



平成 27 年度・平成 28 年度



# 三重県看護職員等の海外派遣研修事業 報告

三重県健康福祉部医療対策局

地域医療推進課

## はじめに

少子高齢化が急速に進む中、地域医療構想の策定、地域包括ケアの推進など、病院完結型から地域完結型へと医療や介護を取り巻く状況が大きく動きつつあります。

看護師については、平成 27 年 10 月から、在宅医療のさらなる推進等を見据えた特定行為研修修了者（医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助を行うことができる実践的な思考力、判断力等を備えた高度かつ専門的な知識技能を持つ看護師）の育成が始まっています。

高齢者だけでなく、周産期医療や小児在宅ケアなど、命の誕生から看取りまで、さまざまな現場で看護職員に期待される役割は今後ますます大きくなると思われます。

三重県においても、地域の保健医療介護の課題に的確に対応していくために、高い資質、能力を備えた看護職員の養成が急務となっています。

このような中、平成 27 年 7 月に三重県と英国のロイヤルフリーホスピタル(RFH)との間で締結した看護職員等の短期研修受入に関する覚書(MOU) \*に基づき、平成 27 年度に 6 名、平成 28 年度に 4 名の看護職員を派遣しました。

英国は、General Practitioner (GP) \*と呼ばれるかかりつけ医制度、入院期間の短縮、チーム医療など、日本が目ざす医療・介護のあり方がすでに実践されている国であり、また一定レベルの診断や治療などを行うことができる上級の看護職である Nurse Practitioner (NP) \*による自律した看護活動が地域の医療を支えています。

このような英国の病院で医療や看護の実際を学ぶことは、三重県の今後の医療・看護のあり方の参考になるとともに、看護職員のモチベーションの向上、資質の向上につながることを期待できます。

病院での研修は 5 日間と短期間ではありますが、現地で働く日本人看護職員との交流も行い、多くの学びが得られましたので今回報告書として取りまとめました。

本報告書が日々の看護活動の推進にお役に立つこととなれば幸いです。

最後になりましたが、この研修の実施にあたり、ご協力をいただいた多くの関係機関の皆様に厚く感謝申し上げます。

平成 29 年 3 月

三重県健康福祉部医療対策局長  
松田 克己

# 目 次

## 特別寄稿

「三重県看護職員等の海外派遣研修事業を振り返って」	1
---------------------------	---

## 研修概要

1 目的	3
2 経緯	3
3 研修先 RFH の概要	4

## 平成 27 年度 研修生（1 期生）

1 平成 27 年度 研修プログラム	5
2 RFH での研修内容	7
3 英国在住日本人看護職員との交流	18
4 研修での学び	
1) 看護教育	20
2) 看護の実践・看護師の役割	27
3) 看護師の役割・質向上に向けた取組	33

## 平成 28 年度 研修生（2 期生）

1 平成 28 年度 研修プログラム	41
2 RFH での研修内容	43
3 英国在住日本人看護職員との交流	55
4 研修での学び	
1) 周産期看護	58
2) 老年期看護	60

研修での学びと取組提案	63
-------------	----

用語解説	66
------	----

（「\*」のある用語について解説しています）

## 特別寄稿

### 「三重県看護職員等の海外派遣研修事業を振り返って」

奈良学園大学保健医療学部看護学科 准教授 田中 和奈



約 10 年前、私は英国の国立病院である National Health Service (NHS)\* の病院で看護師として働きながら、三重県国際交流財団の海外私費留学奨学金の助成を受けて、英国の大学院で老人学を学んでいました。奨学金助成の目的には、「将来的に三重県の発展に貢献できる人材の育成」ということが掲げられていたことから、なにか三重県の発展に貢献できればという思いを常々抱いていました。そんな折、三重県国際交流財団を通して三重県看護職員等の海外派遣研修事業への協力依頼があり、留学生時代の恩返しができると思い、今回の研修事業に協力させていただくことになりました。

約 4 年間の英国生活で、英国の事務手続きには非常に時間がかかることを痛感していたため、第 1 回目の研修生を平成 27 年度内に派遣するのは不可能ではないかと当初は感じていました。研修受け入れ先の病院との MOU 締結までに時間がない状況のなか、研修内容や研修先を決定し、先方との調整を行っていくことは時差の問題や言葉の壁など困難な点も多い状況でした。しかし、ロンドンの NHS 系列の病院で医師をしている友人がいたことから話がスムーズに進み、当初の予定通りに平成 27 年度中にロンドンの RFH へ研修生の派遣を行うことができました。MOU 締結までの調整など、限られた時間の中で大きな問題もなく調整を行うことができたのは、RFH の職員の皆さんの尽力なしでは実現できなかったと感じています。また、英国での看護師時代に知り合った日本人看護師の友人にも現地での交流会に参加してもらうことができ、今までお世話になった人々に助けていただいたおかげで今回の研修事業は無事に行えたと思っています。

英国は近代看護の基礎を築いたナイチンゲールの母国であり、ホスピス発祥の地でもあります。日本と英国の両国で看護師として勤務した経験から、日本の看護は英国より優れている点もたくさんあると感じています。しかし、医療費原則無料の NHS の制度や NHS で勤務する看護職員への教育支援制度から学ぶ点も多く、英国で看護研修の機会を得ることは、三重県内の看護の質改善の一助になると考えます。

今回、三重県主催の看護職員等の海外派遣研修事業に協力させていただいたことで、私が三重県国際交流財団奨学生の使命として感じていた「三重県の発展への貢献」のお手伝いが少しでもできたことをとても嬉しく感じています。

今後、研修生の皆さんには、三重県の医療と看護の発展のために、今回の研修での経験と学びを是非活かしていただきたいと思います。

最後に、RFH とのご縁を結んでいただいた、ルース・アキヨ・ミゾグチ先生に心から感謝申し上げます。

## 研修概要

### 1 目的

優れた海外の看護の取り組みを学び、国際的な視野をもって活躍できる看護職員のリーダーを育成する。

### 2 経緯

年 月	内 容
平成 26 年 5 月	三重県の「人を呼び込む」新規プロジェクトとして医療部門の国際連携（英国）を進めることになる。
平成 26 年 6 月	医療対策局内において定めた「医療分野における国際連携について」の基本方針として、医療分野における様々な国際連携を展開することにより、三重県の魅力向上を図るため、県内外からも人材を呼び込めるよう看護系大学の魅力づくりや看護職員のモチベーションアップ、看護職員のリーダー育成のため、海外大学等で学ぶ場を提供することになった。
平成 26 年 6 月～12 月	県内関係団体及び関係者から、連携候補先と具体的な手続き等について情報収集及び調整を行い、クイーンエリザベス病院（QEHB）との調整を進めることとなる。
平成 27 年 2 月	「国際医療技術連携体制（M-MUSCLE）協議会」及び「看護分野の国際連携推進ワーキンググループ（WG）」を設置し、当事業の運営実施にかかる体制整備を行う。
平成 27 年 4 月	英国において看護分野の国際連携について、MOU を締結するという方向にて、本格的に交渉を開始する。当初、QEHB のみの予定であったが、WG 委員の紹介により、RFH を連携先として追加する。
平成 27 年 5 月	研修受入調整のため訪英。QEHB と RFH の担当者と交渉を行い、2 施設とも前向きな回答を得る。
平成 27 年 7 月	知事が 2 施設と研修受入に係る MOU を締結。
平成 28 年 2 月	RFH へ研修生を派遣（1 期生）
平成 28 年 9 月	RFH へ研修生を派遣（2 期生）

### 3 研修先 RFH [ロイヤルフリーロンドン NHS ファンデーショントラスト] の概要

名称 : Royal Free London NHS Foundation Trust Royal Free Hospital

住所 : Pond Street London NW3 2QG

- 1828 年開院 : ビクトリア女王時代にオープンしていた唯一の病院であり、1837 年にコレラ患者の治療により、“ロイヤル(王立)”の称号を与えられた。
- 運営母体 : ロイヤルフリーロンドン NHS ファンデーショントラスト  
3つのメイン病院 (RFH・バーネット病院・チェイスファーム病院) の一つであり、地域の活動拠点として 30ヶ所のクリニック等を運営しており、互いに連携している。
- 2008年にロンドン大学(UCL)の教育関連病院となる。
- エジプト、クウェート、パキスタン等と教育、研究等にて協働。中国に関してはより親密な協働関係を構築している。
- 病床数 : 1,500床、年間外来患者数 : 100万人、年間受入患者数 : 160万人、年間救急患者受入数 : 20万人、年間出生数 : 8,000人、年間売上高 : 9億2,400万ポンド、職員数 : 10,000人 (スタッフの国籍は100ヶ国以上)

#### MOU 締結者

Alison E. Shutt : International Development Director

(アリソン シャット氏 : 国際開発取締役)



# 平成 27 年度研修生（1 期生）



期間：平成 28 年 2 月 28 日から平成 28 年 3 月 5 日  
※英国滞在期間

## ◆がん看護分野

鈴鹿医療科学大学 教授 さとう ふさこ 佐藤 芙佐子  
三重大学医学部附属病院 看護師長 ふくなが わかこ 福永 稚子

## ◆老年看護分野

三重県立看護大学 講師 おおむら かよこ 大村 佳代子  
三重県立看護大学 助教 たなか はるか 田中 晴佳  
鈴鹿医療科学大学 助教 もりやま さとこ 森山 小統子  
天理医療大学 助教 たかはし あき 高橋 晶  
(三重大学大学院医学系研究科在学中)

※敬称略

## 平成27年度 研修プログラム

(がん看護・老年看護)

	曜日	がん看護	老年看護
1日目 2016年 2月27日	土	出発	ロンドン着
2日目 2月28日	日	ナイチンゲール関連施設の見学	
3日目 2月29日	月	1 病院オリエンテーション 2 講義 ① 歓迎挨拶・英国のNHSについて <Reyon Yan> ② 英国における看護教育 <Evelyn Mansoor> ・看護師と助産師登録制度 ・看護師基礎教育（登録前看護教育） ・メンターシップ [英国の臨地実習における指導体制] ・プリセプターシップ [現場教育訓練] ・看護師継続研修（登録後看護教育）	
		がん病棟の見学 <Linda Lightfoot>	高齢者病棟見学 <Jillian Bradley> <Danielle Wilde>
4日目 3月1日	火	外来化学療法室の見学 <Mohammad Mooraby>	高齢者病棟見学 <Alex Wu> <Ari Johari>



	曜日	がん看護	老年看護
5日目 3月2日	水	GP、クリニック等、在宅医療サービス施設の見学実習（小グループで以下の午前と午後のセッションに参加）	
		ナースリードクリニック見学 (Finchely Memorial Hospital) 〈Sandra Chitanje〉	South Camden Centre for Health 見学 MDTミーティング参加 〈Ivy Macalino〉 〈Dan Lee〉 TREAT 見学 〈Myra Hernandez〉 HOTクリニック見学 〈Ruth Mizoguchi〉
6日目 3月3日	木	がん病棟見学 専門看護師のシャドウイング 〈Nicola Tinne〉 〈Nicola Henawi〉 緩和ケアセンターの見学 〈Caroline Hockett〉	TREAT 見学 救急外来 〈Myra Hernandez〉 訪問看護 〈Robbert〉 Travel Clinic 見学 〈Amanda Daniels〉 認知症LEADの活動見学 〈Danielle Wide〉 看護教育に関する講義 〈Reyon Yan〉
7日目 3月4日	金	研修生からのプレゼンテーション 1 日本の看護の現状 2 英国の研修での学び 看護学部学生・RF顧問、上級看護師等との意見交換<Reyon Yan、 Natasha Pradhan、David Connor、Jansen Climaco>	
8日目 3月5日	土	英国在住日本人看護職員との交流 (英国の医療看護の事情について等)	
9日目 3月6日	日	帰路	

研修内容1：がん病棟の見学

研修場所：Haematology Ward(11E 病棟)

対応者：Linda Lightfoot, Senior Sister

●がん病棟の管理の実際

この病棟は、化学療法や非密封放射線療法、がんの脊髄浸潤に伴う手術や疼痛緩和を必要とする患者の看護にあっていた。病床数は24床で、日勤帯は5名の看護師が配置されていた。

勤務している看護師は、全患者の状況が一覧できる Patient Board を活用していた。そこには在院日数や治療内容、退院にむけた準備事項・課題などを記載し随時更新していた。毎朝のミーティングでは、患者ごとに検査やリハビリ、指導、地域連携など、その日のケア目標と計画について話し合い、早期退院の実現に努めていた。

一方、患者の尊厳を守る姿勢も重視していた。英国においても以前はパターンリズムが主流で医療者が患者の治療や療養を決定していたが、現在は患者の意向を聴き、患者の自己決定を重視しているという。RFH では、医療者が患者を尊重できているかを、患者への質問表を用い定期的に評価していた。

看護の評価

RFH では、看護実践がどのようにケア結果に結びついているかを量的に集計していた。

例えば、“Privacy & Dignity Audit” シートである。設問は、「スタッフは患者と話すときにアイコンタクトをとっているか」や「スタッフはケア介入の前に患者の了承を得ているか」など17項目からなり、一人ひとりの患者から聴取していた。この他、満足度調査も定期的に

行っていた。また、感染管理、褥瘡や転倒・転落の発生についてデータを収集し、統計的に処理し開示していた(写真1)。

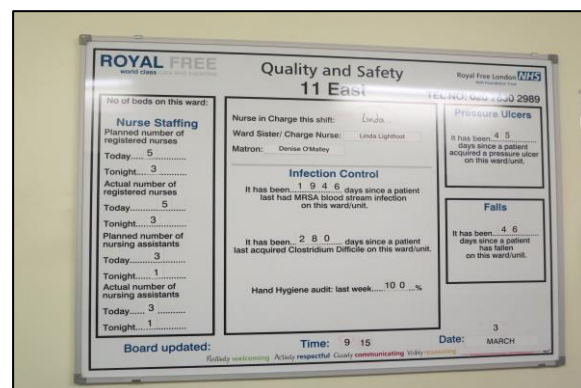


写真1 廊下に開示されたケアの質と安全性についての調査結果

病棟管理者の裁量権

病棟管理者は、病院から与えられた年間予算の中で、看護師の継続教育のための経費や、新規採用者あるいは一時的な人材不足を補うためのバンクナース(派遣)の人件費などを管理・運営する裁量権を持っていた。

●研修からの学び

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) の2013年の統計によると急性期病院の平均在院日数は日本が17.2日であるのに対し、英国は6.0日であった。在院日数を短縮し医療費を抑制するために、入院時から効率的に退院にむけた目標管理を行う英国の医療の実際をみる事ができた。効率化だけを求めるのではなく患者の尊厳を守る姿勢があり、その姿勢について患者から評価を受けていることが注目すべき点であった。看護の評価は日本でも行われているが、結果を廊下に開示していることには驚かされた。

研修内容1：外来化学療法室の見学

研修場所：

午前 Oncology Out-patient Unit

午後 Chemo suite(2NA 病棟)

対応者：Mohammad Mooraby, Charge Nurse

●外来化学療法における看護の実際

Oncology Out-patient Unit は外来化学療法を受ける患者の診療を担っていた。患者数は50人～70人/日で1週間の新規患者は平均35人という。

患者は、治療前日に採血を受け治療の可否を判断され、当日は医師の診察後に治療を受けていた。治療前日に採血を行うと患者の来院回数は増えるが、待ち時間が短縮できることをRFHではメリットと考えていた。

化学療法を受ける患者の90%以上は外来で治療を受けていた。初回治療を受ける患者には、医師の治療説明から治療開始日までの間に、看護師による1時間の面談を受けるシステムになっていた。看護師は、患者の職業や家族構成といった一般背景の問診に加え、身体的側面だけでなく心理社会的な側面に目をむけホリスティックアセスメントを行い、ケア計画の立案や専門家への橋渡しを行っていた。これらのアセスメントは治療期間中も治療のたびに行われていた。

Oncology Out-patient Unit には、Macmillan Cancer Support のサロン(写真1・2)が併設されていた。サロンには、トレーニングを受けたボランティアが常駐し、患者の話に耳を傾けていた。



写真1  
サロン



写真2  
サロン内の様子

リーフレットは無料で自由に手にとることができる

Macmillan Cancer Support

Macmillan Cancer Support とは、がんと診断されてもその人がその人らしくいられるようにサポートするボランティア団体である。電話相談や訪問だけでなく、リーフレットなどによる情報提供も行っている。

Chemo Suite は日本でいう外来化学療法室であった。個室と多床室があり、多床室では6床(リクライニングシート)に対し2名の看護師がケアにあたっていた。患者が、治療を受けながらマッサージを受けたり、家族と話したり、リラックスできる環境が整えられていた。配置されている看護師は全て Band\*6 以上で6か月の専門領域の教育、15～18か月の卒後教育プログラムを受けていた。

●研修からの学び

看護師が主体的に継続して関わり、全人的アセスメントとケアを行うシステムが定着していることがRFHの強みであると感じた。

この日対応してくれた看護師長Mは、自らの看護観を熱く語った。患者を中心として傍らにあり、患者をエンパワーメントする関わりを大切にしていた。看護師としてケアリングを大切にする姿勢に、文化や人種によらない普遍性が感じられた。

研修内容：Nurse-lead Clinic の見学

研修場所：Finchley Memorial Hospital  
Infusion suite

対応者：Sandra Chitanje, Apheresis  
Co-ordinator

### ●Nurse-lead Clinic の現状と看護師の役割拡大

Finchley Memorial Hospital は RFH の連携病院である。抗がん剤専用のカートや廃棄ボックス（写真1）、アセスメントシートなどのツールは RFH と同じものを使用し、抗がん剤の血管外漏出時などの対応も同様の手順をとっていた。さらに、治療や看護の定期的な評価を RFH と合同で行っていた。例えば、患者からの緊急電話連絡時は、その内容と対応を同じフォーマットを用いて行い、データを RFH に集約し、治療やケアを見なおし、プロトコルの修正・改善を行っていた。



写真1 抗がん剤専用のカートと廃棄ボックス

Infusion Suite は 12 床あり、1 日に 12～20 人の患者の治療にあたっていた。医師は常駐せず、Band 6 以上の看護師と NP の 3 人で看護にあたっていた。患者の状態変化時には、看護師がフィジカルアセスメントを行い緊急性や対処方法を判断し初期対応し、必要時速やかに RFH への搬送を行っていた。

RFH では多くの外国人看護師に出会

った（写真2）。英国外で基礎教育を受けた看護師が、働きながら継続教育を受け、より高度なレベルへキャリアアップをしていた。この日の対応者は、ジンバブエ出身の Band 7 の看護師であったが、現在も化学療法の領域で高度な特定技術のトレーニングを受けているという。



写真2 外国人看護師の活躍

### ●研修からの学び

看護の標準化は質の保証と効率化のために必要なことである。RFH は施設内だけでなく NHS の関連施設全体で標準化に取り組んでいるところが注目すべき点であった。特に、全体のデータを集約し、多くのデータをもって評価、改善につなげていたことに感銘を受けた。

もう一つ、注目したいのは看護師の裁量権である。Nurse-lead Clinic では看護師の管理下で治療を遂行していた。看護師の役割拡大が法制化されており、かつ国民にこの医療体制が受け入れられていることが日本との大きな違いであった。

英国における外国人看護師の割合は 25%以上という報告もある。トレーニングを重ね活躍している外国人看護師の実際をみることができた。

## 研修内容1：専門看護師のシャドウイング

研修場所：11E病棟

対応者：Nicola Tinne, Acute Oncology Nurse Specialist

### ●スペシャリストの役割

Acute Oncology Nurse Specialist は、がんの病態や治療に関連した緊急性を要する患者のケアにあたっていた。病棟には属さず、ポケベルを携帯して救急外来からのコンサルテーションに随時対応しているという。

腫瘍浸潤に伴う脊髄圧迫症状群、高カルシウム血症、発熱性好中球減少症など高度な臨床判断を行い、その時だけではなく、継続して患者をフォローしていた。対応してくれたスペシャリストは、臨床判断だけでなく患者の病の軌跡をふまえたホリスティックアプローチを看護師として大事にしていると語っていた。

また、乳癌や緩和ケアといった他領域のスペシャリストとオフィスを共有し、連携が速やかに行われていた。



写真1 様々な専門領域の CNS たち

### ●研修からの学び

専門看護師 (CNS) \*としての臨床実践力の高さに感銘を受けた。目の前の患者の闘病プロセスを点ではなく線にとらえ、全人的ケアを大切にしていることが大変共感できる点であった。

## Caring for Caregiver

終末期医療に携わるスタッフは精神的疲労をきたしやすい。Caring for Caregiver の理念のもとに、専門家による定期的なカウンセリングが義務づけられていた。

## 研修内容2：緩和ケアセンターの見学 研修場所：Palliative Care(the Grove Centre)

対応者：Caroline Hockett, Lead Nurse community, Nicola Henawi, Lead Nurse hospital

### ●緩和ケアチーム活動の実際

緩和ケアチームには地域と院内それぞれ4～5名の看護師が配置されていた。24時間オンコールで対応し、状況の判断と薬剤投与を行っていた。がん患者は全体の5割で、非がん患者にも緩和ケアを提供していた。

週に1回 Multi-Disciplinary Team

(MDT)\*ミーティングを開催し、GP や介護施設のスタッフ、District Nurse を交えて事例を検討し、ケア目標と計画の共有を行っている。英国は、リバプールパスウェイを用いたアドバンス・ディレクティブの取り組みで知られていたが、現在はアドバンス・ケア・プランニングを重視し、患者との話し合いのプロセスを大事にしているという。

尊厳ある死を考える一方、NHS の標準治療以外では医師の判断で治療方針が決定されることもあるという。

### ●研修からの学び

地域における緩和ケアが進んでおり、多職種連携が活発であった。患者が自宅でケアを受けられるように、定期的に専門職が話し合う仕組みが機能していると感じられた。

## 発表および討議報告

報告者 佐藤 芙佐子

福永 稚子

### ●発表の概要

#### 1 日本の看護の紹介

日本の死亡原因の1位が“がん”であることをはじめとした医療の動向を述べたのち、2012年のがん対策推進基本計画にあげられている重点的に取り組むべき日本の課題にそって看護を紹介した。

①「がん治療の3本柱と言われる放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実」のために、患者が治療と自分らしい生活を両立できるよう看護師が行っている具体的サポートを述べた。

②「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」では、苦痛のスクリーニングやカウンセリングといった患者の苦痛をひろいあげケアする仕組みを紹介した。また、トータルペインの視点をもった多職種カンファレンスなど緩和ケアチームの実際の活動や地域医療職との連携について説明した。

③「がん登録の推進」では、5年生存率、10年生存率を示した。

④「働く世代や小児へのがん対策の充実」では、日本における働く世代（20歳～64歳）のがん罹患率の高さと、仕事と治療の両立という課題、小児がん対策の一つである長期フォローアップの推進についてふれた。

最後に、がん看護におけるスペシャリストの存在と、日本と三重県におけるがん看護の継続教育について紹介した(写真1)。

#### 2 研修での学び

RFHにおける研修の多くの学びの中から次の2点を報告した。

まず、エビデンスに基づいたケアの標準化の重要性を再認識したことである。RFHでは、すべてのユニットやNHS連携施設間で同じツール（ガイドライン、フォーマット、チェックシート、医療物品、開示方法など）を使って同様に患者に対応し、ケアの結果を共有して改善につなげていた。日本では、同施設内でもツールが統一されていないケースもある。RFHの取り組みは日本で標準化をすすめるにあたり、大変参考となるものであった。

2つ目は、多職種チームミーティングの仕組みである。RFHでは、多くの専門職が患者の状況や目標を共有することによって切れ目のないケアを人々に提供していた。日本でも地域包括医療システムを構築しようとしており、病院と地域間のケースカンファレンスは増えてきている。RFHの取り組みを参考にして、多職種や地域のスタッフとともに機能的、効率的な連携ができるように整えたい。



写真1 RFHのスタッフの前で発表

### ●RFHスタッフとのディスカッション

RFHスタッフは日本人のがん罹患率の高さやがん治療方法に関心を寄せ、がん予防対策について意見交換した。また全人的アプローチの重要性や職種間コンフリクトなどが話題となった。

## 老年看護グループの研修内容

大村・田中・森山・高橋

3月1日（火曜日）

### 研修内容1：講義「英国における国民保健サービス」

講師：Reyon Yan, International Clinical & Development Programme Manager

参加者：大村・田中・森山・高橋

英国における国民保険について説明を受けたのち、RFHの成り立ちや理念、RFHにおける保健体制についての概説について講義を受けた（写真1）。



写真1 Yan氏による講義の様子

現任教育については、4日目（3月3日 Yan氏の講義）に追加説明と追加資料が配付された。

### 研修内容2：講義「英国における看護教育」

講師：Evelyn Mansoor, Clinical Learning and Placement Nurse

参加者：大村・田中・森山・高橋

Nursing and Midwifery Council (NMC) \*への登録、コンピテンシー・アセスメント、メンターシップ、プリセプターシッ



写真2 Evelyn Mansoor氏

プ、クリニカル・ナース・スペシャリスト、実践と発展的教育、拡大される実践、再評価についての講義であった。講義の後、日本の看護教育と比較した質疑応答が行われた（写真2）。

### 研修内容3：Health Service for Elderly People (HSEP) \*見学

参加者・場所：森山・高橋（10N病棟）  
大村・田中（8W病棟）

対応者：Jillian Bradley, Senior Sister (10N病棟)、Danielle Wilde (8W病棟)

病棟では、Senior Sisterのシャドウイングを行いながら病棟内を見学した。病棟の配置やリーダーナースの行う看護管理について学んだ。

8W病棟（写真3）では、認知症専門職よりレクチャーを受けた。

病棟見学では、80歳以上の患者が入院していた。36床のうち、歩行可能な患者はおよそ10名と、超高齢者の病棟であった。見学時に入院していた患者で最高齢は106歳であった。平均入院日数は11日間であるが、一般患者が6日に対して認知症のある患者では18日と、入院日数が長い。看護師は9～17時の2交代勤務の体制を取っていた。看護師以外にも、介護士やお話ボランティアの方などが病棟にいて療養生活を支援している様子が見学できた。



写真3 8W病棟の様子

老年看護グループの研修内容  
大村・田中・森山・高橋  
3月1日(火曜日)

**研修内容1：HSEP 見学**

研修場所及び参加者：大村・森山(8N病棟)、田中・高橋(8E病棟)

対応者：Dr. Alex Wu, HSEP Consultant(8N病棟)、Ari Johari, HSEP Consultant Dr(8E病棟)

HSEPの高齢者病棟コンサルタントに帯同し、高齢者病棟に入院している患者の診察および診断場面を見学した。コンサルタントとは診療科を統括する医師のことであり、医学的診断や退院支援に関するマネジメントを担っている。また、RFHはロンドン大学の教育施設であり、コンサルタントは医学生への教育的役割も担っていた。8N病棟では、重症の高齢患者や新患である4名の患者に対し、コンサルタントが医学生とともに画像診断や検査データによる分析、30分程度のフィジカルアセスメントによって医学的診断をする一連のプロセスを見学することができた。

また、病棟では1日2回、医師を中心にMDTミーティングが開催されている。退院に向けて多職種が患者の課題を共有し、解決に向けて各専門職での役割を明確にし、実践した結果を報告している。看護職も含め、各専門職の自律性の高さや多職種間でのコミュニケーション能力の高さを感じ、成熟したチーム医療の現場を見学することができた。

**研修内容2：高齢者ケア施設におけるMDTミーティングの見学**

研修場所：St Johns, Wood Care Center

参加者：大村・田中・森山・高橋

対応者：Khai Lee Cheah, HSEP Consultant Dr

RFH 老年科コンサルタント医師に同行し、ナーシングホームでのMDTミーティングに参加した。

St Johns Wood Care Center (写真1)

は100人の入居が可能なカムデン地区最大のナーシングホームである。



写真1 St Johns Wood Care Center

居室は明るく、全室個室となっている(写真2)。

MDT ミーティングでは、看護職員、介護職員、GP 施設長などが参加し、入居者のケア課題(転倒リスク、終末期の病状の進行、緩和ケアの方針、認知症のBPSD(行動・心理症状)への対応、薬剤評価など)を多職種で検討している。特に、亡くなった入居者についての振り返りでは、ナーシングホームで看取りができたか、なぜ病院で亡くなったのか、予測できたことは何であったか、そこからの学びについて議論されていた。リラックスした雰

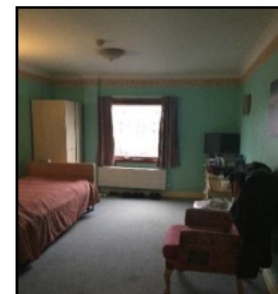


写真2 居室内の様子

囲気の中で、多職種でリフレクションが行われていたことが非常に印象的であった(写真3)。



写真3 MDTミーティングの様子



## 老年看護グループの研修内容

大村・田中・森山・高橋

3月2日(水曜日)

### 研修内容1 : South Camden Centre for Health 見学

研修場所 : South Camden Centre for Health

対応者 : Ivy Macalino, Sister、Dan Lee, Dr

参加者 : 大村・田中・森山・高橋

南カムデン地区ヘルスセンター(写真1)のGP、老年専門医、精神科専門医師、Triage & Rapid Elderly Assessment Team (TREAT)\*看護師、老年専門看護師、緩和ケア専門看護師、地区看護師、社会福祉士等の多職種が、地域で療養している住民の在宅で継続的に療養を行うために必要なケアプランの確認、退院、退所予定または間もない住民の継続ケアプランの報告やケア困難事例の検討等を話合うMDTミーティングを見学した。MDTミーティングは毎週1回開催され、南カムデン地区近隣のRFHやロンドン大学病院のスタッフも常時入って行われ、急性期病院の医療職が積極的に地域医療に参加し、療養方針等を一緒に計画されており、地域、在宅での療養者を地域のすべての医療機関が支えるシステムの確立を見ることができた。また、看護学生も参加しており、保健医療福祉チームの中で療養者を支えるための看護職員の役割を学ぶ機会の場合もあったことから、MDTミーティングが臨床のみならず医療従事者の基礎教育の中でも重要な位置づけにあることがうかがえた。



写真1 South Camden Centre for Health 玄関

### 研修内容2 : TREAT の見学

研修場所 : TREAT

対応者 : Myra Hernandez, Sister

参加者 : 森山・高橋

救急外来に来られた高齢者を対象に、不必要な入院を減らすために迅速なアセスメントと在宅へ戻れるように社会資源などの調整を専門的に行うチームをTREATといい、実際の業務などを見学した(写真2)。



写真2 TREAT オフィス・救急外来

主な活動場所は、専用のオフィスと救急外来で、電話相談などの業務もおこなっていることを学んだ。

### 研修内容3 : Hot Clinic\*見学

研修場所 : Hot Clinic

対応者 : Ruth Mizoguchi, Dr

参加者 : 大村・田中

老年内科医による専門的な診断を行う外来であり、救急外来に来られた高齢者に迅速な診断と適切な治療を提供していることを学んだ(写真3)。

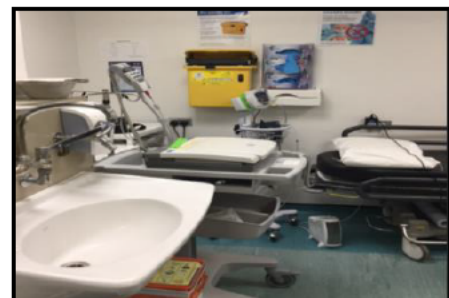


写真3 Hot Clinic 診察室内

## 老年看護グループの研修内容

大村・田中・森山・高橋

3月3日(木曜日)

### 研修内容1：訪問看護同行、外来見学

研修場所：TREAT（訪問看護、救急外来）

対応者：

（救急外来）Myra Hernandez, TREAT Ns

（訪問看護）Robbert, TREAT Ns

参加者：（救急外来）田中・高橋

（訪問看護）大村・森山

救急外来は3月2日の内容と同様である。入院回避された高齢者に対して、TREATの看護師が5日間の訪問看護を行っている。同行した看護師（写真1）は、薬剤処方ができる資格をもっていた。訪問施設では、高齢者の健康チェック、施設スタッフへの助言を行う場面を見学した。健康不安をもちながら入院回避、早期退院となる高齢者へのフォローアップ、地域・在宅ケアへとスムーズに移行する地域連携システムについて学んだ。



写真1 訪問看護の道中

### 研修内容2：Travel Clinic 見学

研修場所：Travel Clinic

対応者：Amanda Daniels, Ns,NP

参加者：森山・高橋

Travel Clinic に所属する看護師より、NPとしての役割やこれまでの経験について説明された。NP、CNSについて日英での相違など議論した。

### 研修内容3：認知症 LEAD の活動見学

研修場所：8W 病棟

対応者：Danielle Wide, Trust Dementia Lead

参加者：森山・高橋

高齢者病棟の内容と同様である。

### 研修内容4：看護教育に関する講義

研修場所：TREAT

対応者：Reyon Yan, International Clinical&Development Programme Manager

参加者：大村・田中

看護師の卒後教育について、実際にRFHで使用されているチェックリストなどを参考に説明を受ける（写真2）。数多くの研修プログラムが用意されており、職員のスキルアップを支援していることを学んだ（写真3）。



写真2 職員のための研修棟

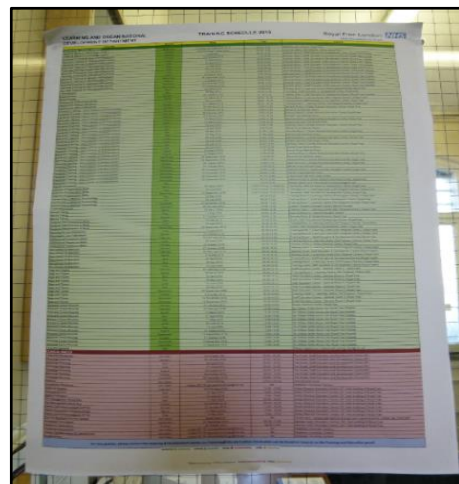


写真3 研修プログラムの一覧

## 発表および討議報告

報告者 大村 佳代子

高橋 晶

### ●発表の概要

#### 1 日本の看護の現状について

日本における高齢者ケアとプライマリ・ケア (Primary Care and Elderly Care in Japan) について、発表を行った。

具体的な内容としては、まず日本における看護師、および訪問看護師の定義や看護師免許を取得する方法について紹介した。次に主な保険制度（医療保険、介護保険）について説明した。

次に2025年問題の予測に関する統計データを引用して、日本が今後直面する高齢者に関する問題について紹介した。具体的には、年少人口の減少を伴う高齢人口の増加であるため、医療系労働者の不足や医療費の確保が難しい点、家族介護者の減少などが高齢者の介護問題に直結する。また多死時代を迎えることによって、医療機関で看取ることができない患者が増加する。そのため自宅で看取を行えるような在宅医療・在宅看護に着目されている。また認知症高齢者のケアの問題や、看護師不足の具体的な推計値を紹介した（写真1）。



写真1 RFHのスタッフの前で発表

次に、訪問看護サービス利用者の属性について、年齢別、ADLの自立度別、認知症の有無別に従って説明した。加えて、介護保険で在宅療養者の生活を支える様々な職種（介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護士等）や訪問入浴、福祉用具について写真などを用いて紹介した。

### ●RFHスタッフとのディスカッション

上記の発表内容に関して、現地の研修担当者等から多くの質問を受けた。

一例として、訪問看護を利用するための保険制度や利用者の年齢層、ADLの自立度等の利用者に関する質問と、訪問看護師が訪問先で提供する看護ケアについての質問があった。特に訪問看護師が提供するケアの中の訪問入浴サービスについての質問が多く、バスタブと入浴のための湯を専門車から搬出し準備する説明スライドに、現地の研修担当者には驚きの表情がみられた。

また、実際の訪問入浴シーンのスライドを見て、「お風呂場で入浴するのではなく、居室で行うのか?」「家族も一緒に介助するのか?」等の質問を受けた。

「英国では見られないケア」や「日本と英国の在宅ケア内容の違い」について、ディスカッションを行った（写真2）。



写真2 ディスカッションの様子

## 発表および討議報告

報告者 森山 小統子

田中 晴佳

### ●発表の概要

#### 1 日本の看護の紹介

日本および三重県の認知症看護の現状“Dementia Care in Japan”について、報告を行った。

具体的な内容として、①日本における現状と課題、②日本の認知症看護・医療の動向、③認知症ケアの実際を紹介した。日本における現状と課題としては、厚生労働省の患者調査などのデータを用いて認知症患者や精神科病院に入院する認知症患者が増加していること、早期受診、治療が遅れて認知機能が悪化してしまうこと、地域で患者と家族を支援する体制が不十分であることを報告した。このようなことから、日本においては、医療の動向として、認知症を発症してからの介入、危機に陥ってからではなく、発症予防、危機予防に変わっていることを報告した。最後に認知症ケアの実際として、認知症疾患医療センターや、地域包括ケアシステム、日本における専門看護師、認定看護師の育成について報告を行った。

#### 2 研修での学び

森山より、入院中の高齢者の事故予防への対応の日英との違いを発表した。日本の急性期病棟では、高齢者の転倒やせん妄への対応に行動制限が行われやすい現状があるが、英国では病室にモニタリング専属のスタッフを常駐させ、行動観察をしている。効率化が進む英国医療の中であっても、高齢者の事故予防に対しては惜しみなく人材を投資し、高齢者の尊厳を保持したケアが実践されてい

ることを発表した。2点目は、英国では退院支援にかかわる人材が豊富であり、病院からの看護職員のアウトリーチなど退院後のフォローアップ体制を確立することで在院日数の短縮化に成功している。在宅ケアへの移行を円滑に進めたい日本においても参考となるものであったことを発表した。

田中より2点を発表した。1点目は、高齢者が在宅で長く過ごせるためのアプローチについて、英国では多職種でのミーティングを毎日行い、情報の共有や治療方針等を決めていることや、地域と病院の連携を定期的に行っていることを学んだことを報告した。2点目は、患者が望む医療やケアの提供を行うための工夫については、英国では Nursing home のミーティングに参加したとき、死亡した入居者についてディスカッションしていることを学んだと発表した。

### ●RFH スタッフとのディスカッション

発表に対し、多数の意見交換を行った。その中で、多職種のミーティングについて、日本では、看護師が中心となって医師や、その他の職種に個々に連携をとることが多く、時間が非常にかかるなどの現状があるが、英国でも診療科によっては医師の力が強く多職種連携が難しいところもあるなど共通の課題についてディスカッションすることができた。また、告知や well being について日本では、本人と死について考えるということが難しく、医療者もそのことについて避ける傾向にある点について、RFH スタッフより日本の法律についての質問があり、現在日本では法律はないが本人の意思決定を促すようなシステムが導入されていることを報告した。

### 3 英国在住日本人看護職員との交流

日 時：平成 28 年 3 月 5 日（土） 10:30～12:30

場 所：クオリティホテルハムステッド 食堂

協力者：

●龍現寺素子氏

勤務先：The Royal Marsden NHS Foundation Trust

（ロイヤルマーズデン病院）

職位：頭頸部がん及び甲状腺がん患者のためのリサーチナース

●真由美ロッシ氏

勤務先：The National Hospital of Neurology and Neurosurgery

（脳神経内科・脳神経外科国立病院）

職位：筋ジストロフィー病棟看護師長

研修生 6 名からの質問に協力者に答えていただき、以下の情報を得ることができました。

また、協力者の体験談等を聞かせていただくとともに、研修生からは日本における看護や教育の現状等についてお伝えし、意見交換を行いました。

#### ◆看護教育について

- ・基礎教育はすべて大学化している。教科書はなく文献を紹介され自分で学習するスタイルである。学生時代から自律性が求められる風土がある。
- ・就職後は、コンピテンシーブックを使用した新人教育が行われる。長期研修の進め方（研修テーマの選定～代理スタッフの募集、資金源など）は看護管理者に任されている。
- ・就職後の継続教育が充実しており、資格取得などの受講のための費用は、現職と関連するコースに限り、病院側が負担する（病院によっては一部自己負担となる場合もある）。資格試験に合格しなければ自己負担となる。
- ・看護や制度に関する評価的研究を実施し、効果がない場合には速やかに看護方法や制度が変更されていく。

#### ◆処遇について

- ・Band 制（5～9）により職務内容と給与が決定されている。新卒はバンド 5 から始まる。新卒看護師は就職先を自身で選定し申込を行う。
- ・病棟毎に予算があり、Band の各人数は病棟毎に決められている（必要に応じて人数は変更される）。キャリアをキープ又は上げるためには経験を積む、継続研修を受講し Band を上げる。Band をあげるために、自分の経験、自信、希望に応じて、上の Band のポストの採用試験を受け（同じ病棟の上のポスト、別の病棟のポスト、別の病院のポスト等 選択肢は様々）合格すれば Band は上がる。
- ・勤務病棟の配置転換は、本人が希望しない限り原則として行われず、個々の看護師が自分の専門領域を選択できる。

◆看護師免許について

- ・3年毎の更新が必要である。免許更新に必要な条件（研修〔必要時間数と内容〕、産休などを除いた実質的な看護従事時間数、費用など）を満たす必要がある。

◆看護師の自律性について

- ・医師の仕事と看護師の仕事が独立している。
- ・Band 6 以上になれば、高度な特定行為、例えば、継続的に治療にかかわっている神経系障害を持つ慢性疾患の患者が、救急事例として再入院・転院してきた場合の人工呼吸器の設定や許可されている薬物の処方など、高度看護実践者の役割拡大に伴い看護師の裁量権が法的に与えられている。責任も重くなるが、NPなどの活躍の場が多くある。
- ・看護師長の権限が強く人事権とそれに伴う予算を管理できる。看護師の採用権を師長が持つ。やる気がある看護師を採用したいし、逆に期待する役割を果たせない看護師には契約更新をしないという権限がある。

◆勤務環境について

- ・有休消化率が高い。また、休暇期間は3週間ほど連続して取ることもできリフレッシュできる。看護師だけでなくスタッフは誰もが取得している。

◆看護師不足について

- ・英国も日本と同様、看護師不足は深刻である。多くの外国人看護師を受入れてきたが、一時期ストップしていた。看護師不足（英国人看護師の海外流出傾向）のため近い時期に外国人看護師の受け入れが再開される予定。



龍現寺さん（右側手前） 真由美さん（右側2人目）を囲んで

#### 4-1) 研修での学び 看護教育

### 「英国における看護教育」

三重県立看護大学 大村 佳代子

ここで紹介する内容は、Jansen Climaco, Senior Nurse; Education and Developmentにより2016年2月29日に講義を受けた内容を中心に、英国の看護師の高度実践の基礎となる看護教育について報告する。

#### 1 英国における看護師資格の取得

英国における看護師資格の種類は、成人看護、小児看護、精神看護の3種類がある(2016年3月現在)。これらの専攻は学部立てとなっており、学生は入学試験時に自分が目指す分野の看護コースを選択して受験する。途中で専攻を変えることや、二つ目の免許を取ることもできる。その場合、追加で2年間大学に通う必要がある。

その他、さらに学びを深めたい学生には、ヨーロッパ看護学部もあり、ヨーロッパの近隣諸国の健康課題や社会資源への理解を深めることができる。7ヶ月間、フィンランド、イタリア、マルタ共和国、デンマークといったパートナーの大学で学ぶことができる。

NMCへ看護師として登録するには、講義2,300時間、実習2,300時間の履修が求められ、後に述べるメンターのサインオフが必要である。日本でいう国家試験に該当する試験はなく、看護師を養成する大学等を卒業した後に登録する制度である。さらに登録は永久的なものではなく、更新制であり、期間中の業務への従事時間や研修の時間数の基準を満たしていることが求められる。

#### 2 基礎教育

英国においても看護師の基礎教育は、看護学部を持つ短大あるいは四年制大学で行われ、就学年数は大学等の規定に応じて3年もしくは4年である。

3年制の看護学部の場合の教育内容の概要を表1に示す。

表1 看護学部における各年次毎の教育内容

年次	教育内容	単位(credits)
1年目	・フィールド実践の基礎	30
	・看護実践の基礎	30
	・プロフェッショナル実践の基礎	30
	・実践学習(1)	30
2年目	・健康社会的ケア研究について	30
	・慢性期の患者へのケア	30
	・急性疾患患者の看護	30
	・実践学習(2、3)	15 & 15
3年目	・学位論文	30
	・複雑なケアニーズを持つ患者の看護	30
	・実践学習(4、5)	15 & 15
	・プロフェッショナル実践に向けた準備	30

この中でも、Practice Learning（実践学習）と呼ばれる臨地実習について詳しく知ることができたので報告する。実践学習は表1の通り各学年で実施される。配置される期間は30単位が5～6週間である。3年次の最終配置が最も長く、12週間の配置となる。

実習中は、初回ミーティング、中間審査、最終審査がある。実践学習では、知識の有無だけでなく学生が自分の知識を使って実践できるかどうかを評価するため、シュミレーション・テストやシナリオ・クエスチョンを取り入れて学生の評価を行う。シュミレーション・テストとは、様々な事例や場面を想定し、置かれた状況下でどのように判断し実践する能力を問う演習形式の試験の事である。シナリオ・クエスチョンとは、事例のある場面を想定し、看護師としてどのように判断し、どのように看護を実施していくかという問いを行い、学生の判断能力を評価するものである。実践学習の最終日には臨地指導者より学生各自の今後のProgression Point（発展課題）について指導してもらい、各自の課題を明らかにして次の学年へ進むことができる。

英国の実践学習では、大学教員は学生に帯同しない。現地での学生指導は、Mentor（メンター）と呼ばれる指導者がおり、学生の指導に当たるMentorship（メンターシップ）と呼ばれる制度がある。各メンターの役割と任命条件を表2に示す。メンターはQualified mentor（認定メンター）、Co-mentor（共同メンター）、Sign-off mentor（サインオフ・メンター）があり、表2に示した以外にも、今回の訪問では役割や任命条件などの詳細を明らかにできなかったがProgression mentor（発展メンター）というメンターもいる。実践学習に直接関るわけではないが、病棟の連携講師、臨床実践教育者、ラインマネージャー、師長などが、病棟全体でメンターと学生の実践学習を支える構造になっている。

このような認定メンターの養成は、各病院で行われるのではなく、大学で行われる。病院からメンター候補者が選出され、養成コースを開講している大学へ赴き、受講する。合格すれば、メンターとして登録され、病院へ戻ってメンターとして活躍する。大学は、学生の現地指導へ大学教員を派遣するのではなく、病院のメンター候補者のための養成コースを開催するという形で役割分担が行われていた。

表2 メンターシップ制度における各メンターの役割と任命条件

名称	役割	任命条件
認定メンター (Qualified mentor)	学生が実践学習を行う場合の指導全般と学生の学びの評価を行う。学生と共に学ぶ姿勢であることや、学生間での公平性、学ぶための環境整備などについての講習を受け、学生の学びのための支援を行う。	6ヶ月のプリセプター期間を終了し、臨床経験が1年以上で、病棟管理者に認められた者のうち、NMCのメンター養成コースを受講し、登録された者。
共同メンター (Co-mentor)	認定メンターの補佐。シフト制などにより認定メンターが指導にあたれない場合に学生の指導に当たる。	認定メンターと同じ部署の同僚である必要があるが、必ずしもNMCのメンター養成コースを受講・登録されている必要はない。
サインオフ・メンター (Sign-off mentor)	最高年次の最終実践学習の修了時に、看護学生がNMCに看護師として登録可能かどうか最終判断を下し、サインオフ（署名）を行う。署名に必要なパスワードを持っており、認められた者以外の署名が出来ない仕組みになっている。	(今回の訪問では詳細は確認できず)

ところで、ロンドン市内には看護師養成校が2016年3月現在9校存在する。この9大学では学生の実習記録の書式を標準化して使用していた（写真



1 Pan London Practice Assessment Document)。記録用紙の下部にはロンドン市内の9大学の校章が掲示されている。実習記録は9校が同じものを使用出来るように標準化されている。この実習記録の書式統一による利点は、どの大学で養成コースを受講したメンターも、病棟に戻った際に、どの大学から来た実習生でも同じ実習記録を用いて標準的に指導にあたることができるという点で、実習を受け入れるメンターから見れば効率的であるというメリットがある。また、大学側や学生側からすれば、どの実習現場のどのメンターに配属されても標準的な教育を受けられるという点で利点がある。大学間では学生の学力に差があることが考えられるが、優秀な成績の学生が多い大学では、標準化された記録用紙に追加でレポートや課題を課すなどして大学毎に学生の学力に合わせた育成を行っているとのことであった。



写真1 ロンドン市内9大学（パン・ロンドン大学機構）で標準化され使用されている看護学生の記録用紙（表紙）。右は下級年次の、左はサインオフ欄を含む最終年次のもの

このように英国の看護学生の基礎教育、特に実習指導について、英国では日本と比較して実習時間はおよそ2.5倍であり、質的にもシナリオ・クエスチョンやシュミレーション・テストの実施により、知識教育だけではなく実践でその知識を使いこなす力を基礎教育の中で実施されていることを知ることができた。さらに看護学生の育成という大きな目標を共有する市内の病院や大学がダイナミックに協力しあい、病院は病院、大学は大学それぞれの得意分野で役割分担をし、連携しながら看護学生の教育に携わっていることが大きな特徴であった。それを可能にしていたのは、ロンドン市内9大学の連合の中での実習記録用紙の標準化や、メンター養成コースの実施を大学側に集約する効率化といった工夫の数々であった。

### 3 継続教育

次に大学等を卒業した新卒看護師が、それぞれの就職先でどのように継続教育を受けているのかを紹介する。継続教育では、日本と同様プリセプターシップが導入されている。しかし、英国でのプリセプターシップを受けられ

る期間として設定されているのは、6ヶ月と短い。日本のそれが1年間であることと比較すると、半分の期間で自律するということになる。これは基礎教育での授業時間数や実習時間数が十分にあり、実践力を十分につけた状態で臨床に出るため、短期間での自律が可能であると推察する。

プリセプター制度の期間では、各病院や病棟において必要な知識や技術の到達度をチェックするコンピテンシー・ブックを使用する。また、知識・技術だけでなく、職員としての態度も評価される仕組みである。チェック項目は非常に詳細で、30ページに渡る内容である。入職後6ヶ月の間に4回のTaught Session（教育的会議）が開かれる。その会議ではプリセプターの先輩とともに、記載されている看護実践について理解できているかどうか、経験できたかどうかについて確認を行い、チェックリストにある項目全てにチェックが付くようにコーディネートされる。

プリセプターになることが出来るのは、その現場で看護師経験が18ヶ月以上の者のうち、プリセプターになるために必要な1日程度の講習に参加した看護師である。日本ではプリセプターの役割を担い始めるのが、少なくとも経験年数が3年以上となることが多い。ここでも、英国の方が日本よりもプリセプターという責任を引き受けるまでの年数も比較的早いことがわかる。

#### 4 キャリアアップの仕組み

英国では専門能力を継続的に維持・向上させることが、看護師としての業務責任の一つとされていた。英国では配置換えがなく、部署に直接応募して、退職するまで部署替えはない。従って看護師の募集は、日本のように病院ごとで公募するのではなく、病院の中の部署、役職、役割が明示された状態で公募される。

またNHSでは医療機関に勤める職員の給与体系を指定するBand制度があり、役職に従って給与額の範囲が決まっていた（表3）。Bandを維持するためには、そのBandに見合う実務状況、上司からの評価、研修履修状況を維持する必要がある。このような明確な給与体系もキャリアアップの原動力となることが考えられた。

表3 Band制度とそれに対応する看護師の役職

Band5	看護師
Band6	専門看護師、チームリーダー
Band7	高度専門看護師、チームマネージャー（師長）
Band8	師長、ナースコンサルタント
Band9	部長、役員

また英国の看護師資格は、日本とは異なり、更新制であるため、更新のための基準があり、それをクリアしなければ看護師で居続けることはできない。具体的には、臨床実践への従事時間数、研修受講時間数などが必要となる。それを踏まえて、それぞれの病院や大学においても継続教育のための研究制

度（コース）が整えられている。

病院毎で事情は異なるかもしれないが、研修中に話を伺った日本人看護師の方からは、看護師は毎週1日研修日が与えられており、研修を受ける時間が取れるようになってきていると知ることができた。また通常、研修の受講料は施設側が負担し、看護師自身の自己負担はないとのことであった。その代わりに、研修内容については、その看護師が持つ部署での役割と直属の上司との相談によって決められる。また、研修を受講したが成績が不振で不合格となった場合は、受講費用は自己負担となるそうだ。

そのような研修コースは、主に病院に併設された教育開発センター（写真1）や、大学院教育のモジュール教育などがある。RFHの中にも、教育開発センターがあり、毎年何十種類ものコースを用意している。一つのコースは半日～1日のものが多い。



写真1 Royal Free Hospital Staff Education and Development Centre(教育センター)

一方、大学院モジュール教育では、数ヶ月から数年の期間学ぶことができる教育制度がある。Nurse Specialist Course（高度実践看護師）の教育コースもそのうちの一つである。King's College, LondonにおけるCourseはホームページで公開されている（写真2）。この内容は、疼痛緩和や、終末期ケア、看護実践の生理学、プリセプターシップなど多岐に渡る。このような数年に及ぶ研修であっても、配属先の役割に必要な研修と認められた場合、配属先が受講費はもちろん、休暇中の部署の欠員を埋めるための非常勤看護師の費用まで用意して、ポストを保持したまま研修参加を支援してくれるということである。

Title	Level	Credits
<a href="#">Pain Management</a>	6	30
<a href="#">Palliative And End Of Life Care Foundations</a>	6	15
<a href="#">Palliative Care And End Of Life Care Symptom Management</a>	6 & 7	15
<a href="#">Physiology For Nursing Practice</a>	6	15
<a href="#">Preceptorship</a>	6	15
<a href="#">Prescribing For Nurses And Midwives</a>	6 & 7	60
<a href="#">Principles Of Implementation And Improvement Science</a>	7	30
<a href="#">Professional Development And Organisational Change</a>	7	15

写真2 キングスカレッジロンドン大学大学院モジュール教育の一例

(出典 King's College, London official web site;

[http://www.kcl.ac.uk/teares/nmwc/external/prospectus/course\\_list.php?search\\_letter=P](http://www.kcl.ac.uk/teares/nmwc/external/prospectus/course_list.php?search_letter=P))

このように英国では、意欲のある看護師が専門性を向上させ続けていくための、様々な支援体制が整えられていた。

### 考察—日本での看護教育への活用の可能性—

ここでは、これまで見てきた英国での看護教育と日本のそれとを比較し、日本での看護教育への活用可能性について考察する。

まず英国の基礎教育は日本よりもはるかに充実しており、結果として日本よりも早期に新卒看護師の自律が可能となっていた。時間数の量的側面では、圧倒的に日本より充実している。日本は時間数の設定が理論と実習 900 時間と、もともと少ないにも関わらず、読み替えや 1 単位に含まれる時間数の変更などで学生の学習時間が減少している。日本の看護教育では、理論、演習、及び、実習時間数の増加などを検討する必要があると考える。

教育の質的側面についても実践的な教育方法が実施されていた。日本では、臨地実習で学生が行う処置は、バイタルサイン測定や保清技術が必須で、その他の医療的ケアの実施や患者の看護記録を学生が記載するという事はない。実技については学内演習において、実技手順に焦点を絞り、清潔・不潔の区別など正しい技術の習得に焦点を当てて演習することが多い。一方で英国の臨地実習では、シナリオ・クエスチョンやシュミレーション・テストに重点を置いており、実技はもちろん習得した上で、実際の臨床場面を想定し、その技術を適切に使用できる能力の育成に焦点を当てていた。

例えば「自己抜管した患者への NG チューブの再挿入」という場面を例にとると、ただ単に NG チューブの挿入方法を知っているだけでは十分とは言えない。初回の挿入とは異なり、まずは患者に対して質問し、なぜ自己抜管に至ったのかを明らかにしなければならない。そこから再度自己抜管が起こる可能性があるのかどうかをアセスメントし、患者の病状を鑑みて経管栄養の必要性を検討し、患者・家族の意向などを確認した上で、再挿入が適切な方法であるかどうかを判断し、適切でない場合には主治医に報告して別の手段を検討する必要がある。また再挿入することになったとしても、再び自己抜管をしないようにするための対策を講じるまでが看護に含まれることになる。

このように臨床実践においては、単なる技術手順の習得だけでは十分ではなく、どのようにその技術を用いるべきかという判断能力と経験が必要となる。あらゆる選択肢について看護師としての判断力が必要とされる。シュミレーション・テストやシナリオ・クエスチョンなどの英国の実践学習は、臨床実践において必要な判断能力を養う教育手法であり、今後日本においても各教育の現場で取り入れていくことのできる手法であると考えられる。

メンター制度についても日本にはない制度であった。日本では病院側の現地指導者と大学教員の現地における役割分担についてあまり明確に定められてはいない。日本の病院実習では教員が学生と共に療養者のベッドサイドまで赴き、病院側の現地指導者と教員の双方が学生の指導に当たり、学生の評価も最終的には教員が行う。しかし病院実習とは異なり、在宅看護実習では、教員が学生と共に療養者宅へ訪問することは通常ではほとんどない。教員は療養者のベッドサイドまで行かず、実際に学生がどのような看護をして

いるのかを見る機会がないにも関わらず、記録だけを見て大学の教員が学生の評価を行うことに疑問を感じるという意見がでる場合もある。このように実質的に教員が学生と行動を共にすることがかなり難しい実習を実施している領域においては、英国のようなメンター制度は有効であることが考えられる。

英国における複数の大学や医療機関がそれぞれの壁を超えて、ロンドン市内の看護教育の質向上といった一つの大きな目標に向かって協力し合うという体制は、日本においても可能ならば大いに参考に出来ると考えられる。また、このような体制は特に在宅看護分野のような1大学あたりの実習施設数が多い領域において、それぞれの実習施設における教育の質を標準化した場合に有効であると考えられる。看護師教育の中で在宅看護の実習施設数は、1大学あたり平均18.2か所（平成27年度文部科学省大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業看護系大学学士課程における臨地実習の現状並びに課題に関する調査研究報告書）と言われている。これは基礎看護や成人看護の領域の平均が10施設を超えないことを見ると、倍に近い施設数である。このような多くの実習箇所を必要とする領域の場合、同じ地域内での大学の隣接状況によっては、受入れ側の実習施設としても、複数の大学の学生を同時に引き受ける状況が起こる。このような場合に、大学間の協力によって実習記録や教育基準の標準化が行うことができれば、効率化を図るだけでなく、看護教育の質を一定以上に保つことができるのではないかと考える。

また、看護師の専門性向上のための取り組みとして、様々なキャリアアップの仕組みについて学ぶことができた。日本では看護師の部署の配置換えによって、せつかく手につけた専門技能が活かしにくいという状況が発生する可能性がある。英国にはそのような配置換えがなく、その現状は、一見羨望の眼差しで見られる部分もある。しかし、この比較は決して単純ではない。

英国では看護師資格が成人、小児、精神と3分割されているため、そもそも日本のようなオールラウンド形式の配置換えが不可能である。英国では配置換えがないことの恩恵として、経験豊富な専門職者を着実に増加させることが可能である。しかし、一方で、同研修において参加させていただいた老年医療のGPのMDTミーティングで取り上げられる事例は、ほとんどが統合失調症や発達障害など精神的な問題を抱える対象者が多かった。つまり、成人専門の看護師は、老年を対象とするものの、精神看護の専門ではないため、対応が難しいのではないかと考えられる。

日本はその点、時間数は少ないものの、全領域の教育を受けているため、全人的な看護を提供することが可能である。この日本の良さを維持しながら、看護師の質向上を目指すための方策を検討していくことが重要であると考えられる。



H28.6.4 報告会 研修での学びについて発表する大村氏

4-2) 研修での学び 看護の実践・看護師の役割 —老年看護—

「英国からみえてきたもの」

鈴鹿医療科学大学 森山 小統子  
 三重県立看護大学 田中 晴佳  
 天理医療大学 高橋 晶

1 高齢者病棟における看護実践

超高齢社会である日本では、入院患者の多くは高齢者であり、当然ながら認知症をもつ高齢者は多い。入院中に心身が不活発となり認知機能が低下する場合もある。多忙な急性期病棟では、個別的なケアが行き届きにくいことや、BPSDやせん妄に対するケアが後手になる場合もある。さらに、身体拘束の問題や終末期における意思決定など倫理的な側面からも看護職員は様々な葛藤を抱えているといえる。

私たちは、英国の高齢者病棟において急性期病棟における認知症高齢者の入院生活の様子を視察することができた。病棟には、4人床の認知症高齢者専門の病室があり、専属のヘルスケアワーカー2名が付き添い、日常生活支援やアクティビティケアを実施していた。室内には認知症高齢者の生活歴にあった馴染みある音楽が流れていたり、昔ながらの家具が設置され、病室とは感じられない非常に平穏な空気が流れていた。認知症高齢者にはせん妄やBPSDなどはみられず、入院生活に適応し、穏やかに過ごされていた。また、スタッフは高齢者に対して敬意をもって丁寧にコミュニケーションをとり、きめ細やかに対応をしていたのが非常に印象的であった。

病棟には Dementia Lead と呼ばれる認知症専門のスタッフ (OT) が1名おり、院内における認知症ケアの質向上のための様々な活動をしていた。その一つに、認知症高齢者のアセスメントに必要な視点や対応方法について院内のプロトコルを作成し、スタッフの共通理解を図っていた。さらに、英国アルツハイマー学会が作成したリーフレットをもとに、一人一人の高齢者が望むケアやニーズを病棟内で情報共有し、それを尊重した日常生活支援へと繋げていた。認知症高齢者のこれまでの生活歴や生き方、スピリチュアリティを大切にすることがスタッフ一人一人に根付いていると感じられ、英国の急性期病棟における認知症ケアの質の高さを感じることができた。

日本でも急性期病棟における認知症ケアの充実は大きな課題であり、専門

チームを立ち上げている病院も増えつつあるが、専属のスタッフを配置するほどの人的資源の活用は難しい状況にある。しかしながら、英国でのケアを視察し、認知症高齢者が入院環境への不適応を起こさず、事故予防をしながら、穏やかな状態で急性期治療を済ませ、早期に退院をするためには、多職種と協働し豊富な人員、適応しや



H28.6.4 報告会 研修での学びを発表する森山氏

すい環境づくりを積極的に行い、きめ細やかで手厚いケア環境が必要であることを感じた。

## 2 外来における看護実践

日本の救急外来における高齢者ケアの課題として、専門看護師などの専門知識を持った看護師が配置されておらず、十分なアセスメントや社会資源の調整などが不十分であるために、家族の希望による入院や、自宅へ帰っても適切なアセスメントや看護を受けることが出来ず状態が悪化してしまうことなどがあげられる。英国では、これらの課題に対し、救急外来に専門知識を有したスタッフの配置と多職種連携を行うことで、適切なアセスメントと患者が自宅に戻れるための環境整備、自宅へ戻った後も医療的観察を行う訪問看護のサービスを提供している。これらの高齢者に対する入院防止対策は、①TREAT、②HOT Clinic、③Post Acute Care Enablement Service (PACE)の3つの組織およびサービスが柱となっている。

TREATは、RFHで2010年に設立された、医師、高齢者看護の専門看護師、作業療法士、薬剤師、ソーシャルワーカーからなるチームのことである。主な活動場所は、TREATのオフィスと救急外来である。主な業務内容は、救急外来にきた高齢者のアセスメントと自宅へ戻るための社会資源の調整で、不必要な入院を阻止することである。その他、電話相談なども担当しており、高齢者に必要なケアを提供している。

HOT Clinicは、老年内科医による高齢者を対象にした専門外来のことである。救急外来へ受診している危険な状態の高齢者に対し、迅速なアセスメントと診断を行うことで、適切な治療を提供している。高齢者は合併症や非定型の症状を呈することが多いため、専門の医師の診察を受けることで、早期に適切な介入を実施することができる。その他、GPの委託で高齢者の診察を実施して地域と連携することで、早期の介入を行っている。



H28.6.4 報告会 研修での学びを発表する田中氏

PACEは、TREATと協力し早期退院を支援している。救急外来から自宅へ戻った患者の状態を5日間モニタリングし、適切なケアの提供や、異常があった場合は速やかに医療機関への受診を促している。

英国の外来では、救急外来における高齢者ケアの課題解決のために、TREAT、PACE、HOT Clinicの3つの組織・サービスが連携している。多職種が協力し、地域と病院が連携することで高齢者の不必要な入院を減らし、高齢者のQOLの向上が期待できる。

## 3 地域における看護実践

療養生活の地域、在宅移行が推進されるなか、安心して療養生活を続ける

## 研修での学び

ためには、多くの専門職が連携（多職種連携）しケアを提供することが必要である。しかし、日本では、地域、在宅ケアにおける多職種連携実践には、未だ以下のような課題がみられる。

- ・各職種との関係性を築く機会が少ない
- ・医師を頂点とした階層構造を構築しやすい
- ・各職種における知識やスキルの違い
- ・多職種について学ぶ機会の不足
- ・医療職各々のコミュニケーション・スキルの不足

これらの課題は、それぞれの職種の役割を不明確にし、そして、連携が図れないことにより、対象者への効率的で切れ目のないサービスの提供を困難にしていると考えられる。

英国では地域、在宅ケアへの移行支援体制が確立しており、多職種がチームとなりMDTミーティングを開催している。MDTミーティングとは、多職種の専門家がチームとなり、それぞれの専門性を活かした対象者の情報交換を行い、課題解決や最良のケアプランの立案等を行う会議である。RFHのような急性期病院の病棟内でも、GPや地区看護師等が地域住民に対して医療を提供するヘルスセンター内でも、そしてナーシングホームなどの高齢者施設においてもMDTミーティングは頻回に開催されている。

RFHの高齢者病棟では、1日2回（午前、午後）MDTミーティングが開催され、老年専門医、看護師長、スタッフナース、介護士、ソーシャルワーカー、OT、PTが参加し、全入院患者に対して各職種が専門的視点から状態のアセスメントを行い、その意見をまとめて退院までに必要な調整事項の確認や退院予定日の決定等を行っていた。ミーティングは医師主導ではなく、どの職種に対しても意見が求められ、その意見は尊重されていた。また、多職種の中で自信をもって「発言」する力についても、学生時代に養える教育内容があり、日本に特有な職業的礼儀や他の職種に対する遠慮という雰囲気は感じられず、どの職種も自信を持って発言していた。

英国で行われているMDTミーティングは、地域、在宅で安心した療養生活を継続するために、また、高齢者特有の課題に対応するために重要な実践であり、今後、日本においても積極的に取り入れたい実践である。



H28. 6. 4 報告会 研修での学びを発表する高橋氏



#### 4-2) 研修での学び 看護の実践・看護師の役割 —がん看護—

##### 「英国における看護の実践・看護師の役割～がん看護～」

三重大学医学部附属病院 福永 稚子

ここでは、RFH と Finchley Memorial Hospital で見聞した英国のがん看護領域における看護実践と看護師の役割について報告する。

### 1 化学療法を受ける患者への看護実践

化学療法を受ける患者の90%以上は初回より外来で治療を受けている。化学療法について医師が患者に説明後、化学療法開始日までの間に看護師が患者との1時間の面談を行っている。その面談は医師の説明と同日ではなく別の日に設けられている。化学療法の手順や副作用マネジメントを説明する機会でもあるが、主目的は患者のトータルペインに目をむけケアにつなげるために行われている。

治療開始後は、治療日ごとに副作用マネジメントに加え、全人的アセスメントとケアが行われており、治療の24時間後には看護師から患者に電話連絡し状態のアセスメントとアドバイスなどの対応を行っている。患者は随時看護師に電話で相談をすることができ、安心して治療を受けられる体制が整えられている。電話相談のコール番号は一つに決められており、看護師は電話を受けると症状のグレードにあわせた対処方法のマニュアルを用いて対処し、所定の用紙に記録するシステムとなっている。RFH内だけでなくNHSの連携施設全体で同じ用紙を用いており、ケア結果のデータを共有しともに評価している。

看護記録は、一部は電子カルテを用いているが、化学療法を受ける患者用には、“Chemotherapy Holistic Assessment”と名づけられた一患者一冊の紙カルテが作られている。カルテは、患者の背景を記載するシート、治療や副作用管理に関するオリエンテーションが完了しているかが分かるチェックリスト、患者が活用する専門家（ウイッグの相談やソーシャルサービス、緩和ケアチーム、代替療法など）が一覧できるシート、栄養状態のスクリーニングシート、治療ごとに記載する副作用グレードの記録用紙、そして“Holistic Assessment”シートで構成されている。“Holistic Assessment”シートは、日本でも活用されている『つらさの支障の寒暖計』と似たスケールが使われており、トータルペインのスクリーニングができるようになっている。

### 2 緩和ケアセンターにおける看護実践とチームアプローチ

RFHでは、施設内と地域の緩和ケアを担うスタッフをそれぞれに配置している。スタッフは24時間オンコールで対応し、状態の判断とともに必要時には薬剤の投与も行っている。対象とする患者のうち、がん患者の割合は約5割である。近年になって、心疾患や呼吸器疾患など非がん患者のケアにも多くあたるようになったという。

患者が望む場所で過ごし、望む場所で死を迎えられるように地域の緩和ケアを充実させている。症状マネジメントのほかに、患者・家族とのアドバン

ス・ケア・プランニングの機会をつくり、患者の意向に関する話しあいを積極的に行っている。

院内と地域の緩和ケアを担うスタッフは、オフィスを共有して常時患者のケアについて話し合っており、加えて週1回、GPや療養施設のスタッフ、District nurseを含めた地域で行うMDTミーティングに参加し、患者のケア目標と計画の共有をはかっている。看護師がチームの中で調整役割を果たし、多職種、多施設間が連携する仕組みが、患者の意向の実現に貢献している。

### 3 看護師の役割拡大

Finchley Memorial Hospitalでは、Nurse-lead Clinicとして看護師の管理下で化学療法を行っている。このクリニックで治療をするのは、リスクが少ない患者のみとしているが、アナフィラキシーショックや血管外漏出など治療や処置を必要とするケースもある。その場合、看護師の判断で初期対応を行っている。緩和ケアの現場でも、看護師が患者の状況を判断し必要時に薬剤の投与を行っている。

### 4 マクミランキャンサーサポート

英国にはマクミランキャンサーサポートという大規模な慈善団体がある。1911年にダグラス・マクミランによって設立され寄付金で運営されている団体である。メンバーは、看護師を中心とした医療職に加え、がんサバイバーを含めた一般ボランティアで構成されている。がんと診断されても、その人がその人らしくいられるように様々な側面からサポートすることを目的とし、相談やケア、情報提供を行っている。

情報提供ツールの一つにリーフレットがあり、毎年看護師がエビデンスに基づいて更新している。テーマは、疾患の理解や症状とのつきあい方、がんが心に与える影響、「子供に自分のがんのことをどう伝えるか」、「がんになった家族にどう接するか」など多岐にわたる。身体的な側面だけでなく心理社会的な側面の患者の“痛み”に應對しており、患者だけでなく家族の気かけりにも焦点をあてた内容になっている。リーフレットは無料であり、外来や病棟に設置されていて患者・家族が自由に手に取ることができる。看護師も患者へのオリエンテーションやケアの場面で活用している。

### 5 考察

化学療法を受ける患者に対し、トータルペインのスクリーニングや治療後の電話対応は日本においても行っている施設がある。特筆したいのは、施設内だけでなく連携施設（地区）全体で同じツールを用いてケアにあたり、結果をデータとして集約し評価と改善を行っている点であった。これらの取り組みは、効率的であり、さらに有効なケアを生み出していくと考えられる。日本でも、病院と地域で共通のツールを使う動きがある。ツールを同じとするだけでなく評価をともに行う取り組みが地域のケアの質の向上への鍵となると考えられる。

緩和ケアの現場では、地域の緩和ケアの充実が印象的であった。MDTミーティングでは、患者・家族の意向を重視し、多職種が能動的に発言しディ

## 研修での学び

スカッションをすすめて患者の意向を実現に努めている。日本においても地域包括ケアシステムを充実させようと病院、施設、地域の連携強化がすすめられている。患者・家族への切れ目のないケアの提供のためには必要な職種が効率的に集まる仕組みと、各職種が自律して参加する風土の構築が必要であると感じた。特に看護師はチームの調整役であることを自覚して、主体的に参加することが必要であると改めて感じた。

どの分野でも看護師の役割拡大を知る場面があった。看護の専門性を発揮しながら、高い臨床判断能力と実践力をもって患者に迅速に対応できるという患者へのメリットを目の当たりにした。日本でも特定行為研修修了者が輩出され制度の構築が進んでいるところであるが、英国でその実際をみることでできたことは有意義であった。

マクミランがんサポートの活動でも、看護師の主体性が印象的であった。また、病院とサポート団体がそれぞれに活動するのではなく協働している点に良さを感じた。



H28.6.4 報告会 研修での学びを発表する福永氏

4-3) 研修での学び 看護の役割・質向上に向けた取組

「RFH における看護ケアの質向上にむけた挑戦」

鈴鹿医療科学大学 佐藤 芙佐子

本研修では、がん看護領域のメンバーとして、主にロンドン市にある Royal Free London NHS Foundation Trust (NHS Trust) を運営母体とし、地域の中核であり、国内の大規模な教育病院・総合病院の一つである RFH とその関連施設でのプログラムに参加した。この運営母体は、UCL (ロンドン大学) の教育関連病院としての役割も担っている。また、独自の多様な海外研修プログラムを構築し、諸外国からの医療スタッフや研究者を積極的に受け入れて国際的な医療・教育・研究活動に参画しており、担当指導に当たるスタッフも経験豊富であることが伺えた (写真 1、2)。



写真 1 運営母体  
Royal Free London NHS Foundation Trust



写真 2 RFH オリエンテーションで配布された冊子

このように整備された研修環境の中、参加者はこの研修を通じ一貫して貴重な見聞をし、多くの示唆を受けることができた。ここでは、研修の経験を総合的な視点から、「RFH における看護ケアの質向上に向けた取組み」について報告する。報告の概要は、①RFH の任務・使命 Mission (ミッション) と管理目標、②ケアの成果 (アウトカム) の評価と可視化、③看護師のキャリア形成と役割拡大、④ケアリングの実践についてである。また、日本の看護師の役割拡大と健全な職場環境管理システムの構築にむけて考察する。

1 RFH の任務・使命 (ミッション) と管理目標

第一日目に配布された冊子、RFH International (Working Together) に掲載されていた“我々のミッション” (Our Mission) は、「世界的レベルの優れたサービス (医療)、研究と教育を提供する」とある。このミッションの達成には 5つの管理目標 (Governing 5 Objectives) を明確にして、それらを徹底して検証するとしている (写真 3)。これらの管理目標は、RFH の組織全体での医療サービスに組み込まれていることは当然であるが、研修中に遭遇した多くの体験は、看護実践のケア成果の直接的・間接的に反映していると

強く感じた。特に、看護・チーム医療の成果が患者のケアの最前線で“可視化”されており、しっかり実践現場で検証されていることであった。そこで、RFHの看護師が患者への「最良のケア」を担保するため挑戦し続けている過程を研修する中で、これらの管理目標に関連して“見えてきたもの”について、述べる。

### 管理目標 1)：実践、研究、教育

この目標に関しては、優秀な人材の育成の推進、そのための教育制度の改革・方策などについて説明があった。また、より良い結果を出すための根拠に基づく実践（EBP）や実践手順書（Practice Standards）による実践と、さらには実践現場における継続教育への系統的で積極的なサポート体制がこれらの結果に直結する。臨床現場における“最良の成果”

（Excellent Outcomes）を得るために、定期的な調査や研究が行われ、その結果が、廊下の掲示用ボードに掲示されていた。これは、実践の評価の結果を示すことにより、院内及び連携施設間で評価後の改善策の策定及びスタッフへのフィードバックになっているとの説明であった。この目標については、RFH International 活動（国際研修センターでの医療スタッフの育成支援や研究プロジェクト実施）においても同じことがなされている。

### 管理目標 2)：満足度の高い経験・体験を提供する一患者、スタッフ及び一般開業医（GP）

この目標に関しては、RFHの医療サービスに関わるすべての人の満足度を重視する全人的アプローチ（ホリスティック・アプローチ）を導入していた。視察では、訪れた施設の処々に患者満足度の評価結果が病棟廊下に掲示されていた。例えば、がん医療・看護ケアで遭遇した全人的アプローチでは、「プライバシーと尊厳のオーディット」（Privacy and Dignity Audit）などが定期的に測定・評価され、評価結果は達成度 97%であった。しかし、その病棟の管理者は更に高い達成度を求めて挑戦していた。患者中心のケア、すなわち患者中心のケア（Patient-Centered Care）の理念が実践されていることが明らかであった。

スタッフに対しては、職場環境の管理体制も含めた「ケア提供者へのケアリング」（Caring for Caregiver）への支援システムが重要視されていた。また、GPに関しては、NHSの管理下にあるRFHでは、GP-看護師や多職種間の連携は必要不可欠であり、さらにスタッフナースやGPの満足度も重視されている。

### 管理目標 3)：高い価値を生み出すこと、すなわち医療サービスの効率性及び生産性を高め、コストを削減すること

を通じて最良の成果を達成する



写真3 RFH Mission 達成に向けての5つの管理目標 (Governing 5 Objectives)

この管理目標では、単に労働時間とパフォーマンスの関係だけでなく、医療従事者の知・技・心(態度)の統合による質の向上に基づく生産性の向上、及びそれに伴う優秀な人材の育成を達成すること、特に高い資質を持つ人材の育成により「生産性」を高め、その組織の付加価値を上げることである。人材育成による Best Practice の重要性を強調していることがこの目標に他ならない。高い能力をもつ看護師を育てることは医療やケアの質を向上させ、一人一人の健康の維持・増進へと繋げることができる。例えば、処々で起こる感染管理の問題や転倒率の減少にみられ、確実にコストの削減に反映されるといえる。

**管理目標 4)**：安全とコンプライアントーすべての規範と成果の基準を実施し、更に高い成果の達成を目さす

この管理目標については、NHS Trust による管理下での RFH・関連施設共通の基準 (Standards) やガイドラインによる標準化された資料の活用、EBM/EBP に基づいた実践と改善、調査結果のベンチ・マーキングを可能とするシステムの構築や有効な多職種連携を可能とするチームアプローチによる実践 (MDT) が病院・外来一地域連携のシームレスなケアシステムが構築され、定着し「機能」していると感じられた。臨床現場からの個々の調査に至るまでの継続的な質の向上 CQI (Continued Quality Improvement) が報告されていた。

**管理目標 5)**：強靱な組織の構築—将来のニードに対応できるようにするための、RFH スタッフとその組織 (infrastructure) への効果的・効率的な投資

この管理目標については、常に変化する社会のニードに対応できるケアシステムの提供のために、組織全体にわたる改革の重要性を挙げている。特に、看護職関連については、将来に向けてのヴィジョン (Vision) や革新的な姿勢を備えたリーダーシップを持った優秀な看護師の養成 (キャリア開発)、具体的には、Band 5 から 6 への昇進、また、Band 7-8 (専門看護師や師長レベル) への昇進など、大学院教育も含めた継続教育への資金援助込みのサポート体制などである。RFH では、継続教育への助成があり、その達成度に見合う報酬や職位が確保されている。これこそ、質の高い医療サービス提供を担保するための「投資」に他ならない。このことは、地域包括的な切れ目のないケア体制の構築、革新的な医療体制 (TREAT, HOT Clinic など) で、その効率性・効果性は立証されている。施設 (実践—教育—研究) 間の連携が必須であることが指摘されたグローバル医療の推進にも大きく貢献し、発展し続けている RFH の現状についても説明があった。

今回の研修では、看護管理システムについては含まれていないが、看護中央集権型 Central Administration だけでなく、特に、病棟単位分散型 (De-centralized Unit-based Administration) での徹底した目標管理のもとに実践・継続教育がされていることを学んだ。看護に従事する者 (看護助手も含む) の各レベル・職位の業務や役割分担を明確にして、スタッフミックスによる効率的な配置を取り入れていることは参考になる。特に、高騰する医療費と看護師不足の環境下では効果・効率的であるといえる。

## 2 ケアの成果（アウトカム）の評価と可視化

今回の研修で特に注目したのが、病棟に掲示された日常のケアの成果である。例えば、「患者・家族のケアへの満足度」「プライバシーと尊厳」「患者の転倒率」「褥瘡の発生率」「MRSA 感染の発生ケース」などで、上述の管理目標 4 の実践である。先の報告にもあるように、病棟廊下などでの成果開示することで、患者・スタッフにも確認することができる。評価に当たっては、NHS の連携施設全体で統一したケア基準と評価の指標にそった測定用紙を用い測定し、その成果は、施設間でのベンチ・マーキングによる評価を実施してフィードバック後に再評価・改善するサイクルが確立している。ここで注目されるのが、先にも述べた組織管理のシステムと質の高い人材の育成の確保が重要となる組織の「生産性」（伊賀、2016）の向上である。患者への安全で最良のケアの質管理には、専門職者としての継続的な責務の遂行が必須であることを実感した。

## 3 看護師のキャリア形成と役割拡大

英国の看護教育についての報告にもあるが、研修で出会った看護師の専門性と自律性は高く、その結果、キャリア形成における自己管理を可能にしている実情は特に印象深かった。その基盤に、看護基礎教育での早期からの関わり、メンター制度を導入しての実践的な看護教育方法の導入などが挙げられている。また、年度毎に必ず「人事考課」があり、高度実践看護師などの資格取得を目ざす目標を立て、施設の教育支援システムを活用して、自らのモチベーションを上げ維持することになっている。看護師としての Band レベルが上がれば、職位並びに給与体系も個人の達成度により設定される仕組みがある。これらの点が、日本では十分整備されておらず、現場の看護師の不満の要因の一つであるという報告もある。欧米の基礎教育にみられる看護の専門職性や自己啓発力は早期から開発されることが必須と考えられる。

英国での看護師の役割拡大に関しては、日本に比べ大きく進んでいる。英国で高度な看護実践が普及した背景には、医療費高騰への方策や GP 等の医師不足を補うことが主要因にある。また、実践能力や臨床判断力を育成する継続教育・研修体制が整備されており、看護師の高い主体性やキャリア志向のもと、高度看護師資格を獲得する者が増加している。研修では、英国で普及している「看護師主導のクリニック（Nurse-Lead Clinic）」「緩和ケアチーム」における 24 時間管理などについての説明を受けたが、指定されている薬物処方や特定の行為など（Pick-Line の挿入など）が法的に認可されている。研修したクリニックでは、特定の行為ができる看護師（Band 7 レベル）と現在大学で研修中の看護師（Band 6 レベル）などのスタッフミックスの下、効率的に役割分担し協働して勤務していた。看護師の役割拡大に伴う責任を遂行するには、高度看護実践に必須となる知識と技術の統合によるアセスメント力、臨床判断能力、高度実践力と専門職に必要な臨床倫理観などが重要な資質として求められる。このことは、“看護職の責務（Accountability）”を果たす上で必須であると研修に対応したリーダー達が強調していた。日本では、2015 年 10 月から特定行為研修制度が開始されているが、英国で実践されている法的認可制度による実践はできないのが現状である。

研修中に、RFH 看護師の実践現場でミッションへの挑戦に係る看護師が頻回に使用したキーワードには、次に特記するものがあつた：Professionalism, Self-management, Motivation, Challenge, Empowerment, Transformational Leadership, Shared Management, Nurse Power, Holistic Approach, Compassion, Caring, Best Care。

外来化学療法病棟の主任の Mr.M は、看護師は MDT のリーダーであり、その要として、「看護師力 Nurse Power」を発揮することが必須で、[Nurses Must Lead! ]と反復し、医療の質改善にリーダーとして貢献することの重要性を強調していたのが印象的である。視察期間中に、BBC (British Broadcasting Company) の特集による深刻な医師不足・看護師不足の状況がメディアで流れていた。厳しい医療経済の中だからこそ、より活発な多職種連携や看護師の役割拡大に影響していることが推察された。

### 4 ケアリング (Caring) の実践

研修中に、ナイチンゲール博物館を訪れ、近代看護の基盤を築いたナイチンゲールの活躍の軌跡をたどることができた。現代の英国看護のグローバル化の中で、看護理論家、M. Leininger が提唱する看護ケアの多様性と普遍性を実体験した思いである。研修で指導を担当した看護師の多くは、数か国からの外国人看護師であつたが、それぞれの看護師の多様な文化的背景を持ちながら、看護の本質とされるケアリングの普遍性については多くの対話の中で実感した。緩和ケアチーム・メンバーの専門看護師との日英の比較でみた終末期の End of Life Care や看取りのケアリングについての対話やがん外来療法の病棟主任の M (移住した看護師) が頻回に使う思いやり Compassion、ケアリングがそれらの例である。

患者第一とする患者中心のケア、患者の擁護 (Patient Advocacy) であることを常に講義の中で強調していたのは印象的であつた。英国の看護現場で活躍している外国人看護師たちの受けた教育は英国でなくとも、言語の問題がないだけに、移住した国に見事に同化して、旺盛なプロ意識を持ち、勤務しながら大学院で学びつつ自らのキャリア形成を達成している姿勢に感銘を受けた。日本では 2025 年に向けて看護師不足は喫緊の問題であるが、英国に比べ、日本に来る外国人看護師が遭遇する “言語の壁” は大きい課題であることを痛感した。

### 5 考察：日本の看護師の役割拡大と健全な職場環境管理システムの構築にむけて

今回の研修は、英国の NHS Trust 医療制度下にある地域の中核、主要な病院と関連施設であり、恵まれた環境での研修となり多義にわたる知見を得ることができた。RFH 等での経験は、米国の医療制度などと異なり、日本の医療制度に類似し、そこでの課題も共通するところが多いことを知ることができた。研修での学びは今後、日本の医療・看護システムの構築と改善に向けて活用できる可能性は大きいと考える。

日本の医療制度も英国と同じく社会保険方式、または税方式による国営の NHS であり、地域包括ケアシステムや MDT を含めての医療改革が喫緊の状



況にある日本・三重県において、看護師個人として、看護職能団体としての役割について検討する際の貴重な資料となると考える。また、これらの変革下で社会の要求に応えるためにも、看護職者の高い自律性、専門職性とリーダーシップの養成についても検討の必要性を痛感したところである。今後は、地域包括的ヘルスケアシステムの展開にも、急性期医療施設—回復期施設—在宅ケア支援・地域医療の連携のキーパーソンとなる看護職が担う役割の重要性を認識して、包括的ケアシステムをリードする人材育成を優先する必要がある。2025年問題に向けての日本におけるNPの養成に関しては、研修で観察したようなNP養成は法的に難しい現状であるが、日本でも高度なアセスメント力、臨床判断力と実践力・調整力を培う継続教育制度（特定行為に係る看護師の研修制度）が開設されており、更に拡大できれば、病院や地域の医療現場で求められているNPのようなケアリーダーの役割を担う看護師数の増加につながることが期待されている。現在、指定研修機関での修了者コース（21）と大学院教育による診療看護師（NP）養成コース（7）が開設されている。2014年の保助看法の一部改正により、このような業務範囲の拡大については、日本看護協会も推進している領域である。

看護管理体制については、日本の看護管理領域で注目されている“ミッション・マネージメント”（武村、2016）は、まさにRFHがその任務遂行のために挙げている5つの管理目標にあたるものであると考える。

今後、医療費の高騰や高齢社会がますます進む中だからこそ、英国の医療政策での効率化や生産性を高める必要性は明らかであり、看護職の人材育成に対する理解と投資は貴重な成果につながると考える。実際、その目標管理の一端をRFHの研修内容が実証していると思われる。このことは、日本の状況にも関連することである。

共同管理または統轄（Shared Governance）という看護管理体制があるが、管理者側からの一方的なTop-Down的な決定だけでなく、スタッフからのBottom-Upを含めた連携体制を取ることで、相互の分かち合い（Sharing）があれば、各スタッフの組織に対するコミットメントも上がり、モチベーションの高揚、自律性の向上に繋がり、豊かな資質を持ったスタッフ育成—「生産性」が向上する可能性は強まると考える（伊賀、2016）。日本でも、病院の看護師が継続的に学び、ステップアップできる職場環境とそれらが「承認」される環境、変革型のリーダーシップが発揮される場ができることが望まれる。特に、病棟単位の分散型の管理体制による看護管理者の人事・現場教育・予算管理なども担う裁量権の拡大であり、ケア最前線に密着したシステムである。

先述した管理目標にある、英国の医療政策では組織における効率化や生産性が強く求められている一方で、看護管理者の人材育成に対する理解と投資は大きいものがある。つまり、このことが英国のNHS、RFHにおける管理者・看護リーダーに理解されていることにより、積極的な継続教育への組織ぐるみの支援体制があると推察する。

例えば、認知症患者など高齢者の抑制が法的に禁止されている基準を可能にする職場の体制、また、終末期ケアに携わるスペシャリストなど、常時、“感情労働”を求められるケア提供者の“気遣いによる疲労”（Compassionate

## 研修での学び

Fatigue)を予防し対処するための定期的な受けるカウンセリングの義務化などは、「ケア提供者へのケアリング」の理念がしっかり実践されている良い例と思われる。スタッフの健全な精神・心理的生活に向けて支援し、欠勤の減少とともに満足度をあげ、実践による生産性の維持に繋がる。これも、人的資源への投資に他ならない。

最後のディスカッションでは、日本の看護師教育における看護師の専門職性と自律性を養成することの重要性があげられた。また、スタッフのキャリア形成や自己管理に対するモチベーションを上げられる健全な職場環境を提供する看護管理体制—システムの構築、革新的な看護管理が喫緊の課題であると考えられた。例えば、日本の看護の優秀な点を国際的にも情報発信し共有しながら、今回の研修で得られた新たな知見をもとに多義にわたる取組みが可能と考える。特に、看護管理におけるスタッフ参加型の看護体制への切り替えや変革型リーダーシップが発揮されるシステムなどの改革が必要ではないかと考えられた。

RFH看護部の看護ケアの質向上に向けた挑戦は、総括して、①継続的な質向上(CQI)とNHSの施設間とのベンチ・マーキングも含めた改善、②患者中心の開かれたケアの提供、③看護師の専門職の責務の意識と自主的なキャリア形成、④看護師の役割拡大と機能の明確化を可能にしている看護システム、⑤全人的アプローチによるケアリングの実践であると思われる。これらの学びの要点は、我々が日本の看護実践と教育現場への導入・活用を考える上で、貴重な示唆を与えると考える。

研修中は、研修者と三重県派遣のスタッフ全員がホテルのロビーに集合し、各領域におけるその日の研修内容を報告し合い、討議する機会があった。このことにより、直接参加できなかった領域での研修内容についても情報を共有することが出来、研修全体を幅広く捉え、日々研修への認識を深めることに繋がり、有意義なものとなった(写真4)。



写真4 毎夜行われた研修後の報告会・討議  
(於：ホテルロビー)



H28.6.4 報告会 研修での学びを発表する佐藤氏

## 平成 28 年度研修生（2 期生）



期間：平成 28 年 9 月 4 日から平成 28 年 9 月 10 日  
※英国滞在期間

### ◆周産期看護分野

三重県立看護大学 助教 <sup>いわた</sup>岩田 <sup>ともみ</sup>朋美  
三重大学医学部附属病院 助産師 <sup>すずき</sup>鈴木 <sup>やすよ</sup>安代

### ◆老年看護分野

伊勢赤十字病院 看護師長 <sup>あずま</sup>東 <sup>えり</sup>恵理  
三重大学大学院医学系研究科 大学院生 <sup>ふなお</sup>船尾 <sup>ひろき</sup>浩貴  
(三重大学医学部附属病院)

※敬称略

平成28年度 研修プログラム

(周産期看護)

月日	曜日	午前	午後
1日目 2016年 9月3日	土	出発	ロンドン着
2日目 9月4日	日	ナイチンゲール関連施設の見学	
3日目 9月5日	月	1 病院オリエンテーション 2 講義 ① 歓迎挨拶・英国のNHSについて 〈Reyon Yan〉 ② 英国における看護教育 〈Evelyn Mansoor〉 ・看護師と助産師登録制度 ・看護師基礎教育（登録前看護教育） ・メンターシップ [英国の臨地実習における指導体制] ・プリセプターシップ [現場教育訓練] ・看護師継続研修（登録後看護教育）	病院内見学実習（周産期病棟） 〈Elina Satokangas〉 ・組織構成、施設の案内 ・妊産褥婦の看護計画 ・周産期病棟 ・パースセンター
4日目 9月6日	火	(講義) 〈Angela Bourne〉 ・妊産褥婦への知識提供と教育 ・周産期ケアにおける褥婦自身の選択 ・方針と手順 ・ガイドライン開発 ・PDGs ・分かち合いケア ・患者からのフィードバック ・児童の保護 ・複合的な社会的ケア (講義) 〈Monika Del Olmo〉 ・ペリネイタルロスを経験した女性に対するケア	「助産師による妊婦健康診査」 〈Elaine Frewin〉
5日目 9月7日	水	パースオプションクリニック [既往帝王切開妊婦や心的外傷を受けた分娩を経験した妊婦とともに、今回の分娩の方針を検討するための外来] 見学 〈David Connor〉	*GPクリニックにおける助産師による妊婦健康診査見学 〈Wendy Lewis〉 *General Practitioner
6日目 9月8日	木	(講義) 〈David Connor, Arinola Erinle〉 ・助産師基礎教育 ・助産師継続教育 ・助産師資格の更新制度について (説明ならびに見学) ・妊娠期のスクリーニング、新生児期のスクリーニング ・エコー見学	
7日目 9月9日	金	1 研修生プレゼンテーション: 「英国研修での学びについて」 2 研修顧問、上級看護師及び助産師との意見交換: 日本の看護の現状と英国の研修での学び 〈Reyon Yan, Jansen Climao, Myra Hernandez, Ivy Macalino, Monica Del Olmo, Christine Yau, Fareida Ibrahim〉 3 講義: RFLによる実践開発 〈Naomi Walsh〉 4 講義: 自主的実践と看護コンサルタントの役割 〈Isobel Mason〉	
8日目 9月10日	土	英国在住日本人看護職員との交流 (英国の看護教育、医療看護の事情について等)	
9日目 9月11日	日	帰路	

平成28年度 研修プログラム

(老年看護)

月日	曜日	午前	午後
1日目 2016年 9月3日	土	出発	ロンドン着
2日目 9月4日	日	ナイチンゲール関連施設の見学	
3日目 9月5日	月	1 病院オリエンテーション 2 講義 ① 歓迎挨拶・英国のNHSについて 〈Reyon Yan〉 ② 英国における看護教育 〈Evelyn Mansoor〉 ・看護師と助産師登録制度 ・看護師基礎教育（登録前看護教育） ・メンターシップ [英国の臨地実習にお ける指導体制] ・プリセプターシップ [現場教育訓練] ・看護師継続研修（登録後看護教育）	病院内見学実習 ・老年期の患者への健康サービス (HSEP部門) の見学 〈Tiago Silva〉 *Health Services for Elderly People
4日目 9月6日	火	病院内見学（老年期病棟） 〈Angela Bourne〉	TREATクリニック見学・説明、認知症 ケアディスカッション 〈Ruth Mizoguchi〉 Triage and Rapid Elderly Assessment Team
5日目 9月7日	水	コミュニティハブ・ケア会議の見学 〈Ivy Macalino〉	症例カンファレンス見学 HOTクリニックの見学 〈Ruth Mizoguchi〉 PACEの説明 Post Acute care enablement service リハビリの説明
6日目 9月8日	木	ナーシングホーム見学 〈Robert Ward〉	HOTクリニック、TREATにおけるナース の役割について説明 〈Myra Hernandez〉
7日目 9月9日	金	1 研修生プレゼンテーション：「英国研修での学びについて」 2 研修顧問、上級看護師及び助産師との意見交換：日本の看護の現状と英国の研修での学び 〈Reyon Yan、Jansen Climao、Myra Hernandez、Ivy Macalino、Monica Del Olmo、Christine Yau、Fareida Ibrahim〉 3 講義：RFLによる実践開発 〈Naomi Walsh〉 4 講義：自主的実践と看護コンサルタントの役割 〈Isobel Mason〉	
8日目 9月10日	土	英国在住日本人看護職員との交流 (英国の看護教育、医療看護の事情について等)	
9日目 9月11日	日	帰路	

## 研修内容1：周産期病棟の見学

研修場所：Maternity Perinatal Ward

対応者：Elina Satokangas, Practice  
Development Midwife

### ●分娩期の助産ケアの概要と研修を通じた学び

“Maternity Perinatal Ward”の病床数は31床で、分娩室が5室ある。監視室に近い分娩室はハイリスク、遠い分娩室はローリスクとして使い分けられている。分娩室の前には、輸血バックの供給装置があり、緊急時の輸血にも速やかに対応できる体制が整備されている。また、手術室2室が“Maternity Perinatal Ward”内にあり、緊急手術に迅速に対応できる体制となっている。

ローリスク産婦の場合、入院から退院まで原則的に助産師のみで対応している。分娩開始徴候のある産婦への対応では、助産師がデアセスメントルームで産婦を診察し、入院(“Labour Ward”または“Maternity Perinatal Ward”)、あるいは自宅で様子観察かを決定している。

助産師が主導的に分娩管理を行う“Birth Center”の分娩室は、日本よりも広い印象であった。また、日本ではあまり見受けられないタイプの分娩用ベッド(足台がベッドに付属しており、ベッドのままの分娩が可能なもの)が設置されていた。この他、水中出産用のプール、座産用の椅子、ビーズクッションが備えられており、分娩期の過ごし方にも多様な選択肢が提供されている。こうした助産ケアが、産婦の出産への満足度を向上させると考えられる。

また、分娩室内の壁にはパートナーとともに臥床できるような大きなベッドが収納されており、家族への配慮が感じられた。さらに、ナースコールや酸素・吸引などの配管類は、視界に入りにくい

工夫がされており、分娩室というより落ち着いた雰囲気の間であった。

以上のように、RFHにおける快適性と緊急時対応の迅速性が両立した分娩管理は、日本の院内助産においても参考にするべきであると考えられる。



写真1 水中出産用のプール

### ●産褥期の助産ケアの概要と研修を通じた学び

英国の産褥期の入院期間は日本と比較すると非常に短い。正常経膈分娩の場合、産後6時間で退院が許可される。経産婦であれば、許可後すぐに退院となることが多いが、初産婦では育児指導を目的として一晩入院となることが多いため、平均すると産後12時間程度で退院となる。また、帝王切開後の離床も日本と比較すると非常に早く、入院期間も2～3日と短い。そのため、退院後は“Community Midwife”(CMW)が産後訪問を行い、褥婦の心身のアセスメントや新生児の健康診査、母子への支援を継続的に行っている。

日本では、褥婦のニーズや助産師の偏在化などにより、英国のような「早期退院と複数回の産後訪問による産褥早期の母子への支援」を展開することは難しい。しかし、英国における「医療施設から地域への円滑な継続看護」は、妊娠期からの切れ目のない支援に必須であり、わが国においても保健センター等地域との連携に際し、参考としたい。

## 周産期看護グループ研修内容

岩田・鈴木

9月6日(火曜日)

研修内容1：英国における周産期ケアの実際、ガイドライン等に関する説明

研修場所：Sheila Sherlock, Education Center

対応者：Cheryl Walsh-Durand, Midwifery Clinical Practice Facilitator, Monica Del Olmo, Bereavement Midwife

### ●説明の概要と研修をとおした学び

最初に、妊婦健康診査（妊婦健診）の制度、周産期病棟におけるケアの実際、周産期医療やケアに関するガイドライン等の説明を受けた。英国では、ローリスクであれば、妊娠期から分娩・産褥期まで助産師のみで対応しており、必要時には医師の協力を得て、ケアを実践している。また、英国の助産師は会陰切開や縫合術、限定的な薬剤の処方等も行うことができ、日本よりも業務範囲が広い。よって、英国の方が日本よりも、助産師主導で助産実践を行う機会が多いと推察される。

次に、“Bereavement Midwife”よりペリネイタルロスを経験した女性と家族へのグリーフケアについて説明を受けた。RFHでは、異所性妊娠や早期流産であっても絨毛組織は火葬の対象となる。希望があれば、遺灰をチルドレンズガーデンにまくことができ、この場所を祈りの場とすることもできる。また、女性や家族の思い出づくりをサポートするために、児の週数に応じた衣類、メッセージカード、頭髪を保存するための容器、ぬいぐるみなどが準備された箱を提供している。ちなみに、これらすべては、チャリティー活動により用意されている。

“Bereavement Midwife”は、退院後も女性に対して継続的に支援を行っている。加えて、“Bereavement Midwife”は、グリーフケアにあたる助産師の支援も行っている。これらのことが、周産期

におけるグリーフケアのさらなる質の向上に寄与しているものと推察される。



写真1 思い出づくりのための品

研修内容2：助産師による妊婦健診の見学

研修場所：Antenatal Clinic

対応者：Elaine Frewin, Antenatal Clinic Sister

### ●助産師による妊婦健診の見学の概要と研修をとおした学び

英国では、ローリスクであれば助産師が妊婦健診を実施する。英国の妊婦健診の回数は日本よりも少なく、血液検査や超音波検査は決められた週数で実施されている。英国では肥満や糖尿病が重大な健康問題であるが、妊婦の体重管理は、日本のほうが厳格である。ちなみに、英国では、助産師が血液検査の指示や検査結果の判断、限定的な薬剤(e.g. 鉄剤)の処方を行っている。

周産期死亡率や妊産婦死亡率等については、日本は世界トップレベルを維持しており、周産期管理のレベルは高いといえる。一方、英国のこれらの統計は、先進国の中では低いとは言えない。移民が多いという英国の事情を考慮しても、日本の緻密でレベルの高い周産期管理と、こうした周産期管理の一翼を担う日本の助産師の高い臨床実践能力を実感した。

研修内容1：“Birth Options Clinic”に関する説明ならびに見学

研修場所：Antenatal Clinic

担当者：David Connor, Consultant Midwife

### ●“Birth Options Clinic”の概要

“Birth Options Clinic”は、“Consultant Obstetrician”や“Consultant Midwife”が、既往帝王切開妊婦や心的外傷を受けた分娩を経験した妊婦とともに、今回の分娩方針を検討するための外来である。研修では、5名の既往帝王切開妊婦の外来を見学した。なお、“Consultant Midwife”は、教育を含めた臨床のスペシャリストである。



写真1 診察用ベッド

### ●研修をとおした学び

多くの移民が居住する英国では、さまざまな宗教や価値観を持つ妊婦が少なくない。そのため、英国の助産師には、妊婦のもつ宗教や価値観などの多様性を考慮に含めたアセスメントと支援を行う能力が求められている。また、“Birth Options Clinic”のように、産科的リスクのある妊婦の分娩方法の選択に際し、助産師が妊婦と家族への支援を行っている。こうしたことから、英国の助産師は、より深くかつ繊細にアセスメントを行い、妊婦ひとりひとりを尊重した支援を行っていると言える。

このような支援を提供するためには、

質の高い臨床実践能力に加えて、コミュニケーションスキルやケアリングの姿勢などが必要である。“Consultant Midwife”の助産実践の見学をとおして、英国の助産師の質の高い実践能力の一端を実感することができた。

研修内容2：“GP Clinic”における妊婦健診の説明ならびに見学

研修場所：GP Surgery Antenatal Clinic

担当者：Mayuri Panchal, Community Midwife, et al.

### ●“GP Clinic”における妊婦健診の概要

“GP Clinic”は、地域にある診療所である。一見すると、小さなオフィスのような建物であった。ここでは、RFHに勤務するCMWが必要物品を持参し、RFHの“Antenatal Clinic”と同様に妊婦健診を行っている。ここで妊婦健診を受ける妊婦の分娩場所は、自宅やバースセンター等さまざまである。なお、RFHで分娩をした褥婦に対する産後ケアは、基本的にRFHのCMWが行っている。

CMWは、リーダー1名とメンバー5名が1グループとなり、各エリアを担当している。ちなみに、RFHでは、助産師自身が、“Maternity Perinatal Ward”、“Antenatal Clinic”、“CMW Office”から勤務場所を選択できる。

### ●研修をとおした学び

“GP Clinic”は、リラックスできる雰囲気であった。病院に加えて“GP Clinic”においても妊婦健診を受診できることは、妊婦の利便性の向上につながると考える。また、継続看護の観点から、CMWのエリア担当制により対象者の情報共有が容易となり、妊娠期からの切れ目のない支援につながるものと考えている。



研修内容1：英国の助産師基礎教育および継続教育に関する説明

研修場所：Maternity Perinatal Ward

担当者：David Connor, Consultant

Midwife、Arinola Erinle, Supervisor

●英国の助産師教育に関する説明の概要

助産師基礎教育の教育課程、臨地実習における指導体制・助産実践の内容等について説明を受けた。臨地実習では、“Sing-off Mentor”が、学生の実習時間のうち40%以上の時間、指導を行い、評価も行う。一方、大学教員は、直接的な実習指導にはほとんど携わらない。そのため、学生の評価は、会議にて臨床側と教員で共有される。また、臨地実習で到達すべき助産実践は、正常分娩の介助40例以上、妊婦健診と褥婦・正常新生児のケア100例以上等、日本よりも実践的な臨地実習であると言える。

助産師継続教育については、プリセプターシップ、助産師登録の更新制度、継続教育における“Supervisor”の役割等について、説明を受けた。

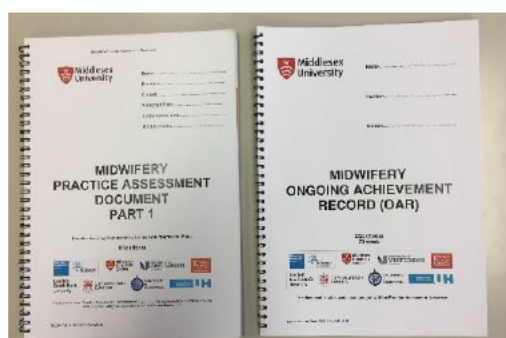


写真1 臨地実習等で使用される記録類

●研修をとおした学び

英国では、実践的な助産師基礎教育がなされており、助産師学生の基礎教育修了時の実践能力は、かなり高いと推察される。英国よりも助産師基礎教育の時間数が少ない日本において、より実践能力の高い助産師学生を育成するためには、臨床助産師と教員が連携して、教育機関

と臨地実習において、より実践的な教育を展開することが課題であると考えます。

研修内容2：妊婦・胎児・新生児スクリーニングに関する説明ならびに見学

研修場所：Maternity Perinatal Ward

担当者：Deborah Ead, Specialist Midwife, et al.

●妊婦・胎児・新生児スクリーニングの概要ならびに研修をとおした学び

母体の血液検査や羊水検査等の出生前診断、妊婦の感染症検査、新生児スクリーニング等に関する説明を受けた。妊婦や母親向けのスクリーニングに関する説明文書が数多くあり、スクリーニングの普及が推察された。英国では、妊婦・胎児・新生児のスクリーニングが日本と同様に行われている。しかし、頻回に胎児エコーを行う日本と異なり、英国では、胎児エコーは、臨床検査技師が妊娠初期と妊娠18～20週頃に行う他、妊婦健診にて子宮底長が基準値より長い場合に、産科医師が行う程度である。

新生児スクリーニングの血液検査は、e-learning等のトレーニングを行った助産師が担当する。採血の失敗が続くと再トレーニングが必要となる。

胎児の染色体異常等の診断を受けた女性と家族に対して、専門家等による支援体制が構築されている。とりわけ周産期のスクリーニングは繊細な倫理的問題に直結しており、対象者への支援体制の構築の重要性を再認識した。



写真2 スクリーニングの一般向けパンフレット

## 発表および討議報告

報告者 岩田 朋美

鈴木 安代

### ●発表の概要

発表では、周産期管理やケアと助産師教育について、日本の現状を示しながら英国と日本の相違点について言及した。以下に発表の概要を示す。

#### 1 妊娠期・分娩期・産褥期のケア

“Birth Center”等の周産期病棟や“Antenatal Clinic”等での研修をとおして考察した、英国と日本における妊娠・分娩・産褥期のケアの相違点について、以下のとおり発表を行った。

妊婦健診等の妊婦管理において、英国と日本には大きな相違があった。妊婦健診は、日本の方が英国よりも回数が多い。また、英国では、肥満が国民的な健康問題となっているにもかかわらず、妊婦の体重測定は、BMI35未満であれば、妊婦健診の最初と分娩の近づいた頃の2回だけである。このように、妊婦管理では、日本の方が英国よりも緻密であることを強く実感した。

分娩期のケアにおける主たる相違点は、以下のふたつである。ひとつは、“Birth Center”に設置された水中出産用のプール(産痛緩和を目的に使用する場合が多い)やケア用の備品が多い等、英国の方が産婦の選択の幅が広いこと、もうひとつは、ローリスク分娩の場合、英国では助産師主導で分娩管理を行うが、日本では医師主導の管理の方が多いことである。

産褥期のケアでは、英国と日本の産後の入院期間や産後訪問について言及した。日本では5～7日間の入院期間があり、助産師が終日、母子のケアや母乳育児、育児技術等の支援を行って

いる。退院後は、通常、施設助産師が自宅を訪問することはなく、母親が必要時に施設助産師や保健師等に相談をする。母親が産後訪問を希望する場合、必要に応じて分娩施設から保健師に訪問依頼書を送付している。一方、英国では、母親は分娩後12時間程度経過後に退院する。退院後は、CMWが自宅等を訪問し、母親の心身のアセスメントや新生児の健康診査、母子への支援等を行っている。このように、英国の多様で統合されたケアは、非常に素晴らしいと言える。

#### 2 ペリネイタルロスを経験した女性と家族に対するケア

RFHでのペリネイタルロスを経験した女性と家族へのグリーフケアと、このケアを専門とする“Bereavement Midwife”の活動や役割について、説明を受ける機会を得た。そこから考察した日本におけるペリネイタルロスを経験した女性と家族に対するグリーフケアにおける問題点について、以下のとおり発表した。

日本では、ペリネイタルロスのグリーフケアにおいて、胎児や妊娠の思い出の品を残しづらいという問題がある。それにはふたつの原因が考えられる。ひとつめは、早期流産後の胎児や絨毛組織が医療廃棄物として扱われること、ふたつめは、ペリネイタルロスを経験した女性の周囲にいる人の中には、今回の妊娠を忘れるよう助言する人がおり、このような存在により、女性が自身の経験を振り返り、傷ついた経験から立ち直ることが妨げられていることである。

さらに、もうひとつの問題点は、日本には、“Bereavement Midwife”のような専門家がほとんどいないために、助産師はペリネイタルロスを経験した女性や家族のケアにストレスを感じ、ケアに難

渋していることである。

### 3 英国と日本における助産師教育の相違点

英国の助産師基礎教育や看護師・助産師資格の“Revalidation”（更新制度）に関する説明をとおして、英国と日本の助産師教育には大きな相違があること、そして非常に実践的な英国の助産師基礎教育と、助産師の質を担保する更新制度に強い感銘を受けたことについて、以下のとおり発表した。

日本の助産師基礎教育および継続教育について示しながら、英国と日本の助産師教育の相違点について説明した。日本では、助産師には看護師免許が必要である。また、助産師基礎教育は、学士や修士課程等の多様な教育課程で行われている。他方、英国では、助産師登録には看護師資格は不要であり、助産師基礎教育は、期間が3年あるいは18か月の統制された教育課程で行われている。さらに、教育時間と内容は、日本の方が講義・実習時間ともに短く、その内容も少ない。加えて、日本には、助産師免許取得後に、その臨床実践能力を公的に審査する制度はないが、英国には3年毎の更新制度がある。したがって、英国では、日本よりも実践的かつハイレベルな助産師基礎教育と、日本には存在しない3年毎の更新制度により、助産師の臨床実践能力を担保する教育体制が構築されていると言える。

#### ●RFH スタッフとのディスカッション

RFH 側より、日本で妊婦健診において腹囲測定を行う理由や日本の産後の入院期間の長さ等について質問があった。腹囲測定については、胎児の発育を評価するひとつの項目ではあるが、実施されることが次第に少なくなっている現状を説明した。また、入院期間が日本

の方が長い理由について、日本人は入院を厭わず、むしろ病産院における支援を望む褥婦が多いこと、出産年齢の高齢化により育児への適応に支援を要する褥婦が多いこと等が考えられる旨を説明した。

研修生より、男性助産師の割合、英国での出産体験の振り返りの支援の実態等について質問した。

RFH 側より、男性助産師は非常に少なく、男性産婦人科医も少ないこと、男性助産師の特長は、妊娠・分娩を経験しないがゆえに、自身の経験と比較せずに対象者と関わることであるとの説明があった。また、出産体験の振り返りは、CMW が公式あるいは非公式に支援しているが、あまり行われていないこと、当支援は、日本のように母子関係の構築や愛着形成につながる支援として位置づけられていないとの回答を得た。

発表および討議をとおして、英国では妊婦健診で腹囲測定や毎回の体重測定を行わないこと、出産体験の振り返りが母子関係の構築につながる支援として位置づけられていないこと等、英国と日本における診察内容、助産ケアの位置づけに相違があることを実感した。そして、助産ケアの中には、各国の文化・社会的背景のもとに、その国特有に発展してきたケアがあることに、改めて気付かされた。こうしたことから、今回の発表および討議は、非常に意義深いものであった。



ディスカッションの様子

研修内容：老年期病棟見学

研修場所：HSEP 病棟

対応者：Tiago silva v, Sister

### ●老年期看護の実際

HSEP 病棟には、80 歳以上の認知症患者が入院する。内 2 部屋（4 人部屋）は認知症患者で転倒や徘徊のリスクの高い患者を入室させ、24 時間 1 名の看護アシスタントを配置し見守りを実施している。また、病棟では生活環境に近づけた環境や廊下にパネルを貼り触って感覚を楽しんでもらうなどの工夫を行っていた（写真 1）。



写真 1 廊下のパネル

また、本人のニックネームや何が好き

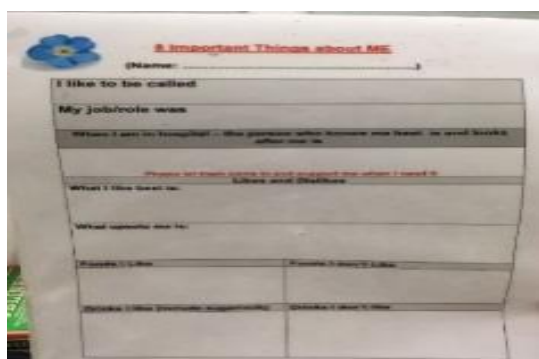


写真 2 情報共有用紙

かなどを情報共有用紙（写真 2）を用いて情報収集し、患者に合わせた対応を行えるようにしている。

さらに、認知症への取り組みとして、チャリティー団体主催のキャンペーンに積極的に参加し、そのキャンペーンから

得た知識や取組みを病院内にも導入していた。このように、認知症医療の充実のために、看護師だけでなく全職種、病院組織が認知症に熱意を持ち、専門的に、かつ組織的に取組みを行っていた。

日本の病院では、国や地域の取組みを病院内へ導入するなどの試みがまだまだ進んでいない。今後、地域包括医療において病院、地域が連携を密に認知症看護、あるいは認知症の方への生活支援の充実を図る必要があると考える。

### ●看護アセスメントと人材育成について

日本と同様に英国でも看護の質の保障のために、あらゆるアセスメントシートがある。その数は日本よりもはるかに多く、記録に費やす時間は非常に多いとのことであった。誰もが同じように評価できるというメリットはあっても、看護師自身でアセスメントを行い判断する機会が少ないというデメリットは日本と同じである。しかし、RFH では、各病棟に Clinical Practice Educator という教育看護師が配置され、その看護師は常に人材育成に関わる業務を行っている。また、日々のリーダーがフリーとなって常に看護師をラウンドし、看護の相談や指示を出すなどの体制を整え、OJT による人材育成を行っている。

日本でもアセスメントシートが増え、看護師自身でアセスメントし判断をすることが減り、看護師のアセスメント能力の低下が問題となっている。英国のように各病棟に教育担当看護師を配置させることは理想的であると考えられる。しかしながら、日本では人員不足の問題が大きくそのような体制を整えることは難しい。日々のリーダーをフリーとし OJT による教育の充実を図るなど体制を確立し、人材育成を充実させていきたいと考える。

**研修内容1：一般病棟見学・病棟看護職員シャドウイング**

**研修場所：6E病棟（一般病棟）**

**対応者： Angela Bourne ,Sister**

●一般病棟における看護活動の実際

英国の臨床で活動する看護師は、治療を受ける上での患者の全身状態を観察し、点滴や内服薬の投与といった、看護師にしか行えない医療処置を主に行う。それは、日本でも同様であるが、英国では患者の身の回りの世話は主に、ナーシングアシスタントが行うという点が、日本とは異なる点であるように感じた。日本では看護師が専門的な医療処置のみならず、看護師以外の者も行うことが可能な患者の身の回りの世話も看護師が行うことが、看護師の業務負担が増加している一因となっている。英国では、専門職である看護師とナーシングアシスタントの役割分担が明確であり、それは看護師不足が深刻な問題である、日本においても学ぶべき点が多いと感じた。

**研修内容2：TREAT Clinic 見学・説明**

**研修場所：TREAT Clinic**

**対応者： Ruth Mizoguchi, Dr**

●TREATにおける看護活動の実際

RFHには、高齢者の入院日数の短期化と不必要な入院を防止することを目的として組織されたTREATという、高齢者ケアを専門とした多職種によるチームが組織されている。TREATの一員である老年期専門医より、TREAT活動について学ぶ機会を得た。TREATにおける看護師は、TREATスペシャリストナースと呼ばれており、主に救急外来、高齢者専門外来、在宅や地域で活動し、高齢者の不必要な入院を回避するため

に、高齢者のケアとアセスメントを行う。

高齢者の不必要な入院を回避するためには、高齢者が救急外来や専門外来を受診した際に、入院加療の必要性について、高い専門性に基づく判断が必要となる。さらに、英国では日本においても大きな社会問題のひとつである、高齢者を介護できる家族がいないなど、在宅や地域で療養できない社会的背景を要因とした入院が多いため、単に疾患だけを判断基準とするのではなく、その社会的背景も踏まえて、入院を予防する策を取らなければならない。そのためには、TREATスペシャリストナースのように、病院だけではなく、在宅や地域においても活動を行うことのできる立場の重要性や、病院以外での高齢者ケアについて包括して判断できる強みを持つ看護師の必要性を、学ぶことができた。



写真 TREATクリニック

研修内容1：MDT ミーティング見学と内容(聞き取り)

研修場所：South Camden clinic

対応者：Ivy Macalino, Sister

●MDT ミーティングにおける看護師の役割

英国では地域毎に South Camden Clinic のようなハブセンターがあり、GP やNP、運動療法士、地域コーディネーターなどの職種が集まり、退院した患者の支援について話し合う MDT ミーティングが行われている。Sister Ivy は、日頃は TREAT で勤務しているスペシャリストナースであるが、当日は MDT ミーティングに参加していた。MDT ミーティングでは、どの職種もそれぞれの専門分野の立場から意見を積極的に出し合い、非常に効果的に話し合いが行われていた。参加していた多職種がそれぞれに互いの役割を理解し、医療においては医師から、看護においては看護師からの意見がとても重要であるという認識を互いが持っていた。看護師の立場が確立しており、高齢者に対して看護の視点が活かされる支援が行われている。

日本においてもそれぞれの専門職の役割や能力が最大限発揮できるような、多職種ミーティングの体制の整備や、看

護師の役割の明確化などの必要性があると感じた。

研修内容2：Hot Clinic の実際、PACE の説明

研修場所：Hot Clinic、PACE

対応者：Ruth Mizoguchi, Dr、Myra Hernandez, Sister、Ivy Macalino, Sister

●PACE による病院・地域での支援体制

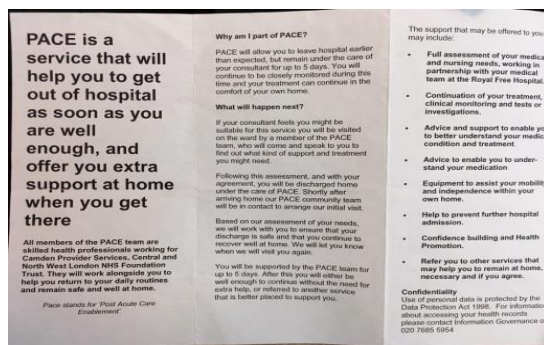
PACE とは入院中より早期の退院支援を行い、自宅へ帰った後に医療支援が必要な人にモニタリングを行う支援である。PACE チームはあらゆる職種で構成され、退院後5日以内に在宅を訪問し医療支援の必要性を確認している。

PACE チームには、TREAT 看護師、NP が専門的に関わり、GP をはじめとした地域の多職種と連携して支援を行っている。この支援を行うための情報交換や相談を前述の MDT ミーティングにおいて行っている。入院中から関わりのある看護師が介入することで、地域と顔の見える関係を築き、連携を円滑にしている。

日本においても病院と地域の連携強化を図るためには、病院の看護師が地域で行われている包括ケア会議等に積極的に参加すべきであると感じた。



写真1 South Camden Clinic の入口



PACE の概要説明パンフレット

研修内容1:TREAT ナース レジデンシャルホーム訪問看護見学

研修場所:レジデンシャルホーム

対応者: Robert Ward ,Ns

研修内容2:HOT Clinic、TREAT におけるナースの役割

研修場所:TREAT クリニック対応者:

Myra Hernandez ,Ns

●TREAT ナースによる訪問看護の実際

TREAT ナースは、在宅やナーシングホーム、レジデンシャルホームなどで療養している高齢者が、入院が必要かもしれない状態となった場合、訪問し、入院の必要性についてアセスメントを行う。

TREAT ナースは、院内研修により高齢者ケアについての高い専門性が培われており、病院、在宅、地域という視点から高齢者を包括的に理解し、介入できる存在である。日本においては、英国のように病院、在宅、地域と包括して活動を行う看護師は少ない現状にある。今後、医療機関と地域が包括してケアに取り組む必要がある日本においても、学ぶべき看護師のあり方であるように感じた。



TREAT ナースが活動する HOT Clinic



ミーティングを行う地域の健康センター

●TREAT ナースにおける各々の役割について

TREAT ナースには、高齢者ケアの高い専門性を持ち、かつその上で異なる役割を持つ様々な看護師が存在する。ナースマネージャー、TREAT のみならず RFH における高齢者ケアを行うすべての部署の管理を行い、また救急外来や TREAT クリニック、ケアホームなどにおけるスタッフ調整も担う。Hub Coordinator (ハブコーディネーター) と呼ばれる TREAT ナースは、地域の多職種ミーティングへ参加し、入退院を繰り返す患者や、複雑な背景を持つ患者の療養についての検討を行う。またそのミーティング内容を病院へ情報提供し、また院内でのミーティング内容を、地域へ還元する。

これらの様々な職種のうち、特に Hub Coordinator の活動は、病院と地域をつなぐ重要な役割であると感じた。自身の臨床における看護活動の経験では、退院後の患者の療養生活の実際を把握することや、地域医療職がどのように患者へ介入しているかを知ることは困難であり、退院後の生活を長期的に見据えた退院支援も難しいと感じていた。そのため、Hub Coordinator による退院後の患者の療養生活の把握、地域医療職とのミーティングは、とても学びの大きなものであった。

## 発表および討議報告

報告者 東 恵理

船尾 浩貴

### ●発表の概要

#### 1 日本における地域包括ケアの課題

病院において多職種ミーティングが開催される機会は、患者が退院する際や、転院が必要となった際が多い。また、その参加者は、病院内の看護師、ソーシャルワーカーといった職種で構成されることが多く、地域の医療関係者が参加することは稀であり、病院と地域、在宅の連携が確立されていない状況がある。そのため、多職種連携については、現在、国が地域包括ケアの指針の中で提示しているひとつである。

#### 2 英国の地域包括ケアにおける RFH の役割

英国では、高齢患者の増加や、それに伴う在院日数の延長、入退院の繰り返しなどにより、医療費の増大が社会的問題となっている。そのため RFH では、特に高齢者の入院日数の短期化と、不必要な入院の防止を図ることを目的とし、TREAT と呼ばれる高齢者ケアの専門チームを組織している。入院日数の短期化と不必要な入院を防止するためには、病院内の看護実践に留まっていたは不可能であり、高齢者が地域や在宅で生活できるよう、TREAT における看護実践は多岐にわたる。

TREAT ナースは、病院においては救急外来、HOT Clinic とよばれる高齢者専門外来、そして高齢者ケア病棟において従事し、その専門性を活かして高齢者のケアにあたり、またその他医療スタッフに対して、教育的な関わりも行う。入院中から早期退院に向け、社会資源や自宅環境の調整を行い、また、退院後は早期に自宅を訪問し、高齢者が在宅で療養

可能かどうかを判断する。また在宅やナーシングホームなどで、入院が必要とされている高齢者を訪問し、入院の必要性についてのアセスメントを行う。地域においては、MDT ミーティングに参加し、入退院を繰り返す高齢者や、処遇困難な高齢者について検討を行い、病院と地域の双方に必要な情報提供を行う。これにより英国では高齢者の継続的な支援を提供することが可能となっている。

#### 3 日本における高齢者ケア専門職

日本においても、老人看護専門看護師や認知症認定看護師が存在し、高齢者ケアの高い専門性を持って看護実践を行っている。しかし、日本の老人看護専門看護師や認知症認定看護師は、TREAT ナースとは異なり、活動の場が所属する医療機関内に留まっている現状がある。またこれらの資格を取得するためには、大学院修士課程の修了、または日本看護協会が認定する教育機関の修了が必要であり、看護師不足が大きな問題となっている日本では、看護業務に従事しながら、これらの資格取得を目指すことは容易ではなく、看護師個人の負担となっている場合が多い。

RFH における TREAT ナースは、基本的に院内講習により資格が認定されるため、講習を受ける際に RFH からの支援があり、またその専門性が高く評価されているため、看護師のキャリアアップにつながりやすい。日本においては、専門看護師や認定看護師の専門性についても、一貫した評価がなされにくく、所属からの支援も得にくい現状がある。

日本において看護師がキャリアアップするためには、専門看護師や認定看護師の専門性の明確化や、資格取得に向けた所属のサポートが必要であるとともに、従事する医療機関に留まらない活動が必要であると感じた。



#### 4 身体抑制に関して

英国では身体抑制はゼロである。人の尊厳を守るためにも身体抑制はすべきでなく、英国では国の法律で定められているため、身体抑制は違反となり施行することができない。そのためにナーシングアシスタントを24時間配置し見守りを行っている。日本においては、看護師だけでなくナーシングアシスタントの人員不足も深刻であるため、英国と同様の対策をとることは不可能であり、安全を守るために身体抑制を避けられない現状がある。英国のように国の法律で定められていれば、ナーシングアシスタントの24時間見守りも可能となるかもしれないが、今の状況で身体抑制ゼロは厳しいであろう。

以上、4点について発表を行った（写真1）。



写真1 RFHのスタッフの前で発表

#### ●RFH スタッフとのディスカッション

RFH スタッフより、日本における看護師のキャリアアップについて質問があった。日本においても、高い専門性を持って高齢者の看護実践を行う看護師が存在するが、その専門性や活動に対し、一貫した評価がなされにくい現状がある。そのような現状の中、日本の看護師が、どのようにモチベーションを保ってキャリアアップを積むのかという質問があった。

研修生からは、日本では英国と異なり、資格等を取得しても給与所得に反映されにくい現状にあるが、資格や認定を得ることで、誇りや責任を持って看護実践を行っていることを伝えた。

また、特に三重県においては全国と比較して高齢者ケアを担う専門職が少ない状況があることを伝えた。日本においても、英国のBand制度のような、明確な基準が設けられること、所属医療機関による研修や資格取得のための支援、医療機関で認定される資格の設定などが、看護師のモチベーションを高め、専門性を持った看護師を増やすことにつながると考えると回答した（写真2）。



写真2 ディスカッションの様子

### 3 英国在住日本人看護職員との交流

日時：平成 28 年 9 月 10 日（土） 10:00～12:00

場所：クオリティホテルハムステッド ロビー

協力者：

●龍現寺素子氏

勤務先：The Royal Marsden NHS Foundation Trust

（ロイヤルマーズデン病院）

職位：頭頸部がん及び甲状腺がん患者のためのリサーチナース

●真由美ロッシ氏

勤務先：The National Hospital of Neurology and Neurosurgery

（脳神経内科・脳神経外科国立病院）

職位：筋ジストロフィー病棟看護師長

研修生 4 名からの質問に協力者に答えていただき、以下の情報を得ることができました。

また、協力者の体験談等を聞かせていただくとともに、研修生からは日本における看護や教育の現状等についてお伝えし、意見交換を行いました。

◆看護大学への入学条件

- ①生物学、英語、数学（いずれも B～C グレード）
- ②インタビュー
- ③Reference（推薦状、日本の内申書的なもの）

◆看護基礎教育：

- ・学生の指導にあたる Mentorship（メンターシップ）と呼ばれる制度がある。
- ・Qualified mentor（認定メンター）：学生が実践実習を行う場合の指導全般と評価を行う。NMC のメンター養成コース（1 週間）を受講・登録されている必要がある。
- ・Co-mentor（共同メンター）：認定メンターの補佐。NMC のメンター養成コースを受講・登録されている必要はない。
- ・Sign off mentor（サインオフメンター）：最高年次の最終実践学習の修了時に、看護師として登録可能かどうか最終判断を下し、署名を行う。署名をした学生については、卒後に何かあれば問い合わせがくる（それだけサインをする責任が大きいと言える）。
- ・Lead mentor（リードメンター）：病棟師長が担当すること多い
- ・学生の対応に難渋した場合に Mentor は、病院の Preregistration educator（教育担当者）に相談、それも難しい場合は、大学教員に連絡する（教員は、ほとんど臨地実習には立ち会わない）。

#### ◆看護師の現任教育

- ・英国の病院では、教育専任の担当者（看護職員）がいる。
- ・看護部に教育専任の担当者があり、各病棟に教育担当者がある。
- ・ロンドン市内の大学において、「Adult Nursing」専攻に限り、統一したドキュメント（実習記録のようなもの）がある。

#### ◆処遇について

- ・Band 制（5～9）により職務内容と給与が決定されている。新卒の看護師はバンド5から始まる。新卒看護師は就職先を自身で選定し申込を行う。
- ・病棟毎に予算があり、Band の各人数は病棟毎に決められている（必要に応じて人数は変更される）。キャリアをキープ又は上げるためには経験を積む、継続研修を受講し Band を上げる。Band を上げるために、自分の経験、自信、希望に応じて、上の Band のポストの採用試験を受け（同じ病棟の上のポスト、別の病棟のポスト、別の病院のポストなど選択肢は様々）、合格すれば Band は上がる。
- ・勤務病棟の配置転換は、本人が希望しない限り原則として行われず。個々の看護師が専門領域を自分で選択できる。
- ・採用試験：CV（経歴のみを開示、国籍等は伏せられる）とインタビュー。

#### ◆人材派遣の仕組み

- ・Bank：病院内の制度。登録すると、自分の休みの日を利用して、病院内の人員の足りていない部署（理由としては欠員、病欠、有休等）で働くことができる。給料とは別収入となる。他部署で勤務した分の代休を取得できる。
- ・Agency：人材派遣会社。給料が安いと、勤務先の Bank に加え、Agency に登録している看護職員がいる。Bank よりも給与が高い。Agency から派遣された看護師は、委託できる業務内容が限定されるデメリットがある。

#### ◆外国人が英国で看護師として勤務する場合のいろいろ

- ・近年の外国人の就職状況  
まず、英国内の人材、次に EU 圏内、その次に EU 圏外から職員を確保。
- ・現時点では、EU 圏内の看護師であれば、英語の語学力のチェックは不要。英語が公用語でない国出身の看護職員の語学力が問題となっている。
- ・EU 圏外の看護職員：IELTS7.0 以上（ちなみに医師は 8.0 とのこと）、6 ヶ月間の院内研修後に NMC に登録できる（現在は、この研修を受け入れてくれる病院が少ない）。

#### ◆妊娠期～産後ケア \* 龍現寺さんの体験をもとに

- ・経膈分娩の場合、6 時間後には退院（殆どの方が遅くとも翌日には退院）。
- ・病院から Health Visitor（1 年間の講習を受けた看護師、助産師）に

「Referral（日本で言う診療情報提供書の類）」が送付され、退院の翌日には訪問が行われる仕組みがある。

- ・地域の Children's Center 等から Breastfeeding Support の人が来てくれる。
- ・ Breastfeeding Clinic がある
- ・分娩施設の助産師が産後の乳房ケアをすることは殆どない（病院所属の CMW を除く）  
（龍現寺さんは、日本の助産師へのメールでの相談が最善のサポートだったとのこと）
- ・分娩施設の選択：居住地の範囲内で選択することができる。妊婦が直接に病院へ連絡する、あるいは GP から分娩施設に紹介してもらう

#### ◆医療費の自己負担

- ・外来、GP の薬剤費は有料（1 アイテムにつき平成 29 年 2 月時点で 8.4 ポンド）。
- ・NHS では診察、検査、入院に係る費用は原則無料。
- ・プライベートの治療の場合、診察、入院には保証金（Deposit）が必要となる。

#### ◆病院の監査

- ・2 回／年の監査があり、スタッフからの評価と患者からの評価にもとづき英国内の病院ランクが決定する。



協力者のお二人には、研修生の質問に対し、丁寧にご対応いただきました。また、活発に意見交換がなされ、あっという間に時間が過ぎました。



真由美さん（中央）、龍現寺さん（右から 3 人目）を囲んで

4-1) 研修での学び 一周産期看護

「研修をとおして考察した助産師基礎教育の質向上に向けた取り組み」

三重県立看護大学 岩田 朋美

私は、「研修で得られた学びをとおして、助産師教育の向上の方略を考察する」という目標をもって本研修に参加した。そこで、本報告書では、研修をとおして考察した、助産師基礎教育の質向上に向けた今後の取り組みについて、学士課程における助産師基礎教育に焦点をあてて述べることにする。

日本と英国の助産師基礎教育には、看護師基礎教育の要否や教育課程、教育期間等に大きな相違があるものの、参考にできるいくつかの事柄があった。

そのひとつが、“Mentorship”という臨地実習における指導体制である。英国では、臨床指導者は、“Nursing and Midwifery Council”より認定を受けなければならない。また、臨床指導者が学生の実習評価を行っている。この“Mentorship”では、ひとりの“Named Mentor”が、学生の実習時間の40%以上の時間で指導にあたる。これにより、学生が系統的かつ実践的な指導を受けやすい状況にあることが推察された。他方、大学教員は日本の教員と異なり、実習指導に直接的にはほとんど携わっていない。大学教員は、臨床指導者や臨床助産師の能力向上を支援するという役割を担っており、この役割をとおして臨地実習の指導体制の向上に貢献していることが推察された。

もうひとつは、臨床助産師が大学内の授業の一部を担当することである。臨床助産師が助産実践に必要な基礎的技術と理論を教授することが、学生にとって理論と実践を結び付けて理解する上での一助になると考えられた。

以上の事柄をふまえて、学士課程における助産師基礎教育の質向上に向けた今後の取り組みについて述べる。学士課程では、助産師課程科目の授業時間数が少ない。そのため、学生は、短期間で知識や技術を修得しなければならない。したがって、上述のような臨床指導体制や臨床助産師が授業を担当することによって、より実践的な教育の展開が期待される。加えて、大学教員が臨床指導者や助産師の能力向上を支援することにより、臨床と大学が連携して、実践的かつ理論的にも充実した教育が展開できると考える。

また、英国の助産実践に触れた機会をとおして、助産師基礎教育におけるアセスメント能力向上の基盤づくりの重要性を再認識した。研修以前は、英国の実践的な助産師基礎教育と助産師の業務範囲の広さから、英国の方が日本よりも助産師の実践能力が高いと考えていた。実際、“Consultant Midwife”の実践能力の高さに感銘を受けたが、それと同時に、英国の助産師がガイドラインに厳密に従うがゆえに、画一的なアセスメントを行っていることが印象的であった。こうした経験から、対象者の全体像を把握したうえでのアセスメントにおいては、英国よりも日本の助産師の方が、平均的にその能力が



H28.12.4 報告会 研修での学びを発表する岩田氏

高いと実感した。よって、助産師基礎教育において、助産実践に必要な知識や技術の修得だけでなく、アセスメント能力の向上につながる論理的思考や批判的思考を培うことが重要であると考えられる。授業や実習において、こうした思考力の向上につながる教育を展開していきたい。

最後に、このような貴重な機会を賜りましたことに心より感謝申し上げます。

4-1) 研修での学び 一周産期看護

「妊娠期・分娩期・産褥期のケア」

三重大学医学部附属病院 鈴木 安代

‘Birth Center’等の周産期病棟や‘Antenatal Clinic’等での研修をとおして、英国と日本における妊娠期・分娩期・産褥期のケアの相違点について、以下のとおり考察した。

妊婦健診等の妊婦管理において、英国と日本には大きな相違があった。妊婦健診の回数は、日本の方が英国よりも多い。

また、英国では、肥満や糖尿病が国民的な健康問題となっているにもかかわらず、妊婦の体重測定は、BMI35未満であれば、妊婦健診の最初のころに1回実施されるのみである。日本の妊婦健診のように1～2週間ごとの体重増加は注目されていない。このように、妊婦管理では、日本の方が英国よりも緻密であることを強く実感した。しかし、妊婦健診の場所については、病院で分娩予定であっても、GPで妊婦健診を受けることが可能である。妊婦にとっては日本と違い選択肢があるといえる。

分娩期のケアにおける主たる相違点は、以下のふたつである。ひとつは、‘Birth Center’に設置されている水中出産用のプール（産痛緩和を目的に使用する場合が多い）や座産用の椅子、ビーズクッションなどのケア用の備品が多いことである。また、自宅分娩も可能であることから、英国の方が分娩場所や分娩スタイルにおいても、産婦の選択の幅が広いといえる。もうひとつは、ローリスク分娩の場合、英国では助産師主導で分娩管理を行うが、日本ではローリスク事例であったとしても、医師主導の分娩管理が多いことである。

産褥期のケアでは、英国と日本の産後の入院期間や産後訪問について注目した。日本では産後5～7日間の入院期間があり、助産師が終日、母子のケアや母乳育児、育児技術等の支援を行っている。通常、退院後に、施設助産師が自宅を訪問することはなく、母親が必要時に施設助産師や保健師等に相談をする。入院中に助産師が、退院後も継続的な支援が必要と判断した場合や、母親が産後訪問を希望する場合は、分娩施設から保健師に訪問依頼書を送付している。一方、英国では、産後の入院期間が日本と比較すると非常に短い。経膈分娩であれば、分娩後6時間後には退院が許可され、12時間程度で退院となることが多い。帝王切開といえども2～3日で退院となる。退院後は、CMWが自宅等を訪問し、母親の心身のアセスメントや新生児の健康診査、母子への支援等を行っている。新生児の先天性代謝異常の検査などは自宅や病院、またはGPなどで検査を受けることができ、ここでも、選択の幅があることがわかる。



H28. 12. 4 報告会 研修での学びを発表する鈴木氏

また、母親のニーズに合わせ、スペシャリスト（母乳育児など）が産後訪問を担当できるよう調整することも可能で、英国の多様で統合されたケアは、非常に優れており、参考にする点も多いと考える。

4-2) 研修での学び —老年看護—

「英国 RFH から学ぶ老年看護の実際  
～認知症看護の充実と看護師不足対策に向けて～」

伊勢赤十字病院 東 恵理

今回、老年看護の分野で研修に参加し、認知症看護の充実と看護師不足対策においての学びを得たので報告する。

当院では患者の61%以上が高齢者で占めているため、認知症患者の割合も非常に多い。また、認知症患者が増加しただけでなく、緊急入院や重症度の高い患者の入院も増加し、業務は煩雑化、多忙を極めている。そのため、当院では次のような現状や問題が生じている。1. 療養環境が認知症患者にマッチしていない、2. 認知症看護の専門知識をもつ看護師が少ない、3. 認知症患者への個別性のある看護の提供が少ない、4. 安全管理を優先し、身体拘束が用いられる、5. 認知症に対してチーム医療が充実できていない、6. 地域（在宅）と医療が統合しきれていない。

RFH では認知症患者に対して様々な対策がとられていた。

まず、HSEP 病棟という80歳以上の高齢者を集めた病棟があり、アフタヌーンティーやミュージックなど生活環境に近づけた環境づくりや、壁にボードを貼り触感を楽しむことや、ボードを自分の病棟の目印とするなどの工夫がされていた。それに加え、情報収集用紙を用いて患者さんのニックネームや好きな物などの情報を収集し、呼び方も統一するなどの取組みが行われていた。さらに、認知症の悪化予防にアクティビティーも取り入れていた。

英国では認知症ケアを組織的に実施しており、Clinical Practice Educator という教育担当者が各病棟に配置され、認知症ケアの教育も行っていた。また、MDT ミーティング、いわゆる日本でいう多職種ミーティングやリンクナースによるワークショップも行われていた。そして、チャリティー団体主催のキャンペーンに病院の職員が積極的に参加し認知症の理解を深め、ケアにつなげていた。

以上のように RFH は認知症看護の充実において、組織的に取り組み、看護師だけでなく全職種が認知症ケアに熱意を持ち、専門的に関わっていた。また、看護師の立場が確立されており、看護師がチーム医療においてコーディネーターの役割を十分に果たしていた。

次に、英国では身体拘束を法律違反とし、身体拘束ゼロの取組みを行っていた。そのため、認知症患者の病室内では、ナースアシスタント1名が24時間体制でモニタリングし、身体拘束をしなくても患者の安全が維持できるよう見守り体制が整備されていた。HSEP 病棟では日勤帯は看護師と同数のナースアシスタントが配置され、夜勤帯には看護師以上のナースアシスタントが配置されていた。認知症患者の身の回りのケアはこのナースアシスタントが行い、看護師との役割が分担されていた。

これらの学びから、認知症看護の充実に向けては、疾患の治療に関するチーム医療だけでなく、認知症患者のケアも今後チーム医療で取り組めるように体制構築を進める必要があると考える。そのためには、リーダーの育成が重要であり、認知症看護師を確保することや、中間管理者や認知症リンクナ

## 研修での学び

ースが、まずは認知症の知識や理解を深め、広めていく必要がある。また、ベッドサイド看護の時間を確保し、安全の見守りや個別性の看護を充実すること、リリース体制（他病棟からの応援）を利用し、病棟間でも見守りの強化を図ることなどで認知症看護の向上につなげていきたい。さらに、地域との入退院時の連携を強化する必要があると考える。

次に、看護師不足対策についてであるが、看護師不足は英国も日本も共通の課題であった。日本では厚生労働省が定める看護師の人員基準に応じて入院基本料が決まるので、7：1入院基本料をとっているところは、7：1分の看護師の労働時間を確保しなくてはならない。そのために、リリース体制を大多数の病院で対策として取り入れている現状がある。一方英国では、看護師の人員確保対策として、様々な形の派遣制度がある。一つ目は Agency 看護師である。いわゆる派遣会社であり、正職員の人も所属施設が許せば派遣として登録できる。二つ目は院内 Bank である。各病棟で登録者を募集し、登録したい人が登録したい場所に登録でき、以前、働いたことのある病棟や病院に登録する人が多い状況にある。三つ目は、日本と同じように欠員が出た場合などに病棟内の看護師で出勤できる者で対応する方法である。一つ目の Agency 看護師は、機能別的な業務を行うようで、他の二つについては、働いた経験のある病棟での勤務のため、一スタッフとして患者を受け持ち働いている。

これらの学びから、同じような派遣制度の導入は、日本では厳しい状況であるが、リリース制度の充実に向けて活用はできると考える。まず、中間管理者は部署間の調整により看護師の負担軽減をはかることが重要である。英国のように3週間の休みの取得を派遣職員で補うことは不可能であるが、休日や有給休暇の取得率、看護師充足度などの情報共有を図り、必要な場所へ必要な人員のリリースを行い、看護師不足の軽減と休日の確保を実施すべきであると考え。また、リリース看護師となる看護師の負担を軽減するためにも、以前働いたことのある病棟や希望する病棟に極力配置すること、また、どこの病棟でも働きやすくするために、病棟間の応援業務内容や物品の位置の統一を図ることが重要であると考え。

以上が、私が RFH での看護研修で得た学びである。



H28. 12. 4 報告会 研修での学びを発表する東氏



4-2) 研修での学び —老年看護—

「地域連携における看護職員の役割」

三重大学大学院医学系研究科 博士前期課程

(三重大学医学部附属病院) 船尾 浩貴

今回の研修から、臨床の看護職員が地域連携において役割を果たすためには、高齢者が在宅や地域で自立して生活していけるよう、高齢者ケアの高い専門性をもち、病院、在宅、そして地域を包括して、多職種と連携する看護実践が必要であると考察するに至った。

RFH には、高齢者の急増、在院日数・臥床時間の長期化などを要因とした、医療費の増大が生じている社会背景から、高齢者の入院日数の短期化と不必要な入院を防止することを目的として組織された“TREAT”という、高齢者ケアを専門とした多職種による、外来診察や在宅への往診、地域職と協働するチームがあり、研修では、その一員として活動する TREAT ナースとよばれる、看護職員の実践について学ぶ機会を得た。

TREAT ナースは、高齢者ケアに関する高い専門性を有し、主に救急外来、高齢者専門外来、在宅や地域で活動し、高齢者の不必要な入院を回避するために、ケアとアセスメントを行う。そして、そのナースの重要な役割のひとつとして、病院、在宅、地域をつなげる活動というものが挙げられる。

臨床の場では、救急外来、高齢者専門外来を受診した高齢者のケアを行い、入院の必要性についてアセスメントを行う。また、救急外来や病棟、ナーシングホームなどで働く看護職員が高齢者ケアを行う際のサポートを行い、教育的関わりなども行う。地域では、高齢者の入院中から、早期退院に向けて、社会資源や自宅環境の調整を行い、退院後には、在宅へ訪問し、在宅でその患者が実際に療養できるか、回復していけるかをアセスメントする。さらに、在宅やナーシングホームなどで療養している患者が、入院が必要かもしれないとなった場合、その患者を訪問し、アセスメントを行う。

地域においては、多職種ミーティングに参加し、入退院を繰り返す高齢者や、複雑な問題を抱える高齢者の療養についての検討を行う。また、ミーティング内容を病院に情報提供するとともに、病院内でのミーティング内容を地域へと還元している。

このように TREAT ナースは、高齢者ケアの高い専門性をもち、臨床、在宅、地域という場での患者を包括的に理解し、ケアに介入できる存在である。その立場から、

患者に最も近い存在として多職種をつなげる役割も担っているといえる。

今後は、病院、在宅、地域という場で区切ることなく看護職員のあり方を検討し、病院、在宅、地域を包括した高齢者ケアについて学びを深めていきたい。



H28. 12. 4 報告会 研修での学びを発表する船尾氏

# 研修での学びと取組提案

次頁の表は、今回の研修での学びを、現場（養成現場・臨地）、県、国、それぞれの立場でどのように活かせるかという視点で地域医療推進課が作成したものです。

当課で把握している限られた情報をもとに作成したものであり、あくまでもひとつの提案です。

	海外派遣研修での学び	日本（三重県）の現状 ※当課で把握しているもの
養成現場	<b>看護教育の大学化</b> ・2013年から全て大学化（3年）されている ・1年生から看護実践力と専門性の向上を目指した教育がされている（実習時間は3年間で3,000時間）	・多様な教育形態がある（3年間の専修学校養成が主であるが、4年間の大学教育、5年一貫教育等もある） ・本格的な臨地実習は3年生で行い、実習時間は2,300時間
	<b>免許取得の可否の判断は現場のナース</b> ・メンター（大学で実習指導の講習を受ける）が行う ・詳細な能力評価があり全てに合格が必要である	・国家試験に合格すれば免許が取得できるが、試験は知識に関するもので、技術面については養成校の判断による
	<b>Pan London 連合</b> ・ロンドン市内の9大学共通の実習記録用紙を使用している→実習受入側の負担軽減	・教育機関間の連携は少ない ・実習記録類は学校毎に異なり、臨床指導者が各校の状況に対応している
	<b>助産師基礎教育</b> ・看護師教育の積上げでなく、3年間かけて助産師教育を行う。ただし、看護師資格を有する場合は、18ヶ月以上の教育期間でも可 ・正常分娩の介助40例以上、妊婦健診と褥婦・正常新生児ケア100例以上等 ・臨床助産師が大学の講義や演習の一部を担当することが主流	・3年間の看護師基礎教育に加え、助産師教育を行う ・学士や修士課程等の多様な教育課程で助産師を養成 ・助産師基礎教育の時間数が少ない ・正常分娩の介助10例程度 ・保健師助産師看護師学校養成所によっては、臨床助産師が学校の講義を担当する
	<b>免許制度の違い</b> ・看護師登録は3年の更新制（継続教育と臨床経験時間が必要）： ・助産師登録には看護師資格は不要、3年の更新制	・保健師、助産師、看護師免許は終生免許 ・専門看護師、認定看護師の資格認定は5年毎の更新制 ・助産師になるためには、看護師資格が必要
	<b>卒後教育（院内院外教育、継続教育）が充実している</b> ・新人期は半年間プリセプターナースにシャドウイングして学ぶ	・H22年より新人看護職員の研修が努力義務化（プリセプター・プリセプティ、メンター制等） ・近年では新人以外の研修も充実してきている
	<b>専門性・自律性の向上</b> ・配置転換がほとんどなく、配置先に応じた専門資格を取得できるため専門性が積み重ねられ、看護の質の向上につながる ・Bandレベル（Band5～8）によるキャリアアップのしくみがあり収入につながる（やりがいにつながる） ・研修受講の費用は施設が負担する ・大学院教育については研修費、本人不在時の人員補充費用を施設が負担するが、合格レベルに達しない場合は本人が実費を負担する	・配置転換によるオールラウンド型看護師が要求される ・専門資格が給与に反映される事が少ない ・日本看護協会の認定による、専門看護師は13分野、認定看護師は21分野 ・近年では、上記資格取得のための費用補助も施設で行われている（全額、一部補助等）
臨地	<b>看護職員の役割拡大（処方権をもったナース）</b> ・Nurse-Lead unit/clinicが普及・法的に認可されている	・特定行為研修受講により、看護師が医師の指示書による診療の補助行為が可能（H27.10月～）
	<b>ケアの質の向上</b> ・Continuous Quality Improvement(CQI)※：継続的品質改善の意識が浸透している（病棟毎の転倒率や感染症の発生率等を廊下に張り出し、患者に公表している）	・病院機能評価の認定証等は掲示しているが、具体的なケアの内容の評価は公表していない場合が多い ・患者満足度調査は実施するが公表していない場合が多い
	<b>がん看護におけるケアの標準化とチーム医療</b> ・Macmillan Cancer Supportによる包括的な相談や情報提供等ができるソーシャルサポートがあり国内に普及、浸透している ・協働施設間、施設内で統一した手順や記録フォーマットを用いケアを担保しており、共同で評価している ・緩和ケア領域では、病院と地域合同のケースカンファレンスを定期的に行い多職種で協働するしくみがある	・国立がんセンターにて情報提供に関する類似のサービスがあるが、英国のように活用しているわけではない。 ・施設内で統一した手順や記録フォーマットを用いることに努めている ・病院と地域合同の定期的なケースカンファレンスの開催はある施設、ない施設がある
	<b>高齢者の不必要な入院を阻止するためのしくみ</b> ・HOT Clinic*（高齢者専門救急外来：救急外来受診の要否のアセスメントを行う部署） （TREATの医師、看護師、薬剤師、作業療法士、ソーシャルワーカーによる迅速なアセスメント）	・救急外来受診時には、その時の担当医が入退院の決定を行い、高齢者に特化した包括的なアセスメントではない ・一旦入院すると在宅へのつながりが少なく、入院が長期化する傾向にある
	<b>高齢者の疾病の重症化予防</b> ・PACEによる退院後の早期支援 ・MDTミーティングでの病院と地域、病院と老人ホーム等の連携 <b>多職種連携チームでのケアの提供</b> ・頻回なMDTミーティングにより、病院と地域、病院と老人ホーム等で提供されるケアの精査や対象者のスムーズな地域移行への計画立案・実施を各職種の専門性を活かし行っている	・地域医療連携室等が稼働し、退院、転院時にカンファレンスを実施し、在宅医療につなげている ・一度在宅に移行すると、多職種が集まったミーティングは開かれないことが多く、対象者のその後の総合的なケア計画に基づく支援がなされているとはいえない ・地域包括ケアシステムのしくみは作られつつあるが、真に機能するまでには至っていない
	<b>妊娠期・分娩期・産褥期のケア</b> ・妊婦健診の回数や健診項目が日本より少ない ・ローリスク分娩の場合、助産師主導で分娩管理を行う、助産師は会陰切開や縫合術、限定的な薬剤の処方を行うことができる ・入院期間は、経陰分娩の場合分娩後12時間程度 ・早期退院と家庭訪問のセットで産褥早期（1週間程度）の支援を行っている ・ペリネイタルロスを体験した女性と家族へのグリーフケア体制が整っている、専門家（Bereavement Midwife）が対応	・妊婦健診の回数や健診項目が英国より多い ・医師主導で分娩管理を行う場合が多い ・入院期間は、経陰分娩の場合5～7日間 ・産褥早期は病産院で過ごすことが多く、その間に助産師が母子のケアや育児指導等を行う ・市町や病産院で、退院後の母子への支援が広がっている ・ペリネイタルロスを体験した女性と家族へのグリーフケアを専門とする職種がない

	各現場で取り組むこと	県で取り組むこと	国で取り組むこと
養成現場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育と現場の連携（実践力の向上）</li> <li>・キャリア形成についての意識の醸成</li> <li>・看護教員の質の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実習受入施設の拡充への支援</li> <li>・看護教員継続研修事業の継続支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護教育の充実のための取組（臨地実習時間の拡充）</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・卒業時の看護技術到達度についての再検討（到達度のレベルアップ）</li> </ul>
	教育機関間の連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護系大学間の連携</li> <li>・看護系大学と養成所との連携</li> </ul> 教育と臨地の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育機関及び医療機関の連携のしくみづくり（Pan Mie プロジェクト）</li> </ul>	
	実践教育の強化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床の看護職員（保健師、助産師ならびに看護師）が保健師助産師看護師学校養成所の講義や演習の一部を担当</li> <li>・アセスメント能力向上の基盤づくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨地実習施設確保のための支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育カリキュラムの見直し</li> </ul>
臨地			<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師等免許制度の見直し</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人看護職員研修の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種研修の評価と見直し</li> </ul>	
	キャリアアップ（キャリア形成）をサポート <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護管理者、施設管理者の意識変革（変革型リーダーの育成）</li> <li>・認定看護師、専門看護師、特定行為研修受講への支援の推進</li> <li>・資格取得を給与に反映する</li> <li>・配置転換時は専門性を考慮する</li> <li>・キャリア形成について管理者とスタッフナースが話し合う場をつくる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門性の向上のための環境づくり（認定看護師・専門看護師の県内養成コースの拡充）</li> <li>・勤務環境改善支援センターや女性が働きやすい医療機関認証制度の充実（勤務環境改善マネジメントシステムや認証制度の評価項目に取り入れる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定行為研修受講者や専門看護師、認定看護師の診療報酬の加算制度の拡充</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定行為研修の受講をサポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定行為研修の指定研修機関の県内設置（県内看護系大学間連携）</li> <li>・認定看護師、専門看護師の県内養成コースの拡充</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定行為の拡大及び指定研修機関設置への支援の拡充</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアの質の向上に関する具体的な目標指標の作成及び開示（院内、病棟内）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアの CQI に関する県内施設間連携の調査研究、ベンチマーキング</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護記録用紙フォーマット等を統一し、その結果を集約し評価に活用（病院単位）</li> <li>・病院と地域合同の定期的なカンファレンスを開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・統一した記録フォーマット三重県版の作成支援</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム医療の積極的な導入</li> <li>・地域と医療機関をつなぐ看護職員の育成</li> <li>・訪問看護の活用の推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における在宅医療の提供体制構築のための支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療推進のためのしくみづくり（診療報酬、患者の負担軽減）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来での高齢者の包括的アセスメントによる入院回避と地域でのフォローアップ体制の構築（病院看護職員のアウトリーチ等）</li> <li>・医療機関と地域の関係者会議の定期開催</li> <li>・地域包括ケアシステムへの看護の積極的な関与（チーム医療、在宅医療の推進）</li> <li>・在宅と医療機関をつなぐ看護職員の育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの推進のための支援</li> <li>・多職種連携に必要なファシリテーション講習、勉強会の開催（医療福祉職向け）</li> <li>・県民に対する在宅や施設での看取りに対する知識の普及、啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステム推進のしくみづくり（診療報酬、介護報酬）</li> <li>・医療職者の基礎教育段階から多職種連携の意識の醸成を図るしくみづくり（カリキュラム改正等）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センター等地域の社会資源との連携強化</li> <li>・自律して助産実践を行うことができるよう助産実践能力を向上させる（研修参加や助産実践能力習熟段階（CLoMiP）認定者を増やす）</li> <li>・助産師としてのアイデンティティの育成</li> <li>・自律した助産師の育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・助産実践能力向上のための研修体制の整備</li> <li>・助産師出向支援導入事業の実施、評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・助産実践能力を高めるための研修や助産師出向支援導入事業への支援の拡充</li> </ul>

## 用語解説

### ■ あ行

- 覚書 (MOU) : Memorandum of Understanding、お互いの権利義務について締結した内容について確認した書面  
当事者間の決意を整理するもの

### ■ さ行

- 専門看護師 (CNS) : Certified Nurse Specialist、米国では Clinical Nurse Specialist

### ■ な行

- 認知症 Lead : 認知症患者主体

### ■ アルファベット

- Band : バンド、職位階級、英国では Band によって、職務内容や基本年俸などが決められる  
各看護職員の意欲と能力に応じてランクアップが可能なくみ看護師資格を取得したものは Band 5 から開始する

- CQI : Continuous Quality Improvement、継続的品質改善

- GP : General Practitioner、家庭医、プライマリケア専門医  
国民は家庭医に登録し、健康問題の全般を相談、健康問題や慢性疾患を中心に診療

- HSEP : Health Service for Elderly People、高齢者病棟

- Hot Clinic : 高齢者専門救急外来、救急外来受診の要否のアセスメントを行う部署

- Mentorship : メンターシップ

英国の看護基礎教育の制度、実践学習は、現地にいる Mentor (メンター) と呼ばれる指導者が学生の指導に当たる Mentor は Qualified mentor (認定メンター)、Co-mento (共同メンター)、Sign-off mentor (サインオフ・メンター) 等がある

\*メンターの役割などについては、本編「研修での学び—看護教育」参照

- MDT : Multi Disciplinary Team、専門的多職種チーム
  
- NHS : National Health Service、英国の国民保健サービス
- NMC : Nursing and Midwifery Council、英国における看護助産審議会
- NP : Nurse Practitioner、診療看護師
  
- OECD : Organization for Economic Cooperation and Development、経済協力開発機構、加盟国の経済的発展、開発途上国への援助、貿易の拡大などを目的とする国際協力機関
  
- PACE : Post Acute Care Enablement Service、退院後の早期支援
  
- TREAT : Triage & Rapid Elderly Assessment Team、高齢者ケアの専門チーム

## おわりに

平成 27 年 7 月に三重県と英国 RFH との間で締結した看護職員等の短期研修受入に関する覚書に基づき、平成 28 年 2 月に 6 名、平成 28 年 9 月に 4 名の看護職員に三重県看護職員等海外派遣研修に参加していただきました。

研修生の皆さんは、忙しい業務の合間をぬって短期間で準備を行い、RFH では日本の看護の現状や課題、現地での学びについて英語で発表し関係者と討議を行うなど、精力的に取り組んでいただきました。また、帰国後は報告会等において、三重県の今後の医療や看護のあり方の参考となる学びについてご報告いただきました。

本研修事業は、多くの方に支えられて成り立っています。本研修事業の構想から実現までには、様々な課題がありました。そんな中、RFH とのパイプを作ってくださった奈良学園大学 田中和奈准教授をはじめ、三重国際医療技術連携体制(M-MUSCLE)協議会委員の皆様には、研修生の募集、研修受入に必要な提出書類の作成や語学研修のセッティングなどを全面的にサポートしていただきました。

RFH 研修が効果的なものとなるようご配慮いただいた Reyon Yan 様、ルース・アキヨ・ミゾグチ医師をはじめとした病院関係者の皆様、英国で勤務する日本人看護職員として、交流会にご協力いただいた龍現寺素子様、真由美ロッシ様、研修生を快く送り出してくださった研修生所属の皆様、関係者の皆様に心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

この報告書が三重県の看護の発展の一助となりますことを祈念して、結びのことばとさせていただきます。

本報告書に関するご意見等をいただければ幸いです。



平成 27 年度・平成 28 年度  
三重県看護職員等の海外派遣研修事業 報告

平成 29 年 3 月

三重県健康福祉部医療対策局地域医療推進課

〒514-8570 津市広明町 13 番地  
TEL : 0 5 9 - 2 2 4 - 2 3 2 6  
FAX : 0 5 9 - 2 2 4 - 2 3 4 0  
E-mail : [chiiryo@pref.mie.jp](mailto:chiiryo@pref.mie.jp)

