

# 患者のアドヴォカシーと看護職の自律性

竹中利彦

本稿では、終末期医療と患者のアドヴォカシーについて検討する。特に、アドヴォカシーという理念は医療従事者の中でも看護師に結び付けられて論じられることが多く、また看護師自身もこの理念を重視していると思われるので、表題のことについて看護師にかかわらせて論じることは有意義だと考える。そしてこのとき、関連して看護師という職業自体の自律性という概念が検討すべき問題として現われてくる。

最近二十年来、「患者のアドヴォカシーadvocacy」という概念が看護師の役割の一つを示すものとして国際的に認知されてきた。この概念は、医師に対立し、看護師の自律性を要求する運動に利用されたこともあったが、本質的には、看護師 患者関係の性質そのものを明確に述べようとするものである。そして、この概念は、上で言及したような医師に対する看護師の政治的運動とは独立に、それが看護師 患者関係の性質を明確に表わすものであるというように考えられることも多い。つまり、「患者のアドヴォカシー」が看護師という職業を特徴付ける役割の一つであると考えられるのである。

一方、看護師という職業は、公式には 19 世紀後半のフローレンス・ナイチンゲールの登場によって始まるが、それ以来、「隣人への愛」「奉仕の精神」などの徳がこの職についた人々を駆り立ててきた。このような伝統の中で、看護師の人々は理論家であるよりも実践者であったが、この実践者としての徳は、医療における権威者、特に医師に対する（時に「盲目的」と言われるような）従順さや服従に読み替えられてきた。しかしながら、医師と看護師を結び付けてきた従属関係は、看護に特有の役割が認識され、発展させられるにつれてだんだんとかすみ始めている。看護師は、自律性をもつものであることが期待されている。そして、「患者のアドヴォカシー」という看護師の役割と、この職業の自律性を結び付けようとする議論がなされることがある。

以下では、まず看護師による患者のアドヴォカシーという理念について検討（1、2、3）した上で、看護師という職業の自律性について（4、5）考えてみたい。

## 1 安楽死の決定における医療従事者と患者の関係

オランダの安楽死法では、安楽死を望む患者に対して医師は以下のようなケア基準を遵守するよう求められる。

- ・患者の希望が自発的なものであり、熟考の末であることを確認する。
- ・患者の苦痛が耐えがたいものであり、改善の見込みがないことを確認する。
- ・患者に状況を説明し、今後の予想を伝える。
- ・患者とよく話し合い、双方がほかに適切な解決方法がないと納得する。
- ・患者にかかわりのない他の医師少なくとも一名の意見を聞く。相談を受けた医師は患者と面会し、上記4項目についてケア基準が満たされているとみなす旨を書面にする。
- ・患者の生命を終結させる、あるいはその自殺介助を行うにあたって、適切な医療を実施し、配慮を行う。

ここで重視されているのは、医師と患者の間の緊密な人間関係の存在である<sup>1</sup>。医師は担当する患者に対してのみ、安楽死を実施することができる。医師はよく患者を知り、患者の決定が自発的なものかどうか、その苦痛が耐えがたいものであるかどうかを判断できなければならない。例えば、外国人が安楽死を求めてオランダに来て、その望みはすぐにはかなえられない。医師との関係を構築する期間が必要となる。

ベルギーの安楽死法（安楽死に関する2002年5月28日の法律）においても、上記のオランダの法律と同じく、医師と患者の間に緊密な関係が構築されていることが、安楽死に関する医師の介入についての必要条件となっている（以下の引用で、強調は筆者による）。

第3条セクション2 医師は介入に先立って、つねに次のことをなさねばならない。  
（中略）

- 1) 患者にその健康状態および余命を知らせ、安楽死の要求について患者と協議し、なお考えられる治療の可能性ならびに対症療法の可能性およびその結果について、

患者に情報を提供する。医師は患者とともに、当該状況において他のいかなる妥当な解決方法もないこと、および患者の要求はまったく自発的なものであることを確信するに至らなければならない。

- 2) 患者の肉体的または精神的苦痛の継続、および繰り返される本人の意志を確認する。そのために医師は、患者の状態の進展に照らし相当の期間を置いて、数回にわたり患者と面談する。

さらに、同じセクションで、看護チームの役割についても言及されている。

- 4) 患者と定期的な接触をもつ看護チームが存在する場合には、このチームまたはその構成員と、患者の要求について話し合う。

ここでは、看護師（を含む医師以外の医療従事者）が、安楽死の実行に関して医師と「患者の要求について」話し合うことが求められている。ただし、看護チームに患者の要求を擁護することを求めていると直接的に読むことはできない。

## 2 看護職と患者のアドヴォカシー

ヘルガ・クーゼは、安楽死の決定の場面において、看護師という職業と患者のアドヴォカシーという概念を強く結び付ける<sup>2</sup>。彼女は、物理的にも人間関係の面からも、看護師は医師よりも個々の患者と親密に結びついていると考えるからである。

クーゼは、安楽死の法制化を道徳的に正当化する。まず、延命治療を控えるかどうかという看護師と医師の意見の対立<sup>3</sup>があるとき、いかなる既存の原則より、かけがえのない個人としての患者のニーズに向き合うケアリングを優先しなければならない、とクーゼは言う。「患者の健康の維持、促進」という既存の医学の客観的な目的に代えて、「患者自身の視点に立って、患者の利益や福利を最大化する」<sup>4</sup>ということを目的にするべきだとするのである。そして、この場面において患者の「自律性」が尊重されるべきだと彼女は考えている。自律性を内在的な価値（「自律性はそれ自体尊重されるべきである」）と考えるにせよ、自律性を一つの道具として捉えるにせよ、患者の自律性を重視する立場に彼女は立つのである。前者の場合はもちろん、後者の場合においても、「一般に人は

自分の自律性を重んじており、どうすれば自分の利益になるかは通常本人がいちばんよく判断できるため」<sup>5</sup>個人の自律性を尊重すべきだとする。ここで言われる「利益」「福利」とは、生命の維持という客観的なものではない。

利益という語を理解する上で、私たちは最低限次のように考えるべきであろう。つまり、意識のさまざまな状態、すなわち快や苦痛を経験することができる患者については、必ずその人自身にとっての利益を考えるべきである。このような患者にとっては、快い意識状態 すなわち、福利 を経験し、痛みや苦痛を経験しないことが利益となる。(中略)意識のある患者にとっては、上記のような苦痛がないという単純なことも利益となるが、判断能力のある(自分で意思決定ができる)患者にとっては、「自己決定を行う」ことも利益になる。それは、人生に対する自分自身の価値観と計画に従って、自分の人生をコントロールし、形作っていくことであり、それができることは患者にとって利益となる。医療が個人の人生に立ち入るものである限り、健康と福利、苦痛と痛みについての自分自身の理解に基づいて、場合によっては治療を受けないという決定をも自分自身で下せる自由が患者になければならないのである<sup>6</sup>。

このような立場から、クーゼは安楽死の法制化を認めようとする。

さらにクーゼは、この「患者の生命を終わらせる」<sup>7</sup>決定について、看護師が特別な役割をもっていると考えている。まず、看護師が医療従事者である上は、義務として患者個々人の利益を目指さなければならない。のみならず、看護師には患者のアドヴォカシーを行う特別な理由があるとする。

看護師は医療従事者の他の誰よりも患者に近い立場にあるために、患者個人に向き合い、その要求を正しく細やかに察する「ケアリング」の気質を備えている。したがって、患者の利益を考えれば、終末期の治療計画の決定にあたっては、看護師の意見が優先されるべきである<sup>8</sup>。

このような理由から、クーゼは看護師が患者の立場に立ってその自己決定、あるいは「自律性」についてのアドヴォカシーを行い、特に終末期医療においては安楽死の決定

を行うべきだと考えている。

このように見てくると、安楽死の問題と看護師のアドヴォケイトとしての能力を結び付けようとする議論においてクーゼは、患者の自律性に対するアドヴォカシーを看護師が行う特別な地位にあると考えていると言える。

次節では、看護師による患者の自律性のアドヴォカシーについてさらに見てみたい。しかしながら、これは、問題なく認められるようなものではない。

### 3 三つのアドヴォカシー

オールマークは、看護師がアドヴォカシーを行う患者の「訴因cause<sup>9</sup>」を、「権利」「善」「自律性」の三つに分類している<sup>10</sup>。

「権利アドヴォカシー」は、患者が正当に権利を行使できるようにしようとする。例えば患者や、その患者のケアにかかわる人々が自分たちの権利をよく知っているようにし、またそれらが暴力によって脅かされることのないようにするのである。患者の「善」を代弁する「慈善アドヴォカシー」は、患者の「善」あるいはよりよく用いられる語としては「利益 interest」を擁護しようとするものである。したがって、例えばこのアドヴォカシーを行う者は、年老いており、衰弱していて、すでに死のうとしている患者をつかの間延命させようと試みるのは間違いだ、と議論するかもしれない。そして、「自律性アドヴォカシー」を行う者は、例えば患者が決定を下すために必要な情報を、患者自身に与えようとするだろう。

以上のようにアドヴォカシーを分類した上でオールマークは、看護師がこれらのアドヴォカシーを行う者、アドヴォケイトであるために、他の医療従事者と比べて特別な地位を有するか否か、を問題にしている。もう少し彼の議論を見てみよう<sup>11</sup>。

第一に、「権利アドヴォカシー」に関しては、まず「法的権利」と「道徳的権利」が区別される。看護師は患者の法的権利を尊重し、それを侵そうとする者に反対することができる。しかし、法的権利は誰にとっても尊重すべきものであるから、この権利アドヴォカシーについて他の医療従事者と比べて看護師が特別な地位にあるとは言えない。道徳的権利に関しては、何がその種類の権利であるのかがはっきりしないこと、さらに法的権利として認知されていない権利を患者が行使しようとしているときに看護師がアドヴォカシーをどのように行えるのか明確にできないこと、という問題がある。

第二に、「慈善アドヴォカシー」に関しても、法的権利に関するアドヴォカシーと同じく、看護師が行うことが可能であることは認められる。しかし、このアドヴォカシーを行うための特別な地位に看護師がいる、ということは認められない。このアドヴォカシーに関して看護師の特別な地位を主張する議論は、多くの場合看護師の患者に対する特権的な知識を前提としている。しかし、この特権的な知識の源泉が明らかではない。看護師は患者に対して24時間の触れ合いを続けているということがよく言われ、これがその知識の源泉とされることがあるが、現実には人員の不足と勤務シフトによって、ある看護師が一人の患者とともに過ごす時間はかなり少ないものである。また、「患者の体を拭いている間」における「普段の冷やかしいcasual banter」から、患者についての親密な知識を得られるとは考えられない、とオールマークは言う。つまり、触れ合いの量、質ともに十分ではないという反論が考えられる。そして、この「想定された特権的知識」のはっきりした証拠がほとんどないことも、このアドヴォカシーに関する看護師の特別な地位を危うくする。

第三に、看護師が患者のアドヴォケイトであるということに対する多くの反論は、「自律性アドヴォカシー」についてなされるものである。まず、患者が何を望んでいるかについて、看護師が特権的な知識をもっているということに対しては、「慈善アドヴォカシー」について看護師が特別な地位をもつということに対する、上で見た反論が成立する。さらに、自律性を擁護することは不可能である場合が多く存在する、という反論もある。例えばアルコール中毒の患者に対しては、いくら彼が望もうとも、看護師は酒類を与えることはできないだろう。また、精神病患者を拘束する時や、混乱した患者が病棟から出て行こうとするのを止める時など、他者の自律性を尊重しないことを法律が許し、あるいはそれを要求する場合には、看護師は「自律性アドヴォカシー」を行うことはできない。つまり、上で述べた二つのアドヴォカシーとは異なり、看護師は自律性のアドヴォケイトとして特別な地位をもたないのみならず、このタイプのアドヴォカシーを行うことすらできない、とオールマークは言うのである。

以上から、看護師は患者の「権利」「善」のアドヴォケイトでありうるが、「自律性」のアドヴォケイトではありえない。さらに、それらのアドヴォケイトであることについて、看護師はなんら特別な地位をもっていない、とオールマークは言うのである<sup>12</sup>。

自律性のアドヴォカシーについて、もう一つの反論を紹介しておく、それは、この理念が職業的責任やアカウンタビリティを否定することになるように思われかねない、

ということである<sup>13</sup>。

1、2の両節で見た安楽死の場合には、オランダにおいてもベルギーにおいても法律によって患者の自己決定、自律性は重要視されている。しかしながら、もし患者の自律性のアドヴォカシーという理念そのものが問題視されるならば、このアドヴォカシーを実践するのが看護師であれ医師であれ、安楽死の問題にこの理念を持ち込んで考えることの困難が予想されるだろう。

オールマークは、結局、看護師がアドヴォカシーを行おうと考える者は要するに患者の法的権利のアドヴォカシーを行おうと言っているのだし、行えないと考える者は患者の自律性のアドヴォカシーを行えないと考えているのだ、とする。したがって、看護師による患者のアドヴォカシーという語は、両義的であり、混乱を招く元になってしまうから、われわれの議論から排除すべきだ、と考えている<sup>14</sup>。

しかしながら、患者のアドヴォカシーという理念と看護師という職業の自律性を結び付けようとする議論もある。次節では、ブロンダーとランベールによるそのような議論を見てみよう。

#### 4 看護職の自律性とアドヴォカシー

まず、看護職が自律性をもつということが、看護師がアドヴォカシーを行うために必要であるという、ブロンダーとランベールの主張<sup>15</sup>を見てみたい。

ブロンダーとランベールは第一に、看護職の職業的なアイデンティティは、職業的な判断を自律的に行おうということと切り離せないとする。もちろん、看護師が職業的な判断を行おうとしたときに直面するような困難について、彼女らは無視しているわけではない。例えば、現代における医療チームの複雑な協力関係は、看護師が独自の職業的判断を自律的に行うこと否定しているかもしれない。また、医療チームのうち、ある職種の者たちが（カムフラージュされた形であるにしても）そのチームを支配しようとすることによって、他の職種のアイデンティティを排除しようとするかもしれない。それでも、ブロンダーとランベールは、「疲労や辞職への願望に屈しないためには、看護の仕事の崇高さが、その職業的アイデンティティの礎石となる」<sup>16</sup>と述べて、看護師の職業的な自律性がこの職種が生き残るための至上命令であるとしている。

このような状況の中でブロンダーとランベールが注目するのが、アドヴォカシーであ

る。ブロンドーとランベールはフランス語圏のカナダ人であるが、この advocacy についてフランス語に対応する言葉がないとして、この言葉を英語のままで用い、あえて翻訳するならば、「患者の利害の擁護」であるとしている。彼女たちにとっては、この理念は看護の実践の独自の部分を決定するものである。患者の利害を擁護することにおいて、

看護師は患者の治療のパートナーとなり、健康状態あるいは病気の経験の中にある患者を助ける。同時に、その経験が患者に身につけさせる何らかの意味を発見する手助けをする。看護師はそのとき、患者が沈黙している場合には、患者のために、彼の価値観と選択を尊重した上で、彼の言葉となることができるだろう<sup>17</sup>。

と彼女らは言う。

そして、このような「患者の擁護」には、看護師の職業的な自律性が必要である、とブロンドーとランベールは述べるのである。

しかし、患者のアドヴォカシーというこの理念を実践することは、看護職の伝統的な「服従」という観念とは相容れない。このような一般的な、しかし重大な要求のほかにも、この理念に多くの困難が指摘されていることを、彼女らは指摘する。

まず、患者の利害の擁護を、上で引用したような形、つまり「患者の価値観と選択を尊重した上で」行うためには多大な時間がかかることが一つの難点である。医療における人的資源は有限であり、「易きにつく誘惑に負けないためには大きな勇気が必要」なのである<sup>18</sup>。

次に、看護師たち自身の問題が指摘されている。すなわち、看護師たちは自分自身に対する評価や、職業としてのアイデンティティを、患者の利害を擁護するために必要なだけ今の段階ではもっていない、というのである<sup>19</sup>。

さらに、アドヴォカシーが看護師の役割のうち重要な部分を占めているとしても、看護師はそれを実践するための権利も権威ももっていない、という困難も指摘されている

<sup>20</sup>。

実際のところ、これらの(アドヴォカシーを扱った)論文の最も憂慮すべき面は、次のことである。すなわち、アドヴォカシーが看護師から奪うことのできない義務になったにもかかわらず、看護師たちがこの義務を果たすには、大きなリスクに身

を晒し、非常に大きな個人的勇気をもたなければならない、ということが示唆されている、ということなのだ。

看護師たちが身を晒さなければならない大きなリスクやもたなければならない非常に大きな勇気とは、例えばその看護師がともに働いている医療チームの他のメンバー、医師の怒りを買うこと、失職したり閑職についたりしなければならない場合の経済的社会的な損害にかかわる。そして、看護師はこのようなことに対する「恐れ」とも戦わねばならないが、このこともアドヴォカシーにかかわる困難の一つに挙げることができるだろう<sup>21</sup>。

ブロンダーとランベールは、これらの困難を認識した上で、看護師による「患者の擁護」をこの職業の重要な部分と考え、この理念を実践するためには看護職の職業的なアイデンティティ、自律性がどうしても必要なのだ、と結論付ける<sup>22</sup>。

ブロンダーとランベールの立場は、次のようにまとめることができるだろう。彼女らは「患者のアドヴォカシー」という理念を実行する役割を、看護職の重大な部分として考えている。そして、そのためには看護師が自律的であり、職業的なアイデンティティをもたねばならない。

## 5 「あいまいだが有用な」理念としてのアドヴォカシー

4節で見たようなブロンダーとランベールの立場は、3節で見たアドヴォカシーという語を不要なものとするオールマークの立場とどのような関係に立つだろうか。

もしオールマークの主張を認めて、看護師がアドヴォケイトとして、他の医療従事者と比べて特別な地位にないにしても、実際に看護師たちは患者のアドヴォカシーということが自分たちの仕事のうちで高い優先順位を占めていると考えている<sup>23</sup>。つまりこの理念は定義することは難しく、また看護師だけがもつべき理念ではないものの、彼らの職業の一部をなんらかの形で言い表していると考えられるのである。このことは、看護師がアドヴォカシーに関して他の医療従事者と比べて特別な地位をもつかどうかにはかわりがない。そして、職業的に重要な役割を遂行するために看護職の自律性が必要だという議論は、説得的である。

実は、看護師のアドヴォカシーという語を排除すべきだと考えているオールマークも、

この語があいまいなものであっても有用なものと考えするという可能性を認めている<sup>24</sup>。この理念は、看護の実践の中で、看護師が自分の職業の中で何に優先順位を与えるかのリマインダーとなる。

以上見てきたように、患者のアドヴォカシーという理念にはさまざまな問題がかかわっており、さらに、いくつかの困難が指摘されている。この理念を「患者の自律性のアドヴォカシー」であると考えた場合、そのまま終末期医療や安楽死の決定に適用することはできない。患者のアドヴォカシーという理念は例えば「患者の自律性」をアドヴォケートすること、などという形で簡単には定義できず、終末期医療にそのような一面的な定義を持ち込むことはできないだろう。しかし、それが看護師をはじめとする医療従事者にとって現実的な意味をもつ以上、意味のないものとすることはできず、検討に値する理念であると言わねばならない。

---

1 オランダの安楽死法に関しては、棚橋 實「安楽死と自殺補助—オランダとアメリカの動向—」『医療と倫理』第4号、pp. 67-74を参考にした。

2 ヘルガ・クーゼ『ケアリング—看護婦・女性・倫理』、竹内徹・村上弥生監訳、メディカ出版、2000年 第九章: Helga Kuhse, *Caring: Nursing, Women and Ethics*, Blackwell.

3 クーゼは医師と看護師の意見の対立について一つの例を引いている。看護師のバーバラ・ハットマンは、末期の肺がん患者マックを生かすにつけるのは間違っていると思っており、自分のその考えに少しも疑念をもっていなかった。マックは末期状態で耐えがたい苦痛にさいなまれており、死を望んでいた。しかし、マックの主治医は「延命の方法と知識がある限り、命を承らえさせねばならない」と信じていた。Ibid., pp. 6-7.

4 Ibid., p. 217.

5 Ibid., p. 221.

6 Ibid., pp. 220-221.

7 Ibid., p. 252.

8 Ibid., p. 254.

9 アドヴォカシーという語は、法律用語にその源をもつ。そのためオールマークは、患者において擁護されるべきものを、「訴因」と呼んでいる。

10 Allmark, P., “Do Nurses have a Special Claim to be Advocate?”, pp. 136-138.

11 Ibid., pp. 140-146.

12 Ibid., p. 150.

13 Chadwick, R. and Win Tadd, *Ethics and Nursing Practice – A Case Study Approach*, Palgrave Macmillan, 1992, p. 21.

14 Allmark, P., “Do Nurses have a Special Claim to be Advocate?”, p. 151.

15 Blondeau, D. et C. Lambert, “L’autonomie professionnelle des infirmières”, pp. 161-169.

16 Ibid., p. 165.

17 Ibid., p. 167.

18 Ibid., p. 167.

19 これら二つの困難は、セイエステンの論文によるものである。Segesten, K., “Patient Advocacy. An

---

Important Part of the Daily Work of the Expert Nurse”.

20 ペンスとカントラルの論文から引用されている。Pence, T. and Cantrall, J., “The Nurse as Advocate : Concepts and Controversy”.

21 レクリングの論文によっている。Reckling, J. B., “Who Plays What Role in Decisions about Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment ?”.

22 Blondeau, D. et C. Lambert, “L'autonomie professionnelle des infirmières”, p. 169.

23 Allmark, P., “Do Nurses have a Special Claim to be Advocate ?” p. 135.

24 Ibid., p. 151.

## 文献

Allmark, P., “Do Nurses have a Special Claim to be Advocate ?” in Tadd, W. (ed.), *Ethical and Professional Issues in Nursing*, Palgrave Macmillan, 2004

Blondeau, D. et C. Lambert, “L'autonomie professionnelle des infirmières” dans Blondeau, D. (éd.), *Ethique et soin infirmières*. Les presses de l'Université de Montréal, 1999.

ヘルガ・クーゼ 『ケアリング 看護婦・女性・倫理』、竹内徹・村上弥生監訳、メディカ出版、2000年:  
Helga Kuhse, *Caring : Nursing, Women and Ethics*, Blackwell.

Pence, T. and Cantrall, J., “The Nurse as Advocate : Concepts and Controversy” in *Ethics in Nursing : An Anthology*, National League for Nursing, vol. 20, no. 2294.

棚橋 實 「安楽死と自殺幫助 オランダとアメリカの動向」 『医療と倫理』 第4号。

Reckling, J. B., “Who Plays What Role in Decisions about Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment ?” in *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 8, no. 1, pp. 39-45.

Segesten, K., “Patient Advocacy. An Important Part of the Daily Work of the Expert Nurse” in *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, vol. 7, no. 2, pp. 129-135.

( 哲学博士課程修了 )