

メデイカル・プロフェッションの変容

——職能集団として見た看護婦を中心に——

細田 満和子

今日の医療の現場では、従来の医師を頂点とするヒエラルキー的編成から従事者間の水平的関係性を保つ編成へと、その在り方が模索されている。本稿では、こうした関係性の変化を医療従事者のプロフェッショナルナリゼーションの動きと捉え、職能集団として見た看護婦に注目し、その歴史的経緯を踏まえながら現状を検証し、看護婦のプロフェッショナルナリゼーションにおける問題点と課題とを提示する。

1 問題提起

本稿は、看護婦⁽¹⁾のプロフェッショナルナリゼーションについて、その現状を把握し、社会的な考察を試みるものである。まず、本稿で問題化する看護婦とプロフェッションとの関係性について、当事者の中ではいかなる議論が存在しているのか、概観してみよう。

看護婦の間では、“主体性”“自立”が話題となり、とにかく主体性を持ち、専門職として自立(自律の場合もある)することが緊要であるという議論が多い。従来より「看護婦は主体性を持つべき」とか「看護は自立すべき」という主張はなされており、1987(昭和62)年に厚生省へ提出された「看護制度検討会」の報告では、21世紀に期待される看護婦の第一要件を「専門職として誇りうる社会的評価を受けるものであること」が示されている。その他にも「看護婦の役割を再構成する」ことで「専門職化」するべきことを確認するもの、「看護専門職の自律と役割拡大」を目標として掲げるもの

(中島 [1995:121]) 等枚挙にいとまない。最近でも、1997(平成9)年2月に東京大学医学部成人保健・看護教室を中心に、看護職の主体性に関するシンポジウムが開かれており、依然として看護界の大きな課題であることには変わらない。

これらの当事者の意見は総じて「専門化」ということに集約できると考えられる。しかしながら、看護界における「専門化」という主張の指示する内容はと見てみると、「看護婦は専門分野を持つべき」といっているのか、「看護婦は専門職となるべき」といっているのか、判断の付かないものが多い。それは、ひとりの論者の中でもその主張にずれがあることが見受けられる。例えば自ら看護婦の経験を持つ川島は、看護婦の姿を「専門性」を備え「健康に関わる専門職としての自覚を持つ」(川島 [1977:30])者と言っているが、看護婦が他の医療従事者(主に医師)との関係の中で水平的な位置にいるとは言えない実状を批判的に論じている。つまり、看護婦を専門職であるといいながらも、自律的な職業とはなっていないことを認めてい

るという矛盾が生じているのである。この矛盾こそ、本稿における問題提起の出発点である。

この矛盾は、単に用語の使い方が混乱しているだけでも解釈できようが、看護におけるプロフェッションについての捉え方が曖昧であるという事を意味している。これにひとつの見方を与えてくれるのが、D. オレムの看護婦観である。現在の日本の看護理論にも影響を与えているD. オレムは、看護婦の在り様を職業(occupation)と専門職(profession)とに分けてこういう。「看護においては、……専門職という用語は、高度の専門的実践者になるため専門レベルの看護実践教育を受けた看護婦と、技術的タイプのプログラムで看護教育を受けた看護婦とを区別するための基盤となる」(Orem [1991=1995:391])。オレムの立場は、看護婦がすべて専門職化するというのではなく、一定の動機付けや受けた教育、看護という職業あるいはキャリアに対する指向性に応じて、専門職化してゆけばよいというものと解釈される。しかしながら、こうした看護婦を職業(occupation)・専門職(profession)と分けるといった議論は、日本の論者の間には見受けられない。

このように、看護婦と専門職との関係の捉え方は様々ではあるが、本稿では看護婦はプロフェッションとして見なしうるもので、現在はその途上にあるという主張に注目して、以下で検証、論考してゆく。

2 プロフェッションとは

それではプロフェッションとは何を指すのか。プロフェッションと類似した用語もいくつかあるので、その点をまず整理・確認しておこう。プロフェッションの訳語には定まったもの

はないので、本稿では原語のまま用いるが、「専門職」と訳するのが一般的ではある(石村 [1969:4-5])。専門職、プロフェッションと近い関係にある用語は日本語では、職業、専門家、英語ではエキスパート、スペシャリストなどである。通常プロフェッションという用語が使われる時、そこでは広く職業一般を指すのではなく、職業の中でもある特色を持った職種が語られているのである(Goode [1966]、Freidson [1970b]、Brint [1994])。また、いかなる職業にせよ、職業に従事している人は誰でも自分の仕事を一定の範囲に限定しているという意味で、またそれぞれの領域に通じているという意味で、その道の専門家であり、エキスパート、スペシャリストである。

しかしながら、プロフェッションの定義をしようとする時、伝統的にプロフェッションと見なされている職業の特徴を列挙するものにとどまったり、その特徴を条件としそれを満たしているか否かで、ある職業がプロフェッションであるかノン・プロフェッションであるかを判定するといった議論になってしまう。こうした議論の不毛さは、ボルマーとミルズ [1966] や石村 [1969] 等も指摘するところであり、プロフェッションの定義を行うのではなくプロフェッションへの過程すなわちプロフェッショナルリゼーションに注目する方法の有意義さを示している。本稿ではこれに則り、プロフェッショナルリゼーションを分析するという方法を採用し、実際にプロフェッショナルリゼーションへ向けての胎動期にある看護婦を検証する。その時主にプロフェッションであると一般的には承認されている医師との関係で、看護婦のプロフェッショナルリゼーションに着目する。医療界におけるプロフェッションとして既に社会的承認を得ている医師を対照することは、看護婦のプロフェッ

ヨナリゼーションを見て行く上の手がかりとなると考えるからである。

医療社会学においても医師は、プロフェッションと見なされている。その根拠は以下のようなものである。すなわち①独自の知識体系が存在しそれが社会的に有用であると認められているからということと、②専門的職能集団の「自律性 (autonomy)」 (= 「独立しており、自由で、他からの指示を受けない」) が確保されているからということである (Freidson [1970b=1992:124])。

①独自の知識体系と社会的承認ということは、同一専門職間で通用するだけでない抽象的知識体系が存在し、その修得は困難で、特殊な訓練・優れた知能と技能・高度な判断が必要とされ、そうした専門知が結果的に社会のエリートや一般の人々によって是認されている事を指す。また、②専門的職能集団の「自律性」ということは、サービス内容を提供者自身が行うことが出来ると共に、職能集団が「自己規制 (self-denial)」を有していることである。職能集団内の「自己規制」は、専門家と素人であるクライアントとの間に知識の不平等が生じることから発生する専門家による搾取をなくすために必要な条件でもある (Goode, [1957:196])。そもそも、M.ヴェーバーが「団体 (Verband)」概念において、団体の秩序を外部の人間が制定する他律性に対して、団体員自らが制定することを自律性と意味づけており、ここにその原型が伺える (Weber [1922=1972:78-81])。具体的には、懲罰規定を盛り込んだ「倫理における労働綱要 ("working-codes" of ethics)」を備えた公的な身分団体が必要とされる。身分団体とは、メンバーに対する懲戒規定を持ち、違反者には戒告や除名などの制裁を課す権限を法律によって認められた、公的な自治組織である⁽²⁾。こ

れは、かつてデュルケムが社会のアノミー状態に対して高い道德性を持つ公的同業組合制度の必要を論じた事を出発点とする、職業に対する考え方の系譜に当たろう (Durkheim [1893=1989:25-67])。

以上の論考に依拠すると医師は、①に関しては医学という独特の知識体系を持ち、その有用さは社会的にも認められており、②に関しては「自律性」を保持しているといえる。このことから医師はプロフェッションの典型と考えられてきたのである。専門的職能集団として欧米では「医師会」という団体があり、医師として医業を行うときにはそこに加入することが義務づけられ、また医師会を除名されると医師としての活動はできなくなるのである。

ところが、日本において以上の条件を当てはめてみると、医師は厳密に言えばプロフェッションとして十分に独立しているとは言えないことになる。すなわち上述した条件の②「自律性」に含まれる、専門的職能集団内の「自己規制」という重要な条件が決定的に欠けているからである。欧米では、強制加入の身分団体「医師会」が存在するが日本にそれはない (米本 [1996:39])。強制加入ではなく懲戒制度を持たない「日本医師会」は、懲罰手段を持った医師の自治組織である欧米の「医師会」とは似て非なる存在なのである。それにも関わらず、日本では医師はプロフェッションと見なされているのである。

これは、日本におけるプロフェッションに対する考え方の曖昧さを示すものであり、この曖昧さは、看護婦を職能集団としてみた場合にも通ずるものである。ゆえに、日本におけるプロフェッションの在り方については十分に論考されなくてはならないが、ここでは差し当たってこの議論には立ち入らず、別稿で改めて論じる

ことにする。

3 看護婦のプロフェッショナルリゼーション

それでは、プロフェッションの条件に照らし看護婦を検討してみよう。結論を先取りした形にはなるが、看護婦のプロフェッショナルリゼーションは、従来より主張され現在も進行中であるものの、決定的な問題や課題がいくつか残ること、そしてその問題には周辺職業であり確立したプロフェッションとしてある医師の存在が大きく関わっていることが指摘できる。看護婦のプロフェッショナルリゼーションを困難にしている要因としては、以下に挙げるものが指摘できよう。

- a. 歴史的な要因：歴史的な過程で、看護婦は医師に従属するものとみなされている
- b. 経営上の要因：医師と看護婦は雇用者・被雇用者関係にある
- c. 看護の専門性：看護の技能は特殊なものではなく、誰にでもできる
- d. 学歴：大学卒であることを資格要件としていないので相対的に学歴が低い
- e. 看護学：看護学の未確立。看護は実践における技術であり一般化される知の体系でない
- f. 業務独占していない：法律上看護婦の業務範囲は曖昧である
- g. 女性の仕事：看護は女性に課せられた性役割分担に由来する

以下、これらの要因を、近年の変化も織り込みながら看護婦の現状について概観する事によって検討してゆく。その際、看護婦全体の現状を捉えるというのではなく、aからfまでトピック的に論点を検証してゆく。病院規模や所在地によって、あるいは同じ病院であったとして

も外来勤務か病棟勤務かによって、看護婦の実状は多種多様であり、平均的な像は捕らえにくく、診療所勤務の看護婦や訪問看護を行っている看護婦までを射程に入れて看護婦全体の状況を把握することは困難だからである。ただし、gについては、aからfまでの要因と同列に扱える問題ではないので、看護婦のプロフェッショナルリゼーションを阻む重要な要因として各所でも論じられてはいるが（中島 [1995]、亀山 [1991]、Carpenter [1993]）、将来的に論考することとしてここではひとまず括弧にくくっておく。現状を把握する際には、厚生省統計、各種看護系雑誌や看護系学会での報告やシンポジウム、筆者独自の病院調査を適宜参考にする。

a. 歴史的な要因

一般に知られているように、日本の看護婦の発生の歴史は、明治初期から開業する医師の介助的役割を持つ者として、家事使用人的な待遇で働く女子を源流としており、キリスト教の伝統をくむ病院での看護を主体とした欧米の看護婦の歴史とは出自が異なっている。小規模形態の中で医師の補助として徒弟的訓練法によって養成され、また、住み込みで昼夜を分かたず医師の家族の用事までこなす事が要求されるという看護婦の姿も、広く見うけられてきた。このように看護は医業に従属し、看護婦と医師の間には“封建的”といわれる主従関係が厳然とあったという事は決して昔の話ではなく、現在の准看護婦問題の中にも端的に顕れている。

しかし、こうした状況が長きにわたって存続してきているのは、看護婦がそうした“封建的”な関係性の中で、何ら異議申し立てをしなかったという事ではない。看護婦の異議申し立てを阻んでいる勢力が存在していたのである。「日本医師会」（以下、日医と略記する）が、その

最たるものであろう。特に、1970年代の医師会の影響力は、他の医療従事者にとっても強力なものがあった。

ここで日医の歴史的過程を概観するが、それは日本において今日発現してきている医療における各職種間の相克の発現を理解する一助ともなる。そもそもの日医の原型は、1894（明治26）年に結成された「大日本医師会」であり、その後各地区ごとに医師会ができてゆく。1907（明治39）年に医師法が制定された半年後には政府によって医師法の規定に基づいて「医師会規則」が制定された。そこでは、官公立病院以外の医療施設において医業に従事する医師は、すべてその所在地の都市区医師会に加入を強制される、と定められていた。この段階から、日本における医師会が、もともとは医師全体ではなく主として開業医を対象にした団体であったことが分かる。

1919（大正8）年には「医師会令」が出され、この法令においては官公立病院勤務の医師も加入することが義務づけられ、懲罰規定が盛り込まれることになった。初代会長には北里柴三郎が就任し、この段階では欧米のように職能団体としての医師会が制度上用意されていた。しかしながら、第二次世界大戦後の1947（昭和22）年、医師会改組懇談会が開かれ、医師会はいったん解散された。そしてその後とるべき処置について度重なる討議がもたれ、旧医師会会長の他、13名からなる改組審議会が開かれ、医師会改組要綱が作成された。その要綱では、医師会は「日本医師会」、「群市区医師会」、「都道府県医師会」の3種類に分かたれ、それぞれ「自然人会員」による任意設立制をとることが定められた。また、この要綱では、医師会には懲罰規則を持つ権限は与えられていなかった。こうして日医は、任意加入の職能利益集団にとどま

ることになったのである。武見太郎が会長を務める1957（昭和32）年4月から25年間で、日医は医療行政における唯一の窓口としての地位を得、1970年代の日医は圧力団体として国際的な評価を得るほどに政治の面においても発言力のある強力な組織となった。

この1970年代というのは、アメリカでは医療における大きな変革が見られた時期である。米林[1996:37]は、それを professional liberty から professional autonomy への変化と捉えている。アメリカの職能集団は、従来のような医師個人の独立性をある意味で犠牲にして、職能集団としての自律性を意識し、医療行為の標準化を行おうとしていたのである。それと同時に、人権思想やインフォームド・コンセントの普及によって医師・患者関係にも変更が加えられていった。それに対して日本では、70年代に医療における医師の専門家支配はむしろ強化されていった。武見体制の医師会の強力な権限行使は、医療のことは医師にしか分からないという“医療の専門性の不可侵”という強烈な意識を社会に植え付けていったのである（米林[1988:159]）。

このような歴史の中においても、看護婦の側からも、絶えず異議申し立てはなされてきた。看護婦・准看護婦と二重化された看護婦制度の一本化や、無資格の見習看護婦の就労禁止、看護婦の労働力強化の緩和や待遇改善等を目指して、日本看護協会や日本医療労働組合連合会などが中心となり、日医に対して運動を起こしてきた。しかし、医師会という強固な組織の前にその異議申し立ては屈されてきた。

ところが今日、状況は変容している。1980年代のナース・ウェーブを経て、看護婦の待遇改善は徐々に進んでおり、また長期にわたって看護界最大の懸案といわれてきた准看護婦問題

も、1996（平成8）年12月、厚生省の准看護婦問題調査検討会の報告に、20世紀の早い時期に准看護婦の養成を停止する旨が盛り込まれ、解消への道筋が立てられたのである。歴史的にみて、医師と看護婦とが非対称の関係にあった事は事実であるが、近年にいたってそうした関係性は変化してゆく方向にあると捉えることが出来よう。

b. 経営上の要因

医師が開業している病院や診療所の場合、医師－看護婦関係は、雇用者－被雇用者という関係性をとる。この場合に医師と看護婦の間に主従関係・上下関係が生じることは、容易に見て取れるが、この関係性は日本の診療報酬体系によって助長されているとも考えられる。日本の医療報酬は、出来高払い方式と包括支払い方式になっている。包括支払い方式は、出来高払い方式の問題点を克服する形で、近年登場してきたものであり、老人の入院医療や慢性疾患医療など、患者の心身の特性から比較的費用が安定している場合などに導入されている。包括支払い方式は、1993（平成5）年に療養型病床群入院医療管理料として、1994（平成6）年に老人病棟入院医療管理料として、漸次導入されている。しかし、現在多くの場合には出来高払い方式をとっている。出来高払い方式というのは、個別の診療行為、サービスの内容、使用した医薬品、医療材料に応じて、報酬が支払われるというものである。診療報酬は、中央社会保険医療協議会で審議された点数表によって決められている。

この点数表は、大きく第1章基本診療料と、第2章特掲診療料とがあり、第1章基本診療料では、初診料、再診料、入院料、入院時医学管理料、特定入院料が、第2章特掲診療料では、

検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門両方、処置、手術、麻酔、放射線治療などがあげられている。第1章基本診療料の入院料は、部屋代、寝具代に相当する入院環境料と、看護・看護補助の費用に対応する看護料とから主になっている。出来高払い方式では、看護料は、この第1基本診療料の中の入院料の一部に位置する。すると、入院患者の看護をしない限り、この点数表から看護料は支払われてこないことになるのである。それ以外の外来や検査・手術等の場合、医師の診療行為や薬価の点数は定められているが、そうした医療行為の中に含まれる看護婦の技術や労力については、この点数表の中では認められてはいないのである。

看護婦に支払われる費用は入院料の中に設定されている一定の看護料の中でしか認められていない。この点数表、ひいては日本の診療報酬体系における発想は、看護技術を生産性に寄与しないものと見なして診療技術に従属させるという考え方に通じている。事実、小規模経営で開業している病院や診療所では、医療収入に見合った人件費の配分上、看護職を出来るだけ低い人件費で賄おうとする経済的インセンティブが働く。そこから、有資格で賃金の高い看護婦よりも、賃金の安い准看護婦や無資格者である准看護婦養成所生徒の雇用が図られるという状況も生まれてきたのである。外来の場合には算定されず、また、入院であっても十分なものではない出来高払い方式は、「看護料は、看護婦の人件費の実態も勘定して改正されますが、必ずしも看護料のみで看護婦の人件費のすべてが賄われるとは限らないのです」（厚生[1996:54]）と厚生省保険局医療課職員自らも言明している様に、不完全なものである。開業の医師に至っては、「自らが稼いだ診療報酬の中から、看護

婦に給料を払ってやっている」という意識なのである。

ところで、医師が自ら開業している場合には、医師－看護婦関係は雇用者－被雇用者というものであるが、医師が病院の勤務医である場合には雇用者－被雇用者という関係はなくなる。厚生省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」から1980（昭和55）年と1992年（平成4）の業務の種類別構成割合を比べてみると、診療所の従事者（ほぼ開業医を指す）は減少し続け、逆に病院の従事者（ほぼ勤務医を指す）が増加している。この傾向性は、雇用者から被雇用者の立場に転化してゆく平均的医師像を示している。このことは、今後の医師－看護婦関係が変化してゆく一因となってゆくことだろう。

また、一方では経営面における看護婦の独立の動きも指摘できる。近年訪問看護を行う看護婦が増加しているが、看護婦が独自に訪問看護を行う場合には、看護婦はもはや被雇用者ではない。もちろん現段階での訪問看護体制の多くは病院や法人が経営主体となっはいるが、将来的には看護婦自らが経営に参入してゆく可能性は大いにあろう。

c. 看護の専門性

看護の技能は特殊なものではなく誰にでもできるもの、という云われ方があるが、これは、看護婦の在り方や役割の歴史的経緯に由来するとともに、看護に対する根本的な考え方の違いからくる問題である。

今日看護にも専門的な技能や知識が必要とされている。事実、病院によっては、ある領域に対する専門性が認められた看護婦に専門資格が与えられ、日本看護協会（以下、看護協会と略記する）では、看護婦資格に上乘せした専門看護師・認定看護師というより高度な資格が設置

されている。

まず、より高度な看護の必要性から既に独自の専門看護婦制度を導入している病院の例をいくつか挙げてみる。たとえば聖路加国際病院では、専門看護分野において高度の実践、教育、コンサルテーション、コーディネーション、研究等を行う看護婦を「リソースナース」と位置づけ、各専門分野に応じて、精神科では「リエゾンナース」、院内感染防止では「感染管理ナース」、オストメイトに対するケア等では「ETナース」、病棟における疼痛看護では「ペインコントロールナース」といった専門看護婦制度を設けている。また北里大学病院では、癌看護を専門分野として、癌医療に携わる看護婦や医師、薬剤師、臨床心理士等のコンサルテーションにあたる「O.C.N.S Oncology Clinical Nurse Specialist」、榊原記念病院では、高度の専門性が必要とされるICUやCCUでの看護を行う「循環器専門看護婦（SRN Sakakibara Registered Nurse）」が独自の専門看護婦制度として機能している。東京女子医科大学付属病院では、各疾患ごとに専門看護婦制度「エキスパートナース」がある。同病院では臓器疾患別の病棟構成をしているので、特に看護婦にも専門性が必要とされ、また同時にそうした中から専門性を身につけた看護婦も生まれ、現場での経験と一定の試験を経た後、当該病院から「エキスパートナース」としての認定を受けるのである。

次に看護協会の規定する専門的な看護婦資格を見てみる。専門看護師・認定看護師という制度は、1994（平成6）年度総会並びに1995（平成7）年度の総会において、その概略が決定され具体化が測られてきている。そこでは暫定的なものとしてはあるが、専門看護師と認定看護師の資格要件は次のように定められている。

「専門看護師」になるための要件としては、保健婦、助産婦、看護婦の免許を持つと共に、一定の実務経験があること、大学院修士卒業レベルの教育を受けていることが必要とされ、これらの要件を満たした後に試験が課せられる。認定看護師になるための要件は専門看護師とほぼ同様だが、大学院修士レベルの教育は必ずしも必要でなくより臨床に近く、技術と経験とが基準とされる。

ちなみにアメリカでは、看護婦のプロフェッションとして「スペシャリスト」（看護大卒、修士卒）と、「エキスパート」（実務家の中から）との区別があり、看護協会の専門看護師は「スペシャリスト」、認定看護師は「エキスパート」とみなすことができよう。しかし、現時点では専門看護師・認定看護師の教育要件や資格要件がやっと決定されたという状況であり、継続的に養成するには、教育機関の整備やそこへの入学資格の条件決定等課題は多くある。

これらの事例の意味するところは、いかなる分野においても平均的に仕事をこなす「ジェネラリスト」ではなく、専門分野を持つ「スペシャリスト」としての看護婦が必要とされ、また生まれているという事である。専門性を持つ看護婦の技能は、誰にでもできるというものではなくて、特殊なものである。よって、これらの事例が示すように、看護の技能は特殊でないという認識は今後改まってゆくであろう。

d. 学歴

大学を卒業しているか否かによって専門職としての地位を問われることはないという見方も在ろうが、実際上の問題として、その教育が単純な技能修得の水準以上の理論的学識を必要とする専門職である以上、その教育は高等教育機関で行われるべきであると考えられている

(Bixler, G and R. [1959:1142-1147])。また、医療現場で看護婦は、6年間の大学教育を受けてきている医師が常に傍らにいて業務を遂行するようになっているので、その時には、我々の想像以上に学歴が重い心理的な枷になっているようである。

ここで、看護婦教育機関について概観するが、看護婦養成過程は以下のようにいくつかのルートがある。

- ①高校卒業後、看護婦養成所3年
- ②高校卒業後、看護短期大学3年
- ③高校卒業後、看護大学4年
- ④准看護婦免許取得後、進学コース2年課程
- ⑤准看護婦免許取得後、進学コース3年課程

准看護婦について補足すると、准看護婦の免許取得にも多数の道筋がある。

- ①中学卒業後、准看護婦養成所2年
- ②高校卒業後、准看護婦養成所2年
- ③高校衛生看護学科3年

このうちもっとも多いのが、①高校卒業後、看護婦養成所3年での看護婦教育である。養成所というのは、日本の教育制度では専修学校の扱いである。学校教育法では、小学校、中学校、高等学校、大学（短期大学を含む）、高等専門学校、盲学校、聾学校、養護学校及び幼稚園を同法第1条に定めた学校と見なしており、それらは通常1条校といわれている。学校教育法第1条に定めた学校制度の中に位置づけられた“正系”の教育機関に対して、学校制度上“傍系”の教育機関という位置づけにある専修学校。看護婦養成は学校制度上“傍系”と見なされている学校で行われているのである。

日本において、看護規制が制定された1915（大正4）年以来、看護婦養成教育は大部分がフォーマルな学校制度の中に位置づけられることなく経過してきた。戦前の看護婦教育は、歴

史の箇所でも見たように徒弟制度のようなものであり、戦後GHQの施策で看護婦養成が整備されてゆく中でも、大部分は文部省管轄のフォーマルな学校教育となつてはいかなかった。もちろん、学校教育の中で行われている4年制の看護大学の歴史も皆無であったわけではなく、1952（昭和27）年に高知県立女子大学家政学部に看護学科が新設された事を皮切りに、1953（昭和28）年には東京大学医学部看護学科が新設されている。これは医師の養成が医科専門学校から大学教育へと全面的に移行したのとはほぼ同時期で、以後医学教育は文部省管轄のフォーマルな大学教育システムに一本化されていったのに対して、看護婦教育は専修学校で主に行われてきたのである。

しかし現在は、看護系大学・短期大学の新設が相次ぎ、看護教育が1条校で広く行われるようになるという新たな局面を迎えている。1988（平成元）年にはわずか11校しかなかった看護系大学・短期大学は、1994（平成6）年には看護系大学30校、短期大学60校に増加した。そして、今後の厚生省の方針としても引き続き看護系大学・短期大学を新設し、修士課程大学院も拡充してゆく方向にあるという（厚生白書[1995]）。もっとも修士号や博士号を持つ看護婦は、看護教員となるのが一般的で、現場で直接看護に当たる事はいまのところ少ない。しかし、現場で働く4年制大学を卒業した学士号を持つ看護婦もかなりおり、その数は今後増加するだろう。

こうした傾向に対しては、当然次のような疑問も出されている。「フォーマルな学校学歴、座学は果たして重要なのだろうか」、「大学が上で、専門学校が下か？」（田口[1996-7:521]）という疑問である。しかしながら、教員の数や資格、図書館や運動場などの附帯施設の設置条件

は、学校教育法上の1条校と専修学校とでは大幅に異なり、この点において明らかに専修学校は1条校に比べて不十分なものである。日本の看護婦養成教育を、「専門職教育としては極めて異例」と評価し、現在も存続していることを「不合理」と言い切る杉森[1991:71]に代表されるよう、看護婦養成が専修学校でなされていることを問題化し1条校としてフォーマルな学校制度で行うべきという論調は、今後さらに強まり現実化するであろう。

e.看護学

ここでは知識体系の整備について見て行くと、プロフェッショナルゼーションに必要な独自の知識体系「看護学」は、未だ十分に確立されてはいないという指摘は、看護教育に当たる人の口々から聞こえてくる「看護学を確立しなければ」「看護学は未だ発展途上」という声からも伺える。これまで看護婦の受けてきた教育は、医学教育の簡易版と考えられてきた側面があり、それに対して従来より医学からの独立という文脈で看護学はその確立に向けて進められてきた面が大きい。看護婦教育カリキュラムの推移を見るとその傾向が伺われる。「昭和26年のカリキュラム」では、「内科学及び看護法」「外科学及び看護法」「伝染病学及び看護法」といった学科名になっており、例えば「内科学及び看護法」では備考として全90時間の内60時間は医師によって教授されることが記されている。「昭和42年のカリキュラム」では、科目名も「内科疾患と看護」「外科疾患と看護」等と変わり、医学より看護に焦点を移した名称となり、医師が教授するという規定もなくなったが、まだ不十分であった（看護教育[1993]）。そして現在「看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書」ではさらに看護に重

点を移した「新カリキュラム」が提出されている。これらを比較すると、医学の簡易版といった学科構成から看護の専門性を全面に打ち出した構成へと変化が見られる。

また、看護学の教育目標として、医学が主として病気についての治療であり患者の生活の面は二次的としたら、これに対して看護学はそれぞれの人の健康にあわせた「生活の仕方」に照準を当てるべきという看護理論構築の仕方が提起されている。どうい生活をしたらより健康になれるかを研究した、医学からの借用あるいは医学書の縮約版のような看護学書ではない、看護学の確立・看護学独自の学問体系の構想がなされている。看護婦の役割志向として医学の方向へ向かっている一部の陣営は、看護婦はケアの仕方の指示を出すだけで実際のケアは補助者に任せるとい形態を提示するが、現在の日本では臨床に根ざした看護独自の知識体系の確立と技術の開発への志向が主流である⁽³⁾。

さらに、看護学は実践における技術であって一般的な知の体系として理論化されていないという批判に対しては、個々のケースに応じた看護こそが求められているので、実践における知の重要性こそむしろ強く主張されるべきという反論がある。看護の中には、大切なことであっても記述できない部分があり、それは実践の中からしか知り得ないという。客観性を持ち、一般理論化される「近代科学」に対して、客観化されない個々の現実の側面を捉え直す「臨床の知」の意義を打ち出した中村 [1992]に代表されるように、近年の論調は、実践知の評価へと向かっている。よって、実践知としてあるがゆえの看護学の重要性は、今後一層高まってゆくであろうと考えられる。

f. 業務独占していない

日本において、看護婦の業務は「保健婦助産婦看護婦法」(昭23法203号)で「療養上の世話」と「診療の補助」と定められ(5条)、「主治の医師、歯科医師の指示があった場合を除き診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師、歯科医師が行うのでなければ衛生上危害の生ずるおそれのある行為をしてはならない」(37条)と規定されている。医師は看護婦の業務のすべてを行うことができるようになっており、看護婦が独占できる業務は定められていない⁽⁴⁾。そしてさらに、看護婦の業務は、他のコメディカル⁽⁵⁾との間でもその範囲が不明瞭な箇所が多い。以下、業務範囲が未分化である現状を、医師との場合と他のコメディカルとの場合に分けて概観し、いかにして問題が生じてくるのかを明らかにする。

看護婦が業務を遂行する場合、医師との関係で次の三つの形態がある。

- 1) 医師の指示がなくても行うことができる行為
- 2) 医師の指示がなければ行うことができない行為
- 3) 医師の指示があっても行うことができない行為

コンフリクトが生じやすいのは、1)の、医師が行わなくとも衛生上の危害が生ずるおそれのない「療養上の世話(ケア)」においてである。一般に療養上の世話(ケア)というのは元来看護婦本来の業務内容と考えられており、看護婦の独自の判断と責任において行うことのできる行為であると考えられている。しかしながら一方で、「療養上の世話も、医師、歯科医師の治療方針に従って行うべきであり、また患者の病状などにより、療養上の世話についても、看護婦独自の自由裁量により行うことができる

ものではない」(金川 [1993:53]) といった見解もまた標準的なものとしてある。つまり「世話(ケア)」についても看護婦の専門性が認識されていない、言い換えれば看護婦の業務独占とはなっていないのである。

次に他のコメディカルとの場合である。コメディカルの多くは伝統的に看護婦が行ってきた業務に、新たに参入してきたという歴史的経過がある。それらの職種を業務と対照させて挙げてみると、以下のようになる(この分類は早川 [1996:52]を主たる参考とした)。

- 1) 機能回復訓練・リハビリテーション……………
理学療法士、作業療法士、視能訓練士
- 2) 手術室及び病棟内の医療機器操作・管理…
臨床工学技士
- 3) 老人生活介護・ケア……………
介護福祉士
- 4) 患者生活相談・指導……………
社会福祉士
- 5) 栄養・食事指導……………
栄養士、管理栄養士
- 6) 患者の心理的援助・ケア……………
(臨床心理士?)

1) 理学療法士、作業療法士、視能訓練士、これらのリハビリ士関係は、いずれも国家試験に合格して免許が与えられることにはなっており、医師の具体的指示の下に業務を行うことが義務づけられている(「理学療法士及び作業療法士法」第15条、「視覚訓練士法」第18条)いる。そして主に診療の補助、療養上の世話という業務に就くわけだが、独自の権利・義務については明確な規定がなく、看護婦の業務と競合する場合がある。例えば、理学療法や作業療法を反復継続して行うことになると、「保助看法」にいう看護婦の業務と重複するわけだが、これは、「理学療法士及び作業療法士法」の第

15条1項によって、業として行っても「保助看法」の違反にはならないと定められている。視能訓練士についても、ほぼ同様、その業務において「保助看法」の違反にならない旨の条文がある(6)。

また、ME (Medical Electronics, Medical Engineering) の発達に伴って、2) 臨床工学技士も登場し、その業務は拡大しつつある。手術室における医療機器は複雑化・多様化し、ICUやCCUのような重篤な患者の病室での機械操作・管理については臨床工学技士が重要な役割を持つようになってきている(上林 [1975])。

さらに看護婦にとって業務独占の面でこれからの競合は激しくなると危惧されているのは3) 介護福祉士で、それは現場の看護婦・保健婦や介護福祉士の声から、あるいは看護協会の発行する諸雑誌で頻りに特集が組まれたりしていることから明らかである。看護協会発行する雑誌『看護』の1996(平成8)年特別臨時増刊号では、「看護と介護の専門性と連携」という特集が生まれ、1996(平成8)年の保健医療社会学会大会では「介護と看護における役割葛藤は解決できるか?」というシンポジウムが設けられたりしている。そこでの議論は、看護と介護は双方ケアを主たる業務として行ってきたが、それぞれのケアの在り方は一般の人々のみならず当事者にもはっきりとした区別ができていない現状を確認し、介護とは異なる看護のケアの専門性とは何かを明確化すべき事を促すというものであった。この事から、看護職が介護職の台頭に危機感を抱きつつ、自らの専門性の在り方を模索している姿を伺い知ることが出来る。付け加えておくと、最終的にはこれらの議論の降り立つ点はおおむね、看護職と介護職との間で専門性や業務分担を争っているよりも、まず、医師との従来の関係を解消して

看護婦が自律してゆかなければならない事を確認するという所にあった。

「保助看法」に規定されている看護婦の業務は「診療の補助と療養上の世話」であり、診療（キュア）の面では医師の指示のもとに行うことが明記されている。そして、療養上の世話（ケア）においては医師の指導は受けてもひとつひとつの指示を待たずして行えるとなっているが、その専門性についての業務範囲と評価は明確ではない。また、他のコメディカル職種も、従来医師や看護婦の業務範囲であったものに新たに参入してくるという形を歴史的に取っており、また法律的にも医師が包括的に業務を行え、その下部に諸コメディカル職種の業務範囲が規定されている。歴史的経緯と法的規定で看護婦は、諸コメディカルの業務をほぼ包括的にこなす職種であるが、ケアという部分での業務独占には至っておらず、むしろそれは危うくなりつつあるという現状認識もある。先に、看護はケアという実践知の領域に属することを確認して、今後そうした在り方の重要性が高まる事を指摘したが、この事は諸コメディカルとの関係性において看護婦にとってはアイロニカルなものとして立ち現れてくる。すなわち、看護婦はケアを一般理論化されない経験的な営みと見なすと同時に、ケアの領域を一種排他的に独占しなければならないという逆説的な帰結が生じてくるのである。看護婦にとっては、諸コメディカルに対して自らの専門性を主張し、また業務においてはそれぞれの専門領域を確認しあう事が必要であり、そして同時に医師に対して自らの独自性を承認させる事が困難ではあるが緊要な課題なのであろう。

5 なぜ変化したのか

これまで見てきた中で、f.業務独占していないことが課題として残されるものの、今日に至るまでに看護婦のプロフェッショナル化の気運が高まってきており、それに合わせた状況の変化が起こってきていることが確認できた。ここではその変化の背景と考えられる要因を主に次の2つの点から指摘してゆく。第一点目に医療現場において専門的知識と技術を備えた看護婦が要請されていること、第二点目に看護婦自身の意識がプロフェッショナル化に向けて変化したことである。以下、それぞれを詳しく見てゆくことにする。

まず、第一点目の医療現場からの要請についてであるが、現代の医療現場は、大きなふたつの傾向で捉えられる。それらの傾向は、①医療技術・医療機器の高度化と②高齢化に伴う疾病構造・患者構成の変化で、今後さらに顕著なものになってゆくという。こうした傾向への対応として、医療従事者の編成を再編する必要性が医療従事者自らの側から指摘されている。それは例えば、①に関しては高度医療に対応する各医療従事者の専門性の強化、また②に関しては高齢化社会に対応するための保健・福祉を視野に入れた幅広い対応などである。そして、看護婦はどちらの傾向においても、相応の役割が期待されている。

医療の高度化は従来では困難であった難病の治療を可能にし、病院施設には様々な検査機器・監視装置が持ち込まれた。今日の施設医療においては医師、看護婦、検査技師、看護補助者、事務職等、諸職種がそれぞれの業務を行っており、看護婦は開業医のもとで医師の診療の補助をしている状況とは大きく異なる形態でも従事していると捉えることができる。ここでは、医療の高度化傾向における看護婦の専門性要請についての具体的事例を提示する。今日の高度

医療の現場を見ることで、看護婦の医療場面における役割が病院組織の中で変化し、現場から看護婦への専門性の要請がなされていることを確認する。

専門性が要求される病院施設における看護の現場として、T医科大学病院（以下、T医大病院と略記する）のCCU（Coronary Care Unit）での看護婦に要請される専門的役割を事例として見てゆく⁽⁷⁾。CCUは、心筋梗塞という冠動脈閉塞による虚血性心疾患の集中治療室である。心筋梗塞は、突発的に起こる生命維持に欠くことのできない臓器の障害で、非常に重篤な症状を発現し、急死につながる危険性もある。その発病の予測は困難で、心筋梗塞患者の中で、過去に心電図に冠動脈不全の所見がある者とならない者とは、ほぼ等しい発病率であることが報告されている。心筋梗塞による死亡時期は発症早期に集中し、その原因は不整脈によることが明らかだが、不整脈から急死に至る道筋を立つことで死亡率の改善を図ろうとしたのがCCUである。日本では1967（昭和42）年にT医大病院に設けられたのを皮切りに、各大学病院を中心に急速に普及してきている。一般病棟では対応できない重度の心疾患の患者が入院する高度病院医療の中でも最も専門性が要求される部門CCUでは、看護についても高度の専門性が求められている。3点から指摘しよう。

第1に、機械操作と情報把握についてである。看護婦には、種々の監視装置の提供する情報を記録して機械的に医師に伝達することにとどまらず、それら監視装置の提供する情報を関連づけ、考察することによって患者に必要な看護ニーズを発見する事が求められている。看護の記録（チャートと呼んでいる）には、集中モニターに表示される血圧、脈拍、体温の他、各種点滴の量、輸液や経口による体内への水分摂取量、

尿量が1時間ごとに記録されてゆく。そうした情報をもとに患者の状態の安定や変化を把握し、ポスト（CCUでの治療の直後に移る病室）に出しても大丈夫かどうかを判断したり、例えば尿量が全くない場合には、腎臓に疾患があるのではないかと考え、患者に痛みはないか、皮膚の色の変化はどうかと見に行き、痛みがあるときはその緩和につとめ、さらには透析が必要なのではないかと看護婦自身考察し、医師とディスカッションしたりする。

第2に、精神看護についてである。虚血性心疾患は突然に起こることが多く、患者は日常生活の中からいきなり監視装置や治療機器、数々のチューブといった物々しい装備の中に身をおかれることになる。このことから生じる患者のストレスは計り知れない。また、CCUやICUに伴う重病というイメージから、患者には自分の病気が重いのではないかという不安や心配が生じてくる。こうしたストレスはICU症候群といった精神症状を生み出すこともある。そうした患者の看護には、精神看護を含む心理学的アプローチが必要となる。T医大病院CCUではたとえば音楽療法を取り入れるといった工夫が看護婦によってなされている。

第3に、生活介助についてである。患者の多くは合併症を伴っていたり、体位をわずか30度傾けただけでも脈拍が変化したり、バルーンパンピングや人工呼吸器や点滴など多いときには10本近くのチューブやカテーテルが挿入されたりしている状態である。このような状態の患者に対しては、例えば清拭を行うときも絶えず患者の表情や心電図を見ながら、管類が外れないように、あるいはいったん点滴を中断しながら行うのである。

このように、CCUにおいては機械操作関連、精神看護、生活介助といった諸領域にわたり高

レベルの看護が要求されている。ここでは特にCCUを例に高度医療の場面で看護の専門性が要請されていることを示したが、一般看護の分野においても実は同様なのである。程度の差は多少はあるが、CCUで求められているような機械操作関連、精神看護、生活介助は今日の病院医療では必須なのである。もちろんその他に、患者を実際に観察するという目で見る情報収集によってその状態を把握したり、それに応じた看護方針を決定したりというCCUに限らない看護の基本も、最も重要なこととして看護婦に同時に求められている事も付け加えておく。

また、これは補足的な指摘にとどめるが、医療現場での要請の中で、医療従事者からだけでなく患者からも看護婦に対しての要求が高まってきていることも指摘できる。看護の良さが患者にとっての病院の良さに繋がるという評価の仕方もあり、看護婦に対する患者側の意識が変化してきたこともひとつの要因として考えられる。

第二点目として、上記の様な現場での要請や、大学・短大を卒業するような看護婦の高学歴化、看護学の整備、諸外国（特にアメリカ）の看護婦の状況や看護論を見聞することによって、看護婦自身、プロフェッショナル化に向けて意識が変化してきたことが挙げられる。

看護婦の専門化傾向は、そう古いものではなくここ数十年くらいのものであるという。もちろん従来からも看護婦の専門化を主張する立場もあったがそれはごく一部であり、多くの看護婦自身が看護婦の仕事は医師の補助的な仕事と見なしており、また他者からも看護婦は専門性を持たないかのように思われてきた。例えば、T医大病院でCCUを始めた当時（1969年）、医師が看護婦に心電図の読み方や血圧の見方な

どを教えると、看護の責任者から「医師がやるようなことを看護婦がやるのは困る。看護婦にはそうした技術は必要ない」と言われたという。しかし今日看護婦の意識は確実に変化してきている。看護婦は、医療の現場で積極的に自らの意見を主張しようとし、医療における“主体性”や“専門性”が認められることを求めている。もちろん地域や各病院・診療所によっては、看護婦の意識は従来とそれほど変わっていないという意見もあるが、専門看護師・認定看護師の設置、看護学の整備、看護系大学・短大の設立などに見られるよう看護婦を巡る状況は急速に変化しており、看護婦のプロフェッショナル化への気運が高まっていることは明らかである。

6 残された課題

それでも最終的に残ってくる課題は、f.業務独占に関するものであろう。医療社会学の蓄積を概観すると、医師は医療という業務を独占し、サービス内容の評価を提供者自身が行うことのできる特殊な職業と捉えられるプロフェッション (profession)として特徴づけられている (T. Parsons [1951=1974], E. Friedson [1970b=1992])。翻って看護婦、技師等という職業の場合では、その業務を遂行するに当たっては医師の指示が必要とされているために、プロフェッションとしての自律性は確保されにくい状況にあるという。それは、独自の知識体系を備え、それが社会的に認められた職業であったとしてもである。法律においても医師はすべての医業を行えることになっており、看護婦や技師等はその中の一部を行えるという規定がなされている。

これは、フリードソンが「制度化された専門

技能の階層制 hierarchy of institutionalized expertise] (Freidson [1970=1992:127]) という概念で表した職種間構造と極めて近いものである。すなわち支配的地位にある専門職と、その地位を持たない他の職種 — それが一様に仕事に専心し、職務に献身し、専門的な教育を受けていたとしても — との間には、決定的な相違が存在し、それは階層制となって顕れてくるということである。医療職においては、法律的にすべての業務を行えることになっているのが医師である。この意味するところは、医師が医療における支配的地位にあるプロフェッションであるということである。そこには法制度によって規定された階層制が埋め込まれている。従ってこの議論から看護婦は、たとえ専門教育を受け自らの職務に献身していたとしても、「制度化された専門技能の階層制」ゆえに医師と同等のプロフェッションとはなり得ないのである。

そして、フリードソンによるとこうした階層制が存在しているところ、プロフェッションによって支配された組織で働く人々の間には“疎外”が生じてくるという。「専門家を中核にして組織化された分業体制は、官僚制組織から由来するのと類似した病理現象を抱えている」(Freidson [1970=92:135])。そして、この“疎外”の感情が推進力となって、階層制を解消してゆくということになるのであろう。医療組織における看護婦の場合、自分の仕事の自己評価が出来なかったり、専門分野に関わる意志決定への参加が限定されていたりするので、この議論に沿うと看護婦には“疎外”の意識が生じてくるはずなのである。にもかかわらず、看護婦が階層制の存在によって“疎外”を感じたり、モラルが低下したりする事は少ないのではないか。確かに、そのことにジレンマを感じている看護婦はいるが、それが階層性を克服する推進

力となるほど大きいとは思われないのである。

その理由として考えられる点を三点挙げる。第一点目は、一部の看護婦自らは医師との格差は当然と考えており、医師と同等のプロフェッションと自己規定することがないことである。ここからは階層制に由来する“疎外”は生じてこない。第二点目は、80年代のナース・ウェーブを受けて病院側の待遇改善が進み他の女子就労者に比べると給与水準が高いため、また同じ看護職内では管理職になる道が開かれているために医師との間の階層制に不満をもたなくなることである。第三点目、看護婦は患者との関わりの中で自己の仕事の意義を見いだしているので、“疎外”を強く感じる事が少なくいことである。看護婦は、「看護する喜び」「看護という仕事の魅力」が大きい故に“疎外”の意識が隠され、現在の地位への不満は解消されるのである。

これら“疎外”感の少なさが、今日看護婦が専門職としての条件を着実に備えつつありながらも、プロフェッショナルリゼーションが革新的に進行しない要因であると考えられる。階層制を解消し、看護婦の業務独占を獲得する推進力となるモチベーションは弱い。しかしながらこの課題は、学問を確立し、技術を向上させ、看護の専門性を主張したとしても残り続けるだろう。そして、看護婦がその状況を不満に感じない限り、それは変わらないであろう。不満が顕在化されてくる時、それは変化への推進力が生まれる時である。そうした後、看護婦がプロフェッションとして自律する重要な条件のひとつが充足されたことになろう。

註

(1)以後、「看護婦」と記述した場合、「看護師」を含むものとする。看護業務を行う男子は、当初「看

護人」という名称であったが、1968（昭和43）年6月の法改正によって、「看護師」と称するようになった。

- (2) 自治的な職能団体と法律の制定権を持つ国家との関わりについては現在検討中であり、ここでは留保するが、今後の重要な課題であると考えている。
- (3) アメリカでは大学や大学院での看護学研究が進展しており看護の専門知の拡充がはかられている。また、CNS（Clinical Nurse Specialist）やNP（Nurse Practitioner）といった専門看護師が30年前から誕生してきており、NPにいたっては、医療の必要な患者とその家族に看護ケアと同時に医療行為さえ行う事ができるようになっているのである（イマイ [1996]）。それは医師の医療行為のようにすべてのレベルや範囲ではなく一定のレベルのものであるが、従来医師の業務独占であった医学的診断と医療行為を行う権限が移譲されてきたのである。こうした大学・大学院教育やNPの登場は一面で、医学の借り物的な看護学を是認したり、看護婦そのものの社会的承認獲得に逆行したりする現象とも考えられる。故に、日本ではこうした方向を全面的に持ち込むことはないだろう。しかしながら、アメリカでの事例は今後の看護学の整備と看護婦の地位向上への過渡的な段階として捉える分には一定の意味があろう。
- (4) 看護師については、同法60条によって定められている。また、准看護師については第6条で、都道府県の免許を受けて、医師または看護婦の指示を受けて、傷病者またはじょく婦に対する療養上の世話または診療の世話をなすことを業とする女子と定められている。准看護師と看護婦の業務で

異なる点は、医師または看護婦の指示を受けるということだけで、法律上業務内容は等しく、制限は設けられていない。

- (5) 本報告ではコメディカルという呼称で医師・看護婦を除く医療従事者を指しているが、看護婦を含むか否かは議論の分かれるところである。（平林 [1986:132]、姉崎 [1986:151]）
- (6) 以上は、看護婦の業務独占を侵害するという面から見たものであるが、他方ではこれらの各リハビリ士の業務独占を保証するものも希薄である。リハビリ士関係の法律にはそのいずれにも罰則を伴う業務独占の規定はないのである。現行の法律では、理学療法士、作業療法士、視覚訓練士の免許のいずれも持たぬ者がそのような業務を行っても、各リハビリ士関係の法律で処罰されることはない（富田 [1992:16-17]）。一般にコメディカルの場合、職種として形式的には独立はしていても、実際には名称独占にとどまり、業務まで独占している職種は少なく、これらコメディカルのプロフェッショナルリゼーションには、各職種間の競合が帰結することにもなるのである。そして、現行の法律・体系においては、コメディカルの専門性の在り方・業務分担は曖昧であり、分業におけるコンフリクトは回避しがたいものになっている。
- (7) ここでは筆者が1996（平成8）年5月にT医大病院において実施した準参与観察とヒアリングを基に具体例を記述する。準参与観察は、同病院のCCU（Coronary Care Unit）において、ヒアリングは同病院長、看護部長、CCUの看護主任と複数の看護婦、複数の医師に対して行なわれた。

【引用文献】

姉崎 正平 1986 「医療技術職の役割」 ジュリスト増刊総合特集 No.44 『日本の医療—これから』

Bixler, G.K. and Bixler, R.W. 1959 *The Professional Status of Nursing*, *The American Journal of Nursing*, 59(8).

Brint, S., 1994 *In an Age of Experts: The Changing Role of Professionals in Politics and Public Life*, Princeton University

- Press.
- Caplow, T., 1966 *The Sequence of Professionalization*, in *Professionalization*, Vollmer, H.M. and Mills, D.L. (eds), Prentice-hall.
- Durkheim, E., 1983 *De la Division du Travail Social*. =1989 井伊玄太郎訳『社会分業論（上）』講談社学術文庫
- Etzioni, A., 1969 *The Semi-professions and Their Organization*, Free Press.
- 『Expert Nurse [特集]動き始めた専門看護婦制度』1996 2月号 照林社
- Freidson, E., 1970a *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Univ.Chicago Press.
- 1970b *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc.=1992 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣
- Goode, W.J., 1957 *Community within a Community: The Profession*, *American Sociological Review* 22:194-200.
- 1966 “Profession” and “Non-Profession”, in *Professionalization*, Vollmer, H.M. and Mills, D.L. (eds), Prentice-Hall.
- 羽江 忠彦 1988 「看護婦は福祉社会のニーズにどう応えるか」『保健・医療社会学の潮流』保健医療社会学研究会編垣内出版
- 早川 和生 1996 「看護婦独自の活動とは何か」『看護・臨時増刊号』日本看護協会
- 平林 勝政 1986 「医療スタッフの業務分担と協力関係」ジュリスト増刊総合特集 No.44『日本の医療—これから』
- イマイ ケイコ 1996 「アメリカにおける専門看護婦誕生の経緯を現場で見て」『Expert Nurse』1996年2月 照林社
- 池上 直己 1992『医療の政策選択』勁草書房
- 野村 拓 1976『日本医師会』勁草書房
- 亀山美知子 1985『近代日本看護史Ⅳ 看護婦と医師』ドメス出版
- 1991「日本における看護教育の歴史」『看護MOOK No.37』金原出版
- 神田 祐二 1996「誰にもわかる診療報酬の体系」『厚生』
- 金川 琢雄 1993『現代医事法学』金原出版
- 木下 安子 1972「チーム医療とパラメディカル・スタッフ」川上武・中川米造編『講座現代の医療2 医療制度』日本評論社
- 川島みどり 1977『看護の自立—現代医療と看護婦—』勁草書房
- 上林 茂暢 1975『医療システム化の将来—医療産業の技術論的分析—』勁草書房
- 『看護教育』1993 Vol.34, No.6 医学書院
- 厚生省編 1995『平成7年版 厚生白書』ぎょうせい
- 厚生省医務局編 1976『医制百年史』ぎょうせい
- 厚生省医務局編 1976『医制百年史 資料編』ぎょうせい
- 黒田浩一郎 1992「施設・専門職・科学—近代医療の基本構造及びその成立過程—」園田恭一編『講座・人間と医療を考える5 社会学と医療』弘文堂
- 中村雄二郎 1992『臨床の知とは何か』岩波新書

- 中島 憲子 1995 「看護婦」黒田浩一郎編『現代医療の社会学—日本の現状と課題—』世界思想社
- 大道久・三宅史郎 1984 「医療の高度化に伴うチーム医療」福武直・佐分利輝彦監修 渥美和彦編『明日の医療
5・技術革新』中央法規
- Parsons, T., 1951 *Social Structure and dynamic Process: The Case of Modern medical Practice*, in T.Parsons, *The Social System*, Free Press, chap.10. =1974 佐藤勉 「社会構造と動態的過程——近代医療の事例」『社会体系論』
青木書店
- 杉森みどり 1991 「看護教育制度の現状と教育機関」『看護MOOK No.37』金原出版
- 寿里 茂 1993 『職業と社会』学文社
- 田口 正夫 1996-7 「看護大学への疑問」『看護教育』37/7 医学書院
- 富田 功一 1992 『コ・メディカルの医療行為と法律』南山堂
- Vollmer, H.M. and Mills, D.L. (eds) 1966 *Professionalization*, Prentice-Hall.
- Weber, Max 1922 *Soziologische Grundbegriffe*. =1972 清水幾太郎訳『社会学の根本概念』岩波文庫
- 米本 昌平 1996 「先端医療と生命倫理」『SUT BULLETIN 4 1996』東京理科大学出版会

(ほそだ みわこ)