

## 論文

# 「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



竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 現在の医療現場において、真に患者の意思決定に基づく医療サービスが提供されているのかという問いかけから、患者と接する時間が長く身近にいる看護師は何かでき何をしなければならないのか（看護の役割）を探求するために、看護師が患者の権利や人権をどのように認識し実際に係わっているか、また、最近看護職の間で使われているアドボカシーの用語について、その用語の持つ意味や構成概念についてどのように理解しているかを明らかにしていく必要がある。

**目的** 看護が行うアドボカシー（nursing advocacy）の概念を実践看護師の視点から検討し、アドボカシー概念の意味するもの、その概念が構成している価値観を明確にし、「患者のアドボカイトとしての看護の役割」を考え、さらにアドボカイトという役割を担うことへの課題を明らかにするための基礎データとして、臨床で働いている看護師のアドボカシーについての意識と経験の現状を把握するために調査を行った。

**方法** Davis らが開発し、看護師24名を対象にパイロット・スタディーを行った質問票を、一部改変し追加した質問票を用いてアンケート調査を行った。対象は近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の病院で働いている臨床経験5年以上の看護師365名である。

**結果** 7割の看護師はアドボカシー実践を行っていた。「患者が苦しんでいるとき」、「患者や家族への病状説明が不十分」な時に、「患者と医師のパイプ役」、「医師に再説明の依頼」、「不明点/疑問点の医師への確認」など、医師に向けての行動が多かった。アドボカシー実践を促進する職場環境は、「患者中心の看護」、「看護スタッフ間の協力の精神」で、逆に「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」が実践の場で欠如していた。患者の権利については、看護師の意識や理想は全体的に高いが、病院において実際に守られているあるいは看護師が現実に係わっている状況とは差があった。また、患者の意思決定を促進するのに必要な患者本人の情報や看護・治療計画に参加する権利は守られていない傾向にあった。

フライの看護師アドボカシーモデルに基づく25項目の権利の選定は妥当であり、この理論は支持された。

**結論** アドボカシーに関する概念のより明確な定義づけをするためには、看護師全般に渡るさまざまな実証的研究を重ねながら、諸理論の照合と検証が必要である。

**キーワード** 成人患者、看護師の意識と現実、患者の権利、アドボカシー、職場環境

## I. 緒言

「患者本意の医療」を推進していくためには、患者の自己決定過程を誠実に支え、患者自身の真の自己決定を可能ならしめるような社会的環境・条件を医療システムとして整備していくことが必要である。しかし、現実の医療においてはまだ医師や看護師をはじめとして医療者

のパターナリズムや権威主義が存在している。また、治療に関しては医師の専断的判断すなわち裁量権が優先される中で、患者の自己決定権が医師の判断を実際に拘束しうるかどうかがか大きな課題である。最近の医療現場は消費者主権主義(consumerism; コンシューマリズム)の考え方が広がりつつあり、患者・利用者の権利が重視されてきている。治療や看護を提供する場合には、患者に十分情報を提供し説明を行った上で、患者が納得し同意するというインフォームド・コンセントはかなり浸透してきている。その中においても、医師の治療方針と患者のニーズが概ね一致する場合は問題ないが、両者の考え方に相違がある場合は、どの程度患者の意思

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

E-mail:stakemura@nurse.usp.ac.jp

を保証することができるであろうか、患者が自分の意思を明確に表出できず自分の望む医療・看護が受けられない場合は、患者の意思や権利を保証するために誰がどのように対応していくことが望ましいのであろうか、患者の権利や利益のために看護師はどんな方略があるのだろうか、医療職の中で患者に多くの時間を割く看護師は、患者のために声を上げ、患者の思いを代弁し、患者を擁護できる立場にあるのだろうか、などを問うてみる必要がある。

1948年に制定された保健師助産師看護師法（以下保助看法という）では看護師の業務独占として、診療の補助と療養の世話が謳われている。また、医業は医師の独占業務であるため、患者の治療に関しては医師の指示が必要である。医師の治療方針に沿うような働きと、患者を全人的に捉え患者のニーズを満たす働き（ケアリング）の両方に関わるとき、看護師はしばしばこの狭間でジレンマが生じることがある。

日本の看護倫理要綱の中に「患者に危害を加えるものや権利侵害がある場合は患者を守る責務がある」と謳っている<sup>1)</sup>。倫理的な側面から患者を保護する、支持する、擁護することは看護専門職の責務であることを明示している。しかし、この見解は倫理的・道徳的・哲学的なものであり、保助看法や医師法などとは違い法的に看護師の行動や身分を保障するものではない。

日本では、アドボカシーの意味を主に患者の権利擁護と解され、その重要性が認識され始めている。しかし、日本の看護師は患者の権利を擁護する、思いを代弁するとは何をなすべきことが、誰に向けて代弁するのか、どんな方法を用いるのか、そのためにどんな知識・技術が必要になるのかについてほとんど教育を受けていない。最近、アドボカシー(advocacy)という用語を看護職の間で用いられており、また、看護教育用のテキストと称される文献のなかにも散見される<sup>2) 3) 4) 5) 6) 7)</sup>。しかし、本来法律用語であるアドボカシーを看護のなかで用いることに関してあまりにも安易である。看護のなかでアドボカシーの用語を取り入れている欧米においても、この用語の概念は曖昧であり混乱をきたしている。さらに学際的なテーマであるため医師、看護師、倫理学者、哲学者、法学者・弁護士、社会学者などのなかで議論され、誰がアドボカイト(advocate)としての役割を担うのが適切であるかをそれぞれの立場から論じている<sup>8)~28)</sup>。

また、欧米においても看護アドボカシーの概念を明確にするための実証的研究は少なく、研究の対象者が幼児・小児<sup>29)30)</sup>、精神障害者あるいは学習障害者<sup>31)32)33)34)</sup>、極度に依存度の高い患者<sup>35)</sup>、末期患者<sup>36)37)</sup>に限られていたり、インタビューによる質的研究がごく数例あるだけである(Chafey 他<sup>38)</sup>、Mallik<sup>39)</sup>、Marphy<sup>40)</sup>、Segesten<sup>41)</sup>、Snowball<sup>42)</sup>)。日本においては看護師のアドボカシーモ

デル・概念についての実証的研究はなく、Davis ら<sup>43)44)</sup>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。そこで、看護が行うアドボカシー(nursing advocacy)の概念を実践看護師の視点から検討し、advocacy 概念の意味するもの、その概念が構成している価値観を明確にし、「患者のadvocateとしての看護の役割」を考え、さらにアドボカイトという役割を担うことへの課題を明らかにするための基礎データとして、臨床で働いている看護師のアドボカシーについての意識と経験についての現状を把握するために調査を行った。

## II. 研究方法

### 1. 研究方法

「成人患者の利益・権利を守るアドボカシーについて」のアンケート調査を行なった。この調査票は Davis らが開発し、看護者を対象にパイロット・スタディーを行ったものである。Davis らに調査票を使用することの許可を取り、質問内容を一部改変および追加した質問票を用いた。

文献検討から今回の調査では、「アドボカシーを擁護と誤し、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」と用語の操作的定義をした。

質問内容は、大きく分けると看護師が「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に適切に行動する」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と、患者の権利に関する看護師の意識に関するものである。具体的には、①アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実、②アドボカシー実践に必要な知識、③看護師のアドボカシー責務の意識と現実、④看護師のアドボカシー実践、⑤アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実、⑥アドボカシー実践を促進する職場条件と現実、⑦アドボカシーに向けての看護管理者の責任、⑧チームによる連帯と看護アドボカシー、⑨患者の権利に関する看護師の意識の理想と現実、⑩看護師の属性である。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。質問内容は4段階のLikert 尺度とした。

近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の5病院で働いている臨床経験5年以上の看護師を対象に調査を行った。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(以降 ICU・救急看護師とする)、緩和ケア病棟に勤務する看護師(以降緩和看護師とする)、一般病棟に勤務する看護師(以降一般看護師とする)のサンプルを一定数確

表1 調査依頼病院の看護職人数

	病床数	看護職数	ICU・救急看護職数	緩和ケア看護職数
		5年以上経験者	5年以上経験者	5年以上経験者
H病院	400	359	49	17
		194	32	17
O病院	562	414	60	17
		327	54	17
S病院	501	385	53	19
		264	35	19
T病院	388	273	0	18
		140	0	18

保するため、アンケートを依頼するにあたり、CCU・ICUなどの救急部門・病棟および緩和ケア病棟に勤務している看護師の方にはできるだけ回答していただけるよう依頼した。臨床経験5年以上の看護師を対象にしたのは、看護についての自己の考え方・看護観が確立していると考えたからである。今回調査するにあたり予算の都合上、各病院に調査者側から調査依頼人数を限定して依頼した。調査実施病院の看護職数については表1に示す通りである。

2. 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。

3. データ収集および分析方法

データ収集は無記名を前提に、アンケート調査の後にインタビューを受けてもいいと了承してもらえる方には氏名と勤務場所・連絡場所を記名してもらえるよう依頼し、数週間の留め置き後に、封筒に入れ病院ごとに回収してもらった。

分析方法は、選択肢および Likert 尺度による回答は、「その通り」「はい非常に」「常に」「はい頻繁に」は4点、「まあそう」「しばしば」「たいてい」「はい時々」は3点、「まあ違う」「たまに」「いいえあまり」は2点、「違う」「いいえ全く」「全くない」「全くしていない」「必要ない」は1点に点数化し平均値を算出した。統計的解析はSPSS(11J)を用いて行った。自由記述は内容をKJ法で分析した。

III. 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。

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主旨を説明し許可を得た。○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を約束する書面を添付した。

IV. 研究結果

サンプル数は365名である。全員の意見を反映するため回答のない部分は回答なし（NA）としてデータ処理した。

1. 対象者の特性について

男性10名(2.7%)、女性352名(96.4%)であった。勤務場所別については、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歳(SD 6.69)で、20歳代84名(23.0%)、30歳代190名(52.1%)、40歳代64名(17.6%)、50歳代13名(3.6%)であった(図1)。臨床経験年数は平均12.5年(SD 6.26)で、16~20年が一番多く17.0%、次いで10~11年が15.1%、8~9年が15.3%、6~7年が13.7%の順に多かった。21年以上の人が10.4%いた(図2)。一般病棟で経験年数が一番多かったのは16~20年で17.8%、ICU・

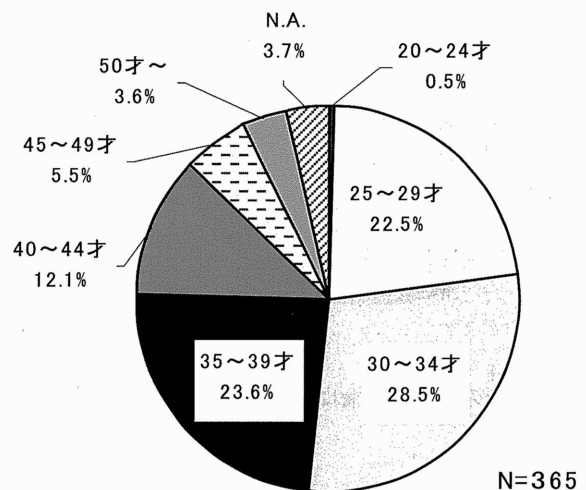


図1 対象者の年齢

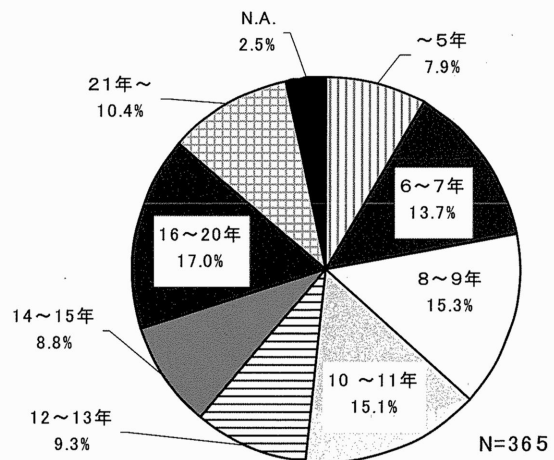


図2 対象者の経験年齢

救急病棟は6～7年の20.2%，緩和ケア病棟では14～15年と16～20年で各20.6%であった。緩和ケア病棟は経験年数の長い看護師が多かった。

卒業した看護学校は専門学校82.6%，短大15.1%，大学2.5%であった。修得した学位は学士11.0%，修士2.2%であった。今までに患者の権利や人権について学んだ人は76.2%であった（図3-1）。学んだ方法を複数回答で尋ねると図3-2に示すとおりであった。さらに、アドボカシーや患者の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%であり（図4-1）学んだ方法は図4-2の通り

であった。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・患者の権利擁護については約3割しか学んでいない状況であった。アドボカシーや患者の権利擁護については、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伺われた。

## 2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 今日の医療における看護師のアドボカシー責務  
選択式質問により、看護師の患者擁護に対する責務について、①「本来持つべき」（意識）、②「実際に持つ

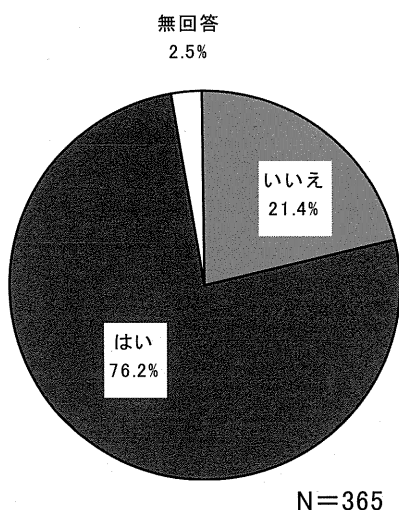


図3-1 患者の権利・人権について学んだ有無

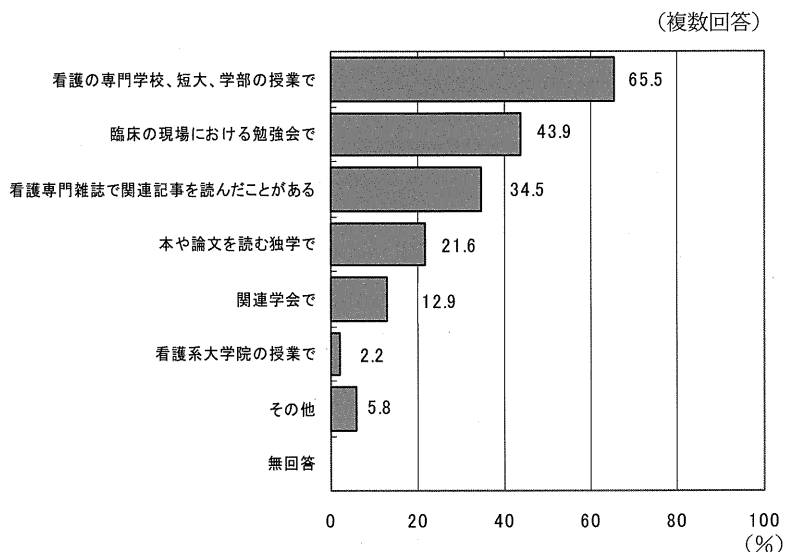


図3-2 患者の権利・人権を学んだ方法

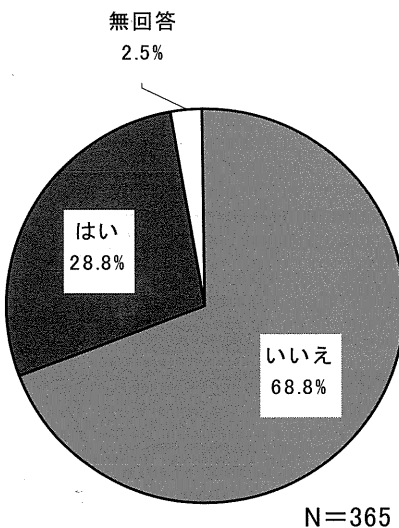


図4-1 アドボカシー・患者の権利擁護について学んだ有無

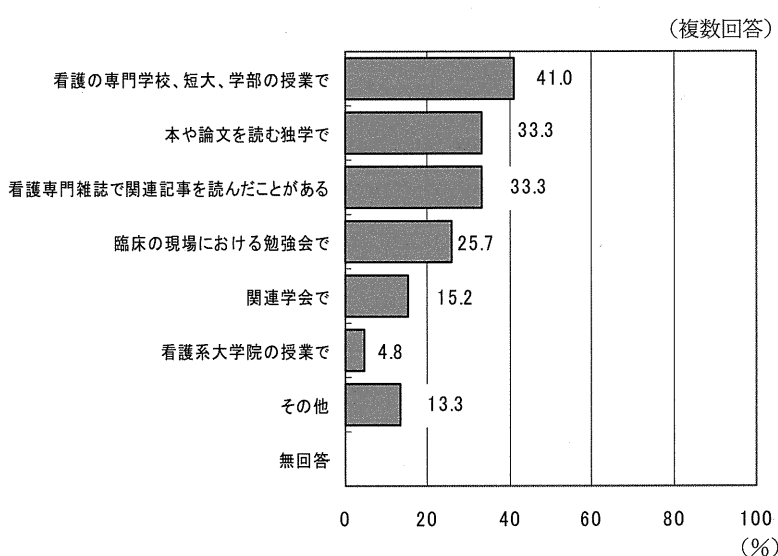


図4-2 アドボカシー・患者の権利擁護について学んだ方法

ているか（現実にその責務があるか）」（現実）という記述に対する賛意をきいた。勤務場所に関係なく、両方とも「はい、非常に」「まあそう」を合わせれば肯定的な考えが大半だった（図5、図6）。②については、特に緩和ケア看護師は90%がそう思っていた（図6）。賛意の程度は①の方が高かった。①、②の理由についての自由記述した内容を分析した。まず、①の「本来その責務を持つべき」とした266名の記述内容は、「生命・健康を守る職業である以上必要」、「全人的にサポートしていく立場であるから」などのように「看護師の仕事である」38件、「接する時間が長いから/一番身近にいる存在だから」34件、「患者の権利だから」30件、「看護師が全ての患者に対して擁護する必要性は感じない。しかし、患者が主張しても良いと思われることに気づかれていない方には必要性を感じる」、「意思決定時は、医師に誘導されることのないように、選択肢のある情報提供を行った方がよい」などのような「時と場合による」22件、「倫理規定に書いてある」、「よりよい看護をするため」など「当然と思う」21件、「プライバシー保護のため」21件、「患者の立場になって考えることが必要」20件、「患者は弱者であると思われるため」18件などの意見が多かった。一方少数ではあるが、「看護師が患者擁護責務を持つべきだとは思わない」とする人の意見は、「患者自身が現状を知るべき」5件、「医療に携わる全ての人が責務を持つべき」3件、「擁護する範囲が不明」3件、「擁護するための教育が必要」2件であった。その他(26件)の意見として、「本来そう思うが、患者の権利ばかり擁護しすぎる傾向があり、患者の要求が上がる一方で、現場がそれについていけない状況が起きている。一部の患者の中には権利をはき違えている方もいる。医療者と患者といても人間対人間、お互い気持ちよくコミュニケーションをとるためには、権利ばかり主張されては良好なコミュニケーションや人間関係は作れない」というものがあった。

次に、②の「実際（現実）にその責務があるか」についての221名の意見は、「責務を持っている/意識している」28件で、「ADL 援助のすべてに必要」、「臨床の場で行っている」、「ナイチンゲール精神」、「擁護しなければならぬ場面に遭遇する」などであった。一方、「実際に持っているが、それを認めない医師やスタッフがいます」、「他の職種が行うことに関してはその限りでないのでジレンマを感じる」、「人により温度差がある」などの意見もあった。

## 2) 今日の医療における看護師のアドボカシー実践

「看護師は、現状では実際にアドボカシー（患者擁護）を実践しているか」という質問に対しては、「はい頻繁に」15.9%、「はい時々」57.8%で約7割が実践

していると答えた。ここでも緩和看護師は他の部署の看護師よりも多く実践していた（図7）。回答者自身にアドボカシー実践の経験の有無を尋ねた。「あり」49.9%、「なし」30.4%であった。ICU・救急看護師は擁護した経験ありとないとはほぼ同等であった（図8）。擁護した事柄は(219名回答)、「患者と医師のパイプ役」67件、「医師の説明が分かりにくかったときの再説明」31件、「患者の希望に応じるよう努力する」20件、「痛みのコントロール」17件、「意思決定/治療選択を助ける」17件、「患者の不満や不安を解消させる」15件、「不明点/疑問点の医師への確認」9件、「家族との連携」7件の順であった。その他(21件)の中に「緩和ケア病棟に勤務しているので、sedation などについてメリット・デメリットを話し、患者と一緒に考えた」、「入院中の育児技術の習得、家族への係わりなどを継続して行うよう地域でのサポートを依頼した」、「失語と片麻痺のある患者で自立心の強い患者（家族からの情報）に医師からトイレ歩行が禁止されていたが、患者の気持ちを優先して歩行の訓練を行い、スタッフにも伝達した」、「透析を導入する患者が様々な生活習慣の変更を余儀なくされ不安が強くなったとき、家族への指導と協力を依頼し、また医師の外泊許可（1日）の日数を変更した」、「理学療法士の専門学校の休学・復学について不安が強い患者に臨床心理士の介入を依頼したことで、感情を表出するようになり、自宅でできる通信教育で資格修得を目指すことができた」などがあった。

## 3) アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実

アドボカシーについては「特別な教育が必要」と約9割の人が認めながら、①実際に「教育を受けてきた」人は2割程度、②「現場で教育が受けられる（教育が受けられる職場である）」は3割程度であった。教育の必要性(平均値3.19)を多くの人が認めているにもかかわらず、教育の場(1.68)や現場(1.96)での教育は受けていない状況であった。

「特別な経験が必要」は64.9%、「職場で経験ができる（経験が得られる職場である）」は66.6%であり、経験の必要性(2.77)と現実(2.76)には差はなかった。

## 4) アドボカシー実践に必要な知識

質問では、実践に必要な知識として、「患者の権利」、「法律」、「倫理」の3つをあげた。それらはいずれもアドボカシー実践に必要なと認識され「その通り」、「まあそう」を合わせるとそれぞれ9割以上であった。必要性の程度は「患者の権利(3.59)」、「倫理の知識(3.53)」、「法律の知識(3.38)」の順であった。看護実践において倫理的な判断能力が必要であるという回答者の認識が伺われた。

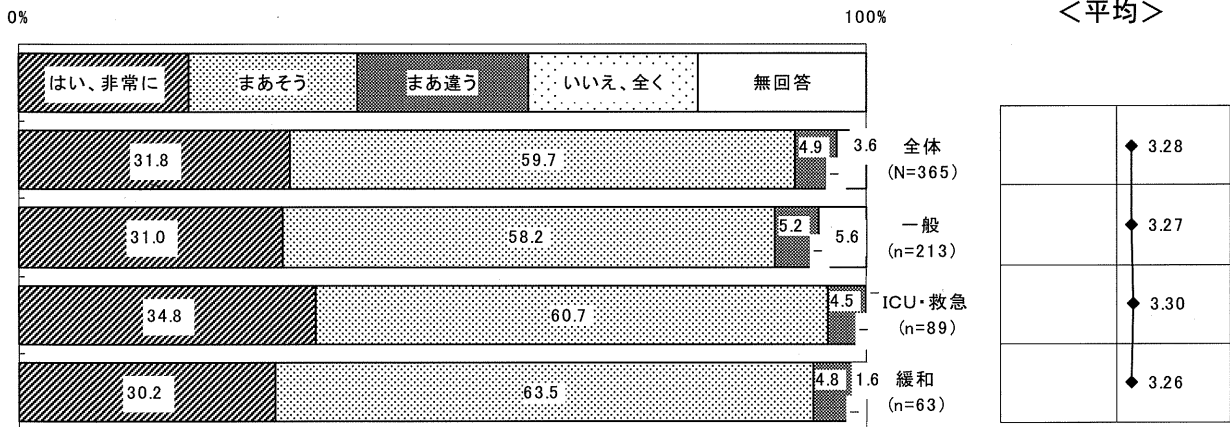


図5 看護師の患者擁護に対する責務の必要性

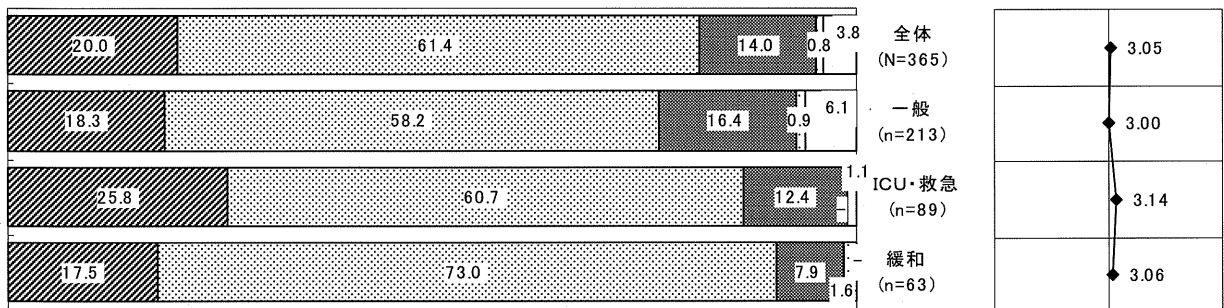


図6 看護師の患者擁護に対する現実の責務の必要性

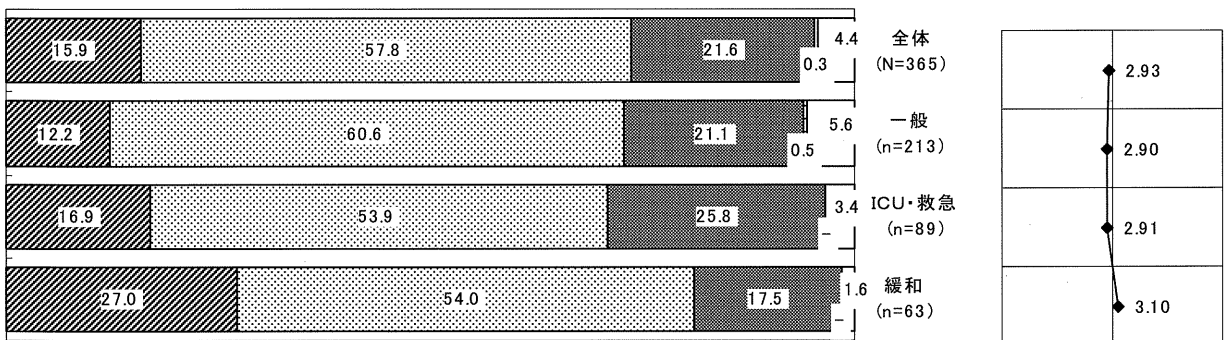


図7 看護師の患者擁護の実践の認識度

5) アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実  
 質問であげた患者、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の患者・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」は、どれも職場環境に必要であ

ると認識していた。しかし、実際の職場ではそれらは十分ではないとしていた。特に、「ゆとりある業務」や「臨床倫理委員会の設置」については理想と現実の差は大きかった。ゆとりある業務ができないと回答した人は75.7%であった。一般看護師やICU・救急看護師は緩和看護師よりも強く感じていた。「患者や家族

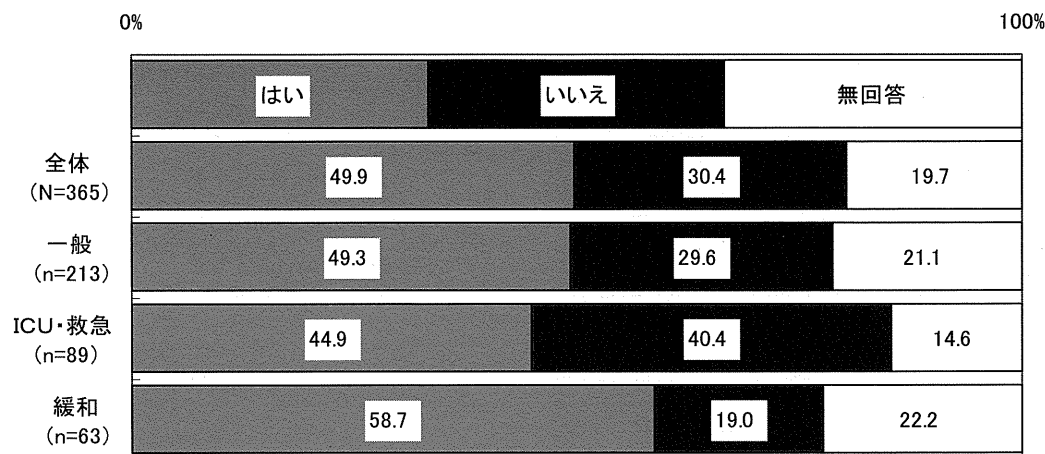


図8 成人患者に対する擁護経験の有無

と親密なコミュニケーション」, 「医療職種間のオープンなコミュニケーション」, 「チームカンファレンスでの患者・家族の問題の検討」は一般看護師やICU・救急看護師よりも緩和看護師の方が職場環境としてであると回答していた(図9)。

#### 6) アドボカシー実践を促進する職場環境

アドボカシー実践を促進する職場環境について, 重要度の最も高いものを1, 最も低いものを6とし, 1から6の番号で示してもらい, 促進条件の各項目に何名が選択したかを集計し, 平均値を算出した結果は, 条件の重要度の1位として「患者中心の看護」が圧倒的に多かった(5.14)。2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(3.89), 3位は「ゆとりある業務」(3.31), 4位は「医療スタッフの民主的な雰囲気」(3.18), 5位は「病棟責任者(師長)のサポート」(2.90), 6位は「医師はあくまで同僚」(2.64)であった(表2)。

アドボカシー実践を促進する職場条件の現状について, 促進条件が「その通り」, 「まあそう」とする回答(促進条件としてある)は, 「看護スタッフ間の協力の精神」77.8%, 「師長のサポート」76.2%, 「患者中心の看護」72.8%であり, 特に緩和看護師があると認識していた。逆に促進条件が「まあ違う」, 「違う」とする回答(促進条件としてない)は, 「ゆとりある業務」60.0%, 「医師はあくまで同僚」58.1%, 「医療スタッフの民主的な雰囲気」30.4%であり, 「ゆとりある業務」, 「医師はあくまで同僚」の存在が実践の場で最も欠如していると認識していた。

#### 7) アドボカシーに向けての看護管理者の責任

ほぼ全員が「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」と答えた。その理由についての記述(232名)は, 「アドバイスやフォローが必要」38件, 「サポート体制は必要」35件, 「指導・教育していく立場だから」26件,

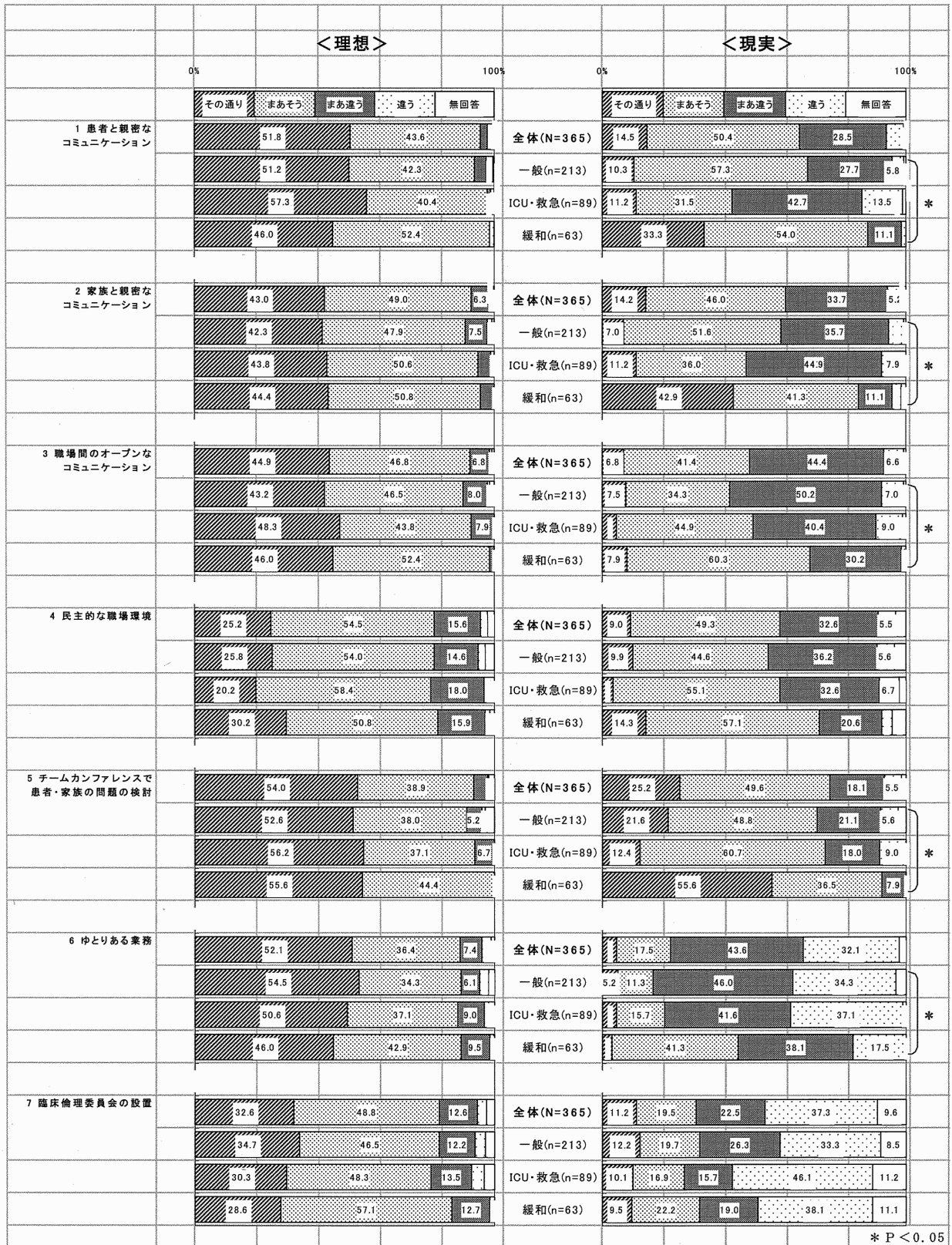
「管理者は責任者なので/まとめ役が必要」24件, 「管理的立場の人の影響力は大きいから/率先すべき」16件などがあつた。ナースの立場や個人の立場は弱いのので, アドバイスやフォロー・サポートがあれば自分の考えを主張しやすい, 最善の努力ができる, 自信をもって行動できる, ことを強調していた。そして, 実際上司が責任を取ってくれると回答した人は「はい非常に」と「まあそう」を合わせると7割以上あり, 看護管理者のサポートは十分であると認識していることがわかつた。

#### 8) チームによる連帯と看護アドボカシー

「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, 殆どの人が「はい」と回答した(94.4%)。その理由の記述(236名)は, 「見解の統一を図るため」43件, 「一人では対処できない」37件, 「チームの力の方が大きい/チームの方が動きやすい」33件, 「情報の共有化」20件, 「色々な意見や考えなど出し合える」14件などが主要な意見であった。仲間の連帯の力や方針の統一性を挙げていた。

#### 9) 看護師の患者や家族に対するアドボカシーの実際

医療の現場でアドボカシーの必要があると考える状況を示し, 「看護師は現在, 患者や家族に対し擁護しているか」を問うた。「患者が痛みに苦しんでいる」時は「はい頻繁に」, 「はい時々」を合わせて81.1%, 「患者や家族への病名・症状説明が不十分」な時には75.1%と72.6%が擁護していた。逆に「患者が不必要な検査や治療を受けている」時は, 「いいえ余り」, 「いいえ全く」を合わせて51.5%, 「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」時は36.2%であった(図10)。医師や他職種と関連する事柄には擁護しにくい状況であった。



\* P < 0.05

図9 アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実



表2 アドボカシー実践を促進する職場環境の重要度

1 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：病棟責任者（師長）のサポート								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	18 4.9	15 4.1	53 14.5	43 11.8	77 21.1	42 11.5	2.90
勤務区分								
一般	213	11 5.2	10 4.7	38 17.8	17 8.0	41 19.2	26 12.2	2.99
ICU・救急	89	5 5.6	1 1.1	8 9.0	18 20.2	16 18.0	10 11.2	2.81
緩和	63	2 3.2	4 6.3	7 11.1	8 12.7	20 31.7	6 9.5	2.77
2 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医師はあくまで同僚								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	28 7.7	31 8.5	22 6.0	32 8.8	42 11.5	111 30.4	2.64
勤務区分								
一般	213	14 6.6	17 8.0	12 5.6	17 8.0	25 11.7	67 31.5	2.53
ICU・救急	89	6 6.7	8 9.0	5 5.6	5 5.6	11 12.4	31 34.8	2.48
緩和	63	8 12.7	6 9.5	5 7.9	10 15.9	6 9.5	13 20.6	3.19
3 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医療スタッフの民主的な雰囲気								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	22 6.0	26 7.1	44 12.1	65 17.8	45 12.3	37 10.1	3.18
勤務区分								
一般	213	11 5.2	12 5.6	19 8.9	41 19.2	25 11.7	29 13.6	2.95
ICU・救急	89	6 6.7	9 10.1	12 13.5	13 14.6	16 18.0	3 3.4	3.44
緩和	63	5 7.9	5 7.9	13 20.6	11 17.5	4 6.3	5 7.9	3.56
4 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：看護スタッフ間の協力の精神								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	24 6.6	68 18.6	58 15.9	38 10.4	26 7.1	17 4.7	3.89
勤務区分								
一般	213	12 5.6	39 18.3	33 15.5	21 9.9	17 8.0	9 4.2	3.85
ICU・救急	89	7 7.9	16 18.0	17 19.1	11 12.4	4 4.5	4 4.5	3.98
緩和	63	5 7.9	13 20.6	8 12.7	6 9.5	5 7.9	4 6.3	3.88
5 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：患者中心の看護								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	164 44.9	43 11.8	22 6.0	10 2.7	12 3.3	12 3.3	5.14
勤務区分								
一般	213	99 46.5	30 14.1	9 4.2	5 2.3	7 3.3	5 2.3	5.25
ICU・救急	89	40 44.9	11 12.4	7 7.9	3 3.4	2 2.2	1 1.1	5.27
緩和	63	25 39.7	2 3.2	6 9.5	2 3.2	3 4.8	6 9.5	4.59
6 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：ゆとりある業務								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	33 9.0	48 13.2	32 8.8	43 11.8	29 7.9	61 16.7	3.31
勤務区分								
一般	213	24 11.3	23 10.8	20 9.4	30 14.1	16 7.5	29 13.6	3.45
ICU・救急	89	5 5.6	12 13.5	8 9.0	7 7.9	8 9.0	19 21.3	3.02
緩和	63	4 6.3	13 20.6	4 6.3	6 9.5	5 7.9	13 20.6	3.24

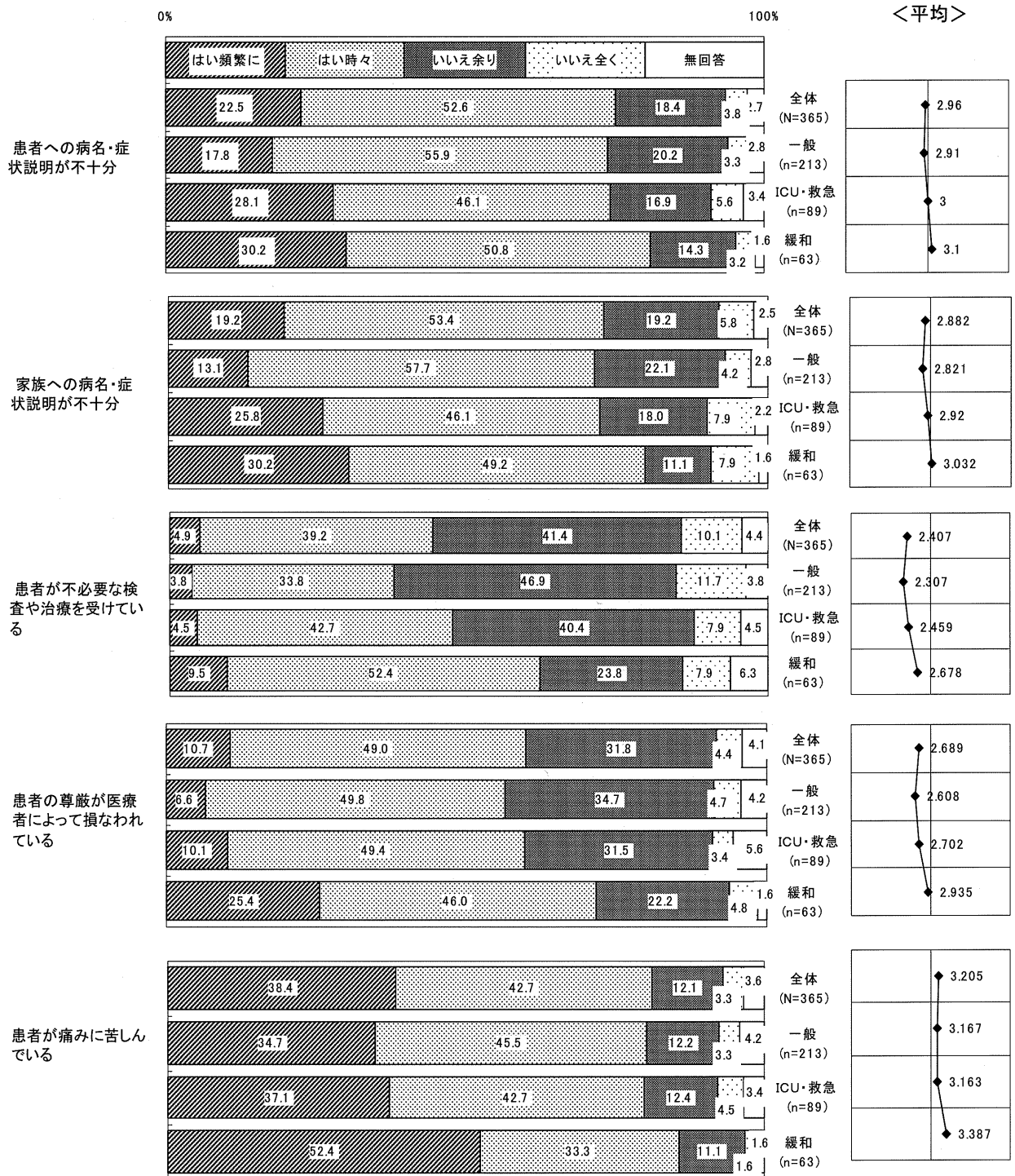


図10 看護師のアドボカシーの実際

10) 他者からのアドボカシーが必要な状況

擁護する状況には前記9) 以外に実際どのような場合があるかを知るために、「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。177名の回答は、「患者が自己で対処できない(精神的に不安定)/意思決定が困難な場合」38件、「治療方針を決める時/治療の選択」37件、「意思表示できなくなった時」15件、「十分なインフォームド・コンセントができていない時」13件、「病名告知」9件、「患者が現状に納得・満足していない時」7件、「個人情報やプライバシーが守れない時」5件、「医療事故/医療ミス/過誤」4件、「患者と家族や医師との意見が違う場合」3件などであった。その他(21件)の中に、「患者に必要な治療(手術など)が行われようとする時」、「医師が自分の立場のみを主張している時」、「カルテ開示」、「妊娠・出産に係わること」があった。

3. 患者の権利に関する看護師の意識について

米国の看護倫理学者の Fry T.S.<sup>45)46)</sup>の「Models of Nurse Advocacy」(図11)に基づき、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(1995年改正)」、「英国患者憲章」<sup>46)</sup>、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」<sup>47)</sup>、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」<sup>48)</sup>より共通する25項目を選び4段階の Likert 尺度で支持の度合いを質問した。

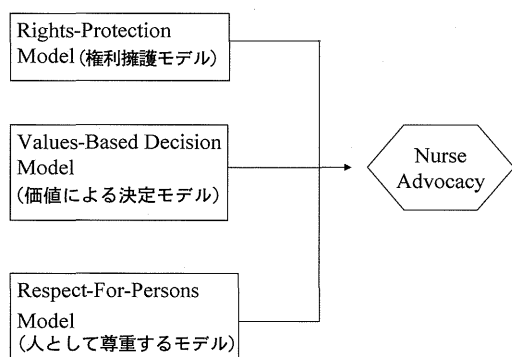


図11 Models of nurse advocacy by Sara T. Fry

1) 患者の権利の遵守の必要性と患者の権利の遵守度

表3に示す患者の権利25項目について、「どの程度守るべきか(権利の遵守の必要性)」の意識・理想と「どの程度守られているか(権利の遵守度)」の現実を尋ねた。

看護師の意識・理想の得点の平均点はどの項目も全体的に高かった。平均値の高い順は「わからないことを質問する権利」、「副作用や危険性を知らされる権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「医療ミスの被害を知らされる権利」、「個人情報他人に漏らされない権利」、「痛みから解放される権利」であった。

逆に平均値の低い順は、「悪い予後を知られる権利」、「抑制されない権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「深刻な病名を知られる権利」であった。

同じ25項目について「どの程度守られているか」という現状を問う質問に対しては、「どの程度守るべきか」の理想論に比べ平均値は低かった。その中でも平均値の高い順は、「一般的に病名を知られる権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「個人情報を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」であった。平均値の低いものは、「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」、「悪い予後を知られる権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」であった。

日常の看護援助として常に係わっているものについてはほぼ全員が「守られるべきである」と考えているが、悪い予後や深刻な病名など患者にとって好ましくないあるいは害を及ぼす可能性がある医療者側が判断する情報についての患者の知る権利については、やや消極的な態度であることがわかった。これは、一般的に深刻な病名や悪い予後を患者本人に告知しない傾向の我が国の医療状況が反映されていると推測された。

「どの程度守るべきか」の回答は、看護師本人の患者の権利に対する意識の高さあるいは理想を反映しているし、「どの程度守られているか」は、看護師本人が働いている病院および病棟における実際の状況を反映している。従って、同じ項目の両者の差を見ることで、患者の権利に対する理想(到達目標)と現状のギャップを見ることができる。平均値の差が高いのは「自分のカルテや看護記録を見る権利」(1.55)、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」(1.05)、「代理人に意向を託す権利」(1.03)、「治療を自分で選択する権利」(1.01)であった。これらは自己決定や個人の尊厳に直接関わる問題であり、法的な裏付けがない難しい問題が含まれているため答えることに躊躇したのではないかと推測された。

理想と現実で有意差(p<0.05)があったのは表3の通り17項目であり、これらの権利は患者、家族、医療者側の考え方が複雑に絡み合っているものであり、医療というより倫理的・哲学的な問題や法的な問題が含まれているものであった。

勤務別看護師間における権利の遵守度(現実)で有意差(p<0.05)があったのは12項目で表3に示すと

表3 患者権利の遵守の必要性と遵守度

	標本数	a. 権利の遵守の必要性			b. 権利の遵守度			aとbの x <sup>2</sup> 検定
		平均	S D	勤務別区分の x <sup>2</sup> 検定	平均	S D	勤務別区分の x <sup>2</sup> 検定	
1 個人情報他に漏らされない権利	365	3.94	0.34		3.30	0.63		*
2 治療選択肢を知らされる権利	365	3.89	0.38		3.01	0.63		
3 症状を詳細に知らされる権利	365	3.77	0.49		2.93	0.60		
4 医療ミスの被害を知らされる権利	365	3.95	0.31		3.12	0.75		
5 副作用や危険性を知らされる権利	365	3.96	0.30		3.16	0.74		
6 一般的に病名を知らされる権利	365	3.81	0.47		3.38	0.64		*
7 深刻な病名を知らされる権利	365	3.47	0.64		2.88	0.64		*
8 悪い予後を知らされる権利	365	3.33	0.68		2.67	0.65		*
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	365	3.45	0.72		1.90	0.98	*	*
10 わからないことを質問する権利	365	3.96	0.30		3.27	0.70		
11 知りたくない情報は告げられない権利	365	3.60	0.66		2.91	0.80		*
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	365	3.95	0.32		3.36	0.67		
13 痛みから解放される権利	365	3.92	0.37		3.09	0.69	*	
14 抑制されない権利	365	3.44	0.65	*	2.75	0.77	*	*
15 看護・治療計画に参加する権利	365	3.63	0.64		2.23	0.86	*	*
16 治療を自分で選択する権利	365	3.86	0.43		2.85	0.74	*	
17 同意したことを変更する権利	365	3.70	0.64		2.77	0.89	*	*
18 臨床試験の参加、不参加の権利	365	3.84	0.46		3.07	0.92		*
19 治療をやめる・拒否する権利	365	3.87	0.45		2.94	0.86	*	*
20 代理人に意向を託す権利	365	3.83	0.48		2.80	1.01	*	*
21 孤独死を迎えない権利	365	3.59	0.67		2.77	0.80		*
22 尊厳死の権利	365	3.86	0.44		2.88	0.83	*	*
23 延命治療拒否の権利	365	3.89	0.42		2.95	0.84	*	*
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	365	3.83	0.49		2.78	0.85	*	*
25 信仰・宗教儀式を行う権利	365	3.66	0.63		2.68	0.95	*	*
								* P < 0.05

通りであった。いずれの権利においても、ICU・救急看護師と緩和看護師の患者の権利を守っている現状に違いがあった。

## 2) 看護師の権利への係わり度と権利への現実の係わり度

さらに、同じ25項目について「看護師はどの程度係わるべきか（看護師の権利への係わり度）」と「看護師はどの程度係わっているか（看護師の権利への現実の係わり度）」について質問をした。一般的な意識・理想より看護師の立場として考えたときの権利への係わり度（意識・理想）の平均値は、全体的にはやや低いものの権利の遵守の必要性と同じ傾向であった（表4）。

看護師の権利への現実の係わり度は理想よりかなり低い平均値であり、より一層ギャップがあった。平均値の差の高い権利は看護師個人の考え方にばらつきが見られた(SD1.00以上)。理想と現実のギャップが大きい権利は、「自分のカルテや看護記録を見る権利」(1.39)、「看護・治療計画に参加する権利」(1.14)、「臨床試験の参加、不参加の権利」(0.96)、「代理人に意

向を託す権利」(0.96)、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」(0.95)であった。看護師の権利への係わり度と権利への現実の係わり度はすべて有意差(P<0.05)があった。結果から一般看護師とICU・救急看護師と緩和ケア看護師の看護のあり様や援助の傾向の違いが示唆された。

## 4. 患者の権利25項目の選定についての検証

Sara T. Fry の Models of Nurse Advocacy の第一の解釈は、「権利擁護モデル」であり、ヘルスケアシステムの中で、看護師を患者の権利を守る人あるいは患者の人権や道徳権利の仲裁役としてとらえている。第二の解釈は、「価値による決定モデル」といわれ、看護師は患者が自分のニーズや関心事について選択できるようなあるいは話せるように援助することである。第三の解釈は、「人として尊重するモデル」で、看護師は患者の代理人として患者の人間としての尊厳、プライバシー、選択を守るための活動することである。このモデルに基づき25項目の権利を選んだが、これらの項目が構成概念として妥当かどうかを「看護師の患

表4 看護師の患者権利への係わり度と現実の権利への係わり度

	標本数	a. 権利への係わり度			b. 権利への現実の係わり度			a と b の x <sup>2</sup> 検定
		平均	S D	勤務別区分の x <sup>2</sup> 検定	平均	S D	勤務別区分の x <sup>2</sup> 検定	
1 個人情報に他に漏らされない権利	365	3.90	0.40		3.49	0.66		*
2 治療選択肢を知らされる権利	365	3.55	0.68	*	2.80	0.77		*
3 症状を詳細に知らされる権利	365	3.47	0.75		2.79	0.72		*
4 医療ミスの被害を知らされる権利	365	3.52	0.76		2.79	0.91	*	*
5 副作用や危険性を知らされる権利	365	3.55	0.73		2.94	0.77		*
6 一般的に病名を知らされる権利	365	3.35	0.90		2.77	0.95		*
7 深刻な病名を知らされる権利	365	3.27	0.94		2.59	0.90		*
8 悪い予後を知らされる権利の遵守	365	3.21	0.92		2.54	0.91		*
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	365	3.35	0.83		1.96	1.00		*
10 わからないことを質問する権利	365	3.85	0.45		3.33	0.72		*
11 知りたくない情報は告げられない権利	365	3.59	0.65		2.93	0.86	*	*
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	365	3.92	0.36		3.52	0.66		*
13 痛みから解放される権利	365	3.83	0.49		3.35	0.69		*
14 抑制されない権利	365	3.66	0.59	*	3.14	0.77	*	*
15 看護・治療計画に参加する権利	365	3.75	0.57		2.61	0.97		*
16 治療を自分で選択する権利	365	3.57	0.70	*	2.70	0.83	*	*
17 同意したことを変更する権利	365	3.52	0.74	*	2.64	0.92		*
18 臨床試験の参加、不参加の権利	365	3.21	0.96		2.25	1.08		*
19 治療をやめる・拒否する権利	365	3.49	0.78		2.62	0.93		*
20 代理人に意向を託す権利	365	3.51	0.75	*	2.55	0.96	*	*
21 孤独死を迎えない権利	365	3.59	0.67		2.75	0.93	*	*
22 尊厳死の権利	365	3.72	0.61		2.85	0.96	*	*
23 延命治療拒否の権利	365	3.57	0.73		2.73	0.93	*	*
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	365	3.58	0.69	*	2.63	1.01	*	*
25 信仰・宗教儀式を行う権利	365	3.36	0.88	*	2.47	1.03	*	*
								* P < 0.05

者の権利への係わり度」の因子分析から検証してみた。「看護師の患者の権利への係わり度」は看護師が実際に援助として患者とどのように係わっているかの状況が推測されると考えたからである。25項目の因子分析を主因子法で行った結果、5因子が抽出されたが第一因子に得点が集中していたため、Kaiser の正規化を伴わないバリマックス回転を行った結果分散した(表5)。

因子分析の結果、表5に示すように5つの因子が抽出された。第1因子は「人としての個の尊厳」で6項目、第2因子は「主体的参加」で4項目、第3因子は「開放権」4項目、第4因子は「マイナス情報の提示権」3項目、第5因子は「選択肢の提示権」4項目であった。共通性が0.4以下の項目は「看護および治療計画に当事者(患者)として参加する権利」、「個人の情報は他に漏らされない権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」であった。共通性の低い項目の「個人の情報は他に漏らされない権利」は、ごく一般的に誰もが認識している保証されるべき権利であること、「自分のカ

ルテや看護記録を見る権利」は新しい時代の流れに沿うものであるが、医療者側は、従来のカルテや看護記録類は医療者側のもので管理すべきものという認識が強く、患者にどのような内容をどの程度、どんな方法で開示するのかという課題をかかえているため消極的な位置づけであること、同じように「患者が看護・治療計画に参加する」ことにも患者のニーズや状態を考えて医療者側が計画を立てるものという認識が強いこと、「知りたくない情報は告げられない権利」は「知る権利」に対峙するものであるが、権利という概念にそぐわないという認識があるなどの理由が推測された。

各因子別の Croubach's  $\alpha$  係数は、第1因子が0.8983、第2因子0.8785、第3因子0.8136、第4因子0.9202、第5因子0.8377であり、いずれの因子も0.8以上であり信頼性は高かった。

5因子を Fry の看護師のアドボカシーモデルと付き合わせると、第1因子の「人としての個の尊厳」と第4因子の「マイナス情報の提示権」は、[人として尊重するモデル]に相当している。また、第3因子の「開放権」は[権利擁護モデル]に、第2因子の「主

表5 患者の権利の因子分析：回転後の因子負荷量バリマックス法(N=365)

変数名		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
第1因子 人としての個 の尊厳	20) 代理人に意向を託す権利	0.521	0.483	0.136	0.212	0.152	0.591
	21) 孤独な死を迎えない権利	0.715	0.256	0.166	0.004	0.133	0.624
	22) 尊厳を持って死ぬ権利	0.831	0.129	0.224	0.053	0.158	0.785
	23) 延命治療を拒否する権利	0.704	0.252	0.172	0.217	0.154	0.660
	24) リビングウィルを実行してもらう権利	0.720	0.231	0.221	0.115	0.157	0.658
	25) 信仰したり宗教儀式を行う権利	0.566	0.300	0.124	0.121	0.169	0.468
第2因子 主体的参加	16) 治療を自分で選択する権利	0.323	0.570	0.146	0.148	0.358	0.602
	17) 同意したことを変更する権利	0.288	0.722	0.250	0.084	0.301	0.764
	18) 臨床検査の参加, 不参加の権利	0.308	0.624	-0.032	0.130	0.264	0.572
	19) 治療やめる・拒否する権利	0.478	0.594	0.094	0.230	0.213	0.688
第3因子 開放権	10) わからないことを質問する権利	0.280	0.136	0.524	0.011	0.318	0.473
	12) 痛みを遠慮なく表現できる権利	0.186	-0.025	0.795	-0.011	0.144	0.688
	13) 痛みから解放される権利	0.169	0.183	0.779	0.030	-0.004	0.670
	14) 抑制されない権利	0.101	0.223	0.593	0.114	0.001	0.424
第4因子 マイナス情報 の提示権	6) 一般的に病名を知らされる権利	0.107	0.155	0.035	0.659	0.399	0.631
	7) 深刻な病名を知らされる権利	0.108	0.168	0.028	0.927	0.185	0.935
	8) 悪い予後を知らされる権利	0.166	0.152	0.047	0.884	0.208	0.878
第5因子 選択肢 の提示権	2) 治療選択肢を知らされる権利	0.188	0.266	0.128	0.209	0.653	0.593
	3) 症状を詳細に知らされる権利	0.257	0.206	0.186	0.279	0.591	0.570
	4) 医療ミスの被害を知らされる権利	0.171	0.187	0.159	0.274	0.514	0.429
	5) 副作用や危険性を知らされる権利	0.172	0.248	0.196	0.290	0.652	0.638
	9) 自分のカルテ・看護記録を見る権利	0.204	0.351	0.175	0.275	0.129	0.288
	15) 看護・治療計画に参加する権利	0.185	0.363	0.261	0.137	0.015	0.254
	1) 個人情報に他者に漏らされない権利	0.012	-0.051	0.427	-0.013	0.293	0.271
	11) 知りたくない情報は告げられない権利	0.210	0.182	0.405	0.111	0.253	0.317
因子負荷量の2乗和		3.801	2.788	2.712	2.703	2.467	
因子の寄与率(%)		15.204	11.153	10.850	10.810	9.869	
累積寄与率(%)		15.204	26.358	37.207	48.017	57.887	

体的参加」と第5因子の「選択肢の提示権」は〔価値による決定モデル〕に相当している。因子分析の結果やCroubach's  $\alpha$ 係数から判断するとFryの概念に基づいて選んだ21項目は支持された。

共通性の低い4項目をどのように考えるかであるが、「自分のカルテや看護記録を見る権利」や「看護および治療計画に当事者として参加する権利」は「主体的参加」という枠組みとして見るなら〔価値による決定モデル〕に相当すると考えられる。また、「個人の情報は他に漏らされない権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」は「開放権」の裏返しと解釈すれば〔権利擁護モデル〕の枠組みに相当すると考えてもよい。

## V. 考察

欧米の文献のなかで提示されている看護アドボカシーの構成概念として、「アドボカシー実践に伴う看護師の

リスク」、「患者は弱者という前提」、「他者の代弁」、「患者の権利の擁護」、「患者の価値観の支持」、「医師の権力」、「看護師の葛藤・ジレンマ」、「患者と看護師の関係」、「助言機能」などが今回の回答の中においても見いだすことができる。この結果をアドボカシー機能が文化を超えて普遍的なものであるといえるかどうかである。日本では未だ患者の権利意識が十分発達していない状況であるので、看護師たちが患者の権利に対してどのような意識でどのような係わり方をしているのかという本質的な分析や、援助の現状を検証し明確にしていく研究が必要である。

Chafeyの質的記述的研究は<sup>38)</sup>、17名の病院看護師あるいは地域看護師へのインタビューによるもので、看護師がアドボカシーという役割を実践しているか、実践しているならどのように行っているか、また、どのような状況、事象、価値観がアドボカシーの実践を促進あるいは妨げていると考えているかに焦点をあてて聞き取ったものである。今回の調査はアンケートによる選択式と記

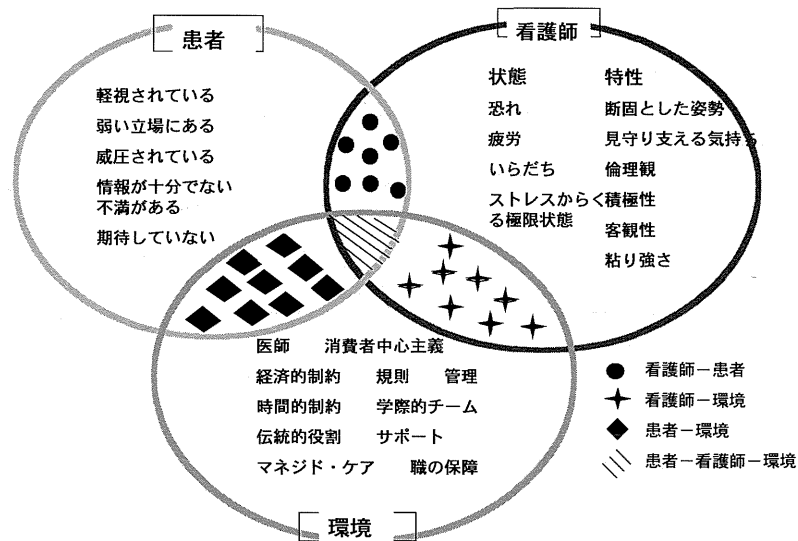


図12 アドボカシ-カテゴリーと相互作用に  
影響を与えらると思われる特性の概念モデル

述式の併用による研究であり、Chafey の質的記述的研究とは研究方法に違いがあるが、実証的研究が少ないので二者の調査結果を比較しながら考察する。

Chafey は「client」, 「nurse」, 「environment」の3つのアドボカシーに関わるカテゴリーを抽出し、それらのカテゴリー間の相互作用領域を提示している(図12)。擁護することへの影響の一つに個人の信念や価値観などに基づく断固とした姿勢や積極的な取り組み、倫理観・客観性を持った「看護師の特性」をあげている。また、医師がクライアントに対して威圧的だったり、診察に来ないなどの場合看護師は、クライアントと医師の仲介をする必要があると考えている。また、看護師とクライアントの相互作用として、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とし、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間を重視している。

今回の看護師のアドボカシーに対する責務の必要性和その実際や、看護師のアドボカシー実践の結果から、「意思決定時、医師に誘導されないように情報提供が必要、擁護しなければならない場面に遭遇する」ので、「接する時間が長い/一番身近にいる存在」で、「全人的にサポートしていく立場」にあるから擁護する必要があり、「患者の希望に応じる努力」をし、「医師の説明が分かりにくかったときは再説明の依頼」、「不明点/疑問点を医師に確認」するなど「患者と医師のパイプ役」として

「意思決定/治療過程を助ける」ように現に擁護していた。

擁護しないことへの影響については、「医師の制圧的な言動（サポートが得られないなど）」や「最適な職場や職そのものの保障を失う恐れ」という要因が重なった場合や、頻度は高くないが知識、経験、自信、献身的な気持ちなど「看護師の特性の欠如」は擁護しないことを選択している。

Chafey は看護師と環境の相互作用として、パターンリズムや職員の数の少なさ、不安定な雇用条件、極度の経費削減がアドボカシーの実践を阻むことへと結びつく可能性があるとして述べている。

アドボカシー実践に必要な職場の理想と現実の今回の研究結果は、アドボカシー実践を阻む環境として、現実には特に「ゆとりある業務」や職員の公平な活動を審査する「日常業務のための臨床倫理委員会」がないことをあげている。アドボカシー実践を促進する職場環境についても、「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフ間の民主的な雰囲気」がないと考えている。看護師が積極的に患者を支持し擁護したくても、身分を保障されるべき法的な裏付けがなく、現在の医療現場の階層性や権威主義・パターンリズム的な状況では、アドボカシー実践を行う看護師には大なり小なりのリスクが伴う。また、アドボカシーや人権擁護について教育を受けていないあるいは受ける環境がないなかでは、看

看護師の自信・使命感などが培われず意識の変換も起きてこない。

Chafey はクライアントと環境の相互作用の項目で、クライアントに十分な情報が与えられていなかったり、クライアントが恐れを抱いていたり、保護されていないと感じていた時にアドボカシーを行うとしている。

医療現場における患者へのアドボカシーの必要がある状況とその実践についての今回の結果は、アドボカシー実践の記述内容とも関連するが、「患者が痛み苦しんでいる」や「患者や家族への病名・症状説明が不十分」な状況がある場合のような、患者が直接的に不利益を被る時は積極的に係わるが、主に医師が主体的に行う「検査や治療」に係わる事柄には消極的である。その他にアドボカシーの必要な状況については、「患者が対処できない/意思決定が困難な場合」や「意思表示ができなくなった時」、「治療の選択が必要な時」などをあげている。看護師のアドボカシー実践を行う状況は、現在の看護師の業務内容を反映している。患者の権利を守る・擁護する働きかけは、医業に係わる事柄ではなく哲学的・倫理的・道徳的な側面が含まれており、医師が独善的に判断すべきことではないので、法的に規定されている業務と倫理を同一線上で考える必要はなく、真に患者にとっての利益は何かに視点を置き、医療職全体で議論していくことが重要である。

Chafey は看護師とクライアントと環境の相互作用に関して、看護師はクライアントやその家族と共に、また他の看護師と連帯して、特定されたクライアントのニーズが満たされるように、環境へ働きかけていることを研究結果で示している。

チームによる連帯と看護アドボカシーに関する今回の結果により、連帯することのメリットを大半の看護師が述べているが、連帯を強調することでみんなが同じ考え・意見になり、患者を擁護するべき時に気がつかず、また「長いものには巻かれる」という状況をつくる危険性に留意すべきであることも少数の意見にある。

本研究と Chafey の研究とは研究方法や対象が異なり、研究結果の照合は無理な点があるが、内容的に相当する部分もある。二者の研究より、周囲の状況を敏感に感じ取ることでできる看護師が、サポートの得られる環境にいる場合、情報を与えられていない患者に、患者中心の雰囲気の中で情報を与えることにより、対話が可能になりアドボカシーが実践できる。逆に、抑圧的な雰囲気や職場環境は、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、同僚や他の専門職種、上司、雇用主などからの報復を恐れて実行に移せないという構図が推測される。

アドボカシー実践を7割の看護師が行っていると回答

しているが、その行為は従来の看護 (caring) の概念枠組みでの看護師の役割と捉えている傾向にある。しかし、アドボカシー用語の起源・発祥や欧米の文献などから考え合わせると、新たな看護の役割として位置づける必要があると考える。また、患者のアドボカイトになるのを誰が最も適しているかの論点は、サービス提供者 (医療者側) が決めることではなく、サービス受け手の患者や家族が決めることであろう。そのためには患者や家族の看護師に対する期待やアドボカシーを実践できる看護師の能力・特性を考えるべきである。現在、病院評価機構による自己評価の「患者の権利と安全」の項目の中に、患者の権利の尊重と患者—医療者のパートナーシップや説明と同意について、また、「療養環境と患者サービス」の項目の中には、医療相談窓口が設置されているか、患者・家族の相談に応じているかなどが列記されている。そのために病院は医療相談室を開設しているところが増えてきてはいるが、患者・利用者や家族からどのような相談があり、誰が相談を受け、どのように解決しているのかがまだ見えてこない。患者の利益・権利を守るためには自由な立場で制約を受けない機関や人材を備える必要がある中で、看護師の果たすべき役割は何かを探求していくことが重要になる。

## VI. 結論

1. アドボカシーに必要な「オープンなコミュニケーション」や「民主的な職場環境」など職場の条件は理想と現実の状況とはギャップがあった。

2. 7割の看護師はアドボカシー実践を行っていた。患者が直接不利益を被る事柄で依頼・確認など看護師の業務範囲のことは積極的であり、医師の治療内容に関連する事柄には消極的であった。

3. 患者の権利については、看護師の意識や理想は全体的に高いが、病院において実際に権利が守られている状況とは差があった。看護師の考える「守るべき患者の権利」や「患者の権利への係わり」の状況は医療における階層性やパターンリズムの考え方の存在が反映されていた。また現実の状況としては、患者の意思決定を促進するために必要な患者本人の情報や看護・治療計画に参加する権利は守られていない傾向にあった。

4. フライの看護師のアドボカシーモデルに基づく25の権利項目は概ね妥当であった。

今回の調査で対象を臨床経験5年以上の看護師としたことで、看護基礎教育課程の背景が同じ傾向にあること、勤務場所別の看護師の意見を尋ねたが、看護師は勤務場所の配置換えがあるため考え方にあまり差は見られないこと、サンプル数が多くなく、その上勤務場所によるサ



ンプル数に差があることなどにより、アドボカシーに関する構成概念を採求するためには不十分であり、看護師全般に渡る多様な調査方法による実証的な調査を行い、既存するさまざまな実証的研究の照合とさらなる検証が必要である。

## 謝 辞

本調査の主旨に理解をしていただき調査することをご了承くださりご協力くださった各病院の看護師長・局長をはじめ、お忙しい中時間をかけて回答して下さった看護師のみならず深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 日本看護協会編：看護者の基本的責務, 9-15, 日本看護協会出版会, 東京, 2003.
- 2) 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, 東京.
- 3) 氏家幸子監修：A 成人看護学原論 第2版,44, 廣川書店, 東京, 2001.
- 4) 氏家幸子監修：D リハビリテーション患者の看護 第2版, 39, 廣川書店, 東京, 2003.
- 5) 大西和子・岡部聡子編：成人看護学概論, 66, 150, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 6) 鈴木志津江・藤田佐和編：慢性期看護論,159-166, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 7) 池松裕子・山勢善江編：急性期看護論, 20-21, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 8) Annas G. & Healey J. (1974/1988) The patients' rights advocate. *Journal of Nursing Administration* 4, 25-31.
- 9) Bateman N. (1995) *Advocacy Skill A Handbook for Human Service Professionals*, Arena / 西尾裕吾監訳, アドボカシーの理論と実際, 八千代出版, 東京, 1998.
- 10) Bernal W. E. (1992) The Nurse as Patient Advocate. *Hasting Center Report* July-August, 18-23.
- 11) Cameron C.(1996) Patient advocacy: a role for nurses?. *European Journal of Cancer* 5, 81-89.
- 12) Curtin L. L.(1979) The nursing as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advocacy in Nursing Science* 1(3). 1-10
- 13) Daniels N.(1987) The Ideal Advocacy and Limited Resources. *Theoretical Medicine* 8, 69-80.
- 14) Foly J.B.& Minick P. M.& Kee C.C(2002) How Nurses Learn Advocacy. *Journal of Nursing Scholarship* 34(2),181-186.
- 15) Fry S. & Johnstone J.(2002) *Ethics in Nursing Practice*. International Council of Nurses(ICN) Second Edition, 35-47.
- 16) Gadow S.(1980) Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. *Nursing Images and Ideals*, 79-101. Spring Publishing Company, New York.
- 17) Gadow S.(1989) Clinical subjective —advocacy for silent patient . *Nursing Clinics of North America* 24(2), 535-541.
- 18) Gaylord N.& Grace P.(1995) *Nursing Advocacy: An Ethic of Practice*. *Nursing Ethics* 2(1), 11-18.
- 19) Grace P. J. (2001) Professional Advocacy. *Nursing Philosophy* 2, 151-162.
- 20) Jenny J.(1979) Patient Advocacy -Another Role for nursing?. *International Nursing Review* 26(6), 176-181.
- 21) Jezewski M.A.(1993) Culture brokering as a model for advocacy. *Nursing and Health Care* 14(2), 78-85.
- 22) Kohnke M.F.(1980) The nurse as advocacy. *American Journal of Nursing*, 2038-2040.
- 23) Kohnke M.F.(1982) *Advocacy: Risk and Reality*. CV Mosby Co, St Louis
- 24) Martin W.G.(1998) Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. *Journal of Advanced Nursing* 27, 189-194.
- 25) 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.
- 26) Nancy S. G. (1990) *Integration Medical Ethics with Normative Theory:Patient Advocacy and Social Responsibility*. *Theoretical Medicine* 11, 125-139.
- 27) Segesten K. & Fagring A. (1996) Patient Advocacy-An Essential Part of Quality Nursing Care, *International Nursing Review* 43 (5), 142-144 / 鈴木琴江訳：インターナショナルナーシングレビュー, 20(2), 12-14, 1997.
- 28) Zusman J. (1990) Want some advice ? — Think twice about being a patient advocate, NLN Publication, New York
- 29) Fetsch F.H.(1991) *Advocacy in pediatric nursing: a qualitative study*. Unpublished Ph D thesis. University of Kansas.
- 30) Penticuff J. H. (1990) *Ethics in pediatric nursing; advocacy and the child's 'determining self'*. Issues in

- Comprehensive Pediatric Nursing 13, 221-229
- 31) Branch R.(1985) Citizen Advocacy. Nursing Mirror 160(14), 31-32.
  - 32) Booth W.(1991) A cry for help in the wilderness. Health Services Journal 14, 36-37.
  - 33) Chamberlin J.(1979) The limits of advocacy. Advocacy Now 1, 21-24.
  - 34) Mcfadyent J. A.(1989) Who will speak for me? • • • Psychiatric patient 's rights, Nursing Times 85(6), 45-48.
  - 35) Bandman E.L. (1985) Our toughest questions: ethical quandaries in high technology nursing. Nursing and Health Care 6 (9), 482-487.
  - 36) Bandman E.L.& Bandman B. (1979) The nurse's role in protecting patient's right to live or die. Advances in Nursing Science 1(3), 21-35.
  - 37) Martin W. G(1998) Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocacy. Journal of Advanced Nursing (27), 189-194.
  - 38) Chafey K.(1998) Characterization of Advocacy by Practicing Nurse, Journal of Professional Nursing 14(1), 43-52.
  - 39) Mallik M.(1997) Advocacy in nursing—Perceptions of practicing nurse, Journal of Clinical Nursing 6, 303-313.
  - 40) Murphy C.P. (1983) Ethical Problems in the Nurse—Patient Relationship. Allyn & Bacon, Boston, Massachusetts.
  - 41) Segesten K. (1993) Patient Advocacy—An important part of the daily work of the expert nurse. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 7, 129-135.
  - 42) Snowball J. (1996) Asking nurse about advocating for patient: 'reactive' and 'proactive' accounts. Journal of Advanced Nursing 24, 67-75.
  - 43) デービス アン, 小西恵美子, 田代麻里江: 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, 2002.
  - 44) 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.
  - 45) サラT. フライ/片田範子, 山本あい子訳, 看護実践の倫理 3 版, 39-52, 日本看護協会出版会, 東京, 2000.
  - 46) Britain An Official Handbook(1997) The stationary office. London, UK.
  - 47) A Declaration on The Promotion of Patients' Rights in Europe, European Consultation on The Rights of Patients Amsterdam, 28-30 March 1994, World Health Organization Regional Office for Europe.
  - 48) 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, 2002.

## (Summary)

# Awareness among Nurses concerning Advocacy to Protect interests and Rights of Adult Patient

Setsuko Takemura

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Background** In response to a question whether medical services are provided truly based on patients' own decision in current clinical settings, what can and should nurses do as health care providers who work close to patients for long hours? To understand nurses' roles, we need to study how nurses are aware of and address issues concerning patients' rights. We also need to clarify how nurses understand the meanings and concepts of terms recently used among them in practicing advocacy.

**Objective** I conducted a survey to study the concept of nursing advocacy from a practice nurse's point of view. The purposes were: 1) to understand roles of nurses as patient advocates by clarifying the meaning of the concept of advocacy and values centered on the concept; and 2) to collect information about awareness concerning advocacy among nurses working in clinical settings and their experience in practicing advocacy, which will shed light on their responsibilities as patient advocates.

**Method** I used a questionnaire form with some revisions and additions to the one developed by Davis et al. for a pilot study in 24 nurses. The subjects for my survey were nurses with five or more years of clinical experience at hospitals with 300 or more beds and with a palliative care unit within the Kinki region.

**Results** Seventy percent of the respondents had experience of serving as patient advocates, mostly to address issues in relation to doctors, such as easing patients' suffering, providing patients and/or their family with sufficient explanation about their disease conditions, serving as a mediator between patient and physician, requesting

the doctor to provide an explanation again to the patient, and seeking doctor's clarification about unclear points and doubts. In workplaces where nurses were motivated to pursue advocacy efforts, "patient-centered nursing care" was provided and "cooperative spirit among nursing staff" was cultivated. What lacked in their workplaces were "an environment with less pressure" and the concept that "doctors and nurses are on an equal footing." While awareness and ideal of patients' rights among nurses were generally high, there was a difference between the ideal and actualities. There was a tendency that the confidentiality of personal information about patients and the right of patients to participate in planning treatment and care were not protected.

The selection of 25 rights of patients based on a nursing advocacy model by Dr. Fry was proved appropriate and her theory was supported.

**Conclusions** To define the concept of advocacy, we need to conduct empirical research covering a broad range of nursing activities, based on which comparison and verification of theories should be made.

**Key Words** adult patients, awareness among nurses and actualities, patients' rights, advocacy, workplace environment.