

英国のヘルスケア事情

～緩和ケアと看護職の現状～

横山 利枝

筆者らは看護管理の視座からの研究を行うにあたり、諸外国の医療制度政策と看護について文献を中心に検討している中、この度イギリスのヘルスケア事情について視察研修の機会を得た。

イギリスでは半世紀以上前に「ゆりかごから墓場まで」と国民すべてが誰でも医療にアクセスできるように始められた医療政策であったが、掛け声とは裏腹に、その優先順位は急性期医療とリハビリテーションであった。そして今日、先進国が財政や人口問題を背景にヘルスケア問題を抱えている中イギリスも例外ではない。とくにイギリスの緩和ケアの実情から、我が国の看護職への示唆を得たので報告する。

イギリスは、イングランド・スコットランド・ウェールズ・北アイルランドの4つの非独立国の集合体で、国土面積は日本の約3分2、人口は6千万人で日本の約2倍に相当し、宗教はキリスト教が大半を占める。

イギリスと我が国の、人口および高齢化率、平均寿命は以下表1に示すとおりである。

表1 人口および高齢化の推移

	総人口	高齢化率	平均寿命（男）	平均寿命（女）
イギリス	61,565,000人	15.7%○	78歳	82歳
日本	127,156,000人	22.1%○	80歳	86歳

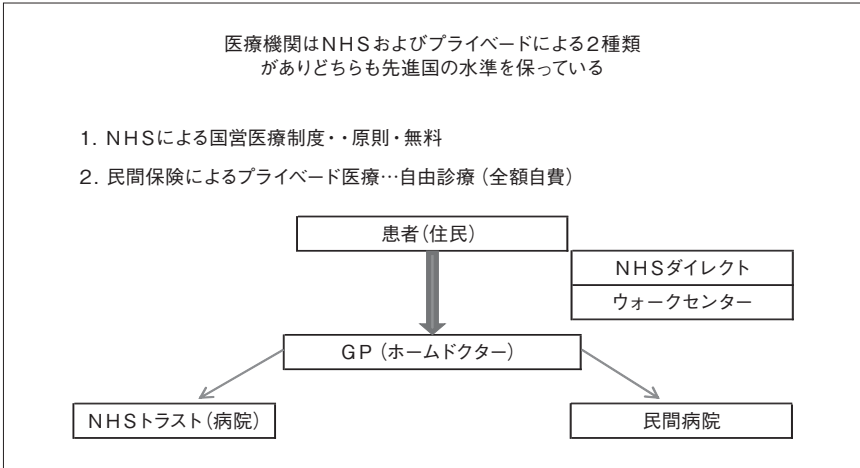
出典：OECD ヘルスデータ2010 WHO 世界保健統計2011を参考に作成

イギリスでは日本の厚生省に相当する“Department of Health”で、病院を管理する組織はナショナルヘルスサービス（National Health Service以下 NHS）と呼ばれている。

英国の医療機関には、NHS のものと、プライベート医療（約1割）によるものとに分かれるが、公的医療機関が中心の医療提供体制でその特徴は以下のとおりである。

- (1) 4つの非独立国の NHS は微妙に異なるが、地域別又は機能別に設定されたトラストと呼ばれる組織が、医療サービスの提供主体となっている。
- (2) 原則として、全ての国民が原則無料で保健医療サービスを受けることができる。但し、歯科治療や眼科治療、患者負担の薬剤などは対象外である
- (3) 保健医療サービスは、租税を主たる財源とし、公共サービスとして位置付けられているため政治的な影響を受けやすい。
- (4) GP（General Practitioner）制度が導入されている。国民全員がかかりつけの GP を持っている。フリーアクセスではない。但し登録 GP の選択や登録先の変更は可能になっている。イギリスで病気になったら、図1に示すように、登録している家庭医 General Practitioner（GP）を受診し、GP が必要と判断した段階で公立病院へ紹介される形をとる。

図1 イギリスの医療制度の概要



筆者作成

しかしGPに予約を取るだけで時間がかかり、また登録していないGPにはか
かれない。さらに、GPから紹介されて公立病院で予約を取るだけでも場合によ
っては数ヶ月待たされるという。その結果、命にすぐに影響のない症状、例
えば老人の股関節の手術などは2年も待たされるため、個人で保険に加入し、
早く治療を受けたい人はドイツやフランスの病院が受け入れを始めたので、海
外にまで患者が出かけて行って手術を受けることもある。

そして、やっと入院できたと思っても病床不足、閉鎖、また医師が不足で手
術のキャンセルもある。又いったん入院して手術室の手前まで来ても「医師が
いないので帰宅して結構です。次回は2ヶ月先になります」などということも
実際生じている。加えて誤診の多さも報道されている。英国在住の日本人の情
報でも緊急医療の待ち時間8時間、歯の治療に半年待ちその他にも、日本では
信じられないような話が漏れ聞こえるなど、色々と問題が生じている。

最近では、患者の方が治療に関する情報を先に入手し、医師や看護師にそれ

を求めるようになってきている。さらに、医療の進歩により取り扱う疾病や技術が増え、患者の治療に対する期待感が高まり、要求が増えていることや、肥満による糖尿病の増加と長寿化により、長期に渡って治療を要し自宅から近い病院での治療や在宅療養の希望も多く、在宅看護の重要性が増している点については日本と同じような傾向にある。

- (5) 訪問看護等の医療サービスは国民保健サービス（NHS）として、福祉サービスは、地方自治体を中心に対人社会サービスとして、税方式で提供されている。
- (6) 病院への診療報酬支払いは、予算制は廃止され、疾病群包括払い方式（Payment by Results）になっている。また国と地方自治体との連携では地方自治体の財政力による地域差がある。現在 NHS への財政支出削減が求められている。その結果、NHS の中央統制が緩和され、地域への権限移譲が進みつつある。

1. イギリスにおけるホスピスの歴史と在宅ケア

ホスピスとは、元々は中世ヨーロッパにおいて、旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会のことを指し、旅の巡礼者が病や健康上の不調で旅立つことが出来なければ、そのままそこに置いて、ケアや看病をしたことから、看護収容施設全般をホスピスと呼ぶようになったと言われている。

近代的ホスピス始まりは、宗教・文化・政治などの様々の歴史の中で準備されたといえる。

中世のイングランドおよびヨーロッパ大陸の田舎では、ホスピスの対象は特別な病気の者ではなく、貧困者、高齢者、虚弱者、巡礼者に親切さ（hospitality）と身の回りの世話（care）を提供していた。そのような意味で、初期のホスピスは、病者、貧者、虚弱者そして死にゆく人たちを等しく世話する、包括的な

ケア提供の先駆者であった。そして、近代ホスピスは、その先導者達の名前をつけることで、サービス提供主体の宗教団体が秘めていた使命と倫理を、自覚的に維持しようとした。また、女性の宗教的規律は19世紀に拡大した。それは、地域社会における貧者の救済や教育と同時に、死に行く人たちへの世話も含まれていた。また、博愛主義（philanthropy）は当事のホスピス運動の拡大に重要な役割を占めていた。それは、英国とアイルランドでキリスト教徒の自主的義務として行われた。また、それは、同時に中流階級の行動基準・規範として重視され近代思潮の影響を受けた地域性の強いものだった。

そして後の近代ホスピスが地域性の強い慈善ホスピスとして急成長することと大きく関係している¹。

イギリスではホスピス（有床施設）の殆どが、在宅ケア組織（医師・看護師・ソーシャルワーカー）を持っており、ホスピスの80%が地元住民からの募金で運営している慈善組織である。入院病床を持つホスピス数は253施設（約3,400病床）で、そのうち募金により運営されている施設は189施設（2,800病床）であると報告されている。

イギリスにおける在宅死は27%を占めるが、病院にホームケアチームが付設していない場合、自宅での死亡率は必然的に高くなる。ヒントンらによる St Christopher's Hospice のホームケアプログラムの77名について毎週面接を行った研究がある。これらの人たちはケアの90%は自宅で行っているが、その内29%の人が自宅で死亡、30%の人は1～3日入院、41%の人がそれよりも多少長い間入院したが、殆どの場合14日以内であったと報告されている。

大規模の慈善団体がやっている在宅ホスピス活動には「マクミラン・キャンサーサポート」と「マリーキュリー・キャンサーケア」が有名である。

¹ 加藤恒夫「イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状」海外社会保障研究 Autumn 2009 No. 168

マクミラン・キャンサーサポートは、1911年に設立された長い歴史を持つ慈善団体で、専門職を育成しNHSの活動を補完する形で派遣している。数年間はマクミラン・キャンサーサポートが人件費を負担して、その後はNHSが引き継ぐという形で各地に専門職を派遣している。

後者のマリーキュリー・キャンサーケアは1948年に設立され、イギリス各地に有床施設としてのホスピスを建設し在宅ケアにも力を注いでいる。ここでは独居者が在宅死を希望する場合、最期の48時間付き添ってケアをする訪問看護師を派遣するユニークな活動を行っている。

以上のように、英国には在宅でケアをするチームが400以上あり、ファミリードクターとディストリクトナース（地域看護婦）がその任に当たる。

訪問看護は、家庭医（GP）や病院看護師やソーシャルワーカーからの依頼や直接住民から依頼されることもある。依頼内容を評価して訪問看護の必要があると判断すれば訪問看護を開始する。しかしイギリスの場合は、日本とは異なり家庭医からの訪問看護指示書を必要としてない。

2. セントクリストファーホスピス（St Christopher's Hospice）

ここは1967年に、ロンドンの女医シシリー・ソングース女史により近代ホスピス第1号として開設された世界的に注目されている施設である。その後1969年に在宅看護を開始し末期で死に行く場所として、家に帰りたい患者に不十分な在宅治療・看護のため、GP（地域の家庭医）とソーシャルワーカーと協力し、ネットワークを作り24時間体制を確立し、痛みは身体だけでなく、精神的、情緒的なトータルペインであることを発信した。

対象疾患は悪性腫瘍が中心であるが、難病やエイズなどの終末期患者も受け入れ、症状マネジメント、心理社会的問題、家族のケア、ケアの質の評価など、多職種によるチーム編成で包括的なケアの実践と緩和ケアに関し、臨床研究を

実施している。そして患者は病院、ホスピス、家庭と、その時々適切な場所に移り、継続したケアが受けられるようになっている。

本施設では創立者であるシシリー・ソングラス女史による設立の経緯、女史の生涯、病棟の看護体制、教育、ソーシャルワーカーの役割、教育、研究、ケアの3つの機能について説明を受けた後、広大な施設内見学を行った。

シシリー・ソングラスは、第2次世界大戦中にセント・トーマス病院²で看護教育を受け、ナースとして働いていたが背が高く腰を痛めた為、数年で看護師を諦めている。その後、オックスフォード大学でメディカルソーシャルワーカーの資格を取得した。ソーシャルワーカーをしていた時（1947年）に、初めて受け持った末期がん患者デービッド・タズマ氏（ユダヤ系ポーランド人、ロンドンに亡命中の30歳代の末期患者）との出会いが契機となり、彼女をホスピスへの夢に向かわせた。

当時は、疼痛緩和のためのモルヒネは中毒になる恐れがあるため、極端な痛み時しか使用しない時代であった。痛みで苦しんでいる彼に「どんなことをしたいか」と尋ねると「死に行く人の痛みを和らげるような場所を作りたい、僕はその家の窓になりたい」という言葉と、彼の遺産の500ポンドがこのホスピス設立の動機と最初の寄付金となったという。寄付金は1960年度では500ポンドから5,000ポンドまでに拡大し、1967年ここを設立した。

ソングラス女史は1950年代に「痛みを和らげる場所を作りたい」と医師に相談をしたところ、その医師から「一番に君が医師になりなさい」と言われ、末期癌患者の諸問題を解決するには医師になる必要があると痛感し、ロンドン医学校に入学し1957年39歳で医師となった経緯がある。

² 1173年創設、1859年に国会議事堂からテムズ川をはさんだ正面の場所で再開。この病院は、フローレンス・ナイチンゲールが1860年にナイチンゲール看護学校を設立したことで有名。

その後、医師として臨床と研究を重ね、がん末期患者に対するモルヒネ鎮痛方法を研究した。そして1984年代に60歳代で結婚し、その後は外国に行って英国での自らの取り組みを紹介している。

晩年、女史自身も乳癌になったが「自分も体験できてうれしい」と言い、その後骨転移を起こし、2005年7月14日に87歳でこの世を去っている。

ソングース女史は「なぜ、あなたが重要か。あなたは最後の瞬間まで人間として自分自身のためにできるだけのことをした。最後だとわかっているが、恐怖をなくしたい。最後の最後まで生き続けてほしい。痛みを伴わないリラックスして安らかな迎えにしたい、そんな人の声なき声になる」ことを基本に、末期癌患者へのケアは一般病棟では限界があり、特に疼痛コントロールに関しては不十分という考え方に至り、ここにホスピスの原点である施設を建設し、薬物と看護を提供したため、現代ホスピスの母と呼ばれている。

シシリー・ソングースの業績が認められた理由について、彼女の強い使命感、取り分けキリスト教的文化の影響を受けている。また彼女の執筆活動は、ターミナルケアの特徴を医師、看護師、ソーシャルワーカーなど、医療関係者たちの議論の俎上に載せ、英国が持つ強力な社会システムのネットワークに? がったことが挙げられている。

本施設の運営資金は1,300万ポンドの予算で、NHS 制度から3割、残りの7割は寄付金で運営されており、英国の伝統と文化を垣間見た思いであった。ソングース氏が掲げるビジョンは、「心理・社会・スピリチュアルの痛みの上に身体的疼痛がある」というものであり、「窓」が一つのキーワードである。

この「窓」は、「いろんなものが見える窓」であり、「窓」からみえる心の広がりが必要であり、「窓」を開放することにより患者と医療者との双方向関係を意味づけている。つまり、緩和ケアは、「ケア」「教育」「知識=研究」の三身一体であるという考え方から来たものである。

職員約330人のうち230人の臨床専門家、1,000人のボランティアで構成され

ている。

入院施設は4病棟48病床で1病棟12名の患者数である。看護師1名に対して患者の割合は1.5名で、日本の急性期病院の看護配置数に匹敵する。病室は1人部屋と4人部屋があり、必ずしも1人部屋でない理由には「他人が頑張っている姿を見て頑張ろうと思う人もいるから」と説明を受けた。

特筆すべきには祈りのための部屋がある。その窓はステンドグラスとなっていた。窓辺にはキャンドルが並べられ、十字架等は無かったがいくつかの椅子と亡くなった家族の思い出等を書き記した分厚いノートが置かれている。

これは、様々な宗教の人に対応するための配慮であり、精神的な支えとなっている。また廊下に出るとコーナーには木の枝が描かれていて、1枚1枚の葉は金のプレートで作られていて、寄付をしてくれた人の名前が刻まれていた。

40周年記念プロジェクトでは「死はだれにも訪れるということを知ってほしい」と、地域との交流可能な広い部屋が作られ解放されている。スピチュアルな場として **pilgrim room** が用意されている。そこでは法事をはじめと患者や家族の結婚式等、多くの利用方法が紹介された。また、施設内にアニバーサルスタジオがあり、ナースマネジャー1人とボランティア（退職した人、学生の夏休みを利用、6カ月の研修を受講）が働く。軽食を取りながら癌サロン風であった。さらにPT、OT、ST、呼吸療法士によるリハビリテーションと入浴介助が行われていた。

看護体制は看護部長はスーツ、臨床看護部門のトップは白衣を着用していた。臨床看護師45人、クリニカルスペシャリスト、在宅専門看護師の6チームに分かれる。スタッフナース（RN）60%：HCAs（Health Care Assistants）40%で運営している。在宅看護は夜間も受け付け、緊急度は電話でトリアージする。

出動を必要とする時は、在宅患者の所へ訪問するシステムとなっている。

勤務体制は3交代制で、7時30分～15時30分、13時～21時、21時～7時30分の時間設定がなされている。

日勤は患者2人に1人、準夜は患者3人に1人、深夜は患者5人に1人で、正看3人とアシスタント3人で患者10～14名を担当する。

看護師のルールには、ホスピスに関わる看護師に必要な能力の定義はない。知識、技術、最も重要なのが看護師の姿勢である。最初の6カ月間使用期間その後、1回評価／年 行っている。その他に以下のことが表記されていた。

- Control of Symptoms (症状)、・コンセプトは、「トータルペイン」
- 最大級、高水準、患者の家族、グリーフケア
- 医師、看護師、牧師等のチーム医療によって患者サポートを行う。
- 安全な環境提供と家族関係を配慮

多職種専門職チームアプローチについては以下に示すような役割を持っていた。

- ホスピスにおいては、医師・看護師・SWは同レベルである。
- SW：責任者：1名、事務担当：1名、病棟配属：2名、在宅：5名（一つのチームにつき1名が担当）、グリーフケア：2名（ケアのために必要な研修を受けたボランティア20名）
- 社会福祉士1名（主に経済的、在宅での生活面の支援・・移民の長期滞在等）

とくにSocial Workerの役割が日本とは乖離がある。ホスピスのSocial Workerと地域のS.W.とは異なる。ホスピスでは情緒面に患者の最後までに責任を持つ役割がある。病気が診断されて始まり、死後まで患者と家族を力づけることにある。また看護師と病棟で家族との会話の中に問題点を見つけSWへ繋ぐ。さらに死亡時の家族支援やカンファレンスの実施、医師が納得しない場合は、ソーシャルワーカーは医師が納得するまで話をする。

教育研究センターでは、緩和ケア従事者へさまざまな教育プログラムが開講され、国内だけでなく、海外からも多数の参加者がある。また、世界中の会員に向けて緩和ケアに関する最新の情報提供サービスを行い、緩和ケアの臨床、研究、教育の世界の中心的存在である。ここでは「医療従事者がもっと力強い

と患者がもっと大きな力を持つことができる。教育は世界のすべてのことを変えることができる。研修教育センターは教育を通して、死を迎える人達にどう使命を持つか」の理念を掲げている³。

85の教育プログラムコースは、地域のみならず世界各国に向けて出張コース、半日コース、マスターコース（大学と提携）を有している。そして外部に年間80回の出張や、世界中からインターンシップを受け、今までに約3,000人が受講しているという。

ホスピスは、文化的背景で差別を行わないよう教育する。これは世界中から多様な文化的背景を持った患者を対象としているため、宗教的・文化的背景へも考慮したケアが必要であり、それぞれの価値観を重要視し敬意を払うためである。また医療に携わる者としてコミュニケーションの重要性があるが、それをどう育むかのコースの内容は、死を迎えている患者・家族のコミュニケーションについて、難しいコミュニケーションをどう改善するか。ロールプレイの手法で指導者が患者役になり質問する。

「ホスピスマルチプロフェッショナルセミナー」は1週間出席可能者が条件となる。次年度5月からは多職種チームでスキルと価値観を共有し教育内容が高度になる。死に行く患者にどう対応するか、実践から学んだもことの重要性、患者・家族の視点に立って声となり、価値観を重要視することは他の人に敬意を払って共感し得るかが問われる。

医学部5年生に対しては「金魚鉢」と称する研修が行われる。これは内側が患者、外側に医学生が2重の環になり、患者は自分たちの経験や予後を話し大学生は質問する。これは、患者の話をよく聞き、患者を理解しようとしなさい

³ <http://nippon.zaidan.info/seikabutsu/1998/00044/contents/051.htm>

教育用小冊子「セント・クリストファーズ・ホスピスに学ぶ 緩和ケア医療とチームケア」

とうことであり、大学生からは高い評価を得ているという。さらに、ホスピスに関する知識以外にコミュニケーションスキルを重要視し、ロールプレイ研修を2日間かけて実施している。このことは、「死」について考える強さや、他職種とのコミュニケーション術を学ぶことで患者との関係で我慢強くなり、自分の人生の技術（Skill）となる。

さらに、看護師が患者と時を過ごすことで、患者の心配事が理解できる。そして教育で一番重要なことは、患者や家族の視点に立つことであり、患者・家族が大きな声を持つことと同時に、医療従事者も力強い態度で教育することが求められる。

患者が訴える身体的疼痛は氷山の一角であり、表面に現れていない疼痛を推察することが重要である。ホスピスでの「死」に関しては、LCP・「死」へのガイドラインに基づき、実施している。またリサーチプログラムは臨床研究計画として、現在「うつと終末ケアのプロジェクト」を形成している。またイギリスでは多民族、他職種とそれぞれ多様な文化の背景がある。ソーシャルワーカーの話の中で、「チームの一員であり、ここは皆が同じレベルなので働きやすい」という言葉が聞かれ、ボランティアもすべて教育を受けている。

これは当然、患者や家族も医療スタッフも同じテーブルで交流を可能とし、他職種チームで教育に関わり、価値観の共有を行い教育は世界を変えることができる。貧困国の研修希望者には助成金を出し研修に招待しトレーニングを行っている。

最後に、教育担当者からは「神様は耳2つ、口1つを与えた。耳を使いなさい」とキリンの写真で締めくられた。これはチームワークの重要性、ホスピスの根底には楽観主義もあるべき、沈黙の重要性というメッセージであった。

3. St Christopher's Hospiceにおける在宅看護の実際

1969年にホームケアを開始。死にゆく場所を求めて病院に来院患者には、家に帰りたい希望の患者も多く、家では十分な看護が受けられないことで在宅看護サービス体制を整えていった。

在宅看護は24時間体制で対応しているため、入院患者の約4割が在宅に戻り、在宅看護やデイサービス、通院リハビリを行っている。

退院し在宅での生活に移行した後、いよいよという時期には、患者がどこで死を迎えたいか意志を確認し、体制を整える。

St Christopher's Hospiceの周辺人口は約150万人であり、その中で在宅療養者は一年間に2,000人いるが、その内、約850人の登録患者に活動を展開している。筆者らの研修訪問時の登録患者数は720人であった。

その具体的活動は、在宅看護専門のClinical Nurse Specialist (CNS) 45名が6チームに分かれ、5つの自治体をカバーしている。看護師一人当たり20～25名を担当し、他にアニバーサリーセンターでケアしている看護師や看護師の教育・研修を担当しているAdvancing Practice Nurse (APN) もいる。

6ヶ月間の試用期間の後、採用された看護師は、3年に一度、知識 (Knowledge)、技術 (Skill)、態度 (Attitudes) において評価を受ける。評価基準は実践とリーダーシップ、コミュニケーション、自己啓発、マネジメントにおいて設けられており、評価を受けた後、各自で行動計画をたてることになっている。

ホスピスで働いていた看護師はもともと地域で訪問看護師経験者も多く、地域家庭医とのネットワークの関係が出来ている。したがって、多職種と協力し合えば24時間365日無休での在宅看護を可能とする体制構築があるので、緩和ケア専門看護師もそれらの体制を支えていた。

イギリスのターミナルケア（末期医療）や Palliative Care（末期医療で治療目

的ではなくその人の残る時間の質をどう高めるかを目的とする医療)は、日本の地域医療や在宅医療からすれば、患者の要望や家族の要望をよく聞き入れきめ細かく優れ理想的でもある。

これらの活動には多くのボランティアの支えがある。これは長い歴史とイギリスの国民性や死生観が背景にあると言えよう。

4. イギリスのNHS改革

キャメロン首相は、NHS改革プラン⁴では“*We can't go on like this. I'll cut the deficit, not the NHS.*”「このままではいけない。私は、財政赤字をなくし、NHSを救います」のキャンペーンを基に、2010年7月に出した白書に以下の内容を明記している。

(1) 公正性と卓越性—NHSの自由化

本白書での公約の多くは、主要な法律を必要としており議会の承認を受ける。また、改革はNHSの中央統制を緩和し、地域一般家庭医協議会に医療事務を委ね、患者の選択の余地を拡大することを目的としている。その結果以下のようなことが生じてくる。

- ① 患者の選択枠を増やす。患者は必要な情報にアクセスし、自分で健康管理できるようになる。
- ② 結果による支払 (*Payment by Results*) を徹底し、透明で安定した仕組みを作る
- ③ 地域の役割を拡大する。自治体は医療・介護をつなぐ役目となる
- ④ 予算の権限を、家庭医 (*GP: General Practitioner*) を中心とした地域コン

⁴ 出典: Department of Health (2010) *Equity and excellence: Liberating the NHS*

ソーシアムに80%渡し、NHS と民間医療を競争させる。（2012年から）

- ⑤ NHS 官僚政治をやめさせる。2014年までに200億ポンド節約する。管理コストは45%カットする。保健省の機能と組織を減らす。存在する必要のない特殊法人を減らすなどである。

これらは、国民は声を上げ選挙で望ましい医療政策を勝ち取っている。また赤字財政の中、NHS は無料ということに喚起された需要に供給が応えきれないという問題に直面している。

今後も NHS 制度は継続するが、以下のことが大きく変化していくと予測される。

- ① 患者中心主義の徹底が進む
- ② 病院の採算独立採算性が高まり、民間医療との競争が前提になる
- ③ 医学的根拠のない政府ターゲットが廃止される
- ④ 官僚主義が排除され、関連法人の再編や廃止が行われるアウトカム（治療結果）中心の評価が進む

(2) 看護師の現状

中央集権から地方分権への大胆な改革が始まり、GP 主体の予算管理システムへ移行するため、NHS 改革の波の中で看護師の役割や期待も変化している。

この中で看護の定義は「動的である患者中心主義の徹底」「現場第一主義の徹底」、「コストの節減と看護の質の向上」と明記され、イギリスの看護職は日本以上に様々な問題を抱えている。これまでに明らかになったことは NHS の改革で、支出削減のために人件費を 6～7 割削減するため、国内 NHS 全体で 40,000人がリストラに遭う可能性⁵を明らかにしている。さらに、NHS トラスト21法人の調査によると、人員カットの54%が臨床スタッフ、認定看護師の

⁵ 2011年7月現在

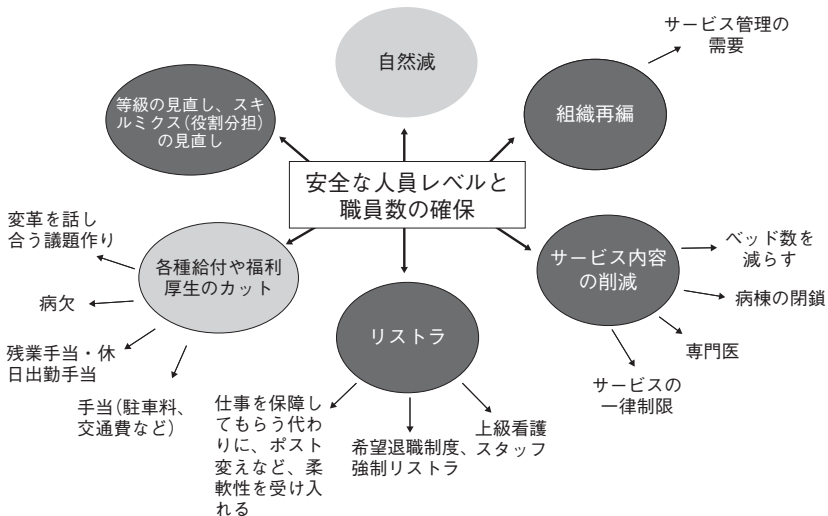
12%がリストラされる可能性があることを明らかにしている。

そのため、王立看護協会(Royal College of Nursing)では、解決策イノベーション革新として、コストを節約しながら、看護の向上を目指して自分のアイデアを使いよう看護師に促し、その一方では看護師の声に耳を傾けるよう NHS トラスト(経営主体)に働きかけている。つまり、政策に対して看護師の重要性をアピール現場第一主義キャンペーン実施していた。

日本は医療従事者の絶対数が少ないこともあり、人員削減にはさほど走っていない印象を受けているが、今後日本でも起こり得る事態になるろう。

NHS の効率化(支出削減)策は、図2に示すように、看護の質は益々低下し、医療や看護は荒廃していく等その影響は大きい。国民の医療への高い期待感が強いが、実際の看護の質低下が満足感の低下につながる。

図2 NHS の効率化(支出削減)策の影響



出典：澤和清 夢空間・医療福祉研究所 第62回病院経営研究会 in 京都資料

イギリスの看護基礎教育は2013年9月以降、学士課程のみで提供することを決定し、2011年9月以降の新規開講課程より、教育期間は3年以上または4,600時間以上、実習時間は最低2,300時間とされた⁶。

一方、わが国の看護基礎教育看護師3年課程での計3,000時間（97単位）に比較すると履修時間、実習時間共にイギリスの方が圧倒的に多いことがわかる。またイギリスの看護制度では看護師は登録看護師であるため、3年毎の免許更新制度があり、それに係る定期的な継続教育実施は大学や病院が多様な学習プログラムやコースを開設している。

とくに、教育背景が異なる実践教育をもつ看護師に対しては学位を取得を可能とする卒業後教育や登録後の教育は多岐にわたって行われている。

王立看護協会（Royal college of Nursing）では、3年毎の免許更新制度のための定期的な継続教育企画の行い、約40万人の会員数を誇っている。

ここではラーニングゾーンプログラム等を含め、最高品質の教育提供を行うため、感染対策・安全・リーダーシップ学習スキル向上、訪問時の暴力対策等についてグラフィック・アニメーション多用し、簡単に短く、明日に役立つ内容、研修記録を作成、クイズ形式で習得状況の確認が行われていた。また、図書館では、書籍800誌が電子化されており、外部からの利用が可能で学びやすい環境にあった。

看護管理者には学位が求められるため、看護管理者教育は大学や大学院課程で実施されていた。これはアメリカも同様な傾向にあり、我が国のように看護職能団体で看護管理者教育や認定を行うことは無く隔世の感があった。

しかし、不況や財政赤字などの社会問題や医療改革、安全かつ良質の看護や介護提供の課題は日本も同じであると感じた。

⁶ 日本看護協会ホームページ

<http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/doko.pdf> 2012/1/18