

## 総 説

# 看護学教育のこれから

—看護学教育の歴史を振り返って—

Perspective on nursing education  
— looking back at the history of nursing education —

松下 年子, 岡部 恵子

Toshiko Matsushita, Keiko Okabe

キーワード：看護学教育, 臨床看護, ユニフィケーション (unification: 結合)

Key words : nursing education, clinical nursing, unification

## 要 旨

専門性の高い看護実践が求められる中で、新人看護師の臨床実践能力の低下が指摘されて久しい。看護学教育の歴史がスタートして120年あまり、看護師の教育年数が3年となって60年が経過した。看護学教育の大学化が進んだとはいえ、現看護学教育は様々な問題を抱えている。そこで、看護学教育の歴史と、看護の専門性の保障を目指した体制づくりや、生涯教育の道を切り開いてきた経緯を振り返り、今後の看護学教育が目指すべき方向性を提案した。教育課程の非単一性や教育年数の問題、離職問題などいずれも教育のみ、臨床領域のみで解決できることではない。看護学教育の内容を精選し、いかに教育が自己完結したところで、臨床との連動や一体化がなければ実践科学である看護学において、教育成果はゼロに等しい。これからの看護学教育には、目前の学生のみを視野に入れるのではなく、率先して教育と臨床のユニフィケーションの促進に努めることが期待される。

### I. はじめに

2009年度の保健師助産師看護師学校養成所指定規則(厚生労働省)改正では、看護を取り巻く環境の変化(高齢化、少子化、疾病構造の変化、医療の高度化・専門化、医療安全対策の問題等)と、新人看護師の臨床実践能力低下(臨床現場とのギャップ)に備えて、統合分野の新設、演習の強化、技術項目の卒業時の到達度の明確化等が謳われている(厚生労働省, 2007)。端的にいえば、看護を取り巻く環境の変化とは、社会がより専門性の高い看

護実践を希求するようになった事態を指し、新人看護師の臨床実践能力の低下とはすなわち、3年ないし4年にわたる現看護学教育が、新人看護師に求められる臨床実践能力の育成を十分に果たしていないこと、または、臨床が切に求める臨床実践能力の側面が、看護学教育で重点を置いている臨床能力の側面と必ずしも一致していない可能性を意味する。

フォーマルな形での看護学教育の歴史がスタートして120年余り、看護師の養成(教育)年数の主流が3年となって60年が経過した(厚生労働省, 1949: 厚生勞

受付日：2008年9月26日 受理日：2008年12月24日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科

精神看護学分野 母性看護学分野

働省, 1947). 看護学教育の大学化が進んだとはいえ、一方で、看護師養成(教育)が未だ「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」のもとで展開されていることに変わりはない。また、認定看護師や専門看護師制度といったより高度な看護の専門性を保障するシステムが整備され、それに見合う人材が流出し始めたものの依然、看護師養成(教育)の最短期間が3年であることにも変わらない。医学や看護学に限らず学問の発展が、それを学ぶ者の学修量を増大させることは言うまでもない。これまでに、専門職を育てる医療系の学部では、最初から6年制の教育課程であった医学部と歯学部を除くと(卒後臨床研修を入れると医学教育は8年)、獣医学部と薬学部が4年から6年の教育課程に変更している。常に、臨床現場に見合う技術、能力の教育を提供できるよう教育体制のメンテナンスを図っているわけである。チーム医療の推進が強調される中で、チームの絶対多数を占める看護師の教育年数が、それらのメンテナンスに連動しないとは、非常に不自然なことである。

2001年から2002年にかけて開催された「看護学教育の在り方に関する検討会」(文部科学省, 2002)では、将来に向けて臨地実習および、そこでの指導体制のあり方、看護実践能力の評価のあり方、院内研修等のあり方が論じられている。最後の院内研修については、日本看護協会の「新卒看護師の早期離職等実態調査」(日本看護協会, 2004)により、新人看護師を迎える病院の多くが、臨床研修に相当する教育プログラムを企画していることが明らかにされており、教育と現場のギャップを臨床研修で補おうとしている現状がうかがえる。また、2005年の「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」では、「新人看護職員の卒後研修に関する意見」として、保健師助産師看護師法改正による、免許取得後の新人看護師への「臨床研修の義務化」等と、それらに加えて、看護師の資質向上を目的とした「基礎教育期間の延長」が、日本看護協会から提案されている(「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」平成17年7月)(田村, 2004)。医療の高度化、複雑化に伴って看護業務の密度は高まり、看護師により高い能力が求められる今日、それに答えるべく看護基礎教育のあり方として、①臨床研修の義務化、②基礎教育期間の延長、③大学化、④准看護師の新規養成の停止は、必須戦略といえるかもしれない。②の教育期間延長と③の大学化の両課題については、現在、看護系大学は4年間かけて看護学教育を行っているにもかかわらず、前述したように、現場のニーズにかなった臨床実践能力の養成ができない状態にある。つまり、大学としての4年間の教育カリキュラムは、新人看護師に求められる臨床能力の教授には至っていないということである。医師や薬剤師の養成

と異なり、看護師の場合はその教育体制が多様であることから(大学や短期大学がある一方で専門学校もあり、さらに准看護師の、看護師国家試験受験資格取得のための養成機関がある)、上記戦略の遂行も当然、複雑で困難な過程となろう。そして忘れてならないのは、周囲の期待に答えるべく看護師を養成(教育)し、輩出し、国民の医療ニーズに耐える看護実践を展開するには、質の高い看護師の離職防止が何よりも優先されなければならないことである。看護学教育の立場からいえば、現場のストレスに耐え得る看護師を養成することが求められていることになる。

以上、21世紀を迎えて8年が経過した今、看護学教育は多くの問題を孕み、次々と新しい課題に直面している。そして、変革に向けて新たな挑戦の一步を踏もうとしている。看護学教育の将来的展望を明らかにするにあたり、これまでの看護学教育の歴史と、看護の専門性の構築および、生涯教育の体制づくりの変遷を振り返り、その上で、これからの看護学教育の軌道を描いてみたい。

## II. わが国の看護学教育の歴史

わが国の看護学教育の歴史を振りかえると、そのはじまりは1885年であり、1860年後半に始まったアメリカのそれと比較して、スタートの時期自体大きく隔たるものではない。しかしその後の日本の看護教育は、戦後の占領軍による看護改革まで遅々として進まなかった。また、看護師を養成する学校の大半は、学校基本法からは傍流である「各種学校」(明治5年に学制が公布されたときより、学校系列からはみ出した形で位置づけられている)という系列に属し、これは、看護師養成の資格基準が国家的規制ではなく、各都道府県の取締規制によって定められていたことを意味する。藤村(1995)は、1975年までの看護教育の歴史を、①独自の看護婦教育機関による養成(明治17年)、②各府県取締規則による管轄、③看護婦規則(内務省令第9号)、私立看護婦講習所指定標準ノ件(内務省令462号)に基づく養成(大正4年)、④文部省認可による専門学校の誕生(昭和10年)、⑤甲種・乙種看護婦養成の複線型化(昭和22年)、⑥看護婦・准看護婦養成の複線型化(昭和26年)、⑦准看護婦から看護婦への積み重ね型の誕生(進学課程の設置、昭和31年)、⑧衛生看護高校の設置に伴う専攻科への積み重ね型の登場、⑨各種学校/専修学校から1県1校看護短期大学設置運動、⑩看護の高等教育化(看護大学、看護学部、保健学部・医学部の中の看護学科または看護学専攻の誕生(昭和22年以降)、⑪大学院構想と生涯学習の中で看護学教育課程を志向する段階、以上11段階に区分している。⑩の看護の高等教育化については、看護系大学の設立がスタートして数十年間は、

大学数は微増したにすぎず、世界に類を見ないスピードで急増したのは1992年から2003年の11年間である。

その推進要因は、1992年6月に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（文部省ら、1992）と、同年12月に策定された基本指針（文部省ら、1992）であり、後者では「質の高い看護婦養成のために、今後需要の増える看護系大学の教員や研究者養成のために、看護系大学・大学院の整備、充実の必要がある」ことが強調された。1991年には11大学であった看護系大学が、2002年には100を超え、2006年の時点では144校（国立42校、公立43校、私立59校）に至った（2008年現在で167校）。大学院も、1991年時点では修士課程が5課程、博士課程が2課程であったが、2006年にはそれぞれ86課程と36課程に増加している（日本看護系大学協議会、2007）。ちなみに、1990年当時の大卒看護師数は466人だったのに対し、その後1995年には613人、2001年には3703人（2001年）と11年間で8倍に増加し、看護師養成機関の入学定員数でみると、近年の看護系大学の入学定員は看護師養成機関の総入学定員の2割を占めている。

以上、わが国の看護学教育を概観するとその目的が、看護師養成（職業教育）から、専門性の高い看護師の教育（専門職業教育）、また看護学の教授に変遷してきたことがうかがえる。それも看護師養成の教育体系を残したまま、看護学教育課程の拡大を図ってきた。そもそも、看護師の養成を目指した看護学教育が、社会の要請（高まる看護師需要を背景に、「即戦力となる看護師を短期間で数多く育てたい」という要望）に応える形で、看護師を養成する学校と准看護師を養成する学校とに複線化したこと（看護の専門性が2本立てとなり、それぞれの専門性ごとに養成機関が誕生したこと）が、看護学教育の複雑化・拡張化の根源である。そして前述したように、国の後押しもあって看護学教育の大学化が進められてきたわけであるが、その根底には、医療の進歩や高度医療技術の推進とともに、看護師に期待される知識や技術の水準がアップし、専門分野の登場によって看護の専門化と分化が進んだこと、それに呼応する形で、国民が質の高い医療や「質の高い看護」を求めるようになった動きがある。質の高い看護を提供するにはまず、「看護とは何か」という問いかけをすることによって「看護の本質」を見極める必要があり、そのためには、看護や看護場面、看護の周辺で起きている現象を整理し、体系化し、理論化していく手続きが不可欠である。このようなプロセスはまさに、学問としての看護学の樹立なくしてはあり得ない。背後には大学の大衆化という歴史的流れがあったものの、看護においてはそうした前提があったの大学化であったはずである。

なお1987年以降、大学卒の新人看護師と、大学以

外の看護師養成学校を卒業した新人看護師の臨床能力等を、比較・検討した調査結果が複数報告されているが（栗原、1987；見藤ら、1989；酒井ら、2003；中西ら、1997）、統計的な所見を得るまでには至っていない。2003年、文部科学省は「看護学教育の在り方に関する検討会」（文部科学省、2004）を通じて、学士課程という枠組みで行う人材育成とその教育課程の特質を、①保健師・助産師・看護師に共通した基本を教授する看護学の基礎の課程、②看護生涯学習のための出発点となる基礎能力を培う課程、③創造的に開発しながら行う看護実践を学ぶ課程、④正確な技術の基礎の教育とともに、人間関係形成過程を伴う体験学習が中核となる課程、⑤教養教育が基盤に位置づけられた課程であること、とまとめた。しかし看護系大学は未だもって、そのカリキュラムを作成するにあたって、大学設置基準（文部科学省）と指定規則（厚生労働省）の2省による縛りを受けている状態であり（ちなみに医師と薬剤師に指定規則はない）、まさに、看護師養成と看護学教育の並存を象徴しているといえよう。臨床現場とのギャップの問題は、「看護師養成（職業教育）」と「学問教育（専門職業教育）」という2つの目的を抱えた現看護学教育の構造と教育年数が変わらない限り、看護界が抱える永遠の課題といえるかもしれない。

### Ⅲ. 看護の専門性の構築—専門看護師（CNS: Certified Nurse Specialist）と認定看護師制度の出現—

看護教育の歴史の中で、1995年と1996年に発足したCNS制度と認定看護師制度はある意味で、高等教育化した看護教育に「実践科学である看護学の教育とは何なのか」というアイデンティティの問い直しをせまった結果、誕生したといえる。実際、看護の高等教育化が進み、現場に大学や大学院卒の看護師が増えても、彼らが直接現場に還元する貢献というのは見えづらかったのかもしれない。そういう中でCNSは、現場の臨床活動や看護師の実践能力向上に直接的な影響を及ぼすエキスパートとしての期待を受けて登場した（もちろんその活動の中の1つに研究活動もある）。それまでフォーマルな形でその専門性を位置づけるシステムがなかった看護界で、看護の専門性を具現化する人材と体制が用意されたといえる。しかし、こうした多大な期待の中で、CNS数は発足後期待するほどには伸びなかった（発足後13年の2008年7月現在で、CNSの登録者数は238名（日本看護協会、2008））。その要因の1つには、CNSの資格を取得するには修士課程（CNSコース）を修了していなければならないことがあげられる。たとえ専門性の向上を志す看護師が数多くいたとしても、彼らにとって、このようなCNS資格取得条件（ハードル）はあまりに

も厳しい。課程修了者数が全看護師数の一握りにも満たない日本では、CNS 候補者そのものが少ないというわけである。その結果、CNS という言葉が現場に周知されるにも非常に長い時間がかかった。ところで、2008 年時点での CNS 登録者を分野別（計 9 分野）でみると、「がん看護」が 104 名で最も多く、2 番目が精神看護の 44 名である（両領域は認定開始年度も早い）。各領域の CNS コースを設けている大学院数も、最も多いのががん看護で 79 校、精神看護が 39 校である（2007 年）。2007 年にがん基本法が施行されたが、そうしたがん医療に対する国民のニーズを早々に、十分に汲み取り、看護の専門性に期待されている役割を認知し、それに呼応する形で自ら動いてきた看護の足跡がうかがえる。

一方、認定看護師制度は、CNS 制度が浸透しづらい中、現場の早急なニーズに応える形で登場した日本独自の制度である。CNS には、現場での「実践」、「相談」、「調整」、「倫理調整」、「教育」、「研究」という 6 つの役割が期待されているのに対し、認定看護師の役割は、現場における「実践」、「指導」、「相談」の 3 つであることが明示されている。認定看護師の受験資格を取得するには、専門とする領域で最低 3 年の臨床経験を持っていることを条件に（看護の臨床経験は最低 5 年が必要）、一定の研修を受けることが求められる。CNS とは対象的に認定看護師の数は、制度発足以降着実に増加しており、2008 年 9 月現在での登録者数は 4458 名に至った（日本看護協会、2008）。ただしこれは日本看護協会が資格授与している認定分野の認定看護師数であり、他に日本精神科看護技術協会が担っている精神科看護の認定看護師がおり、その登録者数は 2008 年 6 月現在で 151 名である（日本精神科看護技術協会、2008）。なお、日本看護協会が資格授与している認定看護分野は計 17 領域で、最も登録者数の多いのは皮膚・排泄ケア（WOC 看護）（818 名）で、次が感染管理（769 名）であるが、がん看護が分化した領域である化学療法看護、がん性疼痛看護、乳がん看護の 3 分野を合わせると 670 名となり、CNS と同じくがん看護も要望が多い（2008 年 9 月現在）。

以上、病院の看護組織では、CNS と認定看護師の出現と今後のその増加により、従来の看護部長、師長、主任といった職位ラインに加えて、専門性の高さを位置づけるラインが引かれるようとしている。一人の看護師が一スタッフの職位をもちながら、CNS の資格や認定看護師の資格をもって病棟間や病院間を横断的に動くこと（1 つの病棟に固定されることなく、院内・外で活動フィールドを得ること）が可能となった。臨床の場で助言を求めている一般看護師に、専門領域に特化した知識や技術を教えることが可能となった。

#### IV. 看護の「生涯教育」の推進と体制作り

看護の高等教育化と看護学的发展とともに、現場では看護の専門性の区分化、識別化が進んでいる。その結果、看護学教育の経路はいつそう多様化・複雑化しようとしている。少なくとも、従来の①看護師養成を目的とするコース（職業教育）と、②看護師の資格取得のみならず学問教育という観点から、看護学の学びを主目的とするコース（専門職教育）（これは、生涯にわたって看護の専門性を高めていくための基礎能力を培う場でもある）に加えて、③現場に還元すべく研究やその手法の修学、理論開発を目的とするコース（大学院）、さらに、④学問教育という観点よりもむしろ、臨床実践における専門性を高めることを主眼としたコース（認定看護師等）の 4 本は、現在の看護学教育の柱といえよう。③と④は、看護の生涯学習に対応した教育機関と捉えることができ、CNS コースは③と④の両目的をあわせもつといえる。

なお、1998 年の学校教育法改正により、「大学卒業者と同等以上の学力があると認めた（大学を卒業していない者）」に大学院入学資格が認められようになってからは、学士を有さない（学部を卒業していない）看護師にも直接大学院に進学する道が開かれた。他に、社会人コースや夜間開講など開講スタイルも多様化してきており、臨床の場で就業中の看護師が就学しやすい体制が整えられつつある。一方、2004 年からは、准看護師が働きながら看護師になるための通信教育制度もスタートした。以上の流れをふりかえると、看護師養成と看護学教育の経路が一層煩雑化してきた一方で、上記准看護師の通信教育にみられるように、その多様性や幅の広がりを収束する道も一緒に用意されてきたといえる。看護師が最初に入学した養成学校や教育機関の如何にかかわらず、誰もが生涯教育という形で看護の専門性を高められるよう複数の道順（選択肢）が、あらゆる段階で用意されているわけである。こうした体制が整備されることで、教育や研究機関だけではなく、現場をも巻き込んだ真の意味での看護の専門性向上が期待できる。

それでは実際に、看護の教育機関数がどのように推移しているかをみると、2007 年における短期大学（3 年課程）、3 年制の看護専門学校、2 年制の看護専門学校の数は 34 校、493 校、214 校であり、短期大学と 2 年課程の看護専門学校は減少傾向にある（3 年課程の看護専門学校は横ばい）（医学書院、2007）。また、看護系大学の増加については前述したが、日本看護系大学協議会の調査によると学部 1 校あたりの平均志願者数は、2001 年が 460.1 人で 2002 年が 494.4 人、それ以降は漸減して 2005 年には 409.6 人となっており、それに対して平均入学者は 2004 年が 79.9 人、2005 年は 81.9 人と、ここに来て若干増加している。一方、大学

院修士課程の1校あたりの平均志願者数・入学者数は、ここ数年減少傾向にあり、2003年の修士課程志願者数は26.2人、入学者数は15.5人であったのが、2005年時には志願者数18.5人、入学者数14.2人になったこと、博士課程も同様であり、志願者数は2001年から2004年まで12.4人から14.3人の範囲にあったのが、2005年には10.4人に減少したこと、入学者数も同期間8.4人から9.7人の範囲にあったのが、2005年には7.5人に減少したことが報告されている。さらに、CNS課程の平均志願者数は2001年で40.6人、それ以降は低迷して2005年は11.0人であったという（日本看護系大学協議会、2007）。以上より、看護学教育の大学化や大学院を含めた高等教育化が推進し、それに伴って短期大学や看護専門学校の数も減少傾向にあるが、あまりにも急速な大学（院）数の増加に、学生数そのものが追いついていけない状況であることがみてとれる。さらなる大学教育と生涯教育の推進をはかるには、入学や進学を妨げる要因を明らかにして取り除いていくことと、特に、就業看護師の生涯教育への自己投入を促すようなインセンティブを、意図的に用意していくことが重要であろう。

## V. これまでの看護学教育と看護の変遷を振り返って

以上、看護学教育の歴史と、看護の専門性の構築および、生涯教育の体制づくりの変遷を振り返ってみた。これらの経緯から読みとれるのは、第1に、看護学教育が職業教育としての看護師養成から、専門性の高い看護師教育（専門職業教育、すなわち看護学の教授）に変貌してきたこと、しかし看護学教育の大学化については、「即戦力となる看護師を育てたい」という社会要請に応じた職業教育と、歩調を揃える必要があったことから、その展開が「看護師養成の教育体系」を基盤としたものであったことである。つまり、現在に至るまで、看護師養成機関としての縛りを受けながらの大学化であったということである。医師や薬剤師養成においてそのような縛りが無いのは、医師や薬剤師の教育が、大学（医学部や薬学部）の教育課程の1つとして位置づけられていること、大学以外に医師や薬剤師の養成機関が存在しないことによる。看護師教育が専門職教育として確立し得ない事態の根底には、看護師養成と看護学教育という2つのコースが存在すること、看護師教育の非単一性の問題が存在する。

第2には、医療水準の進歩とともに看護師にも高度な専門性が求められるようになってきたが、それをこれまでと同じ教育年数で網羅するのに限界が生じてきたこと（卒後直ちに、臨床看護師としての役割を果たせる人材供給にはなり得ていないこと）、かつ、その限界が生じて数十年が経過しているという事実（問題）である。

この問題はおそらく、専門学校や短期大学の3年教育と、大学の4年教育の両者に共通していえることであろう。その結果、積み重ねたその埋め合わせを、現在、臨床側（院内研修）に求めざるを得ない状況にある。一方、臨床は臨床で、専門性の高い看護の提供が求められる中、CNSと認定看護師制度の誕生を機に、これらの制度・体制を浸透させることにより看護の専門性を社会に保証しようとしている。それに伴って、病院の看護組織には、従来の職位ラインに加えて、専門性の高さを指標とした新たなラインが引かれようとしている。

臨床で必要とされる能力を学生に修得させるには、既存の教育年数では限界があるという問題において、最も重要視しなければならないのは、そのような事態をここまで遷延化させてしまっていることである。そこで、第3の事実（問題）として、この遷延化とその要因に着眼したい。臨床で必要とされる能力と、新人看護師のそれとのギャップについては、それを補完するのが教育の場なのか現場なのか、といった論議もあったであろうが、そうした論議においても、両者がそれぞれの立場から方策を提案すれば論議は遷延化しやすい。医学においては多くの医師が、教育と臨床の両領域でそれぞれの役割をもっており、新人医師の技術水準に関する問題が浮上すれば、一人の医師の中で教育と臨床の両問題として取り組むことになる。しかし、医学ほどに教育と臨床の距離が近くない看護の世界では、教育と臨床という立場の違いが考え方や方策の違いを生みやすい。専門性を掲げる職能団体としていかに機能するかは、究極的には教育と臨床がどれだけ統合しているか、一体化しているか、という問題になってくる。そして、ユニフィケーション（結合）を阻みやすい要因の1つが、教育背景の多様性である。教育とは、知識や技術の継承だけでなく、文化の継承という役割を果たしている。教育背景が異なるということは時に、文化や価値観が異なることを意味する。もちろんそれが、話し合いの「場」を作り（全く同じ価値観をもつ者同士であれば、話し合いの必要もない）、話し合いの内容に影響を与えるのである。しかし、教育と臨床が融合するときに、両者の「立場」の違いに加えて、こうした教育背景の相違（文化や価値観の相違）がさらなる躓きになっても決しておかしくはない。結局、教育と臨床の両領域を自分の居場所とする者が少ない状況にあって、さらに、それぞれの領域において教育背景が多様なのである。もちろん、これら看護師の教育背景イコール価値観の多様性は、一方で、人を対象とする専門職である看護師やその組織の武器にもなり得る。なぜならば看護はあくまでも、基本的に多様である「人」を対象にかかわることを業とする職業だからである。多様な文化や価値観を理解できなければ、業務を遂行することはできない。多様な人をケアするにあたって、看護師

の多様性は有利であり、看護師個人にとっても、同一の価値観に基づいた人的環境の中で専門性を磨くよりは、雑多な文化の中で看護の専門性を磨くことに越したことはない。対人サービスであり、実践科学でもある看護だからこそ、鉄則ともいえる。

なお、臨床能力のギャップの問題を遷延化させてしまったもう1つの要因は、看護師の離職の多さであろう。新人看護師が多く入職する現場（病棟）ほど、臨床看護を支えている看護師がギャップ（新人看護師の能力の低下）に直面する。しかし彼らには、この問題を根本的に解決するための時間的ゆとりはなく、そのまま放置せざるを得ないというのが現状であろう。その結果、新人看護師の離職を防止し得ないでいる。また新人時代を何とか乗り越え、病棟に残った看護師は、今度は先輩看護師となって新人看護師の能力低下の問題に巻き込まれ、疲弊し、希望をなくして離職してしまう（もちろん、新人看護師の能力が直接の原因ではないだろう）。いずれにせよ、最低限度求められる専門性の問題について、最も困難や危機感をもつ看護師がその場からいなくなれば、解決の端緒を開くにも至らない。第4の事実（問題）として、看護師の離職問題がある。

次に、CNSと認定看護師制度の誕生から、看護組織に専門性の高さを位置づける新たなラインが引かれようとしていることであるが、ここでいう専門性とは臨床能力としての専門性である。しかし特にCNSは、看護学の教育者としての要件も満たす人たちである。したがって、臨床の場と教育の場をより近づけられる人がいるとすれば、彼らに勝る人はいない。たとえCNSでなくとも、彼らと同じような条件を満たす看護師が増えていくことが、臨床看護と看護学教育の発展を間違いなく保証するはずである。ここでいう条件とは、臨床の場で看護実践ができて、かつ教育の場で教えられる看護師である。そしてこのような人を増やす最も早い方法は、看護学の教員が定期的に臨床に戻ることで、臨床で働いていた看護師が教育を学び、定期的に教育の場に戻ることである。こうした教育の場と臨床の場の交流がユニフィケーションを促進し、看護の問題を問題化する力を強化することにつながるはずである。第5の事実として、ユニフィケーションを保証する人材が増えつつある状況があげられる。

第6としては、送ればせながら看護学教育の大学化も進み軌道に乗った頃から、臨床看護師の生涯教育が可能となるような体制作りが始まったという事実と、今後これがどのように展開されていくかが、将来の、専門性や質の高い看護の実現を左右するという問題（課題）がある。臨床の場にいる看護師が何の抵抗もなく教育の場に戻れることは必須であるが、この抵抗とは職場に対する抵抗もあれば（多忙な病棟で看護師の1人が、一定

期間といえども病棟を不在にすることは、他の看護師に迷惑をかけることになる）、教育の場に対する抵抗もあるかもしれない（学部教育を受けていない看護師が、あらためて学部や大学院で学ぼうとする場合の当惑、学部卒業後数十年してから大学院で学ぼうとする看護師の不安など）。こうしたマイナス要因を取り除き、生涯教育へのインセンティブを高めるような環境整備が必要であり、それには、看護師の離職を軽減させて病棟のマnpowerを確保すること、教育を受けて専門性や資質を高めた看護師が、元の職場に戻る保証と、職位や給料等の条件で優遇することが可能な体制作りが必要である。その実現度がいずれ、看護の質を左右することは間違いないと推察する。

以上の背景を加味して、看護学教育の今後の軌道を描いてみると、まずは、臨床の場への橋を架けることが先決であり、それも、多くの人々が何回も行きかうことが可能なくらいに頑丈な橋を作ることが大切と考える。それがなくして、教育活動の真の目標は達成できない。いくら教育しても、教育された新人看護師の少なくない数が離職してしまうという事実、その後も、熟練する前段階の看護師や、中堅にいたる前の看護師の多くが離職してしまうという事実は、教育活動が無駄になってしまうことを意味している。看護が実践科学であれば、実践されたところではじめて看護の真価を披露できるはずである。そこに行き着く前に新人看護師が離職してしまうのは、また、熟練前の看護師が開花する前に病院を離れてしまうのは、教育成果がゼロにリセットされてしまうことである。さらに、看護師の離職は現場を一層多忙な状況に追い込み、それが、看護師の新たな離職を促進する。このような無意味な悪循環から脱却するためには、看護学教育の立場にいる看護師が、教育内容そのものと同時に教育年数の問題を解決すること、その前に何よりも、率先して臨床と教育のユニフィケーションを進めることが不可欠といえる。後者の改革は特に、病院と大学をはじめとする教育機関の両者を備えた大学病院の、関連教育機関の看護師（教員）に期待されていると考える。ちなみに、教員が研修を経て定期的に臨床看護に参加したり、病棟の教育プログラム案を作成する等の試みは複数報告されている（高田ら, 2001）。

## VI. 看護学教育の将来的展望

最後に、看護学教育と看護の変遷を振り返って確認された事実（問題）に基づいて、今後に向けた、看護学教育の課題を1つ1つ、具体的に述べていきたい。

### 1) 看護師養成（教育）体制の1本化と真の大学化

看護師養成（教育）は、「看護を即実践できる」者を

育てるという視点から生まれた「専門教育」から、「看護の専門性とは何か」を思考することに重点を置いた「看護学」の樹立を経て、専門性の高い看護師養成（教育）、すなわち「専門職教育」へと変貌してきた。しかし依然、既存の養成体制は残ったままであることから、看護師養成（看護師資格取得）コースの数はさらに増えて、その体系はより複雑化している。また、高齢化社会や医療の高度化といった中で社会の要請を受けて展開された看護教育の大学化（看護学教育）であったにもかかわらず、従来の看護師養成の教育体系を基盤とした、厚生労働省から縛りを受けながらの大学化であったために、学問としての抜本的な変革をなし得ていない。以上を踏まえると、看護師の教育体制の1本化と真の大学化は、看護の専門性をより一層発展させるために不可欠な要件といえよう。

## 2) 教育年限の延長

現在の看護教育の不足部分、あるいは実践現場との乖離の埋め合わせは、院内研修等の形で臨床側に求めざるを得ない状況にある。医療水準の進歩等に伴い、看護師には高度な専門性が求められるようになった。それに伝える能力を賦与するには、教育内容の検討とともに教育年限の検討が必須である。これまでと同じ教育年限で、これからの社会需要に応える看護師の養成がなし得ないのは確かである。この問題の解決（教育年限の延長）を、教育と臨床の場にいる看護師がいかに声を1つにして取り組んでいけるかが、将来の看護の専門性の保持を左右する。

## 3) 教育と臨床のユニフィケーション

平成21年度より看護教育のカリキュラムが改正されるが、その主旨は臨床と看護教育の場の乖離（ギャップ）を少なくすることである。臨床で求められる臨床技術等の修得を、教育がなし得ない現状がここまで遷延化してしまった背景には、本問題を教育と臨床の双方で論議する場や、議論の視点が明確にされずにきたことがある。教育と臨床の乖離の問題、その遷延化の背景にある問題は、教育と臨床のユニフィケーションを促進することで間違いなく好転するはずである。特に、今回のカリキュラム改正により新設された「統合教育」の実現は、臨床と教育の場の協力的なしには為し得ず、ユニフィケーションを進める中でこれらの協働が実現し、互いが模索しあう中で、新たな具体的方策が提案されるのではないかと期待できる。

## 4) ユニフィケーションをもたらす教育の場づくり

ユニフィケーションを進めるには、単に看護の知識や技術を語るだけではなく、人間としてのつながりの基と

なる「互いの文化や価値観を理解・尊重する」といった手続きが必要である。看護師の文化や価値観は、看護教育を受ける中で意識的無意識的に身につけていくわけであり、であれば看護教育の多様性が、ユニフィケーションの躓きになる可能性をもつ一方で、多様性のある中で互いの特性と持ち味を共有しあうという真のユニフィケーションを可能にするといえる。そうした一体化を経てはじめて、現状の問題解決と将来の看護教育について方向性を共有できるはずである。そして今、看護系大学院修士課程の社会人入学者が増え、多様な教育背景をもつ看護師が学びあえるようになった。こうした教育の場は、ユニフィケーションを生み出す源泉といえ、こうした教育の場から巣立った看護師はいずれ臨床の場で、直面する問題を教育と臨床の両観点から解決するという重要な役割を果たす。ユニフィケーションをもたらす教育の場作りが、当面は求められる。

## 5) 現状の看護を支えている看護師の負担軽減

新人看護師を多く採用する施設であればあるほど、先輩看護師の負担は大きく、新人看護師の離職者数も多い。新人看護師を指導する先輩看護師は、疲労が重なり、十分な看護ができないことの不満もつり、時に自身の離職に至る。新人を指導する立場にある看護師が指導に関する困難を最も切実に感じており、危機感を感じている看護師が現場からいなくなれば、離職問題はますます収拾がつかなくなる。であれば、現状の中で現場（看護）を守っている看護師の負担をいかに軽減していくかを、看護教育の人も、教育問題の一端として真剣に考えていかねばならない。

## 6) CNSと認定看護師の有効活用 —教育の場からの貢献—

CNSや認定看護師制度が誕生し、病院組織においても新たなラインが引かれようとしており、彼らが独立した職位を獲得するという進展も認められている。一方で、経営に強く影響を与える看護基準を満たすために看護師を確保しなければならぬ中、独立したポジション確保がままならない状況にもある。平成20年、看護研究学会において、「ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか」をテーマとしたシンポジウムが開催され、CNSと認定看護師の有効活用が議論された（宮島、2008）。CNSは看護実践や研究、コンサルテーション、教育等の役割を担い、特に彼らの教育的役割は、臨床と教育の場をより近づけるのに有用である。また、CNSでなくとも、認定看護師のように同様の教育的役割を担う看護師が増えていくことは、臨床看護と看護学教育両者の発展を間違いなく保証するはずである。となると、看護教育の大学化、大学院化、そしてCNS制度、認定

看護師制度といった看護教育の高度化（生涯教育化）を臨床が活かすこと、教育の人は、教育と臨床の全体を概観し、現状を網羅的に把握した上でそれに貢献することが必要となる。

## 7) 臨床看護師と教員の生涯教育

大学全入学時代が目前に迫っていること、看護教育の大学化が軌道に乗り、それと平行して現場の看護師が働きながら学習できる体制が整ってきたこと等から、近い将来、より専門性や質の高い看護が実現されることが期待される。そこで、この期待を保証するのが、臨床の看護師が何の抵抗もなく教育の場に来て、何の問題もなく現場に戻れるシステムの確立である。生涯教育へのインセンティブを高める方策として、修学後の職位や給与等の優遇処置を徹底させるのも望ましい。一方で、看護教育の場にいる看護師（教員）も、生涯教育という観点から、定期的に臨床に戻ることが求められる。そのような体制を構築していくことが教育の立場からは最も実践的で、有用性の高い、「生涯教育化」と「ユニフィケーション化」に向けた戦略といえるのではないだろうか。

## VII. おわりに

看護学教育の歴史と看護の専門性の保障を目指した体制づくりや、生涯教育の道を切り開いてきた経緯を振り返り、看護教育と臨床の問題として読みとれる事実を確認し、今後の看護学教育が目指すべき方向性を総括した。看護学教育そのものの方向性というよりはむしろ、看護という職能団体のあり方といえるかもしれない。その真意は、看護学教育の詳細な内容や各論をいかに固めたところで、いかに完璧に教育が自己完結したところで、臨床との連動や一体化がない限り、実践科学である看護学において、その教育成果はゼロに等しいことの覚知、周知をはかりたいということである。本来ならば、看護学教育と臨床に加えて、研究活動をも含めたユニフィケーションを論ずべきところであるが、3者のそれは、2者のそれが自然に招くものと確信している。2者の融合を基盤に看護の専門性が高まり、さらにその専門性を高めようという段階になれば、自ずと研究活動は活性化するはずである。両者が対等にかかわったところでの研究こそ、実践科学である看護の基本的な研究スタイルといえよう。看護師がかかわる対象そのものに関する研究でない限り（それとて、対象が看護や看護師と隔離して存在しているわけではない）、看護そのものか、看護と看護の対象との関わりに関する研究である限り、臨床との連携なくして研究活動はあり得ない。臨床は看護において常に最先端を走るトップランナーである。そのあとを研究が追っている。看護が実践科学である限り、その順位

が変わることはあり得ない。

## 文 献

- 藤村龍子(1995):教育機関の特質に見る専門職性とカリキュラム構造,看護教育,36,639-644.
- 医学書院販売部(2007):看護学校便覧.
- 厚生(労働)省(1947):保健婦助産婦看護婦令,昭和22年7月3日政令第124号.
- 厚生(労働)省(1949):保健師助産師看護師学校養成所指定規則,昭和24年文部厚生省令第1号.
- 厚生労働省(2007):看護基礎教育の充実に関する検討会報告書,2007年4月.
- 栗原やま(1987):一病棟に大卒ナースのみを配置して,看護,39(1),60-66.
- 見藤隆子,栗屋典子,他(1989):特集 看護教育の短大化・大学化 4年制大学卒のナースを現場でどう活かすか,看護展望,14(10),51-57.
- 宮島朝子,平河勝美(2008):トーキングセッション,日本看護研究学会雑誌,31(3),84-89.
- 文部科学省(2002):「大学における看護実践能力の育成の充実」,平成14年3月.
- 文部科学省(2004):「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」,平成16年3月.
- 文部省厚生省労働省告示(1992):「看護師等の人材確保の促進に関する法律」,1992年6月.
- 文部省厚生省労働省告示(1992):「看護師等の人材確保の促進に関する法律」基本指針,1992年12月.
- 中西睦子,水流聡子,他(1997):専門学校卒・短大卒・大卒の3者比較からみた看護学高等教育の効果,日本看護管理学会誌,1,41-48.
- 日本看護系大学協議会(2007):平成18年度事業活動報告書.
- 日本看護協会(2004):「新卒看護職員の早期離職等実態調査」.
- 日本看護協会 HP(2008):専門看護師,  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html>
- 日本看護協会 HP(2008):認定看護師,  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
- 日本精神科看護技術協会 HP(2008):認定看護師制度,  
[http://www.jpna.or.jp/info/j\\_nintei.html](http://www.jpna.or.jp/info/j_nintei.html)
- 酒井郁子,湯浅美千代,他(2003):【大卒看護師をどう活用し育成するか】看護系大学を卒業した看護職者の活用・育成に対する看護管理者の意識に関する調査から 看護系大卒者の特徴と育成・活用に関する看護師長の認識,看護管理,13(7),517-522.
- 高田法子,平岡敬子(2001):ユニフィケーションモデル

(Unification Model) の検討 臨床と大学の連携と協働の可能性, 看護学統合研究, **2** (2), 1-8.

田村やよひ (2004) :【看護大学創立 50 周年】看護教育の発展の歩みと今後の課題, 保健の科学, **46** (4), 278-284.