

精神障害者の人権擁護としての看護婦の役割

—Peplauの看護論の視点から—

伊豆一郎* 福永ひとみ**

要旨

日本では精神障害者への人権侵害が未だ起こっている一方、新しい患者の権利擁護活動の動きがみられつつある。このような状況における精神科看護婦の役割をペプロウの理論の6つの看護婦の役割を使って説明を試みた。

- 1 「未知の人の役割」は患者を患者であるまえに、尊重されるべき一個の人間として尊重しつつ、人権を擁護する役割と考えている。
- 2 「代理人の役割」は過去の対人関係の再現という意味であるが、それに法的な代理人という意味を加えた。看護婦は看護目標の達成のために、より制限のない他の手段がないものかを検討する必要がある。
- 3 「リーダーシップの役割」は、チームの中で治療計画を立てるための、看護婦あるいは患者が行動の主導権をとることが具体的な役割になる。
- 4 「教育の役割」は、精神障害者が自らの権利を守る知識と力をつけることが目的となる。
- 5 「情報提供の役割」には、観察されたことを評価し、それを他職種、患者自身にフィードバックする役割が付け加えられる。
- 6 「カウンセリングの役割」はインフォームド・コンセントという過程の中で患者の不安、期待に対する精神療法的関わりの役割が付け加えられる。

キーワード：アドボカシー、患者の権利、インフォームド・コンセント、ペプロウ

1 はじめに

本稿において鍵概念となるアドボカシー、インフォームド・コンセントという言葉がよく知られるようになって久しい。また、筆者が本稿をおこすきっかけともなった2000年の民法一部改正に伴う新しい成年後見制度と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、精神障害者の社会復帰は前進しつつある。しかし、マン・パワーの問題、社会復帰施設の不十分さもあり、地域で障害と共に生きるにはさらなる福祉事業を推進する体制の整備が必要とされる。その中で入院治療を受けている患者の多くは、権利の擁護が不十分なまま、それがあたりまえとして生活している。

本稿では、アドボカシーを概説し、その現状と

日本における権利擁護の経緯、これらを踏まえた上で、インフォームド・コンセントを中心とした看護に期待される役割についてペプロウの看護論を用いて述べるものである。

2 アドボカシーとインフォームド・コンセント

Fryによれば、「アドボカシーadvocacyそのものは、弁護・支持・擁護・推薦、という意味であるが、医療においては患者への支援サポートを意味し、“アドボカシー”という言葉自体は、看護婦—患者関係の性質を表現するのによく使われる」という。Fryは患者—看護婦関係においては3つの解釈をしている。1つ目の解釈は「権利擁護モデル」であり、ヘルスケアシステムの中で、

看護婦は患者の権利を守る人とされ、患者の権利について患者に説明し、患者がこれらの権利について理解したことを確認し、患者の権利に侵害があった場合はそれを報告し、患者の権利の侵害を防ぐ。この解釈は看護婦を患者の人権や道徳的権利の仲裁役としてとらえている。第2の解釈は「価値による決定モデル」であり、患者が自分の価値観や生活スタイルにあわせ、ニーズや関心事について選択ができるよう、あるいは話せるように援助するというものである。それには患者に決定や価値を強要せずに患者の信念や価値に最も近い決定ができ、いろいろな選択肢が持つ利点や欠点を患者が検討できるような援助が含まれる。第3の解釈は「人として尊重するモデル」で、代理人として看護婦はまず患者の基本的な人権を考え、次に患者の人間としての尊厳、プライバシー、選択を守るために活動する。¹⁾

すでに組織的な実践が進んでいるアメリカのアドボカシーの現状からみた患者のアドボケート(権利の擁護者)としての役割は、一言でいうならば、適法性の評価である。その内容は (1)強制的入院の審査手続き (2)患者の隔離、拘束の適正化 (3)インフォームド・コンセント (4)院内での患者の日常的な権利の擁護と円滑した治療協同関係の4つである。その活動としては以下の項目が挙げられる。(1)直接的な支援、代理：精神障害者の権利を主張する。(2)モニタリング：アドボケートが病院などに立ち入り、病院関係者や患者に質問したり、帳票を調べて現況をモニターする。(3)トレーニング：精神障害者が自ら自己の権利を守る知識と力をつける。(4)レビュー：精神保健施策について論評し問題点を公表する。(5)関係団体の運動コーディネート：精神障害者、精神保健制度に対する社会的認識を高め、制度改正活動する。

アドボケートは、依頼者である患者に対して数ある選択肢を説明し、患者が十分な情報を得た上で意志決定できるよう援助する。^{2) 3) 4) 5)}

このようにアドボカシーの理念は、患者の側に立つということであり、その理念を精神医療に反映させるなら、精神障害者のノーマライゼーションと自己決定にあると思われる。そのために自己

決定権の尊重・プライバシー(自己に関する情報をコントロールする権利)は保護されなくてはならないし、人間的な処遇を確保する必要がある。

次にアドボカシーが精神障害者に必要とされる理由には、(1)患者の権利、自己決定権の重要性：慢性疾患患者の治療が持つ意味や価値は、その人の生活や人生の在り方と調和を保ちながら行われる必要がある。医学的合理性による決定は許されない。(2)医学が高度の専門性を持つため、実際には患者の自己決定権が保証されにくい。(3)強制的医療行為による自己決定権侵害の危険性。の3つを挙げることができる。そして(2)の要因としては、①インフォームド・コンセントの不十分さ。内容が高度専門的で理解できない。②医師の前で、聞きたいこと、言いたいことが言えない。③患者の判断力や理解力が、病気により低下していると考えられることが多い。というものである。⁶⁾

次にインフォームド・コンセントであるが、Appelbaumはインフォームド・コンセントとは、医師の患者に対する十分な説明と、それを患者が十分に理解した上での同意を意味し、インフォームド・コンセントの理念である人が行おうとしている医療上の決断は、患者と医者との間の緊密な協力によって行われるべきとしている。⁷⁾「医療上」を「看護上」に置き換えるならば、「看護上の決断は、患者と看護者との間の緊密な協力によって行われるべきである」となるであろう。Appelbaumらは、インフォームド・コンセントの実際における治療上の意志決定において医者と患者の関わりについて2つのモデルを提示している。1つは、意思決定をある時点で起こるイベントとして捉えるイベントモデルと、意思決定は患者と医師の絶え間ない要素としてみるプロセスモデルである。前者は医師が治療の説明をしたときに始まり、患者の意思決定で終わる。ここでは1回だけ患者の教育を促すが、医療者の情報が患者の価値観に反映し、包括することはない。すなわち、医師からの説明の後、患者はその選択の危険と利益を比較検討し、選択するだけであり、同意書がこのモデルのシンボルとなっている。これは医師優勢型の治療にとって、好ましい形であるゆ

えに、多くの医療現場で行われている。後者は、治療上の意思決定は絶え間ないプロセスであり、情報交換が医師—患者関係を通じて行われ、医師は単に患者に情報を知らせるだけではなく、情報の交換のプロセスを相互にモニターし、医師は患者が直面している選択、疑問、患者自身が医療に反映させたい価値に対して理解する役割を担う。このモデルでは、患者の意思決定は自分自身のものであり、医師のものでないという自覚をもたすものである。⁸⁾

筆者は、後者のモデルがインフォームド・コンセントの意義であり、望ましいものとする。しかし、意思決定の問題や対人関係において困難をもつ精神障害者の治療の現状では前者の医師優勢型の治療が多くを占めていると思われる。

最後に精神科におけるインフォームド・コンセントの現状であるが、高柳らの調査⁹⁾によれば、インフォームド・コンセントに関する日本の多くの精神科医の考え方、日常臨床での実務行為を次のように報告している。(1)患者に対して基本的なことは医師が説明すべきだが、患者側の理解能力もあり説明は他科より難しい。(2)説明には薬物の効果、副作用、病気の現状、見通しを含まねばならないが、現在は十分説明できていない。(3)説明には病状や理解能力、偏見などを考慮して一律的ではないように考慮し、時には説明の操作があってもやむをえない。(4)臨床では同意を得つつ治療を進めるが、治療法によっては同意を得ることは難しい。必要な治療は保護者の同意に基づいて行う。治療法は医師が主導権を持って進める。(5)精神分裂病の病名告知は、社会的偏見や本人の不安を考慮して慎重でなければならない。所属機関によって、医師の態度、行動がやや異なることもある。さらにインフォームド・コンセントの推進に向けて、取り組む課題として、(1)患者・家族に対するよりよい説明のあり方の工夫。(2)患者の同意能力(理解能力)についての精神科医の判断資料をどう得るか。(3)同意の得られない治療を行うときの代理同意のあり方。を指摘している。

3 患者の権利擁護の諸活動

精神障害者の人権侵害は未だに起っており、法改正や、新しい患者の権利擁護活動の動きがみられる。日本旧来の家族観が反映され、患者本人の意向よりも、家族が患者の処遇について判断する傾向があり、この傾向が現行法である精神保健福祉法に未だに反映している。一方、患者や障害者の自己決定権の保証を中心とした権利擁護制度を確立するためにさまざまな活動がある。

1) 「患者の権利宣言案」 (1984年)

患者の諸権利を定める法律要綱案(1991、1993年一部改正)では医療関係者、法律家、市民グループらが、協同し「患者の権利法をつくる」ための要綱案を作成したものである。その内容は、(1)医療における基本権。(2)国および地方自治体の義務。(3)医療機関および医療従事者の義務。(4)患者の権利各則を柱としている。(1)には医療における参加権、知る権利と学習権、最前の医療を受ける権利、平等な医療を受ける権利、医療における自己決定権。(3)には誠実に医療を提供する義務、患者の権利を擁護する義務、医療従事者としての研鑽義務が含まれる。(4)には自己決定権、説明および報告を受ける権利、インフォームド・コンセントの方式、手続き、医療機関を選択する権利と転医・入退院を強制されない権利、検証権、医療記録の閲覧複写請求権、証明書などの交付請求権、個人情報保護される権利、快適な施設環境と在宅医療および私生活を保障される権利、不当な拘束や虐待を受けない権利、試験研究や特殊な医療における権利(拒否権)などが盛り込まれている。

患者の権利宣言案の中心的課題は「知る権利」と「自己決定権」であり、これらは憲法上の根拠を有する権利である。そもそも生命・身体の主体はもとより患者自身であり、憲法13条に保障された個人の幸福追求権に照らして考えれば、どのような医療を受けるかについても患者一人一人が自己決定権を有すべきものであり、自己決定の前提となる情報も当然知る権利がある。しかし、この2つの項目こそ当時の医療界はもとより患者自身、つまり市民に対しても衝撃的なよびかけとなった。この2つの権利を実行するということは、

永く続いてきた「おしきせ」や「おまかせ」の医療をやめ医療の仕組みや医療における人間関係を患者中心に根本的に転換することを意味する。従って患者の権利宣言案でうたわれている項目は、いずれも現代社会における人権論に立脚すれば決して特別なものではないが、日本においてこの具体的内容を現実の医療の中に生かしていくということになれば多くの困難な課題が山積している。当時のマスコミの反応はニュアンスに差異はあるものの医師・患者関係の対等化を歓迎するものであったが、医療界からは医療の現場に権利義務関係を持ち込むべきではないとする反論とともに、あくまでも医療の主体は医師であるとする立場からの批判もなされた。日本医師会の担当者は、「患者が権利宣言をすることは医師の主体性をおろそかにすることだ、医療において医師の主体性や裁量権を強調することこそが重要である」と述べている。¹⁰⁾

筆者は患者の権利宣言案は患者と医療関係者の立場の違いを超えて大勢に受け入れられるかどうか予測がつかない。しかし、知る権利、カルテ閲覧においては議論を深める必要があり、また患者が十分な説明を受けるためには医師の姿勢だけでなく、医療保険制度の改善も必要となってくると思われる。

2) 「権利擁護センターすてっぷ」(東京都1991年発足)「大阪後見支援センター」(1997年発足)は、権利侵害への相談・財産の保全・管理などの経済生活の支援・財産管理のモデルや事業である。^{11) 12)}

3) ユーザー運動

世界精神医療ユーザー連盟日本ネットワークは1993年立ち上げられたものであり、ユーザー運動の目的はユーザー相互が情報交換できる場づくりや相互援助を行うセルフヘルプグループ活動を通し、互いに支え合いながらその権利を自らの手で守っていくという自立と復権にある。活動例として、サポート支援ネットワークがある。¹³⁾

4) 全国精神障害者団体連合会

全国精神障害者団体連合会は1993年発足され、その目的は精神障害者の置かれている実状を踏ま

えて、その生活と権利を守るために必要な要望を取り上げ、精神障害者の人間的な尊厳の回復と自立に向けての活動である。また、精神障害者が、人間らしい生存権・生活権・医療権・教育権・労働権・福祉権・社会的市民権などを確立するために活動を行う。活動例としては、ピアカウンセリング(仲間とおしが対等な立場で支え合う)がある。¹⁴⁾

5) 地域福祉権利擁護事業

地域福祉権利擁護事業は1999年10月開始され、都道府県の社会福祉協議会が実施主体。高齢者・障害者と契約を結び、生活支援などを行うことを目的としている。主な支援内容は、財産保全サービス、定期訪問と日常的な金銭管理サービス、福祉サービスなどについての情報提供や手続きの代行である。¹⁵⁾

6) 社団法人成年後見センター

社団法人成年後見センターは1999年末に開始されたリーガルサポートで、司法書士会が、依頼者の財産管理のサポートをする。ソーシャルワーカー、民生委員、ヘルパー、近所の人々など、近くの社会資源と連携して、依頼者ができないところだけをサポートする。民法の一部改正による新しい成年後見制度は、本人が意思決定能力がなくなったときに、誰か別の人が代理人となることを、公的に保証するための法律である。従来の禁治産、準禁治産制度に代わる新しい理念に基づく制度であり、任意後見制が新設された。その理念は財産管理よりも、身上保護、つまり生活をサポートする生活支援制度である。¹⁶⁾

4 さまざまな立場からの問題提起

このような経過の中で精神障害者の人権を守ること、アドボカシーが、本来の権利擁護機能を発揮することについてさまざまな立場から問題提起されている。それぞれの立場でアドボカシーについてどのように論じられているかを紹介する。

1986年発足された東京精神医療人権センターのコーディネーターである小林信子¹⁷⁾は、法の不備と日本の精神医療の構造的問題を指摘している。特に入院時「告知」の問題について、医師による

「入院時告知」を憶えていない人がほとんどであり、医師から提出された「紙（書面告知）」にサインしたことを憶えていても、その「紙」が何であったかを理解している人はほとんどいない。相当数の医師が「患者は言ってもわからないから」と自らの努力や工夫を早々に放棄しているように見受けられる。また、身体拘束時の説明の問題に関して現在の法律では、PA（Patient Advocacy）活動自体ができにくい。患者の権利と言っても、入・退院の不服申し立てをしても、精神医療審査会は実質的には機能しない（平成8年度は全国で5%弱の承認率）。看護婦は、時に治療目的と相反する要求をする患者の要求を受け入れられるのだろうか。PAはそれを聞き入れ、努めてそれを実現することにあると強調している。

当事者（自閉症の息子の父親）でもある新聞記者安藤明夫¹⁸⁾は、将来、病院の機能評価機構、施設オンブズマン、家族会、社会復帰施設などが「弱者の権利擁護」を旗手に手を結んでいくことを強調し、そうしたNPO（非営利組織）が独善に陥らないようにチェックしていくことも、マスメディアの仕事の一部となっていくであろうと述べている。

東京都立松沢病院D40病棟（新入院・保護病棟）看護士である釜英介¹⁹⁾は、入院処遇に対する説明と医師側の情報や他職種と看護者側の情報交換の重要性を述べている。特に保護室に入室する患者への入院処遇に対する説明においては以下の3点に力点を置いている。①患者の処遇に関すること（入院期間、入院理由、行動の制限など）。②患者の権利に関すること（適切な医療サービスを受ける権利・拒否する権利）。③看護者の役割に関すること（看護サービスの内容、受け持ち看護者の氏名・役割などである。ここでいう役割は単に日常生活の援助者という役割だけでなく、患者の人権を守る擁護者としての役割を担う）。釜の主張は強制入院で保護室に隔離を必要とされる患者であっても、早期のうちから患者が個人として尊重される権利や、最前の医療を受ける権利、情報を知る権利などを提供し、臨床の中で守り、擁護していかなければならないというものである。

当事者（保護室体験者）安田 愛²⁰⁾は実体験を踏まえ、次のように述べている。「厚いコンクリートの壁と鉄扉。呼んでも、全く届きそうもない部屋の中で看護者がいつ来るかもわからない。やっと人気を感じているのに、黙って行かれたのでは、とても恐ろしい。私達当事者というのは、“自分が、自分の病気を抜け出て、正常な感覚に戻った”ということを直感的にわかるのである。そして“もう大丈夫”と思う。ところが、看護者が、“もう大丈夫”と思うのは、もっと後になってからだ。正常な感覚に戻った当事者は、当然の権利として、自由を求める。看護者がもう一晩保護室へ入れようとする事情がわからないから、当然抵抗する。ある年輩の看護婦が“入れなきゃこっちの身が持たない”と言った。思わず、“なあんだ、それなら入ってやるよ”と思い抵抗を止めて、入れられた。当事者というのは、基本的に、病院職員に対して、信頼感を持っているものなのだ。率直に言ってくれば、納得できるのだ。その説得の不十分さが、拒否と暴れることを引き出すのだ。保護室の出入りの時こそ、一番大切な看護の仕事と思う」。

弁護士の鈴木²¹⁾は「看護婦（士）は患者に最も近い位置にいる。したがって、患者の状態や患者が何を求めているかを最もよく知りうる立場にいる」とし、「これまで医師の補助者や手足として、患者からすると日常的に医療側を代表する立場であった看護婦（士）がまったく正反対の立場で患者との関係をつくることが求められる側面があるということである」と述べている。

このようなさまざまな立場からの問題提起から、治療行為、看護行為におけるインフォームド・コンセントの不可欠性、そしてそれらが客観的評価に耐えうるものであることが重要と言える。

5 患者の権利の擁護者として看護に期待される役割

ここでは精神科における「インフォームド・コンセント」を中心に、主に医療者の考えを述べた上で、患者の権利の擁護者として、看護者の役割

を考察する。

精神科におけるインフォームド・コンセントとは、『『精神病患者の擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則』について』からの抜粋によれば、①威嚇や不適当な誘導がない。②患者が理解できる方法・言語で。③適当で理解できる以下の情報を適切に説明した後で。④自由に行われる同意をいう。さらにインフォームド・コンセントの実現には、情報のアクセスの保証、情報のアクセスに裏づけられた患者の選択権や自己決定権が保障されなくてはならないというものである。²²⁾

インフォームド・コンセントにおける患者側の主体的な権利として「知る権利」が重要である。外口は知る権利について以下の4つを挙げている。①自分の状態を治療者がどのように受けとめているのかを知る権利。②治療内容が自分にどのような影響をもたらすかを知る権利。③入退院の決定について知る権利。④処遇や医療の質について不服を申し立てる手段や手順について知る権利。そして看護の果たす役割として、外口は以下の役割を挙げている。①患者の権利が守られているかどうかを見届ける。②患者の権利を擁護する立場に立ってサポートする。③情報提供者として、患者にとって有効な情報を提供する。④患者が自分の意思で判断しやすいような状況をつくるために、周囲の人々との関係を調整する。²³⁾

また、病院に求められる情報の開示について岩瀬²⁴⁾は次の3つを指摘している。(1)患者が入院にあたって、どのような法的整合性をもって入院が決定されたのか。(2)入院・治療に対する不服に関して、どのような手続きが患者に保証されているのか。(3)治療における患者の権利を病院はどこまで認めているのか。①病名を知る権利。②治療方法とその作用、副作用を知ったうえで治療方法の選択。③患者の自己責任のうえでの治療を断る権利。④診療録の開示を求める権利。である。そして岩瀬は、行動制限の行われている病棟（閉鎖病棟）における留意点として、(1)入院に至った問題は、病棟内で観察されているか。(2)医師の診断を支持する行動が観察されているか。(3)治療に伴う副作用の早期発見に関する観察は、記載されてい

るか。特にジスキネジアが問題となりやすい。(4)行動制限が必要最小限にとどまるようなシステムがあるか。また、それは患者に対する懲罰や不利益になる処置でないことが証明されるか。(5)それぞれの施設のルール、診療・活動のスケジュールは患者に折に触れ、説明されているか。また看護婦が患者に説明したことを証明できるか。(6)病棟内で看護婦が患者の問題を特定し、それに対する援助を行っているか。①上記の援助を行う根拠を患者に説明しているか。②患者の了解のうえで援助が行われているか。③了解の得られない場合の看護婦の援助と、その援助の必要性の根拠は明確か。④全体として退院に向けての援助になっているか。(7)以上の点は第三者の目に触れた時に、批判に耐えられるものであろうか。以上7項目を挙げている。

筆者は特に(5)～(6)は看護婦が直接、単独で責任がもたされる項目であり、看護におけるインフォームド・コンセントの内容になると考える。

岡本²⁵⁾は、インフォームド・コンセントに関して、患者の側から見れば、その情報の内容及びその伝えられ方によっては、必ずしも安心感を得るものではなく、心理的な平衡を崩す情緒的な負荷となることを指摘し、インフォームド・コンセントという作業に伴う患者の不安、期待、あるいは精神的動揺に対する精神療法的関わりによってその治療的な意義が得られると述べている。

また、ハーディング²⁶⁾は以下の人権擁護における看護者の役割を具体的に次のように述べている。(1)人権侵害減少という具体的な目標を持って、能力と技術に焦点を当てた専門職トレーニングを向上させる（自傷他害の危険性の診断、行動制限や過剰投薬以外の患者コントロール技術）。(2)他職種治療チームを通して個人別治療計画を立てるための、行動の主導権をとる。(3)人権侵害の行動へ加担することを拒否する断固とした行動をとる。必要以上の患者への制限行為に対して、拒否する。(4)患者の法的権利を知らせることによって、個人の権利を強化する積極的な手続きをとる。病院管理者に働きかけたり、患者の代理人や人権団体との積極的な共同作業を行う。

以上、外口、高柳、岩瀬らの指摘、ハーディングの具体的な提示、そして、Fryの3つのモデル（権利擁護モデル、価値による決定モデル、人として尊重するモデル）をふまえた上で、Peplauの看護論の6つの看護婦の役割に新たな役割を付け加え、論じたいと思う。

まず、筆者がPeplauの理論を用いた理由を述べる。Peplauは看護の定義を「有意義な、治療的な対人関係のプロセス」²⁷⁾であるとし、インフォームド・コンセントの目的と一致すると考えたからである。また、対人関係における看護の役割を明確に打ち出し、その中の「情報提供者の役割」はインフォームド・コンセントの方法となりえる。またPeplauの理論自体は精神科の臨床から生まれ、患者が看護を受けた経験を通して、学習し得た成果を自分の問題解決能力の中に組み入れることができたことを、看護婦から援助を受けたとしている。この点において患者の主体性、自己決定を尊重してインフォームド・コンセントの理念と共通するものが伺えるからである。

次にPeplauの6つの看護婦の役割を簡単に紹介する。まず、偏見のないまま、あるがまま受け入れるという「未知の人の役割」、患者との協同的な関係を保ち、そこに積極的に参加することを通じて当面の課題を達成できるよう援助するという「リーダーシップ的役割」、知識の伝授・体験的な教育という2つの意味での「教育的役割」、過去の対人関係の再現でもある「代理人の役割」、患者に情報提供するという「情報提供者の役割」には「率直な事実を話す」場合と「カウンセリングを用いる」場合がある。最後に「カウンセラーの役割」としては、「患者自身に何がおこっているかを十分理解し、記憶でき、人生における他の体験との統合の援助をする」²⁸⁾役割がある。

「未知の人の役割」は前述したように、偏見のないまま、あるがまま受け入れるものであるが、段階が経るにつれて、確かに看護婦にとっては援助経過の中で理解を深め、未知の人でなくなると思われる。しかし、筆者は全段階において患者の訴えに対して傾聴し、患者であるまえに、尊重されるべき一個の人間として尊重しつつ、人権を

擁護する役割、つまり第1の解釈をも「未知の人の役割」と考えている。

よって、Fryのモデルの「人として尊重するモデル」の、患者の基本的な人権の尊重、患者の人間としての尊厳、プライバシー、選択を守るという役割と第2の「価値による決定モデル」の看護婦による患者がニーズ、関心、選択を話せるようにする援助は、この「未知の人の役割」に含まれることができると考えている。

次に、Peplauの「リーダーシップの役割」は、ハーディングの(3)の「他職種治療チームを通して個人別治療計画を立てるための、行動の主導権をとる」という具体的な役割になると思われる。これまで看護過程という問題解決の一連の過程は、対象が患者であっても、その過程に患者が参与することは少なかった。その過程において、患者を主体とする関係づくりがなされるか、システムを含めた新たな看護過程の展開が必要であり、そのような意味で「リーダーシップの役割」における、患者に重点を置いた関係づくりも看護の役割となるであろう。しかし、このような考えはすでにYuraが看護過程において具体的に指摘している。Yuraはナースの診断と活動計画が円滑に進行するためには、データを得るためではなく、観察したことを患者に確認し、そして明らかになった問題を患者がどのように認知しているかを知る必要性がある。²⁹⁾ また、ナースの意図と目標が患者にも共有され、確認され、同意・受容されなければならないと述べている。^{30) 31)}

また、インフォームド・コンセントに反映された記録様式も開発されている。碓井³²⁾はインフォームド・コンセントの形成過程が確実に進んでいるか、あるいはインフォームド・コンセントの形成のために何が不足し、何を必要としているのか検討するために、従来のプロセスレコードに「主題」「患者の主観的情報」「患者についての客観的情報」「患者の姿勢」「理解の程度」「納得の程度」の項目を追加した。まさに患者の意思決定のプロセスに焦点をあてた医療者の姿勢の反映であると思われる。

「教育の役割」は、SST（ソーシャル・スキ

ル・トレーニング)にみられるように対人関係スキルなどの社会復帰の治療プログラムに取り入れられているが、権利擁護の視点からは知識を伝えるだけではなく、体験を通しての教育を行うことによって、精神障害者が自ら自己の権利を守る知識と力をつけることが目的となるであろう。高度の行動制限に至る症状の悪化を防止するためのコーピングを獲得することもここに含まれる。また、看護者は治療・看護の方策においてその危険と利益を説明する一方、他の職種からなされた説明に対し、意味を解釈したり、補足説明することがその役割になるであろう。

Peplauは「代理人の役割」を過去の対人関係の再現という意味で用いているが、筆者はそれに法的な代理人、権利擁護者という意味でのアドボケートを加えたいと考えている。これはハーディングの(1)(3)の指摘にもあるが、現在の治療や看護、そして生活においてどのような人権侵害が起きているか、それは不可避なものであるか、行動制限の目的達成のためにより制限的でない他の手段がないものかについて、看護行為の方策として検討する必要がある。これは(3)の自傷他害の危険性の診断、行動制限や過剰投薬以外の患者コントロール技術の向上という形で精神科看護の独自の技術として向上が看護者に望まれよう。また、行動制限というのは、隔離という物理的なものではなく、岩瀬が述べるように、入院していること自体、規則、スケジュールそのものが、患者にとっては広義の行動制限となっているのである。たとえば、通信の自由自体も完全に保証されているとは筆者は言い難い。プライバシーが保証されて初めて安心して、通信が行われるのである。よって、電話の位置、そのためのお金、カードがどのように管理されているかによって、通信の保証は異なる。このように入院生活以前の生活と異なる環境にあること自体、広義の行動制限として、どのように生活を改善できるか、生活援助の看護者独自の「代理人」としての役割も必要とされるであろう。星野は治療者の許容性を「治療上、やむえないと安易に考えがちな制約・管理・拘束下においても可能な限り緩和するように計らう姿勢」³³⁾とし、制

約・管理・拘束を病棟システムの問題だけとせず、治療者の問題としている。

筆者は、個別的に患者のニードを吟味し、その制限に対して、「代理人」としての手続を果すことが看護者の役割と考える。また星野は「とにかく強制を伴いがちになる精神科医療においてこそ、やわらかい入院導入、やわらかい治療、やわらかい回復を心掛けることが常識として認めてよいことである」と述べている。

以上、述べたことは閉鎖病棟での入院治療を前提に考えたものである。しかし、症状の回復に伴い、開放病棟へ、より制限的でない環境へいかにすみやかに移行させるか、そこには迅速で適確な看護者によるアセスメントが要求されることになる。

次に「情報提供の役割」は、岩瀬の述べた問題行動の有無に関する証明に相当する。これは病棟の対人関係の中で起こってくるため、24時間接している看護者が観察することができる。よって、これらの観察されたことを評価し、それを他職種、患者自身にフィードバックするのが看護者の役割となるであろう。また、高柳らが指摘した課題として、(1)患者・家族に対するよりよい説明のあり方の工夫。であるが、これは看護者の「情報提供者」の役割において、現状の課題とする(1)の患者側の理解能力と説明のむずかしさ、(2)薬物の効果、副作用、病気の現状、見通しについての十分な説明。に対しても、看護者の綿密な継続的な観察と「情報提供者」の役割によって解決される可能性は十分にあると思われる。

しかし、岡本が述べたように、ただ情報を提供すればよいというのではなく、「インフォームド・コンセントという作業に伴う患者の不安、期待、あるいは精神的動揺に対する精神療法的関わり」にこそ精神科看護の役割であり、Peplauの「カウンセラーの役割」に含まれるのではないかと考える。さらに安藤³⁴⁾は「心理的に揺れ動く時にその気持ちを聞いてもらえる人がすぐ近くにいることが大事で、看護職は専門職として患者の生活上の援助者であるゆえに、医者よりも患者さんに近い存在であり、サポート者としては重要な立場にあ

る」と指摘し、また「カウンセリングというのは、自分でいろいろな話をしながら結局、自分で気づいていく。そういうプロセスを援助する」必要性を述べている。また、それ以前に病気の受容において、中井³⁵⁾は「否認、怒り、自責、取引、抑うつ」の過程を経る。否認、怒り、自責、取引は初診の診察室でみることができる。この過程を加速することはできないが、気持ちを汲むことはできる」と述べている。このような疾患の受容というプロセスにおいてもこの「カウンセラーの役割」が果たされるであろう。そして、このような疾患の受容を含めた患者の気持ちの変容を、Peplauの精神生物学的体験に含まれる、誰もが経験する普遍的な体験でもある4つの概念（「ニード」、「葛藤」、「フラストレーション」、「不安」）によって説明も可能であろう。

Peplauは「カウンセラーの役割」を「患者がいまの場面で彼自身に何がおこっているかを十分理解し、記憶でき、人生における他の体験との統合の援助をする」と定義づけているが、³⁶⁾ ここでいう「いまの場面」とは、インフォームド・コンセントの場面だけではなく、看護過程の全過程の場面において、「彼自身に何がおこっているかを十分理解し、記憶でき、人生における他の体験との統合」できるように援助することが看護婦の役割だと考える。また、行われた治療が懲罰や不利益になる処置でないことである証明は、その治療者がしばしば患者にとって外傷体験になることもあるゆえに「カウンセラーの役割」とするのが妥当かと思われる。

6 終わりに

前述した、鈴木が述べたように、患者の権利擁護の役割を果たすことは他の医療者との緊張関係、葛藤状況に置かれることになるとと思われる。しかし、これまで述べてきたPeplauの6つの役割を果たすことが、患者の権利の擁護に貢献につながるとと思われる。入院治療の中では、人権に配慮でき、患者に適したケアを提供し、そのケアの態様を検討し、更新させるのはやはり看護者自身であり、その役割は大きいと思われる。また、CNS（クリ

ニカルナーススペシャリスト）は病棟から独立した、第三者の位置づけにあるゆえにその役割を担う可能性もあると思われる。

稿を終わるにあたり、ご指導を賜りました山梨県立看護大学土屋八千代教授に深く感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) Sara. T. Fry : Ethics in Nursing Practice, A Guide to Ethical Decision Making, ICN, 1994 (看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド—片田範子・山本愛子訳 日本看護協会出版会, p39-41, 1998).
- 2) 松下正明 他編：臨床精神医学講座 22 アドボカシー制度, 中山書店, p293-305, 1997.
- 3) 近藤房恵：患者の権利を守ること—アメリカ精神医療の体験から—こころの看護学, 11 (1), 星和書店 p95-98, 1997.
- 4) 三原晴美：ボストンレポート—患者の権利について—, 精神看護, 2 (2) 医学書院, p62-65, 1999.
- 5) 池田毅和：欧米での精神障害者のアドボカシーの発展から学べること, 精神科看護, 25 (5), 日本精神看護技術協会, p8-12, 1998.
- 6) 外口玉子 他：系統看護学講座 精神看護学 I 第7章 患者の権利と社会参加, 医学書院, p207, 1997.
- 7) Paul. S. Appelbaum / Charles. W. Lidz / Alan Meisel: Informed Consent—Legal Theory and Clinical Practice—, Oxford University 1987 (インフォームド・コンセント—臨床の現場での法律と倫理—杉山弘行 訳, 文光堂, p169-176, 1994).
- 8) 前掲書, p14.
- 9) 高柳 功・江畑敬介・亀井啓輔・加藤伸勝・川瀬典夫・吉川肇子・白井泰子・高木俊介・丸山英二・八木剛平：精神科領域におけるインフォームド・コンセント現状と課題, 38 (9), 精神医学, p997-1005, 1996.
- 10) 患者の権利法をつくる会編：患者の権利法をつくる 明石書店, p45-54, 1992.
- 11) 木村明子：「障害者の権利擁護」の現在と精神病院, 精神看護, 1 (2), 医学書院, p82-83, 1999.
- 12) 毛受紀子：看護に期待される権利擁護のシステムこころの看護学, 2 (2), 星和書店, p211-214, 1998

- 13) 前掲書 6), p207.
- 14) 前掲書 6), p207.
- 15) 前掲書 6), p228.
- 16) 月崎時央: LIVE TALK 2000年の円卓会議 ケン
リ・ヨウゴの現在進行形, 精神看護, 3 (2), 医学書
院, p69-73, 2000.
- 17) 小林信子: 初めての院内患者権利擁護 (PA) 活動を
通して, 精神科看護, 25 (5), 日本精神科看護技術協会,
p13-17, 1998.
- 18) 安藤明夫: 当事者団体と報道の連携, 精神科看護,
25 (5), 日本精神科看護技術協会, p18-22, 1998.
- 19) 釜英介: 保護室病棟における患者の権利を擁護した
看護精神科看護, Vol. 25, No5, 日本精神科看護技術
協会, p23-27, 1998.
- 20) 安田愛: 保護室体験から考えた権利擁護 精神科看
護, 25 (5), 日本精神科看護技術協会, p34-36, 1998.
- 21) 鈴木 篤: 看護婦 (士) が患者の日常生活にかかわ
る時の法的な課題, 精神科看護, 第56号, 日本精神
科看護技術協会, p9-12, 1996.
- 22) 松下正明・高柳功 他: インフォームド・コンセン
ト・ガイドンスー精神科治療編—先端医学社, p157,
1999.
- 23) 前掲書 6), p209.
- 24) 岩瀬信夫: 精神科看護のなかでのインフォームド・
コンセントの役割と位置づけ, 精神科看護, 56号,
日本精神看護技術協会, p2-7, 1996.
- 25) 岡本直: 精神療法におけるインフォームド・コンセ
ント 現代のエスプリーインフォームド・コンセント
—中島一憲編, 至文堂, p132, 1995.
- 26) テモシー・ハーディング: 精神病者の人権擁護と看
護者の役割, 精神看護, 2 (2), 医学書院, p30-37,
1999.
- 27) H. Peplau: Interpersonal Relations in Nursing, G. P.
Putnam' s Sons New York 1951 (人間関係の看護
論; 稲田八重子・小林富美栄・武山満知子・都留伸
子・外間邦江訳, 医学書院, p5, 1973).
- 28) 前掲書23), p44-67.
- 29) H. Yura/M. Walsh: The Nursing Process 4th
edition Appletion-Century-Crofts, 1983 (岩井郁子・
伊奈光子 木下幸代・黒江ゆり子訳 看護過程—ナ
ーシング・プロセス—第2版, 医学書院, p193, 1986).
- 30) 前掲書25), p204.
- 31) 前掲書25), p259.
- 32) 碓井てるみ 他: インフォームド・コンセントのプロ
セスレコードの構造化, 第18回, 医療情報学連合大
会講演集, p322-323, 1998.
- 33) 星野弘: 分裂病を耕す, p10, 星和書店, 1996.
- 34) 安藤広子・隈本博幸・加藤良夫・山口博弥: 座談会
自己決定—日本の現状と課題—Nursing Today 13
(13), 日本看護協会出版会, p8-14, 1998.
- 35) 中井久夫: 医療における合意と強制, 中井久夫著作
集第5巻, 病者と社会, 岩崎学術出版社, p225-239,
1991.
- 36) 前掲書23) p67.

The role of nursing to second the right of the mentally disturbed person

The consideration from the viewpoint of nursing theory of Peplau

IZU Ichiro FUKUNAGA Hitomi

ABSTRACT

In Japan, an encroachment on a person's rights to the mentally disturbed person is still caused where as the change of the activity of the support of the right of the patient is being seen. As the role of mind department nursing job about such situation, I added a new role to Peplau's six nursing roles.

- 1 The role to respect as one human being before being a patient and to second the human rights of the patient are contained in the role of the stranger.
- 2 The surrogate role means reappearance of inter-personal relationship in the past, however it inflicted a meaning, the legal agent, on it.
- 3 I add the meaning that the nurse or the patient takes the initiative of the act to the leadership role, when they making a cure plan.
- 4 As for the teaching role, to put the knowledge and the power that the mentally disturbed person keeps his own rights that becomes a purpose.
- 5 It evaluates to have been observed and the role to feed it back into the other team and patient himself is added to the role of resource person.
- 6 Anxiety for the patient, to be concerned having to deal with psychotherapy with the expectations are added in the process of the informed consent to the counseling role.

Keywords: advocacy, patient' rights, informed-consent, Peplau