

## ケアを支える看護倫理の探求のための序章

松浦利江子<sup>1)</sup>

**【要旨】** 医療現場に倫理の視点が導入される社会的動向にあつて、1973年にInternational Council of Nurses (ICN, 国際看護師協会) が、1988年に日本看護協会が看護師の倫理綱領を出した。これは、看護職者の行動指針を明確にし、自律した専門職として社会のなかに位置づけることに貢献した。しかし、こうした職業倫理は原則重視や、「あるべき論」に傾く傾向があり、その職業的義務に沿うことが前提になっている。看護倫理の研究においても、ケーススタディの手法をとったとしても最後は看護師として望ましいあり方に行き着くパターンに陥る傾向がある。ここでは、倫理規定に依拠した看護倫理の検討には限界があることを示した。今後、看護師を日常的にサポートしうる看護倫理を検討するに際して、「心性としてのケア」という視点から、日常業務のなかで遭遇する、患者との関係性における困難な状況を問題場面としてとりあげ、それを克服する手法を臨床の場から掬い上げていくことが肝要と考える。

**【キーワード】** 看護倫理, 日常業務, 看護師 - 患者関係, 心性としてのケア

### はじめに

医療現場における種々の倫理的問題が取り沙汰されるようになった社会の潮流にあつて、看護倫理に関する関心も高まっている。看護倫理をテーマにした研究の本数も、1995年までは国内で年間数本しか発表されていなかったものが、2001年以後は年間二十本以上の報告がなされるようになっている<sup>注1</sup>。しかしながらそこで取り上げられる事柄は、いかなる義務や規則に従うことが適当かということや、そういった価値観と照らし合わせてナースとして何をなすのが最善か、という議論が主流になっている。そもそも、テキストで「倫理的問題」として指定されるものが、自己決定や告知の是非、終末期医療や遺伝子診断、妊娠中絶などに関連して生じる問題である場合が多く<sup>注2</sup>、これらは医療行為を進めるうえでの転換点の一つであ

り、そこだけに問題を限定してしまうと、他にもある重要な問題を見逃す恐れがある。加えて、倫理的判断とは特殊なケースを扱うもの、というイメージをもたらしかねない。実際、関心が高まっているといわれる一方で、「とっつきにくい、どこか難しい、自分たちには余り関係ない、と思っている看護師が多い」(小西ら, 2007) という指摘もある。これはすなわち、看護の現場において看護倫理が誰にとっても身近なもので、日々の看護業務に根付いた共通認識としては未だ成立していないということである。

本稿では、文献検討を介して看護倫理と看護師の日常的な業務との結びつき具合を確認することを試み、今後、看護倫理を看護師の日常業務を支えるものとするために検討していく方向性を見出すことを目的とする。そのための議論を次のように進める。まずは、医療現場における「倫理」を概観し、臨床に「倫理」の

<sup>1)</sup> 長野県看護大学  
2008年10月14日受付  
2009年1月27日受理

視点が導入された経緯をみる。次に、看護倫理規定の変遷と研究の動向を辿ることを通して、議論は大まかに倫理原則に重心を置く立場と、関係性に重心を置く立場に分かれることを示す。さらに、倫理綱領という職業倫理には、「あるべき論」にコミットできない場合は看護行為を支えるものとしては機能しなくなる限界があることを述べる。そして、看護行為における心理的困難さを見直すことで、他者をケアする行為が内包する危うさをみた後、最後に、日常を支える看護倫理を考える方向性を示す。その際「心性としてのケア」という視点を提示する。

## 1. 医療現場における「倫理」

医療現場において「倫理」が注目されるようになった背景には、1950年代のアメリカでの公民権運動に端を発し、1960年代に活発になった消費者運動があるとされている<sup>注3</sup>。医療をサービスとする見方の下、消費者（患者）の権利が主張されるようになったのである。その影響を受けて、日本では1970年代から患者やその家族の権利意識が徐々に高まり、臨床ではインフォームド・コンセント<sup>注4</sup>やカルテの情報開示<sup>注5</sup>がなされるようになった。

「生命倫理bioethics」という学問領域が登場したのは1970年代のアメリカにおいてであり、日本に輸入されたのは1980年代とされている（土屋，1998）。しかしそれは、規則や原則<sup>注6</sup>に基づくものであるために、次第に「自由絶対主義的個人主義に傾きすぎている」（谷田，2001）という批判がなされるようになった。このような状況のなか、1980年代初頭にアメリカの発達心理学者キャロル・ギリガンの著書『もう一つの声』によって「ケアの倫理」が提示された。ここでは、従来は抽象的な権利同士の対立という形で道徳的ジレンマが取り上げられてきたことが批判され、二者の葛藤という構図ではなく、むしろ人間関係を保持し、より強化する方向で問題解決をはかろうとする捉え方に光を当て、その重要性が示された。これは、患者や家族などとの良好な関係に留意する看護の指向性と共通するものである<sup>注7</sup>。言い換えるなら、「ケアの倫理」が登場する以前から看護学は関係性に重きを

おいた倫理観を既に持ち合わせていたのである。高田（2003）は、看護と倫理との関係を次のように述べる。すなわち、「対象者その人の全体論的把握や個別的なケアの実施、そしてその人の持っている力を大切にしようとしてきた看護実践には、本来的に倫理の要素が組み込まれていると言える」。このことから、看護倫理は看護の営みに何か新しい視点を取り入れるということではなく、脈々と積み重ねられてきた臨床看護の営みのなかに埋もれている倫理的要素に日の光を当てること、と捉えることもできる。

患者の権利意識の高揚、医療倫理や生命倫理の登場という社会の動きのなか、権利同士の対立という問題構造に違和感をもつ声が出てきた頃、関係性を重視する「ケアの倫理」が登場した。これは、看護の指向性にも共通のものであり、したがって看護倫理を確立するということは、日々営まれている看護実践に光を当てることでもあるということを確認した。では次に、看護倫理について、その歴史の変遷をみながら概観する。

## 2. 看護倫理規定の変遷と研究の動向

1893年に起草された「ナイチンゲール誓詞」が、「もっとも早い時期の看護の倫理規定の一つ」（クーゼ，2000）とされている。ここでは主に専門職としての責任と誇りが謳われている。とはいえ、「総じて奉仕的精神、医師の権威への服従、組織への忠誠、規律と秩序が重視された」（高田，2003）のものであった。そもそも、19世紀半ばにナイチンゲールによって近代看護が成立される以前は、看護はキリスト教文化に支えられた、宗教的動機が根底にあっての慈善活動であった。したがってそれは、専門知識に基づかないものであったとはいえ、「隣人愛」という行動指針があった。その後、体系的・科学的な知識に基づく近代看護が成立すると、それに携わる動機は必ずしも宗教的なものではなく、看護行為の指針も、職業としての倫理綱領へと移っていった。

日本においてはじめて看護倫理という言葉が登場したのは、1951年とされている（高田，2003）。そして、1988年に日本看護協会によって「看護婦の倫理規定」

が出された。これは、看護職が「過去の従属性から脱皮し『自律性』を獲得し、独立して看護実践できるようにするため」(服部, 2007)、専門職として社会的に承認されることを目指す動きでもあった。したがって、これは職業倫理の様相を呈している。それによれば、「看護婦の基本的責任は、人々の健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を軽減すること」(INR日本版編集委員会, 2001)とされている。この責任を遂行するために、さらに10の行動指針が示されており、それらは「看護婦が対象に対し看護を実践するときの規律を示したもの」と、「よい看護を実現するための体制づくり、教育および研究の必要性の規律として示したもの」(日本看護協会, 1988)の2つに分けられた<sup>注8</sup>。

さて、看護倫理に関する研究であるが、過去約20年間は「倫理的理由付けのスキルや、看護婦の倫理的意思決定のさまざまな面、そして、自己の実践における倫理的問題に関する看護婦自身の洞察などに焦点をおいて」(Fry, 1995)議論が重ねられてきた。このような潮流についてタージアン(2001)は、「看護特有の倫理的問題は、行動に対する倫理的判断ではなく人間関係や前後の脈絡などの要素をより重要視する看護婦の経験に基づいたものなのである」と指摘している。Armstrong(2006)は、研究においては「看護倫理は行動よりも人柄や性質に焦点を当てるべきであるとされているが、結果主義や義務論といった行動中心の伝統的な責務に支配されている」と指摘する。「問題に直面した時、何らかの行動をしなければならないというのが、臨床における倫理的問題の特徴」(赤林ら, 2001)であるから、行動自体に関心が向くのは当然であろう。わたしたちはそれを踏まえたうえで、行為としてのケアではなくて、心性のほうに注目することにする。

キリスト教文化のなかで生まれた看護の仕事が、その後、従順・忠誠の証としての誓いの詞を抛り所とするようになり、次には社会的地位確保の必要条件としての「倫理綱領」に拠る営みとなった流れをみた。また、看護倫理に関する研究は行動の倫理的判断に注目する傾向がある。次に、倫理原則に重心を置く立場と、関係性に重心を置く立場としてケーススタディを用い

る場合とに分けて、それぞれどのような議論がされているのかをみしてみる。

### 1) 倫理原則に重心を置く立場とその限界

福留(1999)は、フライを引用しながら、「倫理原則は看護倫理の基本的かつ最も重要な原則である」と述べる。澤田(2008)は「可能な限り倫理的な解決法を普段から考えておくこと」が重要だと述べ、原則を準備しておくことの重要性を示唆している。

ところで、看護倫理の議論でよく取り上げられるのは、意志決定のプロセスに関することである。そしてその際、医療倫理や生命倫理との違いを浮き彫りにする形で、状況を自分の身に引き寄せて考えること、つまりケアリング論の立場をとっていることを強調するものがみられる(荻野ら, 2005)。しかしそれとでも、どのような筋道で結論を出したかという点が倫理原則や、看護師ならこう考えるべきという線に沿って議論されるため、「意思決定プロセスだけを覚えて」(荻野ら, 2005)しまう傾向や、「倫理的理由付けのスキル」(上野, 2007)を獲得するだけになる恐れがある。原則やあるべき論に沿った検討を重ねても、ケアリング論を真に活かした他の可能性や、代替案といったものは出てきにくいと考える。

では、原則に拠らない関係性を重視する立場の議論においてであれば、新しい考え方が生じやすくなるだろうか。次に、関係性に重点をおいた看護倫理の議論についてみしてみる。

### 2) 関係性に重心を置くケーススタディの限界

Hunt(1994)は、原理や理論を用いて判断することを「テクニカルエシックス的アプローチ」と呼び、看護倫理には不適切と批判する。なぜなら看護師たちは、原理を応用するのではなく、自身の経験から、自身の「日常的な道徳的感性」で自由に探求することを求めているのであり、「テクニカルエシックス的アプローチ」はそれを抑圧してしまう、と危惧するからである。

個々の患者と看護師との関係性に注目しながら看護倫理について考えていこうとする際によく用いられるのが、ケーススタディである。これは、そのケースの

状況について多方面からつぶさに目を配り、自由に、そのひとつにとっての最善策を検討するものである。しかし、このケーススタディにも現状では限界があると上野（2007）は指摘する。すなわち、「せっかく理論化が困難でもケアにおいては重要な要素に関してリアルに多面的に考えられる事例を用いているにもかかわらず、最終的には『あるべき看護師』としての行動につながるような思考に暗黙のうちに誘導されてしまうため、一定の枠にはめられた問題解決パターンの踏襲に陥ってしまうという深刻な欠点をもっている」からである。たしかに、「あるべき看護師」像の刷り込みは強力である。米田（2005）は、看護学生が実習で関わった患者に「陰性感情」をもった事例の検討を通して看護倫理を獲得する趣旨のセミナーの講師を務めた経験を、次のように報告する。講師は「なぜ？」と問い続けていくだけで、学生は自ら、患者に怒りをぶつけられて陰性感情をもったということは、「患者の状況をとらえることがまだできていないという黄色信号だとして、もっと患者をみようとする前向きな姿勢が大切」と気づき、「怒りに至る心理プロセスを含めて患者を見ようとする」といつの間にか『陰性感情』を感じなくてすむようになる」というのである。ここでは、陰性感情をもったこと自体を、「もつべきではない」と否定せずに、議論の場にのせたという点では上野の言う「問題解決パターン」に陥る危険を免れているが、出された結論はやはり「あるべき看護師」の姿であると考えられる。

以上にみるように、関係性を重視する看護倫理の議論においても、ハントが期待する看護師自身の「日常的な道徳的感性」から生まれる問題や、有効なアプローチの手法は浮上してきにくい。この傾向を考えるために、次では、職業倫理としての看護倫理についてみる。

### 3) 職業倫理としての看護倫理の限界

状況に寄り添うケーススタディでさえ、いくら詳細に検討したとしても「あるべき論」に落ち着く傾向をみた。しかしそれは、「倫理綱領」が職業倫理である限り当然のことなのであろう。「倫理綱領」においては、看護師が負う責任の対象は、健康上の問題を顕在

的・潜在的にもつひとであり、病院においては患者である<sup>注9</sup>。そして、看護師は「患者の擁護者」であり、「医療の現場で起こる倫理的問題に敏感に反応し、これらの問題を患者の立場から理解し、解決する努力を怠らないことが大切」（岡谷，1999）とされるのであり、こういった規定が前提になっている影響は小さくない。

上野（2007）はケーススタディに限界が生まれる原因を、「専門職倫理を明確化する作業と、専門職倫理の実践を試みさせる作業は、別物であるにもかかわらず、これら2つの作業が同質のものとして混同されてきたことにある」と指摘する。専門職倫理の実践について考え、サポートを可能にするような看護倫理を作り上げるためには、「倫理綱領」という職業倫理に基づいてケーススタディを重ねても、倫理規定自体に疑問をもってしまうような困難な状況にある看護師を支えるものに辿り着くことはできそうもない。

もう少し具体的に考えるために、様々な理由で相手に肯定的な気持ちで関心を向けることが困難な状況を想定してみる。それでも看護師は相手を心から思いやり、心情の理解に努め、「適切に」関わらなければならない。ここで、自分の不快な気持ちを懸命に抑圧してまでそうする理由を「看護婦の倫理規定」に探るなら、「1. 看護婦は、人間の生命を尊重し、また人間としての尊厳および権利を尊重する」という指針をもって答えることになる。International Council of Nurses (ICN, 国際看護師協会)の「看護婦の倫理綱領」の前文にみるなら、「看護には、生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている」という一文がそれになる。しかし、職業として看護を続けていくこと自体が揺らぎかねないような場面に遭遇したとき、「人間の生命を尊重」する、という文言は果たしてケアを継続させていく際の抛り所として看護師を支えるものになりうるのだろうか。

厳しい状況下であって、仕事を続けていくことにさえ自信を失くしかけているような時に、『患者・対象者のために』を願いつつ職務を遂行（高田，2003）していく理由を、「倫理綱領」にある人権の尊重に置くなれば、同じ権利をもつ看護師の人権も同様に尊重

されなくてよいのか、という問題すら浮上する。

職業倫理としての看護倫理は行為が職業的義務に沿ったものであるかどうかの判断基準や指針を示すものであって、そこが揺らいでいるような状況ははじめから設定されてはいない、ということを確認した。次に、職業として看護を続けていくこと自体が揺らぎかねないような、看護行為に付随する心理面での困難さとは、どのような状況のもとに生じるのかをみってみる。

### 3. 看護行為における心理的困難さ

多くの看護理論は、患者-看護師関係を重要視する。また、「看護者の倫理綱領」（日本看護協会）においては、看護を必要とする相手との信頼関係の重要性が独立した項目として挙げられている<sup>注10</sup>。患者と信頼関係を構築し、専門知識を活用して患者を「全体論的」に把握して受容することは、看護展開の大前提なのである。

このような条件下で仕事をする看護師が、看護過程のさなかで患者の言動に陰性感情をもってしまった場合の対応の仕方を考えてみる。大まかに2つ考えられる。1つは、患者の身体面に注目し、発せられた言葉は身体的問題の影響を受けた結果とみなし、身体面のケアに重点を置いて早期の回復を目指す方法である。つまり、身体的問題に技術的にどう対応するか、ということに論点を置き換えるのである。しかし、看護的援助を必要とするひとは必ずしも身体的疾患を有するひとはばかりではない。たとえば精神科看護の領域においては、健康でない部分は精神的側面であるために、程度の差はあれ、やはり「情緒的専心」を含んだケアを展開することになるのである。したがってここでは、論点を置き換える手法は功を奏さない。

2つ目は、患者の言動を専門知識を援用しながら様々な視点で解釈し直すという方法である。これは言わば、自分が抱いた患者に対する陰性感情を少しでも肯定的な感情へと転換しようとする試み、とみることもできる。事実、看護師は基礎教育の段階からそういう思考の訓練を受ける。しかし、たとえば精神疾患患者などの一部にみられるように、思考機能や言語化機能に問題を生じている場合もあり、そのような人々と

対する場合、相手への理解可能性は狭められ、したがって良好な関係の構築自体が制限される。加えて、シビアな反応ばかりを受けていたとしたら看護師の精神的健康は維持できるのだろうか。

Maslach (2001) は、「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の身体的疲労と感情の枯渇を示す症候群」をバーンアウトと定義した。さらに、Leiterとの共同研究でバーンアウト・プロセスモデルを構築した (Leiter et al., 1988)。それによれば、仕事の量的負荷や対人葛藤などの要求あるいはコーピング能力やソーシャルサポートなどの不足が疲弊感を生じ、次にシニシズムとなって、バーンアウトに陥る。その結果、組織へのコミットメントの低下や離職・休職などを招く、と報告している (Maslach et al., 2001)。他者をケアする営みとは、このような危うさを内包しているのである。

患者の受容、信頼関係の構築は看護展開の大前提とされるなかで、そこにつまずいた時に、バーンアウトに陥るリスクを内包していることをみた。こういった状況下であって、しかしながら患者と対し続け、仕事をし続けることができるとは、どのようなことなのだろうか。

### 4. ケアを支える看護倫理を考えるために

「倫理綱領」に基づいた議論をしている限り、「あるべき論」の呪縛からは解放されにくい傾向が示された。困難に遭遇して悩む看護師を日常的に支える看護倫理を作り上げていくためには、やはり日常業務に基軸を置いて倫理観を問い直すことが肝要となる。ファウラー (2002) は「看護倫理は、単なる専門職の属性以上のものである。それは、看護共同体の本質であり、それに意味を与え、その価値観を明確に表すものである」と述べる。臨床では日々、「看護共同体の本質」が実現されているはずである。

ところで、「2. 看護倫理規定の変遷と研究の動向」のなかで、倫理規定における「看護婦の基本的責任」を確認した。看護師は、人々の健康に関して社会的な責任 (responsibility) を担っている。したがって、

相手の呼びかけに応え続けていく必要があるものであり、呼びかけに応じてなされるその行為を通じて、「その人の性向・態度、思考傾向といった『内面的』な事柄」（大庭，2005）が何らかの帰結をもたらす。これまでの看護倫理では、「行為」や「行為の動機」が主な評価の対象であった。ひとのありようをテーマにするのが倫理学であるならば、看護倫理においても、「内面的な事柄」が問題として注目されるべきである。そこで、ケアにおける内面的な事柄を「心性としてのケア」という言葉で表現し、責任の遂行を支える看護倫理を考えていく手がかりにする。

「心性としてのケア」を考えるためには、臨床においてナースが日常的に困難な状況に遭遇し、柔軟に対応している実態を知り、それを看護倫理の観点で捉えることを試みる必要がある。Davisら（2000）は、「道徳が状況に依存する(contextual morality)」ことを指摘し、そこで重要になるのは「理論ではなく、実践であり道徳現象の解明である」と述べて、臨床に根ざしたアプローチの有効性を示唆している。その際わたしたちは「困難な状況」を、目の前にいる患者に対する否定的な感情を払拭しきれない状況のなかで、そのひとをケアしなければならない場面とする。そのような状況にあっても看護師は、相手の状態を細かく把握してそれに寄り添ったケアを提供しようとする。この場面を設定した理由は、次の二つの矛盾を内包しているからである。すなわち、看護師は専門職である以上、公共善に資することが期待されているが、ここでは、行動面ではともかく、心理面ではその趣旨にはおよそそぐわれないという矛盾を抱えているからである。加えて、ケアという言葉には世話をするという行為面と、相手を思い遣るといった心理面の意味合いがあるため、やはり矛盾を抱えているからである。しかしこれは、様々な患者と接する看護師なら多くの人が経験することでもある。矛盾した行為をし続けることは、心身の疲弊を招く恐れがある。ところでここでケアにおける内面的な事柄を表すのに、「心性」という言葉を用いた理由は、たとえば「徳」としたのでは、臨床看護にみられるこれらの矛盾は浮かび上がってこないと考えたからである。徳は、『広辞苑』によれば「善い行いをする性格。身についた品性」という意味をもつ

とされている。それゆえに、陰性感情をもつことは悪いこととして切り捨てられてしまう可能性がある。しかしここでは、矛盾を抱えながらも看護が展開していくことを、よくないものと切り捨てるのではなく、むしろ臨床の知が含まれている事象として浮かび上がらせ、その内容を検討することをねらいとしている。そこで、「心性」という言葉を使うことにした。今後は、質問紙調査などで、陰性感情を持ちながらのケアの体験の有無、その際の状況についての認識などのデータを取り、それらをもとに「心性としてのケア」の概念を明確にしていきたいと考えている。

患者との関係性において困難な状況にある看護師を、“ケアからの撤退”から“ケアへの果敢な関与”へと転回させる要素、つまりバーンアウトに陥ることなく、ケアを実践し続けようとする気持ちを支えるものがいかなるものなのかを、臨床で日々実践されていることのなかから探索し、追求することで、看護師の責任の遂行、すなわちケアを支えるものとしての看護倫理の確立の緒に就くことができるのではないだろうか。「心性としてのケア」という視点の提示は、そのための契機となると考える。

## おわりに

看護倫理の議論は1990年以後、徐々に活発に展開されるようになってきたものの、その内容は医療上の転換点におけるジレンマを、原則や「あるべき論」に沿って意志決定するプロセスを追うテーマに偏向してきた。それだけでは看護師の日常的業務を支えるものとしては十分ではない。真に看護師のケアを支える看護倫理について検討していくためには、看護師が日常業務のなかで遭遇する、医療上の転換点ではない身近な事柄を取り上げ、そこにある困難を克服する手法を臨床の場から掘り上げて看護倫理の検討につなげていくことが肝要と考え、それを今後の課題とする。

## 注

1. 国立情報学研究所の論文情報ナビゲーター「Cinii」によると、「看護倫理」でヒットした国内の研究本

- 数は1965～1969年は1本、1970～1974年も1本、1975～1984年は0本、1985～1989年は2本、1990～1994年は11本、1995～1999年は39本、2000～2004年は108本、2005～2008年は124本だった。また、MEDLINEで“nursing ethics”でヒットする英語の論文は1965～1969年は14本、1970～1974年は9本、1975～1984年の10年間は日本の0本に対して28本、1985～1989年は49本、1990～1994年は65本、1995～1999年は84本、2000～2004年は246本、2005～2008年は404本だった。
2. そもそも、医療場面における「看護倫理の位置づけそのものがいまだに不明確」（和泉，2005）という現状も、議論の混乱ぶりの一因にはある。看護業務の内容は、様々な専門領域と重なり合い、補足し合う部分が少なくないこともあり、その独自性を強調することに慎重になる立場さえある（たとえば、小林，2000；服部，2007）。また、医療場面における倫理は医療者側だけではなく、それを受ける患者や家族にも共に考えてもらわなければならない側面がある、という理由で倫理の領域を区分けすることに慎重になるべきと考える立場もある（荻野ら，2005）。大西（2003）は、「倫理的問題の強調点において他職種との温度差というべき『固有性』はあるように思われる」と述べている。
  3. 「消費者の4つの権利」として、安全である権利、知る権利、選ぶ権利、意見を反映させる権利がある（香川，2001）。
  4. 日本では1981年に最高裁判所が「説明と同意」原則を確認している。
  5. 1997年の医療法改正による。
  6. 臨床で生じる問題を倫理的に解決するための原則として一般的に広く受け入れられている倫理原則としては、ビーチャムとチルドレスによる「四原則」がある。その4つの項目は1) 自律性尊重原理 (respect for autonomy), 2) 仁恵原理 (beneficence), 3) 無危害原理 (nonmaleficence), 4) 正義原理 (justice) (Beauchamp et al., 1989)。
  7. 関係性の維持を重視する看護師の立場については、それゆえの問題も含んでいることを示す次のような

見解もある。すなわち、『『看護師は何をする人か』に関して明確な一般合意がないため、必ずしも看護の専門性とは関連のない、医師や患者の家族などが引き受けないあらゆる問題を背負い込んできた。しかも、看護師は病院管理者に対しては被雇用者の立場で、また医師に対してはアシスタントの立場で行動することを求められ、常に複雑な関係性の中で幾重もの板挟みにあうというディレンマの中にいる』（上野，2007）。

8. これは2003年に改訂され、行動指針は10から15になり、名称も「看護者の倫理綱領」に変更された。一方、国際看護師協会（ICN）は1923年にはじめて看護師のための倫理規定の制定に着手し、1953年に「看護婦の倫理国際規律」が承認され、1973年に「国際看護婦倫理綱領」が制定された。これは、2000年に改定されている。
9. このようにみなされるようになったのはさほど古くない。1973年に国際看護師協会（ICN）が発表した倫理綱領において「看護婦の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人々に対して存在する」と明確に宣言されて以来のことである。それ以前は、医師に従順であり、その指示を確実に遂行することが優れた看護師とされていた。
10. もっとも、「医療法」においても、医療を受ける者との信頼関係の必要性が明記されているため、これは看護師だけに限定されたものではない。

## 文献

- 赤林朗，中村めぐみ，羽山由美子，ほか1名（2001）：看護実践者が臨床で直面する倫理上の問題について，INR日本版編集委員会，臨床で直面する倫理的諸問題—キーワードと事例から学ぶ対処法—，6-12，日本看護協会出版会，東京。
- Armstrong A.E.(2006)：Towards a strong virtue ethics for nursing practice, Nursing Philosophy, 7, 110-124.
- Beauchamp T.L. & Childress J.F.(1989)／永安幸正，立木教夫(1997): 生命医学倫理，成文堂，東京。
- Davis A.J., 多賀谷昭，坂川雅子（2000）：方法論と

- しての民族誌学—実証主義を超える看護倫理研究のために—, 長野県看護大学紀要, 2, 1-10.
- ファウラー, マーシャ (2002) : 社会倫理と看護, デーヴィス アン. J 監修, 看護倫理—理論・実践・研究—, 47-59, 日本看護協会出版会, 東京.
- Fry S.T.(1995) : Nursing Ethics, Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition, 1898-1902.
- 服部俊子 (2007) : ケアリングとプロフェッションとしての看護—看護倫理の構想に求められること—, 熊本大学倫理学研究室紀要, 66-78.
- 福留はるみ (1999) : 倫理的感受性と倫理的意思決定—倫理的問題を明確化するためのトンプソンの分類について—, 看護, 51(2), 32-38.
- Hunt Geoffrey (1994) : Ethics, nursing and the metaphysics of procedure, Hunt, Geoffrey, Ethical Issues in Nursing, 1-18, Routledge, London.
- INR日本版編集委員会編 (2001) : 臨床で直面する倫理的諸問題—キーワードと事例から学ぶ対処法—, 日本看護協会出版会, 東京.
- 石井トク, 野口恭子編著 (2004) : 看護の倫理資料集—看護関連倫理規定／綱領／宣言の解説—, 丸善株式会社, 東京.
- 和泉成子 (2005) : 看護における倫理—看護倫理の意義と教育のあり方—, 看護展望, 30(8), 25-37.
- 香川知晶 (2001) : バイオエシックスの誕生と展開, 今井道夫・香川知晶編, バイオエシックス入門 (第3版), 4-29, 東信堂, 東京.
- 小林亜津子 (2000) : 看護倫理のアイデンティティ—看護倫理の基本問題—, 生命倫理, 10(1), 42-49.
- 小西恵美子, 八尋道子, 小野美貴, ほか1名 (2007) : 「和」と日本の看護倫理, 生命倫理, 17(1), 74-81.
- Kuhse H. (1997) / 竹内徹, 村上弥生 (2000) : ケアリング—看護婦・女性・倫理—, メディカ出版, 東京.
- Leiter M. P. & Maslach C. (1988) : The Impact of International Environment on Burnout and Organizational Comment, Jurnal of Organizational Behavior, 9, 297-308.
- Maslach C., Schaufeli W. B. & Leiter M. P. (2001). Job Burnout, Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- 日本看護協会編 (2003) : 看護者の基本的責務—基本法と倫理—, 日本看護協会出版会, 東京.
- 荻野雅, 服部健司 (2005) : 看護基礎教育のなかでの倫理教育, 看護展望, 30(8), 865-872.
- 大庭健 (2005) : 「責任」ってなに?, 講談社, 東京.
- 岡谷恵子 (1999) : 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識—日本看護協会<日常業務上ぶつかる悩み>調査より—, 看護, 51(2), 26-31.
- 大西香代子 (2003) : 看護の倫理, 福井次矢, 浅井篤, 大西基喜編, 臨床倫理学入門, 253-260, 医学書院, 東京.
- 澤田愛子 (2008) : 看護実践における倫理的ジレンマ, 加藤尚武他編, 応用倫理学事典, 228-229, 丸善株式会社, 東京.
- 新村出編 (1991) : 広辞苑 (第四版), 岩波書店, 東京.
- タージアン アニタJ. (2001) : 看護実践で遭遇する倫理的諸問題点, INR日本版編集委員会編, 臨床で直面する倫理的諸問題—キーワードと事例から学ぶ対処法—, 103-108, 日本看護協会出版会, 東京.
- 高田早苗 (2003) : 看護倫理をめぐる議論, 日本看護協会編, 看護白書 (平成15年版), 3-19, 日本看護協会出版会, 東京.
- 谷田信一 (2001) : バイオエシックスの枠組と方法—その歩みと今後の課題—, 今井道夫, 香川知晶編, バイオエシックス入門 (第3版), 255-276, 東信堂, 東京.
- 土屋貴志 (1998) : 「bioethics」から「生命倫理学」へ—米国におけるbioethicsの成立と日本への導入—, 加藤尚武, 加茂直樹編, 生命倫理学を学ぶ人のために (第2版), 14-27, 世界思想社, 京都.
- 上野哲 (2007) : ケーススタディに基づく看護職倫理教育の課題と展望, 医学哲学 医学倫理, 25, 91-98.
- 米田和美 (2005) : “そばにいて欲しい看護師”に, 看護教育, 46(8), 677-682.

【Review Article】

# Introduction for Search for Nursing Ethics to Support Caring

Rieko Matsuura<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Nagano College of Nursing

**【Abstract】** The increase of social demand for ethical consideration in clinical settings led to the ICN Code of Ethics for Nurses in 1973 and the JNA Code of Ethics in 1988. These statements of nursing ethics provided nurses with a clear guideline for their ethical conduct and contributed to social recognition of nursing as an autonomous profession. Such statements, however, tend to exaggerate the importance of principles and raise a rigid fundamentalism based on the assumption that nurses act out of duty. This tendency is also found in the study of nursing ethics, where even the researches based on case studies tend to conclude with proposing the rules of action for an ideal nurse. These observations testify the limitation for the study of nursing ethics based on a code of ethics as a set of rules of action for nurses. To enable nursing ethics to be valid for daily work of nurses, i.e., to help nurses make ethical decisions in their daily work, it is necessary to study the difficulties in nurses' relationship with patients in their daily practice of care from the viewpoint of "care as sincerity" and find out the solutions in the reality of clinical settings.

**【Key words】** nursing ethics, daily works, nurse-patient relationship, care as Sincerity

---

松浦利江子  
〒399-4117 駒ヶ根市赤穂1694  
TEL&FAX : 0265-81-5179  
Rieko Matsuura  
Nagano College of Nursing  
1694 Akaho, Komagane, 399-4117 Japan  
e-mail: mihara@nagano-nurs.ac.jp