

患者の自律実現と看護

柴田 恵子*

要 旨

21世紀の医療は、患者が主体となる医療で、インフォームド・コンセントという言葉で代表される患者の自律が必要になるだろう。そのため、医療環境、患者を支える方法を体制として作り上げれば、患者の自律も実現するであろう。そこで、「患者の自律の必要性」、「援助関係における自己と他者の関係性」の二つの視点から、患者の自律は以下のことで可能になると思われる。①患者が疾患に対して自己コントロールが可能になる。②患者は自己決定を行いやすくなるので、「その人らしく」いられる。③患者は疾患や人（家族、医療スタッフ）から自由になれる。

また、看護者は患者の自律を高めるために以下のことを援助することが大切となろう。①看護者は援助関係を重視する、②看護者は患者を「一人称もしくは三人称ではなく二人称の患者」とみなす。③看護者の開かれた自己によって患者を看護する。

結論として、患者と看護者がそれぞれ関係性を作り上げていき続けることで、「個」を尊重するようになれると考えられるのである。

キーワード：患者の自律， インフォームド・コンセント， 自己と他者，
患者-看護者関係， 個の尊重

はじめに

21世紀の医療は患者の主体性の尊重、ケアからケア重視の視点、個別性への対応がこれまで以上に必要とされ、医療者の援助のあり方も問われるだろう。特に、医療の中心に患者の視点があるかどうかは重要である。それは、医療におけるインフォームド・コンセントの実施であり、「患者の意思」の反映だと思われる。永年、医療のあり方は「患者の自律性の尊重よりも医学的な利益の提供」を重視する“善行モデル”に基づくものであった。医の倫理においては、医学倫理法典の金言の「まず害をあたえるな (primum non nocere)」, ヒポクラテスの「助けよ、さもなくば少なくとも危害をあたえるな」があり、また、善行

の原則—(1)人は悪事や危害を加えてはならない。(2)人は悪事や危害を予防しなければならない。(3)人は悪事や危害を取り除かねばならない。(4)人は善を行ない、これを助長しなければならない。—といったものが関係する。20世紀になると「医学的な利益の提供よりも患者の自律性の尊重」を重視する“自律モデル”に変わってきた。“善行モデル”においては、医療に従事する者は「患者のため」を思い、患者の利益が何であるかを考慮しそれに沿うような医療を心がける。それは医学的にも正しいと思われる選択であっただろうし、患者もそれを受け入れ、「おまかせ」をしていた。だが、時代の変遷と共に人権意識が高まり、社会傾向も相まって、患者の権

* 九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科

利確立が求められるようになった。また、20世紀の医療の発展と高度化によって疾患の種類が多様かつ複雑になり、高齢化で健康の段階の幅も広がった。医療が生活の中へ、生活が医療の中へとそれぞれの領域は曖昧となり、人々の健康観、健康に対する価値観も一様ではない。要するに、医療に対する意識の変化、医療の質の重視、個別性の尊重といった「医療における人間性重視」の観点が大きくなってきているのである。患者が主体となる医療は、患者の自律が必要とされ、自己決定が行えるようなあり方なので、その実現のためには医療環境の整備、患者を支えられるような援助が必要になるであろう。また、援助に関わる医療者自身の自律も問題となる。そのため、患者にとって身近な存在の看護者も、自身の自律を高められるような看護を実施していかなければならないだろう。そこで、「患者の自律の必要性」「援助関係における自己と他者の関係性」という二つの視点を手掛かりに、患者の自律を支える看護のあり方について論考を試みることにした。

1. 患者の自律の必要性

1. インフォームド・コンセントと看護

インフォームド・コンセントの実施は、患者の自己決定を必要とするため、自律を要請するといえよう。そのため、「おまかせ医療」、人権意識の希薄さ、医療者との良好な関係性を望むといった日本の医療においては、文化との関係で馴染まないものだと指摘される。だが、医療は身体への介入で、危険が伴う行為なのでインフォームド・コンセントは重要である。また、説明をした上で同意を得ていれば効果的な活動—患者の納得を得ていれば協力を得られやすい、不安が減少する—にもつながる。そもそも、「誰か」が「誰かの援助」を行うには、まず「説明」を行い、「同

意」を得た上でないと成り立たない。ゆえに、インフォームド・コンセントは、自律を要請するものではなく、そもそもの個人の自律がその人なりに発揮できるようにでなければならぬと思われる。

一般的に「自律」とは、「ロールズらの主流派正義論の四つの想定」において①自律を中心的価値とする個人主義的想定、②平等な者同士が取り結ぶ人間関係という想定、③関係を自由に選べるという想定、④情動の望ましい形態を陶冶するのではなく、それを理性的にコントロールするという合理主義・主知主義的想定、というものである。²⁾ インフォームド・コンセントは、同様のあり方を医療において実施していくことになる。だが、それは、ギリガン (Carol Gilligan, 1964—) がその著書である『もうひとつの声』で明らかにしたような「世話の倫理」、「女性原理」に基づくとされるあり方—自己は他者との“相互依存性”やネットワークングの中に位置づけられる—とは対向する。³⁾ 「世話の倫理」は看護と重複し、日本の医療界のあり方も類似する。そのため、自律度が低く、個人としての存在が困難で自己決定ができないと見られ、「自律」が要請され、インフォームド・コンセントが取り付けられることになる。しかし、以上のことを日本におけるインフォームド・コンセントを実施する上での前提だと捉えれば、必要な対応も自ずと明らかになると思われる。そこで、自己決定の構造を考察し、どのような看護のあり方が必要なのかを明らかにしてみたい。

2. 自律とパターンリズムからみた自己決定の構造

自己決定の構造を考えるにあたり、患者の自律の度合いは最重要であるとしながらも、医療環境、疾患による患者の心身の変化とい

う様々な状況を考慮するならば、患者のみに決定を任せてしまうことの問題を指摘できるだろう。その一方で、患者を取り巻く周囲の人々—特に、医師、看護師を始めとした医療従事者—が傷病者であることからパターンナリストイックな関わり方をすれば、患者の意思が尊重されない場合もでてくると思われる。ここで、パターンナリズムについての記述を二つ挙げておきたい。中村直美は「ある者(S)が他者に対して何らかの侵害を惹起する場合でなくても、S自身のためになるという理由から、個人または団体—国家をも含めて—がSに対して何らかの介入行為を行うことができるか。できるとすれば、いかなる条件の下でか」とパターンナリズムの概念を定式化している。⁴⁾ また、岡本祐三は医療現場における配慮性に関して、「その配慮や助言のしかたについて、従来の上下関係の強い『家父長的権威』に依拠するやり方(Paternalism=パターンナリズム)—『心配しなさんな、すべて私に任せなさい』から、より水平的で共感的な『兄弟的援助主義』(Fraternalism=フラターナリズム)—『困ったことだ、いっしょに考えよう!』への発想の転換が要求されている」と述べている。⁵⁾ 医療における患者の自己決定においては、自律の能力とパターンナリズムという双方の関係を考慮する必要がある、そのための基本的な考え方は、以下の二点である。第一に、自律を可能にしている要因は二つで「自律の能力」、「自律のための条件」である。これらは、互いに影響し合い「自律」の度合いを決定する。それぞれの要因の内容は、自律の能力には個人の状況・状態—病態・病状の程度、症状の有無及びその影響—、自律のための条件には患者を取り巻く状況・状態—人的・物的な要素、生活及び社会環境—を考え、その中でも自己決定を患者・看護師間のあり方から明らかにしたかったので

看護師の関わり方に焦点をあてた。

第二に、自己決定そのものは当事者である個人(患者)が決定した事柄を引き受け、「決定した」という事実を自らの生き方として認め納得できるために必要である。その一方で、他者(患者家族、医療者)が決定に至るまでの経緯を支え、結果を認めることで患者の尊重につながると考えた。その上で、「患者の自律の能力」を縦軸にし、「看護師のパターンナリズム」を横軸にして、AからEエリアという5つの自己決定のタイプが分類される(図1参照)。

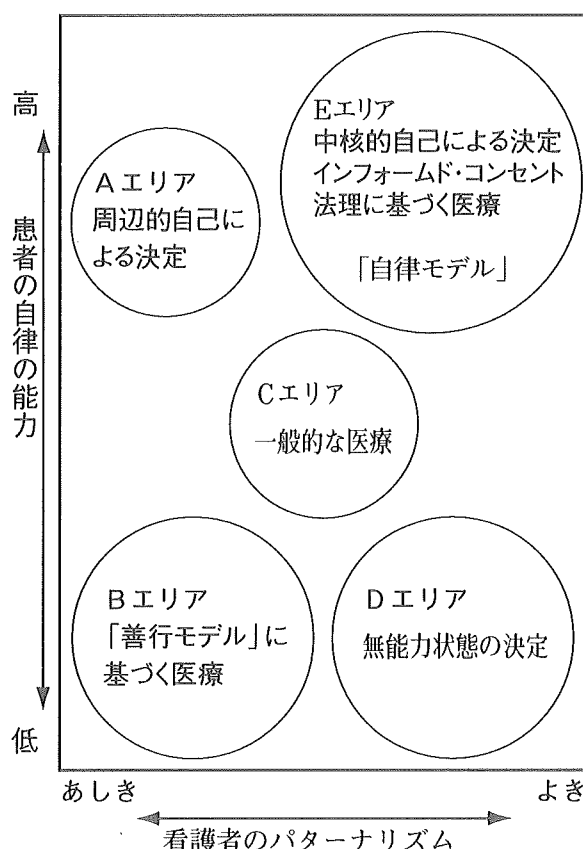


図1 自律とパターンナリズムからみた自己決定の構造

Aエリアは、患者の周縁的自己、つまり中核的自己が外的な要因による支配、統制されているレベルでの決定。例えば、自暴自棄的になっていたり、情報提供が不足している場合。

Bエリアは、これまでの医療にみられたような患者と看護師の関係で、看護師は患者の

ためを思い、患者もおまかせをする場合。

Cエリアは、治療を行うことが患者の利益になる場合は患者と看護者の目的が一致する。疾患が軽度であったり予後に心配のない場合は、患者と看護者双方の良い関係の上での自己決定となる。

Dエリアは、患者が無能力状態では意思決定自体が困難となる。例えば、酩酊状態、精神的な障害がみられる状態や精神疾患、精神遅滞、未成年者における決定への困難さがある場合。この図においては看護者のよきパターンリズムとしているが、必ずしも看護者に限らず代理人や後見人の場合もあり、主として家族である場合が多い。

Eエリアは、患者の自律の度合も高く、看護者の「よきパターンリズム」によって支えられ、最も患者らしい自己決定が行われる場合。インフォームド・コンセントはこのような状況を目指す患者と看護者の関係である。

インフォームド・コンセントの実施は、患者が説明を理解し納得した上で価値観に基づき自己決定を行うので個人の意思が医療に反映される。このような場合、画一化した援助では十分な対応ができないので、看護者は援助内容の創意工夫をすることになるので医療の質は高まる。そして、看護者は患者が意思を明確化していくという過程を支えていかなければならず、そこでまたインフォームド・コンセントは繰り返される。このような一連の過程はこれまでよりも多くの時間を必要とし、非能率的な側面ももつ。患者にとっても否定や逃避したくなるような事実を直視し、自らの生き方を見つめ直すには時間や周囲の支えを必要とする。だが、患者の「自律」が何物にも代え難く、周囲のんびとがその患者の意思を尊重することの重要性を考慮すれば、医療での実施の不可欠さも明らかだと考えられるのである。

3. 患者の自律の意義

ここでは自律の意義を患者の状況と重ね合わせながら考えてみたい。

まず、第一に、慢性疾患患者やがんを告知された患者は疾患と共に生きることになる。患者は最も早く症状という身体の変化を察知でき、悪化しないように自己コントロールを行える当事者である。また、疾患の有無にかかわらず、人が健康を維持していくためには毎日の生活が影響するため、この点からも自己コントロールは重要である。このように、個人が自己の健康状態や疾患を理解し、その変化を知り調整しながら生活するには「自律」が必要となる。第二に、疾患は人生を左右する問題である。疾患は決して望ましいものではなく、多くの場合受け入れがたい。だが、自然に治癒しない限り悪化していきやすいので、疾患を拒否し続けることは不適応状態ともいえる。患者が疾患という事実を受け止め、本来の自己を客観視できれば、潜在的な自己の能力を最大限に発揮することも可能となる。何らかの疾患があったとしても個人が最も「その人らしく」過せるならば、葛藤や不安感も少なく悔いのない生き方にもつながるであろう。さらに、そのような自己に対する肯定観は、意思の明確化につながり決定を容易にするため、このような点からも「自律」は不可欠だと思われる。第三に、健康は個人の「自己実現」を助ける必要条件ともいえる。疾患の様々な症状、その影響で「自立」が低下すれば自己の意思を行動に移す自由を狭められる。そのため、患者は自由に自らの意思に基づく個人としての存在、要するに「自律した個人」にはなりにくい。だが、健康であれば「自律した個人」だということでもない。ここで指摘したいのは、疾患は患者の「自律」に影響を与えるが、患者の「自律」

は自由に自らの意思に基づく選択、決定を可能にするので、最も良き判断者になれるということである。そして、それは家族、医療者など周囲から最も良い判断だと承認されることで尊重につながる。患者にとって「自律」は、本来の自己ともいえる「中核的自己」を取り戻したり、保持し続けたりすることになり、疾患に左右されない自己だといえる。それは、個人の価値観に基づく決定が行える状態だと考えられ、「自律」は疾患や他者からの「自由」を意味するのである。そのため、援助は、患者の自律の意義を踏まえた上で行なわれ、そのような援助関係が可能となる患者・看護者間の関係性を明らかにしていく必要性が高いと思われる。

II. 関係性における看護

1. 「患者と看護者」, 「自己と他者」それぞれの錯綜する関係

患者と看護者の関係が良いと援助も発展し、患者は適切な援助を提供されることになり看護者も援助を行いやすい。だが、看護者が良い関係を援助遂行の目的とするのは間違っており、必要なのは患者の自立支援、自己決定を可能とするような関係である。ここでは、患者と看護者の相互の関係性を、自己・他者の関係性の視点から考察を行う。

受動的立場にある患者の主体性—治療について説明を求める、自己決定を行う、歩けるようになるため訓練に励む、といったあらゆるレベルでの疾患や自己に対する取り組み・意欲—、能動的立場にありながら患者の主体性を支える看護者は、それぞれの自己と他者、能動性と受動性が錯綜するような関係である。

看護者（＝自己：I・私）の対象である患者は自己以外の存在（＝他者：YOU・あなた）で、看護者は実施者という主体者ではあるが、実施内容の「看護」は対象者の思い・欲求・ニーズに対応したものでなければならない。池川清子は「看護における〈手〉や〈まなざし〉は、看護婦から差し出したり、投げかけるばかりでなく、受け手である病人と相互に出したり引いたりしている手であり、見ると同時に見られる視線であるからである」と表現している。⁶⁾ 看護者は身体によって看護技術を提供するという能動的な活動をしなが、看護の受け手である患者の反応を確認し取り入れながら調整を行うこととなる。このような一連の相互の過程により「看護」は成立する。要するに、看護者の一方的な思い込み、情報不足、認識の誤りによる看護は、患者の思い・欲求・ニーズとは異なるので満足感のない不要な看護になる。ゆえに、

自己（能動的）⇔患者：看護を必要とする存在 ⇒ 受動的立場（他者）



他者（受動的）⇔看護者：看護の実施者 ⇒ 能動的立場（自己）

患者の把握は、看護者が意識的に自己の人称を変化させ必要な看護を判断しようとする、と考えられる。死について「一人称の死(=私の死)」「二人称の死(=あなたの死)」「三人称の死(=その死)」という考え方があ
る。平山正実は、「一人称としての死と二人称としての死あるいは三人称としての死とでは、各々その性質が全く異なっている」としており、「死を三人称、すなわち「それ」として扱うとき、死はたんなる“もの”にすぎない。この場合、死は客観的に分析すべき対象となる」「二人称としての死とは、かかわりの中で死について学ぼうとする分野である」「死を一人称としてあつかう立場がある。ここでは自分の死が問題になる。つまり、自分自身の死に対する考え方が問われてくる」と述べている。⁷⁾このような捉え方は、死に対する距離感の違いからそれぞれの性質を明らかにしやすいと思われる。そのため、これを準拠し、看護者が患者をどのような人称で捉えたか、およびその距離感の違いによる看護の相違点と必要性を述べてみたい。

2. 看護者の人称変化と看護

1) 一人称の場合

看護者が看護の対象となる患者を「一人称の患者」(I・私)として考える場合、「私は患者である」となる。これは、患者Aの状態を自らのこれまでの経験(患者の経験、病気をしたときの経験)を想起し重ね合わせて、「患者Aの状態になった自己」を思い描くものである。私(看護者)が描く患者Aとの距離感は密接で、両者を重ね合わせて考えている。これは、他者を理解しようとする場合に最も容易に行える仮定だが、いくら仮定しても自己の範囲内なので独りよがり、自己満足になりやすい。このような傾向が強ければ善行モデル(患者の自律性の尊重よりも医学的

な利益の提供)、あしきパターンリズム(正当化されない、個人の自律の実現・補完を妨げる)に基づく看護になると考えられる。

2) 二人称の場合

看護者が「二人称の患者」(YOU・あなた)で考えるのは「あなたは患者である」という場合で、患者Aに関する様々な情報に基づき、どのような人かイメージを描きつつ看護を判断しようとするものである。看護者が描く患者Aとの距離間は近く、身近な存在で「自己の中に存在する患者A」だが、一致点と不一致点、一般性と個別性という視点を併せ持つ。それは、一般的な「人」としてのあり様、共感的な理解、患者を尊重し関心を持って理解したいという要望である。要するに、自己以外の存在である他者の理解がいかに困難であるかを認識した上での理解で、他者に対する批判や評価を加味せず、その時、その状況にある人として考える。そのためには、看護を行いながら患者との「対話」を繰り返す、反応を観察し確認を行い、その結果、自己の中に患者の視点を新たに取り入れていき「二人称の患者」で捉えた患者と患者自身との距離を縮めていく。表現は異なるが池川清子も「ギャップ(不一致)に気づく」ことの重要性を指摘している。「まず看護婦は相手とよく知り合わなければならないし、そのためには、自分が持っている相手に対する既存の枠組と現実の相手との間に横たわるギャップ(不一致)に気づくことから始めなければならないのである」と指摘している。⁸⁾患者・看護者間に良好な関係が保たれている場合には、自律モデル(医学的な利益の提供よりも患者の自律を尊重)、よきパターンリズム(正当化される、個人の自律を実現・補完する)に基づく看護になると考えられる。

3) 三人称の場合

最後に、看護者が「三人称の患者」(He・彼は, She・彼女は)で患者を考えるのは「彼・彼女は患者である」という場合で、誰という対象がはっきりせず一般的・基本的な看護を導こうとするものである。私(看護者)が描く患者Aとの距離感は遠く、その関係は希薄かもしくは無関係に近い。これは、患者を特定することが困難な場合、差し障りがある場合には有効だが、個別性が明確になりにくく差し迫った問題として捉えにくい。しかし、現実的・具体的な事柄を客観的に捉え、抽象化することも可能になる。多くの場合、患者は、看護者がそれまでに会ったこともない見知らぬ人で、疾患もしくは健康に変調をきたしたために出会った人である。看護は患者を目の前にした時から始まり、医療は患者を受け入れるために存在する。⁹⁾また、看護者が自己の人称を変化させることで患者についてイメージをし、患者の認識に近づこうとするのは、患者が他者という自己以外の存在で、それぞれが固有の価値観・考えをもつ「個」としての存在だからである。それでは、次に患者・看護者の関係性について述べてみよう。

3. 患者・看護者の相互の関係性

患者と看護者のそれぞれの変化は互いに影響し合うものである。水野治太郎は、「まことケアは、自己と他者の相互の関わりがダイナミックに変化してゆく過程を意味するのであるから、最初の動機が自分の感情に置かれても、それを相手との関わりの中で修正してゆく柔らかさが必要である。そうすれば、相互の関係性は発展していくのだといえる。そうだとすれば、ケアするということは、他者によって自己を変革する過程であるとも考えられる」と述べている。¹⁰⁾関係性とは一方通

行のものではなく相互の関係により成り立ち、双方の相手に対する思い、それぞれの責任が交差し行き交う。だが、医療と社会では異なる点があり、患者と医療者は必ずしも対等ではなく上下関係、おまかせの関係であったりする。日本においては「相互独立的自己」観よりも「相互協調的自己」観が強く、「ウチの」「オタクの」という表現がなされるような集団認識のあり方であればなおさらのこと関係性が重視されるのだと思われる。¹¹⁾そのため、看護者は「二人称の患者」という意識を持った看護技術の実施を望まれる。看護者は自己の身体を使い技術を提供し、一方、患者は自己の身体を任せなければならない。患者と看護者は、皮膚と皮膚の触れ合いを通して「何か」を感じ取る。それゆえ、患者は、看護者の見方、話し方、触れ方どれ一つとっても気になり、あらゆる場面から患者なりに推測し、判断しようとするだろう。看護者が患者に与える影響は決して無視できないので、配慮がなく、無神経な看護が積み重なれば拒否といった結果として表される。それとは逆に、看護者の変化が、患者を変化させることも考えられよう。それは、看護者のよきパターンリズムに基づく看護によって、患者が能動的になったり、最も自分らしい自己でいられたり、疾患を一時的にでも忘れられ精神的な自由を感じられた時だと思われる。看護者が患者を受け入れ、その存在を認識するには、他者へ開かれた自己、他者との交流が可能な自己でなければならず関係性の発展もあり得ない。これについて永尾孝雄は「人間の自己実現は世界へのかかわりと、他人との共同生存のなかで行われうる」と述べており、看護における自己実現は患者との関係の中で行われるべきもので、看護そのものを目的とした自己実現のあり方は誤ったものとなる。¹²⁾看護者がまず患者に自己を示せば患者も安

心して身を任せられ、それが信頼関係の始まりになると思われる。患者が「パトス的」であることを考えれば、看護者は無力さを感じつつも傍に付き添い共に過ごす、その看護者の存在によって安らぎや温かさを感じられるといった「何かをする」という行為自体の中に、そして行為よりもむしろ看護者の「自己そのもの」による看護も必要であり、それこそ「人」でなければできないことだと思われる。¹³⁾ 患者・看護者は相互の関係性によって双方とも支えられ、自己と他者の存在を肯定し尊重し合えるようになると考えられる。

おわりに

自律、自己決定、自己実現という場合の「自己」は、他者と競い合ったり、切り離されたりした「個」が自らのためにその利益・欲求を追求し続けるというイメージを抱き易いだろう。だが、自己は他者との関係を切り離せず、自らの目的を達成することのみに目を向けるならば誤った自己のあり方へとつながる。看護が生きることや他者の成長・自己実現に関わる営みであるならば、看護者のあり方およびその看護によって他者の自律を支え、日々の活動で自身の自己実現をめざすものだと思われる。“任務という「オールド」ナースィングモデル”から“患者個人に即したケアを促そうとする「ニュー」ナースィングモデルへの移行”といわれるように、¹⁴⁾ 「看護は転換期にある」ということを看護者自身が再度、重要視しなければならないのである。

引用文献

- 1) Ruth R. Faden, Tom L. Beauchamp, A History and Theory of Informed Consent, Oxford U.P., p.126, 1986. 酒井忠昭・秦洋一共訳, インフォームド・コンセント 患者の選択, みすず書房, 10頁, 1995年.
- 2) 川本隆史, 現代倫理学の冒険—社会理論のネットワークングへ—, 創文社, 73頁 (1995年)
- 3) キャロル・ギリガン (岩男寿美子監訳, 生田久美子・並木美智子共訳), もうひとつの声 男女の道德観のちがいと女性のアイデンティティ, 川島書店 (1986年)
- 4) 中村直美, J・S・ミル『自由論』におけるパターンリズムの位置(一), 熊本法学第39号, 6頁 (1984年)
- 5) 岡本祐三, インフォームド・コンセント(上), からだの科学, 157号, 11頁, 日本評論社 (1991年)
- 6) 池川清子, 看護 生きられる世界の実践知, ゆみる出版, 98頁 (1991年)
- 7) 平山正実, 死生学とはなにか, 日本評論社, 17頁 (1994年)
- 8) 池川・前掲注6), 95頁.
- 9) これは, Hospitalの同系語である「hospitable」が[1もてなしのよい, 客扱いのよい 2 快く受け入る], 「hospitality」が[1手厚くもてなすこと, 歓待]という日本語訳からも言えるであろう.
- 10) 水野治太郎, ケアの人間学 成熟社会がひらく地平, ゆみる出版, 21頁 (1997年)
- 11) 柴田恵子, 看護におけるインフォームド・コンセント, Quality Nursing, 4(2), 文光堂, 148頁 (1998年)
- 12) 永尾孝雄, 基礎法学概論, 法律文化社, 15頁 (2000年)
- 13) 中村雄二郎は「患者が人間のパトス (受動, 受苦, 痛み, 病い) という性質をもっともよく体现している」と述べている. 中村雄二郎, 臨床の知とは何か, 岩波書店, 167頁 (2000年)
- 14) ジャン・リード, イアン・グラウンド (原信田実訳), 考える看護 ナースのための哲学入門, 医学書院, 244頁 (2001年)

参考文献

- 1) 中村雄二郎, 哲学の現在－生きることを考えること－, 岩波新書 (2000年)
- 2) 鷺田清一, 「聴く」ことの手－臨床哲学試論, TBSブリタニカ (1999年)
- 3) 湯浅泰雄, 身体論 東洋的心身論と現代, 講談社学術文庫 (2000年)
- 4) 池川清子, 看護実践の哲学－体験の構造化をめぐる－, クリニカルスタディ, 2(11), 102頁～106頁 (1981年)
- 5) 池川清子, 看護実践の哲学－本来の自己に生きることをめぐる－, クリニカルスタディ, 2(12), 104頁～107頁 (1981年)

Towards Materialization of Patient's Autonomy with Regard to Nursing

Keiko Shibata

Abstract

Medical treatment in the 21st century makes patients the objects of its control, rather patients being subjects participating in their own treatments. Informed Consent stands for the patients' autonomy during their medical treatment. If we construct a system, a medical treatment environment and a means for supporting patients, then patient autonomy may be materialised. To this end, nursing was examined from two perspectives: the 'Need for Patient Autonomy and, the subject - object relationship in supportive care. As a result, patient autonomy was found achievable through the following: By giving some responsibility and motivation to patients to manage their own diseases. Prioritising patient's judgments regarding their disease management. By this means, patients' anxieties will be reduced concerning pain and other disease symptoms. Nurses can support patients to raise their autonomy through the following: 1) Nurses hold patients in high esteem, in a supportive relationship; 2) Nurses discuss treatments with patients, on a more equal footing; and 3) Nurse applying an open-ended self patients. Thus, patients and nurses can have a deeper relationship with each other, from which will grow respect for the individual.

Key words : patient's autonomy, informed consent, subject and object,
patient nurse relationship respect of individual