

翻 訳

ヌンツイアータ・コモレット＝アントニオ・G・スパニョーロ
「新看護師職業倫理規程：倫理的・職業倫理的解釈」

秋 葉 悦 子 訳

ヌンツィアータ・コモレット* =アントニオ・G・スパニョーロ** 「新看護師職業倫理規程：倫理的・職業倫理的解釈」

秋葉悦子 訳

キーワード：職業倫理規程，看護専門職，良心条項

2009年1月，IPASVI（イタリア看護師，保母，保健師会）中央委員会および全国評議会は，新看護師職業倫理規程^{〔1〕}を承認した。それは，看護職の専門家と，倫理学，医事法および司法分野の専門家との間の長期にわたる有益な共同作業の成果である。

新規程に対して生じるであろう疑問は，まず第一に，前回の1999年の改訂^{*1}から10年で，この新たな改訂がもたらされた理由に関わる。第二に，この新規程の重要な新しさは何かが問われうる：全く新しい専門職のアイデンティティであろうか？ 今日まで看護職の行為を鼓舞してきたのとは全く異なる原則や価値への呼びかけであろうか？ おそらくそのようなラディカルなものではないであろう；しかしそれは疑いなく，重要な新しさである。

本稿の目的は，従来の規程の伝統との継続性の要素，またよりいっそう精確な仕方看護職の倫理的・職業倫理的側面と看護の固有の責任の輪郭を描くのに役立つ新たな要素にも光を当てつつ，2009年の規程の倫理的・職業倫理的解釈を提示することである^{*2}。

なぜ新しい看護師職業倫理規程か？

専門職の職業倫理規程は，専門職のメンバーが守るべき行動規範の集成であり，専門職の品格と，またそれを通して市民が専門職自体に寄せる信頼を守る

ことを目的とする^{*3}。そこには実に、不正な専門職の行動は、悪いふるまいをした職業人に対する信頼だけでなく、専門職全体に対する信頼をもむしばむ恐れがある、という自覚がある。この状況が、とりわけ保健専門職にとって、どれほど現実のものであるかをよく考えてみよう。保健専門職は、今やますます頻繁に、市民の不信 —それは医事法の面にもすっかり普及した問題〔患者の自己決定権の絶対化〕の波及効果によって、時々明らかな敵意に変わるが、状況によっては必ずしも正当化されない— と決着をつけなければならない。

保健専門職の職業倫理は、3種類の規範を包含する^{*4}。1. 道徳規範。伝統的医学倫理の対象であり、今日は生命倫理の内部で考慮されている。医学倫理は生命倫理の構築に当たって、その基盤を準備した；2. 諸規程（Codici）と、保健専門職の口承のおよび記述された伝統全体に集成された、いわゆる固有の職業倫理規範；3. 各国に固有の法律規範。さらに我々は各職業倫理規範の内部に、2種類の規範を識別することができる：a. 専門職自体の固有のアイデンティティを反映するような仕方で明確にされた、専門職に「固有の」価値；b. 専門職が行使される脈絡から生じた社会的・文化的価値。それは専門職の諸価値と相互に作用しつつ、具体的なふるまいを決定する。

〔a.〕一方では、したがって、次のような看護専門職は実際に観念しえないであろう。すなわち、市民の生命と健康の促進の目標を追求しない看護専門職、あるいはそれが十分可能なときに、援助される者の自律の回復のために活動しない、自己の活動の基礎にケアする態度を置かない、他の利益を上回る患者の善を認めない、あるいはまた、より弱い者に対して固有の特別な責任を促進しない看護専門職；すべてこれらの価値は、場合によっては専門職の実務に付加的な価値を与える単なる偶然的な側面を構成するのではない。そうではなくて、それは看護職の本質そのもの、その固有のアイデンティティを構成する限りで専門職に「固有の」価値である。それらは換言すれば、それによって我々が固有の看護職をそのようなものとして定義しうる根拠である。それらの価値は専門職自体にとって生来的なものであり、そのアイデンティティを構築

するものであるから、それ自体で存続する（さもなければ専門職のアイデンティティの変更を意味するだろう）。しかし時の経過とともに、それらについての理解を深めることができる。こうして、時を経るにつれて次々と出現してきた様々な規程のうちに、著しく多様な特定の価値も見出されることになる。これについては、医師の倫理・職業倫理の伝統内部での、患者との「誠実なコミュニケーション」の原則から導かれた、患者の自律の促進の表明の道程を考えれば十分である。

[b.] 他方で、専門職は、その内部で時の経過とともに、我々が「文脈上の」と定義する、新たな価値の重要性が際立たせられるダイナミックな歴史的、社会的脈絡において、多かれ少なかれ営まれる。看護職によって獲得された科学的知見と技術力、保健サービスの供給の新たな様相、社会領域におけるますます重大な責任等々は、看護職について新たな介入領域を構築し、次にはそれが新たな専門職の価値についての注意を喚起した：協働作業の次元、過誤の伝達、良心条項への訴え、臨床倫理の専門的助言へのアクセス等。専門職の脈絡におけるそのような価値の重要性は、もちろん医学技術の進歩、あるいは社会の構造、文化の方向性、およびサービス組織の変化と結びついた新たな状況の出現によって変化しうる。しかしそれが専門職固有の使命を侵食することはない。2009年の規程は固有の独特の尺度において、新しさの主要な要素のまさに基礎にある、そのような変化に立ち向かう。

2009年の看護師職業倫理規程の新たな側面

2009年の規程によって導入された変革は、形式面にも実質面にも関わる。形式面では直ちに、条文の単一の連続番号付けに注目される。それは、以前の規程で採用された文節の下位番号付け〔たとえばart.1.1, art. 1.2, のような〕と比べて、規程内部で個々の条文を記憶し、発見するのを容易にする；諸々の条文のより総括的な系統的記述は、さらに、明快さの獲得に資する。それと隣

接して、より関連のある一般的な用語に注目することもまた重要である。それは、それ自体、形式的な価値を有するのみならず、職業倫理規範の内容をより正確に定めるのに寄与する。一例は、1999年の規程の2条4項（art.2.4）を新規規程4条（art.4）と比較することで観察できるように、「性」（ *Sesso* ）に代わる「ジェンダー」（ *genere* ）の語の導入である^{*5}。今日、多くの研究や考察の対象である「ジェンダー」の語は、概して、両性間の生物学的相違を、単なる文化と選択の問題に帰する目的でそれを除去する試みのような、用語の観念的使用と結びついた歪みの発生に力を貸す。しかしそれはまた、人間学のおよび文化的側面の下で、人間間の「最初の」相違、すなわち男女の相違を特徴づける価値、感受性、方向づけ、行動を完全に引き受けることをも指示しうる。生物学的相違は、したがって、もはや単に生物学的相違のみにとどまらない：生物学的意味における人格は、つねに文化的な人格^{*6}である。ジェンダーという用語が新規規程で使用されているのは、この意味においてである。

看護専門職の倫理

2009年の規程によって導入された新たな実質面のうち、我々はまず何よりも、専門職のふるまいの倫理的次元に置かれた最大の強調を特に記さなければならない。倫理の本質の考察は、看護専門職に内在する一つの側面を構成する。なぜなら看護専門職の目的は、健康のみならず患者の全存在、および彼に固有の価値、すなわち尊厳にふさわしいふるまいを通して、つねに援助される人格の善を促進することだからである。看護行為の根本的な基準点は、言い換えれば、人格である限りの患者である^{*7}。

「個人」（ *individuo* ）に代わる「人格」（ *persona* ）という語の選択^{*8}は、それゆえ、新規規程が看護行為の倫理的次元の上に置こうとした具体的な注意をよく反映する。「人格」という語は、実際、その自然本性（ *natura* ）においてのみならず、その尊厳と独自性においても考慮される人間（ *essere umano* ）を

指す。どの人も人間であるという事実それ自体のゆえに、つねに「品格ある (degno)」存在である：これが、人格という語と、新規程が採用しようとするパースペクティブの第一の意義である。それはおそらく、人間の人格の尊厳を機能的・生物学的、あるいは社会的な特定の性質に従属させるに至ったいくつかの方向性への返答でもある。しかし新規程は、どの個人もつねに尊厳を有するがゆえに、つねに人格でもあることを想起させる：そして看護師は自己の専門職の行為を、つねに人格の尊厳に適合させなければならない。「人格」の語は、援助を受ける人格の無条件の尊厳だけでなく、その絶対的な独自性をも呼び戻す。それは各人格を絶対に繰り返せない存在、すなわち唯一のものとする。まさに人格のそのような唯一性と反復不可能性こそが、臨床上の援助の選択を時折複雑で、いずれにせよ決して明瞭でない、あるいはまた、より機械的でないものにする。臨床上の援助の選択の善さは、実際、直接人格において評価される。それはその本性上、こうした豊かさやニュアンスの生じうる機能的・生物学的な、心理学的な、そしてとりわけ霊的・精神的な (spirituale) 射程を付与されている。他と等しい人格は存在しない、またそれゆえ、患者との計画はつねに新しい、決して反復的なものでない計画であること、すなわち、「私はもう見ました」、「もう理解しました」の上に身を委ねることは決してできないと断言しうるほど、多種多様なニュアンスを生じうる射程を付与されている。困難の受容（そして責任の受容）は、あらゆる人格の尊厳、どれほど重篤な病人や障害者であってもその人格の尊厳の自覚の前で、さらに増す。それは誰にでも生ずる最初の反応ではなく、我々に最善のケアを提供するよう要求する尊厳である。

2009年の規程は、看護専門職行為の倫理的次元を最大限明白にする選択を行った。それは保健専門職の現実の「危機」の克服と、現代医学の緊急の「人間化」の要請に対する返答の機会としても理解される。保健専門職が今日体験している、今や明らかな危機は、本質的に関係と信頼の危機である。現代生物医学によって提供される技術的可能性へのいっそうの「注目」は、その帰結と

して、ケアの關係に引き入れられる人間の側面に対する注目の漸次的減少を決定的なものにした。しかしこのような仕方では、同時に、病者の人格が最も必要と感ずる多くのことさえもがなおざりにされた。患者は今日ますます頻繁に、自分は援助者が注意を向ける優先的な「場」ではないと感じている。援助者の関心はまず第一に他の場所：手続き、コスト、科学研究等々に向けられているように見える。個人のふるまいのみならず、保健サービスの組織自体が、時々、病者の現実の必要に答えるのにあまりふさわしくないように見える。こうして病者への援助は、いよいよ増大するケアの「非人間化」へとますます滑り落ちるように見える。それゆえ近年、保健専門職は緊急の任務として、患者をサービス組織とケア關係の「中心」に連れ戻す任務に気づいたのである。患者を「中心」に連れ戻すことは、人格への包括的なまなざしを取り戻し、組織的な援助を選択する領域において、患者の利益につねに優位を置くことを保障することにほかならない^{*9}。

看護師の援助の特殊性：「ケアする (prendersi cura)」倫理

新規程においてはさらに、倫理的に重要な「人格」概念をいっそう特定するような「援助される者 (assistito)」という語のより広義の使用が見られる；人格の尊厳と独自性を尊重する道徳的義務のほかに、「援助される者」という語は、根本的な相互依存、すなわちすべての人間を結びつけ、また相互の窮迫状態が相互の負担となるよう導く相互依存を明るみに出す。看護専門職は、それゆえ、その人間学および倫理学的核心として、もっぱらそのような連帶の關係を承認する：それは遭遇した人格、まさに「援助される」人格になる者への無条件の開放を当然に伴う。

人間間の相互依存を認めることは、「ケア倫理」(あるいは「ケアする」倫理)の名の下で普及している倫理的アプローチの基礎を構築する^{*10}。倫理的視点において、実際、ケアは、個人によって表明されたニーズに対する道徳的

「義務」、すなわち、そのより根本的な基礎を人間の尊厳についての認識のうちに、しかしまた、より積極的な責任のうちにも有するような義務として現れる。それゆえ、我々の自由な選択がその内部に組み込まれる関係の存在から生ずる責任は、その本質を表すが、しかしまたケアのダイナミックな態度をも表す：どの関係の出発点も、実に、自己と他者の対面における道徳的責任によって構成される；そして同様の活動は、この責任に応ずる程度によって、意義と価値を帯びる。「ケアする」倫理から生ずる人間的価値は、まず第一に約束、連帯、道徳感情の価値、すなわち、現代の解釈では副次的な役割に見えるすべての価値であり、また、関係の倫理と比較して行動倫理により以上の基礎を置く、保健専門職の倫理である^{*11}。

「ケアする」倫理は、人間への包括的な視点を要求する。それは身体的、精神的、社会的、精神的・霊的健康を、すべての次元間の平衡（*equilibrio* [バランス])の表れとして認識する。しかし、たとえば身体的次元が傷つくときは、人格は他の資源によって欠陥を補い、複雑な平衡を修復する可能性を持つ。おそらく健康は、人格がこの様々な次元を統合して生きるときにのみ獲得する調和を必然的に伴いつつ、単なる平衡より以上に達する。人格の統合的一体性における不一致は、たとえばその人格の計画（*progettualità*）が、人格が有する身体的資源によって支持されないときに生ずる；しかし看護師はいつでも関係的で教育的な性質の介入を通して、先に調和を失った統合的一体性を再構成することを可能にしつつ、援助される人格がその精神的、身体的能力と両立しうる方向に従って、自己の計画を再び方向づける手助けをなしうる^{*12}。調和と統合的一体性を保持するに当たって、人格固有のダイナミズムに従って、ある種の優位が霊的次元について認められる：身体的な力の不足は霊的な力によって補われうるが、反対が生ずることは困難であることを我々はよく知っている。現代医学は反対に、すべての病気の有機的次元に中心を据え、あまりにしばしば健康はそれ自体において、主体の単独の経験、意義、計画、そしてその期待と結びついた強い実存的含意を持つことを忘れている。病気はそれゆえ、まず第

一に身体的および医学的レベルで同定されることができ、同定されなければならないが、その全次元における、またその全経験における、具体的な人格の完全に全体的な包括性への言及を欠くことのできない、ある状態である。

また健康と病気の受容は、特に今日では強い文化的含意を有する：人格の価値を肯定するために重い負担となっている実行の夢物語、すなわち、生産性の論理について考えれば十分である。この生産性の論理に、自律の実現の条件として、他者との競争の必要性が付加される。この脈絡において、病者や障害を持つ者は、すでにゲームを失っている；そして最終的な敗北は、病者を苦しめている存在を感じようとしない、健常者の側からの孤立によって完成する。さらに、そのような社会的・文化的脈絡において、看護師を拘束するケアの関係の独自性は、単に正義の上にもみ基礎づけられた関係より以上に達する関係である。正義の上に基礎づけられた関係は、基本的人権の尊重を保障するために不可欠ではあるが、単なる権利は、人がより深いアイデンティティにおいて自らの真意を明らかにする、すなわち人が単に権利だけでなく必要をも有することを露呈する、人格のより深いレベルに達しない。援助される者の心に赴き、生命のより根本的な必要を完全にはかなえるのは、憐れみ深い関係 — それもただ、責任のうちに引き受けられる憐れみのみ — である。しかし我々の年長者の多くと、意に反して最も痛ましい孤独に追いやられる者たちが、残念ながらそれ〔単に正義の上にもみ基礎づけられた関係〕を経験する。

それゆえ、人間関係が連帯の価値から本質的な仕方で導かれる援助活動の領域においては、その価値に関しても、彼らをケアする我々の義務に関しても、健康状態が生命を分け隔てするための理由でないことを学び取ることができる。どの人の生命も充満の実現へと招かれており、それは病気や苦しみの状態と矛盾しない：苦しみは個人にとって通常の経験であり、人間存在の一部だと認めうるのに十分である。しかしそれは、同時に神秘にとどまる。我々はその深遠な現実において、完全にそれを把握することに成功しないことに気づいているからである。むしろそれは時々人間の理性に対する真の挑戦になる。看

看護師が証明するものは、このとき社会全体の前で決定的なものになる：「ケアすること」は、人間に対するアプローチの根本的な選択と、約束、連帯、道徳的感覚の諸価値を通して促進すべき道徳的態度になる。

他方では、直接または間接の、口頭またはそれ以外のケアの関係を通して看護師が伝達するすべては、援助される者の安寧（benessere）に直接的な影響を及ぼしうる。看護師は患者を動機づけ、支え、促し、資源を強化するに至るまでの可能性を持つか、あるいは反対に患者の力を弱め、または損ないうる。看護師と病者の関係において、患者とそのニーズについてのより緊密な知識をもたらすのは、強い感情移入である；看護師はそれによって論理と行為の合理性を度外視することなく、一人一人の患者によりふさわしい援助活動の、関係の、またコミュニケーションの様式を識別することを可能にする創造性を養う；同時に、援助される人は、病気と向き合うために必要な態度を引き起こされる^{*13}。

病気が患者にもたらしうる社会的・心理的苦痛への注目は、最近、普段より病者に近い人格、とりわけその家族がこの側面下で患者の安寧を促進するに当たって果たしうる役割を強調する^{*14}。看護師の「ケアすること」の重要な側面は、それゆえ、（ただ「個人」のみではなく）「家族を中心に据えた」医療を促進するという側面である。それはまず第一に、病気の子供への援助の要求に関して適用される概念であるが、医療の全領域において有効である。この意味において、規程は、（看護職の倫理の伝統との完全な一致において）次のように定める：「看護師は、援助される者によって表明された指示を尊重しつつ、コミュニティと彼にとって重要な人々を看護計画に引き入れることによって、両者の関係を支える」（第21条）。

家族は、患者のための人的「資源」の基本的な場である：すなわち、患者が病気の困難な行程に直面したとき、不可避の感情的・心理的・実存的サポートを見出すのは、実際、特に自分自身の家族との関係において、また関係を通してである。家族が病者にもたらしうるケアと情愛の恵みは、時々、まさに医学

的なケアの恵みを超える！ このことはもちろん、病気の進行した者や死に瀕した者において、特に苦痛が実存的な含意を帯びるところでは、つねに真である：病者に必要なのは、生命の終わりに病気を体験する状況のように、弱さと極度の依存の状態においても、これらの瞬間において、彼の苦痛の意義と存在価値の承認を見出すことである。この行程において、誰も彼の家族以上の助けにはなりえない。家族とともに、また家族を通して、固有の計画を実現し、存在の意味を構築し、固有の生を愛することができる。死への同伴は、おそらく、生の贈り物に続いて、我々が人間に贈りうる最大の贈り物である：尊厳を伴う死は、実に苦痛と症状のコントロールのみならず、一尊厳をもって死ぬ強さと勇気を自己の魂の深みに見出すのは、結局のところ、死にゆく人格自身であることを自覚しつつ、少なくともそのような重要な関係を生き続ける可能性をも要求する（各々の病気の状態によって可能な仕方においてではあるが）。

患者の個人的な実存的現実においてのみならず、固有のそして絶対の一つしかないすべての動的な関係によって特徴づけられる家族のメンバーである限りの患者を考慮しようとするとき、また患者が構築する自己の病気の意味に照らして、ケアの役割の実現がますます複雑なものになることは当然である。そのような力学（dinamica）の存在は、次には病者の家族を「ケア」される必要のある者にする^{*15}。このような見通しは、看護師は第一に病者との関係のレベルでケアを実現するのではあるが、看護師を看護の特殊な介入に向けつつ、患者の家族をもケアするよう要請する事態をもたらす^{*16}。患者との関係、それゆえ、また家族との関係は、看護ケアがつねに「ために」と「ともに」あるようなケア：すなわち、患者のためと同時に患者とともに、家族のためと同時に家族とともにあるようなケアが実現される場を構成する。

道徳的良心の役割

新規程によって、特に力強く表明された倫理原則のうち、提供される援助の

質を保障する際、看護師の人格的・道徳的良心によって繰り広げられる、誤魔化しえない役割への呼びかけが現れる。2009年の規程は、看護師の道徳的良心の尊重に注意を拡大している。法律にはっきり規定されたいくつかの特殊な状況 ― 伝統的に了解済みの、「良心の反対」のために生ずるような ― についてのみならず、専門職活動の各瞬間ごとに看護師が良心の葛藤を感じないようにあらゆる状況についても、新規程第8条に導入された良心条項の価値を認めることによって、この目的は実現される^{*17}。

人格的な道徳的良心の要請は、昔からつねに看護専門職における中心的局面であった^{*18}。我々は、愛他主義と献身的な自己犠牲の態度が、患者の尊厳と権利の尊重のうちに援助される者の健康の促進、病気の予防、そして苦痛の緩和を考慮する看護職の支配的な部分であることを知っている。そのような責務は昔から、看護師が患者に提供されるケアの質に関して、自ら高い倫理の標準を「強く要求する」事態を生じてきた。ケアの倫理的標準を決定する際の重要な役割は、まさに道徳的良心によって展開される。専門職の行為を鼓舞する諸価値はそこに存在し、また、そのような諸価値は良心の判断の処理を通して、時々患者のよりよい利益を実現しうる具体的な活動に翻訳される。このような理由から、看護師は、良心を専門職的行動のための重要な源泉だと考える。また道徳的良心による行動を、極めて真摯に引き受けたい責務だと考える。たとえば最近の研究^{*19}は、道徳的良心が「牽引力」として働くことを示している：それはすなわち、たとえそれが自己の要望を第二位に置くことを要求するにせよ、看護師が患者の利益のために自己の義務に専念することを可能にする；つねに良心によって、看護師は最大の困難や義務の状況、そして特に倫理的ジレンマが出現する状況 ― 患者に致命的な診断または予後を伝えることから、病気の進行した段階にある患者に治療を繰り返し勧める、等々まで ― に立ち向かう勇気を引き出す；その上それは、つねに可能な援助のよりよい水準を備えるよう、看護師を強いる。時間の制約のゆえに、患者や家族や同僚との不適切な関係のゆえに、ケアの水準が適切でない状況の特徴づけることを、またそれ

ゆえ、不十分な質か、専門職の水準と価値に反する結果に終わるような行為を制限することを可能にする。道徳的良心は、結局、病者の弱さと病者が表明するニーズに最大の注意を払うことを看護師に可能にする限りにおいて、鋭敏性の源泉である。

近年、道徳的苦悩^{*20}の現象、すなわち、看護師が固有の道徳的および専門的良心の「圧迫」を経験する状況の出現が明らかにされている。このことはたとえば、看護師が何がなすべき正しいことかを知っているが、それを実現することが不可能な状態に陥るとき、あるいは正しくない、または適当でないと考えるようなことまでをもなさなければならないときに起こる。他方、看護師が今日援助活動を実現する脈絡からは、看護師の活動がより複雑な医学的・看護活動に部分的に貢献し、しかし当該活動への参加を求められた者は当該活動が患者のよりよい利益を形成しないという意見を持つ、といった事態がますます頻繁に生ずる。そして、とりわけ看護師がさらされる道徳的苦悩は、継続的な、熱心な、患者への近さを招来する専門職の独特の役割に由来する：実際に、組織的なレベルでも個人的なレベルでも、患者が体験する援助不足の証人は看護師であり、また、倫理面での援助の失敗の結果、道徳的苦悩を体験する第一の志願者も看護師である。その上、看護師はしばしばそれを実行することによって、他者によってなされた臨床判断とともに体験し、道徳的および専門的良心を強制されるように感ずる。しかしそうであっても、専門職の協働の脈絡の内部ですら、個人的な道徳的良心の放棄を要求することはできない：実際、看護師の直接的、個人的責任は、援助される者に対しては決して不足しない。

すでに2002年のカナダの専門職倫理規程は、看護師の道徳的苦悩の状態について以下のように定義した。「看護師が自己の道徳的義務と引き受けた責務を完成に導くことのできない状況、また彼がなすべき正しいことと考えることの追求に失敗するか、あるいは判断ミスや不十分な個人的決定やコントロールから脱落する他の状況の存在によって、倫理の実践に関して自己の期待に達す

ることに成功しない状況」^{*21}。カナダの規程は、それゆえ、いかに良心の苦悩が人格外部の要素によって生じうるか（我々はこのケースを道徳的良心の「圧迫」と言う）、あるいは、内部の要素によって生じうるか（我々はこのケースを、道徳的良心の「不確かさ」と言う）を強調する：第一の仮説〔道徳的良心の「圧迫」〕においては、たとえば、一定のヒエラルキーを前提とする協力関係、あるいは、看護師を自己の良心の判断とは別に、あるいはそれに反してさえふるまう状況に置く、保健技能の割り当てにおける組織の限界が問題だろう：第二の仮説〔道徳的良心の「不確かさ」〕においては、良心の完全な確かさと自由のうちふるまうことを看護師に可能にする、倫理的判断を成し遂げる個人の能力不足の受容が問題となりうるだろう。

とは言え、まさに道徳的苦悩の現象において、ある援助態勢、特にいっそう倫理的ジレンマに満ちた援助態勢（集中治療室、新生児治療等）^{*22}から看護師を遠ざける主要な原因を示す、ますます多くの研究が見られる。さらに、比較的若年の看護師、特に新卒の看護師においては、念願する標準からすると自己の専門職性を実現しえないという見通しの下で道徳的苦悩が経験されているように見える。どのケースにおいても、道徳的「圧迫」の持続的な状態は、看護師が自己の人格的価値と一致してふるまうことを放棄し、もっぱら恐れ、日和見主義、自己防衛によって導かれる限りにおいて、道徳的良心の重大な損傷と、人格的統合性の重大なダメージの原因となりうる。固有の専門職の脈絡において看護師が体験する道徳的経験、またいかにその経験が、彼らから患者に提供される援助の質に関する看護師の安寧にとって重い負担となりうるかという問題領域について、おそらくこれまで十分な注意は払われて来なかった。表面に浮上した道徳的苦悩の現象に比べて、新しい職業倫理規程は良心「条項」を導入した。看護師はこれによって、自己の道徳的良心と重大な葛藤状況にある臨床上の援助から免れる権利を認められたのである。

臨床倫理の専門的助言 (consulenza)

道徳的に不確かなケースにおいて^{*23}、さらに新規程は、臨床倫理の専門的助言を求める重要性を喚起する。実際に第16条は、「看護師は生命倫理の考察の深化に貢献する目的においても、日常の活動において遭遇する倫理的ジレンマの分析を活発に行い、進んで倫理的専門的助言を求める」と規定する。

諸々の状況は、危険域の決定に関して、看護師をより頻繁に倫理的ジレンマに直面させる。出現するジレンマは、しばしば現代医学が用いる新たな手段や看護師の援助活動の新たな様相へと再び導きうる。それらは新たな役割を創造したが、新たな責任をも創造した。諸々の決定は、通常、生命維持措置の適用または制限に関して、それによって期待される利益を考慮しつつ、その適切さに関しても、それが患者に課する重い負担に関しても、倫理的にいかん疑義があるかを表明する。それゆえ、集中治療において主要な、看護師においていっそう頻繁に生ずる懸念は、とりわけ干渉の過剰（執拗な治療）である。多くの研究^{*24}は危険域の決定において（多くの臨床状況においても同様に）、看護師の参加がなお制限されていることを示している。しかしそれに反して看護師自身は、ケアに関する決定によりいっそう関与することを切望している。その上これらの研究においては、特に危険域において収容された患者の場合、看護師はしばしば、いわゆる「生の終わりの決定」に不満足を表明している。フェランドらの研究（注25参照）は、生命維持措置の不開始または中断の決定に続く（医師と看護師の）治療の受け入れ状況を明らかにする目的で、フランスの集中治療133例について実施されたが、集中治療の中断の決定を満足と思ったのは、医師73%に対して看護師33%のみであった。とりわけ看護師の75%が生命維持措置を開始しない決定を共有しないことを表明した。さらにインタビューを受けたスタッフの90%が、決定はケアチーム内で共有する仕方ではなされなければならないと考えていたのに対し、実際に決定のプロセスに参加したのは、医師50%に対して看護師27%のみであった。米国で実施された別の

研究は^{*25}、危険域の看護師759人中75%が、要求される倫理の標準に関して、諸々のケースの扱い方と患者に提供されたケアの水準を満足とは思わなかったことを示した；さらにインタビューを受けた者の50%は、死にゆく者をケアするに当たって、実際の行為は自らの道徳的確信と矛盾していることを表明した。またこの研究によると、医師も看護師も一般に、ケアチーム内での協力が不可欠の要素であると思っはいるものの、看護師の約75%が、臨床上の援助活動の決定に関しては、異専門職間での協力は適当ではないとした。

それゆえ、高度に複雑な臨床と倫理の状況において、ケアチームのメンバー間で救助活動の方向づけを共有することは容易ではありえない；このような決定の難しさを克服するに当たっては、時々、患者や家族の同意でさえ十分ではない。他方では、決定のプロセスの領域において、看護師は重要でおそらく決定的な、モザイクの嵌め石のような地位を占める。一方で患者との最大の近さと、他方で医療チームとの直接的な協力が、患者の援助について展開しうる様々な決定の行程の中で、看護師を根本的な連結の契機にするからである。新しい看護師職業倫理規程は、それゆえ、倫理的不確実性の状況と向き合うための道具として、通常的手段 — 臨床倫理の要請および専門職の協力 — が万十分でないことが示されたときには、臨床倫理の専門的助言に訴える手立てを準備したのである。

このように複雑でダイナミックな臨床医学の内部で、倫理の専門的助言は、様々な仕方で決定過程に貢献する：まず、単に直感的な、即興的な倫理的選択をしないために必要な感情のコントロールを促進すること、そして当該患者にとっての最善を明確に決定することができるよう、問題のすべての側面を把握すること；次に、倫理の専門的助言は、どの倫理原則が問題か、またそれらのうちどれか危うくされているものがあるか、あるいはそれらの間で衝突する利益や原則があるかを同定することを可能にする；最後に、倫理の専門的助言は、完全に理性に基づく仕方で、理性によりふさわしいと思われる選択を検討し、正当化することによって、可能な様々な代替案の価値評価を提供すること

ができる。さらにまた、患者に提供すべき援助を積極的に検討することは、しばしば臨床上の決定を複雑にする側面を明らかにし、それによって、両者にとって受け入れ可能な援助活動の水準に達することを可能にしつつ、ケアチームを患者とその家族に接近させることに貢献しうる。倫理の専門的助言はまた、倫理問題の原因を特定し、倫理規範や規則にかなったふるまいや実践を促進することによって、保健政策の発展、援助の質の改良、資源の適切な使用のための機関の努力を強化することにも貢献しうる。最後に、倫理的助言はケアの援助活動の領域を特徴づけるばかりでなく、看護師や学生に対して倫理的議論の能力を獲得するための具体的な機会を提供し、現在と将来の道德問題を扱うことによって、様々な主体を援助しつつ、専門職の養成にも重要な貢献を果たす。

「脆弱な」援助される者についての看護師の倫理的責務

新規程によって提示された、倫理の見通しにおいて強調された新しさの中で特記されるのは、「脆弱 (fragile)」の概念の導入である。実際に第7条は次のことを認める：「看護師は、特に障害、ハンディキャップ、脆弱が認められるところでは、可能な最大の自律に到達するよう援助される者を支援しつつ、資源が投じられるその者の善に向けてその活動を方向づける」。このような脆弱の例は、今日ではとりわけ高齢者の医学的・社会的状況によって示される。

保健専門職は、痩せ (riduzione) によっても促進される急激な致命的事象が継続的に増す状態にある高齢者集団に、以前よりもいっそう配慮するよう求められている。しかし病気のより頻繁な反復、慢性病の増大する余波、様々な無能力 (disabilità) の程度、そして全体として、保健援助のより大きな必要に、増大する生への期待が随伴する。たとえば今後40年間に世界の人口について平均寿命が10年延びることが期待され、75歳に達するだろうと考えられている；欧州については平均寿命78歳～83歳を推移しつつ、平均寿命の延び

は5年だろう^{*26}。さらに次の10年間で、85歳以上の患者の約4分の1が痴呆の何らかの形態、衰退による慢性病、あるいは無能力（たとえば脳卒中、転倒、抑鬱などに引き続いて）に冒されるだろう。

それゆえ、高齢は生への希望の著しい増大に開かれているが、ますます著しい他者の手助けへの依存にさらされる限りにおいて、年老いた主体をとりわけ「脆弱」にするような、健康と無能力の全身状態へも開かれている。依存の状態は、実際、たとえ一方ではケアと連帯の明証に移行しようとしても、他方では、高齢者が自らを委ねる者—家族やケアする者—の側からは、虐待の機会にもなりうる。そして今日のような、有益性と生産性が連帯に優越する価値を構成する社会においては、高齢者はたとえ病気でなくとも、ほとんど自動的に人生とコミュニティの利益からの疎外を決定的なものとする「脆弱」状態に陥ることになる。この人口統計学的社会状況に伴う倫理の重要性の問題は、高齢者がもし病気であるか、脆弱であれば特に、ケアと援助の現実のシステム（病院、長期入院、保健居住施設（*residenze sanitarie*）、しかしまた家族の壁の間で）において被りうる、決してまれではない人格の尊厳に対する攻撃に関わる。高齢者への援助はこの目的で計画された組織においてもまた、高齢者に対する尊敬と彼の状態に対する感受性の欠如、尊厳の攻撃、そしてついには虐待の機会のように見えることを嘆く声がますます頻繁に聞かれる。

今日、具体的なレベルで高齢者のケアにおいて鍵となる問題は、高齢者の尊厳と自律の尊重に関わると言うことができるだろう。それは根本的に、まさに援助される高齢者との関係にはね返ってくる問題である。まず第一に、自律の尊重は、ケアの関係においては、つねに各患者によって示される個性を考慮することを強く要求する。しかし病気の出現によって、ただ患者から聞くだけでも、人格における個々人の違いをより以上に尊重することができる。高齢者集団は、病気の面でも人格の特徴の面でも、しばしば誤って同質の集団とみなされる；現実には、個々人の特殊性の最大の証拠が検証されるのは、成人や若者におけるよりもまさに高齢者においてである。もし我々が高齢者によって保持

される生の最大の希望と、それゆえ（しばしば自由になるわずかな時間と、可能なよりよい仕方での時間を運用する大切さを自覚して）、たいていの場合保持される彼らの希望に関する最大の明瞭さと決然性を考慮するならば、これはなんら驚くべきことではない。

第二に、高齢者のケアにおいては、穏やかな死を妨げる結果を導きうる治療の過剰を当然に避けるべく、適当なケアの水準を決定する難しさがある^{*27}。同様に、医師と看護師に広く蔓延したベシミズムによって支持される高齢者に対する態度、およびこの領域において自由に用いることのできる資源の欠如は、反対に、しばしば不十分な水準のケア、治療の放棄（とりわけ専門的診察とりハビリ的介入）を結果として生ずる。実際、高齢者である限りにおいて、患者をなおざりにする、あるいはあまりに早く立ち去らせる危険は頻繁である；しかしまた、もはや合理的でない治療という、反対の過剰に陥ることもありうる。それは、真の利益を獲得しうることなく医師から医師へとたらい回しにされることを、哀れな患者に余儀なくする。

治療の過剰な延長と、その早すぎる中止との間の決定を割り出すことは、いずれにせよ医学、特に老人医学の永遠の葛藤であり続けるだろう。高齢患者の援助は、それゆえ、賢明の徳の訓練に特権を有する領域を構成する。それはすなわち、保健看護優先の評価や資源の分配の成果でなく、また、行為の選択の結果の功利主義的な意味における純粋な均衡保持の成果でもなく、むしろ保健専門職——固有の良心、固有の経験、および患者の善を実現する望みに基づいて、まさにこの具体的な状況において、どの行動様式が相当かについて、援助される者の最善の利益をその都度決定することができる^{*28}——に特有の質の表れである実践の知恵に相当する。

この件に関して、今日、老人病学の専門が、医学の分野でも看護の分野でも、たとえば手術室や集中治療室等々とは異なり、いかにわずかしか威信を得ていないか、そのこともまた特別に記す必要がある^{*29}。この事実は、たとえ間接にはあっても、高齢の病者が医学、保健サービスの側から、そして一般

に、よりいっそう社会の側から受ける配慮の姿勢を反映する。少なくとも高齢者のケアが遭遇する困難の一部は、それがわずかな資源によらなければならないことにあり、このことはさらに、この領域から医師、看護師、およびすべての保健スタッフを遠ざけるのに貢献する。彼らは理解しやすい、専門職の喜びをより容易に獲得しうる他の援助活動の部門に引きつけられる（最も典型的な類型は、おそらく蘇生術のそれである。それは今日、非常にしばしば生命を救い、若い主体の完全な回復を確保することを可能にする）。保健専門職の固有の文化的側面を、我々はこれに付け加えることができるだろう。すなわち、ここでの最優先はますます、なお治癒可能な病気を解決するような介入の実施になっている。一方、病気の高齢者の「純然たる」ケアには、何ら英雄的な意義が認められなくなっている^{*30}。

80年代以降、研究者や学者は、家庭環境であれ、保健施設や高齢者施設であれ、高齢者に対する虐待の現象にますます注意を向けてきた。この件に関して、職業倫理規程が高齢者に対する虐待の状況の防止と告発について、看護師に非常に厳格な義務を要請していることが想起される^{*31}。

2002年にWHOは高齢者への虐待を次のように定義した。「信頼の期待がある何らかの関係内部で実現される、高齢者への損害や苦悩の原因となる、単一のまたは反復される行為、あるいは適切な行動の欠如。身体的、心理的・情動的、性的、財政的、また懈怠的虐待等の多様な形態をとりうる」^{*32}。高齢者に対する虐待に不可欠の要素は、それゆえ、虐待の被害者を不要な損害にさらす攻撃や剥奪があること、および、この状況に責任のある人がそこにいるという事実に関連する。いずれにせよ、問題が世界レベルで普及した現象に関わる限りにおいて、具体的な事実の出現と虐待の同定は、それが実現される社会的・文化的脈絡の多くを反映する。

ある国々（米国、カナダ、フィンランド）では、何らかの形態の虐待を被っている高齢者の割合がほぼ4%に達すると評価されている。他の評価^{*33}によると、米国でも欧州でも援助施設に雇用されている援助スタッフのほぼ10～

20%が高齢者に対する何らかの身体的虐待を、約40～50%が心理的虐待を行っている。欧州11カ国で実施された最近の研究^{*34}は、非常に多様化した現象が優勢であることを示した：北欧諸国では2%，ドイツでは9.6%，イタリアでは12.4%。

身体的虐待は、殴打、蹴ること、拳骨、火傷、首を絞めることによって、あるいは身体拘束や薬物の不適切な使用によって、苦痛、障害、または損害を与えることにある。心理的・情緒的虐待（たとえより密かで証明がより困難であるとしても、おそらくより頻繁な形態）は、恐怖、辱め、感情的ストレス、そして不安を引き起こす言葉や態度を通して実現する：たとえば、処罰や援助施設からの追放のおそれをもって脅されるとき、あるいは物笑いにされるとき、悪態をつかれたり厳しい口調で命令されるとき、あるいはまた、身体的または情緒的な隔離を強いられ、動くことを禁じられたり制限されるとき、あるいは単純に無視されるとき。虐待の他の形態は、盗みや、より複雑な財産操作、たとえば家族による住居の盗用、あるいは高齢者の財政的資源や財産の不適切な使用や権限のない使用のような、財政面に関わりうる；さらに、家族の側からと同様、施設のスタッフの側からの、プライバシー、内心の尊重、あるいは選択の自由のような、高齢者の基本的人権の侵害が生じうる。高齢の犠牲者になりうる者に対する怠慢あるいは懈怠は、不適切な保健援助（とりわけ苦痛の治療に関して）や不十分な衛生ケア、低栄養、水分除去（脱水）を含む^{*35}。

施設に収容された高齢者に対する虐待の主な原因は、施設の特徴に関わる：とりわけ、適切でない労働体制、あるいは日雇い制度型（非常に過酷な徹夜の時間割や休息等を伴う）、そして一般に、援助の効果的な実施に関して、数、能力、動機づけの不十分なスタッフの水準、同じく、割り当てられた援助の質についての監視の乏しさ；雇用されたスタッフの特徴：特に骨の折れる、時折ひどく消耗させる労働による燃え尽き（burnout）状態、さらにまた、不適切な水準の援助を提供する結果を招く、必ずしも適切でない養成；援助される高齢者の特徴 — 精神・認知面（たとえば痴呆のある程度の存在）あるいは性格

障害面のような一。同様に家族の側の怠慢または放棄^{*36}。

施設に収容された高齢者に対する虐待のふるまいの予防は、したがって、養成、考え方、および個々のオペレーターの活動様式についての注意を特に要請するが、施設の側からの援助とケアサービスの組織化についても、特に注意を要する。とりわけ最初のケースにおいては、単にオペレーターの知識と技術力を促進するだけでなく、高齢者に対する援助の倫理的次元と、引き受ける専門職の義務についての責任を発展させることも必要である。自己と他者に対する尊敬についての養成、他者との関係のケア、および専門職の動機づけは、特に施設に収容された高齢者のような病者や弱者のケアについての養成に不可欠の標識である。そのような現象を支持しうる組織的援助活動の要素について、高齢者に対する虐待の予防に関して特記されるのは、雇用されたスタッフの継続的な養成（および動機づけ）と、一人のオペレーターがふさわしいケアの水準を提供するために必要な援助の時間と方式を自由に選択できるような活動を組織化する必要である。決定的な役割は、それゆえ、各個人においても組織においても、まさにケアと援助の倫理的次元の履行によって果たされる：個々のオペレーターの側の不十分な倫理観、あるいは組織の適当でない倫理的風潮（それは、個々人の側からの高齢者の援助に対する倫理的アプローチを強める代わりに弱めるか、あるいはオペレーターの引き延ばされた道徳的苦悩の状態を支持する）が、施設に収容された高齢者に対する尊敬の欠如の態度、あるいは虐待の根底にある。

それゆえ、新しい職業倫理規程が看護師に委ねるより大きな難しい課題は、コミュニティの主体として高齢者の重要性を再確認するという課題、すなわち、高齢者はたとえ表面的には何も提供することなく受け取るだけであっても、彼自身役割を持っていることを再確認するという課題である。専門職倫理の養成は、保健援助の質の水準にそれをはっきり反映させることによって病気の高齢者のケアに取り組むためには、様々な面で、必ずしもつねにふさわしいとは思われない。専門職を養成する領域において、高齢者の問題と特性へのよ

り以上の注目が、保健オペレーターの態度にポジティブな影響を及ぼす以外にないであろう。そして高齢者が今日、社会、家族、また臨床援助のレベルで安易に被る疎外の状況を正すほかないであろう。新規程が想起するように、看護師はそのような状況に注意し配慮する重大な義務を有する。

結論

最後の改訂から10年を経て、イタリア看護師、保母、保健師会（IPASVI）は新しい看護専門職の職業倫理規程を公布した。以前の規程と比較して、形式面でも実質面でもいくつかの重要な新しさが導入された。この記事で概説を試みたとおり、特に明瞭な仕方で新規程全体に浸透しているのは、とりわけ倫理の次元である：それは、援助活動の正当性と価値の基礎に据えられた一般倫理原則（患者の善の優位、ケアすることの価値、援助される人格の不可譲の尊厳、道徳的良心の価値、等々）の叙述においてばかりでなく、援助活動の展開における特定の倫理的契機を考慮する際にもまた表明される。倫理の次元は、実際、そのふるまいが病気や症状のみならず全人格に向けられた瞬間から、看護師の臨床援助の実践それ自体に内在し、また、つねに患者の特有の存在様式とその比類のない価値と平衡させられる。それゆえ、職業倫理規程が遭遇する持続的な困難な課題は、専門職の倫理的価値を具体的活動に転換する行動を、規範に平衡させるという課題である。このパースペクティブにおいて、我々は、職業倫理規程が行動の規則としてのみ定められたのではなく、重大な違反のためには市民の保護を目的として懲戒制裁が予め規定されているにせよ、一人一人の看護師が自己の存在の一部として選択する専門職の領域における真の良心（単に技術的な良心のみならず、倫理的な良心も！）の実現のための指針としても定められたことを断言しうる。このような仕方で、純粋な順応主義のあらゆる形式が排除されるなら、職業倫理規程は、各々の看護師の専門職の良心が、具体的な活動において形成される助けとなるだろう。

《キーワード》職業倫理規程，看護専門職，良心条項

《英文要約》

医師の専門職的・道徳的義務の上に強い圧力を働かせる現代医学の増大する科学技術力と、過去数十年間にわたって全西洋諸国を特徴づけてきた深い社会的・文化的変化の双方は、恒常的、持続的にアップデートされた看護についての倫理的考察を要求する。看護師の新職業倫理規程の最近の公布は、看護の倫理的・職業倫理的側面についての注意深い考察へと駆り立てる。過去数十年間、そのような側面は、専門職の目的やそれに関連する価値よりも生産市場の視点に従って、官僚主義的および経済的側面にのみ集中する危険にさらすような、技術的性能や生産性への注目の優越によって、強く脅かされる結果を生じた。

それゆえ、自らの目的と価値を考察する専門職の表現である職業倫理規程は、看護職を社会全体のための専門職として引き受ける責務（commitment）についての考察へと導く最も適切な道具になる。新職業倫理規程は、看護師の倫理的実践にとって重要な多くの手がかりを導入している。本稿は、人間的な患者のケアについての倫理的考察の重要性を深く学びつつ、新職業倫理規程の倫理的・職業倫理的解釈を提示しようとするものである。

* 生命倫理学博士；ローマ・カトリック聖心大学医学部“アゴスティーノ・ジェメッリ”生命倫理学看護コース教授資格者

** マチェラータ教育大学教育学部生命倫理学教授，ローマ聖心大学生命倫理研究センター理事。〔スペイン語教授は、新看護師職業倫理規程のIPSVI公式コメントールの著者の一人でもある。Annalisa Silvestro (a cura di), Giannantonio Barbieri, Ada Masucci, Daniele Rodriguez, Antonio G. Spagnolo, Federazione Nazionale Collegli IPASVI, Commentario al Codice Deontologico dell' infermiere, 2009, McGraw-Hill, 2009.〕

原典

Nunziata Comoretto, Antonio G. Spagnolo, “Il nuovo Codice deontologico dell'infermiere : una lettura etico-deontologica”, *Medicina e Morale* 2009, 4: 645-672.

訳注

[1] 資料として、末尾に全訳を付した。

・〔 〕は訳者が補った。

・この資料の翻訳は、科学研究費助成事業（平成22年度～24年度基盤研究(C)22630102「イタリアの医師職業倫理規程の研究」）の補助を受けた研究成果の一部である。

*1 イタリアの看護師のための最初の職業倫理規程は1960年に公布された。その後1977年に最初の、1999年に2度目の改訂が施された。

*2 新規程の掘り下げについては、Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Commentario al codice deontologico 2009 dell'infermiere. (a cura di Silvestro A, con il contributo di Barbieri G., Masucci A, Rodriguez D, Spagnolo AG) Milano : McGraw-Hill; 2009.

*3 専門職の職業倫理の意義の掘り下げについては、Tavani M, Picozzi M, Salvati G. Manuale di Deontologia Medica. Milano: Giuffrè; 2007.

*4 Cfr.: Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Il Documento di Erice sui rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale. 53rd Course "New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems" (Erice, 18-21 febbraio 1991), *Medicina e Morale* 1991; 4: 561-567.

*5 第4条（2009年規程）：〔資料参照〕。第2.4条（1999年規程）：「看護師は、個人の宗教的、思想的、倫理的価値、民族および性（ *Sesso* ）を考慮しつつふるまう」。

*6 Cfr.: Di Cristofaro Longo G. Identità di genere maschile e femminile. *Studium* 1995; 91: 688.

*7 Carrasco de Paula I. Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista. *Medicina e Morale* 2004; 2: 265-278.

*8 第6条（2009年規程）：〔資料参照〕。第22条（1999年規程）「看護師は、健康を、個人および・・・〔以下2009年規程と同文〕」。

*9 Cfr.: Comoretto N. La centralidad de la persona en la praxis médica in Bochayey AG(ed.), *Bioética y Persona*. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: Educa; 2008: 75-92.

*10 Cfr. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 50-9; Glen S. The key to quality nursing care: towards a model of personal and professional development. *Nursing ethics* 1998; 5(2): 95-102.

- *11 新規第2条は、ケアの内部で、まさに関係の恩恵を強調する。〔資料参照〕。
- *12 このことは健康の経過、健康－病気－回復において、典型的に生じる。元気であるというのは、すなわち、私が計画（progettualità）を持ち、私の有機的組織体が私の計画と調和しているということである；病気が後続するとき、出現する最初の不調和は、私の計画と、病気によって変更された私の身体的資源との間のそれである；それは人格的苦痛を引き起こし、次いで決定的に病気として認識されるような不調和である。人格の計画とその精神・身体状態との間の調和の再構成に成功するということは、健康の諸条件における利得として直ちに受容される。
- *13 Cfr.: Harris JC, De Angelis C. The power of hope. *JAMA*. 2008; 300(24): 2919-20.
- *14 Cfr.: Pettoello-Mantovani M, Campanozzi A, Maiuri L et al. Family-oriented and family-centered care in pediatrics. *Italian Journal of Pediatrics* 2009; 35: 12-9.
- *15 第39条：〔資料参照〕。
- *16 Cfr.: Meiers SJ, Brauer DJ. Existential caring in the family health experience: a proposed conceptualization. *Scand J Caring*. 2008; 22: 110-17; Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse*. 2009; 29: 28-34.
- *17 第8条：〔資料参照〕。
- *18 Cfr.: McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics* 2008; 15(2): 254-262.
- *19 Cfr.: Jensen A, Lidell E. The influence of conscience in nursing. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 31-42.
- *20 Cfr.: Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 57-68; Erlen JA, Sereika SM. Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 953-961.
- *21 Cfr.: Regulatory Policy Division of the Canadian Nurse Association. Code of Ethics of the Canadian Nurses Association. 2002: 6.
- *22 Cfr.: Austin W, Kelecevic J, Goble E et al., An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 57-68; Oberle K, Hughes D, Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(6): 707-715.
- *23 Cfr.: Wurzbach ME. Acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(2): 287-293.
- *24 Cfr.: Ferrand E, Lemaire F, Regnier B et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of Intensive Care Unit end-of-life decisions. *Am J Resp Crit Care Med*. 2003; 167: 1310-15; Schluter J, Winch S, Hozhauser K et al., Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics* 2008; 15(3): 304-321; Baggs JG, Schmitt MH. Intensive care decisions about level of aggressiveness of care. *Research in nursing and Health* 1995; 18: 345-55.
- *25 Cfr.: Solomon MZ, O'Donnel L, Jennings B et al. Decisions near the end of life:

- professional views on life-sustaining treatments. *Am J public Health*. 1993; 83: 14-23.
- *26 Golini A. Demografia della popolazione anziana. *Dolentium Hominum* 2008; 67(1): 17-29.
- *27 Cfr.: Risemberg D. Hospital care of patients with dementia. *JAMA*. 2000; 284(1): 87-89.
- *28 Cfr.: Carrasco de Paula I. La responsabilità verso l'anziano malato. *Dolentium Hominum* 2008; 67(1): 91-94.
- *29 Cfr.: Ebrahim SH. Demographic shifts and medical training. *BMJ*. 1999; 319: 1358-1360.
- *30 Cfr.: Lookinland S, Anson K. Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 47-56.
- *31 第33条は次のように勧告する：〔資料参照〕。
- *32 World Health Organization/ International Network for the Prevention of Elder Abuse. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO; 2002.
- *33 Cfr.: Buzgova R, Ivanova K. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 110-126.
- *34 Cfr.: Coper C, Katana C, Finne-Soveri H et al. Indicators of elder abuse: a cross-national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-Hoc study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14: 489-97.
- *35 Cfr.: Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S et al. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *JAGS*. 2009; 57: 815-822.
- *36 Cfr.: Buzgova R, Ivanova K. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 110-126.

資 料

イタリア看護師，保母，保健師会（IPASVI）
『看護師職業倫理規程』（2009）
Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI,
Il Codice deontologico dell 'infermiere

第1章

第1条：看護師は，看護援助活動（*assistenza infermieristica*）に責任を持つ保健専門職である。

第2条：看護援助活動は，人格（*persona*），家族，そして全体への奉仕である。それは，知的，科学技術的，経営的，關係的，および教育的性質を持つ，特殊な，自律的な，また補足的な介入を通して実現する。

第3条：看護師の責任は，個人（*individuo*）の生命，健康，自由，および尊厳を尊重しつつ，人格（*persona*）を援助し，治療し，ケアすることである。

第4条：看護師は，その人（*persona*）のジェンダー（*genere*）と社会的状況はもとより，倫理的，宗教的，文化的価値を考慮しつつ，衡平と正義の原則に従って，援助活動を提供する。

第5条：基本的人権と専門職の倫理原則の尊重は，看護専門職の遂行に不可欠の条件である。

第6条：看護師は，健康が人格と全体の利益の根本的な善であることを認め，

予防，治療，リハビリ，緩和活動によって，それを保護することを約束する。

第2章

第7条：看護師は，特に障害，ハンディキャップ，脆弱が認められるところでは，可能な最大の自律に到達するよう援助される者（assistito）を支援しつつ，資源が投じられるその者の善に向けてその活動を方向付ける。

第8条：看護師は，異なる倫理観によって衝突が生じた場合，対話を通して解決を探ることを約束する。もし専門職の倫理原則および固有の価値に反する行為の要求がなされ，執拗に続けられるときは，援助される者の身体の安全と生命に必要な尽力を保障しつつ，良心条項が適用される。

第9条：看護師は，専門職上のふるまいにおいて，害を与えることのないよう，賢明さをもって行動することを約束する。

第10条：看護師は，たとえ使用しうる資源の最適な使用に反しても，配分の選択を公正に行うよう貢献する。

第3章

第11条：看護師は，自らの行動を妥当な知識の上に構築し，知識と専門的能力（competenze）を持続的な養成，経験についての批判的反省，および研究によって現代化する。養成の活動を計画し，展開し，参加する。研究を促進し，活性化し，参与し，成果の普及に努める。

第12章：看護師は，知識の進歩のための，また，援助される者の利益のため

の、研究の価値、臨床看護実習の価値を認める。

第13条：看護師は、自己の能力レベルに基づいて責任を引き受ける。そしてもし必要なら、看護のエキスパートかスペシャリストの介入または専門的助言を求める。自己の知識と能力を専門職のコミュニティの自由な使用に委ねつつ、専門的助言を提供する。

第14条：看護師は、専門職間の相互作用と異専門職間の統合が、援助される者のニーズに対応するための基本的な様式であることを認める。

第15条：看護師は、新しい、あるいは未経験の実務のための養成および／または指導を要求する。

第16条：看護師は、生命倫理の考察の深化に貢献する目的においても、日常の活動において遭遇する倫理上のジレンマの分析を活発に行い、進んで倫理的専門的助言を求める。

第17条：看護師は、職務を行使するに当たり、援助される者、家族、他のオペレーター、企業、協会、組織の圧力や利害によって導かれる条件設定から自由である。

第18条：看護師は、緊急非常事態において、救助を提供し、必要な援助活動を保障するために行動を起こす。災害時は関係当局の意向に従う。

第4章

第19条：看護師は、健全な生活スタイル、健康の文化と環境保護の価値の普

及を、情報と教育によっても促進する。この目的のために、部局とオペレーター間の関係のネットワークを活性化し、維持する。

第20条：看護師は、保障される援助のレベルを明らかにし、援助される者が自己の選択を表明することを容易にするためにも、援助される者に耳を傾け、情報を与え、関係に引き入れ、ともに援助活動のニーズを算定する。

第21条：看護師は、援助される者によって表明された指示を尊重しつつ、コミュニティと彼にとって重要な人々を看護計画に引き入れることによって、両者の関係を支える。異文化交流的側面と、それに関係する側面への援助活動のニーズを考慮する。

第22条：看護師は、それが援助活動の行程に、また援助される者との関係に与える影響のゆえに、診断・治療計画を知る。

第23条：看護師は、援助される者が生活のニーズに必要な情報のすべてを自由に使用できるよう、多専門職の統合的情報の価値を認め、それを利用する。

第24条：看護師は、診断・治療計画に関わる援助活動の性質についての情報を提供することによって、またその理解能力に応じたコミュニケーションによって、援助される者が選択することを助け、支える。

第25条：看護師は、もし情報の欠如が援助される者自身にとって、また他者にとって危険でないならば、自己の健康状態について知らされない、自覚的で明白な、援助される者の意思を尊重する。

第26条：看護師は、援助される者に関するデータの取扱いにおいて、秘密を

守り，保護する。データの収集，管理，移動は，援助活動に関わる秘密のみに制限される。

第27条：看護師は，異専門職間の関係のネットワークおよび情報に関する手段の有効な管理の実現に寄与することによっても，援助活動の継続を保障する。

第28条：看護師は，法的義務のためのみでなく内心の信念のために，また，援助される者との信頼関係の具体的な表現として，専門職の秘密を尊重する。

第29条：看護師は，援助される者とその家族のより安心な条件，および過誤から習得する文化の発展を促進するよう協力する。臨床上のリスク管理に率先して参加する。

第30条：看護師は，拘束に頼ることが，医師の処方箋または資料によって裏付けられた援助活動の評価によって支持される，尋常でない出来事であるように努める。

第31条：看護師は，援助活動，診断・治療，および実験の選択に関する未成年の意見を，年齢と成熟度に留意して考慮するよう努める。

第32条：看護師は，家族と全体的な状況が彼らのニーズに応じないとき，成長または表現〔能力〕が制限された状態にある援助される者の保護を促進することを約束する。

第33条：援助される者の被った虐待または放棄を発見した看護師は，必要であれば所轄当局に事情を通知するとともに，彼を保護するためにあらゆる手段

を行使する。

第34条：看護師は、苦痛を阻止し、苦悩を和らげるために活動する。看護師は、援助される者が必要なすべての措置を受け入れるよう努める。

第35条：看護師は、臨床上の条件がどのようなものであっても、対症療法と、周囲の者の身体的、心理的、关系的、精神的支えの重要性とを認識しつつ、生命の終わりまで援助される者に援助活動を提供する。

第36条：看護師は、臨床上の症状と釣り合わない介入、および自ら明示したQOLの概念と一致しない介入を制限する、援助される者の意思を保護する。

第37条：看護師は、援助される者が自らの意思を表明しえないときは、彼が事前に書面で明示した意思を考慮する。

第38条：看護師は、たとえ要求が援助される者からのものであっても、死をもたらすことを意図する介入を実行しないし、関与しない。

第39条：看護師は、とりわけ病気の終末期の展開において、また喪失の時と哀惜を処理する時において、援助される者の家族と関係する人々を支える。

第40条：看護師は、連帯の行為である血液、組織、臓器の提供について、情報と教育を進んで提供し、提供と受容に関わる人々を支える。

第5章

第41条：看護師は、チーム内における看護師特有の貢献を認め、それを役立

てる同僚や他のオペレーターと協力する。

第42条：看護師は、尊敬と連帯に立脚したふるまいを通して、自らの尊厳と同僚の尊厳を守る。

第43条：看護師は、職業倫理に反する、同僚のどのような濫用やふるまいも、自己の専門職同業者団体に通報する。

第44条：看護師は、人格の品位と固有の名誉を守る。専門職と団体の信望を、専門職の公正な活動によって保護する。

第45条：看護師は、同僚と他のオペレーターに対して誠実にふるまう。

第46条：看護師は、宣伝のメッセージにおいては、専門職同業者団体の指示を尊重しつつ、透明性と真実性に立脚する。

第6章

第47条：看護師は、援助される者の権利の尊重、資源の公正で適切な使用、専門職の役割の有効利用を確かなものにするために、責任の様々なレベルで保健システムの政策と発展を方向付けることに貢献する。

第48条：看護師は、責任の様々なレベルで、〔サービスの〕不足や非効率性について、自らが活動する、または援助される者が所属する機関の専門職の責任者に、情報を伝達する手段を講ずる。

第49条：看護師は、援助される者の第一の利益において、自らが活動する機

関において、例外的に生じうるサービス不足と非効率を補完する。常態的なものであれ周期的なものであれ、いずれにせよ損失がシステムティックに専門職に委任されるときは、その理由を書類で証拠づけつつ、補完を拒否する。

第50条：看護師は、人格の健康の保護のために、看護専門職の不法な行使を形成する可能性のある状況を、自己の専門職同業者団体に通報する。

第51条：看護師は、ケアと援助活動の質、あるいは専門職の行使の品位を制限するような事情が存続し、あるいはそのような条件が持続している状況を、自己の専門職同業者団体に通報する。

最終条項

この規程に含まれる職業倫理規範は、拘束力を有する；その不遵守は、専門職同業者団体によって制裁される。専門職同業者団体は、専門職の資格付与および彼らが取得し、また発展させた専門的能力を保証する。

提出年月日：2012年6月14日