

マルメ大学研修後報告

M145821 北村 久美子

1. はじめに

マルメ大学研修で学びたいことは、高福祉高負担国家であるスウェーデンにおいて医療や福祉がどのように運営されているのか、特に国として少子化にどのような対策を具体的に行っているのかということである。私は臨床で助産師としての勤務経験後現在博士課程前期課程で学んでいる。子育てに関する研究計画を考えており、スウェーデンの出生率は1999年に1.5で最低となり、2010年には1.98と回復していることにとっても興味をもっていた。出生率の上昇を母子保健という側面のみならず、教育や福祉、人口の保持という側面からも国としてどう戦略を立て、運営しているのかを学び、日本における少子化、母子保健について考えていきたいと思い研修に臨んだ。

2. マルメ大学研修で学んだこと

①医療、福祉制度について

スウェーデンの医療制度は、国民は高い税金を支払うが医療費の負担はほぼない。医療機関は公的であり、そこで勤務する医療職も公務員となる。医療機関に支払われる費用は予算としての位置づけとなるため、患者が多ければ多いほど医療機関の負担は増える。そのため予防医療や徹底的な医療専門職の役割分担が行われている。国が人口に対してどの程度の医療機関が必要であるのか、そこに配置される医療職の数もコントロールしており、医療職の養成に関しても同様である。そのため国が実際の医療費や医療機関の維持費や人件費のコントロールを行いやすい。日本は医療サービスに対して制限なく自由にアクセスでき、また国民皆保険制度という利点がある。その一方医療機関が乱立し、それぞれが患者(顧客)を誘致するための検査に伴う過剰な医療設備の設置や投薬を招き、医療費は日々上昇している。医療職の養成施設も多く開設されている。最大の2国間の差は、国が医療機関や医療職、医療費を厳重にコントロールしているか否かの差であると改めて実感した。スウェーデンにおいて医療職は背番号制であり、また国民一人一人にもIDが与えられデータが管理されている。スウェーデンはGP制であるためフリーに医療機関を受診することはできないが、紹介やセカンドオピニオンの機会に改めて受診のための検査は不要となる。日本の医療体制では、紹介先でも再度同じ検査を受けなければならないことがあり費用面だけでなく、患者への身体的、精神的負担は大きい。患者にとっての負担を軽減することができることや、増加し続ける医療費の削減のためにも、日本でも多くの病院での患者情報の共有が望まれる。

また国で医療職養成もコントロールしていること、理学療法士にも開業権があること、各医療専門職の業務範囲が明確であり確立していることが日本との大きな違いであると感じた。専門性が確立されていることから、各専門職のレベルが高くモチベーションも高い。生涯教育を推進する、子どもを持ちながら進学をすることを国として支える福祉制度があるからこそ、モチベーションや高い専門性を維持することができると感じた。スウェーデンでは女性の9割が勤労女性であり、専業主婦が少ない。これは女性も男性も育児休暇や費用が補償されていることや子どもが病気になった際に付き添う場合の給与補償や教育費の無償化など、子どもを生み育てていくことへの施策が十分に考えられている背景が大きい。

い。これらの施策がスウェーデンでの出生率の回復に貢献している。出生率の観点からだけではなく、この施策は出産・育児をしながらでも仕事を無理なく継続ができることにつながる。日本では看護職の免許は持っているが出産や育児のために勤務することができない潜在看護職が多く存在する。働きたくても子どもを預ける場所がない、長く臨床から離れてしまい復職ができないなど多くの理由が存在する。スウェーデンで専業主婦がほぼ存在しないということは、潜在看護職が少ないということを示している。国で養成した医療職の力を十分に発揮できるための環境が整っており、働く側としては高い専門性やモチベーションを維持するための意識が自然と高まっていき、相乗効果となっていると考える。よりよい医療を提供するためには、医療を提供する医療職の質が大きく影響する。臨床での勤務経験の中でやはり労働環境は重要であると感じていたため、医療の質の向上のためにも安心して勤務することができ、自分の専門性に誇りを持つことに対する支援が日本にも必要ではないかと感じた。

また社会福祉制度についての講義を受ける中で、高福祉高負担であるスウェーデンにおいても最近は何国からの手厚い手当がなければ貧困と感じる人の割合が増えていることを知った。このことはセーフティネットが崩壊しかけていること、すなわち「この国にいて安心と思う人」が減少していることを示している。これは GINI 係数の数値が徐々に上昇していることに反映されている。日本でも貧困は大きな社会問題である。貧困のリスクは、病気や非雇用であることは両国とも同じである。医療費や職業訓練、教育に対する費用が日本と異なりほぼ負担がないスウェーデンにおいて、貧困が問題となっていることは私にはとても意外であり、強く印象に残った。

②看護教育について

スウェーデンでは高校を卒業後すぐに進学するのではなく、バックパッカーなど様々な経験を経て平均 27 歳で大学に入学する。看護の大学教育は 3 年、6 セメスター制で構成されている。各学年の 1 セメスターは臨床での実習が組み込まれており、日本よりも遥かに臨床での実習が多い。実際の臨床での実習が開始する前には、シミュレーション実習を十分に行い臨床実習に臨んでいる。人形を用いて行われ、設定された場面にどう対応するかをグループ内で協力しケアを行っていた。人形は部屋の外から教員が操作することができ、バイタルサイン、呼吸音などを実際に変化させながら、今までに学んだ知識と臨床症状がケアを通して理解できるものとなっていた。今回の研修では看護学生のためのシミュレーション実習であったが、看護職のみならず医師、理学療法士、作業療法士という多職種でチームを組み連携を確認、学ぶことも行われているとのことであった。シミュレーションを行う際にはグループダイナミクスを活用し、様々な視点で実践したケアを振り返り、よりよいケアを検討していた。



KUA は大学病院の教育棟のことでありシミュレーション研修と同様、多職種がチームとなって協力し実際の患者のケアにあたるという実践的な実習カリキュラムである。この教育は 2003-2004 年に計画され、2005 年より開始されたプログラムであり、目的としてはチームワーク、ヘルスケア、リハビリテーションを掲げて

いた。医師、看護師、理学療法士、作業療法士が 1 チーム 6-8 人で構成され、実習期間は 2 週間であった。1 日の中でも実習時間帯が日勤、早出、遅出という振り分けもされており、チームで継続してケア

を行っていた。この KUA には慢性疾患を中心とした糖尿病、心疾患、肺炎等の患者が 8 名入院している。患者へのケア立案だけでなく、ランチをどの順番で食べにいくことが患者のケアに支障が起きないのかなども考えており、実際に患者中心のチーム医療とはどのようなものなのかを実践を通して学んでいた。日本でもチーム医療が重要と長年言われているが、実際に教育レベルからの多職種協働はまだまだ遅れている。実践的なチーム医療を学ぶことで、それぞれの専門職種がケアに対して何を考えているのかがより具体的に理解できる。このような実践的な実習経験を持つことで、患者へのケア向上のために自分の専門性はどう発揮されるべきなのか、どう責任を持つていくことが必要であるのかということに常に考えることにつながると感じた。

また大学教育を行う教員の働き方も日本とは大きく異なっていた。日本では、大学の教員となると教育が中心となり臨床の現場で勤務するという事はほぼない。スウェーデンでは、大学での教育・実習指導が 3 分の 1、病院勤務が 3 分の 1、残りの 3 分の 1 で研究を行っている。教員の臨床の経験が継続されることは教員や学生にとってもよいことであり、また実習を行う施設にとってもよい刺激をうけると感じた。教員とは学生にとって身近な役割モデルとなるため、より実践的で現実的な役割モデルとなるには臨床での経験が必要になると私自身は考えている。大学と臨床の協働という視点からも、このような体制は大きなメリットがあると感じ、日本でもこのような体制が導入されることを望む。

③ クリニカル・スーパービジョン

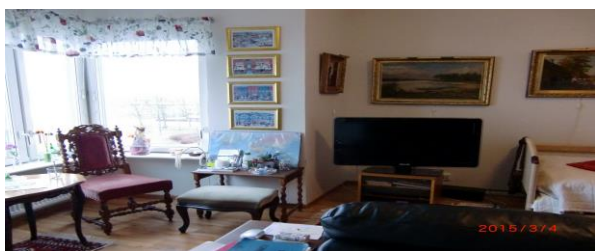
クリニカル・スーパービジョンでは、臨床場面で感じたことを同じ立場にあるもの同士で共有し、リフレクションすることである。7-8 人のグループに対して、1 名のスーパーバイザーが効果的な振り返りを促す。1 名が実際の症例で困難だと感じたことを紹介し、他のメンバーが「自分だったらどう考えるか」「自分だったらどう感じるのか」「自分だったらどうしたか」を考え話していく。1 つの事例を様々な視点で考えることができることや、自分と同じ悩みや不安を抱えていることを理解することにつながる。また話すことで自分の気持ちが整理でき、自分だけが悩み不安になっているわけではないと感じることができる。このような振り返り、リフレクションを行うことで医療現場でのバーン・アウトを予防することができる。私も臨床で働く中で多くの不安や悩みを抱え、職場の同僚と話すことで自分の考えを整理し、同僚に共感してもらい救われることが多かった。効果的な振り返りを行うためのバイザーには多くの能力が求められるが、何よりも必要なのはじっくり聞くこと、「傾聴」であると講義で学んだことが印象的であった。「傾聴」し「共感」することは、この振り返りのみならず多くの臨床場面や日常生活に必要である。忙しい毎日や臨床現場では、つい聞いているつもり、聞くことを待てずに自分から話してしまうことが多い。相手が何を話しているのか、言語・非言語を問わずしっかりと相手と向き合い聞くこと、そして相手にしっかりと寄り添うことの大切さを改めて気づかされた講義であった。

④ 施設訪問

1) 認知症専門 Nursing Home

スウェーデンは人口の 18% が 65 歳以上であり、5.3% が 80 歳以上である。平均寿命は女性 79.1 歳と上昇傾向であるが、男性 83.2 歳と横ばいで推移している。高齢者のうち 79% は支援が必要ではなく、3% 程度の割合で家族や専門職の支援が必要である。支援を受ける高齢者は在宅医療を希望してい

るが、費用がかかることが現在問題となっている。また日本と同様、ケア提供者となる家族の身体的、精神的負担をどう解決していくかが問題であると話されていた。高齢者ケアに限ったことではないが、スウェーデンでは患者中心のケアという言葉をよく耳にした。個別性を重んじることで費用がかさむのではないかと考えがちであるが、長い目で見ると費用は削減される。それはこの患者中心の医療の利点である、安全や自発性を高め、医療介入の削減につながるということが背景となっていると学んだ。その後認知症専門の Nursing Home である Victoria へ訪問した。Victoria は民間委託された Private Company であるが資本は税金であり、入居者は負担がかからない。認知症専門の施設はまだ少ないが、スウェーデンでは 74-99 歳で認知症の人を国で把握し、リスクの高い人など症状の程度で専門施設に入所できる。Victoria では、看護師、アシスタント看護師が常駐し、医師や理学療法士、作業療法士は週に 2 回ほど訪問している。また、Petagogue と呼ばれる高齢者ケアの教育を受けたスタッフも常駐している。Petagogue は日本で小児部門におけるサポーターの様な役割を担っているという印象を受けた。



実際に入所している高齢者の部屋を見る機会があり、部屋にも認知症の人が混乱なく過ごすために、トイレの壁の色を変えて目印にする、車いす使用を想定した洗面台の高さや幅をすでに考慮するなど様々な工夫がこらされていた。日本の特別養護老人ホームも個室があるが、やはり医療施設というイメージが強い。

しかしながら、Victoria は部屋だけでなくキッチンや共有スペースにおいても、もっと家庭に近い雰囲気を感じることができたことが印象的であった。

2) Health Care Center

スウェーデンは GP システムがあり、国民はかかりつけ医師である GP を 1 名登録している。健康上の問題があると、まず Health Care Center に電話で連絡をし、その日の電話対応看護師が受診の有無をトリアージする。受診の必要性を判断した後に医師へ連絡をとり来院予約を行う。電話でのトリアージは 200-250 人/日であり、そのうち 50 人程度が来院となる。受診予約なく訪れる患者は、長い時間待つことを余儀なくされる。来院後日本では医師の診察が絶対であるが、まずは看護師が全身のフィジカルアセスメントを行い、症状別にプロトコールが明記されているため必要な検査を看護師の判断で行うことが認められている。この場合、症状によっては医師の診察は行われない。患者を問診、フィジカルアセスメントを行い診断し、患者へ生活指導や薬を希望する場合には薬局での購入指導を行う。患者が医師の診察を希望する場合にはさらに話し合いを重ねていく。日本では必ず医師の診察が伴うことから、この制度を実際に見学した時は衝撃が大きかった。看護師の正確な判断が求められ、また様々な症例が考えられることから幅広い知識が必要である。症状別のトリアージブックも存在はするが、電話対応で何を聞くのか、患者の声と内容のみで判断するためには、多くの知識や経験が必要であると感じた。実際に勤務している看護師から話を聞く機会があったが、「責任は重大だが、とてもやりがいがある」と自信をもって話していた姿がとても印象に



残った。

今回訪問した施設では小児のワクチン接種や発達チェック、理学療法士や作業療法士の施設内での連携は行っていなかったが、施設によっては一つの **Health Care Center** でこれらの診察も行われている。大学院で「家庭医」という領域の授業を受ける機会があったのであるが、その時に母子ともに同時に診察を受けられることの利点を強く感じた。母子が身体的にも精神的にも継続して診察してもらう場があるということは、大きな育児支援になる。医師だけでなく、そこに関わる看護職にとっても母子の成長発達に継続して関わることによるアセスメントスキルの向上、継続的な視点を持ちながらの看護展開ができるなど利点が多い。日本でもプライマリーケア医が導入されることが決まっており、このような施設が増えることが期待される。

⑤マルメ市内を歩いて感じたこと

日本と異なり店の閉店が早く、日曜日には営業していない店がほとんどである。24時間のコンビニエンスストアも存在しない。スウェーデンは今ある資源を効率的に使うという意識が高いということを感じられた。確かに日本のコンビニエンスストアは便利であるが、ふと「果たして本当に必要なのか」と疑問を感じ、考えるよいきっかけとなった。また、スウェーデンは移民を多く受け入れている国である。マルメはコペンハーゲンに近いこともあり、約3割弱の人がスウェーデン以外で出生している。歩いていると様々な民族の人に出会った。移民を多く受け入れることで摩擦も多いが、摩擦を減らすために **Open Mind** で関わっていると講義で学んだ。マルメを歩いていると街全体がとても親しみやすく、温かい気持ちになるという印象を強く受けた。日本は島国であるため、他民族を受け入れることに抵抗がある部分が多いが、他者を受け入れることは他者を認めること、そして自己も見つめ受け入れることにつながる。日本が移民を受け入れるかどうかという問題ではなく、他民族も存在することや他者を認める、受け入れるという意識を持つことを改めて考えさせられた。

3. 全体を通しての考察

今回の研修の前には母子保健について学ぶことを目標としていたが、母子保健という限定された部分ではなく、医療・看護を行っていく上で大切にしなければならないことが十分に学べた研修であった。大切にしなければならないこととして、患者中心のケアがあげられる。頭では理解しているつもりではあったが、自分の臨床経験を振り返り反省する部分も多かったのが事実である。患者ケアの質の向上や患者の **QOL** の向上のために、医療職は協働しなければならない。スウェーデンで常に感じていたことは、各専門職がそれぞれの専門性の違いをお互いに理解し、また専門性を尊重し信頼しているということである。だからこそ、専門職はその専門性を維持するために意識を高く持ち、モチベーションを高く維持していると考えられる。それぞれの努力があり、そしてそれが協働という形で患者に提供されることが本来の医療の姿であると改めて感じた。スウェーデンの各専門職に与えている職域の権限にも関係するとは思いますが、患者のために何をすることがよいのかをチームで考え、それぞれの専門性を発揮することは日本でも可能である。社会福祉制度の違いはあるが、日本の医療の質や福祉のシステムも良さがある。日本がやはり戦後ここまで成長した背景には日本人の勤勉な部分も多い。その国その国に合う医療・福祉の施策があると考えるので、良い部分をただ模倣するだけではなく、日本の強みとは何か、どうすれば日本に合い日本の良さが出る施策になるのか、医療者も患者も含めた国民の意識がどう変わっ

ていかなければならないのかを考えることが必要であると感じた。

4. 謝辞

今回このような機会を与えていただき、関係者の皆様には大変感謝しております。また、引率していただいた先生および学生の皆様と一緒に参加できましたことを光栄に思います。本当にありがとうございました。

以上