$  検定、現象に関連する要因の検索のロジスティック分析、患者の権利項目の因子分析、抽出された因子と基本属性の重回帰分析などの統計的解析は SPSS for Windows(14.0J 及び 17.0J)で行い、自由記述の内容は帰納的に分析し整理した。

回答は、「1. 違う」～「4. その通り」、「1. いいえ全く」～「4. はい非常に」、「1. いいえ全く」～「4. はい頻繁に」、「1. 全くない」～「4. 常に」の4件法である。

## 5. 倫理的配慮

日本における調査時の大阪大学大学院人間科学研究科行動系研究倫理審査会の研究実施許可の証明書（英文）と日本の病院の院内医療倫理部会の調査許可証明書（英文）と研究計画書・調査票を、筆者の研修研究機関である Hawaii Pacific University の研究審査委員会 (IRB; Institutional Review Board) に提出し審査を受け、研究の許可を得た。また、研究協力者にはアンケート調査の趣旨とアンケートの回答は自由であること、匿名性の遵守やデータの管理について紙面で説明し、承諾する意思のある方には同意書 (INFORMED CONSENT) にサインをしてもらったが回答は無記名で同意書と調査票は別にした。

## III 研究結果

### 1. 研究協力者の基本属性について

基本属性は Table 4-1-1 に示す通りである。

Table 4-1-1  
協力者の基本属性

	全体	勤務区分		
		一般	ICU・救急	緩和
協力者	48(100)	26(54.2)	20(41.7)	2(4.1)
性別				
男性	1(2.1)	0	1(5.0)	0
女性	46(95.8)	26(100)	18(90.0)	2(100)
NA	1(2.1)	0	1(5.0)	0
年齢(歳)				
平均年齢(SD)	44.1(9.7)	45.9(9.7)	42.6(9.0)	28(0)
20～29	4(8.3)	1(3.8)	2(10.0)	1(50.0)
30～39	14(29.2)	8(30.8)	6(30.0)	0
40～	29(60.4)	17(65.4)	12(60.0)	0
NA	1(2.1)	0	0	1(50.0)
経験年数(年)				
平均経験年数(SD)	17.6(10.5)	18.0(10.8)	18.3(10.1)	4.0(2.8)
～9	12(25.0)	6(23.1)	4(20.0)	2(100)
10～19	16(33.3)	8(30.8)	8(40.0)	0
20～	19(39.6)	11(42.3)	8(40.0)	0
NA	1(2.1)	1(3.8)	0	0
卒業した看護学校				
専門学校	14(29.2)	8(30.8)	6(30.0)	0
短大・大学	33(68.7)	18(69.2)	13(65.0)	2(100)
NA	1(2.1)	0	1(5.0)	0
修得した学位				
学士	20(41.7)	11(42.3)	9(45.0)	0
修士以上	17(35.4)	7(27.0)	8(40.0)	2(100)
NA・その他	11(22.9)	8(30.7)	3(15.0)	0
患者の権利・人権の学び				
はい	45(93.8)	24(92.3)	19(95.0)	2(100)
いいえ	3(6.2)	2(7.7)	1(5.0)	0
NA	0	0	0	0
アドボカシーの学び				
はい	43(89.6)	22(84.7)	19(95.0)	0
いいえ	4(8.3)	3(11.5)	1(5.0)	2(100)
NA	1(2.1)	1(3.8)	0	0

(SD)以外の( )は%

勤務部署は一般病棟 26名(54.2%)、ICU・救急部門 20名(41.7%)、緩和ケア病棟 2名(4.1%)であった(以降の勤務区分別の分析は、緩和ケア看護師を省き、一般看護師とICU・救急看護師とする)。年齢は、平均 44.1(SD9.7)歳で、20歳代 4名(8.32%)、30歳代 14名(29.2%)、40歳以上 29名(60.4%)、無回答 1名(2.1%)であった。臨床経験年数は、平均 17.6(SD10.5)年であり、20年以上が 19名(39.6%)で一番多かった。一般病棟とICU・救急病棟ともに20年以上が40%以上であった。卒業した看護学校は専門学校 29.2%、短大・大学 68.7%、1名無回答(2.1%)であった。修得した学位は学士 41.7%、修士以上 35.4%、無回答は 11名(22.9%)であった(Table 4-1-1)。今までに患者の権利・人権について学んだことのある人は 93.8%であり(Figure 4-1-1)、学んだ方法を複数回答で尋ねると(Figure 4-1-2)示す通りであった。アドボカシーについても同様に尋ねると、学んだこと

のある人は 89.6%で(Figure 4-1-3)、学んだ方法は(Figure 4-1-4)の通りであった(患者の権利・人権についての学びとアドボカシーの学びには有意なし)。権利・人権及びアドボカシーについて9割の人が何らかのかたちで学び、内訳の殆どは教育の場で学び(8~9割)、臨床の場でも4割の人が学んでいた。

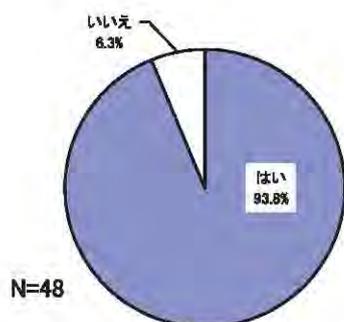


Figure 4-1-1 患者の権利・人権について学んだ有無

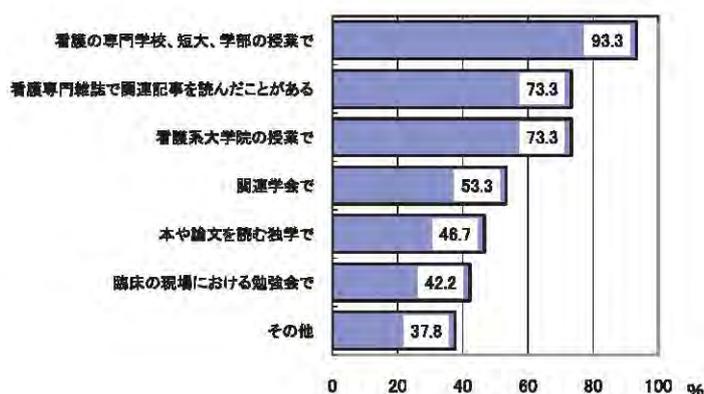


Figure 4-1-2 患者の権利・人権について学んだ方法

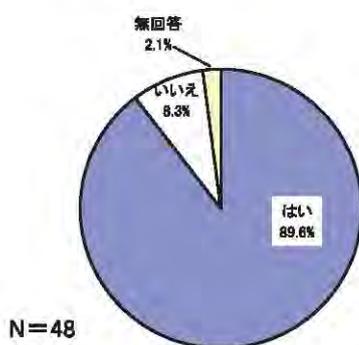


Figure 4-1-3 アドボカシーについて学んだ有無

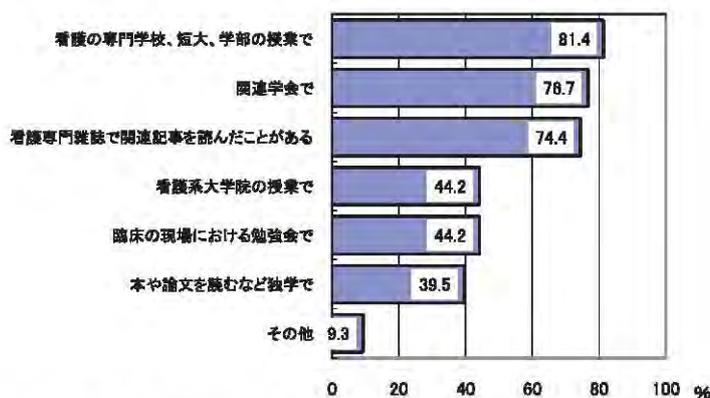


Figure 4-1-4 アドボカシーについて学んだ方法

## 2. アドボカシー実践を支える環境について

アドボカシー実践を支える環境の現実について、「その通り」と「まあそう」を合わせたものを「あり」として、アドボカシー実践を支える環境が現実にあると回答した看護師の割合は Figure 4-1-5 の通りで、特に病棟責任者(師長)のサポート(8.7%)がなく、ゆとりある業務(40.4%)ができない現状を認識していた。

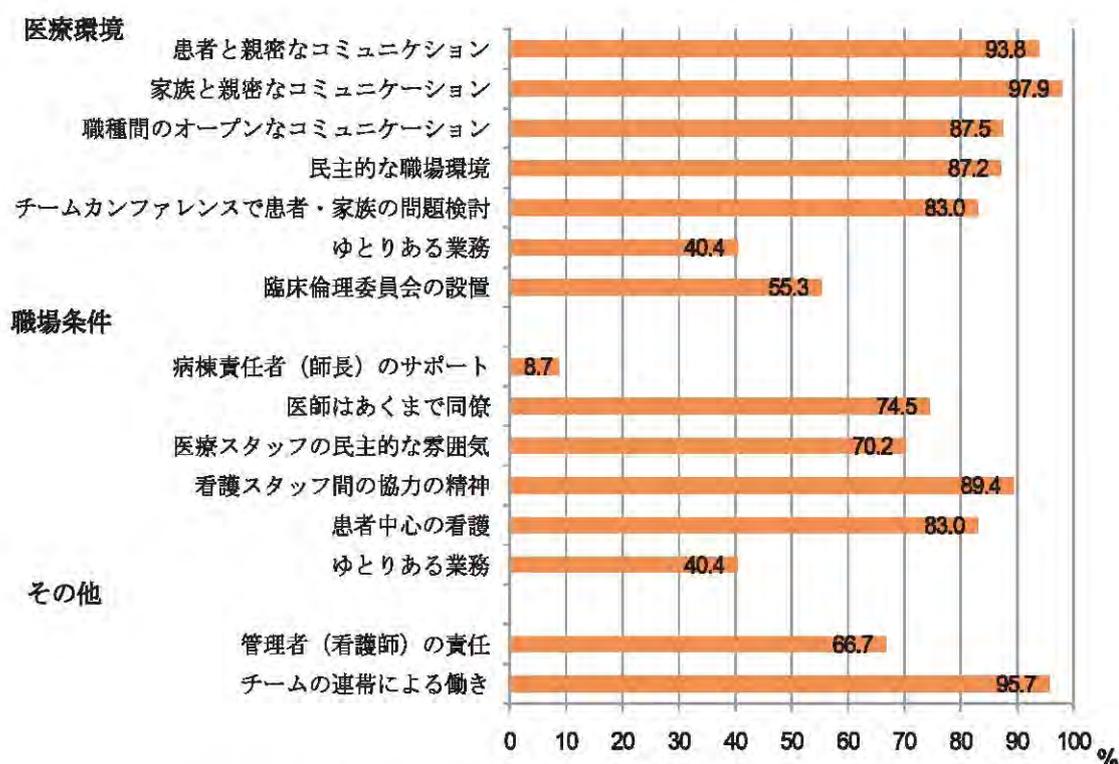


Figure 4-1-5 アドボカシー実践を支える現実の環境（あり）

### 3. 看護師のアドボカシーに関する認識

#### (1) アドボカシーの必要性（責務）に対する認識について

患者アドボカシーに対する看護師の責務について、①「本来持つべき」（理想）、②「実際に持っている」（現実）という記述に対する賛意の程度は、理想の方が現実よりやや高いが（平均①3.60(SD 0.77) > ②平均 3.50(SD 0.72)）、①②も肯定的な考えが大半で（有意なし）、責務の実際についての割合は「はい、非常に」72.9%、「まあそう」18.8%を合わせると91.7%であり、殆どの看護師はアドボカシーの必要性があると認識していた。

#### (2) アドボカシーの教育と必要な知識について

学校教育、臨床での教育、アドボカシー実践に必要な知識についても「その通り」と「まあそう」を合わせて「あり」とした割合の結果は Figure 4-1-6 の通りであり、学校や臨床でアドボカシーの教育を9割弱受け、アドボカシー実践をするには患者の権利、法律、倫理の知識が必要であると殆どの方が認識していた。

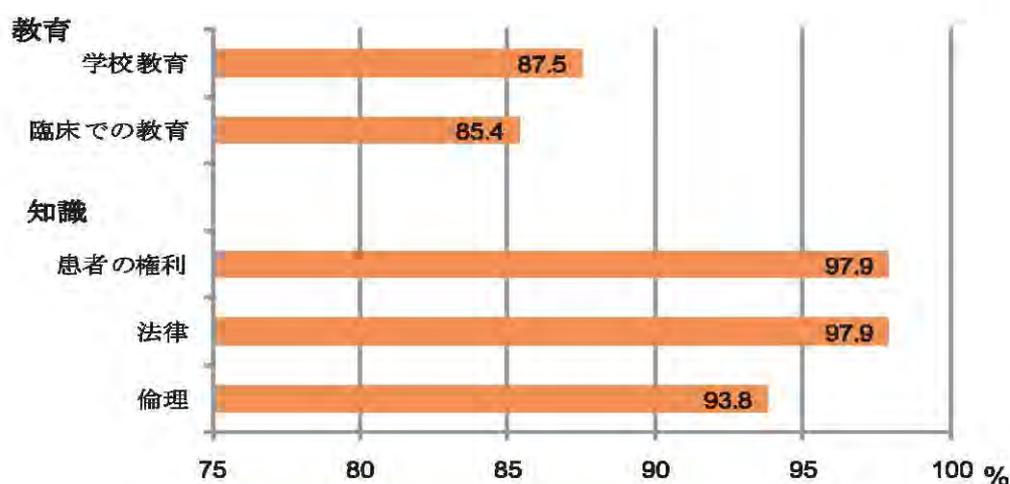


Figure 4-1-6 教育と知識（あり）

### (3) アドボカシー実践について

「看護師は、現状では実際にアドボカシーを実践しているか」という一般論としての看護師の認識は、「はい頻繁に」56.3%と「はい時々」33.3%を合わせると一般論として89.6%が看護師は実践していると認識していた。回答者自身アドボカシーを実践したことがあると回答した者も89.6%（なし8.3%、無回答2.1%）であった。

アドボカシー実践の有無とアドボカシーの必要性、勤務区分別（一般とICU・救急）、必要な知識の $\chi^2$ 検定では有意はなかった。

## 4. 看護師のアドボカシーに関する認識の理想と現実について

理想と現実の平均値の差を対応ある $t$ 検定で行った。

### (1) アドボカシーに関する教育の理想と現実

「特別な教育が必要」と「教育を受けてきた」及び「現場で教育が受けられる」に有意差はなかった。特別な教育が必要（平均値3.31(SD 0.83)）と認識し学校(平均値3.42(SD 0.82))でも臨床（平均値3.33(SD 0.78)）でも教育を受けていた。

### (2) 医療環境の理想と現実

患者・家族・職種間の「親密なあるいはオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」、「ゆとりある業務」、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」の医療環境の理想と現実で有意差があったのは「ゆとりある業務」（ $p < 0.001$ ）、「職種間のオープンなコミュニケーション」・「民主的な職場環境」・「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」・「日常業務の

ための臨床倫理委員会の設置」 ( $p < 0.01$ ) で、理想に比べ現実にはないと認識していた (Table 4-1-2)。

Table 4-1-2

## 医療環境の理想と現実

	理想の M(SD)	現実の M(SD)	$\gamma$	df	t 値
患者と親密なコミュニケーション	3.58(0.65)	3.67(0.60)	0.46***	47	-0.89 n.s.
家族と親密なコミュニケーション	3.60(0.57)	3.60(0.54)	0.66***	47	0.00 n.s.
職種間のオープンなコミュニケーション	3.65(0.67)	3.35(0.81)	0.51***	47	2.72 **
民主的な職場環境	3.45(0.86)	3.04(0.75)	0.17	46	2.68 **
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	3.62(0.68)	3.23(0.79)	0.42**	46	3.30 **
ゆとりある業務	3.34(0.89)	2.40(0.93)	0.17	46	5.49 ***
臨床倫理委員会の設置	3.26(0.71)	2.76(1.08)	0.08	45	2.73 **

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

## (3) 職場条件の重要度と現実

アドボカシー実践を促進する職場条件の6項目に対して、職場条件として重要度の最も高い項目を1～最も低い項目を6とし、1から6の番号で回答してもらった。重要度の順位は各項目の重要度1から3と回答したものを「あり」とした割合で示した (Figure 4-1-7)。

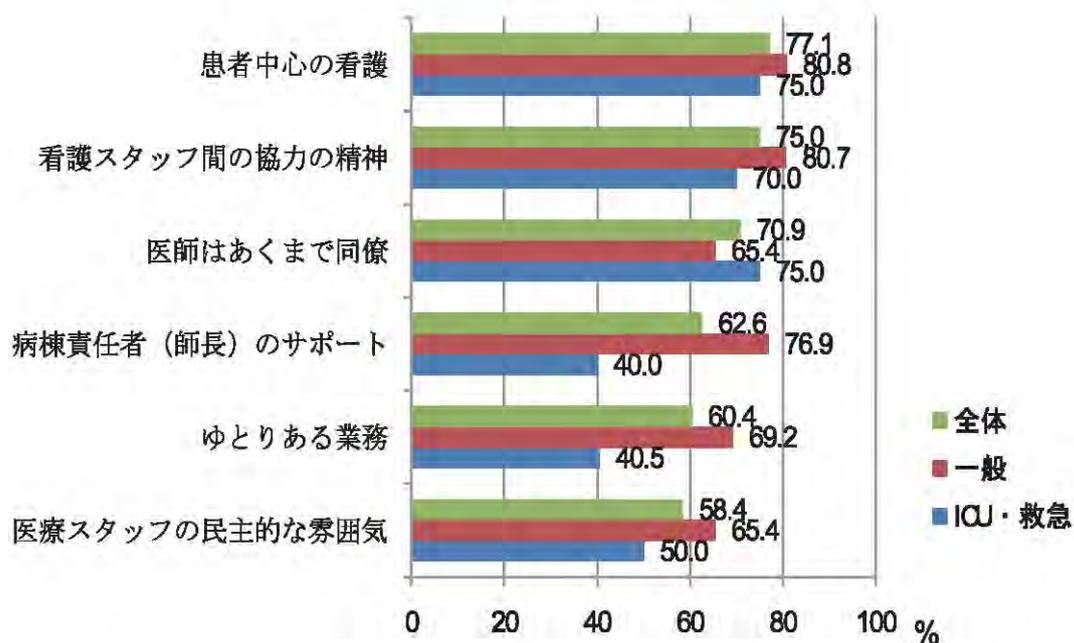


Figure 4-1-7 職場条件の重要度(あり)

重要度の1位は「患者中心の看護」(77.1%)、2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(75.0%)、3位は「医師はあくまで同僚」(70.9%)、4位は「病棟責任者（師長）のサポート」(62.6%)、5位は「ゆとりある業務」(60.4%)、6位は「医療スタッフの民主的な雰囲気」(58.4%)であった。

職場条件の現実(4件法)は「その通り」と「まあそう」を「あり」として割合で示した(Figure 4-1-8)。

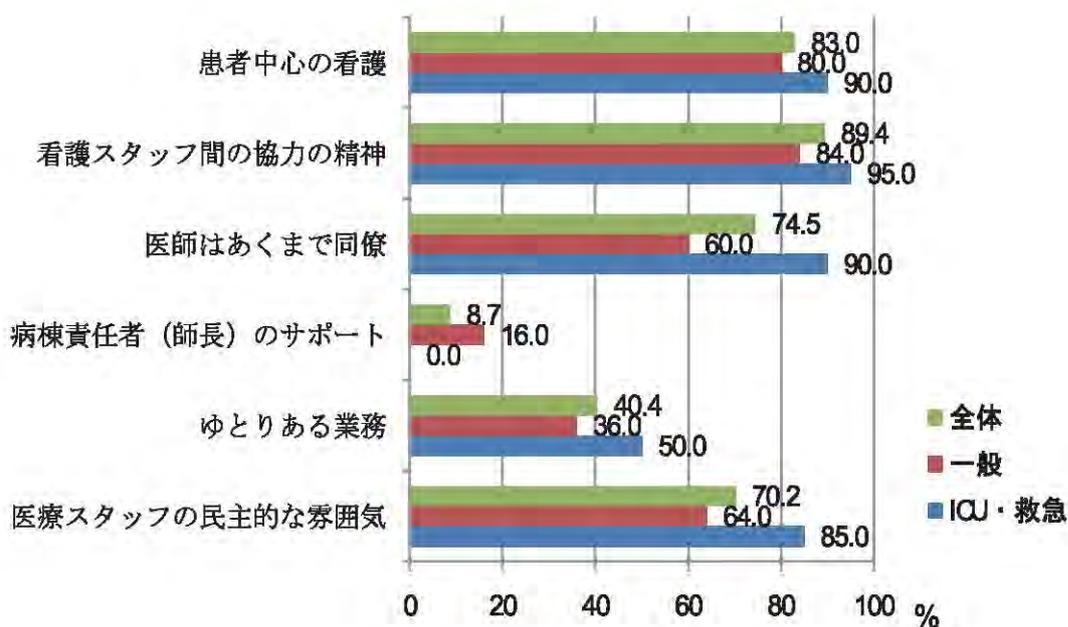


Figure 4-1-8 職場条件の現実(あり)

重要であるとした1位から3位については現実とほぼ同じで職場条件としてであると認識していた。重要度4位の「病棟責任者（師長）のサポート」は現実にはなく(8.7%)、重要度6位の「医療スタッフの民主的な雰囲気」は現実には比較的ある(70.2%)と認識していた。

#### (4) アドボカシー実践に向けての看護管理者の責任の理想と現実

「看護師がアドボカシーを実践できるように、看護管理者はスタッフを助ける責任があるか」（理想）と、「実際に責任を取ってくれるか」（現実）に有意差があり（ $t=4.32$ ,  $df=47$ ,  $p<0.001$ ）、理想では概ね全員が看護管理者はスタッフを助ける責任があると答えたのに対し、現実ではやや責任を取ってくれないと認識していた(Table 4-1-3)。

Table 4-1-3

#### 看護管理者の責任の理想と現実

項目	M(SD)	$\gamma$	$df$	t 値
看護管理者はスタッフを助ける責任がある	3.38(0.96)	0.44	47	4.32 ***
看護管理者は責任を取ってくれる	2.75(0.93)			

\*\*\* $p<.001$

## 5. 看護師のアドボカシーに関する勤務区分別の認識

今回勤務区分のサンプル数に偏りがあるため一般とICU・救急看護師のみの比較を行う(独立したt検定)。

学校教育(教育を受けてきた)、臨床での教育、医療環境、職場条件、アドボカシー状況に対するアドボカシー実践、看護管理者の責任、チームでの連帯の働き、について分析した結果、有意差があったのは職場条件の「医師はあくまで同僚」( $t=-2.71$ ,  $df=43$ ,  $p<0.01$ )、「医療スタッフの民主的な雰囲気」( $t=-2.20$ ,  $df=43$ ,  $p<0.05$ )、「日常業務のための臨床倫理委員会」( $t=-1.82$ ,  $df=43$ ,  $p<0.1$ )であった(Table 4-1-4)。

Table 4-1-4

## アドボカシーを支える環境

	一般 M(SD)	ICU・救急 M(SD)	df	t値
<b>医療環境</b>				
臨床倫理委員会の設置	2.62(1.17)	3.16(0.83)	43	-1.82 †
<b>職場条件</b>				
医師はあくまで同僚	2.56(7.71)	3.15(0.75)	43	-2.71 **
医療スタッフの民主的な雰囲気	2.62(0.86)	3.20(0.83)	43	-2.20 *

† <.1 \* p<.05 \*\* p<.01

## 6. アドボカシー実践に影響を及ぼす要因の検討

アドボカシー実践に影響を及ぼす要因を検討するために、アドボカシー実践の有無(あり:0, なし:1)を従属変数とし階層的にロジスティック回帰分析(変数増加法:尤度比)を行った。

アドボカシー実践の有無を従属変数に「教育を受けてきた」、「現場での教育の実際」、医療環境、職場条件、必要な知識、権利・人権の学び、アドボカシーの学び、基本属性を独立変数(共変量)としたロジスティック回帰分析の結果、モデル係数のオムニバス検定( $\chi^2=8.35$ ,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )、モデル適合度( $\chi^2=0.90$   $df=1$ ,  $p=0.34$ , Nagelkerke  $R^2=0.44$ )で、アドボカシー実践を規定する要因は「年齢」(OR=0.17,  $p<0.1$ )のみであった(Table 4-1-5)。

Table 4-1-5  
アドボカシー実践に影響を及ぼす要因

独立変数	従属変数		
	アドボカシー実践(あり: 0, なし: 1)		
属性	年齢	95%信頼区間	p値
	1	0.02-1.16	p<.1

## 7. 記述内容について

### (1) アドボカシーの必要性(責務)についての認識

アドボカシーに対する看護師の責務について「本来持つべき」(理想)の43件の記述内容と「実際に持っている」(現実)の40件の記述内容の主なものはTable 4-1-6に示す通りであった。

Table 4-1-6

アドボカシー責務の内容

理想(43件)	件(%)	現実(40件)	件(%)
接する時間が長いから/一番身近にいる存在	13(30.2)	責務を持っている/意識している	12(30.0)
当然と思う/そうあるべき	8(18.6)	患者の代弁者	4(10.0)
医学的な専門知識を持っている	6(14.0)	医学的な専門知識を持っている	3(7.5)
看護師の仕事	5(11.6)	看護師の仕事	3(7.5)
すべての患者にアドボカシーが重要	2(4.7)	医師と患者の調整をしているので	2(5.0)
		患者の立場に立った看護を提供すべきだから	2(5.0)
		患者自身をもっと現状を知るべき	2(5.0)

現実では患者の代弁者であり、医学的な知識を持っているからアドボカシーが必要であると認識していた。

### (2) アドボカシー実践の内容

回答者自身アドボカシー実践をしたと答えた(89.6%)看護師の具体的な事例の記述は49件ありその内容の主なものはTable 4-1-7の通りであった。

Table 4-1-7  
アドボカシー実践の内容

アドボカシー内容(49件)	件(%)
患者の希望に応じるよう努力する	7(14.3)
医師の治療が適切でない	5(10.2)
痛みのコントロール	4(8.2)
意思決定/治療選択を助ける	4(8.2)
家族との連絡	3(6.1)
患者の権利を守る	3(6.1)

看護師のリスクが伴う可能性のある「医師の治療が適切でない」ときにアドボカシーを実践していた看護師が10%あった。

「医師の治療が適切でない」アドボカシー実践の記述内容の事例（和訳）を示す。

患者が急性血液透析を拒否。しかし患者の妻は透析を望んだ。医師は鎮静剤の大量投与により患者の意識を抑え、患者の同意無しで透析を行うように命じた。登録看護師（RN）と部長（Manager）に状況が知らされた。医師に電話し倫理的側面について話し合った。医師は自分の指示に従うように要求した。患者とも話し合ったが、やはり透析は拒否。妻が説得を試みたが、失敗。倫理委員会に状況を知らせたが、直接の話し合いには至らなかった。部長が患者に話したが、患者はやはり治療を拒否。部長は私に医師の指示に従うようにと主張した。部長が患者に薬を投与（私は患者に鎮静剤を与えることを拒否した）。透析を2時間続けたあたりで倫理部長が到着。血液透析が中止され、家族との話し合いがもたれた。患者には決断能力がないという家族の判断で、鎮静剤大量投与下での透析が再び始められた。患者はその後尊厳を保つことなく死を迎えた。

### （3）アドボカシーが必要な状況

擁護する状況にはアンケートの項目以外に実際どのような場合があると考えているかを知るために、「一般に他者からのアドボカシーが必要な状況としてどんな場合があるか」を尋ねた。47件の記述がありその内容の主なものTable 4-2-8の通りであった。

Table 4-2-8

## アドボカシーが必要な状況の内容

アドボカシーが必要な状況(47件)	件 (%)
不必要な・適切でないケア/不必要な治療を受けているとき	7(14.9)
意思表示できなくなったとき/自分の気持ちが伝えられないとき	5(10.6)
言葉上の問題/治療などについて理解できないとき	5(10.6)
看護師の専門外/管理下でない場合	5(10.6)
法律が絡んだ場合	4(8.5)
患者の命に関わること(DNR:蘇生拒否)	3(6.4)
患者の希望が尊重されないとき	3(6.4)

アドボカシー実践と関連している不必要な治療・ケアを受けている状況(14.9%)や患者の命に関わる問題(6.4%)にもアドボカシーの必要な状況であると認識していた。

## (4) 看護管理者のスタッフを助ける責任の認識

「看護管理者はスタッフを助ける責任がある」その理由についての記述は39件ありその主なものはTable 4-1-9の通りであった。

Table 4-1-9

## 看護管理者の責任の内容

看護管理者の責任(39件)	件 (%)
サポート体制が必要	13(33.3)
管理者は責任者/まとめ役が必要	7(17.9)
管理的立場の人の影響力は大きい/率先すべき	4(10.3)
サポートすることはない/いらない	3(7.7)

“管理者は力や知識を備えている”ので“強力なリーダーシップ”を発揮し、“チームのリーダーとして手本となるべき”であり、“リスクが多い場合バックアップしてくれる”立場にあることを強調していた。看護管理者は[サポートすることはない/いらない]の旨の記述が3件(7.7%)あり、その内容は、“アドボカシーは個人としての行為である”、“患者のケアに関わらない”、“サポートすることは少ない”というものであった。

## (5) チームによる連帯の認識

「アドボカシーのためには、看護師はチームを組んで連帯して働くのがよいか」の質問に対して、殆どの方が肯定的に賛意を示した(3.65(SD 0.57))。その理由の記述は34件あり主なものはTable 4-1-10の通りであった。

Table 4-1-10  
チームによる連帯の内容

チームによる連帯(34件)	件(%)
チームの力のほうが大きい/チームの方が動きやすい	22(64.7)
協力/連帯が必要	4(11.8)
必ずしもチームを組む必要はない	2(5.9)

【チームの力の方が大きい/チームの方が動きやすい】が22件(64.7%)と一番多かった。仲間の連帯の力や方針の統一性の必要性和“違った観点から問題の解決策を見いだせる”利点を挙げていた。反対に【必ずしもチームを組む必要はない】が2件(5.9%)あり、“代弁するには一人で十分”であり、“個人が自分の担当している患者のために代弁者になる必要あり”などであった。

## IV 考察

## 1. アドボカシー実践へのプロセスについて

調査結果の全体像をFigure 4-1-9に示す。

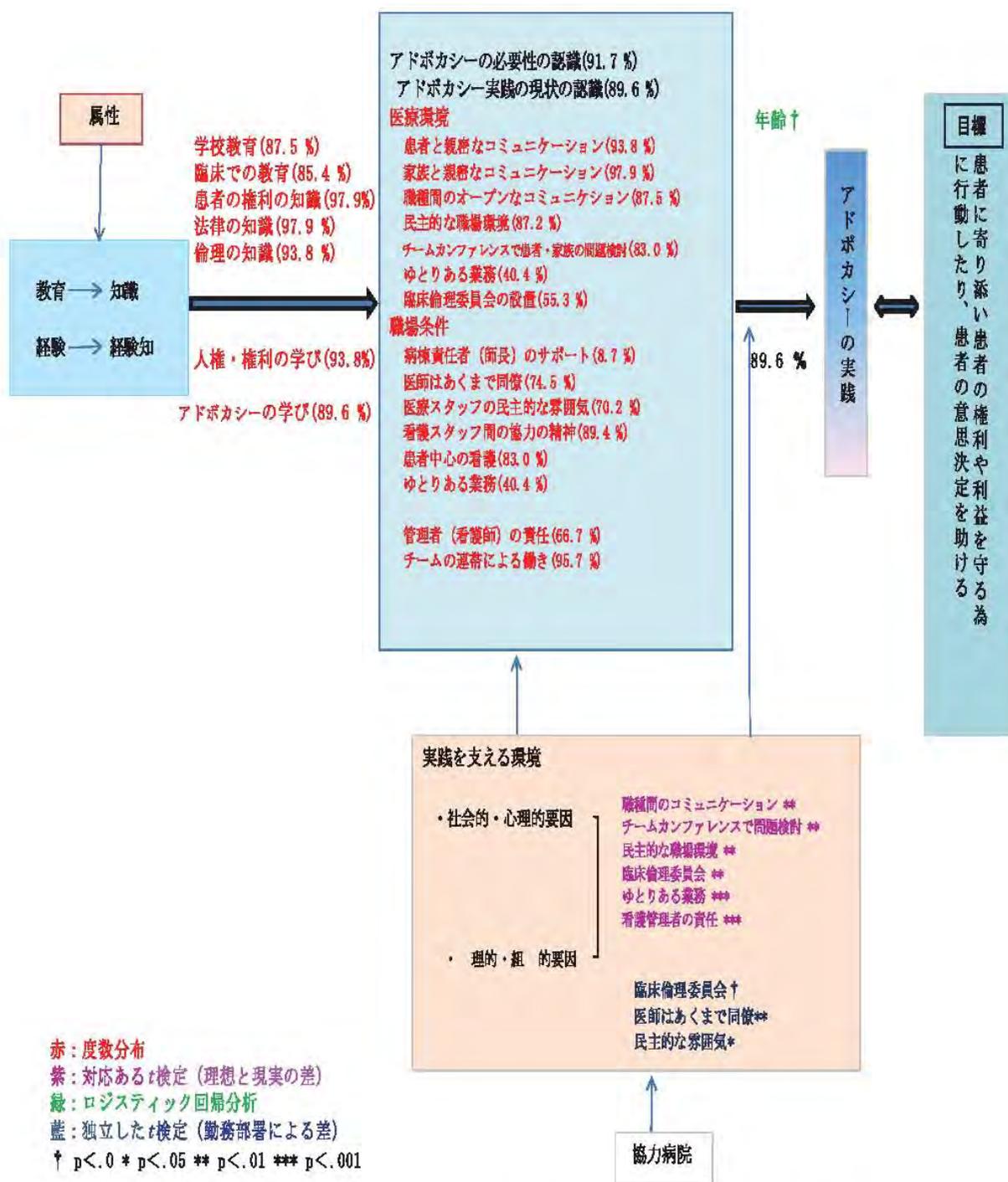


Figure 4-1-9 アドボカシー実践へのプロセス

全体像を概観するとハワイの看護師は現実のアドボカシーの必要性もアドボカシー実践の現状の認識（一般論）も高く（9割）、且つ実際にアドボカシーを実践した看護師は

9割であり、患者のアドボカシーを看護師が行うことは日常業務としてあたかも患者の体温を毎日チェックするようにアドボカシーの必要性が認識され実践されていることが分かる。この結果は人権・権利やアドボカシーについて短大・大学、大学院など学校で殆どの人が学び（8～9割強）、臨床現場の勉強会（4割強）などでも学んでいることとも関連していると考えられる。さらに倫理に関する知識はもちろん患者の権利や法律に関する知識もアドボカシーを実施するには必要であると認識している。この結果の背景には、米国においては医療に患者の視点を持ち込み医療に対する信頼を担保する様々なメカニズムを形成し医療の体制にも構造的な改革を経てきている（Annas, 1989/上原・赤津訳, 1992）とところに準拠していると考えられる。例えば、患者の権利法（州法）では施設と医師に患者の諸権利の履行促進する義務、患者の尊厳を高める義務、患者のそれぞれの権利を保証する義務など具体的な義務を課し、患者の権利について記した文章の配布や掲示を病院に義務づけ、受診および入院患者には患者の権利と責任について説明をしなければならない

（Annas, 1989）とされている。また、患者に対して常に患者満足度調査が行われ（記名）患者の意見が反映されるシステムが構築されている。あらゆる行為に対して書類で対応する契約社会や個人の意思を優先する個人主義の米国では、法に基づいた実践が履行されているため倫理の知識は当然のことながら法律についても十分周知しておく必要があることを示唆している。即ち、社会的規範として各個人が自分の行為に対して権利と責任を持つことが徹底しており、このことは他者の権利と責任も重要視することを意味している。従って、医療現場の看護師の権利と責任もそれらの流れの中で浸透していると考えられる。

アドボカシー実践を支える環境の理想と現実では、患者や家族とのコミュニケーションを除く医療環境と看護管理者の責任が現実にはないと認識している。ただ理想と現実の平均値の差が小さく現実の環境も比較的であると認識していることから、アドボカシー実践がよりできる環境を目指していると考えられる。看護管理者が責任を取ってくれないということと職場条件の病棟責任者（師長）のサポートがないことは、看護管理者の責任の記述内容にもあるように、アドボカシーを実践するのは個々の看護師が責任を持ってやるという看護師の責任と義務という自律性の考え方が前提にあるのかもしれない。全体的にハワイの看護師はほとんど全体と比べていくらかの人がアドボカシーの重要性を認識し、実践をしており、統計的には有意差がいくつか出ているといっても、アドボカシーの責務（必要性）がないという人は48人中4人と8%に過ぎないのであり、統計的な有意差を見ることより、8%の人が何故そう思わないのかという少数の人の考えを分析する必要がある

のではないかと思われる。ハワイの看護師はアドボカシーのみでなく、患者とのコミュニケーションあり 94%、家族とのコミュニケーションあり 98%、職種間のコミュニケーションあり 88%、チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討あり 83%から、コミュニケーションも非常によく行われている。このようなコミュニケーションがスムーズに行われている中で、看護師は患者が何を望んでいるか把握し、それを職種間で共通認識することができるため日常的にアドボカシーが行われる背景があるのではないだろうか。

医療現場のコミュニケーションは理想としてはより良いコミュニケーションを掲げているが、現実も非常によい状況であることが示唆されている。その中でも勤務部署による違いはいくつかあり（職場条件の「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフの民主的な雰囲気」）、ICU・救急部門の看護師は一般看護師よりも医療スタッフ間に対等な雰囲気があることが見いだされている。いずれにしても、ハワイの看護師はアドボカシー実践を日常的に当たり前のこととして行われていることが明らかになったといえる。

#### 本節のまとめ

ハワイにおける看護師のアドボカシー実態を検討した結果、ハワイの看護師はアドボカシーの必要性の認識が高く、且つ実際にアドボカシーの実践もしていた。日常的にアドボカシーを実践している要因は、①アドボカシーについて学校や臨床の場で学んでいること、②アドボカシー実践を支える環境が整っている（ゆとりある業務ができない、師長のサポートは少ない）ことが明らかになった。

## 第2節 アドボカシー実践の要因である看護師の患者の権利に関する認識

### 1. 研究目的

アドボカシーを実践する要因の一つに患者の権利に関する知識が必要であることが日本とハワイで確認された（第3章第1節、第4章第1節）。一方で患者のアドボカシーに対する看護師の認識では日米に共通する部分と差異のある部分の確認され、両国の文化的背景や権利に対する基本的な考え方が影響を及ぼしていることを第4章第1節の考察で触れた。また、第3章第2節において日本の患者の権利の19項目について因子分析した結果、アドボカシーを説明する要素として日本では4つの要素が抽出され、Fry(1994)の「Models of Nurse Advocacy」の3要素とは合致しなかった。そこで本節では、米国の看護師の患者の権利についての認識が、米国での考え方を基本にしたFry(1994)の看護師のアドボカシーを説明する3要素が抽出されるかどうか、つまり患者の権利に関する認識に文化差が反映されているのかについて検証することを目的とする。

### 2. 調査内容

調査内容は日本の患者の権利の研究と同じく、患者の権利に関する文献（第3章第2節、p62）からFry(1994)のアドボカシーの3つの視点から選出した25項目である。

### 3. 調査方法

研究協力者、研究方法、調査期間はハワイ州における調査（第4章第1節）と同じである。

### 4. 調査結果

#### （1）患者の権利に対する理想と現実

25項目の患者の権利に対する看護師の係わりについて理想と実際（現実）の平均値を対応ある *t* 検定で行った結果、「抑制されない権利」以外すべての項目において有意差があった ( $p < 0.05 \sim p < 0.001$ ) (Table 4-2-1)。

Table 4-2-1

患者の権利への係わりについての理想と現実（平均値の差の大きい順）

	理想のM(SD)	現実のM(SD)	Mの差(SD)	$\gamma$	df	t値
4 医療ミスの被害を知らされる権利	3.26(1.04)	2.52(0.91)	0.74(1.10)	0.37 *	45	4.54 ***
17 同意したことを変更する権利	3.52(0.94)	2.82(1.01)	0.69(1.06)	0.41 ***	44	4.35 ***
11 知りたくない情報は告げられない権利	3.38(0.96)	2.76(0.80)	0.62(0.83)	0.57 ***	44	5.01 ***
18 臨床試験の参加、不参加の権利	3.41(0.98)	2.87(1.08)	0.53(1.08)	0.46 **	44	3.32 **
2 治療選択肢を知らされる権利	3.35(1.04)	2.82(0.90)	0.52(0.84)	0.64 ***	45	4.23 ***
5 副作用や危険性を知らされる権利	3.35(1.06)	2.83(0.88)	0.52(0.84)	0.64 ***	45	4.23 ***
16 治療を自分で選択する権利	3.26(1.00)	2.73(0.84)	0.51(0.87)	0.57 ***	44	3.94 ***
23 延命治療拒否の権利	3.42(1.01)	2.91(0.87)	0.51(0.87)	0.58 ***	44	3.94 ***
7 深刻な病名を知らされる権利	3.30(1.07)	2.83(1.02)	0.48(0.84)	0.68 ***	45	3.88 ***
8 悪い予後を知らされる権利の遵守	3.11(1.16)	2.65(0.95)	0.46(1.05)	0.52 ***	45	2.96 **
3 症状を詳細に知らされる権利	3.28(1.07)	2.83(0.85)	0.46(0.69)	0.76 ***	45	4.49 ***
20 代理人に意向を託す権利	3.33(1.08)	2.87(0.89)	0.44(0.92)	0.58 ***	44	3.25 ***
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	3.42(1.01)	2.98(0.94)	0.44(0.84)	0.63 ***	44	3.55 ***
15 看護・治療計画に参加する権利	3.60(0.94)	3.16(0.81)	0.43(0.82)	0.58 ***	43	3.50 ***
6 一般的に病名を知らされる権利	3.33(1.06)	2.91(0.94)	0.41(0.75)	0.73 ***	45	3.75 ***
25 信仰・宗教儀式を行う権利	3.44(0.99)	3.04(1.09)	0.40(0.94)	0.59 ***	44	2.86 **
19 治療をやめる・拒否する権利	3.50(0.94)	3.09(0.90)	0.40(0.81)	0.63 ***	44	3.32 **
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	3.04(1.07)	2.65(0.85)	0.39(0.95)	0.53 ***	45	2.78 **
10 わからないことを質問する権利	3.57(0.98)	3.20(0.91)	0.37(0.68)	0.75 ***	45	3.69 ***
21 孤独死を迎えない権利	3.40(0.96)	3.02(0.95)	0.36(0.78)	0.67 ***	43	3.09 **
22 尊厳死の権利	3.48(1.07)	3.16(1.02)	0.31(0.79)	0.72 ***	44	2.63 *
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.64(0.83)	3.33(0.85)	0.31(0.73)	0.62 ***	44	2.85 **
14 抑制されない権利	3.33(1.03)	3.10(0.76)	0.24(0.91)	0.52 ***	41	1.70
13 痛みから解放される権利	3.59(0.98)	3.33(1.00)	0.24(0.74)	0.72 ***	44	2.21 *
1 個人情報に他人に漏らされない権利	3.52(1.05)	3.28(0.91)	0.24(0.67)	0.77 ***	45	2.41 *

\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

25項目の権利について、理想の得点幅は3.04-3.64であり“たいてい常に”係わるべきという範囲で、現実の得点幅は2.52-3.33であり、“たまに”から“たいてい”の範囲の得点であることから理想が現実よりやや高かったが、理想と現実の賛意の程度（平均値）において殆ど差がないことから、看護師は概ね患者の権利について係わっていることが分かった。

理想と現実の高い上位5と低い下位5を見ると各々類似していた (Table 4-2-2)。

Table 4-2-2  
患者の権利への係わりの理想と現実の上位5及び下位5

理想の上位5	M(SD)	現実の上位5	M(SD)
12a 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.64(0.83)	13b 痛みから解放される権利	3.33(1.00)
15a 看護・治療計画に参加する権利	3.60(0.94)	12b 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.33(0.85)
13a 痛みから解放される権利	3.59(0.98)	1b 個人情報を他人に漏らされない権利	3.28(0.91)
10a わからないことを質問する権利	3.57(0.98)	10b わからないことを質問する権利	3.20(0.91)
1a 個人情報を他人に漏らされない権利	3.52(1.05)	22b 尊厳死の権利	3.16(1.02)
理想の下位5		現実の下位5	
9a 自分のカルテや看護記録を見る権利	3.04(1.07)	4b 医療ミスの被害を知らされる権利	2.52(0.91)
8a 悪い予後を知らされる権利	3.11(1.16)	8b 悪い予後を知らされる権利	2.65(0.95)
4a 医療ミスの被害を知らされる権利	3.26(1.04)	9b 自分のカルテや看護記録を見る権利	2.65(0.85)
16a 治療を自分で選択する権利	3.26(1.00)	16b 治療を自分で選択する権利	2.73(0.84)
3a 症状を詳細に知らされる権利	3.28(1.07)	11b 知りたくない情報は告げられない権利	2.76(0.80)

上位5の理想と現実で共通している権利は「1.個人情報を他人にもらされない権利」・「10. わからないことを質問する権利」・「12. 痛みを遠慮なく表現できる権利」・「13. 痛みから解放される権利」で、他に理想では「15a. 看護・治療計画に参加する権利」、現実では「22b. 尊厳死の権利」で (Figure 4-2-1)、理想も現実も平均値は高く各項目の差は小さかった(0.24-0.43)。

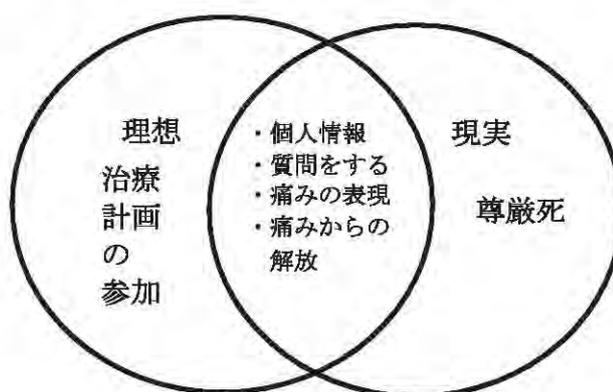


Figure 4-2-1 患者の権利への係わりの理想と現実の上位5

下位5の理想と現実で共通している権利は「4. 医療ミスの被害を知らされる権利」・「8. 悪い予後を知らされる権利」・「9. 自分のカルテや看護記録を見る権利」・「16. 治療を自分で選択する権利」で、他には理想では「3a. 症状を詳細に知らされる権利」、現実では「11b. 知りたくない情報は告げられない権利」で（Figure 4-2-2）、特に現実の平均値が低く各項目の差はやや大きかった(0.39-0.74)。

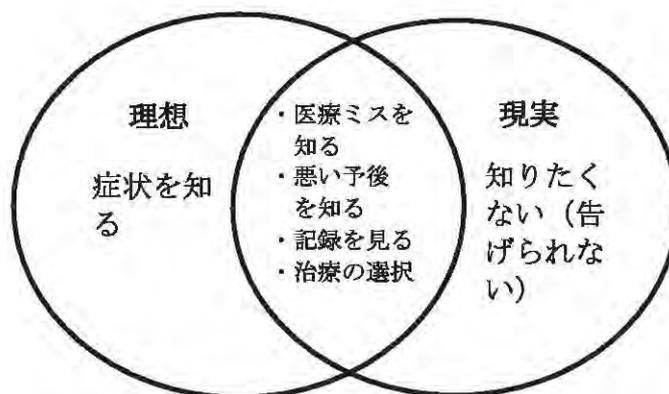


Figure 4-2-2 患者の権利への係わりの理想と現実の下位5

理想の平均値と現実の平均値に大きな差が見られないことから、現実には患者の権利を尊重しているがより患者の権利を守るような係わりをしたいと認識していることが分かった。

#### (2) 勤務部署による看護師の認識の差

看護師が患者の権利にどの程度実際に係わっているか（看護師の権利への現実の係わり）について勤務区分で差があるか独立した  $t$  検定をした結果、「治療選択を知らされる権利」( $t=-2.24$ ,  $df=42$ ,  $p<0.05$ )のみ有意差があった（Table 4-2-3）。ICU・救急看護師の方が一般看護師より治療選択を知らせるような係わりをしていた。

Table 4-2-3

現実の患者の権利への係わりへの勤務区分比較

患者の権利	勤務区分		df	t値
	一般M(SD)	ICU・救急M(SD)		
治療選択を知らされる権利	2.58(0.86)	3.17(0.86)	42	-2.42*

\*  $p<.05$

## (3) 患者の権利の構成要素

看護師の患者の権利に対する現実の係わりから、構成要素（因子）を抽出するために、サンプル数は少ないが主因子法（プロマックス回転）による因子分析を試みた。患者の権利項目を因子分析するとき以下の基準を定め項目を整理した。①回答に著しい偏り（天井及び床効果）のある項目を削除する。②項目間相関が0.80以上ある場合どちらかの項目を削除する。③全ての因子に0.40未満の負荷量を示す項目は削除する。①については満点が4なので、平均点が80%程度（≒3.2）を超えるもの、20%（≒0.8）を下回るものを見ながら、平均値（M）と標準偏差（SD）から検討し、歪度・尖度、ヒストグラムの形状も確認していった。

Table 4-2-4

患者の権利への現実の係わりの偏りの検討

権利項目	M	SD	M+SD
1 個人情報に他人に漏らされない権利	3.28	0.91	4.19
2 治療選択肢を知らされる権利	2.83	0.90	3.73
3 症状を詳細に知らされる権利	2.83	0.85	3.68
4 医療ミスの被害を知らされる権利	2.52	0.91	3.43
5 副作用や危険性を知らされる権利	2.83	0.88	3.71
6 一般的に病名を知らされる権利	2.91	0.94	3.85
7 深刻な病名を知らされる権利	2.83	1.02	3.85
8 悪い予後を知らされる権利	2.65	0.95	3.60
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	2.65	0.85	3.50
10 わからないことを質問する権利	3.20	0.91	4.11
11 知りたくない情報は告げられない権利	2.76	0.80	3.56
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	3.33	0.85	4.18
13 痛みから解放される権利	3.33	1.00	4.33
14 抑制されない権利	3.10	0.76	3.86
15 看護・治療計画に参加する権利	3.16	0.81	3.97
16 治療を自分で選択する権利	2.73	0.84	3.57
17 同意したことを変更する権利	2.82	1.01	3.83
18 臨床試験の参加、不参加の権利	2.87	1.08	3.95
19 治療をやめる・拒否する権利	3.09	0.90	3.99
20 代理人に意向を託す権利	2.87	0.89	3.76
21 孤独死を迎えない権利	3.02	0.95	3.97
22 尊厳死の権利	3.16	1.02	4.18
23 延命治療を拒否する権利	2.91	0.87	3.78
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	2.98	0.94	3.92
25 信仰・宗教儀式を行う権利	3.04	1.09	4.13

天井効果を示した「個人情報に他人に漏らされない権利」、「わからないことを質問する権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「痛みから解放される権利」、「尊厳死の

権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」の6項目を削除した (Table 4-2-4)。②については、「一般に病名を知らされる権利」、「代理人に意向を託す権利」、「延命治療を拒否する権利」の3項目を削除した (「尊厳死の権利」は天井効果で削除) (Table 4-2-5)。③については該当する項目はなかった。

Table 4-2-5

相関の強い ( $\gamma=0.80$  以上) 項目

一般に病名を知らされる権利と症状を詳細に知らされる権利	$\gamma=0.84$
代理人に意向を託す権利と治療をやめる・拒否する権利	$\gamma=0.81$
延命治療を拒否する権利とリビングウィルを実行してもらう権利	$\gamma=0.91$
尊厳死の権利と延命治療を拒否する権利	$\gamma=0.81$
尊厳死の権利と孤独死の権利	$\gamma=0.82$

残り16項目を主因子法 (プロマックス回転) による因子分析をし、固有値、スクリープロット、解釈可能性から判断し、2因子解による探索的因子分析を行った (Table 4-2-6)。

Table 4-2-6

患者の権利の因子分析 (主因子法; プロマックス回転)

患者の権利	抽出因子		$h^2$
	I	II	
第I因子; 治療への主体的参加 ( $\alpha=0.92$ )			
19 治療をやめる・拒否する権利	0.93	-0.08	0.77
18 臨床試験の参加、不参加の権利	0.91	-0.06	0.77
14 抑制されない権利	0.83	-0.15	0.57
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	0.79	0.07	0.72
17 同意したことを変更する権利	0.78	0.06	0.76
21 孤独死を迎えない権利	0.75	0.10	0.68
15 看護・治療計画に参加する権利	0.74	-0.14	0.46
11 知りたくない情報は告げられない権利	0.49	0.14	0.37
第II因子; 知らされる権利 ( $\alpha=0.91$ )			
8 悪い予後を知らされる権利	-0.13	0.91	0.69
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	-0.34	0.87	0.48
16 治療を自分で選択する権利	0.02	0.72	0.53
2 治療選択肢を知らされる権利	0.26	0.66	0.74
3 症状を詳細に知らされる権利	0.28	0.63	0.72
5 副作用や危険性を知らされる権利	0.19	0.60	0.56
7 深刻な病名を知らされる権利	0.34	0.59	0.74
4 医療ミスの被害を知らされる権利	0.03	0.57	0.36
因子間相関	I	II	
I	-	0.67	
II		-	

各因子のクロンバック  $\alpha$  係数は第 I 因子  $\alpha = 0.92$ 、第 II 因子  $\alpha = 0.91$  で内的整合性はあり、因子間相関は 0.67 で相互に関連していた。

因子の命名として第 I 因子は 8 項目で、「治療をやめる・拒否する権利」や「臨床試験の参加、不参加の権利」に高い負荷量を示す項目や本人が意思表示していく項目で構成されているので、【治療への主体的参加】と命名した。第 II 因子は 8 項目で、複数の「～を知らされる権利」や「自分のカルテや看護記録を見る権利」などで構成されているので、【知らされる権利】と命名した。

### (2) アドボカシー実践に影響を及ぼす看護師の要因

2つの構成要素（因子）にどのような要因が影響を及ぼすかについて、2因子（従属変数）と看護師の基本属性（年齢、経験年数、卒業した看護学校、修得した学位）、権利・人権の学び、アドボカシーの学び、学校での教育、臨床での教育（独立変数）で重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果は Table 4-2-7 に示すように、「治療への主体的参加」と経験年数に負の関係 ( $\beta = -0.39, p < 0.05$ ) があった。

Table 4-2-7

2因子と学びの有無、教育、属性の重回帰分析（ステップワイズ法）

独立変数	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	
	従属変数	
	治療への主体的参加	知らされる権利
<b>学びの有無</b>		
権利・人権の学び	—	—
アドボカシーの学び	—	—
<b>教育</b>		
学校での教育	—	—
臨床での教育	—	—
<b>属性</b>		
経験年数	- .39 *	—
卒業した看護学校	—	—
修得した学位	—	—
調整済み $R^2$	.12 *	

\*  $p < .05$

## 5. 考察

### (1) 患者の権利への係わりの理想と現実

患者の権利 25 項目の患者の係わりについて理想と現実の認識の差は  $t$  検定結果では 24 項目に有意差があったが、賛意の程度（平均値）においては殆ど差がなく、日常業務とし

てアドボカシー実践が行われていることが示唆され、なおかつより多く係わることを望んでいることが窺われる。あえて理想と現実の差が大きい項目上位5を挙げると、「医療ミスの被害を知らされる権利」、「同意したことを変更する権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」、「治療選択肢を知らされる権利」で、患者の知る権利への係わりがやや少ないと認識している。これは Beth Israel Hospital のステートメントに示されている「Your Rights as a Patient(You have the right to~)」と「You also have some responsibilities~」ように患者には権利と責任があり、病気や治療について自ら知る責任があるという考え方によるのかもしれない（看護師からというより患者から聞く）。「知りたくない情報は告げられない権利」は「放っておいてもらいたい」という拒否する権利（negative rights）で自分を他者から保護してくれるもの(Davis & 太田,1999)という患者の権利であるが、積極的に情報を伝えるという positive rights への係わりを目指す米国の考え方からすれば消極的な係わりという捉え方があるのかもしれない。また、勤務部署での係わりの認識では「治療選択肢を知らされる権利」のみに有意差 ( $p < 0.05$ , ICU・救急>一般)があることから、アドボカシーは看護師の役割であると認識していると考えられる。

## (2) 患者の権利の構成要素(看護師のアドボカシー)

患者の権利 16 項目の因子分析による構成要素は【治療への主体的参加】と【知らされる権利】で患者としての権利（「知る権利」・「参加する権利」）である。しかし、天井効果を示した項目は看護師が日常的に係わっている項目で当然の権利（基本的人権）であり、日本の【QOLの尊重】（「延命治療を拒否する権利」・「代理人に意向を託す権利」・「尊厳死の権利」・「信仰・宗教儀式を行う権利」）や【快の保証】（「痛みを遠慮なく表現できる権利」・「痛みから解放される権利」・「分からないことを質問する権利」）の構成要素に該当する【人としての尊厳】に関わる重要なものになると考えられる。従って、天井効果を示した重要な要素と因子分析で抽出された2因子（要素）を考え合わせば Fry(1991)の提唱する3つの構成要素になるかあるいは日本の看護師のアドボカシーの構成要素と類似する可能性が考えられ(Figure 4-2-3)、構成要素においては潜在的に日米の差（文化差）はそう大きくないと考えられる。しかし、ハワイの看護師は「患者としての権利」に係わっていることが明らかになり、「患者としての権利を守る」ことは法律に準拠した義務・責務と認識していると推測される。

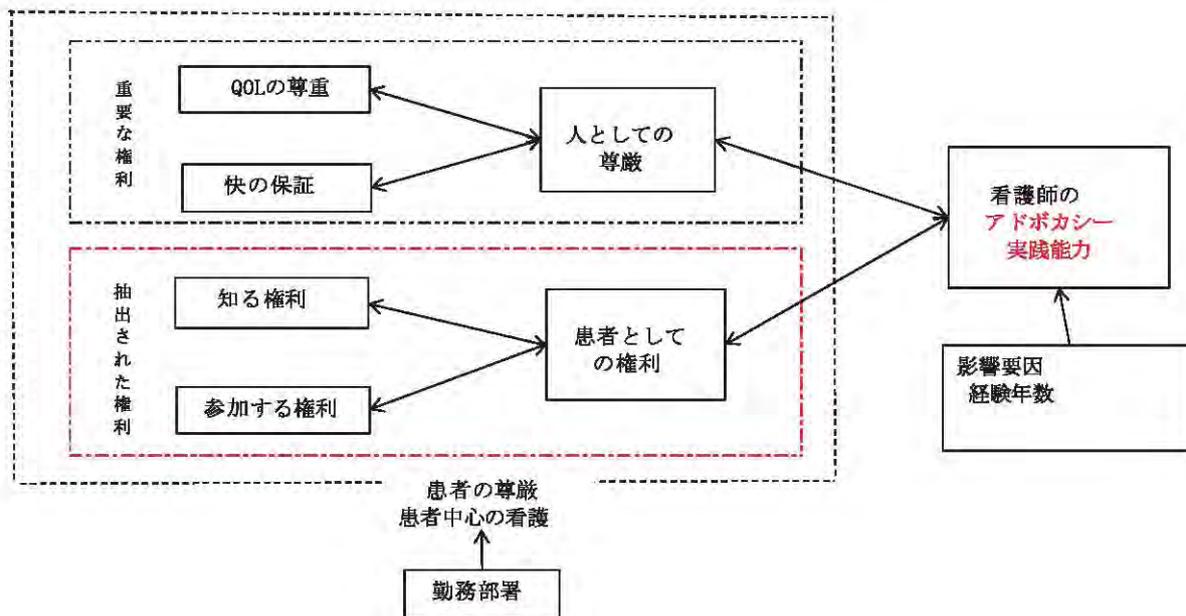


Figure 4-2-3 権利の構成要素と看護師のアドボカシーの関連図

(3) アドボカシー実践に影響を及ぼす要因

経験年数と【治療への主体的参加】が負の関係であるが、患者の権利・人権やアドボカシーについて9割の看護師が学んでいる（第4章第1節）背景を考え合わせると、患者としての権利へのアドボカシー実践を促進する要因は、臨床経験ではなくアドボカシーを学んだかどうかと重要であると考えられる。

4. 研究の限界

研究目的に患者の権利に関する考え方が具体的レベルで文化の差を反映するのかについて検証することを目的にしていた。しかし、ハワイ州で調査を行うことは倫理面で大変厳しい状況であり、サンプル数や研究協力者について限界があった。そのため分析結果の精度は十分とはいえないが、多少なりとも文化差の影響は示唆されたと考えられる。具体的な日米比較は第5章で論じ、文化的背景の影響について明らかにする。

本節のまとめ

ハワイにおける患者の権利意識の構造を検討した結果、日本においては認識にばらつきがあった基本的人権に関わる項目で、ハワイでは一貫して同意するという傾向（天井効果）

が観察された。潜在的に構成要素は変わらないと考えられるが、ハワイの看護師は「患者としての権利」に係わっていた。

## 第5章

### 看護師による患者のアドボカシーの実態 — 日米比較研究 —



## 第1節 看護師による患者のアドボカシーの認識

## 1. 研究目的

日本の看護師がアドボカシーの実践をしているのが5割であるのに対して、ハワイの看護師は9割実践していることが第4章第1節で明らかになった。アドボカシーの必要性は日本でも肯定的な考えが大半（理想：平均値 3.28(SD 0.55), 現実：3.05(SD 0.62))である。ではなぜアドボカシー実践をしないのかあるいはできないのかについて考えるためには、多くの日本の先行研究で日本の問題を解決すべき方略を考え出さなければならないのであるが、日本におけるアドボカシー研究は始まったばかりでありそれも叶わない状況である。一方自国の法律や医療制度に縛られていては本当の問題に気づくことができないこともある。そのような意味において他国に学ぶことも多々ある。従って本節では、アドボカシー実践が自明のこととして行われている米国（本研究ではハワイ州）での看護師が行う患者のアドボカシーに対する認識及び実態（第4章第1節）と日本の認識及び実態（第3章第1節）を比較し、日本の状況をより明らかにすることを目的とする。日本の不十分な部分を知ることあるいは強みを知ることによって日本の文化にあったアドボカシー実践への環境整備の構築の提言及び構築が可能になると考えられる。

## 2. 調査結果の日米（ハワイ）の比較

## (1) 研究協力者の基本属性

年齢・経験年数・卒業した看護学校 ( $p < 0.001$ )、修得した学位 ( $p < 0.01$ )、患者の人権・権利の学び ( $p < 0.05$ )、アドボカシーの学び ( $p < 0.001$ ) の全てに  $\chi^2$  検定で有意であった (Table 5-1-1)。平均年齢はハワイが高く、日本は30歳代(52.1%)が多いがハワイは40歳代以上(60.4%)が多い。年齢と同じく平均経験年数もハワイが高く、日本は10~19年(46.0%)、ハワイは20年以上(39.6%)が多い。卒業した看護学校は日本は専門学校(81.6%)、ハワイは短大・大学(68.7%)が多く、学士・修士の修得も多い。患者の権利・人権の学びは日本は76.2%、ハワイは93.8%であるのに対してアドボカシーの学びは日本28.8%、ハワイ89.6%と大差がある。

Table 5-1-1  
協力者の基本属性

	日本	ハワイ	$\chi^2$ 検定
協力者 年齢 (歳)	365	48	
平均年齢(SD)	34.9(6.7)	44.1(9.7)	
20~29	84(30.0)	4(8.3)	$\chi^2=33.86$
30~39	190(52.1)	14(29.2)	$df=2$
40~	77(21.2)	29(60.4)	$p<0.001$
NA	14(3.7)	1(2.1)	
経験年数 (年)			
平均経験年数(SD)	12.5(6.3)	17.6(10.5)	
5~9	135(37.0)	12(25.0)	$\chi^2=18.48$
10~19	168(46.0)	16(33.3)	$df=2$
20~	53(14.5)	19(39.6)	$p<0.001$
NA	9(2.5)	1(2.1)	
卒業した看護学校			
専門学校	298(81.6)	14(29.2)	$\chi^2=63.46$
短大・大学	64(17.6)	33(68.7)	$df=1$
NA	3(0.8)	1(2.1)	$p<0.001$
修得した学位			
学士	40(11.0)	20(41.7)	$\chi^2=8.63$
修士以上	8(2.2)	17(35.4)	$df=1$
NA・その他	317(86.8)	11(22.9)	$p<0.01$
患者の権利・人権の学び			
はい	278(76.2)	45(93.8)	$\chi^2=6.47$
いいえ	78(21.4)	3(6.2)	$df=1$
NA	9(2.5)	0	$p<0.05$
アドボカシー・権利擁護の学び			
はい	105(28.8)	43(89.6)	$\chi^2=68.67$
いいえ	251(68.8)	4(8.3)	$df=1$
NA	9(2.5)	1(2.1)	$p<0.001$

(SD)以外の( )は%  
NAは修得した学位のNA以外検定から省く

## (2) アドボカシー実践と教育について

日本とハワイを比較すると、看護師のアドボカシーの必要性に対する認識は、日米とも肯定的であるが(日本 3.05(SD 0.62)/ハワイ 3.50(SD 0.72))、独立した  $t$  検定では有意差があり( $t=-4.19$ ,  $df=57$ ,  $p<0.001$ )、ハワイの看護師の方がアドボカシーの必要性を強く認識していた(Table 5-1-2)。

Table 5-1-2

## アドボカシーの必要性（責務）の日米比較

	日本の M(SD)	ハワイの M(SD)	Mの差	df	t値
アドボカシーの必要性（責務）	3.05(0.62)	3.50(0.72)	-0.45	57	-4.19 ***

\*\*\* p<.001

アドボカシー実践の現状（一般論）の認識もハワイの看護師はアドボカシー実践を看護師はしていると認識していた（Table 5-1-3）。

Table 5-1-3

## アドボカシー実践の現状の日米比較

	日本の M(SD)	ハワイの M(SD)	Mの差	df	t値
アドボカシー実践の現状	2.93(0.63)	3.44(0.74)	-0.50	57	-4.49 ***

\*\*\* p<.001

本人自身のアドボカシー実践は、日本は「実践あり」が49.9%、ハワイは89.6%で日本の1.8倍である。この状況を教育との関係からみると、患者の人権・権利についての学びの有無については、両国とも概ね学んでおり（日本76.2%/ハワイ93.8%）、具体的（内訳）に見ると主に教育の場で学んでいた（日本65.5%/ハワイ93.3%）。また、臨床の現場では勉強会が行われ日米とも臨床で4割程度学んでいた（Figure 5-1-1）。

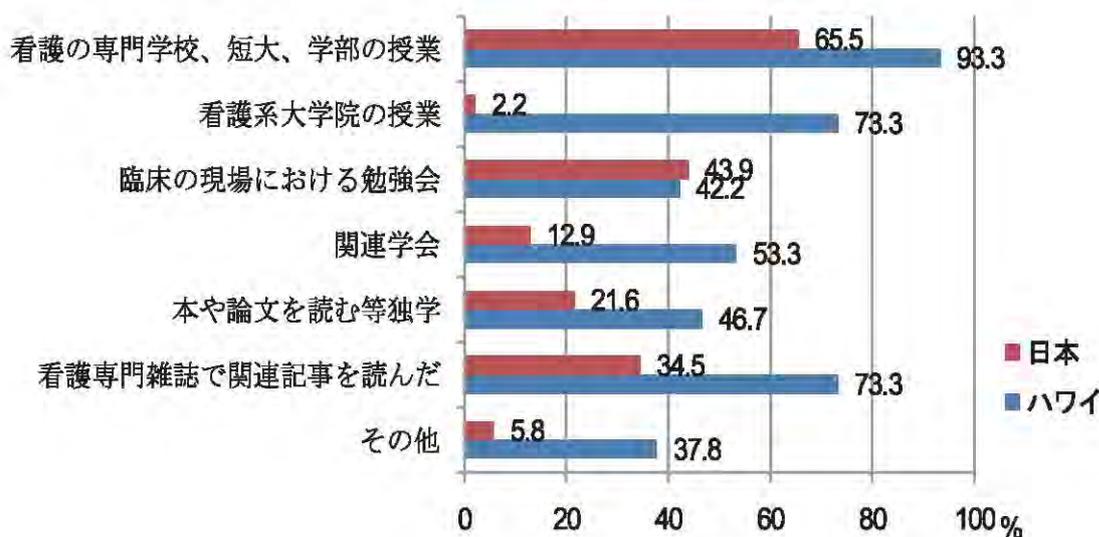


Figure 5-1-1 患者の権利・人権の学びの方法

しかし、アドボカシーについての学びは、日本では3割であるのに対してハワイは9割が学び、しかも8割が学部までの教育の場で学んでいた（大学院でも4割）（Figure 5-1-2）。臨床でも米国は4割強が勉強会で学んでいるのに対し、日本は3割にも満たない。米国に関連学会や雑誌での学びが多いことは、関連学会や雑誌に取り上げられアドボカシーに関する関心が高いことが推測される。

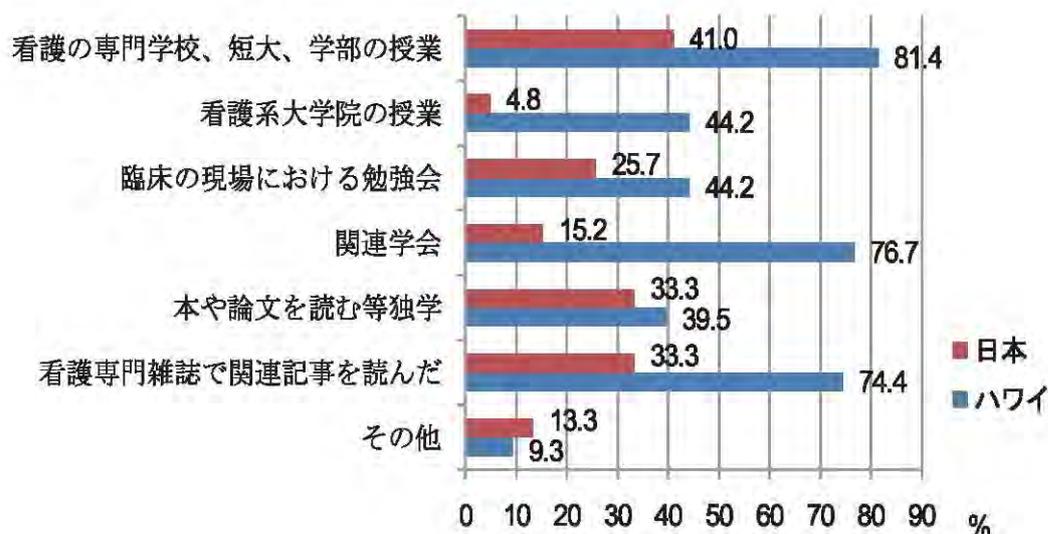


Figure 5-1-2 アドボカシーの学びの方法

また、学校教育（教育を受けてきた）（ $t$  値 = -12.59,  $df=408$ ,  $p < 0.001$ ）や臨床での教育（臨床での教育の実際）（ $t$  値 = -9.80,  $df=406$ ,  $p < 0.001$ ）についても有意差があった（Table 5-1-4, Figure 5-1-3 は Table 5-1-4 を図式化）。

Table 5-1-4

教育の日米比較

	日本の M(SD)	ハワイの M(SD)	Mの差	df	t値
学校教育	1.68(0.91)	3.42(0.82)	-1.74	408	-12.59 ***
臨床での教育	1.96(0.93)	3.33(0.78)	-1.37	406	-9.80 ***

\*\*\*  $p < .001$

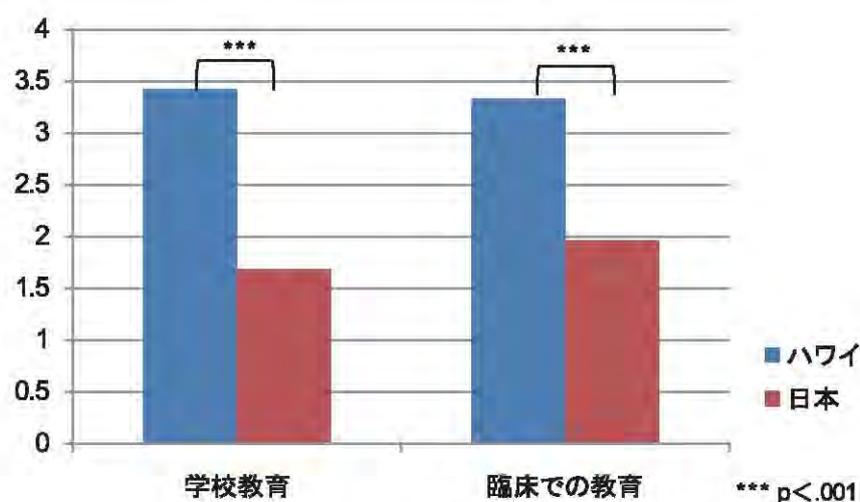


Figure 5-1-3 教育の日米比較

アドボカシー実践を促進すると思われる患者の権利、法律、倫理の知識の必要性については両国に有意差はなかった。

### (3) アドボカシーの実践を支える環境について

アドボカシー実践を支える環境に対して、現実の医療環境、職場条件、看護管理者の責任、チームの連帯による働きについての日米の認識の差（独立した *t* 検定）は、Table 5-1-5（Figure 5-1-4 は Table 5-1-5 を図式化）の通りで、医療環境のすべてと職場条件の「病棟責任者（師長）のサポート」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフ間の民主的な雰囲気」、「患者中心の看護」、「ゆとりある業務」、に有意差があった。「病棟責任者（師長）のサポート」と「患者中心の看護」以外日本はハワイよりアドボカシー実践を支える環境としてないと認識していた。

Table 5-1-5

アドボカシー実践を支える現実の環境の日米比較

	日本 M(SD)	ハワイ M(SD)	Mの差	df	t値
<b>医療環境</b>					
患者と親密なコミュニケーション	2.74(0.78)	3.60(0.58)	-0.86	408	-7.42 ***
家族と親密なコミュニケーション	2.70(0.78)	3.65(0.67)	-0.95	65	-9.04 ***
職種間のオープンなコミュニケーション	2.49(0.72)	3.46(0.85)	-0.97	408	-8.55 ***
民主的な職場環境	2.64(0.73)	3.62(0.67)	-0.98	398	-8.83 ***
チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討	2.96(0.81)	3.33(0.88)	-0.37	405	-2.95 **
ゆとりある業務	1.95(0.84)	3.23(0.73)	-1.29	402	-10.08 ***
臨床倫理委員会の設置	2.05(1.06)	3.60(0.77)	-1.55	76	-12.44 ***
<b>職場条件</b>					
病棟責任者(師長)のサポート	3.09(0.72)	2.83(0.76)	0.26	380	2.32 *
医師はあくまで同僚	2.26(0.91)	2.85(0.88)	-0.59	382	-4.12 ***
医療スタッフ間の民主的な雰囲気	2.77(0.80)	3.32(0.66)	-0.55	373	-4.47 ***
看護スタッフ間の協力の精神	3.10(0.70)	3.19(0.77)	-0.09	378	-1.99 n. s.
患者中心の看護	3.00(0.75)	2.26(0.87)	0.75	56	5.58 ***
ゆとりある業務	2.18(1.02)	3.38(0.96)	-1.20	385	-7.69 ***
管理者(看護師)の責任	2.90(0.63)	2.89(1.48)	0.01	45	0.05 n. s.
チームの連帯による働き	3.46(0.56)	3.55(0.88)	-0.09	51	-0.67 n. s.

\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

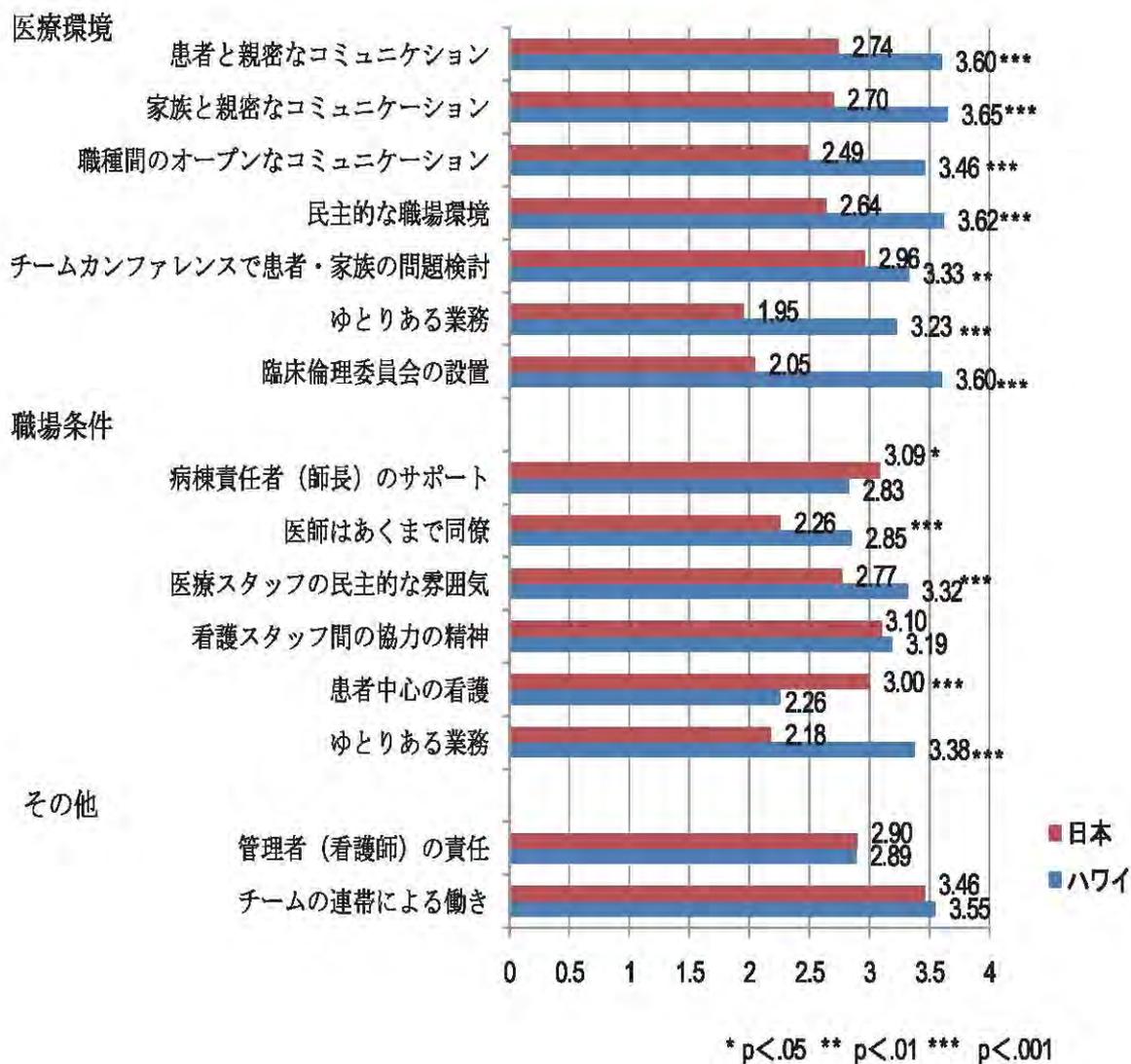


Figure 5-1-4 アドボカシー実践を支える現実の環境

(4) アドボカシー実践に影響を及ぼす要因について

ロジスティック回帰分析（変数増加法；尤度比）結果によると、アドボカシー実践に影響を及ぼす要因は日本では経験年数（年齢との相関が高く( $\gamma = 0.86$ ) 年齢は投入せず)、学校教育、臨床での経験、病棟責任者（師長）のサポートであるが、ハワイでは年齢のみという予測 ( $p < 0.1$ ) の可能性が示された。ハワイも年齢と経験年数は強い相関関係 ( $\gamma = 0.78$ ) があることから経験年数も影響を及ぼす要因と推定される。しかし、この結果は Table 5-1-1 の属性の影響を多大に受けていると考えられる。

## (5) 記述内容の比較

記述内容については和訳による微妙な意味の差を最小限にするためバイリンガルとの意見交換をしながら内容を吟味した。

## 1) アドボカシーの必要性(責務)の認識

アドボカシーの責務についての記述内容は[責務を持っている/意識している]、[看護師の仕事]という認識は同じであるが、日本は[一番身近にいる存在]、[プライバシーの保護]に対し、ハワイは[患者の代弁者]、[医学的な専門知識を持っている]である(Table 5-1-6)。患者の権利を守ることは重要であると両者とも認識しながらも、ハワイではアドボカシーをするには医学的知識の必要性を認識し専門職としての行動を意識している。法律の知識が必要であると認識していることや修士以上の学位を持っている(35.4%)などを考え合わせれば高い知識が必要であると認識していることが窺われる。

Table 5-1-6

## アドボカシーの必要性の認識の日米比較

ハワイ		日本	
現実(40件)	件 (%)	現実(221件)	件 (%)
責務を持っている/意識している	12(30.0)	責務を持っている/意識している	28(12.7)
患者の代弁者	4(10.0)	接する時間が長い/一番身近にいる存在	20(9.0)
医学的な専門知識を持っている	3(7.5)		
看護師の仕事	3(7.5)	看護師の仕事	17(7.7)
医師と患者の調整をしているので	2(5.0)		
患者の立場に立った看護を提供すべきだから	2(5.0)	患者の権利	16(7.2)
患者自身がもっと現状を知るべき	2(5.0)	プライバシー保護のため	10(4.5)

## 2) アドボカシー実践について

[患者の希望に応じる]、[痛みのコントロール]、[意思決定/治療選択を助ける]については共通するが、日本では主に[医師と患者のパイプ役]、[医師の説明が分かりにくいときの再説明]、[不明点/疑問点の医師への確認]など、あくまで調整役としての係わりを実践している状況が窺われる。一方ハワイでは[医師の治療が適切でない]ときや[患者の権利を守る]など、患者の権利を尊重するような患者側の立場に立った支援を積極的に行っている状況が表明されている(Table 5-1-7)。

Table 5-1-7

## アドボカシー実践の内容

ハワイ		日本	
アドボカシー内容(49件)	件(%)	アドボカシー内容(219件)	件(%)
		患者と医師のパイプ役	67(30.6)
患者の希望に応じるよう努力する	7(14.3)	医師の説明が分かりにくかったときの再説明	31(14.2)
医師の治療が適切でない	5(10.2)	患者の希望に応じるよう努力する	20(9.1)
痛みのコントロール	4(8.2)	痛みのコントロール	17(7.8)
意思決定/治療選択を助ける	4(8.2)	意思決定/治療選択を助ける	17(7.8)
家族との連絡	3(6.1)	患者の不满や不安の解消	15(6.8)
患者の権利を守る	3(6.1)	不明点・疑問点の医師への確認	9(4.1)

[患者の希望に応じる]の具体的な内容には差がある。日本では患者の気持ちを医師に伝えた、患者が自分の意思を伝えられるように調整した、希望が叶えられるよう働きかけた・誘導したなどであるが、ハワイでは「リビング・ウィルを作成している患者が生かされることを望んでいなかったため、患者の意思を医師と家族に伝え患者の意思に従うよう述べた」、「手術を行う同意書を医師が取ったとき、患者がリビング・ウィルでいっさいの延命治療を望まない（ノーコード）としているのに、全力の蘇生行為を望む（フルコード）の処置を受けているとき倫理委員会に忠告した」など直接的な実践をしている。

### 3) スタッフのアドボカシー実践に向けての看護管理者の責任について

「スタッフのアドボカシー実践に向けて看護管理者はスタッフを助ける責任がある」ことに対して日米とも多くの方が賛意を示し(日本 3.48(SD 0.55)/ハワイ 3.38(SD 0.96); t 検定による有意差なし)、実際に責任を取ってくれていると認識している(日本 2.90(SD 0.63)/ハワイ 2.75(SD 0.93); t 検定による有意差なし)。看護管理者の責任の有り様は[責任者なので/まとめ役]、[影響力が大きい/率先すべき]は共通であるが、日本は「アドバイスやフォロー・サポートしてくれる」ことを望んでいるあるいは重視しているが、ハワイは“強力なリーダーシップ・チームリーダーとして手本となるべき”のように、アドボカシーの実践者として位置づけていることが窺われる。

## 4) 他者からのアドボカシーが必要な状況について

アドボカシーが必要と考えられる状況5項目以外でアドボカシーの必要な状況についての記述は、日本でも[患者が自己で対処できない/意思決定が困難な場合]、[治療方針を決めるとき/治療の選択]、[意思表示出来なくなったとき]を多くの人が述べているが(Table 5-1-8)、ハワイでは自己決定法、無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律(DPA)などの法律や、患者の権利章典及び権利に関する声明文などに裏づけされた患者の権利の保障に関わるシビアな状況に介入すべきことを提示し、日本の場合とは本質的に違っている。

Table 5-1-8  
アドボカシーの必要な状況の日米比較

ハワイ		日本	
アドボカシーが必要な状況(47件)	件(%)	アドボカシーが必要な状況(177件)	件(%)
不必要な・適切でないケア/不必要な治療を受けているとき	7(14.9)	自己対処できない/意思決定が困難	38(21.5)
意思表示できなくなったとき/自分の気持ちが伝えられないとき	5(10.6)	治療方針を決める/治療の選択	37(20.9)
言葉上の問題/治療などについて理解できないとき	5(10.6)	意思表示できなくなったとき	15(8.5)
看護師の専門外/管理下でない場合	5(10.6)	十分なインフォームド・コンセントができていないとき	13(7.3)
法律が絡んだ場合	4(8.5)	病名告知	9(5.1)
患者の命に関わること(DNR・蘇生拒否)	3(6.4)	現状に納得・満足していないとき	7(4.0)
患者の希望が尊重されないとき	3(6.4)	個人情報やプライバシーが守れないとき	5(2.8)
		医療事故/医療ミス/過誤	4(2.3)
		家族や医師との意見が違う場合	3(1.7)

## 3. 考察

日米比較のアドボカシー実践のプロセスを Figure 5-1-5 に示す。アドボカシー実践へのプロセスの図は第3章第1節で示した仮説モデルとは違ったものになる。日本とハワイのそれぞれの結果は仮説モデルで説明できるが、日米の比較から見えることは、日米ともアドボカシーの必要性の認識は高いがアドボカシー実践には大きな差があることである。このことは認識と行動の関係性において何らかの要因が影響を及ぼし行動変容に繋がったと考えられる。

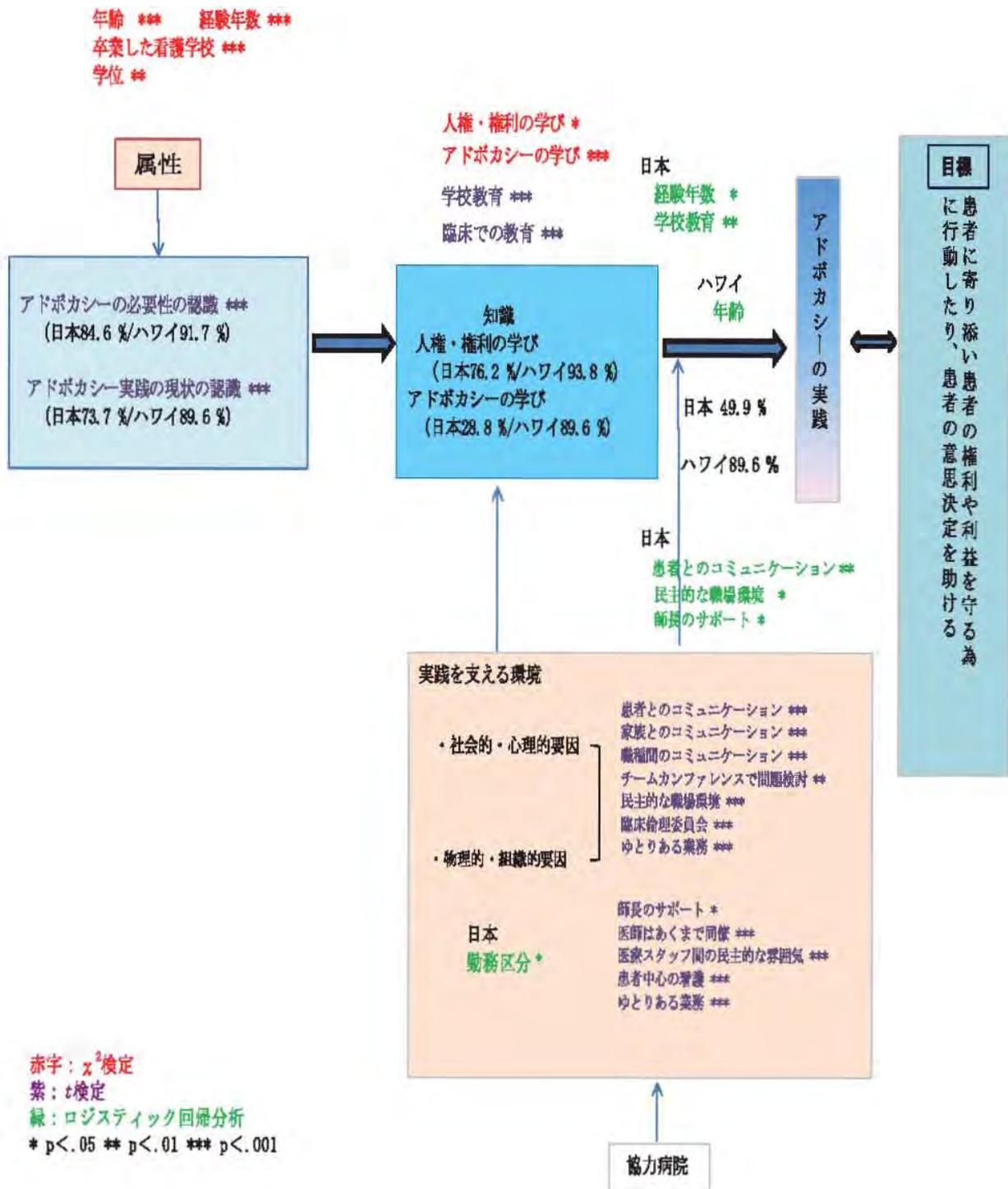


Figure 5-1-5 アドボカシー実践へのプロセスの日米比較図

## (1) アドボカシー実践とアドボカシー実践に影響を及ぼす要因

日本とハワイにおける看護師による患者のアドボカシーの実態に対する結果の考察において仮説モデルが検証された(第3章第1節,第4章第1節)が、日米の比較では、日米ともアドボカシーの必要性や看護師が現状ではアドボカシーを実践しているという認識が高く、看護師はアドボカシー実践をする必要があると考えている。必要性を認識していたとしても実際に行動を起こすとは限らず、行動を起こすためには内発的動機づけなど何らかの介入が必要となる(Deci/石田訳, 1980)。行動変容という観点から考えると、ハワイではアドボカシーの必要性を認識し(91.7%)、実際に9割の看護師がアドボカシー実践をしている。しかし、日本ではアドボカシーの必要性の認識は高い(84.6%)がアドボカシー実践は5割である。アドボカシー実践をするかどうかの大きな要因は Figure 5-1-5 から見るとアドボカシーを学んだかどうかが大きく影響していると考えられる。そこで日本の看護師がアドボカシーを行っていない理由について先ず教育の側面から考える。

患者の権利・人権及びアドボカシーの学びや学校教育での学びがハワイの方が高いことから、日本に比べハワイは、患者の権利に対する関心の高さとアドボカイトとしての役割を遂行するための能力養成への教育の取り組みがなされていると考えられる。教育の差はその国の教育体制に依拠するので厳密な比較はできないが、卒業した看護学校や修得した学位の属性で比較すると、日本は看護専門学校が81.6%であり、ハワイは短大・大学以上が68.7%である。修得した学位は日本では学士と修士をあわせても13.2%、ハワイは77.1%と高く看護教育の充実を物語っている。日本も看護教育の4年制化が進み、大学の数も188校に達している(21年4月)が、米国に比べ歴史が浅く、学位の修得状況やアドボカシーの学びの状況における差は明白である。さらに日本では前述した(第3章第1節)ようにアドボカシーの用語が教科書に散見するようになったのは2000年以降であり、研究協力者の看護師達の多くは学校教育ではアドボカシーについて学んではいない状況であると推測される。また、アドボカシー実践を促進するために必要な知識について日米差はなかったものの、両国それぞれの結果では日本は倫理の知識を挙げ、ハワイは倫理を含め患者の権利や法律の知識が必要であると認識している。日本は患者の権利を守る具体的な法律がなく、日本国憲法に準拠し解釈されている。米国の医療制度は保険加入の有無やどの保険に加入しているかにより医療を受ける程度に差があり、医療を受ける権利はアメリカ合衆国憲法には明記されていない。しかし、患者の権利に関して州法、行政規則、議会決議のレベル差はあるものの明記している。従って、医療者と患者双方が患者の権利について法律

がどうなっているか理解しておく必要がある (Annas & Glantz, et al, 1981) ためこれらの知識の必要性を認識していると推測される。米国における教育の状況を踏まえ、看護系大学が増え続ける日本においてアドボカシーを看護倫理教育で教えるとしても、教授内容が不確実な現状を考えれば、こうあるべきという理想論ではなく具体的なアドボカシー実践に結びつくように、アドボカシーをどのように教えていくべきか熟慮する時期に来ていると考えられる。しかし、アドボカシー実践をするかどうかは他の要因も関連していることから、日本の看護師がアドボカシー実践を行わないあるいは行えない理由を考察していく必要がある。そこでアドボカシー実践を支える環境について考察する。

アドボカシー実践を支える環境では、医療環境ではすべて(7項目)、職場条件6項目のうち「病棟責任者(師長)のサポート」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフの民主的な雰囲気」、「患者中心の看護」、「ゆとりある業務」に有意差があり、ハワイの看護師はゆとりある業務ができ、医師とはパートナーシップの関係を持ち、民主的な環境があればアドボカシー実践は行いやすいと認識している。日本の看護師は病棟師長のサポートや患者中心の看護は比較的あると認識しているがハワイより殆どの環境がないと認識している。師長のサポートについて、ハワイの看護師は日本の看護師ほどアドボカシーを支える環境はないと認識し(第4章第1節)また望んではないのは、ハワイの看護師の記述内容の一部にアドボカシーを行うのは看護師個人であり、師長はリーダーとしてアドボカシーを実践する人という認識があることから、アドボカシー実践は看護師個々に課せられたもの、つまり看護師の知識や価値観・信念に基づき個人が判断して行うものという認識がハワイの看護師にあると考えられる(教育を学校や臨床で学んでいることから推測される)。

属性との関係では日本は経験年数、ハワイは年齢の可能性が示され年齢と経験年数の相関が非常に強いことから、両国とも臨床経験がアドボカシー実践に影響を及ぼすと考えられる。一般的に看護の職務キャリアは研修や看護実践、看護経験、他部署経験、教育などで形成されると報告されている(南, 1996; 桑原, 2003)。すなわち年齢を重ね人間として成熟し経験年数を増すことで獲得する看護に対する視座(価値観・信念あるいは看護観)や長い経験のプロセスの中での勤務部署の配置換えなどを経験することで必要とされる知識や技術にも幅が広がることを想定すれば、ハワイの方が日本より平均年齢は10歳、平均経験年数は5年の差があることから、ハワイの看護師がアドボカシーをより実践している理由の一つとして考えられる。

## (2) 記述内容の比較

記述内容の比較からも両国の認識に差異がみられ、両国の文化の違いが反映している。ハワイの看護師は個人がどうしたいのかあるいはどうすべきかという考えからの内容が多い。これは米国の根本的な考え方が「自律を尊重する；respect for autonomy」こと、つまり個人が自らの価値観と信念に基づいた意見を持ち、選択し、行動するという（Annas, 1989）考え方によるものであることやハワイ（米国）のように多民族による様々な価値観があるなかでは規範となるべき基準（成文化）を設けそれに準拠して対応することが順当な方法と考えられているのではないかと推測される。アドボカシー実践に対しても看護職（専門職）としての役割の自覚があり、「自律を尊重する」という意味に内包されている「自主性」・「自由」さらには「自己決定」、「責任と義務」の精神の考えが反映されていると考えられる。従って、Mallik(1997)のいうアドボカシーの本質的な行為を示す「モデル」ケースの実践がなされている可能性が推測される。看護師は Beyond(1996)のいうように、倫理的義務は病院に対しても、医療および看護の同僚に対しても、専門職としての看護に対しても負う立場にあるとされるが、第1には患者に対して倫理的義務を果たし、患者の QOL や Well-being を目標にすべきものであるという認識がハワイの看護師の方が高いとも考えられる。

### 本節のまとめ

我が国と米国（ハワイ）の看護師のアドボカシー実態の比較を検討した結果、日米ともアドボカシーの必要性の認識は高く、看護師がアドボカシー実践をする必要があると認識していた。実際に行動するかどうかに影響を及ぼす要因は、アドボカシーの必要性の認識ではなく、学校教育や臨床の現場での教育でアドボカシーを学んだかどうかではないかと考えられる。

## 第2節 アドボカシー実践の要因である患者の権利に関する看護師の認識

### 1. 研究目的

日本と米国（ハワイ）の患者の権利については第3章第2節、第4章第2節で述べてきた。個々の権利項目についての認識には差があったが、構成要素という大枠では抽出された因子数（要素数）に差があるものの同じ傾向にある可能性があると考えた。本節では具体的に何に差があるのかを明らかにし、患者の権利という側面から考察する。

### 2. 調査内容

調査内容は日本の権利と同じく Fry(1994)の看護師のアドボカシーの3視点から抽出した25項目である。

### 3. 調査結果

#### (1) 患者の権利の理想と現実について

患者の権利の25項目について理想と現実の認識の差をみると、日米とも理想に比べ現実には係わっていないと認識している。しかし日本の方が理想と現実の平均値の差が大きいことから、理想と現実のギャップがありジレンマも大きいのではないかと推測される。米国では理想も現実も平均値が高く差は小さいので、日常的に係わっているがより係わることを望んでいることが窺われる。具体的に理想と現実の平均値の差が大きい上位5項目をみると、日本では「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「リビング・ウイルを執行してもらふ権利」、「代理人に意向を託す権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」で、ハワイは「医療ミスの被害を知らされる権利」、「同意したことを変更する権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」、「臨床試験の参加、不参加の権利」、「治療選択肢を知らされる権利」及び「副作用や危険を知らされる権利」であった（Figure 5-2-1）。

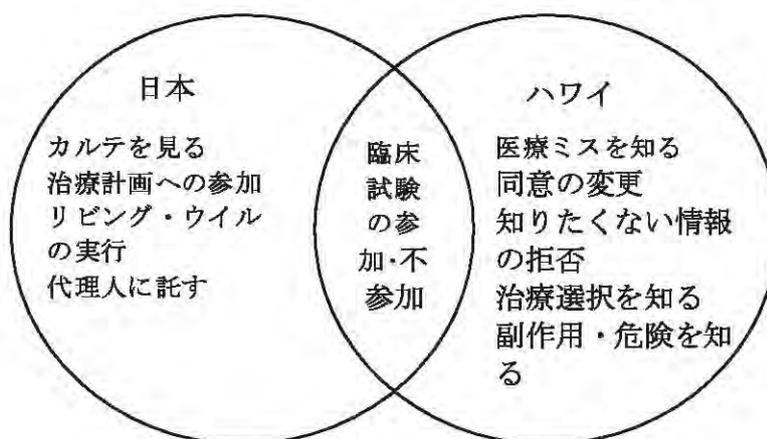


Figure 5-2-1 理想と現実の差が大きい患者の権利

理想と現実の平均値の差が大きいことは、現実には患者にアドボカシーを実践していないことである。Figure 5-2-1の項目を概観すると、日本は患者が積極的・主体的に治療に関わることへの係わり、ハワイは患者にネガティブ（不利益）なことが起きた時に対処する係わりが出来ていないと認識していた（Figure 5-2-2）。日本は患者の治療への主体的参加への実践不足に対し、米国では倫理的に高いレベルで積極的に情報を提供し、患者の自己決定による責任を課し、医療訴訟の予防に向けた実践の介入が出来ないと認識していた。

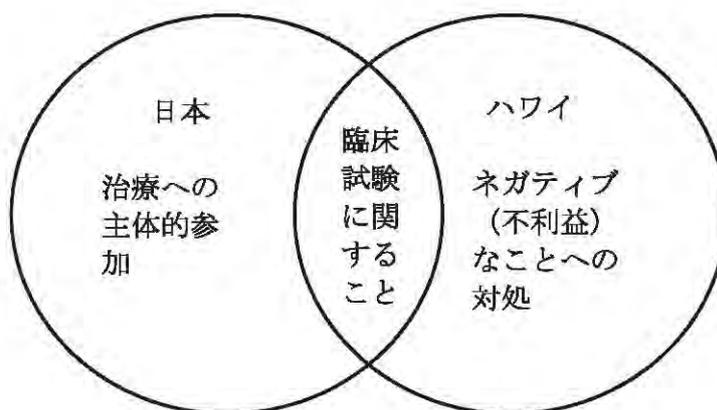


Figure 5-2-2 理想と現実の差が大きい患者の権利

## (2) 患者の権利への現実の係わり

25項目の患者の権利への現実の係わりについて日米の認識の差（独立した  $t$  検定）は Table 5-2-1 に示す通り、「自分のカルテや看護記録を見る権利」・「看護・治療計画に参加する権利」・「臨床試験の参加、不参加の権利」・「治療をやめる・拒否する権利」・「信仰・宗教儀式を行う権利」（ $p < 0.01$ ）、「代理人に意向を託す権利」・「尊厳死の権利」・「リビング・ウィルを実行してもらおう権利」（ $p < 0.05$ ）の8項目に有意差があり、ハワイの看護師は患者の治療への主体的参加や患者の QOL に向けて係わっていると認識していた。

Table 5-2-1

患者の権利への現実の係わりの日米比較

権利項目	日本の M(SD)	ハワイの M(SD)	Mの差	df	t 値
自分のカルテや看護記録を見る権利	1.96(0.99)	2.65(0.85)	-0.69	363	-4.55 ***
看護・治療計画に参加する権利	2.61(0.95)	3.16(0.81)	-0.55	60	-4.12 ***
臨床試験の参加、不参加の権利	2.25(1.07)	2.87(1.08)	-0.62	365	-3.64 ***
治療をやめる・拒否する権利	2.62(0.91)	3.09(0.93)	-0.47	367	-3.25 ***
代理人に意向を託す権利	2.55(0.92)	2.87(0.89)	-0.32	364	-2.21 *
尊厳死の権利	2.85(0.92)	3.16(1.02)	-0.31	362	-2.04 *
リビング・ウィルを実行してもらおう権利	2.63(0.97)	2.98(0.94)	-0.35	337	-2.29 *
信仰・宗教儀式を行う権利	2.47(1.01)	3.04(1.09)	-0.57	361	-3.54 ***

\*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$

## (3) 患者の権利の構成要素とアドボカシー実践に影響を及ぼす要因

患者の権利の因子分析（主因子法；プロマックス回転）では、日本は4因子が抽出され、基本的人権である「人としての尊厳」と医療における「患者としての権利」であったが、ハワイは患者としての権利の2因子（【知らされる権利】と【治療への主体的参加権】）しか抽出できなかった。しかし、第4章第2節で述べたように天井効果を示した項目（大前提となる重要な権利）には日本の2因子に該当する可能性があり（【QOLの尊重】と【快の保証】）、サンプル数が多ければ日本と同じ傾向になる可能性は十分あると考えられる。

アドボカシー実践に影響を及ぼす要因については、患者としての権利の2因子について日本とハワイの重回帰分析（ステップワイズ法）の結果（Table 5-2-2）を比較する。

Table 5-2-2

アドボカシー実践に影響を及ぼす要因の日米比較

独立変数	標準偏回帰係数( $\beta$ )			
	従属変数			
	知らされる権利		治療への主体的参加	
	日本	ハワイ	日本	ハワイ
学びの有無				
権利・人権の学び		-		-
アドボカシーの学び	.15*	-	.19**	-
教育・経験				
教育を受けてきた		-		-
現場での教育	-.14*	-		-
属性				
経験年数		-	-.16*	-.39*
調整済みR <sup>2</sup>	.05***		.05***	.12*

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

日本はアドボカシーの学びが【知らされる権利】や【治療への主体的参加】と正の関係、現場での教育は【知らされる権利】と負の関係、経験年数は「治療への主体的参加」と負の関係である。ハワイは経験年数と【治療への主体的参加】が負の関係であった。日米とも患者中心の医療（看護）を達成することは、看護師のアドボカシー実践を促進することである。そのためにはアドボカシーの学びが重要になるが、臨床での教育・経験がアドボカシー実践に反映されるような工夫が重要になる（Figure 5-2-3）。

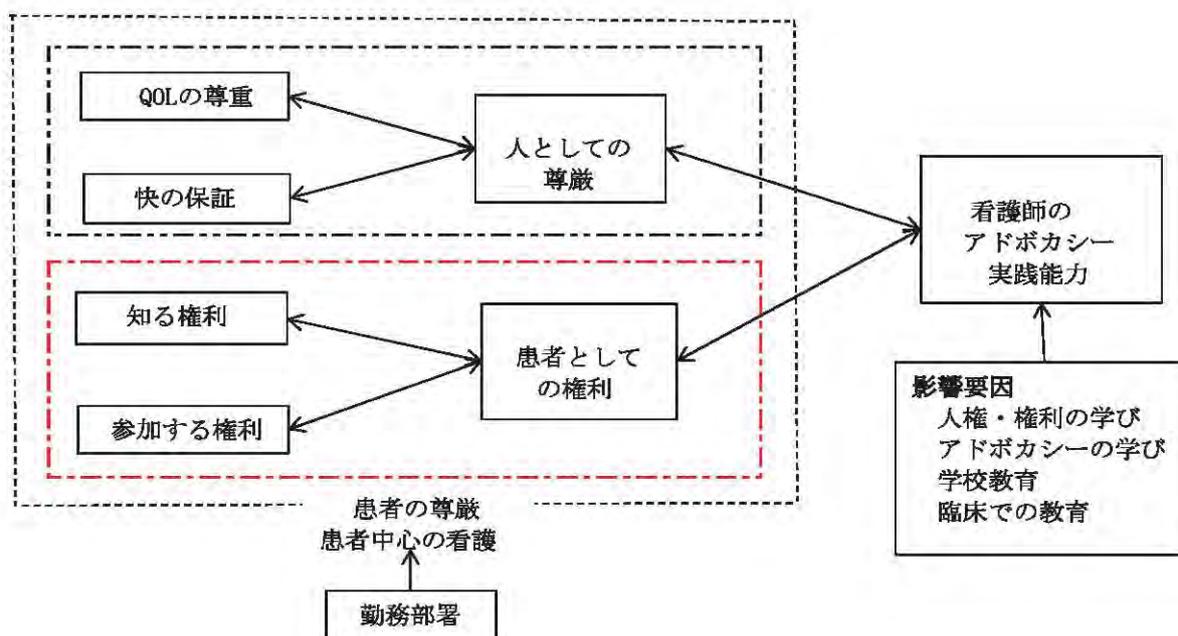


Figure 5-2-3 権利の構成要素と看護師のアドボカシーの関連図

#### 4. 考察

##### (1) 患者の権利について

患者の権利について理想と現実の差が大きい項目から、日本では患者としての権利（「知る権利」や治療に「参加する権利」）への係わりができていないと考えている。患者側からすれば、自分に関する情報であるからどのように記載されているかカルテを見ること（プライバシー権、即ち自己に関する情報のコントロール権あるいはアクセス権；山内, 1999）や自分の治療やケアについて意見を述べる（治療方針の決定に参加する）ことなどはできない状況なのか、「おまかせ」あるいはパターンリズミ的な医療の受け止め方が反映されていると考えられる。逆に医療者側からすれば医師法第24条により医師が記録する診療録、医師記録、看護記録等を含め広く診療に関わる情報の診療情報など含めた診療・看護記録は医療者のものであり（法的には「診療録は第一義的には記載者たる医師などのメモとして文書(備忘録)」）、記録を開示することにより、病名及び深刻な病態についての告知の問題、医療ミスに関連する問題、情報の悪用などの問題が生じる恐れがあることを理由に、すべてを開示することには抵抗があり（山内, 1999；谷本他, 2000）、治療に関しては医師が主導すべきであると認識している部分がある(谷本他, 2000)。また、リビング・ウィ

ルや治療における代理人という認識は日本では馴染みにくいものであり、米国のような法（必ずしも法律により制約を受けるものではないが、アメリカ大統領委員会生命倫理レポート1983/訳1984の主旨である、また自己決定法（1990）後は患者の「事前指示」は法律で支持されることになった）がないので、患者の権利であるという認識は薄いのではないか考えられる。

ハワイは患者の知る権利への係わりが少ないと認識している。これは Beth Israel Hospital のステートメントに示されている「Your Rights as a Patient(You have the right to~)」と「You also have some responsibilities~」ように患者には権利と責任があり、病気や治療について自ら知る責任があるという考え方によるのかもしれない。違う見方をすれば医療訴訟への予防策とも考えられる。「知りたくない情報は告げられない権利」は「放っておいてもらいたい」という拒否する権利（negative rights）で自分を他者から保護してくれるもの（Davis & 太田,1999）という患者の権利であるが、積極的に情報を伝えるという positive rights への係わりを目指す米国の考え方からすれば消極的な係わりという捉え方があるのかもしれない。また、患者の権利への現実の係わりの日米比較の結果は、米国においては「代理人に意向を託す権利」、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」など、無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律（1984年）や患者の自己決定法（1990年）に則った権利があり、看護師は法的に保障されていることがありと考えられる。

## （2）アドボカシー実践に影響を及ぼす要因

日米に共通する構成要素への影響要因の結果から考えられることは、日本は患者の権利・人権については約8割学んでいるが、アドボカシーについては3割しか学んでいないことと、ハワイは9割がアドボカシーについて学んでいる背景を考え合わせると、患者の知る権利や主体的な治療への参加に向けたアドボカシー実践を促進する要因の一つに、アドボカシーを学んだかどうかは重要であると考えられる。日本において現場での教育が負の関係にあることの考察は第3章第1節で述べたので省くが、経験年数はアドボカシーに影響する要因の一つであることはロジスティック回帰分析で示唆されている。ハワイではロジスティック回帰分析で年齢が影響要因である可能性があり、年齢と相関が強い経験年数も影響要因ではないかと述べたが、重回帰分析で経験年数は【治療への主体的参加】と負の関係を示していることについては、医師とのパートナーシップがあると認識している米国の看護師も、医師と倫理的問題で衝突することがあり（Fry & 小島,1998）、医療現

場においては日本と同じような(階層的、法的)医師—看護師関係があり(Chambliss, 1996)、経験を積むことがアドボカシー実践を躊躇する要因になるとも考えられる。また、権利の構成要素と看護師のアドボカシー実践の関連から、ハワイの看護師は「患者としての権利」が問題になるが、日本の看護師は「患者としての権利」と「人としての尊厳」という生活者としての権利にも看護師間に議論が存在することが明らかになった。両方の権利に係わることが日本におけるアドボカシーを複雑にし、また、アドボカシー実践が少なくなる要因と考えられる。

#### 本節のまとめ

患者の権利に対する看護師の係わりについて日米比較を検討した結果、日本では「患者としての権利」(知る権利や治療に参加する権利)への係わりが少なく、米国では患者の知る権利への係わりが少なかった。「患者としての権利」へのアドボカシー実践を促進する要因は、アドボカシーを学んだかどうかは重要で、その上で経験を重ねることだと考えられる。患者の権利意識の構造を比較した結果、米国では医療システムの中で「患者としての権利」が主に問題になっていた。しかし、日本の看護師は「患者としての権利」と「人としての尊厳」の生活者としての権利にも係わっており、アドボカシーを複雑にし、アドボカシー実践が少なくなる要因であることが示唆された。



## 第3部

### 総合論議



## 第6章

### まとめと総合論議



## 第1節 本研究のまとめ

## 1. 看護師が患者のアドボカシー役割を担うことについて

我々は常に健康な状態を保つことができるとは限らない。心身の健康の喪失が起これば医療機関で治療を受けることになり、そのとき我々は患者というレッテルをはられた存在になる。医療機関で治療を受ける患者にとって、近年患者としての権利には注目され配慮される状況になってきたが、ともすれば生活者としての基本的な権利(QOLや well-being)が無視されている場合がある。患者になっても人として尊厳を保たれることは変わるものであってはならないし、逆に生活の場を一時期であれ病院に移す(過ごす)という日常生活から非日常へ移行しなければならない負担を考えるとより細やかな配慮が必要になる。確かに多くの医療機関で「患者主体(中心)の医療」を理念としているが、現場では医師を頂点とした階層性のある医療専門職の集団で構成されている。このような医療システムの中では、患者は最下位の弱い立場に置かれやすく(Chambliss, 1996)、医療者に対する気兼ねや気遣いから自分の思いを十分表出できない状況になる可能性がある。そこで、第1章において医療における患者の権利と患者の QOL や well-being を守るために、医療と生活の両方に係わる看護師が患者のアドボカシー役割を担うことが必要であるとことを指摘した。第2章ではアドボカシーに関する内外の文献からアドボカシーとは何を意味するのか、その歴史的背景とともに看護師が患者のアドボカシー役割を担うためには看護師として何をしなければならないかの問題を明らかにした。しかし、看護師がアドボカシー役割を担うことについては賛否両論があることも指摘した。賛成する立場からの指摘は、看護師はヘルスケアチームとして患者アドボカシーの役割を担うのに最適の立場にいる、看護師は患者の立場を擁護できる知識を持っている、など患者に時間的・内容的・人間関係的に最も身近に存在しているという見解に基づいていた。これに対し否定的な立場からの指摘は、アドボカシーは潜在的に危険が伴う役割であるということ、そのために支援システムが確立されていない状態で、患者のアドボカイトとしての役割を担えばリスクが生じたときに、看護師個人の責任になってしまうこと、また看護師個人の道徳的選択に任せられるような状況は、その人個人の価値観で判断されアドボカシーの必要があっても気づかない、あるいは無視してしまう、時には患者を傷つけるという危険があることが述べられていた。このような賛否両論が出てくる理由としては、患者の QOL や well-being のためのアドボカシーといっても、人権侵害のような法に触れるようなことから日常的な生活の場

面で起きるささやか問題までレベルに違いがあること、そのレベルのどの部分について議論するかで賛成になったり、反対になったりすることが示唆された。患者と医師の中間に位置する看護師は、Jezewski(1993)がいう両者の仲介役・調整役としての役割が期待でき、また可能であり求められていると考えられる。今後看護師の法的な位置づけ、看護師の専門性・自律性の問題などを整備することで、患者のアドボケイトとしての看護師の役割は患者のQOL向上に資するものと考えられる。しかしながら、看護師が患者のアドボカシー役割を担うことは、患者アドボケイトとしての看護師の専門的役割について周知されるようになっている米国においてさえ、その実践において困難が取り巻いていること(Chambliss, 1996 ; Benjamin/矢次他訳,1995)が指摘されている。従って、法的あるいはシステムを整えればすべてうまくいくという簡単なものでないことも指摘されている。以上のような文献的な考察は米国におけるアドボカシーの実態である。そこで、法的な整備のない我が国の、看護師による患者のアドボカシーの実態を把握することによって、我が国の医療現場における看護師の患者に対するアドボカシーの可能性について、あるいは課題について検討を行った。

## 2. 我が国の医療現場における看護師による患者のアドボカシーの実態

### (1) 看護師による患者のアドボカシーの認識

患者に寄り添い、患者の権利や利益を守るために行動し、患者の意思決定を助けるという目標に向かい、アドボカシー行動をすることが患者のQOL・well-beingに繋がるが、その目標に向かい臨床の看護師はどの程度アドボカシーの必要性を認識し、アドボカシー実践をしているのか。また、看護師の患者のアドボカシー実践に影響を及ぼす要因は何か、について調査を行った。その結果、研究協力者の8割以上の看護師はアドボカシーの必要性を認識していた。しかしアドボカシー実践をしていた人は5割であった。アドボカシーを実践していた看護師は、学校教育や臨床での研修などで「独学」しながらアドボカシーの知識を得、臨床で実際にアドボカシー場面の経験を持つ必要があると認識していたことが明らかになった。また「民主的な職場環境」や「ゆとりある業務」などの物理的・組織的な要因や「病棟責任者(師長)のサポート」や「看護管理者の責任」など個人を支える心理的な要因が大きく影響を及ぼすことが明らかになった。このことからアドボカシー実践をより高めていくために先ず必要なことは、看護の基礎教育や臨床実習でどのように学習の機会を持つか等や臨床との連携及び継続教育の課題に向けた取り組みであるとの結論

を得た。さらに、今回の調査（記述内容）で看護師は、アドボカシー役割を「患者と接する時間が長い／一番身近にいる」から「看護師の仕事」であると認識していることから、自分たちの役割として認識していることも示唆された。しかし、看護師が自らの役割と認識しても、このことが他の医療スタッフ、患者や家族を含む関係者及び他職種などから社会的な合意が得られるかどうかの問題になる。また、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」がなされていないことも新たな問題として認識されていた。

## （2）患者の権利に関する看護師の認識

Fry(1994)の看護師アドボカシーモデルを参考に選出した患者の権利項目から抽出された構成要素は、【QOL（生命の質）の尊重】、【快の保証】、【知らされる権利】、【治療への主体的参加】の4要素で構成されている。【QOL（生命の質）の尊重】と【快の保証】は「人としての尊厳」に、さらに【知る権利】と【参加する権利】は「患者としての権利」にまとめることができた。「人としての尊厳」を守ることは日常生活では保障されるべく対応されるが、医療の場という環境では人は患者としての対応が優先され、生活者としての人権は後回しにされていることが示唆された。両方の権利を同じ重みで守ることが「患者中心の医療・看護」を実践することであり、看護師のアドボカシー役割とはその両方を守ることができる立場にあるといえる。しかし看護師がアドボカシー役割を持つことに対して賛否両論あり、看護師が医療現場で患者の側に立って、患者の権利について問題意識を持ち、病院での患者の立場を改善していくことは看護師の重要な役割である

(Snowball, 1995)と考えられるが、現実の状況では単純ではないことも明らかになった。そこでアドボカシー実践に影響を及ぼす要因について探索的な調査を行った。結果はアドボカシーを構成する4要素（アドボカシーを説明する要素）のアドボカシー実践に影響を及ぼす要因には、看護師は先ず患者の権利・人権及びアドボカシー・権利擁護をきちんと学ぶことという、アドボカシー教育を受けることの重要性が明らかになった。一方、【知らされる権利】については医師の裁量によるところが大きいため、直接的には看護師が関わりにくい領域であることも分かった。このようなアドボカシーをしようとしても看護師が意思決定できることには限界がある環境では、看護師はジレンマを抱え(Chambliss, 1996; Benjamin/矢次他訳, 1995)、結果アドボカシーを避ける状況を生み出している可能性が示唆された。つまり看護師は「何をなすべきか」を問う前に、「何ができるか」を考えなければならない状況であることが明らかになった。そこで次に、看護師のアドボカシー実践について看護師は重要と認めながらも、実践できている人と実践できない人がいる

ことから、実践しているという看護師は、具体的にはどのような状況の中で実践を行っているかを明らかにするためにインタビュー調査を行った。

### (3) 看護師による患者のアドボカシー実践行動の実態

#### 1) アドボカシーに対応する医療システムについて

医療システムの中で行われるアドボカシーについて、米国では患者、医師、看護師の相互作用の中で行われる(Chafey et al, 1998)ことが述べられていたが、本調査の結果、我が国の医療システムの中には家族が加わり患者、看護師、医師、家族の四者の関係となっていたことが明らかになった。米国においては、患者は自律した一人の権利と責任を持つ者であることを前提に、アドボカシー実践がなされる。米国の医療システムの中では、医師と看護師と患者という三者関係が前提になるが、日本では「共同体の中の個」という考え方が根強く、患者と家族が一体という様相になり、家族が加わる四者関係になる。四者がそれぞれの立場で関わるために関係性がより複雑さを増してくる。従って、三者関係を中心としている米国のアドボカシーの考え方をそのまま日本に適用することでは十分ではないと考えられる。アドボカシー実践のためには各国の文化に根ざした医療システムの中での実践が求められ、日本におけるアドボカシー実践に向けては、米国の積極的な取り組みを参考にしながらも、家族の存在を考慮に入れたシステムの中での、アドボカシー実践のあり方を模索する必要があることが示唆された。

#### 2) アドボカシーの起こる状況について

アドボカシーが起こる状況には大きく4つあることが明らかになった。第1は医師、患者、家族の三者の認識・考え方のズレである。認識・考え方のズレが起こる要因としては、‘病気’に対して三者の視座が異なっているためである。第2は医師を頂点とする医療現場のパターナリズムである。患者(その家族も)はパターナリズムの中で最下位に位置しているという感じを持たざるを得なく、医師に質問したり、異論を唱えたり、意見を述べたりすることが抑制されていることである。第3は医師の多忙によるコミュニケーション不足についてである。医療現場におけるゆとりのなさは、第3章第1節において明らかになっている。特に医師不足が叫ばれている我が国においては、医師一人あたりの患者数も多く、患者や家族とゆっくりコミュニケーションを取ることが難しいと推測される。コミュニケーション不足による患者の不安を緩和するためにも、医療の専門職として医師と連携を持ち、日常的に患者の側にいる看護師へのアドボカシー役割が期待され、実際看護師は医師と患者、医師と家族の間の橋渡しの役割をアドボカシーとして行っていた。また、

看護師は医学的な側面と日常生活に関する側面に係わり、治療を受けた後の生活の仕方への支援をする。そこで患者は看護師に対して自分のことを理解してくれる人であると期待している。「手術を前提とした医師の説明」に手術後の生活変化への懸念を示す患者からの「説明の同席依頼」や人工肛門増設術に対する医師の考え方と実際の生活でそれを管理する高齢者の能力（実施する技術）の乖離への対応、家族が患者に代替治療を強要することや、患者の思いとは別に化学療法を医師に依頼することへの対応など、患者と医師や家族との調整をしていた事実からも、患者のアドボカシーを看護師が担う役割があるといえよう。第4は看護師が患者の問題に気づくことでアドボカシーが派生している状況がみられた。これは、看護師自身が患者の権利・人権が守られていない状況にあるかどうかを見極める能力が必要である。従って、看護師がアドボカシーについての知識と経験を持つことの必要性が示唆された。

### 3) アドボカシーの結果

インタビューの結果、看護師のアドボカシー実践は相互の病気に対する認識・考え方のズレを補うために補足説明、それぞれの思いの代弁・橋渡しあるいは仲介をして医療に関連する支援や、他の機関（医療職以外の専門職）を使って、患者のQOL（生活の質）に向けた支援として行っていることが明らかになった。しかし、「患者の治療選択（意志決定）」への支援は、看護師は医師に配慮しながら、あるいは工夫をしながら患者のアドボカイトをしたとしても、医師と対立するリスクを背負った例など報告された。医療者としての患者への関わりは、医師は病気（疾患）について専門的に上位あると考えられるが、生活者としての患者の部分については日常的に患者と係わる看護師の方がより多くの情報を持っている。それ故に看護師は患者の治療と生活の二つの間でジレンマを感じていることが分かった。このような状況から考えると看護師が現時点でアドボカシーをすることが出過ぎた行為として見られることもあることが明らかになった。そのため看護師はアドボカシー行動をすることを躊躇する一因となったとも述べられていた。従って、看護師がリスクを負わずにアドボカシー実践ができるようにするには、アドボカシーを行うことが法的にも認められるというシステムを構築する必要性と、アドボカシーを実践した、あるいは実施しなかった場合にも「辛い」・「後悔」といネガティブな感情に見舞われる状況があることが明らかになったことから、心理的なストレスを受けている看護師に対してもカウンセリングや相談できる体制の充実を図ることが示唆された。

### 3. 米国の医療現場における看護師による患者のアドボカシーの実態

アドボカシー実践を促進するための課題に向けての取り組みを考えるにあたり、アドボカシー実践の取り組みがなされている米国の実態を把握することは意義があると考えられた。そこで米国における看護師による患者のアドボカシーの実態の調査を行った。その結果と課題は以下の通りであった。

#### (1) 看護師による患者のアドボカシーの認識

第4章第1節で、米国の看護師は現実のアドボカシーの必要性もアドボカシー実践の現状の認識（一般論）も9割と高く、且つ実際に9割の看護師がアドボカシーを実践していたことが明らかになった。日常的にアドボカシー実践をしている要因は、人権・権利やアドボカシーについて短大・大学、大学院など学校で殆どの方が学び（8～9割）、臨床現場の勉強会などでも学んでいる（4割強）ことと関連していると考えられた。さらに倫理をはじめ患者の権利や法律に関する知識もアドボカシーを実施するには必要であると認識していることが分かった。これらの結果は、米国においては医療に患者の視点を持ち込み、患者の権利の法的保護が進められ患者の地位が強化されてきている（Annas, 1989/上原・赤津訳, 1992）背景があると考えられる。また、公的なサービス行為に対して書類で対応する契約社会や個人の意思を優先する個人主義の米国では、法に基づいた権利と責任の中で生活することが求められ、患者、医師、看護師それぞれが倫理の知識は当然のことながら、法律についても十分周知しておく必要がある。従って、医療現場の看護師の権利と責務もそれらの流れの中で浸透していると考えられる。

#### (2) 看護師の患者の権利に関する認識

患者の権利に関しては、25項目の患者の係わりについて理想と現実の認識の差ほとんどの項目に有意差があり、現実には理想には届いていないことが明らかになった。しかし、絶対評価としての賛意の程度は高得点であり、日常業務としてアドボカシー実践が行われていることが示唆され、アドボカシーは看護師の当然の役割であると認識していると考えられた。また、患者の権利の構成要素は【治療への主体的参加】と【知らされる権利】で患者としての権利（「知る権利」・「参加する権利」）が因子分析によって抽出された。しかし、因子分析を行うにあたっては天井効果を示した（ほぼ最高得点）項目を除外していた。天井効果を示している項目はすべての看護師が当然の権利として日常的に係っている項目であり、日本のデータでは天井効果を示さず因子分析の結果抽出された、【QOLの尊重】や【快の保証】に該当する【人としての尊厳】に関わる項目であった。従って、天井

効果を示した要素と因子分析で抽出された2因子（要素）を考え合わせば、Fry(1991)の提唱する3つの構成要素になるか、あるいは日本の看護師のアドボカシーの構成要素（4つ）と類似しており、権利の構成要素としては日米の差（文化差）はないと考えられる。しかし、「患者としての権利」が主に問題になることが明らかになった。

#### 4. 看護師による患者のアドボカシーの実態の日米比較

我が国と米国の看護師による患者のアドボカシーの実態の大枠は把握できたが、さらに両国の比較を行うことで我が国と米国との違いがより明確にできと考えられ比較検討を行った。

##### (1) アドボカシー実践とアドボカシー実践に影響を及ぼす要因

日米の比較では、日米ともアドボカシーの必要があると考えていた。ただし、アドボカシーの必要性を認識していても行動を起こすためには何らかの介入変数（要因）があると考えられる。米国ではアドボカシーの必要性を認識している人がほとんどで、またほとんどの看護師がアドボカシー実践をしていた。しかし、日本ではアドボカシーの認識は米国と同じように高いがアドボカシー実践者は5割程度である。今回の調査における両国間のアドボカシー実践の違いは、アドボカシーの必要性の認識ではなく、米国の方が患者の権利・人権及びアドボカシーについて学校教育での学びが日本に比べ高いことが影響しているのではないかと考えられた。日本においてアドボカシーの用語が教科書に散見するようになったのは2000年以降であり、研究協力者の看護師達の多くは学校教育ではアドボカシーについて学んではいない。看護系大学が増え続ける日本においてアドボカシーを実践できるような看護教育の必要性が示唆されたといえよう。

アドボカシー実践を支える環境でも日米差はみられ、米国の看護師は日本の看護師よりゆとりある業務ができ（ゆとりある業務については両国ともないと認識している中で）、医師とはパートナーシップの関係で民主的な環境があればアドボカシー実践は行いやすいと認識していた。日本の看護師は米国の看護師より、病棟師長のサポートや患者中心の看護は比較的あると認識しているが、米国よりアドボカシー実践を支える環境はほとんどがないと認識していることが分かった。従って、我が国においてはアドボカシー実践を促進するための環境面を整備することも重要だと考えられた。

## (2) 看護師の患者の権利に対する認識

第5章第2節において、患者の権利について理想と現実の差が大きい項目から、日本では患者としての権利（「知る権利」や治療に「参加する権利」）への係わりができていないと考えていることが明らかになった。米国は患者の知る権利への係わりが少ないと認識していた。これは米国では患者には権利と責任があり、病気や治療について自ら知る責任があるという考え方によるのかもしれない。また、患者の権利への現実の係わりの日米比較の結果からは、米国においては「代理人に意向を託す権利」、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」など無能力時のヘルスケア決定に関する代理人指名のための法律（1984年）や患者の自己決定法（1990年）に則った権利があり、看護師が法的に保障されていることがあると考えられた。

## (3) アドボカシー実践に影響を及ぼす要因

日米に共通する構成要素への影響要因の結果から考えられることは、日本は患者の権利・人権については約8割学んでいるが、アドボカシーについては3割しか学んでいないことと、米国は9割がアドボカシーについて学んでいる背景を考え合わせると、患者の知る権利や主体的な治療への参加に向けたアドボカシー実践を促進する要因の一つに、アドボカシーを学んだかどうかは重要であり、その上で経験を重ねていくことでアドボカシー実践は促進されることが示唆された。しかし、医師とのパートナーシップがあると認識している米国の看護師も、医師と倫理的問題で衝突することがあり（Fry&小島,1998）、医療現場においては日本と同じような（階層的、法的）医師—看護師関係があり（Chambliss, 1996）、逆に経験を積むことがアドボカシー実践を躊躇する要因（倫理的問題の決定権のなさ）になるとも考えられた。

以上3つの調査結果から、①看護基礎教育の中でアドボカシーを含む看護倫理学教育をどう行うか、②臨床現場との連携および継続教育、③アドボカシー実践を促進できる病院組織のシステムづくり、④看護師のアドボカシー実践に対する保証（倫理的問題への介入の権限）、⑤患者への自律に向けた教育（患者の権利の周知）などの課題が明らかになった。

## 第2節 総合論議

本節では研究全体のなかで見出された看護師のアドボカシーに関する現状をまとめ、今後看護師のアドボカシー実践を促進するために必要な要件について提案する。

### 1. 看護師の患者アドボカシー役割とそれを抑制する環境について

病院という医療システムにおいては医学（Cure）重視の医療が行われている。当然様々な疾患に対して急性期の病状に対応する救命治療は重要である。救命優先の治療時は患者の意思云々はいえない状況ではあるが、患者のプライバシーを保証する配慮は必要である。また、救命処置後における人工呼吸器装着において意識がなく意思疎通が不可能な状態であっても、治療のみに集中すべきではなく、患者は人として尊厳されながら治療を受ける人間として守られるべき権利・人権がある。例えば、意識低下や意識のない状態に於いて、医師や看護師の心ない会話や人としての尊厳を損なうような行為に対し、その言動を注意することや、自分だったら、親だったらどうしてほしいかと考え（追体験）、相手の思いを分かる努力をして、患者にとって不利益を被る事態から患者を守る行動が必要である。インタビューの調査でもそのような対応を実際に看護師はしていた（Table 3-3-8）。

救命救急ではなく、一般的に治療を受けるために入院してくる患者に対する看護師の役割は、医療場面で患者が治療に主体的に参加でき、患者の思いや希望を叶え、且つ生活者の側面に配慮して患者の QOL や well-being の向上を目指して係わることである。そこでアンケートによる記述内容から、具体的に日米の看護師が認識しているアドボカシー役割についてみてみる。

アドボカシーは、看護師の仕事であるという認識は日米両国とも同じであったが、その役割に関しては、日米両国で異なっていた。日本は患者を弱者と捉え、患者の身近にいるから、患者が医師に遠慮して言いづらいという状況に対して、看護師が患者の声（意思）を医師に伝える必要があると認識していた。米国は医学的な専門知識を持っているから、医療と関連して派生する患者の権利を守るために、患者の代弁者として必要だと認識していた。日本は主に[医師と患者のパイプ役]、[医師の説明が分かりにくいときの再説明]、[不明点/疑問点の医師への確認]というメッセンジャー的な橋渡し（調整役）をしていた。一方米国は、[医師の治療が適切でない]ときや[患者の権利を守る]といった患者の権利を尊重するような患者の立場に立った積極的な支援を行っていた。また、[患者の希望に応じる]

内容も、日本は患者の気持ちを医師に伝える、患者自身が自分の意思を伝えるようにする、であるが、米国は患者のリビング・ウイルを尊重するよう医師・家族に従うように述べる、患者がノーコード（延命処置をしない）を表明しているのにフルコード（蘇生行為）をしていることを倫理委員会に忠告した、など患者の意思を優先すべき行動をしていた。日本の看護師が行うアドボカシーは、患者と医師の間の橋渡しが多いが、そのうちの医師に患者の治療に対する思いを伝えるや医師の治療に対する説明不足の補足説明などは、治療に関する決定権は医師にあるため、必ずしも患者の意思に沿える訳ではない。いわゆる「患者の不利益・権利を守る」、「患者を危害から保護する」、患者の意思を尊重するため「患者の代弁をする」など、Mallik(1997)のいうアドボカシー本来の「モデルケース」のアドボカシーにはなりにくいと考えられる。日本の看護師がアドボカシー役割を担うためには、看護教育制度の改正（教育機関の延長）を視野に入れ、看護教育や臨床での教育を充実させ、実践能力や判断力などを高めアドボカシー実践を積み上げ、医療スタッフや社会に認められる必要がある。

## 2. アドボカシーの生起する状況と看護師の役割を抑制する環境

欧米におけるアドボカシーの文献において、アドボカシー実践は医師、看護師、患者という三者関係の中で、患者のアドボカシー役割を看護師が担うという構図が前提になっていた。しかし、我が国においては「医師、看護師、患者、家族の四者の関係の中で、四者のそれぞれの考え方・認識のズレを患者の QOL（生命・生活の質）や well-being のために解決していく」という構図であることが明らかになった。この結果は、日本は患者が自律的な個として存在しているのではなく、「共同体全体の中の個（集団の中での個、家族の中での個）」として存在している（土居, 2001）ことを物語っている。従って、家族は弱者として位置づけられた患者の代弁者として医療側にも位置づける傾向にあり、ガンの告知や余命の宣告など本人には告げられないが家族には伝えられる場合多い（医療白書, 1996; 厚生労働省, 2004）。しかし、いかに家族であっても、代理人はあくまで代理人であって当事者ではない。そのため当事者と代理人の間に考え方のズレが起こることは歪めない。欧米の看護師のアドボカシーが、医師と患者の中間点にいる者としての仲介役としての行動であったのに対して、我が国の看護師のアドボカシーは、医師と患者、医師と家族、家族と患者という関係の調整役を担うことが求められており、アドボカシーがより複雑であることが本研究で見出された。特に医師と家族の間のズレの調整は、家族が患者側に立つの

か、医師側（治療の優先）に立つのかにより看護師の行動にも影響する。家族が患者の思いとは関係なく治療を望む場合は、医師も家族が望んでいるという理由で、治療を進めていく傾向にあり、看護師は患者の側に立った支援が難しくなる。その結果、家族の満足度は増すが、患者の QOL や well-being を満たすことができないことになる。

病気を治療するという医療システムには、本来病気の当事者とその病気を治療する医師と看護師を含む他のスタッフが、病気を中心にメンバーとして存在し、家族はアウトサイダーとして存在している。しかし、我が国の家族観には家族員は一体であるという考え方があり、患者側にも医療者（特に医師）側の両方になり得る家族を考慮に入れたアドボカシーの複雑性が新たな課題として存在することが明らかになった。

### 3. 看護師による患者のアドボカシーの内容とそれを抑制する環境

看護師による患者のアドボカシーは、治療問題と関連することだけではなく生活者としての支援の両方が重要であることが米国と日本の調査の結果明らかになった。治療問題に関しては患者の治療への参加と知る権利を土台にしている。一方、生活問題に関しては治療以外の衣食住を中心とした生活者としての権利を土台にしている。前者に関してはパターンリズムに象徴される現代の医療システムの中では、看護師は医師より専門職として低い地位にあるため、また、治療に関する裁量権は医師にあるため医師と対立してでも患者を守ることが難しい。また後者に関しては、例えば食事一つをとっても菜食主義者の人がいれば、多少の困難はあるにしてもその主義を通してあげられるようなアドボカシーが求められるが、実際には厨房との葛藤を引き起こすことになり、チーム医療としてのバランスを崩すことに繋がり、看護師が食事のことまで介入することに医師（組織の上位にある管理職や雇用主は医師が多いことを含め）は医療者としての役割分担への論議を醸すであろう。そのため看護師がアドボカシー行動を日常的に行える（当然として）環境が必要になる。アドボカシーを支える環境の日米比較の結果は、両国ともゆとりある業務ができないうちでは、日本は「民主的な職場環境」や「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」をはじめとして、米国に比べ環境としてないことが明らかになった。

### 4. 看護師による患者のアドボカシー実践に向けて

#### (1) アドボカシー実践を行うための法的整備について

看護師のアドボカシー実践において、日米に差がある結果は、米国の看護師はアドボカ

シー実践に対し、法的に保障された行動として行っていることが示唆された。日本がより積極的なアドボカシー実践が出来にくい状況は、米国のように法的に保障されていないことが大きく影響していると考えられる。医師との関係において不利な扱いを受けリスクを抱えること（医師からのクレームを受ける（Table 3-3-3, Table 3-3-13）や、アドボカシー実践がなされた結果、医師との関係が悪化する、ネガティブな感情を引き起こすなどの状況（Table 3-3-13）では、アドボカシーの必要性を認識していても、アドボケイトすることを躊躇していることが今回の調査結果で明らかになったことから分かる。これらの結果からの課題として最も重要な点は、看護師自身の力（知識・経験や資質）不足や医療現場の環境や世間一般の看護師に対する社会的役割の認識などがあるとしても、その根源は看護師に課せられた法的な縛りがあることが大きいと考えられる。看護師の業務に関連する法律は、1948年に制定された保健師助産師看護師法（以下保助看護法とする）がある。保助看護法は戦後米国の指導のもとに作られた経緯と女性の職業であるという理由から長い間改訂されることがなかった。しかしやっとな、現状の医療状況に合わせ平成13年（2001年）に一部改訂され（医師の指示がなくても行える業務の一部）、2009年にも一部改訂（国家試験受験資格の第1要件に大学で所定の単位を履修した者）されている。看護師が担う業務範囲が拡大されてきており、社会の看護師に対する期待やニーズが高まっていることも事実である。そのような流れの中で、看護師の業務に関して法律での規制を十分理解しながらアドボカシー役割を担うための方略を探ってみる必要がある。

保助看護法第5条において看護師は「傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者、また第37条の特定業務の禁止では「主治の医師の指示があった場合を除き衛生上危害を生じる恐れのある行為をしてはならない」と明記している。特定業務の禁止と関連するのは医師法の17条に医師でない者の医業禁止がある。患者と医師の治療関係で派生するアドボカシー問題は、患者の治療について患者と医師の考え方のズレがある。そのようなとき看護師が患者の治療選択あるいは意思決定を支援する場合、看護師は保助看護法や医師法による制約があるため躊躇しているのではないかと推測される。保助看護法や医師法の解釈の仕方により看護師のなかには、医師の指示に従っていれば良いとする（自律性の欠如、責任の転嫁）医師への忠誠と服従のイメージ（Winslow, 1984）を持っているのかもしれない。しかし、保助看護法の制定された時代と現在では医療状況は変化し、医学（cure）重視の医療から生活（cure/QOL）重視の医療の流れの「患者主体（中心）の医療」が推進されている。このような状況では、生活者としての患者への

支援という視点が問われ、患者のアドボカシーは、拡大解釈すれば看護師の判断で行える療養上の世話の業務の範疇に入ると考えてよいのではないだろうか。しかし、拡大解釈は判例などに基づいて判断されるゆえに不明瞭である。また、看護師がアドボカシーをすべきでない述べている立場からは、法律に基づいて判断を要する患者のアドボカシーは越権行為と考えられているので、米国の患者権利法のような法律で看護師が行うべき行動として明記されるべきだと考えられる。また、医療法に「患者の尊厳を守る支援をする」という一文を加えることで、医療に従事するものの義務が明確にできると考えられる。それが不可能なら患者のアドボカシーに対する行動内容を保助看法に入れ込むことができれば良いのではないかと考えられる。例えば、患者の権利が侵害されている状況があれば報告する責任がある、～に関する倫理的事柄について看護師は意見を述べる責任がある、倫理問題に関しては医療メンバーと協議して行う、というような一文を加えるのはどうだろうか（このような内容は看護師の倫理綱領に明記されているが、それはあくまで看護職集団が守るべき行動指針であり他職種には関係ないし、法的な縛りはない）。医療場面で起こる倫理的問題はしばしば公共の問題であることが多いし、倫理的問題の決定は医師だけによるものではないので、時代に合わせ柔軟に保助看法を改訂し看護師の資源を有効に活かすべきではないかと考えられる。

## （2）患者の意識の変革あるいは患者の自律への教育

日本の「個」の考え方（集団の中の一員）からすれば、患者は必ずしも自律した存在とはいえない。患者自身が自分はどうしたいのかという自覚が必要である。しかし、自己主張するのは美德ではないという日本の伝統的な考えもあり、日常から自己主張することに慣れていないとも考えられる。増して治療を受ける立場から医師に任せる方がよいとする考えもある。また、看護師がアドボカシー役割を十分行えない状況がある事実から、患者の QOL や well-being を達成するには、患者自身が自分の意思をはっきり医者に伝えることが有効な一つの方法かもしれない。実際看護師のアドボカシー実践で、医師の考えを尊重する、あるいは看護師に言われたくないという医師の思いがあることから、看護師が直接患者の思いを伝えるよりも、患者自身から自分の思いを医師に伝えるよう具体的なアドバイスをするような支援をしていた（Table 3-3-9）。患者自身が自分の意思を伝えられるようにするために、患者には医療を受ける権利があり、治療を受けるに当たり自分にとって必要な情報を得、分からないことを教えてもらうあるいは学習することができ、自

分の望む選択ができることやそのためのシステムを理解する機会を設けることが必要であると考えられる。

### (3) 看護師のアドボカシー実践を促進するための環境の整備

医師と看護師関係は歴史的な経緯があり法的な問題が関わってくる。しかし、誰のための医療であるかの根源を共有していけば歩み寄りができ、各自の専門性を認識してパートナーシップの意識が醸成されれば、アドボカシー行動は必要なときに実践することができると考えられる。倫理的問題は、医師や看護師の専門職としての業務の分担ではないが、ともすれば治療の裁量権と同等にみられ、医師が優先権・決定権を持っている考えられがちである。しかし、前述したように、患者への支援は医療と生活の側面からの支援であるので、全体として患者にとって何が望ましい状態なのかを考慮しなければならない。そのためにアドボカシーに関する概念の知識を学校や臨床で、看護師のみならず医師も他の専門職（福祉関係者）、医療に関わるスタッフも学ぶべきであろう。それぞれの専門性を考えればときとして患者の治療に対する認識にズレがあったとしても、医療者として患者の福利という観点からは共通理解はできると考えられる。物理的・組織的な環境の改善はすべての職員にとって必要であり、社会的・心理的な環境は患者を主語（一人称）にすればすべての職員が協働できる可能性は高いと考えられる。

## 第 7 章

### 要約



## 第7章 要約

### 第1章 患者の権利

第1章では医療における患者の権利と患者のQOLやwell-beingを守るために、患者の医療と生活の両方に関わる看護師が、患者のアドボカシー役割を担うことの必要性を論じた。先ず患者の権利とは何かを明らかにするために、第1節で患者の権利に関する見解の歴史の変遷、第2節では医療における患者の権利について述べ、次に患者が主体的に医療に参加するためには自己決定が必要になることを踏まえ、第3節では患者の自己決定の考え方を判例に基づき検討しながら述べた。第4節で患者を治療を受ける患者としての視点と生活者としての視点から捉える看護師のアドボカシーの可能性について論じた。現在の医療システムでは患者の権利という視点では注目されてきているが、生活者としての基本的人権が損なわれやすい状況にある。患者の立場はライフサイクルの一部であり通過点にすぎず治療が終われば生活者に戻るのであるから、入院していても治療後の生活を踏まえたその人の生活の質を保証すべき関わりが必要である。しかし現在の医療システムの中では、患者は最下位の弱い立場に置かれやすく、医療者に対する気兼ねや気遣いから自分の思いを十分表出できない状況になる可能性があることが示された。そのために医療における患者の権利と患者のQOLやwell-beingを守るために、医療と生活の両方に係わる看護師が患者のアドボカシー役割を担うことの可能性があることが示唆された。

### 第2章 患者の擁護者としての看護師の Advocacy

第2章ではアドボカシーに関する内外の文献から、アドボカシーとは何を意味するのか、その歴史的背景とともに、看護師が患者のアドボカシー役割を担うためには何をしなければならないかの問題を明らかにすることであった。そこで医療場面において患者の権利と患者のQOLやwell-beingを守るために、患者の意思を尊重し患者自身が治療に主体的に参加できるように、看護師がアドボカシー役割を担うことについて文献により考察を行った。その結果、看護師がアドボカシー役割を担うことについては賛否両論があることが示された。賛否両論が出てくる理由としては、患者のQOLやwell-beingのためのアドボカシーといっても、人権侵害のような法に触れるようなことから日常的な生活の場面で起きるささやかな問題までレベルに違いがあること、そのレベルのどの部分について議論するかで賛成になったり、反対になったりすることが示唆された。文献からいえる

ことは、看護師の行うアドボカシーは、患者と医師の中間に位置する看護師の立場による「橋渡し」、あるいは「調整役」としての役割である。このような役割は看護師の役割として期待でき、また可能であり求められていることが示唆された。しかしながら、看護師が患者のアドボカシー役割を担うことは、患者のアドボカイトとしての看護師の専門的役割について周知されるようになっている米国においてさえ、その実践において困難が取り巻いていることも示唆された。

### 第3章 看護師による患者のアドボカシーの実態—日本研究—

看護師による患者のアドボカシーに関する実証的研究は我が国においてはほとんど見られなく、欧米においても数少ない質的研究による探索的な研究があるだけである。従って、先ず我が国における看護師による患者のアドボカシーの実態を把握することが必要であった。そのため第3章では、患者に寄り添い、患者の権利や利益を守るために行動したり、患者の意思決定を助けるという目標に向かい、臨床の看護師はどの程度アドボカシーの必要性を認識し、アドボカシー実践をしているのか。また、看護師の患者のアドボカシー実践行動に影響を及ぼす要因は何かを明らかにすることを目的に研究を行った。看護師の患者アドボカシーに関する欧米の先行研究の文献的な考察を行い、看護師による患者のアドボカシーの実態調査に向けた仮説モデルを設定しその検討を行った。第1節では看護師による患者のアドボカシーの認識について、第2節では第1節から導き出されたアドボカシー実践の要因の一つである患者の権利に関する看護師の認識について、第3節でアドボカシー実践の具体的内容についてインタビュー調査による結果を検討した。

第1節の結果は、調査協力者の8割以上の看護師はアドボカシーの必要性を認識していたが、アドボカシー実践をしていた人は5割であった。アドボカシーを実践していた看護師は、学校教育や臨床での研修などで「独学」しながらアドボカシーの知識を得ており、また臨床で実際にアドボカシー場面の経験を持つていることが明らかになった。また「民主的な職場環境」や「ゆとりある業務」などの物理的・体制的な要因と「病棟責任者（師長）のサポート」、「看護管理者の責任」など個人を支える心理的な要因が大きく影響を及ぼすことが明らかになった。このことからアドボカシー実践をより高めていくためには、看護の基礎教育で何をどのように教えるか、臨地実習でどのように学習の機会を持つか、臨床との連携及び継続教育の課題に向けた取り組みが必要であるという結論を得た。また、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」がなされていないことも問題点として指摘していた。

第2節の結果は、Fry(1994)の看護師アドボカシーモデルを参考に選出した患者の権利項目の分

析から、権利の構成要素は【QOL（生命の質）の尊重】、【快の保証】、【知らされる権利】、【治療への主体的参加】の4要素であり、基本的人権としての「人としての尊厳」と医療における「患者としての権利」の存在が明らかになった。基本的人権としての「人としての尊厳」の中には、【QOL（生命の質）の尊重】と【快の保証】があり、「患者としての権利」には【知る権利】と【参加する権利】があった。両方の権利を守るのが「患者中心の医療」を実践することであり、それが看護師のアドボカシーであると考えられた。アドボカシーを構成する4要素のアドボカシー実践に影響を及ぼす要因には、患者の権利・人権及びアドボカシー・権利擁護を学ぶこと、アドボカシーの教育を受けてきたこと、臨床現場で教育を受けることが明らかになった。しかし、【知らされる権利】については医師の裁量によるところが大きいため、直接的には看護師が関わりにくい領域であることも明らかになった。看護師がアドボカシーをするという意思決定が出来にくい環境では、アドボカシー実践を避ける状況を生み出す可能性があることも考えられ、看護師が患者のアドボカシーを行うためには、看護師にもそれなりの権限が与えられなければならないことが示唆された。

第3節の結果は、看護師のアドボカシー実践は、米国の医療システムの中では、医師と看護師と患者という三者関係が前提になるが、日本では家族が加わり四者関係になり関係性においてより複雑さが増すことが明らかになった。アドボカシーの起こる状況については大きく4つあることが明らかになった。第1は医師、患者、家族の三者の認識・考え方のズレ、第2は医師のパターナリズム、第3は医師の多忙によるコミュニケーション不足、第4には看護師が患者の問題に気づくことでアドボカシーが派生している状況が顕在化する、であった。アドボカシー実践は相互の認識・考え方のズレを補うための補足説明、それぞれの思いの代弁・橋渡しあるいは仲介をして医療に関連する支援や、他の機関（医療職以外の専門職）を使って、患者のQOL（生活の質）に向けた支援がなされていることが明らかになった。また、患者が治療選択（意志決定）できるための支援は、医師に配慮した行動や工夫が必要な状況や、医師と対立するリスクを覚悟でアドボカシー実践をする状況や、アドボカシー実践を行うことで医師との関係が悪くなるという結果も明らかになった。このように看護師がアドボカシーをすることは出過ぎた行為として見られる場合もあり、そのためにアドボカシー行動をすることを躊躇するケースもあることが明らかになった。看護師がアドボカシー実践出来る法的な規約の制定の必要性が示唆された。

#### 第4章 看護師による患者のアドボカシーの実態—ハワイ研究—

第4章の目的は、我が国のアドボカシー実践を促進するための課題に向けての取り組みを考える

にあたり、アドボカシー実践の取り組みがなされている米国の実態を把握するために、米国（ハワイ州）における看護師による患者のアドボカシーの実態の調査を行うことであった。

第1節で看護師による患者のアドボカシーの認識について、第2節で看護師の患者の権利に関する認識について検討した。

第1節の結果は、米国の看護師はアドボカシーの必要性もアドボカシー実践の現状の認識も高く、且つ実際に看護師はアドボカシーを実践していることが明らかになった。日常的にアドボカシー実践をしている要因は、人権・権利やアドボカシーについて学校や臨床現場の勉強会などでも学んでいることと関連していると考えられた。さらに倫理をはじめ患者の権利や法律に関する知識もアドボカシーを実施するには必要であると認識していることが分かった。また、アドボカシー実践を支える環境が整っていることはアドボカシー実践をしやすくすることも明らかになった。

第2節では、患者の権利25項目に対する看護師の係わりについて理想と現実の認識について検討した結果、24項目に有意差があったが、賛意の程度（平均値）においては殆ど差がないことが示された。このことは日常業務としてアドボカシー実践が行われていることが明らかになり、アドボカシーは看護師の役割であると認識していることも示された。また、天井効果の項目を除外しての因子分析による患者の権利の構成要素は、【治療への主体的参加】と【知らされる権利】で患者としての権利であった。天井効果を示した項目は、殆どの看護師が日常的に係わっていることを示すものであり、項目内容は日本の【QOLの尊重】や【快の保証】に該当する「人としての尊厳」項目であった。従って、天井効果を示した重要な要素と因子分析で抽出された2因子（要素）を考え合わせば、Fry(1991)の提唱する3つの構成要素になるか、あるいは日本の看護師のアドボカシーの構成要素（4つ）と類似する可能性が考えられ、構成要素においては日米の差はそう大きくないと考えられた。アドボカシー実践では「患者としての権利」が主に問題になることが明らかになった。

## 第5章 看護師による患者のアドボカシーの実態—日米比較—

第5章の目的は、我が国と米国の看護師による患者のアドボカシーの比較をし、両国の違いを把握することで、我が国における看護師による患者アドボカシーについて検討することであった。

第1節の日米の比較では、日米ともアドボカシーの必要性や看護師が現状ではアドボカシーを実践しているという認識は高く、看護師がアドボカシー実践をする必要があると考えていることが明らかになった。アドボカシー実践をするかどうかに影響を与える要因は、アドボカシーの必要性の認識ではなく、学校教育や臨床現場での教育でアドボカシーを学んだかどうかではないかと示唆さ

れた。何故なら米国の方が患者の権利・人権及びアドボカシーの学びや学校教育での学びが高いことから、アドボカイトとしての役割を遂行するための能力養成する教育への取り組みの効果ではないかと考えられた。それ故に日本においても、看護系大学が増え続ける中でアドボカシーを看護の基礎教育でどのように教えるかという課題が提案された。また、アドボカシー実践を支える環境でも日米間の差はみられ、米国の看護師は医師とはパートナーシップの関係を持ち、民主的な環境があればアドボカシー実践は行いやすいと考えていた。日本の看護師は病棟師長のサポートや患者中心の看護は比較的であると認識しているが、アドボカシー実践を支えるための環境は、米国よりほとんどのないと認識していることが明らかになり、アドボカシー実践を促進するための環境面を整備することも重要だと考えられた。

第2節の結果は、患者の権利に対して看護師の係わりが理想と現実には差がある項目をみると、日本では患者としての権利（「知る権利」や治療に「参加する権利」）への係わりができていない、米国は患者の知る権利への係わりが少ない、と認識していた。これは米国では患者には権利と責任があり、病気や治療について自ら知る責任があるという考え方によると考えられた。また、患者の権利への現実の係わりの日米間の差の結果は、米国の看護師はアドボカシー実践をするのに法的に保障されていることがあると考えられた。患者の知る権利や主体的な治療への参加に向けたアドボカシー実践を促進する要因に、アドボカシーを学んだかどうかは重要であり、その上で経験を重ねていくことでアドボカシー実践は促進されることが明らかになった。また、患者の権利の構成要素の結果から、ハワイの看護師はもっぱら「患者としての権利」が問題になるが、日本の看護師は「患者としての権利」と「人としての尊厳」としての生活者としての権利の両方に係わっているため、アドボカシーを複雑にし、アドボカシー実践が少なくなる要因になる可能性が示唆された。

## 第6章 総合論議

第6章の目的は、第1章から第5章までの看護師が患者のアドボカシー役割を担うことについて論じてきた結果をまとめ、課題の明確化とその課題に向けた提案をすることであった。第1節で本研究のまとめ、第2節では看護師のアドボカシーに関する現状のまとめと今後の看護師のアドボカシーを促進するために必要な要件について提案した。看護師の患者へのアドボカシーを推進するための要件は、①看護基礎教育の中で看護倫理学教育をどう行うか、②臨床現場との連携および継続教育、③アドボカシー実践を促進できる病院組織のシステムづくり、④看護師のアドボカシー実践に対する保証（倫理的問題への介入の権限）、⑤患者への自律に向けた教育などが明らかになった。



## 引用文献



- A Declaration on The Promotion of Patients' Rights in Europe,(1994). European Consultation on The Rights of Patients Amsterdam/患者の権利法を作る会翻訳, 28-30, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Anne J .Davis, Emiko Konishi, Marie Tashiro(2003) . A PILOT STUDY OF SELECTED JAPANESE NURSES' IDEAS ON PATIENT ADVOCACY, *Nursing Ethics*, 10(4), 404-413.
- Annas ,G.&Healey, J.( 1974/1988). The patients' rights advocate. *Journal of Nursing Administration* ,4, 25-31.
- Annas, G.J.( 1989). *The Rights of Patients* , ACLU, New York and London/上原鳴尾・赤沢晴子訳(1992). 患者の権利, 日本評論社
- Annas, G.J., Glantz,L.H. & Katz, B.F.(1981). *The Rights of Doctors, Nurses and Allied Health Professionals*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- Ashby,J.(1987). Patient advocacy and the role of the nurse. *Inforum* 8, 14-17.
- Bandman E.L.& Bandman B.(1979).The nurses' role in protecting patient' s right to live or die. *Advances in Nursing Science*, 1(3), 21-35.
- Bandman, E.L.(1985). Our toughest questions: ethical quandaries in high technology nursing. *Nursing and Health Care*, 6(9), 482-487.
- Bateman ,N.(1995). *Advocacy Skill A Handbook for Human Service Professionals*. Arena./西尾裕吾監訳(1998). アドボカシーの理論と実際, 八千代出版
- Benjamin, M & Curtis, J./矢次正利他訳(1995). 臨床看護のディレンマ I・II. 時空出版
- Benner, P. & Wrubel, J.(1989). *The primacy of caring* . Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park
- Benner, P/井部俊子・井村真澄・上泉和子訳(1992). ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院
- Bonnie,W.D.(1995). *Integrating Nursing Theory and Ethics*. *Perspective in Psychiatric Care* 31(2).
- Bossi, L.M./ 早野真佐子訳(2003). *Nursing Role as Advocate in Patient Care*

- Coordination and PACT at Children's Hospital. Boston. インターナショナルナシ  
ングレビュー, 26(5),46-50.
- Booth, W.(1991). A cry for help in the wilderness, Health Services Journal, 14, 36-37.
- Bramlett, M.H., Gueldner, S.H., & Sowell, R.L.(1990). Consumer-centric advocacy : Its  
connection to nursing frameworks. Nursing Science Quarterly, 3(4), 156-161.
- Branch, R.(1985). Citizen Advocacy. Nursing Miroor, 160(14), 31-32.
- Britain An Official Handbook(1997). The stationary office, London, UK.
- Brower, H.T.(1982).Advocacy: what it is. Journal of Gerontology Nursing 8(3), 141-143.
- Butler, K., Carr, S. & Sullivan, F. (1988). Citizen Advocacy : A Powerful Partnership.  
Adept Press Ltd, London
- Chafey K.,Rhea M. & Shannon A. H.(1998). Characterization of Advocacy by  
Practicing Nurse, Journal of Professional Nursing, 14(1), 43-52.
- Chamberlin, J.(1979). The limits of advocacy. Advocacy Now 1, 21-24.
- Chambliss, D.F.(1996). Beyond Caring : hospitals, nurses, and the social organization  
of ethics. The University of Chicago. /浅野祐子訳(2002). ケアの向こう側, 日本看  
護協会出版会
- Christy,T.E.(1973). Newprivileges, new challenges, new responsibilities. Nursing, 3,  
8-11.
- Curtin , L. L.( 1979). The nursing as advocate: a philosophical foundation for nursing.  
Advocacy in Nursing Science, 1(3), 1-10.
- Curtin, L.L. /渡辺富栄訳(2003). The Nurse as Advocate: Respecting the Patient as  
Person. インターナショナルナーシングレビュー, 26(5), 34-38.
- アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート (1983) ./訳(1984), 笹原出版
- Davis, A.J. (1992). Ethical aspect of human caring, 日本科学学会誌 12(4), 59-70.
- Davis,A.J.・小西恵美子・田代麻里江(2002). 日本におけるナーシング・アドボカシー, 平  
成 13 年度木村看護教育振興財団看護研究助成報告書, 89-104.
- Davis, Anne J., Emiko Konishi, Marie Tashiro(2003). A pilot study of selected Japanese  
nurses' ideas on patient advocacy. Nursing Ethics, 10(4), 404-413.
- Davis, A.J.・太田勝正(1999). 看護とは何か-看護の原点と看護倫理-, 131, 照林社
- Deci, E.L.(1980).The Psychology of Self-determination/石田梅男訳.自己決定の心理学,

- 土居健郎(2001). 甘えの構造 (新装版), 弘文堂
- Dreyfus, S.E.& Dreyfus, H.L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed published report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), University of California at Berkeley.
- Fetsch F.H.( 1991). Advocacy in pediatric nursing: a qualitative study. Unpublished PhD thesis, University of Kansas.
- Finucane,P., Myser, C.& Ticehurst, S. (1993) . Is she fit to sing、 doctor? : practical ethical issues in assessing the competence of elderly patient. The Medical Journal of Australian 159(20), 400-403.
- Fry, S.T.& Johnstone M.J.(1994).Ethics in Nursing Practice. International Council of Nurses (ICN) Second Edition, 35-47・55-63.
- Fry, S.T. & 小島藻子(1998).看護実践における倫理と人権問題に関する調査:米国と日本, インターナショナルナシングレビュー, 21(5), 57-62.
- Fry, S.T./片田範子・山本あい子訳(2000).看護実践の倫理 3版, 39-52, 日本看護協会出版会
- Gadow, S.(1980). Existential advocacy : Philosophical foundation of nursing. Nursing Images and Ideals, 79-101. Spring Publishing Company, New York
- Gadow , S.(1989). Clinical subjective: advocacy for silent patient, Nursing Clinics of North America, 24(2), 535-541.
- Gaylord ,N. & Grace ,P.( 1995). Nursing Advocacy: An Ethic of Practice. Nursing Ethics, 2(1), 11-18.
- Larraine,M.B.& Janet,D/早野真佐子訳(2003).ボストン小児病棟での患者ケア調整と PACT に関するアドボケイトとしての看護の役割,26(5), 46-50, インターナショナルナシングレビュー
- 判例時報 718号(1973). 患者の承諾を得ないでなされた舌癌手術が違法とされた事例,98, 判例時報社
- 下級裁判所民事裁判判例集(1973). 患者の承諾を得ないでなされた舌癌手術が違法とされた事例 24(1-4), 154-160, 最高裁判所事務総局
- 判例時報 1536号(1995) . 胸椎椎間板ヘルニア摘出手術において、医師の説明義務違反が肯定された事例, 49-60, 判例時報社

- Henderson, V. (1961) . *Basic Principles of Nursing Care*/湯槇ます・小玉香津子訳(1973).  
看護の基本となるもの 改訂版, 日本看護協会出版会
- 平山正実(1992). 医療における人間像/中川米造『講座 人間と医療を考える① 哲学と医療』, 64-68, 弘文堂所収
- 福崎 恒・多羅尾美智代(2007). 医師と看護師の連帯強化への提唱, 経営書院
- 池松裕子・山勢善江編 (2005) . 急性期看護論, 20-21, ニューヴェルヒロカワ
- 池永満(1992). 患者の権利 改訂増補版, 九州大学出版会
- International Council of Nursing (1973). *A code for nurses. Ethical concepts applied to nursing.* ICN ,Geneva.
- 医療経済研究機構編著(1996). 医療白書 1996 年版, 日本医療企画
- 石本傳江(2000). 看護と「ケアの倫理」, *Quality Nursing*, 6(3), 84-89.
- 岩田幹子・溝部佳代・高波澄子(2006). 大学病院において看護師が体験する倫理的問題, 日本看護学教育学会誌 16(1), 1-11, 日本看護学教育学会
- Jenny, J. (1979). *Patient Advocacy –Another Role for nursing?* , *International Nursing Review* , 26(6), 176-181.
- Jezewski ,M.A.(1993) : *Culture brokering as a model for advocacy.* *Nursing and Health Care*, 14(2), 78-85.
- Johnstone, M.J.(1989). *Bioethics : A Nursing Perspective.* WB Saunders/Bailliere Tindall, Sydney.
- 患者の権利法をつくる会編(1992) . 患者の権利法をつくる, 234-242, 明石書店
- 患者の権利法をつくる会(2002). 患者の権利法要綱案パンフレット (5訂版), 患者の権利法をつくる会.
- 小林直樹(1978). 新しい基本権の展開/ 山下健次・隅野隆徳、 文献選集日本国憲法 基本的人権, 96-98, 三省堂所収
- 小林信子(1997). 看護職が担える患者権利擁護活動とは. 日本科学学会誌, 17(2), 36-37.
- 小玉香津子監修 (1995) .患者の代弁:もう一つの看護の役割?/Jenny,J.(1979).*Patient Advocacy: Another Role for Nursing*, *インターナショナルナシングレビュー*, 18(5),64-68.
- Kohnke, M.F.(1980). *The nurse as advocacy.* *American Journal of Nursing*, 2038-2040.

- Kohnke, M. F., (1982). *Advocacy: Risk and reality*. St. Lois: Mosby.
- 桑原弓枝(2003). キャリア開発を志向する教育計画の作成と実践. *看護展望* 7, 22-28.
- 厚生労働省医務局編(2004). 終末期医療に関する調査等検討会報告書, 厚生労働省医務局
- Kosik, S.H.(1972). Patient advocacy or fighting the system. *American Journal of Nursing*, 72, 694-698.
- Lumpp,F.(1979). The role of the nurse in the bioethical decision-making process. *Nurs Clin N Amer*, 14(1), 13-21.
- Lugton, J.(1997). Health visitor support for patients with breast cancer. *Nursing Standard*, 11(33), 33-37.
- Mailick, M.D.(1984). Steps to professionalization: patient representative. *Journal of Allied Health*, 13(4), 262-271.
- Mallik, M.(1997). Advocacy in nursing: Perceptions of practicing nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 303-313.
- Mallik, M.(1997). Advocacy in nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 130-138.
- Mill, J.S./塩尻公明、木村健康訳(1971) 自由論, 24, 岩波書店
- Miller, K.B.& Mansen ,J.T.& Helen,.L.( 1983). Patient Advocacy: Do Nurses Have the Power and Authority to Act as Patient Advocate ?, *Nursing Leadership*, 6(29), 56-60.
- 南 裕子(1996). ナースのキャリアアップ. *フォーラムインターナショナル* 7, 30-31.
- 水野暢子・三上れつ(2000). 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究, *日看管会誌* 4(1), 13-22.
- Murphy, C.P.(1983). *Ethical Problems in the Nurse—Patient Relationship*, Allyn & Bacon, Boston, Massachusetts.
- Murphy, C.P.(1984). The changing role of nurses in making ethical decisions. *Law, Medicine & Health care* 12(4), 173-184.
- 中川米造(1992). 人間と医療を考える ① 哲学と医療 , 弘文堂
- 中西貴美子・佐藤芙佐子・佐藤敏子他 (2003). クリティカルケアにおける看護師の倫理的ジレンマとそれに関する要因. *三重大学医学部看護学科*, 5号, 75-82.
- National League for Nursing Education(NLNE) (1917). *Standard curriculum for*

- schools of nursing.
- Nelson, M.L.(1988). Advocacy in nursing: How has it evolved and what are its implication for practice?. *Nursing Outlook*, 36(3), 136-141.
- 日本看護系大学協議会広報・出版委員会編(2005). 看護学教育 II, 日本看護協会出版会
- 日本看護協会編(2003). 看護者の基本的責務, 9-15, 日本看護協会出版会
- 二木シヅエ(1981).看護の中のプライマリーナーシング, HATO 書房
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*, University of California Press
- Noddings, N./立山善康・林 泰成・清水重樹他訳(1997). ケアリング, 晃洋書房
- 大西和子・岡部聡子編(2005). 成人看護学概論, 66, 150, ヌーヴェルヒロカワ
- 大西香代子(2005). 倫理的な能力をどうはぐくむか. *日本看護学教育学会誌* 14(3), 48-53.
- Oxford English Dictionary*(1989).2nd ed. Prepared by Simpson , J.A. & Weiner, E.S.L. Claredon Press. Oxford. 131.
- Penticuff, J. H.(1990). Ethics in pediatric nursing: advocacy and the child's 'determining self', *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 13,221-229.
- Sang, B.& O'Brien, J.(1982). *Advocacy: the UK and American experience*. King' Fund Project (Paper No51). King' Fund, London
- Schaffer, S.(1989). Patient advocacy : An ethical dilemma ?. *Focus on Critical Care*, 16(3), 191-192.
- Segesten, K.( 1993). Patient Advocacy : An important part of the daily work of the expert nurse, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* ,7, 129-135.
- 嶋田聡子(1999). 中堅看護婦の概念の明確化. *看護教育研究集録 (看護教員養成課程)* No.24, 56-63.
- Snowball,J.(1996).Asking nurse about advocating for patient: ' reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing*. 24, 67-75.
- Strauss, A. & Corbin,J.(1998). *Basics of Qualitative Research*. 2nd ed., Sage Publications/ 南裕子他訳 (1999) . 質的研究の基礎. 医学書院
- 鈴木琴江(1997). ペイシエント・アドボカシー:良質な看護ケアの重要な要素 /Segesten,K.(1993). Patient Advocacy: An Essential Part of Quality Nursing Care. *インターナショナルナーシングレビュー*, 20(2), 12-14.

- 鈴木志津江・藤田佐和編(2005).慢性期看護論. 159-166, ヌーヴェルヒロカワ
- 高田早苗(2003). 看護実践におけるアドボカシーの意味, インターナショナルレビュー, 26(5), 26-33.
- 高崎絹子(2005). 患者・病弱者のアドボカシーと看護の責務. 日本科学学会誌, 25(2),94-103
- 武井麻子(1997).新しい法律・制度と人権.日本看護科学学会誌, 17(2), 33-34.
- 谷本佐理名・太田久彦・大井田隆他(2000). カルテ開示の影響についての医師の意識調査. 日本公衛誌 47(4), 364-374.
- 坪井良子・松田たみ子編(1997). 考える基礎看護技術. 41-42, 廣川書店
- 辻ちえ・小笠原知枝他(2007). 中堅看護師の看護実践力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本漢語研究学会誌 30(5), 31-38.
- 恒藤暁(2004).我が国のホスピス・緩和ケア病棟に実態. ホスピス・緩和ケア白書, 10-15, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「ホスピス・緩和ケア白書 2004」編集委員会
- Twycross, R.(1999). *Introducing palliative care*, 3rd end. 4, Radcliffe Medical, Oxford
- 氏家幸子監修(2001). *A 成人看護学原論* 第2版. 44, 廣川書店
- 氏家幸子監修(2003). *D リハビリテーション患者の看護* 第2版. 39, 廣川書店
- United Kingdom Central Council (1992). *Code of Professional Conduct for the Nurse. Midwife and Health Visitor 3rd edition*. UKCC, London.
- 牛田貴子(2007). 「キャリア中堅看護師の臨床実践測定 Ver.3」を教育プログラムとして活用するための手引き. 看護管理 17(6), 496-499.
- 内田勝(1991). 「個衆化」世代の実像. 筑波大学教育学系論集 17(1), 137-151, 筑波大学出版会
- 内野正幸(1991). 憲法解釈の論理と体系. 314-315, 日本評論社
- 内野正幸(1998). 自己決定権と平等、岩波講座 現在の法⑭ 自己決定と法、岩波書店所収
- 渡辺恵・福山由美・伊藤将子他(2003).HIV/AIDS コーディネーターナースのアドボケイトとしての役割. インターナショナルナーシングレビュー, 26(5), 39-45.
- Winslow, G.R.(1984) . *From loyalty to advocacy: A new metaphor for nursing*. The Hastings Center Report. 14(3), 32-34.

山田卓生(1987). 私事と自己決定. 5・221・344-345, 日本評論社

山内一信(1999). 診療情報提供. 現在医学, 47(2), 333-337.

付 記



## 付記

## 看護師の患者アドボカシーを推進するための提案

## 1. 看護倫理の教育プログラム

看護師がアドボカシー実践を行うための影響要因のうち、学校での教育やアドボカシーの学びが大きく関わることを論じてきた。日本の文化や医療状況に合うアドボカシー実践に向けた教育の構築が必要である。前述（第3章第1節）したように大学の教育のなかでアドボカシーをどの教科目で誰がどのように教えていくかについては十分には確立していない。そこで筆者は、アドボカシーは基本的には看護師の倫理的な問題だと捉えるべきだと考える。権利意識が醸成されている米国でも、倫理やアドボカシーについて大学教育で教育をしている状況が調査結果で明らかになった。そこで米国における看護倫理教育（アドボカシーを含み）を参照しながら、日本の看護倫理の教育に活かせる教育プログラムを提案してみたい。

## (1) 米国における看護倫理カリキュラム

## 1) 米国の倫理教育に向けた歴史的流れ

米国では1800年代を起点に倫理に関する文献が多数あり、初期は看護実践で形成される様々な人間関係における徳の倫理が焦点であった。「礼儀作法」も頻繁に取り上げられていた。しかし、徳の倫理や関係性の倫理の考え方は社会状況により変わっていくが、社会一般の現象に比べと10~15年遅れて現れている。この時間差は看護を取り巻く社会状況、そしてある程度は女性の地位も反映している。それは米国での看護教育や看護師の生活環境が他の分野とつながりがなく、病院を基盤とし女性だけを対象にし、半ば隔離されたと言ってもよい状態で厳しく管理されていたことも関係する（Davis & Tschudin, 2006/小西他訳, 2008）。1900年アメリカ看護協会（ANA）の機関誌（AJN）の刊行が始まり、McIsaac(1900)による「看護における倫理」と題する論文が発表された（倫理に直接焦点を当てた最初の論文）。1900年から生命倫理が台頭し始めた1965年半ばまでに約65冊の看護倫理関連の書物が出版された。1960年代にANAは社会政策声明を発表し、病院内で行われていた看護教育を高等教育機関において行うという動きが始まり、米国において最初の4年制看護課程がミネソタ大学に設置されたのは1909年のことである。1960年代に入ると看護の役割が改めて見直され、アメリカ看護協会（ANA）は看護が十分な実践、教育、管理、研究を行うためには、4年制大学及び大学院における教育が不可欠であると

いう見解を示した(1960年代半ばにナースプラクティショナーの修士・博士課程の設置)。それにより従来とは異なる内容を持つ高等教育を施す必要が生じた(Davis et al., 2007)。

## 2) 米国における看護倫理カリキュラム

看護倫理に関する文献が出版されるに伴い、それらが看護学校における倫理教育の基盤となり、倫理教育カリキュラムの土台になった。看護の倫理教育に関する独自の基準を定めた州もあり、1961年までに、カリフォルニア州看護師登録理事会は3年コース全6学期中5学期で、倫理を1科目含むように州内すべての看護学校に命じた。倫理の科目内容は、臨床の倫理的問題だけでなく、「住宅改善」、「都市部における青少年問題」、「貧困に由来する社会問題」などの社会的倫理に関する問題も含んでいた(Fowler, 1984)。1917年には全米看護教育連盟(National League for Nursing Education ;NLNE)も、2年次に倫理の授業を10時間行うこととしており、時間数は他の主要科目と同じである。基本的な講義内容は、倫理理論、個人の倫理、職業倫理、医療倫理及び社会的倫理である(Fowler, 1984 ; NLNE,1917)。

初期の米国の看護倫理では徳の倫理が原則の倫理を包含していた。つまり、看護師が徳を持ち、また道徳的によい意思を持った人であれば、看護師は正しい行いをするという考え方である。しかし、看護教育が病院附属の学校から大学へと移り始めると、重点は原則の倫理(倫理的であるためには倫理的に問題のある状況下で、何をなすべきかに焦点を当てる：自律・無危害・善行・正義・真実を話すなど)へと移っていった(Davis & Tschudin, 2006/小西他訳, 2008)。現在は看護倫理を4つのアプローチ(美徳の倫理・原則の倫理・ケアリング倫理・フェミニスト倫理：規範倫理)で教育の場で教えられ(指導され)、臨床や議論の場で用いられることが多い(Davis et al, 2007)。

## (2) 日本における看護倫理教育の現状

桂川(2002)は日本の看護系大学(95校)における生命倫理教育の現状を調査した。回答があった55校についての結果は、29校が生命倫理または医療倫理に関する科目を設けており、そのうち13校は必修、10校は選択であった。授業内容は、生と死の定義と意味、インフォームド・コンセント、自律、自己決定、及び「生殖医療」や「胎児診断」など特定の話題であった。教育方法は講義のみ5校、講義・ディスカッションとグループワークの組み合わせ12校であった。55校のうち10校は「看護倫理」の科目があったが必修としているのは5校だけで、授業内容は生命倫理と看護倫理の関係、歴史的背景、倫理・道徳・価値・法・倫理規定・管理などの概念、「遺伝子診断」・「出生前診断」・「緩和ケア」、倫理

的意思決定などの話題である。患者の権利という項目を看護学概論、看護管理、看護学の各論、社会学、哲学の科目で教えていた。内容的には看護倫理というよりは医学倫理に属することのように思える。これらの内容は看護の実践に影響するので倫理的側面の理解は必要であるが、それらに判断を下す義務を持つのは医師である。医学倫理は原則の倫理が主となるが、看護倫理は徳の倫理やケアの倫理など多様な倫理的アプローチが必要になる。

### (3) 看護倫理教育プログラムの試案

Davis の提言を踏まえ倫理（学）としての基本的（本質）な部分と日本の文化に根ざした倫理的価値観をつきあわせながら、具体的な事例を示し議論を行い「患者にとって利益になる」、「患者を中心」にして考えられる能力が身につけられる講義内容を考えていく必要がある。科目名は看護倫理学とし、担当教員は倫理的な問題に関心を持ち、患者を支援してきた経験（臨床経験）がある看護職（教員経験あり）とする（専門的な内容については非常勤講師の導入）。各論（母性・小児・成人・老年・精神・地域）実習が3年次後期から始まり4年次前期に終了することから、受け持ち患者との係わるなかで患者の権利について考える機会があるため、配置学年は4年次前期・30時間・1単位（演習科目）とする。基礎看護学（看護学の土台となる科目：1. 2年次配当）で看護とは何かについて教授するときの人間理解・ニーズ論・ケアリングのなかで基本的な部分に触れ、各看護対象論（2年次後期）でそれぞれの対象に対する権利について、ターミナルケア論（3年次後期）では死生観と患者の権利について、看護管理論（4年次後期）で組織論、ケアマネジメント、他職種との協働（チーム医療）と関連づけて理解が深められるよう、4年間を通じて倫理的な考え方を身につけられる工夫をする。可能な限り日本の文化に根付いた考え方を取り入れる。倫理は客観科学ではなく個人の考え方（価値観・信念）が影響し、その考え方の源は元を辿れば脈々と継がれてきた日本の文化であることを理解し、患者個人も同じであることを理解できるよう工夫する。

Table 6・3・1 に看護倫理の講義内容の概略（案）を示す。倫理問題に関する文献学習を取り入れ、ロールプレイ、ディスカッション及びグループワーク(GW)に反映できるようにする。

Table 6-3-1

## 看護倫理の授業案

講義回数	講義内容	形式
1	倫理、生命倫理、看護倫理の基本概念 倫理と道徳	講義
2	人としての尊厳 文学から	講義・GW
3	人としての尊厳 仏教の考え方	
4・5	規範倫理学について 美徳の倫理 原則の倫理	講義・GW
6・7	ケアリング理論と倫理	講義・GW
8～10	患者の権利とアドボカシー 生活者としての権利と患者の権利 アドボカシーの意味及び概念 アドボカシー活動とは	講義・GW
11～14	倫理的問題を含む事例検討（3事例） 問題の所在 問題をどう捉えるか どのような対応が考えられるか あなたならどうするか	GW・発表
15	レポート提出	

授業内容について少し述べる。

1回目：道徳と倫理はどちらも風習、慣習、態度という概念を持ち、人が善いと思う行動に従って行為すべき正当な原理・規範を示すものであり、同じ意味で用いられることがある。倫理とは、規範倫理を通して道徳的信念や態度について意識的に内省することを意味する。生命倫理（Bioethics）とは、ヘルスケアに倫理を適用した学問で、取り扱う倫理的問題はヒト・動植物の生命、遺伝子操作、代理出産、安楽死などヒトとヒト以外の生命に関わるマクロからミクロの、また生から死の問題である。看護倫理とは保健・医療・福祉サービスを受ける人やその家族に対して行う看護が、倫理的に正しいのか、あるいは害を加えないかといった、看護を実践する際にその看護が倫理の視点から問題を含んでいないか、問題があるとすればどのように解決すればよいかを検討することや、保健・医療・福祉に従事する専門職者の行動規範などを扱う。隣接あるいは関連する学問についての知識を持ちながら、それらがサービスを受ける側にとってどうなのかを考え、患者の利益にな

るようにどう行動すればよいか内省する学問であることを教授する。

2・3回目：人が人として存在し得るのは人としての尊厳が保たれることである。倫理において尊厳は中心的価値であるため、人としての尊厳について文学的な描写（夏目漱石の「こころ」、大江健三郎の「個人的な体験」など）から問題提起し、道徳的・倫理的視点から考えることや、日本に根付いている仏教の考えを学ぶことで日本人の価値観を考える助けにする。非常勤講師による講義を考えている。

4・5回目：規範倫理学は道徳的、倫理的な状況下で、何が正しいのか、あるいは何がなされるべきなのかという問題を提起し、答えを与えようとするものである。「美徳の倫理」は個人の性格を扱うもので、「Aさんは非常に良い人で、助けが必要な時に頼りになるので、Aさんと働くのが好きです」というような、看護師（女性）にはどのような美徳が必要であるかという問いかけに関するものである。ヘルスケアの中で技術が非常に大きく影響するようになって以降、美徳の倫理への疑問（看護師（女性）の資質への問い）は「この状況下において、どのように考え、どのように行動することが倫理的に正しいのか」の「原則の倫理」へと変わった。倫理的原則は患者の自律尊重、無危害、善行、正義、真実を伝える、秘密を守る、という道徳的または倫理的問題が生じる状況下において、取るべき正しい行動を示すものではなく、それらの状況についての概念的な考え方をいくつか示して、倫理的解決を図る手助けになるものである。例えば「看護師の行為が患者に身体的な苦痛を与え、かつ自尊心を傷つけているような場面を見たとき、あなたはどうしますか」という問いかけに対する解決策を考えるときに、上記の倫理の原則の側面から思考していくようにする。

6・7回目：原則に基づく倫理は合理性を重んじることから倫理の感情面や人間関係という側面から倫理を捉えようとケアリング倫理が生まれてきた。先ずケアリング理論の中に倫理的要素が含まれていることを示しながら（Table 6-3-2）、人間関係や責任から派生する倫理的問題について考え、倫理的であるために人間関係（看護師—患者）の本質とは何であるべきかと問いかける。

Table 6-3-2

看護モデルで示されている倫理的要素

研究者名	モデル	看護への適応
キング (King, 1981)	目標設定・目標達成	看護師とクライアントの相互の目標設定と健康関連のニーズの達成を容易にするため、両者間の対話を進める
ニューマン (Newman, 1986)	意識の拡大	クライアントとの間に真の関係を築き、クライアントが最も自分自身を知ることができるよう手助けする。このプロセスを通じて看護師とクライアントの両者が、それぞれ自らのパターンを深く認識することができる。
オレム (Orem, 1985)	セルフケア	クライアントのセルフケアを可能にすべく、クライアントを助け、教育し、クライアントの自立を促し、介入はクライアントがセルフケアできない場合に限る。
ロジャーズ (Rogers, 1970)	力の理論	最適な形での発展を容易にするために、相互の環境の変化のパターンを理解できるよう意識的に関与する。このプロセスを経て、クライアントとクライアントを取り巻く環境（看護師も含む）の両者が変化する。

8～10回目：患者の権利とアドボカシーについては本研究での内容をアレンジして伝える。

11～14回目：倫理問題を含む事例の検討は、学生にとって身近な倫理的事例を提示し、原則に基づく倫理やケアリング倫理などから議論できるように配慮する。例えば、①「終末期の患者に真実を伝えるべきか否か、家族は本人に知らせないでほしいと医師に頼んだ。患者は看護師に病気について疑問を投げかけている」。これは真実を伝える（原則）、患者の自律（知る権利と知らされない権利）、家族の意向、勇気・正直（美德）、日本における慈しみ・思いやり、同情の概念などの側面から考える必要がある。②「医師が末期患者に化学療法や放射線療法の量を増やす指示をする。患者は安らかな死を迎えたい、緩和ケアだけを行ってほしいと希望している（家族は迷っている）」。この事例では看護師は医師の指示に従うことと、患者に敬意を示すこと（患者の希望に添えたい、治癒するだけでなく、差し迫った死から逃れることができないなら苦痛を与えてまで治療をする必要があるの

か) が対立する。このような場合どんな行動が考えられ、どのようにするのか、例えば、①何もしない、②上司(看護師長)に相談する、③医師と話しをする、④患者と話をする、⑤家族と話をする、⑥上司が倫理的な問題として考えない場合どうするか、⑦自分の行為の結果について考え、指示に従うあるいは指示に従わない(可能性と方法)、などグループワークを行う。

倫理的問題は一つの倫理だけで解決することは難しいこと、他の職種と議論をする場合は基本的な知識(共通の尺度になりうるもの)のもとでなされなければならないこと、日本における患者と家族の関係、死に対する考え方など様々な要素が関連することを踏まえながら、看護師は患者の視点(QOL、well-being)にどれだけ寄り添えるかを考えながら学びを深めていけるようにする。最終的に①倫理的に知る(倫理的知識を学ぶ)、②倫理的に見る、③倫理的に内省する、④倫理的に行動する、などの倫理的判断能力を育成できる講義にする。

## 2. アドボカシー実践が促進されるための病院組織のシステム化

筆者はハワイで6つの病院におけるアドボカシー(医療相談を含む)システムの実態を研修してきた。病院評価は施設を利用する顧客(患者や家族)に対し、記名による満足度調査を頻回に行い、システム化されたパソコンに入力し、分析した資料を公開している。調査で当事者である患者から問題について指摘されれば審議する。そして該当する部署や個人に事実確認し、改善策を示すことを義務づける。当事者である患者に面接や紙面で結果を示し、不服であれば継続していく(解決プロセスを記録に明示)ようにシステム化されている。その他にも病棟を巡回し患者への人権侵害に対する知識の普及や院内マニュアルに基づく従業員の行動チェックなども実施している。病院の組織に Quality Resource Department あるいは Director of Patient Care Service Department などが置かれ、Customer Relation Office なども病院内に設置されている。看護師、医師、ソーシャルワーカー、心理学を学んだ事務員、調査員などで構成されている(Patient-Customer

Relation、Risk Manager、Case Manager、Quality improvement Coordinator、Data Analyst、Secretary などの役割)。病院の評価を患者や家族(医療消費者)の視点で行うシステムである。一方日本では、1995年に日本医療機能評価機構(Japan Council for Quality Health Care: JCQHC、厚生労働省の外郭団体)が設立され、第三者による病院機能を評価し認定するシステムができた(1997年から審査開始)。主旨は医療の質の向上を

目指すもので、病院が受審を申し込み概ね標準的な水準以上であれば認定証（有効期間 5 年）が交付される。認定を受けたことを Web や病院案内のパンフレットに載せ、患者に病院を PR し利用を促すことに一役かっている。評価項目は大きく①病院組織の運営と地域における役割、②患者の権利と安全の確保、③療養環境と患者サービス、④診療の質の確保、⑤看護の適切な提供、⑥病院運営管理の合理性の 6 領域に分けられている。しかし、構造（医療が提供される条件を構成する因子（物的資源、人材資源、組織資源）の評価はある程度客観的に評価することができるが、通常行われている医療活動や患者・家族の医療への参加のプロセスや提供された医療がもたらした個人や集団の変化および患者・家族の満足度に関する結果についての評価は十分ではない。この評価はあくまで病院側への「書面審査」と「訪問審査」によるもので、患者や家族など消費者の意見は反映されていないのが現状である。

米国では病院の倫理委員会の設置と構成メンバーについて法律で決めている州があり、多くの病院は倫理委員会があり、看護師もメンバーに入っている。しかし日本では倫理委員会を設置している病院は少ないことが推定される調査結果（第 3 章第 1 節）である。倫理的問題を取り上げ審議する組織を構築することが、病院で働く職員の患者に対する対応のあり方を考える機会になし、職場の環境にも目が向けられることになると考えられる。

倫理委員会に持ち込まれる倫理的問題は複雑な事柄に限定されやすい。日常の些細な倫理的問題を掬い上げるには、量・質的にも患者と係わる時間が多い看護師が気づき対応する必要があるしそれを責務と考えている（第 3 章第 1 節）。ならば他職種との意見交換・研修会を重ね、それぞれの職務を遂行しながら倫理的な問題について「患者にとって何が幸福か」を真摯に考え協力できる体制が構築できればよい。現実には一番たやすいことではあるが一番複雑な問題である故、医療現場を変える当事者意識を育成するために強いリーダーシップの存在と組織的な取り組みが必要であると考えられる。

### 3. 患者の自律教育

「患者中心（主体）の医療」を目指すためには、医療者側の努力は当然ではあるが、主体である患者自身も変わらなければならない。医療における患者の権利が提唱されていることは、「与えられる医療から参加する医療」、「お任せ医療から自己決定（自律）」である。しかしながら、我が国では個の存在は集団の一人（患者は家族の一員）であるという考え方が根強く、患者個々で自己決定を行うことは多難なことである。行動を起こす（行動変

容)には教育が必要であることが示唆されており患者の自律に向けた教育は重要である。

筆者ら(小笠, 2009)は2005年から市民や医療職、患者に対し「患者—医療者のパートナーシップ」の形成や「エンパワメント」形成に向けて講義(講義とディスカッション)を行ってきた(大阪府立大学大学院奨励特別研究助成金)ことを踏まえ提案していきたい。筆者らが行っている教育プログラムの内容は、①法律的な側面からの患者の権利に関する基礎知識、②セカンド・オピニオン、③インフォームド・コンセント、④医療における個人情報保護と情報開示についてである。2008年には同一病院の患者と医療職者に教育プログラムの最終プログラム終了後、同意が得られた患者や医療者(看護師、事務職、放射線技師)に、参加前後や期間中に生じた認識の行動面での変化について、それぞれのグループ別に半構造的フォーカスグループインタビューを実施し、教育プログラムの評価をした。患者からは【医療者に質問できない葛藤】(【】はカテゴリー)を抱えながら教育プログラムの参加により、【新しい知識獲得に伴う自信】を獲得することで、【理解・納得できる受診行動】、【患者としての主体性】の重要性を認識する過程が確認され、【患者の主体性を引き出すための医療者からの支援】や【医療者と患者の患者間の関係構築のための支援体制作り】が不可欠な支援であることが分かった。このように患者自身の意識の変革と支援する体制が必要である。一方医療者からは、【患者の理解・納得・選択を支援する医療者の役割】や【医療現場を変える当事者意識】へ変化する過程が明らかになり、患者には自信を持つこと、医療者には問題意識、役割意識を想起させることに少しは役に立っている。教育プログラムへの参加の有効性を踏まえ、患者や医療者のニーズに合う教育プログラムの実施を進めることが重要だと考えられる。



## 謝 辭



## 謝辞

いつか博士後期課程で学びたいと願っていました。和歌山県立医科大学看護短期大学部では学科長の立場で4年制大学の立ち上げ準備、滋賀県立大学人間看護学では開校1年目からの勤務で学部運営に関わる新しい取り決めのため会議が多く日々忙しく過ごしていました。その上尼崎市（阪急塚口駅）からの毎日の遠距離通勤で心身ともに疲れている状況でした。しかし、JR 琵琶湖線に乗り車窓から多くの大学の建物が見え隠れするのを見るにつけ、夢が再燃し、具体的にどの分野の研究がしたいか自問し、阪大に決めました。入学が可能かどうか（能力的）は別にして、事務局に入学に関する問い合わせをすると、現在医学研究科寄付講座の恒藤暁先生にお会いすることができいろいろお話しさせていただきました。この縁がきっかけで恐れ多くも学べる機会をいただきました。年齢的に能力・気力・体力は落ちてはいますが学ぶことの充実感がありました。現実には厳しいもので、各ゼミに参加すれば英語文献の和訳に基づくディスカッションで苦勞の連続でした。推してしかるべく研究など進みようがない状況が続きました。それでも当時の明るい仲間が存在があってやってこれたのだと感謝しつつ懐かしく思い出します。藤田綾子先生は年齢的にも近かったので、相談も含めいろいろお世話になりました。できれば退官されるときには論文を出せるようにと思っていたのですが、力のなさゆえそれも叶わぬこととなりました。退官された後も気にかけてくださり、今回の論文を書き進めるなかでお忙しい中多大な支援をいただきました。特にインタビュー調査の内容のカテゴリー化に時間を割いていただきました。本当に感謝申し上げます。4月になり論文指導をしていただいたのが権藤泰之先生です。博士論文としてどうあるべきか、論点を明確に書くことを厳しくも優しく指導していただきました。4月からの数ヶ月までにやっと日本の実態調査の1章分が書けたという状態でした。その間根気よくご指導頂いたおかげで論文を書き進めることができるようになりました。本当に感謝申し上げます。佐藤眞一先生は海とも山ともつかない私の院ゼミを通じ、様々なアドバイスをくださいました。時期的には全てに応えることはできず申し訳なく感じています。今後研究を進める中で反映させていただきたく存じます。副査の先生への対応などご尽力をいただき感謝申し上げます。平井啓先生は院在籍中の院ゼミに的を得たご指摘をしてくださり、それが私の気力（負けん気）を上げる動機になり、統計についてより深く学ぶきっかけとなり何とか今回の論文に必要な統計は駆使することができるようになり感謝申し上げます。中原純先生（先生と呼ぶには気恥ずかしい気になり

ますが)は博士前期課程で入学された時期と私が後期課程に入学した時期が同じで、大学の食堂で昼食を一緒に取ったり、疑問点を聞いてもらったりとして過ごしてきました。彼は(あえてこう呼ばせていただきます)物事を論理的・客観的な視点から考えを述べて、私にとって頼りになる同僚でした。5年間で学位を修得し(当たり前のことかもしれませんが)今は人間科学専攻科助教として頑張っておられます。現在博士前期課程・後期課程で学んでおられる学生さんには、インタビュー内容のラベル名の点検をしていただき感謝申し上げます。何とかインタビュー調査をまとめることができました。私自身の質的研究への課題は多々ありますが今後さらに研鑽を積みたいと思っています。

最後に昨年僧帽弁閉鎖不全の改善のため、10時間に及ぶ手術(僧帽弁形成術と僧帽弁閉鎖不全による心臓への様々な影響に伴う三尖弁形成術・左房縮縫術、刺激伝導系に対するメインズ術)と胸部動脈瘤のステントグラフ(経血管による人工血管留置法)の手術を受けた夫に、博士論文が書けなかった原因の一つにこのことを言い訳にしまい、それを気にし、今年論文が書けるよう家事の負担を少なくしてくれたり、勤務先への朝の車での送りをしてくれたりと協力してくれた夫に心より感謝したい。

言い尽くされた言葉ですが、自分一人の力では何事もできない、周りの人々の支えがあって事をなし得る。本当にその通りで、何とか博士論文を書き上げられたのは、先生方をはじめ、友や関係者の支えのおかげと深く感謝申し上げます。

あとかき



## あとかき

医療は誰のためにあるのだろうか。こんな疑問を持つきっかけになったのは大学附属病院の心臓外科病棟で出会った患者からである。大学附属病院は医師を育成する教育機関でもあり、医学の発展に寄与する研究機関でもある。医学の発展には臨床実験が不可欠であることも理解できるしまた実際必要であろう。働いていた当時（1970年代）は今日ほど患者の権利を保証するための医療倫理が重視されていなかった。

高齢（80歳代）の心筋梗塞の患者に人工血管による冠状動脈バイパス術がされることになった。この術式は現在ではポピュラーなものであるが、当時はまだ実施件数も少なくリスクが高いものであった。患者本人もとても不安そうだったが、医師が言うのなら・・・という感じであった。年齢を考えれば、ハイリスクな手術をしないで日常生活に留意すれば人生が全うできるのにとこの思いで、医師に手術の必要性を尋ねた。医師から「危険であっても医学は10年先を見据えてやらなければならない」と言われたことを覚えている。当時は「患者中心の医療」を高らかに謳われている状況ではなかったし、私が職についての年数も少なく、医師の治療方針に対してどうこう言うつもりでもなく（ともすれば治療方針に患者が従うように事を運んでいた）、また手術を受けるか否かについて患者や家族の真意をどれだけ把握していたか疑問である。階層性の強い当時の医療現場の中で、万が一手術を受けたくないということを知ってもどのように対応したか、できたか、患者にとって最善の方法は何かを私が判断することでもないし、できないことであった。だが、何かしらすっきりしないものが残ったままであった。時代の流れに伴い医療現場の考え方も少しずつ変化してきているが、「患者中心の医療」を提唱してもまだまだ現実とは乖離している。

臨床経験を通して多くの患者と関わる中で、どれほど患者や家族の思いを医師に向けて発し、患者・家族をサポートしてきただろうか。確かに経験浅い頃に比べれば、立場的にも管理職になると患者・家族に対する責任が増し、医師に苦言を呈したり、依頼や協力ひいては妥協してもらうことはしてきたと思う。医療者の価値観で物事を判断し、真に患者の意思を汲み取っていたとは言い切れないこともあった。例えば、急性骨髄性白血球の患者さんで化学療法施行後白血球が $200\mu/l$ まで低下し個室で逆隔離の状況の闘病生活を過ごしていた（窓越しに顔をみながらインターホンで話ができる設備はない）。ガウンテクニクを駆使した対応のなかで室外にも出られない。東京から学生時代の友人が面会に来られたが、主治医の許可がおりず娘さんに会ってもらいその経緯を本人に話した。そのと

き患者は久しく会っていない友人に会えなかったことを悔しがり「どうして・・・どうして・・・遠くから来てくれたのに・・・もう会えなかったらあなたたちを恨むから・・・」と泣きながら抗議された。それから数日後まもなく患者さんは亡くなられた。面会の方が患者にとってどういう位置づけの方かを知り、面会の方法について主治医ともっと話し合っていれば患者の望みが叶えたのにと今でも悔いが残る。学生の受け持ち患者にも同じような事例に出会う。70歳代の漁師の患者さんで魚料理や刺身は日常の食事である。化学療法で味覚が変化し濃い味付けのものや酢の物などを好まれた。食欲のないので刺身が食べたいとよく言っておられた。白血球の減少時感染を危惧するので、生ものや素材を活かす酢の物は食べられないのである。煮物のように加熱したり、果物の皮をむいて食べるものは比較的許される（基本的には殺菌されたもの）。魚の煮付けは奥さんの協力で可能であるが、刺身は叶わなかった（患者の思いを医師に伝えたが）。元気になったら・・・と諦められていた。しかし、治療の甲斐なく亡くなられた。医師は患者のため疾患を治すことに力を注ぐことは当然であり、刺身を食べることの許可は出せないだろうが、疾患の予測をすることは可能であるし、年齢など多くの要素から許容範囲を柔軟に対応して、多くの量は食べられないのだからせめて一度でいいからささやかな患者の思いを聞いてはどうであろうか。

今日医療現場でも市場主義の考え方の導入、病院評価機構による病院の点検をはじめとして生き残りをかけた病院運営が重要課題となり、いかに患者サービスを行い患者の利用を高めていくか（顧客集め）について検討を重ねている。病院の設備や体制など収益に関わる施設基準（人員配置・特定診療科目などによる加算）についての取り組みは進んでいる。一方で、患者の権利に関することがらについてみると、患者の医療への参加の必要性は謳われているが、治療を選択し決定できるなどは現実の問題としてどうであろうか。このような問題に気づき意識的に患者と関わることは、医療現場で働く者の教育に左右されると考える。

医療職に就く学生（看護師・保健師・助産師など）の教育に携わる者として、患者と看護師の織りなす人間関係・ケア関係さらには医師を含めた治療関係のなかで、看護師はどのような役割を持ち援助していくべきかの指針を明確にする責任がある。このような思いから今回研究をはじめた。今回の調査結果を踏まえ、現場で多くのことを教えてくれた患者さんに少しでも恩返しができればと考えている。そのためにも今私のやれることは、患者の思いを聴きその思いを可能な限り叶えられることができる看護師を育てることであると肝に銘じ教員として頑張っていきたいと思う。

## 付 録



## 「医療における患者アドボカシー (advocacy)」についての質問

(この調査で使う言葉や回答方法について)

1. アドボカシー (advocacy) は、もともとは法律用語で、弁護士などが依頼人を弁護、支援、助言することをさしますが、医療でもアドボカシーということがいわれ始めました。この質問紙では、アドボカシーを患者の権利や利益を守るために行動したり、患者の意思決定を助けたりする働きをさすこととします。
2. 質問はすべて成人の利用者 (患者) の場合とし、該当するものに○、空欄は自由記述してください。

\*\*\*\*\*

次の質問は、看護師が「対象のケアが他者によって阻害されているときは、対象を保護するよう適切に行動する」働きをする上で必要な知識・経験や職場環境に関するものです。

4 = その通り ~ 1 = 違うまでの4段階で、おおよそあてはまると思う番号に○をつけてください。

違 う	ま あ 違 う	ま あ そ う	そ の 通 り
--------	------------------	------------------	------------------

1. アドボカシーに関する教育や経験についてお伺いします。

- |                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| ①あなたはアドボカシーについて教育を受けてきましたか。   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ②現場でアドボカシーに関する教育を受けることができますか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③アドボカシーについては特別な教育が必要だと思いますか。  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④アドボカシーについて特別な経験が必要だと思いますか。   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤現場でアドボカシーに関する経験ができますか。       | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. アドボカシーは次のことについてよく知っている、より強力になると思いますか。

- |                              |   |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|---|
| ① 患者の権利について知っている、より強力になると思う。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② 法律について知っている、より強力になると思う。    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ 倫理について知っている、より強力になると思う。    | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. アドボカシーは医療環境が次のような状況だと、より強力になると思いますか。現場の状況どうですか。

- |                                  |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| ①患者と親密なコミュニケーションがとれる、より強力になると思う。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ②あなたの職場は患者と親密なコミュニケーションがとれますか。   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③家族と親密なコミュニケーションがとれ、より強力になると思う。  | 1 | 2 | 3 | 4 |

④あなたの職場は家族と親密なコミュニケーションがとれますか。	1	2	3	4
⑤職種間のオープンなコミュニケーションがとれると強力になる と思う。	1	2	3	4
⑥あなたの職場は、職種間のオープンなコミュニケーションが とれますか。	1	2	3	4
⑦民主的な職場環境であると強力になると思う。	1	2	3	4
⑧あなたの職場は民主的な職場環境であると思いますか。	1	2	3	4
⑨チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討がなされると強力にな ると思う。	1	2	3	4
⑩あなたの職場は、チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討がなさ れていますか。	1	2	3	4
⑪ゆとりある業務ができるとより強力になると思う。	1	2	3	4
⑫あなたの職場はゆとりある業務ができますか。	1	2	3	4
⑬日常業務の為の臨床倫理委員会が設置されていると強力になる と思う。	1	2	3	4
⑭あなたの職場は、日常業務の為の臨床倫理委員会が設置されて いますか。	1	2	3	4

4. 看護師は本来、患者（成人）を擁護する責務をもつべきだ、と思いますか。

① 1 いいえ全く    2 まあ違う    3 まあそう    4 はい、非常に

②すべての方に。その理由をお書きください。

5. 看護師は、患者（成人）を擁護する責務を実際にもっている、と思いますか。

① 1 いいえ全く    2 まあ違う    3 まあそう    4 はい、非常に

②すべての方に。その理由をお書きください。

6. 看護師は、現状では実際に患者（成人）の擁護をしていると思いますか。

1 全くしていない    2 いいえあまり    3 はい時々    4 はい頻繁に

7. 看護師たちは現在、下表の状況がある場合、患者や家族の擁護をしていると思いますか。

状 況	いいえ全く	いいえ余り	はい時々	はい頻繁に
①患者への病名・症状説明が不十分	1	2	3	4
②家族への病名・症状説明が不十分	1	2	3	4
③患者が不必要な検査や治療を受けている	1	2	3	4
④患者の尊厳が医療者によって損なわれている	1	2	3	4
⑤患者が痛みに苦しんでいる	1	2	3	4

8. あなたは、成人患者を擁護したことがありますか。

- ① はい                      ② いいえ

8-2. 「はい」と回答した方へ。擁護した事柄とどのようなことをされましたか。自由にお書きください。

9. 医療現場にどのような条件があると、看護師はアドボカシーがしやすくなると思いますか。次のなかで最も重要なものを1に、重要度が最も低いものを6にして1から6の番号をつけてください。また、あなたの職場にそれがあるか、該当するものに○を記入してください。

重要度	アドボカシーのための条件	あなたの職場にそれがありますか
( )	a.病棟責任者（師長）のサポート	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り
( )	b.医師はあくまで同僚	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り
( )	c.医療スタッフの民主的な雰囲気	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り
( )	d.看護スタッフ間の協力の精神	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り
( )	e.患者中心の看護	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り
( )	f.ゆとりある業務	1違う 2まあ違う 3まあそう 4その通り



14.次の表の真ん中の欄には、患者の様々な権利をあげています。左の欄に、それぞれの権利をどの程度守るべきか、右の欄に、現実にはどの程度その権利が守られているか、4～1の該当番号に○印を記入してください。

番号	どの程度守るべきか				患者の権利	どの程度守られているか			
	1 必要ない	2 たまに	3 しばしば	4 常に		1 全くない	2 たまに	3 たいてい	4 常に
1					自分の情報は他に漏らされない権利				
2					治療選択肢をきちんと知らされる権利				
3					症状を詳細に知らされる権利				
4					医療ミスで深刻な被害を受けたときそれを知らされる権利				
5					副作用や危険性をきちんと知らされる権利				
6					一般的に、病名を知らされる権利				
7					深刻な病名を知らされる権利				
8					悪い予後を知らされる権利				
9					自分のカルテや看護記録を見る権利				
10					わからないことは質問する権利				
11					知りたくない情報は告げられない権利				
12					痛みを遠慮なく表現できる権利				
13					痛みから開放される権利				
14					抑制されない権利				
15					看護計画や治療計画に当事者(患者)として参加する権利				
16					治療を自分で選択する権利				
17					同意したことを後になって変更する権利				
18					臨床試験に参加したり、参加を拒否する権利				
19					治療をやめる/拒否する権利				
20					意思表示できない時は代理人にインフォームド・コンセントの意向を託す権利				
21					孤独な死を迎えない権利				
22					尊厳を持って死ぬ権利				
23					延命治療を拒否する権利				
24					リビング・ウィルを実行してもらう権利				
25					信仰したり宗教儀式を行う権利				

15. 次の表の真ん中の欄には、患者の様々な権利をあげています。左の欄に、それぞれの権利を看護師はどの程度係わるべきか、右の欄に、現実にはどの程度看護師は係わっているか、4～1の該当番号に○印を記入してください。

番号	看護師はどの程度係わるべきか				患者の権利	看護師はどの程度係わっているか			
	1 必要ない	2 たまに	3 しばしば	4 常に		1 全くない	2 たまに	3 たいてい	4 常に
1					自分の情報は他に漏らされない権利				
2					治療選択肢をきちんと知らされる権利				
3					症状を詳細に知らされる権利				
4					医療ミスで深刻な被害を受けたときそれを知らされる権利				
5					副作用や危険性をきちんと知らされる権利				
6					一般的に、病名を知らされる権利				
7					深刻な病名を知らされる権利				
8					悪い予後を知らされる権利				
9					自分のカルテや看護記録を見る権利				
10					わからないことは質問する権利				
11					知りたくない情報は告げられない権利				
12					痛みを遠慮なく表現できる権利				
13					痛みから開放される権利				
14					抑制されない権利				
15					看護計画や治療計画に当事者(患者)として参加する権利				
16					治療を自分で選択する権利				
17					同意したことを後になって変更する権利				
18					臨床試験に参加したり、参加を拒否する権利				
19					治療をやめる/拒否する権利				
20					意思表示できない時は代理人にインフォームド・コンセントの意向を託す権利				
21					孤独な死を迎えない権利				
22					尊厳を持って死ぬ権利				
23					延命治療を拒否する権利				
24					リビング・ウィルを実行してもらう権利				
25					信仰したり宗教儀式を行う権利				

16. あなたご自身のことについてお伺いします。

a.あなたの性別は ① 男性 ② 女性

b.あなたの年齢は ( ) 歳

c.あなたの看護学校の卒業は ① 専門学校 ② 短大 ③ 大学

d.あなたの修得されている学位は ① 学士 ② 修士 ③ 博士

e.あなたの臨床経験年数は ( ) 年

f.あなたの臨床経験の科別と年数をお書きください。

経験診療科名 ( ) 経験年数 ( )

g.現在勤務されている診療科名は ( )

h.今までに、「患者の権利」や「患者の人権」について学ばれたことがありますか。

① いいえ

② はい→どのように学ばれましたか(複数可)

1) 看護の専門学校、短大、学部の授業で

2) 看護系大学院の授業で

3) 関連学会で

4) 臨床の現場における勉強会で

5) 本や論文を読むなど独学

6) 看護専門雑誌で関連記事を読んだことがある

7) その他 ( )

i.今までに、アドボカシーとか患者の権利擁護について学ばれたことがありますか。

① いいえ

② はい→どのように学ばれましたか(複数可)

1) 看護の専門学校、短大、学部の授業で

2) 看護系大学院の授業で

3) 関連学会で

4) 臨床の現場における勉強会で

5) 本や論文を読むなど独学で

6) 看護専門雑誌で関連記事を読んだことがある

7) その他 ( )

お名前 ( )

ご連絡場所 ( )

ご協力ありがとうございました。

## Questionnaire: "Patient Advocacy in Clinical Settings"

### Terminology and method for answering questions:

1. "Advocacy" is originally used in the legal context representing lawyers' roles in defending, supporting, and advising their clients. In this questionnaire, it indicates "acts to protect patients' rights and profits, and support their decision-making processes regarding medical treatments they receive".
2. Every question assumes nursing care for adult patients only. Please answer by circling the appropriate number and feel free to write your opinions in the margins of this questionnaire.

\*\*\*\*\*

The following questions pertain to the necessary knowledge, experience, and workplace environment in nursing for nurses to "act appropriately in order to protect a patient when nursing care for him/her is obstructed by others". Please circle the number that corresponds to your answer based on a sliding scale from 1 to 4: 4-agree, 3-somewhat agree, 2-somewhat disagree, and 1-disagree.

1. "Advocacy" and educational/nursing experience
  - a. You have studied about "advocacy".  
1   2   3   4
  - b. You can learn about "advocacy" at your workplace.  
1   2   3   4
  - c. Special education on "advocacy" is necessary.  
1   2   3   4
  - d. Special experience is necessary to advocate patients' rights.  
1   2   3   4
2. Reinforcement of "advocacy"
  - a. "Advocacy" is reinforced if you are familiar with patients' rights.  
1   2   3   4
  - b. "Advocacy" is reinforced if you are familiar with the laws.  
1   2   3   4
  - c. "Advocacy" is reinforced if you are familiar with ethics.  
1   2   3   4
3. "Advocacy" and communication and "advocacy" and your workplace
  - a. "Advocacy" is reinforced through empathetic communication with patients.  
1   2   3   4

- b. You are able to empathetically communicate with patients at your workplace.  
1 2 3 4
- c. "Advocacy" is reinforced through empathetic communication with patients' families.  
1 2 3 4
- d. You are able to empathetically communicate with patients' families at your workplace.  
1 2 3 4
- e. "Advocacy" is reinforced when you have open communication with other clinical staff whose specialty lies in other fields.  
1 2 3 4
- f. You are able to have open communication with other clinical staff whose specialty lies in other fields at your workplace.  
1 2 3 4
- g. "Advocacy" is reinforced when you have a democratic work environment.  
1 2 3 4
- h. Your workplace provides a democratic work environment.  
1 2 3 4
- i. "Advocacy" is reinforced when issues of patients and their families are discussed at a team conference.  
1 2 3 4
- j. Issues of patients and their families are discussed at a team conference at your workplace.  
1 2 3 4
- k. "Advocacy" is reinforced when you can work free from time constraints and emotional pressure.  
1 2 3 4
- l. Your workplace provides a work environment in which you can work free from time constraints and emotional pressure.  
1 2 3 4
- m. "Advocacy" is reinforced when a clinical ethics committee is established for daily operations.  
1 2 3 4
- n. Your workplace has a clinical ethics committee for daily operations.  
1 2 3 4

4. Nurses by nature should be responsible for advocating (adult) patients.

1 2 3 4

Please provide the reasons for your answer below.

5. Nurses are actually responsible for advocating (adult) patients.

1 2 3 4

Please provide the reasons for your answer below.

6. Nurses are actually practicing advocacy for (adult) patients.

1 2 3 4

7. Do you think nurses are practicing advocacy for patients and their families under the circumstances described in the table below?

Circumstances	Frequently	Sometimes	Not very often	Never
① A patient is not provided sufficient explanations about his/her disease and its symptoms.	1	2	3	4
② A patient's family is not provided sufficient explanations about his/her disease and its symptoms.	1	2	3	4
③ A patient undergoes unnecessary examinations and treatments.	1	2	3	4
④ Dignity of a patient is undermined by medical staffs.	1	2	3	4
⑤ A patient is suffering from pain.	1	2	3	4

8. Have you ever advocated for an adult patient's rights?

1. Yes
  2. No
2. If you answered 'yes', please explain what actions you actually took and how.

9. Conditions in a clinical setting for better services in terms of patient advocacy.

- 1) In the parentheses, write a number between 1 and 6 that corresponds to the degree of importance of each condition, where 1 is the most important and 6 is the least important.
- 2) Regarding your workplace, circle the number between 1 and 4 based on the following scale descriptions. 4: your workplace satisfies the condition; 3: your workplace somewhat satisfies the condition; 2: your workplace does not satisfy the condition very well; 1: your workplace does not satisfy the condition at all.

Degree of importance	Conditions for "patient advocacy"	Your workplace situation			
( )	a. Nurses receive support from the chief nurse of the hospital ward.	1	2	3	4
( )	b. Nurses are treated as physicians' colleagues.	1	2	3	4
( )	c. The workplace has a democratic atmosphere among the medical staff.	1	2	3	4
( )	d. Nurses work cooperatively with other nursing staffs.	1	2	3	4
( )	e. A clinical setting provides patient-centered nursing care.	1	2	3	4
( )	f. Nurses can work free from time constraints and emotional pressure.	1	2	3	4



- A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
2. The right to be informed of choices in medical treatment  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
3. The right to be informed of symptoms in detail  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
4. The right to be informed of a medical error when it happens  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
5. The right to be informed of side effects and risks  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
6. The right to be informed of the identity of a disease/condition in general  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
7. The right to be informed of the identity of a serious disease/condition  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
8. The right to be informed of a poor prognosis  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
9. The patient's right to see his/her own medical charts and medical records  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
10. The patient's right to ask questions about what he/she does not understand  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
11. The right to not be told what the patient does not desire to know  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
12. The right to freely express pain  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4
13. The right to be relieved of pain  
A.                    1   2   3   4  
B.                    1   2   3   4

14. The right to not be controlled  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
15. The right to participate in a nursing plan or a treatment plan (as the patient)  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
16. The right to select medical treatment  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
17. The right to change his/her mind about an agreement that has already been made  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
18. The right to participate in or refuse to participate in a clinical trial  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
19. The right to stop or refuse treatment  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
20. The right to transfer the patient's right to make a decision to another person when he/she is incapable of making such decisions  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
21. The right to avoid solitary death  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
22. The right to die with dignity  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
23. The right to refuse life-sustaining treatment  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
24. The right to have his/her living will executed  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
25. The right to religion/The right to perform a religious ceremony  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4

15. Listed below are various patients' rights. For the next 25 items, two questions (A and B) are asked and four choices are provided as follows. Please circle one answer for each question.

A. To what extent do you think nurses need to be involved?

1. Not necessary                      2. Occasionally necessary  
3. Often necessary                      4. Always necessary

B. To what extent are nurses actually involved?

1. Never              2. Occasionally              3. Most of the time              4. Always

1. The right to have information about him/her kept confidential

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

2. The right to be informed of choices in medical treatment

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

3. The right to be informed of symptoms in detail

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

4. The right to be informed of a medical error when it happens

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

5. The right to be informed of side effects and risks

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

6. The right to be informed of the identity of a disease/condition in general

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

7. The right to be informed of the identity of a serious disease/condition

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

8. The right to be informed of a poor prognosis

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

9. The patient's right to see his/her own medical charts and medical records

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

10. The patient's right to ask questions about what he/she does not understand

- A.                      1    2    3    4  
B.                      1    2    3    4

11. The right to not be told what the patient does not desire to know  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
12. The right to freely express pain  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
13. The right to be relieved of pain  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
14. The right to not be controlled  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
15. The right to participate in a nursing plan or a treatment plan (as the patient)  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
16. The right to select medical treatment  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
17. The right to change his/her mind about an agreement that has already been made  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
18. The right to participate in or refuse to participate in a clinical trial  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
19. The right to stop or refuse treatment  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
20. The right to transfer the patient's right to make a decision to another person when he/she is incapable of making such decisions  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
21. The right to avoid solitary death  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4
22. The right to die with dignity  
A. 1 2 3 4  
B. 1 2 3 4

23. The right to refuse life-sustaining treatment  
 A. 1 2 3 4  
 B. 1 2 3 4
24. The right to have his/her living will executed  
 A. 1 2 3 4  
 B. 1 2 3 4
25. The right to religion/The right to perform a religious ceremony  
 A. 1 2 3 4  
 B. 1 2 3 4

16. Your personal information

- a. Sex: 1. male 2. female
- b. Age: \_\_\_\_\_ years old
- c. Nursing degree from: 1. Nursing school 2. Junior college 3. University
- d. College degree: 1. Bachelor 2. Master 3. Doctoral
- e. Total number of years of clinical experience: \_\_\_\_\_ years
- f. Please list your past clinical experience by indicating the department(s) you have worked in and the number of years you worked in each department.

Name of department	Years of service
_____	_____ yrs.

g. Write the name of the department you are currently working in.

h. Have you studied about “patients’ rights” or “patients’ human rights” ?

- 1: No.  
 2: Yes. → How did you study about it? (Multiple answers permitted)

- 1) In classes at a nursing school, a junior college, or a university.
- 2) In classes at a graduate school of nursing.
- 3) At nursing-related meetings /conferences.
- 4) At study sessions at your workplace.
- 5) Taught yourself by reading books and theses.
- 6) You read some articles about this topic in nursing journals.
- 7) Other ( )

i. Have you studied about “advocacy” in general or “patient advocacy”?

1: No.

2: Yes. → How did you study about it? (Multiple answers permitted)

- 1) In classes at a nursing school, a junior college, or a university.
- 2) In classes at a graduate school of nursing.
- 3) At nursing-related meetings /conferences.
- 4) At study sessions at your workplace.
- 5) Taught yourself by reading books and theses.
- 6) You read some articles about this topic in nursing journals.
- 7) Other ( )

**Please Write your name and contact information below:**

1. Name:

2. Contact information: