

英国の精神保健を支える各職種の実状

--- 教育体系と臨床機能 ---

野 中 猛

1. はじめに

医療保健福祉という対人サービスは、多種多様な人材の能力とその有機的連携によって効果が現れるものである。著者は、2005年前半に英国ケンブリッジ地域のNHSトラストに留学した際に、英国の精神保健を支える各職種の実状に注目した。ここでは、出会った個人的な体験から、多様な職種それぞれの実態を描き、これらの人々がどのように機能しているのかについて紹介する。

英国では、国民保健サービス(NHS)と社会サービス(SS)という公的セクターに加えて、多様なNPO組織などで構成される民間セクターの両方にサービス提供者たちは所属している。現在では、委託機関であるケアトラストに実施機関が移行し、一般医(GP)を窓口にした一次ケアから精神保健などの専門的ケアまで、医療から福祉まで、実務から研究まで、広範な活動を行うために、より広域の巨大なトラストを組織しつつある。医療経済上は効率と質が問われ、活動上は保健と福祉の統合が課題となっている。1997年のブレア政権交替による「第三の道」に従って、あらためて対人サービスは強化され、多くの改革と試行が次々と実行に移されている。ナショナルサービスフレームワーク(NSF)に代表される中央政府の方針設定と、臨床におけるガバナンス(現場における統治)が組み合わされて、政府方針と臨床活動、さらに大学教育に一貫性がある。英国における各職種の育成および連携の実状からわが国が学ぶものは多い。

2. 全体的な印象

まず第1にイギリスでは、さまざまな活動や組織について驚くほどガイドラインが整っている。それにより国中が共通の理解を得て、誤解が生じにくい。しかし一方、そのことで活動が一律になり、柔軟性や元気を失ったり、失敗しないための活動になりがちな可能性もあった。これに対して、おそらく民間組織の活動が平行することでバランスがとれるのであろう。新たな活動の試み、自由な発想は民間組織にある。ボランティア活動をめぐる歴史の厚みがある。

第2に、各職務の規定が明確にされ、各職種の認定規定や研修過程が明確に定められており、他国から見てモデルになる。しかし同時に、活動を規定されることで他の仕事ができなくなり、利用者の立場からすれば抜け穴ができてしまう。また、職種規定があまりにも理想的になっていて、専門職は利用者のことよりも研修過程をこなす方にエネルギーを奪われがちとなる。対策は、おそらく多職種で行うプロジェクトの活動であろう。こうした場で創造性やエネルギーがわいているように思える。また、こうした職務規程が厳格だからこそ、事例中心のケースマネジメントという活動があらためて必要になる。

第3に、コンピューターシステムが整っている。ファイル（利用者記録）はすでにペーパーレスになって、整理されやすい統計にもつながる。守秘義務の視点からも有効であろう。資料もすべてIT化されており、図書室はバーチャルライブラリー化している。しかし、これは孤独な作業につながり、互いの意見交換や情緒的な交流が少なくなりがちである。またデスクワークもきわめて多い。対策は、おそらく事例検討会が受け持っているのであろうが、検討会の方法論が不足に感じられる。どの職種も自分が納得する判断で物事を進めている。利用者はときに置いておかれる。このあたりも民間組織が穴埋めしているように思える。

一方われわれ日本の社会では、関係性や職務があいまいで、良く言えば柔軟、やろうと思うと個人で相当のことができる。あいまいさの弱みと強さがある。さらに、互いのお節介や仕事上の燃え尽きが起こりやすい。理念や理論よりも情緒的な関係性で物事が決まる。また、日本の行政は、方針設定や指導の機能を果たすのではなくて、関係団体の妥協を調整する世界となっている。医療や福祉の領域では技術が先に進んで、制度が後付けしてきた。国の方針と現場の努力がすれ違う無駄も多い。まさに「あいまいさの中の日本」である。歴史も文化も、考え方や決定の仕方とも異なるので、活動ひとつひとつの直輸入が有効なわけではなからう。

3. 各職種の育成

1) 精神科医

医師教育を整理する。ほぼ18歳で入学する医学部は原則5年間で、1学年の学生数は2~300人と多い。基礎と臨床に分けていたのを統合カリキュラムに変えつつある。面接法など臨床面を早くから教える。臨床実習で精神保健は8週間程度である。教育内容は全体医学会議（the General Medical Council: GMC）が規定する。卒業後は1年間、内科と外科を半年ずつこなしてから医師として登録される（New Certificated Dr）。精神科専門医への道は王立精神科医協会（the Royal College of Psychiatrists: RCPsych）が規定している。まず一般成人か老年期の精神科に1年勤務した後、Part 1の試験を受ける。知識はExtended matching item questionsで問われ、臨床実践はObjective Structured Clinical Examinationを通らなければならない。これらに合格すると3年間の各コースに分かれて臨床訓練を重ねた後、Part 2の試験である。Multiple-choiceの筆記試験を通った後に、長期事例の面接と試験官との討論があり、次に

The Royal College of Psychiatrists: RCPsych 王立精神科医協会が規定



図 1. イギリスの精神科医

Patient Management Problem という実践上の事例問題が問われる。これらに合格してようやく王立協会のメンバーになり、専門医 (Specialist Register) ということができる。その後さらに細かい専門を選んで3~5年を過ごし、協会に認められてようやくコンサルタント医となる。留学中に身近にいた若い医師 (Senior House Officer: SHO) たちはこうした試験の準備をしている。Part で70%程度の通過率だそうで、確実に専門医になれるわけでもない。こうしたハードな道を歩まない場合は臨床助手医 (Clinical Assistant Dr) となり、女性が多いという。(図1参照)

こうした長い道程を避けて、医師になってすぐに北米に移住する者も多い。英国本土には中近東や中国系の医師が目立つし、アングロサクソン系であっても南アフリカやオランダ出身であったりする。英国は医師と看護師を輸入していることになる。医師増員策として医学部が新設され定員を増やして、2003年には32大学6,000人の定員となっている。

英国の精神科医は、生物学的な医学に徹しており、心理社会的視点にほとんどふれないし、少なくとも他職種の領域に侵入することはない。しかし、実践的医学が伝統であるため、社会的視点は当然の前提として持っている。また、会議に遅れて入ってきた医師に対して、学生も含めて、誰も上席を譲ることはない。社会関係上は本当に平等である。しかしチームワークとなると、この地でも「医師がリーダーである」と思いこむという問題が残っている。

2) 臨床心理士

臨床心理士 (Clinical Psychologist) になるまでの道程も長い。心理学教育は異常心理学から精神保健心理学への移行が強調されている。学部教育のうちに実践の場における訓練を行うことはない。卒業後に2年間準心理士 (Assistant Psychologist) として指導を受けながら勤務することが勧められている。その後、平均27歳で博士課程に入り、スーパーバイザーがつく3~5年間の勤務をこなして臨床心理士として認められる。博士課程の実践の場は原則的にNHSである。一般に3日現場で2日間大学にいる。他に、教育心理士が博士レベルで、司法心理士とカウンセリング心理士が修士レベルである。大学卒業後すぐに Primary Care Worker として勤務する人



図 2. イギリスの臨床心理士

も多い。教育内容は英国心理学協会 (the British Psychological Society) が規定している。推奨される教育内容にコミュニティ心理学は入っているが精神分析学は入っていない。(図 2 参照)

イギリスでは医師に次ぐ地位と給与を得る。管理職になるのは職種に無関係だが、臨床心理士の人々が目立つようだ。疾病診断と認知行動療法を中心とする治療にかかわり、わが国の医師に近い機能をはたす。

3) 作業療法士

作業療法士になるには、ほぼ 18 歳で大学に入って作業療法学を学ぶ。学校によってカリキュラムは異なるが、基本的に作業療法士協会 (the College of OT) や世界作業療法士連盟 (the World Federation of OT) の基準を満たしている。理学療法、作業療法、知的障害からコースを選択するのは最終学年で、これは臨床教育なので、どこに務めるかで進路が決まる。WFOT の基準では最低 1,000 時間のスーパービジョンつき現場実習が必要である。卒後教育は次第に基準化されて、コンサルタント作業療法士への道も準備されている。(図 3 参照)

説明してくれたルース自身は心理学部を卒業してから OT の教育を受けた。互いに交差しながら教育を受けることが可能であり、複数の教育を受けた経歴の人も多い。イギリスの修士課程教

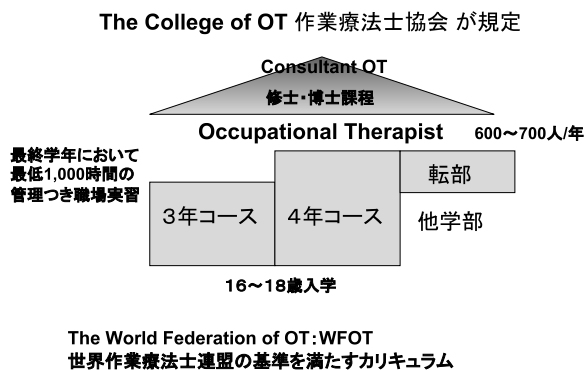


図 3. イギリスの作業療法士

育はノーリッジ大学から始まった。ケースマネジメントの教育は実践の場で学んでおり、OT になる前にケアマネジャーをやっていた人も多い。「作業療法とは何か？」という問いに、それを聞かれるのが一番つらいと言いながら、カナダモデル (CAOT) の概念図を見せて、これが一番好きだと言う。現実的活動 (practical activity) を対象とするとも表現した。全国で年間 600 から 700 人の OT が誕生するが、ときには外国に行ってしまう。なかでもカナダとスウェーデンでは、OT が専門家として高く評価されるので人気である。カナダモデルやアメリカ合衆国モデル (AMPS) 評価法はときどき使うという。

4) 看護師

看護師の卒前教育は 3 年間であり、1 年目は基礎を学び、2 年以降は精神保健、成人、知的、小児のブランチに分かれる。授業時間の半分は実践教育である。卒業して登録すれば自動的に登録看護師 (Registered Ns) となり、その後に Diploma や Bachelor を取得する場合が増えている。看護師以外に助産師登録と公衆衛生看護登録があり、公衆衛生看護は訪問看護師 (Health Visitor) を意味していたが、いまでは学校看護師 (School Ns)、産業看護師 (Occupational Health Ns)、家族看護師 (Family Health Ns) などが加わって、重複登録となる。3 年ごとの登録更新が義務づけられており、その 3 年間のうちに最低 35 時間の継続教育を受けなければならない。自律的で独立した専門職として高等教育組織 (Higher Education Institutions: HEIs) に加えられたのは近年のことである。教育内容は 2002 年に設立された看護師助産師審議会 (the Nursing and Midwifery Council: NMC) が HEIs とともに規定している。推奨される卒前教育のなかにケアデリバリーやケアマネジメントが入っている。卒業後は HEIs によって継続的専門家教育 (Continuing Professional Development: CPD) の枠組みが提供されており、これらは選択制のモジュールを形成している。大学院を経て、各領域の専門看護師や看護コンサルタントの道も開かれている。(図 4 参照)

1980 年代の低医療費政策により深刻な看護師不足に悩まされている。2002 年より外国人看護師の導入を強化し、2004 年時点の全登録者は 66 万人であるが、このうち 2 万 8,000 人はフィリ

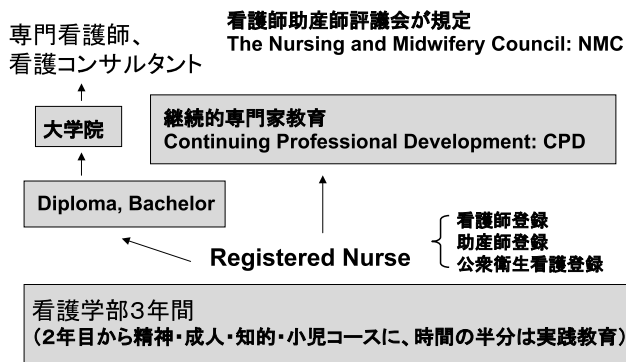


図 4. イギリスの看護師

ピンを最多とする外国人である。

地域精神科看護師 (CPN) は、精神科専門看護師 (Registered Mental Nurses: RMN) として登録されればそのままなることが可能であるが、多くは地域看護や地域精神保健の学士や修士を取得している。CPN の最大多数は地域精神保健チームに所属するが、プライマリーケアやリエゾンに勤務する者もいる。

5) ソーシャルワーカー

イギリスにおけるソーシャルワーカーの位置づけはようやく定まりそうである。2001年まで教育の責任と権限は the Central Council for Education and Training in Social Work: CCETSW にあった。1989年に CCETSW は、それまでの Certificate in Social Services (CSS) と、Certificate in Qualified Social Work (CQSW) に代わって Diploma SW を創設し、1994年に規定を一部変更した。1998年に政府がソーシャルサービスを改める案を提出したことともなってソーシャルワーク教育も変わる事となった。2001年に CCETSW は解体し、すべてのソーシャルケアにかかわる職種を対象とする社会的ケア全体審議会 General Social Care Council (GSCC) が誕生した。2002年に雇用者とソーシャルワーカーに対する実践規則 (code of practice) を導入し、2003年には就業基準 (National Occupational Standards for Social Work) を定めた。2005年4月にはすべてのソーシャルワーカーが GSCC に登録されることになり、3年ごとの継続審査が求められる。卒後教育は GSCC の責任で行われる。2007年に開始予定の構造では、Post Qualifying Award in SW (PQSW) と、Advanced Award in SW (AASW) が作られ、前者には精神保健審査 (Mental Health Award)、小児ケア審査 (Child Care A.)、臨床教育審査 (Practice Teaching A.)、ケアサービス調整審査 (Regulation of Care Services A.) の4コースが設けられるという。

CMHT のリーダーもこなしているパットは、この国の高校生などにソーシャルワーカーはさほど知られていないし、給与も看護師や作業療法士に比べると少ないと嘆く。教育機関には University (4年) と College (3年) があり、GSCC が認定した機関は全国で68カ所になる。

実際には公称のようにはいかないようで、登録しないまま民間機関やチャリティ団体に勤務するソーシャルワーカーも多い。こうした独立 SW (Independent SW) が増加しており、認定 SW (Approved SW) は危機だという。精神科ソーシャルワーカーという名称は所によって使っているが、総合的な活動なので分けるべきではないという。地域精神科看護師 (CPN) との違いとして、複雑な事例にかかわるし、何よりも価値観が重視される。ケアマネジメントはしばしば官僚的で、「チキンバスケット (誰が客でも同じセット)」になってしまっている。ケースマネジメントとはプロセスのことで、ケアマネジメントや CPA は制度であり、ソーシャルワークは価値観であると説明する。価値観の中では尊厳や差別が最も重視される課題であると説明された。

(図5参照)



図5. イギリスのソーシャルワーカー

6) その他の職種

上記の臨床心理士，看護師，作業療法士，ソーシャルワーカーを認定4職種と呼び，ケアコーディネーター業務はこの4職種に限定されている．なお，旧来の社会サービス局におけるケアマネジメントでは，ケアマネジャーになる職種が限定されていない．

サポートワーカーは英国だけの職種である．正式には Care Support Worker (CSW) と称され，強いて言えば日本の介護福祉士に近い．職種背景を問うていないが，地域によって要求する教育程度などが異なる．例えばウェールズでは，Support Worker と呼び，Grade1, 2 および Senior の3段階に分けている．デボン地域では Intermediate CSW には NVQ2~3 を要求している．業務内容はほぼ共通しており，利用者の日常的な生活活動を具体的に支援する．居住型施設に勤務する者が多いが，地域精神保健チームにも存在して家庭訪問を行う．しかし，いくら経験を積んでも認定職種になれないことが不満となっている．待遇はもちろん組織によって異なるが，獲得が難しい専門職に比べて増員しやすい職種と言える．精神科領域では，精神病院における業務補助職から始まっている．

看護師のウェンディに会って，Support, Time, and Recovery Worker (STR Worker) について聞く．つい最近の動きで，政府は2006年までには全国に3,000人を配置しようと発表しており，このトラストでは彼女が中心に25人分の人材育成プロジェクトを作っている．特別の教育背景がなくても患者経験がなくても良い．患者のニーズに合わせてきわめて柔軟に動く．専門職は仕事内容が決まっているが，STRは患者の側に座って必要な手伝いをする．「地域につなぐ (linking in the community)」と表現している．Basic STRはlevel2から始まる．ユーザーがSTRになるには，今の段階では援助の経験が不足であるという．リカバリー概念に対しては専門家の抵抗があり，特に看護と医師に強いとウェンディは声をひそめた．患者をコントロールしてきた長い歴史があるのだと説明する．

ケアラーサポートワーカー (Carer Support Worker) の動きはさらに新しい．生活に困難を来す人々のケアラー (主に家族) を支援する職種であり，特に教育背景を問われないので，利用者の家族と思われるような人も含まれる．公的セクターに雇用されることもあるが，大多数はチャ

リティ団体に所属する。精神保健の最大級の民間団体である“Rethink”（改称前は「全国分裂病友の会」）で規定されている職務内容は、ケアラーに対して 権利擁護、 権利代行、 助言、 支援、 情報提供、 支援グループ育成を行うことである。「心理教育」はしないが、実質的な教育役になっているらしい。心理教育を行うためには教育心理士の認定を受けていなければならない。ただし、日本で行われているレベルの疾病や社会資源に関する情報提供は、患者個人に対してほとんど初期に行われてしまう。理解の程度はさまざまであろうが、脳の機能、薬物の名前、社会資源などは、患者とその家族によく知らされている。

スコットランドでは精神保健ファーストエイド（MHFA）が始まったという記事があった。オーストラリアで始まった制度で、なるべく早く専門家につなぐための最初の相談者（First Instructors）を意味している。専門職に限らず、サポートワーカーでも誰でも、「床屋やタクシー運転手でさえも」、3時間物で4回分の研修を受けると資格を得られる。日本で例えば精神保健ボランティアに近い。

また、プライマリーケアにつながっても、二次ケアの精神保健につながらないことが問題になっている。そのために新たな職種を作った。プライマリーケアの場所に勤務する地域精神保健の専門職で Gateway Worker と呼ぶ。2004年までに500名を配置するとなっていたが、私の目にはまだふれなかった。

牧師（Chaplain）も重要な職種である。どの病院にも24時間開いている礼拝堂が設置されている。Chaplaincy（牧師の仕事）チームは、常勤の国教牧師と非常勤のカソリック司祭とボランティアで成り立つ。定期的な病棟めぐりのときだけでなく、いつでも会えることになっている。どちらかという疾病や死に対する緩和ケアの方向で、精神的リカバリー支援を強調することはないようだ。国立精神保健研究所の報告書「精神保健における全人的アプローチの中でスピリチュアリティの重要性を認識すること」が出版されている。精神保健の中でさえも、人間として扱われなかったという苦情が蓄積していた。NHSの指針は、利用者の「私のことを診て欲しい」「きちんと聞いて欲しい」「尊厳を保って欲しい」という気持ちに応えることにおかれている。チャプレンは、身体・心理・社会的視点を越えたところをさまよい、すべての宗教を越えたその人の「核となる価値」に注目する。スピリチュアリティは強大な力で、憎しみや怒りを正当化し、排除したり、むやみな罪悪感をもたらしたり、医療から置き換えられたりすることで、人を傷つけることもある。スピリッチャルケアは、自分の中の核となる価値を見定め、我々を導く内的な枠組みについて考える時間を作ることから始まると説明された。

4. 各職種の実際活動

地域精神保健チーム（Community Mental Health Team: CMHT）は、現在でもイギリスにおける精神保健活動の中心的位置をしめる。特殊な事例を除くあらゆる人々がまず紹介されるからである。このトラストでは社会サービス（SS）もこのチームが取りこんでいる。人口1万か

ら6万人までにひとつのチームが配置され、ここでは350例を受け持っており、約半分が重症で長期となっている事例である。常勤8人のケアコーディネーターがケースロード35人で約280例をこなす。チームの職員は3~4CPN, 2~3ASW, 1~1.5OT, 1~1.5CPに、1人のコンサルタント医と1~1.5のSHO, 1~3サポートワーカー, 1~1.5秘書で構成される。勤務時間は平日の9~17時であるが、GPに合わせて8~19時まで延ばすこともある。救急事態が生じると、危機解決在宅処遇チーム(CRHT)や救急対応(A&E)に任せる。コンピューターが並ぶ事務室にスタッフが集まっているが、全員がそろうのは月曜日の会議のときだけである。医師は別室におり、会議にも参加せず、診療に徹している。

CMHTにおける各職種の機能について、管理者であるOTのジェーンが次のように説明してくれた。ケアコーディネーターとしての職務はどの職種も共通である。

ソーシャルワーカーはGSCCへの登録を経た者が雇用される。鍵となる価値と目標は、白書「能力のある実践家」に従って、次の6項目である。ユーザーとケアラーの権利を守り利益を高める、ユーザーとケアラーの信用と信頼を得る、危険や自傷の可能性を避ける範囲で、ユーザーの独立性を高める、行動が自傷他害とならないことを確認のうえ、彼らの権利を尊重する、

公衆に対して、社会的ケアサービスの信用と信頼を維持する、個別の実践に答え、知識と技能の向上と維持に責任を持つ、となっている。非道さや差別(oppression and discrimination)に対処することがソーシャルワーカーの最大の任務である。これは理解するだけでなく、行動することが求められる。

核となる知識は、フレームワークの理解、偏見や施設症の理論、民族差や性差の理論、心身医学、貧困や不利益の影響、公衆への責任、司法と精神疾患との関連、ボランティアセクターの機能、社会政策的な位置づけ、福祉経済との関係、予算の機構といった文脈上の知識に加え、実践理論上の知識として、精神疾患のモデルと分類、ライフイベントの影響、老化の過程、障害等に対する人々の文化的態度、女性の心理学、文化間的視点、である。精神保健領域における特定の知識として、精神分析、認知行動理論、学習理論、社会心理学的視点、危機介入、家族システム論、集団理論、コミュニティワークが挙げられている。

介入技能では、CPAにおける総合的全人的アセスメント、リスクアセスメント、パートナーシップによるケアプラン、精神保健法117条(強制入院)におけるアフターケアのプランとレビュー、サービスの欠損や見つかっていないニーズの同定、ケア過程の協力、ケアレビューの推進などが挙げられている。他にも、管理付き外来(強制外来)の際にホームオフィサーに提出する報告の準備、医療審査会(MH Review Tribunals/ Manager's hearings)に出す環境上の報告に関する準備などが必要となる。

作業療法士は、作業、活動、課題、技能を対象とする。疾病や発達上の原因や影響による機能的な欠損に注目し、活動を通して技能や能力を発展させるような、意味ある介入を展開する。ジェネリックOTとしての役割は、ケアコーディネーター、ユーザーやケアラーの自立性を援助、活動を利用して再発防止、日常の活動を利用して技能を高める、などである。OTの主要な目的は、

厳密な業務規定はあるが、実務の印象を図示する

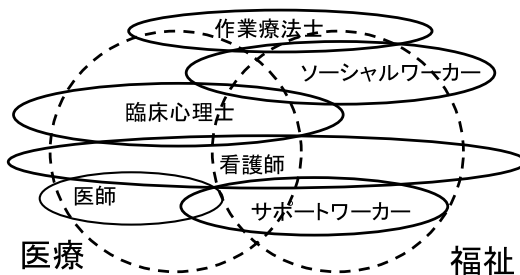


図6. イギリスの各職種機能

障害をもった個人と、その人の活動における要求や環境からの要求を、維持、回復、創造し、個人に益となるように合わせることである。ときには他の職員や機関に助言し、益となるようであれば積極的に人々に介入する。

臨床心理士の職務は心理学理論を精神保健に適用することで、具体的には、アセスメント、フォーミュレーション、モデル、心理学的測定、介入、評価、自己理解支援などが挙げられる。他の職種ができないことで心理士ができることとして、組織化技能 (formulation skills)、適応指導 (adaptability)、多様な役割 (diversity of role)、治療モデルの統合 (integration of therapeutic models) を挙げた。日本でとらえられている臨床心理士の機能とは相当に異なる。

地域精神科看護師 (CPN) の CMHT における役割として5項目を挙げている。査定者 (Assessor) : サービス、ユーザーの能力、ケアラー、臨床家 (Therapist/ Clinician) : 看護技能を用いたケア、追跡、薬物療法の管理、継続的なケア、専門家 (Specialist) : 認知行動療法 (CBT, CAT)、産後管理、心理教育、早期介入、家族療法など、つなぎ役 (Liaison) : 一次医療と二次医療、他の職種、教育者 (Teaching/ Educational Role) : 学生、多職種教育、としている。これも日本の看護が求められている診療補助機能とはずいぶん違う。

以上、ソーシャルワーカーや作業療法士は、日本の職種と実態こそ異なるが、考え方や理念は共通している。臨床心理士や看護師は日本の職種規定とは相当に異なるので、注意が必要である。日本の臨床心理士は地域精神科看護師の規定に近く、日本の看護師はサポートワーカーの規定に近い。イギリスでは医師が少ない分、看護師が相当に拡大した機能を果たしている。(図6参照)

いくら有能とはいえ、一介の管理者にこれだけの説明ができることに驚いてしまう。それほど業務基準が明確なのである。

5. 人材育成と労働条件

1) 専門職に求められる能力

保健福祉の専門職育成の指針である白書「能力のある実践家 (The Capable practitioner)

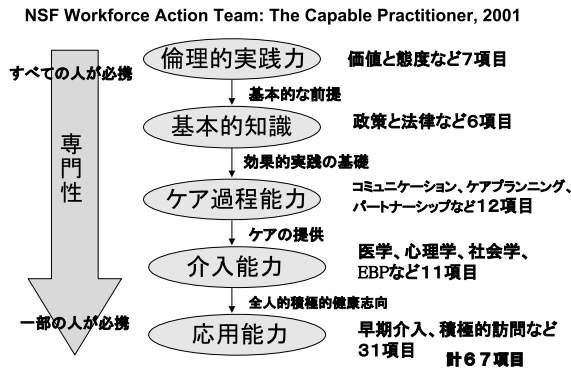


図7. イギリスにおける人材育成

2001」にふれる。これは1999年の精神保健十年計画（NSF）に応えて、それを実現できる実践家の能力とは何かを追究し、その能力の枠組みやリストを提起した研究報告書でもある。

能力を技能（skills）、知識（knowledge）、態度（attitudes）に分けて考えている。NSFに規定された職種に限って、「何を持ち、何をしなければならないか」を追究した。それぞれの職種で核となる能力を追究する研究を統合した結果であり、さまざまな条件下で応用する能力も含まれる。効果的な実践家、応えられる実践家である点を強調している。専門家のいるさまざまな施設から広く集めた「各職種の鍵となる課題リスト」から、「能力の地図作り（concept-mapping techniques）」を行った。職種の基準でもあり、職場での作業遂行の測定でもある。コアもしくは共通の能力と、専門的に特定された能力とに分かれる。

枠組みは大きく5領域で、倫理的実践力（価値や態度）7項目、知識（政策や法律）6項目、ケアの過程能力（パートナーシップなど）12項目、介入能力（エビデンスベースト、心理社会的）11項目、応用力（特定のサービス）31項目である。能力リストは合計67項目となり、それぞれの項目がNSFとリンクしている。今後この枠組みは、実践指標に用いたり、研修に利用したり、教育のガイドに利用される。（図7参照）

2) 連携をめぐる教育

隙間のないサービスを実現するためにチームワークや連携は不可欠である。イギリスでは、各職種の卒前合同教育、職種教育コース間の乗り換えやすさ、臨床現場での合同キャリア形成を戦略としている。特に卒前合同教育について、職種間教育（Inter-professional Education: IPE）と称して、近年強化している。一緒に教育される（multiprofessional education）だけでなく、相互に学び合う（interprofessional education）ところに新たな用語を使う強調点がある。実に多様な試みが行われているが、多職種学生が小集団を形成して問題解決に取り組む形式が最も多く見られる。これまでも看護とソーシャルワークの領域を中心に長く検討されており、IPE推進センター（CAIPE）は1987年に設立されている。実効が進むのは、2001年政府の生涯

教育フレームワーク「ともに働き、ともに学ぶ (Working together, learning together)」が提示されてからであろう。いまではほとんどの大学で IPE が試みられ、すべてのソーシャルワーク教育プログラムの中に連携論が組み入れられている。

3) 新たな能力評価制度

2006年10月を期して、英国すべてのNHSにおける人材育成、業務評価、労働条件を総合的に管理する体制が実行されることになっている。2001年に設立された「NHS現代化機構」は、2005年に「NHS改革と改善研究所」へと改組された。この研究所がNHS管理部門と労働組合の承認のうえ進めているのが、「変革の指針 (Agenda for Change: AfC)」および「知識と技能の枠組み (Knowledge and Skills Framework: KSF)」である。医師歯科医師および管理職を除くすべてのNHS職員は、自分の業務を評価し、個別の教育計画を立てて、毎年上司と共有することとなる。AfCが業務評価に基づく雇用条件の近代化であり、KSFが業務評価の基準である。これまでの勤務部署ごとのギャップを埋めることにはなるが、給与とリンクしていないという批判も聞いた。

KSFでは、NHS職員に必要な知識と技術について、すべての人に共通する6つのコアと特定の部署に必要な24のディメンジョンに分け、それぞれ4段階で評価する。コアは、コミュニケーション、個人とともども周囲も成長、職員の保健と安全、サービスの改善、業務の質、平等性と多様性、である。

AfCは給与や休暇の枠組みでもある。これによると、労働時間の基準は週37.5時間で、34時間以上が常勤となる。フレックス体制で、残業は週7時間まで支払いの対象となる。育児休暇など5年間のブランクが許される。年休は5年以上の勤務者では年間29日、10年以上で33日あり、いまでも年休はどんな忙しい人でもしっかりとるし、誰も文句を言わない。病休は5年以上の勤務者で6ヶ月は給与の10割、次の6ヶ月が5割となる。ちなみに、2003年度の病休者は、救急車乗務員が6.6%で最も多く、次に精神保健職員で5.5%、平均が4.7%、管理職が最も少なく2.2%となっていた。ちなみに、日本の地方公務員の場合には2ヶ月以上の病休をとると報告対象となって、だいたい1.5%程度の値になる。

英国の勤労者は一般に、9時から働いて4時には仕事を終える。道路の渋滞は5時台である。店は5時半には閉まり、特に日曜日の夜は24時間をうたっているスーパーも閉まってしまう。仕事以外の人生を大切にしているし、仕事中は活動に集中している。

7. おわりに

職種をめぐる教育制度と勤務実態について、留学体験にインターネットの情報を加えて紹介した。現在進行形のものも多く、具体的な形でわが国に紹介されることは多くない。公表された詳細はインターネットにてわが国にいても情報が得られるので、興味を抱いた事象について原典を

参照されたい。Google UK で英文タイトルをそのまま入れて検索するとヒット率が高い。

(本論は、2005 年度日本福祉大学学外研究に基づくものである。記して篤く感謝したい。)