

看護アドボカシー概念の検討

足立智孝

1. はじめに

わが国で2000年4月から実施されている成年後見制度は、認知症や精神障害などで判断能力（事理弁識能力）が衰えたり、あるいは無くなったりした人を保護するために、本人の法律行為を制限し、本人のために法律行為をしたり、本人による法律行為を支援する人（後見人）を選任する制度のことである¹。最高裁判所が公表している成年後見制度の利用状況をみると、制度の利用申し立て件数は、本制度が開始された2000年度には約9,000件であったが、ほぼ毎年増加しており、2009年度には27,397件に達した²。高齢者の増加、障

¹ 本制度は、法定後見制度と任意後見制度の二つの仕組みから成る。法定後見制度は、判断能力のレベルによって三段階に分かれる。判断能力が少し衰えた場合は「補助」、高度に衰えると「保佐」、常時なくなると「後見」になる。本人や親族の申し立てを受けた家庭裁判所が、後見などの開始を決定し、判断能力に応じて、補助人、保佐人、後見人をつける。身近に親族がない場合には、各自治体の長が申し立てることも可能である。もう一方の任意後見制度は、予め自分の後見人を決めておく制度である。判断能力のなくなった状態に備える仕組みである。後見人は財産の管理とともに身上監護も行い、本人を見守り、身体および精神の状況に応じて、必要な福祉サービスの提示を判断するなどの役割を担う。成年後見制度については、たとえば、以下の文献を参照されたい。新井誠編『成年後見—法律の解説と活用の方法』（有斐閣、2000）、加藤淳一『事例でみる新成年後見制度』（大成出版社、2000）。

² 申し立て件数などの状況については、次を参照。最高裁判所ウェブサイト「成年後

害者を取り巻く環境が厳しい現状にあること、さらに資産のある認知症高齢者を狙った悪質商法も目立ってきているといった背景が、成年後見制度に対する関心の高まりの要因となっている³。しかしその一方で、2009年までに申し立てられた件数の累計約20万件は、国内の認知症および知的・精神障害者の推計約500万人の約4%にとどまり低い水準であること⁴、また高齢者の増加に伴う認知症高齢者の増加が予想されていること⁵などから、今後はさらに成年後見制度の利用者の増加が予想される。

この成年後見制度の思想的な基盤となるのが、アドボカシー（advocacy）の概念である。アドボカシーは日本語で「権利擁護」「利益擁護」「代弁」などと訳されることが多いが、この概念は、法律や社会福祉の分野だけでなく、医療分野の中でも注目されてきた。在宅医療や介護、また訪問看護を推進する現在のわが国の医療福祉行政においては、医療、看護、社会福祉、介護福祉の領域の連携が必要となっている。このような状況で、医療と社会福祉領域を横断して通用可能な概念と考えられるアドボカシーに注目することは、医療と福祉分野に通底する専門職倫理を考える上で重要である。

わが国におけるアドボカシーに関する研究を見ると、社会福祉分野での研究⁶とともに、医療分野では、特に看護分野において研究されてきた。近年では、看護系の学術雑誌にアドボカシーの特集が取りあげられるなど関心を集めつつある⁷。日本の研究者によるアドボカシーの研究は、たとえば、日本の

見関係事件の概況」〈<http://www.courts.go.jp/about/siryu/kouken.html>〉（2010年9月22日閲覧）

³ 赤沼康弘「ご存知ですか あなたのための『成年後見制度』」『読売新聞』（2010年9月20日付）

⁴ 「読売新聞」（2010年9月21日付）

⁵ 高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的研究会）資料によると、認知症高齢者数（要介護認定者数のみ）は、平成22年度の208万人（推計）から平成25年度には385万人（推計）に達すると推計されている。「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」（厚生労働省2008年7月8日）〈<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>〉（2010年8月31日閲覧）。

⁶ たとえば、秋山智久「権利擁護とソーシャルワークの果たす役割—アドボカシーを中心に」『社会福祉研究』75(1999): 23-33.

⁷ たとえば、『インターナショナルナーシングレビュー』26.5（2003年10月）には、

看護師が患者アドボカシー (patient advocacy) に対してどのような考え方をもっているのかを予備的に調査した研究⁸、あるいは外国文献を精査し、日本人看護師に対するアドボカシーの実践に関する調査を行った質的研究⁹、また海外での研究動向を紹介した論文¹⁰などが散見される。しかしながら、文献を渉猟する限り、わが国ではアドボカシーについての必要性は論じられてはいるものの、アドボカシーに関する本質的な研究、あるいは体系的な研究はあまり見られない¹¹。特にアドボカシーの概念に関する検討を行った研究はほとんど見当たらない。そこで、本稿では、諸外国の文献で看護分野におけるアドボカシーの概念がどのように論じられているのかを整理し、最後にわが国におけるアドボカシー概念の適用に関する若干の考察を行う¹²。

2. Advocate/advocacy の意味

Advocate (名詞形) の語源は、ラテン語の *advocātus* であり、その意味は、「誰かに召喚された人、とりわけ、誰かの訴訟のために法廷に呼び出され証言する人 (One summoned or 'called to' another, esp. one called in to aid one's cause in a court of justice.)」である。そして *advocacy* (名詞形) とは、advocate が行うこと、また *advocate* の役割や機能を指した語である。

Oxford English Dictionary を見ると、advocate は、(1) One whose profession it is to plead the cause of any one in a court of justice; a counselor or counsel. (法

アドボカシーの特集が組まれている。

⁸ Ann Davis, Emiko Konishi and M. Tashiro, "A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy," *Nursing Ethics* 10.4 (2003):404-413.

⁹ 本間チェン 繭子 「日本における看護職の患者擁護に関する概念」『看護研究』34.3 (2001): 47-63.

¹⁰ 石本傳江 「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ナースングレビュー』26.5 (2003) : 62-69.

¹¹ *Ibid.*, 62.

¹² アドボカシー (advocacy) は、「権利擁護」「利益擁護」「代弁」などの様々な日本語に訳されるが、固定した日本語訳を用いると用語の意味が限定される可能性がある。そこで本稿では、特定の意味を表す場合を除き、英語表記「advocacy」、あるいはカタカナ表記「アドボカシー」を用いることにする。

廷で誰かの訴訟を弁護する専門職)、(2) One who pleads, intercedes, or speaks for, or in behalf of, another; a pleader, intercessor, defender. (原告、仲裁者、被告などの他者のために、弁論、仲裁、弁護する人)、(3) One who defends, maintains, publicly recommends, or raises his voice in behalf of a proposal or tenet.

(提案や教義のために、他者の意見を擁護、支持、公やけに推奨、あるいは提起する人)の三つの意味が最初に掲載されている。(1)や(2)はadvocateの語源に沿った意味であり、法律と密接に関連する意味となっている。また(3)では、advocateの意味を法律以外の文脈にも適用し広く捉えられた意味として記されている。

語源や辞書からは、advocate/advocacyが法律と密接に関連した用語であり、誰かが誰かを呼び出し、その呼び出された人が呼び出した人のために働くことという意味であることが分かる。法律の文脈では、呼び出す人がクライアントであり、呼び出された人が弁護人である。その弁護人がadvocateであり、またその弁護人の機能や働きのことをadvocacyとまとめられるだろう。

3. 看護アドボカシー

では、医療の文脈の中でadvocate/advocacyはどのように考えられるだろうか。誰が誰を何のために呼び出すのか。また呼び出された人は何を行うのか。ここでは、これらの疑問に答えるために、医療の文脈におけるアドボカシーに関する文献の中で、アドボカシーがどのように論じられているのかを整理することにする。

医療の文脈でのアドボカシーの文献は、看護分野の学術雑誌の中で、論文名やキーワードに患者アドボカシー(patient advocacy)、看護アドボカシー(nurse advocacy)あるいは看護におけるアドボカシー(advocacy in nursing)などの用語を含む文献が数多く検索できる。そこで、本稿では、看護者のアドボカシーに絞って論じることにする。

最初に、なぜ看護(職)の中でアドボカシーが注目されるようになったの

かについて、その歴史的な背景を探る。看護の文脈でアドボカシーを考える場合には、語源から意味を推測すると、呼び出すのは患者やクライアントであり、呼び出されるのは看護者になる。患者やクライアントが呼び出すのはなぜか、また呼び出された看護者が何を行うのかについては、看護アドボカシーを考える上での、本質的な問いになる。この問いについては、看護（職）におけるアドボカシーの代表的な三つのモデルを整理しながら考えることにする。

（1）背景—なぜ看護（職）でアドボカシーが注目されたのか

なぜ看護領域でアドボカシーが注目されるようになったのか。またそれはいつ頃のことなのだろうか。これらの疑問に対する回答は、看護者の役割や看護者のアイデンティティの変化が大きく関係する。

まず、アドボカシー概念を先駆的に取り入れたのは誰なのかの問いに対して、近代看護学の確立に多大な功労があったといわれる Florence Nightingale (1820-1910) であるとする研究者が見られる。彼女が活躍した19世紀後半ごろには、アドボカシー概念はなかったが、Nightingale がそれを最初に提唱したとする意見がある。Nightingale が看護者の役割として、患者に健康に影響を与える環境要因や社会的要因に注目し、それらを排除し、患者を護ることを考えた取り組みを行ったからというのがその理由である¹³。

しかし Nightingale は同僚の看護者たちに、看護者の務めとして、医師への服従を指導し、看護者の役割としての第一の関心事項は、必ずしも看護の対象者である患者にあるのではなく、看護者に命令を下す医師に向けられていた。そのため現在では、Nightingale の看護は、護るべき対象である患者への注意を第一に考慮する患者アドボカシーとは異なるものであったと考えられている¹⁴。

¹³ Margot L. Nelson, "Advocacy in Nursing," *Nursing Outlook* 36 (1988): 136-141.

¹⁴ P. Witts, "Patient Advocacy in Nursing," in *Themes and Perspective in Nursing*, eds. K. Soothill, C. Henry & K. Kendrick (London, UK: Chapman & Hall, 1992), 158-180.

それではいつ頃にアドボカシー概念を取り入れたのであろうか。Nightingale が行っていた看護実践も含め、長い間の看護の伝統は、患者を最優先する患者アドボカシーという考え方とは相容れないものであった。看護の伝統では、看護者は、看護実践において、患者に対して自発的に何かを行うことよりも、雇用者あるいは医師からの指示をどのように実施するのが重要な役割であった。看護者にとっては、雇用者に対する従属意識や実際に看護の指示を与える医師に対する従順な態度が重要なのであった。このような役割に基づいた看護者の姿勢や態度が、伝統的な看護文化を形成してきた¹⁵。このような医師の指示を忠実に実施するという看護者の役割は、国際看護者協会の倫理綱領中の、医師に対する「忠誠心と従属意識の維持 (maintaining loyalty and obedience)」という文言が二十世紀後半まで取り入れられていたことから分かるように、長く維持されてきた¹⁶。

しかし1960年代に入ると、看護者は自らの専門職としてのアイデンティティについて再考するようになる。看護理論研究者の Virginia Henderson によると、看護者は、医療機関の長あるいは機関の中で指示を与える医師を志向する (institution-centered) 看護ではなく、患者を志向する (patient-centered) 看護の模索を始めた。看護者たちは、自分自身の中に、他の専門職に従属する存在とは別の独自の存在を模索し始め、自律的な専門職としての新しいアイデンティティの確立を目指すようになった¹⁷。

看護者の専門職としての独自性および自律性を求める高まりは、看護者が医師の下位に位置づけられてきた医療界の階層構造に対抗するという面から大きく支持された。さらに、不均衡な立場に置かれる患者に対する支援が必要であるという、看護者の患者ケアの役割面からも支持されるようになった。二十世紀後半は、科学的医療の進歩を受けて、医科学的知識の不均衡が増大

¹⁵ Philip Woodrow, "Nurse Advocacy: Is It in the Patient's Best Interests?" *British Journal of Nursing* 6.4 (1997): 225-229.

¹⁶ この文言は、1973年になって削除された。

¹⁷ Virginia Henderson, *Basic Principles of Nursing Care* (Geneva, Switzerland: International Council of Nursing, 1960).

することにより、医師と患者の知識的な不均衡が、そのまま二者の関係に反映されていった。そのことが、患者の自律的な意思決定を大きく制限する大きな要因ともなった。医師と患者の関係は、膨大な医学的知識を持つ医師が全能であり、もしその医師が患者の医学情報を患者に伝えなかったり、あるいは伝えたとしても患者が理解できるように伝えないとしたら、患者は自分がどのような状況に置かれているのかについて何も知らないことになり、自分の身体を治療することにさえも参加できないような無力な人となる。自分自身の治療に参加する意思表示さえできないような状況に置かれた患者こそ、護られるべき対象ではないのかという問題意識が、患者アドボカシーの必要性を主張する動機となったのである¹⁸。そして、このような患者の支援ができるのは、患者の最も近くに配置され、患者の医学的な状態とともに、患者の主観的な状況も把握できる立場にいる看護師であるので、このような患者を護る役割こそが、看護師が担うべき独自の役割であり、看護師の新しいアイデンティティにふさわしいと考えられるようになっていったのである。

患者自らが自分の治療方針の決定に参加することを支援するという看護師の新しい役割はまた、1960年代のアメリカの患者の権利運動や医療現場におけるインフォームドコンセントの導入およびその定着とも関連し、看護師の重要な倫理的責務の一つとして定着していった。こうして1970年代後半までには、患者を最優先に考える、自律的な専門職としての看護職を支持する鍵概念であるアドボカシーは、看護師の倫理的実践における重要な価値と認められるようになった¹⁹。

現在では、アドボカシーは看護（職）を考える上で、重要な倫理的価値であることについて、異議を唱える者は少ないだろう。アメリカの看護倫理研究者であり、日本の看護界にも多大な影響を与えている Sarah T. Fry は、自

¹⁸ Jeanette Hewitt, "A Critical Review of the Arguments Debating the Role of the Nurse Advocate," *Journal of Advanced Nursing* 37.5 (2002): 439-445.

¹⁹ Sally Gadow, "Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing," in *Nursing: Images and Ideals*, eds. S.F. Spicker and S. Gadow. (New York: Springer Publications), 79-101.

身の著書の中で、看護実践上の倫理的概念として、「説明責任 (accountability)」、「協力 (cooperation)」、「ケアリング (caring)」そして「アドボカシー (advocacy)」の四つを挙げている²⁰。

また、世界各国の看護者の倫理綱領の中にもアドボカシーの用語が取り入れられている。国際看護協会やアメリカなどの諸外国の看護倫理綱領の中に明記されているのははじめ、日本の看護倫理綱領の中にも盛り込まれている。わが国では、1988年の日本看護協会「看護師の倫理規定」の中で初めて、「患者の権利擁護」の文言が明記された。またその後2003年に改訂された「看護者の倫理綱領」の条文4にも「看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」と明記されている²¹。

現在ではまた、患者アドボカシーが、看護者の倫理において必要不可欠であると同時に、看護者がアドボカシーの役割を自らに課すことで、看護者の倫理的イメージを高めているとも考えられている²²。

（２）看護アドボカシーモデル

看護者にとっての役割の変化、また自律性ある専門職としての看護職の新しいアイデンティティの確立に際して、アドボカシーの概念が取り入れられ、またその結果、アドボカシーの概念は、看護者の倫理的価値を表わす重要な

²⁰ Sarah T. Fry and Megan-Jane Johnstone, *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making* third edition (London: Blackwell, 2008), esp. chapter 3. 日本語訳は、サラ・T・フライ、メガン・ジェーン・ジョンストン『看護倫理の実践—倫理的意思決定のためのガイド』片田節子、山本あい子訳（日本看護協会出版会、2010）。

²¹ 日本看護協会「看護者の倫理綱領」（2003年）

<<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>>（2010年9月5日閲覧）

²² Gerald R. Winslow は、看護に対する隠喩（メタファー）のもつ威力を考察した論文において、法廷の中でクライアントの主張を弁護する者という意味のアドボケート（advocate）に由来するアドボカシーの隠喩は、弱者の権利の保護や権利の行使のために必要な、勇気、粘り強さ、忍耐といった能動的な徳を強調することになり、その隠喩で語られる看護者には、患者やクライアントに対して第一の責任を負う能動的な専門職と捉えられるようになったと述べている。アドボカシーの役割を職務に組み入れることで、看護者の道徳的イメージが高められたことを示した。Winslow, “From Loyalty to Advocacy: A New Metaphor for Nursing,” *Hastings Center Report* 14.3 (1984): 32-40.

用語として定着してきたことを見てきた。Jan Snowballは、今ではアドボカシーの用語は、看護に関するあらゆる実践活動と結びつけられて語られるようになり、看護（者）を語る上での「便利な流行語」になっているとも述べている²³。たとえば、アドボカシーは、意思決定における看護実践の必要条件である、あるいは意思決定における看護実践の結果である、またアドボカシーの具体的な内容としては、患者の自律を支えること、あるいは、患者の権限を高めること（empowerment）などと、看護活動において、多義に解釈され幅広く活用されているという意味で、「便利な流行語」になっているという。

アドボカシー概念はこのように、様々な意味として好んで用いられるようになってきてはいるものの、果たしてアドボカシーは何をすることなのか、また看護者が行うアドボカシーとは具体的に何をすることなのか、などの本質的な問いについては、必ずしも明確にされていない。そこで次に、三つの代表的な看護アドボカシーモデルである、人間尊重モデル、実存的モデル、機能的モデルを紹介することで、アドボカシーの概念を整理していく。

1) 人間尊重モデル human advocacy model

第一番目に取り上げる人間尊重モデルは、看護哲学者の Lear Curtin によって提唱されたアドボカシーモデルである。Curtin は、1970年代に入り、医科学、医療技術、そしてキュア（治療）を強調する医学モデルが急激に台頭してきたが、看護分野もこの医学モデルに追随してきたことに対して反省すべきであると考え、この反省を契機に、看護（職）について再考した。この際に彼女は、看護におけるケアの機能、あるいは看護職の役割といった社会的な見地から見直すよりも、看護とは何か、あるいはケアとは何か、看護を看護たらしめているものとは何か、といった哲学的で、看護（職）にとっての本質的な問いを考察することが必要であると考えた。

Curtin の人間尊重モデルは、以下に挙げるように二つの特徴にまとめるこ

²³ Jan Snowball, "Asking Nurses about Advocating for Patients: 'Reactive' and 'Proactive' Accounts," *Journal of Advanced Nursing* 24 (1996): 67-75.

とができる。

第一の特徴は、看護は「道徳的わざ (moral art)」を行うことであり、その哲学的基盤にアドボカシーを置くことである。Curtin は、看護の目的は、他者の福祉の向上であり、他者の福祉を向上させる目標は、科学的なものではなく、善を求める行為であり、他者との関係を含んだ道徳的なものと位置づけている²⁴。その際に看護者が備えるべき技術的スキルは、看護の道徳的な目標に沿って磨かれる「わざ」でなければならないので、したがって、看護を「道徳的わざ」と考えるのである。看護の知識やスキルを取得し、それを患者に適用することは、道徳的行為そのものということになる²⁵。

Curtin は、「道徳的わざ」としての看護実践の哲学的基盤をアドボカシーに置き、理想の看護者はアドボケート (advocate) と考えている。ここで彼女が考えるアドボカシーの概念は、単に患者の権利運動や法律概念で用いられるものではなく、看護者と患者の関係を構築する際の、最も重要な基盤を与えるものと考えている²⁶。

第二の特徴は、看護アドボカシーは、同じ人間に対して行うことという大前提がある。看護者は、患者に対するどんな役割があるのかといった役割に規定された関係を考える前に、お互いに人間であるという共通の認識があり、その上で関係を構築することと考えている点にある²⁷。このモデルは、私たちには、お互いに共有できる人間性、ニーズ、人権が備わっているという確信に基づき、アドボカシーが行われるべきという理想を表している。

人間を尊重することはどういうことなのか。Curtin は人間尊重モデルを考える上で、看護者が患者を看護する際に、病気によって患者の人間性がどのように傷つくのかという観点から考えることの重要性を説き、患者が傷つく

²⁴ Lear Curtin, "The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing," *Advances in Nursing Science* 1 (1979): 1-10, esp.2.

²⁵ *Ibid.*, 2.

²⁶ *Ibid.*, 2-3.

²⁷ *Ibid.*, 3.

ことを以下の四点にまとめている²⁸。

① 自律性・独立性の喪失

第一に、患者が病気によって傷つけられているのは、患者の自律性および独立性である。私たちは病気を患うと医療機関に行き、自分自身で発見したり治療したりすることのできない病気や障がいを受け入れなければならない。また患者はその病気などを治療して元通りに回復できるように医療者に頼らざるを得ない。この時に患者は、医療者などの他者に大きく依存することになり、独立性が失われ、自律が制限された状況に陥る。

一般生活において、私たちが困難な状況に直面した時には、その問題と対峙するかしないかの選択肢が与えられることが多い。しかし、病気や障がいに直面する時には、選択肢が与えられることはなく、逃避することはできない。患者には選択肢のない状況に追い込まれるのである。

さらに患者は自分の直面する問題に対峙するとしても、自力でコントロールすることは難しくなり、患者は不安感や恐怖の状態に曝されることが多くなる。このような自律性、独立性がない状況の患者は、医療者に何とかして下さいと「嘆願する者」にならざるを得ない。このような患者は、自尊心、自信、自己イメージが大変に傷つけられるのである²⁹。

② 行動の自由の喪失

第二に、病気になると、身体が不自由になるために、自分の行動する自由が少なくなる。その行動には、話す、聞く、見る、動く、体を支える、歩く、排泄の調整をする、などの日常生活の中で当たり前でできていたものも含まれる。つまり、行動の自由が大きく制限されるのである³⁰。

²⁸ Ibid., 4-6, リア・L. カーティン「アドボケートとしての看護師：患者を人として尊重すること」『インターナショナルナーシングレビュー』26.5 (2003): 34-38.

²⁹ Curtin, 4-5, カーティン, 36.

³⁰ Curtin, 5, カーティン, 36.

③ 意思決定能力の干渉・妨害

第三に、病気によって、選択能力が妨げられる。ここでの能力とは、選択する権利をいうのではなく、権利を行使する能力のことをいう。意思決定が成立するには様々な要因が関係する。その一つの要因は、その決定が理性に基づいて行われたことかどうかである。しかし、苦痛、障がい、心的外傷（トラウマ）、また治療のために服用する薬剤によって、患者が理性的な判断を下げなくなる場合も多い。したがって患者の理性的な判断能力が妨げられ、自己による意思決定ができなくなる³¹。

④ 他者の管理下に自分自身が置かれること

上記①～③の結果、患者は他者（特に医療者）の管理下に置かれることになる。①とも大きく重複するが、自力ではどうすることもできない状況にいる人は、他者の権力に身を委ねるしかなく、この状況に、脅威を感じる場合もある³²。

Curtin は、人間尊重アドボカシーのモデルに基づき、看護者が行うべきことは、上で挙げた患者の状況を認識し、理解できるようになることであると考える。その際に大切なことは、患者のニーズに配慮することであると述べる³³。特に②や③の意思表示ができない患者の場合には、看護者は、患者にとって価値あるものが何かを探り、その価値に基づき患者を支援することが、人間尊重アドボカシーの核心であるという³⁴。また患者が自分自身のニーズや価値——生きることや死ぬことの意義づけも含む——を発見できない場合には、それらを発見できるように支援することもアドボカシーの重要なポイントであると考え³⁵。

³¹ Curtin, 5.

³² Ibid., 6., カーティン, 36.

³³ カーティン, 36, 38.

³⁴ Curtin, 5.

³⁵ Curtin, 7.

まとめると、人間尊重モデルは、「道徳的わざ」の実践者である看護師が、患者の人間性を尊重することに基づく看護実践モデルである。患者の人間性を尊重することとは、病気によって傷ついた患者が求めていることは何かを見つけ出し、患者にとって大切なこと、患者の価値を理解して、それを満たすようにすることである。この実践を行う上では、看護師と患者は同じ人間であることを大前提としているため、看護師自身の人間性を高めることも求められる。

しかしこのモデルにはいくつかの問題点も指摘されている。一番の問題は、意思表示が困難な患者のニーズや価値観を探し出す役割を看護師に求めることは妥当なのかということである。他者である患者のニーズや価値観を探り出すことはたとえ家族であっても容易ではない。その任を患者の近くにいる時間が長い専門職ということで、看護師に求めることは妥当なのだろうか。もし、看護師が患者の本来の望みではない選択を誘導したとしたら、それはパターンリズムになるのではないか、という問題である。特に人間尊重モデルでは、看護師の人間性に期待する面が大きいため、逆に看護師の独善に陥る危険性の高さを指摘する意見も多く見られる³⁶。

2) 実存的モデル existential advocacy model

第二の実存的モデルは、看護哲学者の Sally Gadow によって提唱されたモデルである。先述した人間尊重モデルの提唱者である Curtin と同様に Sally も、アドボカシー概念を看護の哲学的基盤に据えるべきであると述べる。この実存的モデルでは、患者のニーズを満足させることができれば、それがアドボカシーであるといった、誰でも実行可能なアドボカシーを考えているのでは

³⁶ この問題の指摘については、次を参照されたい。Gadow, “Existential Advocacy,”; Mary Carol Ramos, “The Nurse–Patient Relationship: Theme Variations,” *Journal of Advanced Nursing* 17 (1992): 469–506; Philip Woodrow, “Nurse Advocacy: Is It in the Patient’s Best Interests?” *British Journal of Nursing* 6 (1997): 225–229; and P. Allmark and R. Klarzynski, “The Case against Nurse Advocacy,” *British Journal of Nursing* 2 (1992): 33–36.

なく、医療従事者の中でも看護師だけが実行可能なアドボカシーと考えられているモデルであり、そのため看護師独自の在り方を示す意味で実存的モデルと呼ばれる³⁷。

Gadow の実存的モデルの特徴は以下のようにまとめることができる。

第一に、このモデルは、自己決定する自由が最も基本的かつ価値あるものであるという原則（principle of respect for autonomy）に基づく。どのような善を実現する場合においても、実存的アドボカシーは、「本人の利益のため」という仁恵・善行原則（principle of beneficence）を理由に個人の自己決定を侵害するパターンリズムの危険性を孕むアドボカシーとは異なるものであることを強調している³⁸。これは、Curtin の提唱する人間尊重モデルとの違いである。実存的モデルでは、患者本人の利益を決定するのは、あくまで患者本人であり、看護師などの代理者ではないことになる。

このモデルの第二の特徴は、患者が自己決定する自由を正しく（authentically）行使できるように、看護師に支援を要請することである。「自己決定をする自由を正しく行使すること」の意味は、患者の意思決定が患者自身の心の底からの「本当」・「真実」の意思決定であると言えるレベルに到達させることである。

患者が「本当」あるいは「真実」の意思決定をすることとはどういうことなのか。Gadow によれば、自分自身の置かれた状況、周囲の環境、あるいは自分の持つ価値観を総合的に考慮し、患者本人が最も価値があると信じていることをできる限り患者の意思決定に反映させるような決定がなされることが、「本当」あるいは「真実」の決定である。したがって、もしこのような決定がなされない時に、たとえ本人が行った決定であったとしても、それは本人の「自己決定」にはならないという³⁹。

³⁷ Gadow, "Existential Advocacy," 80-81.

³⁸ *Ibid.*, 82-83.

³⁹ 松本幸子「看護におけるアドボカシー—サリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論について」『県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要』創刊号（2000）：35-48。特に41頁を参照。

しかし、自分自身の価値観を確認することはそれほど容易なことではない。特に、治癒が見込めない疾患に遭遇した場合に、それでも敢えて積極的な治療を継続し延命を求めるのか、あるいは残された少ない時間を大切な人と穏やかに過ごすなどの質的な充実を求めた生活を送ることを望むのか、などの究極的な状況に直面する時には、自らの価値観が問われ、揺さぶられ、また根本から変わることも十分に生じ得ることであろう。

このような場面で、看護者が実存的アドボカシーを実践するとは、どのように対処することになるのか。この場面で看護者に求められることは、患者の希望に沿うことをしたり、患者の望みを推定することではない。むしろ患者自身に、自分はどうしたいのかを気づかせることであったり、明確にさせるように手助けすることである。この実存的モデルで看護者に求められていることは、患者自らが自分の価値を検討し、認識するために援助したり、患者が自らの価値観とうまく整合した意思決定を行うことができるように支援することである⁴⁰。Gadowによれば、このようにして行われた決定だけが、自分の価値観ができる限り完全な形で、自己決定の中に取り込まれ、そして反映されたものになる。そして、このような意思決定のプロセスを経ることで、患者の自己決定は、他者から影響を受けたものでなく、「本当」に自分自身の意思に従って決定されたものになるというのである⁴¹。実存的アドボカシーを実践する際の看護者の役割とは、患者自身が再確認し、確定し、あるいはまた新たに創り出した価値を、患者の行う意思決定のプロセスの中で反映できるように支援することである⁴²。

Gadowはまた、患者が経験する病気や苦痛あるいは死にゆく過程の中で個人的な意味づけを行うプロセスの中にも、看護者が患者と深く関わる役割があると述べている⁴³。実存的モデルにおいては、患者が自己決定をする中で、患者個人の価値を反映し擁護することが看護者の役割であると述べてきた。

⁴⁰ Gadow, 85.

⁴¹ Ibid.

⁴² 松本, 41.

⁴³ Gadow, 97.

それに加え Gadow は、自己決定の究極の意味は、自分の経験を意味づけし、自分自身の行おうとする判断に意味づけすることと述べる⁴⁴。自由に意味づけするためには、個人が置かれた現在の状況、病気の臨床的な概念、専門家の喪失、障がい、苦痛に対する見方などに強制されないことである。ある特定の疾患に直面する患者は、その病気を患う現実に対して、様々な——道徳的、科学的、文化的、自然主義的、個人的——表現を用いて意味づけを行おうとする。

しかし、すべての患者が常に自分の経験に対して上手く意味づけできるとは限らない。上手くできない場合には、誰かに助けを求める必要がある。このような場合に、全体的視点から患者の経験を理解でき、またその患者に十分に関わることができる人が支援するのが理想的である。そして、その立場にあるのは看護者であり、その役割こそ看護者が担うべきなのである⁴⁵。

Gadow の実存的アドボカシーは、抽象的で、理解が難しい面もあるかもしれないが、看護師の松本幸子によれば、看護者の患者との関係性を的確に特徴づけており、臨床看護者にとって共感できる内容を含み、説得力のあるモデルになっているという⁴⁶。松本の言葉を借りて Gadow のモデルを説明すると、看護者である私という人間が、まるごと一人の患者に出会い、その患者が患者らしく生きていくことを支援する中で、看護専門職としての自分、また看護職である自分を含めたまるごと一人の人間としての自分が意識される営みが、この実存的アドボカシーモデルである⁴⁷。

最後に、Gadow の提唱する実存的モデルに対する問題点を簡単に指摘しておきたい。

一番の問題は、Megan-Jane Johnstone が指摘するように、自己決定を行う場合に、本当に自由を行使して意思決定するとはどういうことか、という点についてである。本稿でも「本当」「真実」といった語を用いて表現を試みた

⁴⁴ Ibid. 98.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ 松本, 44.

⁴⁷ Ibid.

が、その基準が曖昧であることについて指摘している⁴⁸。

さらにこの問題は、Curtin の提唱する人間尊重モデルが抱えるのと同じく、パターナリズムの問題にもつながる。実存的モデルでは、医療行為を行うか否かの最終判断は、自己決定する患者自身であるという立場をとり、人間尊重モデルとの区別を図り、パターナリズムの問題の回避を試みていることは前述した。この試みについては理解できるが、しかし、実存的モデルでは、患者自身に自らの本当の自分の意思を気づかせることを支援することが看護アドボカシーの重要な役割であると考える限り、何をしたいのかが明確でない患者に対して、看護者は簡単に患者の意思を操作したり、あるいは強い影響を及ぼして誘導する可能性がないとは言いきれない。したがって、実存的アドボカシーについてパターナリズムの問題から完全に免れることはないであろう。

3) 機能的モデル functional advocacy model

第三番目の看護アドボカシーのモデルは、看護教育者の Mary F. Kohnke によって提唱された機能的モデルと呼ばれる。前述した二つのモデルが、看護者に哲学的基盤を与えるものであり、看護者の道徳的役割を強調したモデルであったのに対し、Kohnke の提唱するアドボカシーモデルは、教育者としてアドボカシーについて看護学生に何を教えるのかという意識に立った具体的な教育内容を示したモデルである。看護者にとって何を実践することがアドボカシーをすることになるのか。すなわち、看護者のアドボカシーの機能的内容を示しているために、Kohnke のモデルは機能的モデルと呼ばれる。

このモデルを提唱した Kohnke は、前述の二つのモデルと比較して、アドボカシーのリスクについて、より配慮している。これは、Kohnke の著書の冒頭部分において、「アドボカシーは危険なものなのか、あるいは困難であろうか」、「アドボカシーは、あなたの健康に害を与えはしないだろうか」などと

⁴⁸ Megan-Jane Johnstone, *Bioethics: A Nursing Perspective* 2nd edition (Australia, Harcourt Brace & Company, 1994), 277-280.

問いかけていることから窺える⁴⁹。そして彼女はその回答で「はい、危険性があり、有害な場合さえある」としているにもかかわらず、アドボカシーは、良いこと（good thing）であり、また、よいこととして遂行されるべきであるという⁵⁰。ここから読み取れるのは、前述した二つのモデル提唱者よりもアドボカシーのリスクを承知した上で、それでもなお看護師がアドボカシーの機能を果たす上で行うべき実践を示していることである。Kohnke のこのような慎重な態度の上で提唱された機能的アドボカシーモデルは、看護者にとってより実践可能な具体的行動を示すものとなっている。

Kohnke の機能的モデルの特徴は以下のようにまとめることができる。

第一の特徴は、このモデルは、個人には自己決定権があるという確信に支えられていることである⁵¹。このモデルに基づく具体的な行動として示される看護者の役割は、患者に情報を提供すること（informing）、そして患者を支援すること（supporting）である⁵²。情報の提供は、患者が自己決定を行うために施され、また患者の支援とは、患者の自己決定を支援するという意味である。具体的行為のどちらも患者の自己決定の実現のために行われる。

患者の自己決定（権）を強調する点においては、Gadow の実存的モデルと通じるところがある。しかし、Gadow のモデルと異なるのは、この機能的アドボカシーモデルでは、患者が下す判断について、看護者は深く個人的な関わりを持つことを強調しないことである。この点は機能的モデルの第二番目の特徴である。すなわち、看護者の役割として果たすべきことは、患者の自己決定を助けるために適切と考えられる情報を患者に提供すること、および患者がどんな決断をしようとも、その決定を擁護することである。Gadow のモデルが看護者に対して患者との個人的な関わりを求め、患者の個人的な価

⁴⁹ Mary F. Kohnke, *Advocacy: Risk and Reality* (St. Louis, MO: C. V. Mosby Company, 1982), 2.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Xiaoyan Bu and Mary Ann Jezewski, “Developing a Mid-Range Theory of Patient Advocacy through Concept Analysis,” *Journal of Advanced Nursing* 57.1 (2007): 101-110.

⁵² Kohnke, 2.

値を探し出す手助けをすることまで要請するのに対して、Kohnke の機能モデルでは、看護者に対してはあくまで患者を客観視した関わり方を要請するモデルといえるだろう。

また第一および第二の特徴とも関連するが、機能的モデルの第三の特徴は、看護者には偏見のない情報を伝えること、および人間、社会、社会秩序に基づく幅広い知識の獲得が要求されることである⁵³。特に Kohnke は患者に対する偏りのない公平な態度がアドボカシーをする上で大変に重要であると述べている。偏りのない看護者の態度によって、患者のニーズについて客観的に情報収集でき、またその収集した客観的情報を患者に伝えることができる。このようなプロセスは、患者の自己決定を援助することになるのである。

(3) 三モデルの異同と統合モデル

看護アドボカシーの代表的な三つのモデルを概観してきた。三つのモデルの特徴について簡単にまとめておこう。

Curtin の提唱したモデルは、患者の利益と看護者の人間性を強調する人間尊重モデルである。看護者は患者が病気によってどんなことに傷ついているのかに関心を示し、そのダメージから患者は何を求めているのか、すなわち、患者のニーズに配慮できるように看護者の人間性を高め、同じ人間として患者に対峙することがこのアドボカシーモデルの要点である。

Gadow の提唱した実存的モデルと Kohnke の提唱した機能的モデルは、ともに患者の自己決定（権）を強調しており、法的側面でのアドボカシーを強調するという共通点がある。しかし、Gadow のモデルでは、看護者は患者自身に価値観を認識させるように援助し、また患者が行う意思決定が「本当」「真実」の自分の価値を反映するものであるように支援することを強調する。またこのモデルでは、看護者は患者の意思決定が行われる過程において、看護職に一人の人間としての個人的な関わりも持つことが要求される。

⁵³ Kohnke, 3.

それに対して Kohnke の機能的モデルは、患者自身が自己決定できるように、患者に適切な情報を提供することを第一に強調する。この場合の看護者の役割は、客観的な情報の提供に加え、患者がどんな自己決定をするにしても、その決定を支援することである。この患者支援の過程においては、看護者は専門家としての関わりは求められるものの、Gadow が述べるような、患者に対する個人的な関わりを持つことはあまり要求されない。このように、三つのアドボカシーモデルには少しずつ強調点が異なっている。

Bu と Jezewski は、三つのモデルについて、それぞれに看護アドボカシーの重要なポイントを捉えてはいるが、それぞれ一面しか捉えていないこと、そして看護者の患者に対するアドボカシーは、文脈に規定されたものであるという視点を欠いていること、すなわち、看護者は、異なる臨床状況においては異なるアドボカシーを行う必要があると批判し、様々な状況で適応できる、より実践的モデルを構築する必要性を訴えている⁵⁴。そして、三つを統合したモデルの必要性を提唱する。

Bu と Jezewski によると、前述した三つのモデルには、共通点がある。その共通点とは、個人には自分自身の行動を決定する個人の自由が認められているという意味での自律が備わっているという人間観を前提としていることである。これは特にアメリカ社会で広く認められた人間観であり、自由や自律、あるいは個人主義などの価値を反映したアドボカシーモデルという点である⁵⁵。また彼らは、三つのモデルから抽出される看護アドボカシーの具体的な特性は、「患者の自律を保証すること (safeguarding patients autonomy)」、そして「患者のために行動すること (acting on behalf of patients)」の二つである⁵⁶。

⁵⁴ Bu and Jezewski, 103.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Bu と Jezewski の論文では、前述した三つのモデルに加えて、Fowler の社会アドボカシー (social advocacy) についても取り上げている。このモデルは、看護者に社会正義の観点からのマクロ的な役割を要求する点で興味深い。本稿ではミクロ的な看護者の役割に焦点を絞り議論したために取り上げていない。社会アドボカシーモデルについては、以下を参照。Marsha D. M. Fowler, "Ethical Issues in Critical Care," *Heart*

第一番目の「患者の自律を保証する」という特性は、患者の自己決定を尊重かつ促進する行動のことである。この行動が実践される状況は、患者に意思決定能力が備わっており、自ら自分の健康および医療に関する意思決定に参加することを希望する人に限定される。

この状況においては、次に述べる二つの条件を前提としている。第一は、個人が自分の健康について第一義的な責任を有すること、そして医療専門職が患者の健康を尊重し、促進する責任があることである。また第二は、個人には自分で意思決定するために情報を提供されたり、あるいは他の支援が必要ではあるが、意思決定能力が備わっていることである。以上から、「患者の自律を保証する」という特性は、医療制度の中での患者の法的な権利を強調し、Gadow と Kohnke のモデルで含意する患者の自己決定を尊重するモデルを反映している⁵⁷。

第二番目の「患者のために行動する」という特性は、患者が自ら援助を求めたり、自分自身の意思表示ができない状況で、患者の価値、利益、権利を保護し、代弁する行動のことである。この状況には、患者に意識がない、認知症などの精神疾患や知的障害がある場合などが含まれる。この状況での看護アドボカシーとは、患者の権利や利益が危険に曝されないように、看護者が患者を弁護し、保護することである。この場合に看護者は、患者の弁護者、抗議者、代理者、代行者などとなって行動する。この場合に基本となるのは、Curtin の人間尊重モデルということになる⁵⁸。

以上述べてきたように、Bu と Jezewski は、三つのモデルが各々想定している状況を統合したアドボカシーモデルを構想することによって、患者の個別的な状況の違いにも対応可能なモデルが提供できると主張している。患者が自律的な意思決定を行える状況では、「患者の自律を保証すること」を中心としたアドボカシーモデル、また患者が自律的な意思決定できない状況では、

and Lung 18.1 (1989): 97-99.

⁵⁷ Bu and Jezewski, 103.

⁵⁸ *Ibid.*

「患者のために行動すること」を中心としたアドボカシーを行うことである。

4. おわりに—わが国におけるアドボカシー概念の導入および実践上の課題

日本看護協会「看護者の倫理綱領」（2003年）の中に「権利の擁護」の文言が取り入れられるなど、日本でもアドボカシー概念が紹介されていることは先に述べたが、最後に、今まで整理してきたアドボカシー概念に照らし、日本で看護者がアドボカシーを行う場合の問題点について考察する。

日本の看護倫理領域の第一人者である小西恵美子は、日本において看護者がアドボカシーを行う場合の問題点として、①日本における患者の権利とは何か、②日本のすべての患者が自己決定を望んでいるのか、③家族との関係性の中で心安らかな患者がいた場合に、何をすることが患者の尊重になるのか、などの疑問を挙げて、問題提起している⁵⁹。この疑問について、先述した三つのモデルに基づいて答えることから考えていきたい。

小西の問い①の「患者の権利」について、この疑問の意味を「患者の権利の具体的内容」と解釈すると、患者の権利の内容は、Bu と Jezewski がまとめる看護アドボカシーの二つの特性のうちの二つ目の「患者のために行動すること」の具体的内容である、治療法に関する意思決定を行う上で必要な情報を提供すること、および患者個人が行った決定について支援することを享受することが、患者の権利の具体的な内容になるであろう。

問い②については、三つのモデルをまとめた Bu と Jezewski が挙げる看護アドボカシーの二つの特性のうちの第一番目の「患者の自律を保証する」という特性を基本にして考えれば回答を得られるのではないかと考える。患者が自分の健康について第一義的な責任があり、また看護者はその個人の意思を尊重し、健康を促進するために支援する責務があるというものである。自己決定を望む患者と自己決定を望まない患者を区別して看護アドボカシーを実践すればよいのではないだろうか。

⁵⁹ 小西恵美子「看護実践における倫理と倫理的意決定」『バイオエシックスハンドブック—生命倫理を超えて—』木村利人編（法研、2003）, 358-66, esp. 360.

問い③については、患者が家族との関係の中で快適に過ごしているのであれば、看護師はその状況を見守ることが、アドボカシーになるのではないだろうか。見守るという行為は、アドボカシーの語源である、誰かに呼び出された人が、呼び出した人のために何かをすること、あるいは三つのモデルで説明してきたことに適さない「行為」かもしれない。しかし、患者が快適に過ごすことが、アドボカシーの目標であるとすれば、この快適な状況が継続するように見守ることは、アドボカシーの重要な役割になるのではないだろうか。アドボカシーに消極的な関与があってもよいはずである。

以上、小西の三つの問いに答えてきたが、小西の問いの意図は、さらに別にあるようにも思える。それは、自己決定することが可能な個人という考え方を前提とするアドボカシーモデルは、日本の状況に適したものなのか、という問題意識が見てとれるのである。

Bu と Jezewski が述べるように、海外で提唱された代表的な三つのアドボカシーモデルには、患者個人に対して自己決定する自由が保証されており、また各個人には自己決定が可能な自律が備わっているという、個人主義的な人間観が前提となっている⁶⁰。個人主義的な人間観は日本のそれとは必ずしも合致しない側面があることは、日本の生命倫理学分野では長い間議論されており、ほぼ合意されていると考えてよいであろう。すなわち、日本人は、個人主義的な人間観をもつ者も存在する一方で、個人というよりは、より周囲との調和や人間関係を重視した人間観の者も多く存在するということである。

三つのアドボカシーモデルに基づき、様々な人間観を備えた患者に、より現実的、実践的に対応するためには、自己決定可能な患者に対しては、アドボカシーの特性の第一の「患者の自律を保証すること」に基づくアドボカシーをすること、そして自己決定できない患者には、第二の特性である「患者のために行動すること」を基準にしてアドボカシーをすることが実際的な基準になるのではないかと述べてきた。

⁶⁰ Bu and Jezewski, 103.

しかし日本人患者の中には、自己決定ができるか否かといったカテゴリーでは必ずしも判別できない者も多く存在する。自律的に意思決定できる人間であったとしても、それが患者にとっての心の底から納得した「本当」の意味での自己決定になっているとはいえないのではないかとと思われる患者が存在するという問題である。

筆者は千葉県鴨川市にある亀田総合病院の緩和ケア科で傾聴ボランティアを行っている。そのボランティア活動を通して、上で述べたような、患者が自己決定するための十分な能力がありながら、それが本当に自分で望む決定ではない患者が少なからず存在することを経験してきた。そのような患者を紹介しながら問題を整理していく。

60代後半の男性患者Aさんは、腹膜にできたがんが骨転移し、終末期の状態にあり、放射線治療のために入院していた。Aさんは、初対面の筆者に対して、自分の病気のこと、仕事のこと、家族のことなどの話をされた後に、「自分は本当はもうこれ以上、治療をしなくてもいいと思っている。しかし、家族に自分の気持ちを話しても、女房は『そんな悲しいこといわんで、もうちょっとがんばって』という。息子（40代前半）にも自分の気持ちを話したら、『お金のことは心配しなくていいから』といわれるんだ」と悲しそうな顔をして話を続けられた。Aさんは担当医師から自分の医学的な状況について詳細に説明を受けており、自分の人生に残された時間が少ないことを承知していた。また自分なりに残りの人生の過ごし方についても考えていた。話しぶりからして、Aさんには、自律的な意思判断をする能力（自己決定の能力）が備わっていた。しかし、Aさんの家族は、Aさんに対して少しでも長生きして欲しいという希望があり、放射線治療という積極的治療をAさんに勧めた。Aさんは本心ではないが、苦痛の伴う放射線治療を仕方なく受けている状況であった。Aさんは、家族の意向を尊重し、治療を受けることが、家族との平安な関係を保つことができると考えて、放射線治療を受けていたのであった。

このAさんの事例で、小西の問い②「日本のすべての患者が自己決定を望

んでいるのか」および③「家族との関係性の中で心安らかな患者がいた場合に、何をすることが患者の尊重になるのか」について考えてみる。Aさんが自己決定することを望んでいたかどうかは分からないが、結果としてAさんは自分の価値観に照らした上での自己の決断をしたというよりは、家族の意向を反映した決定を行っていたことになる。これは Gadow のいう「本当」の自己決定といえるのだろうか。Aさんが自分の意向を強く表明せずに、家族の意向を受け入れている理由は、家族との関係を快適に保ちたいからである。このAさんのような患者の場合に、看護者は、どうすることがアドボカシーすることになるのだろうか。Aさんの気持ちを代弁して家族に伝えることなのか。あるいは、このままの状態を見守ることなのか。見守ることは、すなわち、Aさんのアドボカシーではなく、Aさんのご家族のアドボカシーになるのではないだろうか。

日本人患者の自己決定を考える場合に、Aさんのように、家族との関係性を最大限に考慮して、自分の本心を必ずしも強く表明せずに、家族の意向を反映した治療方針を選択すること少なからずあるという⁶¹。患者本人とその家族との関係の中で、看護者がアドボカシーするのは誰に対してなのか。これは、自己決定をする個人とは誰なのかに深く関わる問題として、個人主義とは異なる人間観を持つわが国に特徴的な問題としてさらに考察すべき課題である。

[本稿は、麗澤大学研究教育基金による平成21年度研究助成（研究課題「専門職倫理—守秘義務と人権擁護のコンフリクト—」代表研究者・水野修次郎麗澤大学教授）による支援を受けた研究の成果である。]

⁶¹ 亀田総合病院緩和ケア科・関根龍一医師とのパーソナルコミュニケーションによる。
(2010年8月4日)

