

精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル構築に関する研究

(課題番号 235934437)

平成 23 年度～平成 25 年度 科学研究費補助金 (基盤研究 C)  
研究成果報告書

平成 26 年 3 月

研究代表者 戸田 由美子

(日本赤十字広島看護大学 教授)

# 目 次

I はじめに	.....	1
II 研究の目的と背景	.....	3
III 研究方法	.....	5
IV 研究結果	.....	7
対象者の概要	.....	7
事例の概要	.....	7
看護アドボカシーの場面	.....	7
精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断	.....	7
精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入	.....	12
V 考察およびまとめ	.....	23
文献	.....	31
資料	.....	34

## I はじめに

精神科医療は、精神障がい者の処遇の歴史である。処遇とは、精神障がい者の人権に関わることである。近年、医療機関において患者の権利保証の価値観が定着し始めてきた。そのような中、患者の権利を擁護する「アドボカシー」概念が注目されている。

看護領域においてアドボカシー概念は、1970年代に欧米において注目を集めるようになり、米国看護協会(ANA)は看護の定義の一部に「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。)とあげている。また、UKCC「英国中央審議会」も『アドボカシーの目的は、争うことではなく、患者やクライアントの幸福と利益を促進し守ることである。アドボケイトは「他人の言い分を弁ずる者」あるいは「あることを唱道し主張する者」である。それはアドボカシーというものが、積極的・建設的な行為であることを示している。』(1992)と、アドボカシーは看護の要件であるとしている。看護職の役割として、アドボケイトすることは、専門職としての基盤であることを示している。

精神科医療は、「精神保健および福祉に関する法律」により、入院形態や隔離・拘束など、他科に比べて患者の人権と直結した法律で運営されている。つまり、他科に比べて、患者の権利は侵される危険性が高いと言えよう。看護師は、患者の一番身近にいる医療従事者として、さらに、患者の権利を守りつつ医療を提供する専門職として、アドボカシーとしての役割を積極的にとっていく必要があると考えられる。これまで精神科におけるアドボカシーの実践は明らかにされていないため、早急に明らかにし実践に生かすことが重要であると考えられる。

そこで、本研究では、精神科に勤務する熟練看護師は、どのような場面で患者をアドボケイトする必要性を判断し、どのような介入を行っているか、「看護アドボカシー」概念モデルを精神科の看護実践の中で裏付けるため、単科の精神科病院と中間施設に入院または入所している患者に対して日々臨床の場で実践されている「看護アドボカシー」を実践すべきと判断した場面とアドボケイトとしての看護介入を明確にすることである。そして、その看護介入から精神科における「看護アドボカシー」看護介入モデルを構築することを目的とした。

本調査は、精神領域に勤務する熟練看護師に聞き取り調査を実施した。そして、その内容を「看護アドボカシー」の判断と看護介入に分けて整理した。

最終的に「看護アドボカシー」への看護介入モデルを構築し、提示することである。本調査では多くの皆様にご協力を頂き、貴重な示唆を得ることができた。

最後になりますが本調査の実施にあたり、ご指導ご協力を頂きました関係者の皆様方に、感謝しお礼を申し上げます。

## 研究組織

研究代表者：戸田由美子（日本赤十字広島看護大学 教授）  
（平成 23 年～24 年度高知大学医学部看護学科 准教授）  
研究分担者：高橋美美（高知大学医学部看護学科 講師）  
坂本雅代（高知大学医学部看護学科 教授）

## 交付決定額（配分額）

	直接経費	間接経費	合計
平成 23 年度	700,000	210,000	910,000
平成 24 年度	500,000	150,000	650,000
平成 25 年度	100,000	30,000	130,000
総計	1300,000	390,000	1690,000

## 研究発表

戸田由美子・坂本雅代・高橋美美：精神科看護師が介入した患者アドボカシーの場面と判断の特徴. 第 32 回日本看護科学学会学術集会. Pp530, 東京.  
坂本雅代・戸田由美子・高橋美美（2013）. 精神疾患患者への訪問看護場面における患者アドボカシー（その一）～患者の権利侵害の状況～. 第 33 回日本看護科学学会学術集会, pp587, 大阪.  
戸田由美子・坂本雅代・高橋美美（2013）. 精神疾患患者への訪問看護場面における患者アドボカシー（その二）～精神科訪問看護師による看護介入～. 第 33 回日本看護科学学会学術集会, pp588, 大阪.

## II 研究の背景と目的

### 1. 研究の背景

日本の精神科医療は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（2012年改正）」<sup>1</sup>（以下、精神保健福祉法）に則り運営されており、入院形態や隔離・拘束など、他科に比べて患者の人権と直結した問題を多く扱う。日本で患者の人権が明文化されたのは、1987年の精神保健法<sup>2</sup>からである。

患者の権利に関する世界的動きを見てみると、第二次世界大戦後、1948年国際連合総会において「世界人権宣言」<sup>3</sup>が採択され1950年「欧州人権条約」<sup>4</sup>の調印により人権保障に向けた動きが進展した。その後、1960年代に入り、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た。その中で意思決定における患者の自律性の尊重が主張されるようになったこと<sup>5</sup>が、今日の患者の権利へと発展してきたと言われている。米国では、1972年に世界に先駆けてボストンのベス・イスラエル病院が「患者としての貴方の権利」<sup>6</sup>を定めた。そして、1981年（2005年10月修正）世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」<sup>7</sup>（以下、リスボン宣言）が今日、患者の権利として広く受け入れられているものである。それを受けて、1994年世界保健機構ヨーロッパ地域事務所開催の「患者の権利に関するヨーロッパ会議」での「ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言」<sup>8</sup>へと発展した。精神科医療に関する国際的なルールは、1991年国際連合「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」<sup>9</sup>（以下、国連原則）があげられる。その後、2006年に国際連合が「障害者の権利に関する条約」<sup>10</sup>を採択し、日本は2007年に条約を批准した。

このような世界の人権尊重の流れや患者の権利の整備に比べて、日本が立ち後れていることは否めない。世界に遅れて、1983年日本病院協会が「勤務医マニュアル」<sup>11</sup>にて、患者の権利と責任を明記し、2000年前後より日本医師会が「患者の自立性の尊重、善行、公平の3原則」<sup>12</sup>を基本とし、看護系職能団体が個人の尊厳と権利擁護を「倫理綱領」<sup>13-14</sup>として提示した。以後、多くの病院で患者の権利を守ることが記されるようになった。従来のパターナ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。そのような中、患者の権利擁護を実践する概念として「アドボカシー」が注目されてきた。英国中央審議会「看護・助産・保健師服務規程」（1992年）<sup>15</sup>は『アドボカシーの目的は、争うことではなく、患者やクライアントの幸福と利益を促進し守ることである。アドボケイトは「他人の言い分を弁ずる者」あるいは「あることを唱道し主張する者」である。それはアドボカシーというものが、積極的・建設的な行為であることを示している。』と、アドボカシーは看護の要件であるとしている。看護職の役割として、アドボケイトすることは、専門職としての基盤であることを示している。

アドボカシーは、日本では患者の権利擁護と訳されているが、アドボカシー概念の定義や構成要素は研究者によりまちまち<sup>16-24</sup>であり、看護実践内容で明確にされたものより文

献検討や看護師への意識調査などから理論化されたものが多い。医学中央雑誌（1983年～2012年）で「患者の権利擁護」＋「看護」に関する研究論文（483文献）を分類分けすると、「患者の自己決定」、「行動制限（隔離・身体拘束の問題）」、「インフォームド・コンセント」、「人権・患者尊重」、「情報開示」が多く、すべてアドボカシーに内包される概念であった。日本においてアドボカシー研究は、Davis<sup>25</sup>らのPilot Studyと竹村<sup>26,27</sup>の成人看護学領域の研究であり、いずれも質問紙による量的研究である。しかし、精神看護学領域でアドボカシー概念そのものを扱った研究は、見あたらなかった。CINAHL（Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature）（1985-2012）でadvocacyの原著論文（抄録・査読あり）を検索すると70文献あり、精神看護領域でアドボカシーに関する論文は、2論文<sup>28,29</sup>のみであった。筆者は、「精神疾患患者にとって権利とは何か？」<sup>30</sup>、「看護における『アドボカシー』の概念分析」<sup>31</sup>を行った。日本の精神科医療は、「精神保健福祉法」により、入院形態や隔離・拘束など、他科に比べて患者の人権と直結している分、看護師は患者の権利に対して敏感である必要があると考える。それを踏まえて、精神科医療における「看護アドボカシー」について熟練看護師はどのような場面で看護介入の必要性を臨床判断し、看護介入を行っているかについて明確にしたい。

## 2. 研究の目的

精神科看護師が捉える「看護アドボカシー」の場面と介入のための判断、その看護介入を明確にし、「看護アドボカシー」看護介入の構造化を図ることである。

### 【平成23年度～平成24年度】

研究目的：「看護アドボカシー」概念モデルを基に半構成的インタビューガイドを作成し、精神科熟練看護師より日々の実践における精神疾患患者・家族の権利を護るための「看護アドボカシー」看護介入の場面およびその内容について聞き取り調査の予備調査及び本調査を行う。

### 【平成25年度】

研究目的：前年度までのデータ分析を基に、精神科における看護アドボカシー介入モデルを構築する。

1) データ分析のカテゴリー化したものを洗練化させ、それぞれのカテゴリーの関係性を明らかにし、精神科における「看護アドボカシー」介入モデルを構築する。

### Ⅲ 研究方法

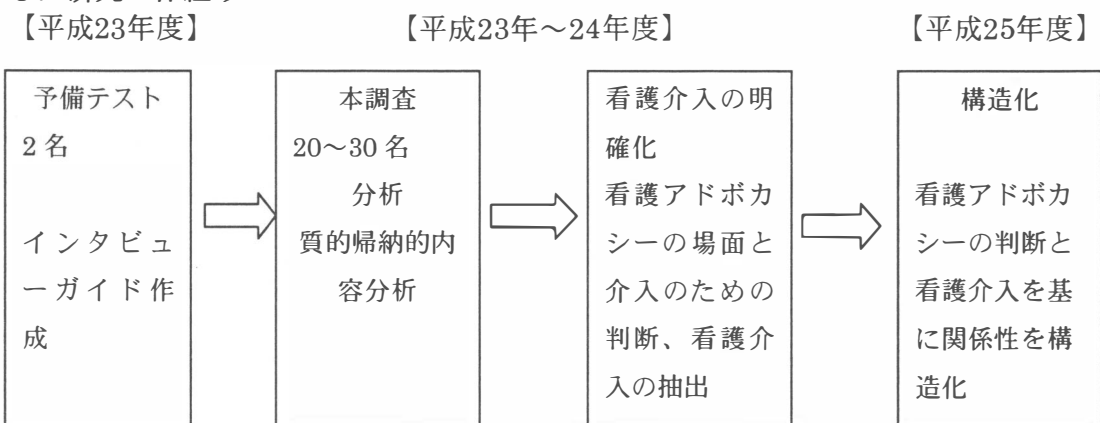
#### 1. 研究デザイン

日本において、「看護アドボカシー」に対する研究は始まったばかりである。患者の権利と深く関わる精神看護領域で「看護アドボカシー」への看護介入は今だ明確にされた研究はなく現象そのものを明らかにするため、質的記述的研究デザインを用いた。

#### 2. 用語の定義

・看護アドボカシー：看護師が患者の権利や利益を守ることである。

#### 3. 研究の枠組み



#### 4. 研究対象

2 県 8 施設の精神看護領域勤務 5 年以上の看護師で研究協力の同意の得られた 21 名を対象とした。

#### 5. 研究方法

精神看護領域に勤務する熟練看護師に「看護アドボカシー」の判断と看護介入の実態を明らかにするため聞き取り調査を実施した。

#### 6. 研究内容

1) 対象者の背景（性別、年齢、精神科看護師歴、全看護師歴）

2) 研究内容

「看護アドボカシー」が必要と判断した事例とその場面並びに判断の内容（その場面をどのように解釈したか、なぜ援助が必要と判断したか、そのような援助を実施しようとしたか）、患者・家族・地域の人々、医療者にどのような看護介入を行ったか、その実態を明らかにした。

## 7. 研究期間

2011年8月～2014年3月

## 8. 分析方法

分析方法は、質的帰納的内容分析を行った。

### 1) 第一段階

面接により得られたデータを基に、「看護アドボカシー」が必要と判断した事例とその場面並びに判断の内容について、個々の事例で看護アドボカシーの介入場面とその判断の部分を抽出後、対立状況やアドボカシー内容について分類分けし、全ての事例で類似した場面での判断を整理・統合しテーマとして抽出した。

### 2) 第二段階

面接により得られたデータを基に、第一段階で得た「看護アドボカシー」の必要な判断で抽出したテーマ別に看護介入の部分を抽出し、意味の通る単位にコード化し、整理分類分けをしてそれぞれのテーマ別にカテゴリーを抽出した。

## 9. 分析の妥当性

各段階で、研究者間でデータの解釈の検討を行い、分析の妥当性を高めた。

## 10. 倫理的配慮

本研究は高知大学医学部倫理委員会と各施設の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には研究目的と方法、所属や個人名の秘匿、面接結果を目的以外に使用しないこと、面接中断の自由について文章及び口頭で説明し同意書への署名により同意を得た。



## IV. 研究結果

### 1. 対象者の概要

対象者は、21名（男性6名、女性15名）、平均年齢44.5±7.5歳、平均精神科看護師歴14.1±6.3年であった。精神科病棟勤務者17名、訪問看護ステーション勤務者3名、精神障害者生活訓練施設（援護寮）勤務者1名であった。

### 2. 事例の概要

事例は、45例（男性26例、女性19例）であった。病名は、統合失調症圏内37例、感情障害4例、発達障害3例、摂食障害1例であった。生活の場は、入院中33例、在宅10例、中間施設2例であった。

### 3. 看護アドボカシーの場面

患者と家族の対立13場面、患者と地域住民との対立2場面、患者と地域の支援者との対立6場面、患者と医療スタッフとの対立8場面、隔離・身体拘束（行動制限・私物管理含む）の葛藤6場面、一般科の治療問題3場面、治療上の問題8場面、患者の治療拒否7場面であった（重複有り）。

### 4. 精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断（表1参照）

表1 精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断

テーマ1	患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害
テーマ2	患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害
テーマ3	医療や福祉を受ける権利の阻害
テーマ4	患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害
テーマ5	治療や看護の不備による自由の阻害
テーマ6	財産権の阻害

【精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断】とは、患者自身の権利や利益が阻害されているため看護援助が必要と看護師が判断したことで、表1の通りである。それぞれ特徴的な事例を対象者の語りから説明する。語りは意味内容がゆがまない範囲で個人が特定されないよう修正した。

#### テーマ1 患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害（13事例）

患者が退院し地域で生活することに対して、患者と家族、患者と地域住民との間で対立が生じているものである。患者は地域で生活することを拒否され、家族や地域住民は患者により生活が脅かされると感じており、それぞれの生活や安全が阻害されている状況に対して、看護援助が必要と判断していた。

**精神症状のある患者の退院に家族が反対していたが、自宅生活という患者の希望を叶えるため、状態が安定し家族がまだ患者の面倒を看られる時が退院するチャンスと介入の必要性を判断した。**

統合失調症の患者で、本人は帰りたいが、家族は帰って来てほしくないと思っている。幻聴と妄想の精神症状はあるが、暴力行為もないので帰宅させたいと思った。お父さんに退院をお願いしたら「とんでもない」と拒否された。しかし、お父さんが高齢になったり、亡くなった時には本当に帰れない。この人一生、精神科で生活していくんだなー、と思ったら、一回帰るようにしてあげたいな、と思った。主治医の了解も得て、何回も何回も父親をお願いして（自宅退院した）。

**自宅生活を希望する患者に対し、自分たちの生活が乱されるのを心配した家族が退院に反対したことから、患者と家族の折り合いをつける必要性があると判断した。**

統合失調症の患者で、主治医より「なんとか、退院できるようにしてほしい」と話があったが、若い時に暴力や薬物乱用があったため、家族は「退院はもう絶対だめ」と拒否した。ご両親も亡くなり、兄弟は家庭があって受け入れられない状況であった。看護師が、「家族としてしんどい思いもされたと思います」と家族の話を受け止めつつ、「このような社会資源を活用する方法もあります」と、家族に対し援護寮やグループホームの社会資源の活用を紹介し、患者・家族と話し合い、グループホームの方へ入所された。

**患者のセルフケア能力は地域生活が可能レベルに回復していたが、地域住民が患者の自宅退院に反対であることから、地域の人々に病気や生活などへの理解を得ることが必要であると判断した。**

妄想性障害の患者で、状態が落ち着いて退院を迎えた段階で、地域住民から「警察沙汰になる人は帰ってきてもらったら困る」と拒否された。そこで、地域住民に退院を納得してもらえるように、看護師とドクターが、病気や睡眠、生活のしかたや薬、あとは社会資源について教育を行った。また、OTを導入し手芸やお料理をやりました。（そのような治療過程を地域住民に理解してもらい自宅退院した）

## テーマ2 患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害（11事例）

患者と治療者の間で治療方針等に対する理解の違いがあり、渋々患者が治療・看護に乗っており、患者自身の治療・看護に対する選択や自己決定が阻害されており、看護援助が必要と判断していた。

**薬物治療を自己判断で中止しては状況悪化を繰り返していたことから、薬物に対する患者の意向を尊重し、協力関係を築いて薬物管理を行う必要があると判断した。**

統合失調症の患者で、自分は不眠症だと思い「眠剤以外は、必要ない、飲みたくない」と訴え、自己判断による断薬と入院を繰り返していた。そこで、患者の思いに協力したい、断薬も治療の選択肢かなと思った。支援することにより、こちらも薬の確認ができるし、協力関係も結びやすくなる。看護師が「薬を飲んで、飲んで」と促すだけの関わりでは、その薬を止めたときに、「飲んでない」ことを教えてくれない

い。しかし、協力関係を結んでいると、「今飲んでない」ことを、きちんと話してくれる効果もあると思った。先生にも話して断薬をして様子を見た。(内服のアドヒアランスにつながり、以後、入院はしていない)

**患者の退院への思いを看護師は本気で受け止めていなかったが、他職種によって問題を指摘され、患者の自己決定を尊重した援助が必要と判断した。**

摂食障害の患者で、入院3年目に主治医は「この人退院させるよ」と言っていたが、看護師は誰も本気で退院すると思ってなかった。本人は、「退院したい」と言うが、全く退院する動きはなく2年以上入院していたため、看護スタッフは「どうせ、本当はしたくないんだ、どうせだめだろう」と思い込んでいた。退院調整検討会で栄養士が「この患者さんを、先生が2月頃、退院させるって言っているけど、退院させると死にますよ」と発言し、そこで、「え？」っていう話になった。この栄養士の発言に刺激を受けて、看護師があらためて患者の意向を聞いた。患者が「退院したい」と言っていることを受け止め、患者の意志を尊重する必要性を感じ、その後患者を交えて看護師が中心となって退院支援チームを作り支援後退院した。

**患者の配偶者とのコミュニケーションを主治医が禁じていたことから、患者が思いを伝えられるようにする必要性があると判断した。**

統合失調症の患者で、妻もうつ病で同時入院中。夫婦共に同じ主治医。妻は以前から離婚を考えており、主治医はその考えを支え、一方的に離婚の話が進んでいた。患者は妻と喋ったら駄目と主治医に言われており、妻のことを心配しながらも喋れない状況が続いていた。看護師は、患者の夫婦間の問題であるから、患者と妻とで話し合っ欲しい、当たり前のことを当たり前やって欲しいとの思いがあった。患者は思っていることを言わないし表現しながらないからこそ、意見を述べたり反対したり普通にやって欲しいと思ひ、カンファレンスの中で、主治医に「奥さんのほうに旦那さんとちゃんと向き合ってもらう時間をとってください」と何度も進言し、患者を支持した。

### テーマ3 医療や福祉を受ける権利の阻害 (7事例)

患者の本来受けられるべき医療や看護、福祉の利用が阻害されており、看護介入が必要と判断していた。

**精神症状による問題行動のために、がんの治療を受ける権利が阻害されたため、患者を支援する必要性があると判断した。**

抑うつ状態の患者で、家族関係が全部破綻しているときにがんになった。CTの結果が出たとき、家族は自分たちに関係ないという態度をとり、主治医も治療に消極的だった。看護師としてはそれでは困ると思った。とにかく治療や診断だけでもしてもらいましょうと先生を説得し、検査のためにA病院に入院となった。しかし、A病院側から、患者の問題行動が大変で再入院は出来ないと、精神科の主治医にクレームがついた。そこで、患者が治療を望んでいるのに治療を受けられないのはしんどいし、何とかしたい

と考えた。(がんの治療ができるようにと主治医と A 病院に掛け合い治療につながった)

**患者が受けてきた訪問看護が、付き添いの家族の否定的な言動によって阻害され始めたことから、介入が必要と判断した。**

統合失調症の患者で訪問看護を受けていた。お母さんが「この子はもう全然朝も起きなくて」など、ダメなところを言うと、「だって、仕方ない(甲高い声)」と本人が話し退行してしまう様子があった。看護師と 1 対 1 だときちんと話せるが、家族が一緒だと患者の訪問看護の成立が段々難しくなって来たため、介入の必要性を感じた。(二名の看護師で訪問し親子の話をも別々に聞くことで落ち着いた)

**病状の悪化による妄想に基づく転居願望が、地域支援者を巻きこんで問題行動を引き起こし、両者に不利益をもたらすことから、支援が必要だと判断した。**

統合失調症の患者で病状が悪化すると、アパートの住人に対する妄想が活発になり、転居願望が出てくる。支援センターや作業所の方が、本人の要望に沿い、一緒に探しに行くけど、アパートの条件が多すぎて、希望の物件が見つからない。そのイライラ感から、支援センタースタッフに攻撃が向いて、ティッシュを投げたりする。福祉職の行動は、一見、患者の意思を尊重しているように見えるが、患者のためにも福祉職のためにもなっていないと感じた。(主治医に報告し内服薬を元に戻してもらい病状悪化を防いだ)

#### テーマ 4 患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害 (6 事例)

患者の病気や生活能力に対する患者自身や家族の理解不足により、患者が自分らしく生きて行くことが阻害されており、看護介入が必要と判断した。

**患者自身が自分の生活能力や病気を理解できず、生活破綻を来す状況になっていたため、生活援助が受けられる施設への入所が必要だと判断した。**

発達障害の患者で内服薬の自己管理ができず、デイケアにも来れない状況であった。家では失禁しても後始末ができず下着が放置されていた。そのため、援護寮に入所したが、本人は「できよったのに入れられる」と訴え、実際の行動ができていないことが認められない。しかし、入所後は、生活や食事もとれるようになり、次の生活を考える段階となり、より社会に近い C 施設入所の支援を行なった。

C 施設体験入所時に夜間失禁し、トイレの周囲をかなり汚してしまった。また、下半身裸で汚れ物もそのままで眠り、後始末ができない。日常生活の支援の必要性を伝えるも、本人は「できる、できる」って言うのみで、状況があまり飲み込めない。(より社会に近い施設入所に向け援助)

**長期入院生活を送る患者が地域生活を勧められるも拒否していたが、セルフケア能力が身につけば地域生活は可能と判断した。**

統合失調症の患者で 20 年以上入院中で、主治医から退院を勧められるが、「退院は絶対いや」と強く拒否していた。しかし、セルフケア能力がもう少し身につけば地域生活も可能と判断し、「ともかく、もう何十年も病院にいるから、いったん、1 日でもいいので退院してみよう。1 日で帰って来ておかまわない

から、1回アクションを起こしてみよう」と促すことで、(セルフケア能力獲得の支援を行い)退院させた。

**社会的な問題行動と措置入院を繰り返す患者の適切な医療を受ける権利が、患者自身の病識の欠如と不適切な医師の指示により阻害されそうになったので、教育的な支援が必要だと判断した。**

統合失調症で措置入院を繰り返している患者。入院中は薬を飲んで病棟で問題を起こさなければ帰れると思っており、(今回の入院でも)行動範囲が広がり単独外出の指示がでていたが看護師が止めた。この場面だけ見ると患者の行動を勝手に制限することで権利擁護に反対の行為である。しかし、その時に思ったのは、これで外出させてしまうと加速的に退院の話が出て、次は必ず誰かが死ぬ。それは、この人が今後生きていく上で有益なのだろうかと思った。(患者は)過去、重篤な事件を3回起こして措置入院して、このまま退院すると必ず同じことが繰り返されるから、だからちゃんと治療してから退院して欲しいとその時に初めて話した。(教育的支援と退院後の支援体制を整えて退院した)

#### テーマ5 治療や看護の不備による自由の阻害 (7事例)

患者の安全第一の治療や看護を優先するために、患者自身の自由が阻害されており、看護介入が必要と判断していた。

**胃瘻栄養のため食べるという欲求の充足が阻害され、その興奮が身体拘束につながって身体的自由も阻害されているので、患者の欲求を叶えるような援助が必要だと判断した。**

統合失調症で誤嚥性肺炎を頻回に起こすため胃瘻による経管栄養となり、経口摂取禁止の患者。経口摂取できず満たされない欲求不満で、大声を出したり、ベッドから降りようとする危険行為があり、身体拘束の指示がでていいる。身体拘束による危険性の問題と、本人が食べたい欲求を満たすことが出来ない問題という対立葛藤がある。食べたい欲求に上手に向き合って援助していけば、騒ぐこともなく、病状が安定している時は欲求を大事にしてあげるべきじゃないかと、経口摂取の仕方について主治医と調整を行っている。

**看護師側の患者の暴力行為への恐怖により、継続して患者の自由が阻害されていることから、介入が必要だと判断した。**

統合失調症の患者。(看護師は)病状や安全面で凄く管理的になってしまう。職員や患者に暴力行為をして隔離室に入っていた患者が、開放観察や解除をしていく時に、看護側の解除して欲しくない恐怖心のため上手くいかないようなことがあった。昼間はスタッフも居て観察も出来るが、医師が「終日に延ばす」と言ってきたとき、「それは無理じゃないか」と反対した。男性職員が少なく、夜勤帯も二名女性同士の夜勤体制で、患者の性的逸脱行為から、スタッフの安全も守らなければいけない。患者の人権から行動制限をいつまでもこちらの都合で、いたずらに延ばすわけにもいかないと判断し、(看護体制を調整し、制限解除した)。

## テーマ6 財産権の阻害（1事例）

患者の年金等の貯蓄が身内により管理され、患者自身が自由に使用することが困難になり、看護介入が必要と判断していた。

*患者の年金を患者自身のために使うことができない状況があり、介入が必要だと判断した。*

親兄弟が亡くなり、保護者が甥に変わって、数年前からお小遣いが数千円減った。後期高齢者となり入院費は減り、年金は同額なのでおかしいと感じた。今後は有料老人ホームへの入所がよいという声が病棟看護師から出た時に、やっぱり金銭的な問題が出てくるので、甥に来てもらい有料老人ホーム入所について説明したら、そんなお金はないと言われた。そこで通帳を預かったら、障害年金の入金されている通帳を見たら残金0円でもう全然ないという状況だった。（病院で管理して患者が自由に使えるようにした）

### 5. 精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入

【精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入】は、患者自身の権利や利益が阻害されているため、看護援助が必要と判断したことに基づいて行った看護介入のことである。精神科病棟と精神科訪問看護の場面に分けて看護介入について結果を述べる。

#### 1) 精神科病棟入院中の精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入

精神科病棟の場面における看護介入について、【精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断】で抽出された6つのテーマに沿って述べる。《カテゴリー》、〈サブカテゴリー〉、「データ」で表示する。

##### (1) 患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害への看護介入（表2参照）

患者と家族・地域の人々との確執と、その生活や安全が脅かされる現実に対し、患者と家族・地域の人々の権利を守り、それぞれの人々が安心して地域で生活ができるようになるための看護介入である。

##### a. 《患者の地域生活に向けたセルフケアレベル向上》

患者が地域で生活するためには、家族や地域住民と折り合いをつける必要がある。そこで、患者がセルフケアレベルを向上し、家族や地域住民が納得できるようにする看護介入である。

これは、退院という目標を患者と共有し、必要なセルフケア獲得に向けて行う治療への参加を促す〈患者と退院の方向性を共有し、治療への参加を促す〉と、患者の周りの人々を安心させ退院を納得してもらうために、患者が生活指導を受け入れるようにする〈患者に周りの安心感に繋がる生活指導をする〉の看護介入である。

表2 患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の地域生活に向けたセルフケアレベル向上	患者と退院の方向性を共有し、治療への参加を促す 患者に周りの安心感に繋がる生活指導をする
患者の地域生活に向けた症状コントロールへの参加義務	退院に向けて生活能力を身につける 症状のセルフコントロールを身につける
患者の地域生活に向けた意思の後押し	患者の退院への思いを後押しする 患者の願望を実現する
患者と家族・地域との対立関係改善	患者と家族・地域の人々との対話の場作りをする 患者と家族との関係修復を図る 家族に根気よく外泊・退院を説得する 患者と家族にそれぞれの思いの代弁をする 病院関係者と地域医療職・家族と話し合う場作りをする
家族・地域の人々の生活と安全確保の調整	地域の人々の思いをくみつつ、患者の情報を伝え折り合いをつける 家族・地域の人々の患者の問題行動からの安全の確保を提供する
患者の地域生活に向けた看護職内と他職種間の連携調整	退院して生活できると看護判断し、周りを動かす 退院実現に向け看護職種間で役割分担を行い家族・地域に関わる 医師が看護の思いを後押しする 職種間で役割分担を行い、家族・地域に関わる

b. 《患者の地域生活に向けた症状コントロールへの参加義務》

患者が地域生活をするためには、地域生活権の主張だけでなく、積極的に症状コントロールを行い、周囲の人々の生活を守り安心してもらう必要があり、それを促す看護介入である。

これは、患者自身が退院後に自律した生活ができるようにする〈退院に向けて生活能力を身につける〉と患者自身が症状をセルフコントロールができるようにする〈症状のセルフコントロールを身につける〉の看護介入である。

c. 《患者の地域生活に向けた意思の後押し》

患者自身が望んでいる地域生活が実現できるように、患者の思いを受け止めて後押しをする看護介入である。

これは、患者の今後の生活に対する思いを引き出し、退院へ向けて患者自身が思いを伝えられるように看護師が後押しする〈患者の退院への思いを後押しする〉と、患者自身の思いが実現できるように支援するための〈患者の願望を実現する〉の看護介入である。

d. 《患者と家族・地域との対立関係改善》

患者が地域生活に戻るためには、入院前の家族や地域住民との関係が大きく影響する。入院前の関係がそのまま入院後も継続している場合、患者の退院に対する困難さがあるため、患者と家族・地域住民との間の関係改善を行い、患者が地域生活にスムーズに移行できるようにするための看護介入である。

これは、患者と家族・地域住民との関係が悪化しており、患者の地域生活へ向けて両者の思いを語り合う場作りなどを設定し、関係改善を行う〈患者と家族・地域の人々との対話の場作りをする〉、患者と家族の関係悪化に対して、看護師が患者の状況を伝えて関係修復を図る〈患者と家族との関係修復を図る〉、在宅生活中に患者の病状悪化による行動化で苦勞をした家族に対して根気よく患者の状態を伝え、外泊や退院に向けて納得してもらえようにする〈家族に根気よく外泊・退院を説得する〉、関係が悪化した患者と家族のそれぞれの思いを代弁し、関係を修復するための〈患者と家族にそれぞれの思いの代弁をする〉、退院に向けて在宅での支援体制を作るために、病院関係者と地域の訪問看護ステーションやデイサービスの職員と家族とで退院後の支援体制を話し合う場作りを行う〈病院関係者と地域医療職・家族と話し合う場作りをする〉の看護介入である。

e. 《家族・地域の人々の生活と安全確保の調整》

家族や地域住民は、入院前の患者の病状に伴う言動により、安全を脅かされる体験をしている。患者が退院するためには、家族や地域住民の生活と安全を確保する必要があり、そのために根気よく家族と地域住民と関わり、納得してもらうための看護介入である。

これは、患者が地域で生活している際に地域住民との間でトラブルがあり、患者の退院に対して難色を示している地域住民の思いを傾聴しつつ、患者の現状と退院後の支援体制などを伝え、退院に向けて折り合いをつける〈地域の人々の思いをくみつつ、患者の情報を伝え折り合いをつける〉、患者の病状悪化に伴い、安全が脅かされたことがあった家族や地域住民に対して、現在、患者の病状コントロールや生活能力を身に付けていることや退院後の支援体制を明確に示し、周りの人々の安全が確保されるようにしていく〈家族・地域の人々の患者の問題行動からの安全の確保を提供する〉の看護介入である。

f. 《患者の地域生活に向けた看護職内と他職種間の連携調整》

患者が地域で生活できると看護判断したのち、多職種間で連携して役割分担を行い、家族と地域住民と関わり、患者の地域生活を実現するための看護介入である。

これは、患者の病状や生活能力などから退院して生活できると看護側が判断したのちに、多職種を退院に向けて動かす〈退院して生活できると看護判断し、周りを動かす〉、患者の退院を現実にするために看護職種間で役割分担を行い、家族や地域と関わる〈退院実現に向け看護職種間で役割分担を行い、家族・地域に関わる〉、患者が退院して生活できると判断し支援することに対して、医師が看護側の思いを後押しし、退院に向けて連携して



いく（医師が看護の思いを後押しする）、退院に向けて多職種間でチームを組み、それぞれが役割分担をして家族と地域住民に関わる（職種間で役割分担を行い、家族・地域に関わる）の看護介入である。

（２）患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害への看護介入（表 3 参照）

患者と医療者間で治療や看護の方針で対立があり、患者の自己決定が阻害されていると判断して行う看護介入である。

表 3 患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の自宅退院に向けた自己決定を支援	自宅生活に向け、患者の生活能力向上を支援する 医師に在宅生活へ向けた協力を得る 生活環境を整えるために多職種間での連携を図る
患者の指向に対する自由意志を保証	看護チーム内で患者の意志を確認し方向づけをする 患者と看護者の間で折り合いをつける
患者の治療に対する自己決定の尊重	患者と協働し、医師へ治療に対する患者の意思を伝える後押しをする 患者の体調の変化を共有し、悪化時は早期に対応する

a. 《患者の自宅退院に向けた自己決定を支援》

患者と医療者間で治療方針に食い違いがあり、患者自身の思いが実現できないと判断した時に、患者の自己決定の意思を尊重し支援する看護介入である。

これは、退院に関して患者と医療者間で意見の食い違いがある時に、患者の生活能力を向上する支援を行い、お互いが退院に納得できるようにする（在宅生活に向け、患者の生活能力向上を支援する）、医師と方針が食い違う場合に、医師から在宅生活に向けて協力が得られるようにする（医師に在宅生活へ向けた協力を得る）、退院に向けて患者の生活環境を整える中で、患者の自己決定が遂行できるように多職種間での連携を調整する（生活環境を整えるために多職種間での連携を図る）の看護介入である。

b. 《患者の指向に対する自由意志を保証》

患者の思いと看護師側の思いに違いがある時、患者の思いに沿えるよう看護チーム内を調整し、患者の自由意思を保証するための看護介入である。

これは、患者の指向に対して患者と看護師間で意見の食い違いがある時に、看護チーム内で患者の意志確認を行い、患者の意志決定が上手くいくように方針を確認し方向づけを行う（看護チーム内で患者の意志を確認し方向づけをする）、看護チームの安全を守りつつ、患者の自由意思が保証されるように折り合いをつける（患者と看護者の間で折り合いをつける）の看護介入である。

c. 《患者の治療に対する自己決定の尊重》

患者の治療に対する意思決定を尊重しつつ、病状悪化を防ぐため患者と濃厚な関わりを持ち、医師とも連携し、患者を支援する看護介入である。

これは、治療方針と患者の治療に対する思いに食い違いが生じた時に、患者の自己決定を尊重し、患者の思いを主治医に伝える後押しをする（患者と協働し、医師へ治療に対する患者の意思を伝える後押しをする）、患者自身の内服薬に対する思いを尊重し、内服状況と病状管理について、患者と密に関わることでコントロールする（患者の体調の変化を共有し、悪化時は早期に対応する）の看護介入である。

（3）医療や福祉を受ける権利の阻害への看護介入（表4参照）

精神疾患を抱えながら身体的な疾患を併発した際に、医療や福祉を受ける権利が阻害されていると判断して行う看護介入である。

表4 医療や福祉を受ける権利の阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者が医療や福祉を受ける 機会の調整	受け入れ施設の病棟師長と患者対応で連携する 他施設の入院治療に対応できるよう患者の症状改善を図る

a. 《患者が医療や福祉を受ける機会の調整》

患者が他科の診療や福祉の機会が受けられるように、関係施設や医師との間を調整する看護介入である。

これは、患者が身体疾患に罹った際、精神症状による行動化のため他科が受け入れを渋った時に、その病棟の看護師長と連携をとり、患者の病状説明や対応の仕方をタイムリーに行い、受け入れてもらえるように調整をする（受け入れ施設の病棟師長と患者対応で連携する）、他施設へ受け入れてもらえるよう患者の症状コントロールを行い、他科の入院治療に耐えられるようにする（他施設の入院治療に対応できるよう患者の症状改善を図る）の看護介入である。

（4）患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害への看護介入（表5参照）

患者や家族の病気に対する理解の低さが、患者の生活そのものを生きづらくしており、自分らしく生きる権利そのものを阻害していると判断した時に行う看護介入である。

a. 《適切な治療を受けることで病気のコントロール力を向上》

患者が適切な治療が受けられるよう、患者や家族に根気よく関わり病気のコントロール力を向上するための看護介入である。

表5 患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
適切な治療を受けることで病気のコントロール力を向上	患者の病識獲得に向けた内省への支援をする 退院に向けた治療受け入れ、患者の義務を遂行する 地域で生活するために、家族や周りから精神的な支援と教育が受けられるようにする

これは、患者や家族の病気に対する認識が低いことが、病状悪化と入院治療を余儀なくしていることがあるため、患者自身が自分の病気を受け入れられるように内省できることを支援する（患者の病識獲得に向けた内省への支援をする）、患者や家族の病気に対する認識の低さが回復に影響を与えているため、退院して生活するのに必要な治療を受け入れ、自分自身で病気がコントロールできるようにする（退院に向けた治療を受け入れ、患者の義務を遂行する）、患者が地域で生活するためには、家族や周りの人々から精神的な支援や教育的な関わりが必要であるため、それらが可能となるように調整する（地域で生活するために、家族や周りから精神的な支援と教育が受けられるようにする）の看護介入である。

（5）治療や看護の不備による自由の阻害への看護介入（表6参照）

治療や看護の不備が患者の自由を阻害していると判断した時に行う看護介入である。

表6 治療や看護の不備による自由の阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者と家族・医療者の治療や看護への認識の違いを摺り合わせ調整	役割を持つことで意識を変える 患者の身体機能を高めるよう看護職の意識を高める 医師と協働し家族と関わる
看護職の葛藤を回避し患者の自由を確保	看護職間の患者への思いを十分共有する 看護スタッフの安全を保ちつつ、患者の行動拡大をしていく

a. 《患者と家族・医療者の治療や看護への認識の違いを摺り合わせ調整》

患者・家族と医療者の治療や看護に対する認識の違いが、患者の病状に影響を与えている時、互いの間を調整して、患者が不利益を受けないようにする看護介入である。

これは、患者自身が役割を持ち意識が変わることで、看護師側の患者への見方が変わり、関係が改善される（役割を持つことで意識を変える）、看護師が誤嚥を見極められるよう意識を高め、また患者の身体機能を高めることで、患者の食への自由を確保する（患者の身体機能を高めるよう看護職の意識を高める）、主治医と協働して家族と関わることで、患者の自由意志を実現する（医師と協働し家族と関わる）の看護介入である。

b. 《看護職の葛藤を回避し患者の自由を確保》

看護スタッフの安全確保を優先すると患者の自由の確保が阻害されるというジレンマの中で、看護スタッフの安全を守りつつ患者の自由を確保するために、看護スタッフ間の調整を行う看護介入である。

これは、看護師側の患者への見方が、その関係性に影響を与えているため、看護スタッフの思いをしっかりと共有することで患者との関係改善を図る〈看護職間の患者への思いを十分共有する〉、看護スタッフの安全を確保しつつ、患者の安全と自由を確保する〈看護スタッフの安全を保ちつつ、患者の行動拡大をしていく〉の看護介入である。

(6) 財産権の阻害への看護介入 (表7 参照)

患者の財産権が阻害されていると判断した時に行う看護介入である。

表7 財産権阻害への看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の財産確保に向けた親族との調整	親族の行動変容に注意深く関心に向ける 親族と治療者とで財産管理について調整する

a. 《患者の財産確保に向けた親族との調整》

患者の財産権が阻害された時に、親族との間を調整し、患者の財産を守るために行う看護介入である。

これは、患者の財産を管理する親族の行動変化に関心に向けていることで、早期に変化に気づき介入する〈親族の行動変容に注意深く関心に向ける〉、患者の財産管理について親族との間で調整し、患者の財産を守る〈親族と治療者とで財産管理について調整する〉の看護介入である。

2) 地域で生活している精神疾患患者への訪問看護師による看護アドボカシー看護介入 (表8 参照)

精神科訪問看護の場面として【地域で生活している精神疾患患者への訪問看護師による看護アドボカシー看護介入】は、『患者に関するもの』、『患者と家族に関するもの』、『患者と周りの関係に関するもの』に大別された。《カテゴリー》、〈サブカテゴリー〉、「データ」で表示する。

(1) 『患者に関するもの』

a. 《患者の妄想による混乱から患者を保護》

患者の願望に沿いつつ周りとは協働し、一貫した対応で、患者の妄想による混乱から患者自身を保護する看護介入である。

表 8 精神疾患患者への訪問看護師による看護アドボカシー看護介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の妄想による混乱から 患者を保護	繰り返し考えを伝える、周囲を固める 患者の要望に沿う枠組みを設定する 患者の精神状態を見極める 一貫した関わりをする 看護師の正直な思いを伝える
患者の情報混乱を整理し エンパワメント	患者の混乱した気持ちを受け止める 混乱や困りごとへの整理・仕分けをする
患者の治療方法選択への 自由意志を尊重	患者の治療への思いを医師に伝える 患者に治療中断によるリスクを確認する 患者に治療中断に伴うリスク出現時は治療継続の確約をとる 患者と薬・症状出現時の対処への協力関係をつくる 患者と看護師とで状況を共有化する
訪問看護卒業に向け患者を エンパワメント	周りを納得させる条件を考える 不利益にならないことを約束する 訪問看護師の立場を理解してもらう 生活を見直し病気をコントロールする必要性を自覚する 患者が思いを表現するように助ける
患者が訪問看護を受ける機会 を保証するための家族調整	家族と患者をわけ二人の訪問看護師で役割分担をする 時間を区切る
患者の不安定行動に対する 家族の安全確保	家族の話聞き家族の大変さを受け止める 家族に患者の頑張り状況を伝える 家族に看護師の行動の意図を説明する
母子分離により 個々の自律性を支援	入院につなげるための訪問看護 母親が子どもとの対応の仕方を学ぶ 母親を介して無理強いをしない 本人の自主性を尊重する
患者と周りの人々との 対立調整	情報を共有し連携する イニシアティブを取って会議を開く 状況を理解する 支援の方向性を合意する
患者の意思伝達不足による 不利益の調整	困りごとを相手に伝える 支援者側から歩み寄りフォローする 枠を設けて対応する

これは、患者にとって行動化することは解決になるわけではないことを、根気よく繰り返し伝えて納得してもらう〈繰り返し考えを伝える〉、患者の病状悪化を防ぐために地域の支援者と協働し、一貫した対応をする〈周囲を固める〉、患者の要望に沿いながら支援者と患者とで枠組みを設定し関わる〈患者の要望に沿う枠組みを設定する〉、患者の願望が現実的なものなのか、病状の影響によるものなのかを見極めて関わる〈患者の精神状態を見極める〉、地域支援者と訪問看護師が連携を強め、一貫した関わりをすることが患者の安定につながる〈一貫した関わりをする〉、患者の治療・看護に対して、訪問看護師として迷いがあることを正直に話すことで、患者との信頼関係を強める〈看護師の正直な思いを伝える〉の看護介入である。

#### b. 《患者の情報混乱を整理しエンパワメント》

患者の出来事を聞き受け止め、解きほぐすことで患者の情報混乱を整理し、患者自身が判断できるよう力をつけるための看護介入である。

これは、在宅にて患者の混乱した気持ちをタイムリーに聴き受け止める〈患者の混乱した気持ちを受け止める〉、病状悪化により混乱して困り事に対して対応ができない患者の話聞いて、上手く整理し物事を解きほぐして仕分けをする〈混乱や困り事への整理・仕分けをする〉の看護介入である。

#### c. 《患者の治療方法選択への自由意思を尊重》

患者の治療への思いを受け止め医師と仲裁をすることで、患者が自分で治療方法を選べるよう、患者の自由意思を尊重するための看護介入である。

これは、患者自身の治療への思いを受け止めて、主治医と治療に対する交渉を患者と共にする〈患者の治療への思いを医師に伝える〉、患者の自由意志を尊重しつつ治療中断することのリスクを伝え、密に患者と連絡を取る〈患者に治療中断によるリスクを確認する〉、患者の治療への思いを尊重しつつ治療中断によるリスクの確認をし、病状悪化時は治療継続をすることを確約することで患者の自由意思を尊重する〈患者に治療中断に伴うリスク出現時は治療継続の確約をとる〉、治療中断後の病状悪化に伴う対処方法について、患者に説明をして協力関係を作ることによって信頼関係を強化する〈患者と薬・症状出現時の対処への協力関係をつくる〉、患者との連携を強化することで訪問看護師が密に訪問し、状況を共有しながら病状変化への早急な対応をする〈患者と看護師とで状況を共有化する〉の看護介入である。

#### d. 《訪問看護卒業に向け患者をエンパワメント》

患者の生活を見直し、病気コントロールの必要性の自覚に向けた情報提供などの支援をする看護介入である。

患者の治療方針への意思を尊重して治療を止めるには、周りの人々を説得させる必要があるので、その条件を一緒に考える〈周りを納得させる条件を考える〉、治療を中止したいという患者自身の思いを正直に聴くために不利益にならないことを保証し、今後のことを一緒に考える〈不利益にならないことを約束する〉、訪問看護師の役割について説明して、訪問看護への誤解を解く〈訪問看護師の立場を理解してもらおう〉、訪問看護を中止するためには、患者自身の生活を立て直して病気をセルフコントロールしていく必要があることを、患者が自覚できるようにする〈生活を見直し病気をコントロールする必要性を自覚する〉、訪問看護師との間では正直な思いを表現してよいことを保証し、患者自身が思いを言語化できるように助ける〈患者が思いを表現するように助ける〉の看護介入である。

## (2) 『患者と家族に関するもの』

### a. 《患者が訪問看護を受ける機会を保証するための家族調整》

訪問のたびに家族が訪問場面に同席して家族が患者の状況などを話すため、患者自身から情報を得ることができないことや、家族同席場面では患者が不安定になったりすることから、患者自身が訪問看護を受ける機会を保証するために、患者と家族の間を調整する看護介入である。

これは、二人の訪問看護師が訪問し、役割分担をして家族と患者を別々に対応する〈家族と患者をわけ二人の訪問看護師で役割分担をする〉、訪問看護の時間の枠組みを設定し対応する〈時間を区切る〉の看護介入である。

### b. 《患者の不安定行動に対する家族の安全確保》

患者の不安定要因を代弁しつつ家族の大変さを受け止め支える等し、家族の安全確保をするための看護介入である。

これは、家族も患者との生活に不安を抱えているが話せる場がないため、訪問看護時にその大変さをしっかり聞いて受け止める〈家族の話聞き家族の大変さを受け止める〉、家族の不安に対して、患者の頑張っている状況を伝えて家族のストレスを和らげる〈家族に患者の頑張り状況を伝える〉、家族に訪問看護の意図を説明し、患者自身の気持ちを受け止める作業の必要性を理解してもらおう〈家族に看護師の行動の意図を説明する〉の看護介入である。

### c. 《母子分離により個々の自律性を支援》

母親に子どもへの対応について知識を提供する等、親子それぞれの不安感を受け止めつつ自律できるように支援する看護介入である。

これは、母親に訪問看護の意図を説明し、治療につながる訪問看護であることを納得してもらおう〈入院につなげるための訪問看護〉、訪問看護のたびに母親に知識を提供し、患

者への対応の仕方を学んでもらい、安心感を得てもらい〈母親が子どもとの対応の仕方を学ぶ〉、訪問看護時に、患者と直接関われなくても患者には無理強いせず、母親を介して関わる〈母親を介して無理強いをしない〉、訪問看護を行うたびに患者の自主性を尊重し、直接会わなくても訪問していることが伝わるよう根気強く関わる〈本人の自主性を尊重する〉の看護介入である。

### (3) 『患者と周りの関係に関するもの』

#### a. 《患者と周りの人々との対立調整》

患者と家族や地域住民と情報共有や対応の方向性を定める等し、その関係調整を行う看護介入である。

これは、訪問看護師と保健福祉教育の関係者と情報を共有し、患者の全体像を把握する〈情報を共有し連携する〉、医療保健福祉教育の関係者の枠を超えて、互いの状況を共有するための会議をコーディネートする〈イニシアティブを取って会議を開く〉、患者と医療保健福祉教育の関係者との関わりやそれぞれの問題点を共有する〈状況を理解する〉、医療保健福祉教育の関係者がばらばらに患者と関わるのではなく、枠組みを設定し、その中でそれぞれの役割をもって連携するための合意を得る〈支援の方向性を合意する〉の看護介入である。

#### b. 《患者の意思伝達不足による不利益の調整》

患者の困りごとを患者自身がうまく伝えられないため、周りの人々へ代弁したり繋げる等し、患者自身が不利益を被らないように調整する看護介入である。

これは、患者自身が困り事を支援者に上手く表現できないことで支援が受けられない状況に対し、支援者に訪問看護師が代弁する〈困りごとを相手に伝える〉、患者が思いを上手く表現できないことにより、求める支援が受けられない現状に対して、訪問看護師から、支援者から歩み寄って患者の思いをくみ取ることへの調整や、患者自身のニーズに沿ったフォローをする〈支援者側から歩み寄りフォローする〉、訪問看護師や他の支援者、そして患者とで枠組みを設定し、それを理解して対応する〈枠を設けて対応する〉の看護介入である。



## V. 考察およびまとめ

今回、精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル構築のために、精神看護に携わる看護師 21 名に精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入を必要とする判断と実際の看護介入について面接調査を行った。その結果、【精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断】として6つのテーマを抽出し、それら 6 つのテーマに即した【精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入】を抽出した。ここでは、精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断と精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入の特徴について述べる。

### 1. 精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断の特徴

看護介入の判断は、患者の意思や自己決定、生活や安全をはじめとする基本的な人権が阻害されていると意識した時であった。精神疾患患者は、思考・感情や行動に支障をきたし、コミュニケーション能力の障害もあるため、時に、人としての人格や尊厳が保たれない事態に陥る。それらが、患者の権利や利益を守ることへの障壁となっていると考えられる。畦地ら<sup>32</sup>は、精神科におけるクリニカルジャッジメントの局面として、①手がかり、②読み、③働きかけの選択、④経験の蓄積、の4つをあげている。本調査での看護アドボカシー介入への判断は、これら4つの判断の局面を全て駆使していたと考えられる。また、Bishop<sup>33</sup>は「看護の道德観は、それによって看護実践に含まれる治療的な意図が達成されるケアする者としての看護師の存在を通して実現される。看護実践をこのように解釈するということは、すなわち、看護倫理は看護の道德観に始まり、それと不即不離の関係にあるということの意味する」と述べているように、今回、面接調査した精神科看護師は、看護実践家として高い道德観を備えた看護師であったと言えよう。

ここでは、看護アドボカシーへの看護介入の判断として、患者を取り巻く家族・地域の人々から患者を守る、医療・福祉の人々から患者を守る、患者自身の将来の生活を守る、の視点から考察する。

#### 1) 患者を取り巻く家族・地域の人々から患者を守る

これには、テーマ1「患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害」が含まれると考える。

患者と患者を取り巻く家族・地域住民の対立場面において、看護介入の必要性を判断していることが多く見られた。この対立は、精神疾患に起因する生活能力や対人関係能力の低下、特異的な行動等の出現が関係し、周囲の人々と意思の疎通が図れず、人間関係の悪化を招いていると考える。そのことが、周囲の人々の生活上の安全を脅かすことになり、患者が、地域生活することの支障となっていた。岩本ら<sup>34</sup>の研究では、「本人の意思というより家族がケア方針を決定することが多い現状」に、看護者はディレンマを感じていた。精神科領域でも、当事者の意見より家族の意向が重要視されやすい傾向にあるため、看護

師はその狭間でディレンマに陥ることが多い。本調査では、ディレンマに感じる段階から一歩進んだ介入のための判断がなされていた。

「国連原則」<sup>9</sup>の原則3において、「精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利を有する。」と記されているように、患者の病状が落ち着き、セルフケアレベルが向上すれば、速やかに地域生活へと移行することが求められている。しかし、家族や地域住民の生活も守り、脅かさないことも大事となる。患者の権利だけでなく、周りの人々の権利を守ることも要求される。それは、家族や地域住民の安全を守り、信頼関係を作ることが、将来的に患者が地域で安心して生活していくことにつながるからである。

看護師は、地域生活への移行を無理強いするのではなく、患者と患者を取り巻く人々との間を取り持ち、そのバランスを取りながら患者が地域生活できるようにすることが、患者と周囲の人々の安全が保障され、ひいては患者の権利を守ることに繋がると判断していたと思われる。

## 2) 医療・福祉の人々から患者を守る

これには、テーマ2「患者と医療者との方针对立による自己決定の阻害」、テーマ3「受けられるべき医療や福祉を受ける権利の阻害」、テーマ5「治療や看護の不備による自由の阻害」が含まれると考える。

精神科医療において、患者の病識のなさから、自ら治療を中断することは問題である。しかし、患者の了解が得られず、渋々家族や医療者の説得に応じて治療・看護を受けていると、いずれ家族や医療者に隠れて治療中断をすることも多く、病状が悪化して入院せざるを得ないという悪循環に陥ってしまう。そのような悪循環の中では、患者と医療者が協働して治療・看護を行うというよりは、敵対関係となり関係性も悪化してしまう。そこを何とかしたい、という看護師の思いがあった。看護師がアドボケートとしての役割を遂行し、患者を守るためには、「看護者は常日頃から医師たちと密に連絡を取り合い、相互理解の基盤作りに努めていくことが肝要となる」<sup>5</sup>ように、看護アドボカシー実践の成功の鍵は、医師との連携であると言えよう。

また、「看護アドボカシー」介入の判断として、患者の食べたい・動きたい欲求を、治療・看護のために抑制していることで起こっている不具合、患者に対して医療者が保護的に対応することでの不具合、患者の行動から退院の意志はないと看護師側が一方向的に判断して起こった治療者間での不具合があった。これらは、患者の自己決定の障壁になっていたと思われる。

精神科医療において患者の権利を制約する原理として、保護原理 (paternalism) と他害防止原理 (police power) の2つがある<sup>35</sup>と言われている。先に記述の「看護アドボカシー」介入の判断は、これら2つに当たると思われる。医療者は、病状から患者の判断能力の低下や医療事故防止のために、保護的になったり危険防止に神経質に陥ってしまう。患者の

一番身近でケアをしている看護師はそのことによる弊害にいち早く気づき、なんとかしようとして判断し介入をしていると考えられる。「リスボン宣言」<sup>7</sup>では3. 自己決定の権利が保障されている。弁護士である池永<sup>36</sup>は「なんでもかんでも患者が決定して、患者の意思にもとづいてやるというのではなく、私たちはこれを最近正確には「最終決定権」と言い換えています、情報を与えられ、しかも医療従事者の助言も受けながら、最終的にその治療を受けるかどうか選択するのは、患者自身の意思で決めるべきだということです。」と述べているように、医療者と患者が協働して、患者が自己決定できるように支援することが重要だと考える。精神科看護においては、他科に比べて深く患者の生活に関与せざるを得ない時もあり、より患者の意向をくみ取った協働が必要となる。

さらに、患者の暴力や暴言などの問題行動は、医療者自身の安全をも脅かすことになる。それが他科受診を阻害したり、患者の自由を阻害することにもつながっていた。これらは、「リスボン宣言」<sup>7</sup>の原則1の良質の医療を受ける権利や「国連原則」<sup>9</sup>の「原則1 基本的自由と権利」を脅かすものだと言える。しかし、この場合も、患者の権利を守るだけでなく、医療者の恐怖心や安全確保の必要性とのバランスも判断していた。つまり、看護師が最初に考えていたのは、患者の権利が脅かされている時に、どうやって医療者を巻きこんで状況を変え、患者の権利を守っていくか、であったと考えられる。

### 3) 患者自身の将来の生活を守る

これには、テーマ4「患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害」、テーマ6「財産権の阻害」が含まれると考える。

看護師は、患者の病識のなさによる治療拒否や生活能力に対する認知のズレが、退院に不安を抱いたり、逆に地域生活を破綻させたり、将来もっと重篤な事態に陥ることになるであろう等、患者自身が自分の将来を壊してしまうことに対して懸念していた。看護師は、患者が病気により生活破綻をすることなく、自分らしく今後も生活して欲しいと考えており、将来を見据えて、患者自身が病気より波及した問題を抱えていると介入する判断をしていたと考える。また、看護師は、家族や地域支援者の言動が患者の治療・看護を結果的に阻害していることに対し、将来的に患者が自分らしく地域で生活することが困難になると判断していた。

看護師のこの判断は、一見、患者の権利として重要な自己決定や自由に生きることを阻止する行為のように見える。しかし、看護師は、患者の抵抗や拒否にあっても、その状況としっかり向きあう覚悟を持ち自分らしく生きて欲しいと、将来をしっかりと見据えた判断あつての行動を取っていたと言える。それは、患者の身近で病状や生活能力そのものもしっかりアセスメントした看護師ならではの判断ではないかと考えられる。

また、看護師は患者の財産を守ることの必要性も判断していた。「国連原則」<sup>9</sup>の【原則1 基本的自由と権利】において、「経済的搾取から保護される権利を有す」とある。日本の精神科医療の現状は、平均在院日数が301.0日(2010年)<sup>37</sup>、入院期間1年以上の患者が7

割を占め、そのうち 10 年以上が 26.3% (2010 年)<sup>38</sup>である。そのため若いころから入院を余儀なくされ、患者の財産を保護者である家族が管理する、という状況による弊害も生まれていると思われる。患者の将来の生活の経済的基盤の必要性を判断した看護師が、患者の年金管理のずさんに気づき、介入したと考える。

大谷<sup>39</sup>は「私は、精神科医療の原点は、精神障害者の幸福追求権をどのように保障するかに着目し、この観点から精神科医療の改善を目指すべきであると考えており、・・・」と述べている。看護師の看護介入のための判断の視点は、いかに患者が精神疾患を抱えながらも自分らしく人生を生きて欲しい、という QOL に根差した、患者自身の幸福追求を保障するための判断であり、行動であったのではないかと考える。

## 2. 精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入の特徴

今回の【精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入】は、【精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断】として抽出した、6つのテーマそれぞれへの看護介入であった。1つのテーマの中でも、患者を取り巻く様々な人々への多彩な看護介入が行われていた。しかし、看護介入の方向性としては多くの共通点があり、次の3つにまとめられると考える。1つ目は、患者自身への看護介入、2つ目は、家族と周りの人々への看護介入、3つ目は、医療者への看護介入、に集約され、これら3つの側面で考察する。

### 1) 患者自身への看護介入

戸田<sup>31</sup>は、患者・家族への看護介入として、《保護する》、《支える》、《伝える》、《エンパワメントする》を抽出していた。今回、【精神疾患患者の看護アドボカシーへの看護介入】として抽出されたものにも、全て含まれていた。

《保護する》には、「患者の権利・利益を守る」、「代弁する」、「プライバシーを守る」があった。今回は、「プライバシーを守る」に関する判断や看護介入は抽出されなかったが、それ以外の多彩な看護介入が抽出された。患者自身が症状に振り回されたり、コミュニケーション不足により不利益を被るため、看護師が患者自身を保護したり代弁したりする《患者の妄想による混乱から患者を保護》、《患者の意思伝達不足による不利益の調整》や、患者の財産権が侵害されたときに、それに気づき看護師と医師が患者の財産を保護するために代弁者として親族と向き合う《患者の財産確保に向けた親族との調整》等で、患者自身の権利や利益を守るよう保護する看護介入であった。

《支える》には、「自己決定を支える」、「遂行を支える」があった。今回は、患者の意思を尊重し、自己決定を支える看護介入が多く抽出された。患者自身の地域生活への思いを大事にし、患者が地域生活に向けて行動が起こせるように《患者の地域生活に向けた意思の後押し》することや、患者に医師の治療方針に対しての不満があり、薬物治療拒否をしていることに対して、薬物療法を説明し患者を説得するのではなく、薬物療法に対する患者なりの思いを受け入れ、飲まない選択をすることを支持しつつ、薬物中止後の病状の変

化等について、患者と密な関わりをすることで支え、患者の自由意思を最大限に尊重する《患者の治療方法選択への自由意思を尊重》、《患者の治療に対する自己決定の尊重》が抽出された。さらに、患者と医療者間で自宅退院への食い違いがある時に上手く調整し、患者の自宅への退院の自己決定が遂行できるようにする《患者の自宅退院に向けた自己決定を支援》や、患者の指向に対して、看護師間で援助の統一を図ることができない時に、上手く調整して患者の自由意志を保証し、患者の指向が遂行できるようにする《患者の指向に対する自由意志を保証》等であった。

《伝える》には、「情報を与える」、「インフォームド・コンセント」があった。今回、カテゴリーとして抽出はされなかったが、サブカテゴリーの中に含まれていた。《患者の治療方法選択への自由意思を尊重》の中で、〈患者に治療中断によるリスクを確認する〉、〈患者に治療中断に伴うリスク出現時は治療継続の確約をとる〉、〈患者と看護師とで状況を共有化する〉ことで、治療中断による患者の不利益や、その後の病状の変化に対して、看護師と密な連絡をとり、早急に対応できるように、患者が不利益を被らない対策を練って対応していた。また、〈訪問看護師の立場を理解してもらう〉ことで、自分は何をする人であるかをきちんと説明し、情報を与えていた。

《エンパワメントする》には、「教育する」、「エンパワメントする」があった。今回、患者への看護介入が多かったのがエンパワメントするであった。特に重要なのは、患者が地域生活を円滑に行えるようにすることや、医療福祉が受けられるようにすること、訪問看護を受けずに自立できるように支援することであった。そのための支援として、病状を安定させ、生活能力を身につけるようにする《患者の情報混乱を整理しエンパワメント》、《患者の地域生活に向けたセルフケアレベル向上》、《訪問看護卒業に向け患者をエンパワメント》があった。また、患者自身の病識のなさにより、自分の生活そのものを不利益にしていることを改善し、より自分らしく生きるために支援する《適切な治療を受けることで病気のコントロール力を向上》もあった。さらに、患者が地域生活をしたいという自己決定も重要であるが、患者の病気により、家族や地域住民の生活が脅かされているという現実もあり、権利や利益を守るためには、そのためにやらなければならない義務を示し、家族や地域住民を納得させ、皆が安心して生活できるようにするための《患者の地域生活に向けた症状コントロールへの参加義務》があった。

しかし、戸田<sup>31)</sup>の概念分析では、患者からの依頼・要求がアドボカシーの先行要件の一つであったが、今回の事例における依頼・要求は、地域での生活や治療中断に関するものが主であり、それ以外の多くの場合は、依頼・要求でなく、看護師が察して看護アドボカシーの看護介入を行っていた。精神疾患患者は、情報混乱や自由な意思の疎外された状況に置かれており、その不利益から脱することができるように、看護師が問題解決に向けた示唆を行いつつ、その人の持てる力の発揮に向けた介入をしていたと考えられる。

また、患者は、精神疾患特有の病識のなさや生活能力の低下により、受けられるべき支援が受けられず、その結果、医療や福祉を受ける権利、自分らしく生きる権利、財産権の

阻害が生じ、かつ患者自身がそのことに気づきにくい現状があった。看護師は、敏感に状況を察して、他の医療施設の従事者や地域支援者に仲介し、あるいは患者と家族に関わることで、患者の幸福と利益の保護・促進を図っていた。今回の事例の多くを占める思考や認知機能の障害を伴う統合失調症では、権利の阻害に本人が気づきにくく、看護師の倫理的敏感さが多くの看護介入に反映されていたと考えられる。

## 2) 家族と周りの人々への看護介入

戸田<sup>31)</sup>の看護における「アドボカシー」の概念分析は、患者/家族に対する看護領域全体での分析であったため、患者と家族の対立は抽出されにくかった。また、患者と周りの人々との対立も抽出されなかった。今回は、精神疾患患者に対する「看護アドボカシー」の判断と看護介入であったため、家族や地域住民との対立場面が多く抽出され、それに対する看護介入が見出された。今回の事例は、多くが統合失調症の患者であり、その症状である幻覚妄想状態や精神運動興奮などに振り回されての行動化が、家族や地域住民を不安にし、とても患者を受け入れられない心情にさせていたと思われる。看護師は、根気よく家族や周りの人々の話を聞き、どのようにしたら患者を受け入れてもらえ、患者が地域生活ができるようになるかに心血を注いでいた。何度も地域住民と話し合いをしたり、情報提供を行う事で安心感をもってもらうようにする《患者と周りの人々との対立調整》、《患者と家族・地域との対立関係改善》、《家族・地域の人々の生活と安全確保の調整》を行っていた。また、家族の話をじっくり聞いたり、患者の状況を伝えることで安心感をもってもらう《患者の不安定行動に対する家族の安全確保》も行っていた。さらに、患者の利益を守るために親族と話し合いを重ねる《患者の財産確保に向けた親族との調整》を行っていた。

対立に関して、本研究では医療者との対立以外に家族や地域住民との対立が含まれていた点が、先行研究<sup>31)</sup>の研究結果と異なっていた。これらの対立は、患者の生活能力・対人関係能力の低下や、特異的な行動等の出現に関係しており、精神科看護師の看護アドボカシーに特徴的なものといえる。精神科看護師は、患者の地域で生活する権利だけでなく、患者の家族や地域の人々の生活する権利にも配慮し、折り合いをつけながら、患者の幸福と利益につながる支援をしていた。これらの看護介入は、個でなく集団全体の調和を図りつつ、患者を守ろうとする精神科看護師の特徴が現れていたと言えよう。

## 3) 医療者への看護介入

戸田<sup>31)</sup>は、医療チームへの看護介入として、《仲裁する》、《調整する》を抽出していた。《仲裁する》には、「患者と家族・医療者の仲裁をする」、があり、《調整する》には、「医療者間で報告する」、「連携を図る」であった。今回の医療者への看護介入は、患者・家族と医療者の治療や看護に対する認識の違いが、患者の病状に影響を与えているために、両者の間を上手く仲裁したり調整することで患者が不利益を受けないようにする《患者と家族・医療者の治療や看護への認識の違いを摺り合わせ調整》であった。また、患者が地域

で生活ができるように、看護職内の調整をしたり、他の医療職や地域の支援者とも連携する《患者の地域生活に向けた看護職内と他職種間の連携調整》であった。また、報告や連携をするだけでなく、看護職種間で互いの思いを共有しつつ、患者の自由を確保するための調整をする《看護職の葛藤を回避し患者の自由を確保》があった。

カテゴリのみで論じたが、サブカテゴリの中には医療者への看護介入が多く含まれていた。本研究における医療者との対立には、患者の治療受け入れの不納得によるものがあり、そのために〈患者の治療への思いを医師に伝える〉という医師との連携の中で報告することも抽出されており、患者と医療者の対立において患者側に立ちつつも、両者の言い分を聞きながら調整していたと言える。どのような相手であっても、患者自身を守るためには、患者を取り巻く全ての人との調和を取りながら、患者の権利と利益が守られるように看護介入を行っていたと考えられる。

### 3. 精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル

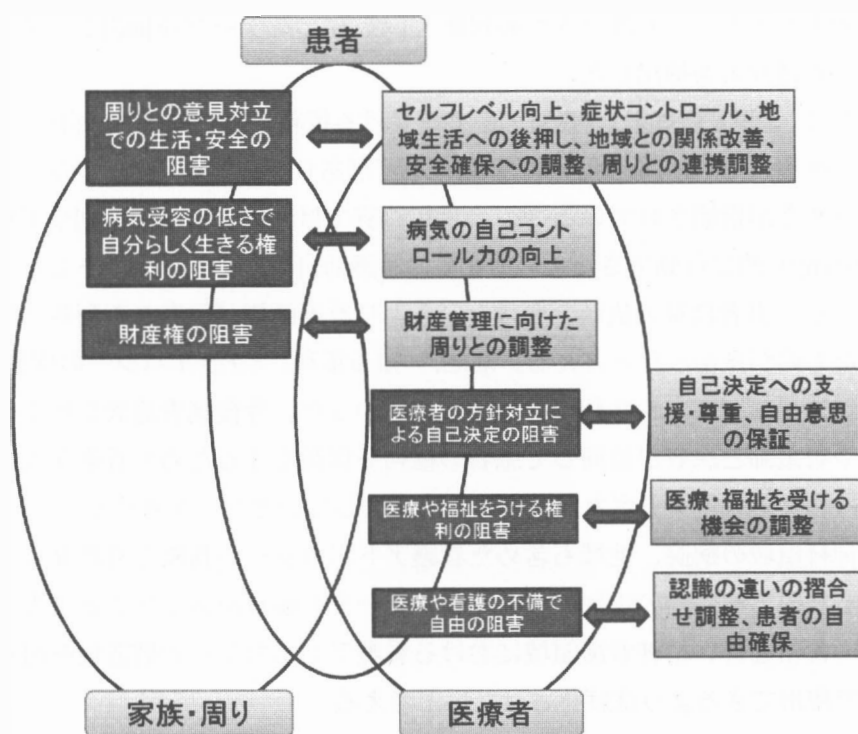


図1 精神疾患患者への看護アドボカシーの判断と看護介入の関連

今回の研究結果より、「看護アドボカシー」の判断と看護介入の関連を図式化した。

患者と家族・地域住民との関係性の中で両者の利益が侵害されている【患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の障害】、患者の病識の問題や患者・家族の病気の理解の低

さが、患者の権利や利益を阻害していると考えられるのだが、自分たち自身が自分たちの権利や利益を阻害していると感じていない【患者や家族の病気受容の低さによる自分らしく生きる権利の阻害】、身内により患者の財産そのものが不利益な状況に置かれている【財産権の阻害】が、患者や家族・周りに関する判断で、それぞれのテーマに対する看護介入が見いだされた。

患者と医療者（福祉、地域支援者）との間で患者の権利や利益が阻害された【患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害】、精神疾患による症状や問題行動のために医療や福祉を受ける権利が阻害される【医療や福祉を受ける権利の阻害】、患者と医療者の対立により患者の権利や利益が阻害される【治療や看護の不備による自由の阻害】に対して、それぞれの看護介入が見いだされた。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

今回 21 名の熟練看護師に看護アドボカシーの看護介入のための判断と実際の看護介入について半構成的面接を行い得られたデータを質的帰納的に分析した。その結果、精神科における患者アドボカシー看護介入への判断として 6 つのテーマを抽出し、それぞれのテーマに沿った看護介入を抽出した。

患者の権利は、「個人の尊厳」「良質の医療を受ける権利」「知る権利」「自己決定権」「プライバシーの権利」「健康教育などの学習権」などがあり、そのためにインフォームド・コンセントの重要さが指摘されている<sup>40</sup>。今回の調査では、患者自身が権利や不利益に対し自律（autonomy）的に行動できたというより、看護師自身がアドボケートした内容に集約された。つまり、患者自身の依頼や要求というより看護師側が患者の不利益に気づきアドボケートしたものが多かったと言える。また、「知る権利」「プライバシーの権利」「健康教育などの学習権」が阻害された状況は抽出されなかった。今後調査施設を増やして、患者からの訴えや看護師と患者が協同して患者の権利や利益を守るための看護介入を抽出し、精神科看護における看護アドボカシーをより明確にしていきたいと考える。

また、精神科領域の病院、地域も含めた看護アドボカシーの判断と看護介入を明確にする予定であったが、病院内の事例がほとんどでデータの偏りがあったことは否めない。今後はデータの蓄積を行い精神看護領域における看護アドボカシーの構造化を図り、臨床看護師が実践で使用できるよう洗練化させたいと考える。

#### 5. まとめ

本研究の目的は精神科看護師が捉える「看護アドボカシー」の場面と介入のための判断、その看護介入を明確にし、「看護アドボカシー」看護介入の構造化を図ることであった。精神領域勤務 5 年以上の看護師 21 名を対象に半構成的な面接を行い、質的帰納的内容分析を行った結果、精神看護における「看護アドボカシー」への判断として、テーマ 1 《患者と周囲の人々との意見対立による生活や安全の阻害》、テーマ 2 《患者と医療者との方針対立



による自己決定の阻害》、テーマ3《受けられるべき医療や福祉を受ける権利の阻害》、テーマ4《患者や家族の病気受容の低さが自分らしく生きる権利の阻害》、テーマ5《治療や看護の不備による自由の阻害》、テーマ7《財産権の阻害》の6つのテーマが抽出され、それぞれのテーマに沿った23 カテゴリーと36 サブカテゴリーの看護介入を抽出した。

「看護アドボカシー」への判断は、患者の意思や自己決定、生活や安全をはじめとする基本的な人権が阻害されていると意識した時であり、それぞれに対して多彩な看護介入を行っていた。特に特徴的だったのは、精神領域の看護師は、患者個人だけでなく患者を取り巻く全ての人々の調和を計ることで最終的には患者をしっかり守ろうとしていることであつた。患者だけでなく、患者を取り巻く人々全ての将来の幸福追究を見据えた看護介入であつたと考えられる。

## VI. 引用文献

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律：houko.com：  
<http://www.houko.com/00/01/S25/123.HTM>
2. 精神保健法（1987年施行）：<http://www.geocities.jp/koreanlaws/seisinho.html>
3. 世界人権宣言：外務省ホームページ：  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/1b\\_001.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/1b_001.html)
4. 欧州人権条約：ミネソタ大学人権図書館：  
<http://www1.umn.edu/humanrts/japanese/Jz17euroco.html>
5. 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。2001;4：7-11.
6. 星野和正：『インフォームド・コンセント 日本に馴染む六つの提言』。丸善ライブラリー。1997;188-192.
7. リスボン宣言 2005年：日本医師会ホームページ：<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>
8. ヨーロッパ患者の権利宣言：NPO 法人患者の権利オンブズマンホームページ、患者の権利法をつくる会誌 <http://www.patient-rights.or.jp/shiryoku1.htm>
9. 精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケアの改善のための諸原則：斉藤正彦訳、日本精神病院協会雑誌、1992;11：611-620.
10. 国連「障害者の権利に関する条約」：(財)日本障害者リハビリテーション協会ホームページ、<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention.html>
11. 日本病院協会「勤務医マニュアル」：<http://www.ajha.or.jp/guide/12.html>
12. 日本医師会医師の職業倫理指針：日本医師会ホームページ  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080910\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080910_1.pdf)
13. 日本看護協会「看護者の倫理綱領」：日本看護協会ホームページ  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
14. 精神科看護技術協会「精神科看護の定義」「倫理綱領」：精神科看護技術協会ホームページ [http://www.jpna.or.jp/info/j\\_rinri.html](http://www.jpna.or.jp/info/j_rinri.html)
15. Dolores Dooley and Joan McCarthy：Nursing Ethics, Irish Cases and Concerns,2005, 看護倫理1，坂川雅子訳、みすず書房、2006;96-97.
16. Kerstin Segesten：Patient Advocacy-An Important Part of Daily Work of the Expert Nurse.Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 1993;7(2):129-135.
17. Maggie Mallik(a)：Advocacy in nursing - a review of the literature.Journal of Advanced Nursing. 1997;25:130-138.
18. 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Johnstoneの見解—。日本赤十字広島看護大学紀要。2000;1:19-28.
19. Pamela J.Grace：Professional advocacy: wideing the scopw of accountability.Unrsing Philosophy. 2001.;2:151-162.

- 20.Moyra A Baldwin : Patient advocacy: a concept analysis.Nursing Standard.Feb5-Feb11. 2003;33-39.
- 21.Heli Vaartio and Helena Leino-Kilpi : Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003.International Journal of Nursing Studies. 2005;42(6):705-714.
- 22.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, 2006;4:1-11.
- 23.Robert G. Hanks : Barriers to Nursing Adovocacy: A Concept Analysis, Nursing Forum;Oct-Des. 2007;42(4):171-177.
- 24.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, 2008;2:49-59.
- 25.Anne J Davis, Emiko Konishi, Marie Tashiro:A PILOT STUDY OF SELECTED JAPANESE NURSES' IDEAS ON PATIENY ADVOVACY,Nurising Ethics,2003;10(4):404-413.
- 26.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—,人間看護学研究 2007;16(3):13-27.
- 27.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 2008;6:1-15.
- 28.Morgan G: Independent advocacy and the "rise of spirituality": views from advocates, service users and chaplains : Mental Health, Religion & Culture, 2010; 13(6): 625-36.
- 29.Jugessur T and Iles IK: Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing , 2009 ; 16(2): 187-95.
- 30.戸田由美子:精神疾患患者にとって権利とは何か?,医療・生命と倫理・社会,2010;9:44-60.
- 31.戸田由美子:看護における「アドボカシー」の概念分析,高知大学看護学会誌,2009;3(1):23-36.
- 32.畦地博子、梶本市子、粕田孝行他:精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ.Quality Nursing,1999;5(9):51-61.
- 33.Anne H. Bishop, John R. Scudder : nursing Ethics Holistic Caring Pracrice,2001,Jones and Bartlett Publishers,Second Edition,iii.田中美恵子監訳、丸善株式会社、2005、p.iii. (日本語)
- 34.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—看護師に対する面接調査から—、熊本大学医学部保健学科紀要、2007;3:13-23.
- 35.関東弁護士会連合会編:精神障害のある人の人権,明石書店,第1刷,2002,p.18.
- 36.池永満:患者の権利、九州大学出版、初版、1994、p.24.
- 37.厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室:第47回社会保障審議会医療保険部会

資料2医療費適正化計画について、2011.10.26.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001suet-att/2r9852000001suj1.pdf>

38.近藤浩子：精神科長期入院患者への退院支援、医学界新聞 2864 号 4、2010 年 1 月 25 日号

39.大谷實：精神科医療の法と人権、弘文堂、初版、1995、p.34.

40.石井トク・野口京子編著：看護の倫理資料集第 2 版、丸善株式会社、2007.p.110-170.

# 資料

平成 23 年〇月〇日

〇〇病院  
〇〇〇〇 病院長 殿  
〇〇〇〇看護部長 殿

高知大学医学部  
医学部長 脇口 宏  
研究代表者 戸田由美子

### 研究参加協力をお願い（依頼）

拝啓 向夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、近年、医療の領域では患者の権利を尊重する意識が高まりつつあり、患者の権利擁護を支援する実践としてアドボカシーが注目を集めています。米国看護協会（ANA）は看護の定義の一部に「看護とは、個人・家族・地域社会・対象集団のケアにおける擁護である。」とあげています。また、「英国中央審議会」においても、アドボカシーは看護の要件であるとしています。看護職の役割として、アドボカイトすることは、専門職としての基盤であることを示していると思われまます。

そこで、このたび、「精神疾患患者への『看護アドボカシー』看護介入モデル構築に関する研究」を行い、日本の臨床実践に即した看護介入を明らかにし、今後の精神科看護実践に活用したいと考えています。この研究は、熟練看護師の方への聞き取り調査を行う予定です。

同封の「疫学研究の説明書」をご高覧の上、是非とも貴施設の倫理委員会にてご審議くださいますようお願い申し上げます。ご承認がいただけましたら、お手数ですが研究協力承諾書に貴施設代表者様のご署名後、同封の返信用封筒にてご返信いただければ幸甚に存じます。ご返信を受け取り後、改めて当方よりご連絡させていただきます。

なお、不明な点などがございましたら、代表研究者までご連絡ください。

本研究の趣旨をご理解いただき、何卒、参加協力くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

本研究は、科学研究費基盤研究（C）の助成を受けて実施しております。

敬具

#### <同封書類>

1. 疫学研究の説明書（1部）
2. 研究協力承諾書（1部）
3. 研究協力者へのお願い文（1部）
4. 疫学研究への参加についての同意書（1部）
5. 同意撤回書（1部）
6. フェイスシートとインタビューガイド（1部）

研究代表者：戸田 由美子（とだ ゆみこ）  
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮  
高知大学医学部看護学科 臨床看護学講座  
精神看護学領域 准教授  
Tel&Fax：088-000-0000  
E-mail：t-yumiko@kochi-u.ac.jp

(様式第 4-2)

## 疫学研究に関する説明文書

### この研究について

#### 【研究の意義および目的】

看護実践としての「看護アドボカシー」看護介入モデルを提示することは、日本の臨床実践に即した内容で、今後の精神科看護実践に活用することができると考えます。そこで、精神科病院における「看護アドボカシー」実践を抽出し、その看護実践を整理・分類することで精神疾患患者への「看護アドボカシー」の看護介入モデルを構築することを目的とします。

#### 【研究の方法】

平成 23 年～24 年度

精神疾患患者への「看護アドボカシー」の看護介入に関する聞き取り調査を実施します。

研究協力者の物理的負担を軽減し、落ち着いて語って頂けるようにするために研究協力施設に出向き、熟練看護師より精神疾患患者への「看護アドボカシー」の看護介入について半構成的面接法で収集します。なお、被面接者に研究趣旨等を文書と口頭で説明し、同意書に署名していただきます。

面接内容は協力者の同意を得て IC レコーダーに録音させていただき、同意の得られない場合には、筆記にて記録する。録音されたインタビュー内容や筆記した記録を逐語録に起こし、Grounded Theory Approach による質的・帰納的分析を行う。

データ収集期間は、平成 23 年 8 月～平成 24 年 12 月までです。

平成 25 年度

前年度までに明らかにされた内容をもとにカテゴリー間の関連性を明らかにし、精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデルを構築します。

#### 【予測される研究の結果】

精神科看護職の倫理的基盤ともなりうる「看護アドボカシー」看護介入モデルを提示することで、精神科看護の質向上に寄与すると共に、精神看護学領域の基礎教育や新人教育に役立てることができると考えます。

#### 【研究期間】

この研究は、本学倫理委員会承認日より平成 26 年 3 月 31 日まで実施される予定です。

#### 【研究者】

研究責任者／氏名：戸田由美子	(高知大学医学部看護学科・准教授)
研究者等／氏名：高橋 美美	(同上・助教)
研究者等／氏名：坂本 雅代	(同上・教授)

### 【研究に関する資料の提供】

あなたのご希望に応じて、研究協力者の個人情報への保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の研究計画および研究方法についての資料を入手または閲覧することができます。

### この研究への参加について

#### 【あなたへこの研究を紹介する理由】

精神科病院における「看護アドボカシー」実践を抽出し、その看護実践を整理・分類することで精神疾患患者への「看護アドボカシー」の看護介入モデルを構築するためには、日頃から倫理観に長け看護実践をされている熟練看護師の方々の協力が必要不可欠です。聞き取り調査において1時間ほどお時間をいただきますが、是非ともご協力いただけますようお願い申し上げます。

#### 【この研究により期待されるあなたへの利益】

直接的利益は期待できませんが、面接により研究協力者の「看護アドボカシー」実践を整理する機会になることや、実践内容について改めて意味づけすることで、研究協力者が実践に自信を持つことができ、今後の実践に生かすことができると思われれます。また、語られた内容をまとめることで、これからの精神科看護における倫理の確立に貢献するとともにケアの質向上に生かすことができます。

#### 【この研究への参加に伴う危険または不快な状態】

特に心身に危険を伴うことはありません。しかし、インタビューによる時間的制約や、患者・家族を擁護しアドボケートした出来事を想起して質問に答えることで不快感を覚える場合に対しては、十分に説明を行い、苦痛に感じるときは回答をやめることができること、面接ではいつでも中断できることを保証し、安全な環境での調査を心がけます。

#### 【試料等（検体やデータ）の保存及び使用方法並びに保存期間】

録音された面接内容は、研究者が識別番号を付し逐語録に起こします。面接内容において個人が特定できる固有名詞等があった場合、逐語録に起こす時点で記号に置き換え、特定できないようにします。なお、録音内容を研究者以外が耳にすることができないようにICレコーダーは、研究者が鍵のかかる場所に保管します。研究の成果を学会等で発表した後の録音内容は研究者自らが消去し、再生できないようにします。

#### 【本研究終了後の試料等（検体やデータ）の使用について】（該当する研究のみ）

聞き取り調査における面接内容は、ICレコーダーにて録音させていただき逐語録に起こします。しかし、学会等での発表終了後、録音内容は消去して再生不可能とし、逐語録は記録媒体から削除するとともに紙面においてはシュレッダーにて破碎し、処理いたします。



### 【個人情報の取り扱い】

あなたの個人情報の取り扱いには十分配慮し、外部に漏れないよう厳重に管理いたします。

聞き取り調査では、あなたの個人情報を保護するため、研究者が各協力者に識別番号を付して匿名化を行い、データ等の取り扱いにはこの識別番号を使用します。あなたとこの番号を結びつける対応表は作成しませんので、個人が特定されることはありません。また、語りの中で患者名や職員名等の固有名詞が出た場合、逐語録に起こす時に固有名詞部分は記号に置き換え、匿名化を図りますので、語りの中の人物が特定されることはありません。

### 【研究のための費用】

この研究は、国からの公的な研究費（科学研究費：精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル構築に関する研究）によって行われます。従って研究協力者からの出費はございません。

### 【研究と企業・団体との関わり】

この研究には、企業や団体は関与しません。企業等との利害関係はないため、利害の衝突によって研究の透明性や信頼性が損なわれるような状況は生じません。

### 【研究に伴う補償】

この研究に参加することで健康被害等の有害事象が生じる可能性はないため、研究に伴う特別な補償はありません。

### 【研究への参加の任意性】

この研究への参加は任意です。あなたの自由な意思が尊重されます。研究に参加しないことによって、今後あなたと病院との関係で不利益な対応を受けることはありません。

いったん参加に同意した場合でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回することができます。その場合、提供していただいた面接内容やそのデータを分析した結果は廃棄され、それ以降はデータや分析内容が研究のために用いられることもありません。ただし、同意を撤回したときすでに研究成果が論文などで公表されていた場合や面接内容が完全に匿名化されて個人が特定できない場合などには、面接内容を調べた結果を廃棄できないこともあります。

### 【研究成果の公表】

この研究で得られた成果を看護系の学会や学術雑誌に発表する予定です。成果を発表する場合には、研究に参加していただいた方のプライバシーは慎重に配慮します。個人を特定できる情報が公表されることはありません。

**【知的財産権の帰属】**

この研究の面接内容等は研究者に帰属し、研究協力者の方には帰属しません。

**【連絡先】**

○ この研究に関する問い合わせ先

戸田 由美子（高知大学医学部看護学科・臨床看護学講座 精神看護学・准教授）

電話：088-880-0000

ファックス：同左

以上の内容をよくお読みになってご理解いただき、この研究に参加することを同意される場合は別紙の同意書に署名または記名・押印し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

\*この研究は高知大学医学部倫理委員会の審査を経て医学部長の承認を得ています。

## 研究協力承諾書

研究代表者戸田由美子（高知大学医学部看護学科・臨床看護学講座精神看護学・准教授）の研究名「精神疾患患者への『看護アドボカシー』看護介入モデル構築に関する研究」に関し、本病院の倫理委員会にて審議した結果、聞き取り調査に協力いたします。

承諾日：平成      年      月      日

施設名： \_\_\_\_\_

承諾者氏名： \_\_\_\_\_

平成 23 年〇月〇日

〇〇病院  
〇〇〇〇 様

高知大学医学部看護学科  
臨床看護学講座 精神看護学  
研究代表者 戸田 由美子

### 研究参加協力をお願い（依頼）

拝啓 向夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、近年、医療の領域では患者の権利を尊重する意識が高まりつつあり、患者の権利擁護を支援する実践としてアドボカシーが注目を集めています。米国看護協会（ANA）は看護の定義の一部に「看護とは、個人・家族・地域社会・対象集団のケアにおける擁護である。」とあげています。「英国中央審議会」においても、アドボカシーは看護の要件であるとしています。看護職の役割として、アドボケイトすることは、専門職としての基盤であることを示していると思われまます。

そこで「精神疾患患者への『看護アドボカシー』看護介入モデル構築に関する研究」を行い、日本の臨床実践に即した看護介入を明らかにし、今後の精神科看護実践に活用したいと考えています。この研究は熟練看護師の方への聞き取り調査を行う予定です。このたび貴施設の倫理委員会におきまして承認が得られ、看護部長さんよりご紹介をいただきました。〇〇さんが、臨床実践の中で患者さんや家族の方々の権利を擁護されている場面やその内容についてお話を伺わせていただければ大変有り難いです。

下記の資料を同封いたします。本研究の趣旨をお汲み取りいただき、是非とも参加協力くださいますようお願い申し上げます。

後日、改めて研究代表者よりご連絡させていただきますが、不明な点などがございましたら、代表研究者までご連絡ください。

何卒、よろしくようお願い申し上げます。

敬具

#### <同封書類>

1. 疫学研究の説明書（1部）
2. 疫学研究への参加についての同意書（1部）
3. 同意撤回書（1部）
4. 調査用紙（1部）

研究代表者：戸田由美子（とだ ゆみこ）  
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮  
高知大学医学部看護学科 臨床看護学講座 准教授  
Tel&Fax：088-000-0000  
E-mail：t-yumiko@kochi-u.ac.jp

疫学研究への参加についての同意書

高知大学医学部長 殿

わたしは、研究名「精神疾患患者への『看護アドボカシー』看護介入モデル構築に関する研究」に関する以下の事項について説明を受けました。

- 研究の意義および目的
- 研究の方法
- 予測される研究の結果
- 研究期間
- 研究を実施する研究者
- 研究に関する資料の提供
- あなたにこの研究を紹介する理由
- 研究により期待される利益
- 研究に伴う危険または不快な状態
- 研究期間中の試料等（検体やデータ）の保存及び使用方法並びに保存期間
- 個人情報の取り扱い（参加者のプライバシーの保護に最大限配慮すること）
- 研究のための費用
- 研究と企業・団体との関わり
- 研究に伴う補償または健康被害等が生じた場合の対応
- 研究への参加の任意性（研究の開始前・開始後に関わらず同意をいつでも撤回でき、撤回しても何ら不利益を受けないこと）
- 研究成果の公表
- 知的財産権の帰属
- 問い合わせ連絡先

これらの事項について確認したうえで、この研究に参加することに同意します。

平成 年 月 日

参加者署名または記名・押印 \_\_\_\_\_

本疫学研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明担当者氏名・職名 \_\_\_\_\_

(様式第 4-5)

## 同 意 撤 回 書

高知大学医学部長 殿

わたしは、研究名「精神疾患患者への『看護アドボカシー』看護介入モデル構築に関する研究」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを高知大学医学部看護学科臨床看護学講座の研究者戸田由美子に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

(参加者署名または記名・押印)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

所 属 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

フェイスシート

性別 女性 男性

年齢 ( ) 歳

精神科看護師歴 ( ) 年

全看護師歴 ( ) 年

今回お話いただく患者さんが入院されている（または、されていた）病棟は、

閉鎖病棟 開放病棟 その他 ( )

その病棟のベッド数は、 ( ) 床

今回お話いただく患者さんは、

統合失調症 うつ病 躁うつ病 境界例 その他 ( )

日頃、精神科看護倫理であなたが大切にされていることはどのようなことでしょうか。

お聞かせください。

[ ]

アドボケイトについてのあなたの考え（重要性や実践の難しさなど）をお聞かせ下さい。

[ ]

「看護アドボカシー」 インタビューガイド

本研究の目的は、精神科における「看護アドボカシー」実践を抽出し、その看護実践を整理・分類することで精神科における「看護アドボカシー」の看護介入モデルを構築することです。

看護アドボカシーとは、看護師が患者の権利や利益を守ることです。

日頃の実践の中で、患者さんの権利を守るためにされたケアの場面やその実践内容など以下の質問項目について、お話をお聞かせ下さい。

- ① 日頃の臨床の中で、患者さんの権利を擁護しなければならないと考えられた出来事はありましたか
- ② それはどのような場面でしょうか
- ③ その時、あなたが、患者さんの権利や利益を守る必要があると判断されたのはどのようなことからでしょうか
- ④ その内容について具体的な関わり（ケア）についてお話しいただけますか
- ⑤ あなたが、行ったケアにより、どのような変化がありましたか。（患者さんや家族の方の変化や他の人々の変化について）
- ⑥ そのケアを行ったことを振り返ってみてどのように思われていますか

どうもありがとうございました。