

看護におけるアドボカシー —サリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論について—

松本幸子

Nursing Advocacy: On Sally Gadow's Theory of "Existential Advocacy"

Sachiko MATSUMOTO

はじめに

1860年代にナイチンゲールが看護を職業として広く注目させる活動を行い、看護とは何かを彼女の有名な著書『看護覚え書』として表して以来、看護専門職としてのアイデンティティを確立するための様々な理論が、アメリカをはじめとする各国において展開され、実践事例の中で検証が続けられてきた。治療＝キュア(cure)との対比における「ケア(care)」をはじめ、「協力(cooperation)」、「説明責任(accountability)」など、看護の性質またはその職務の本質を求める理論的努力が各所で繰り返されてきた。

そのような状況の中で、看護の重要な概念として関心がもたれてきたものの一つが「アドボカシー(advocacy)」である。「権利擁護」、「利益擁護」、「代弁」等の訳があてられるこの語は、もともとは裁判において被告を「弁護する」という法的な文脈で用いられた言葉であるが、それが最近では特に社会福祉の分野において広く使われるようになっていく。

看護の領域でも、患者の利益・権利の擁護という看護の役割規定の側面と、看護婦自身の社会および医療現場における地位向上の側面の両方において、アドボカシーという概念がこれまで頻りに引き合いに出されてきた。だが、先に述べた「ケア」が注目されるに従い、その影に隠れて十分に検討されたとは言いがたい。

本稿では、他の専門領域のアドボカシー概念をも参考にしながら、看護はその働きかけの中で常に対象となる人々の存在を意識し、権利を保障する役目を果たすものであるという問題意識に立って、看護におけるアドボカシーを論じる。というのも、筆者は、看護にとって必要な法的・道徳的意味をその根底におくアドボカシーを、看護独自の切り口で語るものとなりうる可能性を持つものとして捉えているからである。

数多くあるアドボカシー論の中でも本稿がとくに注目するのは、米国コロラド大学看護学部教授のサリー・ガドウの実存的アドボカシーである。ガドウはその論文「実存的アドボカシー：看護の哲学的基盤 Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing」(1983年)¹において、看護におけるアドボカシーを、パターナリズムとも消費者の権利保護運動とも違うものとして性格付けている。そして彼女は、実存主義の影響を受けつつ、アドボカシーを「患者の権利擁護」と捉えた上で、これを経験的概念ではなく、看護が自らの拠って立つ基盤とすべき哲学的理想として提唱するのである。

すでに古典とも言うべきガドウのこの見解は、その後の看護におけるアドボカシー論の展開において常に引用されながら、わが国にはほとんど紹介されていない。その理由の一つに、実存主義に与する哲学的表現がたいへん難解であることを挙げる事ができよう。しかしながら、わが国でもよく知られているジーン・ワトソン、サラ・フライ、ミーガン・ジョンストンらとその理論の中でガドウの理論の影響を受け、それをたびたび引用していることからしても²、諸外国の理論を参考にしながらわが国の看護理論を展開していく上で、ガドウの見解の検討はたいへん重要といえるだろう。

なお、ガドウは、本稿で取り上げる「実存的アドボカシー」や「看護婦と患者」という論文以降、一方では現象学的な視点から身体論に取り組みつつ、他方では看護者と患者の間の主観・客観を越えた関係を「語り(narrative)」という視点から解明するという注目すべき見解³を打ち出している。だが、本稿では主たる

問題関心と紙幅の関係から、考察の対象を彼女のアドボカシー論に限定することにし、これを踏まえながらその後展開された彼女の最近の見解については別の機会に論じることにした。

本稿では、まず、医療における看護婦の専門職性・自立性に関するこれまでの議論の経緯を、インフォームド・コンセントの理論と実践を手がかりにしながら簡単に概観する。その後、アドボカシーに関する理論展開を他領域のそれをも参照しながら整理した上で、実存的アドボカシーに関するガドウの見解を紹介し、若干の考察を行うという順序で論を進めたい。

1. 看護職の自立性と専門性をめぐる問題状況

(1) 患者の自己決定権と患者本位の医療

今日では、従来のような医師の権威を絶対視する医療ではなく、患者の自己決定を重視する患者本位の医療を実現する必要が叫ばれている。そのため、臨床の場においては、「患者に対して十分な情報を提供したうえで、患者自身の同意を得て医療行為を行うべし」とするインフォームド・コンセントの法理が重要視されるようになってきている。

インフォームド・コンセントは、そもそもは法律上の原則であるが、生命倫理とも密接な関係を持っており、法と倫理の両方の立場から論じられてきた。道徳的観点からは、カントらに依拠しながら、すべての人には価値があり、自分で生き方を決める「自律」の能力があるとし、患者の自律的な選択は何より価値があると主張されてきた⁴。

他方、法的な面では、患者には真実を知る権利と、結果を受けどのような選択をするかの自己決定権があり、それに対応して医師には説明する義務と患者から同意をとる義務がある、と説かれてきた。そこには、何を、いつ、どのように説明をするかについての医師の裁量が働くにしても、患者が自己の真実を知り、患者自身が納得し、自主的に選択、決定、同意、拒否という一連の自己決定権の行使に必要で十分な情報を提供することが重要であるとされる。

インフォームド・コンセントの法理が前提とする「個人の自己決定」の理念は、何より価値があるものとするリベラリズムの主張が根底にある。自己決定権の思想の流れは、ジョン・スチュアート・ミルの「自由論」から導かれているものであり、インフォームド・コンセントはアメリカにおいて1960年代の公民権運動の一環として展開された患者の人権運動に源流を持つものである。

これに対して、日本におけるインフォームド・コンセントは、欧米のように市民自ら自己決定の権利を獲得しようという運動により形成されたものではない。むしろ、種々の医療事故等に関するマスコミ報道に促されながら、患者の権利保護という観点からの政府関係機関の取り組みを通じて、展開されてきたのである。

では、日本の法体系においてインフォームド・コンセントがどのように実現されているのか。まず、刑法については、医師が行う医療行為においてインフォームド・コンセントが行われていれば、それが刑法204条の規定する傷害罪に対する違法性阻却理由として認められている。また、医師法においては、治療処置について患者から説明同意を得る義務があると定められている。これらはいずれも、憲法13条の保障する生命権、自由権に基づく身体の不可侵権と身体の処分に関する自己決定権に由来すると考えられている⁵。

(2) 自己決定権の問題と看護の役割

このように法的・道徳的意味をもつインフォームド・コンセントの法理であるが、果たしてそれが目指すところは容易に実現されうるものであろうか。この点については、筆者自身もそうであるが、臨床に身を置いた経験のある者であれば、現実の複雑で個別的状況の中での自己決定がどれほど困難なものであるかを理解している。

また、理論面においても、最近では自己決定万能主義の弊害を指摘する論考が見られるようになってきている。たとえばアメリカの法学者カール・シュナイダーは、インフォームド・コンセントが自己決定を重視するあまり、患者本人に——本人の真意如何に関わらず——決定をパターンリスティックに押し付ける結果になっているとして、自己決定権の行き過ぎを批判している⁶。

さらに、わが国でも、自己決定が想定する自律的な人間観から、病や障害を持ちながらも、それぞれの社

会を構成する人々がささえあいながら生きるという基本的な枠組みの変更が必要になってきているとの指摘もなされており、基本的には自己決定の価値を認めながらも、自己決定権万能の風潮に限定を加えようという動きが見られる⁷⁾。

このような批判的な動向を踏まえて、患者本位の医療の在り方を考えるならば、単に情報を提供したうえで自己決定を強要するといったやり方は不適であり、むしろ患者の自己決定過程を支援する医療の実現が何よりも重要であるということが言えるだろう。そのような観点からすれば、医師には十分に果たし得ない、患者の自己決定の支援者としての看護婦の役目が新たに浮かび上がってくるのではないだろうか。

これまでインフォームド・コンセントの場面での看護婦の役割としては、患者の疑問について医師との仲介をする、または患者の疑問の理解を助けるというものであった。だが、患者は単に医師の薦める治療法や療養法をそのまま受け入れているわけではなく、様々な葛藤、周囲の状況、自らの価値観等をあわせ、治療法を受け入れるか否かを決定している。患者の自己決定の過程には多くの局面があり、揺れ動く患者の気持ちがあり、自己決定した結果についても様々な思いがある。

そのような医療現場の実態に注意をするならば、本人がそう決めたからといって、それで医療者の責任や義務が軽減されることはまったくない。むしろ、可能な限り本人が決定したという実感を伴い、自分に起こっていることの事実を受け止め、問題の解決に主体的に向かえるような条件・環境の整備が必要である。その際、医療職、とくに看護職に強く求められるのは、患者が自分自身に起こっていることの意味を見出す過程を支えるような役割を果たすことと考える。

それは、そのような過程で看護職は、患者の一番近くに位置し、患者の主観的状况を理解できる立場にあるはずだからである。前述したように、医療現場における自己決定に関する事柄や、決定の場面は一つの事柄、一つの場面で終わることはなく、患者と医療者の関係が続く全過程に継続して関わる。だからこそ、看護婦は医師の果たし得ない役目を負っているし、そうした役目を果たし得る資質を持つべきだと考えられる。

だが、患者の自己決定を支援し、患者本位の医療を実現するという目標を目指すにおいて、看護職は今、そのような目標の実現に貢献しうる状況にあるのであろうか。次章では、看護という専門職を支える制度および理念の両面から看護の置かれた現状をみた上で、看護におけるアドボカシーの捉え方について論を進める。

2. 看護におけるアドボカシー

(1) 看護の自立性・専門性をめぐって

保健婦助産婦看護婦法での看護婦の役割規定は、「療養上の世話」⁸⁾と「診療の補助」があるとされる。前者は看護独自の判断と責任で行えるものであるが、現実には病状との関連での医師との協議が必要な場合もありうる。後者は医師の指示のもとに行うものではあるが、看護婦の観察と判断と技術により、患者に安全に実施されなければならない。

では、医師の指示があれば診療の補助に関わるどのような行為でもできるのか。行為に伴う結果責任はだれがとるのか。現状で多発している医療事故の場合、これまでの判例では、医師の監督責任が問われている場合が多い。このことは法律の規定もあるが、看護が医師の指示のもとに手足として行為するという中で、社会も医師も看護職も看護がそのような役割と責任を引き受けることを期待してはいなかったためであろう。

しかし、多発する医療事故で看護婦自身の責任が問われる判例も近年は増加し、マスコミ報道においても、医療過誤事件における看護婦のミスが厳しく問われるケースがますます増えてきている。

看護婦が専門職であるならば、その業務上の責任を自ら引き受けていくのは、当然のことである。平成4年の医療法改正により、看護職も医療の担い手として法的に位置づけられた。したがって、看護職も、他の医療専門職とともに、受け手の多様なニーズにその専門性から応えていかなければならない⁹⁾。そこで専門職としての独自の役割を果たす時に、何に対して看護は責任を持つのかの問いに応えなければならない。

だが、看護の先進国であるアメリカにおいても、市場原理による医療費削減の大きな波の中で、看護の役割が十分に理解されているとは言いがたい。ジャーナリストのスザンヌ・ゴードンは、こうした状況にあるからこそ、看護婦がどのような役割を果たしているのかを社会に見える形でもっと伝えるべきであるという

強い信念から、きわめて丁寧な取材を通して看護の現状について貴重な報告を行っている¹⁰。わが国の看護職をめぐる現況についても、正確な把握が必要であろう。

(2) 看護の職務を支える価値理念

看護が独立した専門職であるとするならば、それはどのような価値理念に支えられたものでなければならぬのであろうか。看護独自の役割は何かを考えていく上で、この問いは決して避けることができないように思われる。

この点に関して、アメリカでの看護倫理研究の一人者で日本の看護界にも影響を与えているサラ・T・フライがその著書『看護実践の倫理——倫理的意思決定のためのガイド——』において看護実践上の倫理的概念として挙げているのは、「説明責任 (accountability)」、「協力 (cooperation)」、「ケアリング (caring)」、そして「アドボカシー (advocacy)」の4つである。

第1に、「説明責任」とは、看護は何を遂行することができるかを答えられるということである。看護界では共通に理解されている「健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和」に対して、看護婦は自分がどのようにこれらの責任を遂行したかを説明する時にこの「説明責任」を負う。

第2に、「協力」とは、患者に質の高いケアを提供するために、他の人と積極的に物事に取り組むことである。専門職として共同すると同時に他の専門職とも協力する。

第3に、これまで最も注目されてきたのが「ケアリング」である。レイニンガーをはじめ、ケアリング行動は看護婦の役割で基本的なものとする看護理論家は多い。また、教育学者であるネル・ノディングスは、フェミニズムによるケアリングの解釈として、倫理的行動や選択と関係づけたが、この考えは看護にも大きな影響を与えた。このようにケアリングを看護倫理の道徳的基盤として位置づけることについては、看護の領域でかなり広いコンセンサスが見られる¹¹。

もともと、ケアに偏った看護の理解に対しては強い異論が出されていることにも注意すべきである。たとえば、オーストラリアの生命倫理学者ヘルガ・クーゼは、ケアが看護婦と患者の関係を重視するあまり、公正や正義の価値を拒否すれば、患者の利益のための倫理的意思決定の場に参加することを放棄することになりかねないと警鐘をならす。石本傳江がヘルガ・クーゼに依拠して主張するように、ケアリングそのものが看護職の自立性・専門性の実現につながるとは言えない面があることも、十分考慮しなければならない¹²。

そこで本稿が注目しようとするのは、これまであまり検討されることのなかった、価値理念としてのアドボカシーである。はたしてアドボカシーが看護の専門性を支える価値基盤となりうるものなのか、以下の2つの節では、看護および看護以外の領域でアドボカシーがどのように位置づけられ、捉えられてきたかを見てみることにする。

(3) アドボカシーとは何か

まず、看護の領域以外でのアドボカシーの概念について見ていく。近年、アドボカシーまたは権利擁護という言葉が特によく言及されるようになってきているのが、社会福祉の領域である。なかでも「アメリカ障害者法」との関連を意識しつつ、社会福祉の分野での障害者の自立生活運動として展開されている、障害者本人の法的な権利を擁護するためのアドボカシー・プログラムが注目される。また、同じ社会福祉の立場から、秋山智久は「アドボカシー」は実践の中核として「権利擁護」を捉えている。秋山によると、アドボカシーは権利擁護よりも広い概念であり、「ニーズ充足」「生活支援」「生活擁護」を含む「生活と権利」を擁護する活動として位置づけられる。このように、社会福祉の立場からのアドボカシーは「生活と権利」の擁護であると理解されており、単なる「代弁」や「弁護」ではないのである¹³。

では、医療の分野ではどうか。この点についてまず何より挙げなければならないのは、アメリカにおける患者の権利章典に示された権利を行使できるようにするため、かかる権利行使を助けることを任務とする権利擁護者 (病院雇用、保険会社、政府、消費者団体、患者自身) としてのアドボカシーである。

この点に関して、著名な医事法学者であるジョージ・アナスは、患者の代弁者としての責務について、第一義的には、患者に対して彼の権利が尊重されるであろうということを知らせ、保証し、実際に請け合うこ

とであるとし、患者の権利擁護者は患者が州、または病院の患者の権利章典に示された権利を行使できるよう助けることを任務とする人のことであるとする。

アナスは、病院に公的な権利と権限を持った権利擁護のシステムがあれば、実質的な患者の権利擁護の役割が果たせるだろうと指摘した上で、重要なのは、自分の権利擁護者に誰を選ぶかの選択権は患者が持つこと、どの患者にも権利を擁護する人がついていることであると言う¹⁴。だが、マネジド・ケアによる医療コスト削減の流れの中で、本当に権利擁護者として患者の立場を代弁する役割が果たしているのかどうかは疑問である。

日本においては、精神医療の領域において、精神保健福祉法により、「精神医療審査会」が公的なアドボカシー機関として存在する。だが、そこでは医師・看護婦らの医療者が患者のアドボケートとはなっていない。その理由として挙げられるのは、医療者は患者をアビューズ（虐待）できる立場にいるという認識である¹⁵。

このように、看護婦は病院側の利益を代理するものとして見なされており、法的な権利擁護者の資格がないという理解がなされている。現在は、患者の権利を擁護する役割は、ケアの受け手、ケアの提供側とは立場の違う第三者機能としての社会福祉士や法律家などが担うと捉えられており、制度的には高齢社会を背景とした2000年4月に施行された成年後見制度が、今後は機能していくこととなるだろう。

以上のように、アドボカシーは、実際には法的な意味で問題にされることが多い。以下では、「善き生」の実現に向けて、個人が自らの価値基準に従った生活を送れるよう支援されなければならない状況に注目し、そうした状況下におけるアドボカシーの可能性について論じていく。看護におけるアドボカシーは、そうしたものの代表であると言えるだろう。

(4) 看護におけるアドボカシー

看護におけるアドボカシーについて、先のサラ・T・フライは、次の3つの解釈から説明している。すなわち、「権利擁護モデル」（患者の人権や道徳的権利の仲介役）、「価値決定モデル」（患者がニーズ、関心、選択を話せるように援助する）、「人として尊重するモデル」（患者の人間としての特性—尊厳、プライバシー、福利—を尊重する）がそれであり、いずれも国際看護協会が定める「看護婦の規律」の価値と一致するものだと説明されている¹⁶。

1970年代のアメリカの看護界では、医師とはちがう看護職の専門的自律を目指して、このような意味でのアドボカシーに注目が集まり、患者の権利を守るという役割に関心が向けられた時期もあった。だが、看護婦が患者の権利擁護を担うことへの疑問を持つものもあり、大きな動きにはつながらなかった¹⁷。

もっとも、ここで言うアドボカシーの理念が看護理論においてまったく活かされてこなかったわけではない。たとえば、1960年代の著名な看護理論家であるバージニア・ヘンダーソンは、「看護の基本となるもの」の中で、基本的看護の構成要素14項目の10番目に「患者が他人に意思伝達ができ、自分の欲求や気持ちを表現できるように援助する」をあげ、さらに11番目には、「患者が自分の宗教にもとづいた生活ができ、自分の善悪の概念に従えるように援助する」としている¹⁸。

その解説には、明確に自己決定過程を支援するとの表現はないが、患者が自分の欲求や気持ちを表現することを助ける、さらに自己の善悪の概念による価値観によって選択した生活が可能になるように援助することが看護の役割であることを示している。

この一例が示すように、看護婦の倫理規定や看護理論の中には、患者の価値観や尊厳を守ることを看護の重要な役割として挙げるものが少なからず見られる。看護婦自身もアドボカシーが看護にとって重要な概念であることを認めてきた。しかし、なぜ看護婦がそうした役割に適任なのかについては十分に納得できる説明がなされてこなかった。

この点で参考になるのがヘルガ・クーゼの見解である。彼女は、『ケアリング——看護婦・女性・倫理——』¹⁹と題する著書の中で、看護婦には患者の自己決定のプロセスを理解し、患者の「最善の生」を決定する理由を受容することが可能であるとの認識に立つ。そのため、看護婦には、「ケアされる人の健康に関連した権利を擁護する専門的・道徳的義務を負う」者としての位置づけが与えられなければならない、その意味で看護職が「患者の権利擁護者 (patient advocate)」の役目を担うべきだと主張する。

クーゼのいうケアは「気質 (dispositional care) としてのケア」と呼ぶもので、道徳的応答の適切性がつながっているというものである。道徳的行為は、正しい倫理的原理だけでなく、状況と個人の特殊性に注意する気構えをも前提にしていると説明している。道徳的適切性とつながっている「気質としてのケア」というような、倫理原則と個人の状況の特殊性への配慮を前提とするものとして、看護には患者の権利擁護の役割が相応しいと主張する。クーゼは、とくにリビングウィルのない場合のような安楽死においても、その判断を下す役割が看護婦に与えられるべきだと説いている。その主張には現実的な対応として疑問が感じられないわけではないが、ケアリングの新しい概念として注目されることに代わりはない²⁰。

では、以上に述べたことを踏まえ、本稿が主として考察の焦点を合わせるサリー・ガドウの見解を紹介・検討する。

3. サリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論

(1) パターナリズムと顧客第一主義

ガドウは、その論文「実存的アドボカシー：看護の哲学的基盤」において、パターナリズムとも顧客第一主義とも異なる、患者の権利擁護としてのアドボカシーに関する理論を、実存主義哲学に依拠しながら展開している。本節では彼女の見解の特徴を簡単に整理しておく。

第1に、ガドウは、看護を社会的ではなく、哲学的に定義するべきだと説く。つまり、看護は実際にどのように行動しているかということからではなく、看護婦と患者の関係がもつべき理想的な性質や目標によって定義されるべきだということである。もちろん、このことによって看護者の経験の価値が減じられるわけではない。彼女が求めるのは、諸々の経験を統合し、それらを高めることであり、そしてそのような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²¹。

第2に、ガドウの主張する「アドボカシー」は、ヘルスケア専門職の中でも看護職だけに適している基底的・実存的アドボカシーを意味している。彼女はこの概念について、「パターナリズム (paternalism)」や「顧客第一主義 (consumerism)」との違いを説明することにより、その特徴を明らかにしようと試みている。まずは、この点について簡単にふれておく。

最初に、パターナリズムとの違いについて説明する。パターナリズムとは、当人の利益のためにという理由で、個人の自由または権利を制限する行為および態度である。親が子のために——本人の意思に反してでも——子に対して何か行為を強いる、というのがその古典的な例である。このような見方の背後には、当人にとって何が利益になるかが最もよくわかるのは専門家であり、だから専門職こそがその人の福利についての配慮も行うべきだ、という発想がある。こうしたパターナリズムの考えに医師や看護職がきわめて陥りやすいことは、改めて指摘するまでもないであろう。

だが、ガドウは、看護職の目指すべきアドボカシーは、こうしたパターナリズムとは正反対のものであると主張する。というのも、パターナリズムはそもそも個人の自己決定権とは相容れない考え方であるからである。たしかに、パターナリズムを、「患者の自己決定権の侵害でなく、提供されうる可能な限り最高のケアを受ける患者の権利を保護するもの」と理解する見方もないわけではない。だが、ガドウによると、このようなパターナリズムとアドボカシーを融合させるような見方は、両者の本質を見失わせる原因になる。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²²。

次に、「顧客第一主義」との差異について説明する。ここで顧客第一主義と言われているのは、本人が選択を行う上で必要な情報は提供するが、どの選択肢を選ぶべきかについては何も言わず、本人の自律に委ねるという発想である。要するに、「情報は提供いたしますが、あとはご自身でお選びください」ということである²³。

今は、医療の世界においても、患者をクライアントとして捉える時代である（「患者様！」）。したがって、このように「お客様のお望み通りに」という姿勢が一定の説得力をもつことは否みがたい。しかし、ガドウのいうアドボカシーはこうした顧客第一主義とは全く異なる。というのも、アドボカシーとしての看護婦は、患者の望み通りを自らの行動原理とする、単なる技術的な助言者ではないからである。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いうところにまで及ぶものなのである。

(2) ガドウの「実存的アドボカシー」論

以上のようにパターナリズムおよび顧客第一主義とは異なるとされる実存的アドボカシーとは、どのようなものであろうか。

第一に、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。つまり、いかなる善を実現するためにも、実存的アドボカシーは決して個人の自己決定を犠牲にすることはない。このことによって、実存的アドボカシーは、当人の利益のためということをも理由に個人の自己決定を損なうおそれのあるパターナリズムとは区別される。

第二に、実存的アドボカシーは、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。自己決定の自由の「真なる」行使と言われているのは、本当に患者自身のものと言えるような決定に到達することを意味する。

ここにあるのは、本人が決めさえすればよいとする薄っぺらな自己決定主義ではない。自分自身や世界や自分が抱く価値全体について、患者が重要だと信じるものすべてを表現する決定がなされることが重要であり、そうでない限り、その当人が自己決定を行ったとは言えないという見方がここにはあるのである。

だが、人が抱く価値観を確認するのが最も難しいのは、自らの価値観が根本から変わるおそれのあるような究極的な状況に人が直面したときである。たとえば、治療が望めない病気などに直面したときに、治療の続行を選択するか、あるいは有意義な生活の方を選ぶか、といった場面である。パターナリズムの立場からすれば、健康が人間にとって最高の価値だということは当然であるから、価値序列の再検討などしなくてよいということになるだろう。また、顧客第一主義によるならば、選択に必要な情報のみ与えれば、後は患者が好きなようにすればよい、ということになるだろう。

これに対して、実存的アドボカシーは、患者が望む通りのことをするわけでも、患者がこれを欲するべきだというものを予め想定するわけでもない。それはむしろ、患者が自分は何をしたいのかを明確にするのを手助けしようと努めるものである。つまり、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²⁴。

ガドウによれば、こうした方法でのみ、価値づける自己が完全な姿で自らの自己決定の過程に引き入れられ、表現される。そしてそれによって患者の決定は、他者によって規定されたものではなく、本当に自分自身で決定されたものとなる。要するに、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なのである。

(3) 看護によるアドボカシーの理想

アドボケートとしての看護者にはどのような職務の遂行が求められるのだろうか。看護婦は、患者の身近にいる存在であるため、自己の職務を果たす上で数々の厳しいディレンマを経験する。そのうちの一つは、患者に対して専門職としてかかわるか、あるいは個人としてかかわるかというディレンマである。もう一つ挙げられるのは、病気ないし負傷という状態にある客体としての患者に立ち向かうか、あるいは生きている一人の主体としての患者に対面するかというディレンマである。

ガドウは、患者のアドボケートとしての役目を果たす看護婦の理想像を、こうした種々の矛盾対立を克服するトータルな存在として理解する。では、看護婦はこれらの矛盾対立をどのように克服するのであろうか。以下では、(a) 看護における専門職としてのかかわりと個人としてのかかわり、(b) 客体としての患者と主体としての患者、という二つの点について、看護婦がどのような矛盾対立に直面し、そして患者のアドボケートとしてそれらをどのように克服しているかを、ガドウの説明に従って見ていくことにする。

(a) 専門的關係と個人的關係²⁵

看護婦は、患者に対して専門職としてかかわるか、あるいは個人としてかかわるかの対立に悩むことが多

い。専門職としてのかかわりと個人的なかかわりとは両立せず、いずれか一方を選び取らねばならないとされるからである。その際に看護職に求められるのは一般に、専門職として患者にかかわることである。すなわち、看護婦は、自分個人の感情や価値観や個性を出さず、すべての看護者が共通に備えるべき専門職としての見方で、患者に対面すべきだというものである。

だが、看護婦にとって、専門家として決められた通りに振舞うよう求められることは、患者の願いや価値観に直接に触れる位置にいるだけに、自らのうちに一種の疎外感を生む原因となる。患者にしても同様である。患者は患者としての行為を期待され、健康回復を目指す者という型にはまった見方で見られる。自分自身の考えや価値観が考慮されないということは、患者の側にも疎外感を生じさせる。でばどうすればいいのか。

専門職としてのかかわりは、個人的なかかわりとどのような点において違うか、という点から考えていく。ガドウによると、第一に、専門職としての看護職が相手方に向ける視線は、相手である患者からの見返りを期待しないまったく一方的なものだとされる。そこには、友人関係のような個人的なかかわりにおいて見られるような相互的な関係は存在しない。

第二に、状況の感じ方に違いがある。患者は自分自身の身体に起こっていることを直接的に体験し、その緊急性を即時的に感じ取るが、専門職の関心は、——同じように事態の緊急性を感じ取るにしても——相手方である患者をどのように支援するかという点にある。専門職としての看護婦は、患者の直接的な囚われ——つまり苦痛——から患者を自由にすることを目指し、自ら感じとったものや知識として持っているものを総動員するのである。

第三に、患者が苦痛を「内側」から感じ、自分の身体の経験に内的な仕方に関与するのに対し、専門職はそれに「外的」に関与する。身体を「内部」、つまり「生きた主体性」として経験できるのは患者だけであり、専門職は患者の身体を技術的な「客体」として経験できるにすぎない。

ガドウが提唱する「実存的アドボカシー」は、このような専門職としてのかかわり方を十全なものにするために、そこに個人的なかかわり方を可能な限り活かすことを推奨するものである。それは、専門職のかかわり方と個人的なかかわり方をより高次の段階で総合するものだと言ってよいだろう。彼女は次のように言う。

「専門的なかかわりをするためには、相手方のニーズに対し、感情・感覚・身体・知性のすべての面で総合的に自己に関与させることが必要であり、専門的な関係を取り結ぶための材料として、個人のあらゆる次元を用いるのでなければならない。明晰な自己統一性を維持するためには、自らの持つ諸次元のうちのいずれをも、専門的な関係から除外することがあってはならない。そして、そのような自己統一性に依拠して自ら行為する看護婦だけが、患者が個人としての複雑な全体性を示すような決定に到達するよう支援を行うことができるのである。」

ガドウによると、医療専門職の中でこうした全体的な視点を唯一実行できるのは、看護婦であるとされる。というのも、看護婦によるケアは、「科学的で倫理的な性質」と同時に「直接的で持続的で親密な性質」をも有しているため、「情緒的・理性的・美的・直感的・身体的・哲学的な要素を含め、関与すべき専門的な諸次元のすべてに通じる道を用意することができる」からである。

もともと、以上のようなガドウの見解に対しては、医療専門職が情緒面で関わることで、医療上の判断に偏見が入るのではないかという批判がありうるだろう。また、専門職が患者の個人的な苦しみを背負うことになるのではないかという点も、問題点として指摘されうるであろう。

こうした問題点の指摘に対してガドウは、感情移入や感情転移とは区別される「共感 (fellow- feeling)」の意義を強調することにより、これに答えようとする。「共感」についてのガドウの説明は難解だが、要するに、専門家としての看護婦は相手の感情に自らを直接的に同化するのではないということが重要である。共感とは、あくまでも患者という別の人格の感情を対象とするものであり、なおかつ専門家としての方向性をもって相手の感情を理解しようとするることなのである。

(b) 生ける身体と客体としての身体²⁶

先に述べたように、看護婦が患者に対して個人的にかかわり合うことは、看護婦が専門家としての職責を果たす上で支障になると見られてきた。それと同様に、患者が主観的な身体に意識を向けることについても、それは医療が客体としての身体に注意を向けることとは矛盾すると主張されてきた。

だが、それははたして適切な主張なのであろうか。看護婦は、患者の「生ける身体」ではなく、診断・治療の対象・「客体としての身体」に立ち向かわなければならないのであろうか。患者の「生ける身体」と「客体としての身体」は、そのように二律背反的で、いずれかを選び取らねばならないものなのだろうか。

この点についてガドウは、生ける身体と客体としての身体は対立するものではないと主張したうえで、実存主義的、あるいは現象学的な視点を交えながら、両者について以下のように説明する。

「生ける身体」とは、自己のことを世界に働きかけることができる者と感じる、直接的で前反省的な意識である。それは、客体としての身体を経験から独立し、かつそうした経験に先行するいわば「私自身」なのである。「生ける身体」は、時間・空間の中に存在するものではなく、むしろ自らの行為を通じて、あるいは自らを中心とした世界像を描くことを通じて、自分自身の空間を形作るのである。

これに対して、「客体としての身体」は、からだが何か変調をきたすことがない限り、通常はその客観的な存在には気付かれぬ。ところが、「ここが痛い」と感じる時、私は私の「生ける身体」の直接性を感じ取る。だが、それだけでは十分ではない。そこにたとえば「病気」という臨床的なカテゴリーが当てはめられることにより、私は自分の身体を「私の目的に反対するもの」、「私を無視しようたえさせるもの」として経験する。これが「客体としての身体」の現れである。

したがって、臨床的なカテゴリーによって明らかになるのは、私の自由にならない身体をもった私であり、私はその経過を直接知覚しない病気である。こうして新たに明らかになる現実、他者にとって客観的に認識できる私の「客体としての身体」である。他者がそれについて私に情報を与えてくれるし、他者はそれを診断することができる。それは、たとえ私がそのことについて認識しなくても、他者にとっては「ある」ものなのである。

このように、からだに変調を来し、そこに臨床的なカテゴリーが当てはめられることにより、「生ける身体」としての私は、自らの中に他者性を抱え込むこととなり、それが「客体としての身体」との間における矛盾を生む。では、このような矛盾はどのようにすれば解決できるのか。こうした矛盾を融和させ、本当の自己決定の前提となる自己の統一性を患者に回復させるうえで、看護には何か独自の可能性があるのだろうか。

ガドウによると、看護の専門性の歴史で、看護は「生ける身体」か「客体としての身体」かのいずれかに交互に焦点を合わせてきた。かつては患者を直接に満足させることに関心を持っていたが、近代以降は患者の客観的な状態に対して科学的な関心を向けるようになってきた。

だが、ガドウは、それ以上の可能性が看護にあると主張する。「患者の全体性 (patient's wholeness) のアドボケートとしての看護婦」という観念がそれである。彼女は言う。

「看護婦は、患者の全体性のアドボケートである。看護は、『客体としての身体』が『生ける身体』を豊かにし、『生ける身体』が『客体としての身体』を活気づけることを可能にする。無言の直接性でも、純粋な他者性でもない。看護は、他者化された私性、つまり生ける客体性という新しいレベルにおいて、患者が客体化された身体を回復する手助けをすることができる。アドボカシーとしての看護は、患者が自己と身体の意識的な統一を成し遂げるのを助け、私の客体性を外的なものにしておかず、それを私自身のものとして生きる手助けをするのである。」

このように、ガドウの提唱するアドボカシーとしての看護は、「生ける身体」と「客体としての身体」という二つの次元を相互に継続的に関連付けることによって、両者がどちらをとるかの関係ではなく、いずれも他方がなければ意味をなさないという弁証法的な関係に立っていることを患者に示すのである。看護の理想は、患者がこれらの諸次元を一つに再調整・再統合するのを支援することにある。それは各人が唯一無二の

存在であるために必ず必要なことであり、それなくしては患者が真の自己決定のために必要な自己統一性は可能とはならないのである。

(3) まとめ

以上より、ガドウの提唱する実存的アドボカシーは以下の3点にまとめることができよう²⁷。

- ① 患者は、自らが抱く独自の価値観全体を統合的に反映するような決定を下すことにより、真に自己決定権を行使することができる。看護婦は、患者がそうした真の自己決定を行うことが可能となるよう支援する。
- ② 看護職は、専門職としてのかかわり方と個人的なかかわり方の両方の面から、全人格的に患者とのかかわりに没頭する。
- ③ 看護職は、患者が「生ける身体」と「客体としての身体」の経験を調整し、より高次のレベルで両者を統合するのを支援する。

要するに、アドボカシーとしての看護とは、病気や苦痛や死がその個人にとって持つべき個人的な意味を決定するのに患者とともに加わることで、とすることができよう。自己決定というと、とかくどういう治療方法を選択するかということばかりがクローズアップされがちだが、ガドウによるとそれが重要なのではない。治療方法を決定する以前にまず、その当人の経験していること、つまり生存の継続が危機に直面しているという状態の「意味」が問われなければならない。

人は、治療方法を選び取るよりも前に、今自分が直面している存在への脅威が何を意味するのかを問うのである。そのような意味の決定は、臨床的なカテゴリーや専門の医学的観念により規定・強制されてはならない。それはあくまでも患者自身が自由に行えるのでなければならない。もともと、自らの中に他者性を抱えて矛盾状態に陥った患者にとって、自己の経験に対するそうした意味付けの決定は容易ではない。そこで患者は、自己の経験がどのような意味をもつのかを決定しようとして、他者に支援を求めるのである。

では、誰がそうした支援の要求に応えられるのか。ガドウによると、そのような支援は、「経験についての最も広範囲な理解を持ち、患者と同様に十分に関係した人が提供するものが理想」であるとされる。そして看護職こそ、このような要求に応えうる理想的な専門職だというのである。ガドウは言う。

「個人の持つ唯一無二性と一般性、個人的熱心さと専門的客観性、『私』としての身体と『他者』としての身体というようなヘルスケアにおける最も激しい二分法を調和させることを、自らの理想として提案するものは看護婦をおいてはいない。看護はこれらの矛盾と、こうした矛盾が生み出す人間の分裂を解決することを目指し、患者と看護婦がそれぞれに自己を統合した者として、患者の自己決定の過程に参加できるよう、実存的アドボカシーの理想を表明するのである。」

3. ガドウの「実存的アドボカシー」論に関する若干の考察

(1) M.J.ジョンストンによる批判

以上において、ガドウの「実存的アドボカシー」論を詳細に見てきた。彼女の見解は、実存主義哲学や現象学的手法が組み込まれており、その内容を正確に理解するのはたいへん難しい。しかし、患者、看護婦関係の特徴づけるガドウの主張は、臨床に身を置く者の実感に非常に近く、我々看護職に訴えかける大きな説得力を持っている。

筆者なりの言葉で言い表すならば、「私自身である看護婦」として「その人自身である患者」に出会い、「その人がその人らしく生きていくこと」を支援する中で、専門職として、そして私個人としての総合されたまごとの「私」が意識される、と表現することができようか。

本章では、以上に見たガドウの見解の特徴を踏まえ、彼女の理論が抱える問題点を確認しておくことにする。なかでも、オーストラリアの看護学者ミーガン＝ジーン・ジョンストンによるガドウ批判を簡単に整理しておく。

ジョンストンは、その著書『バイオエシックス——看護の視点から—— (Bioethics: a nursing perspective)』で、アドボカシーについてリア・カーティン、メアリー・コーンク、サリー・ガドウのアド

ボカシー論を比較しながら検討を加え、看護婦がアドボカシーの役割を果たすべきかどうかには疑問を持つという結論を下している²⁸。

ガドウの実存的アドボカシー論に対するジョンストンの批判の中で、とくに重要だと思われるのは、「自己決定の自由の真なる行使」とは何かについてであり、「真正性」と言われる基準の曖昧さを指摘している点である。ガドウの依拠する「自分自身である」（「自ら自身の」価値、信念、動機、選択、行為）は、実存的な意味での「真正性」の観念であり、ジョンストンによると、「真正性」という基準はあまりにも曖昧で、非常に多くの解釈が可能であるため、アドボカシー論における一要素としての意味があるのか疑わしいとされる。

そのこととも関連するが、さらにジョンストンは、看護婦が実際に患者にアドボケートとしての役割を期待されているかという点に疑問を差し挟む。というのも、患者が自分は何をしようとしているのかを明確に意識するのを支援する過程において、看護婦たちはこの患者たちに対して操作的ないし強制的な影響力を不適切に行使するかもしれないのである。このような批判が出てくるのも、「真なる自己決定」という概念の曖昧さによると言ってもよいであろう。

(2) ガドウのアドボカシー論の意義と課題

以上のような批判をも踏まえ、最後に、ガドウのアドボカシー論の意義および今後の課題について筆者なりの見解を述べておきたい。

看護職は自らの専門性が社会に認められるために、社会システムの改善や法的な位置づけの明確化を目指す活動も重要であるが、それと同時に、なぜ看護が専門職であり、何が看護の価値であるかを看護職自身が自らの職務の中で伝えていく必要があるだろう。

その時に、ガドウのいう看護の哲学的基盤としてのアドボカシーが重要になってくる。看護は社会学的というより、専門職として特定の行為よりもむしろ看護婦と患者関係の理想的な性質や目標によって哲学的に定義されるべきとし、看護の概念が経験的概念ではなく、アドボカシーを看護の哲学的基礎及び理想として提唱するのである。

ガドウは、患者—看護婦関係の理想として実存的アドボカシーを提唱する。だが、彼女の理論に課題が見出せないわけではない。看護職は、患者の権利擁護という個別具体的場面で、それを患者の「善き生」を可能にする実践に、どのようにつなげていけばよいのであろうか。それには何が必要なのであろうか。また、倫理的意思決定の場面において、個々の看護婦はどのようにすればガドウのいう関係の理想を意識し、行為することができるのか。

価値観や生き方が多様化している現在、いつも「その人は何を望んでいるのか」の問いと、それに対して「看護婦である私は…」を問い続けることが重要であろう。ガドウはアドボカシーを「実践を表現するものではなく関係における哲学的理想」と述べているが、これまでの看護婦の習性から、我々はすぐに明確に表現され納得できる言葉や方法論を求めたくなる。

しかし、看護が生きてある今に個別にその人に関わる時に問われるのは、看護婦がどのような意味を持ち、その人の前にいるのかということであろう。ここでは、ガドウのいう二項対立の構図ではなく、専門職と個人としての看護婦、生きた身体と客体としての患者という関係のありようを本当に理解することからしか、患者の体験としての病気の理解と、その人自身の決定による生き方を支援することの重要性の理解は困難なのではないだろうか。

パトリシア・ベナーは、その著『現象学的人間論と看護』²⁹の中で、看護は「人を気づかい世話をする実践 (caring practice) のひとつであり、そこで用いられる科学は、「人を気づかい責任を引き受けるという道徳的技能 (moral art) とその倫理とによって統制される」、と述べている。道徳的技能としての気づかいは、あらゆる医療実践を導く第一原理である。〈人を気づかい世話をする実践〉としての看護の隠れた重要な働きに光を当て、目に見えるものにしてしようとする点で現象学やフェミニズムと目標を共有しているという。このような視角は、ガドウのアドボカシー論に立ち向かう我々にとっても、導きの糸口となるであろう。

おわりに

本稿では、日本にこれまで紹介されることのなかったガドウの実存哲学に依拠するアドボカシー論を中心に見てきた。アドボカシーを看護の哲学的基盤として据え、看護職が自己と患者との関係において、その本当の自分に出会える体験を通して、患者の自己決定過程に関わることによって、患者は「真に」患者自身による決定にたどりつくことができる。このガドウの主張は、その関係の理想として説得力を持つものであるが、看護職の個々の資質に大きく関わってくる。看護職はいつも「患者の側に立つ」と宣言していることの本当の意味を、自らの行為を通して示していかなければならない。

法的・道徳的意味を持つアドボカシーが、看護の関わりを特徴的に説明できる重要な概念として位置づけられるためには、看護場面における具体的な検証が続けられなければならない。また、看護婦の資質については、看護に必要な関連領域の研究成果を取り込んだ「人を理解する」教育、看護実践の背景となる道徳原理（自律、公正、善行）の意味することの理解が今後さらに重要になろう。

ガドウの本論文は発表されて久しいが、その後のアドボカシー論の展開に大きな影響を与えてきた意味とその主張の重要性が確認できた。ガドウのアドボカシー理論の展開は、たいへんに難しく「真に」理解できたとは言えないが、看護を語りうる概念として今後も関心を持ち続けていきたい。

謝辞

本論文をまとめるにあたり、岡山大学法学部、服部高宏教授には、原稿をご一読いただき、貴重なご意見を賜りました。記して感謝申し上げます。

註

1 S.Gadow, Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing, 1983. In C.p.Murphy and H.Hunter(eds), Ethical problems in the nurse-patient relationship, Allyn & Bacon, Boston, pp.40-58

本論文は、「看護婦 - 患者関係での道徳的諸問題」の第1章、看護の専門性における基盤において、ガドウが実存的アドボカシーを看護の哲学的基盤となるものとして理論展開しているものである。

2 ジーン・ワトソンは、サリー・ガドウとともにコロラド大学保健科学センターの看護学者であり、ワトソン看護論（稲岡文昭訳）：人間科学とヒューマンケア、1992、医学書院、ix頁でサリー・ガドウの実存主義的立場からの研究の影響を受けていると記してその理論を引用している。また、サラ・フライは、「看護実践の倫理－倫理的意思決定のためのガイドライン」（片田範子・山本あい子訳）、7頁でアドボカシー概念の説明として、ガドウをたびたび引用している。

3 S. Gadow, : Ethical narratives in practice. Nursing Science Quarterly 9(1), 1995 : Narrative and exploration: Toward a poetics of knowledge in nursing. Nursing Inquiry 2(4) 211-214, 1995 : Relational narrative: The postmodern turn in nursing ethics. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 13, 57-70. 1999 などがある。

4 インフォームド・コンセントの道徳的および法的側面については、この領域の草分け的論文であるR・フェイドン=T・ピーチャム 1994、3-41頁、に詳しい。

5 自己決定権については、我が国の憲法学説上は一般的に、憲法13条の下で人権の一つと認められている。プライバシーの権利、自己情報コントロール権、自己決定権の三者の関係をどのように捉えるかについては諸説があるが、概ね広義のプライバシーの権利を自己情報のコントロール権という意味で捉え、それとは別個に自己決定権を位置付ける考え方が有力であるといつてよいだろう。

6 カール・シュナイダーは、アメリカにおいて自己決定権が強められすぎ、多くの患者から自己決定の原理の拒絶が見られる現状を報告している。1995、86 - 93頁

7 日本でも社会学者の大澤真幸は、「身体の自由処分権」には限界があるとし、人間は生まれてきたことや姿形は本人が恣意的に選択できないものを引き受ける存在であるから、他者は「私」の責任を問うことなく、存在を丸ごと承認すべきであり、リベラルな社会はそのことを自己決定権の暗黙の了解としているとし、自

己決定権は当事者のみならず社会の承認（拘束）も前提にしていると指摘する。1998, 68 - 99頁。また、社会学者の立岩真也は、自己決定には数種あり、自分に対して制御能力があることをもって自己決定というなら、それを有する人が人であるということになり、国家が人の生存権に許認可を与えるという優生思想に繋がることを指摘する。1998, 57 - 75頁 このように個人の自己決定を至上視せず、他者を視野におさめつつ自己決定の条件を問題にしている。

8 保助看法のいう「療養上の世話」と介護を専門とする介護福祉士の行う「介護」の違いについては、前者が健康問題に関するアセスメントであるのに対して、後者が生活行動のアセスメントであると説明される場合が多い。

9 平成4年の医療法改正で第1条の2項に「…医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手…」と、医師だけが医療の担い手ではなく、それ以外の医療専門職名が明記されるようになった。

10 スザンヌ・ゴードンは、看護の先進国であるアメリカにおいても、看護が見えるような形で語られることが少なかった看護婦の日常を、丁寧な取材を通して、看護の専門性を広く伝えると同時に、医療への市場原理の過度な導入により、人間にとって大切なケアの視点が危機に直面していることを警告している。1998, 289-355頁。

11 ノディングスの「ケアをすることは、保護と福祉を行うこと」を引き、ケアリングは、人間の健康を守るだけでなく、人間の尊厳を守ることへのコミットメントを示すとす。サラ・フライ 1998, 39 - 53頁。

12 オーストラリアの生命倫理学者ヘルガ・クーゼの著書「ケアリング—看護婦・女性・倫理」を紹介した石本傳江「ヘルガ・クーゼの看護倫理論—ケアリングとアドボカシーとの架橋」2000, 67 - 71頁に詳しい。

13 秋山智久, 1999 23 - 33頁。

14 ジョージ・アナス, 1992, 147 - 167頁。

15 李 啓充, 武井麻子, 1999, 581 - 587頁。

16 サラ・フライ前掲書 1998, 41頁 なお、国際看護協会「看護婦の規律」は1973年に改定されて、それまでは医師の命令を明確に実行する義務から、看護の主な責任は看護ケアを必要とする人物の上にあると変化した。

17 ジーン・ジェニイ, 1994, 64 - 68頁。

18 バージニア・ヘンダーソンは日本では看護の教科書として広く知られ、「看護の基本となるもの」の中で、人の基本的なニーズに対応した看護の基本的構成要素として14項目を提示している。

19 クーゼは、看護婦が直面する倫理的ディレンマは、歴史的・文化的な影響を持つ医師との従属関係によって引き起こされる場合が多いとし、倫理的な問題への判断に看護婦より医師が正しいとは言いきれない。患者にとって「最善の利益」の達成は、道徳原理と、個別具体的な利益を考慮するという点で看護婦が担うべきとする。ヘルガ・クーゼ, 2000 214 - 276頁。

20 クーゼの見解については、石本傳江, 2000, 67 - 71頁に詳しい。

21 Gadow 1983:42頁。

22 Gadow 1983:42-43頁。

23 Gadow 1983:43-44頁。

24 Gadow 1983:45-46頁。

25 Gadow 1983:46-51頁。

26 Gadow 1983:51-55頁。

27 Gadow 1983:55-56頁。

28 Johnstone 1994:277-280頁。

29 ベナー／ルーベル 1999:viii-ix頁。

参考文献一覧

<欧文>

Sally Gadow, 1983. Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing, In C.p.

Murphy and H.Hunter(eds),Ethical problems in the nurse-patient relationship,
Allyn & Bacon,Boston,pp.40-58

Megan-Jane Johnston, 1994. Bioethics:a nursing perspective, second edition
(1994) .Harcourt Brace& Company, Australia

<邦文>

秋山智久 1999 「権利擁護とソーシャルワークの果たす役割ーアドボカシーを中心に」, 社会福祉研究, 第75号

ジョージ・アナス 1992. 「患者の権利」上原鳴夫・赤津晴子訳, 日本評論社

石本傳江 2000 「ヘルガ・クーゼの看護倫理論ー: ケアリングとアドボカシーとの架橋」 [1] - [3]
Quality Nursing, Vol.6 No.3, No.4, No5

大澤真幸 1998 「自由の牢獄ーリベラリズムを越えてー」季刊アステイオン, 夏

ヘルガ・クーゼ 2000. 「ケアリングー看護婦・女性・倫理ー」竹内徹・村上弥生監訳, メディカ出版

スザンヌ・ゴードン 1998. 「ライフサポート」勝原裕美子・和泉成子訳, 日本看護協会出版会

カール・シュナイダー 1995 「アメリカ医事法における自己決定権ーその勝利と危機ー」樋口範雄訳, ジュリスト, No.1064

ジーン・ジェニイ 1979 「患者の代弁ーもう一つの看護の役割?ー」インターナショナル ナーシング レビュー、日本での紹介は同雑誌の日本版, 1995, 日本看護協会出版会

立岩真也 1998 「空虚な~強い~緩い・自己決定」自己決定権とは何か, 現代思想、26巻, 8号, 青土社

サラ・フライ 1998 「看護実践の倫理ー倫理的意思決定のためのガイドラインー」片田範子・山本あい子訳, 日本看護協会出版会

樋口範雄 1998 「患者の自己決定」自己決定権と法, 現代の法14, 岩波書店

R. フェイドン/T. ビーチャム 1994 「インフォームド・コンセント」酒井忠昭・秦 洋一訳, みすず書房

パトリア・ベナー/ジュディス・ルーベル 1999. 「現象学的人間論と看護」難波卓志訳, 医学書院

バージニア・ヘンダーソン 1972 「看護の基本となるもの 改訂版」湯楨ます・小玉香津子訳, 日本看護協会出版会

李啓充・武井麻子 1999 「患者の権利と医療者の役割ー患者のアドボカシーをめぐってー」看護管理 Vol. 9, No.8