イギリスにおける看護職の専門職化と大学教育
― 日本への示唆 ―

柴田　恵子

【要旨】

看護職養成は専修学校・各種学校を中心としていたが看護系大学が増加し、職業教育から高度な専門教育が必要になった。そこで、看護職の専門化についてイギリスが辿った経緯を参照し、日本における看護職専門性を考察し、大学教育の課題を見出した。看護職は当初から専門職だとはされていなかったが、日本では国家資格制度により、イギリスは専門職内の自主規制による資格・業務管理が専門化へとつながっていた。複数の教育課程がある現時点では大学教育が養成教育と継続教育を牽引せざるを得ない。看護職者の確保と同時に看護職の専門化の推進には大学教育が不可欠で、看護職専門性についての教育・研究が深められる必要がある。

キーワード：大学教育、専門化、自律性、看護職養成、継続教育

はじめに

看護職の養成は長らく専修学校・各種学校で行われ職業教育を中心としてきたが、現在、看護系大学は248校（平成27（2015）年度日本看護系大学協議会会員校数）と増加した。医療の高度化、患者中心医療の展開に高度な専門性を身につけた看護職者は不可欠で、大学教育における養成が求められるようになった。また、少子高齢社会の到来による入学生数減少に対応するための大学経営戦略も、看護系大学校の増加に拍車をかけている。これまで医学中心で発展した医療が患者中心に移行し、多職種との連携が重視される中で看護職の専門性は重視されてきている。これまでの看護職の専門性については、自律性から研究したものがあった（菊池・原田　1998：289-302、横山　1999：35-43、山崎　2009：102-9、板山・田中2011：29-38、倉田　2013：1-6）。だが、専門性と自律性の関係については、専門職の特質的要素によれば[1)]、専門性の証だとされる要件（高度な知識・技能の占有、公共的な利益志向の役割の義務）をみたすことで職業としての自律性が付与される、とされていた。そこで、本稿では要件の充足から看護職の専門性について考察するため看護基礎教育と生涯教育に着目し、イギリスにおける専門職化の経緯を参照することで日本への示唆を見出すこととする。

まずイギリスの専門職化の経緯についてプロフェッショナリズムの考え方、看護職養成の変遷、看護職増加の取組み、看護職専門性の保証の４点から整理する。その上で、日本にお

ける看護職専門性について、資格取得のための看護基礎教育と看護職者の生涯教育の２点についてイギリスとの違いから考察を行なう。以上を踏まえ、イギリスの示唆を基にした日本における大学教育の課題と看護職専門性を明らかにする。

専門職とはかねてより「医師、法律家、聖職者」が挙げられ「確立された専門職（old established profession）」といわれており（時井　2002：１）、「プロフェッション化を目指す多くの職業の従事者によってモデルとして受け取られている職業」である（長尾　1980：18-49）。1950～1960年代にかけての専門職に関連する研究においては、「まだ確立された専門職として認定を受け得ない各種分野における職業（例えば、社会事業・教育・看護・図書館司書等）が専門職として、認知できるか否か」の検討がなされ、特徴的要素の充足の度合いに応じた呼称（準専門職・半専門職・パラ専門職）が出現した、とされていた（時井2002：12）。看護職についていえば半専門職だとされ、その理由に、完全専門職より専門訓練期間はより短期、知識の創造よりも伝達あるいは適用のみ、遂行する技術的職務の範囲は不明瞭だが具体的、管理の対象とされ易い、が挙げられていた（天野　1972：30-49）。モデルとされていた職業はもとより多くの職業においての専門化は進み、専門職研究も進展している昨今において、専門職についての再考は重要である。このような観点からも専門職化の経緯を基にし、職業特性から看護職の専門性について明らかにする必要性は高い、と考えられるのである。

１．イギリスにおける専門職の考え方と看護職

イギリスにおける看護の歴史は、「修道院のなかで修道女によって行われていた」中世に始まる（Shelagh 1996：75-82）。ナイチンゲール（Florence Nightingale：1820-1910）は衛生改革および看護・病院改革、看護教育方式で功績を残したが、普遍的で日常的な営みを「看護」として定義し看護に大きな影響を与えた。ナイチンゲールは「近代看護の母」といわれ、イギリスでの看護職養成の概略を鑑みるにあたりその存在は無視できない。ナイチンゲールが着手した衛生改革の背景には、19世紀のイギリスが取り組まざるを得なかった医療衛生改革があった。産業革命により労働者は都市に溢れ、その結果、都市は「劣悪な衛生環境のもとで多くの病害がたえず発生」していた。この改善には①国または地方自治体といった行政による都市の構造的変換、②病害の撲滅に関わる医師・薬剤師・看護師等のプロフェッション化、が必要であった（加藤　2010：177-97）。つまり、専門職化の必然性という土壌があったと考えられる。

イギリスにおける専門職化は、19世紀の工業化の進展から社会的分業が拡大したためであった（村岡　1980：234）。日本の専門職資格はすべて国家試験という制度による保証だが、イギリスでは、必ずしも資格と国家保証は結びつかなかった。同業者が集まり会員が増えるにつれ「権威の確立を目指す動きが現れ」、その後に国王特許状を求めて法人化を図り、法人格が認められれば会則を定め資格付与団体へと転化し、その後、「当該プロフェッションの資格、教育課程、規律などを管理する権威団体としてその地位を確立」した（村岡

1980：235）。

イギリスにおいては専門職にその権威を認めているので、資格を始めとした管理は団体そのものが行うべきで国家の関与は必要とせず、さらに看護職養成と資格取得後の継続教育のあり方にも影響した。養成に関しては以下のような記述があった。

> 医師・看護師をはじめとした医療専門職の業務内容を具体的に規制する法律はイギリスにはない。医師への規制は伝統的に自己規制のみに委ねられていた。そして、医師以外の医療専門職も、GMC（General Medical Council：総合医療審議会；筆者加筆）に倣った資格管理団体を形成し、専門職による自己規制を推進してきた（白瀬　2011：52-63）。

そして、イギリスの養成機関の特色として「日本の大学のように‘学術の中心として’位置付けられるものではなく、職業（看護婦）に必要な能力を目的的に育成する高等教育レベルの専門教育機関と捉えられる」と述べられていた（中嶋ほか　2001：23-39）。そもそもイギリスにおいての大学は、「生活の糧に直結する医術、法律、技術、経営、会計等の専門教育を施すべきではない」というもので、「目的は、技量にたけた医師、法律家、技術者を養成することではなく、有能で教養豊かな人間をつくり出すことにある。」というリベラル・エデュケイションの伝統がみられる（村岡　1980：190）。そして、日本の国家試験、アメリカの州ごとの共通資格試験といった統一されたものはなく、看護法（Nurses' Act）により専門職内の自主規制によって看護婦の資格・業務は管理されてきた。1979年の看護婦助産婦訪問保健婦法の制定後、看護教育制度や看護婦資格登録制度はイギリス看護助産訪問保健中央評議会（United Kingdom Central Council：UKCC）と４つの全国協議会（National Board：イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）が管理してきた（吉田ほか　2000：73-8）。

イギリスにおいての登録前教育プログラム審査、看護婦資格登録というあり方は、専門職に関する責任の所在は専門職にあるとするプロフェッショナリズムに由来すると考えられる。資格取得のための教育プログラムの認定機関は、国家ではなくNMC（Nursing & Midwifery Council：看護・助産審議会）である。このことは、「ヴィクトリア的妥協」といわれる“自由放任と国家干渉”が基底にあるためだと思われた。ここには医業という命に関わる職業であるが故に国家資格として専門職を位置づける、というあり方とは異なる職業と国家との関係性が見て取れる。また、一資格の自律性獲得の経緯が専門性の証としての必然性によるものではなく、歴史的・社会的背景の影響を色濃く受けつつ醸成されていくものだと思われるものである。1858年医師法（21 and 22 Victoria, c. 90）は、「現代イギリス医業制度の根幹を定めた点にある」とされており（村岡　1980：308）、その背景には次のようなプロセスが関係していた。

> 一九世紀のイギリス社会における医師のあり方というのは、専門職たる医師の側の利害によってではなく、あくまでもその医師を選びうる患者、すなわち一般市民の利害によって定められねばならず（＝医業における自由放任の保存）、それゆえ国家の干渉は、その目的を果たすための手段、つまり便宜（＝功利主義としての国家干渉）として登場するほかはなかったからなのだ、ということができよう（村岡　1980：309）。

一般市民の利害と国家の干渉との調整という困難さを解決したのは「ヴィクトリア的妥協」で、その内容は以下のように説明されていた。

> プライヴェイトな領域での不正規医、偽医者の医療行為を認めることで、伝統的な医業自由の原則を貫く一方、公的な領域での医療行為は、これを登録された正規医の特権として保証していくというものであり、その実態は、自由放任と国家干渉のみごとな「ヴィクトリア的妥協」であった（村岡　1980：313）。

イギリスにおいての医師資格に関しては、16世紀前半のヘンリー八世治世における医事改革、その後の18世紀末葉の「医師資格のアノミー（無規律状態）」という経緯を経た上での“ヴィクトリア的妥協”という決着であった。16世紀の医事改革が「上からの全面的な国家干渉として遂行」され、17・8世紀の資本主義の発展時には「自由放任（＝営業の自由）の風潮を生み」だし、政府の政策基調として定着していった（村岡　1980：281）。そして、「18世紀の中葉移行、全国民の健康を一世紀以上にもわたって医師資格アノミーの中に放置し、その最終的な解決を自由放任の成り行きに任せた国」といわれるように（村岡　1980：281）、イギリスは国家干渉と自由放任の両極端なあり方を経験した。村岡は「国民の生命の安全に直接かかわる医業者の専門技能までが自由放任に委ねられ、偽医者の技能と競合させられたという事態」は尋常でないと指摘していたが（村岡　1980：281）、一方で、安易に国家干渉といった統一化に到らない権威への不屈さと自由を併せ持つ国だということも理解できよう。そして、そのような経緯があったからこそ、専門職として必要な能力を自身が選び取るという「自由さ＝自由放任」のあり方にもつながったと考えられる。

このことはアカデミッククレジットにおいて、①看護学校を卒業した看護婦に対して、アカデミッククレジットを取りたい者のためのパートタイムのコースを設定する、②看護婦としての実務経験はいくつかのアカデミッククレジットに換算される仕組み（八代　2000：384-8）、が採用されたことからも明らかである。つまり、イギリスにおいての専門職化の特徴は看護職養成及び資格取得の自由さを尊重し、それをシステムとして設定したことであり、その支援と実現に関わることこそがプロフェッショナルの使命だ、とする考えに表れていると思われる。

２．看護職養成の変遷

2000年に制定された“The NHS Plan”（National Health Service：国民保健サービス）では、「住民の健康への権限と予算が地域のPTC（プライマリーケアトラスト：筆者加筆）に委譲」され[2)]、そのプライマリーケアの実践に地域での看護職の果たす役割が大きいにも関わらず、「NHSでは長期にわたって看護師不足がある」のが実情で、看護職者の増員への対策は不可欠だとされていた（明渡　2007：112-7）。日本のみならず看護職者不足の解決は常に課題であり養成との関わりは大きいが、イギリスにおいては養成の一本化に成功した。1979年に「看護師、助産師、及び訪問保健師法」が制定され、３種の看護専門職が一つに統括管理されることとなり、UKCC（United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting）が責任機関として設立された。そしてUKCCにより「３種の看護専門職の教育基準の改定、登録、行動規範」が示された（明渡　2007：112-7）。その後、UKCCは2002年４月にNMC（The Nursing and Midwifery Council：看護・助産審議会）として設立された[3)]。1990年には「国民保健サービス及びコミュニティ法（NHS and Community Act）」が制定され、「地域・個人ニーズの適切な把握、質の高いケアの提供、そしてそれを可能にする看護職育成へ向けて、教育に重点が置かれるようになった」のである（明渡　2007：112-7）。

次に、Project2000であるが、UKCCが1986年に看護教育改革「プロジェクト2000（A New Preparation for Practice）」をイギリス政府に提案した。これ以前の看護教育は「実践主導型で即戦力なる看護師養成であった伝統的訓練教育」だったが、「学問的教育」へと変換した（工藤　2003：92-100）。Project2000の準学士コースは「看護師の基礎教育を専修学校レベルから準学士レベルにまで引き上げた改革」だといわれており、これ以外にも「クレジット積み立て方式（PREPシステム）の導入」、「過去の教育背景を踏まえながら種々のコースと連携して準学士・学士・修士・博士の取得が可能になるような生涯教育システムを確立すること」を教育改革の目的としていた（工藤　2003：92-100）。Project2000が実施されてからは、イギリス国内の看護学教育は全て大学で３年間の全日制で行われている。

以上の経緯でみられた看護職の一本化と看護師養成教育の高等教育化、全日制での教育、資格に応じた生涯教育は専門性の維持・向上に不可欠で、それを可能にするための教育機関として大学が果たす役割は大きいといえる。イギリスの辿った経緯をみれば、基礎教育における資格取得から有資格者の生涯教育に大学が関わることで患者への質の高いケア提供の保証につなげようとしていることが明らかである。

３．看護職増加へ向けた取組み

NHSは「イギリスで働く50万人の看護師の大半」を雇用しており（James 2005：53-8）、看護労働力の確保および増加は常に課題であった。近藤によると、看護師は「自殺率は他職種の女性の４倍」、「毎年21％が病棟を離れている」、「学生たちの離脱率は17％」だといわれ（近藤　2007：164-83）、一定の看護労働力を継続して確保することの困難さはいずれの国に

おいても同様である。2005年の報告によれば「NHS改革では2004年度までに２万人以上の看護師の増員を目指しており、さらに2008年までに３万５千人以上の増員を目標として設定」しているという（曽根ほか　2005：95-102)。だが、自国の養成では追いつかず「不足する看護師を補うために外国から雇用しているのが現実」だと指摘されており（志賀・平岡 2003：60-3)、短期対策としては外国人看護職の雇用[4)]、長期対策としては自国での高度専門職者の養成、という二本立ての計画だと考えられる。

2007年の報告によれば、NHSが看護師不足対策として講じた「求人活動の活発化、退職者の再雇用、高齢看護師の活用、看護バンクからの派遣などの短期対策」により（明渡 2007：112-7)、NMCへの登録看護者は2000年以降急増した。だが、実質的な純増分は外国人看護師の増加によるもので、結果、外国人の母国の看護教育にまで影響を与えた[5)]。また、看護師の高齢化が進んでいることも看護師不足へ拍車をかけると懸念されていた（明渡 2007：112-7)。特に、コミュニティナースに関しては「コミュニティ看護師は、たいていが必要な能力を習得するために長年にわたって実務経験を積んでいるので、労働人口は他の看護分野よりも高齢で、大多数が35～54歳、そのうちおよそ28％は45～54歳である。」というデータもあり（小林・池上　2003：387-92)、マンパワー不足が看護の質低下につながることが伺える（Mark 2004：59-63)。イギリスの看護師の多くは国営の医療施設に雇用されており、政府がプロジェクト2000の施策を発表したのは「高齢化社会や看護師不足の対応策として、看護の大学教育や上級看護資格者の育成」を実現化させ（小林・池上　2003：387-92)、看護師の地位向上と看護の質改善を目指したためであった。

４．看護職専門性の保証

イギリスについては「伝統的に国営の保健・医療・福祉制度を堅持してきた国であり、日本の厚生行政はイギリスのNHS（国民保健サービス：筆者加筆）から多くを学んできたことから、日本との類似点も少なからず見られ」るため（中谷・早川　1999：445-7)、これまで看護制度および教育に関しては日本のモデルとして研究の対象として位置づけられていた。ここでは、教育体制の概観を1997年と2009年の文献から特色を明らかにし、今後の日本の看護教育への示唆を見出してみたい。

プロジェクト2000の教育コースの修了者は以前と同様の３年間だが、その内容は全く異なる。「登録看護婦の資格と共に高等教育の卒業資格を取得する」ので、次のステップでは短期間の学習で看護学士号を取得でき、永らくイギリスでは「学生が臨床の場で長期間過ごすことによって見つける能力と自信であることが広く認められて」おり、「それは伝統的なイギリスの看護婦教育の長所の１つ」だとされていた（Shelagh 1997：83-9)。それまでは「地区保健所に雇用され」「給料を受け取って」いたが、プロジェクト2000以降は「常勤スタッフとしては数えられない」ようになり、臨床への配属は教育のためであることが保証されるようになった（Shelagh 1997：83-9)。そして、配属に伴う給料の支給がない代わりの支援として「収入調査のない奨学金」があり、特に「26歳以上の学生に与えられる奨学金の額」

は多く設定され、この理由としては、「さまざまな責任や扶養家族をもっているであろう、分別ある学生が看護に入ってくることを奨励する」ためだとされていた（Shelagh 1997：83-9）。臨床で労働力として看護学生を活用することは看護師不足を補うかのようだが、無資格学生による看護の質保障はあり得ない。また、臨床経験は何物にも換え難い学習だが、臨床への配属は学生にとっての学習権の保障であり、同時に患者ケアの質保証の両側面を充たす教育体制が目指されなくてはならない。

それでは次にC. Norrieの報告についてだが、ナラティブの分析であるため主観性を全く排除することは困難だが、欧州連合（EU）の実態を知る資料ではないかと思われる[6)]。看護教育については「1977年、EUの看護教育最低基準が設定」され、最終的には同基準のゴールは「1989年、世界保健機関の会議で合意された（Spitzer et al. 2006）。」のである。教育・継続学習に関しては、「2006年のイギリスNHS職員調査によると、看護師の79％が前年に継続教育を受講（Healthcare Commission 2007）」しており、大学の基礎教育に関しては「看護界の内外から批判」され、その理由としては「あまりにも理論的であり、くだけて言えば、『お上品過ぎて清拭できない、お利口過ぎてケアできない』新卒者を輩出している」というものであった（C. Norrie 2009：59-66）。プロジェクト2000に関しては看護者、看護教員、学生と異なる対象の研究が実施されたことから[7)]、プロジェクト2000への関心の高さが伺えるものであった。医療・看護再構築はより専門化を高めるためのものだが、以下の内容からは現実的な問題がみてとれた。

> イギリスとスペインでは、看護師以外のキャリアを選択する機会が女性に増えたこと、個人主義の発達や使命感の衰退に影響され、看護師が地位を失墜させていることを、それらの語りは明らかにした。特にイギリスでは、専門職の規制強化が導入されているが、これは専門化、脱専門化のいずれとも見なすことができる（C. Norrie 2009：59-66）。

専門職の規制強化の必要性は、基礎教育修了時点と臨床実践の場において求められる能力の隔たり、それと生涯にわたる教育の必要性が高いことを示唆するものでもあった。

> 2002年、イギリス看護・助産審議会という新たな団体が創設され、規制が強化されることになった。この審議会は現在、看護職以外のメンバーも参加し、無能力事例や看護実践の適任性について、より強大な審査権を持つ。イギリスの看護師は３年ごとに再登録しなければならず、1989年以降は、専門職継続教育を受けた証拠の提示を義務づけられている。こうした変化は、一般市民やメディアが看護師を監視しているので、審議会は看護師の能力と知識を証明しなければならなくなったことを示す（C. Norrie 2009：59-66）。

より高度な専門性への移行は専門職の地位向上には違いないが、それは同時に規制と監視の強化という新たな課題への対応を余儀なくされる。脱専門家にならないためには、専門職としての自律性の意識がより重要になると思われた。

イギリスの看護・助産審議会は看護師免許の管理と養成プログラムの認定を行っており、「看護師が支払う登録料・更新料で運営される非営利組織」で[8)]、63万8,000人の看護師が登録をしており約9割が女性である（白瀬　2011：52-63)。NMC（看護・助産審議会）のWebサイトに書かれているバックグラウンドの内容によると「看護・助産審議会（NMC）は、看護と助産の2つの専門職の規定者」だとされており、本審議会の目的は「公共の健康と福祉のセーフガード」で「英国内での実践の適格者としてで、それは教育、訓練、指導、実践と倫理の標準設定によって」なされている。教育と訓練の対象は「見込みの看護師と助産師、看護師と助産師」で、標準が設定されており5年毎にその基準は再検討されるとのことであった。

イギリスにおいての看護関連免許として看護師の処方権があり、「独立／補助的処方者(Independent/Supplementary Prescribers)」の両方の免許を取得する場合、「3年以上の臨床経験と大学卒業相当の学歴を要件」とされている（白瀬　2011：52-63)。処方者になる場合、コースの修了試験に合格しNMCへの登録が必要である。看護師の処方権については、RCN（Royal College of Nursing：イギリス王立看護協会）の戦略と活動が法律改正へとつながった。RCNは日本における看護協会のようなものだが[9)]、1916年に設立され、1977年に独立した労働組合の認証を得ている（吉田ほか　2000：73-8)。RCNのWebサイトによると、看護と助産教育についての教育機関とプログラムについては、大学での「成人、小児、精神健康もしくは学習障害看護のいずれかの現場を専攻」となっており、「全ての看護プログラムは、2013年から学位レベルで提供」されることが明示されていた。その背景としては「技術的な能力と臨床意思決定スキルの高度なレベル」の必要性が伺えた。

イギリスにおいてはNMC、RCNといった看護職関連の団体が活動と教育を支えている。前述した看護師の処方について、その権限拡大には費用対効果、患者の満足度、不必要となる診療予約について検討し証明した[10)]。また、RCNが地道に医療関係者であるイギリス医師会（BMA)、イギリス薬剤師協会（RPSoGB）への理解を求めるといった活動も重要だった。法改革のための議会への陳情、世論調査での支持の拡大といった動きがあってこそ看護師の処方権は可能になり、それと同時に看護師の処方が患者にとって安全であるための訓練を積む必要もあった。

5．イギリスと対照しての日本における看護職専門性

イギリスの社会保障制度を日本は参考にしているが、もともとの制度等の違いがある。また、イギリスのプロフェッション化の経緯と年月の長さからすれば、日本の看護職のそれは短期間での変化だといえよう。だが、専門職化のあり方を参考にし対照することで、日本における特徴もより際立ち、看護職養成における大学教育の課題も明らかになると考えられ

る。ここでは専門性の要件について、資格取得のための看護基礎教育と看護職者の生涯教育の２点からイギリスを参照し考察を行なう。

看護職は、その職業の始まりから養成における主要学科の担当は医師だとされ（私立看護婦学校看護婦講習所指定標準制定、大正４（1915）年)、そのため「看護技術教育としては不十分」なものだといわれていた。当時の開業医は小規模経営であったため看護婦は「家内労働者、家事使用人と同一視され、専門職として遇されはしなかった」との記述があり（木下　1976：22-29)、「封建時代の名残からか医師の手足となり、犠牲的献身を求められ」、さらにはそのような姿を「看護婦像」として刷り込まれた（時井　2002：185)。国外も同様で、看護修道女から始まり職業看護婦として成りたってきたために「1960年代においても、看護婦に『賢い主婦』像が要求された」のである（佐藤　2003：38-48)。看護職にとって「専門職」であることは獲得すべき要素を兼ね備えることで、従属性から自律性への転換ともいえるもので、職業集団としては社会的位置づけを高めることにもつながるものであった、と考えられる。

日本における看護職とは保健師、助産師、看護師、准看護師の４職種のことである（保健師助産師看護師法）[11)]。日本における職種の始まりとは制度としての位置づけで、明治８（1875）年の医制改正において産婆業（現・助産師）を届け出とし、教育制度は翌年の明治９（1876）年の東京府病院内産婆教授所において産婆養成が行われるようになってからである。看護師は明治18（1885）年の有志共立東京病院看護婦教育所（現・慈恵）で養成されるようになり、大正時代になり看護婦規則が制定された（大正４（1915）年、内務省令第９号)。そして、医師、歯科医師とともに保健婦、助産婦、看護婦が医療関係者として制定されたのは、昭和17（1942）年の国民医療法制定によってであった。その後、看護職を規定する保健婦助産婦看護婦法は昭和23（1948）年に制定され、現在の保健師助産師看護師法につながっている。昭和25（1950）年には短大の看護学科が誕生し、その翌年の昭和26（1951）年には准看学校養成所が誕生した。この准看護師は都道府県知事の免許で、前述の保健師、助産師、看護師とは異なり、定義では「医師、歯科医師又は看護師の指示を受け」ることになっている（保健師助産師看護師法・第６条)。だが准看護師は、看護師と同じ「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」を行える（保健師助産師看護師法・第５条)。この点が、イギリスが一本化に成功したのと異なる部分で、日本における看護師と准看護師の関係は、同一業務が可能であっても“指示と指示を受ける関係”にある看護職が混在しており、そのため統一した看護職の専門性は見出しにくい。そもそも准看護婦誕生の背景には当時の女子の高校進学率が39.6％であったことから、看護婦養成の不足が推測され、それを補うための二重の養成体制が考えられていた。

看護職の養成においては人員確保が大きな課題であった。准看護婦の養成に高等学校が加えられたのは昭和39（1964）年に高校衛生看護科が設置されてからで、３年間の修了をもって受験が可能となった。今回、平成27（2015）年６月４日付けで「学校教育法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第46号）が交付され、高等学校等の専攻科修了者の大学への編

入学制度が創設された。改正の趣旨には「子供の発達や学習者の意欲・能力に応じた教育を実現する」との文言があり、看護師養成５年一貫教育（高等学校３年＋高等学校専攻科２年）修了者の大学編入を加速化させる狙いがある。学士号の取得は「専門職としての看護婦の社会的地位を向上させる意味において非常に有効」との見方もあり（中嶋ほか　2001：23-39)、高等学校と大学が連携して看護職養成を魅力的にすることで少子高齢社会の人材確保を行なおうとしている。

以上のことから明らかになるのは、女性がほとんどを占める職種において妊娠・出産、子育てと準夜・深夜業務との両立の困難さを原因とする離職といった状況の中、常に看護師不足の対策は看護職のみならず医療の課題であった。看護職の教育課程が現在に至るまで一本化されてこなかったのは人員確保が優先されたためで、養成課程の多様性は看護職専門性の明確化を阻んでいた。また、看護師と准看護師が存在するという状況は、同一業務を遂行するにしても“指示と指示を受ける関係”が存在し、そのことによって「職業における自律性確立」が明確にし辛い状態だと考えられた。

看護職の業務拡大はイギリスのみでなく、日本においても同様の動きがみられ、勝村久司は「医療における看護の価値観を高めていくようなダイナミックな変革が少しずつ起きようとしている」と述べており、具体的には「薬漬け・検査漬け・手術漬け医療の脱却」、「看護・介護・助産の重視」、「医師中心の医療からコ・メディカルや患者本人も加わったチーム医療への流れ」を挙げていた（勝村　2007：124-5)。さらに、平成27年10月１日に施行の「特定行為に係る看護師の研修制度」（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」）は、これまでの業務範囲の拡大で、専門職としての高度な知識、技術の能力向上を必要とするものである。

看護職者の能力の拡大には教育、訓練が必要で、そのためには事前に教育機関やプログラムを整備しておかなければならない。そして、看護ケア実践および教育、訓練についてのアウトカム達成を証明しなければならず、看護研究の蓄積によるデータの収集と検証性を高めることも重要である。看護職の役割は業務の遂行能力だけでなく、看護実践の評価、研究、政策といった専門職の自律性を支え、能力のある人材育成が重要になってきている。研究によると自律性は常に一定とは限らず、３ヶ国（アメリカ合衆国、カナダ、英国）の病棟看護師を対象とした調査結果では、自律性を高める３つの重要な変数要因は「管理、教育、経験を支持する」で、逆に「独裁的な管理、医師、仕事量」が自律性を減少させると報告されていた（Majd 2004：326-36)。つまり、職務内容に伴う占有と自由裁量の度合い、それらに伴う自律性の担保が専門性の維持、向上に関連することを示唆しており、この点を踏まえた看護職の専門性を考察することが重要になると考えられる。

看護職は長らく職業人としての養成教育を中心としてきたが、教育と研究を両輪とする大学での人材養成が不可欠になってきている。「研究に基づく教育と教育に刺激された研究」（舘　2007：46）を本領とする大学においての看護職養成は、患者のみに還元されるものではなく社会にとっての有益さでもある。大学は教育と研究を分離することなく大学のあるべ

き姿で看護職の養成に関わることによって[12)]、これまでにない医療体制への変革と看護職の活動範囲の拡大に資すことになるだろう。長らく続いた大学教育と学士以外の養成教育、それに加えて看護師と准看護師の養成という教育課程の複数存在は看護職の二極化でもあったが、大学教育がその格差を縮め、有資格者の継続教育の牽引役にならざるを得ない。

イギリスの専門職化の経緯を辿ると国家が関与せず専門職にその養成と管理の権限があった。そこには16世紀の医師資格に関する医事改革やその後の国家との関係、そして19世紀の医療衛生改革といった歴史的・社会的背景の影響を受けつつプロフェッショナリズムが形成されていた。その点、日本における看護職は、戦後の保健婦助産婦看護婦法（昭和23(1948)年公布）により位置づけられ今日に至っており、特に、大学教育を経た看護職者は一気に増加したものの歴史は浅い。そのため、日本における看護職の専門性については、「従属性から自律性への転換」と国家資格としての免許付与による独立的権能、集合的自己規制（職業活動の自律性）の厳守という特性に表れている。しかしながら、イギリスにおける看護職養成の流れや継続教育における大学教育の意義は日本と共通しており、さらにプロジェクト2000以降の「学問的教育」、「看護職の社会的地位向上」、「看護の質保証」については日本においても課題であり、この課題の底辺にあるのは看護職者の確保で、大学教育は学士課程の魅力と継続教育の機会の提供で担おうとしていると考えられた。

総じてこれからの看護職専門性を考えるとき、「確立された専門職（old established profession)」とは異なる専門性のあり方を模索する必要があり、今後は大学における教育と研究により進展することになる。

おわりに

看護職は専門職研究からいえば当初から半専門職という位置づけで、日本においての看護職専門性に関する研究は大学での教育・研究の歴史の浅さから今後の量的・質的な研究の充実が待たれる。イギリスのプロフェッショナリズムの考え方と看護職養成は、日本のような国家資格制度による管理とは異なり、専門職内の自主規制で資格・業務管理が専門化へつながっていた。日本とイギリスを単純に比較することはできない。だが、専門職者の養成、管理はその専門職の責任として遂行すべきであり、それこそが自律性だといえる。看護職増加の取組み、看護職専門性の保証については、イギリスと共通する課題であり、日本看護協会が率先して取り組んできた。今後は大学での教育との連携により看護基礎教育と生涯教育を充実させていくことになる。

イギリスは一本化に成功したが、日本の看護職は未だ“指示と指示を受ける関係”が存在し、その理由としては多様な教育課程の存在による看護職者の確保が考えられた。このような状況における大学教育の課題は、看護基礎教育においては編入生の受け入れ、生涯教育においての看護職者の質向上に資することであった。それと同時に、今後の研究の進展によって職業特性に応じた専門性を明らかにすることも課題である。

注

1）専門職の特質的要素は以下の通りである（時井　2002：12）。①専門職には、長期の訓練・教育を通し高度に体系化・理論化された知識・技術（rational body and knowledge）を身につけることが必要とされる。②その職業集団の成員には、国家又は団体による資格認定が必要とされる。③職業集団自体の組織化と組織維持のため、成員には一定の行為準則が必要とされる。④職務を遂行する際には、営利を目的とするのではなく愛他的動機に従って公共の利益を目的（service ideal）とすることが必要とされる。⑤高度な知識・技術を占有し、それに基づいて公共的な利益を志向する役割が義務付けられる結果として高度の自律性（autonomy）や社会的権限が付与される。

2）トラストとは、1990年以降に始まる大規模のNHS改革の結果、市場原理を取り入れた独立採算制の組織である（明渡　2007：112-7）。

3）参照Webサイト：http://www.doh.gov.uk（2013年２月17日付）。NHSについては以下の文献も参照した。James Buchan（翻訳：伊豆上智子），2003,「看護労働市場に対する英国政府の介入　政策分析」『看護管理』13（4）：276-81。

4）「イギリスで看護教育を受ける看護師が働けるようになるまでには３年間という時間が必要なのだが、国際的採用活動ではそのような長い時間を待たずに看護職員を増やすことが可能だからだ。」（James Buchan 2005：53-8）

5）フィリピンにおいては看護師の海外への流出により、新設の看護学校では学生を指導する中堅スタッフ不足、施設設備不足が著しく、看護師の質低下が起きているという（明渡　2007：112-7）。

6）文献によると使用されたデータは「教育と医療における専門知識：ヨーロッパにおける国家と市民の間に置かれた専門職のワークライフの再構築」と題する第６次EU研究開発枠組計画（Profknowプロジェクト）から収集したとのことであった（C. Norrie 2009：59-66）。

7）入手可能なプロジェクト2000に関する研究は、教員（CROTTY M 1993：150-7，KIRK S. CARLISLE C. & LUKER K. 1997：1036-44）、看護学生（PLEASANCE P I. & SWEENEY J.　1994：1156-1161，LLOYD JONES M. & AKEHURST R. 1999：169-78）、看護者（JILL M C. 1997：246-56，KADER P. 1999：237-45，LINDOP E. 1999：967-73）を対象にしていた。

8）登録が義務付けられる免許は、登録看護師（Registered Nurse）、助産師（Midwife）、地域保健専門看護師（Specialist Community Public Health Nurse）、処方者（Prescriber）である。登録看護師以外の免許取得者は助産師が２万8,000人、地域保健専門看護師が２万6,000人である（白瀬　2011：52-63）。

9）日本の看護職能団体は戦前、産婆・看護婦・保健婦がそれぞれの職能団体を設立していたが、1946（昭和21）年に日本産婆看護婦保健婦協会が結成され、1951（昭和26）年には日本看護協会と改称され、現在に至っている（日本看護協会Webサイト）。

10）「現在の保健師（health visitor）や地区看護師（district nurse）の教育にかかる費用はおよそ約800万ポンドであるが、これによる看護師と開業医の時間の経費節約は年間1,250万ポンドの巨額に達すると予測した。」、「試験実施地区では相対的に評価は高く、看護師による処方を支持する人々は意を強くし、看護師、医師、患者にとっては時間の節約になり、患者の満足度や安全度も増した。」、「現在訓練中の処方看護師が誕生すれば、少なくとも年間250万回の開業医の診療予約が必要なくなることを意味する。」（白瀬　2011：52-63）

11）平成14（2002）年３月より「婦」から「師」への改正が行なわれた。

12）舘は「教育に切り離された研究が主眼なら一般の研究所で行えばいいし、研究に裏打ちされない教育なら専門学校で行えばいいということになる。あるいは、分離の理念にもとづいて大学を改革していくならば、大学といいながらその実は研究所か専門学校であったり、その集まりにすぎなかったりということになる。」と述べている（舘　2007：46）。

引用（参考）文献

明渡陽子，2007,「イギリスの医療制度改革と看護」『インターナショナルナーシングレビュー』30（３）：112-7.

天野正子, 1972,「看護婦の労働と意識　－半専門職の専門職化に関する事例研究－」『社会学評論』22（３）：30-49.

板山稔・田中留伊，2011,「医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、ストレッサー、バーンアウトに関する研究」『弘前医療福祉大学紀要』２（１）：29-38.

勝村久司，2007,「看護師が医療制度改革の推進役となることを望む」『インターナショナルナーシングレビュー』30（３）：124-5.

加藤文子，2010,「イギリス産業革命と19世紀医療衛生政策－ナイチンゲールの業績への社会政策的評価－」『実践女子大学人間社会学部紀要』６：177-97.

菊地昭江・原田唯司，1998,「看護職者における自律性と家事労働分担との関連」『静岡大学教育学部研究報告（人文・社会科学篇)』48：289-302.

木下安子，1976,「医療制度における看護職員の専門性・自律性の問題点、賃金と社会保障」『労働旬報社』696：22-9.

倉田節子，2013,「短期入院が多い小児病棟に勤務する看護師の専門職としての自律性　－小児看護経験年数による比較－」『ヒューマンケア研究学会誌』４（２）：1-6.

工藤桂子，2003,「イギリスのスペシャリストとジェネラリストの変遷　日本の認定・専門看護師への示唆」『インターナショナルナーシングレビュー』26（３）：92-100.

小林美亜・池上直己，2003,「米国・英国における上級看護資格の現状とその意義」『病院』62（５）：387-92.

近藤克則，2007,「「医療費抑制の時代」を超えて」『日本病院会雑誌』２月号：164-83.

佐藤典子，2003,「看護職権限と宗教的伝統　－フランスにおける学校看護婦の自律性とその社会的承認－」『昭和薬科大学紀要』37：38-48.

志賀晶子・平岡敬子，2003,「イギリスにおける看護師不足の現状」『看護学統合研究』４（２）：60-3.

白瀬由美香，2011,「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』174：52-63.

曽根志穂ほか, 2005,「イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状」『石川看護雑誌』３（１）：95-102.

舘昭，2007,『改めて「大学制度とは何か」を問う』東信堂.

時井聰，2002,『専門職論再考　保健医療観の自律性の変容と保健医療専門職の自律性の変質』学文社.

中嶋一恵ほか，2001,「日欧の看護婦（士）養成制度に関する研究」『長崎女子短期大学紀要』25：23-39.

中谷信章・早川和生，1999,「イギリスにおけるケアビジネスの進展　日本もそうなる？」『看護学雑誌』63（５）：445-7.

長尾周也，1980,「プロフェッショナリズムの研究－（１）プロフェッションおよびプロフェッショナル－」『大阪府立大學経済研究』25（１）：18-49.

長尾周也, 1981,「プロフェッショナリズムの研究－（２）プロフェッショナリゼーションの可能性と限界－」『大阪府立大學経済研究』26（3/4）：１-32.

村岡健次，1980,『ヴィクトリア時代の政治と社会』ミネルヴァ書房.

八代利香，2000,「イギリスにおける看護職に対する教育の現状」『看護教育』41（５）：384-８.

山崎由美子，2009,「病院や診療者に勤務する助産師の専門職としての自律性　－分娩期の実践能力および医療過誤に対する姿勢との関連－」『母性衛生』50（１）：102-9.

横山京子，1999,「専門学校を卒業した看護婦（士）の学位取得ニードと専門職的自律性に関する研究」『看護教育学研究』８（１）：35-43.

吉田みつ子・川原由佳里他，2000,「イギリスにみる看護婦資格登録制度」『Quality Nursing』 6 （10）：73-8.
C. Norrie，J. Muller，I. Goodson，F. Hernandez（訳：Hisako Nakaoka），2009,「看護師のワークライフと専門知識：イギリスとスペインにおける事例研究」『インターナショナルナーシングレビュー』32（5）：59-66.
James Buchan（訳：早野真佐子），2005,「看護師の国際的採用活動が政策上に与える示唆：イギリスからの教訓」『インタナショナルナーシングレビュー』28（4）：53-8.
Majd T. Mrayyan, 2004, “Nurses’autonomy: influence of nurse managers’ actions”, Journal of Advanced Nursing, UK, Blackwell Publishing Ltd.
Mark Jones（訳・竹花富子），2004,「イギリスの医療・看護政策と在宅看護　スペシャリストの技術を保持し、ジェネラリストのレベルで質の高いケアを提供する」『インタナショナルナーシングレビュー』27（1）：59-63.
Shelagh Murphy（訳：尾田葉子），1996,「イギリスの看護事情（前編）」『Quality Nursing』 2 （12）：75-82.
Shelagh Murphy（訳：尾田葉子），1997,「イギリスの看護事情（後編）」『Quality Nursing』 3 （1）：83-9.

Webサイト

あゆみ，2015,『日本看護協会とは』日本看護協会（http://www.nurse.or.jp/home/about/jigyou/History.html，2015.9.24）
会員校　大学一覧，2015,『組織の概要』日本看護系大学協議会（http://www.janpu.or.jp/campaign/file/ulist.pdf，2015.9.24）