

総説

看護におけるアドボカシー — 文献レビュー —



竹村 節子
滋賀県立大学 人間看護学部

背景 日本において看護領域でアドボカシーの言葉が紹介されたのはおよそ10年前である。

看護教育や臨床現場で比較的使われるようになったのは近年である。もともと法律用語である言葉を看護で用いることにはまだ問題がある。その理由は、アドボカシーの意味することや構成要素について不明確で混乱が生じているからである。従って、当然患者アドボカイトとしての役割について、どのような行動をすることなのかの明確な指針がない。アドボカシーの意味やアドボカイト役割について、看護基礎教育でどのように教授していくかが重要である。

目的 看護が行うアドボカシー (nursing advocacy) や患者アドボカシー (patient advocacy) の概念・モデルについて欧米の文献から探索し理解を深め、それについて看護基礎教育のなかでどのように教授するかの資料とする。

方法 看護におけるアドボカシーや患者アドボカイトに関する文献は日本では非常に少ない。そこで、頻りに引用されている看護アドボカシーの基礎理論といわれている文献や実証的研究について記述している文献を中心にレビューした。

結果・考察 アドボカシーの意味は「～のために弁護する」「～のために声をあげる (代弁する)」「～のために支える」「～に力を与える」「～と協調して取り組む」「～から保護する」などに解されている。法的システムでは「法廷の裁判で任意の者の訴訟を弁護する」と明確に定義されている。看護文献では専門家による援助の「giving of; 惜しめない献身」として反映されがちである。文献の多くは、アドボカシー役割を誰が行うのが適任かという正当化論の内容が多い。また、実証的研究の殆どはインタビューによる質的記述式研究であり、患者、看護師、医師・環境の相互関係について提示している。

階層性のある医療体制の中では、看護師が患者のアドボカイトになることやアドボカシーを行うことは大きなリスクが伴うこと、アドボカシーを行うためには看護師個々の道徳的・義務的な考えや特性だけでは限界があることなどを明示している。これらのことを踏まえながら看護基礎教育でアドボカシー概念を理解させ、将来の看護の役割について探求していくよう動機づけることが大切である。さらに現場で派生する現象を検証しながら実践能力を向上させていくための継続教育が必要である。一方において、看護師がアドボカシー行動をしやすい職場環境を他職種と協働して構築していくことや将来的には看護職の身分を保障する法的な整備に向けての活動が重要である。

キーワード 文献、アドボカシーおよびアドボカイト、3者関係、概念・モデル、看護師の役割

I. はじめに

わが国の看護領域でAdvocacyの言葉が紹介されたのは、1995年小玉氏による文献レビュー (小玉 1995)¹⁾が最初であろう。その後アドボカシーに関する文献には、文献レビュー (鈴木 1997)²⁾、研究ノート (石本 2000)³⁾、

倫理的な文脈からの記述 (石本 2000)⁴⁾、パイロットスタディ (Davis他 2002⁵⁾・2003⁶⁾)、海外研究の動向 (石本 2003)⁷⁾、事例による提示 (高田 2003)⁸⁾、文献レビュー (渡辺訳 2003⁹⁾、早野訳 2003¹⁰⁾)、コーディネーターナースのアボカイトとしての役割 (渡辺・伊藤他 2003)¹¹⁾ などがある。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、さらに2004年の同学会第24回大会でも会長公演で示された。前者において武井 (1997)¹²⁾ 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

2006年3月10日受付、2006年5月17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

るシステムを指す」と述べている。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)¹⁵⁾も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(個人や機関)が行うのがよいとしている。後者において高崎 (2005)¹⁴⁾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いる。さらに、「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が看護職の責務であるとしている。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か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」とされていることを示し、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示唆している。両学会においては、アドボカシーを行う対象者として、精神障害者や高齢者などに限定されている。

アドボカシーの概念・モデルや看護師のアドボケイトとしての役割についての記述に関する文献は、外国には多くあるもののわが国では少い。特に看護師がアドボカシーをどう理解し、どのような経験や教育を受けてきたかについての実証的研究の報告は欧米においても少ない状況で、わが国ではほとんどない。

アドボカシーの用語はもともと法律用語であり、それを臨床の場で用いることによる混乱がある上、学際的に関連があるため、アドボカシーの概念は複雑で曖昧である。欧米におけるアドボカシーに関する記述は、看護実践の、例えば意思決定の過程においてはなくてはならないもの、道徳的倫理的意味づけにおける実践的側面として自律性などといった看護概念に組み込まれたものとして、あるいは患者のエンパワーメントとして取り扱われている。

以上のことから、看護師のアドボカシー役割を考えると、看護師がアドボカシーを行う整合性はあるのか、患者の看護をする看護師(当事者)がアドボカシー役割をすることができるのか、アドボカシーの機能は看護師にとってどんな位置づけなのか(役割拡大か新たな役割なのか)を明らかにしていく必要がある。また、近年において、看護基礎教育の教本の中にアドボカシーに関する記述が見受けられるようになってきている(坪井他 1997¹⁵⁾、氏家他 2001¹⁶⁾・2003¹⁷⁾、大西他 2005¹⁸⁾、鈴木他 2005¹⁹⁾、池松他 2005²⁰⁾)。殆どはアドボカシーを人権擁護と提示し、ごくわずかな紙面で述べているだけである。

看護師のアドボカシー役割を考える最初の場面は看護教育の場であるから、アドボカシー概念をどのように教えていくかが重要である。そのためにも外国の文献を紐解いていながらアドボカシー概念を理解していくことが必要である。

II. 欧米の文献によるアドボカシー概念・モデル

アドボカシーの概念はヘルスケアの場で、様々な職種専門職行動を述べるために使われているが、アドボカシーの意味・概念について、根底にある前提を分析することの必要性が十分認識されていないかもしれない。しかし、アドボカシーの概念・モデルを探求するには日本の文献がないため、欧米の文献からレビューしていく必要がある。アドボカシー概念・モデルに関する欧米の文献の大半は、様々なヘルスケア従事者とそれに関連する専門家たちの誰がアドボカシー役割を行うのが適任かという、アドボカシー役割を主張する正当化論争に焦点を当てたものが多い。その中に患者/クライアントアドボカシーが専門看護師の新たな役割と主張しているものがあるが、アドボケイトとしての看護師に提案されたモデルは数が少ない上さまざまに解釈され曖昧であるために、実際にアドボカシーを行うにあたり明確な指針となり得ないのが現状である。しかし、それを認識した上で欧米の先人達がアドボカシーをどのように考えてきたかを探っていく。

1. アドボカシーの意味と背景

著者の多くは患者アドボカシーの議論を始めるときに、オックスフォード英語辞典(OED;1989)²¹⁾によるその言葉の意味を参照している。すなわち、「advocacy」という語の語源は15世紀にさかのぼることができ、「～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、役割は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' — 「その(専門の)職業は法廷の裁判で任意の者の訴訟を弁護する者である; カウンセラーもしくは助言」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。これらの辞書の「語源」は看護のアドボカシーについて議論の根拠を提供するものの、看護へのアドボカシーの適用にあたっては無視される傾向にあると

Napley (1991)²²⁾は述べている。つまり、「calling to」は法システムでは「agency；代理行為・代理権」という概念に訳され、契約がクライアントとアドボケイトの間でまとめられるが、看護文献では、この役割の首唱者は患者/クライアントとは見なさず、むしろそれを主張する専門職と見なされ、クライアントによる「calling to」を直接表さずに、専門家による援助の「giving of；惜しめない献身」と反映しがちであるというのである(Mallik 1997)²³⁾。

医療におけるadvocacy modelsは看護の外部で開発されてきた。それは「the volunteer advocate；自発的アドボケイト」と「the professional advocate；専門的アドボケイト」である。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、特定の医療ニーズに対する不十分なサービス供給への反応だった(Sang & O'Brien 1982²⁴⁾, Butler et al. 1988²⁵⁾)。現在では高齢者や民族的マイノリティなど市民権を奪われた他集団も包含している。

自発的枠組みの範囲内では、契約モデル(市民アドボカシー)、自己アドボケイトモデル(自己アドボカシー集団)、共同/団体モデル(政治的アドボカシー)、助言的ケースワークモデル(消費者自助グループ)のようなモデルがある。これらの思想は今日では社会的に無視された個人や集団へのエンパワーメントに転換されてきており、自己決定という概念を生み出している(Bernard & Glendenning 1990²⁶⁾, Wertheimer 1993²⁷⁾)。

これはサービス供給者から発生してきたので、医療専門職は自分をクライアントのために行動する最善のもの(地位や資格など)とは考えていないので、アドボケイトのニーズを考えることを拒否(Butler et al. 1988)あるいは認識していなかった。

1970年代初頭、患者/クライアントアドボカシーにおける専門的役割すなわち「患者の代理」役割が病院内で普及した(Mallik 1984)²⁸⁾。この流れの源流は1960年代の公民権運動や消費者運動に辿る。公民権運動は有色人種とりわけ黒人の政治的権利を回復する自由闘争—米国所得制度における人種差別に対して法的な挑戦—として発生し、発展してきた。このとき急進的な弁護士とアドバイザーを引き入れたのである。対象者の自律を尊重し、「人たるに値する」生活、「人間の尊厳」を失わない生活の保障に向けた活動であった。そして、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った。自律の概念は自分の生き方を自分で決めることであり、自分の主体的な生き方を規制するより大きな概念である。これが20世紀にはいって生存権を中心とする「社会権」、つまり生存を可能に「してもらう」権利につな

がった。社会権の実現には自らの権利を主張し、要求する自由権が認められていることが前提である。この基盤には1948年の世界人権宣言をはじめとして、多くの人権宣言・条約が制定され、人々の人権意識を向上させてきた背景があった。従って、クライアントが最善の自己決定ができるようにクライアントを助けることを通じて自律に向けて援助することをアドボケイトと解釈されている。この役割を誰が行うかの縄張り主張についての論争の記述が前述したように文献に多く見られる。

2. 看護におけるアドボカシーの発生とその背景

1964年の世界医師会「ヘルシンキ宣言」、1973年アメリカ病院協会「患者の権利章典に関する宣言」、1975年インフォームド・コンセントの指針が追加された「東京ヘルシンキ宣言」、1981年同意を欠く治療を不正行為とする判例を提示した「リスボン宣言」、1983年世界医師会の「医の倫理の国際要領修正」など、1970から80年代にかけて患者権利に関連したステートメントが明示された。その流れから1970年代初頭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た。

1975年アメリカの法学・生命倫理の第一人者であるAnnasが『患者の権利』²⁹⁾³⁰⁾を著し、医療を受ける立場での権利と擁護の必要性をまとめた。その一年前の1974年に「The Patient right's advocate—can nurse effectively fill the role?—」³¹⁾を掲載し、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。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アメリカでも、職業的自律が妨げられている現実があった。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、患者の権利擁護の役割を担うことを専門職倫理と位置づけようとした(Jenny 1979)¹⁾。

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)³²⁾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。

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が高まり、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で看護におけるアドボカシーについて衆目を集めたのである。

3. 患者アドボカシーにおけるnursing careersモデル

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Curtin(1979)³³⁾とGadow(1980)³⁴⁾は述べている。Curtinによれば、看護の最終目的とは、他の人間の幸福である。看護師—患者関係の土台を形成するものへと至ることが「人間的アドボカシー」であるとしている。つまり、個々の患者の意思決定を受け入れ、またそれを支える雰囲気をつくることによって、看護師はアドボカシー役割を表現するのである。「人間的アドボカシー」として、看護師は患者の生あるいは死のうちに意味なり目的なりを見つけるのを援助すべきであり、そのような行為は看護を道徳的技術と定義するものであるし、また、看護師—患者関係を他のあらゆる行為が周りをぐるぐる回る軸として提示している。

Gadowは「実存的アドボカシー；existential advocacy」の中で哲学的アプローチをしている。しかし、看護師—患者関係における特徴のいくつかは、アドボカシーに対して同程度家父長主義（paternalism）の可能性も生み出すことを認めている。

要約すれば、CurtinとGadowの概念が集中しているのは、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、また、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なのである。CurtinとGadowの定義には、看護師は単に患者の状況判断を助けるだけであり、それから患者がどんな行動を取るか自分で選択するので、看護師にとっては最小のリスクしか含まれない助言/カウンセリングの枠組みに適合するものである。この件に関してGadow(1989)³⁵⁾は、初期に主張したモデルは自分の考え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）には意味がないことを認めている。つまり、パターナリズム

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。

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)³⁶⁾のモデルは、個人に自己決定権があるというものであり、患者に知らせること、それから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と定義している。知らせることは、情報を与えられた上での選択を行うために患者が必要とする情報を与えることである。そして、そのことに対して看護師は自分で行う選択があるという。言い換えれば、自分はアドボケイトしたいのかどうか、クライアントにこれまで非公開だった情報を伝えたいのかどうか、開示に係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を認めている。実質的にはインフォームド・コンセント論と有意な差はないことも明言している。Johnstone(1989)³⁷⁾はKohnkeの「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」は避けるという考えについて、肯定的に解釈すれば、それはエンパワーメントや「自己アドボカシー」を促進することである。しかし、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「弁護する；pleading」また「守る；defending」部分を排除しているように見え、看護師の患者に対する行為の責任転換であると述べている。

3) 「文化間の仲立ち役；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)³⁸⁾の「文化間の仲立ち役（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る、「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。人類学を学んだ経験から、「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ている。そして、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、日常生活（普段の生活）をしている一般的な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、習慣、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)³⁹⁾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ようにし、ヘルスケア・システムがそれを妨げることが決していないようにする心構えと勇気を持つこと」であると述べている。これは患者をエンパワーすることを意味すると同時に、必要な治療を得ることを妨げている領域において仲介することを意味している。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、取り除いたりするのである。このようにして、文化の仲立ち

ち役としてのアドボカシー役は全ての人間に平等・尊厳と尊重を持って奉仕するヘルスケア・システムを創造しようと試みることでであると述べている。

Brower (1982)⁴⁰⁾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。そして、文化間の仲立ちモデルを示している（図1）。文化間の仲立ちプロセスは三つのステージによって構成されている。第一段階は仲立ちの必要性を認識すること、第二段階はヘルスケアを促す仲立ち方略を実践する（アドボカシー役割を必要とするような問題を解決する）、第三段階はアドボカシー役割を必要とする問題が解決されたか評価することである。もし解決されていない場合は仲立ちのプロセスにおける介在条件の影響を再評価し、別の試み（代替方略）がなされる。介在条件とは患者やサービス提供者の年齢、文化に対する繊細さ、職業的地位、文化的背景、教育などや、経済力、政治力、ネットワークなどの権力（power）をもっているか持っていない（powerlessness）かである。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す。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—を可能とするのである。つまり、看護師は無効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のである。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。歴史的にも看護師は無効さと周辺性という逆境の中で強さと技術を身につけ、自分の影響力を強化する戦略を展開する能力を持っている。このような状況が看護師を患者の力強い擁護者としたという看護師の力の逆説（paradox）がここにある。

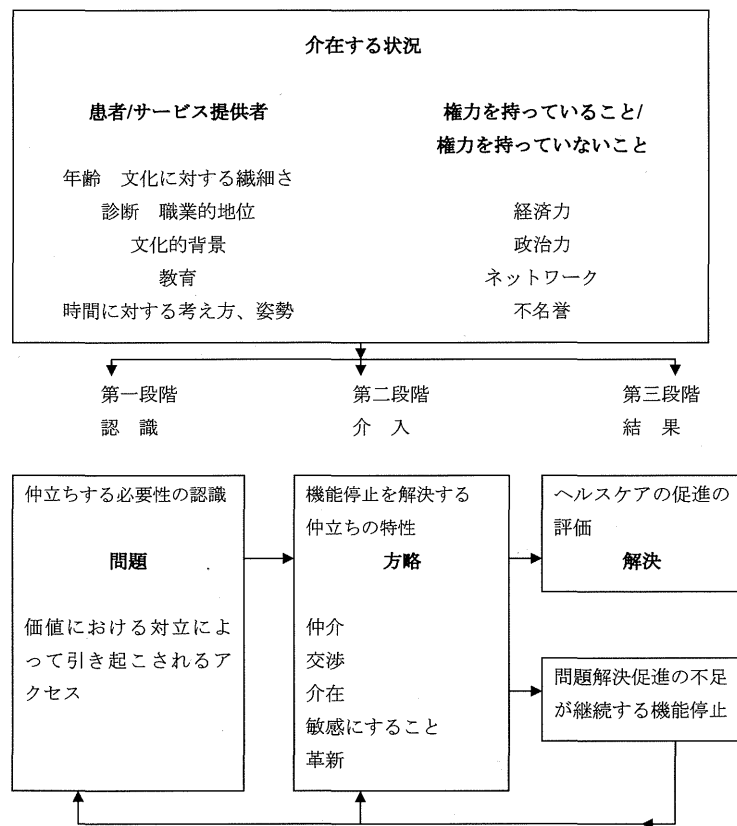


図1 文化間の仲立ちモデル

4. 実証的研究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、それらの研究について、どのような方法で行い、どのような結果を見だし、アドボカシーをどのように概念づけているかを文献から見てみる。

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)⁴⁾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を行なった。3つの異なる施設から、看護職としての勤務年数、背景、基礎教育、専門分野の項目において多様性をもたせた17名の病院看護師あるいはコミュニティ看護師へのインタビューを通じて、アドボカシーをどのように実践しているか、また、アドボカシーの実践を促進あるいは妨害する要因は何かについての意見を収集した。その結果、回答者の多くがアドボカシーを自分たちに課せられた最も重要な役割だとは考えていないことが判明した。しかし、回答をまとめてみると、アドボカシーの顕著な特徴として看護師と患者の関係が浮かび上がり、日常的に行う教育、情報開示、援助をアドボカシー活動と考えていること、アドボカシーの核となるのは責任とか倫理というよりむしろ個人対個人の係わり合いであると考えていることが明らかになった。アドボカシー活動を行わない理由として、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での制約に、その他の要因、例えば自律性の欠如や疲労などが加わるためとしている。また、看護師が積極的にアドボカシー活動を展開するかしないかは医師しだいで、医師自身に参加する時間があるか、患者や看護師に対しどれほど誠実に心を開いてくれるか、個人的な態度はどうかなどに関わってくるようである。調査結果からクライアントアドボカシーの概念モデルを明らかにした(図2)。図において示された相互作用領域はカテゴリーの重複を意味し、アドボカシー活動におけるプロセスと結果において複数の変数が相互に関係しあっていることを示している。

「クライアントが示す特徴」は、クライアントが弱い立場にある、威圧されている、軽視されているといったようなクライアントの置かれている状況(特徴)、ある

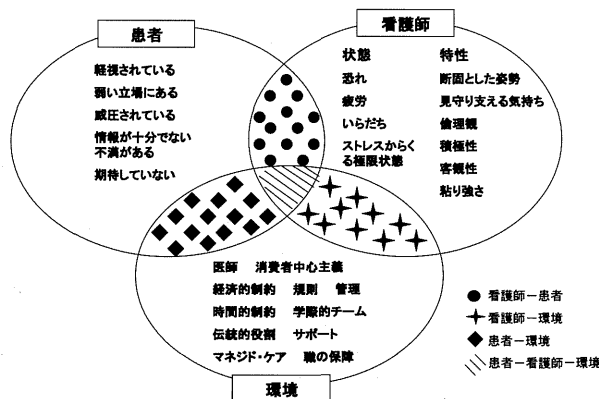


図2 アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル

いはクライアントが不満を述べているというような行為によって、看護師はクライアントに対するアドボカシーの実践を促されるようだ。

社会的・経済的・法的要素が含まれる「環境が示す特徴」は、職の保障、職員の配置、入院期間、雇用者の理解度、グループでの業務などといった職場にかかわる条件がアドボカシーの実践に影響を与える。この中にはアドボカシーのプロセスに影響を与える医師も含まれている。

「看護師が示す特徴」として、クライアントアドボカシーを実践するために看護師として必要な性格は、断固とした姿勢、見守り支える気持ち、倫理観、客観性、自己主張における積極性を挙げている。恐れ、疲労、苛立ち、ストレスからくる極限状態はアドボカシーとしての役割を果たすうえでこの上なくネガティブな影響をもたらすと述べている。

「看護師-クライアントの相互作用」について、クライアントのニーズがわかっている場合、看護師-クライアントの関係においてアドボカシーを行うためには、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。介入は時にクライアントのためあるいはクライアントと共に行われた。クライアントに権限を与え、サポートするにあたっては、クライアントの特性や看護師の信念が影響を及ぼしていた。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。

「クライアント-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、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、パートナーリズム、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-クライアント-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。看護師はクライアントやその家族と共に、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ることが必要であることを示している。例えば、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や、情報を与えられていないクライアントに、クライアント中心の雰囲気の中で情報を与えることによって対話が可能になる。逆に、抑圧的な雰囲気では助けが必要なクライアントが

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クライアント」と「アドボカシーを促す特性を備えた看護師」と「クライアント・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) アドボカシーの「3者からなる矛盾モデル；triadic conflict model」

Mallik (1997)⁴²⁾が英国の実践看護師の患者アドボカシーの認識について質的研究を行った。1992年秋から1993年春までの臨床実践各部門の熟練看護師のフォーカスグループインタビューを用いた。サンプル総数は104名で、その内訳は精神保健看護師24名、学習障害者看護師12名、成人看護師56名、小児看護師5名、助産師6名、その他1名である。7グループに分け各グループの人数は最小10名から最大22名におよび平均15名である。経験年数は平均7年である。各グループで「患者アドボカシー」を描写する個々の出来事の一つ思い起こし、「物語(story-telling)」を記述した。その後、研究者から4~6名の小グループで物語を共有するように求められ、さらに述べられた状況をアドボカシーと解釈するのがあるいはそうでないと解釈するののかについて賛否を求められた。お互い一緒に「物語」の出来事をめぐる感情を掘り下げ、その個々の状況でなぜアドボカシーが必要だったのか、なぜアドボカシーだと考えたのかを分析するように求められた。この方法は自分自身の注釈的モデルを展

開させる試みである。Silverman (1985)⁴³⁾の‘realist (現実主義者)’アプローチやStraussとCorbin (1990)⁴⁴⁾の質的分析のガイドラインに従って分析した結果、患者アドボカシーの看護モデルとして図3のtriadic conflict modelを提示した。これ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、反応を引き起こすような矛盾/潜在的矛盾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(肯定的な感情)し、結果は成功と思われても(成功しても)後でいやがらせや陰険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。

本質的にアドボカシーのニーズは、脆弱な患者/クライアントと個々のコンテキストで支配されている専門家との力関係における不均衡によって生み出されている。患者/医師/看護師の三者において、階層性の医療現場では看護師は相対的に力/支配力が少なく、それがアドボカシー役割を引き受ける理由でもある。看護師も患者も現在の保健医療制度では無力であるため苦しんでいるのだから、両者は同盟を結ぶべきだと主張している(Winslow 1984)⁴⁵⁾。しかし、看護師も必然的に患者との力関係の中において、患者/クライアントにとっては「自律した」アドボカイトを持つことが依然として必要かもしれない看護師主導の体制の中にいるのである。アドボカイトは第一に患者/クライアントの利益になるように力の是正をしようとするので矛盾モデルを生むのである。

物語をデータとして用いるには限界がある。つまり、物語は意味を誤って伝えたり、誇張して‘story-teller’になることができる。患者アドボカシーは「よい面」の看護師を本質的に示す出来事の記述を招き(恣意的な強調や歪みによるpropagandaが生じる)、潤色(embellishment)のリスクがある。実際、看護師間でアドボカシーの例に対してお互いあまり批判的でなく、物語の多くにほぼ同意した。

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

Snowball(1996)⁴⁶⁾による質的研究で、看護分野では先進的な位置にある英国の大学付属病院の一般内

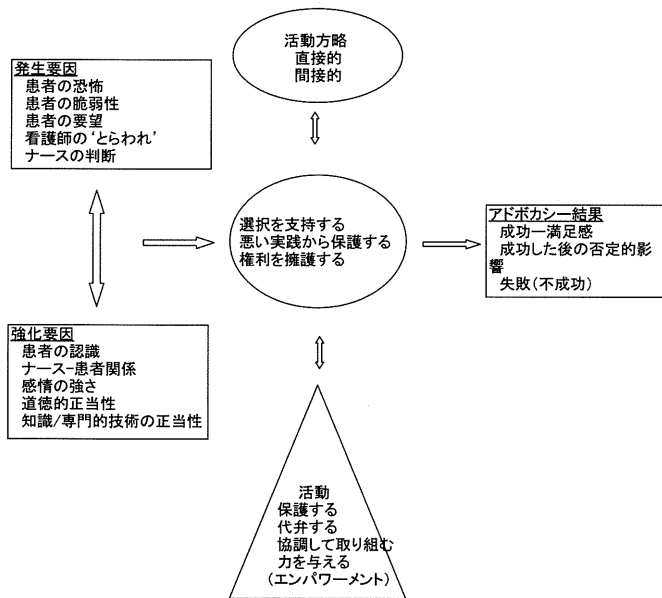


図3 アドボカシーの3者からなる矛盾モデル

科および外科病棟の成人看護専門看護師15名を対象とした。調査被験者のうち6名はプライマリー看護師あるいはチームリーダーである。男性3名、女性12名、年齢は27歳から47歳まで、登録後3年から25年（平均9年間）の経験を有していた。大学レベルの学問や臨床専門科目コースを受け「進んだ知識を身につけた」看護師である。データ収集方法は録音による半構成的インタビューを用い、看護師—患者アドボケイトという役割をどのように捉え、理解し、経験してきたかを調査したものである。データは質的研究に適切な手法で分析した。録音インタビューを書き起こし、カテゴリーを抽出した。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。この主要カテゴリーとサブコードを示した概念図を作成した（図4）。アドボカシーは「患者との治療関係の上に生じるもの」で、この関係こそが「アドボカシーの鍵」を握るものである。健全な治療を目的とした関係を構築するためには、患者と共通した人間性を持つ必要がある。人間対人間として親近感を抱くことで、看護実践と患者の関係を向上させ、ひいてはケアそのものをより良い結果へと導くことが可能であることを示唆している。人間性に根ざした

ケアの促進について述べているのは、その背景に患者の権利を擁護し望みを満たすアドボケイトの役割を果たすための能力を高めたり制限したりすることになる環境があり、前向きな取り組みと同時に、ともすれば個人としてのリスクや職業上のリスクを負うかもしれない環境がある。経済的・政治的環境において看護師がどこまでアドボカシーを達成できるかは、医師や看護師などの医療専門家が専門家として何をすべきかのビジョンを見失わないこと、ネガティブな管理体制をヘルスケア従事者が「一丸となる」必要がある。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「集成的（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。

本研究は小規模で探索的であるため結果を一般化することはできないが、アドボカシーの実践に関する見解や理解に関するさまざまな問題点が明らかにされた。既存の文献に見られる問題点もあれば、そこから広がったと思われる問題点もあり、とりわけ、アドボカシーを専門家としての業務と、個人としての人間性の両方を責務とすると捉える看護哲学の明確化に関連するものが多く示されている。

この研究の回答者は、看護師がアドボカシーを実践することによって他の医療従事者との間に力関係の戦いが生じるとは考えていないようである。ケアが行われ、アドボカシーが実践される環境とは、すべての貢献が平等に評価され、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いう

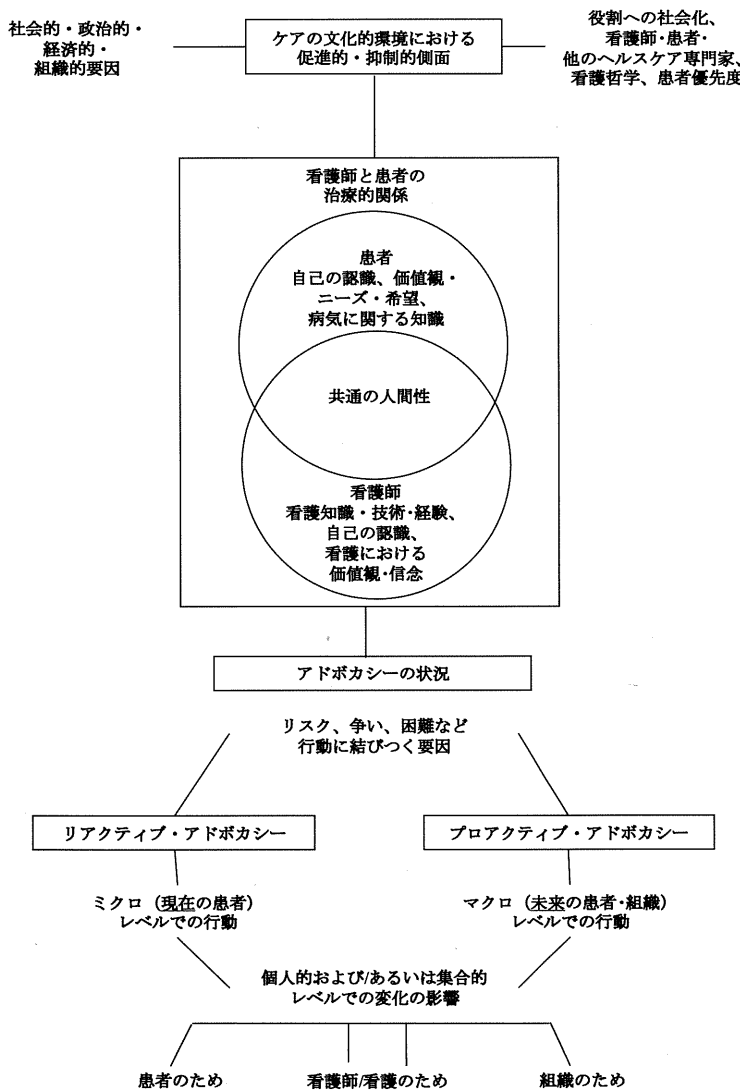


図4 リアクティブおよびプロアクティブなアドボカシーに関する概念図

はっきりとした見解をもっている。アドボケイトとしての役割を看護分野での力を高めるための機会と見るのではなく、ヘルスケア・システムの官僚的な枠組みの中で患者のケアの結果を左右すべくプロアクティブに働きかけ、アドボカシーが実践しやすいようにケアの環境を向上させるための機会と捉えている。組織的な取り組みの一環として、ヘルスケアに係わる他の専門職の人たちとの協力により、これまでの支配的な官僚体制と見なされていたものに対して効果的に立ち向かえるための手段のようだ。ともすればリスクの伴う状況下でアドボケイトとしての役割を果たすために、看護師が健全な職業上のアイデンティティを確率し、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あ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」に関する安全が保証されていることにあるようである。

「物語」をデータにする限界についてはすでに述べているが、言葉による描写が実践の場でどう実践されているかは観察参加研究がなされる必要がある。

III. 考察

学際的に記述されている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。とりわけ近年になって患者アドボケイトとしての看護師の役割について書かれたものが多い。アドボケイト (advocate) は「仲裁者あるいは擁護者、他者を弁護する人」や「ケア」に焦点をあてた定義もある。しかし、看護師がアドボカシー (advocacy) をどのように理解しているかに関する意見を文献からみると、実にさまざまであることが分かる。逆に考えればアドボカシーという言葉は多様な行為を表すのに便利な用語であることは、まさしく Curtin (1983)⁴⁰⁾のいう「患者のアドボケイトとしての看護師は、白衣に身を包んだ弁護士－神学者－心理学者－家庭相談員、おまけに竜退治の騎士として描かれている。このような“スーパー看護師”といったイメージ……」で、看護師は何でもやる職業であり特別に重要なことをしているわけでもない専門職としての評価が低いという従来からの認識がもたれる危険性が大である。

アドボカシー役割を看護師が引き受けるときに生じるジレンマは、医療システム内の看護師の忠誠と責任の矛盾から起きているのである。アドボケイトとしての患者への看護師の係わりは、道徳的代理役としての看護師の地位に基づくものである。このような状況では Mallik & McHale 1995⁴⁰⁾が述べているように、道徳的行為を実践する際には多くの問題を生じることになり、アドボ

カシー行為を実践する自由がないことを意味している。つまり、Winslow (1984)⁴⁰⁾が報告しているように、リスクを冒した究極の結果、社会的地位、仕事を失うことにもなり、最悪の場合はその状況を公表されること（裁判を受ける）になりかねない。

多くの文献から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知られるようになってきており、国際的にも日本でもアドボカシーは看護倫理要綱で支持している。しかし、看護領域の中の支持だけではなく、大衆の支持や看護師の将来のキャリアとしての患者アドボカシーを強化してくれる法的システムが必要である。それが得られるまでは個人に加えられる感情的・心理的・環境的制約以外に、システム上の権利はいまだに究極の処罰として失業させられるリスクを伴うもので、看護師にとっては相も変わらず個人の道徳的選択のままなのである。

患者アドボカシーを実践している米国においても文献から見る限りにおいて、その実践に困難が取り巻いているのがわかる。米国でアドボケイト役割を取り入れた後看護および看護師自身がどのように変化したか、看護師のおかれた環境や施設がどのように変化したかを検証していくことが重要である。

看護領域におけるアドボカシーの考え方も他の看護理論と同じく米国から取り入れたものであるから、人権意識が十分醸成されていない日本にそのまま導入することは、看護理論の臨床への導入と同じく大なり小なり矛盾が生じるのは当然である。日本におけるアドボカシー概念・モデルについて実証的な研究を重ね、日本の現状を認識しつつ将来のあるべき姿の医療に向けて、看護師は何をなすべきことあるいはなさねばならないことかを熟考し、患者の利益・権利を守ることができていない日本の医療現場に問題があるのならその問題を提起していきけるようパワーをつけていくべき努力が必要である。そのために看護基礎教育のなかで看護師がアドボカシー行動をするには様々な問題や課題があることを含めて、アドボカシー概念について教授していくことが重要である。アドボカシーの概念を認識することで、将来の看護のあり方や看護師の役割について探求していく動機づけになる。その上で臨床の場で派生するアドボカシー現象を検証しながら、その時に対処できる実践能力を向上させていく継続的な教育が望まれる。

IV. おわりに

日本の医療現場において、患者自らの価値観により「真に自己決定」するとはどういうことなのかを考えていくうちに、「インフォームド・コンセント」や「ケアリング」という概念・枠組みだけでは十分ではないとい

う思いがフツフツと湧いてきた。そんな状況のなかで目にとまったのが「advocacy」という言葉である。その言葉の概念や意味する内容を調べようとしたとき、日本の文献があまりにも少なく海外の文献に頼らざるを得ない高いハードルがあった。まだまだ多くの文献を読み込む必要があるが、アドボカシー研究の概要を少し垣間見ることができた。これを機に日本における看護が行うアドボカシーに関する研究を深めていきたい。

文献

- 1) Jenny J. (1979) Patient Advocacy -Another Role for Nursing, *International Nursing Review* 26 (6), 176-181 /小玉香津子監修 (1995) : *インターナショナル ナーシングレビュー* 18 (5), 64-68.
- 2) 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 (1997) : *インターナショナル ナーシングレビュー*, 20 (2), 12-14.
- 3) 石本傳江 (2000) : 看護におけるアドボカシー研究ノート, *The Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurse* 1, 19-28.
- 4) 石本傳江 (2000) : 看護と「ケアの倫理」, *Quality Nursing* 6 (3), 84-89.
- 5) デービス アン, 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.
- 6) 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.
- 7) 石本傳江 (2003) : 看護アドボカシーに関する海外研究の動向, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 62-69.
- 8) 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.
- 9) Reah L. Curtin/渡辺富栄訳 (2003) : The Nurse as Advocate: Respecting the Patient as Person, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 34-38.
- 10) Lorraine M. Bossi, Janet Duncan/早野真佐子訳 : Nursing Role as Advocate in Patient Care Coordination and PACT at Children's Hospital, Boston, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 46-50.
- 11) 渡辺恵, 伊藤将子, 福山由美他 : 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レビュー* 26 (5), 39-45.
- 12) 武井麻子 (1997) : 新しい法律・制度と人権, *日本看護科学会誌* 17 (2), 33-34.
- 13) 小林信子 (1997) : 看護職が担える患者権利擁護活動とは, *日本看護科学会誌* 17 (2), 36-37.
- 14) 高崎絹子 (2005) : 患者・病弱者のアドボカシーと看護の責務, *日本看護科学会誌* 25 (2), 94-103.
- 15) 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.
- 16) 氏家幸子監修 (2001) : A成人看護学原論 第2版, 44, 廣川書店, 東京.
- 17) 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, 東京.
- 18) 大西和子・岡部聡子編 (2005) : 成人看護学概論, 6, 150, ヌーヴェルヒロカワ, 東京.
- 19) 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, 東京.
- 20) 池松裕子・山勢善江編 (2005) : 急性期看護論, 20-21, ヌーヴェルヒロカワ, 東京.
- 21) Oxford English Dictionary (1989) 2nd edn. Prepared by Simpson J.A. & Weiner E.S.L. Clarendon Press, Oxford, 131.
- 22) Napley Sir David (1991) *The Technique of Persuasion* 4th edn. Sweet and Maxwell, London.
- 23) Mallik M. (1997) Advocacy in Nursing—a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 130-138.
- 24) Sang B. & O'Brien J. (1982) Advocacy—the UK and American experience. King' Fund Project (Paper No51) . King's Fund, London.
- 25) Buter K. , Carr S. & Sullivan F. (1988) *Citizen Advocacy: a Powerful Partnership*. Adept Press Ltd, London.
- 26) Bernard M. & Glendenning F. (1990) *Advocacy, Consumerism and the Older Person*. Beth Johnson Foundation Publications, University of Keele, Keele.
- 27) Wertheimer A. (1993) *Speaking Out: Citizen Advocacy and Older People*. Center for Policy on Aging , London.
- 28) Mailick M.D. (1984) Steps to professionalization : patient representative. *Journal of Allied Health* 13 (4), 262-271.
- 29) ジョージ・J・アナス/上原鳴夫, 赤津春子訳 : 患者の権利, 日本評論社, 1992.
- 30) Annas J.G. (2004) *THE RIGHTS OF PATIENTS*. Third Edition, New York University Press,

- New York and London.
- 31) Annas J. G. & Healey J. (1974) The patients' rights advocacy-can nurse effectively fill the role?. *Journal of Nursing Administration* 4, 25-31.
 - 32) Kosik S. H. (1972) Patient advocacy or fighting the system. *American Journal of Nursing* 72 (4), 694-698.
 - 33) Curtin L.L. (1979) The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science* 1 (3), 1-10.
 - 34) Gadow S. (1980) Existential advocacy : philosophical foundation of nursing. *Nursing Images and Ideals*. 79-101, Spring Publishing Company, New York.
 - 35) Gadow S. (1989) Clinical subjectivity-advocacy for silent patients. *Nursing Clinics of North America* 24 (2), 535-541.
 - 36) Kohnke M. F. (1982) *Advocacy: Risk and Reality*. 13-38, CV Mosby Co, St Louis.
 - 37) Johnstone M.J. (1989) *Bioethics—a Nursing Perspective*. WB Saunders/Bailliere Tindall, Sydney.
 - 38) Jezewski M.A. (1993) Culture brokering as a model for advocacy. *Nursing and Health Care* 14 (2), 78-85.
 - 39) Kosik S.H. (1972) Patient advocacy or fighting the system. *American Journal of Nursing* 72 (4), 694-698.
 - 40) Brower H. T. (1982) Advocacy: what it is. *Journal of Gerontology Nursing* 8 (3), 141-143.
 - 41) Chafey K , Rhea M. & Shannon A. M (1998) Characterizations of Advocacy by Practicing Nurses, *Journal of Professional Nursing*, 14 (1), 43-52.
 - 42) Mallik M. (1997) Advocacy in nursing perception of practicing nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 303-313.
 - 43) Silverman D. (1985) *Qualitative Methodology and Sociology*. Gower, Aldershot
 - 44) Strauss A. & Corbin J. (1990) *Basics of Qualitative Research*. Sage Publishing, New-bury Park, CA.
 - 45) Winslow G.R. (1984) From loyalty to advocacy: A new metaphor for nursing. *The Hastings Center Report*, 14, 32-40..
 - 46) Snowball J. (1996) Asking nurses about advocating for patients: 'reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing* 24, 67-75.
 - 47) Curtin L. L. (1983) The nurse as advocate : a cantankerous critique. *Nursing Management* 14,9-10.
 - 48) Mallik M & McHale J. (1995) Support for advocacy. *Nursing Times* 91 (4), 28-30.