

論文

米国ハワイ州における「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 —日本とハワイの看護師の意識の比較を試みて—



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題意識から、患者の身近にいる看護師の役割は何かを探求するために、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、アドボカシー実践を促進する要因は何か、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を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。近畿圏内の300床以上の病院で働く看護師を対象に調査をした結果とアドボカシーの概念化については既に報告したが、アドボカシーの概念が共通の普遍的な概念になり得るかについては検証されていない。

目的 権利意識が醸成されている米国において、看護が行うアドボカシー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構成している要素を明確にし、日本と比較することである。そしてアドボカシー概念が普遍的なものになり得るかを検証していく手がかりにすることである。

方法 日本の調査で使用した質問票を用いてアンケート調査を行った。対象者はハワイ州の施設で働いている臨床経験5年以上の看護師(48名)である。

結果 アドボカシーの実践内容は、日本は医師との調整役であるが、ハワイは医師への進言・苦言を呈し患者の意思を尊重するもので、患者側の立場に立った積極的な支援を行っている。アドボカシー実践を促進する職場環境の欠如は、日本は「ゆとりある業務」「医師はあくまで同僚」「民主的な環境」に対し、ハワイは「ゆとりある業務」である。患者の権利に対する看護師の現実の係わりにおいて、「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」、「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」、「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」、「信仰・宗教儀式を行う権利」に有意差があった。アドボカシーの構成要素に影響を及ぼす属性の要因は、日本は「情報の提供(権)」とアドボカシー・権利擁護の学びが正の関係、「主体的参加(権)」は修得した学位と負の関係である。ハワイは「主体的参加(権)」と臨床経験が負の関係である。ハワイでは9割の人がアドボカシーについて学んでいることから、アドボカシー実践を促進する大きな要因は、アドボカシーについて学んだかが大きく影響を及ぼす。

結論 ハワイでの結果はサンプル数が十分ではないので精度として問題はあがあるが、医療制度・体制が違うハワイと日本では、看護師の権利やアドボカシーについての考え方に少なからず差異が見られた。ハワイは患者を権利から守る法律・法規に裏付けされた肯定的な認識が伺われる。

Key Words ハワイ州の看護師、看護師の意識と現実、患者の権利、アドボカシー、日米(ハワイ州)の比較

I. 緒言

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が、医師と患者の治療関係あるいは看護師と患者のケア関係において、本当

に患者の意思が保証されているかどうかは疑問である。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、患者の意思と権利を保証するために誰かが代わりに動かなければならない。看護師はその第一候補であるが、その為には、看護師がアドボカシー実践をしていくための指針となるアドボカシーの概念が明確にされる必要がある。しかし、筆者が調べた限りにおいては、欧米での実証的研究は少なく、日本にはない¹⁾。現在アドボカシー概念として理解されているものはFry S. T. のModels of nurse advocacy²⁾³⁾であるが、これは実証的に証明されたものではなく、個人の

2007年9月26日受付、2008年1月30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

解釈として述べたものである。そこで筆者は、看護師が患者の権利や利益のために活動する意味を表す nurse (nursing) advocacy について、我が国の臨床で働いている看護師がアドボカシーや患者の権利についてどのように考え実践しているかを、近畿圏内の5病院の看護師の意識調査で明らかにし⁴⁾、さらに advocacy の言葉の意味するもの、構成要素を見出しアドボカシーの概念化を試みた⁵⁾。日本の看護は米国の看護の影響を多大に受けていることから、看護師が行うアドボカシーに関しても、すでに臨床で慣用的にアドボカシーという用語が使われ、アドボカシーの実践がされている米国の現状を知ることが意義があると思われる。

今回、1960年代の公民権運動の流れから権利意識が醸成されている米国の看護師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った。その調査結果を我が国の看護師に対する調査結果と比較しながら、両者の考え方を考察し、アドボカシー概念が普遍的なものになり得るのかを検証していく手がかりとすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究方法

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⁴⁾⁵⁾を英訳して使用した。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。

2. 対象者

医療体制や医療施設の違いがあるので、日本の調査対象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経験5年以上の看護師を対象とした。具体的に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る。

3. データ収集方法

サンプル数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いたいと思い、その病院の研究審査コーディネーターに研究の主旨を説明し、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た (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、その病院での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) で調査の主旨を説明し協力の依頼をし、調査の主旨と同意書

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筆者に送ってもらった。調査協力対象者である看護師には同意書にサインをしてもらい、質問票と同封してもらった。アンケートの回答は無記名とした。

4. 用語の操作的定義

日本の調査と同様に Davis らの質問票⁶⁾⁷⁾に基づき (承諾済みで一部改変)、アドボカシーを擁護と訳し、「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」とした。

5. 質問内容

質問内容は日本の調査と同じで、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。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 (5項目)、②アドボカシー実践に必要な知識 (3項目)、③アドボカシー実践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意識と現実、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とその内容、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患者の権利に関する看護師の意識と現実について、⑩看護師の基本属性、である。これらの質問に対する回答を選択式と自由記述式で求めた。選択式の質問内容は4段階の Likert 尺度とした。

6. 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。

7. 分析方法

データは必要時欠損値処理を行い、基本属性に関する記述統計量と看護師の認識や勤務区分別の差についての t 検定、患者の権利項目について主因子法による因子分析、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 SPSS14.0J を用いて行い、自由記述は、KJ 法を用いて内容を帰納的に分析し整理した。

Likert 尺度による回答は、質問の主旨に非常に賛同する場合から、全く賛同しない場合までの4段階とし、それを4点から1点に点数化し平均値を算出した。得点が高いほど肯定的な考え (質問に対する賛意) を示す。

III. 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、筆者の研修機関である Hawaii Pacific Universityの研究審査委員会 (IRB) に提出し審査を受け、研究の許可を得た。また、対象者にはアンケート調査の主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にサインをしてもらった。

IV. 研究結果

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。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、解析時は欠損値処理を行った。

1. 対象者の基本属性について

基本属性は表1に示す通りである。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 (以降勤務部署別の分析においては、緩和ケア病棟を省き、一般病棟対ICU・救急部門のみとした)。年齢は、平均44.1歳 (SD±9.67) で、内訳は図1に示す通り、20歳代4名 (8.3%)、30歳代14名 (29.1%)、40歳代13名 (27.1%)、50歳代14名 (29.2%)、60歳以上2名 (4.2%)、無回答1名であった。

表1 対象者の基本属性

| | N | 平均 | SD | % |
|----------------|----|------|-------|------|
| 年齢 | 48 | 44.1 | 9.67 | |
| 無回答 | 1 | | | |
| 臨床経験 | 48 | 17.6 | 10.54 | |
| 勤務部署 | 48 | | | |
| 一般病棟 | 26 | | | 54.2 |
| ICU・救急部門 | 20 | | | 41.7 |
| 緩和ケア病棟 | 2 | | | 4.1 |
| 卒業した看護学校 | 48 | | | |
| 無回答 | 1 | | | |
| 専門学校 | 14 | | | 29.2 |
| 短大 | 6 | | | 12.5 |
| 大学 | 27 | | | 56.3 |
| 修得した学位 | 48 | | | |
| 無回答 | 11 | | | |
| 学士 | 20 | | | 41.7 |
| 修士 | 16 | | | 33.3 |
| 博士 | 1 | | | 2.1 |
| 権利・人権の学び | 48 | | | |
| はい | 45 | | | 93.8 |
| いいえ | 3 | | | 6.2 |
| アドボカシー・権利擁護の学び | 48 | | | |
| 無回答 | 1 | | | |
| はい | 43 | | | 89.6 |
| いいえ | 4 | | | 8.3 |

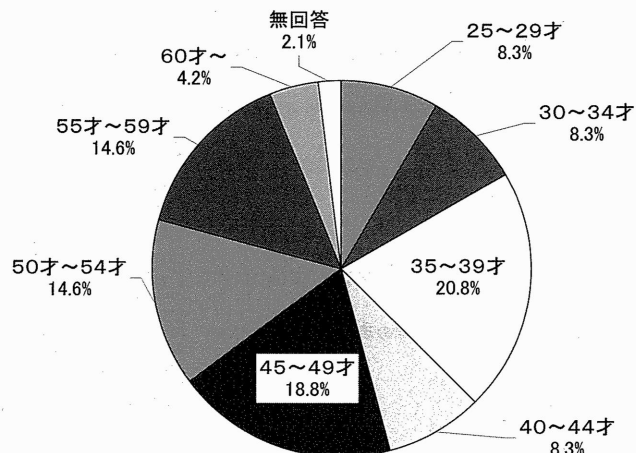


図1 年齢

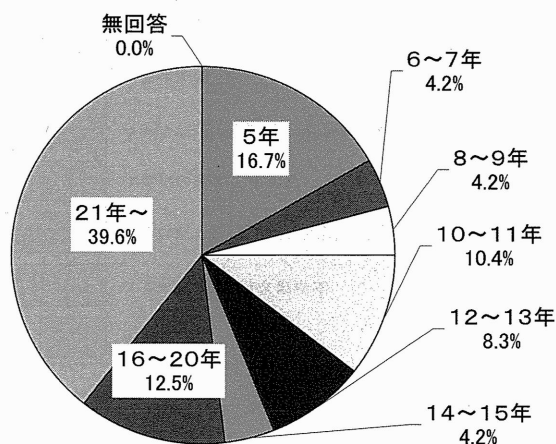


図2 経験年数

臨床経験年数は、平均17.6年 (SD±10.54) であり、図2に示すように、21年以上が一番多く19名 (39.6%)、次いで5年が8名 (16.7%)、16~20年が6名 (12.5%)、10~11年が5名 (10.4%) の順に多かった。一般病棟とICU・救急病棟ともに21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12.5%、大学56.3%、1名無回答であった。修得した学位は学士41.7%、修士33.3%、博士2.1%、11名無回答であった。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、学んだ方法を複数回答で尋ねると図3に示す通りであった。さらに、アドボカシー・患者の権利擁護について同様に尋ねると、学んだことのある人は89.6%で、学んだ方法は図4の通りであった。権利・人権及びアドボカシー・患者の権利擁護について9割の人が何らかのかたちで学んでいた。殆どは教育の場で学び、臨床の場でも4割の人が学んでいた。

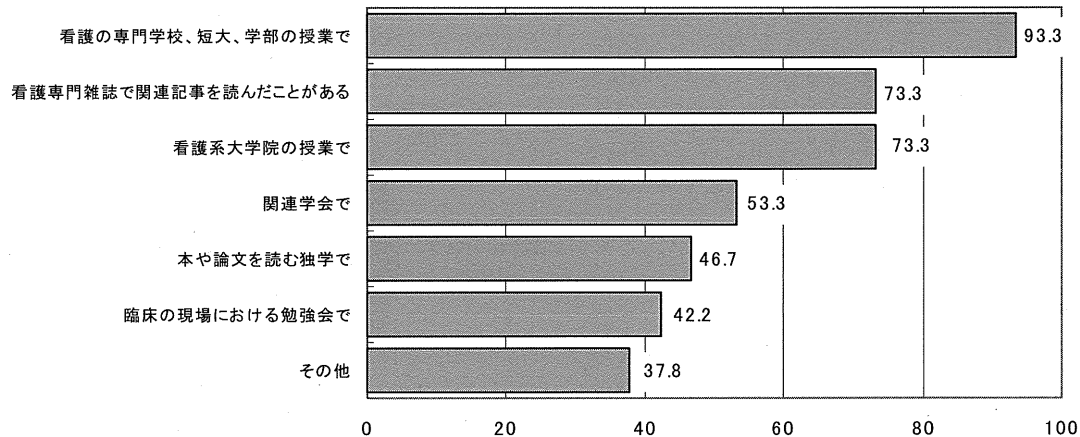


図3 患者の権利・人権を学んだ方法

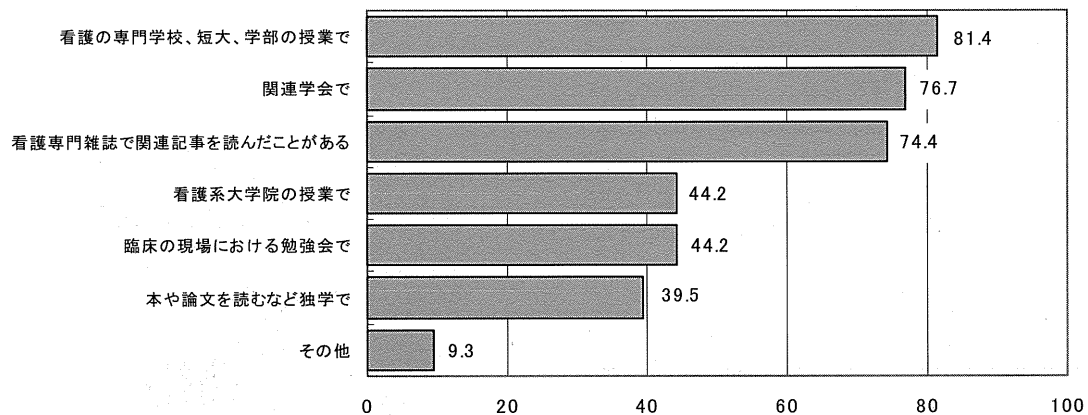


図4 アドボカシー・権利擁護について学んだ方法

2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 看護師のアドボカシー責務に対する意識について

患者擁護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を選択式で問うた。賛意の程度は平均値でみると理想の方がやや高いが(①3.60>②3.50)、どちらも肯定的な考えが大半だった(①「非常に」72.9%と「まあそう」18.8%、②「非常に」60.4%と「まあそう」31.3%)。①②の理由についての自由記述した内容を分析した。まず、「本来その責務を持つべき」については43件記述内容があり、その内容は、[接する時間が長いから/一番身近にいる存在だから]13件、[当然と思う/そうあるべき]8件、[医学的な専門知識を持っているため]6件、[看護師の仕事であると思うから]5件、[全ての患者にアドボカシーが重要]2件などであった。次に、「実際(現実)にその責務持っている」については40件の記述があり、その内容は、[責務を持っている/意識している]の12件が一番多く、次いで[患者の代弁者である]4件、[医学的な専門知識を持っている

ため]と[看護師の仕事であると思うから]が3件ずつであった。その他、[医師と患者の調整をしているので]、[患者の立場に立った看護を提供すべきだから]、[患者自身がもっと現状を知るべき]が2件ずつあった。

2) 看護師の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」という質問に対しては、「はい頻繁に」56.3%と「はい時々」33.3%を合わせて約9割が実践していると答えた。次いで、回答者自身がアドボカシーを実践したことがあるかどうか尋ねた。「経験あり」89.6%、「経験なし」8.3%であった。具体的な事例として49件の記述があり、多い順に[患者の希望に応じるよう努力する]7件、[医師の治療が適切でない]5件、[痛みのコントロール]と[意思決定/治療選択を助ける]4件、[家族との連絡]と[患者の権利を守る]3件などであった。

3) アドボカシー実践への教育の必要性とその現実について

アドボカシーについて「特別な教育が必要」と約9割の人が認め、且つ実際に「教育を受けてきた」と「現場

で教育が受けられる」と回答した人は約9割あった。教育の必要性を多くの人が認め実際に教育を受けている状況であった。

4) アドボカシー実践に必要な医療環境の理想と現実について

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」などの医療環境が、アドボカシー実践にとってどの程度必要であるか、理想と現実について尋ねたところ、理想では、いずれも医療環境に必要であると85%以上の人が認識していた。現実では、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」は理想と同様85%以上の人が認識していた。「チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討」は81.3%であるが、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」(54.2%)と「ゆとりある業務」(39.6%)は低く、医療環境としてないと認識していた。特に、「ゆとりある業務」は理想と現実の差が大きく(0.94)、現実、ゆとりある業務ができない(「まあ違う」と「違う」と回答した人は58.4%であった。医療環境に対する一般看護師とICU・救急看護師の認識の違いをt検定(独立したサンプル)すると、理想の「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」のみに有意差(t値=2.043, df=43, P=.047)があった。

理想と現実を比較するためにt検定(対応のあるサンプル)をすると、表2に示す通り、「ゆとりある業務」(p<.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<.01)に有意差がみられた。

5) アドボカシー実践を促進する職場環境について

アドボカシー実践を促進すると想われる職場環境として、「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」をあげ、これらの促進条件に、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の順位を示し

てもらった。

促進条件の各項目に1から6を何名が選択したかを集計し、重要度1から6に各6点から1点を配し集計して平均値を算出した(表3)。平均値で見ると、1位は「患者中心の看護」(4.85)、2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(4.74)、3位は「医師はあくまで同僚」(4.34)、4位は「病棟責任者(師長)のサポート」(4.11)、5位は「医療スタッフの民主的な雰囲気」(3.98)、6位は「ゆとりある業務」(3.94)であった。同じ条件の現状について4段階Likert法で尋ねると、促進条件としてある(「その通り」と「まあそう」の割合を合わせて)ものは、「看護スタッフ間の協力の精神」85.7%、「患者中心の看護」79.6%、「病棟責任者(師長)のサポート」77.6%「医師はあくまで同僚」71.4%、「医療スタッフの民主的な雰囲気」67.2%であった。促進条件としてない(「まあ違う」と「違う」を合わせて)ものは、「ゆとりある業務」57.1%であった。アドボカシー実践を促進する条件で、職場で最も欠如しているのは、「ゆとりある業務」である認識されていた。勤務区別の認識の差をt検定(独立した)すると、「医師はあくまで同僚」(t値=-2.706, df=43, P=.01)、「医療スタッフの民主的な雰囲気」(t値=-2.200, df=43, P=.033)に有意差があった。

6) 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割以上の人々が「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は39件あり、[サポート体制が必要]13件、[管理者は責任者なので/まとめ役が必要]7件、[管理的立場の人の影響力は大きいから/率先すべき]4件などであった。“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。実際に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66.7%で、看護管理者のサポートは比較的であると認識していた。看護管理者は[サポートすることはない/いない]の旨の記述が3件あり、その内容は、“アドボ

表2 医療環境の理想と現実

| 医療環境 | 理想の平均値 | 現実の平均値 | 理想と現実の差 | | t 値 | 自由度 | 有意確率(両側) |
|------------------------|--------|--------|---------|------|-------|-----|----------|
| | | | 平均値 | SD | | | |
| 患者と親密なコミュニケーション | 3.58 | 3.67 | -0.09 | 0.65 | -0.89 | 47 | 0.377 |
| 家族と親密なコミュニケーション | 3.60 | 3.60 | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 47 | 1.000 |
| 職種間のオープンなコミュニケーション | 3.65 | 3.35 | 0.29 | 0.74 | 2.72 | 47 | 0.009 |
| 民主的な職場環境 | 3.45 | 3.04 | 0.40 | 1.04 | 2.68 | 46 | 0.010 |
| チームカンファレンスで患者・家族の問題の検討 | 3.62 | 3.23 | 0.38 | 0.80 | 3.30 | 46 | 0.002 |
| ゆとりある業務 | 3.34 | 2.40 | 0.94 | 1.17 | 5.49 | 46 | 0.000 |
| 臨床倫理委員会の設置 | 3.26 | 2.76 | 0.50 | 1.24 | 2.73 | 45 | 0.009 |

表3 アドボカシー実践を促進する職場環境の重要度

| | 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 | 47 | 20 | 7 | 3 | 2 | 5 | 4.11 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 15 | 4 | 1 | 0 | 1 | 4.80 |
| ICU・救急 | 20 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3.10 |

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

| | 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 | 47 | 15 | 16 | 3 | 3 | 3 | 4.34 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 9 | 6 | 0 | 2 | 1 | 4.20 |
| ICU・救急 | 20 | 5 | 10 | 2 | 1 | 2 | 4.45 |

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

| | 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 | 47 | 12 | 8 | 8 | 9 | 6 | 3.98 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 7 | 6 | 4 | 3 | 2 | 4.16 |
| ICU・救急 | 20 | 4 | 2 | 4 | 6 | 3 | 3.75 |

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

| | 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 | 47 | 27 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4.74 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 17 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5.12 |
| ICU・救急 | 20 | 9 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4.40 |

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

| | 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 | 47 | 26 | 5 | 6 | 6 | 1 | 4.85 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 17 | 2 | 2 | 2 | 0 | 5.12 |
| ICU・救急 | 20 | 8 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4.55 |

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

| | 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 | 47 | 16 | 6 | 7 | 5 | 3 | 3.94 |
| 勤務区分 | | | | | | | |
| 一般 | 25 | 9 | 6 | 3 | 3 | 1 | 4.40 |
| ICU・救急 | 20 | 5 | 0 | 4 | 2 | 2 | 3.15 |

(勤務区分の緩和2名は省略, 一般1名無回答)

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。

7) チームによる連帯と看護アドボカシー実践について

「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、殆どの人が肯定的に賛意を示した(95.7%)。その理由の記述は34件あり、中でも[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。

8) 看護師の患者や家族に対するアドボカシーの実践について

医療の現場でアドボカシーの必要があると考えられる状況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」を問うた。図5に示す通り、「患者/家

族への病名・症状説明が不十分」な時はそれぞれ、「はい頻繁に」「はい時々」を合わせて79.2%/75.0%、「患者が痛みを苦しんでいる」時は70.8%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41.7%、「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」時は39.6%であった。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。勤務区分別では認識の有意な差はなかった。

9) 他者からのアドボカシーが必要な状況について

擁護する状況には前記8)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は、[不必要な・適切でないケア/不必要な治療を受けている]7件、[意思表示できなくなったとき(意識なし・認知障害・精神状態)/自分の気持ちを伝えられないとき(遠慮・我慢・恐れ・信頼)]5件、[言葉上の問題/治療などについて理解できない]5件、[看護師の専門外/管理下でない場合]5件、[法律が絡んでいる場合]4件、“DNR(蘇生拒否)”など[患者の命に関わること]3件、[患者の希望が尊重されない]3件などであった。

3. 患者の権利に関する看護師の意識について

患者の権利に関して米国(ハワイ州)の看護師がどのように認識し、どのように関わっているかを25項目⁴⁾⁵⁾の患者の権利について尋ねた。

1) 患者権利の遵守の必要性と患者権利の遵守度

患者の権利25項目について、一般的(一般論)に「どの程度守るべきか(患者権利の遵守の必要性)」の理想と、「どの程度守られているか(患者権利の遵守度)」の現実を尋ねた(表4)。その結果、看護師の理想の平均値は3.52、現実の平均値は3.01で理想に比べ低かった。理想(権利の遵守の必要性)の平均値の高いものは「深刻な病名を知らされる権利」(3.65)、「一般に病名を知らされる権利」(3.63)、「治療選択肢を知らされる権利」(3.63)であり、平均値の低いものは「知りたくない情報は告げられない権利」(3.19)であった。

現実(権利の遵守度)の平均値の高いものは「臨床試験の参加、不参加の権利」(3.43)、「信仰・宗教儀式を行う権利」(3.33)であり、平均値の低いものは「医療ミスの被害を知らされる権利」(2.48)、「知りたくない情報は告げられない権利」(2.70)であった。

患者の権利に対する理想と現実のギャップ(平均値の差)を見ると、差の大きな項目は、「医療ミスの被害を知らされる権利」(0.94)、「治療を自分で選択する権利」(0.73)、「看護・治療計画に参加する権利」(0.67)であった。

権利の遵守度(現実)に対する一般看護師とICU・救

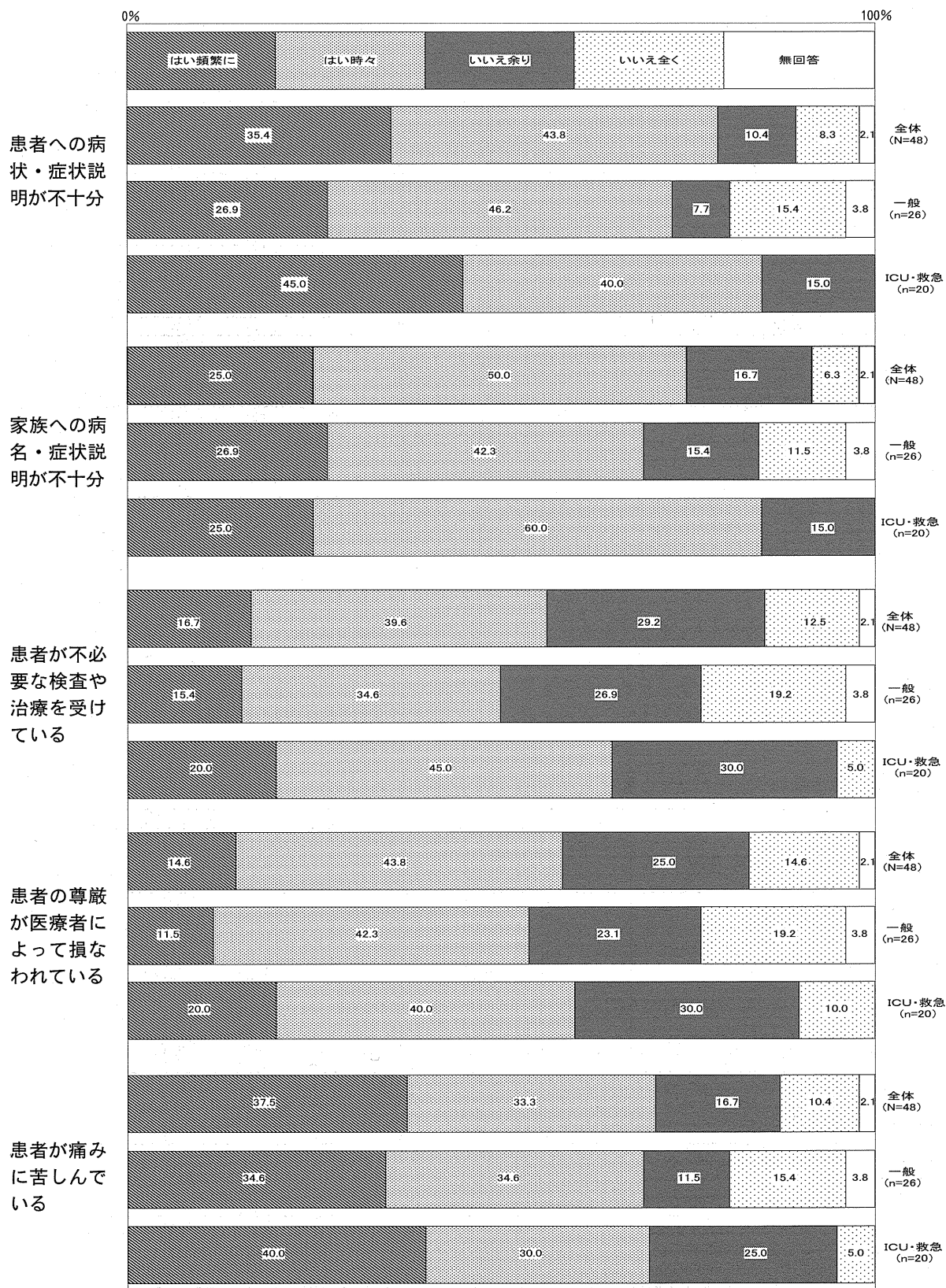


図5 看護師のアドボカシーの実際

表4 患者権利の遵守の必要性と遵守度

| 患者の権利 | 標本数 | a. 権利の遵守の必要性 | | | b. 権利の遵守度 | | | aとbのt検定 |
|-----------------------|-----|--------------|------|-----------|-----------|------|-----------|---------|
| | | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | |
| 1 個人情報他他人に漏らされない権利 | 48 | 3.55 | 0.88 | | 3.19 | 0.74 | * | ** |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 48 | 3.63 | 0.91 | | 3.02 | 0.81 | *** | *** |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 48 | 3.33 | 0.95 | | 2.75 | 0.76 | | *** |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 48 | 3.42 | 0.94 | | 2.48 | 0.77 | | *** |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 2.90 | 0.83 | ** | *** |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 48 | 3.63 | 0.96 | | 3.19 | 0.82 | | *** |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 48 | 3.65 | 0.91 | | 3.23 | 0.88 | | *** |
| 8 悪い予後を知らされる権利 | 48 | 3.56 | 0.94 | | 2.98 | 0.86 | * | *** |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 48 | 3.40 | 0.92 | | 2.77 | 0.81 | | *** |
| 10 わからないことを質問する権利 | 48 | 3.60 | 0.98 | | 3.08 | 1.05 | | *** |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 48 | 3.19 | 1.01 | | 2.70 | 0.94 | | *** |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 3.31 | 0.90 | | * |
| 13 痛みから解放される権利 | 48 | 3.58 | 0.99 | | 3.13 | 0.84 | | *** |
| 14 抑制されない権利 | 48 | 3.41 | 0.82 | | 2.89 | 0.68 | | *** |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 48 | 3.48 | 1.01 | | 2.81 | 0.91 | * | *** |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 48 | 3.50 | 0.95 | | 2.77 | 0.81 | | *** |
| 17 同意したことを変更する権利 | 48 | 3.54 | 0.99 | | 2.92 | 0.96 | | *** |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 48 | 3.58 | 0.99 | | 3.43 | 0.97 | * | |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 48 | 3.60 | 0.94 | | 3.19 | 0.95 | | ** |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 48 | 3.56 | 0.99 | | 3.21 | 0.91 | | ** |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 48 | 3.51 | 0.93 | | 2.91 | 0.89 | | *** |
| 22 尊厳死の権利 | 48 | 3.52 | 1.05 | | 2.87 | 1.01 | * | *** |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 48 | 3.54 | 1.03 | | 3.04 | 0.90 | | *** |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 48 | 3.56 | 1.03 | | 3.06 | 0.86 | | *** |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 48 | 3.56 | 0.99 | | 3.33 | 0.95 | | * |

*P<.05 **P<.01 ***P≤.001

急看護師の認識の違いを見るためにt検定（独立した）すると、有意差があったのは、「個人情報を他人に漏らされない権利」・「悪い予後を知らされる権利」・「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」・「尊厳死の権利」(P<.05)、「副作用や危険性を知らされる権利」(P<.01)、「治療選択肢を知らされる権利」(P<.001)の7項目であった。

理想と現実について勤務区分別の認識の違いをt検定

表5 看護師の患者権利への係わり度と権利への現実の係わり度

| 患者の権利 | 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t検定 |
|-----------------------|-----|-------------|------|-----------|----------------|------|-----------|---------|
| | | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | 平均 | SD | 勤務区分別のt検定 | |
| 1 個人情報を他人に漏らされない権利 | 48 | 3.52 | 1.05 | | 3.28 | 0.91 | | * |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 48 | 3.35 | 1.04 | | 2.83 | 0.90 | * | *** |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 48 | 3.28 | 1.07 | | 2.83 | 0.85 | | *** |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 48 | 3.26 | 1.04 | | 2.52 | 0.91 | | *** |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 48 | 3.35 | 1.06 | | 2.83 | 0.88 | | *** |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 48 | 3.33 | 1.06 | | 2.91 | 0.94 | | *** |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 48 | 3.30 | 1.07 | | 2.83 | 1.02 | | *** |
| 8 悪い予後を知らされる権利の遵守 | 48 | 3.11 | 1.16 | * | 2.65 | 0.95 | | ** |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 48 | 3.04 | 1.07 | | 2.65 | 0.85 | | ** |
| 10 わからないことを質問する権利 | 48 | 3.57 | 0.98 | | 3.20 | 0.91 | | *** |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 48 | 3.38 | 0.96 | * | 2.76 | 0.80 | | *** |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 48 | 3.64 | 0.83 | | 3.33 | 0.85 | | ** |
| 13 痛みから解放される権利 | 48 | 3.59 | 0.98 | | 3.33 | 1.00 | | * |
| 14 抑制されない権利 | 48 | 3.33 | 1.03 | | 3.10 | 0.76 | | |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 48 | 3.60 | 0.94 | | 3.16 | 0.81 | | *** |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 48 | 3.26 | 1.00 | | 2.73 | 0.84 | | *** |
| 17 同意したことを変更する権利 | 48 | 3.52 | 0.94 | | 2.82 | 1.01 | | *** |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 48 | 3.41 | 0.98 | | 2.87 | 1.08 | | ** |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 48 | 3.50 | 0.94 | | 3.09 | 0.92 | | ** |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 48 | 3.33 | 1.08 | | 2.87 | 0.89 | | ** |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 48 | 3.40 | 0.96 | | 3.02 | 0.95 | | ** |
| 22 尊厳死の権利 | 48 | 3.48 | 1.07 | | 3.16 | 1.02 | | * |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 48 | 3.42 | 1.01 | | 2.91 | 0.87 | | *** |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 48 | 3.42 | 1.01 | | 2.98 | 0.94 | | *** |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 48 | 3.44 | 0.99 | | 3.04 | 1.09 | | ** |

*P<.05 **P<.01 ***P≤.001

(対応のある) した結果、有意差があったのは24項目であった。

2) 看護師の患者権利への係わり度と患者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(看護師の患者権利への係わり度)」の理想と「看護師はどの程度係わっているか(看護師の患者権利への現実の係わり度)」の現実について尋ねた(表5)。一般論としての意識の平均値(3.52)より看護師の立場としての意識の平均値は(3.39)やや低くなった。

看護師の患者権利への現実の係わり度(2.95)は、理想としての患者権利への係わり度(3.39)よりかなり低かった。

看護師の理想の平均値の高いものは「痛みを遠慮なく表現できる権利」(3.64)、「看護・治療計画に参加する権利」(3.60)、「痛みから解放される権利」(3.59)であり、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」(3.04)、「悪い予後を知られる権利」(3.11)であった。現実についての平均値の高いものと低いものは、理想の平均値よりは低いが、ほぼ同じ項目であった。理想と現実のギャップがあるものは、「医療ミスの被害を知らされる権利」(0.74)、「同意したことを変更する権利」(0.70)であった。

看護師の権利への係わり度(理想)に対して、一般看護師とICU・救急看護師の認識の違いをt検定(独立した)すると、「悪い予後を知られる権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」に有意差(P<.05)があった。また、権利への現実の係わり度では、「治療選択肢を知らされる権利」に有意差(P<.05)があった。理想と現実について勤務区分別の認識の違いをt検定(対応のある)した結果、有意差があったのは24項目であった。

3) 患者の権利に対するアドボカシー実践の構成要素と影響を及ぼす要因

看護師の患者の権利に対する現実の係わり度から、構成要素(因子)を抽出するために、サンプル数が少ないが、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特定の因子に0.40以上の負荷量で、且つ他の因子に0.35以上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、平均値と標準偏差(SD)から検討した(表6)。また、ヒストグラムの形状も確認していった。天井効果を示した「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」、「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。②については、既に①で削除された項目を除いて、「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(表7)。③については、「自分のカルテや看護記録を見る権利」を削除した。残り15項目を固有値、スクリープロット、解釈可能性から判断し、2因子固定による検索的因子分析を行った。結果は表8に示す通りである。各因子のクロンバックα係数から内的整合性はあり、また、因子間相関はやや弱い関係ではあるが2因子抽出は妥当である。

第1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」の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、【主体的参加(権)】と命名した。第2因子は7項目で、複数の「～を知らされる権利」と知らされる情報から「治療を自分で選択する権利」などで構成されているので、【情報の提示(権)】と命名した。

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知るために、2因子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、患者の権利・人権の学び、アドボカシー・権利擁護の学び)とで重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。そ

表6 患者権利への現実の係わり度における天井効果項目

| | 平均 | SD | 平均+SD | 平均-SD |
|-----------------------|------|------|-------|-------|
| 1 個人情報を他人に漏らされない権利 | 3.28 | 0.91 | 4.19 | 2.37 |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 2.83 | 0.90 | 3.73 | 1.93 |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 2.83 | 0.85 | 3.68 | 1.98 |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | 2.52 | 0.91 | 3.43 | 1.61 |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 2.83 | 0.88 | 3.70 | 1.95 |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | 2.91 | 0.94 | 3.85 | 1.97 |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 2.83 | 1.02 | 3.84 | 1.81 |
| 8 悪い予後を知られる権利 | 2.65 | 0.95 | 3.60 | 1.70 |
| 9 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 2.65 | 0.85 | 3.50 | 1.80 |
| 10 わからないことを質問する権利 | 3.20 | 0.91 | 4.11 | 2.29 |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 2.76 | 0.80 | 3.56 | 1.96 |
| 12 痛みを遠慮なく表現できる権利 | 3.33 | 0.85 | 4.19 | 2.48 |
| 13 痛みから解放される権利 | 3.33 | 1.00 | 4.33 | 2.33 |
| 14 抑制されない権利 | 3.10 | 0.76 | 3.85 | 2.34 |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 3.16 | 0.81 | 3.96 | 2.35 |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 2.73 | 0.84 | 3.57 | 1.89 |
| 17 同意したことを変更する権利 | 2.82 | 1.01 | 3.83 | 1.81 |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 2.87 | 1.08 | 3.95 | 1.79 |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 3.09 | 0.92 | 4.01 | 2.16 |
| 20 代理人に意向を託す権利 | 2.87 | 0.89 | 3.76 | 1.98 |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 3.02 | 0.95 | 3.97 | 2.07 |
| 22 尊厳死の権利 | 3.16 | 1.02 | 4.18 | 2.14 |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 2.91 | 0.87 | 3.79 | 2.04 |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 2.98 | 0.94 | 3.92 | 2.04 |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 3.04 | 1.09 | 4.13 | 1.95 |

表7 相関の強い(γ=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 | γ=0.843 |
| 一般に病名を知らされる権利と深刻な病名を知らされる権利 | γ=0.868 |
| 代理人に意向を託す権利と治療をやめる・拒否する権利 | γ=0.811 |
| 代理人に意向を託す権利と孤独死を迎えない権利 | γ=0.822 |
| 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 | γ=0.909 |

表 8 患者の権利の因子分析（主因子法）：プロマックス回転後の因子負荷量

| 患者の権利 | 抽出因子 | | クロンバック α係数 | |
|-----------------------|--------|--------|---------------|-------|
| | 第1因子 | 第2因子 | | |
| 第1因子：主体的参加（権） | | | | |
| 19 治療をやめる・拒否する権利 | 0.955 | -0.104 | 0.927 | |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 0.925 | -0.066 | | |
| 14 抑制されない権利 | 0.812 | -0.11 | | |
| 24 リビング・ウイルを実行してもらう権利 | 0.799 | 0.069 | | |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 0.758 | 0.101 | | |
| 17 同意したことを変更する権利 | 0.714 | 0.131 | | |
| 15 看護・治療計画に参加する権利 | 0.706 | -0.071 | | |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 0.579 | 0.055 | | |
| 第2因子：情報の提示（権） | | | | |
| 16 治療を自分で選択する権利 | -0.157 | 0.927 | | 0.904 |
| 8 悪い予後を知らされる権利 | -0.154 | 0.919 | | |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | -0.088 | 0.707 | | |
| 2 治療選択肢を知らされる権利 | 0.254 | 0.659 | | |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 0.323 | 0.601 | | |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 0.340 | 0.554 | | |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | 0.311 | 0.453 | | |
| 固有値 | 8.541 | 1.586 | | |
| 累積寄与率 | 54.64 | 62.76 | | |
| 因子間相関 | 1 | 2 | | |
| | 1 | — | 0.695 | |
| | 2 | — | — | |

表 9 各因子と属性の重回帰分析（ステップワイズ法）

| 独立変数 | 標準偏回帰係数(β) | |
|--------------------|------------|-------|
| | 従属変数 | |
| | 主体的参加 | 情報の提示 |
| 経験年数 | -.387* | — |
| 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 | — | — |
| 調整済みR ² | .115* | |

* p<.05

年齢と経験年数は相関が強い(γ=.78**)ので年齢は省く

の結果は表9に示すように、「主体的参加（権）」と経験年数に負の関係があった（調整済みR²=.115, β=-.387, p<.05）。事象を説明する精度は高くないが（調整済みR²=.115, p<.05）、経験年数が長ければ、患者の主体的参加に関わる権利への活動をしているわけではない（経験年数が長いほど活動をしない傾向にある）。

V. 考 察

日本とハワイ州の調査のサンプル数に差があり、特にハワイ州については分析精度に問題はあるが、比較するに耐える最低数（30サンプル数）はあるので、両者の結果（日本の看護師に対する調査結果は文献4）5）よ

りを比較しながら考察を述べる。

1. 対象者の属性の概観

1) 年齢及び経験年数

平均年齢は日本34.9歳（SD±6.69）、ハワイ44.1歳（SD±9.56）からも分かるように、日本では25～39歳の人が74.6%を占めるが、ハワイでは37.4%であり、逆に50歳以上は日本3.6%、ハワイ33.6%である。同様に経験年数も日本は平均12.5年（SD±6.26）で、16～20年（17.0%）、8～9年（15.3%）が多く、ハワイは平均17.6年（SD±10.54）で、21年以上が39.6%、16～20年が12.5%を占めている。年齢と経験年数は相関するが、どちらもハワイが高い。医療システムの違いにも関連していると思われるが、対象者の選定の限界が影響している。

2) 卒業した学校及び修得した学位

日本は看護専門学校が82.6%であり、ハワイは大学が56.3%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75.0%と高く、博士も2.1%ある。看護教育の充実を示している。

3) 患者の権利・人権及びアドボカシー・権利擁護についての学びの状況

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%）、主に教育の場で学んでいる。しかし、アドボカシー・権利擁護についての学びは、日本では3割（28.8%）であるのに対してハワイは9割（89.6%）が学び、しかも8割（81.4%）が学部までの教育の場で学んでいる（大学

院でも44.2%)。

日本も看護教育の4年制化が図られ、近年では大学の数も150校にもおよんでいるが、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。日本の看護領域にアドボカシーの言葉が紹介されたのは1995年の小玉によるJenny, J.の文献レビューであり⁸⁾、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」のシンポジウムが最初である。看護教育のテキストに取り上げられたのも1997年以降であり、記載範囲も極めて少なく、意味は「擁護」とされている程度である^{9)~13)}。従って、日本ではアドボカシーの言葉も知らない看護師がまだ多い状況である。またアドボカシーの概念化も十分検証されていない状況では、教育の場で教えていくにも課題がある。

2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 看護師のアドボカシー責務について

看護師のアドボカシー責務に対する理想も現実も肯定的であるという点で、日米の考えに差はない。その理由も理想として[接する時間が長い]、[看護師の仕事として当然]であると考え、現実にも[責務を持っている/意識している]という傾向も同じである。

日本の意識は[患者は弱者]、[プライバシーの保護]に対し、ハワイは[医学的な専門知識を持っている]、[全ての患者にアドボカシーが重要]であるとし、現実にも[患者の代弁者である]という認識である。ハワイでは専門職としての活動を意識した上での現実的な責務を表明している。

2) 看護師のアドボカシー実践について

看護師のアドボカシー実践に対する賛意は、日米とも肯定的である(日本73.7%/ハワイ89.6%)。さらに、本人のアドボカシー実践の有無については、日本は「実践有り」が49.9%、ハワイは89.6%で日本の1.8倍である。記述内容のうち[患者の希望に応じる]、[痛みのコントロール]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伺われる。一方ハワイでは[医師の治療が適切でない]時や[意思決定/治療選択を助ける]などが上位を占め、医師への進言・苦言を呈し、患者の意思を尊重するような、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リアルに具体的に表明されている。またアドボカシーを実践しうる看護師自身の特性を強調している。

3) アドボカシー実践への特別な教育・経験について

日米とも必要性は9割の人が認めているが、日本は実際に教育を受けてきたのは2割、現場で教育が受けられると答えた人は3割であり、ハワイでは実際に9割が受けている。この状況からハワイではアドボカシー実践に

向けた特別な教育がより強化されていることが推定される。

4) アドボカシー実践に必要な医療環境について

7項目の医療環境に対して理想として日米とも必要であるとしている。現実には「ゆとりある業務」が出来ない(日本75.7%/ハワイ58.4%)、「民主的な職場環境」がある(日本58.3%/ハワイ85.4%)において日米に違いがある。日本は「ゆとりある業務」と「民主的な職場環境」が欠如していると考えている。この2項目の日米の差のt検定結果は、「ゆとりある業務」($t = -3.487$, $df = 402$, $P = .001$)、「民主的な職場環境」($t = -3.447$, $df = 58$, $P = .001$)である。

5) アドボカシー実践を促進する職場環境について

理想として日米とも上位に挙げているものは、「患者中心の看護」と「看護スタッフの協力の精神」であるが、それらの次に日本は「ゆとりある業務」、ハワイは「医師はあくまで同僚」としている。現実にはないものとして、日本は「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」、「民主的な雰囲気」であるのに対して、ハワイは「ゆとりある業務」であるが、日米の差をt検定すると、「医師はあくまで同僚」($t = -4.705$, $df = 65$, $P = .000$)、「看護スタッフの協力の精神」($t = -1.992$, $df = 378$, $P = .047$)に有意差がみられる。

4) 5)からは患者中心の医療を考える場合、医療関係者は同僚でありパートナーシップという関係の民主的な職場が構築されないとアドボカシー実践はできにくいという構図が見えてくる。看護の独自性を活かしながら他職種特に医師との関係を見据え、看護師自身がアドボカシー実践に必要な専門的知識とアドボカシーを実践していく必要性の認識と積極性や忍耐強さという特性を身につけていくことが重要である。

6) 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人が賛意を示しているし、実際に責任を取ってくれていると7割前後(日本73.2%/ハワイ66.7%)の人は回答している。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伺われる。

7) 他者からのアドボカシーが必要な状況について

アドボカシーの必要と考えられる状況5項目に対するアドボカシーの実施状況については日米に差はないが、それ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、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。

3. 患者の権利に関する看護師の認識について

日本とハワイの両国とも、一般論に比べて、看護師としての患者権利の認識は、理想より現実の平均は低いが、理想と現実において、殆どの権利に有意な差が見られる。このことは、臨地現場で患者の権利を保証・擁護する係わりは、日本はもとより、「医師はあくまで同僚」という職場の環境があるハワイにおいても、難しい状況が伺われる。その状況の中で、日本とハワイの看護師として患者の権利への現実の係わり度において、認識に差がある権利は、表10に示す通り、「代理人に意向を託す権利」、「尊厳死の権利」、「リビング・ウィルを執行してもらう権利」、「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」、「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」、「信仰・宗教儀式を行う権利」の8項目である。これらの権利を概観すると、米国において、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）に則った権利である。ハワイの看護師は、法的に裏付けられて関わっていると推測される。

4. アドボカシー実践に影響を及ぼす看護師の要因

ほぼ同じ基準（日本では③の基準のうち他の因子への負荷量が0.30以上0.40未満の項目を削除）による25項目に対する日本の因子分析結果は、19項目4因子で（表11）ある。各因子（構成要素）に対する看護師の基本属性の重回帰分析（ステップワイズ法）の結果は、表12の通りである。【情報の提示（権）】とアドボカシー・権利擁護の学びとは正の関係（調整済み $R^2=.11 \cdot p < .05$, $\beta = .36 \cdot p < .05$ ）、【主体的参加（権）】とアドボカシー・権利擁護の学びとは正の関係（調整済み $R^2=.17 \cdot p < .0$

1, $\beta = .30 \cdot p < .05$ ）、また、修得した学位とは負の関係（調整済み $R^2=.17 \cdot p < .01$, $\beta = -.33 \cdot p < .05$ ）である。すなわち、日本では修得した学位が高くなるほど患者の権利・利益を守る実践は行わないが、アドボカシー・権利擁護について学ぶほど実践するということである。

ハワイは【主体的参加（権）】と臨床経験が負の関係であり、臨床経験が長くなるほど患者の権利・利益を守る実践は行わない。しかし9割がアドボカシー・権利擁護について学んでいる背景を考え合わせると、日本もハワイも情報の提示や主体的な参加に向けたアドボカシー実践を促進する看護師の要因は、アドボカシー・権利擁護を学んだかどうかである。

VI. 結語

ハワイ州で調査を行うことに対して倫理面で大変苦労した。想像以上の厳しさの中で、サンプル数を確保した状況である。従って、調査結果は精度という点で問題はあるが貴重なデータであり、医療制度・体制や個人の権利についての考え方が醸成されている米国の看護師のアドボカシーの認識を知り、日本の看護師との認識の違いがどのようなものかを知ることは、アドボカシー概念を考えていくときには重要になる。この調査の結果は日米で共通する部分もあるが、権利を保障する法規・法律や権利に関する声明文を遵守する精神に基づくレベルの高いアドボカシー実践がハワイでは行われている。日本の患者の権利の因子分析をAmosによる構造方程式モデリング（共分散構造分析）で、Fryの看護アドボカシーの概念の妥当性が検証できたので、その結果をハワイのデータで検証する予定であったがサンプル数が少なくできなかったのは残念である。しかし、2因子について、日本と同じ因子が抽出できたことから、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る。今後このデータを活かすには、日本のデータと統合してサンプル数を増やした中で構造方程式モデリングの分析をしていくことである。また、今回は日本の結果とハワイの結果からの比較の概要であるが、日米の統合データ

表10 ハワイと日本の患者権利への現実の係わり度

| 権利項目 | 日本の 平均値 | ハワイの 平均値 | ハワイと日本の差 | | | |
|--------------------|------------|-------------|----------|-------|-----|----------|
| | | | 平均値の差 | t 値 | 自由度 | 有意確率（両側） |
| 自分のカルテや看護記録を見る権利 | 1.96 | 2.65 | -0.69 | -4.55 | 363 | 0.000 |
| 看護・治療計画に参加する権利 | 2.61 | 3.16 | -0.55 | -4.12 | 60 | 0.000 |
| 臨床試験の参加、不参加の権利 | 2.25 | 2.87 | -0.62 | -3.64 | 365 | 0.000 |
| 治療をやめる・拒否する権利 | 2.62 | 3.09 | -0.47 | -3.25 | 367 | 0.001 |
| 代理人に意向を託す権利 | 2.55 | 2.87 | -0.32 | -2.21 | 364 | 0.028 |
| 尊厳死の権利 | 2.85 | 3.16 | -0.30 | -2.04 | 362 | 0.042 |
| リビング・ウィルを執行してもらう権利 | 2.63 | 2.98 | -0.35 | -2.29 | 337 | 0.023 |
| 信仰・宗教儀式を行う権利 | 2.47 | 3.04 | -0.57 | -3.54 | 361 | 0.000 |

表11 日本の患者の権利の因子分析（主因子法）：プロマックス回転後の因子負荷量

| 患者の権利 | 抽出因子 | | | | クロンバック α係数 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 第4因子 | |
| 第1因子：個の尊重（権） | | | | | |
| 22 尊厳死の権利 | 0.940 | -0.060 | -0.091 | 0.037 | 0.890 |
| 24 リビング・ウィルを実行してもらう権利 | 0.824 | 0.032 | -0.048 | 0.028 | |
| 23 延命治療を拒否する権利 | 0.750 | 0.094 | 0.069 | -0.071 | |
| 21 孤独死を迎えない権利 | 0.737 | -0.102 | 0.057 | 0.099 | |
| 25 信仰・宗教儀式を行う権利 | 0.583 | 0.057 | 0.114 | -0.022 | |
| 第2因子：情報の提示（権） | | | | | |
| 6 一般的に病名を知らされる権利 | -0.028 | 0.948 | -0.088 | -0.154 | 0.856 |
| 7 深刻な病名を知らされる権利 | 0.038 | 0.824 | -0.070 | -0.175 | |
| 5 副作用や危険性を知らされる権利 | -0.083 | 0.628 | 0.121 | 0.177 | |
| 3 症状を詳細に知らされる権利 | 0.085 | 0.588 | -0.037 | 0.196 | |
| 2 治療選択を知らされる権利 | -0.005 | 0.547 | 0.114 | 0.136 | |
| 4 医療ミスの被害を知らされる権利 | -0.013 | 0.518 | 0.104 | 0.100 | |
| 第3因子：主体的参加（権） | | | | | |
| 17 同意したことを変更する権利 | -0.094 | -0.087 | 0.884 | 0.200 | 0.874 |
| 18 臨床試験の参加、不参加の権利 | 0.012 | 0.005 | 0.877 | -0.197 | |
| 19 治療を止める・拒否する権利 | 0.244 | 0.031 | 0.706 | -0.109 | |
| 16 治療を自分で選択する権利 | 0.092 | 0.136 | 0.560 | 0.054 | |
| 自己管理（権） | | | | | |
| 13 痛みから解放される権利 | 0.024 | -0.136 | -0.049 | 0.790 | 0.733 |
| 14 抑制されない権利 | -0.026 | -0.024 | -0.057 | 0.651 | |
| 10 わからないことを質問する権利 | 0.075 | 0.053 | -0.002 | 0.601 | |
| 11 知りたくない情報は告げられない権利 | 0.033 | 0.115 | -0.015 | 0.528 | |
| 固有値 | 8.016 | 1.937 | 1.531 | 1.000 | |
| 累積寄与率 | 40.09 | 48.14 | 53.57 | 57.14 | |
| 因子間相関 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | — | 0.510 | 0.682 | 0.561 | |
| 2 | | — | 0.657 | 0.467 | |
| 3 | | | — | 0.553 | |
| 4 | | | | — | |

表12 日本の各因子と属性の重回帰分析（ステップワイズ法）

| 独立変数 | 標準偏回帰係数 (β) | | | |
|--------------------|-------------|-------|-------|------|
| | 従属変数 | | | |
| | 個の尊重 | 情報の提示 | 主体的参加 | 自己管理 |
| 経験年数 | | | | |
| 卒業した看護学校 | | | | |
| 修得した学位 | | | -.33* | |
| 勤務部署 | | | | |
| 権利・人権の学び | | | | |
| アドボカシーの学び | .36* | | .30* | |
| 調整済みR ² | .11* | | .17** | |

*p<.05 **p<.01

年齢と経験年数は相関が強い (r=.85**) ので年齢は省く

による様々な解析を行い両者の違いをより実証的・客観的に明確にしていく必要がある。

謝 辞

見知らぬ日本の私に、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ハワイの看護師のみなさまに深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹村節子：看護におけるアドボカシー—文献レビュー，人間看護学研究 No. 3.1-11, 2006
- 2) 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, 39-51, 日本看護協会出版会, 2000
- 3) Fry, S. T. & Johnstone, J. : Ethics in Nursing Practice. International Council of Nurses (ICN). Second Edition, 55-63, 2002
- 4) 竹村節子：「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 人間看護学研究 No. 3., 31-49, 2006
- 5) 竹村節子：「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 —臨床経験5年以上の看護師へのアンケート調査—, 日本看護学教育学会誌 16 (3), 13-28, 2007
- 6) デービス A. J., 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
- 7) Davis, Anne J., Emiko Konishi, Marie Tashiro : A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. Nursing Ethics, 10 (4), 404-413, 2003
- 8) 小嶋香津子監修：患者の代弁—もう一つの看護の役割 (1979年 ジーン・ジェニイ), インターナショナルナーシングレビュー 18 (5), 64-68, 1995
- 9) 坪井良子・松田たみこ編：考える基礎看護技術, 廣川書店, 41-42, 1997
- 10) 氏家幸子監修：D リハビリテーション患者の看護 第2版, 廣川書店, 39, 2003
- 11) 大西和子・岡部聡子編：成人看護概論, ニューヴェルヒロカワ, 66, 150, 2005
- 12) 鈴木志津江・藤田佐和編：慢性期看護論, ニューヴェルヒロカワ, 159-166, 2005
- 13) 池松裕子・山勢善江編：急性期看護論, ニューヴェルヒロカワ, 20-21, 2005

(Summary)

Awareness among nurses in Hawaii toward advocacy for benefits and rights of adult patients —A comparison of nurses' awareness between Japan and Hawaii—

Setsuko Takemura

School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

Background Do patients receive medical care services based on their own decision in current clinical settings? To clarify the roles of nurses, we need to understand how they perceive human rights, particularly patients' rights, and address relevant issues; what factors may promote the practice of advocacy. While I have reported the result from my survey in Japan in nurses working at hospitals with 300 or more beds in the Kinki region and offered a conceptualization of the term "advocacy," whether the concept of advocacy can be universally applicable has not yet been studied.

Objective To study the concept of nursing advocacy from the standpoint of practice nurses in the USA, where people have a high awareness of rights, in order to clarify the values and elements that compose the concept of advocacy; and to compare the result with the result obtained from the survey in Japan. It is hoped that this study will help assess whether the concept of advocacy can be universally applicable.

Method A questionnaire survey was conducted in 48 nurses with five or more years of clinical experience at medical facilities in Hawaii, using the questionnaire form used for the survey in Japan.

Results While nurses in Japan play a role as a coordinator between patients and doctors, nurses in Hawaii play a more active role from the patient's point of view: They offer their opinions and advice to doctors in a way to respect patients' wishes. While factors that interfere with advocacy efforts in Japan were "stressful working schedule," "dominant-subordinate doctor-nurse relationship" and "less democratic environ-

ment," those in Hawaii was "stressful working schedule." As for the involvement of nurses in advocating for patients' rights, significant differences were observed in rights for patients to "delegate decisions to their representative," "die with dignity," "have their living will be followed," "discontinue and/or refuse treatment," "access their own medical and nursing records," "participate in nursing and treatment planning," "decide whether or not to participate in a clinical study" and "perform a religious ceremony." As for factors affecting the elements of advocacy, "information provision (right)" was positively correlated with the learning of advocacy and "subjective participation (right)" was negatively correlated with an earned academic degree in Japan. In Hawaii, "subjective participation (right)" was negatively correlated with clinical experience. In the survey result, 90% of the respondents had learned about advocacy, indicating that a major factor to encourage nurses to engage in advocacy is whether or not they have learned about advocacy.

Conclusion While the accuracy may not be very high due to the limited number of samples in the survey in Hawaii, there was more than a little difference in understanding of nurses' rights and advocacy between nurses in Hawaii and those in Japan due to different medical systems. The survey result indicates the positive attitude toward advocacy supported by laws and regulations to protect patients' rights in the USA.

Key Words Nurses in Hawaii, nurses' awareness and reality, patients' rights, advocacy, comparison between Japan and the US (Hawaii)