

平成 28 年度 高知県立大学大学院 博士論文

精神科看護師による患者 advocacy に関する研究

A Study of Patient Advocacy by Psychiatric Nurses

看護学研究科看護学専攻

博士後期課程

戸田 由美子

論文要旨

精神科看護師による患者 advocacy に関する研究

戸田 由美子

研究目的：本研究は、精神科看護師による患者 advocacy を明らかにし、精神看護における患者の権利や利益を護る看護への示唆を得ることである。

方法：研究デザインは、質的記述的研究である。研究協力者は、精神科病棟に勤務する精神科勤務歴 5 年以上の看護師で、患者 advocacy に対して advocate としての実践を行ったことのある者とした。データ収集は半構成的面接調査法により行い、データ収集期間は平成 26 年 9 月～平成 27 年 7 月であった。分析は、修正版 Grounded Theory Approach を参考に行った。高知県立大学研究倫理審査委員会の承認（看研倫 14-36）を得て実施した。利益相反はない。

結果：研究協力者は 20 名で、男性 9 名、女性 11 名、平均年齢は 44.5 ± 5.6 歳で、精神科看護師歴は 14.6 ± 5.7 年であった。語られた事例は 34 例で、男性 16 例、女性 18 例であった。疾患は、統合失調症 25 例、感情障害 4 例他であった。分析の結果、【精神科病棟における患者の権利と利益の阻害】は、12 カテゴリ、28 概念が抽出された。『地域生活権の阻害』『プライバシーの保護・患者尊重の阻害』『患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害』『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』『平等な医療や福祉を受ける権利の阻害』に分類された。阻害に対する【精神科看護師による患者 advocacy】は、「不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする」「意思の表明能力の向上を促す」「権利行使への行動方略を伝達する」「患者の要求を最大限実現する」「患者のプライバシーや自尊心を護る」「早めに患者の不利益を察し回避する」「患者の自己実現に向け支援体制を整える」「家族・住民との関係再構築へ仲介する」「家族が患者の権利を護れるよう変化を促す」「患者の意向を代弁し医師を動かす」「看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする」「公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する」の 12 カテゴリ、43 サブカテゴリ、125 概念が抽出された。

考察：患者の権利や利益の阻害は、精神疾患特有の症状からくる周りの偏見や苦手意識、患者自身の認知力の問題、医師・看護師主導の医療・看護による阻害状況であった。精神科看護師による患者 advocacy は、患者への直接介入として、『自ら力をつけ権利や利益を獲得』『患者の権利・利益を保護』する働きかけ、患者の周囲への介入として、『患者・家族・住民の共生へ仲介と教育』『患者の代弁者として医療・福祉の調整と協働』『看護者に患者の権利教育』をする働きかけの特徴があった。精神科看護師は、患者を権利や利益の阻害から護るだけでなく、患者や患者の周囲の人々との間の調和を保ちながら患者の権利や利益が護れる働きかけを行っていた。

結論：患者の権利や利益の阻害の半数以上が、患者と医療職との間で起こっていた。それらに対する患者 advocacy は、患者、家族、医師・看護師が患者の

権利を護るために力をつける働きかけが、患者の権利や利益を護る上で最重要であることが示唆された。また、家族や医師は、介入の対象であると共に協働し患者を支援する対象でもあった。

Abstract

A Study of Patient Advocacy by Psychiatric Nurses

Yumiko Toda

Aims: To clarify the quality of patient-advocacy intervention by psychiatric nurses, and obtain insight into guaranteeing patients' rights and benefits in psychiatric nursing.

Methods: A qualitative and descriptive method was used. The study subjects comprised nurses with experience of practicing patient advocacy and more than five years of psychiatric experience who worked on a psychiatric ward. Semi-structured interviews were conducted between September 2014 and July 2015. The obtained data were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. After this study was approved by the Research Ethics Review Committee at University of Kochi (Kan Ken Rin14-36), it was conducted. There was no conflict of interest.

Results: The number of subjects was 20 (9 males and 11 females), the mean age was 44.5 ± 5.6 years, and the average duration of working as a psychiatric nurse was 14.6 ± 5.7 years. The total number of patients reported by the subjects was 34 (16 males and 18 females). Of these patients, 25 and 4 had schizophrenia and emotional disorder, respectively. As a result of analyses, 12 categories and 28 concepts were extracted regarding the [loss of patients' rights and benefits on psychiatric wards]. Such loss was divided into: "limiting patients' right to their community life", "limiting patients' privacy and neglecting patient respect", a "lack of understanding on the part of patients and the resulting loss of their own rights and benefits", "limiting patients' right to optimal healthcare and nursing care", and "limiting

patients' right to equal healthcare and welfare". [Patient advocacy that is practiced by psychiatric nurses] to deal with these factors comprised the following 12 categories, which consisted of 43 subcategories and 125 concepts: 1) "helping patients develop a sense of controlling life in order for them to avoid disadvantages", 2) "encouraging patients to improve skills to express their intentions", 3) "teaching patients how to execute their rights", 4) "meeting patients' requests whenever possible", 5) "protecting patients' privacy and self-esteem", 6) "identifying and avoiding disadvantages for patients as early as possible", 7) "improving the systems for supporting patients' self-actualization", 8) "mediating between patients and other residents (including the patients' families) to re-establish the relationships between them", 9) "encouraging the families of patients to protect their rights", 10) promoting physicians' work by acting as patients' representatives", 11) "educating nursing professionals in a manner enabling them to protect patients' rights", and 12) "cooperating with other facilities in a manner so that patients are able to receive equal healthcare and welfare".

Discussion: On psychiatric wards, the loss of the rights and benefits of patients was caused by the prejudice of people and their awareness that these patients are difficult to deal with, which are attributable to the symptoms characteristic of psychiatric diseases, as well as by their impaired cognition. Patient advocacy practiced by psychiatric nurses was characterized by encouraging patients to "develop skills to protect their own rights and benefits", as well as efforts to "protect patients' rights and benefits" as direct intervention for patients; and "mediation among and education

for patients, their families, and other residents to achieve their coexistence”,
“medical/welfare adjustments and cooperation as patients’ representatives”, and
“education on patient rights provided for nursing professionals” as intervention for
people around patients. Psychiatric nurses not only protected patients from the loss of
their rights and benefits, but also made efforts to protect these rights and benefits
while maintaining the coordination between the patients and people around them.

Conclusion: More than 50% of the patient rights/benefits loss occurred between
patients and healthcare providers. The results of our study suggest that, in order to
practice patient advocacy aimed at preventing such loss and protect patients’
rights/benefits, it is important for patients, their families, physicians, and nurses to
develop skills to protect their rights. In addition, families and physicians were not
only the subjects of intervention, but were also patient supporters working in
cooperation.

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景	1
II. 研究目的	2
III. 研究の意義	3
第2章 文献の検討	4
I. 看護倫理に関する研究	4
1. 看護全般における倫理に関する研究	4
2. 精神看護領域における看護倫理に関する研究	6
II. 患者の権利に関する研究	8
1. 精神科における処遇に関する研究	8
2. 患者の権利等に関する研究	9
III. ADVOCACYに関する研究	19
1. advocacyに関するモデル	20
2. 社会福祉学における advocacyに関する研究	20
3. 看護における advocacyに関する研究	22
IV. 研究の枠組み	32
1. 研究の枠組み	32
2. 用語の操作的定義	32
3. 研究の枠組みの構築	33
第3章 研究の方法と対象	34
I. 研究デザイン	34
II. 研究協力者	34
III. データ収集期間	34
IV. データ収集方法	35
1. データ収集までの手続き	35
2. データ収集の展開	35
V. データ分析方法	36
1. 分析方法	36
VI. 真実性の確保	37
1. 明晰性	37
2. 信用可能性	37
3. 移転可能性	38
4. 確認可能性	38
VII. 倫理的配慮	39
第4章 結果	41

I. 研究協力者の概要	41
II. 事例の概要	42
III. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害	42
1. 患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害	43
2. 患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害	44
3. 患者の財産権の阻害	44
4. 患者の社会参加の阻害	45
5. 羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害	45
6. 人として大事にされない患者尊重の侵害	46
7. 患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害	47
8. 医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害	49
9. 患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害	54
10. 知る権利の阻害	56
11. 他科受診を受ける権利の阻害	56
12. 福祉を受ける権利の阻害	57
IV. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の分類	58
V. 精神科看護師による患者 ADVOCACY	60
1. 不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする	60
2. 意思の表明能力の向上を促す	68
3. 権利行使への行動方略を伝達する	77
4. 患者の要求を最大限実現する	80
5. 患者のプライバシーや自尊心を護る	85
6. 早めに患者の不利益を察し回避する	90
7. 患者の自己実現に向け支援体制を整える	92
8. 患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する	96
9. 家族が患者の権利を護れるよう変化を促す	105
10. 患者の意向を代弁し医師を動かす	111
11. 看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする	120
12. 公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する	127
第5章 考察	131
I. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の特徴	131
1. 地域生活権の阻害	131
2. プライバシーの保護・患者尊重の阻害	133
3. 患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害	134
4. 最善な医療や看護を受ける権利の阻害	135
5. 平等な医療や福祉を受ける権利の阻害	137
6. 患者の権利や利益の阻害場面になかった問題	138
II. 精神科看護師による患者 ADVOCACY の特徴	139
1. 自ら力をつけ権利や利益を獲得の介入の特徴	139

2. 患者の権利・利益を保護の介入の特徴	144
3. 患者・家族・住民の共生へ仲介と教育の介入の特徴	147
4. 患者の代弁者として医療・福祉の調整と協働の介入の特徴	150
5. 看護者に患者の権利教育の介入の特徴	153
III. 精神科看護師による患者 ADVOCACY の看護への示唆	156
IV. 精神科看護師による患者 ADVOCACY 研究の限界	156
V. 精神科看護師による患者 ADVOCACY 研究の今後の課題	157
第 6 章 結論	158
I. 研究目的と意義	158
II. 研究の枠組み	158
III. 研究方法	158
IV. 研究結果	159
V. 考察	162
VI. 精神科看護師による患者 ADVOCACY への提言	163
謝辞	164
引用・参考文献	165

図 目次

図 1 精神科看護師による患者 advocacy の研究枠組み	33
---------------------------------------	----

表 目次

表 1 advocacy の定義・属性等	30
表 2 研究協力者の概要	41
表 3 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害	42
表 4 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の分類	58
表 5-1 不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする	61
表 5-2 意思の表明能力の向上を促す	69
表 5-3 権利行使への行動方略を伝達する	78
表 5-4 患者の要求を最大限実現する	80
表 5-5 患者のプライバシーや自尊心を護る	86
表 5-6 早めに患者の不利益を察し回避する	91
表 5-7 患者の自己実現に向け支援体制を整える	93
表 5-8 患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する	97
表 5-9 家族が患者の権利を護れるよう変化を促す	105
表 5-10 患者の意向を代弁し医師を動かす	112
表 5-11 看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする	120
表 5-12 公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する	127

第 1 章 序論

I. 研究の背景

我が国においては、「患者の権利オンブズマン」(NPO 法人患者の権利オンブズマン,2006)が NPO 法人として 1999 年 12 月に発足し、16 年以上が経過した。そして、国際連合(以下、国連と略す。)において障害者の権利に関する条約(以下、障害者権利条約と略す。)が 2006 年 12 月に採択され、日本は 2014 年に国連において批准し、2016 年 5 月に障害者差別解消法が制定された。このように、少しずつ障害者であり患者でもある精神疾患患者の権利について語る土壌ができてきたように思われる。

医療の領域でも、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,2008)、日本看護協会(以下、JNA と略す。)
「看護者の倫理綱領」(JNA ホームページ,2003)、日本精神科看護技術協会(以下、JPNA と略す。)
「精神科看護の定義」「倫理綱領」、(JPNA ホームページ,2004)と、各職能団体で患者の権利を護ることの文言が明記され、多くの病院で患者の権利を護ることが記されるようになった。

近年、患者の権利擁護を実践する概念として「advocacy」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(Nancy Burns,Suzan K. Grove.2007.)、「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 Advocacy があげられている。また、英国中央審議会(UKCC)「看護・助産・保健師服務規程」(1992) (D. Dooley, J.McCarthy,2006)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、advocacy は看護の要件であるとしている。看護職の役割として、advocate 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言えよう。advocacy は、日本では患者の権利擁護と訳されているが、advocacy 概念の定義や構成要素は研究者によりまちまち (Segesten,1993、Mallik(a),1997、石本,2000、Grace,2001、Baldwin,2003、Vaartio etc.,2005、竹村,2006a、Hanks,2007、齋藤,2008)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(以下、医中誌と記す。)(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 advocacy に内包される概念であった。国内での advocacy 研究は、Davis ら(2003)の Pilot Study と竹村(2006b,2007,2008)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 advocacy 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 advocacy に関する論文は、3論文(Jugessur ら,2009、McDaniel ら,1996、Usher,1998)のみであった。

精神科医療について振り返ってみると、医療従事者は病状悪化により入院治療の必要な状況であっても入院拒否・治療拒否をする患者の医療・看護に携わり、措置入院・医療保護入院といったある種の強制力を働かせた法律に基づいて医療・看護を行なっている。ともすると人権侵害に陥りかねない現状の中で、医療従事者は常に患者の権利と医療・看護の必要性との狭間でジレンマを感じながら患者と関わっているのが実情である。

精神科医療は、1900年に制定された精神病者監護法に始まり、今日の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法と略す。)に至るまで精神障害者の処遇をめぐる歴史であった。第二次世界大戦後、日本国憲法(1946)、世界人権宣言(1948)等により人権保障に向けた動きが進展した。また、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(澤田,2001)が、今日の患者の権利へと発展してきたと言われている。

現在、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に察し対応する必要があると考える。また、野嶋(2004)は、「21世紀の看護に求められているものは、『患者の権利を尊重する看護』(中略)。患者の人権を尊重し、患者の意思を尊重し、それが実現できる看護が求められていると言える。」と述べられている。そこでこれらを踏まえて、精神科病棟で患者と関わっている熟練看護師は、患者 advocacy をどのようにしているのか考えたい。

II. 研究目的

本研究は、精神科看護師による患者 advocacy を明らかにし、精神科病棟における患者の権利や利益を阻害する状況や、それに対す

る患者 advocacy への示唆を得ることを目的とする。

〔研究目標〕

1. 精神科病棟において看護師は、どのような場面で患者の権利や利益が阻害されていると考えているのかを明らかにする。
2. そのような阻害場面において、看護師は患者 advocacy をどのように行っているのかを明らかにする。
3. 1. 2. より、患者の権利や利益を護る精神看護への示唆を得る。

Ⅲ. 研究の意義

1. 日本の精神科看護における患者 advocacy を提示することで、日本の精神科病棟における患者 advocacy のケア内容を提示することができる。
2. 精神科看護における倫理の確立など精神科看護の基盤作りに貢献できる。
3. 精神科看護における看護師の倫理教育に貢献できる。
4. 日本の精神科看護における患者 advocacy を明確にすることで、精神科看護の自律性確立に貢献することができる。

第2章 文献の検討

医中誌（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）、CINAHL（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 Advocacy に関する論文は、3論文のみであった。

ここでは、Ⅰ．看護倫理に関する研究、Ⅱ．患者の権利に関する研究、Ⅲ．advocacy に関する研究について文献検討を行い、精神科看護師による患者 advocacy の研究枠組みを構築する。

Ⅰ．看護倫理に関する研究

まず最初に、看護領域全般と、精神看護領域における看護倫理の動向に関する研究について概観する。

1．看護全般における倫理に関する研究

精神看護領域以外の看護に関わる全般的な倫理を扱ったものと、特定の状況の中での倫理的問題が論じられていた。

板東ら（2012）は、看護師が臨床現場で体験する倫理的問題について質問紙調査を実施している。「過去1年間で看護実践上体験した倫理的問題の頻度で高かった内容は、『患者の権利および人としての尊厳を保護すること』が最も高く、『看護師配置が不十分なために患者が十分なケアを受けることができない』『拘束や鎮静剤によって身体抑制を行うこと、あるいは行わないこと』が上位3位であった。倫理的問題について悩んだ頻度は、毎日～ほとんど毎日 3.3%、週1～4回 10.7%、月1～3回 22.4%、年6～11回 20.6%、年1～5回 38.6%、1度もない 4.0%であった」と述べられている。

伊藤ら（2008）は、新人看護師が直面する倫理上のジレンマと看護倫理教育のニーズについて面接調査を実施している。「13名の新人看護師のうち、倫理的ジレンマの体験は、12名が『ある』、1名が『ない』と回答したが、『ある』と回答した12名中6名は、対立した倫理原則がないのに倫理的ジレンマと答えていた。残りの6名におけるジレンマの体験内容は、【自立と善行】が6件、【忠誠と善行】が1件であり、対処の仕方は、全て個人的であり組織的な対応には至っていなかった。倫理的教育は、同じ内容を繰り返し教えることで知識としてより身につく可能性が示唆された。」と述べられている。

水澤（2010）は、看護職者に対する倫理教育の現状と道徳的感性と関連要因について質問紙調査を実施している。「67.6%の看護師は看護基礎教育機関で倫理を学んだ経験があり、卒後の倫理研修の

受講では、39.8%の看護師が受講の経験があった。しかし、倫理に関する知識の程度に関しては、91.1%の看護師が『全く知識がない』、『あまり知識がない』と回答していた。道徳的感性と看護師や病院の特性等との関連を調べた結果は、有意差のある項目はなく、既存の倫理教育が道徳的感性に影響を与えていないことが明らかとなった。」と述べられている。

伊藤ら（2012）は、日本の看護師が経験するモラルディストレスについて文献検討を実施している。「日本の看護師が経験するモラルディストレスは、1. 賛同できない医師の治療方針に従わざるを得ない、2. 患者/家族のプライバシーが守れない、3. 患者の自律性が制限される、4. 看護師自身が認識する役割/責任を果たしていない、5. 看護師が最良と考えるケアを患者が選択しない/拒否する、6. 同僚やチームの考え、組織の方針を優先している、7. 時間的・物理的制約がある、の7つで、行動を妨げられ、困惑、罪悪感、ジレンマ、無力感、感情的なしこり、屈辱感という苦しい気持ちを経験していた。」と述べられている。

佐藤（2006）は、抑制場面における看護師の倫理的判断としての価値観と行動の関係について質問紙調査を実施している。「抑制すべきかどうかを判断する背景には、〈患者の発達段階〉〈認知力〉〈治療状況〉が要因となっていた。行動に対するジレンマの感じ方は、他者に相談したり判断をゆだねた場合はジレンマを強く感じ、抑制を施行したり観察を続けると自己の判断で行動決定した場合はジレンマの感じ方は弱かった。看護師は患者の安全確保や人権尊重という価値観を重視し、患者の人権を尊重しようとする意識が高い人ほどジレンマを強く感じていることが明かとなった。」と述べられている。

檜山（2010）は、転倒予防ケアにおける倫理的問題とクリティカルシンキングの関連について質問し調査を実施している。「転倒予防ケアにおける倫理的問題の直面は、『時々ある』67.7%、『とてもよくある』15.0%で82.7%であった。倫理的問題の悩みは『中程度にある』53.5%、『とても強くある』26.1%で79.6%であった。倫理的問題のあり群とない群の2群で比較を行い、2群間のクリティカルシンキング能力の差を分析した結果、『根拠づけへの自信』（ $p<0.05$ ）、『柔軟性』（ $p<0.05$ ）、『心理への探求』（ $p<0.05$ ）、『予測・洞察力』（ $p<0.01$ ）『直感力』（ $p<0.05$ ）であった。転倒予防ケアの問題における13項目の悩みの程度のうち、患者の権利に関する問題には主体性が主に影響を与え、看護師の能力に関する問題には主体性と知的好奇心が主に影響を与えていた。」と述べられている。

富（2008）は、がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応について面接調査を実施している。「がん化学療法

看護認定看護師が体験する主な倫理的問題は、適切な情報提供がなされないことによる患者の選択権の損害と不充足に関連した倫理的問題、医師本位のインフォームドコンセントと患者の選択権の不充足および医療者の役割不足に関連した倫理的問題であった。これらに対する認定看護師の対応は、(1)患者の治療への意思決定の支援、(2)検査情報を十分活用し自己管理へのセルフケアの支援、(3)がん性疼痛看護認定看護師が役割と責任責務から自己研鑽すること、(4)同僚や他専門職者と協同して緩和ケアチームを発足させ活動すること、であった。がん性疼痛看護認定看護師が体験する主な倫理的問題は、医師の不十分な疼痛管理に関連した倫理的問題、患者の意向より状況優先の延命措置・蘇生に関連する倫理的問題、在宅支援と薬物管理の困難に関連する倫理的問題であった。これらに対する認定看護師の対応は、(1)緩和ケアチームの活動・処方マニュアルの作成、(2)疼痛緩和への理解の不断の努力・あきらめ、(3)患者の意思を尊重して、延命措置は書面に残し理解を得ること・残された家族への支援、(4)麻薬管理マニュアルを活用して患者家族を支援などであった。」と述べられている。

以上より、看護師の臨床における倫理的問題やジレンマ、モラルディストレスの実態や看護師の倫理教育と感性の関係、特定の倫理的問題に対する看護師の判断に関して明らかにされていた。

2. 精神看護領域における看護倫理に関する研究

荻野(2012)は、「精神科医療看護の倫理の動向を3つに分類分けし、一般精神科医療看護では、患者が自分の利益を判断できないことが生じ、医療者が患者に代わり患者の最善を考えた医療看護を提供すべきというパターナリズムと、患者の自己決定権を尊重すべきという専門職者としての正義の対立から倫理的問題が生じていることが明らかにされていた」と述べられている。

田中ら(2010a,2010b)、濱田ら(2006)は、精神科看護倫理に関する一連の研究を実施している。倫理的問題と価値の対立(田中ら、2010a)では、看護師が体験している倫理的問題は「患者の権利」「治療」「退院・長期入院」「移送・救急入院」「患者の状態」「病棟規則」「患者以外の人間」「ケアの場面」であった。看護師が体験する倫理的問題に含まれる価値の対立は、「患者の権利(自己決定・知る権利等)」「患者の尊厳」「患者の安寧」「専門的価値」「個人的価値」「文化的価値」「他の人々の権利」であった。精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度(田中ら,2010b)の平均値の高い項目は、「患者の退院に関する問題」「看護師の責任と感情に関する問題」「患者の自己決定に関する問題」であった。看護

師が悩む程度の平均値の高い項目は、「患者の自殺（自殺企図）に関する問題」「看護師の専門的能力の不足に関する問題」「医師と看護師間での治療やケアの方針の違いに関する問題」「患者の退院に関する問題」であった。倫理的問題に直面したときの対処行動は「同じ職場の同僚や上司への相談」が最も多かったと述べられている。

榎戸（1998）は、保護室における看護師の倫理的配慮で、患者の行動制限と意思の尊重に関わるバランスについて、患者の自立性との兼ね合いから何を優先するかという形を取り、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意思を尊重する」「病棟の秩序を優先する」の категорияが見いだされていた。宇佐見（1999）による「精神科看護における倫理の実態—予備調査の結果から—」では、ケアの倫理に関する実態として、「患者のニーズを見極めること」「患者への安心感と看護者がやりすぎてしまうこと」「自分にできることの見極め」「家族の意思の尊重と患者の意思の尊重のバランス」を分類、ジレンマとして「隔離・拘束への罪悪感」「長期入院患者への無力感」が見いだしていた。Fisher（1999）は、「自律は、相手への尊敬をあらわすだけではなく、精神科患者と働くときの基盤で、看護師の任務は、この信頼と意思決定を支え、励ますことにある。（羽山訳,1999）」と述べられている。

久保ら（2011）は、保護室環境の人権と倫理的医療について検討していた。保護室環境において患者の尊厳を守るためには、「生命の維持と行動観察がよくできる環境設定」「回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすること」「回復を促進できる保護室環境と行動制限の最小化およびセルフケア能力に応じたケアを提供することによって QOL の低下を引き起こさない」ことが必要とわかった。

石原ら（2012）による精神科病院に勤務する看護師・介護士の倫理的葛藤を体験する頻度の高い項目は、「病棟環境が患者のニーズを満たさない」「患者の私物預かり」「患者の嫌がることをせざるを得ない業務」「患者の言動による傷つき」「退院の困難さ」「意思決定の代行」「病名告知」があげられていた。

大西ら（2012）は、日本とイングランドの精神科看護師の体験する倫理的悩みの比較を行っている。日本の方が病棟での人員配置数が少なく、回答者の准看護師が 30%、女性が 70% で、イングランドでは男女比はほぼ同数であった。倫理的悩みの程度において日本の方がイングランドに比べて頻繁に倫理的悩みを体験していた。

木村ら（2010,1012）は、精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤について検討し、その問題点と改善策について研究している。看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点（2010）について、

【看護師が精神科入院現場における諸葛藤】として、「看護師間の相互理解の困難さ（方針・スタンスの違い、意見交換の不十分さ）」「患者尊重の欠如（ネガティブな患者像、看護者中心の患者対応）」「不十分な退院環境（退院支援体制の不備）」「家族の逃避的対応」「他職種との未熟な関係（医師との不十分な連携、病院組織・体制の中での不明確な位置・役割）」「規則・法律と現実との乖離（患者処遇の必要性和問題点、規則実行の難しさ）」「ビジョンのない看護（無力感に陥っている看護姿勢、不合理・不公平な看護、患者とのコミュニケーションの阻害）」を抽出し、中核要因を「ビジョンのない看護」とし、内部要因を「看護者間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」、外部要因を「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」と構造している。

木村ら（2012）では、先行研究（木村ら,2010）の諸葛藤から質問紙を作成し量的研究を実施し、精神科看護師の現状とその改善のための方策について論じている。「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という要因は、看護に機能不全をもたらす強い要因であることが示されたが、看護機能の問題が原因となって看護スタッフ間の相互作用を阻害しているわけではなかった。看護の問題を解決することと患者を尊重することとは相互に促進的であったと述べている。

以上より、多くの文献で精神科看護師の倫理的葛藤について研究されていた。その中では、患者の長期入院と退院に関すること、患者の尊厳に関すること、隔離拘束に関すること、看護師の専門的知識に関することに葛藤を抱いていた。また、精神疾患の症状に関連した患者の自己決定権の問題や患者自身の権利について多くの倫理的問題を抱えていることが理解された。

II. 患者の権利に関する研究

1. 精神科における処遇に関する研究

精神科医療は、精神疾患患者の処遇の歴史であると言える。処遇は患者の権利と関連するため、これらを扱った文献を検討する。

藤野（2006）は、「我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—」の中で、1900年の精神病者監護法から100年間にわたる精神障害者の処遇の変遷を明らかにしている。「我が国の精神障害者処遇の歴史は、精神障害者を隔離する政策の歴史であった」と述べている。「それは、精神障害者が危険な存在としか認識されてこなかったことの不幸である。」とも述べている。また、「私宅監置からの解放は、精神衛生法の制定によって入院治療へと移行する。しかし、精神障害者は、病院という閉鎖社会に長期間収容されることになる。家族は、監護から解放され、国民は精神病院

に収容することで社会の安全を守ろうとした。」とも述べている。「国のハンセン氏病の隔離政策は間違いであったとして終止符をうったが、精神障害者の強制入院は、精神保健福祉法になった現在も続いている。」と述べられている。

田辺（2008）は、「岩手県における精神病患者監護法時代の精神障害者処遇の歴史」の中で、1903年から1941年の監置の動向を明らかにしている。岩手県においては、精神科病院の開設が遅く、県外の病院に出ていく必要があったと述べている。「被監置者の大半は、治療を受けられないまま私宅監置を余儀なくされ、病院としての機能を持たない盛岡市精神病患者収容室への監置もあった。被監置者にも監置義務者としての家族親族にも大きな負担を強いていたことが推察される。」と述べている。また、「当時の処遇が保安だけでなく、精神障害者に対して人権擁護の姿勢があったと推察される。」とも述べられている。

池原（2002）は、「精神障害のある人たちの置かれている社会的状況と他の市民が置かれている社会的状況の差異を最も際立って示す特徴は、精神障害のある人たちは他の市民とは異なって大量かつ長期にわたって拘禁されやすく、意味のある社会参加への機会が奪われやすい存在であるということである。（中略）他の市民がその社会生活の自由を奪われる場合として刑罰を受ける場合がある。この両者を比較すると、5年以上社会生活の自由を奪われる人の数は、精神障害者の場合、他の市民の130倍を超えており、一時的にせよ社会生活の自由を奪われる人の数は、一般市民の10倍近いと言える。」と述べられている。

精神障害者の場合、強制入院や隔離政策、長期入院といったことが、患者の人権と抵触することが述べられていた。

2. 患者の権利等に関する研究

1) 患者の権利全般に関する研究

Annas（2004）は、「中核的患者の権利として、①十分な情報提供を受けたうえで決定する権利、②プライバシーと尊厳に対する権利、③治療を拒否する権利、④救急医療を受ける権利、⑤擁護者を持つ権利」を挙げている。

大阪府精神保健審査会（2000）は「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」を大阪府に提出した。「入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるよう、次の権利を有するとした。①常にどのようなときでも、個人として、その人格を尊重される権利、暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利、②自分が受ける治療について、分かりやすく説明を

理解できるまで受ける権利、自分が受けている治療について知る権利、③一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利、不適切な治療及び対応を拒む権利、④退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利、⑤自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利、また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利、⑥公平で差別されない治療及び対応を受ける権利、必要な援助者“通訳、点字等”をつけて説明を受ける権利、⑦できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利、⑧自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利、⑨通信・面会を自由に行える権利、⑩退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申し立てをする権利、これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利、また、これらの請求や申し立てをしたことによって不利に扱われない権利」が謳われている。

藤野（2003）は、「精神科病院の特質と入院患者の人権」の中で、「宇都宮病院事件後の5年間で23件の問題事件が発生している。（中略）このように、現在も入院患者への暴力事件は続いているといわざるを得ない。」と述べている。また、医療法により「精神科特例」で医師や看護職員、薬剤師など有資格者の人員を少なくしてよいことになっていることも指摘し「2000（平成12）年12月6日に第4次医療法改正されたが、精神病床の医師48：1、看護4：1（当分の間5：1以上可）、薬剤師150：1で、精神病床以外の一般病床や結核病床、感染症病床では、医師16：1、看護3：1、薬剤師70：1で、やはり是正されていない。」と述べられている。

筆者（戸田,2010）は、「精神疾患患者にとって権利とは何か？」について論じた。患者の権利を守るために精神科看護師に求められているものは、「1）入院時より退院後の生活を射程に入れて看護計画を患者と共に作成し実践する、2）看護師が何を提供できるか役割を伝える、3）日々の病棟の中で患者自身が私物を管理し自己選択できるよう日常の細かなことから自己決定を支える、4）隔離・拘束を早期に脱するよう病状把握等看護技術を向上させる、5）人権問題と日々向き合う職場で働いているという自覚と高い倫理観を身につけるために新人看護師教育や看護基礎教育で倫理教育を徹底する、以上の実践に基づいて精神疾患患者の権利を守ることが求められている。また、精神科病院は、医療の理念に関する文書、プライバシー遵守のマニュアル、患者の権利を明記した文書を公開し、患者の権利を保障するとともに、患者には権利があり自分の病気の治療・看護について主体的に決めることができるという情報を伝え

ることが必要である。そして、病棟構造を過ごしやすく暖かみのある建築にし、食生活を豊かにするなど療養の主体は患者であることを忘れてはいけない。さらに、精神科医療では閉鎖病棟、保護室、隔離・拘束という精神科特有の治療がなされている。ともすると治療者と患者が閉鎖的な関係に陥りやすいため、より開かれた治療環境を作る必要がある。専門家による第三者のスーパーバイズを受けることや、隔離・拘束をしないでもよい治療環境作り、医療従事者の発想の転換も求められているのではないかと思われる。」と述べられている。

精神科領域における患者の権利の実態や提言について論じられている。

2) 患者の自己決定に関する研究

池永（1997）によると「患者の権利宣言案は、その中心課題として『知る権利』と『自己決定権』を挙げています。」と述べられているため、ここでは自己決定に関する文献検討を行った。

また、患者の意思決定には、「自己決定」「意志決定」「意思決定」といったさまざまな表示の仕方がある。「自己決定」と「意思決定」の概念の違いについては、柳原（2013）が、「『自己決定』とは、“self-determination”であり、その個人の理解力・判断力を前提条件として、自己の決定に対する『主体性』『責任性』『自律性』を含む概念とし、『自己決定』という語には人権・尊厳という意識が大きく関与する。『意思決定』“decision making”は、日本語としては『方針を決めること』が的確な訳語とされているが、人間行動における自由と限界の交絡の文脈下における人間の応答、選択に対する力量、意思起動への動機づけの要素が入っているものが意思決定である。『イシ』には、日本語では『意思』と『意志』があるが、【大辞林】では、意思を『心持ち』とし、意志は『目的や計画を選択し、それを実現しようとする精神の働き』『考え、意向』としている。」と述べられている。そこで、ここでは3つの概念での論文を記述する。

野嶋ら（2000a）は、患者の意志決定を支える看護の方略として、「意志決定を支える看護を構成する【看護の力を集約する側面】と【患者の力の発揮を支える側面】を抽出している。【患者の力の発揮を支える側面】の看護の方略として〈共にいる〉〈守る〉〈保つ〉〈保証する〉〈整える〉〈補う〉〈広げる〉〈導く〉〈引き出す〉【看護の力を集約する側面】として、〈把握する〉〈判断する〉〈方向性を探る〉〈体制を作る〉の13を抽出している。そして、看護者は、これらを駆使しながら、①意志決定支援の土台を形成する援

助、②意思決定を育む援助、③意思決定を具現・拡大していく援助、を提供している。」と述べられている。

野嶋ら（2000b）は、患者の意志決定を支える看護の基盤についての看護者の認識について質的・量的研究を実施している。「2）患者の意志決定を支える看護を展開する上で必要な事柄として、『能力（看護介入を可能にする力）』『姿勢（看護者の能力を育み、知識を吸収し、看護介入を展開していく上で基本となる看護者の姿勢）』『看護介入（意志決定を支える看護の働きかけ：ケア対象者を〈知る〉〈つながる〉〈働きかける〉といった内容）』が抽出された。3）姿勢について、a.患者に対する姿勢として〈尊重〉〈受容〉〈保証〉、b.自己研鑽の姿勢として〈学び〉〈振り返り〉、c.人間としての姿勢として〈人として〉、d.姿勢を育むための知識として〈看護に対する知識〉〈倫理に関する知識〉であった。4）能力として、〈感受性〉〈許容力〉〈受容力〉〈共感力〉〈観察力〉〈洞察力〉〈判断力〉〈分析能力〉〈予測力〉〈行動力〉〈指導力〉〈信頼を得る力〉であった。5）ケア対象を知ることとして、〈患者像の形成〉〈意志の把握〉が重要と捉えていた。6）ケア対象とつながることでは、〈安心できる関係〉〈信頼関係〉を形成していくことが必要だとする記述が含まれていた。7）ケア対象への働きかけでは、〈意欲を引き出す〉〈力を引き出す〉〈方向づける〉〈現実認識を高める〉〈情報を提供する〉〈心身をサポートする〉〈日常生活を整える〉〈状況を整える〉の内容であった。患者の意志決定を支える看護を展開するために、今後さらに必要と思われる事柄について、技術、知識、能力、看護観に関する14の設問の結果、『患者にあった方法で看護を展開していく技術』『価値観を押しつけない配慮』『人間としての尊厳を守る』『人間理解のための分析力・洞察力』『心理的サポート技術』が高く、5.非常にそう思う、4.かなりそう思うと回答した者が80%を超えており、看護者が意志決定を支える看護を展開する上で、今後さらに必要であると強く感じていることがわかる。逆に、『問題解決能力を引き出す技術』『日常生活支援する技術』『倫理に関する知識』『家族関係を調整する技術』の項目は平均点が低く、1.全くそう思わないから、3.まあまあそう思うまでが30%を超えていた。具体的な技術と倫理の知識であった。これらの技術と知識に関しては、それなりに修得できていると捉えている側面と、これらの技術・知識は患者の意志決定を支援する看護に直接関係ないと捉えている側面がある。また、これらの結果より、看護者は、意志決定を支える看護を展開する上で、患者の個別性にあった看護や自分自身の看護者としての姿勢を重視し、今後さらに必要であると感じていることが伺われる。」と述べられている。

中野ら（2002）は、意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略として、4つの方向性を持つ看護方略と10の具体的な援助方法を抽出している。1. 【患者との関わりの基盤となる看護方略】〈ひとりの人として関わる〉〈患者の意志決定能力を見極める〉、【患者が意志決定することを志向する看護方略】〈患者の意志決定能力を高める〉〈患者への援助方法を洗練化する〉〈患者を意志決定へと導く〉、【ありのままの患者を受け容れる看護方略】〈患者の意思を掴もうと試みる〉〈家族を活用する〉〈患者を支える医療体制をつくる〉、【代理人により決定する看護方略】〈家族に決定を委ねる〉〈看護者が決定する〉で構成された。〈患者への援助方法を洗練化する〉〈患者の意思を掴もうと試みる〉〈患者を支える医療体制をつくる〉〈家族を活用する〉〈家族に決定を委ねる〉〈看護者が決定する〉は、本研究独自の結果であり、意志決定をすることが困難な患者に対して特徴的に用いられているものであることが示唆された。意志決定をすることが困難な患者と看護者の間では、看護者主導型の患者－看護者関係が結ばれていることが示唆された。」と述べられている。

藤田ら（2004）は、看護師が重視する患者の意志決定への関わりの姿勢について事例を用いた質問紙調査で検討している。「《人間性の保持》《意向の遵守》は意志決定を支える基盤となる事柄である。日常生活の調整の必要な患者では、《現状からの脱却》《保障の確保》《取り組み》《自己能力の発揮》を重視して看護者は意志決定を支えていた。一方、《家族との調和》はあまり重視されていなかった。生き方の選択が必要な患者では、《希望の模索》《取り組み》《希望の現実》《自己尊重の発揮》《日常性の保持》を重視して看護者は意志決定を支えていた。一方、《取り組み》《自己能力の発揮》はあまり重視されていなかった。患者の意志決定を支える看護に、臨床経験年数とカンファレンス実施頻度は関係していた。」と述べられている。

青木ら（1998）は、意志決定を支える看護の技の中で、選択肢の提示の仕方にうけて検討している。「『選択肢の提示』は、【選択肢捻出の準備段階】【選択肢の捻出段階】【意志決定支援段階】【意志決定後のフォロー段階】の4段階をもつプロセスであることが明らかになった。この前段階で、看護者は患者や家族と密接に関わり合い、情報をフィードバックしながら、患者・家族の意志決定を支えていた。また結果には、家族の意向の重視や、医療者の価値観によって選択肢が提示されるという特徴がみられ、日本のインフォームド・コンセントの現状や問題点が反映されていた。今後、医療の現場で看護者は、患者の意志決定がより尊重されるように配慮しながら、意志決定を支えるために柔軟で多彩な選択肢の提示を行える

ように、意志決定を支える技を開発し洗練させることが必要である。」と述べられている。

野嶋ら(1997)は、血液透析患者の自己決定の構造を明らかにし、「患者の自己決定は、〈目標〉〈状況認識〉〈自己認識〉〈選択肢〉〈計画性〉〈決断結果に対する思い〉の6つの構成要素からなる。自己決定のタイプは、6つの構成要素が互いに影響し合っており、建設的決定型、現実直視決定型、綿密決定型、独断的決定型、消極的決定型、成り行き任せ決定型、抵抗的決定型の7つに分類された。自己決定の質を支える要因として、現実の認識力・ニード願望のコントロール・柔軟性・決断への自己関与が抽出された。」と述べられている。

常磐(2005)は、慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因について検討し、「医療ケア上の自己決定に関する認識は、情報希求と意思決定希求の2側面で測定した。全体に高い情報希求が求められた。女性の方が情報希求度は高いことがわかった。また、external傾向な人ほど、情報希求が高く、情報に依存しやすい傾向が示唆された。一方、意思決定希求に関しては、年齢や教育年数、医療者との関係性等において統計的有意差がみられ、影響が示唆された。自己決定行動は、生活の実際的な調整が生じる機会では、女性が決定者になることが多いことが明らかになった。」と述べられている。

森ら(2012)は、高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題について検討し、「ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における支援の実際として、【認知症の有無に関わらず、ギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う】【在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受け容れられるよう説明する】【患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する】【家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する】【在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である】【認知症高齢患者は先進治療を経済的・社会的な理由で受けられない】が抽出された。ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における支援の阻害要因として、【認知症により患者の認識・意思の確認ができない】【家族の緩和ケアに対する同意が得られにくい】【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】【認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経験がない】【医師によってギアチェンジについての説明が様々である】【認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる】が抽出された。ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における課題として、【看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない】【ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない】【代理

意思決定をする家族の意思に患者の意思が反映されない】が抽出された。高齢がん患者の意思決定場面では、認知症の有無が家族の代理意思決定にも影響を与えていることが考えられた。また、高齢がん患者に関わる看護師の役割が患者の代弁者として倫理調整の役割を果たすためには家族に患者のケアや状況を説明する能力が求められていると考える。」と述べられている。

辻（2012）は、グループホーム入居者の統合失調症者の自己決定要因に関する研究を行い、「自己決定に影響を与えているものとして、『人との関係性』『自身の価値・習慣』『疾患との関係』が見出された。自己決定に関連している要因は『機能面（精神機能）による判断』『主観による自己評価』『価値に沿って区別された他者との関係性』が見出された。」と述べられている。

水澤ら（2011）は、認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向の中で、「認知症高齢者の自己決定をめぐる医療の課題として、自己決定能力のアセスメントや能力評価を左右する要因、自己決定を支える看護専門職の役割、成年後見制度などの制度の有効な活用等について、今後ますます検討されていく必要があることが示唆された。」と述べられている。

患者の意志決定に対する看護の方略や姿勢、支援など看護師に焦点が当てられたものと、特定の疾患における患者自身が自己決定を行うプロセスや自己決定に影響を与えたり関連する要因に関することが明らかにされていた。

3) インフォームド・コンセントに関する研究

「患者の権利運動の中で最もポピュラーな言葉の1つとなったインフォームド・コンセント」（池永,1997）であるため、精神看護におけるインフォームド・コンセントについて述べる。

畦地ら（2009,2010）は、精神科看護師の説明に関する一連の研究を行っている。畦地ら（2009）は、精神科看護師の行っていた説明は、『看護師としての協働的役割意識』を基盤に、ケア対象者の意思を確認しながら、看護ケアの目的に向かうことが可能になる『思考の脈絡を構築』していくケアとしての機能を有していると述べている。説明の方向性である『必要性に根差したケアの方向性』についても論じている。「『思考の脈絡を構築』は、人が行動を起こすために必要な思考の道筋を形成したり、強化したりすることだ」と述べている。「『必要性に根差したケアの方向性』は、精神科看護師は、説明によって思考の脈絡を構築していく際、ケア対象者が今どのような状況にあるのかを見極め、その人の必要性に根差した看護ケアの方向性を探っていた。」と述べている。「『看護師として

の協働的役割意識』は、精神科看護師の説明の基盤となっていた、自分自身が協働して目的を実現させるために、専門的な支援を行う存在であるという認識である。」と述べられている。また、畦地ら（2010）は、「精神科看護師の説明の技術として、『ことばが意味をもつ関係をはぐくむ技術』『自らが判断し選択する力を支える技術』『その人の正当性や有効性に働きかける技術』の3つで構成されていた」と述べている。「『ことばが意味をもつ関係をはぐくむ技術』は、両者のことばが受け止められることが保証される安定した関係性を育みながら説明する技術で、《看護師の役割を相互作用の中に位置づける技術》《看護ケアと必要性をつなぐ技術》《ことばを飛翔する技術》が含まれていた。」「『自らが判断し選択する力を支える技術』は、精神疾患を抱える人が、看護師が行う説明に対し、病状や病理による影響を最小限に抑えた思考プロセスの中で、その人の責任に基づいて判断や選択ができるように支える技術で、《混乱から守る技術》《歪んだ思考の脈絡に絡みとらせない技術》《責任の回復を支え選択していくという思考を根づかせる技術》が含まれていた。」「『その人の正当性や有効性に働きかける技術』は、ケア対象者が納得し合意して行動が起こせるように、正当性や有効性に働きかける説明を行う技術で、《その人の体験からつなげる技術》《健康的な思考の脈絡に働きかける技術》《実現可能性を高める技術》が含まれていた。」と述べられている。

岡ら（2011）は、精神科急性期治療病棟におけるインフォームド・コンセントの現状と課題について患者と看護師に質問紙調査を実施している。患者のインフォームド・コンセントの理解として、「医師の言うことを理解し病気と向き合う（42.2%）」「治療方針を説明し患者の理解と同意を得ること（26.6%）」「よくわからない（22.2%）」「情報開示（6.6%）」などであった。「入院に際してのお知らせ」の説明に対する理解と「入院診療計画書」の説明に対する理解は、両方とも患者の方が看護師より、説明に対する理解をしたと答えた人が多かった。看護師のインフォームド・コンセントの理解は、「説明と同意（66.6%）」「選択権と責任（6.6%）」「治療参画への動機づけ（6.6%）」などであった。インフォームド・コンセントにおける看護師の役割は、「医療者、患者、家族における仲介役（26.6%）」「医師の説明に対する補助的役割（26.6%）」「患者の状態に合わせた説明補助（20%）」「患者の立場に立った意思決定の援助（13.3%）」「医療行為における説明（6.6%）」などであった。患者、看護師対比質問における患者の理解が欠如している理由として、「急性期症状を呈しているため（66.6%）」「説明の内容、言葉が難しいため（20%）」「患者より再度説明要求があったから（6.6%）」「非自発的入院患者もいるため（6.6%）」

であった。

松井（2004）は、インフォームド・コンセントの歴史的展開から得られた患者—医療従事者関係について検討し、「医師が行うインフォームド・コンセントには選択権はあっても、患者が口に出す機会がほとんどないのが実情であろう。そのあとの看護師が患者に行うフォローによって患者は医師からの説明を理解していくのではないかと考える。患者の理解を積極的に助けることがインフォームド・コンセントに同席する看護師の役割であると考え。狭い意味での医療行為である診療、投薬、検査、看護がすべての患者にとっての満足感の得られる自己決定（権）となるようにしていくにはどのようにしたらよいか、それには、私たち医療者側は患者の自己決定を最大限尊重した治療、看護を提供していくことが医療サービスに課せられたことであると考え。」と述べられている。

廣嶋ら（2010）は、認知症患者のインフォームド・コンセントについて事例研究を行い、「患者に病状説明（経口摂取困難の診断）を行ったあと、患者の『食べたい』『長生きがしたい』という思いに対して、家族や医療チームでカンファレンスを実施し、なるべく安全に経口摂取を行うという方針を立て、実施し看取りを行った。患者の治療決定の意思をなるべく尊重し、本人・家族ともに納得のいく生き方、または、その人らしい生き方を考えていけるようにしていきたい。」と述べられている。

精神科領域におけるインフォームド・コンセントは、精神科看護師の説明に対する基盤となる技術の実態と具体的な技術を明らかにしたものと、インフォームド・コンセントの現状と課題の実態調査であった。

4) 情報開示

池永（1997）によると「患者の権利宣言案は、その中心課題として『知る権利』と『自己決定権』を挙げています。」の述べられているため、ここでは情報開示に関する文献検討を行った。

尾関ら（2005）は、情報開示に向けた看護記録表現の実態調査を2病院で実施している。不適切表現の総数が216件で、その内訳で多い順に、「看護者の主観や憶測、決めつけや偏見による表現 71.3%」「状況説明が適切でない表現 16.2%」「権威や権限を表す表現 6.0%」「患者の状態や性格に関する否定的な表現 4.2%」「指示、命令的表現 1.9%」「人権・人格を侵害する表現 0.5%」であった。客観的記録を実施するために、スタッフ間の検討機会と、観察・記録のための教育を実施する必要があると述べられている。

黒田ら（2006）、井上新平ら（2007）、高沢ら（2007）は、精

神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているかアンケート調査を実施している。黒田ら（2006）は、「『病院の構造と機能』の重要項目に関しては、医療提供者は、〈アルコール、痴呆など精神科専門病棟等の有無と床数〉〈医療の理念に関する文書の有無とその内容〉医療提供者と当事者共通は〈一般科（内科や外科など）併設の有無と床数〉、当事者は〈開放・閉鎖病棟数〉〈精神病床数（総病床数/精神科病床数/指定病床数）〉であった。『入院患者の概要』の重要項目に関しては、医療提供者〈病名別患者数〉、共通〈最近3年間の新入院患者の退院までの平均日数〉〈現在入院中の全患者の平均在院日数〉、当事者〈年齢別患者数〉であった。『入院生活の快適性』の重要項目に関しては、共通〈入浴回数〉〈個人ロッカーの有無〉〈食事（時間・選択メニューの有無・誰が配膳するのか）〉、当事者〈分煙・禁煙の実施の有無〉であった。『プライバシー』の重要項目に関しては、医療提供者〈電話（設置場所・制限状況・テレカか現金か・ボックス化・電話取次）〉、共通〈プライバシー遵守のマニュアルの有無〉〈面会（面会の場所・時間制限・友人/知人の面会の可否・面会時間・職員の立ち合いの有無）〉であった。『人権擁護と安全管理』の重要項目に関しては、医療提供者〈医療安全委員会による医療事故の検討の有無〉〈行動制限最小化委員会設置の有無〉〈保護室（室数・誰が決定するか・期間・トイレや入浴時の状況）〉、共通〈抑制（拘束）状況（誰が決定するか・どんな場合・拘束具・どこで・時間と期間・トイレや入浴時にはずすか）〉、当事者〈患者の権利宣言の提示の有無〉〈病棟見学の受け容れ（諾否・対象者の限定の有無）〉〈診療録開示の実施状況〉であった。『職員配置』の重要項目に関しては、医療提供者〈精神保健福祉士数〉、共通〈医師数（精神科の指定医/非指定医、常勤/非常勤）〉〈看護師数（正・准、看護補助数（看護基準）〉、当事者〈各種職員の年齢・経験年数〉〉であった。『治療』の重要項目に関して、医療提供者〈精神科訪問看護等（有無と実施件数）〉〈身体合併症発生時の対応〉、共通〈精神科デイケア（有無と実施件数）〉、当事者〈入院診療計画の実施〉〈隠し飲ませ（有無・対象者・頻度・決定の仕方）〉〈電気けいれん療法の実行（有無・対象者・頻度・実施決定の方法）〉、『地域精神医療』の重要項目に関して、医療提供者〈患者相談窓口設置の有無〉〈地域連携に関する情報〉、共通〈退院後の住居への支援〉、当事者〈退院希望への対応〉〈家族会（有無・職員のかかわり・会費）〉〉であった。『外来診療・往診等』の重要項目に関して、医療提供者〈訪問看護の有無と件数〉、当事者〈予約外来診療の有無〉であった。『救急医療』の重要項目に関して、共通〈救急・応急入院指定（有無と件数）〉〈夜間休日救急診療の実施（有無・時間・対象者・件数）〉〉であった。医療提供者

は、客観的に示すことのできる情報を重要項目に挙げる傾向があるのに対し、当事者は、入院した場合に自らの生活への影響が大きいと思われる項目を重要と回答する傾向が見られた。」と述べられている。井上新平ら（2007）は、黒田ら（2006）の項目の修正版に対する医療提供者、当事者、家族のアンケート結果を提示している。

「1）重要な情報で公開すべきと考える項目が、医療提供者と当事者および家族との間で60～70%の一致を見たこと、2）病院管理者の20%以上が公開を反対している項目が9つあること、3）それらの項目の中には当事者・家族が公開すべき重要な情報としているものがあり対立点になりうるということが明らかになった。」と述べられている。高沢ら（2007）は、黒田ら（2006）の質問紙を医療提供者、当事者・家族で比較している。「『人権擁護と安全管理』『地域精神医療』で医療提供者、当事者・家族で不一致が多かった。『人権擁護と安全管理』では、医療提供者（病院見学の受け容れ）、当事者・家族（オンブズマンの状況）、家族のみ（拘束状況）であった。『地域精神医療』では、医療者のみ（地域連携に関する情報）、当事者のみ（退院希望への対応）、家族のみ（家族会）であった。（プライバシー遵守のマニュアル）（患者の権利宣言の提示）については、重視されているにもかかわらず、実施率が低いことから、今後の課題と考えられた。」と述べられている。

大場ら（2004）は、病名告知と情報開示について統合失調症を中心に調査している。「病名告知率は統合失調症、精神分裂病ともに90%以上、精神分裂病と統合失調症の満足度は、精神分裂病と告知されている方の満足度が高かった。家族の満足度は本人より低かった。告知に伴うメリットについては、まず、医療者当事者間に隠し事やタブーがなくなり、率直な双方向性の相談ができるようになることが挙げられる。各入院の意味づけや検査の必要性を伝えやすくなるばかりではなく、治療選択についての当事者の要望も取り入れやすくなり、医療者当事者間の信頼関係の確立につながると考えられる。カルテ開示については、この2年間の開示請求は3件で、いずれもカルテ情報を開示した。」と述べられている。

情報開示については、医療提供者と当事者・家族の意向を検討しどのような内容を情報開示するか検討したものと、病名告知と治療満足度に関するもの、看護カルテ開示に向けたものであった。

Ⅲ. advocacy に関する研究

ここでは、advocacy に関するモデルについて述べ、社会福祉学における advocacy、看護における advocacy について文献検討する。

1. advocacy に関するモデル

advocacy について、Fowler (1989) は以下の 4 つを提示する。

- ① 法的権利モデル：Annas (2004) がアドボカシーの法的権利モデルを強調、アドボカシーの第一の役割は、患者の権利を擁護することである。
- ② 価値基盤モデル：Kohnke (1982) により提唱された理論。看護者の責任は、患者が自分の価値を明確化し、それに最も一致した意思決定ができるように患者を援助してゆくことの中に求められる。また、Gadow (1990) によって主張された実存的擁護モデルと類似、実存的擁護における看護者の役割とは、消費者擁護のような個人の権利の擁護にあるのではなく、患者を助けて価値観を明確化し、彼らがそれに最も適した選択がなせるように助けてゆくことにある。
- ③ 人権尊重モデル：Murphy (1983) の主張、患者に判断能力がもはやなく、しかも代弁者もいない時には、看護者は患者の代弁者となり、その最善の利益を計って行動しなければならない。
- ④ 社会的擁護モデル：Freeman (1971) の主張、アドボカシーは何もすべてがベッドサイドでなされねばならぬというものでもない。この社会で弱者や苦しむ人々がより守られ、自活できるように、看護者は民衆の中に入って行って戦わねばならぬと主張する。

看護理論家 Sara T. Fry (2010) は、看護実践上の倫理的概念として、アドボカシー、責務、協力、ケアリングを看護師の倫理的意思決定の基盤と述べており、アドボカシーの 3 つのモデルを提示している。

- ① 「権利擁護モデル」：看護師は患者の権利の擁護者
- ② 「価値による決定モデル」：看護師は患者のニーズ、関心、選択を話せるように援助する
- ③ 「人として尊重するモデル」：看護師は患者の人間としての基本的特性（尊厳、プライバシー、福利）を尊重する

2. 社会福祉学における advocacy に関する研究

社会福祉学では、患者の人権や権利擁護（アドボカシー）に関する研究が多く見られる。

久田 (1997) は、利用者主体のサービスにおける権利保障として、①地域社会で生活する権利、②個別ケアを受ける権利、③質の高いサービスを受ける権利、④自己決定・自己選択する権利、⑤わかりやすい情報提供を受ける権利、⑥意見・質問・苦情を表明する権利、⑦プライバシーの保護に関する権利、⑧自己尊重の念と尊厳を維持

する権利の 8 つを挙げている。

沖倉（2001）は、「アドボカシーとは、単に本人の意思を代弁するだけでなく、自分自身で権利を主張したり、ニーズを表明することに困難を伴う、痴呆性高齢者、障害者、子ども等のクライアントに対し、彼らの自己決定を支援するとともに、本人の決定に基づき、本人に代わってその権利を擁護したり、必要なサービスを獲得するための様々な仕組みや活動の総体である。」と述べている。アドボカシーを担う人々のことをアドボケイトという。「『自分で権利や利益を主張できない人に代わって、アドボケイトが必要に応じてそれらを主張する』あるいは『自分で権利や利益を主張できない人がそれらをいかに主張するかを学ぶことができるように支援する』方法を用いて、クライアントの権利を擁護し、彼らの生活の質を高める立場で彼らを弁護する活動である」と述べられている。

北野（2000）は、「個人のアドボカシーとは、①侵害されている、あるいは諦めさせられている本人（仲間）の権利がどのようなものであるかを明確にすることを支援するとともに、②その明確にされた権利の救済や権利の形成・獲得を支援し、③それらの権利にまつわる問題を自ら解決する力や、解決に必要なさまざまな支援を活用する力を高めることを支援する、方法や手続きに基づく活動の総体、を意味する。」と述べられている。

増田（2012）は、ソーシャルワークにおけるケアマネジメントとしてのアドボカシー概念について「社会情勢や福祉サービスの構造から生じるアンバランスな力関係によって、利益や権利が阻害されている（あるいは阻害されそうな）状況に介入し、その関係を是正することで利益や権利の保障を行っていくこと」と述べている。増田ら（2007）は、ケアマネジメントにおけるアドボカシーに着目したサービス調整実践の構成要素の研究の中で、アドボカシーとは「ニーズに即したサービスを受ける機会や権利が抑圧、あるいは無視されている状況に介入し、必要なサービスへ利用者が接近できるように支援すること」と述べている。その中で、ケースアドボカシーに着目したサービス調整実践の構成要素として、「自己表明に向けた環境整備」「苦情対応」「サービスの適切性保障」「利用者利益の保護的媒介」の 4 つを抽出している。

竹端（2010）は、権利擁護について「『〇〇したい』という想いや願いがまず目的として存在して、それを阻む・剥奪された状態に人がおかれたときに、阻害要因を取り除き、その想いや願いが実現するための手段として、権利を護るために『〇〇すべし』という特定の方法が用いられる。あるいは『〇〇したい』と諦めきっている・その可能性を知らない、無力化された（disempowerment）状態にある人に、具体的な権利擁護活動を通じて、自分の権利を取り戻す・

意識することを支援する。(中略)権利擁護とはあくまで当事者の『〇〇したい』という目的を実現するための方法論的な『戦略』なのである。」と述べられている。

Schneider, R.L. & Lester, L. (小西、2007) は、「ソーシャルワークのアドボケイトは、専門職としての価値や、社会変化を推し進めることに挑み続けている。しかしながら、仲介者 (broker)、社会改革者 (social reformer)、促進者 (facilitator) のような役割に近い使われ方をしてきており、合意された定義はない。」と述べている。また、90 あまりの選考の定義の中から、アドボカシーのキーとなる言葉を抽出し多い順に整理している。その内容を「①弁護、②代理、③行動を起こす、④変化を推進する、⑤権利と恩恵にアクセスする、⑥パルティザンとして活動する、⑦影響と政治的なスキルを示す、⑧社会的正義を守る、⑨クライアントをエンパワーメントする、⑩クライアントと同一化する、⑪法的な基盤を用いる」と述べられている。

井上牧子ら (2007) は、精神障害を有する当事者に、精神科医療場面における「権利侵害」の体験について面接調査を実施している。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の運用上に起こりうる権利侵害の体験として『非自発的入院の体験』、『入院時の告知』、基本的人権の保障に関わる人権侵害として『病院内での患者の[使役]』、『病棟生活の管理』、一般医療と共通する[患者の権利]に関連する事柄として『インフォームドコンセント』〈病名告知の必要性とその困難〉、〈服薬をめぐるインフォームドコンセントとその困難〉、〈判断能力が一時的に制約される状態の時の強制治療をめぐる〉、『社会的役割の回復と再発のリスクの管理』、『生活を支える社会資源/制度についての情報の保証』」を抽出している。

社会福祉学の領域では、advocacy を定義した多くの研究が存在した。

3. 看護における advocacy に関する研究

1) 看護全般における advocacy に関する研究

Davis ら (2003) は、日本の 24 名の看護師に患者アドボカシーに関する意識の予備調査を実施している。「現在アドボカシーの役割を持っている (79%)、アドボカシー役割を持つべき (92%)、アドボカシーの特別な教育の必要性 (100)、そのような教育を持った (29%)、職場でそのような教育の経験 (33%)、アドボカシーの特別な経験の必要性 (96%)、そのような経験を持った (50%)、職場での経験 (70%) アドボカシーの知識として、患者の権利 (100%)、法律 (100%)、倫理 (100%) であった。強力なアド

ボカシーの職場環境の中で、患者とのオープンなコミュニケーション（100%）、現在の病棟では（67%）、患者の家族とのオープンなコミュニケーション（100%）、現在の病棟では（58%）、他職種とのオープンなコミュニケーション（100%）、現在の病棟では（71%）、一般的な民主主義（96%）、現在の病棟では（63%）、計画されたチームカンファレンス（100%）、現在の病棟では（71%）、臨床倫理委員会（92%）、現在の病棟では（8%）、看護師が擁護するのを助ける看護のリーダーシップについて、責任がある（96%）、責任を取った（61%）、看護師はチームワークでアドボケートする傾向にある（76%）であった」と述べられている。

竹村（2006b,2007,2008）は、アドボカシーに関する一連の研究の中で、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調査と日本とハワイとの比較調査を実施している。竹村（2006b）は、Davis らが開発しパイロットスタディを行った質問票を元に作成した質問紙調査を臨床経験5年以上の看護師365名に実施した。7割の看護師がアドボカシーを実践し、主に医師に向けて行動していた。「『看護師は、現状では実際にアドボカシーを実践しているか』に約7割が実践していると答えた。アドボカシーについて『特別な教育が必要』と約9割の人が認めながら、実際に『教育を受けてきた』人は2割程度、『現場で教育を受けられる（教育を受けられる職場である）』は3割程度であった。アドボカシー実践に必要な知識として、『患者の権利』『法律』『倫理』の3つをあげた。アドボカシー実践に必要な職場環境は、患者、家族、医療職種間の『親密なあるいはオープンなコミュニケーション』『民主的な職場環境』『チームカンファレンスでの患者・家族の問題の検討』『ゆとりある業務』『日常業務のための臨床倫理委員会の設置』は、どれも職場環境として必要と認識しながら、ゆとりある業務ができないと回答した人は75.7%であった。『看護師は現在、患者や家族に対し擁護しているか』の問いで、『患者が痛みを苦しんでいる』時は、81.1%、『患者や家族に病名・病状説明が不十分な時』については75.1%と72.6%が擁護していた。逆に『患者が不必要な検査や治療を受けている』時は、『いいえ余り』『いいえ全く』で51.5%、『患者の尊厳が医療者によって損なわれている』時は36.2%であった。医師や他職種と関連する事柄には擁護しにくい状況があった。」などが述べられている。竹村（2008）は、成人患者の利益・権利を守るアドボカシーについて、日本とハワイの看護師の意識調査を実施している。「アドボカシー実践内容は、日本は医師との調整役であるが、ハワイは医師への進言・苦言を呈し患者の意思を尊重するもので、患者側に立った積極的な支援を行っている。患者の権利に対する看護師の現実の係わりにおいて、『代理人に意

向を託す権利』『尊厳死の権利』『リビング・ウェルを実行してもらおう権利』『治療をやめる・拒否する権利』『自分のカルテや看護記録を見る権利』『看護・治療計画に参加する権利』『臨床試験の参加、不参加の権利』『信仰・宗教儀式を行う権利』に有意差があった。ハワイでは9割の人がアドボカシーについて学んでいることから、アドボカシー実践を促進する大きな要因は、アドボカシーについて学んでいるかが大きな影響を及ぼす。」と述べられている。

南家ら(2007a,2007b)、岩本ら(2007a,2007b)は、高齢者の在宅と施設におけるアドボカシーに関する一連の研究を行っている。南家ら(2007a)は、在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践の研究において、患者の利益や権利が脅かされやすい状況として、【現状維持を脅かす身体的苦痛や症状の悪化】【患者の真意が掴みにくい状況】【家族の状況に影響される患者の意思】【介護者の不確かな介護力】【介護者の揺れ動く気持ち】【医師に思いを伝えられない患者や家族】【看護師や医師の不確かな能力や姿勢】【不十分な在宅医療体制】を抽出している。岩本ら(2007a)は、上記南家ら(2007a)の研究における『患者の意思を汲み取る訪問看護師の技』として、【患者理解を深める】【患者との信頼関係を築く】【患者の真意を見極める】【人を理解し受け止める能力を磨く】の4つを抽出している。南家ら(2007b)は、南家ら(2007a)、岩本ら(2007a)の一連の研究において、患者の権利や利益が脅かされる状況と患者の意思を把握する方法から分析を行っている。「上記(南家ら,2007a、岩本ら,2007a)の『高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況』と『患者の意思を汲み取る訪問看護師の技』より、在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に向けての訪問看護師の活動として、訪問看護師は、患者の権利や利益を脅かしている症状悪化や疼痛などの身体的苦痛、家族の介護力や揺れ動く気持ち、医師との関係や在宅ホスピス体制、訪問看護師の能力や資質という状況を把握し、患者の意思・意思決定が尊重される生活の実現に向け、家族、医師、在宅ホスピス体制に働きかけかけていた。また、働きかけには患者の意思が把握できていることが前提であり、訪問看護師は患者と信頼関係を作り、患者理解を深め、患者の真意を見極めるという専門的技術を用いて患者の意思を把握する働きかけの方針を決定し、訪問看護師としての専門的知識や技術を用いて家族や医師に対して働きかけている。さらに訪問看護師の不確かな能力や姿勢は患者の権利や利益を脅かすだけでなく、看護アドボカシー実践そのものにも影響をおよぼすものであり、訪問看護師は患者の真意を把握するために人を理解し受け止める能力や訪問看護師としての能力や資質を高める努力を重ねている。」と述べられている。

岩本ら（2007b）は、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として、5つのグループを抽出している。『本人以外の意思によるターミナルケア方針決定の現実に対するジレンマ』『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』『観察を密にし、情報共有する』『心安らかに最期まで生活することができるよう支援する』『人間の尊厳を大切にする』を抽出している。

アドボカシーの実践的研究として、坂本ら（2006）、小笠ら（2007）の研究がある。坂本ら（2006）は、「患者アドボカシー相談における実践過程として、『活動を紹介する段階』『反応を確認する段階』『認識をつき合わせる段階』『関係を築く段階』を経て、『患者アドボカシー室』と『病院側』が連携し、『患者の権利が守られよりよい医療の提供』」を抽出している。小笠ら（2007）は、患者アドボカシー相談活動における相談者と相談対応者の係わりのなかで、対応者の援助内容と相談者のエンパワメントの形成過程について検討し、対応者の『理解・受け止め』『問いかけ・振り返り』『提案・指示』『情報提供』『支持』『助言・指導』の6つの援助を通して、『相談者自身が気持ちを表出する』『気持ちが落ち着く』『問題の整理と意識化』『問題解決方法を考える』『問題解決行動への意思決定』の5つの局面でエンパワメント形成が認められた。」と述べられている。

高崎ら（2011）は、地域包括支援センターにおける権利擁護に関する保健師等看護職の役割と機能の活動について質問紙調査をしている。「センターで1年間に対応した権利擁護等の業務は、『虐待への対応数』76.7%、『成年後見申立支援数』60.2%、『消費者被害の支援数』55.0%であった。平成19年度のセンターにおける対応件数では、『医療への連絡数』11,997件、『虐待への対応数』11,977件と突出していた。1センターあたりの平均は『医療への連絡数』15.1件、『虐待への対応数』9.5件であった。センター内の権利擁護等の業務における連携・協力の状況では、『3職種（主任マネジャー、社会福祉士、保健師・看護師）が連携して対応』42.3%、『社会福祉士と関連職種が連携して対応』41.1%とほぼ同率であった。センターにおける保健師・看護師の権利擁護の業務状況としては、『虐待への対応』が最も多く、ついで『成年後見申立支援』『消費者被害の支援』『金銭管理の支援』の順であった。権利擁護等の業務への保健師・看護師の機能（専門性）が『かなり発揮出来ている』は3.3%で、『まあ発揮できている』27.3%で全体の約3割であった。専門機能が発揮出来ていないが68.2%であった。能力が発揮できる権利擁護等の支援内容では、保健師/看護師ともに『医療への連絡』『虐待への対応』『身上監護の支援』であった。」と述べ

られている。

日本の看護師による advocacy に関する意識調査と、日本とハワイの看護師の意識調査の比較、高齢者の在宅と施設におけるターミナルケアにおける advocacy 実践を明らかにしたもの、advocacy 相談のプロセスや、相談者のエンパワメント過程を明らかにしたものであった。

2) 精神科領域における advocacy に関する研究

Jugessur ら (2009) は、精神看護における Advocacy の文献検討を行っている。看護師が Advocate の役割を担うことに賛否両論はあるものの、看護の中では、Advocate の役割は、重要なものとして受けとめられていた。

McDaniel ら (1996) は、マネージドケアにおける精神保健領域の患者へのケアを考えるために、利害対立、守秘性、患者の権利、十分なサービスを受けていない患者と配分、そして倫理分析のレベル、の 5 つの問題に取り組み、問題への取り組みの戦略を提案した。戦略として「マネージドケアに関連した倫理問題について情報提供することが看護師には必要である。患者に治療理解を促したり、インフォームド・コンセントを与えたりすることが必要。過度の圧力で患者が判断できないとき看護師はアドボケートできる」と述べている。

Usher (1998) は、精神科看護においてインフォームド・コンセントを強化するためのモデル構築の研究を行った。向精神薬を使用の場合、インフォームド・コンセントを求めることが精神科の臨床で看護師の役割に加えられなければならないようそのプロセスのモデルを提案している。

advocacy に関する文献検討と、インフォームド・コンセントに関連した看護実践に関する内容であった。

3) advocacy に関する概念分析・文献検討等の研究 (表 1 参照)

日本の看護領域における advocacy は、1995 年に国際ナショナルナーシングレビュー (以下、INR と略す) において、Jenny J. (1979) の論文を小玉 (1995) が監修して紹介されている。1996 年には、INR において、Segesten (1997) の論文が紹介されている。その後、2000 年代に advocacy に関する研究が盛んに行われるようになる。

澤田 (1995) は、ナーシング・アドボカシーとインフォームド・コンセントについて記述している。ナーシング・アドボカシーの概

念が生じた背景として、「患者に不利益をもたらすかもしれないようなオーダーが出た時に、看護師は患者側に立ってその利益を守らなければならぬと主張するほど、患者の擁護を看護の責任の全面に打ち出してきた点である。」と述べている。また、「患者の権利や利益を守り、患者が自分の価値観や生き方に最も一致した自己決定ができるよう援助してゆくことに重点を置くナーシング・アドボカシーの理念は、そのまま医師・患者間のインフォームド・コンセントにおける看護師の役割を導き出してくれる。」と述べている。そのため「看護師は患者が判断しやすいように、医師側からより多くの情報や見解を引き出し、患者が自らの価値観や信念に沿って決定出来るように、患者と共に考え、援助してゆくことが可能となるのである。」と述べている。澤田（1995）は「ナーシング・アドボカシー」を〈看護的擁護〉と訳し、患者の権利と利益を擁護することに看護の主な責任を認めようとする見解であり、そこでは看護婦は患者の擁護者であることが期待されている」と述べている。

石本（2000）は、「看護におけるアドボカシー研究ノート」において、アドボカシーという用語は海外では1970年代から多くの論文が排出されているが、海外文献の紹介や邦訳にとどまっておらず、お任せ医療の文化を持つ我が国では、アドボカシーという概念に対して注目されることが少なかったと述べている。1996年の看護科学学会のシンポジウムのテーマが「新しい法律・制度と人権—当事者のアドボカシーの視点から—」において、看護師が患者の権利を擁護できるかどうか議論されたこと述べている。アドボカシーの2つのタイプとして、専門家が権利擁護を行う代弁者とセルフアドボカシーをあげている。また、医師や患者の言葉を代弁して仲介するのではなく「患者が自分で自分の気持ちを医師に伝える勇気をもつ支援」、「思いやりと優しさだけの看護に終止符を打ち、患者の自律をしっかりと支援するヒューマンサービスに裏付けられたプロをめざすべき」とも述べている。最後に、「人間的な患者の権利や利益が守られていく医療が今切に求められている。看護職は自己の専門性の為にはなく、真に患者の最善の利益を視野に入れて、アドボカシーの概念を考えるべきであろう。」と述べている。

澤田（2001）は、「ナーシング・アドボカシー—新しい看護倫理を考える—」において、「ナーシング・アドボカシー」とは、患者の権利や利益を擁護することに、看護職の主な責任を認めようとする考え方であり、ここでは、看護師は患者の擁護者（patient advocate）であることが期待されている。」と述べている。また、「患者中心の医療を目指すなかで、看護職の方からはどのように貢献ができるのか、暗中模索のなかからアドボカシーの概念は、新しい看護倫理の核として、新たな意味合いをもって生まれてきたので

ある。」と述べている。さらに、「看護者には、従来のマターナリズムのように一方的に患者を擁護するのではなく、患者のオートノミーを最大限尊重した上で、患者との共同作業としてのケアを実施してゆくあり方が求められる。」と述べている。

松本（2000）は、サリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論について論じている。「ガドウは、看護を社会的ではなく、哲学的に定義すべきだと説く。（中略）看護の哲学的基礎及び理想として『アドボカシー』の意義を強調するのである。」と述べている。また、「看護におけるアドボカシーは、パターナリズムとは決定的に異なり、患者の自己決定を基礎にした考え方なのである。」と述べている。「看護婦の責任は、ただ情報提供すればそれで終わりというのではなく、患者に有意義な選択肢を推奨するところまで及ぶのである。」と述べている。「ガドウの実存的アドボカシーは、自己決定の自由は最も基本的で価値の高い人権であるとする原理に立脚するものである。患者が自己決定の自由を『真に（authentically）』行使することができるよう、看護が支援を行う（assist）べきことを主張する。」と述べている。「実存的アドボカシーは、患者が自分の価値を認識・検討するのを助けたり、あるいは患者が自らの価値観と整合的な決定に到達できるよう患者を支援するのである。（中略）実存的アドボカシーとは、患者自身が作り出した価値を看護婦が擁護することになるのである。」と述べている。

本間（2001）は、看護職の患者擁護に関する概念の中で、「患者擁護を、第三者が患者に代わり、患者を保護するため（例えば、彼らの権利や利益を守るため）に行動すること。」と述べている。

Mallik（1997a）は、看護アドボカシー、文献検討の中で、「看護アドボカシーを『看護の全てにおける倫理的規則』と定義し、その特徴を『患者の自己決定の基本的な擁護』とした。先行要件として『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、傷つきやすい集団で発生、看護師の雇用状況』とし、帰結を『アドボカシーの障害：教育、時間、処罰の前兆、失業の不安、疲労、フラストレーション、バーンアウト』」と述べている。

Balwin（2003）は、概念分析の中で、アドボカシーの属性として《尊重すること（Valuing）》《知らせること（Apprising）》《仲裁すること（Interceding）》を抽出している。「患者アドボカシーは、《尊重すること（Valuing）》《知らせること（Apprising）》《仲裁すること（Interceding）》の組み合わせである。これら3つの属性がすべて存在する場合にのみ、アドボカシーは実現されると言えるでしょう。」と述べている。

竹村（2006a）は文献レビューの中で、アドボカシーの意味は、「『～のために弁護する』『～のために声をあげる（代弁する）』『～のために支える』『～に力を与える』『～と協調して取り組む』『～から保護する』などに解されている。」と述べている。「医療における advocacy models は看護の外部で開発されてきた。それは『the volunteer advocate；自発的アドボケイト』と『the professional advocate；専門的アドボケイト』である。患者アドボカシーにおける voluntary careers は、精神および身体障害者などの社会的弱者を支えるために開発されたもので、特定の医療ニーズに対する不十分なサービス供給への反応だった。」と述べており、「自発的枠組みの範囲内は、契約モデル（市民アドボカシー）、自己アドボケイトモデル（政治的アドボカシー）、助言的ケースワークモデル（消費者自助グループ）のようなモデルがある。これらの思想は今日では社会的に無視された個人や集団へのエンパワーメントに転換されてきており、自己決定という概念を産む出している。」と述べている。「人権意識の向上の中で、クライアントが最善の自己決定ができるようにクライアントを助けることを通じて自律に向けて援助することをアドボケイトと解釈している。」と述べている。また、Chafeyら（1998）の米国看護師に対する面接調査の中で「アドボカシーをどのように実践しているか、また、アドボカシーの実践を促進あるいは妨害する要因は何かについての意見を収集した。その結果、回答者の多くがアドボカシーは自分たちに課せられた元も重要な役割だとは考えていないことが判明した。しかし、回答をまとめて見ると、アドボカシーの顕著な特徴として看護師と患者の関係が浮かび上がり、日常的に行う教育、情報開示、援助をアドボカシー活動と考えていること、アドボカシーの核となるのは責任とか倫理というよりもむしろ個人対個人の係わり合いであると考えていることが明らかになった。」と述べている。アドボカシーの「3者からなる矛盾モデル」では、「本質的にアドボカシーのニーズは、脆弱な患者/クライアントと個々のコンテキストで支配されている専門家との力関係における不均衡によって産む出されている。患者/医師/看護師の三者において、階層性の医療現場では看護師は相対的に力/支配力が少なく、それがアドボカシー役割を引き受ける理由でもある。」、「リアクティブ（受け身的な事後対応）」および「プロアクティブ（積極的な事前対応）」なアドボカシーでは「アドボカシーは‘患者との治療関係の上に生じるもの’で、この関係こそが‘アドボカシーの鍵’を握るものである。」と述べている。

Hanks（2007）は、「看護アドボカシーの障壁：概念分析」の中で、「看護アドボカシーは、患者の権利の保護に最も関連し、患者のケア上の患者の自己決定の基本的な人権を保護する。患者への情報

提供者の役割がある。エンパワーメントは、看護アドボカシーの属性に含む」と述べており、その内容として「情報提供、エンパワーメント」を挙げている。

齋藤（2008）は、保健師アドボカシーの概念分析を行い、「属性として〈アドボカシーを引き起こす動機（倫理的規範、職業規範、二都として尊重し気にかける、健康に不利益な問題への気づき、公衆衛生上の問題の発見や深刻化の未然の防止、権利擁護意識）〉〈介入戦略と実行方略（情報提供、家庭訪問を含むアイトリーチ活動、医療ケアサービスやソーシャルサポート（財政上の援助含む）へのアクセスの確保・保証、職業訓練・自分を守る・自己主張する教育・カウンセリング、資源の活用とネットワーク）〉→エンパワーメント」と述べている。また、「保健師アドボカシーとは、脆弱な個人や社会文化的集団の健康上に不利益を招く事態を予測し、問題の発見や深刻化の未然の防止のために介入戦略を立て実行すること、実行をとおして身体的・精神的・社会的健康がもたらされる」と定義されている。

筆者（戸田,2009）は、「看護における『アドボカシー』」について概念分析を行い、6つの属性として、《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》を抽出している。そして、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」と定義している。

表1 advocacy の定義・属性等

文献	理念・定義・意味・タイプ	属性・特徴・内容
澤田 (1995)	ナーシング・アドボカシーの理念は、患者の権利や利益を守り、患者が自分の価値観や生き方に最も一致した自己決定ができるよう援助してゆくことに重点を置く	
石本 (2000)	専門家が権利擁護を行う代弁者とセルフアドボカシー	医師や患者の言葉を代弁して仲介するのではなく「患者が自分で自分の気持ちを医師に伝える勇気をもつ支援」、「思いやりと優しさだけの看護に終止符を打ち、患者の自律をしっかり支援するヒューマンサービスに裏付けられたプロをめざすべき」
澤田 (2001)	ナーシング・アドボカシーとは、患者の権利や利益を擁護することに、看護職の主な責任を認めようとする	

	る考え方であり、ここでは、看護者は患者の擁護者（patient advocate）であることが期待されている。	
本間 (2001)	患者擁護を、第三者が患者に代わり、患者を保護するため（例えば、彼らの権利や利益を守るため）に行動すること。	代弁、守る、助ける・サポートする、
Mallik (1997a)	看護の全てにおける倫理的規則	患者の自己決定の基本的な擁護
Balwin (2003)	患者アドボカシーは、《尊重すること (Valuing)》《知らせること (Apprising)》《仲裁すること (Interceding)》の組み合わせである。これら3つの属性がすべて存在する場合にのみ、アドボカシーは実現される	《尊重すること (Valuing)》《知らせること (Apprising)》《仲裁すること (Interceding)》
竹村 (2006a)	アドボカシーの意味は、『～のために弁護する』『～のために声をあげる (代弁する)』『～のために支える』『～に力を与える』『～と協調して取り組む』『～から保護する』などに解されている。	契約モデル (市民アドボカシー)、自己アドボカイトモデル (政治的アドボカシー)、助言的ケースワークモデル (消費者自助グループ) のようなモデルがある。これらの思想は今日では社会的に無視された個人や集団へのエンパワーメントに転換されてきており、自己決定という概念を産み出している。
Hanks (2007)	看護アドボカシーは、患者の権利の保護に最も関連し、患者のケア上の患者の自己決定の基本的な人権を保護する。患者への情報提供者の役割がある。エンパワーメントは、看護アドボカシーの属性に含む	情報提供、エンパワーメント
齋藤 (2008)	保健師アドボカシーとは、脆弱な個人や社会文化的集団の健康上に不利益を招く事態を予測し、問題の発見や深刻化の未然の防止のために介入戦略を立て実行すること、実行をとおして身体的・精神的・社会的健康がもたらされる	〈アドボカシーを引き起こす動機 (倫理的規範、職業規範、二都として尊重し気にかける、健康に不利益な問題への気づき、公衆衛生上の問題の発見や深刻化の未然の防止、権利擁護意識)〉〈介入戦略と実行方略 (情報提供、家庭訪問を含むアイトリーチ活動、医療ケアサービスやソーシャルサポート (財政上の援助含む) へのアクセスの確保・保証、職業訓練・自分を守る・自己主張する教育・カウンセリング、資源の活用とネットワーク)〉→エンパワーメント
戸田 (2009)	看護アドボカシーは、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	《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》

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
--

以上より、患者 advocacy は、「入院中の精神疾患患者の自己決定を支援し、患者の権利や利益が侵害された時にそれらを護るために看護師が患者や患者を取り巻く周囲に働きかけること」と定義する。

IV. 研究の枠組み

1. 研究の枠組み

本研究は、精神科看護師による患者 advocacy を明らかにすることで、精神科病棟における患者の権利や利益を侵害する状況や、それに対する患者 advocacy への示唆を得ることを目的とする。

本研究では、『患者 advocacy』を概念とし「入院中の精神疾患患者の自己決定を支援し、患者の権利や利益が侵害された時にそれらを護るために看護師が患者や患者を取り巻く周囲に働きかけること」と定義した。

文献検討の結果、筆者(戸田,2009)により看護による advocacy は、患者自身への働きかけとして「保護する」「支える」「伝える」「エンパワーメントする」の4つ、患者と周囲の人々との間を「仲裁する」、そして医療者間で「調整する」の計6つの構成要素が見いだされた。これらを基に研究の枠組みを作成した。

2. 用語の操作的定義

患者 advocacy：入院中の精神疾患患者の自己決定を支援し、
患者の権利や利益が侵害された時にそれらを護る
ために看護師が患者や患者を取り巻く周囲に働き
かけること

患者：精神疾患により精神科病棟に入院している患者のこと
精神科看護師：精神科病棟に勤務している5年以上の看護師
のこと

3. 研究の枠組みの構築

以上より図1の精神科看護師による患者 advocacy の研究枠組みを構築した。

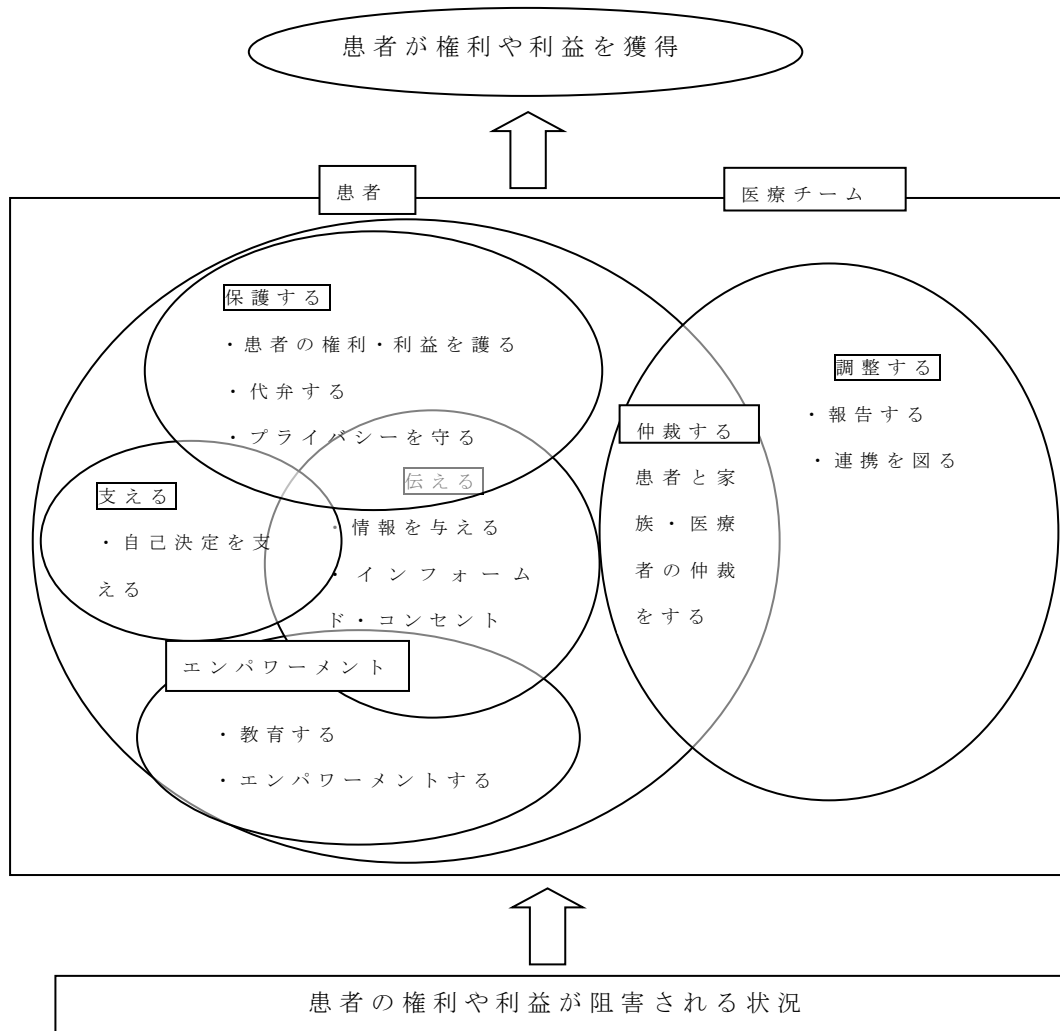


図1 精神科看護師による患者 advocacy の研究枠組み

第3章 研究の方法と対象

I. 研究デザイン

本研究は、精神科病棟において患者が看護師の支援を受けて自分自身の権利や利益を護れる（advocacy）ようにすることで、患者と家族、患者を取り巻く周囲の人々との相互作用についての現象を明らかにするものである。

日本において、患者 advocacy 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科領域で患者 advocacy 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していくことが課題と考える。そこで、質的記述研究方法であり、相互作用論を基盤とした Grounded Theory Approach（才木,2008）法を木下康仁（1999,2003,2005,2007）が修正した Modified-Grounded Theory Approach 法（以下、M-GTA と略す。）を参考にすることとした。

M-GTA の元になったシンボリック相互作用論について船津（1995）らは、「シンボリック相互作用論とは、シンボル動物としての人間の特性を重視し、言葉を中心とするシンボルを媒介とする社会的相互作用に焦点を置き、そこにおける『解釈』過程に着目して、そこから人間の積極性・主体性と社会の変化・変容を人文科学的方法でもって明らかにしようとする立場である。」と述べている。M-GTA では、ひとまとまりの社会的現象について、社会や他者との相互作用のなかでその人が自分の経験をどう意味づけるのか、どう感じるのか、そしてそれに基づいてどう行動するのかを複数のカテゴリー（またはカテゴリーとサブカテゴリー）を使って包括的に捉えようとしています。現象の構造とプロセスを捉えることによってある状況から異なる状況に変化するプロセスを、多数のバリエーションをも含めて把握しようとするのです。」と述べられている。

つまり、患者が看護師の支援を受けて自分自身の権利や利益を護る（advocacy）ように変化していくかを吟味しようと試みるものである。その研究方法としては、いくつかある質的帰納的方法の中でも M-GTA が本研究方法としてふさわしいと考える。

II. 研究協力者

精神科病棟に勤務する精神科勤務歴 5 年以上の看護師で、患者 advocacy に対して advocate としての実践を行ったことのある者 20 名であった。

III. データ収集期間

2014 年 9 月～2015 年 7 月までをデータ収集期間とした。

IV. データ収集方法

1. データ収集までの手続き

1) 半構成インタビューガイドの作成

研究の枠組みを基に、半構成インタビューガイドを作成した。インタビューガイドの内容は、研究協力者に関して①対象者の背景、②事例の背景、advocacyの看護介入内容として①どのような場面で患者の権利や利益が護れていないと判断したか、②それはどのような理由からそのように考えたか、③それに対して誰にどのような支援や介入を行ったか、④患者から advocacy の相談を受けたことがあるか、⑤その場合どのように判断して支援を行ったか、⑥支援ないし介入後どのような変化があったか、について具体的に語っていただけるよう作成した。

2) プレテストの実施

インタビューガイドをもとに、質問項目の妥当性や、熟練看護師が語りやすい質問であるか検討・修正するため、精神科病棟に勤務する看護師1名に協力を依頼しプレテストを実施した。

3) インタビューガイドの修正

プレテストの結果を基に面接項目や内容についてインタビューガイドを修正した。また、本調査においてもインタビューごとに検討・修正した。

2. データ収集の展開

1) 研究協力者へのアクセス

西日本圏内の精神科病院の施設長に協力依頼をした。協力可能な施設の施設長と連絡を取り、研究協力者の推薦をしていただいた。推薦を受けた熟練看護師への調査協力依頼の方法は、施設長の指示された方法に沿って依頼を行い、承諾が得られた場合研究協力者とした。その後、熟練看護師には研究者が個別に連絡を取り、研究協力書を渡し、研究の主旨やデータ収集方法、倫理的配慮について説明を行い、研究参加の同意を得た。

2) データ収集方法

事前に研究の目的、方法、質問内容について資料を作成し、各施設の施設長に提出し、検討していただき承諾を得た。そして、本研究に該当する熟練看護師を紹介していただいた。熟練看護師に、研究の説明を行う際に研究テーマ等について予め説明し、後日作成したインタビューガイドに基づき、半構成的面接調査法にてデータを収集した。インタビューの場所は、熟練看護師と相談の上、プライ

バシーが守られ、話しやすい場所を選んだ。

また、協力者の承諾を得て、インタビュー内容は IC レコーダーに録音した。

V. データ分析方法

1. 分析方法

分析は、木下（2003,2005,2007）の修正版 Grounded Theory Approach (M-GTA) を参考にしている。

Grounded Theory Approach は、1960 年代に Glaser と Strauss にとってはじめて用いられた (I. Holloway, S. Wheele, 2002)。データ分析の方法は（継続比較法）は、看護学、保健学、心理学、社会学などの学問領域や、面接記録や観察、記録物といった資料に用いられる (I. Holloway, S. Wheele, 2002)。その後、Glaser と Strauss によるオリジナル版に加え、Glaser 版、Strauss 版、Strauss & Corbin 版と変化してきている (I. Holloway, S. Wheele, 2002)。しかし、どの版であったとしても、Grounded Theory Approach の主な目的は、データから理論を生成することである (I. Holloway, S. Wheele, 2002)。木下（2003）は、Strauss & Corbin 版に対する修正版として M-GTA を位置づけている。本研究においては、木下（2003,2005,2007）の M-GTA を参考にしながら、データに密着した分析を行った。

1) 各事例の患者 advocacy の阻害場面の抽出と概念化

(1) インタビューを逐語録に起こし、インタビュー時のフィールド記録を事例ごとに整理した。面接後すぐに事例の対象者の基本属性その時の雰囲気、言動の特徴などをまとめた。面接内容は、事例ごとに概要と特徴を A4 用紙 1 枚程度にまとめた。

(2) テーマを抽出し分析ワークシートを作成する

研究テーマ：精神科病棟における患者の権利や利益の阻害

分析テーマ：精神科病棟に勤務している看護師は、どのような場面で患者の権利や利益が阻害されていると判断しているのか。

分析焦点者：精神科病棟に勤務している看護師

事例ごとに患者 advocacy の阻害場面ごとにバリエーションを抽出し、そのバリエーションの意味をしっかりと捉えて概念を抽出した。

2) 全ての事例の患者 advocacy の阻害場面の統合化

患者 advocacy 阻害場面より、共通性・類似性・差異性を吟

味し、概念の統合を行い、【精神科病棟における患者の権利や利益を阻害】を5つに分類分けした。

3) 各事例の患者 advocacy の阻害場面に対する介入の抽出と概念化

- (1) テーマを抽出し分析ワークシートを作成する
その阻害場面ごとに以下のテーマを設定した。
研究テーマ：精神科看護師による患者アドボカシーの介入
分析テーマ：精神科病棟に勤務している看護師は、患者の権利や利益が阻害されていると判断したとき、どのような介入を行い、患者の権利や利益を護ろうとしているのか。
分析焦点者：精神科病棟に勤務している看護師
その阻害場面の概念ごとに看護師が実際に行った働きかけについてバリエーションの同じものを集め、バリエーションの意味を読み取り概念を抽出した。
- (2) 分類分けされた阻害場面毎に働きかけの概念も共通なものを集め、概念の統合を行った。その後、全ての分類分けから外して、共通性・類似性・差異性を吟味して、サブカテゴリを抽出し、意味の相違などを吟味してカテゴリを抽出した。
- (3) 患者 advocacy の特徴を表しているかを吟味しながら、洗練化を重ねた。

VI. 真実性の確保

Lincoln&Guba(1989)らは、質的研究を有効に評価するために真実性について、明晰性、信用可能性、移転可能性、確認可能性という4つの方法を提案している(I. Holloway, S. Wheele, 2002)。ここでは、Lincoln&Guba(1989)提案の4つの方法に基づいて真実性の確保に努める。

1. 明晰性

明晰性とは、その研究において理論的・方法論的・分析論的選択をどのように行ったかの明晰性であり、信用可能性が確立された質的研究は明晰なものであるといわれる(I. Holloway, S. Wheeler, 1996)。従って、各段階において、指導教員による適切なスーパーバイズを受けながら分析を進めた。

2. 信用可能性

Robsonは、GubaとLincoln(1985)を支持し、信用可能性を高めるために「長い関わり合い」、「持続的な観察」、「トライアングレーション」、「専門家間審議」、「参加者チェック」という行為を提案し

ている (I. Holloway, S. Wheeler, 1996)。

半構成的インタビューガイド作成に当たっては、文献検討、「アドボカシー」の概念分析の結果を踏まえて作成し、精神科経験5年以上の看護師にプレテストを実施した。そこで助言を受けて内容の検討とインタビューガイドの修正を行い、インタビューガイドの妥当性を高めた。

インタビューに際しては、事前にインタビューガイド等を送付し、語られる事例について準備をして臨んでいただいた。インタビュー時は、落ち着いてゆったりと語れるように静かな部屋を準備していただき、リラックスして語られるようにした。さらに、データ収集に際しては、現象を正確に捉えることができるように、研究協力者の許可を得た上で録音させていただいた。

また、分析の各段階で指導教員のスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

3. 移転可能性

移転可能性は、研究結果がどのように一般化されうるか、その結果を母集団の代表例からグループ全体へどの程度適応できるか、ということである。質的研究の目的は、現象を吟味し、理解することにあるので、その現象が母集団に均等には分布していないかもしれない。本研究では、この移転可能性を高めるために面接の時間、場所、協力者の選定や数などの工夫によって、より多くの内容豊かなデータを収集することに重点を置いた。また、他研究者との比較検討を行いながら、分析することによって、移転可能性の確保について検討した。

4. 確認可能性

Guba と Lincoln (1989) によると、確認可能性はデータとそれらの出所である資料が関連づけられており、研究の結論や解釈がそのデータから直接引き出されていることが読み手にも確かめられることであると述べている (I. Holloway, S. Wheeler, 1996)。

Robinson(1993)の研究を監視する際の基準に準じ、素データそのもの、分析されたデータ、研究結果の構造、研究のプロセス、研究の初期の目的、用いた測定道具(半構成的面接ツール、分析ツール)をいつでも確認することができるようにすることによって、確認可能性の確保に努めると述べている。読者が研究者の道筋を追い、解釈や結論がデータに基づいていることを確認できるように、研究のプロセスを詳細に記すとともに、研究結果について事例の素データを引用しながら記述した。

VII. 倫理的配慮

本研究のデータは、精神科熟練看護師に患者の権利と利益を阻害した場面とそれに対する患者 advocacy について面接調査するものであった。

1. 研究協力者に対する説明と同意

- 1) 文書と口頭で、本研究のテーマ、研究の主旨や意義およびデータ収集方法などを説明した上で、自由意志で研究参加を依頼した。
- 2) 研究協力者の研究を断る権利、また途中で研究参加を辞退する権利を説明した。そのことにより今までの関係機関との関係が損なわれないことを説明した。
- 3) 語られた内容が、個人が特定されないよう配慮することを説明した。(例えば、患者の年齢、職業、家族構成など個人が特定される内容は公表しない。)
- 4) 研究を辞退したいとき、また本研究に関する質問や相談はいつでも受け付けることを説明し、連絡先を明記したものを渡した。
- 5) 上記内容を平易な言葉でわかりやすく説明し同意書を交わした。

2. 匿名性の保持

- 1) 論文執筆や学会等における公表に際しては、個人が特定されないよう、配慮、匿名性を保持することを約束した。

3. 心理的リスクに対する配慮

- 1) 面接場所は、研究協力者の指定された話しやすい場所で、プライバシーが保たれる場所で、面接は研究者と研究対象者の看護師 1対1で行った。
- 2) 面接時間も約1時間とし、精神的疲労を最小限にした。
- 3) 研究協力者は、面接により過去の感情を思い出すことによる、不快感は抱かなかった。また一方、過去の体験をナラティブ的に語ることで、看護介入に関し自身の援助内容を言語化し、整理する機会にはなったと思われる。
- 4) 得られた面接内容は研究以外の目的には使用しないことを伝えた。
- 5) 面接の最初に、プライバシーを厳守すること、答えたくない内容については答えなくてよいこと、研究の参加はいつでも取りやめることが可能であることを説明した。
- 6) 面接の際は、質問の順番にはこだわらず、協力者が自由に語れるよう配慮し、協力者の承諾を得て面接内容を録音した。

7) データの管理は、他者の目に触れないように研究者自身の研究室の鍵のかかる保管庫に厳重に保管し、ICレコーダーの処理は研究者自身が行った。

4. 個人・社会貢献の予測

今後、精神科看護師による患者 advocacy を提示することは、精神科病棟に勤務する看護師に対し、患者 advocacy のための新たな介入方法を見いだす機会となる。また、精神科看護における倫理教育の一翼を担うことに貢献する。

5. 社会的配慮

同意が得られた研究協力者に合わせて日時と場所を設定した。

6. 得られたデータについて

- 1) 研究協力者の語られたデータは、全て記号化し、本人が特定されないよう配慮した。匿名化された資料の管理は研究者自らが行った。
- 2) 同意書、ICレコーダー、記録等は、外部者の目に触れないよう研究者自らの責任で保管し、全て別々に鍵のかかる保管庫で厳重に管理し個人情報の保護に努めた。
- 3) 研究終了後、同意書、記録等はシュレッダーにかけ、ICレコーダーに録音された内容は速やかに破棄し、研究者の責任において全て処分することを伝えた。
- 4) 知り得た情報を公表する場合は、内容を提示し精神科熟練看護師の承諾を得ることを伝えた。

7. 利益相反について

「ヘルシンキ宣言」人間を対象とする医学研究においては、個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならない、による。利益相反はない。

本研究は、高知県立大学研究倫理審査委員会の承認（看研倫14-36）を得て実施した。

第 4 章 結果

本研究は、精神科看護師による患者 advocacy を明らかにし、精神科病棟における患者の権利や利益を阻害する状況や、それに対する患者 advocacy への示唆を得ることを目的とし、精神科病棟に勤務し患者 advocacy に対して advocate の実践を行ったことのある看護師にインタビューを行った。この章では、インタビューを行った研究協力者の概要、事例の概要、精神科病棟における患者の権利や利益の阻害と精神科看護師による患者 advocacy について述べる。

I. 研究協力者の概要（表 2 参照）

研究協力者である看護師の性別、年齢、精神科看護師歴、全看護師歴、勤務している病棟の特徴について、インタビューの最初にフェイスシートにて質問の回答を得た。研究依頼を西日本 1 府 9 県の 16 施設に依頼し 7 施設から承諾を得た。そのうち 2 名の辞退があ

表 2 研究協力者の概要

ID	性別	年齢	精神科看護師歴	全看護師歴	病棟
A	女性	42	12	22	開放病棟
B	女性	46	20	26	閉鎖病棟
C	女性	53	10	30	開放病棟
D	女性	43	6	20	閉鎖病棟
E	女性	50	20	25	閉鎖病棟
F	女性	34	10	10	閉鎖病棟
G	男性	34	14	14	閉鎖病棟
H	女性	42	16	20	閉鎖病棟
I	男性	37	13	16	閉鎖病棟
J	男性	49	26	26	閉鎖病棟
K	男性	39	15	15	閉鎖病棟
L	男性	42	14	22	開放病棟
M	男性	41	15	15	閉鎖病棟
N	男性	53	15	15	閉鎖病棟
O	男性	50	15	15	閉鎖病棟
P	女性	38	16	17	閉鎖病棟
Q	女性	44	9	12	閉鎖病棟
R	女性	55	18	30	開放病棟
S	男性	48	18	18	閉鎖病棟
T	女性	49	25	25	開放病棟

った。研究協力者は 20 名で、男性 9 名、女性 11 名、平均年齢は 44.5±5.6 歳、精神科看護師歴は 14.6±5.7 年、全看護師歴 19.7±5.7 年であった。役職は、看護師長 1 名、看護主任 17 名、精神看護 CNS 2 名であった。平均インタビュー時間は 57 分であった。

II. 事例の概要

精神科病棟に勤務する熟練看護師 20 名によって語られた事例は 34 例で、男性 16 例、女性 18 例であった。10 歳代 1 人、20 歳代 4 人、30 歳代 5 人、40 歳代 5 人、50 歳代 7 人、60 歳代 7 人、70 歳代 2 人、80 歳代 3 人であった。疾患は、統合失調症 25 例（内、身体合併症 6 例、発達障害 2 例、認知症 1 例を併発）、感情障害 4 例、外傷性精神障害 1 例、アルコール依存症 1 例、境界性パーソナリティ障害 1 例、広汎性発達障害 1 例、不安障害 1 例であった。病棟は、スーパー救急病棟 1 例、PICU 1 例、急性期病棟 16 例、亜急性期病棟 1 例、慢性期病棟 12 例、身体合併症病棟 3 例であった。

III. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害（表 3 参照）

精神科病棟に勤務する熟練看護師 20 名によって語られた 34 事例の【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】について検討した。同一事例で別々の阻害場面も語られたため精神科病棟における患者の権利や利益の阻害は 40 場面となった。

【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】とは、看護師が、入院患者の権利や利益が損なわれていると判断したり、患者の訴えにより権利や利益が損なわれていると判断し、看護介入の必要性を感じた場面のことである。【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】は、12 カテゴリ、28 概念が抽出された。カテゴリを《》、概念を〔〕で、語りを「」で記述する。

表 3 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害

1. 患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害（6 事例）
2. 患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害（1 事例）
3. 患者の財産権の阻害（1 事例）
4. 患者の社会参加の阻害（1 事例）
5. 羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害（1 事例）
6. 人として大事にされない患者尊重の侵害（3 事例）
7. 患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害（4 事例）
8. 医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害（13 事例）
9. 患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害（6 事例）
10. 知る権利の阻害（1 事例）
11. 他科受診を受ける権利の阻害（2 事例）
12. 福祉を受ける権利の阻害（1 事例）

1. 患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害

《患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害》とは、家族が入院前の患者の病状悪化や行動化のイメージが強く退院に拒否的で、患者の地域生活の希望と対立し阻害状況となることである。6事例が語られた。3つの概念が抽出された。

[家族との対立の中で、患者の地域で暮らす権利の阻害]は、患者に生活能力はあるが、精神症状悪化時の対応の難しさなどで、家族と退院への思いが食い違い、家族が拒否的で退院が難しく地域で生活することが阻害されると定義された。

「統合失調症の方で、(中略)症状もちょっと緩怠してきたんだけど、やっぱりご家族、ご本人は家に帰りたいていう思いがあるんですけど、ご家族は昔のイメージが強くて、面会に言われたら、ただ入院費を払いにくる。ご本人には会わずにちょっと前までは外出もさせてくれていたけど、本当にお金だけ渡したらもう帰って行って面会もしてくれない。(ケース A1)」、「ご両親がですね、わりと暴力的な人なんでその退院してる間にちょっと警察官殴ったりっていうエピソードがあって入院してきてるんで。(中略)両親もまあ、過剰に心配するとか退院に対してすごくこう、待ってくれ待ってくれもうちょっともうちょっとあそこが良くなってないここが良くなってない...ていうことになってくるんですけど。(ケース A1)」や、「お母さんは1番退院に反対というか。ネック、ネックって言ったらおかしいんですけど。っていう部分があって。(本人は退院を)したがってます。(両親は退院を)渋ってましたね。やっぱり外に出てなんかこう、問題を起こしたらっていうところが非常に強かったみたい。(ケース L1)」などが語られた。

[自宅退院に対し患者と家族との対立による患者の自宅生活権の阻害]は、セルフケアレベルとしては生活能力があるも、安全面から家族が1人暮らしに反対し自宅での生活権の阻害と定義された。

「長年鬱症状で自分で生活もできなくて、もう入院中というよりもある程度治療が進んで症状が改善してきて、やっぱり家族とすれば長年のあの生活ができなかったり、自殺企図みたいなのがあったので、一人暮らしはやはり難しいんじゃないかということで、介護保険で施設とかいう話が出たんですけど、どう見ても、こちらが見ても本当にすごく改善されて一人で可能、サービスがあれば可能ではないかということで。家族とまあ本人もできたら夫と暮らした家に帰りたいというのがあって、その辺で家族の気持ちもわかるし、

ただ本人の今の症状であれば帰れるんじゃないかなというところで、その辺で少し関わったという事例ですね。(ケース D1)」や、「家族としては一人暮らしは反対と。(まあ薬とか何とか、ちゃんと治療した事によってこう看護としてはまあ一人暮らしが可能であると。で、ご本人も) したいという思いが (あった) (ケース D1)」などが語られた。

〔家族の反対で外出外泊ができず不利益を被る〕は、患者と家族の思いがずれ自宅外出外泊ができず、患者は不利益を被る権利の阻害と定義された。

『外出も最近はさせてくれない。退院もちょっと当然ながらできない。でも退院したい』というような思いはずっと言われていて。(ケース A1)」や、「外泊したいっていうのはね、3回くらいね、ポシャったんです。お母さん、最初はね『あ、いいです、何日に迎えに行きます』って言うんですけど、その当日とか前日になったら『風邪ひいたから無理』とか、『誰々が急病になったから無理』とか、それが・・・ああ、はい、もう・・・3回くらい繰り返されてしまって、(ケース E7)」などが語られた。

2. 患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害

《患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害》とは、地域での問題行動のため住民も脅かされる状況があり、患者が地域へ戻ってくることに反対し、患者の地域で生活したい希望と対立し阻害状況となることである。1事例が語られた。1つの概念が抽出された。

〔住民の反対で地域での生活が阻害される〕は、地域住民の患者が病状の中で迷惑行為をしたことが原因で地域への退院を拒否され患者の地域生活が阻害されることである。

「(前略) それまで何度かですね、問題行動があつてですね、地域住民怒鳴ってたんですよ。結局入院しちゃったんですよ。でいざ帰ろうと思ったらですね、なんかすごい拒絶されたんですよ。地域に。(ケース N3)」、「やっぱり自分は元のところに帰りたいとおっしゃるわけですよ。でも周りの人がね、あんたは出て行けて普通と言われるって言うんですよ。(ケース N3)」などが語られた。

3. 患者の財産権の阻害

《患者の財産権の阻害》とは、家族が患者の年金管理をしている

が、だんだんと入金額が減り患者の財産権が脅かされる状況となることである。1事例が語られた。1つの概念が抽出された。

〔障害年金も自由に使えない財産権の侵害〕は、家族が年金を管理しており、患者のお金ではあるが自由に使えないという不利益があり権利の阻害と定義された。

「入金も段々と本当は何万円って年金をもらっているんだけど、三万しか入れてくれない。もうちょっとお小遣いをあげてほしい、帰らしてほしいっていう思いがあるんだけど、そういう家族の方がちょっとお断りというか、されていて、それが叶わないってことがあって、そこでちょっとこの人の状態を考えたらどうなのかなっていう思いがある（ケース A2）」などが語られた。

4. 患者の社会参加の阻害

《患者の社会参加の阻害》とは、社会の精神疾患への不理解により病気を告げて自分の望む仕事に就けない不利益な状況があることである。1事例が語られた。1つの概念が抽出された。

〔社会の人々の病気への不理解による社会的役割の阻害〕は、病名を伝えると採用されないという社会の人々の病気への不理解により自分の望む仕事に就けない不利益があり、職業選択の自由の阻害と定義された。

「その人がある入院の時に『私は自分の病気を伝えたらどこも雇ってくれんのだと。何十回もそれで落ちてきたし、この先自立するためには自分の病気を隠していくしかない。』という話をされて、ああ私もわかってなかったなと思って。きれいごとを言えばね、理想的なそういうのはあるけども、社会はそうではなくって病気の人を受け入れない。ましてやその体の障害ですよね、なんかだとある程度受け入れるところはあるけども、精神障害、中でもボーダーとなるとどこからもそのはじきにされて（中略）仕事もなくなる。（ケース M2）」などが語られた。

5. 羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害

《羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害》とは、患者が羞恥心を抱く場面で、異性の看護師が対応し、患者のプライバシーが侵害される状況があることである。1事例が語られた。1つの概念が抽出された。

[患者の対応に異性が関わり患者に不快感を抱かせるプライバシーの侵害]は、女性患者に男性看護師が数名で関わり、患者に不快感や恐怖心を抱かせるという人として尊重されていないプライバシーの侵害と定義された。

「迎えに行った者は多分男性スタッフが多かったと思うんですけど、えっと、で、迎えに行くと保護室に入られるという形で、やはり入るに当たってもやっぱり『なんで入院させるのか』とか『なんでこんな部屋なのか』というようなことが多分あったと思うんですけど、で、混乱して入って、で、やっぱりこう鎮静しようということで、医者から注射の指示が出たんですね。で、まあ、その時多分男性スタッフが多かったと思うんですけど、夕方でもですね。やっぱり男性スタッフが注射の準備をする。で、男性が注射をするというような形？混乱してるからやっぱり人数に関わらないといけないという所があるので、そういう風な場面で、やっぱり女性の患者さんでもあるし、個人的にやっぱり男性にバツと囲まれるのは嫌だしというのがあるので(ケース B1)」などが語られた。

6. 人として大事にされない患者尊重の侵害

《人として大事にされない患者尊重の侵害》とは、看護の対応で患者が屈辱を抱いたり、人として大事にされていないと感じる患者尊重の侵害の状況があることである。3事例が語られた。2つの概念が抽出された。

[病人扱いで一人の人として対等に接してもらえていないと不服]は、変に敬語を使われ病人扱いをされ自分を一人の人として対等に接してもらえていないと患者から不服を言われると定義された。

「そういう急性症状がすごく・・・症状が出てるところっていうのは、なんか、その、なにを訴えても『それは妄想だから』とか、その、病状やなっていうふうに、すごい先入観を持って・・・接してしまうんですけど、その方は結構お口も達者な方でして、あの・・・『病人として見るな』と。その、『もっと自分の、個人のことは見てほしい』って、すごい言われる方でした。でも、それ・・・明らかにそれ、僕らから聞いて『それ妄想やろ』とか・・・『お母さんにお金を取られた』だとか、そうふうな訴えの方があったんですけど、(ケース G1)」や、『敬語を話されると、いたたまれなくなる』っていうふうな事を言われてて、最初何かなって思ってたんですけど、その、始めはルーチンの普通、仕事とかは対応は丁寧にだとか、その、敬語使って・・・その・・・偉そうに言ったりしないでっていうふうな、

丁寧な対応っていうのか、その、人として尊重してるっていうふうに僕は思ってたんですけど、その人の言い分をよくよく聞くと、その『そうじゃないんや』と。『敬語を使われるっていうことは、患者として見とんやろ』『患者として見とるってことは、病養人として見とるんやろ』『もっと俺のことをちゃんと見てくれ』っていうふうにすごい言われる方でしたので・・・『あっ、そうなんや』っていうのは・・・(ケース G1)」などが語られた。

〔看護師の対応の不備による患者の屈辱〕は、看護師の対応により患者が人として大事にされない患者の尊厳の侵害と定義された。

「やむを得ない時は身体拘束を個室でしていた方でした。で、えと、その方が、拘束されるときに、男性が、4人が5人ぐらいで関わってしまって、・・・(中略)ま、本人曰く、看護師が笑いながらとか雑談しながら拘束をした、と。(ケース F1)」、「で、それを本人から聞いた女性スタッフがいまして、相談を聞いたという状況がありました。(ケース F1)」や、「朝、深夜、あっ日勤で出勤したらあの、過呼吸発作を起こした後の点滴をしながら詰所のベッドへ横になられとったんです。(中略)ご本人さんが半分息を荒げながらも『おトイレ行きたいの、行かせて』って言って、夜勤者が『オムツしてるんだからオムツの中にすればいいじゃないですか』ってというような言い方をしてたのを聞いて、いやいや、この人は動ける人だし、今までずっと社会で生活してきて、たまたまいろんなストレスで過呼吸発作を起こしてしんどくてしんどくていけないからうちの病院に緊急でつながった人なのに、で、『トイレ連れて行ってあげないの?』ってまあ私は夜勤者の大変さは分かるんですけど、『いや、ポータブル座らせても出ないんだから』って言うから『いや、その時は出なくても、もしかしたら行って座るだけでも安心するとか、プライバシーが保てないと思うんやったらカーテン引けばいいんじゃない?』って言ったら『オムツしてるからオムツにすればいいじゃないの』って本人の目の前をして言うから、はてさて、どうしてって思って、(ケース S1)」などが語られた。

7. 患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害

《患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害》とは、患者が自分自身の置かれている状況について病状や認知のずれにより察知できず、そのことが結果として自分自身の利益や権利を阻害と定義された。4事例が語られた。3概念が抽出された。

〔本来持っている地域で生活する権利を患者自身が拒否〕は、十分

退院して生活のできる患者が退院を拒否し続けることによる患者自身が自分の権利を阻害していると定義された。

「でも長期の方って怖がるんですね。やっぱりここの生活に慣れてしまうと『一生ここにいたい。外が怖い、何があるか分からないと。』(ケース C1)」や、「あの、なんか3年越しぐらいであの主治医からですね、援護寮へって話が出てたんですけど本人が絶対嫌だって、ずっと断わられていたんですよ。で3年目ぐらいになったんで、先生もあきらめちゃって。で、周りの人も他の看護師に聞いても、本人も行かんって言うし。で、家族のお姉さんか誰かおられて、その方女性なんですけどね、でその方からもこう、プッシュしていただいたみたいなんですけど、やっぱり本人が『うん』って言わないんですよ。だから行けば、本人さんが行くって言えばもう話は進むのに全然進まなかったんです。(ケース O2)」などが語られた。

[患者自身が自分の利益への理解不足]は、患者自身が治療方針を拒否することで自分自身が被る治療上の利益への理解不足による利益の阻害と定義された。

「その患者さん DM (糖尿病) があって自分だけおやつがもらえないとかあったので、私が受け持ちになってから、お話して、まあ、拒薬・・になってきてたので、んで、『なんで拒薬するんだろう』って思ったら、『自分だけおやつがもらえない』と(笑)。やっと言ってきて。(ケース E2)」や、「一人は糖尿の患者さんプラス、あの、統合失調症の患者さんで、結構高齢の80代の年齢の患者さんだったんですけども、転倒をね、もう足も弱ってしまっただけで繰り返されるんですけども、まっ、結構妄想とか、あと、本人なりのこだわりがあって、あの、保護帽・・先生は保護帽をね、着なさいと。ご本人にね。で、保護帽を着なさいって言ったけれども本人はすごい拒否されて、あの、絶対着ない。な、先生がコケるので、それだったら拘束になりますよ、と。患者さんに、骨が折れてしまうので、コケたら。で何回かコケてますので、それまでにも傷だとかできましたので・・まあ、先生との1対1では、全く本人は拘束をされても『着ない』って、なぜか言い張っていたんですけど(ケース E1)」や、「先生からしたら、保護帽をそんなに着ないんやったら、このままだと、あなたは骨折するので・・転倒して骨折するので拘束になります、と。(本人は、じゃあ、保護帽をかぶるよりは拘束された方がマシっていう感覚だった・・) 感覚だった。今までも何回か、あの、転倒したことはあるんですけど、でも、その度に本人も足腰弱って

しまうんでね。(ケース E1)」などが語られた。

[患者の不理解による要求のため患者自身が不利益な状況を作り出している]は、患者が病状により要求をすることで家族との関係も悪化する事態となり患者自身が不利益な状況を作り出すための利益の阻害と定義された。

「あの、本人としてはなんで電話かけられないんかっていう気持ちややっぱりすごく強くて。自分の妻やののに、家族やのにと。それは当然のご本人さんの思いだと思うんですけど、ただそこには家族さんの思いってのが入ってきたりはして。そこで家族さんが参ってしまうとやっぱり気持ちも遠のいてしまっただけで今は退院無理ですとか、そういうふうになってってしまいがちやった方なんで、まあ当然そこで制限をかけるってのはやむを得ないなっていう部分もあり、まあそう簡単に制限っていうのもかけるもんじゃないってところもあるんかなっていう思いもあり。(K2)」などが語られた。

8. 医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害

《医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害》とは、結果として患者の病状に即した医療・看護がなされないことによる患者の不利益な状況があることである。13 事例が語られた。9 概念が抽出された。

[内服が仕事や副作用により生活障害を来す事への不利益]は、患者のライフスタイルに合わない内服により仕事に支障を来したり、副作用により生活障害が出現することによる不利益と定義された。

「その方、職業柄夜間結構働くようなことがあるっていうことで、普通お薬だったら、その当時どうだったかな...まあ普通寝る前のお薬って九時とかその前後になりますよね?でもその前後...。それでやっていけないとは言われなかったと思うんですけど...う～ん、『自分はやっぱり主だし、仕事をしないといけないんだ』と。その会社の代表かなんかだったから辞めることもできないしってのがあって、それを続けたいといけない。(ケース B2)」や、「(副作用が)いろいろ出てたような、出てたような気がするんですけど、尿閉もあったですし、勃起障害とかもあったりとか。で、とにかく怠くてっていうもう全然薬によって動けないっていう感じもあったんですけど、(ケース B3)」などが語られた。

[患者に益のない拘束]は、問題行動の度に拘束されるが、その

こと自体は患者の益になっていなかったり、患者の意に沿っておらず患者にとって不利益と定義された。

「まあ、異食をね、ティッシュペーパーとかなんでも口に入れてしまうっていう異食を繰り返す患者さんで、・・外傷性の精神障害の方なんですけれども・・・。なので、あの、教育・指導っていうのもなかなか入らない・・・患者さんなんですけど・・器質的なもので・・だけれども、まあ、それ（異食）をすれば、すぐに拘束っていう・・（中略）誤嚥もたまにあるので、まあ、それを防止するためなんですけど。（ケース E3）」や、「統合失調症で、もう倒れこみだったり、倒食、盗品・・裸で出歩く・・も、すごい大変な人で・・で、ほとんど拘束されてて、いつもオムツ巻いてて・・。（中略）逸脱行為があれば、もう、すぐその方も拘束っていうかたちだったんですけど（ケース E5）」や、「誤嚥性肺炎をずっと繰り返していた患者さんだったので、医師の方から、固形のプリンみたいな形状の栄養補助食があるんですけど、それだけが食事に出てるんですよ。で、それ以外は駄目って指示が出てまして・・。で、その患者さんは、やっぱり欲しいじゃないですか、なので食事の時とかは、食事を取りに走り回るので、もう、ずっと拘束 24 時間ほとんど拘束で、間、1 時間くらい、ちょっとナースが見守れる時だけ中断っていうような感じだったんですね。（ケース E4）」などが語られた。

〔治療方針と看護方針の対立による患者の不利益〕は、治療方針により患者は隔離室生活を余儀なくされており、看護は隔離室から出したいと思い、対立関係となり患者にとっては不利益となると定義された。

「隔離室で・・プラス拘束で。で、先生もあんまり拘束はしたくないのでっていうことで、隔離室内で日中は中断するかたちを、ずーっと長年、もう何年間かして、（中略）（保護室から）ずっと出したかったんですけども、先生は、もう、この人にこう使うんやっていうのを頑なにおっしゃっていて、で、師長さんも、もうどうしようもできないっていうことで、ずっとその人が占領してたんですよ。でもこちらからしたら隔離室っていうのはすごい貴重で、病棟で 2 つしかないの、その時本当、入っていただきたいって人が入れないんですよ。（中略）先生は『そうすると（大部屋でると）中断ができないから駄目だ』と。（ケース E8）」などが語られた。

〔治療方針により患者にとっては不利益を被る〕は、安全最優先の治療方針でずっと食事制限がされ患者にとって不利益が状況であ

ると定義された。

「(毎回食事が)プリンばかり・・・先生がね、だからね、今度、次、嚥下性肺炎を起こしたら、命危ないからってということで、もう、4年も5年もそれを言って(笑)。まあ、何にも言わないから・・・食べてたんですけど(ケース E9)」などが語られた。

[看護師のリスクマネジメントの査定状況が患者の安全を脅かす不具合]は、結果的に看護師の甘いリスクマネジメントの査定に基づき行ったルーチン化したケアにより患者の安全が守れず不利益を被る状況を作り出したと定義された。

「(医療保護入院の患者は、本来大風呂に入らないが、落ち着いているということで入浴リストに入っていた患者)なんで風呂に行く時に(中略)スタッフがその患者さん呼びに行って、もうたぶん10人くらいを誘導して、エレベーターに乗せて、うちは3階なんで1階まで下りて、でお風呂に入ってもらったんですよ。ほんで、以前、後になって分かったことなんですけど、お風呂の窓から出た人がいて、お風呂の窓のこういうところにロックをかけるってことがルールで決まってて、どこの窓にもうちの病院はここまでしか開かないように。(10センチとか15センチしか)。カギなんですけど、付けてるんですけど、それを付けていたはずなのに、なぜかお風呂の入浴場には付いていなくて。そこからエスケープをして。(ケース H3)」や、「その患者(20歳代の統合失調症)さんのPICUって隔離の部屋に入っててなんですけど、(中略)、『そこに入ることは入るけれども、カギをかけてくれないと怖いから入れない。』と。で、スタッフが『じゃあ、その時に一緒に入りましょうか?』と言うと『いや、一人で入りたい』と。で、長い間お風呂も入ってなかったんで、本人がそういう風に言うものだから、カギをかけて、外からですよ。外から、中からはかけられないんで、外からかけてお風呂に入ったんです。で、『時間はじゃあ何分ですか?』って行って一応話はした。本人が『30分』というように言ったので、30分カギをかけて入ったんです。(中略)でそういったことをあの...続けてたんです。そしたらある時、スタッフがカギをかけて30分って言っていたのに、開けるのを忘れてたんです。で、30分以上。そしたら、あの...患者さんがドンドンって中から叩いて、で、看護師がハッと気が付いて開けたら、夏だったので、すごく汗をかいて『のどが渴いた』と言って水分補給をそこでしたという、リスクの報告であの部長を含めた看護のその話し合いの中で出たんですね。(ケース H1)」などが語られた。

[病棟ルールが患者の自由を奪う権利の阻害]は、本来患者自身が自己管理できる物品が病棟ルールにより病棟管理となり患者の自由を奪うこととなり結果として患者の権利を阻害していると定義された。

「おやつとか、以前はルールが決まっていた、おやつは 10 時はジュース 1 本。で、3 時に個人のおやつは出してあげるっていうルールが決まっていたんです。それを何年も何年もやってきてたんですけど。異動してきて外部から来た人とか、一般科から就職してきた人なんか『なんでこんなことしてるんですか？なんでこれ個人の持ち物じゃないんですか？』って言うても前からいる人が『だって、持ってもらったら危ないじゃない。』とか、そういうようないろんな危険なことを言うことを自分が言ったことがもし通ってなにか事故があったらどうしようと、そういうようなやっぱり思いが一般のスタッフにはずっとあって、(ケース H2)」や、「高齢に伴って認知機能の低下も見られだしまして、たばことかも吸われる方で自由に買い物とか外出も支障なくやられているような方です。その方が、認知症患者の多い閉鎖病棟の方に病棟移動になったんですけど。火災とか、火元が危ないということもあって、今の病棟の方が閉鎖病棟で喫煙とかタバコは一切吸えない病棟なのでそちらのほうに転入して。(中略)やっぱりタバコとかジュースを出してほしい、外にちょっと散歩...外に出たいから、買い物に行きたいから売店の方にも出たいからというような、そういうような転入してからの訴えがありましたね。そんなのはかなりあって。(ケース L1)」や、「お金を患者さんのお金を預かって週何千円とか渡すじゃないですか。これはすごく違和感があって。家族がするべき...でも家族がいなくてご本人にはこうでああで使うから...週 300 円とか、そんなアホなしないやろ、みたいな。ていうところが 1 番利益を阻害しとるといえるか、(ケース L2)」などが語られた。

[看護師の家族への陰性感情が結果として患者の退院を阻害]は、看護師が親に対して陰性感情を抱いたことが、患者が回復しても退院できない要因となり患者の退院を阻害する結果となると定義された。

「小さい子なんで当然入院したくないし、お母さんが連れて来られたんですけどね。その入院で決まって帰るときにはその子はすごく泣きじゃくってね『お母さん置いて行かんって』って。そのお母さんは逃げるようにして帰って行かれたんです。もうその子の顔

も見ずに声もかけずにね、来てからもほとんどしゃべらずに置いて帰られたんです。でそれからその子が9カ月くらい入院したんですけど。うーん、その間お母さんね、1週間に1回とか2週間に1回ぐらいしか面会に来ない。で来てても、そんなに話すことはせずにね、さーっと帰ってしまう。で、そのたびにその子は泣いて『連れて帰って』...そういうことがずっと続いて、わたしらはまあカンファレンスのときにね、その子が一緒におるもんでかわいい一面ですから、看護師が全体的に親に対してね、なんていう親なんだ、あんな冷たい親おるんか、あーゆうふうだから子どもも調子崩すんじゃないんかとすごく責めたんですね。でその時に主治医の先生が『あなたたちはその子の代わりにはなれん。いや、そのお母さんの代わりには絶対なれんはず。その中でお母さんを責めて、非難してなんになるんか』っていうことを言われたんです。そこですごく目が覚めた思いをして、まあそのお母さんの苦労とかね、あの今まで努力してきたことだとかその思いとか何も知ろうとせずにまあ勝手な側面だけでね、お母さんをそういうふうに非難して、それが態度にも出たと思うんですよ。(ケース M1)」などが語られた。

[退院に対して主治医と看護者で対立]は、退院できる状況であったが主治医は退院後の医療中断を予測し退院を渋るも看護者としては退院できる状況であれば退院する方がよいと退院に対して対立すると定義された。

「その患者さんは、結構主治医が退院することに結構渋った。アスペルガーで理解に乏しいし、退院したら必ず断薬に繋がって、通院も途絶えてしまっただけで発病するってこと、なんかだからすごい可能性が高いと判断されたんです。で、ぼくたちは、再入院することが分かっているけど、健康な状態を取り戻したら、退院することが必要であると強く思っていましたので、『それはおかしい』という感じで、(R1)」などが語られた。

[看護師間で退院への意見対立で入院が長期化したことによる不利益]は、家族間の問題もあり自宅退院を希望する患者の訴えに対し、看護師間で退院に対する意見対立によりケアがなされたことで長期入院という患者の権利の阻害と定義された。

「お母さんと3人暮らしをされていたんですけど、お母さん亡くなられて、見る人がいなくなって入院されていたんですけど・・・。で、何年か前に、兄弟で、お姉さんと弟なんですけども、弟さんがお姉さんを・・・ちょっと背中を刺してしまったりとか、したよう

なご兄弟だったので、まあ、2人を同居させるのはどうかっていう……。意見がスタッフからもありましたし、(中略)何年も前の話なので……。今見てるスタッフとしては、まっ、担当スタッフとしては、落ち着いているし……。退院させたいなっていう思いが……。(中略)まず、スタッフの中でも色々意見が違ったので……。また同じことしたら、どうすんだ、ということで……。弟がお姉さんを刺すので、一緒にしたらまた喧嘩になったり……。で、どちらとも今落ち着いているので……。昔あったことのせいで社会復帰できないのはどうなのかなっていうところで……。本人さんが退院したいっていう思いがあって、病状自体も落ち着いていて、病棟の中で、特に問題がないってことは、ここにいる必要がないっていう……。それだけなんですけど。(ケース F3)」などが語られた。

9. 患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害

《患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害》とは、患者が治療方針に納得しないまま治療が進むことにより患者に不利益な状況があることである。6事例が語られた。3概念が抽出された。

[患者が不納得の入院による患者が入院を拒否する権利の阻害]は、家族や医師主導による入院で患者が不納得のまま入院したことによる患者の入院を拒否する権利の阻害と定義された。

「で今回は少し気分が上がってこられて、そして土地の取引をですね、あの活発にというかそのあたりが微妙なんですがあつた周囲から見ると危なっかしい感じになってきて、ご本人は利益がでるからということで、あのされてました。でそれがまあ、原因で入院になったんですけど気分の高揚と多弁ということで閉鎖病棟に入院されました。(中略)あのそれほど入院形態も含めてま、少し強めな形で医療保護入院されましたので、それほど気分があがって社会生活が難しいかと言われるとわたしの感覚からすると、あの厳しめの入院だと思いましたし、(中略)患者さんの権利っていうのが少し医療者側と家族と本人とでズレていたんで、病気とは言えどこまで適正範囲なのかなっていうのがですね、疑問に思いました。(ケース I1)」や、「性的な話が出てきてる(悪化の徴候)。で、『だから入院させるしかない』で、入院になった。(中略)主治医に『あなたはこんな状態なので、入院するしかありません』って言われたら、そこは素直に『あつ、そうですか』って言って入ったんですけどね。入ったんですけど、その後ね、数日くらいして本人が病院から脱走したんですよ。救急病棟に入院して、で、3日目くらいかな?本人は、非常に恐怖に襲われててね。ほんで『このまま病院においたら家に

帰してもらえないに違いない』、ほんとはだから入院はしたくなかったけど、先生に言われてしょうがなく入院したけど、もうなんか、入院、家に2度と家に帰してもらえないんじゃないか？と思って脱走した。で、家に逃げ帰って。で、まあ家で、発見されて、でまあ『みんな心配してるから戻って』って言われて一緒に戻って来たっていうことがあったんですけどね。(中略)あの入院させる必要がどこにあるのかと。(看護師も疑問に感じ)相談がありましたね。(ケース Q1)」などが語られた。

〔病状悪化を懸念して治療方針として患者の要求が阻害〕は、患者は喫煙を希望するも病状悪化を懸念して治療方針として禁煙となり患者の要求が満たされず阻害されると定義された。

「その日の週末の土日に急にちょっとまた状態が悪くなって酸素がちょっと上がらなくなった状態で、夜間に酸素を使ったり、それで専門の精神症状も悪くなったりして、不穏になったりってことで、もともと煙草を結構吸われてた方で、入院して喫煙室をあの、病棟にまだあるんですよ。身体合併症病棟なんですけど、一応精査のために入院してるんでってことで、煙草は極力あの吸いたい思いはあるんですけど、先生の方から制限がかかってて本当に1本ずつ吸うような形の、どうしてもの時だけ吸うような指示だったので、それも本人、すごい渋々了承して我慢して喫煙、禁煙していた状態なんですけど、で、それで煙草の摂取が悪くなって、煙草を吸いたいのがすごい出てきて、イライラして『煙草を吸わせてほしい』というような訴えを夜間から朝方にかけてするようになってまして、で、酸素を吸いながら行こうとしたりとかって状況が続いてて、その日の朝に先生の報告して、あの、『状態が悪い、こういう状態です』ってお話をして、で、えっと、看護師の方もなんか意見がすごい分かれてて、今の状態を見ても先生の、内科の先生が言うような抗がん剤の治療にいくのか、本人の意見を通すような、煙草を吸いたいか、何も知らされていないまましんどくなってる状態のまま、どうするのかという思いのスタッフと、で、そこでえ～悶々としたままいてたんですけど、その日の部屋持ちの看護師が結構患者さんに振り回されてる状態で右往左往してて、本人は、『煙草を吸いたい』って言うけど、先生からは煙草も『こんな酸素もいってる状態で吸うのはよくない』ってというような板挟み状態で、(ケース P1)」などが語られた。

〔治療方針について医師と患者の意見は対立し患者の権利が阻害〕は、医師は家族の同意の中で治療を決定しようとしていたが、

患者は拒否的で、患者不在の状況で患者の権利は阻害されていると定義された。

「先生はもうあの...した方がいいだろう的な感じで持っていこうとしたんですけど、いや、この人にとって、手術は拒否しておられる人なので、で、どうしても精神科の患者さんだから理解力がないとか、病識がないとかいう形で一般科の先生は見たりとかしてて、医療保護入院なので、まあ家族の同意があれば手術できるっていうような流れなんですけど、かなり理解力は現在もあって、しっかりされてるので、手術を嫌がっている患者さんがいたので、じゃあこの人にとって手術するってほんとにどういうことなのかの話を、カンファレンスを結構して。(患者は)まあ『手術でおなか切ったりなんかやるのはいや』っていうのは言っておられた。(ケース P3)」などが語られた。

10. 知る権利の阻害

《知る権利の阻害》とは、病名告知に関する患者の知る権利の阻害状況があることである。1事例が語られた。1概念が抽出された。

[患者に病名等の告知がなされず知る権利の阻害]は、家族の意向を主治医が呑む形で患者に告知をせず治療が進行するという患者本人に病名や治療について説明がなされない知る権利が阻害されると定義された。

「ご家族はですね、あの...もともと被害妄想とかが強い方で、そういうちょっと自分がその余命がどうだとか、肺がんで先がって話を聞くと落ち込んだりとか、自暴自棄になって他害自傷っていう可能性が家の中であったりとかって言うことを恐怖感を抱いてて、あの、『そういうことになるととても困る』ってことで、『告知をしないでほしい』というお話があってで、その話を一応先生が汲んで、告知をせずにしばらくは検査を続けて行ってたってことなんです。それで精神科の看護師、チームの方はやっぱりあの、状態が悪いつてことは聞いてたので、で、心臓の方にもちょっと浸潤してるようながんだった状態なので、これで果たして化学療法して、副作用が必ず出てくるような抗がん剤を使って、えっと...なおも告知もせずにするっていうのはどうなのかっていう思いがずっとみんなの中でもややがらずとある状態で。(ケース P2)」などが語られた。

11. 他科受診を受ける権利の阻害

《他科受診を受ける権利の阻害》とは、精神疾患に身体疾患が合

併した時に他科受診において治療・看護の不十分さにより患者の利益が阻害される状況があることである。2事例が語られた。2概念が抽出された。

〔他科入院の拒否による医療を受ける権利の阻害〕は、身体合併症を起こしたときに入院に対する一般科の受け入れが悪かったり、急性期のみでリハビリ期に入ると返されるという医療を受ける権利が他科に比べて著しく阻害されると定義された。

「腸閉塞とかですね、そういった場合は精神科でも一般科へ行くんですね。色分けしたくないんですが、まあ俗に言う一般科ですね。敷居が高くてですね、拒否はされませんがね、けっこうそこで弊害を感じていてですね。(中略)まあ統合失調症もですね、なかなか世間一般では名前しかご存じないですね。まあ初めて妄想を持つ患者さんとかですね、ご覧になられますとですね、これけっこう治療ごとにですね、いや帰ってくださいっておっしゃったりですね、そこが1番ですね。(ケース N1)」や、「大腿骨頸部骨折で入院します。一応治療ていうか、手術はしてくれます。リハビリが無いんですよ。他の患者さんみたいに1カ月とか2ヶ月とかじっくりリハビリをせず、でもう帰ってください、お家でリハビリをしてくださいと。(ケース N2)」

〔受きたい身体的治療が受けられない外来診療を受ける権利の阻害〕は、外来において、身体的な訴えをしても患者が望む検査をしてもらえず本来受けられるべき診療が受けられない阻害状況と定義された。

「で、外でたら、本人が『あの先生に何回かこれまでも診てもらったけど、いっつもこんな感じなんで』って。で、『毎回同じなんで』って。なんか、あの、で、その時にびっくりしたんですよ。(中略)ほんまにその前に2～3回受診してて、全部ね、あの、普通、心電図くらいとるし、そのほかにも採血とかもするし、えっと、呼吸器検査もする、レントゲンも撮る、全部ないんですよ。毎回ほんとになんか何もせずに帰るんですよ。(おかしいですよ、Po2が90しかないのに)内科のその1個だけの血圧の薬も最初は精神科から出たんですけど。(ケース Q2)」などが語られた。

12. 福祉を受ける権利の阻害

《福祉を受ける権利の阻害》とは、福祉施設の対応の不備により患者の利益が阻害される状況があることである。1事例が語られた。

1 概念が抽出された。

〔患者の社会での居場所がなくなる福祉を受ける権利の阻害〕は、患者は在宅を希望するも家族の受け入れが悪く、施設からも問題行動のために受け入れを渋られており、福祉を受ける権利の阻害と定義された。

「(グループホームで落ち着いて次のことを考える) それをだから調整していかないと、それをどんどん延ばしていくと、(部屋がなくなって) 病院の人になっちゃうし、(中略) でもできれば病院よりはホームの方がと、私は病院側の、思うので、(ケース S1)」や、「ただ大声が出たというとすぐこうまあ、他の入所者の迷惑になるからとベッドごとがあ〜と会議室まで運んで行ったりとするから、それは却ってまずいなあと思って、(中略) 最近の施設ってなんか大声が出るともうダメってみたいな (ケース S1)」などが語られた。

IV. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の分類 (表 4 参照)

今回、精神科病棟に勤務する熟練看護師 20 名によって語られた 34 事例より、【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】として 40 場面で 12 カテゴリ、28 概念が抽出された。これら 12 カテゴリを統合し分類すると、表 4 のようになる。

表 4 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の分類

1. 地域生活権の阻害
①患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害 (6 事例)
②患者と地域住民との対立による患者の地域生活の阻害 (1 事例)
③患者の財産権の阻害 (1 事例)
④患者の社会参加の阻害 (1 事例)
2. プライバシーの保護・患者尊重の阻害
⑤羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害 (1 事例)
⑥人として大事にされない患者尊重の侵害 (3 事例)
3. 患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害
⑦患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害 (4 事例)
4. 最善な医療や看護を受ける権利の阻害
⑧医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害 (13 事例)
⑨患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害 (6 事例)
⑩知る権利の阻害 (1 事例)
5. 平等な医療や福祉を受ける権利の阻害
⑪他科受診を受ける権利の阻害 (2 事例)
⑫福祉を受ける権利の阻害 (1 事例)

1. 地域生活権の阻害

地域で生活する上で患者と家族、地域住民との対立や、働く場の確保や患者の財産が自由にならないという患者の権利や利益の阻害である。

《患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害》《患者と地域住民との対立による患者の地域生活の阻害》《患者の財産権の阻害》《患者の社会参加の阻害》の9事例による4つの精神科病棟における患者の権利と利益の阻害により形成された。

2. プライバシーの保護・患者尊重の阻害

患者のプライバシーの侵害やケアにおいて羞恥心を感じるような対応により人として尊重されていないと感じる患者の権利や利益の阻害である。

《羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害》《人として大事にされない患者尊重の侵害》の4事例による2つの精神科病棟における患者の権利と利益の阻害により形成された。

3. 患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害

自由な社会生活や行動ができるにも関わらず患者の不理解や認知の歪みが逆に患者の権利と利益を阻害していることである。

《患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害》の4事例による1つの精神科病棟における患者の権利と利益の阻害により形成された。

4. 最善や看護を受ける権利の阻害

現在の治療や看護方針が患者と対立し患者の利益となっていないことや、医師の方針と看護の方針の違いや病棟ルールそのものが患者の権利や利益を損ねていたり、十分な説明がなされず患者が不納得の中で治療が進んで行くことによる患者の権利や利益の阻害である。

《医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害》《患者不納得の治療による患者自身の選択の阻害》《知る権利の阻害》の20事例による3つの精神科病棟における患者の権利と利益の阻害により形成された。

5. 平等な医療や福祉を受ける権利の阻害

誰もが自由に受けられる他科受診や中間施設へ入所が、精神疾患のため意思疎通の難しさや問題行動により対応が難しいことで拒否される患者の権利や利益の阻害である。

《他科受診を受ける権利の阻害》《福祉を受ける権利の阻害》の3事例による2つの精神科病棟における患者の権利と利益の阻害により形成された。

V. 精神科看護師による患者 advocacy

【精神科看護師による患者 advocacy】は、看護師が患者の権利や利益が阻害されていると判断し、権利や利益を獲得できるように、患者や患者を取り巻く周囲の人々に働きかけることである。12の【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】に対する働きかけの語りより、12カテゴリ、43サブカテゴリ、125概念が抽出された。それぞれのカテゴリに対する働きかけについて記述する。カテゴリを《》、サブカテゴリを〈〉、概念を[]、語りを「」で記す。

1. 不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする（表5-1）

《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》は、不利益を被らないために患者自身が自己コントロール感や対人関係能力を獲得し、自分の権利や利益が護れるように援助することである。4つのサブカテゴリと16の概念が抽出された。

1) 不利益を被らないために自己コントロール感を高める

〈不利益を被らないために自己コントロール感を高める〉は、患者が自己主張や社会生活を実現するために、症状や感情のコントロールに向けた支援をすることである。5つの概念が抽出された。

[自己実現に向け病状との付き合い方の学びへの参加を促す]は、当事者研究に参加して、幻聴との距離の取り方を学び、幻聴に左右されず生活ができるよう、患者の自己実現は可能になる工夫をするための働きかけである。

「当事者研究とかもされてましたね。幻聴に名前をつけて、なんか怪獣みたいな絵を書いてて……。で、それを持ってきて、破いたりとかしてましたけど（笑）『もう、こんなのは……。』とか言って。（ケース F2）」や、「怖い幻聴があったみたいで、それを怪獣みたいな・・・名前が多分あったと思うんだけど、ちょっと忘れちゃ

表 5 - 1 不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする	不利益を被らないために自己コントロール感を高める	自己実現に向け病状との付き合い方への学びへの参加を促す
		生活の安定化に向け病状のコントロールをする
		患者自身に自分の状態を自覚するよう促す
		自分の状態を知って仕事と向き合えるよう支援する
		患者の意向を汲みつつ患者の思いを活用して行動変容を促す
	社会生活実現に向け日常生活能力を身につける	患者が一人で生活できる能力の獲得のため PSW と協働して支援をする
		自宅退院が可能かどうかの見極めをする試験外出を行う
		普段から患者が社会生活で困らないような準備をする
		患者の気持ちに添いながら実際に体験入所し納得する
		患者の自宅退院へ向け食生活を整える支援をする
	周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える	家族との関係修復のため、患者と家族とのかわりについて話し合う
		患者にも住民との歩み寄りをアドバイスする
	揺れる気持ちの安定化を図る	退院を後押しするために患者の揺らぎを受け止める
		気持ちを和らげる対応をする
		患者の目標に到達するため今できる自分を褒めることを伝える
		患者の苦しみを何とか理解したいことを伝える

いきましたけど……。 (当事者研究は) 病棟で月 2 回していて……。みんなの前でも上手に喋っておられて、職員がホワイトボードに本人が言ったことを書いて、他の患者さん・・・について来れない方とかにもちょっと見て分かるようにして・・・本人も視覚的に見れるので、で、それを見ながら泣いてた時もありました。すっきりしたとは言って……。伝えにきたりだとか、怪獣^①を持って来たりとか (笑) (ケース F2)」などが語られた。

[生活の安定化に向け病状のコントロールをする] は、病状の波のために、退院後の生活への懸念があるため病状コントロールをすることで安定して生活できるようにすることである。

「時々表情が硬くなって、う～ん...少し混乱されてるのかなって病状の波が多少ある方だったので、だからその辺のコントロールと、(ケース A1)」などが語られた。

〔患者自身に自分の状態を自覚するよう促す〕は、患者へ病状による行動であることの自覚を促す働きかけである。

「今は、その家族さんにご本人さんが電話をかけることによってあの、やっぱりこう家族さんも休みたい状況っていうのもあるんで、やっぱり退院受け入れてもらうためには休ましてあげて、で十分に受け入れ態勢を整えた上での退院をっていう説明で、うーん、納得まではいかなかったですけど。(その話は)看護がして。まあ先生にも一応確認して。(ケース K2)」、「そういう時ってあんまりこれはダメよダメよっていうと逆に火を付けるような感じでもあるので、やっぱりフォローしてくれる側も一緒にこう、ケアして行って早く退院するためっていう持っていき方で本人さんにも話して。(ケース K2)」や、「こちら側から見て『いつもの〇〇さんじゃないですよ』って。あのいつもはもうちょっとこう、落ち着いて話せられるっていう話で持っていきますね、はい。(ケース K2)」などが語られた。

〔自分の状態を知って仕事と向き合えるよう支援する〕は、病気を隠して仕事をしているためものすごい努力をしている患者を認めつつ、自分の状態を理解して無理せず仕事ができるよう自分をコントロールできるよう支援することである。

「我々に出来るのはその一つの仕事をするとき、するためにする努力を助言するんじゃないくてある程度その体調を優先しながら自分しか管理する人がいないので社会の中で適応するためにはどうしたら良いか助言していく、スタートするには私の場合はちょっとね、今はもうどうにもならん時には仕事辞めてまた次を探す。…気持ちを維持していくしか病名を言って理解してもらえませんよ。私はよと言わなかったし、それは今でもまあそういう状況があるのはわかるなあと思いますね。(ケース M2)」や「病気を抱えたまま病気を隠して社会に適応するというのは出来ないだろうなと思っているんです。けどやっぱり社会に帰りたいという希望を持つてる患者さんですので社会の生活が無理よっていうのは、簡単なことじゃないので、あのさっき言ったみたいに短期短期からっていう、結局仕事が進めないときにはまた自分を責めてしまうので、自分はやっぱりダメだって。今すでに、人並み以上の努力をしとるわけですよ。そ

れを伝えてね、それをがんばれと言ってね、しんどくなった時にはやっぱり勇気をね、大事にして欲しいっていう話をしましたけどね。(ケース M2)」などが語られた。

〔患者の意向を汲みつつ患者の思いを活用して行動変容を促す〕は、患者の自己決定を大事にしながら、しんどさを受け止めつつ患者の思いを上手に活用して行動変容を促す働きかけである。

「(退院したい意思を強くもっていたが)でも緊張もすごく活発だったみたい・・・イライラした時の対処法であったりとか、問題行動にならないようにっていう、そこ締めるだけじゃなくて、一緒に、しんどさをどうしていったらいいかっていうのを相談しながら考えていたり、本人がどうしたいかっていうところに焦点を当てて話を聞いて・・・『そこを応援したいから、イライラしたらこっちに言ってほしい』というふうな・・・。(ケース F2)」や、「基本的な・・・。視覚的なものの方が入りやすかったみたいなので、説明・・・口で説明するよりも・・・、トークンみたいなのを使ってみて、本人が好きなキャラクターで、何日間問題行動がなかったら、近くに喫茶店みたいなものがある・・・そこに一緒に外出しようとか・・・。(中略)できそうなことを目標にあげて・・・で、職員が見えるところで、まっ、詰所の患者さんも見れる・・・どれだけ頑張ったら・・・って。で、頑張れた時は褒めてもらうって感じで、自分で・・・シールとか貼ってたと思うんですけど、貼りに来てもらって、で、その人に来てもらったらみんな褒めてくれるので・・・。(ケース F2)」などが語られた。

2) 社会生活実現に向け日常生活能力を身につける

〈自宅生活実現に向け日常生活能力を身につける〉は、患者の地域で生活したいという自己実現に向けて、施設見学など現実可能な情報提供を行い、堅実に社会生活ができるよう支援することである。5つの概念が抽出された。

〔患者が一人で生活できる能力の獲得のため PSW と協働して支援をする〕は、PSW との連携の中で患者が一人暮らしで困らないよう細かい支援を行う働きかけである。

「例えば家庭に帰るにあたってですね、(PSW から)お金がいくらぐらい必要だから病棟の方に少し制限をしてほしいとかっていうことですね。管理の方法を教えてほしいとか薬のなんか飲み方についてですね、なんか指導ほしいとかありますね。そういったことで

すね。本当、看護は・・・。(ケース N2)」などが語られた。

[自宅退院が可能かどうかの見極めをする試験外出を行う]は、自宅外出することで、患者も家族も看護師、ワーカーもそれぞれの危惧を払拭し、自宅退院への後押しとする。

「その前にも試験外出をして、おうちの状況とかを見て、まあおうちに反応するんじゃないとか、お父さんの思い出とか。でもその辺もなく、なかったってことを伝えて外泊の方へつながっていったと。(外出は)私とワーカーさんの三人で。とにかく荷物、家の方もあんまり帰ってなかったんで、荷物、夏から冬に、冬から夏かちょっと分からのんですけど、あの、『衣類を持って帰ろう』と衣類を探してみたりして、『ちょっと空気を入れ返しておこうか』と一緒にドアを開けたりとか。(ケース D1)」や、「あとやっぱり家族の、近くの近所の方と出会ったので、お話ししてる風景とか見て、そうしたら本当に周りの人もすごく気にされてて、「帰って来ることが嬉しい」といい関係を築いてるんだなってことも分かったんで、自宅の方がいいのかなってこちらの判断にもなって。(ケース D1)」などが語られた。

[普段から患者が社会生活で困らないような準備をする]は、患者が社会生活に戻ったときに公共施設が使用できるように普段から慣れる準備をする働きかけである。

「(どれくらいの間隔で外出したりとか、ATM だったり、自分になにか物を買うとか) う～ん...どうですかね、どのくらいでしたかね。あまり頻回にはやっぱり出れないんですよね。看護と一緒に行くっていうことで。だけど、2カ月、2～3ヶ月に1回くらいですかね。(どの辺まで?)この近くですね。やっぱり、近くに割とあるんですよね。あったんですよね。歩いて行ける範囲内で、A銀行とかもそこにありますので、道沿いにあるので、行ったりとか。『ここにカードを入れて、こういう風にしたらお金とかが出てくるよ』という感じでその操作自体を教えてあげて、実際には下してないですよ。こういうのが今あるから、ありますからねという感じで伝えて。(ケース C1)」などが語られた。

[患者の気持ちに添いながら実際に体験入所し納得する]は、患者の退院したいという思いのタイミングでグループホームへの体験入所を促し、納得して退院につなげる働きかけである。

『今なら空いてるけど、どうですか？』っていうのをケースワーカーさん経由で来て、『この方どんなですかね？』っていう風に伝えて、先生が『まあ、見学に行ってみて、体験入所とかできて、それだったら大丈夫かもしれない』ってことで、一応見学に行っていて、それこそ院長先生の家だったんですけど、そこに4～5人入れるって感じで、グループ生活するって感じの所だったんですよ。それで『一部屋空いてるから』って見られて本人が気に入ったんじゃないけど、やっぱりここよりはいいと思ったんでしょうね。(ケース C1)」などが語られた。

〔患者の自宅退院へ向け食生活を整える支援をする〕は、患者の望む単身生活が実現するように、入院中から退院後の支援体制を準備する働きかけである。

「(退院に向けて) ああそのためにはデイケアに参加してもらったり、あと料理教室に行ってもらったりしましたね。料理もずっと作ってなかったの。(中略) 家に帰っても料理できるようにちょっと訓練ってことで。週に1回は料理教室に行ってもらって、あとはデイケア、デイサービス週1回くらい顔をのぞかせてもらって、慣れてもらったって感じですね。(ケース D1)」や、「あとやっぱり衣食住で食事が困るので、デイサービス、デイケアに来て、駅の近くにスーパーがあるんですね？そこで買い物とか、惣菜とか買って、まあ帰るとあとはご飯を炊くだけでいいとか。まずはその辺のところからしてはどうかと話はして、それがそれから生活が始まっていったんですけど。(ケース D1)」などが語られた。

3) 周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える

〈周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える〉は、家族や住民との上手な付き合い方を一緒に考え教えることでよい関係を築き自己実現につなげることである。2つの概念が抽出された。

〔家族との関係修復のため、患者と家族とのかかわりについて話し合う〕は、家に帰って家族と上手くやっていくために、患者自身が家族とどのように関わるか、どう過ごすかについて具体的に話し合う働きかけである。

「(弟との家での過ごし方について) 一応説明をしたら、できるだけ自分の部屋でテレビを見るときは、自分の時間を過ごすようにはしますっていうことは言われてましたけど・・・。(ケース F3)」

などが語られた。

〔患者にも住民との歩み寄りをアドバイスする〕は、患者の一方的な権利を訴えるだけでなく地域生活での役割をこなし地域と歩み寄ることで理解してもらうことをアドバイスする働きかけである。

「例えばいろんな地域の共同作業ありますよね、お掃除とか。そうしたらそうですよね、出来ます、彼女に。そんなの多分やってくるから、そこに出てまず自分をわかってもらわんと多分ダメだよっていうのは今でも覚えてますね。(中略)『めんどくさい』とかね、言われましたけどね。『いや私が行っても、なんとか』って言われたんですよ。だけどそれが1番かなと思って…地域に交えてなかなかそこまで患者さん…まずはですね、共同作業に出なければいけませんからそれが1番近道だと思ったんですよ。(ケース N2)」などが語られた。

4) 揺れる気持ちの安定化を図る

〈揺れる気持ちの安定化を図る〉は、患者自身の精神的不安定さが患者の利益を損ねることにつながるため、精神的安定を図り、患者の利益や権利を護るよう支援することである。4つの概念が抽出された。

〔退院を後押しするために患者の揺らぎを受け止める〕は、いざ、退院が具体的になると不安が表出するためそれを受け止めつつ、患者の具体的な望みを自己実現できるよう不安にばかり目を向けず後押しする働きかけである。

「で、一部のスタッフは『調子悪くなったじゃないの、やっぱり』みたいな感じで言われたんですけど、まあ、不安の表出方法なので、その辺も説明しながら……。あからさまに、もう止めるって……。毎回のようにつつ……。色々目線を変えながら……。冗談を言ったりとか、本当にしんどそうなときは、寄り添って……。寝込んだりするから……。大丈夫、大丈夫って……。そういうこと(5年以上入院していた)からくる不安もあったんだと思います。変化には弱かったような気がします……。 (ケース F3)」や「本人さんの気持ちはしっかり日ごろから聞くようにして……。しんどい時は私に『聞いてほしい』って言いに来る時もあったので……。 (中略) 聞く前は、恐怖だったり不安に寄り添いつつも、結局は押さないといけないので、押ししてしまってるんですけど、帰ってきたら『今日疲

れたね』とか『よく頑張りましたね』って労いの言葉をかけたり、まあ、外に行ったら行ったで、行ってしまったら楽しんでおられるので、一緒に公園でお弁当食べたり、お風呂にも入って・・・。(ケース F3)」などが語られた。

〔気持ちを和らげる対応をする〕は、患者の気分が落ちつくように、頻回に声をかけたり患者の言い分を聞いて気分を和らげる働きかけをすることである。

「あとは、頻回に起きとれば声かけてちょっと水を飲んでもらったりとか、ちょっと気分変えてもらうぐらいしかできなかったんですけど・・・。(ケース K1)」や、「やっぱり…息子さんにはまだまだその、商売のことがわかっていないとか、そういうギリギリのところいかないと儲けないんだとか。先生に対してはあの、初回入院でしたのであの…最初驚いてましたから、あの、厳しい先生だねっていうのを言ってですね、不満とか悪口までは言わないんですけど、いつ帰れるんかなとか、あのちょっとこう、僕たちに愚痴みたいなのは言ってました。(ケース I1)」、「あとから考えてみると、私もその病気のことを少し話に出してですね、ちょっと今休養する時期だからとか、あの、せっかく入院したんだからとか、あの無理せず休もうねみたいな話題には出しましたけれども、はい。(ケース I1)」などが語られた。

〔患者の目標に到達するため今できる自分を褒めることを伝える〕は、大きな目標と一緒に共有しつつ、今できている自分を褒めることで自己を肯定できるようにすることで気持ちを落ち着かせる働きかけである。

「まあ入院中にあの例えば良い会社に勤めてお金をたくさんもらいたいとか、すぐ結婚したいとか、理想として極端なところを言うので結局それが思うようにいかずになるのでその希望とかは否定はせずに、まあそこに近づくために今何が出来るかを一緒に考えるということですね。で、仕事もそうなんですけど将来的に、長期的にね仕事するのを目標にして、今それが出来なくてもそれを悔む必要はなくて短期間でもね、あの仕事が出来たっていう今の方を自分で喜んでも良いんじゃないかということ。まあそういう意味でも仲介ですよ。(ケース M2)」などが語られた。

〔患者の苦しみを何とか理解したいことを伝える〕は、安易にわかろうとするのではなくわからないけど理解したいという

思いを伝えることで患者の苦しみに寄り添い気分を和らげる働きかけである。

「あの、結局、あの私自身が言われてたのは始めの頃にね、あなたになにが分かるんかっていう話をずっとされとったんですよ。あの、あなたに家族もおって仕事もあってあの、お金もあってそのあなたに私の苦勞の何が分かるんかって話をされてて。最初はわたしもそれをわからなきゃいけんと思ってね、ずっとやってたんですけど途中から私もわからんなど思い始めて。わからんけども分かりたいと思うんですっていう話をずっとし始めて、結局その人私が7年ぐらい担当したんですね。(ケース M2)」などが語られた。

2. 意思の表明能力の向上を促す (表5-2)

《意思の表明能力の向上を促す》は、患者自身が自分の状況や将来を見据えて、自分の意思を言語化し、主体的に自分の本来持っている権利を主張できるように働きかけることである。5つのサブカテゴリと18の概念が抽出された。

1) 意思を言語表出できるよう時間をかける

〈意思を言語表出できるように時間をかける〉は、患者が自分の意思を上手く言語化できないため自分で決められるまで時間をかけて患者を見守り言語化を助けることである。4つの概念が抽出された。

〔患者が自己決定できるよう時間をかけて言葉を引き出す努力をする〕は、患者自身が退院について自己決定できるよう間隔を置いては問いかけ言葉を引き出す地道な努力をする働きかけである。

「入院したての時は『退院したい』って言われていたけど、やっぱりここの生活に慣れてしまおうともう『一生ここにいたい。外が怖い、何があるか分からない』と。(中略)その患者さんが思っていることを少しずつ外に向けていけたらっていうのでいろんな関わり方をしたんですけど、まずは、あの『退院したい』っていう言葉が出るようにしたいなって思って。『外の生活はどうかね？退院を考えた事ない？』って感じで言って、だから最初の『怖い』って言った時に言ったんですよ。そしたら『怖い』っていう返事が来て、かなり期間が経ってもう一回聞いてみたんですね。退院というか、『病院から外に出たくないかね』っていう感じで聞いて、その時は『う～ん』って感じで返事はなかったんですよ。(ケース C1)」な

どが語られた。

表 5 - 2 意思の表明能力の向上を促す

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
意思の表明能力の向上を促す	意思を言語表出できるように時間をかける	患者が自己決定できるよう時間をかけて言葉を引き出す努力をする
		忍耐強く患者が地域生活を決断できるように話す
		患者自身が思いを言語化できるよう働きかける
		家族に理解されるために思いを言語化するよう促す
	患者が主体的に家族や医師・看護師に発言できるように後押しする	患者が主体的に家族へ説明することを後押しする
		患者が自身の主張を主治医にできるように後押しする
		カンファレンスを設定し患者が直接主治医に意見を伝えられるよう看護師が後押しする
		病棟での話し合い時スタッフが代弁せず患者が訴えられるように傍で支援する
	意思表明ができるお膳立てをする	入院目的を伝え患者が入院継続の自己決定ができるよう支援する
		患者が最終決定できるように支援内容を計画する
		患者が不具合を訴えられるように情報提供する
	選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる	患者が社会生活に興味を抱くようなプログラムへ誘う
		患者に選択肢を与え余裕を持って自己決定できるように話す
		無理のない社会生活のプランを提供する
		患者に退院へ向けて実現可能な施設見学や情報を提供する
		患者が具体的な将来ビジョンが描けるような情報提供をする
	患者の意思をそのつど確認する	患者の自己決定を確認しつつ進める
		患者の明確な意思の正当性を確認する

〔忍耐強く患者が地域生活を決断できるように話す〕は、頻回に患者と面談時に地域生活の話をして意識付け患者自身が地域生活の自己決定ができるよう話す働きかけである。

「面接というかその人の部屋に行って『ちょっと良いですか』って言うてから。『あの、あそこの援護寮があるんですけど』っていう

話を。あの、別に決めたわけではないんです、曜日とか回数。ちょっと思い立った感じで月に何回か言って、『どんなです、どんなです』って言って。最後とどめに言ったのが『今すぐ行くんじゃないんですよ』と。『どちらにしても空き待ちがあって1年ぐらいかかるんです』って。で、『どちらにしても今ここにおっちゃったって、ここにおいてご飯食べて、寝て、あとはOT行ってって感じでしょう』と。でも入られてもすぐ隣だったんで、『あっちに帰って寝る場所が違っただけであとは全部一緒ですよと。ご飯こっち来たら食べれますしね』って、『どんなです？』っていうふうな感じの話をしたんですよ。で、最終的に今すぐ行けっていう話でもないので、『だいたい早くて1年後ですからって、空き待ちですからって。遅かったら1年半とか2年かかるのかなあ？でも今のうちから予約してないともう入れませんからね』、とか言って『とりあえず予約しません？』とか言ったら、一応『うん』言うてくれたんですよ。なぜか。めんどくさいと思ったんですかね。それか、今すぐじゃないと。とにかく今すぐじゃないので、どうせ1年後だからっていう。で、それでやっと思ってくれたと思って先生にもう行くって言ってますから予約入れますよねって。で家族の方にも言ってもらって、で結局1年待たずに順番きて、で本人さんも順番きたということですね行たんすよ。(ケース O2)」などが語られた。

[患者自身が思いを言語化できるよう働きかける]は、患者自身が、自分のいろんな思いを外に向かって発せられるよう働きかけることである。

「基本的に患者さんの代弁者であるかもしれないですけど・・・ま、社会に出ていたご本人さん・・・からできることを・・・発信していければいいなと思っているので・・・どうやったら・・・思いを伝えられるかっていうのを意識して、日ごろ関わっていますね。こちらから答えをださずに、本人が（言えるようにする）・・・。(ケース F2)」などが語られた。

[家族に理解されるために思いを言語化するよう促す]は、家族に要求を受け入れてもらうためにも自分からしっかり自分の思いを伝えるよう促す働きかけである。

「知的にも少し低い面もあったので、そのへんがちょっと上手に伝えられないってところもあったんで、気持ちは分かるけど、その辺はちゃんと自分ができてるってところを言わないとね。っていうところ、あまり焦って言えば言うほど距離ができてしまうから。『ち

よっとその辺は相手の状況を見ながら少しずつ、1歩ずつ進んで行こうね。』と。で、ソーシャルの方も割と関わってくれて、まあ立場は違うとどういう風に捉えられるかねって言ってくださったりして。お姉さんへの感謝の気持ちも本当はあるんですけど、してくれないってというような思うの方が強くて、そこを素直に伝えられなくて。(ケース A1)」などが語られた。

2) 患者が主体的に家族や医師・看護者に発言できるよう後押しする

〈患者が主体的に家族や医師・看護者に発言できるよう後押しする〉は、看護師が代弁するのではなく、患者自身が自分の言葉で家族や医師・看護者に説明できるよう後押しする働きかけである。4つの概念が抽出された。

[患者が主体的に家族へ説明することを後押しする]は、患者自らが主体的に家族へ説明することを見守り応援する働きかけである。

「だからちょっと『どうですかね?』って向こうのワーカーさんに確認して『大丈夫そうですよ』っていう返事があったので、とりあえずはお父さんにあの、保証人じゃないけど、書類とかがあるので、それを本人と二人(受け持ち看護師)がお父さんの所へ行って。自宅に行って、で、本人からお父さんをお願いして。『ここに行きたいけれど』うん、あの...なんやったかな?『ここに行きたいからこの紙にサインをお願いします』って言われて、お父さんはちょっと耳が遠いので『は?』って感じだったんで、私がまた口頭で説明して『そういう所があるんだったらお願いしようかなあ』って感じで。(お父さんもすんなり)書類にサインをされて。(ケース C1)」などが語られた。

[患者が自身の主張を主治医にできるように後押しする]は、不納得の入院だったので、患者が自分の考えを主治医に伝えて納得できるよう後押しする働きかけである。

「翌日の診察のときには付き添うことができたので、もう少し息子さんがいない場面でこの場所で、あの入院の日にもちよっとう、息子が大げさに言いよるだけよ、みたいなことはお話はしてましたので、今息子さんはいないから、ちょっと土地取引の経緯とか、薬をしっかりと飲んでたかとか、自分が今どういうふうな状態であるのかっていうふうなことを、今ここに僕も横にいるし3人(患者、主

治医、看護師) っていうか、2人で話し聞いてもらいましょうかっていうお話はしたと思います。(ケース I1)」などが語られた。

[カンファレンスを設定し患者が直接主治医に意見を伝えられるよう看護師が後押しする]は、患者の意思を確認し主治医に患者が直接自分の意思を伝えられるようカンファレンスを設定し看護師が段取りをして患者自身が意思表示できるよう後押しする働きかけである。

『でも、先生の前に出ると眠そうな顔をしてるし、まあ薬がちょっと残ってるような感じで、それを先生はそのようにとってる』と。それについて説明しても『でも、今自分の前にいるあなたはそんなに眠そうにしてるじゃないか。だから、こんな状態ではお薬は出せない』だから、そこがうまく噛み合っていないんだなと思って、これはやっぱり調整がいるなと思ったんですけど、でもその先生自体がそう思っていて、なかなか修正が効かない先生で、『そんなこと言うんだったら、もう僕は、これ以上お薬を出すつもりはないし、もう病院を変わってもらったらどうや』っていうタイプの先生なんです。(中略)病棟でだいぶ前にカンファレンスがあるというので、そのカンファレンスに受け持ち看護師、主治医、外来でフォローする外来看護師として私が参加させていただいて、地域で支援する訪問看護師と。その時に患者さんは本人にも入ってもらいましょうと言うことで、患者さんに参画してもらおうカンファレンスを開きましょうと言うことだったんですね。その場でやはり患者さんにも先生の話も、言い分も聞いてほしいし、で、できれば自分の患者さんの口からこういう理由で主治医を交代してほしいと、患者さん自身も『主治医が代わって信頼できる先生だったら自分はちゃんとその先生の話も納得できるし、その先生が[お薬が必要ない]と言うのであれば、それはそれでやってみる』という風におっしゃっていたので。もう、だから今の先生との関係が全くね、膠着してしまっていたので。その関係でずっと外来で行き着くっていうのも不利益な話ですし、まあ患者さんにとってはとても頑張ったと思います、カンファレンスで。(ケース R1)」などが語られた。

[病棟での話し合い時スタッフが代弁せず患者が訴えられるように傍で支援する]は、なかなか人前で訴えのできない患者を支援し代弁ではなく患者自身が訴えられるようにする働きかけである。

『あの、看護師さんにはちょっと言えないけど、こういうこと

があるんだよ』ってことを聞いてたら、他職種が上手にその患者さんのやっぱり横に座って、やっぱり看護師も直接本人が言って来ないと対応が出来ないので、他職種の方からこう言われても、それは本人が言えるように支援してっていうのが暗黙のルールになってるので、そういう時には例えば横に座って、『何かない人？』って言われた時に『はい、手を挙げて』っていう、横でそうやって促すって言うのがチームでできてるんですね。で、言われた時には看護師はいくら耳が、病棟のルールとか痛い話であったり、他の職種も困ったことを言ったりしても、とりあえずは嫌な顔をせず『言ってくれてありがとう。じゃあ改善するよ』っていうスタンスで行きましょうっていう風に行っている。(ケース H2)」などが語られた。

3) 意思表示ができるお膳立てをする

〈意思表示ができるお膳立てをする〉は、患者自身が最終的に意思表示できるよう事前準備をし患者が言語化するのを助けることである。3つの概念が抽出された。

〔入院目的を伝え患者が入院継続の自己決定ができるよう支援する〕は、再度病状の説明など入院目的を明確に伝え、患者自身が採取的には納得して入院継続の自己決定ができるように支援することである。

「とりあえず本人にあの、『今回すごく不安になって帰ったのはとてもよく分かった』。で、入院のきっかけとなったえっと、『幻覚とか妄想の状態はどう？』って話をして『いや、まあ治まりました』とか言われて、実際治まってたと思うので、『帰ってまたちゃんとお薬の確認と訪問看護とを受けてくれるんやったら、えっと、あとはあなたのちょっと体のこれだけ、もうちょっとだけ、なんかね、その時心機能が変わった。この検査だけ受けて、そしたら帰れるよ』って言ったら、そしたら本人が『じゃあ、いつにします』って言って、本人もなんか、ちょっと歩くのしんどかったみたいで、で、『天気が回復したから、検査が終わって天気が回復してから帰りたいです』って言って、で、結局、4日後か5日後かどっちかで帰りました。そっからは結構、本人割と穏やかに入院していて、入院のあとは決めた当日に帰りました。最初の目的はとりあえず OK。本人にちゃんと入院期間と具体的に帰れるよと具体的に示して。(ケース Q1)」などが語られた。

〔患者が最終決定できるように支援内容を計画する〕は、状況に合わせて患者支援ができる計画を立て最終的に患者が自己

決定できるようにする働きかけである。

「当初は退院時に、外来の支援がいるだろうってということで、入院中の担当看護師が退院後、看護外来をする予定にしてたんです。面接をしながら、地域生活を支えていこうっていう風な計画もしてたんですけど。ですけど、結局主治医を交代したら、『もういいです』って、『先生に言いたいこと言えますから』っていうことになって、それまでは先生に言えなかったから、『看護師さんに話を聞いてほしい』っていう風に言われてたのに。最終的に患者さんに決めていただいたってことで。(ケース R1)」などが語られた。

〔患者が不具合を訴えられるように情報提供する〕は、患者自身が不具合を訴えられるように正しい知識を提供する働きかけである。

「今…まあ…『この薬はこんな作用があるから』っていうのは結構主治医が言うような感じになっておられますね。で、えっとまあ『副作用とかがでたら、いつもと違うような感じがあったら言ってください。』とか、言っておられますし。心理教育とかであるので、そういうようなところで薬剤師さんが話をしたりとか。普段からご本人からそんな発言があったら、まあどうなんだろうということで、副作用だろうか、どうなんだろうかというところをスタッフで考えたり、先生と相談したりして、お薬の調整をとすることは結構多いと思いますね。(ケース B3)」などが語られた。

4) 選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる

〈選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる〉は、選択肢を示すことで患者が余裕を持って自己決定できるようにすることである。5つの概念が抽出された。

〔患者が社会生活に興味を抱くようなプログラムへ誘う〕は、患者から社会生活をしてみたいと意識できるようゆっくり動機づけをするプログラムへの参加を促す働きかけである。

「それこそ料理教室をしたり、あと SST に参加させたり心理教育に参加させたりって、いろいろと関わって行って、で、あとは先生に外出の許可をもらって、一緒に外のそれこそショッピングに行ったり、食べに行ったり、あと…あの ATM とか全然無理なんですよね。(中略)そういう公共の機関を活用できるのが、それこそ、電車に乗る方法とかも、そうなんですよね。(ケース C1)」や、「(料理

教室とか SST を) えっと、来てからだから、1～2年、2年くらい？ 2年間ですね、していました。料理教室は週に1回ですね。SST はあの頃は月に2回ですかね。(ケース C1)」などが語られた。

〔患者に選択肢を与え余裕を持って自己決定できるよう話す〕は、だめなら再入院できることを伝え選択肢がある中で余裕をもって地域生活の自己決定ができるように支援することである。

「あんまり詳しく言ってもよくないよねって思って、援護寮なので共同で掃除当番があったりとか風呂掃除とかあるらしいんですよ。それはあえて言わなかったですけどね、一応。それよりもとりあえず外の世界に出てみてもらって、でその世界を味わってもらったら多少の義務があってもですね、まあそれはすんなりやるんじゃないかと。でその時にもうわたし嫌だから帰ると言われたらそれはしょうがないんで、それはまあまたこっちに入院してくれば良いことだし。だけどやっぱり1回外の世界を味わわないとっていうふうに。(ケース O2)」などが語られた。

〔無理のない社会生活のプランを提供する〕は、患者の状況を汲みして無理なく社会生活が送れるプランを提供する働きかけである。

「一応先生と相談して、まあ退院促進をなさいって話が出ていたので、長期の方を出すようになっていうことで、主治医と相談して、『どうですかね』っていう風に言って、まずは、家には帰れないから、うん。転院か施設かってことで、この方の場合は弟さんが他の病院にかかっておられるので、お父さんがそれを送り迎えされるんですよ。で、こっちまでちょっと足が向かないって感じなので、もし転院だったら弟さんがかかっている病院に？転院をお願いした方がいいのか。で、ここの病院は施設がないんですよ。(ケース C1) などが語られた。

〔患者に退院へ向けて実現可能な施設見学や情報を提供する〕は、患者の希望に添うために施設見学や施設の情報提供を行う働きかけである。

「全体での、一人ではないんですけど、見学に行ってもらって病院の様子を見ていただいて、情報提供ももちろんしますし。先ほどのようなことをご本人にも説明をして、ここよりはちょっと可能性

が広がるねって、最終的には理解はしてもらって、それでちょっと見学に行ってもらって、雰囲気を感じてもらって。(ケース A1)」や「PSWの方と看護と、集団で行ったような気がするんですね。何人かで。その日に行かれたのはお一人であったかもしれないんですけど、日にちを変えてうちの患者さんが何人か行かれてたっていうのもあったから、そこがあまり抵抗もなく行けたっていうのもある。(ケース A1)」、「一応、施設見学とかで、多分いろいろグループホームとかも何回か回られたことがあるんじゃないかと思うんですね。(ケース A1)」などが語られた。

〔患者が具体的な将来ビジョンが描けるような情報提供をする〕は、患者が将来ビジョンが具体的に描けるよう施設を知っている職員が地域生活に必要な情報を提供する働きかけである。

「今まで『行かん行かん』て言うてた人が『行く』言うたことがあるんですよ。その時に、援護寮なんですけど援護寮がどんなもんかわからないんですよ。で実際外の世界でどういう生活をするんかっていうのがわからないので、たまたまその担当ナースが訪問看護の経験もあったんで当院に。だから援護寮にも行ってて、援護寮てこんな感じよとか。で、担当ナースだから患者さんもちっと関係性、けっこうあるじゃないですか。だからやっぱり良かったんでしょうね、そしたら『行く』っていうふうに言ったんで。だから情報を与え過ぎてもいけないですし、与え過ぎてもいけないんかなっていう気もするんですけど、ある程度具体的なビジョンが患者さんの中で、ならないと。それをやっぱり示して、患者さんがそれを理解してもらわない限りは多分、退院っていても...要はここから連れ出されて、なんか出されるっていうんですかね。心地よいところから。っていうふうに受け取っちゃうかもしれないですよ。(ケース O2)」などが語られた。

5) 患者の意思をそのつど確認する

〈患者の意思をそのつど確認する〉は、その都度患者の意思を確認し、患者のペースに添いながら無理なく物事を進めていくことである。2つの概念が抽出された。

〔患者の自己決定を確認しつつ進める〕は、患者の思いを大事にし、意思を確認しつつ次の段階へ進めて行く働きかけである。

『体験入所してみる気ある?』って聞いたら『やってみます』っていうことで、一応、あの時一泊二日でしたのかな?他の患者さん、まったく知らない他の患者さんとどのように生活できるのかちょっと不安でしたので、向こうの病院のケースワーカーさんに一応お願いして、見てもらって。(ケース C1)」や、「ここで、うん、『体験入所できそうなの?』って聞いたら『できると思います』とは言われたんですね。(ケース C1)」などが語られた。

[患者の明確な意思の正当性を確認する]は、患者の明確な意思を確認しその正当性を判断して動く働きかけである。

「やはり、患者さんは入院中からあの...『自分がいろいろなことを言っても先生があんまり話を真剣に受け止めてくださらないし、お薬のことについても自分にとって必要なお薬を先生に希望してもなかなか、[あなたはその薬に頼る人だからと]言って量も増やしてもらえなかったり、種類もなかなか変えてもらえなかった』という治療に関して不満を持ってらっしゃって、でも患者さんって入院しているとやっぱりどうしても弱い立場で、で、『[気に入らないんやったら退院しなさい]』って言われるのが嫌だから、もうそれは我慢していたんだ』とおっしゃって。でもやっぱり外来になると自分が地域で長く生活を継続しようと思ったら主治医との関係がすごく大事だということをよく分かってらっしゃったので、だから『自分が信頼できる医者によって治療を受けたいんだ』という明確な意思もあった。(ケース R1)」等が語られた。

3. 権利行使への行動方略を伝達する (表5-3)

《権利行使への行動方略を伝達する》は、患者が言葉ではなく行動で自らの権利が護れるようにその方法や看護師の思いを伝え自主的に行動に移せるよう働きかけることである。3つのサブカテゴリと6つの概念が抽出された。

1) 患者が納得して権利や利益を護る行動に移せるよう支援する

〈患者が納得して権利や利益を護る行動に移せるよう支援する〉は、患者にとって不利益にならないよう患者が理解して行動できるよう教育することである。2つの概念が抽出された。

[内服薬の重要性を話し内服できるように支援する]は、内服に拒否的な患者に内服の効果などを説明し内服が継続できるよう支援する働きかけである。

表 5 - 3 権利行使への行動方略を伝達する

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
権利行使への行動方略を伝達する	患者が納得して権利や利益を護る行動に移せるよう支援する	内服薬の重要性を話し内服できるように支援する
		患者が自分で小遣いの額を決められるよう支援する
	社会生活実現に向けた方法を伝える	患者の思いを自己実現できる方略を患者に伝える
		患者が安心して次の施設へいけるよう説明する
		患者に退院するためには段階を踏むことの必要性を説明する
自らの権利を獲得するための行動を促す	患者が自身の権利を獲得して欲しいという看護師の思いを伝える	

「『飲みたくない』って言った時があるのが困りますよね、ご本人の。『飲まないといけませんよ』って感じですね。『ちょっと気持ちを抑えるから』とか、『気持ちのコントロールがしやすくなるから』とか…う～ん、そうですね、疾患教育的なところですよ。『この薬を飲んだらその辺が刺激が受けられないから』っていうようなところを話をしたりとか。(ケース B2)」や「これを飲むとやっぱり気分が良くなっているという所の確認をしていったりとか、『自分たちはそうやって見えますよ』とか『落ち着いて過ごさせてますよ』とか、う～ん…そうですね、『入院時はこうでしたよね』とか『お薬飲んでちょっと良くなったですよ』とかという『お薬がいいんですよ』というところを伝えたりだとかですかね。(ケース B2)」などが語られた。

〔患者が自分で小遣いの額を決められるよう支援する〕は、看護師側がお小遣いをいくらと決めるのではなく、患者が自身の年金に合わせて使う額を決められるよう支援することである。

「この人週 1000 円なんですって決めてても自分がまあ代わってってなったらあの、なんですか、その人の 1 カ月出る、生活保護になったり障害年金だったりで金額決めて、本人にこの金額を使える。全部使うと残っていかんし、そこはどうかで週いくらにするかとかって…で本人に決めてもらって。でも非難されたりはしませんがね、あの人にあんなにお金持たしてとかって言われることもありますけど…。(ケース L2)」などが語られた。

2) 社会生活実現に向けた方法を伝える

〈社会生活実現に向けた方法を伝える〉は、患者の思いを実

現するための方法を伝えたり一緒に考えることで、患者の自己実現へ向け教育することである。3つの概念が抽出された。

〔患者の思いを自己実現できる方略を患者に伝える〕は、患者が退院したいという思いを大事にしつつ、どうやったらそれが実現できるかその方法について段階の踏み方を説明する働きかけである。

「一方で『どうやったら退院ができるか』っていうのを、段階的に分かるようにプライマリーは・・・『こうやったら外出できる』、『こうやったら外泊できる』っていうのは、並行して・・・はい。あまり問題行動にばかり着目していると、多分、それは良くならないので・・・。(ケース F2)」などが語られた。

〔患者が安心して次の施設へいけるよう説明する〕は、家族の状況を伝えたりして患者が自主的に次の施設へ動けるよう説明する働きかけである。

「見学に行く前はですね、何も言わなかったですね、確か。『行ってみる気がありますか?』って聞いて。一応、『弟さんが通院されている病院のグループホームが空いたっていう連絡が入ったんだけど、一回見学に行ってみる気ありませんか?』って感じで伝えて、で、やっぱりお父さんもご高齢だから、ほとんどこちらに面会に来られなかったんですよね。弟さんが通院した時に面会とか出来るしって言って、そこら辺を言って、そしたら『行ってみましょうか』って感じで。1週間くらいですね。ほんと、1週間くらいで体験入所してくるってことが。(ケース C1)」などが語られた。

〔患者に退院するためには段階を踏むことの必要性を説明する〕は、一足飛びに社会生活ではなく、患者の退院を現実に即して、一歩ずつ押し量っていけるよう話す働きかけである。

「ここが中間施設がないので、そういうのを持っている所に転院をして段階的に社会に出れるようにしていきましょかという話をして。まあちょっとここよりも一歩社会に近いようなところでやっていきましょかというところ。見学に行ってもらって病院の様子を見ていただいて、情報提供ももちろんしますし。(ケース A1)」などが語られた。

3) 自らの権利を獲得するための行動を促す

〈自らの権利を獲得するための行動を促す〉は、患者自ら自己の権利を積極的に主張できるよう看護師の思いを伝え行動を促すことである。1つの概念が抽出された。

〔患者が自身の権利を獲得して欲しいという看護師の思いを伝える〕は、看護師として患者自身の権利を主張して欲しくて思いを伝えることである。

「あの、それこそ長く入院しているから、なんて言うんですかね…う～ん…外での生活をしてほしいなっていうこちらの気持ちですよ。それこそ、う～ん。『長年ここにいたからね、やっぱり少しでも外の生活をね、見たり聞いたり、体験してほしいって気持ちがあるんですよ』って感じで話をして。(患者は)『ふんふん』って感じですよ、もう。話は聞いてくれて。(ケース C1)」などが語られた。

4. 患者の要求を最大限実現する (表5-4)

《患者の要求を最大限実現する》は、患者の安全を守りつつ、患者の思いをしっかりと聴き、病棟ルールや入院治療に縛られず患者にとって最適な医療・看護を提供し、家族の協力も得て自己実現につなげることである。4つのサブカテゴリと10の概念が抽出された。

表5-4 患者の要求を最大限実現する

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
患者の要求を最大限実現する	患者の要求を最大限呑んで対応する	その場でできる最善の対応をする
		患者の希望に添うよう同伴で買い物に行く
		病棟ルールに患者を押し込まず患者の欲求を受け止める対応をする
		要求が止められて患者が欲求不満となっていることを解消する
	患者の意向を尊重し患者のルールに沿う	病棟ルールではなく患者の納得のいく方法に添う
		患者の行動に反応しないで見守る
		ルールを外しても患者の意向に添う
	患者の意向を後押しする	自宅ではなく単身生活を確保する
	患者の安全を守る新たなケアを考える	患者の安全を守りつつ思いをかなえる方法を話し合う
		毎日患者の状況を的確に査定し患者の安全と不利益を回避する

1) 患者の要求を最大限呑んで対応する

〈患者の要求を最大限呑んで対応する〉は、病棟ルールに縛られず、安全確保しながら患者の思いを叶える対応をすることである。4の概念が抽出された。

〔その場でできる最善の対応をする〕は、抑制は外せないの
で、その場でできる最善の方法で患者の苦痛改善を図る働きかけである。

「(夜間だったので)それは枕を使って、体位変換用の枕を使ってちょっとやってみようかなっていうので対応しましたね。なんとかちょっと気分的には多分、ちょっと気分は楽にましたとは言われていたんですけど。(ケース K1)」などが語られた。

〔患者の希望に添うよう同伴で買い物に行く〕は、単独外出が厳しい状況なのでできるだけ看護師が積極的に外出を誘い買い物ができるようにする働きかけである。

「まあ単独で出られるっていうことはできないので、まあそれなら一緒に出て同伴で院内の売店とかに出て伝票…お金はちょっと使わずに伝票で購入ができますっていうことをお伝えして、そういう感じで、同伴…はい、買い物に。(ケース J1)」や、「まあ一週間に1回、そういう水分補給とかあの、間食の摂取とか毎日やってますので、まあその量を見ながらちょっと飲み物が少なくなったら売店に買い物行きましょうとか。で、食べ物に関しても何か好きなもの、希望があれば買っときましようかという感じで。ま、一緒に行ってナースの方もこういうものなら大丈夫だろうという、ちょっと食べても危なっかしいものとか硬いものとか…歯の方もちょっと抜けちゃったりしますので、はい。そんなところで。(ケース J1)」などが語られた。

〔病棟ルールに患者を押し込まず患者の欲求を受け止める対応をする〕は、病棟ルールに縛られていた看護職の価値観が変容することにより患者の欲求に対する対応が変化することである。

「なので、うち、患者さんの声を聴く『Hの会』っていうのを一週間に一回してるんですよ。病棟の中でね、作業療法士さんとか、PSWも栄養士も入って、で、食事のこととかいろんなことの声聴く機会があったんですけど、よく前も入浴のことが出てたんです。

あの、お風呂の時間をもっと自由にしてほしいとか、夜寝る前に入りたいとか。けどもそう言ったことが結構それは『ルールなので無理です』って返事で返してたんですけど、今回そういうカンファレンスの中でこう話し合いがされた後、この『Hの会』であの・・・お風呂のこと？『皆さんの希望に添えるようにこちらも調整するので、何かご希望があれば言ってください』とかってスタッフというか、看護長さんがその時には言っていたので、ああそうやって患者さんの前では『ルールだから』って言ってたのがちょっと『声は聴くよ』『できる限りで対応しますよ』と言われてたので、それはちょっと良かったなっていうふうには。はい。(ケース H1)」などが語られた。

〔要求が止められて患者が欲求不満となっていることを解消する〕は、治療方針として患者の要求が止められて欲求不満となっている患者の要求をしっかりと叶えることで問題行動が減少し落ちつける働きかけである。

「できたら患者さん・・・自分だったらこうして欲しいっていう・・・自分がこの人だったら何で取るんかなって、こう、思ったときに・・・じゃあ、そうやってみようかな・・・。うん、おやつに関しても欲しいよねって。みんな欲しい・・・でも、その人はそういうこともあってもらえてないから、じゃあ渡すことで・・・もう『おやつも買ってあげよう』ってご家族にご連絡して、『こうこうで、おやつを1日何百円か使ってもよろしいですか』っていうことで、この、まあ、こっちのほうで聞いて、で、本人とお約束して、あの・・・今までは止められてる・・・なんかおやつ食べたら取り上げられるって、そりゃあ、人を取って食べてるから、取り上げられるじゃないですか。で、隠れて食べるっていう変な癖がついてたんで、おやつは1日、あの、1回食べれるけれども、必ず詰所の前のね、看護婦さんたちが一番見守れる場所で食べることを約束してください・・・それを約束してもらった。(ケース E5)」などが語られた。

2) 患者の意向を尊重し患者のルールに沿う

〈患者の意向を尊重し患者のルールに沿う〉は、患者なりの思いがある行動に対しこちらの価値観に当てはめず患者のルールに合わせて対応することである。3つの概念が抽出された。

〔病棟ルールではなく患者の納得のいく方法に添う〕は、病棟ルールに患者を合わそうとすると逸脱行為があるので、患者のルールにこちらが沿うことで患者が安心して逸脱行為がなくなる働きかけである。

「まあ、『じゃあ何個あったらね、あなたは落ち着くのですか？』って聞いて、で、本人かが言う数を。それが、減れば絶対に看護師さんも看護助手さんもくれるから、人のは取らないっていう、それもお約束して、他のスタッフにもお願いとして、していただいて。最初は名前を買ってたんですよ、その人のって分かるように、オムツに全部・・・紙オムツですけど。だけれども、もう、徐々にね、あの、追加してあげれば大丈夫っていうことが、他のスタッフにも、で、本人にも、あの『してくれるんだ』っていうのがね、今までは、減ってくじゃないですか、まっ、本人が・・・7個なら7個ないと不安やっていうところを、まあ、5個になった、看護助手さんに『欲しい』って言いに行っても『まだ5個あるからいいじゃないの』でも、本人は不安だから取に行くんですね、他の人をね（笑）だから、・・・もう、そこを叶えてあげることで、その、盗癖っていうのも・・・減って・・・。100%は減らなかったと思う、でも減ってきて・・・。それが分かったので、看護助手さんも本人が言えばすぐ渡してくれるようになって・・・。（ケース E5）」や、「そういったときに、まっ、裸に・・・私の中で裸になってもいい、トイレも、あの、ポータブルを設置してあげたんです、おトイレ行ける人ですけどポータブルで、そういう時はここでしなさいと。で、裸になってもいいから、カーテンの中で素っ裸でおってくださいって。（ケース E6）」などが語られた。

〔患者の行動に反応しないで見守る〕は、患者の行動化のパターンがわかっているので、その場で看護者が反応しないで見守る働きかけである。

「ある程度は、その裸で出てきたりするっていうのは続いてましたけど、まあ、でも1時間くらいしたら収まるっていうのは、みんなの中では分かったので、拘束せずに、そのまま様子を見てくれたのでね。（ケース E6）」や「本人も、その時はもう放っておいて（笑）私は・・・（笑）。一回そうなった（裸になって興奮する）時にね、まっ、拘束しようと思ったら、物凄い力で大暴れして、まっ、スタッフもね、ちよっと当たって怪我するし、患者さんもやっぱり・・・色んなところ・・・こう・・・打ったり、抵抗して大変だったので、もう、その時は、もう1時間くらい様子見て、好きにちよっとさせてあげてて、あんまり裸なるとる時は、ドア閉めて、カーテンだけ閉めてあげてっていうことで、スタッフの方・・・お願いして・・・。反応しないって・・・。あんまり、こう、わーっとなってる時に、こっちが反応してね。（落ち着いたら）服着て、出てきて・・・。（ケース E6）」

などが語られた。

〔ルールを外しても患者の意向に添う〕は、保護室であっても患者の訴えに対しての望みが叶うようにする働きかけである。

「OTさん、ワンツーマンで、音楽、歌とかしていただいたりとか、ピアノ弾きたいとかっていうのもあったので……。でも、キーボードを持ってきたんじゃないかな。音楽をしてたんだと思うんですよ……。 (ケース G2)」や「自分で要望は言われたんだと思います。それで、叶えられるところは叶えて、できないところはできないってメリハリをつけようっていうところではしてたと思うので……。まっ、心に安らぎがないとかって言われる方でしたので……。これだけしっかり主張できるっていうのは、ある意味貴重だったので……。 (ケース G2)」などが語られた。

3) 患者の意向を後押しする

〈患者の意向を後押しする〉は、患者の自己実現に添えるよう支援することである。1つの概念が抽出された。

〔自宅ではなく単身生活を確保する〕は、患者の退院したい思いを単身生活という形で実現することである。

「(本人は退院を)したがってます。今回は退院のときにですね、ご両親が離れて単身生活で退院したんですよ。距離も置いて。(一緒になるとね、喧嘩ばかりしちゃうから) アパートで、単身のアパートです。(それぐらい自力で) 全然しっかりしてます。(ケース L2)」や、「最初入院...退院する家族が来る前に、ご両親も暴力があるんで次は家には一緒に生活が厳しいというところもあった。(中略)ただ状態良くなって退院の話になってくるとご両親はじゃあアパートでっていう話になって。で、アパート探してたりしてたんで。最終的にはアパートに退院で(ケース L2)」などが語られた。

4) 患者の安全を守る新たなケアを考える

〈患者の安全を守る新たなケアを考える〉は、患者の安全を守りつつ患者の要求に添えるよう新たなケアを看護チームで話し合うことである。2つの概念が抽出された。

〔患者の安全を守りつつ思いをかなえる方法を話し合う〕は、患者の思いを大事にしつつ安全にケアを遂行するための方法を具体的に話し合うことである。

「次からはどうするようになったかっていうことなんですけど、次からはそこはちょっとこう、PICUの中にホールがあって、お風呂があってっていうのが8床あるっていう、一番奥のこう、窓が広いところにホールがあるんですけど、そのホールでスタッフは記録をしましよと。もうその場を離れて、そのところにいる。で、カギをかけても10分おき位には声をかけるとか、開けてもいいかとか、そういうことをするというのを患者さんに了解を取りましようというようなことが、カンファレンスの中でもやっぱりいろいろ出て、あの…それがこう倫理的な問題なんだよっていうようなところも、やっぱりスタッフはその時までは気付かなかっただけでも、自分がもしそうされた時にはどんな風を感じるかってことも、やっぱりみんな、言語化がその時には出来たので。(ケース H1)」などが語られた。

〔毎日患者の状況を的確に査定し患者の安全と不利益を回避する〕は、ルーチン化した慣れでケアをするのではなく、毎日きちんと査定を行い患者の安全を確保して患者に不利益被らないようにすることである。

「あの…お風呂をもう紙に、行ける人っていうのを書いたのを一回廃止して、部屋の受け持ちさんがちゃんと監査じゃない状態で、今日この人お風呂言っているかどうかって、部屋の人を確認するっていうようなそういうようなことをやりましよう。そういった中ではことをタイムリーに？決まってるからじゃなくて、ちゃんと毎日見る、査定するってところですね。(ケース H3)」などが語られた。

5. 患者のプライバシーや自尊心を護る (表5-5)

《患者のプライバシーや自尊心を護る》は、患者のプライバシーを護りつつ、一人の人として尊重した関わりをすることで患者の権利を護る働きかけである。2つのサブカテゴリと9の概念が抽出された。

1) プライバシーを護るケアを徹底する

〈プライバシーを護るケアを徹底する〉は、患者のプライバシーを護るため、患者が羞恥心や恐怖心を抱く場面では同性の看護師が付き添うことで患者の羞恥心や恐怖心を和らげ、チーム内でそれを徹底することである。3つの概念で形成された。

表 5 - 5 患者のプライバシーや自尊心を護る

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
患者の プライバシー や自尊心を護 る	プライバシーを護るケアを徹底する	患者のプライバシーを護るために必ず同性が入り対応する。
		患者のプライバシー保護を看護の中で徹底する
		師長・主任とでタイムリーにスタッフから情報収集しその場で指摘する
	患者を信じ 同じ人間と して寄り添 う	同じ人として患者を尊重していることを口に出して伝える
		病人ではなく同じ人としてその人のしんどさに寄り添う
		患者が納得できるように一つひとつの訴えに添う
		患者を信じ患者の訴えに添う
		患者の屈辱さを理解し患者に気持ちのしこりが残らないよう対応する
		患者との信頼関係を崩すような対応はせず患者の希望に添う

「患者のプライバシーを護るために必ず同性が入り対応する」は、患者に脅威を与えないように、同性が関わり状況に応じて人数配置をするよう、その場で問題解決をすることである。

「でも、やっぱり女性だけで押さえられないので、・・・っていうのと、問題行動が起きたとき・・・ま、できるだけ、最初あまり大勢で関わると余計に行動が大きくなる可能性もあるので、最初は部屋持ちの、女性である女性のスタッフが関わって、まっ、説明とかでも対応できなくなってきた場合に、男性が駆けつけるっていうことで・・・いきなり数名で対応するのではなく、徐々に人を増やしていく、必要な人数を配置していくというふうに・・・(ケース F1)」や、「他のスタッフには女性ナース、『結構男性ナースがどんどん行くタイプですけど、やっぱり女性ナースが行かないとだめよ』みたいなことは他のスタッフにも伝えたりはしますけどね。(ケース B1)」などが語られた。

「患者のプライバシー保護を看護の中で徹底する」は、プライバシーに関わることは、同性の看護師が必ず入り患者に安心してもらうことをチーム内で徹底することである。

「納得してもらえそうな説明ってまず、ほぼできないので。簡単な、簡単ではありますが、本当に声を掛けるとか、本当にさすというか、ボディタッチというかですね、したりとかそういうこ

としかあまりなくって。っていうのも、そうですね。その場面はそうなんですけど、まあそういう風なことがあるから、他のスタッフには女性ナース、『結構男性ナースがどんどん行くタイプですけど、やっぱり女性ナースが行かないとだめよ』みたいなことは他のスタッフにも伝えたりはしますけどね。(ケース B1)」などが語られた。

〔師長・主任とでタイムリーにスタッフから情報収集しその場で指摘する〕は、問題発覚時、師長と主任とで、その時にいた看護師に状況を聴き、その場で対応の仕方の不備を注意することである。

「で、その時・・・まっ、今の師長と私と・・・その場にいたスタッフ・・・全員はいなかったんですけど、男性スタッフ読んで事実確認をしたら、まあ、確かに笑ってた人もいたし、ちょっと靴下か覚えてないけど、その辺にあったもので顔を押しえてた・・・まっ、口元ですけど押しえてた人もいたっていうことで・・・注意をしたのと、女性・・・拘束する場合は必ず、女性職員も入るっていうふうに・・・注意をしたっていうことがありました。(ケース F1)」などが語られた。

2) 患者を信じ同じ人間として寄り添う

〈患者を信じ同じ人間として寄り添う〉は、患者を病人としてみず同じ人として対等な立場で寄り添うことである。6つの概念が抽出された。

〔同じ人として患者を尊重していることを口に出して伝える〕は、患者をいつもすごいと尊重していることをきちんと口に出して伝える働きかけである。

「あの、個人的にもその人(患者)のことをすごく尊敬してるんですよ。すごいなと思ってて。まあ頼りにはしてくれているんですけど、私もすごいなとずっと思っていてなんかそれを口に出してずっと伝えてきたんですね。『あの自分だったらあなたのようにがんばれんかもしれん。だけどあなたは一生懸命しとるのでそれはやっぱりすごいことだと思っし』っていうのをずっと繰り返し言って、で、『それ以上にあなたががんばろうとしているんだから、それは今ちょっと難しいかもしれん』ということでストップかけた方が良くないと思う時にはあの、ストップをかけてもらう。(ケース M2)」などが語られた。

「病気として関わるのではなくその人のしんどさに寄り添う」は、病気扱いではなく患者の生活のしづらさに焦点を当てて話をする働きかけである。

「病気だからっていうところは関係ないところの話だとか、その・・・治療がよく進んできたなら、その、病気だからっていうところにこだわらなくて、そこは、『そういうところ、困らないですか』っていうふうなとか『しんどくないですか』っていうふうな・・・その、『それがあなたの生きづらさですよ』っていうふうな・・・ところで考えるように・・・なるべく話の方は進めていくようにはしましたけど、まあ、やっぱりこう、すごく自分の都合のいいように解釈されるので、あの・・・。(ケース G1)」や、「別に、年上の方でしたので・・・僕も、そういうふうに・・・(中略)ちょっと年上でしたので、そこはいいんですけど・・・。まっ、でも、そういうふうに病気を受け止めてない人とかが、逆に、この・・・。家族は多分、すごい対応も丁寧にしてくれるし、一般病院と同じような感じで対応してくれてるから、昔みたいな精神科じゃないっていうふうにこられたらいいかなって思って・・・こう、思ってくれると思うんですけど、逆に、病気って受け止めてない人とか、病気として扱われているんだなって感じる人はいるんだなっていうのは、僕もその時はショックでしたし、そういうふうに思うんやっというのは・・・。ちょっと驚きましたね。なんか、こう、今までの考え方がガラッと・・・考えさせられた方だと思います。(中略)気を使われすぎて・・・過度に気を使われているっていうのが、っていうのがあるのかなっていうふうに僕は感じたんですけど・・・(ケース G1)」などが語られた。

「患者を信じ患者の訴えに添う」は、患者の妄想的な訴えにも添い、患者自身の力を信じてやってもらおう働きかけである。

「その・・・基本的に、印象ですけど、病気の方って、すごい受け身の方が多いのと、・・・入院したら特にそういうポジションパワーとかもありますけども・・・いつも、患者さん役を演じた方が早く・・・治療に乗っかる場合もありますので、一概に悪いとは言わないんですけど、逆に、健常な方とかでも、地域で生活している方とかも、割としてもらっていうのが当たり前ってところがあるかなっていう・・・ところが印象としてはあるんです。だから、その、力を個々としては僕らより優れているとこ個人でいっぱい持っていると思うのに、その、その場所を作って・・・実用的な・・・って印象がすごく強いので、そういうところは、まっ、こういう

方とかは自分で切り開く方でしたので、その場を作るだけでなくって、本人の力を発揮させていくっていうのは、課題ではあったので・・・(ケース G1)」や、「お母さんに騙されたとか、お金を取られたっていうふうにかなり言われてたので・・・じゃあ、全部自分で管理してもらおうって・・・。それができるだけの力はある方でしたので・・・。そういうところは、すごく意識してやってたかなと思いますね・・・。(ケース G1)」、「担当のケースワーカーだとかドクターの方だとかも、割と、よく、その当事者の訴えを聞いてくれるケースでしたので、措置入院ではあったんですけど、ちょっと本当にお金取られてるのかとか銀行の口座に確認に行ったりだとか、えー、そういうの、すごく一個一個しながら、やっぱり『そんなことなかったやろ?』とか・・・うーん、『そこは妄想であって本当じゃないですよ』っていうのとかを、一つ一つ確認・・・(ケース G1)」などが語られた。

〔患者の屈辱さを理解し患者に気持ちのしこりが残らないよう対応する〕は、患者の気持ちにしこりが残るような対応はよくないと判断し患者の気持ちに添う働きかけである。

「看護師さんも悪い人ではないと思うんだけど、ちょっと言い方がちょっとこう押さえつけ的な言い方をたまにするから、ちょっと引く、私的には引っかけりを覚えるなあと思いたった所で、そう言われて。『あぁまずいな』って思って。で、患者さんってしんどい時、いい時はいいけど、悪い時にされた思いっていうのは絶対残るから、これはしたくないなって気持ちがあって、あの、まあした(排泄介助)んですけど。(ケース S1)」などが語られた。

〔患者との信頼関係を崩すような対応はせず患者の希望に添う〕は、その後の患者との信頼関係について予測し患者の希望通りトイレ誘導することである。

「いや、この人は動ける人だし、今までずっと社会で生活してきた、たまたまいろんなストレスで過呼吸発作を起こしてしんどくてしんどくていけないからうちの病院に緊急でつながった人なのに、で、『トイレ連れて行ってあげないの?』ってまあ私は夜勤者の大変さは分かるんですけど、『いや、ポータブル座らせても出ないんだから』って言うから『いや、その時は出なくても、もしかしたら行って座るだけでも安心するとか、プライバシーが保てないと思うんやったらカーテン引けばいいんじゃない?』って言ったら『オムツしてるからオムツにすればいいんじゃないの』って本人を目の前にして

言うから、はてさて、どうしてって思って、『じゃあ、分かった。夜勤さん忙しいんやったら私でいいんだったら、まあポータブル持ってきて』、本人さんには『出る？』って聞いたら『分からんけど、でも点滴ずっとしてるし』、『それなら、出ないかもしれないけど、とりあえずポータルは座ってみようか』って『トイレにこのまま歩いて行くのはちょっとしんどい？』って言ったら『しんどい』って言うから『そうですか』って、で座ってもらって、まあ出なかったから、でもとりあえず『出なかったね、それなら横になっていこうか』って話で。(ケース S1)」や「ただ、その、患者さんのいろんな背景を考えて、そこでできる能力のある人をこちらの一方通行だけで『ダメ』って言うのはちょっと嫌だなって思ったのと。(中略)たかだか、20分も30分も時間を割いてしまわなくっちゃいけない仕事ではなくて、行って出たら『良かったね』って『ちょっと安心できるよね』っていう、まあその一言が、患者さんにも座ったら『間に合ってたね』って『オムツしなくて良かったよね』ってやっぱり反対に自分の親にしても、大切な人に対してもそういうのを聞いて『嫌だな』って思うことがあったので、「それはちょっとまずいよ。人として、看護師さんとしてじゃなくて、人としてまずいよ、その言い方もまずいよと。私の中の『まずい』、言葉が悪いんですけど、不適切な対応に捉えられかねないよって。(中略)私はとりあえず、(トイレで)した方が後の彼女に対しても『オムツにしまった』っていうあの感覚は嫌だなと。なので、その反対に自分がそうされて喜ぶべきものではないなと思って、それでまあ、差し出がましくとは思わなかったんですけど、これはまずくなるなど。お互いの彼女との今後の治療関係とか、対人関係でもそんなのが残るのが私は嫌だなと思ったので。(ケース S1)」などが語られた。

6. 早めに患者の不利益を察し回避する (表5-6)

《早めに患者の不利益を察し回避する》は、患者自身が病状により権利が侵害されていることに気づけない状況に対し、看護師や家族、地域支援者で患者の権利の不利益な状況を察して、早めに不利益を回避する働きかけである。2つのサブカテゴリと4つの概念が抽出された。

1) 患者の不利益を回避するよう看護師が察知する

〈患者の不利益を回避するよう看護師が察知する〉は、患者自身が自分の不利益についての理解力が低下しているため、看護師が患者にとって不利益にならないよう察知し患者を護ることである。3つの概念が抽出された。

表 5 - 6 早めに患者の不利益を察し回避する

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
早めに患者の不利益を察し回避する	患者の不利益を回避するよう看護師が察知する	自ら不具合を訴えない患者には看護師が早めにキャッチし対応する
		患者の行動パターンを認識する
		患者の行動が誰でもわかるように可視化する
	患者の周りとは協力して不利益を回避する	家族や地域の支援者と協力して内服できるように支援する

〔自ら不具合を訴えない患者には看護師が早めにキャッチし対応する〕は、思っているも自ら訴えない患者には看護者が早めに状況をキャッチし患者が訴えられるように話を聞く働きかけである。

「多分ご自身からどうしたいというようなことを言われたのではなかったと思うんですけど、うん…まあその方の生活パターンというかその辺を聞くことで…うん…『今普通に飲んでではダメだね。』とか、やっぱりアルコールとの関係が悪かったりしますよね。ですので、その薬を飲む時間とか、アルコールも飲まないようにしたら少量みたいな感じを先生とちょっと相談しながら、そうなり、『そういうことはできますよ』というところを伝えていく。沿ってやっていたのと、例えば本人が言えない分こちらが早めにキャッチにしないといけないかなっていうところはすごい感じる場所ですね。例えば（薬に関して副作用とか）本人が言えない分こちらが早めにキャッチにしないといけないかなっていうところはすごい感じる場所ですね。（ケース B2）」などが語られた。

〔患者の行動パターンを認識する〕は、患者の症状の出方のパターンを知ること、患者の不利益を回避し患者の意向に沿う判断をすることである。

「まあ、調子のいい時ははずれているときもあるって聞いてて受けたんですけど、結構、その調子のいい時にお話すれば、結構理解力もある方だになっていうことが私の中で思って。1時間くらい、ちょっとおかしな…こちらが説明しても何も入らない時があるんですけど、1時間くらいしたら、落ち着いて…こちらの話がね、分かって下さるっていうのが2か月くらいで感じて…。その人…を、ちょっと、拘束を…はずしてみたいって、私の中で（笑）思って。（ケース E5）」などが語られた。

〔患者の行動が誰でもわかるように可視化する〕は、患者の行動が患者もスタッフも主治医もわかり頑張りにつなげるよう可視化することで患者の不利益を回避する働きかけである。

「拘束をしなかった日が、あの、20日とかこうカレンダーを、私、渡して、その日の部屋持ちさんに、その方がね、そういった、どうしても拘束しなきゃいけないくらいの不穏さにならない時は、しなかった日は、まあ、印鑑・・・大丈夫だったよってという印鑑を押して、で、『それがここまで溜まったら、先生に、おやつお願いしてもいいか聞いてあげるね』で、またこっち・・・で、それがね、やっぱり・・・2か月ぐらい続いたので、先生もやっと終了印（を押した）・・・（ケース E6）」や、「（うまくいったら）次に行けるんだよっていう。そういうのもやってみました、その方には。一応、分かりましたということと、印鑑を押して下さいって（笑）。（本人の）励みになったと私は思います。（ケース E6）」などが語られた。

2) 患者の周りと協力して不利益を回避する

〈患者の周りと協力して不利益を回避する〉は、患者自身が自分の不利益についての理解力が低下しているため、看護師が患者にとって不利益にならないよう家族や地域支援者に働きかけ患者を護ることである。1つの概念が抽出された。

〔家族や地域の支援者と協力して内服できるように支援する〕は、家族や地域支援者の協力を得て、内服に拒否的な患者の内服が継続できるよう支援することである。

「そういう時は家族にお薬の管理、管理というか、見てもらうことだとか、まあデイケアに行かれる方がいればデイケアに言ってその辺も管理してもらうだとか・・・う～ん、そうですね、あとは訪問看護とかそういうようなところを使って様子を見てもらうとか…。まあその辺は主治医からも説明したり、疾患についてとか薬についてとか、だからお薬がこういうところで必要なんだというような家族支援教育的なところを話してもらって。（ケース B2）」などが語られた。

7. 患者の自己実現に向け支援体制を整える（表5-7）

《患者の自己実現に向け支援体制を整える》は、患者の自己実現に向け退院後の支援体制を整えること、入院中に自己実現が達成されるように他職種協働で支援することである。2つのサブカテゴリと6の概念が抽出された。

表 5 - 7 患者の自己実現に向け支援体制を整える

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
患者の自己実現に向け支援体制を整える	患者の自己実現の維持のために地域での支援体制を整える	地域生活の維持に向け入院中から訪問看護と連携する
		退院までに施設担当者と患者の状況と支援計画を共有する
		地域生活の継続が可能になるよう支援者会議を開きフォロー体制を検討する
		患者の望むスムーズな退院に向け家族、他職種間で情報共有する
	患者の自己実現に向け多職種が協働し関わる	患者の地域で生活したいという意向を尊重しつつ患者・家族、多職種で退院に向けて話し合う
		病院内外の医療職と連携して患者の望む社会生活が送れる土壌作りをする

1) 患者の自己実現の維持のために地域での支援体制を整える

〈患者の自己実現の維持のために地域での支援体制を整える〉は、患者の地域生活の権利が達成され継続できるよう地域での支援体制を調整することである。4つの概念が抽出された。

〔地域生活の維持に向け入院中から訪問看護と連携する〕は、入院中より訪問看護やヘルパーとなじむことにより、安心して退院後の生活ができるようにすることである。

「訪問看護とヘルパーを、二人とも同じところで使っていて……。外泊中から弟さんには入っていたので、本人用（外泊中の食事）のも持って帰ってはいただいてたんですけど……。その方は病院にある訪問を使われてましたね……。ヘルパーもそうですけど……。もともといた病棟スタッフが訪問に行ったので……。他の訪問スタッフも、入院中から……。週1回ぐらい面会に来て……。病棟に（来てくれる）。（ケース F3）」などが語られた。

〔退院までに施設担当者と患者の状況と支援計画を共有する〕は、退院後の生活がスムーズに行くようデイケアスタッフと病状や退院後の計画について共有することである。

「（デイケアの職員に対して）ほんと入院までの経緯をこうカルテ上で示して、あと入院中の様子はもう口頭で伝えて、まあ一人暮らしをするために、あの…家にずっと引きこもってもいけないので、出てきてもらって、まあ安否確認も。あとは活動をちょっと促していくとこで関わって欲しいと。（ケース D1）」などが語られた。

[地域生活の継続が可能になるよう支援者会議を開きフォロー体制を検討する]は、家族、主治医・看護師、地域の医療・福祉職とで退院後のフォロー体制について話し合い退院後の支援体制を作ることである。

「ですから家族が『退院させたい』って申し出があって、一応ケア会議とか結構開いたんです。保健師と、地域の福祉時事務所？だったかな？それを数回開きました。福祉事務所か福祉センターだったか。それは、(主治医と看護と)家族と。数回ですね。退院後の生活とか、その辺をあの、考えて、開いたんですけどね。まあ薬をちゃんと飲むようになって話が前提だったんですけど、そのサポートを『お父さん、しっかりしてくださいね』ってですね。で、そんな感じで順調に行っていたんですけど、結局、その退院したいって思いがあったんで。(ケース T1)」や、「(入院を拒否して離院し病棟に戻ったあと)その後実際、関係者全員で集まって、今回依頼かけてきた人たちと地域生活をどう支援するかっているのをカンファレンスしてますね。(外来、病棟、訪問、PSW、主治医)そうですね。日程合わせるのから大変なんですけどね。この人(患者)は最後に入れてますね。一番最後に。で、最初、関係者だけでちょっと話をしてて、で、もう1回だけ、なんか先生が心配で、患者さんを入院させるのも分かるけれども、あの、どうも本人は出来る限り入院しなくて、地域生活をやりたいようなので、まあ、外来と訪看で今支える気があるって言ってて、実際どれくらいやったかな？週に2回くらい、訪看が行くし、外来は外来で来た時に本人の話を聞いているので、状態が悪いとか、ほんとに本人が入院させてほしいって思った時にはちゃんと、あの、看護側からの相談を入れるから、今回の離院するくらいやっぱり、なんか病院への怖さもあるので、まあできる限り入院は減らした方向で行けないだろうかと話を最初してますね。(ケース Q1)」などが語られた。

[患者の望むスムーズな退院に向け家族、他職種間で情報共有する]は、患者の退院に向け、院内外の医療職、親族を交えて、患者の病状、退院後の支援体制について具体的に情報共有を行い、スムーズな退院を促すことである。

「叔父さん夫婦と・・・主治医と、看護師、OT、ワーカー、あとご本人さん・・・(中略)退院を決める時も来られてて、退院日を決める時も来られて・・・多分2回来られてると思います。まず、ご本人さんの病状を主治医から言ってもらって、看護は、まあ、患者さん

が不安になった時に、緊張が活発になって、しんどくなるけれど、話を聞いてあげるとちょっと軽減されるとか、電話もかかってくるかもしれないですけど、聞いてあげてください、みたいな……。サービスの説明とか……。どれだけ入っているかとか……。どんなことをするするか……。(ケース F3)」などが語られた。

2) 患者の自己実現に向け多職種が協働し関わる

〈患者の自己実現に向け多職種が協働し関わる〉は、患者の自己実現に向け入院中に他職種協働で支援することである。2つの概念が抽出された。

〔患者の地域で生活したいという意向を尊重しつつ患者・家族、多職種で退院に向けて話し合う〕は、患者と家族も含めた他職種で、患者の意向を大事にしながら今後の話し合いをする働きかけである。

「ケア会議的な、先生と看護部とソーシャル、ご家族とか本人で話し合っ。その方の希望を叶えるためにはそういう風な所の方がいいんじゃないかというところで最終的に話し合いをした時に(ご家族が)『分かりました』と。多分最初にそういう話がどうだろうかと、先生ももちろん入っていただいて、で、お姉さんの方もこの辺は気になるなって、どうなのかなって話はされましたけど。転院に対して、ずっとここにおってほしいってところもあったので、家の近くってところも安心だけれどちょっと逆に、こう不安があったみたいなんですけど、でもまあ本人の状況を見られて、昔ほどの活発な症状ではないし、落ち着いているってことで、やっぱりご本人の希望もあるので、転院はいいですよって2～3回くらいはやったような気がするんですけど。(ケース A1)」などが語られた。

〔病院内外の医療職と連携して患者が望む社会生活が送れる土壌作りをする〕は、病院の主治医・PSW と施設の PSW と連携して患者が望む社会生活へスムーズに移行できる土壌作りをすることである。

「で、『今なら空いてるけど、どうですか?』っていうのをケースワーカーさん経由で来て、『この方どんなですかね?』っていう風に伝えて、先生が『まあ、見学に行ってみて、体験入所とかできて、それだったら大丈夫かもしれない』ってことで、一応見学に行っ、それこそ院長先生の家だったんですけど、そこに4～5人入れるって感じで、グループ生活するって感じの所だったんですよ。それ

で『一部屋空いてるから』って見られて本人が気に入ったんじゃないけど、やっぱりここよりはいいと思ったんでしょうね。で、『体験入所してみる気ある？』って聞いたら『やってみます』っていうことで、一応、あの時一泊二日でしたのかな？他の患者さん、まったく知らない他の患者さんとどのように生活できるのかちょっと不安でしたので、向こうの病院のケースワーカーさんに一応お願いして、見てもらって。(ケース C1)」などが語られた。

8. 患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する (表 5-8)

《患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する》は、患者や家族それぞれの思いを代弁したり、仲を取り持つことや、家族・住民の思いに沿うことで、患者と家族・住民との関係を再構築することで患者と家族・住民が地域で共存することで患者の自己実現を獲得するための働きかけである。6のサブカテゴリと17の概念が抽出された。

1) 家族に患者の思いを代弁する

〈家族に患者の思いを代弁する〉は、患者も素直に家族に伝えられない思いを家族に代弁し関係改善を図り、家族も納得し患者の自己実現につなげる働きかけである。3つの概念が抽出された。

[患者が家族に素直に伝えられない思いを代弁する]は、患者が家族に対して感謝する思いはあるが、素直に伝えられず関係がぎくしゃくとしているのを改善するために、患者の代弁者として感謝の思いを伝える働きかけである。

「お姉さんへの感謝の気持ちも本当はあるんですけど、してくれないっていうような思うの方が強くて、そこを素直に伝えられなくて。(中略)ちょっとタイミングが合えばちょっと一緒にその場で同席させてもらって、ご本人の様子とか思いを、思いをなかなか上手に伝えられない方だったので、すこし代弁をしつつ。(ケース A1)」や、「要求ばかり、わりとされてしまうので、きちんと入金とか最近はよく面会にも来てもらっているからとても喜ばれているんです。ということをお姉さんにお伝えして。(中略)少し一応思っただけのことをお姉さんにお伝えしたって、遠慮もあってなかなかお伝えできなかったってとこですかね。(ケース A1)」などが語られた。

[患者の退院したい思いを家族に代弁する]は、患者は退院

を望んでいたが家族への遠慮もあって直接言えない思いを看護師が代弁し家族に患者の思いを伝える働きかけである。

表 5 - 8 患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する	家族に患者の思いを代弁する	患者が家族に素直に伝えられない思いを代弁する
		患者の退院したい思いを家族に代弁する
		患者の退院への思いを代弁しつつ家族を説得する
	患者に家族の思いを代弁する	家族の直接伝えられない思いを患者に代弁する
	患者と家族との間を取り持つ	患者と家族の間に看護師が入り自宅で向き合う機会を提供する
		親子関係の改善のため患者のよい面を伝え親子の間を取り持つ
		家族と定期的に面会ができるよう調整する
		面会時は看護師も同席し両者が安心して面会できる支援をする
		親族が患者と家族との仲介ができるよう支援する
		家族と話し合い望む退院へつなげる
	患者の自己実現に向け家族の協力を得る	患者の欲求を満たすため家族の協力を得る
		保護者にも患者の退院を納得してもらえよう状況を説明する
	住民との関係修復を多職種協働で行う	PSW と連携し患者の関係者と地域住民会を開き話し合いをする
		PSW と患者情報を共有する
	家族や住民に看護が頼れることを伝える	家族が相談しやすい雰囲気を作る
		退院後も患者家族を支援する体制を家族に伝える
住民の対応困難時の連絡先を確保する		

「外出も最近はさせてくれない。退院もちょっと当然ながらできない。でも退院したい。というような思いはずっと言われていて。(中略)お姉さんに関しては症状の方もある程度安定されてきて、ちょっと粗暴さのようなものもないし、自分の中の日常の生活リズムとかそういうところもきちっとできているところを伝えて。でまあ、いきなり一人での生活はこちらから見ても不安だと思うからというところで、お姉さんの近く、面会にも来やすいところでその辺のことを考えてもらえないかってところで(伝えた)(ケース A1)」などが語られた。

〔患者の退院への思いを代弁しつつ家族を説得する〕は、家族に患者の置かれている状況や患者自身の思いを代弁し退院に向けて説得する働きかけである。

「1回お父さんと面接して本人と口論になったあとに本人には病棟に帰ってもらって、ご両親だけに。ご両親はどうしても心配してるけど本人がこれに対する思いと認知の違いとか、そこが埋められない、どうしても埋められないとかあーいうふうに会うと喧嘩になると。で結局、社会に出れるのに出ないということは本人はいつまでもお父さんのせいだと思ってますよ。これ繰り返す限り、いつまでも退院できないし、また悪くなる。(ケース L1)」、「お父さんは本人には、こう思ってるこう思ってる、お父さんに対してこういう思いがありますよっていうこと(を伝える)。だからそうじゃないんだっていうことを、言葉で今これをつくしても多分、余計にヒートアップしたりするから、態度で示すって言ったらかかしいですけど、過剰な心配とかそういうのを、もう少し本人を認めてあげるといったような関わりを勧めますが、お父さんはお父さんで出来ない。(ケース L1)」や、「ここが中間施設がないので、そういうのを持っている所に転院をして段階的に社会に出れるようにしていきましょうかという話をして今、本当は、お姉さんは報告も病院から変わることも自体も拒否的だったんですけど、たびたび面会に来てもらってお話をしたりとか、電話でお話することでちょっとその転院に関してもお姉さんに了解してもらって、結局お姉さんの近くの病院にちょっと転院をされて。(ケース A1)」や、「本当に社会にっていう所ではないんですけど、ここよりは少し自分の希望が叶う所になってところで。(中略)その辺でちょっと近くのD病院さん(グループホームを併設)で引き受けの話も合ったんです。たまたまタイミングも良かったってことで、そこがあといろいろと発達の施設とかもあったんで、そこならばというので、お姉さんのご自宅もそこから近いので。(ケース A1)」などが語られた。

2) 患者に家族の思いを代弁する

〈患者に家族の思いを代弁する〉は、家族と患者の関係が悪化しているため、患者に家族への思いを代弁することで家族に対する患者のイメージをよくすることで、家族との関係を改善する働きかけである。1つの概念が抽出された。

〔家族の直接伝えられない思いを患者に代弁する〕は、患者と家族がお互いに思いを上手に伝えられず関係が悪化しているため、家族の患者に対する思いを伝え、上手に家族と対応でき

るように家族の思いを代弁し患者の気持ちをほぐす働きかけである。

「お姉さんにも気持ちを、どの辺が怖かったのか、ちょっとお姉さんとしても厳しいことを言ってたかも知れないんだけど、でもちょっと弟のことは気になるんだよっていうメッセージをやっぱり言っていたので、ちょっとお姉さんの気持ちを汲み取りながら少し不安感をとってと言うか(ケース A1)」や、「言葉には出してないけど、すごく気にされてたりするんだよ、というところを。(本人に伝える。)(本人は)『へえ』みたいな感じで。照れた感じで言われたりとかしてました。(ケース A1)」、「絶対に退院させたいとか、させないとか、そういう意味ではないんだと。面会も来てくれない、外泊をさせてくれないに対してはさしてあげたいって気持ちはあるけど、やっぱりちょっと昔の思いがすごくあって、ちょっと生活もあるし、でもやっぱり一人しかいない弟だからすごく気にはしてるっていう点を大分おっしゃってたので、『自分の思った通りにお姉さんは動いてはくれないかもしれないけど、すごくあの、あなたのことを心配してくれて、気にかけてくれてるんだよ』って患者がいいようにって言う思いをしているってところをお伝えしたような気がしますけど。(ケース A1)」などが語られた。

3) 患者と家族との間を取り持つ

〈患者と家族との間を取り持つ〉は、患者と家族が向き合える場を設け、家族との関係を維持することで患者の自己実現につなげることである。6つの概念が抽出された。

〔患者と家族の間に看護者が入り自宅で向き合う機会を提供する〕は、家族が患者対応に不安を感じ家族と患者だけでは向き合うことができないため、看護者や PSW が間に入り自宅外出を実現し、関係を作る働きかけである。

「一回私が師長さんをお願いして、患者さんを連れてご自宅まで会いに連れて行きました。本人・・・あまりにも可哀想だったので・・・「じゃあ、会いに行こうか」って感じで行かせていただいたら、まあ、お母さん達も、まあ、本人さんが好きなご飯を用意してくれてね、食べて、一緒に連れて帰ったんですけど。まあ、そこで、ご家族が、あの、置いて帰ってもいいって言ったらね、一泊ぐらい外泊してもらえるように薬も持っていったんですけど、そこは、ちょっと拒否されまして(笑)まっ、連れて帰ってきたんですけどね。だから、そういうのもやっぱりね、看護は自分から、まあ、言いだ

したりっていうか、こう、たたいてあげないと、なかなか進まないのが、今のところの……。やっぱり、そこをできるだけ叶えてあげようっていう、やっぱり……。(ケース E7)」や、「その後ちょっとずつ、あの、関係づくりからと思って、一緒に外出をして……。(姉と弟と)。で、スタッフも立ち会って……。(看護師と) ワーカーさんとか、まあ……。(ケース F3)」や、「その辺(弟の本音)を、2人がいる時じゃなくて、本人も聞いた方がいいって2人で付いていったので、ワーカーさんが、弟さんと関係とれてたので本音を聞いて……。最初は帰ってきてほしくないって……。口うるさいし嫌だと言ってたんですけど、まあ、なんとか……。部屋も違うし、帰ってくるなら別に帰ってきてもいいけどみたいな感じに……。(ケース F3)」などが語られた。

〔親子関係の改善のため患者のよい面を伝え親子の間を取り持つ〕は、母親の観ていない患者のよい面を伝え親子関係の改善のための仲介をする働きかけである。

「あの子ども泣きよっても知らん顔して帰って行くんです。だけど、それは本当はどうでもよかったら来てないと思うんです。だからいっそ子どもとどう向き合っているのかも心の中でわからなかったんかたでしょうし、まあどうしても仲介はいると思うんですよ。あの、先生も書かれてますけど仲裁をしたり仲介をしたり。で、子どもがかわいいと思えなくなるかと思われた時に私たちが『かわいいね』っていう話をお母さんにこんなことしてましたよって良い情報をお母さんに促す。(ケース M1)」や、「病院の中ではやっぱりみんな関わるのですごく落ち着いてきました。ただお母さんを見ると『帰りたい』とそんな様子でしたね。やっぱりお母さんもその子の悪いところしか見せてないので、普段の調子の良い子どものことを見ずに知らずに帰るので我々がそれを伝えなければやっぱりダメだっていう思いで変えたんですよね。やっぱりあの…患者さんその子が落ち着いたっていうのが1番だと思うんです。落ち着いた状況をお母さんがこっちがずっと理解できない状況だったじゃないですか。『帰らんとって』と泣くところしか見ないんで、でそれを積極的にお母さんに伝えることと。(ケース M1)」などが語られた。

〔家族と定期的に面会ができるよう調整する〕は、患者の安心のためにも家族との面会の調整をする働きかけである。

「定期的に来られて、まあお話とかもされたりしてっていうようなことができたくらいで。(ケース A1)」や「その辺がいつ来られ

るか分かれればその辺の行動もしなくていいし、わりと安心してそこで過ごせるっていうところもあったのかなと。(ケース A1)」などが語られた。

〔面会時は看護者も同席し両者が安心して面会できる支援をする〕は、面会時に看護師が同席することで、患者・家族が安心して面会できよい関係が築けるように働きかけることである。

「面会の時にちょっと1対1ではという所もおありだったので、一緒に同席をさせてもらってちょっとその方の今の状態をご報告させていただいて、お姉さんもちょっとどういう風な所が気になるのかっていうことをお聞きして、間に立って話をさせてもらって。(ケース A1)」や、「一応、通帳をその前の担当の方もうちに預けてもらおうかとされたりもしたことがあったようなんですが、それはそうしてしまうと、お姉さんとの関係が切れてしまうので、なので、私が代わってからとりあえず毎月年金が入った時に入金には来られているので、その時にちょっと面会ができないかと調整をさせていただいて、ちょっとお電話とかでもって、面会の時にちょっと1対1ではという所もおありだったので、一緒に同席をさせてもらってちょっとその方の今の状態をご報告させていただいて、お姉さんもちょっとどういう風な所が気になるのかっていうことをお聞きして、間に立って話をさせてもらって、それからちょっとお金だけではなくって、何か月か経ってからだと思うんですけど、一応入金に来られた時には少し面会をされて帰られたりとかして。定期的に入って…お小遣いの増額はなかったかもしれないけど。(ケース A2)」などが語られた。

〔親族が患者と家族との仲介ができるよう支援する〕は、信頼のおける親族に患者と子どもとの仲介に入ってもらえるよう支援する働きかけである。

「その夫婦(患者の姉夫婦)がちょっとどこか忘れましたが、九州の方から来られたんですけど、で、見てもらって、本人のレベルを見てもらって、本当に改善していることを見てもらいながらそれを息子さんに伝えてもらったりとかして。お姉さん夫婦に中に入ってもらって、家族にも息子さんにもあの、納得してもらってってところで。ご家族の方もそれで安心して、もしかしたらその辺も息子さんに伝えてもらって。(お姉さんに)かなり協力してもらってますね。(ケース D1)」などが語られた。

〔家族と話し合い望む退院へつなげる〕は、患者は退院を望んでいたが主治医が退院に消極的だったため、家族と話し合い退院へつなぐ働きかけである。

「ぼくたちはあの、再入院することが分かっているけども、健康な状態を取り戻したら、退院することが必要であると強く思っていましたので、「それ（主治医が退院を渋っていること）はおかしい」という感じであの、まあ家族の方と話し合って、家族の方も退院させたいというので、先ほども言った、入院中も退院できますよって。実は進めて行ったんですよね。主治医はたぶん、それに関してはあの・・・消極的と言うか、あの、あんまり正当に思ってなかったですね。（中略）消極的な人もいます。で、一応、一応ですね、退院に至ったんですけど。（ケース T1）」や、「（家族がするって言ったらする権利があるという風な話をされたんですか？）しました。お父さんは、「普通だと、先生が『いけん』って言ったらいけんのんじゃないか？」とか言われたんで、そこはですね、ケースワーカーと一緒に話をしました。で、看護だけが言ってるんじゃないくて、ケースワーカーは、社会資源とかあの、入退院の法律的なことを話しますの、一応、あの、立場は二つの立場から大丈夫って言ったんですよ。そしたら分かっていただけでしたね。（ケース T1）」や「ケースワーカーと一緒にしたのは『退院できますよ』的なことを二つの立場から言った。（ケース T1）」などが語られた。

4) 患者の自己実現に向け家族の協力を得る

〈患者の自己実現に向け家族の協力を得る〉は、患者の自己実現を達成するために家族や保護者の協力が得られるようにすることである。2つの概念が抽出された。

〔患者の欲求を満たすため家族の協力を得る〕は、勝手にするのではなく家族にも患者の意向を伝え納得して協力してもらう働きかけである。

「もう『おやつも買ってあげよう』ってご家族に連絡して、『こうこうで、おやつを一日何百円か使ってもよろしいですか』っていうことで、この、まあ、こっちのほうで（家族に）聞いて。（ケース E5）」などが語られた。

〔保護者にも患者の退院を納得してもらえよう状況を説明する〕は、保護者の方に患者の退院を了解してもらうために、保護者の心配や不安を取り除くため、患者の状況を説明したり、

情報の共有を図る働きかけである。

「その関東におられる叔父さんとかも、最初はすごく不安がっていた・・・やっぱり人を刺す(弟が姉を)っていうということは・・・っていうところで・・・言ってたんですけど・・・あ、こちらから・・・今回外泊(のことで連絡をする)・・・ご本人さんも連絡とってみたいで・・・お姉さん(患者)が、はい、叔父さんに対して(連絡をする)・・・退院前には、ちょっと来ていただいて、会議にも参加してもらったりとか、ちょっと遠方だったんですけど・・・必要な家財道具なんかは準備しますって言ってくださったので・・・その折にちょっと寄ってもらって・・・退院を決める時も来られてて、退院日を決める時も来られて・・・多分2回来られてると思います。電話をしたりとかしてて、その場だけっていう感じではない・・・(ケース F3)」などが語られた。

5) 住民との関係修復を多職種協働で行う

〈住民との関係修復を多職種協働で行う〉は、住民が患者との関係が悪化し患者の地域生活に反対しているため PSW と協働で地域住民会を開き意見交換と患者情報の提供を行い、住民と患者の関係性を改善し、患者が地域生活ができるよう権利を守ることである。2つの概念が抽出された。

〔PSW と連携し患者の関係者と地域住民会を開き話し合いをする〕は、PSW と連携し患者と関係する住民を集めて地域住民会を開き、患者の状況などを伝え患者が地域へ戻れるように話し合いをする働きかけである。

「その患者さんはですね、お話したんですよ。やっぱり自分は元のところに帰りたいとおっしゃるわけですよ。でも周りの人がね、あんたは出て行けて普通に言われるって言うんですよ。(中略) まあソーシャルワーカーが地域住民会開きまして、まあそこですってね、なんか折り合いつけて退院は出来たんですが、まあ私が行って(患者のこと)説明ですね、それはやりました。(ケース N2)」や、「民生委員さんとかソーシャルワーカーとかですね、地域の代表の方が集まってですね、(中略)そこの住宅の住民とですね。まあその方達が集まって。(ケース N2)」などが語られた。

〔PSW と患者情報を共有する〕は、PSW と連携する時は頻回に連絡を取り患者の最新情報を常に共有する働きかけである。

「本当橋渡しですね、患者さんがそちらに行ったら連絡して、あとからこちらから話を聞いたりですね、まあ日々の患者さんの情報をですねソーシャルワーカーに言ってその情報の共有だけですね。(ケース N2)」などが語られた。

6) 家族や住民に看護が頼れることを伝える

〈家族や住民に看護が頼れることを伝える〉は、家族や住民が抱え込まず患者のことを看護者に相談してもらうことで、患者への見方がよい方向にいくよう支援することである。3つの概念が抽出された。

〔家族が相談しやすい雰囲気を作る〕は、母親のペースでいつでも相談できることを伝え相談しやすい雰囲気を作る働きかけである。

「これが時間をとって時間を決めてっていうのがなかなか難しいのでそういう感じにはしてない、それはそれで上手くいったのかもしれないですけど、私は気にせずいつでも声かけてくれていうふうに話をして、まあ来た時にね、見かけて困ったことがあれば声かけてくださいっていう形にしてまあ面会に来た時に場所をとって話をするようにしています。(ケース M1)」などが語られた。

〔退院後も患者家族を支援する体制を家族に伝える〕は、家族が退院後も病院が頼りになることを知ることで、一人で抱え込まずに母親役割や社会的役割がとれるように支援することである。

「良くなるにはどういうふうにしたら、困った時にはどういう対処をしたら良いかを伝えたことが良かったのかなと思います。で、『困った時にはまたうちに相談してください』って言ったので、なかなかそういう人でも退院したら何も相談出来ないとかでまた自分で苦労背負わんといけないっていう人が多いので、『それはしなくて良いからいつでも相談してください』って、『病棟にでも電話をしてください』って話してますので。で、学校も困ったら病院があるんだっていうふうに思ってくれれば引き受けやすくなるでしょうし。(ケース M1)」などが語られた。

〔住民の対応困難時の連絡先の確保をする〕は、住民が困ったときに、病院へ相談できる方法を伝え、住民との連携を深める働きかけである。

「電話をしてくださいとかですね、まあそういう連携を（住民と）深めた。（ケース N2）」などが語られた。

9. 家族が患者の権利を護れるよう変化を促す（表5-9）

《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》は、今までの患者の病状から患者の権利を護る事に二の足を踏んでいる家族に、気持ちをほぐしたり、患者の生活能力向上を直接見てもらったりすることで、気持ちを変容させ、一步踏み出せるようにすることである。4つのサブカテゴリと11の概念が抽出された。

表5-9 家族が患者の権利を護れるよう変化を促す

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
家族が患者の権利を護れるよう変化を促す	家族の患者に対する見方を変える	患者の生活の変化を説明し理解を得る
		家族が患者のセルフ行動を実際に見る場を設け気持ちを変えるための支援をする
		家事ができることを家族にアピールする
		家族に自宅外出の様子を伝え安心してもらう
	家族の不安感情を軽減し患者の権利が護れるよう促す	家族の苦労を労い気持ちをほぐす
		家族の不安な思いや方針も受けとめる
	他職種で家族に寄り添い不安を軽減し気持ちを動かす	看護師が母に寄り添い元気づけることで退院へつなぐ
		主治医と連携し家族との面談の場を設定し、家族の気持ちを動かす
		母親の支援を専門職全体で考える
	家族が患者を護るための対応能力が身につくよう一緒に考える	家族を安心させ独居生活を可能にする地域資源の活用を提供する
		母が社会的役割を果たせるよう関わり方について一緒に考える

1) 家族の患者に対する見方を変える

〈家族の患者に対する見方を変える〉は、患者の病状により患者の選択に同調できない家族に対し、患者の生活能力の変化を伝え安心してもらうことで余裕ができ、患者への柔軟な見方ができるよう働きかけることである。4つの概念が抽出された。

〔患者の生活の変化を説明し理解を得る〕は、家族の患者に対する固定観念が強くあり、患者の生活の変化を伝えることで、家族の患者に対する固定観念を取り除く働きかけをする。

「お姉さんに関しては、症状の方もある程度安定されてきて、ちょっと粗暴さのようなものもないし、自分の中の日常の生活リズムとかそういうところもきちっとできているところを伝えて。(ケース A1)」や、「まず(姉に)了解をもらって、そういう転院でもいいんじゃないかってところで、今後のことを考えるという。(ケース A1)」、「一番は家族の方の本人への理解とか、ちょっと少し示してもらえたというか、ちょっとその辺が今落ち着いていて、少しゆっくり面会とかもできる状態なんだよってというのが分かってもらえて言うのが一番かなと思って。ずっとこの人に対するひどいイメージばかり持っていて。(ケース A1)」などが語られた。

〔家族が患者のセルフ行動を実際に見る場を設け気持ちを変えるための支援をする〕は、家族に患者のセルフ行動を直接見て場を設けることで安心してもらい次の段階へ進めていく働きかけである。

「本当に1カ月に1回という訪問、訪問じゃなく、うちの方に来られるわけでもないんですけど、久しぶりに来られた時に、全然あの、入院前というか、お父さんが亡くなる前のお母さんに戻っているとすごく感じられたみたいで、まあ説明は受けたけど、実際に会ってみて、以前と変わらないっていうのをすごく感じられたようで、その後自宅に戻るのを考えてみようかって話になっていきましたね。だからある程度、ことを進めていくじゃないけど、本人が出来るようになって見てもらって、そっちに促していったというか。(ケース D1)」や、「あとやっぱり家族の、近くの近所の方と出会ったので、お話してる風景とか見て、そうしたら本当に周りの人もすごく気にされて、「帰って来ることが嬉しい」といい関係を築いてるんだなってことも分かったんで、自宅の方がいいのかなってこちらの判断にもなって。(中略)だからある程度、ことを進めていくじゃないけど、本人が出来るようになって見てもらって、そっちに促していったというか。(ケース D1)」などが語られた。

〔家事ができることを家族にアピールする〕は、自力で家事ができることを見てもらい独居生活が可能であることをアピールする働きかけである。

「食事も取れなかったので、食事もきちんと取れるようになって、で個室とか大部屋に出てきたあとにちょっと洗濯物を自分で洗濯してもらおうようにしてもらったりして、自分できるというところをお

姉さん夫婦にアピールしていったという感じですね。(ケース D1)」
などが語られた。

〔家族に自宅外出の様子を伝え安心してもらう〕は、自宅外出で患者が安定していた様子を伝え家族の危惧を払拭し、自宅退院への後押しとする働きかけである。

「その前にも試験外出をして、おうちの状況とかを見て、まあおうちに反応するんじゃないとか、お父さんの思い出とか。でもその辺もなく、なかったってことを伝えて外泊の方へつながっていった。(外出は)私とワーカーさんの三人で。じゃあ外出1回やって、その後外泊を1回してって。ご家族の方もそれで安心して、もしかしたらその辺も息子さんに伝えてもらって。(ケース D1)」などが語られた。

2) 家族の不安感情を軽減し患者の権利が護れるよう促す

〈家族の不安感情を軽減し患者の権利が護れるよう促す〉は、家族の気持ちを受け止めほぐすことで家族に余裕が生まれ、患者に対する思いが変化することで患者の権利が護れるよう働きかけることである。4つの概念が抽出された。

〔家族の苦労を労い気持ちをほぐす〕は、家族の大変さを受け止め労いながら頑なな家族の心をほぐす働きかけである。

「まあちょっといろいろしていただいていることに対しての労いと、昔のちょっとこう症状もあってお辛いこともあったかもしれないけど、っていう労いをしつつ、今はこんなことも、できる、こんなこともできるとできていることを、でも全くいい所だけじゃあれないので、多少ちょっと波はある、あるのはあるんだけど、まあ結構ちゃんとされてるんですよっていうところをお伝えをしていくとか、それも見れていなかった、情報提供する場もなかったりとかしたので、そこは電話なり面会の場面でお伝えをして、ご本人を理解していただくっていう現状ですね。(ケース A1)」などが語られた。

〔家族の不安な思いや方針も受けとめる〕は、家族なりの考えがあって独居生活に不安を持っていることをしっかり受けとめる働きかけである。

「元気になってるってことは伝えていって、ですね…本人の思い

通りに自宅に帰してあげたいけども、やっぱり不安なんで、一人で置いておくことが一番。息子たちも自分たちが引き取ろうとか話をされてたんですけど、まあ遠くなんで、そこで急に一人暮らしを始めても。あと、家族も引き取ろうかと言っても一緒に住むのではなくて、別のマンションを買ってそこに住んでもらうと。(ケース D1)」などが語られた。

[看護師が母に寄り添い元気づけることで退院へつなぐ]は、母親の状況を察し思いに寄り添い元気づけることで患者の退院につなげる働きかけである。

「(ずっと看護師はお母さんに対して陰性感情を抱いていた) どう家族をサポートしていくかっていうことを判断したいっていうのがそのときすごくわかって、それからは積極的にお母さんに話を聞くようにしたんですよね。で、ねぎらいの言葉をかけて大変だったですねっていう、困ってることはないか?っていう話をして。そういう中で、直接患者さんじゃなくてお母さんから聞いたことなんですけど、やっぱり社会に出る、障害をもって抱えて生活するっていうのがこんなに大変なことかっていうのをずっと言われたんですよ。で、まずその仕事も今までどおりに出来ないんで辞めたし。で、学校に行ってもちょっと違う目で見られる差別…の中で生活しないといけない。で、どうせ友達も離れて行くし仕事もなくなるし、家に帰ればその子がまた暴れたりして、誰にも話せない中で全てをその家族が背負っているっていうのを聞いて。結局看護師はみんな外には出れない、何もしてあげられないんですね。だけどあの、そういうのをただ看護師が朝来るたびに声をかけて聞くっていうことで、お母さんもだんだん笑顔が増えてきてお母さんの方からいろいろ話をされてくる。で、結果的にその先生が社会的に我々が何かお母さんの役に立ったかというかどうかはわかりませんが、まあそういうことがあってあの困った時に連れてきてまたお母さんが連れて帰っていうのを今はだいぶもうわかって。結局それであの社会にまた帰りたいていうのは看護師の役目として家族との関わりっていうのはあるけども、患者との関わりと同じくらいやっぱり大事なものかなっていうのはわたしの1つの思いです。(ケース M1)」や「ギリギリのところでお母さんずっとやってこられたと思うので…あのまあ風の糸が切れんようにね、これ以上追いこんだらこの子手放してしまうと思って、その先生の話(社会で支えるのは母親)を聞いてから考えてみますってことで。やはり今も一緒に暮らしてるんでなんとか持ちこたえてるのかなって。(ケース M1)」などが語られた。

3) 他職種で家族に寄り添い不安を軽減し気持ちを動かす

〈他職種で家族に寄り添い不安を軽減し気持ちを動かす〉は、患者と家族の権利を護りながら共生できるよう他職種と協働し家族に寄り添いつつ不安が軽減できる資源の提供をすることで家族の気持ちを動かすための働きかけである。3つの概念が抽出された。

〔主治医と連携し家族との面談の場を設定し、家族の気持ちを動かす〕は、家族の来院に合わせて主治医との面談を設定し、患者の病状など説明し積極的に家族にかかわることで、家族の気持ちを動かすことにつなげることである。

「先生からもどうしても息子さん、息子さんの記憶がないんですけど、電話でもしてもらったかどうかはよく覚えてないんですけど、ただお姉さん夫婦が来る日を確認して先生の調整もして、先生の口からちゃんと病状説明をしてもらったってことも安心につながったのかなって。息子さんもなかなか来れなかったの、来れる時を聞いて、ちょっと説明してもらったかどうかは分からないんですけど…。(姉夫婦に)伝えて(息子に伝えてもらう)(ケース D1)」などが語られた。

〔母親の支援を専門職全体で考える〕は、具体的な問題を把握して医師・看護師・コ・メディカル・栄養士と病院全体の専門職で考え母親の支援をすることである。

「あと次は何が困ってて、どうして欲しいのか、どうなったら良いと思っているのかっていうのを具体的に問題を把握するということ。で、それに対する対策をコメディカル全体を通して検討して、っていうのを重ねました。その辺はドクター達、あとは…心理士もいます。作業療法士とか当然薬剤師もいますし、栄養士とか全体の目で見るとその検討するのをずっとしていますね。(中略)医療チームでカンファレンスを。そこで問題を共有し明確にする。(中略)看護はやっぱり生活に即したところが大きくなるので、生活のあと家族との関わりが1番多いので家族の想いっていうのをそこで(聴いて)。主治医がコメディカルに。そこで出た問題を主治医に返して。なんですけど、ワーカーが困ったことに対して具体的な社会サービス・社会資源っていうのを検討してその情報をまた家族に伝えていく。(ケース M1)」などが語られた。

〔家族を安心させ独居生活を可能にする地域資源の活用を提

供する]は、家族が独居生活に反対しているため、社会資源の活用で少しでも家族に安心してもらい独居生活ができるようにする働きかけである。

「(家族は)本当に家に帰って、急にやっぱり首をくくるったりとかすんじゃないか、よくなってもそんなことがあって心配があったってことで、まああとはじゃあどうしたらその心配がなくなるかってことで、毎日ではなくてもある程度こちらのデイサービスであったりケアを使ってもらうとか、介護保険がデイサービスの対象じゃないような感じだったので。通って来れるかというところを一緒に考えたりとかして、まあ送り迎えがあればいいとか。ちょうど病院の近くの方だったので、近くの駅までは自分で歩いてくるか、自転車も乗ってたけど、しばらく乗ってないので、歩いてきて、駅からはバス、ここへバスがあるので、バスで来たりとか。それを実際に試験外泊ってことで、お姉さんに泊りこみで来てもらってそれを試しにやってもらって。お姉さん夫婦がいる時に挑戦をして、そしたら『結構歩けるね』ってことでその辺もお姉さんの安心になって、で、体力が落ちてその辺ができないんじゃないかと思ってたけど。(ケース D1)」などが語られた。

4) 家族が患者を護るための対応能力が身につくよう一緒に考える

〈家族が患者を護るための対応能力が身につくよう一緒に考える〉は、家族が患者を護りながら社会生活を営むために地域社会との付き合い方について対応方法を一緒に考えることである。1の概念が抽出された。

〔母が社会的役割を果たせるよう関わり方について一緒に考える〕は、母親が学校との調整をうまく対応できるように関わり方を一緒に考える働きかけである。

「学校との調整は結局お母さんなんですよ、こういう時に。やっぱり病院は入れないので。ま、そこは病院に足りないところだと私は思ってるんですけど、あの教育が必要だと思うんですけど、そのま、看護のレベルですけど学校に入ったりお母さんも入ったりというのが必要だなと私はずっと思ってるんですけど、今はそういうところがなかなか進んでなくて、結局仲介が素人のお母さんなんですね。まあ十分には伝わらないと思うんですが、まあこういう時にはこういうふうに対応したら上手くいきますよっていうお母さんへ伝えて、お母さんからまた学校の先生に。で、なんにしてもここ(病院)で

落ちついたっていうことを先生に伝えて。(ケース M1)」や、「あの、やっぱり学校の先生もある程度勉強してると思うんです。ただ、そのなかなか教科書通りにいかないところで問題が出てくるんです。で、例えば自分に暴力を向けられたとき、あのそんな教科書通りにはいかないです。そのいら立ちとかあの、もう見たくないという思いだとか、そういうふうなのは看護師でも出てくるので、それを先生 1 人が抱え込むというのは看護の場面でもまあ上手くいくのは少ないです。そういうときにやっぱり相談する場所を作ってほしいし、困ったらお母さん通じてでも良いんで病院に早めに相談。連携が直接ではないですけど、成績につながってる状態を続けて相談しながら一緒にやっていこうという話はしましたけどね。(ケース M1)」、「あのやっぱりお母さんは不満としてこっちに持ってきますが、教員に対する不満として。それをあの、見たこっち側が不満として受け取って不満としてまたこっちが返してしまうと上手くいかないのあの、…学校の肩を持つってわけじゃないですけど、あのこういう問題はね、誰か 1 人ががんばってもなかなか上手くいかないのその誰が悪いとか誰が良いとかいうんじゃないかと、やっぱりみんな同じ思いで向き合っていかなといけんのんじゃないかっていう話をしながら…学校に不満って返さない形で話さしてもらいました。(ケース M1)」などが語られた。

10. 患者の意向を代弁し医師を動かす (表 5 - 10)

《患者の意向を代弁し医師を動かす》は、患者の治療に対する思いと実際の治療とのずれに対し、患者の治療への自己決定を支援するため、患者の思いや意向を医師に代弁したり、治療方針について医師に進言し医師を動かす働きかけである。4 つのサブカテゴリと 12 の概念が抽出された。

1) 患者の治療への思いを受け止め医師に代弁する

〈患者の治療への思いを受け止め医師に代弁する〉は、患者自身が医師に直接言えない本音や思いを汲み取り医師に伝える働きかけである。1 つの概念が抽出された。

〔患者の診てもらいたいという思いを医師に代弁する〕は、患者は診て欲しいと願っているがうまく言語化できないので、同席し患者の代弁者として医師に患者の身体状況と検査をして欲しいことを伝えることである。

「まあ異常なしって帰して。これは、私が病院来てすぐだったんですけど、一応この人ベースに高脂血症があって、それで何年か前

表 5 - 10 患者の意向を代弁し医師を動かす

カテゴリ	サブカテゴリ	概念	
患者の意向を代弁し医師を動かす	患者の治療への思いを受け止め医師に代弁する	患者の診てもらいたいという思いを医師に代弁する	
	患者と医師との間を公平に仲介する	患者の思いと主治医の思いを公平に聴き仲介する	
	患者の意向を医師に伝え動かす	患者の意向を医師に伝え家族に納得してもらえるよう動く	患者の意向を医師に伝え家族に納得してもらえるよう動く
		病院管理者を通して患者の望む医療が受けられるようにする	病院管理者を通して患者の望む医療が受けられるようにする
		患者の欲求を満たすために主治医の協力を得る	患者の欲求を満たすために主治医の協力を得る
		主治医が率先して退院へ向けて行動してもらえるよう話し合う	主治医が率先して退院へ向けて行動してもらえるよう話し合う
	治療方針を吟味し医師へ進言する	治療方針への異議を看護チーム全体の意見として医師に進言する	治療方針への異議を看護チーム全体の意見として医師に進言する
		入院治療について主治医と再吟味する	入院治療について主治医と再吟味する
		患者の病状悪化サイン等について主治医とすり合わせる	患者の病状悪化サイン等について主治医とすり合わせる
		患者の治療への意思を医師に代弁し治療の見直しを進言する	患者の治療への意思を医師に代弁し治療の見直しを進言する
		身体合併症時に他科の医師と患者の治療方針について患者の代弁者となり進言する	身体合併症時に他科の医師と患者の治療方針について患者の代弁者となり進言する
		看護として患者の要求に添うことを医師に伝える	看護として患者の要求に添うことを医師に伝える

のレントゲンですすでに心拡大が映ってて。心拡大のパーセンテージまで言われてもこっちも出さないけど、普段の Spo2 は 90 前後だし、でなんか、時々、本人が心窩部ではないんだけど、『胸がドキドキする』だとか、この間のレントゲンでは若干の異常があったので、あの、だから連れてきて、心臓の方がおかしいのか、それとも肺呼吸の方が、肺の方なのか、えっとよく分からないので、それで今回はちゃんと精査の方をして、必要な治療を診てほしいから連れてきたんだという話を（外来の医師にする）。（ケース Q2）」や、「『いや、何もないです。帰ってください』で、患者さんはね、その患者さんは元々今回入院の目的がちょっと精査をしてもらう目的やったから、統合失調症の慢性期ではある、若干言葉は少ないし、言うことは分かりにくいんですけど、本人も『診てほしい』って言うてるんですよ。だから、私たちのやり取りを聞いて、本人がね『もういい』って言い出したんですよ。『もういい、もういい。そうです、先生いいんです』って。（ケース Q2）」などが語られた。

2) 患者と医師との間を公平に仲介する

〈患者と医師との間を公平に仲介する〉は、患者と医師との話し合いがスムーズにいくよう間に入って、お互いの言い分を公平に聞き仲介することである。1つの概念が抽出された。

〔患者の思いと主治医の思いを公平に聴き仲介する〕は、患者の思いを主治医に伝え主治医の意見も聞いて公平に仲介することである。

「先生はあの、患者さんの前ではね、あの、『ふんふん』って聞いておられました。で、患者さんは、その気持ちをお伝えできたので、あの、ちょっと『あとは先生と私たちでお話ししていいですか?』ということで、一旦退席していただいたんですけど、まあその後にえらい怒ってはおられました、先生が。『なんでこんなところに自分が呼ばれなきゃいけないんだ。きっと君たちこういうこと仕組んでただろう』って。もう、『今回は自分はもうこの場に出て引き受けたから、主治医交代はしょうがないと思っている。次回からは一切こういうことはしないでくれ』って出て行かれました。(ケース R1)」や、「この先生だったらちゃんと患者さんの話を聞いてくれるだろうっていう、患者さんとのなんか相性もありますしね。大きいですよ。そうすると、この患者さんにとって、新しい主治医の方がまあ相性もいいんじゃないかと(中略)。でも、先生の選択はまあ私に任せてくれたんですね。患者さんにもう聞いてみたんです。『どの先生がいいとかご希望がありますか?』って、その『ご希望に添えるかどうか分からないけど、もしあるんでしたら』って言うてみたら、ちょうど B 先生っていう先生なんですけど、『S 先生がいい』っておっしゃってて、それが丁度私とぴったりだったんです。で、『私もそう思ってましたよ』って言ったら『じゃあ、それでお願いできないかな?』っていうことだったので。(ケース R1)」などが語られた。

3) 患者の意向を医師に伝え動かす

〈患者の意向を医師に伝え動かす〉は、患者の意向を汲み取り、根拠を持って状況を医師に伝えることで医師を動かすための働きかけであることである。4つの概念が抽出された。

〔患者の意向を医師に伝え家族に納得してもらえるよう動く〕は、患者の意向を主治医に伝え、主治医より家族に伝えてもらえるよう患者の意向に添うために医師を動かす働きかけである。

「(主治医から) 家族にもだから本人の意向を伝えた感じです。本人がしたくないと言っているということで、家族の方もそれで納得をされた。やっぱり私等だけの意見だけじゃ、なかなか納得してくれなくて、さっきも言いましたけど、先生のあの、『しない状況でもいいんじゃないか、一回それで行きましょう』という形で言ってもらえると納得する形なので。選択肢が。することのデメリットっていうのを知ってもらってのところでと思うんですね。でもまあ最初の IC (インフォームド・コンセントの略) の時には、先生ってほしい、そのしないことのデメリット、メリットはあんまり言わないじゃないですか? やりたい。そこをうまいことあの、スタッフが言うことで、しないことでのメリットのところをちょっと言ってもらってると思うんですね。最終的には。現在食べれているところ、本人が今の状態を望んでいるところ、今後の QOL を考えてのところは先生も言ってくれてる、そこでたぶん家族は納得するんだと思うんですね。(ケース P3)」や、「その辺も含めてもう 1 回家族に IC をして、本人の意向に沿う形にする方がいいんじゃないかと先生に直接言わせてもらって、先生もそれでスタッフの思いをちょっと聞いてくれた感じで、先生のヒートアップも少し落ち着いて『分かりました』ということで、その時にもう家族に電話して、あの一旦来てもらって、病棟に来てもらって『先週と状態が変わってるので、今後のことについてもう一度お話をしたい』ってことで、来てもらってですね、なかなかあの化学療法に行けるような状態になくなってきているので、あの『難しい状況です』って家族にお話ししたらそしたら家族は、最初はまあ化学療法の話は納得しておられたんですけど、まあ状態が悪いってことをちょっとお伝えしたら、そしたら『積極的な治療はせずに本人が楽なように、本人の希望に添えるような形で治療を切り替えてほしい』って形になって、結局喫煙も酸素をちょっと外して吸ってもらっているような状況に至った状況です。それでまあ『煙草は吸ってもいい、吸ってもらおう』と本人にお話しさせていただいて。(ケース P2)」や「隔離のエリアに来たところで、本人のイライラは止まらないし、変わらないし、それこそ本人の希望に添えない、しんどくさせるだけだろうという思いも、その副主任も持ってくれたので、私もその場面でターミナルの話を医者にして、今の状態でもう、積極的な治療をしたところでどうなんだってお話を先生にして、もう煙草を吸いたいのも OK にしてもらって、喫煙室で倒れた時には倒れた時で、そういうあの、前もっての説明を家族にもうすぐにしてほしいという話を、で、先生も渋々納得したっていう、看護師が言っているっていうきっかけはあったんだと思うんですね。(ケース

P1)」などが語られた。

「[病院管理者を通して患者の望む医療が受けられるようにする]は、病院の医局や看護部の管理職を通して医師に忠告してもらい患者の望む医療が受けられるよう動くことである。

「(院長に)状況説明をしました。(中略)でまあ(患者の状況を)言って、そしたらまあ『確かにその状況であの、検査をしなかったのは医師にも非がある。だから、これは言うておきます。ただ、組織の人間なのでちゃんと組織の者を通じて上に上げてください』って言われて、『はい、分かりました』って。本人が『診てほしい』って言われている程度は診てくださるようになった。(ケース Q2)」などが語られた。

「[患者の欲求を満たすために主治医の協力を得る]は、患者の欲求を満たすために患者の行動を見える化し患者の変化に主治医が納得して協力を得る働きかけである。

「(受け持ちの)私が言ったことで、先生がすぐに(その方法に)『そうしてみようか』って言うてくれますので……。最初は、だからその、そういうスタンプを押して、目で見て、先生にも見てもらえるように『こんだけ、先生・・・』まっ、先生もカルテ見て知ってるんだとは思いますが・・・『なんとか過ごせてました』ってことで(笑)(主治医が納得し患者の思いが叶う)(ケース E5)」などが語られた。

「[主治医が率先して退院へ向けて行動してもらえるよう話し合う]は、主治医が率先して退院へ向け動いてもらえるよう機会を見つけては意図的に話し合おうとすることである。

「主治医の先生とまあ『とりあえず入院時の問題行動は落ちついて、今うちの病棟でもそんな問題なものを抱えてるわけではないから、将来的な展望を考えていかないといけないですよ』とは話をしてるんですけど。それで結局病院が最後の終の棲家になる人もおられるので、それはしたくないなって思いつつ、ちょっと先生にこう、ソフトに『先生、どう思う?』ってそそそって寄って行こうかなって。先生もまあ、『入院の問題行動はないんだかなねえ』って言いながら、『じゃあその先どうするの?』って言うんですけど『なあ〜』で終わってるんで、そろそろ『ちょっと先生、動こうか』って言おうかなっとは思ってるんですけど、ほんと時期を逃したくな

いなくて。(ケース S2)」などが語られた。

4) 治療方針を吟味し医師へ進言する

〈治療方針を吟味し医師へ進言する〉は、治療方針そのものが患者に不利益をもたらしているのではないかと問題意識を持ち検討し医師にその旨を伝え再検討を促す働きかけである。6つの概念が抽出された。

〔治療方針への異議を看護チーム全体の意見として医師に進言する〕は、治療方針への異議を看護チーム全体の意見として医師に伝え何度かすり合わせをすることである。

「一応、まあリーダーというか、その辺のリーダーが伝えたりとか、あとは受け持ちの看護師が伝えたり、それでちょっとうまいこと、上手く伝わらなかったら、チームのリーダーが伝えたり、役職が伝えたりってちょっと段階を踏んで。この時はたぶん師長、どうだったかな、多分受け持ちがメインでやってたと思うんですけど、でも『チームのみんなの意見です』っていう形で持っていくので、個人の意見ではないので、チームでカンファレンスした結果・・・こういう思いがあるのでっていうのを持って行って、先生にちょっと考えてもらう形のパターンが多いです。(ケース P3)」や、「その先生はたぶん、看護の意見を聞いてくれた方の先生なので、『精神科の患者のことをあんまり分からないから』って形で聞いてはきてくれた先生なんで。たぶん、4～5回は(主治医とすり合わせを)してると思う。(ケース P3)」や、「あの、入院時の IC とかには入ってたりしたので、その受け持ち看護師が。で、そういう状況を聞いて、だいぶ状態的には良くないというような、肺がんのステージだろうということだったので、そういう状況聞くだけで、果たしてこの人に化学療法？っていう思うはもう、入院時からあったみたいなんですよ。私もこの患者さんの状態を聞いてあの...最初からもう、入院時から化学療法適用なのかどうかという疑問は思っていたので、でもその受け持ちの看護師に、あのもう一回家族とちょっと話をして、家族の意向と、ほんとに不安がっているところをどうにか改善できないかっていうところを、その帰ってこられても困るし、任意入院で出てこられて、告知して帰ってこられて暴れられても困るしってところと、あとはその、その辺はどうにか私等のなんかで支えられたりとか、家族の思いをと、情報収集してほしいというのは私の方から受け持ちには伝えてたんですよ。(入院)直後くらいです。で、その週の2～3日後が土曜日だったので、ちょっとその、さっき言った訪問看護の看護師の方にも情報ももらって、この人にとっ

て、今後自由に過ごしてもらおう方がいいのか、なにかしたいこととか、関係性がなんか訪問看護の看護師と良かったようなので、情報を聞いていたので。その辺はちょっと土曜日のうちに連絡を取って、受け持ちの看護師にあの、その辺は動くように伝えていて、その辺の思いをもう一度どういう風に、うちに、土日に入るので、先生に化学療法の選択肢は果たしてどうなのかっていうのをもう一度ちょっと先生とお話しするようになっていうのは言ってあったんですけど。(ケース P1)」などが語られた。

〔入院治療の必要性について主治医と再吟味する〕は、入院治療に対する主治医の意向を確認しつつ患者の状況についてすり合わせを行い入院治療の再吟味をする働きかけである。

「まあとりあえず情報、今言ったのは、どういう情報があって、どういう見立てがあるかっていうので、とりあえずまとめて、まあ主治医のところに話に行って、まあこの今回、患者さんが離院してるのでね、離院しててもケアを見直したいってこちらに依頼が来たので、で、まあちょっと、患者さんの情報を見てみたんですけど、アセスメントはどうなんでしょうね？って話合いをしている。そしたら、主治医の言うことは、あのお・・・家族がかつて事故にあったってというような情報をね、仕入れて。(ケース Q1)」や、「一番患者さんの利益のために何をすればいいのかってところはあるので、まあそれは今回入院してしまってるじゃないですか。それはしょうがないから、一つは本人にちゃんと入院期間を説明して、離院なんかしなくてもちゃんとこういう状態になればちゃんとおうちに帰れる。でもたぶん、見立て的にはあと何日っていうのを示せたらそれでいいというのが一つ。(ケース Q1)」、「(入院期間の話と今後の入院の話) 今の話は1対1の事前にしとくんですね。患者さんがアセスメントを始めるとか、主治医のプライドを崩してもあんまりね(よくないので)、(中略)で、とりあえず(こちらの)アセスメントは伝えといて、私等が思ってるのは、この人の幻覚妄想ってのは生活状況とか、本人のね、身体の変化にたまに絡んで。(中略)若干の血糖の、高血糖の時もあって。まだ治療が必要なほどではないけど、と、高脂血症があって、血管障害があって、若干心臓の動きがよろしくない。それでね、たぶん本人がそういうね、体のなんていうの？機能が変わる時に若干幻覚妄想が増えるんですよ。でも、まあそれって訪問看護がサポートしてるくらいで、もうだいたい治まるから、あのお、今のところはあ、もう薬とかされるわけじゃないし、本人が希望してなかったら入院が不要な状態にもうなってるのかもしれないという話をしてたんです。(ケース Q1)」などが語られた。

[患者の病状悪化サイン等について主治医とすり合わせる]
は、主治医の前での患者と看護師の前での患者の違いを確認し
つつ患者の病状悪化サイン等について主治医とすり合わせる働
きかけである。

「実は1回診察に、主治医に入れてもらって『まあこんなことも
あったし、あのちょっと本人がちゃんと言いたいことを言っている
のか見たいから診察入れて』って。それはあっさりなんか主治医の
方もOKしてて、で、見たら結局ね、本人が全部主治医が一言も言
わないままにベラベラベラベラって喋り続けてて、主治医の前では
ナースにも言わないような、その、たぶん、不安と緊張が強いから
不利な内容をペラペラ喋ってるんですよ。でそれを聞いた主治医が
余計に状態が悪いと勘違いしている。まあそれが起こっていたので、
その診察の後にちょっと話をしてて、『私等が見てる世界と診察の
世界は随分違うんですね』って話をしてて、でまあ、どうやら不安
と緊張でやってもないことを（いうのかということ）（ケース Q1）」
や、「ただ、だからあの、『不安が襲ってそう言ってるだけで、やっ
てるわけでないので、実際やる時っていうのは、もうちょっと何日、
もっと、1週間くらいお薬が抜けてね、あのお、実際なんかそうい
う行動になんていうの？出るのが睡眠が乱れてるとかね、もっとあ
るので、だからその時になったら、その、ナースが言うから、その
時まで入院待ってほしい』っていうのは1対1で言ってますね。（ケ
ース Q1）」などが語られた。

[患者の治療への意思を医師に代弁し治療の見直しを進言する]
は、患者の治療に対する思いを医師に代弁することで治療方針
を再度見直してもらえよう医師に進言する働きかけである。

「(患者は)『いらないよ』と。その辺のしっかり、完全に理解して
『いや』って言ったかどうかは分かんないんですけど、まあ『手術
でおなか切ってなんやするのはいやや』っていうのは言っておられ
た。まあ年齢と本人のもう強い拒否と、で、やっぱり現在状態がそ
んなに悪くないと、まだ食べれてるという状況で、今後すぐに嘔吐
するだろうと先生は言うんですけど、まあそれも失敗の例とかも一
回見たことがあるので、食べれてたのに、手術して食べれなくな
って亡くなったって方もやっぱりおられるので、その繰り返しを
またしたくないっていう思いがみんなの中にあって、で、なんせや
っぱり高齢でっていうのはみんなの中では結構大きかったの、あ
とは本人の希望、希望したくないをどう叶えるかってところ、それ

をご家族にお伝えして、で、まあ本人がどうしても嫌がっているというのと、先生が結局、本人が拒否を受け止めて手術をしないっていう方向に持っていかないと、家族もなんか、結局本人の意向というか、先生の意向にやっぱり沿うところも多いので、ご家族って。まずは患者さんの意向を先生に言って、先生がどう折れるか言うてから、それから家族に説明するって形の流れの方が、なかなか私等から家族に『手術しないほうがいい』とは（言えない）（ケース P3）」や、「そこをチームカンファレンスを毎日やってるんで、ターミナルの人には結構そういうところはチームで看護師は患者の味方で、患者のために（医師に）意見を言わないと、というのは常日頃から言うてはいるんですけど。（ケース P1）」などが語られた。

〔身体合併症時に他科の医師と患者の治療方針について患者の代弁者となり進言する〕は、患者の状況もわからないまま治療方針が決まってしまうことにたいし、看護者が事前に患者の状態にあった方針なのかについて医師に患者の代弁者となり進言することである。

「精神科の患者さんの理解力とかその、それをすることによっての今後の生活がどうなっていくのか、誰がこの人を支えるのかっていうところまで、なかなか内科の先生が考えられていないので。そこは看護師が間に入って『この人、ストマをしてもなかなか管理が難しい、これしか、手術の方法はないんでしょうか？』というところのやり取りがやっと今できてきたような状況で。（ケース P2）」などが語られた。

〔看護として患者の要求に添うことを医師に伝える〕は、看護として患者の状態から今の方針が果たしてよいのか疑問に感じ患者の意向に添うよう医師に伝えることである。

「なんで、看護師的にはあの、その日のスタッフが先生にもう喫煙するんであれば、あっ、『制限するんであればもうここの部屋では看れません』って感じであの『隔離の方の部屋に行かないとだめです』っみたいなことを先生にあの記録室内で言うてるような状況があったので、ちょっともう私も見兼ねて、（中略）（別の）処置が終わって戻ったらその記録室内でそのやり取りに先生となっていて、ちょっと間に入って」もう今の状態でこの制限かけてまで喫煙を止めたりとか、そういうことが果たしてどうなのか』っていうのを先生にその場で直接言わせてもらって、あの、『もうターミナルケアに移行する方がいいんじゃないか』という話をもう一回先生にさせて

もらって。(ケース P1)」などが語られた。

11. 看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする (表 5-11)

《看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする》は、看護者に患者・家族の見方を変えることや患者の権利意識の再教育をすることで患者の権利や利益を護る看護に対する倫理観を高めるための働きかけである。5つのサブカテゴリーと11の概念が抽出された。

表 5-11 看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする	看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ	スタッフに患者の問題行動の構造を説明し理解を得る
		新しい関わりをスタッフ全員で共有する時間を取り協力を得る
		看護師個々の査定内容や思いを全て吐き出す
		病院全体で患者の安全と利益を回避する方法を話し合う
		家族への陰性感情に気づき看護師が変わる
	患者に信頼されるケアを統一する	患者の看護への信頼を勝ち取るためスタッフ全員で方針を共有する
	看護者に患者の権利意識を高める	看護者に患者の地域生活への権利意識を高めるためカンファレンスで意識づけする
		病棟管理から患者管理に看護者が意識変革する
		カンファレンスの中で徹底的に多角的に倫理的な話し合いをする
	患者の権利について再教育をする	精神科における患者の権利について基礎から学びあう
	看護チームを動かすための仕掛けを作る	綿密に準備をしてテーマカンファレンスを成功に導く

1) 看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ

〈看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ〉は、スタッフ間の患者や家族への理解のずれを修正し、統一した関わりをすることで患者を尊重し安全な看護が提供できるようにすることである。5つの概念が抽出された。

[スタッフに患者の問題行動の構造を説明し理解を得る]は、スタッフには、具体的に患者の行動化の構造を図式化し、皆の理解が得られるように工夫することである。

「ちょっと職員の、まあ、認識が・・・全員は分かってない・・・説明から入ったので、どこまでそれで効果が出たのか分からないですけど・・・(ケース F2)」や、「(スタッフには)図式化して説明・・・問題行動がなしで、注目ありで、問題行動がありとか、ミーティングとか使ったりとか(してスタッフに説明)・・・(ケース F2)」などが語られた。

[新しい関わりをスタッフ全員で共有する時間を取り協力を得る]は、新しい対応には、スタッフの反対意見もあるので、皆が同じように関わられるよう状況の共有化を行い、新しい関わりがチーム全体でできるように、患者対応で患者が不利にならないようスタッフの協力を得る努力をすることである。

「そんなこと言ったら問題行動が・・・やっぱり、多かったので・・・で、どうしても泣いたりだとか物投げたりだとか、他の患者さんが心配で近寄ってきてしまって、本人が求めている注目が得られてしまうっていうところで(笑)すごい、こちらが頑張っても・・・難しかった・・・。まっ、職員も、そういう結果が出ないのを見ると・・・マイナスのことを言うスタッフも、いるにはいましたね・・・。だから、新しいことを・・・新しい関わりを始める前は、みんなで共有して・・・その人の関わりの部分も共有して・・・ですかね・・・。(ケース F2)」、「どうしてもその場にいる人ばかりではないので、書面に記して、みんなが見れるように・・・。(ケース F2)」などが語られた。

[看護師個々の査定内容や思いを全て吐き出す]は、看護師の中で何が起こっていたのかを吐き出し、患者のためにと思っていたケアの意味を再度見直し、安全に実施するための働きかけである。

「(入浴の看護に関する看護師の思いを)出してもらったら、うん、あの、『遅かった』とかそんなのも言わないので、はい。少し知的障害もある患者さんだっ、あの...そうですね、言われたらそのまま待てる事が出来るんで、時計をお風呂の中に入れていたので、それで30分経ったら開けてくれるなっていうのを彼女の中で

は思ってたんやと思うんですけど、そのカギをかけるかけ方とか、そういうことっていうのは、やっぱりもうちょっと、こう患者さんの要求とかだけではなく、安全を見ながらしていかないと。ましてや業務に追われてそういう風に忘れた時に大変なので、というようなことも一度話をして。(ケース H1)」や、「『もし自分があそこのお風呂の中にね、閉じ(込められて)、30分いなさいって言われたらどんな風に思う?』って言うと、やっぱり『我慢できない』とか『怖い』とかあの...『自分で自分のことがコントロールできないので苦しい』とか『熱中症みたいになって倒れてたかもしれない』とかそういうことを想像することがその時出来たので、あの良かったのかなと思います。やっぱり長い間、その病棟の中にいると、ルールとかが決まってる、それが上手く、1回そのルールが上手くいくと当然の事のように大丈夫なこととってすべての患者さんに適用しそうになったりとか。(ケース H1)」や、「やっぱり中で何が起きているのか分からないので、なので、入浴時のこう、患者さんの裸なのでね、男性看護師が来ると怖いとか、他の人が入ってきたら怖いとか、嫌だとか、脱いでいるところを見られるのが嫌だとか、そういうところが重々分かるんですけど、やっぱり安全とか、なんかそういったところのバランスをどう取っていくのかなっていうことはすごく配慮しないとイケないねって。(ケース H1)」などが語られた。

[病院全体で患者の安全と利益を回避する方法を話し合う]は、一病棟の問題ではなく病院全体としてどのように対処するのか意見を出し合い、患者の不利益を回避する働きかけである。

「下の大浴場が無理だったらね、ちゃんと病棟についている3人しか入れない小さいとこだけど、そこで入ってもらってことで、う～ん...う～ん...ですね。あとは病院全体としてのね?振り返り、うちは病棟でこういう風に解決策をしましたっていう結果を病院全体の医療安全委員会で報告しないとイケないんです。で、そこで師長が報告した後、それをもとにじゃあ、病院全体としてどういう風にやって言うかってことがまめに話し合われるので、そこでは、入浴のカギの問題とか、お風呂に誘導する時の、指摘されたように、患者さん何人に対して何人なのかとか、あと、その通って行くルートにはどう扉があって、そこを開けるとパァ～っと出ていけるんですけど、そこを、の、カギをまずは閉めとってから通るのがいいんじゃないかとか。いろいろ。(ケース H3)」などが語られた。

[家族への陰性感情に気づき看護師が変わる]は、看護師が、

母親に陰性感情を抱いてばかりではいくら患者が回復しても退院することはできず、自分たちが患者の退院を阻止していたことに気づき、看護師が母への対応を変えることである。

「その間お母さんね、1週間に1回とか2週間に1回ぐらい面会に来ない。で来てても、そんなに話すことはせずにね、さーっと帰ってしまう。で、そのたびにその子は泣いて『連れて帰って』...そういうことがずっと続いて、わたしらはまあカンファレンスのときにね、その子がかわいく一緒におるもんでかわいい一面ですから、看護師が全体的に親に対してね、なんていう親なんだ、あんな冷たい親おるんか、あーゆうふうじゃけん子どもも調子崩すんじゃないんかとすごく責めたんですね。でその時に先生が、主治医の先生が『あなたたちはその子の代わりにはなれん。いや、そのお母さんの代わりには絶対なれんはず。その中でお母さんを責めて、非難してなんになるんか』っていうことを言われたんです。そこですごく目が覚めた思いがして、まあそのお母さんの苦労とかね、あの今まで努力してきたことだとかその思いとか何も知ろうとせずにまあ勝手な側面だけでねお母さんをそういうふうになんて非難して、それが態度にも出たと思うんですよ。(ケース M1)」や、「ギリギリのところでお母さんずっとやってこられたと思うので...あのまあ夙の糸が切れんようにね、これ以上追いこんだらこの子手放してしまうと思って、主治医の先生の話聞いてから考えてみますってことで。やはり今も一緒に暮らしてるんでなんとか持ちこたえてるのかなって。(ケース M1)」、「やっぱりそのお母さん...子どもも泣きながらっていてもお母さん本人ですよ、本人がどんなに苦労してきたかっていうのをこっちが知ろうとしないといけないんです。あの、完全に共感することは出来ませんが知ろうとしていることをむこうが察知しないといろんな話をしたいんで、あの気持ちを許したいということであって、まずは大変だったでしょうねってよくがんばってきちゃったですねっていうことをやっぱり積極的に。(ケース M1)」などが語られた。

2) 患者に信頼されるケアを統一する

〈患者に信頼されるケアを統一する〉は、患者対応のまずさから再度患者からの信頼を勝ち取る患者尊重のやり方を看護全体で考えることである。1つの概念が抽出された。

〔患者の看護への信頼を勝ち取るためスタッフ全員で方針を共有する〕は、患者からの信頼を得るためスタッフ間で方針を共有し実施することを徹底することである。

「なんか、でも、それを絶対守ってあげようと思った、私の中でね、そうやって約束してるのに・・・こう、ずらすっていうのは・・・スタッフにはね、細かくあの・・・カードックスってうち使ってるんですけど、それに、その計画を書いて、毎日のように申し送っていただいて、それを実行してもらいました。日勤で、24時間、だから日勤で前の日全然拘束されていないっていう記録があれば、その日勤でいこうしてあげてくださいっていうこと。(中略) 介護士さんがしっかり・・・それを守ってくださいって言う・・・すごい、だから、あの・・・応援してくれたんだなって。(ケース E6)」などが語られた。

3) 看護者の患者の権利意識を高める

〈看護者の患者の権利意識を高める〉は、いつもの仕事やものの見方などを新しい視点から見直し、患者の権利について看護師自身の意識を変えていくための働きかけであることである。3つの概念が抽出された。

〔看護者に患者の地域生活への権利意識を高めるためカンファレンスで意識づけする〕は、看護チームの中で患者が地域で生活することの権利があることを意識づけするために、定期的にかンファレンスで話し合い意識化することである。

「まだ看護の方が関わる日数も多いですし、この方に関してはソーシャルの方にも関わっていただきましたけど、割と看護の方が担当だけでなく、ちょっとほかの同じチームのメンバーの方からはそういう不安の言動があった時に『こうだよ』という形でみんなと同じように関わっていったような気がします。(中略) 昼のカンファレンスで、この方はこれだけ外出とかもしてるしってとこで、『こういう方は施設にいけるような感じだよね』って定期的に話し合ったりとか(して意識づける)(ケース A1)」や、「看護で、えっと、昼のカンファレンスはソーシャルの方も入ってたりされてたので、その辺でちょっと共有をして『〇〇とか空いてる施設とかないかね』っていうところで、主治医の先生にもちょっと、定期的に行う患者さんのカンファレンスの部分ではお伝えして、先生もお忙しいのでちょっと難しい時にはそういうのでどうでしょうかと少しみんなが時間をとれる日をこちらが調整して、少し家族面談とかして。(退院につなげた)(ケース A1)」などが語られた。

〔病棟管理から患者管理に看護者が意識変革する〕は、病棟

管理の物品を患者管理に移行し、実際に患者の行動を確認し、看護自体の思い込みを改め、患者の権利を護るための意識を変えることである。

「あの、部長さんたちと話をしていた時に、『自分たちも夜寝る時に食べたりとか、コーヒーだっていつだって飲むよね？あれって本当に必要なのかな？』っていうようなことで、『スタッフに投げかけよう』ということで、投げかけてみたんです。するとやっぱりスタッフは『煩雑になるし、事故があった時に対応ができない』あの、『物のやり取りがある』とかね、『コーヒーが盗み、他の人を取っちゃう』とかね、『トラブルになって自分たちがその・・・それに振り回されて大変だから、それは難しい』って言ってたんです。ずっと抵抗してたんですけど、もうそこは看護長さんを巻き込んで『看護研究でやってみませんか？』ってことで、コーヒーの自己管理っていうのを看護研究で取り入れたんです。で、『コーヒーを持てる人、持てない人をまず査定しましょう』と、まず病棟の患者さん全員のあのコーヒーを持ってる人に関しての査定を全員みんなに研究でやって、持てない人って査定した人に関してはその研究対象ではなくて、持てる人と査定した人、で、はてな？くらいの人も一緒に入れてコーヒーの自己管理を実施したんです。そしたら、案外みんなちゃんとできて、で、そしたら『できるじゃない』ってことになったので、コーヒーは基本、よっぽどこう大量にね、コーヒーを半分くらいガーッと入れて溶くような人は『何杯ですよ』とかって言って、『こちらで看護師の目の前でやってください』と制限はつけたんですけど、コーヒーに関してはもう全員自己管理っていう風に（なった）。（ケース H2）」などが語られた。

[カンファレンスの中で徹底的に多角的に倫理的な話し合いをする]は、カンファレンスを通して、医師・看護師、家族・患者の意向を分けて倫理的なことを多角的に話し合うことである。

「じゃあこの人にとって手術するってほんとにどういうことなのかの話を、カンファレンスを結構して。（中略）今まで身体合併症になると、手術することで悪くなる方が結構多いんですよ。どうしても寝たきりになって、今までご飯を食べれたのにもう食べれなくなって、亡くなってっていう事例が結構多いので侵襲は結構大きいのであの、この年齢と。80後半とかで、なにか手術するとか、腸閉塞がどうのとか、そういうのもある、一時のストマの増設とか、どうしてもやっぱり予後が上手くいってない事例を多く見ていたり

するので、しっかりこういう事例は前もって考えていこうよというのが私等の反省、今までの繰り返しがあったので、で、ちょっと家族の意向とか、先生の意向、看護師の意向と分けて、倫理的なことで考えてやるようなことをちょっとやったりして。なんか先生とのちょっと価値観というか、違いが出てきたりするんで。(ケース P3)」などが語られた。

5) 患者の権利について再教育をする

〈患者の権利について再教育をする〉は、精神科特有の法律を踏まえて、再度自分たちの看護についてチーム全体で学び直し、患者の権利について倫理教育をするための働きかけであることである。1つの概念が抽出された。

[精神科における患者の権利について基礎から学びあう]は、看護者の対応の不備により患者の権利が脅かされる状況を生んだため、再度精神科における法律を学びなおし、患者の権利について基礎から学ぶ勉強会を開くことである。

「でも、この時にすごく思ったのが師長が『自分の責任や』と、すっごく、(中略)まあ、看護長にしてみたら、医療保護とか、任意とか基礎中の基礎で、そういう入院形態のことをちゃんと理解してあの、仕事をしているスタッフがどれだけいるんかと思って、すげーなっていうのかな？ スタッフにこんなこと言っちゃいけないんだけど、私のところに来て言ってたのが『(スタッフを)信用が出来なくなってきた』と(ケース H3)」や、「入浴一つにしても『連れていく時にこの人をどういう入院形態で、どういう症状があるのかということのをちょっと査定できとるんか？』と。『自分は次にチェックをせんと心配や』と言うような形ですごく言われていてほんとに『バラバラだと思う』とそんな感じだったんですけど、で、あのじゃあどうするかってことで、もう一度？『精神保健福祉法について勉強しない？』って『異動してきた人も多いし、任意入院にはどんなことが権利があるというようなこととか、権利はあるんだけどどういふことに自分たちが配慮しないといけないか勉強しましょう』と言うことで、また…(ケース H3)」などが語られた。

6) 看護チームを動かすための仕掛けを作る

〈看護チームを動かすための仕掛けを作る〉は、看護チーム全体を動かし意識変革するための下準備のための働きかけである。1つの概念が抽出された。

〔綿密に準備をしてテーマカンファレンスを成功に導く〕は、病棟スタッフの力関係を調整しつつカンファレンスで全員の意見を集約し方向付けをして行動を起こす働きかけである。

「やっぱりカンファレンスを開く時には、少しちょっと戦略的にメンバーの調整を見ながら、全部のスタッフに行き渡るんだけど、やっぱりこの人がいるとみんなが黙っちゃうとか、そういうのが(ケース H2)」や、「なので、そういう調整をかけながらカンファレンスは師長さんと協力して、ある程度そういうのはコントロールさせてもらってはいるんです。(ケース H2)」、「あの、看護長さんがカンファレンスを開く前に、相談によく来られるんですよね、『こんな風に持っていきたいんだけど、やっぱりスタッフからの抵抗があるけど、患者さんにとってはすごくいいことだからやりたいんだけど』っていうことで、はい。(ケース H2)」などが語られた。

12. 公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する (表 5 - 12)

《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》は、他施設の医療や看護、福祉サービスにおいて患者が不利益を被らないよう、他施設の看護師、福祉職に働きかけることである。2つのサブカテゴリと5つの概念が抽出された。

表 5 - 12 公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する	患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する	他院の看護師に必要な最低限のケア内容といつでも対応することを伝え保証する
		身体的ケアの部分は他院の看護師に連絡し指示を仰ぐ
		他院からの要請があれば無理せず帰ってきてもらう
	患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする	施設職員の気持ちも考慮しつつ早めに施設へ帰る段取りをする
		タイミングを逃さず施設へ帰る手はずを整える

1) 患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する

〈患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する〉は、一般科の看護師と連携し患者対応の情

報を交換し、精神的ケアと身体的ケアの両方を患者が受けられるように、それぞれが困った時に連絡し合えるようにすることである。3つの概念で形成された。

[他院の看護師に必要最低限のケア内容といつでも対応することを伝え保証する]は、精神科で対応していることと同様な対応を一般科の看護師に求めることはできないので、必要最低限のことは伝え、いつでも病院に電話してもらってもよいことを伝えて保証する働きかけである。

「それはだから患者様にいろんなものを書面をもって言う場合と口頭で言う場合とありますが、例えばこういう場合はこうしてくださいとかですね、一応伝えますけどね。でも詳しくは伝えませんね。やっぱりこちらの経験に基づいてケースバイケースで臨機応変に対応しますが、向こうの方にやれって言われても多分できませんから。『電話して下さい』と。『病院に電話ください』としか言わないです。(向こうから)電話かかってきますね。(ケース N1)」などが語られた。

[身体的ケアの部分は他院の看護師に連絡し指示を仰ぐ]は、身体的ケアで困ったときは他科へ連絡し直接ケア方法について教えてもらう働きかけである。

「(身体的なケアの部分でわからない時)、向こうに聞いてますね。看護師さんに聞いてます。病棟に聞いてます。わたし何度も聞きました。これはどうですかと。看護師同士だと出来ますね。ある程度はです。だからその退院後までですね。一週間経ったらもうダメですけどね。その日のうちにあれどうなんですかとかこれどうなんですかとか食事はどうですかということぐらいは、さわりありますよね、それでわからないことは電話をしていますね。まあ教えてくれますね。(ケース N1)」などが語られた。

[他院からの要請があれば無理強いせず帰ってきてもらう]は、他病院が対応が難しいと連絡が入った場合は、早々に帰ってきてもらい無理強せず、関係を維持する働きかけである。

「すぐ来てですね、もう電話で。ドクターからの電話で『もうダメだ、もううちでは手に負えない。』と。私が行きましたね。それはですね、ちょうど4人部屋の患者さんで腸閉塞でみさせてもらったんですよ。ま、大きな声出したんですね。『帰りたい』とか言いながら。

そしたらすぐに（他院から）電話かかってきましたね。『なんか大きな声出しとるんです』とか。ということが。まあナースが言ってからね。患者さんまあ向こうも顔は知ってますからね、『まあ帰りましょう』と。そこをですね、そちら（他院の病棟看護師）がもう一歩がんばっていただくことは無いですよ。ほぼ間違いなく。帰ってきてもらう。治療の途中でも帰ってきてもらう。あとは向こうの病院と連携してですね、あとは例えばですね一度退院しましてあとは通院という形をとってますね。あとは経過観察で…（ケース N1）」などが語られた。

2) 患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする

〈患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする〉は、患者の頻回な問題行動に苦慮し入所に消極的な施設職員に対し、患者の病状や対応に関する情報提供と話し合いの場の調整をすることで施設職員が安心して受け入れられるよう保証する。施設の受け入れ状況をアセスメントしつつ、医師と協働し受け入れのタイミングを図りながら施設への移行調整をすることである。2つの概念が抽出された。

〔施設職員の気持ちも考慮しつつ早めに施設へ帰る段取りをする〕は、施設職員が患者を受け容れてもらえるよう早めに施設へ退院できる段取りをする対応である。

「試験的な外泊を1週間されたんですけど、その時のことをこちらが書いてたら向こうはもう、あの…ちょっと問題児的な書き方で『何回ナースコールした。何回した』とか、いや、そんなことを希望して書いてくれなくってもいいんじゃないの？って思うけど、責任追及されちゃいけないっていう向こうのスタッフのなんか強迫的になっているのかなっていうのがあって、なんかただ、落ち着いて入院時の問題行動がなくなったら帰さない、どっちつかずの方になっちゃうから、病院へおることが彼女の幸せではないけれど、かといって家の問題を私たちが介入できないから、その辺が難しいなあっていう話をしながら。（ケース S2）」や、「同じお部屋の人が寝れないって言うことなんで。だからこそその苦情が出た、大声で人を呼ぶって言うから、じゃあ『うちの病院ではナースコールを押し練習をしようね』って『やってるよね』って。『できたよね』って言いながらやると『うん』って。だからどうしても長くなると、『この人にこうすればこうしてもらえる。さっきの話じゃないけど、見るんじゃないですか？』って。そしたら黙ってしまったんで、向こ

うの施設の人も。だから『うちがあくまでもお預かりしてるところも多いんですけどね』とは。ちょっとあまり切り口上で言うと向こうの感情を逆なでるんで『たぶん甘えもあるんでしょね』とは言ったら黙っちゃったんで。(ケース S2)」などが語られた。

〔タイミングを逃さず施設へ帰る手はずを整える〕は、主治医と施設側との調整を、タイミングを逃さず施設へ帰れるよう段取りよく手はずを整える働きかけである。

「今の現段階では、まずはホームに帰れるような手筈をとらないと、ほんとに病院の人になっちゃうのが、却ってそこでだんだん長期化になっちゃうと、よりいいものには運ばないので。(ケース S2)」や、「今回の外泊はこうだったというのでまあ、主治医の方ともちょっと一回向こうがどう思っているのかっていうのを話をして、一応窓口がケースワーカーがして下さっているのですが、ただ、あの、ケースワーカーだけじゃ病院が薬を増やせばいいって解決するわけじゃなくて、やっぱり見慣れた人だからこそ、彼女が甘えを出すとか試される、試すとかだし、あのそういうこともあるんじゃないんですかと向こうの職員さんがぐっと黙ってしまったんで、そちらが長いからこそ甘えも出るかもしれないし、ただ大声が出たというところからまあ、他の入所者の迷惑になるからとベッドごとがあ〜と会議室まで運んで行ったりとするから、それは却ってまずいなあと思って、それはオンリーワンにさせているよっていうなんかね、たぶんね、最近の施設ってなんか大声が出るともうダメってみたい。(ケース S2)」、「主治医の先生とまあ『とりあえず入院時の問題行動は落ちついて、今うちの病棟でもそんな問題的なものを抱えてるわけではないから、将来的な展望を考えて行かんといけなよね』とは話をしてるんですけど。(ケース S2)」

第5章 考察

この章では、「精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の特徴」、「精神科看護師による患者 advocacy の特徴」について、既存の研究論文と比較しながら、考察する。

I. 精神科病棟における患者の権利や利益の阻害の特徴

今回、精神科病棟に勤務する熟練看護師 20 名によって語られた 34 事例より、【精神科病棟における患者の権利と利益の阻害】は 40 場面であった。これらを分類した結果、12 のカテゴリは、5 つに統合された。『地域生活権の阻害』『プライバシーの保護・患者尊重の阻害』『患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害』『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』『平等な医療や福祉を受ける権利の阻害』（表 4 参照）に分けて論じる。

1. 地域生活権の阻害

今回、精神科看護師によって語られた 34 事例中 25 事例が統合失調症で全体の 74% を占めた。筆者（Toda、2015）では、45 例中統合失調症圏内 37 例で 82% を占めており、精神科病棟において患者 advocacy が阻害され看護介入を必要とする疾患は統合失調症が多いと言える。これは、精神科病棟において統合失調症患者の入院が 59%（厚労省、2011）であることと、統合失調症の場合、疾患の特徴として思考・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護ることの障壁となっているとも考えられる。『地域生活権の阻害』は、9 事例で全体の 22.5% を占めていた。筆者（Toda、2015）では、精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断として、「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」、「財産権の阻害」のテーマが抽出された。筆者（Toda、2015）では、全体の 36.8% であった。前回に比べて今回の調査では、『地域生活権の阻害』事例は少なかったと言える。阻害状況に対して、改善された事例について語っていただいたため、なかなか改善されていないということも考えられる。しかし、今回は、『患者の社会参加の阻害』についての語りがあった。

Annas（2004）は、「中核的患者の権利として、①十分な情報提供を受けたうえで決定する権利、②プライバシーと尊厳に対する権利、③治療を拒否する権利、④救急医療を受ける権利、⑤擁護者を持つ権利」を挙げている。これはあくまでも医療現場における治療にまつわる権利であって、患者の生存に関わる権利や不利益までは含まれていないと考えられる。精神疾患患者の権利を考える場合、社会の中でどのように精神疾患を抱えながら生きていくのか、社会

の精神疾患患者の受け入れの問題が大きいということが言える。

看護領域の倫理綱領（ICN,2012、JNA,2003、JPNA,2004）と比較すると、生存と選択の権利の阻害、自己決定の権利の阻害に当たると思われる。社会の中で人として生きていく上で最も重要な権利ではないかと考える。また、これらは、患者と患者を取り巻く人々それぞれの価値の対立であると考えられ、患者の自律に関わる阻害（Fryら,2008）であると言える。

《患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害》について考えると、岩本ら（2007）の老人ホームにおけるターミナルケアの看護アドボカシー研究の中で、「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ことがうかがい知れる。それに加え精神疾患患者の場合、《患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害》もあるため、元気に地域で生活するための障壁は家族だけではなく、住民との間でも起きていると考えられる。力の強い人の意思決定が優先されやすいとも考えられる。

《患者と家族の対立による患者の地域生活の阻害》《患者と住民との対立による患者の地域生活の阻害》を考える時、患者の地域生活の権利の保障も重要ではあるが、同様に家族や住民の地域生活が保障されなければならないということも考える必要がある。国連において、「人権に関する世界宣言」（1948、通称、人権宣言）（外務省ホームページ）の第3条において、「すべて人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する」という一文がある。患者が病状に左右されての暴力や暴言等により、家族や住民の安全を脅かす状況があるという現実があり、「すべて人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する」という時、患者はもちろんのこと、家族や住民の自由及び安全に対する権利を守ることも必要となる。対社会に対してどのように向き合うのかが問われており、その折り合いをつけることが重要だと言える。精神疾患患者の権利や利益を考える場合、患者を取り巻く人々の権利や利益とのバランスを取ることが必要で一筋縄ではいかないと考えられる。

《患者の財産権の阻害》に関して考えると、「国連原則（1992）」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）（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室、2011）、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）（近藤,2010）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。これは、『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』における精神科特有の病棟ルールや管理体制にもつながり、金銭管理が病棟や家族に任されている実態が《患者の財産権の阻害》を作り出しているとも考えられる。

今回特記すべきは、《患者の社会参加の阻害》だと言える。「国連原則（1992）」において、地域社会における生活（可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利）として謳われている。また、国連「障害者の権利に関する条約」（2006）において、社会に完全かつ効果的に参加し、及び社会に受け入れられること、機会の均等と謳われている。やや古いデータではあるが、障害者の人権白書（1998）によると、精神障害者の一般就労は2%とわずかであるという報告もある。つまり、阻害状況があるが故にあえて謳われていると考えることができ、一朝一夕に解決するのは難しい根の深い問題だと考えられる。北野（2000）は「多くの障害者がさまざまな人権侵害を体験しながら、それを明確に人権侵害とは自覚し得ていない問題がある。さまざまな日常生活上の差別や困難を、障害者だから仕方がない、病気や障害があるのだから甘んじなければならぬと思込まされている状態では、人権侵害が終わらないだけでなく、人権侵害をする側を野放しにしてしまうことになる。このような、どうせ言っても仕方がない、あるいは病気だから、障害があるからと諦めさせられている権利性を明確に自覚することを支援することが、アドボカシーの基本的活動である（後略）。」と述べられている。これは、患者だけでなく、私たち看護師も同じような思いを抱いているのではないかと思う。今回、《患者の社会参加の阻害》について語られたことは、看護師が精神疾患を抱えていると致し方ないと諦めていたりすることに対し、やはり患者の権利として主張する必要があるという見方に変化したことだと言え、看護師が患者の社会参加の不備は患者の権利の阻害であると気づくことが、患者の権利阻害を改善する一歩なのではないかと考える。

2. プライバシーの保護・患者尊重の阻害

看護の不備による《羞恥心を抱かせるプライバシーの侵害》《人として大事にされない患者尊重の侵害》が、今回語られた。阻害場面の10%であった。プライバシーの保護・患者尊重は看護の基本的なことである。看護領域の倫理綱領（ICN,2012、JNA,2003、JPNA,2004）と比較すると、尊厳を保つ権利の阻害、敬意のこもった対応を受ける権利の阻害であると考えられる。そして、無害と善行の対立（Fry,2008）に当たるとと思われる。

Annas（2004）も中核的患者の権利として、プライバシーと尊厳に対する権利を挙げていた。また、1972年にベス・イスラエル病院

において「患者としてのあなたの権利」（星野,1997）の中で、尊重される処遇、プライバシーの保護が明記されている。さらに、2006年国連「障害者の権利に関する条約」の第三条一般原則の中で、固有の尊厳、個人の自律（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立を尊重することと謳われている。PA Scottら（2003）は、自主性、プライバシー、インフォームド・コンセントについて、長期間高齢者施設に入所している高齢者とケアを行っている看護師に質問紙調査を実施し、「我々は、自主性、プライバシーとインフォームド・コンセントが日々の看護介入で、患者を尊敬する上での重要な要素であると結論することができた」と述べている。プライバシーを守ることは、患者の尊厳を守ることと通じていると言える。藤野（2003）は、精神科病院の特質と入院患者の人権の中で、「精神科病院は、利益追求を基本においた、少ない職員で、より多くの入院患者を収容する『精神病院体質』があった。このような体質を持つ精神科病院で働く看護職員は、看護師自身も偏見の中で働き、より効率に病棟を機能させることが求められ、そのために患者を力で押さえて、看護職員の意のままに動かすことを求められたものと推察される。このようにして、入院患者の人権侵害事件は発生したものと考えられる。」と述べられている。やはり、精神科特有の風土に流されることなく、看護の基本に立ち返ることが求められているのではないと思われる。また、精神科領域の不祥事（精神病院で発覚した主な問題事件,2001）が後を絶たない状況を考えると、耐えて物言わぬ精神疾患患者のプライバシーの保護や患者を尊重した医療・看護は、スローガンとして掲げるだけでなく一刻を争う問題であると言える。特に患者と心理的距離の近い看護師にとって早急な改善が求められる問題だと言える。

3. 患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害

《患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害》は、筆者（Toda,2015）の「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」に含まれるものと考えられる。阻害場面の10%を占めていた。看護領域の倫理綱領（ICN,2012、JNA,2003、JPNA,2004）と比較すると、患者が危険にさらされることによる利益の阻害、行動制限を最小限にとどめる利益の阻害であると考えられる。

患者自身が、主張できる自分の権利に対して、消極的であったり、病気に対する理解不足により自分の欲求のみを訴えることで、逆に自身の病気の悪化を招くことになったりというふうであった。筆者（Toda,2015）において、精神科看護師の捉える看護アドボカシーの判断として、「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」が抽出された。さらに、筆者（戸田ら,2016）

は、患者アドボカシーの実践上での困難さの中でも、《患者や家族が治療や看護を拒否するための不利益》を抽出していた。患者自身能力があるにも関わらず地域生活を拒否したり、病気への理解不足による自身の権利を阻害する事例が語られていた。これは、統合失調症特有の症状である思考障害による認知の歪みや病識のなさ、自尊心の低下に起因する患者自身が本来得られるべき利益を患者自身が妨害していることで、いかにその状況から患者を護るかが問われているが、患者の主張とは食い違うことであり、精神科看護師にとって一番のジレンマであると考えられる。

《患者自身の不理解や認知のずれにより自分自身が利益を阻害》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、患者の将来をしっかりと見据えて、このままでは逆に患者の権利や利益が阻害されると考えていたと言える。Jonsen ら（2006）は、患者の意向の限界として、「医師と看護師は良心に基づいて、自分が不道德だと考える行動に関与することを拒否してもよい。自分の良心を考える場合に重要なのは、個人的な嫌悪感や偏見と、自分が信じる道徳的価値観とを区別することである」と述べられている。個人的な嫌悪感や偏見に引きずられることなく、しっかり道徳的価値観に重心を置いておくことが求められると言える。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（関東弁護士会連合会編、2002）と言われている。この場合は、保護原理に相当するのではないかと考えられる。そのためにも看護師は、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て看護師ならではの客観的な判断をすることが求められていると言える。

4. 最善な医療や看護を受ける権利の阻害

精神科病院の中で、医療・看護の問題や医療者・看護者と患者との間で起こっている《医療や看護の不備による患者の権利や利益の阻害》、患者が納得しないまま進む治療による《患者不納得の治療による患者選択の阻害》、病名を告知するかどうかの《知る権利の阻害》の3つが含まれ、【精神科病棟における患者の権利と利益の阻害】の50%であった。患者の不納得による入院や医師との治療方針の不一致、治療の不備による患者の権利や利益の阻害、医師と看護師との方針の違いによる患者の権利や利益の阻害、病棟ルールの縛りや看護の不備による患者の権利や利益の阻害という内容が含まれた。看護領域の倫理綱領（ICN,2012、JNA,2003、JPNA,2004）と比較すると、患者への医療や看護の利益の阻害、自己決定の権利の阻害、知る権利の阻害、治療へ参画への利益の阻害、

行動制限を最小限にとどめる利益の阻害に当たると考える。

筆者（Toda,2015）において、《患者と医療者との方針対立による自己決定の阻害》《治療や看護の不備による自由の阻害》が相当し、全体の40%であった。しかし、筆者（Toda,2015）の研究は、精神科病棟、中間施設、訪問看護など全ての精神看護領域における阻害状況であったが、本研究は、精神科病棟内に限定したもので、より病棟の中での阻害状況が浮き彫りになったと思われる。また、精神科病棟においては、倫理綱領に即した、患者の権利や利益が護られる環境の整備が早急になされる必要があると言える。

さらに、最善な医療や看護を受ける権利については、リスボン宣言（1995）の修正において、良質の医療を受ける権利として謳われている。良質な医療を受ける権利の中で、「a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。b. すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する。c. 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。」と謳われている。また、日本病院協会「勤務医マニュアル」（1983）においても、患者の権利として、医療上最適のケアを受ける権利、適切な治療を受ける権利が明記されている。さらに、「患者の権利宣言（案）」（1984）（石井ら,2007）でも、最善の医療を受ける権利が、患者側の立場から明記されている。しかし、現実には謳われている権利に追いついていないということが窺える。

最善な医療を提供するというのは、看護職として常日頃一番に考えていることである。であるが故に、意識が高い分この問題が多く語られたということも考えられるし、看護師にとってジレンマに感じる職場環境であるとも考えられる。G. J. Annas（2004）「THE RIGHTS OF PATIENTS」の日本語版の副題は「患者本位で安全な医療の実現のために」と記されている。つまり、患者中心であくまでも安全な医療を実現することが、患者の権利にとって重要なことであると述べているが、まだまだ現実には患者本位の医療へ近づいているとはいえないのかもしれない。

《患者不納得の治療による患者選択の阻害》を考えるに、患者が不納得の治療や入院が含まれていた。弁護士である池永満（1994）は「なんでもか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、医療者と患者が協同して、患者が自己決定できるよう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深く患者の生活に関与せざるを得ないときもあり、より患者の意向をくみ取った協同が必要となる。その原則に沿っていなかったと言えるのではないかと考える。

最後に、《知る権利の阻害》について考えると、1972年にベス・イスラエル病院において「患者としての貴方の権利」(石井ら,2007)の中でも知る権利が明記されている。日本においても、1984年市民グループ「患者の権利宣言(案)全国起草委員会」による日本の人権宣言の先駆けとなる「患者の権利宣言(案)」(石井ら,2007)においても知る権利は明記されており、患者にとって知る権利というのは最も重要な権利であることが伺い知れる。《知る権利の阻害》としては、患者不在で家族の意向を医師が最大限尊重したことにより起こった阻害状況で、看護師は患者と医師、家族との狭間でジレンマを感じながら、患者に寄り添いたいと思いつつ阻害状況と認識していたと思われる。精神科領域においては、疾患の特徴上理解能力に欠けると言うことでしばしば患者不在で医療と家族の了解のもと医療が展開されることがあるが、そのような医療者側の思考の転換が求められていると言える。

5. 平等な医療や福祉を受ける権利の阻害

精神科以外の他科との間や福祉施設との関係の中で起こっている《他科受診を受ける権利の阻害》や《福祉を受ける権利の阻害》状況の2つが含まれた。看護領域の倫理綱領(ICN,2012、JNA,2003、JPNA,2004)と比較すると、平等な看護を受ける権利の阻害、障害や疾病による利益の阻害に当たると考える。どのような人に対しても平等に看護を実践することは、看護の基本であると思う。

筆者(戸田ら,2016)は、精神科病棟における看護師の患者アドボカシーを実践する上での困難さとして、《精神疾患患者の身体合併症時の他院の受け入れの難しさ》を抽出している。「精神科というだけで他院の受け入れが悪い、十分な治療がなされず戻される、また精神科内で身体合併症が診られない難しさがあった。」と述べている。また、藤野ら(2006)の裁判事例において、精神疾患を理由に透析を拒否された受療の権利についての記述があり、精神疾患であるが故に一般科の受診が拒否される現状がある。筆者(Toda,2015)においても看護アドボカシーの判断として「医療や福祉を受ける権利の阻害」がテーマとして抽出されており、精神科領域においては大きな問題であると言える。

平等な医療や福祉を受ける権利については、『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』で述べた、リスボン宣言(1995)日本病院協

会「勤務医マニュアル」（1983）、「患者の権利宣言（案）」（1984）に、平等な医療を受ける権利が、患者側の立場から明記されている。このような平等な医療を受けられる権利は誰もが理解していることであると思われる。しかし、精神疾患特に統合失調症で意思の疎通が取れない患者や問題行動のある患者への対応において、精神疾患患者の看護をしたことのない一般科の看護師にとっては荷の重い状況でもあり、看護師自身がどう対応したらよいかかわからず、苦手意識を持っていると考えられる。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る。これらは、「リスボン宣言（2005）」の原則1の良質の医療を受ける権利や「国連原則（1992）」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必要だと言える。精神科のある総合病院との連携や常日頃からかかりつけ医との連携を強化して患者の権利を守っていくかであると考えられる。

6. 患者の権利や利益の阻害場面になかった問題

患者の権利オンブズマン（2002,2009）において、患者の権利として扱われている内容は、医療情報へのアクセスの問題、インフォームド・コンセントの問題、医療保障と患者の人権の問題、医療事故防止と患者の権利の問題、介護・福祉と利用者の権利の問題が主題であった。今回の調査では、インフォームド・コンセントと関係する患者の権利や利益の阻害状況は挙げられるが、医療情報へのアクセスの問題に関する患者の権利の阻害は一切語られなかった。患者の目線ではなく、入院中の出来事について看護師の目線での患者の権利が語られているので、患者の権利オンブズマンの視点からはずれた可能性があるし、カルテ開示などの医療情報の開示に関しては、まだまだ日本において、患者の権利として情報提供を口にするのはハードルが高いのではないかと思われる。カルテ開示など情報提供を求めてもよいという患者の権利に対する教育も必要なのではないかと思われる。高島（2007）は、公開すべき情報に当事者等へのアンケート調査の中で「病院情報を収集する視点について、ミーティングを何回か重ねていく。すると、ユーザーは、これまで医療機関を漠然と利用していたことに気づき、医療機関の利用者としての視点が鮮明になってくる。ユーザー個々人が身体で感じた貴重な情報の整理でもある。（中略）このような活動が、精神科病院の情報をユーザー自身が活かす力となる支援に繋がるのだと考える。」と述べられているように、患者自身が情報開

示に積極的になることは、医療はお任せではなく、患者と医療者の共同により患者中心の医療・看護を実践するためにも患者自身に、患者としての権利と義務の教育が必要ではないかと考えられる。

今回抽出された 12 のカテゴリは、精神疾患特有の病識の欠如や症状による患者自身の認知力の問題による障害や、精神障害者の退院に際しては家族などの意思決定が優先されてしまうことによる障害、また、治療においては医師主導による治療や、患者の安全優先による管理的な看護による障害、地域の医療・福祉職者の精神障害者への苦手意識などによる障害であった。精神疾患という目に見えない病気が、患者や患者を取り巻く人々において理解されないことが偏見となり、患者ではなく周りの意思決定を優先させることが患者の権利や利益を障害していたと言える。

II. 精神科看護師による患者 advocacy の特徴

【精神科看護師による患者 advocacy】は、12 カテゴリ、43 サブカテゴリ、125 概念が抽出された。それらを大きく分けると、患者への直接介入として、《不利益を回避へ生活の制御感獲得へ援助する》《自己意思の表明能力の向上を支援する》《権利行使への行動方略を伝達する》《患者の要求を最大限実現する》《患者のプライバシーや自尊心を護る》《早めに患者の不利益を察し回避する》の6つ、患者の周囲の人々への介入として、《患者の自己実現に向け支援体制を整える》《家族・住民との関係再構築へ仲介する》《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》《患者の意向を代弁し医師を動かす》《看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする》《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》の6つになる。これらは5つの特徴に分けられる。それらの特徴を既存の文献を用いながら論じる。

1. 自ら力をつけ権利や利益を獲得の介入の特徴

『自ら力をつけ権利や利益を獲得』する介入には、《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》《意思の表明能力の向上を促す》《権利行使への行動方略を伝達する》の3つのカテゴリが含まれる。これら3つのカテゴリは、患者自身が力をつけて自分自身の権利や利益を人任せではなく、自分で護っていくための働きかけだと考える。北野（2000）は「アドボカシー活動の目標は本人のエンパワメントにある。本人が〈自立して、自分らしく生きる力を高める〉ためには、それにふさわしい障害者像・高齢者像が必要になる。」と述べられているように、患者自身が力をつけて自分の権利や利益

を護ることが重要だと考えられる。

まず、《不利益を回避するために自らの生活の制御感を高める支援をする》介入は、病識を欠くと言われている統合失調症患者にとって、自分自身をコントロールする能力を身につけることが要求されているというか、自己決定をして自己実現させるためには、自分の果たすべき役割もあると言うことがうかがえる。

野中（2004）は、「統合失調症は認知行動過程における感覚器からの情報の入力、その意味の解釈と行動への指令、運動器による行動という出力までの一連の機能のいずれかに障害が生じ、知覚および注意機能、思考の機能、記憶の機能、実行の機能などの機能の低下が見られる」と指摘しているように、病気により心身機能が低下することで自己コントロール感や日常生活能力が低下することで、自身の権利や利益を損なう状況に陥ってしまう。そのため、患者が不利益を被らないためには、〈不利益を被らないために自己コントロール感を高める支援をする〉〈社会生活実現に向け日常生活能力を身につける〉ための援助を行うことで、病気のコントロールや日常生活が円滑にできるよう支援をすることで、患者が権利や利益を獲得できるようになると思われる。

〈周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える〉の働きかけである。サリバンは、統合失調症を”関係性の病”と定義し、精神の問題が対人関係のあり方にあると目を向けた（粕谷、2002）。粕谷（2002）は、「対人関係の破綻ともいえるべき統合失調症は、その基礎ともいえるべきコミュニケーション障害を有する症状である。」と指摘しているように、対人関係において、認知の歪みが生じ被害的で妄想的態度を取りやすく、そのことが周りの人々との対人関係を悪化させてしまう。そのため、〈周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える〉は、家族や住民との関係の取り方を具体的に伝えることで、対人関係能力の向上を図っていた。患者が家族や住民との関係をよくすることで、互いが安心してつきあえるようになることが、患者の権利や利益を護ることにつながると考える。患者の不利益を回避するために有効な援助だと言える。

〈揺れる気持ちの安定化に向けた支援をする〉は、患者の気持ちにしっかり添い、患者自身が精神的に安定することが、自己コントロール感を高めることや患者一看護師の信頼関係の構築に繋がり、そのことが患者の安定に影響を及ぼし、生活の制御感を高めることに貢献し患者が自身の権利や利益を護れるように自己遂行ができる支援となると考える。中野ら（2002）は、意思決定をすることが困難な患者に対する看護方略の中で〈患者の意思決定能力を高める〉を抽出し、“患者を安心させる”“患者に添う”などを間接的な働きかけとして抽出している。また、野嶋ら（2000b）は、患者の意思決

定を支える看護の基盤についての看護者の認識の中で、患者に対する姿勢として〈受容〉を抽出している。〈揺れる気持ちの安定化に向けた支援をする〉は、これらに相当するものと考えられる。今回抽出された〈揺れる気持ちの安定化に向けた支援をする〉は、権利や利益を護るために、患者自身が自己制御感を獲得できるように気持ちの安定化に向けた働きかけだと考える。

それとともに、〈不利益を被らないために自己コントロール感を高める支援をする〉〈社会生活実現に向け日常生活能力を身につける〉は、患者が自身の権利や利益を獲得するために自己決定していくためには、病気のコントロールや日常生活を整えていくことが、より自分の権利や利益を獲得することに近づくことになると言える。逆に考えると、病識のなさや日常生活能力そのものが低下してしまう精神疾患患者の場合、権利や利益が阻害されやすい状況にあることを常に念頭に置いて看護することが必要だとも言える。

次に、《意思の表明能力の向上を促す》介入について考える。これは、なかなか自分の思いを言語化できない特にコミュニケーション能力が苦手な精神疾患患者に対し、患者の心の中に押し込まれていたり眠っていた患者の本当の思いを粘り強く引き出す働きかけである。看護師が代弁するのではなく、患者が自分の思いを自分の口で表明する自己決定能力を育む働きかけである。

北野（2000）は「エンパワーメントやアドボカシーのひとつの大切な視点として、障害者や高齢者が自覚し、訴えている問題だけではなく、本人の内面に抑圧された（**internalized oppression**）思いや問題をどのように引き出し、受けとめていくかがある。」と述べている。さらに、増田（2012）のケースアドボカシーに着目したサービス調整実践の因子分析においても、「第一因子 自己表明に向けた環境整備」が抽出されていた。看護師は、患者の一番身近にいる医療従事者で日々接する中で、言葉にはされていない患者の思いを察することが出来るが故に、歯がゆさも感じながら患者が自身のこうなりたいという当たり前の権利や利益を言語化できるように後押しする働きかけができる存在であると考えられる。

まずは、患者が自分の考えていることを自分から発言する〈意思を言語表出できるように時間をかける〉〈患者が主体的に家族や医師・看護師に発言できるよう後押しする〉は、なかなか言語化できない患者の思いを忍耐強く引き出し、代弁ではなく、患者が発言できるように見守る働きかけであると言える。

〈意思表示ができるお膳立てをする〉は、患者が意思表示するためには、考えるための材料を提供する必要がある。つまり、ひとつひとつの状況の情報不足に対し、正しい情報を伝えることで、患者自身が判断し答えを出せるように情報提供や教育をする働きかけであ

ったと言える。〈選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる〉〈患者の意思をそのつど確認する〉は、将来の生活に興味をもたせるために、プログラムに参加し選択肢を増やす働きかけや、選択肢のための情報提供、現実的な情報を伝えることや、患者のペースに合わせてながら意思を確認して次へ進めていくことで、常に患者に寄り添い患者自身が余裕を持って選択しやすくする働きかけであったと言える。

北野（2015）は、アドボカシーについて「『本人が、その人の権利を活かして、がまんしたりあきらめずに、みんなと普通に暮らせる力（＝共生力）を高めることを支援する活動』のことであり、誰かの力に頼って、差別や虐待や人権侵害等から守ってもらうこと（＝権利保護）ではない。（中略）つまり、地域生活主体である本人の権利性に、強くアプローチする活動であると言える。」と述べられている。《意思の表明能力の向上を促す》、《権利行使への行動方略を伝達する》は、誰かに権利や利益を護ってもらうのではなく、患者が自律して周りとの共生力を高めていくための働きかけであると言える。さらに、Gaedner（1997）は、人としての権利を9つ提示している。中でも「生きる権利、自由になる権利、幸せになろうとする権利、自己決定の権利」を謳っている。《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》《意思の表明能力の向上を促す》《権利行使への行動方略を伝達する》の中に内包されていると考えられる。最終的にはこれらは、自己実現へと繋がるのではないだろうか。また、一番ヶ瀬（2003）は、「疾病や障害のある人の『自己実現』は、障害のレベルにより一層個人差が大きく、その過程への働きかけは介護者としての専門性が問われる」と述べられているように、この3つの介入は、看護の働きかけにおいても高度な技と言えるのではないかと考えられる。

次の《権利行使への行動方略を伝達する》介入は、教育的側面の働きかけであると言える。知識を伝えたり、権利を守る行動ができる教育をしたり、将来の方向付けを1つひとつ伝えることで、患者自身が行動しやすくしたり、権利を行使できることの看護師の思いを伝え患者の意識を変えようとする内容であった。地道に患者自身が権利や利益を護り自己実現できる方向へ導いていたと考えられる。

筆者（戸田,2009）は、アドボカシーの概念分析の中で「看護アドボカシー」の属性として《保護する》を抽出していた。患者/家族を代弁することや周りが患者の権利・利益を護ることなどであったが、advocacyとは、患者の代わりに看護師が代弁したり、看護師が患者の権利・利益を護ることだけでなく、患者自身が、自分で自分の権利や利益を護る行動ができるように、より積極的に患者の自律を促すことの重要さが提示されたと考えられる。

《意思の表明能力の向上を促す》ことで、患者自身が自分の思いを自分の言葉として相手に伝えることや、《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》で、自身の病気に振り回されることなくコントロールすること、《権利行使への行動方略を伝達する》ことで、自分で権利や利益を獲得するための行動に移したり、自分自身の権利や利益について声に出して訴えてもよいのだと意識づけることで、自分の権利や利益を護るだけでなく積極的に患者が力をつけて自己実現へとつないでいることが明らかになった。医療者優位のパターンリズムではなく、患者と医療者が目標を1つにして一緒になって患者の権利と利益を護れるように働きかけることが重要であると考ええる。

畦地ら(2010)は、「精神科看護師の説明の技術の中の1つである「『自らが判断し選択する力を支える技術』は、精神疾患を抱える人が、看護師が行う説明に対し、病状や病理による影響を最小限に抑えた思考プロセスの中で、その人の責任に基づいて判断や選択ができるように支える技術で、《混乱から守る技術》《歪んだ思考の脈絡に絡みとらせない技術》《責任の回復を支え選択していくという思考を根づかせる技術》が含まれていた。」と述べられているように、病気に振り回されるのではなく、《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》や《権利行使への行動方略を伝達する》により上手に病気をコントロールすることで、患者自身が自ら自己決定できるように看護師は支援していたと考えられる。

筆者(戸田,2009)では、看護アドボカシーとして、患者への直接介入として、《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。《支える》には、自己決定を支える、遂行を支えるがあった。自己決定を支えるために、まずは、《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》により、自己コントロール感を身につけ、《意思の表明能力の向上を促す》ことで、患者自身が言語化できる支援を行っていた。そして、《権利行使への行動方略を伝達する》ことで、より患者が自己決定できるように生活能力を上げ自信が持てるよう働きかけていたと言える。《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。《意思の表明能力の向上を促す》の中の、〈選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる〉がそれにあたり、患者が自己決定するために吟味できる材料の提供をし、患者自身がぶれることなく判断できるよう支援していると考えられる。《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。今回の《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》《意思の表明能力の向上を促す》《権利行使への行動方略を伝達する》の3つのカテゴリー全てが、患者が力をつけることであった。これは患者をエンパワーメントすることである。

しかし、池永（1994）は、「何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ていくべきだということです。」と述べられている。看護師は、そのために患者にしっかりと添いながら患者の権利や利益を護り患者自身が権利や利益を獲得できるように支援していると考えられる。

2. 患者の権利・利益を保護の介入の特徴

『患者の権利・利益を保護』する介入には、《患者の要求を最大限実現する》《患者のプライバシーや自尊心を護る》《早めに患者の不利益を察し回避する》の3つのカテゴリが含まれる。これら3つのカテゴリは、患者を権利や利益の阻害から護るために、看護師が積極的にケアをしたり、他職種・家族と協力し協働して患者を護るための働きかけだと考える。

《患者の要求を最大限実現する》の介入について考えるには、精神科特有の独特な病棟ルールがあることを考える必要がある。久保（2002）は、「権利侵害行為を誘発する施設の『負の体質』として、①閉鎖的で目が行き届きにくい、②暗黙のルールの下で業務が行われる、③相互無批判的体質に陥りやすい、④独善的体質に陥りやすい、⑤他者の評価を受けやすい業務（雑務）が優先される、⑥明確な人材育成の指針がなく、職場内研修システムも十分整備されていない、⑦トップの役割・責任が不明確でリーダーシップが取れていない。」を挙げている。これは、福祉施設における権利侵害を誘発する状況について述べられているが、精神科病院においても同様に当てはまる状況があるのではないかと考えられる。閉鎖的で、精神科特有の暗黙のルールとしての管理的な体制が根強いのではないかとと思われる。それは、患者の安全を守るという大義名分の中で、患者の自由を奪うことや、患者の物品を病棟管理するというように表れている。そのような今までの看護を改め患者の権利や利益を優先する看護に方向転換しようとしていたと考えられる。

特に〈患者の要求を最大限呑んで対応する〉〈患者の意向を尊重し患者のルールに沿う〉は、病棟のルールも大事であるが、患者の訴えをしっかりと受け止めて何とか患者の思いを実現しようとしていた。榎戸（1998）は、精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮として、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意思を尊重する」「病棟の秩序を優先する」のカテゴリーを見いだしていた。これは、保護室内の急性期における対応のため同じ状況ではないが、看護師は患者の安全や病棟の秩序を優先することを一義

とするのではなく、患者の意思を一番に考えてケアを展開しており、まさに、〈患者の要求を最大限呑んで対応する〉〈患者の意向を尊重し患者のルールに沿う〉は、病棟秩序も必要ではあるが、患者の意思をより尊重し、患者の権利や利益を護る働きかけを実施していたと考えられる。

北野（2000）は「本人の選択や決定をできる限り尊重するとともに、それが困難な場合においてもできる限り本人の選択や決定が可能となるように支援することによって、自立生活主体としての本人の選択権や決定権を支援するあり方」の必要性について述べている。入院治療において、〈患者の要求を最大限呑んで対応する〉〈患者の意向を尊重し患者のルールに沿う〉働きかけは、患者に寄り添う看護実践をしている看護職ならではの働きかけであると考ええる。

また、患者の権利や利益を護り患者の思いを実現するためには、できるだけ患者の意向に沿うための、〈患者の意向を後押しする〉働きかけを行い、権利や利益を護っていくための最大限の結果に近づけていた。

さらに、〈患者の安全を守る新たなケアを考える〉についてである。G. J. Annas（2004）「THE RIGHTS OF PATIENTS」の日本語版の副題は「患者本位で安全な医療の実現のために」と記されている。つまり、患者中心であくまでも安全な医療を実現することが、患者の権利にとって重要なことであると述べているのであるが、まさに〈患者の安全を守る新たなケアを考える〉働きかけは、安全を確保しながら患者主体の看護実践だと考えられる。患者の思いの実現を最優先しようとする時、患者の安全との間で葛藤が生じる。その時に、より安全でケアが実行できるように迅速に対応し、円滑に実施できるようにしていたと考ええる。

次の《患者のプライバシーや自尊心を護る》介入は、プライバシーの保護や患者の尊厳を護るといった人としての重要な権利の阻害に対する働きかけであったといえる。患者の権利としてプライバシーや自尊心を考える時、それが阻害されるということは人としての根源的な権利の阻害ではないかと思われる。マズローの基本的欲求に関する理論の5つの欲求の中においても、承認の欲求として自尊心と他者からの承認が挙げられている（Goble、1970）ように、人として生きていく上で重要で根本的な欲求と言える。

〈プライバシーを護るケアを徹底する〉について考えると、プライバシー権について、河野ら（2008）は「女性の障害者の場合など、異性による入浴介助は避け、性的羞恥心を保護すること」と、当たり前前のことが言われている。それは、実際の現場では守られていないからこそこのような文言になったと考える。精神科においては、他科に比べて特例があるため人手不足が慢性化し、また、男性看護

師が多く、特に患者の暴力や精神運動興奮時には、看護師の身を守ることも必要で男性看護師が全面にでることがあるが、やはり原則は守らないと個人の尊厳が護れないことになる。さらに、患者にとっては不快なことでしこりの残るケアであると考えられ、患者の看護師への信頼関係を崩すことにもつながりかねないと言える。プライバシー保護は、患者の権利（ベス・イスラエル病院「患者としての貴方の権利」石井他、2007）としても明記されている基本的な権利であると言える。原則に沿うことで患者の不快感を除去し、信頼関係回復につながっていたと思われる。

〈患者を信じ同じ人間として寄り添う〉について考える。Fryら（2008）は、「ケアリングの倫理的概念は、看護師と患者の関係の基本であり、ケアリング行動は看護の役割の根幹であると以前から考えられてきた。（中略）ケアリングが看護役割にとって重要だと価値づけられると、人間の健康を守るだけでなく患者アウトカム、特に人間の尊厳を守ることへのコミットメントを示すことになる。」と述べられているように、看護師は、〈患者を信じ同じ人間として寄り添う〉ことで、患者－看護師関係の修復を図っていたと考えられる。

また、個人の尊厳は、「世界人権宣言」（1948）の前文で「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と、平等で譲ることのできない権利とを承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎である・・・。」と謳われており、リスボン宣言（2005）においては、尊厳に対する権利として謳われている。そして、看護専門職団体においても人権尊重は謳われている（ICN「国際看護師倫理綱領」（1973）、日本看護協会「看護師の倫理規定」（1988））。対人援助を行う専門職としては個人の尊厳は基盤となる。どれほど、謳われていても現場で働いている人たちが常に意識しないと崩れてしまうものである。

中野ら（2002）は、意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略の中で、【患者との関わりの基盤となる看護方略】として、〈ひとりの人として患者と関わる〉を抽出し、「意志決定をすることが困難な患者に対して、看護者が、あくまでも患者は意志を持つひとり人間として尊重するものである。」と述べられているように、権利を遂行する上で重要な関わりとなると考えられる。ひとりの人として尊重されてはじめて自分らしく生きていけるのではないだろうか。これは、看護師が、意識して護らないと、患者の権利や利益を簡単に阻害してしまうことにつながるのである。

もう一つの《早めに患者の不利益を察し回避する》介入は、転ばぬ先の杖のような役割を看護師が行っていたと考えられる。先を予測して、早めに患者に情報提供し患者が訴え易くしたり、患者の行

動パターンを看護師が読み、早めに対処することで患者の不利益を回避したり、視覚化することで状況を皆が理解でき、不利益を回避できるようにする〈患者の不利益を回避するよう看護師が察知する〉ことや、患者の周りの家族や地域の医療職の協力を得て、患者が不利益にならないよう早めに対応する〈患者の周りとは協力して不利益を回避する〉であった。患者の病気への理解不足そのものが、自分の権利を阻害する状況を作っていると看護師は判断しているが患者にはそのことの意味が理解されていないものと思われる。

野嶋（2000b）は、患者の意思決定を支える看護の方略中の【患者の力の発揮を支える】側面の中で、《守る》方略の中に、見守る、保護するを抽出し、「〈保護する〉は、看護者は患者を取り巻く状況を見極め、患者に及ぼすリスクができるだけ最少になるように状況を整えて患者を保護しながら、意思決定を支えていた。」と述べられている。これは、意思決定への権利の遂行であるため、状況は少し違うかも知れないが、患者に及ぼすリスクを最小限にするため看護師が早めに判断して不利益から患者を護ることである。精神症状による認知の歪みや被害感や理解力の低下により患者自身が自分の権利や利益を阻害していることに対し、看護師が患者を護ることで不利益を回避する介入であると言える。これは、まだ保護の段階で、この次の段階としては、患者自らが力をつけ自己実現を獲得につなげていく必要があるのではないかと思われる。

3. 患者・家族・住民の共生へ仲介と教育の介入の特徴

『患者・家族・住民の共生へ仲介と教育』する介入には、《患者と家族・住民との関係再構築に向け仲介する》《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》の2つのカテゴリが含まれる。これら2つのカテゴリは、患者と家族・住民との間を調整することと共に、家族・住民の意思も大事にしながら、家族に患者への見方や対応方法について教育する働きかけだと考える。

まずは、《家族・住民との関係再構築へ仲介する》の介入について考える。家族や地域住民が患者の病状により、脅かされ患者に対してマイナスのイメージを抱くことにより関係が悪化していき、そのことが、患者が地域で生活する権利を阻害しているため、家族や住民に働きかけ、患者との関係性を改善することで、両者が地域で共生して生きていけるように仲介する働きかけである。

〈家族に患者の思いを代弁する〉〈患者に家族の思いを代弁する〉働きかけは、それぞれが直接相手に言えない思いを看護師が代弁して伝えることで、お互いのイメージを変えることで患者と家族の関係を修復していた。これは、筆者（戸田,2009）の看護アドボカシーの概念分析において《保護する》属性の中の、〈代弁する〉

に含まれていた。筆者（戸田,2009）では、医療者などへの代弁であったが、患者の思いを家族に、家族の思いを患者に代弁することで、お互いの関係改善に働きかけていたと言える。また、〈患者と家族の間を取り持つ〉ことで、家族が患者から気持ちが離れないように患者一家族間の関係維持の働きかけを行っている。家族に協力を依頼し〈患者の自己実現に向け家族の協力を得る〉ことでより関係を深められるようにしていた。〈患者と家族の関係修復に親族を活用する〉ことで、患者の周囲の人的マンパワーを活用し患者と家族の関係修復を図る働きかけをしていた。さらに、住民の思いに沿い関係修復を図ることや、家族や住民を孤立させず状況を抱え込まないようにすることで家族や住民が力をつけ患者との関係改善ができるようにする〈住民との関係修復を多職種共同で行う〉〈家族や住民に看護が頼れることを伝える〉働きかけを行っていた。家族や住民の気持ちを受け止めつつ家族と住民に患者理解を促したり、両者の関係修復に向け働きかけることで、患者と家族、地域住民との関係を修復させ、両者が地域で共生していける働きかけを行っていたと考えられる。

田中ら（2010a）は、精神科看護師が体験する倫理的問題とそこに含まれる対立を明らかにしており、その中に「患者の権利（地域で生活する権利）／他の人々の権利（家族の希望）」が挙げられている。また、田中ら（2010b）は、看護師が倫理的問題で体験する頻度の平均値の高い項目として、「患者自身は退院したいが、家族の希望で退院できない」を上位に挙げている。精神疾患患者が地域で生活をする場合、家族の意向が大きく影響していることがうかがえる。患者に地域で生活する権利があるように、家族にも脅かされないで地域で生活をする権利がある。両者の権利を認め折り合いをつけていく必要があると考える。今回の調査では、このような倫理的ジレンマに対し、両者の間を上手に取り持ち関係修復することで、それぞれの権利を守り、共生できるように働きかけていたと考えられる。

《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》介入は、家族自身も患者の病気により平常心ではいられない状況があり、家族が本来の力を発揮できるようにすることが、患者が望む地域生活の実現に向かわせることにもなり、家族自身が力をつけ患者の権利や利益が護れるようにすることの重要性を述べているものと思われる。筆者（戸田,2009）において、《エンパワーメントする》が属性として抽出されていたが、その中では、患者・家族を教育するとか、エンパワーメントするという内容であった。〈家族の患者に対する見方を変える〉ことも含まれると考える。見方が変われば関わりが変わり、結果的に家族が力をつけることにつながる。家族の不安や自尊心低下が対応にも影響を与えるため〈家族の不安感情を軽減し患

者の権利が護れるよう促す〉〈他職種で家族に寄り添い不安を軽減し気持ちを動かす〉ことで、家族自身が安心して本来の力を取り戻し、家族が能力を発揮できるように邁進していたと考えられる。〈家族が患者を護るための対応能力が身につくよう一緒に考える〉は、実際、患者が地域に戻ると家族が患者を護っていくことになるため、直接家族が対応できるように能力が身につけられるように働きかけることで、家族の対処能力向上を図り、患者の権利や利益を護ることにつながっていたと考える。

《家族・住民との関係再構築へ仲介する》と《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》介入は、日本人の自我構造とも関係していると考えられる。南（1985）は、「アメリカ人の自我というのは、1人の人間のものであり、身体と外界の境目が自我の境目なのだと思います。日本人は、身体が離れていても、家族はずうっとつながって広がっていて、それが家族に拡大した自我だと言われています。つまり、個人だけのものではなく、家族の中で拡散している部分がある、」、「日本人が個人を対象にするという時と、アメリカ人が個人を対象にするという時とでは、対象にする仕方が違ってきます。我々は絶えずその人の身内を意識します。身内がどう思うかということが、個人がどう思うかよりももっと大事になることがしばしばです。個人はこう言っているけれども、家族はこう言っているからといって、家族の思うとおりにしがちなのが我々医療関係者です。つまり、個人主義に対して、我々はどちらかというとな家族主義が基本にあります。」と述べられている。

さらに、青木ら（1998）は、「患者の意志決定を支える場合に、患者と家族両方を含めることが比較的多いことが判明した。患者の意志決定を支えることを第一義的な目的として関わったとしても、患者だけではなく、家族の意向を配慮したり、ある時には家族の意志を明確に把握し、家族の意志を支える援助を必要とすることが必要な場合も見られた。」と述べられているように、日本においては、精神科に限らずどの科においても、大きな決定をする時に家族を切り離して考えることは難しいということが言えよう。私たち看護師も患者の地域生活権を何とか遂行したいと考えながらも、患者の周囲の人々を意識しながらことを進めていると言える。それに、精神疾患の場合、病気に対する不理解もありより周囲からの圧力が強い分、周囲の人々を意識しない訳にはいかない。

また、そこには日本人の文化的背景もあると考えられる。小西ら（2007）は、「東洋の意思決定は、二項対立、原則論での意思決定ではなく、関係者の「和」をもって決めることではないかと考える。」と述べられている。患者の思いを自己実現することを支援する看護者にとっては、患者だけでなく患者を取り巻く家族や地域住民の権

利や利益にも目を向け、その両者にとってよりよく生きられるようちやうどよい加減を意識しながら両者の調整をしているものと考えられる。それは、小西らのいう「和」につながるもので、日本独特の働きかけではないかと考えられる。

この《家族・住民との関係再構築へ仲介する》《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》介入は、『地域生活権の阻害』に対する【精神科看護師による患者 advocacy】の働きかけである。日本独特の「個」よりも「家族」を重んじ「和」を大切にしている日本ならではの患者 advocacy への介入であると考えられる。日本の看護師は、それぞれの関係性において、調和を重んじながら、上手に両者の折り合いをつけることに長けているとも考えられる。

つまり、《家族・住民との関係再構築へ仲介する》と《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》介入は、家族・住民それぞれが力をつけられるように働きかけ、患者との関係性を向上させ、上手く共生できるよう、それぞれの権利や利益を護るための働きかけで、患者を受け容れてもらい、患者の権利や利益が最終的に護れるようにする働きかけであると考えられる。

4. 患者の代弁者として医療・福祉の調整と協働の介入の特徴

『患者の代弁者として医療・福祉の調整と協働』する介入には、《患者の意向を代弁し医師を動かす》《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》《患者の自己実現に向け支援体制を整える》の3つのカテゴリが含まれる。これら3つのカテゴリは、患者と医療職や福祉職の間を調整することと共に、看護師が積極的に医療職や福祉職に患者の受け入れを促す働きかけと、他の医療職と協働して患者の権利や利益の獲得を支援する働きかけだと考える。

これらは、阻害場面の『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』『平等な医療や福祉を受ける権利の阻害』に相当し、全体の50%以上を占めていた。『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』は、精神科病棟の中の医師や看護師と患者との間で、患者の権利や利益の阻害が起こっていたと言える。

最初に、《患者の意向を代弁し医師を動かす》介入について考える。永野（2000）は「障害者や精神病患者は『障害』や『狂気』のレッテルをはられ、サービスは干渉的で医師の意見が尊重される。このような環境の下では、人は自分の生活のコントロールする能力を著しく減少させられる。」と述べられているように、《患者の意向を代弁し医師を動かす》介入は、医師主導の治療から患者主導の治療への橋渡しではないかと考えられる。患者－医師関係は、なかなか対等とはいかないことが窺い知れる。

筆者（戸田,2009）の《保護する》の中に、患者/家族を代弁

するがあった。〈患者の治療への思いを受け止め医師に代弁する〉
〈患者と医師との間を公平に仲介する〉がそれに相当すると考えられる。またこれらは、筆者（戸田, (2009)）の看護アドボカシーの属性として、《仲裁する》に当てはまるが、対立し争うと言うよりも、間を取り持つ要素が強かったため、仲介するとした。患者 *advocacy* を遂行する上で、患者と医療者、特に主治医との間を仲介する働きかけは、患者と家族との間を取り持つ《患者と家族や地域住民との関係再構築に向け仲介する》介入と同様、患者と周りの人々との関係をよくし患者の権利や利益を護る上で重要な働きかけであると言える。

今回の調査で、看護師は、〈患者の意向を医師に伝え動かす〉や〈治療方針を吟味し医師へ進言する〉ように、積極的に医師に進言をしていた。竹村（2008）は、成人患者の利益・権利を守るアドボカシーについて、日本とハワイの看護師の意識調査の中で、「アドボカシー実践内容は、日本は医師との調整役であるが、ハワイは医師への進言・苦言を呈し患者の意思を尊重するもので、患者側に立った積極的な支援を行っている。」と述べられているように、精神科病棟の看護師は、調整役だけでなく、より積極的に医師に進言し医師を患者の権利や利益が護れるよう動かしており、患者の意思を尊重し、患者の立場に立ち積極的に支援を行っていたと言える。それは、澤田（2001）が、「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ることが肝要となる」と述べられているように、他科と比べて精神科では、客観的データとしての検査が限られているため、一人ひとりの専門職の観察と判断が大きく患者の治療や看護に影響する。そのため、精神科では日頃から医師と看護師は身近な専門職として関係が近いと言える。普段から医師-看護師関係が良好で、対等な関係を築かれているものと思われる。互いに他の専門職を尊重していることが、患者の利益や不利益を回避することにつながるとと思われる。患者アドボカシー実践の成功の鍵は医師との連携にあり、医師-看護師関係を日頃から対等で尊重し合える信頼関係に作っていくことが重要であると考えられる。さらに、田中ら（2010b）は、看護師が倫理的問題で悩む程度の平均値の高い項目として、「医師の治療方針と看護の方針にずれがあるために、適切な看護を行えないことがある」の治療やケアの方針の違いに関する問題を抽出している。〈患者の意向を医師に伝え動かす〉や〈治療方針を吟味し医師へ進言する〉は、これらの倫理的問題に対し実践していたことだと言える。

患者の治療・看護において医師と看護師は車の両輪のような役割を果たすため、いかに協力体制を築いて患者の権利や利益

を護る働きをすることが重要で、〈患者の意向を医師に伝え動かす〉は、医師を立てながら医師を治療の全面に押しだし、スムーズに患者の権利や利益が護れるようにしていたと考える。

荻野（2012）は、「一般精神科医療看護では、患者が自分の利益を判断できないことが生じ、医療者が患者に代わり患者の最善を考えた医療看護を提供すべきというパターンリズムと、患者の自己決定権を尊重すべきという専門職者としての正義の対立から倫理的問題が生じていることが明らかにされていた」と述べているが、今回の調査での看護師は、患者の不利益を早めに察して〈治療方針を吟味し医師へ進言する〉ことで、患者の不利益を回避していたと考える。

次に、《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》介入について考える。

これは、阻害場面の『平等な医療や福祉を受ける権利の阻害』に相当し、3場面で全体の7.5%を占めていた。これは、他施設の医療者間や、福祉施設との間で、患者の権利や利益が阻害されている状況である。そのために、他施設の専門職との調整であった。

〈患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する〉や、〈患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする〉は、意思疎通の難しい精神疾患患者に対する他科の看護職や福祉職の人たちが対応に苦慮していることに対する看護師の働きかけである。弁護士の高木（2012）は、「私たち弁護士が精神障害者からの法律相談を受けるに当たっても、精神障害者とあまり関わりたくない、話半分に聞いておこう、早く法律相談も終わらせたい、後日事務所に何回も電話がかかってきたらどうしよう、などの観念に囚われ易く、できる限り関わりたくない存在と考えてしまうところに、精神障害者からの権利擁護に積極的になれない理由があるように思われる。」と述べられているように、精神疾患というだけで、現在の日本においては先入観や偏見を抱いてしまう傾向にあるのだらうと思われる。家族や地域住民だけでなく専門職であっても精神疾患患者と接したことの無い他科や福祉職の人たちにおいては、同様の反応があると考えられる。これは、患者の問題ではなく受け取る側の問題であると言える。そのため、対応の仕方としては〈患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する〉ことで受け入れてもらいやすくすると共に、無理強いせず、患者にとって不利にならないケアの継続をしていたと考えられる。〈患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする〉は、福祉職に対して、精神疾患患者への苦手意識を改善すべく、状況を早めにキャッチし、問題が顕在化する前に対応しようとする働きかけであった。

患者 Advocacy 実践には、地域の病院、福祉職とも争うのではなくよい関係を築きつつ患者を護っていく姿勢が重要であると言える。小西ら（2007）の言う「関係者の「和」をもって決める」ことに看護師は腐心していたと言えるのではないだろうか。やはり、これも日本らしい調和の取り方であると考えられる。ただ、この《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》は、患者は自身の権利や利益が阻害されていることに気づいておらず、患者の一番身近にいる看護師が患者の代弁者となって、患者の盾となり他の専門職との間を調整している働きかけであると考えられる。

最後に、《患者の自己実現に向け支援体制を整える》介入について考える。これは、精神疾患の場合、病気が長期化すると、生活能力の低下が認められ、患者の地域生活の権利に対し、実現できるかどうかの見極めを看護者は行うが、地域生活が可能と判断しても、自力では厳しいが支援があれば可能という場合がある。患者の地域生活に対する自己決定を病院内外の専門職が継続して支援し患者の権利を護る体制を作る（患者の自己実現の維持のために地域での支援体制を整える）（患者の自己実現に向け多職種が協働し関わる）の働きかけである。これは、増田（2012）におけるケースアドボカシーに着目したサービス調整において、項目として「サービス提供機関との連携」が報告されているし、筆者（戸田,2009）における患者情報を医療チームに報告し、調整し連携を図るの《調整する》に含まれるものと思われる。しかし、今回の《患者の自己実現に向け支援体制を整える》介入は、患者を中心にいて、患者の自己実現を支えるために他職種で協働し、その中には患者や家族も入り、患者を支える策を練っていた。

地域支援体制は、まだまだ十分整っているとは言い難い現状がある。例えば、訪問看護においても、日精看の調査では、50%が精神科看護の経験が少ないスタッフが精神疾患の担当をしていることがわかった（中野,2014）。そのことについて中野（2014）は、「訪問看護をステーションで精神科訪問看護を実施するにあたって、経験のないスタッフが多くの困難を感じながら取り組んでいる実態が明らかになった。」と述べているように、十分整っているとは言えない現状がある。やはり、障害を抱えながら地域で生活をするためには、支援体制を整えることが必要で、それは患者にとって大事な権利である。患者の意思を尊重し自己実現を支えるために、看護師は病院内外の他職種と連携・協働し、患者の権利を護る働きかけを行っていた。

5. 看護者に患者の権利教育の介入の特徴

『看護者に患者の権利教育』する介入には、《看護チームで患者

の権利を護れるよう教育的アプローチをする》の1つのカテゴリが含まれる。これは、患者の権利や利益を護るために、看護者自身の患者・家族の見方を変えることでケアにつなげることや、患者の権利に対する再教育をチーム全体で行うための介入である。

野嶋（2004）は、患者の人権を擁護することに必要な看護者の倫理判断として、「①法律に関する知識、②患者の権利に関する知識、③倫理原則に関する知識、④ケアリングの倫理に関する知識」を挙げている。また、「精神看護者は倫理判断を行い、患者の人権を擁護する看護を展開する責務を担っている。」と述べられている。看護師自身が、患者の権利や利益は何かを知らなければ、患者の人権を護る判断もケアもできない。〈看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ〉は、患者/家族の権利や利益を護るために看護師自身の見方を変えることで、倫理的判断能力を向上させていることであり、〈看護者に患者の権利意識を高める〉と〈患者の権利について再教育をする〉は、精神関連の法律の再教育など患者の人権を擁護する看護展開のための知識を学ぶことで権利意識向上につなげる働きかけと考えられる。竹村（2008）は、成人患者の利益・権利を守るアドボカシーについて、日本とハワイの看護師の意識調査を実施し、「ハワイでは9割の人がアドボカシーについて学んでいることから、アドボカシー実践を促進する大きな要因は、アドボカシーについて学んでいるかが大きな影響を及ぼす。」と述べられているように、看護者に患者の権利や利益の教育をすることは重要であると考えられる。知識なくして判断やケアにつながっていかないとと言える。

小島ら（2004）は、「看護上の倫理的問題に取り組むためには、看護師一人ひとりが、倫理的感受性を高め、倫理的判断能力を向上させ、組織として看護倫理実践システムを構築し、倫理上の問題を話し合う機会や場をもち、サポート体制のなかで倫理実践活動を進めていくことである」と述べている。《看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする》は、まさにチーム全体で患者の権利や利益について考えていることであり、小島ら（2004）の述べていることを実践していると言える。

患者 advocacy を実践するためには、看護師1人が頑張ってもなかなか上手くいく事ではない。看護部を挙げて病棟全体で取り組んでいくことが求められていると考える。〈看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ〉、〈患者に信頼されるケアを統一する〉、〈看護者に患者の権利意識を高める〉は、看護チームを動かすための方略を組織として練って実践することで、患者や家族の見方を変えケアを統一することにつながっていると考えられる。多くの文献で倫理カンファレンスによる看護師の変化が論じられている（橋本他,2012, 栗原他,2014, 菅野他,2014, 室伏他,2015）ように、チー

ムとして取り組むことが有効だと言える。病棟の倫理的風土を作っていくことだと考える。

また、竹村（2007）は、「看護師が積極的に患者を支持し擁護したくても、身分を保障されるべき法的な裏付けがなく、現在の医療現場の階層性や権威主義・パターナリズム的な状況では、アドボカシー実践を行う看護師は大なり小なりのリスクが伴う。また、アドボカシーや人権擁護について教育を受けていないあるいは受ける環境がない中では、看護師の自信・使命感などが培われず、意識の変換も起きてこない」と述べているが、〈看護者に患者の権利意識を高める〉、〈患者の権利について再教育をする〉、〈看護チームを動かすための仕掛けを作る〉ことで、看護チームが一丸となり、看護としての組織を強化することで、患者 *advocacy* を実践することも含め、倫理的感受性を高める方策を練ることが必要と考える。

最後に、《看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする》の働きかけを考えるに当たり、田中ら（2014）の調査について考えたいと思う。田中ら（2014）の調査によると、精神科看護師が体験する倫理的問題に関する感受性において、看護師の方が准看護師より倫理的問題を体験する頻度が高く、准看護師養成課程過程卒業者に対して、ほかのすべての教育課程卒業者の方が、倫理的問題を体験する頻度が優位に高かったという結果を述べており、看護者の倫理的感受性を養う上で、教育の果たす役割の重要性を示唆している。精神科看護白書（2009）によると、2007年の精神科における看護師と准看護師の就業数は、看護師 45,353人（全就業者中 7.3%、全就業者数 618,406.4人）に対し、准看護師 36,666.1人（全就業者中 21%、全就業者数 176,441.8人）となっている。他科に比べて准看護師の就業数の多い精神科においては、看護基礎教育において看護の基盤である看護倫理教育を強化する必要もあるが、それ以上に卒後教育として各病院内での患者の立場に立った倫理教育が重要であることが示唆されたと考える。

精神科看護師は、患者の権利や利益の阻害に対し、患者の権利や利益を護るために保護的な働きかけや、患者自身が自ら力をつけ権利や利益が獲得できる働きかけを行い、他職種と協働して自己実現への支援を行っていた。また、家族や住民には、患者との共生のための仲介や教育を行い、家族が上手く患者の権利や利益が護れるように力をつけていた。そして、他の専門職には、患者の一番身近な専門職として患者の立場に立ち代弁者として医療や福祉の調整を行っていた。看護職には、患者の権利教育を行うことで力をつけて患者の権利や利益が護れる働きかけを行っていた。精神科看護師による患者 *advocacy* は、患者への直接介入はもちろんのこと患者を取

り巻く全ての人々に多岐にわたる介入を行っていた。時には、患者の代弁者として向き合い、時には協働して患者に支援を行っており、非常に複雑な働きかけであったと言える。

そして、精神科看護師は、患者、家族、医師・看護師それぞれが力をつけ患者の権利や利益が護れるための対応能力や教育を根気強く働きかけており、その重要性が示唆された。

Ⅲ．精神科看護師による患者 **advocacy** の看護への示唆

今回、精神科病棟における患者の権利や利益の障害は、12 カテゴリが抽出され、『地域生活権の障害』『プライバシーの保護・患者尊重の障害』『患者の理解不足による自身の権利や利益の障害』『最善な医療や看護を受ける権利の障害』『平等な医療や福祉を受ける権利の障害』の5つに分類された。その障害に対する精神科看護師の患者 **advocacy** は、12 カテゴリが抽出された。それらは、患者への直接介入と患者を取り巻く人々への介入であった。それらは、患者への直接介入として、『自ら力をつけ自己実現の獲得』『患者の権利・利益を保護』、患者を取り巻く人々への介入として、『患者・家族・住民の共生へ仲介と教育』『患者の代弁者として医療・福祉の調整と協働』『看護者に患者の権利教育』の5つに分類された。

看護への示唆として以下5つが考えられる。

- 1．患者を保護的に護るのではなく、患者自身が力をつけ自分の権利や利益を護ることで自己実現できる働きかけをする。
- 2．患者・家族、住民それぞれの地域生活権を護るために、家族、住民との間を仲介すると共に、家族が力をつける働きかけで患者の権利や利益を護る働きかけをする。
- 3．医師とは専門職として対等な立場で患者側に立ち積極的に患者の権利や利益が護れるよう連携を深める働きかけをする。
- 4．他施設の医療・福祉職とも、話し合いで関係性を築き、調和しながら患者の権利を護る働きかけをする。
- 5．看護職には、患者の権利やケアへの感受性を高めるため、組織として権利教育に取り組み、患者中心の看護実践につなげ看護の質向上を図る働きかけをする。

Ⅳ．精神科看護師による患者 **advocacy** 研究の限界

精神科医療は、精神障害者の処遇の歴史であり、人権と直結する。加え、精神疾患特に統合失調症の場合、病気への理解力の問題や意思の疎通の問題があり、権利や利益が侵害されやすい状況にある。明らかに病気に左右されたものかどうかの線引

きが難しく、阻害状況に対し研究協力者の主観が入りやすい問題があった。この点が本研究の一つ目の限界だと考える。

また、患者 **advocacy** は、自己決定、エンパワーメント、自己実現などのおおきな概念と絡み合った包括的な概念で、働きかけも多岐にわたり、複雑にいろいろな要素が絡んでいたため、構造化をすることが難しく限界であった。さらに、阻害場面が多岐にわたった目、働きかけも多岐になり、1つひとつの働きかけの厚みに限界があったことが二つ目の限界である。

本研究は、データ収集段階で、16施設に依頼を行い7施設の承諾を得たが、データ収集において困難さがあったことが三つ目の限界である。

V. 精神科看護師による患者 **advocacy** 研究の今後の課題

本研究は、精神科病棟に勤務している看護師が患者 **Advocacy** の阻害状況を見だし、患者 **advocacy** を明らかにすることであった。阻害状況が多岐にわたったため、阻害の分類毎に事例を増やし、より実際の場面にあった介入方法を洗練化させていく必要があると考える。

また、今回の調査では、患者からの訴えで看護介入した事例もあったが、多くが看護師の判断によるものであった。そこで、今後は当事者である患者が自身の権利や利益についてどのように考えて対処しているのかを明らかにし、より患者中心の看護実践につなげていく必要があると考える。

第 6 章 結論

I. 研究目的と意義

本研究は、精神科病棟における患者の権利や利益を阻害する状況と、それに対する精神科看護師による患者 *advocacy* を明らかにすることで、患者 *advocacy* の精神看護への示唆を得ることを目的とする。研究目標は、1. 精神科病棟において看護師は、どのような場面で患者の権利や利益が阻害されていると考えているのかを明らかにする。2. そのような阻害場面において、看護師は患者 *advocacy* をどのように行っているのかを明らかにする。3. 1. 2. より、患者の権利や利益を護る精神看護への示唆を得ることである。

本研究の意義は、日本の精神科看護における患者 *advocacy* の看護介入の構造化を提示することで、日本の精神科病棟における患者 *advocacy* の看護介入方法を提示することができるとともに、精神科看護における倫理の確立など精神科看護の基盤作りに貢献できると考える。また、精神科看護における看護師教育に貢献できる。さらに、日本の精神科看護における患者 *advocacy* の介入を明確にすることで、精神科看護の自律性確立に貢献できると考える。

II. 研究の枠組み

本研究は、筆者（戸田,2009）により明らかとなった6つの属性を元に、研究の枠組みを構築した。

文献検討に基づき、患者 *advocacy* とは、「入院中の精神疾患患者の自己決定を支援したり、患者の権利や利益が阻害された時にそれらを護るために看護師が患者や患者を取り巻く周囲に働きかけること」と定義した。

III. 研究方法

研究デザインは質的記述的研究である。

研究協力者は、精神科病棟に勤務する精神科勤務歴5年以上の看護師で、患者 *advocacy* に対して *advocate* としての実践を行ったことのある者で、施設長より紹介され同意の得られた者であった。

データ収集方法は半構成的面接ガイドを用いた面接調査法で、データ収集期間は2014年9月～2015年7月であった。

分析方法は、修正版 **Grounded Theory Approach** を参考にして行った。まず逐語録を作成し、何度も読み返して理解を深めた後、各事例の概要と特徴を抽出し全体像を作成した。次に、事例ごとに、患者 *advocacy* の阻害とその介入を抽出し、バリエーションから概念、概念の定義を作成し、同様の阻害状況ごとに概念を集め、統合

したのち、全体の概念を整理・分類、統合することで、それぞれサブカテゴリ、カテゴリを抽出した。

IV. 研究結果

研究協力者は、精神科病棟に5年以上勤務している看護師20名で、男性9名、女性11名であった。平均年齢は44.5±5.6歳で、精神科看護師歴は14.6±5.7歳、全看護師歴19.7±5.7歳であった。事例は34例で、男性16例、女性18例であった。疾患は、統合失調症25例（内、身体合併症6例、発達障害2例、認知症1例を併発）、感情障害4例、外傷性精神障害1例、アルコール依存症1例、境界性パーソナリティ障害1例、広汎性発達障害1例、不安障害1例であった。病棟は、スーパー救急病棟1例、PICU1例、急性期病棟16例、亜急性期病棟1例、慢性期病棟12例、身体合併症病棟3例であった。

1. 【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】は、12カテゴリ、28概念が抽出された。これらを患者の権利や利益の阻害の分類として、『地域生活権の阻害』『プライバシーの保護・患者尊重の阻害』『患者の理解不足による自身の権利や利益の阻害』『最善な医療や看護を受ける権利の阻害』『平等な医療や福祉を受ける権利の阻害』の5つに分けられた。

2. 【精神科看護師による患者 Advocacy】は、12カテゴリ、43サブカテゴリ、125概念が抽出された。

1) 《不利益回避へ生活の制御感獲得の援助をする》は、不利益を被らないために患者自身が自己コントロール感や対人関係能力を獲得し、自分の権利や利益が護れるように援助することである。患者自身が病状のコントロールである〈不利益を被らないために自己コントロール感を高める〉ことや、〈社会生活実現に向け日常生活能力を身につける〉、コミュニケーション能力を高める〈周りの人々との関係維持に向け付き合い方を教える〉、そして、精神的安定を図る〈揺れる気持ちの安定化を図る〉ことで、自ら権利や利益が獲得できるよう働きかけていた。

2) 《意思の表明能力の向上を促す》は、患者自身が自分の状況や将来を見据えて、自分の意思を言語化し、主体的に自分の本来持っている権利を主張できるように働きかけることである。言語表出の難しい精神疾患患者に対し、〈意思を言語表出できるように時間をかける〉、表出しやすい環境作りや見守る〈患者が主体的に家族や医師・看護師に発言できるよう後押

しする)、情報提供をして(意思表示ができるお膳立てをする)
(選択肢を示し自己決定に余裕を持たせる)ことで、患者が
意思表示しやすくし、患者のペースに合わせて(患者の意思を
そのつど確認する)の働きかけであった。

3)《権利行使への行動方略を伝達する》は、患者が言葉ではなく
行動で自らの権利が護れるようにその方法や看護師の思いを
伝え自主的に行動に移せるよう働きかけることである。
患者自身が行動に移せるよう教育する(患者が納得して権利
や利益を護る行動に移せるよう支援する)や、自己実現の方
法を伝える(社会生活実現に向けた方法を伝える)、看護師の
思いを伝え行動を引き出す(自らの権利を獲得するための行
動を促す)の働きかけであった。

4)《患者の要求を最大限実現する》は、患者の安全を守りつつ、
患者の思いをしっかりと聴き、病棟ルールや入院治療に縛られ
ず患者にとって最適な医療・看護を提供し、家族の協力も得
て自己実現につなげることである。患者の思いを叶える(患
者の要求を最大限呑んで対応する)、患者の価値観に添う(患
者の意向を尊重し患者のルールに沿う)、自己実現を支援する(患
者の意向を後押しする)、安全に配慮しつつ患者の要求に添う
(患者の安全を守る新たなケアを考える)の働きかけであっ
た。

5)《患者のプライバシーや自尊心を護る》は、患者のプライバ
シーを護りつつ、一人の人として尊重した関わりをすること
で患者の権利を護る働きかけである。患者の羞恥心等を保護
する(プライバシーを護るケアを徹底する)、患者を尊重した
関わりの(患者を信じ同じ人間として寄り添う)の働きかけ
であった。

6)《早めに患者の不利益を察し回避する》は、患者自身が病状に
より権利が侵害されていることに気づけない状況に対し、看
護師や家族、地域支援者で患者の権利の不利益な状況を察し
て、早めに不利益を回避する働きかけである。患者を不利益
から護る(患者の不利益を回避するよう看護師が察知する)
と、周りと協力して不利益を護る(患者の周りと協力して不利益
を回避する)の働きかけであった。

7)《患者の自己実現に向け支援体制を整える》は、患者の自己実

現のために地域での支援体制を整え、患者を支援することである。退院後の支援体制を整える〈患者の自己実現の維持のために地域での支援体制を整える〉と、患者の自己実現を達成するために入院中に支援する〈患者の自己実現に向け多職種が協働し関わる〉の働きかけであった。

8)《家族・住民との関係再構築へ仲介する》は、患者や家族それぞれの思いを代弁したり、仲を取り持つことや、家族・住民の思いに沿うことで、患者と家族・住民との関係を再構築することで患者と家族・住民が地域で共存することで患者の自己実現を獲得するための働きかけである。家族・患者それぞれに代弁する〈家族に患者の思いを代弁する〉〈患者に家族の思いを代弁する〉や、患者と家族の間を仲介する〈患者と家族との間を取り持つ〉、家族に協力依頼をする〈患者の自己実現に向け家族の協力を得る〉、住民との関係修復をする〈住民との関係修復を多職種共同で行う〉、家族と住民との関係を作る〈家族や住民に看護が頼れることを伝える〉の働きかけであった。

9)《家族が患者の権利を護れるよう変化を促す》は、今までの患者の病状から患者の権利を護る事に二の足を踏んでいる家族に、気持ちをほぐしたり、患者の生活能力向上を直接見てもらったりすることで、気持ちを変容させ、一歩踏み出せるようにすることである。患者への柔軟な見方ができるようにする〈家族の患者に対する見方を変える〉や、家族に気持ちの余裕を与える〈家族の不安感情を軽減し患者の権利が護れるよう促す〉、他職種協働で家族に添う〈他職種で家族に寄り添い不安を軽減し気持ちを動かす〉、教育的な関わりの〈家族が患者を護るための対応能力が身につくよう一緒に考える〉の働きかけであった。

10)《患者の意向を代弁し医師を動かす》は、患者の意思と治療とのずれに対し、患者の治療への自己決定を支援するため、患者の思いや意向を医師に代弁したり、治療方針について医師に進言し医師を動かす働きかけである。患者と医師の間を取り持つ〈患者の治療への思いを受け止め医師に代弁する〉と〈患者と医師との間を公平に仲介する〉や、患者に添うよう医師を動かす〈患者の意向を医師に伝え動かす〉、治療方針の見直しを進言する〈治療方針を吟味し医師へ進言する〉の働きかけであった。

11) 《看護チームで患者の権利を護れるよう教育的アプローチをする》は、看護者に患者・家族の見方を変えることや患者の権利意識の再教育をすることで患者の権利や利益を護る看護に対する倫理観を高めるための働きかけである。看護師の患者理解を向上させる〈看護者の患者・家族への見方を変えケアにつなぐ〉、ケアの見直しをする〈患者に信頼されるケアを統一する〉、チームとして患者の権利教育をする〈看護者の患者の権利意識を高める〉や、〈患者の権利について再教育をする〉、〈看護チームを動かすための仕掛けを作る〉の働きかけであった。

12) 《公平な医療や福祉が受けられるよう他施設と連携する》は、身体的合併症の治療として必要な医療や看護について患者が不利益を被らないよう、他院の医師や看護師と連携し必要な検査や治療、看護がなされるようにする働きかけであることである。一般科の看護師との連携を図る〈患者の不利益を回避するため身体合併症時に一般病院の看護師と情報を交換する〉、福祉施設との連携を図る〈患者を拒否されないよう施設側の意向を察知し早めの対応をする〉の働きかけであった。

V. 考察

1. 【精神科病棟における患者の権利や利益の阻害】は、精神疾患特有の病識の欠如や症状による患者自身の認知力の問題による阻害や、精神障害者の退院に際しては家族などの意思決定が優先されてしまうことによる阻害、また、治療においては医師主導による治療や、患者の安全優先による管理的な看護による阻害、地域の医療・福祉職者の精神障害者への苦手意識などによる阻害であった。精神疾患という目に見えない病気が、患者や患者を取り巻く人々において理解されないことが偏見となり、患者ではなく周りの人々の意思決定を優先させることが患者の権利や利益を阻害していたと言える。

2. 【精神科看護師による患者 advocacy】は、患者の権利や利益の阻害に対し、患者の権利や利益を護るために保護的な働きかけや、患者自身が自ら力をつけ権利や利益が獲得できる働きかけを行い、他職種と協働して患者の自己実現への支援を行っていた。また、家族や住民には、患者との共生のための仲介や教育を行い、家族が上手く患者の権利や利益が護れるように力をつけていた。そして、他の専門職には、患者の一番身近な専門職として患者の

立場に立ち代弁者として医療や福祉の調整を行っていた。看護職には、患者の権利教育を行うことで力をつけ患者の権利や利益が護れる働きかけを行っていた。精神科看護師による患者 advocacy は、患者への直接介入はもちろんのこと患者を取り巻く全ての人々に多岐にわたる介入を行っていた。特に医師や家族に対しては、時には、患者の代弁者として向き合い、時には協働して患者に支援を行っており、非常に複雑な働きかけであったと言える。

そして、精神科看護師は、患者、家族、医師・看護師それぞれが力をつけ患者の権利や利益が護れるための対応能力や教育を根気強く働きかけており、その重要さが示唆された。

VI. 精神科看護師による患者 Advocacy への提言

精神科看護への提言として、以下が考えられる。

1. 患者を保護的に護るのではなく、患者自身が力をつけ自分の権利や利益を護ることで自己実現できる働きかけをする。
2. 患者・家族、住民それぞれの地域生活権を護るために、家族、住民との間を仲介すると共に、家族が力をつける働きかけで患者の権利や利益を護る働きかけをする。
3. 医師とは専門職として対等な立場で患者側に立ち積極的に患者の権利や利益が護れるよう連携を深める働きかけをする。
4. 他施設の医療・福祉職とも、話し合いで関係性を築き、調和しながら患者の権利を護る働きかけをする。
5. 看護職には、患者の権利やケアへの感受性を高めるため、組織として権利教育に取り組み、患者中心の看護実践につなげ看護の質向上を図る働きかけをする。

謝 辞

本研究を行うにあたり、研究の趣旨をご理解くださり、貴重な実践内容をお話してくださいました研究協力者の看護師の皆様、深謝いたします。また、本研究の趣旨をご理解くださり、研究協力の看護師の方々を紹介してくださいました各施設の施設長の皆様に心より感謝いたします。皆様のご協力に報いたいという一念で頑張ることができました。ありがとうございました。

本研究を進めるにあたり、長きに渡り根気強いご指導と鋭く有益なご助言、温かい励ましの言葉を賜りました、高知県立大学副学長野嶋佐由美教授と長戸和子教授に深く感謝いたします。

また、本研究の副査をしてくださり、適切なお助言とご指導を賜りました、高知県立大学大学院看護学研究科の田井雅子教授に心より感謝いたします。

最後に、亡き父と母、見守り励ましてくれた叔父に感謝いたします。

引用・参考文献

- ANA 定義 (2007) : *The Practice of Nursing Research*. Nancy Burns, Suzan K. Grove. 5Th Edi. 2005. 看護研究の世界の発見, バーンズ&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.
- Annas, G.J. (2004) : *The Rights of Patient*, 3 Edi. 谷田憲俊監訳. 2007. 患者の権利擁護者、患者の権利、初版、明石書店、25-75.
- 青木典子、中野綾美、藤田佐和他 (1998) : 意志決定を支える看護の技に関する調査—選択肢の提示—、高知女子大学看護学会誌、23 (1) 、29-36.
- 畦地博子、野嶋佐由美 (2009) : 精神科看護師の説明 ケア目的に向かい思考の脈絡の構築、高知女子大学看護学雑誌、34(1)、1-8.
- 畦地博子、野嶋佐由美 (2010) : 精神科看護師の説明の技術、高知女子大学看護学雑誌、35(2)、1-9.
- 患者としての貴方の権利 (1972) : 看護の倫理資料集、石井トク、野口恭子編著、第2版、2010年、丸善株式会社、東京、138-142.
- Moyra A Baldwin (2003) : *Patient advocacy: a concept analysis*. *Nursing Standard*. Feb5-Feb11, 33-39.
- 板東委久代、秋山智弥、伊沢知子他 (2012) : 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題、京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要：健康科学、7、49-55.
- Anne Davis, Emiko Konishi and Marie Tashiro (2003) : *A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy*. *Nursing Ethics*. 10(4). 404-413.
- D. Dooley and J. McCarthy (2005) : *Nursing Ethics Irish Cases and Concerns*、看護倫理1、坂川雅子訳 (2006)、みすず書房、東京、99.
- 榎戸文子 (1998) : 精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮 行動制限と患者の意思の尊重に焦点をあてて、聖路加看護大学紀要、24、21-31.
- Fisher, L. (1999), 羽山由美子訳 (1999) : 精神科臨床における倫理上の諸問題、意思決定に関連して、日本精神保健看護学会誌、8 (1)、33-39.
- Freeman, R. (1971) : *Practice as protest*、*American Journal of Nursing*、71 (5)、918-922.
- 藤野邦夫、藤野ヤヨイ (2006) : 精神障害者の人権を守る看護、裁判事例に学ぶ精神科看護の倫理と責任、第1版、精神看護出版、東京、137-141.
- 藤野ヤヨイ (2003) : 精神科病院の特質と入院患者の人権、現代社

- 会文化研究、28、171-188.
- 藤田佐和、中野綾美、宮田留理他（2004）：看護者が重視する患者の意志決定への関わりの姿勢、高知女子大学看護学会誌、29（1）、77-88.
- Fowler D: (1989) *Social advocacy.heart and Lung*,18(1),97-99.
- 船津衛、宝月誠（1995）：シンボリック相互作用論の特質、シンボリック相互作用論の世界、第1刷、恒星社厚生閣、3-13.
- Sara T. Fry and Megan-Jane Johnstone（2008）：Ethics in Nursing Practice, third edition, A Guide to Ethical Decision Making,片田範子、山本あい子訳（2010）、看護実践の倫理 第3版 倫理的意思決定のためのガイド、日本看護協会出版会、東京、49-63.
- Nancy E.S. Gardner(1997): 自己の権利の擁護のためのワークブック *Self-Advocacy Workbook*、セルフヘルプ・シリーズ7、山口実恵、岩間文雄訳、全国精神障害者家族会連合会、東京、13.
- Frank G. Goble（1970）：基本的欲求に関する理論、マズローの心理学、小口忠彦監訳、1972、産能大学出版部、初版、59-84.
- Sally Gadow（1990）：Ethics in Nursing: Philosophical Foundation of Nursing. *Ethics in Nursing: an anthology*. National League for Nursing.41-51.
- Pamela J. Grace（2001）：Professional advocacy: widening the scope of accountability, *Nursing Philosophy*,2,151-162.
- 濱田由紀、田中美恵子、若狭紅子他（2006）：精神看護の倫理に関する文献検討、東京女子医科大学看護学雑誌、1（1）、45-52.
- Robert G. Hanks（2007）：Barriers to Nursing Advocacy: A Concept Analysis、*Nursing Forum*;Oct-Des,42(4),171-177.
- Robert G Hanks（2008）：The Live Experience of Nursing Advocacy. *Nursing Ethics*.15(4).468-477.
- 橋本敏子、池田静子（2012）：精神科病棟で倫理的カンファレンスから導き出された倫理的問題、日本精神科看護学術集会誌、55(1)、210-211.
- 廣嶋尚子、西千亜紀（2010）：認知症患者のインフォームドコンセント その人らしく生きるための治療選択をチームで支えた事例、日本精神科看護学会誌、53(3)、66-70.
- 久田則夫（1997）：社会福祉における権利擁護の視点に立つ新たな援助論「利用者主体のサービス」の実現をめざして一、社会福祉研究、70、46-58.
- 檜山明子（2010）：看護師の転倒予防ケアにおける倫理的問題とクリティカルシンキングの関連、看護総合科学研究会誌、12（2）、3-13.

- Immy Holloway, Stephanie Wheeler (1996) :Qualitative Research for Nurses,野口美和子監訳、質的研究における真実の探求、ナースのための質的研究入門、第1版、医学書院、171-179、2000.
- Immy Holloway, Stephanie Wheeler (2002) :Qualitative Research in Nursing,2nd edition,野口美和子監訳、真実性と質を確保すること、ナースのための質的研究入門、第2版、医学書院、246-261、2006.
- 星野和正(1997) :『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、188-192.
- 本間チェン繭子(2001) :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.
- 一番ヶ瀬康子(2003) :介護福祉学の探究、有斐閣、初版.
- ICN 看護師の倫理綱領(2012) :日本看護協会ホームページ
<http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/ethics/pdf/icncodejapanese.pdf>.2016.08.16.
- 池原毅和(2002) :1 精神障害のある人の人権、精神障害のある人の人権、関東弁護士会連合会編、明石書店、第1刷、12-35.
- 池永満(1997) :第2章第1節患者の権利宣言、患者の権利、改訂増補版、九州大学出版会、福岡市、44.
- 池永満(1994) :第一章 患者の権利宣言案をめぐって、患者の権利、初版、九州大学出版会、福岡市、24.
- 井上牧子、大滝敦子、原久美子(2007) :精神障害を有する当事者の視点から見た生活レベルでの権利擁護 精神科医療場面における「権利侵害」の体験、目白大学総合科学研究、59-71.
- 井上新平、朝田隆、中谷真樹他(2007) :精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているか—アンケート調査結果の分析(第2報)、精神神経学雑誌、109(5)、471-475.
- 石井トク、野口恭子編著(2007) :患者の権利宣言(案)、看護の倫理資料集、第2版、丸善株式会社、146-148.
- 石井トク、野口恭子編著(2007) :患者としての貴方の権利、看護の倫理資料集、第2版、丸善株式会社、138-145.
- 石原明美、池田ゆか、澤田由美他(2012) :精神科病棟に勤務する看護師・介護福祉士が患者への介入場面で感じる倫理的葛藤に関する研究—職種間・経験の差からの考察—、International Nursing Care Research、11(1)、81-87.
- 石本傳江(2000) :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、1、19-28.

- 伊藤千晴、太田勝正（2008）：新人看護師が直面する倫理上のジレンマと看護倫理教育のニューズーA病院における事例を通じて、日本看護学教育学会誌、18（2）、41-49.
- 伊藤隆子、川崎由里、辻村由子他（2012）：日本の看護師が経験するモラルディストレスー国内文献のメタ統合の試みー、千葉県立保健医療大学紀要、3（1）、71-79.
- 岩本テルヨ、南家貴美代、有松操他（2007a）：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ー看護師に対する直接面接からー、熊本大学医学部保険学科紀要、3、13-23.
- 岩本テルヨ、南家貴美代、有松操他（2007b）：在宅高齢者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 患者の意思を汲み取る訪問看護師の技、日本看護学会論文集：地域看護、37、205-207.
- Jean Jenny (1995) : Patient Advocacy-Another Role for Nusing, International Nursing Review.26(6).176-181.1979,小玉香津子監修.患者の代弁ー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.
- Jugessur T and Iles IK(2009) : Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing , 16(2),187-95.
- 看護師の倫理規定（1988）：看護の倫理資料集、石井トク、野口恭子編著、第2版、2010年、丸善株式会社、東京、26-29.
- 患者の権利オンブズマン編（2002）：Q&A 医療・福祉と患者の権利、初版、明石書店、東京.
- 患者の権利オンブズマン編（2009）：Q&A 医療・福祉と患者の権利、第2版、明石書店、東京.
- 患者の権利オンブズマン編（2006）：新・患者の権利オンブズマン、初版、明石書店、東京.
- 患者の権利オンブズマン全国連絡会（2007）：患者の権利オンブズマン勧告集、初版、明石書店、東京.
- 河野正輝、安部和光、増田雅暢、倉田聡編（2008）：プライバシーの権利、社会福祉法入門、第2版、有斐閣、101-102.
- 関東弁護士会連合会編(2002):精神障害のある人の人権、明石書店、第1刷、18.
- 粕谷孝行（2002）：対人関係能力を育成する技術、実践看護技術学習支援テキスト、精神看護学、野嶋佐由美監修、日本看護協会出版会、145.
- 木村克典、松村人志（2010）：精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点、日本看護研究学会誌、

- 33(2)、49-59.
- 木村克典、松村人志（2012）：精神科病棟看護師の諸葛藤の解析結果が示す精神科看護の現状とその改善のための方策、日本看護研究学会誌、35(5)、87-96.
- 木下康仁（1999）：グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生、初版、弘文堂、東京.
- 木下康仁（2003）：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い、初版、弘文堂、東京.
- 木下康仁（2005）：分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・アプローチ、初版、弘文堂、東京.
- 木下康仁（2007）：ライブ講義M-GTA—実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて、初版、弘文堂、東京.
- 北野誠一（2000）：アドボカシー（権利擁護）の概念と展開、講座障害を持つ人の人権3 福祉サービスと自立支援、河野正輝、大熊由紀子、北野正史値編、有斐閣、初版、142-159.
- 北野誠一（2015）：アドボカシーとエンパワーメント、ケアからエンパワーメントへ、ミネルヴァ書房、2、1-25.
- M. F. Kohnke（1982）:Advocacy Risk and Reality.The C. V. Mosby Company.St.Louis.
- 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(1992):齊藤正彦訳、日本精神病院協会雑誌、11、611-620.
- 小島恭子、近藤まゆみ（2004）：看護部門で取り組む倫理的課題、ケアの質を高める看護倫理、岡崎寿美子、小島恭子編著、第1版、医歯薬出版、東京、29-45.
- 国際看護師倫理綱領（1973）：看護の倫理資料集、第2版、2010年、丸善株式会社、東京、16-18.
- 近藤浩子（2010）：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
- 小西恵美子、八尋道子、小野美喜他（2007）：「和」と日本の看護倫理、生命倫理、17（1）、74-81.
- 小西加保留（2007）：ソーシャルワークにおけるアドボカシー—HIV/AIDS患者支援と環境アセスメントの視点から—、初版、ミネルヴァ書房、京都.
- 厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室（2011）：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>
- 久保紘章（2002）：社会福祉実践方法と人と環境への視野、戦後社

- 会福祉の総括と二十一世紀への展望Ⅳ 実践方法と援助技術、中村優一、窪田暁子他編、ドメス出版、142-162.
- 久保泰子、津久江一郎、加藤重子他（2011）：精神科病棟保護室環境の人権と倫理的医療に関する一考察、看護学総合研究、13(1)、1-15.
- 栗原健一、安江美奈、生駒信一他（2014）：カンファレンスへの倫理検討の導入 精神科看護師の倫理的感受性を高める取り組み、日本精神科看護学術集会誌、57(1)、240-241.
- 黒田研二、朝田隆、中谷真樹他（2006）：精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているかーアンケート調査結果の分析ー、日本精神神経学雑誌、108(4)、381-387.
- Maggie Mallik(1997a) : Advocacy in nursing - a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 130-138.
- Maggie Mallik (1997b) : Advocacy in Nursing-perceptions of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 6. 303-313.
- 増田和高（2012）：ケアマネジメントにおけるケースアドボカシーに着目したサービス調整に関する研究、平成 24 年度大阪市立大学大学院生活科学研究科生活科学専攻 博士論文、1-101.
- 増田和高、岡田進一、白澤政和（2007）：ケアマネジメントにおけるアドボカシーに着目したサービス調整実践の構成要素ーケースアドボカシーに焦点をあててー、生活科学研究誌、6、1-10.
- Charlotte McDaniel and Judith Erlen(1996) : Ethics and Mental Health Service Delivery Under Managed Care, *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 11-20.
- 松本幸子（2000）：看護におけるアドボカシーーサリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論についてー. 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要. 創刊号. 2066-2068.
- 南裕子(1985): オレム理論と日本の看護、看護研究、18(1)、128-129.
- 南家喜美子、岩本テルヨ、有松操他（2007a）：在宅高齢者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 患者の権利や利益が脅かされる状況と患者の意思を把握する方法から、熊本大学医学部保健学科紀要、3、97-110.
- 南家喜美子、岩本テルヨ、有松操他（2007b）：在宅高齢者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 患者の利益や権利が脅かされやすい状況、日本看護学会論文集：地域看護、37、202-204.
- 松井英俊（2004）：インフォームド・コンセントの歴史的展開から得られた患者 医療従事者関係の検討、看護学総合研究、5(2)、66-73.

- 水澤久恵（2010）：看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題、生命倫理、20（1）、129-139.
- 水澤久恵、出貝裕子（2011）：認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向、新潟医学会雑誌、125（8）、443-450.
- Morgan G(2010) : Independent advocacy and the "rise of spirituality": views from advocates, service users and chaplains : *Mental Health, Religion & Culture*,13(6), 625-36.
- 森一恵、杉本知子（2012）：高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題、岩手県立大学看護学部紀要、14、21-32.
- 室伏純子、有隅進、早瀬和彦（2015）：ジレンマ軽減に効果的な倫理カンファレンス スタッフの思いと行動の変化、日本精神科看護学術集会誌、58（1）、234-235.
- Murphy,C.P.（1983）：Models of the Nurse-Patient Relationship. Ethical Problems in the Nurse-Patient Relationship.8-24. Allyn and Bacon.Boston.
- 中野綾美、畦地博子、宮田留理他（2002）：意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略の抽出、高知女子大紀要看護学部編、51、27-37.
- 中野栄（2014）：地域精神医療と看護、精神科看護白書 2010→2014、日本精神科看護協会監修、第1版、精神看護出版、163-177.
- 永野貫太郎（2000）：国連等における障害をもつ人と医療消費者の権利擁護の現状と課題、諸外国の権利擁護の展開、講座障害をもつ人の人権3 福祉サービスと自立支援、河野正輝、大熊由紀子他編、初版、有斐閣、東京、160-168.
- 日本病院協会「勤務医マニュアル」（1983）：全日本病院協会ホームページ、2016.08. 16. <http://www.ajha.or.jp/guide/12.html>
- 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：2016.08. 16. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080910_1.pdf
- 日本看護協会（JNA）「看護者の倫理綱領」：日本看護協会ホームページ：2016.08. 16. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>
- 日本国憲法（1946）：2016.08. 16. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S21/S21KE000.html>
- 日本精神科看護協会（JPNA）「倫理綱領」：日本精神科看護協会ホームページ：2016.08. 16. <http://www.jpna.jp/outline/ethics.html>
- 野嶋佐由美（2004）：人権を尊重し、意思決定を具現化する看護の方略、精神科看護、31（7）、33-40.

- 野嶋佐由美、阿部淳子、中野綾美他（2000a）：患者の意思決定を支える看護の方略、高知女子大学看護学会誌、25（1）、33-42.
- 野嶋佐由美、畦地博子、中野綾美（2000b）：患者の意志決定を支える看護の基盤についての看護師の認識、高知女子大学紀要看護学部編、49、75-87.
- 野嶋佐由美、梶本市子、日野洋子他（1997）：血液透析患者の自己決定の構造、日本看護科学会誌、17（1）、22-31.
- 野中猛（2004）：精神障害の構造、精神障害者のための宿泊訓練ガイドブック、野中猛、斎藤敏靖編、金剛出版、14-21.
- NPO 法人患者の権利オンブズマン：2016.08. 16.
<http://www.patient-rights.or.jp/about-us>
- 大場眞理子、丹羽真一（2004）：病名告知と情報開示-統合失調症を中心に 大学病院の場合、日本精神科病院協会雑誌、23（3）、186-194.
- 小笠幸子、坂元雅代、羽山由美子他（2007）：患者アドボカシー相談活動における相談者のエンパワメント形成過程、大阪府立大学看護学部紀要、13(1)、77-84.
- 岡文彰、河野真衣、池田康隆他（2011）：精神科急性期治療病棟におけるインフォームド・コンセントの現状と課題 患者、看護師へのアンケート調査結果の分析、日本精神科看護学会誌、54(2)、76-80.
- 沖倉智美（2001）：ソーシャルワーカーと権利擁護—障害者施設利用者の生活を護るために—、ソーシャルワーク研究、21（1）、4-11.
- 荻野雅（2012）：精神科医療看護における倫理の動向、武蔵野大学看護学部紀要、6、37-46.
- 大西香代子、中原純、北岡和代他（2012）日本とイングランドの精神科看護師が体験している倫理的悩みの比較—MDS 尺度精神科版を用いて—、日本看護研究学会雑誌、35(4)、101-107.
- 大阪府精神保健審査会（2000）：入院中の精神障害者の権利に関する宣言、
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/4213/00214950/ikengushin.pdf>
- 大谷實（1995）：精神科医療の法と人権、弘文堂、初版、34.
- 尾関理恵、木高広美、山村いづみ他（2005）：情報開示に向けた看護記録表現の実態調査、日本精神科看護学会誌、48(1)、264-265.
- リスボン宣言(1995 修正、2005)：日本医師会ホームページ：2016.08. 16. <http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>
- 戈木クレイグヒル滋子（2008）：グラウンデッド・セオリー・ア

- アプローチとはなにか、実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる、初版、新曜社、2-8.
- 齋藤泰子（2008）：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.
- 坂本雅代、羽山由美子、山居輝美他（2006）：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.
- 佐藤久美子（2006）：倫理的判断を必要とする抑制場面における看護師の価値観と行動の関係、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録、31、33-40.
- 澤田愛子（1995）：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.
- 澤田愛子（2001）：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.
- PA Scott, M Valimaki and H Leino-Kilpi（2003）：Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective, British Journal of Nursing, 12(3), 158-168.
- Kerstin Segesten（1993）：Patient Advocacy-An Important Part of Daily Work of the Expert Nurse.Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 7(2), 129-135.
- Segesten K., Fagring A.（1996）：Patient Advocacy-An Essential Part of Quality Nursing Care, International Nursing Review, 43(5), 142-144/鈴木琴江訳（1997）、インターナショナルナーシングレビュー、20（2）、12-14.
- 精神病院で発覚した主な問題事件（2001）：読売新聞 [シリーズ精神医療]（4）変わる精神病院（2001.12.25）.
- 精神科病院数の推移（2015）：第3節統計資料、精神保健医療福祉白書2016、精神保健医療福祉白書編集委員会、中央法規出版、東京、191.
- 精神科看護白書（2009）：精神科病院従業員数、精神科看護白書2006→2009、日本精神科看護技術協会、第1版、精神看護出版、東京、286.
- 精神科における入院の状況：厚生労働省ホームページ：2016.08.16.
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>
- 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（1992）：斉藤正彦訳、日本精神病院協会雑誌、11、611-620.
- 世界人権宣言：外務省ホームページ：（2016.08.16.）
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/>

- 障害者の人権白書をつくり実行委員会編（1998）：仕事、障害者の人権白書、46-56.
- 障害者の権利に関する条約（2006）：(財)日本障害者リハビリテーション協会ホームページ、日本政府公定訳：（2016. 08.16.）
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention.html>
- 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）（2015）：内閣府ホームページ、2016. 08.16.
http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/law_h25-65.html
- 高木登（2012）：精神障害者とは、精神障害のある人の権利擁護と法律問題、関東弁護士会連合会編者、初版、明石書店、東京、15.
- 菅野礼子、長澤美希子、宮守優他（2014）：倫理事例検討会後の看護師の意識と行動の変化、日本看護学会論文集、精神看護、44、129-132.
- 高崎絹子、佐々木明子、大光房枝他（2011）：地域包括支援センターにおける権利擁護に関する活動 保健師等看護職の役割と機能を中心に、高齢者虐待防止研究、7（1）、100-114.
- 高島真澄（2007）：精神科医療における情報開示のあり方について 精神科医療における情報開示のあり方について ユーザーへの聞き取り調査から、精神神経学雑誌、109(5)、463-470.
- 高沢彰、井上新平、黒田研二他（2007）：精神科病棟における情報公開に対する姿勢について—アンケート調査結果の分析から—（第3報）、精神神経学雑誌、109（10）、927-934.
- 竹端寛（2010）：セルフアドボカシーから始まる権利擁護—方法論の自己目的化を防ぐために—、福祉労働、126、149-156.
- 竹村節子（2006a）：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、4、1-11.
- 竹村節子（2006b）：「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.
- 竹村節子（2007）：「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、16(3)、13-27.
- 竹村節子（2008）：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、6、1-15.
- 田辺有里子（2008）：岩手県における精神病患者監護法時代の精神障害者処遇の歴史、岩手県立大学看護学部紀要、10、9-22.
- 田中美恵子、嵐弘美、柳修平他（2014）：精神科看護者が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討、東京女子医科大学看護学会誌、9（1）、21-29.

- 田中美恵子、濱田由紀、小山達也（2010a）：精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立、日本看護倫理学会誌、2（1）、6－14.
- 田中美恵子、濱田由紀、嵐弘美他（2010b）：精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度、および倫理的問題に直面したときの対処行動、東京女子医科大学看護学雑誌、5（1）、1－9.
- 戸田由美子（2009）：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、3（1）、23－36.
- 戸田由美子（2010）：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、9、44－60.
- 戸田由美子、磯野洋一、梶川拓馬（2016）：精神科病棟における看護師の患者アドボカシーを実践する上での困難さ、第36回日本看護科学学会学術集会抄録集、O39-1、東京、12. 11.
- Yumiko Toda, Masayo Sakamoto, Akira Tagaya, Mimi Takahashi, Anne Davis.(2015).Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention, *Nursing Ethics*,22(7),765-777.
- 常盤文枝（2005）：慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討、日本看護科学学会誌、25(3)、22-30.
- 富律子（2008）：がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応、横浜看護学雑誌、1（1）、66－75.
- 辻陽子（2012）：統合失調症者の自己決定要因に関する研究—グループホーム入居者へのインタビュー調査からの一考察—、関西福祉科学大学紀要、16、97－116.
- 宇佐見しおり（1999）：精神科看護における倫理の実態 予備調査の結果から、精神科看護、26（11）、33－36.
- Kim J. Usher and David Arthur(1998):Process consent: a model for enhancing informed consent in mental health nursing, *Journal of Advanced Nursing*,27,692-697.
- Heli Vaartio and Helena Leino-Kilpi（2005）：Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003.*International Journal of Nursing Studies*, 42(6),705-714.
- 柳原清子（2013）：家族の「意思決定支援」をめぐる概念整理と合意形成モデル がん臨床における家族システムに焦点をあてて、家族看護、11（2）、147－153.