

総説

看護における「アドボカシー」の概念分析

戸田由美子

(高知大学教育研究部医療学系医学部門)

Nursing Advocacy: a Concept Analysis

Yumiko Toda

(Kochi University Research and Education Faculty Medicine Unit, Medical Sciences Cluster)

要 旨

本概念分析の目的は、看護における「アドボカシー」概念を明らかにし、構成概念を導き出すことである。分析は、Walker & Avant(2005)の手法を用いた。分析の結果アドボカシーの属性は、《保護する》《支える》《伝える》《エンパワーメントする》《仲裁する》《調整する》の6つが抽出された。先行要件は、患者(脆弱性、対立、依頼・要求)看護師(やる気、責任、知識)職場環境(ゆとり、人として尊重)であった。結果は、患者(満足、失敗)、看護師(満足、危険、困難)職場環境(安全、関係悪化)であった。アドボカシーは看護倫理の実践的概念ではあるが多くの概念を内包した包括的な概念であることがわかった。また、看護師がアドボカシーをすることは危険が多く看護師自身が保証されることの必要性が示唆された。

キーワード：アドボカシー、概念分析、看護

Abstract

The purpose of this study is clarifying the concept and construct of 'nursing advocacy'. We analyzed the concept with technique of Walker & Avant (2005). As a result of analysis, we extracted six attributes of Advocacy, 《Protecting》, 《Supporting》, 《Apprising》, 《Giving of Empowerment》, 《Interceding》, 《Adjusting》. Antecedents for the patients were vulnerability, conflict, request and demand. Those for the nurses were willingness, responsibility and knowledge. Those for the work environments were comfort and respect as a person. And the consequences for the patients were satisfaction and failure. Those for the nurses were satisfaction, danger and difficulty. Those for the work environments were safety and getting worse in relationship. It turned out that advocacy is a practicing concept of nursing ethics and also a comprehensive concept, including many concepts. And this study also suggests that guarantee of safety of nurse themselves is needed to practice an advocacy because practicing advocacy has many dangers for them.

Keywords: Advocacy, Concept Analysis, Nursing

受付日：2009年7月31日 受理日：2009年9月7日

【緒 言】

我が国において「患者の権利オンブズマン」¹⁾が発足して10年が経過し、少しずつ患者の権利について語る土壌ができつつあるように思われる。医療の領域では、日本医師会²⁾、日本看護協会³⁾で患者の権利を守ることの文言が明記され、多くの病院で患者の権利を守ることが記されている。従来のパターンリズムから患者の意思を尊重した患者中心の医療が整いつつあると言えよう。近年、患者の権利擁護を实践する概念として「アドボカシー」が注目されてきた。米国看護師協会の看護の定義の一部に⁴⁾「Nursing is (中略), and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations. 看護とは、(中略)個人・家族・地域社会・対象集団のケアにおける擁護である。」とアドボカシーがあげられている。しかし、「アドボカシー」の概念については、国内外において文献レビューや概念分析^{5~13)}がなされているが、個々バラバラで統一されたものはない。また、文化や時代の流れによって捉え方も異なると考えられる。我が国においても、2000年以降看護系雑誌でアドボカシー関連の特集^{14~16)}が組まれ活発に議論がなされ注目されるようになったが実体は明確ではない。そこで、臨床実践における看護アドボカシーの概念を検討し洗練化する必要があると考え、看護における「アドボカシー」の概念を明らかにし、構成概念を導き出すことを目的とした。

【研究方法】

概念の構成を明らかにするため、Walker & Avant(2005)¹⁷⁾の分析手法に基づいて、概念構築の背景、関連概念との相違、属性、モデル例の提示、先行要件と結果、概念の定義を検討した。

CINALE (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) を利用し1985-2009年の期間で、Advocacyで抄録のある文献は4774件であった。そのためAdvocacy + Patient Advocacy (抄録あり) 786文献、Advocacy + Nursing Practice (抄録あり) 304文献のサマリーを読み、論説・記事、対象が学生に関する文献を削除した32件とアドボカシーで重要な書籍2冊^{18, 19)}が該当した。さらに、医学中央雑誌(以下、医中誌と略す。)(1983-2009)でアドボカシー(患者の権利擁護)+看護で検索したところ(原著・抄録あり)312件あり、その内論説・記事、学生に関するものを削除し、サマリーを読みアドボカシーに関する論文10件が該当したため、計44件を分析対象とした。

【結 果】

1) 概念構築の背景

アドボカイトは、もともとローマ時代の法律制度にルーツを持つと言われている言葉で「ある人の味方になって、その権利や利益を守るために闘う人」という意味で使われている²⁰⁾。1960年代に米国で始まった公民権運動や消費者運動が、患者の権利運動へと拡大発展し、その中で意思決定による患者の自律性の尊重が主張されるようになった²¹⁾。このような医療の変化に伴い、患者中心の医療を目指す中で看護領域において「アドボカシー」の概念が倫理の核として生まれてきた²²⁾。「アドボカシー」に関する文献が海外で多く見られるようになったのは1970年代以降である²³⁾。日本では、石本²⁴⁾によると1995年の小玉による文献レビュー²⁵⁾後「アドボカシー」に関する文献が登場するようになった。「アドボカシー」の理論を整理したFowlerは以下の4つを提示する²⁶⁾。①法的権利モデル(Annas²⁷⁾)がアドボカシーの法的権利

モデルを強調) ②価値基盤モデル(Kohnke¹⁸⁾により提唱された理論。また、Gadow²⁸⁾によって主張された実存的擁護モデルと類似) ③人権尊重モデル(Murphy²⁹⁾の主張) ④社会的擁護モデル(Freeman³⁰⁾の主張)である。しかし、4つの理論とも十分発展しているとは言えない³¹⁾。その後、Mallik (b)³²⁾、Chafey³³⁾、Baldwin⁹⁾による患者アドボカシー看護モデルが構築されてきたがまだ十分とは言いがたい。そこで、実践の中で研究された文献検討より理論モデルを抽出する必要があった。

2) 関連概念との相違

医中誌で患者の権利擁護を検索し分類したところ、自己決定(86件)、行動制限(24件)、インフォームド・コンセント(24件)、人権・患者尊重(22件)、情報開示(9件)が多かった。自己決定、インフォームド・コンセント、人権・患者尊重、情報開示も、医療の領域での消費者運動の流れの中で1970年代～1980年にかけて「インフォームド・コンセント」や「情報開示」、「患者満足度調査」の実施の成果をあげてきた³⁴⁾もので、全て「アドボカシー」に内包される概念である。

ここでは、消費者運動の流れのなかで1990年代に入り「医療の効率化の促進や質の確保」及び「消費者のエンパワーメントを背景とした情報公開」が求められるようになる³⁴⁾とともに求められてきた「アカウントビリティ」の概念について考える。アカウントビリティ³⁵⁾(accountability)は、「一般に説明責任と訳される。具体的には政府・行政などの国民に対する政策成否の説明責任や、経営者の株主に対する財務状況、経営戦略の展開、見直しとその成果などについての説明責任について用いられている」。碓氷³⁶⁾は、アカウントビリティの定義を「力の付与または力の行使に関して課された責任を果たしたかどうか

かを説明する責任です」と述べている。ここでは医療は具体的には論じられていない。米国科学アカデミー(1976)の「プライマリーケアの定義」³⁷⁾の5つにアカウントビリティ(説明責任と義務)があり、「患者さんの不利益の回避、十分な説明と理解、情報公開、最先端の技術・知識に後れをとらない」と明記されている。板谷は³⁸⁾「アカウントビリティと守秘義務とは医療でいうインフォームド・コンセントともつながっている」と述べている。また、箕形³⁹⁾は、アカウントビリティに関しては「地方分権化は自治体の自己決定権の拡大につながるものであるが、その一方で自治体の責務も拡大する。(中略)『どのような仕事をするか、どのように仕事をしたかの説明(accountability)』、『結果についての評価(liability)』の責務の重要性が増す」と述べている。以上より、アカウントビリティは、患者の権利としての自己決定の中から出てきた概念でインフォームド・コンセントや情報開示を内包している概念であり、アドボカシーと類似はしているが、アドボカシーが個から出発しているのに対しアカウントビリティは組織や公から出発している概念である点が相違と考えられる。

3) 概念の属性(表1参照)

分析の結果、看護における「アドボカシー」の概念には、《保護する》、《支える》、《伝える》、《エンパワーメントする》、《仲裁する》、《調整する》の6つの属性が抽出された。

(1) 《保護する》

《保護する》は、患者／家族の権利・利益、プライバシーを守り、患者／家族を代弁すると定義された。

患者／家族の権利を守る^{6,8,12,32,40~48)}や、不適切な行為から守る^{32,49)}、患者を直接保護する^{41,42,44,50,51)}と言った権利や利益を守る。プライバシーを守る^{52,53)}。

表1 看護アドボカシーの属性

属性	保護する	支える	伝える	エンパワメントする	仲裁する	調整する
定義	患者／家族の権利・利益、プライバシーを守り、患者／家族を代弁する	患者／家族が遂行できるよう提案し、自己決定を支える	患者／家族に情報を与えて保証しインフォームド・コンセントを行う	患者／家族を教育し、エンパワメントする	患者と家族、医療者の仲裁をする	患者情報を医療チームに報告し、調整し連携を図る
根拠	Ellen (1992) Sellin (1995) Willard (1996) Duxbury (1996) Mallik (a) (1997) Mallik(b) (1997) McFarlane (1997) Chafey (1998) Mcgrath (1999) Foley (2000) 松本 (2000) Rosecman (2000) 本間 (2001) Grace (2001) Foley (2002) Baldwin (2003) Kubscha (2004) Carver (2005) Vaartio (2005) Boyle (2005) Vaartio (2006) 岩本他 (2007) Robert (2007) 竹村 (2008) Negarandeh (2008) Hanks (2008)	Curtin (1979) Kohnke (1982) Corcoran (1988) Ellen (1992) Segeaten (1993) Sellin (1995) Willard (1996) Duxbury (1996) Mallik (b) (1997) McFarlane (1997) Chafey (1998) 松本 (2000) Grace (2001) 本間 (2001) Hewitt (2002) Foley (2002) Davis (2003) Baldwin (2003) 坂本他 (2006) 竹村 (b) (2006) 岩本他 (2007) 南家他 (2007) Robert (2007) G-Acomb (2007) 齋藤 (2008) Negarandeh (2008)	Curtin (1979) Kohnke (1982) Corcoran (1988) Segeaten (1993) Sellin (1995) Duxbury (1996) Willard (1996) Mallik (b) (1997) McFarlane (1997) Chafey (1998) Olsen (2001) 澤田 (2001) Olsen (2001) Hewitt (2002) Foley (2002) Baldwin (2003) Carver (2005) Vaartio (2006) 坂本他 (2006) 岩本他 (2007) 竹村 (2007) Sorensen (2007) Negarandeh (2008) 齋藤 (2008) Hanks (2008)	Sellin (1995) Mallik (b) (1997) McFarlane (1997) Chafey (1998) Schlle (2000) Hewitt (2002) Hellwig (2003) Vaartio (2006) 坂本他 (2006) Gosselin-Acomb (2007) Negarandeh (2008) 齋藤 (2008)	Sellin (1995) Mallik (b) (1997) McFarlane (1997) 澤田 (2001) Hewitt (2002) Hellwig (2003) Baldwin (2003) Kubscha (2004) O'Connor (2005) Vaartio (2006) 岩本他 (2007) 竹村 (2007) Sorensen (2007) Negarandeh (2008) 竹村 (2008)	Sellin (1995) Mallik (b) (1997) McFarlane (1997) Mcgrath (1999) Olsen (2001) 澤田 (2001) Hewitt (2002) Foley (2002) Hellwig (2003) Baldwin (2003) Vaartio (2006) 岩本他 (2007) 竹村 (2007) Sorensen (2007) Negarandeh (2008)

さらに、患者／家族を代弁する^{8, 32, 33, 41, 42, 44, 46, 49~51, 54~56}。患者の代理をする⁵⁷であった。Rosecman⁴⁹は、患者のニーズの一番の利益と代理を務めると述べ、Foley⁴¹は、丸ごとの人の付き添い、保護し、人間性を保ち、患者の声としてアドボケートすると述べている。

(2)《支える》

《支える》は、患者／家族が遂行できるよう提案し、自己決定を支えると定義された。

患者／家族自身が遂行できるように支援する^{54, 58}、支援する^{18, 31, 41, 43, 44, 50, 59, 60}、患者／家族に提案する^{56, 61}。アドバイスする⁶²。患者／家族の自己決定を支える⁵、

8, 9, 12, 13, 32, 40, 42, 45, 55, 60, 63~66)であった。

岩本⁵⁵は本人の意思や思いを把握し、本人の意思が反映できるように支援すると述べている。

(3)《伝える》

《伝える》は、患者／家族に情報を与えて保証しインフォームド・コンセントを行うと定義された。

患者／家族に情報を与える^{18, 19, 41, 46, 51, 54}、患者／家族に情報を与えて保証する^{42, 65~67}、患者／家族に伝える^{5, 9, 41, 43, 51, 55, 63, 64}、インフォームド・コンセントを行う^{9, 13, 32, 33, 41, 65, 67}であった。

（４）《エンパワーメントする》

《エンパワーメントする》は、患者／家族を教育しエンパワーメントすると定義された。

患者／家族を教育する^{13, 33, 41, 43, 61, 68, 69, 70}。坂本⁶¹)は、医療者への対応の仕方を提案する、Schille⁷⁰)や McFarlane⁴³)は、患者自身が対処できるように教育すると述べている。患者／家族をエンパワーメントする^{13, 32, 33, 41, 51, 61, 66, 69})であった。齋藤¹³)は自己主張する教育、資源の活用とネットワーク作りによるエンパワーメントと述べている。

（５）《仲裁する》

《仲裁する》は、患者と家族・医療者の仲裁をすると定義された。

患者と医師との間を仲裁する^{9, 19, 32, 41, 43, 48, 51~53, 55, 57, 66, 68, 69, 71}、患者と家族の仲裁をする⁹)であった。竹村⁶⁸)は、医師への説明の依頼や不明点／疑問点の医師への確認をあげている。

（６）《調整する》

《調整する》は、患者情報を医療チームに報告し、調整し連携を図ると定義された。

チームに報告する^{32, 51}、患者の不満を報告する³²、ヘルスケアチームを調整する^{9, 32, 40, 43, 51, 55, 66, 68}、連携する^{9, 32, 41, 43, 44, 48, 51, 55, 66, 68})であった。竹村⁴⁸)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あったと述べている。

４）モデル例の提示

ここでは、抽出された６つの属性に即したモデル例として、典型例、相反例、境界例を提示する。

典型例：

Aさん、初診にて検査後卵巣がんの末期と診断された57歳の女性。主治医よりこのままだと余命１年、残された治療は化学療法でうまくいけば余命は延びると説明されるが、受けるかどうかで迷いがん看護専門看護師（以下、がん看護 CNS と略す。）に化学療法の情報提供などを依頼する。家族は余命が延びるのであればと化学療法を受けることに賛成した。がん看護 CNS は、化学療法や他の薬物についての情報提供を家族も交えて行い、主治医にAさんの情報を報告した。また、がん専門医の紹介も行い薬や治療の情報の追加説明を行ってもらった。その後、がん看護 CNS と話し合いAさんは化学療法を受けないことを決意する。がん看護 CNS 同席のもと家族はAさんの意向(化学療法を受けない)を了解した。主治医に対してもAさん自身が自己決定したことをうまく話せるようがん看護 CNS も同席しAさんの後押しを行った。結果、主治医に化学療法を受けないという結論をAさん自身が行った。

相反例：

Oさん、49歳、男性、会社社長。胃がんの再発にて余命３ヶ月の診断がされ再入院。しかし、Oさんは病名・予後の告知を希望するも家族が反対し、胃潰瘍の再発と主治医より話された。入院１ヶ月にても回復のめどがたたず、Oさんは自分の死が迫っていることを察し、会社の今後の整理をしたいと考え、主治医に「外泊をさせて欲しい」と希望した。しかし、病状が安定せず、いつ急変するかわからない状況のため、主治医からは「もう少し病状が落ち着くまで難しいです」と外泊許可はでなかった。看護師は主治医の方針に従った。結局外泊することなくOさんは１ヶ月後死去された。

表 2 看護アドボカシーの先行要件

カテゴリー	患者			看護師			職場環境	
	脆弱性	対立	依頼・要求	やる気	責任	知識	ゆとり	人として尊重
根拠	Segeaten (1993) Sellin (1995) Mallik (b) (1997) Chafey (1998) 本間 (2001) Foley (2002) Baldwin (2003) O'Connor (2005) Robert (2007) 齋藤 (2008) Negarandeh (2008) Thacke (2008)	Segeaten (1993) Snowball (1996) Duxbury (1996) Mallik(a) (1997) Mallik(b) (1997) Baldwin (2003) Robert (2007)	Mallik(b) (1997) Hanks (2008)	Ellen (1992) Snowball (1996) Mallik(b) (1997) Chafey (1998) Baldwin (2003) Carver (2005)	Ellen (1992) Millette (1993) Sellin (1995) Foley (2002) Baldwin (2003) O'Connor (2005) Vaartio (2006) Robert (2007)	Mallik (b) (1997) Carver (2005) 本間 (2001) Hanks (2008) Davis (2003) 竹村 (b) (2006) Sorensen (2007) Snowball (1996)	Chafey (1998) Rosecman (2000) Grace (2001) 竹村 (2007) 竹村 (2008)	Sellin (1995) Vaartio (2006) 岩本他 (2007) 齋藤 (2008) Negarandeh (2008)

境界例：

I さん、35歳、男性、両親はすでに他界しひとり暮らしで躁鬱病のため入退院を繰り返していた。躁状態にて、先祖代々の土地を1丁ほど不動産に売る契約をした。地区の民生委員より主治医にそのことの報告があった。すぐIさんを病院に呼び、状況説明をしてもらうが、Iさんはすぐにも土地を売りたいと言い張った。躁状態にて全く人の話に耳を傾けず、興奮するばかりで病状悪化のため即日医療保護入院となった。土地問題は主治医も含め病院保健師より、地域の保健師、民生委員、不動産屋が招集され話し合いの結果、土地売買は阻止された。Iさんには病状が落ち着いてから説明され納得した。

5) 先行要件と結果

(1) 先行要件 (表2参照)

属性として、患者・家族と医療チームと2方向への働きかけが抽出されたため、先行要件は、患者、看護師、職場環境の3つの領域の内容が抽出された。

①患者

患者の先行要件は、《脆弱性》、《対立》、《依頼・要求》であった。

患者は、病気のために弱っている、脆弱性^{5、9、12、13、32、33、41、44、50、52、57、72}であるが多かった。また、医療者との対立^{5、6、9、12、32、54、73}や、アドボカシーは患者／家族の依頼・要求^{32、56}によるものであった。

②看護師

看護師の先行要件は、《やる気》、《責任》、《知識》であった。

看護師自身の意識が高く《やる気》^{9、32、40、46、73}があること、Chafey³³)は信念の強さと述べている。アドボカシーは看護師の仕事としての《責任》^{7、9、12、40、51})である。Foley⁴⁴)は「看護師の覚悟」、O'Connor⁵⁷)は「看護師の義務」、齋藤¹³)は「倫理的規範、職業規範」、Millette⁷⁴)は「看護師の倫理原則・価値」、Sellin⁴¹)は「倫理」と述べているが、看護師の専門職業倫理としての責任であると広く解釈した。

さらに、アドボカイトするためには看護師の《知識》^{32、46、50、56、59、60、71、73})の必要性が重要であった。Sorensen⁷¹)は、看護師の医学的知識と倫理的知識の必要

表 3 看護アドボカシーの結果

カテゴリー	患者		看護師			職場環境	
	満足	失敗	満足	危険	困難	安全	関係悪化
根拠	Mallik (a)(1997) Mallik (b)(1997) 齋藤 (2008) Vaartio (2006)	Baldwin (2003) Vaartio (2006) Mallik (b)(1997)	Mallik (b) (1997) Baldwin (2003) Vaartio (2006) Hanks (2008)	Segeaten (1993) Sellin (1995) Duxbury (1996) Chafey (1998) Grace (2001) Hewitt (2002) Foley (2002) Baldwin (2003) Robert (2007)	Segeaten (1993) Sellin (1995) Duxbury (1996) Mallik (b)(1997) Mallik (b)(1997) Chafey (1998) Grace (2001) Hewitt (2002) Foley (2002) Baldwin (2003) Vaartio (2006) Robert (2007)	Sellin (1995) 齋藤 (2008)	O'Connor (2005) Vaartio (2006)

性を、Carver¹⁶⁾は、看護師のアドボカイトとしてのトレーニングの必要性を述べている。

③職場環境

職場環境の先行要件は、《ゆとり》、《人として尊重》であった。

職場環境として看護師がアドボカシーを行えるだけの《ゆとり》^{33, 48, 68)}が必要であった。さらに、患者、看護師個々が《人として尊重》^{13, 51, 52, 55)}されることが前提であった。Chafey³³⁾は、看護師・患者を圧することのできない環境とも述べており、また、看護師がアドボカシーをすることの保証^{8, 49)}の必要性を述べたものもあり、広く《人として尊重》に含めた。Sellin¹¹⁾は病院の規範であると述べている。

(2) 結果 (表 3 参照)

結果も患者、看護師、職場環境の3つの領域が抽出されたが文献に結果について記載されたものは少なかった。

①患者

患者の結果は、《満足》、《失敗》であっ

た。

患者に関するポジティブな結果としては、アドボカシーされて《満足》するもの^{6, 13, 32)}、結果として自己決定ができた⁹⁾、結果としてエンパワーメントされる⁵¹⁾内容であった。自己決定ができた、エンパワーメントされるは、広く《満足》に含めた。逆にネガティブな結果としては、《失敗》^{32, 51)}や不快な感情⁹⁾であった。不快な感情は、広く失敗に含めた。

②看護師

看護師の結果は、《満足》、《危険》、《困難》であった。

看護師に関するものでポジティブな結果は、《満足》^{9, 12, 32, 51)}であった。他には、達成感¹²⁾や看護師の成長⁵¹⁾をあげているものもあった。看護師に関するネガティブな結果は、看護師がアドボカイトすることの《危険》をあげているもの^{5, 8, 9, 12, 33, 44, 54, 66)}や看護師のバーンアウト^{12, 33)}と看護師にとって非常に危険を伴うものが多かった。また、看護師がアドボカイトすることの《困難》さをあげているものも多かった^{5, 8, 9, 12, 33, 41, 44,}

54, 66)。また、アドボカシーの失敗^{32, 51)}や、そのために欲求不満^{12, 33, 56)}になる、をあげており《困難》に含めた。

③職場環境

職場環境の結果は、《安全》《関係悪化》であった。

職場環境としてポジティブな結果は、数は少ないが職場として《安全》である^{13, 41)}。職場環境のネガティブな結果は、看護師と患者の関係悪化⁵¹⁾と、看護師と他職種との関係悪化⁵⁷⁾であった。

以上より看護におけるアドボカシーは、「患者／家族が自身の権利や利益を守るための自己決定が遂行できるように、看護師は、患者／家族を保護し、情報を伝え、支えることでエンパワメントすること、さらに医療者との仲裁を行い、医療者間の調整をすることである」と定義した。

【考 察】

看護における「アドボカシー」の概念分析を行った結果、図1の看護アドボカシー概念モデルが描かれた(図1参照)。ここでは本概念モデルの妥当性と、多くの文献で看護師がアドボカイトすることの危険性や困難さが述べられていたため、看護アドボカシーは実践可能な概念であるかを考察する。

1. 看護アドボカシー概念モデルの妥当性

今回44文献を分析した結果、看護における「アドボカシー」の属性として、《保護する》、《支える》、《伝える》、《エンパワメントする》、《仲裁する》、《調整する》が抽出された。現在までに看護におけるアドボカシーの理論やモデルが提示されている文献と比較検討する。

Kohnke¹⁸⁾は、アドボカシーを「情報を伝えること」、「支援すること」だと述べている。Baldwin⁹⁾は、「評価する(Valuing)(治療的

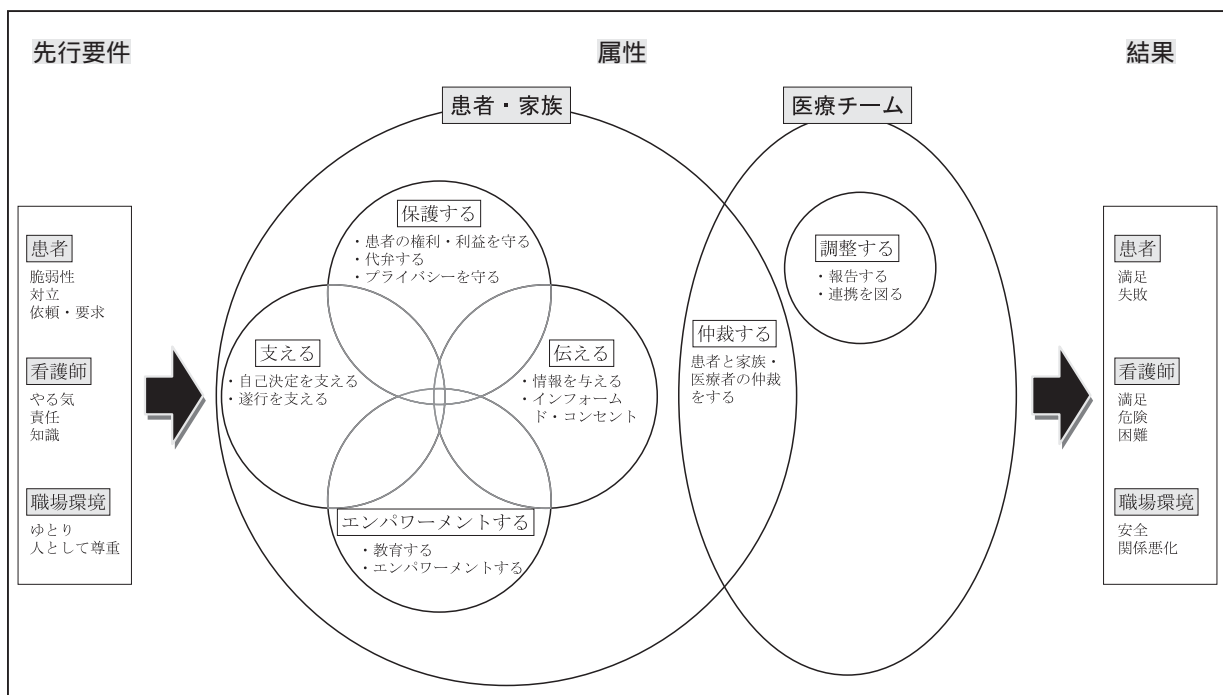


図1 看護アドボカシー概念モデル

関係、患者の自由と自己決定を保証する)」、
「伝える（意思決定に関わる患者の権利を促進し保証する、インフォームド・コンセント)」、
「仲裁する（患者と家族・重要他者・医療従事者との間の仲裁を行使する）」を属性として抽出している。Sellin⁴¹⁾は、「守ること（ニードの予測、患者の問題の予防・介入・報告)」、
「支援すること（傾聴すること、理解すること、側にいる、支える、意思の疎通、護る、代理、仲介、交渉、賛成運動をする)」、
「教育すること（情報提供、説明、指導）」をあげている。患者を中心とした患者個人と患者と関わる周りへの介入としては網羅されたと考えられる。

さらに、Chafey³³⁾は、アドボカシーの活動領域を「患者」、「看護師」、「環境（医療集団、経済）」に求める。医療の領域では、医師を中心としたコ・メディカル専門集団がある。本間⁵⁰⁾は、日本の看護師について「患者の意思を尊重しつつも、患者の家族や他の医療従事者の意見をもっと重視するようである。日本特有の患者個人の自律だけでなく、家族・医療従事者も含めた集団としての自律という考え方に関連している」と述べているように、医療従事者間の調整や患者と家族の仲裁などを行うことは日本の文化に根ざした1つの特徴とも考えられる。

また、患者へのアドボカシーを行う場合、それぞれの専門職の考えを集約し調整していくことも患者の権利を守るためには重要であり、患者の一番身近にいる看護師は、専門職集団の調整をするために重要な位置であると考えられ、医療チームの調整は必要不可欠だろうと思われる。患者・家族、医療従事者という集団全体をアドボカシーの対象としたことは日本の個より集団を重視した文化とも一致し日本の臨床に適した内容と思われる。ただ、「インフォームド・コンセント」や「エンパワーメント」「自己決定」というすでに

独立し広く使用されている概念を内包していることで「アドボカシー」の概念は非常に包括的な看護倫理の実践的概念であると考えられる。さらに、「アドボカシー」独自の特徴は何かについて検討することが今後の課題として残されたと考えられる。

2. 看護アドボカシー概念は実践的な概念であるか

看護倫理の新たな実践的概念としてアドボカシーは登場したが、医療現場の中で看護師が患者の権利をアドボケートすることの危険性や困難さが多くの文献で述べられた。

Grace⁸⁾は、看護師が患者にアドボカシーを実践するときの深刻な危険について「同僚からの非難、感情的な傷つき、失職」をあげており、「大きな個人の犠牲なしに行を実践することができないとき、看護師はパワーのなさを感じ、倫理的苦悩の状態になり職場を離れる傾向にある」と述べている。Hanks¹²⁾は、看護アドボカシーの障害の分析を行い、「看護アドボカシーの障害は、患者に対する看護者の責任と組織の中での看護の任務との間の利益の対立が一般的である」と述べ、看護アドボカシーの障害の属性を「教育」「時間」「処罰」としている。「医師の補助としての伝統を持つ女性の専門職である」という歴史的な障害が、看護アドボカシーの障害である」と述べられている。また、日本の看護師の現状を調査したDavis⁵⁹⁾らによると、看護管理者が患者・家族のサポートをすることや、看護師を護るためにアドボカシーはチームアプローチがベストの機能だと看護師は考えていると述べている。さらにVaartio⁵¹⁾は、看護師に権限を与えられること、Sorensen⁷¹⁾は、医師と看護師の対立については看護管理職が役割を担うと述べている。

さらに、服部⁷⁵⁾は、看護によるアドボカシーの限界について、①看護師は自らの服従

と忠誠を求める医師や雇用主との関係で依存的な立場にあり、彼らの指示に逆らうのは難しいこと、②アドボカイトの役目は本来、患者がそこから擁護されるべき体制の側ではない者に委ねられるべきなのに、看護師はそうした体制の一部をなす者であること、③看護師が事前に患者の意見を聞かずに決定を下してしまうというように、看護師がアドボカシーを自分の義務としてあまりに真剣に捉えすぎて〈やりすぎる〉危険があること、をあげている。そして、看護師がアドボカシーを行う方法として、「看護師がその鋭敏な感性に基づき獲得した患者に関する繊細な情報をシステムの側に柔軟に取り込める仕組みを整備・保証することによって、看護によるアドボカシーの常態化・制度化する方向が望ましいであろう。」⁷⁵⁾と述べている。

以上より、看護師が「アドボカシー」を実践する場合、看護師への「アドボカシー」教育の必要性、「アドボカシー」ができる時間的余裕の必要性、そして、看護師が「アドボカシー」を行うことによって看護師が脅かされないために、看護管理者の支援やチームアプローチ、看護師に対する業務上の権限を与えるなどの保証をするシステムの改善の必要性が示唆された。

また、病んだ人々と関わる看護実践の場において看護倫理は基盤であり、「アドボカシー」はその実践的キー概念であると言える。しかし、患者の権利とは何かが明確でないと何を本来アドボカイトすべきなのか理解されない。今後は患者の権利とは何かについて本質的な議論が必要であると考えられる。

【結 論】

今回看護における「アドボカシー」の概念分析の結果、以下のことが明らかになった。

1. 看護における「アドボカシー」の属性に

は、《保護する》、《支える》、《伝える》、《エンパワーメントする》、《仲裁する》、《調整する》の6つの属性がある。

2. 看護における「アドボカシー」の先行要件として、患者(脆弱性、対立、依頼・要求)、看護師(やる気、責任、知識)、職場環境(ゆとり、人として尊重)の個別性と集団の3方向が見出された。
3. 看護における「アドボカシー」の結果として、患者(満足、失敗)、看護師(満足、危険、困難)、職場環境(安全、関係悪化)が見出された。
4. 看護における「アドボカシー」は「患者／家族が自身の権利や利益を守るための自己決定が遂行できるように、看護師は、患者／家族を保護し、情報を伝え、支えることでエンパワーメントすること、さらに医療者との仲裁を行い、医療者間の調整をすることである」と定義づけられる。
5. 看護師が「アドボカシー」を行う場合、危険性や困難さがあり、看護師へのアドボカシーの教育や、チームで行うこと、管理職の支援があるなどアドボカイトとしての看護師の保証が必要であることが示唆された。

文 献

- 1) NPO 法人患者の権利オンブズマン：
<http://www.patient-rights.or.jp/index2.html>,
2009. 07. 12
- 2) 日本医師会医師の職業倫理指針：
<http://www.med.or.jp/nichikara/syokurin.html>, 2009. 07. 12
- 3) 日本看護協会看護者の倫理綱領：
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>, 2009. 07. 12
- 4) ANA 定義：The Practice of Nursing Research. Nancy Burns, Suzan K. Grove. 5Th

- Edi. 2005. 看護研究の世界の発見. パー
ンズ&グループ看護研究入門. 黒田裕子他
訳. 第1版. エグゼビア・ジャパン. 3.
2007.
- 5) Kerstin Segesten: Patient Advocacy — An
Important Part of Daily Work of the Expert
Nurse. *Scholarly Inquiry for Nursing Prac-
tice*. 7 (2). 129-135. 1993.
- 6) Maggie Mallik(a): Adovocacy in nursing —
a review of the literature. *Journal of Adv-
anced Nursing*. 25. 130-138. 1997.
- 7) 石本傳江: 看護におけるアドボカシー研
究ノート—わが国の議論の動向と John-
stone の見解—. 日本赤十字広島看護大学
紀要. 1. 19-28. 2000.
- 8) Pamela J. Grace: Professional advocacy:
wideing the scopw of accountability. *Unrsing
Philosophy*. 2. 151-162. 2001.
- 9) Moyra A Baldwin: Patient advocacy: a
concept analysis. *Nursing Standard*. Feb5-
Feb11. 33-39. 2003.
- 10) Heli Vaartio and Helena Leino-Kilpi: Nurs-
ing advocacy — a review of the empirical re-
search 1990-2003. *International Journal of
Nursing Studies*. 42 (6). 705-714. 2005.
- 11) 竹村節子(a): 看護におけるアドボカ
シー—文献レビュー—. *人間看護研究*. 4.
1-11. 2006.
- 12) Robert G. Hanks: Barriers to Nursing
Adovocacy: A Concept Analysis, *Nursing
Forum*; Oct-Des. 42 (4). 171-177. 2007.
- 13) 齋藤泰子: 保健師アドボカシーの概念分
析. 武蔵野大学看護学部紀要. 2. 49-59.
2008.
- 14) 高田早苗、L. L. カーティン、渡辺恵他
: 特集アドボケイトとしての看護職 患者
の権利を守るために. *インターナショナル
ナーシングレビュー*. 日本看護協会出版会.
26(5). 25-69. 2005.
- 15) 石本傳江企画: 第1特集看護におけるア
ドボカシー 臨床看護. へるす出版. 32(14).
2027-2122. 2006.
- 16) 隈本邦彦、豊嶋直美、中田尚子他: 特集
患者・家族が参加できる医療へー “アドボ
ケイト・ナース” が活躍できる臨床現場と
は: 看護実践の科学. 看護の科学社. 31
(13). 9-38. 2006.
- 17) L. O. Walker and K. C. Avant: Strategies
for Theory Construction in Nursing. 4Edi,
2005. 中木高夫他訳. 概念分析. 看護にお
ける理論構築の方法. 第1版. 89-122. 医
学書院. 2008.
- 18) M. E. Kohnke: Risks, Hazards, Coping.
Advocacy Risk and Reality. The C. V. Mosby
Company. St. Louis. 111-131. 1982.
- 19) J. A. L. Earp, E. A. French and M. B.
Gilkey: Patient Advocacy for Health Care
Quality. First Edi. Jones and Bartlett. 3-28.
2008.
- 20) 隈本邦彦: 患者・家族が参加できる医療
へー 「アドボケイト・ナース」が医療を変
える日. *看護実践の科学*. 31(13). 10. 2006.
- 21) 澤田愛子: ナーシング・アドボカシー—
新しい看護倫理を考える—. 富山医科歯科
大学看護学会誌. 4. 7. 2001.
- 22) 前掲²¹⁾7.
- 23) 前掲⁷⁾19.
- 24) 前掲⁷⁾19.
- 25) Jean Jenny: Patient Advocacy — Another
Role for Nuesing, *International Nusing Re-
view*. 26 (6). 176-181. 1979, 小玉香津子監
修 患者の代弁—もう一つの看護の役割? .
インターナショナル ナーシング レビュー.
18(5). 64-68. 1995.
- 26) Fowler D: Social advocacy. *heart and
Lung*. 18. 1. 97-99. 1989.
- 27) Annas, G. J.: *The Rights of Patient*, 3
Edi, 2004. 谷田憲俊監訳. 患者の権利擁

- 護者・患者の権利．初版．25-75．2007．
明石書店．2007．
- 28) Sally Gadow: Ethistention Advocacy: Philpsophical Foundation of Nursing. Ethics in Nursing: an anthology. National League for Nursing. 41-51. 1990.
- 29) Murphy, C. P.: Models of the Nurse-Patient Relationship. Ethical Problems in the Nurse-Patient Relationship. 8-24. Allyn and Bacon. Boston. 1983.
- 30) Freeman, R.: Practice as Protest . American Journal of Nursing. 71 (5). 918-922.1971.
- 31) 澤田愛子：ナーシング・アドボカシーとインフォームド・コンセント．医学哲学医学倫理．13．106-108．1995．
- 32) Maggie Mallik(b): Advocacy in Nursing-perceptions of practising nurses. Journal of Clinical Nursing. 6. 303-313. 1997.
- 33) Kathleen Chafey: Characterizations of Advocacy by Practicing Nurses. Journal of Professional Nursing. 14 (1). 43-52. 1998.
- 34) 孔泰寛：日本の医療におけるアカウンタビリティの現状と課題 アカウンタビリティの前提となる評価システムを中心として．同志社政策科学研究．4．235-251．2003．
- 35) 現代用語の基礎知識．CD-ROM版．2004．
- 36) 碓氷悟史：アカウンタビリティ入門．中央経済社．初版．4．2001．
- 37) 板谷裕子：アカウンタビリティとは①．岡山医学会雑誌．118．150．2006．
- 38) 前掲³⁷⁾ 149．
- 39) 箕形崇史：「健康」を支援する地域の仕組みづくり．保健婦雑誌．55(12)．1096-1100．1999．
- 40) Ellen W. Bernal: The Nurse as Patient Nurse Case Managers' Perceptions of Advocacy a Phenomenological Inquiry Advocacy. The Hastings Center Report. 22 (4). 18-23. 1992.
- 41) Sandra C Sellin: OUT ON A LIMB: A QUALITATIVE STUDY OF PATIENT ADVOCACY IN INSTITUTIONAL NURSING. Nursing Ethics. 2 (1). 19-29. 1995.
- 42) Carole Willard: The nurse's role as patient Advocate: obligation or omposition?. Journal of Advanced Nursing. 24. 60-66. 1996.
- 43) Judith McFarlane amd William Wiist: Pre-venting Abuse to Pregnant Woman: Implementation of a "Mentor Mother" Advocacy Model. Journal of Community Health Nursing. 14 (4). 237-249. 1997.
- 44) Barbara Jo Foley, Ptlene Minick and Carolyn Kee: Nursing Advocacy During a Military Operation. Westarn Journal of Nursing Reseach. 22(4). 492-507. 2000.
- 45) 松本幸子：看護におけるアドボカシーサーリー・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．2066-2068．2000．
- 46) N. Carver: Advocacy in practice: the experiences of independent advocates on UK mental health wards. Journal of Psychiatricand Mental Health Nursing. 12. 75-84. 2005.
- 47) Heather J. Boyle: Patient Advocacy in the Perioperative Setting. Association of Operating Room Nurses. 82 (2). 250-262. 2005.
- 48) 竹村節子：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－．人間看護学研究．61-15．2008．
- 49) Stephen Rosecman, Ailsa Lorten and Leigh Hewman: Efficacy of Continuing Advocacy in Involuntary Treatment. Psychiatric Services. 51 (8). 1029-1033.

- 2000.
- 50) 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). 47-63. 2001.
- 51) Heli Vaartio, Helene leino-Kilpi and Sanna Salanterä, et al.: Nursing Advocacy: how is it defined by patients and nurses. what does it involve and how is it experienced?. Scand J caring Sci. 20. 282-292. 2006.
- 52) Reza Negarandeh, Fateme Oskouie, Fazlollah Ahmdi, et al.: The Meaning of Patient Advocacy for Iranian Nurses. Nursing Ethics. 15 (4). 457-467. 2008.
- 53) Sylvia M. Kubscha, Marsha J. Sternarda and Rebecca Hovarterb, et al.: A holistic model of advocacy: factors that influence its use. Complementary Therapies in Nursing & Midwifery. 10 (1). 37-45. 2004.
- 54) Joy Duxbury Bsc: The nurse's role as patient Advocate for mentally ill people. Nursing Standard. 20 (19). 36-39. 1996.
- 55) 岩本テルヨ、南家貴美代、有松操他: 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究—看護師に対する直接面接から— . 熊本大学医学部保険学科紀要. 3. 13-23. 2007.
- 56) Robert G Hanks: The Live Experience of Nursing Advocacy. Nursing Ethics. 15 (4). 468-477. 2008.
- 57) Tom O' Connor and Billy Kelly: BRIDGING THE GAP: A STUDY OF GENERAL NURSES' PERCEPTIONS OF PATIENT ADVOCACY IN IRELAND. Nursing Ethics. 12 (5). 454-467. 2005.
- 58) Tracy K. Gosselin-Acomb, Susan M. Schneider and Robert W. Clough et al.: Nursing Advocacy in North Carolina. Oncology Nursing Forum. 34 (5). 1070-1074. 2007.
- 59) Anne Davis, Emiko Konishi and Marie Tashiro: A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy. Nursing Ethics. 10 (4). 404-413. 2003.
- 60) 竹村節子(b): 「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. 3. 31-49. 2006.
- 61) 坂本雅代、羽山由美子、山居輝美他: エンパワメントを理念とする患者アドボカシー相談のアクションリサーチ—患者アドボカシー相談活動に取り組んだ実践課程とその評価— . 大阪府立大学看護学部紀要. 12(1). 37-47. 2006.
- 62) D. P. Olsen: Protection and advocacy: an ethics practice in mental health. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 8. 121-128. 2001.
- 63) Leab L. Curtin: The Nursing as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing. Advances in nursing science. 1 (3). 1-10. 1979.
- 64) Mary F. Kohnke: advocacy Risk and Reality, The C. V. Mosby Company. 1-54. 1982.
- 65) Sheila Corcoran: Toward Operationalizing an Advocacy Role, Journal of Professional Nursing. 4 (4). 248-248. 1988.
- 66) Jeanette Hewitt: A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. Journal of Advanced Nursing. 37 (5). 439-445. 2002.
- 67) Barbara Jo Foley, M. Ptlene Minick, Carolyn C. Kee: How Nurses Learn Advocacy. Journal of Nursing Scholarship. 34 (2). 181-186. 2002.
- 68) 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). 13-27. 2007.
- 69) Sharon Donahue Hellwig, Mary Digiulio:

- Nurse Case Managers' Perceptions of Advocacy a Phenomenological Inquiry. *Lippincott's Case Management*. 8(2). 53-65. 2003.
- 70) Saran H. Schlle, P. K. Agatasa, M. A. Krohn, et al.: Locating a Health Advocate in a private Obstetrics/ Gynecology Office Increases Patient's Receipt of Preventive Recommendations. *Journal of Woman's Health & Gender-Based Medicine*. 9(2). 161-165. 2000.
- 71) Roslyn Sorensen and Rick Iedema: Advocacy at end-of-life Research design: An ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*. 44(8). 1343-1353. 2007.
- 72) Karen S Thackey: Nurses' Advocacy Behaviors in End-of-Life Nursing Care. *Nursing Ethics*. 15 (2). 174-185. 2008.
- 73) Jan Snowball: Asking nurses about advocating for patients: 'reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing*. 24. 67-75. 1996.
- 74) Brenda E. Millette: Client Advocacy and the Moral Orientation of Nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 15 (5). 607-618. 1993.
- 75) 服部高宏：看護専門職とアドボカシー—アドボカシーの諸相と看護の可能性— . 臨床看護 . 32(14) . 2050-2055 . 2006 .