

マルメ大学研修報告書

看護学専攻 天野 遥香

1. はじめに

現在、私たちは日本の医療保険制度の恩恵のもとで自由に診療を受けることが可能である。しかし一方で高齢化に伴う医療費支出の高騰が問題となっており、医療費の抑制が課題に挙げられている。一般に、スウェーデンを含めた北欧国家は高負担・高福祉社会であるといわれており、すべての人が医療・福祉・教育を受けられる良いものだと思っていた。それらに関して、スウェーデンは具体的にどのような政策を実施しているのかについて興味を持っていた。私は、看護学生であるが、スウェーデンがどのように医療・福祉制度を運営しているのかを学び、日本のものと比較することで今後の日本の医療・福祉制度がどうあるべきかについての考えを深めたい、またスウェーデンでの看護の働きを学ぶことによって、今後の学習目標や学習姿勢に反映し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

スウェーデンのヘルスケア制度は国 (nation)、地方 (region)、市 (community) の3段階で運営されている。費用の拠出は国であるが、具体的な政策を運用しているのは地方や市である。日本では医療費は医療保険の収入から充てられるのに対し、スウェーデンでは税金で充てられている。スウェーデン国民は高い税金を納めなければならない。しかし、国民が医療機関に支払う金額は年間の上限額が定められている為、医療費の負担はほとんど無い。国から医療機関に支払われる費用は予算として充当されるため医療機関はできるだけ患者を作らず、余分な治療を行わないほど利益を得ることができる。そのため、健康維持のための予防医療が課題となっている。スウェーデンではプライマリヘルスケアが導入されており、市民はかかりつけ医 (GP) の紹介なしでは自由に病院に行くことができない。そこで地域のヘルスケアセンターがその役割の多くを担っていると考えられる。スウェーデンの医療機関は公のものであり、そこで働く医療職者は公務員となる。そこで、計画的な医療職者の育成・配置を行うことでコストの削減を図っている。具体的には人口何人に対し医療職者を何人配置するか、何科の医師をどこに何人配置するか、医療職の育成人数などを細かくコントロールし、また各医療職の役割を明確に分けることによって効率化を図っている。医師は高いコストがかかる存在であるため、基本的に高度な知識・治療が必要でないものは医師が見ることはなく、看護師や理学療法士 (PT) が見ることとなる。各病院が同じ診療科であっても異なる分野を得意とすることによって専門医の配置コストを削っている。これらは、医療機関が公的なものであること、医療職者が“背番号制”であることによって可能になっている。医療機関が公的なものであるメリットとして他にも以下のものが考えられる。全国民にはIDが与えられておりカルテなどの情報を管理することができる。各医療機関は連携ができているため、カルテ・検査結果・画像などを共有することができる。これにより、セカンドオピニオンで他病院を受診したときにも再検査をする必要がなく、費用面・患者の身体面での負担を軽減することができる。次に、医療職者は公務員であるため給与も平等であり各医療機関が競争することがないので、患者にとって一番いい医療を選択することができる。

それらに対し、日本の医療の大きな特徴は国民皆保険制度、自由開業制、フリーアクセス制である。国民は、いつでもどこでも自由に診療を受けることができるという点はメリットである。日本には自由開業権があるため個人開業のクリニックが乱立している。日本の医療機関の約 7 割は私立であるため、各医療機関の連携がスムーズに行いづらい状態にある。また、診療した分に応じて診療報酬が得られるため多くの患者を診察し、多くの治療を行うほど医療職者の利益になる。そのため、それぞれの医療機関間に競争が生じ、最新機器の導入などによって差別化を図り患者の獲得を行っている。それらの設備投資費用を回収するために不必要な検査や治療、投薬が行われていると考えられ、これは医療費の増大を招くだけでなく、患者個人の経済的・身体的・精神的負担を強いることにもなるだろう。日本の医療制度の障害は、医療機関の大半が個人開業であるため国のコントロールが作用しないことが大きく影響していると考えられる。すでに私立の医療機関が多く存在しているため、これを今から国の管理下に収めることは困難であるだろうが、過剰な医療費支出や患者の負担を軽減するために日本でも各医療機関の連携が望まれるであろう。

スウェーデンでは女性の約 80%が働いており、専業主婦はめったに存在しない。女性が出産・育児をしながら仕事を続けられる制度が整っているからである。まず、保育所が十分に整備されている。次に、育児休暇が充実している。スウェーデンでは育児は子どもの母親・父親が協力して行うという文化が根付いている。育児休暇は母親と父親の両方に保障されており、順番にとって育児をすることが可能である。次に、子どもが入院したときには親の付き添いが不可欠であるが、その場合の給与の保証もある。また、大学までの学費は無料であるため、育児をしながら学業を行うことも可能である。これらのことから、スウェーデンでは女性が出産・育児をしながら社会で活躍することができる。しかし、スウェーデンでは女性も生涯働くものという常識的観念があるため、専業主婦が比較的多い日本から見ると一種の選択の自由が阻害されているような気もする。

スウェーデンは自国の社会福祉を守るために第一次・第二次世界大戦には参加していない。これには驚かされた。近年のスウェーデンの社会保障費の増加は少ないがもともとの水準が高くなっている。それに対し、日本は極めて平均的な値である。スウェーデンでは医療費・教育費が無料であり、とても福祉が充実していると思っていたが、市内を歩いていると路上で寄付を求める人が多く見られたのが印象的であった。高福祉国家と言われているスウェーデンでも、何も援助がないときの貧困リスク割合は 25%と年間変化がなかったが、援助があった場合 10%から 13%に増加している。これは、国家による多くの援助がないと貧困だと感じている人の割合が増加していることを示しており、セーフティーネットが低下していることを表している。これは、GINI 係数が 0.2 から 0.3 に増加したことも関与していると考えられる。対して、日本は豊かであるというイメージがあったが、貧しさの基準となる年収 200 万円に満たない人は人口の 30%も存在する。そして、驚くことにお金持ちの人数が世界で 2 番目に多いのも日本である。このことから、日本でも大きな格差が存在し、日本にとっても貧困はとても重要な課題になっていることが分かった。

② プライマリケアについて

Health Care Center Södervärn を訪問した。スウェーデンではプライマリケアの制度が充実している。住民は地域の Health Care Center に登録しており、自分の GP が決まっている。登録先は自宅の近くでも勤務地の近くでも構わない。Health Care center は住民が何か健康上の問題を訴えたときに第一に来

る場所である。1つのCenterに9人の医師、8人の看護師、5人のDistrict Nurseが在中しており、PT、作業療法士(OT)、助産師が連携している。健康上の問題が生じたら、患者はまずHealth Care Centerに電話をかける。その日の電話担当看護師4~5人が電話対応し、患者の間診を行って受診の有無をトリアージする。トリアージブックが存在する。受診の必要がないと判断された場合、適切な生活指導を行う。受診が必要な場合は受診予約を入れる。24時間以内に医師の処置が必要とされるだろう救急の場合は、当日中に医師の予約を入れる。この電話は200~250人/日かかってくる。そのうち、来院に至るのは約50人/日である。患者は予約された時間にHealth Care Centerに来る。受診予約なしで来ることも可能であるが、その場合は番号札をとって長時間待つこととなる。患者が来院すると、看護師が10~40分かけて問診、フィジカルアセスメント、診察を行う。その際に症状別のプロトコールが明記してあるので必要な検査は看護師の権限で行うことができる。Health Care Centerで行うことができる検査は血液検査、尿検査、心電図測定などであり、X-rayは置いていない。X-ray撮影が必要だと判断した場合は病院に注文し、患者に病院に行き撮ってもらい、問診、フィジカルアセスメント、検査結果から医師またはPTの診察が必要かどうかを判断する。医師またはPTの診察が必要ない場合は、適切な指示・生活指導を行い、薬が必要な場合は薬局での購入指導を行う。この際、医師の処方はない。ここで患者が医師の診察を求めようであれば、納得するまで丁寧に説明を行う。医師の診察が必要な場合は、医師に引き継ぐ。背中が痛くてトイレにいけないうなどといったPTの診察が必要な場合はPTの連絡先を紹介し、自身でアポイントメントをとってもらう。プライマリケアで注目すべきところは予防にもお金が出るとのこと、看護師が判断する機会が多いということである。医師の養成にはお金がかかるため、医師はコストの高い存在である。そのため、患者はめったに医師の診察を受けることはなく、その代わりに看護師が診察予約やケアを行うため、とても大きな責任を担っている。また、医師はフルタイムで働いているわけではない。他の仕事との掛け持ちも可能である。このようにして、それぞれの職種が役割を持つことによって医療費の削減を図っている。日本では、医師の指示なしで看護師がケアする、薬を購入することはできず、PTの開業権もないのでこの仕組みには驚くとともに、各職種が自分の専門に対して知識や責任、誇りをもっていると感じた。プライマリケアの領域では看護師が多くの役割を担っており、これには多くの知識と経験が求められる。そのため、プライマリヘルスケアの看護師になるためには最低2年(5年以上が望ましい)の病院での経験が不可欠となっている。

現在日本では、2017年より第19番目の診療科として総合診療科を設立し総合診療医の育成を開始することになっている。総合診療医が普及し、Health Care Centerのようなものが増えることによっていくつもの病院にかからなくてはいけなかったり、どの診療科を選べばいいのか分からず治療が先延ばしにされていたりという事例が減るとよいと思う。



③ 看護教育について

大学での看護教育は3年間6セメスター制であり、学費は無料である。多くの学生が高校卒業後にアルバイトや旅行などの様々な経験を行ってから入学するため、学生の平均年齢は27歳である。ボローニャ宣言により授業の50%が実習と定められており、3年間を通して毎年最後には臨床実習が行われる。

実際に臨床実習に行く前にはシミュレーション実習も行われる。日本の看護教育では講義が多く、実習は3, 4年生の短期に集中して行うのに対し、スウェーデンの看護教育は3年間を通して実習が行われており、実習の量も多いと感じた。私が関心を持ったのは、それらの実習が実際の臨床現場に非常に近いものであり、様々な知識・技術を統合させて行うものであったということである。今回の研修では CRC (Clinical Research Center) と KUA を訪問した。CRC では救急病棟を模した部屋で人形を用いたシミュレーションを行っている。ある疾患で運ばれてきた患者の事例について、学生がチームで診断し電話医師役に指示を仰ぎながらケアしていくものである。部屋の外では教員が人形の操作しており、患者の声、心電図、血圧などのバイタルサインを実際に想定される症状の変化に応じて変化させる。この実習で驚いたのは、スコーネ州の救急病室はすべて同じレイアウトになっており、どこに何の物品が置いてあるのかが統一されているということである。学生のうちから臨床現場と同じもので学ぶことで目を閉じていても必要なものが取れるくらいに教育しておくということを知り、非常に効率の良い教育法であると感じた。



KUA とは学生が実際に患者のケアを行う教育病棟である。

KUA には主に糖尿病、感染症、高齢者の 8 人の患者が入院しており、KUA での実習とは最終学年で行われる実習のことで、医師 2 人、看護師 4 人、PT1 人、OT1 人の学生 8 人がチームを組み 2 週間実際の患者の診断、ケアなどを行うものである。実習時間は 1 日 3 時間で、1 日を 3 つのグループで回している。ライセンスを持った医師や看護師などは事故が起こらないように控えているが実施内容に口をはさむことはしない。将来チームで働くためにチームで学ぶことは大切であり、ケアを行う方法に限らずケアに支障が出ないようにランチに行く順番を決めるもの大切なチームワークであることを学んだ。この教育は 2003~2004 年に計画され、2005 年から実施されている。教育病院であるのだから学生が患者を見るのは当然であるという認識が国民にあるため、患者が KUA には入りたくないという拒絶することもない。日本でもチーム医療が大切であるとよく言われているが、本当のチーム医療とはそれぞれの医療職者が自分の職種の専門性に責任と誇りを持ち、それらのフィールドが対等な立場で連携することであると感じた。チーム医療を教育の段階から実践し始めることで卒業後すぐにチームでのケア向上に反映することができるだろう。

CRC や KUA などの高度で実践的な実習を支えているのは、大学教育に当たっている教員のキャリアが関係しているだろう。日本では、大学教育を行う教員は臨床経験が少ない人や、何年も前に臨床から離れた人が大学で研究・教育を行っている場合が多い。スウェーデンの教員は大学での教育が 3 分の 1、臨床での勤務が 3 分の 1、研究が 3 分の 1 であるため、病院勤務を継続しながら大学での教育も行うことができる。これは教員が臨床経験を継続することが可能であるだけでなく、学生にとっても実際臨床の場ではどのようなことをしているのかを学ぶきっかけにもなり、医療技術の進歩や変化にも対応した現在の臨床技術を学ぶことが可能であり、教員・学生双方にとって有益な仕組みであると思う。大学での看護教育が現在の臨床現場に対応したものであることによって卒業後の新人研修や職場への順応がより

容易になるのではないだろうかと思った。

④ 高齢者ケアについて

スウェーデンでは人口の 18%が 65 歳以上、5.3%が 80 歳以上となっており、この割合は年々高くなっている。平均寿命は男性 79.1 歳、女性 83.2 歳である。日本では総人口の 25%が 65 歳以上であり、高齢者が増加する中でいかに高齢者の支援を行っていくのがスウェーデン・日本共に大きな課題となる。スウェーデンの高齢者のうち 79%の人が自宅での援助は必要なく、12%の人が家族のみの支援を必要としており、3%の人がホームヘルプサービスの支援を必要としており、5%の人が両方の支援を必要としている。現在スウェーデンでは 80 歳以上の人の 17%が Special Housing に住んでいる。高齢者の人数、割合は増加しているが、Special Housing の数は減少している。多くのスウェーデン人は自宅で亡くなることを望んでおり在宅の方が施設で暮らすよりコストが安いいため、国は積極的に在宅移行していくためのサービスに力を入れている。スウェーデンは GDP のうちの多くを高齢者ケアに充てている。高齢者ケアに関わる医療職者は看護師、看護助手、Medically Responsible Nurse、医師、PT、OT などである。Medically Responsible Nurse とは、特別なポストについており看護師たちをコントロールしている存在である。高齢者ケアにおいて①Person Centered Care ②Partnership and Collaboration ③その人となりを尊重すること ④質の良いケアの 4 つが重要とされる。なかでも、Person Centered Care は研修中に何度も耳にした。Person Centered Care を行うことで安全性、自発性を高め、投薬量を減らすことができ、結果として QOL を高めることができる。それらの 4 項目を果たすためには、態度・尊重・人間関係が大切である。

今回、認知症の高齢者のための Nursing Home を訪問した。運営は民間委託してあるが費用の拠出は税であるため、入居者はサービスを受けるためにお金を払う必要はない。家賃 6000Kkr/月は年金から支払われる。食費は 3000Kkr/月である。支払いが困難な場合は国が保証するため、高齢者の負担は実質存在しない。ここでは、看護師、看護助手、OT、PT、認知症の教育を受けている専門家、高齢者ケアの教育を受けている Pedagogue が勤務している。PT は週 2 回来て、何をすればよいのか指示を出している。医師も週 2 回来る。高齢者ケアの課題は、高齢者を独りでは死なせないということである。自宅で亡くなることは多くの人の願いであるが、重度の認知症で家族の介護が不可能な場合や独り暮らしで介護する人がいない場合などの Nursing Home 入居が必要だと判断される場合は本人自らで入居するかどうか決断することができる。日本での問題は、看護師が常駐している高齢者ケア施設に入居していても亡くなるときには病院に搬送することである。スウェーデンでは、Elderly Home にいる看護師が看ることができるといふことはある。



入居している方の部屋を実際に見ることができ、部屋は個人の空間が守られており家具装飾も行われ自宅にいるような雰囲気であった。また、認知症の人がわかりやすいように洗面台とトイレの部分の影は異なる色のタイルが使われている、ドアのふちも異なる色が塗られている、車いすでも使いやすいように洗面台の高さ・厚さが考えられている、ベッドを運び出しやすいように部屋の入り口のドアは大小2枚あるなどの工夫がみられた。

⑤ クリニカル・スーパービジョンについて

医療職者のバーンアウトを防ぐためにはどうしたらよいかという問いの答えにクリニカル・スーパービジョンがある。クリニカル・スーパービジョンとは、臨床現場で感じた辛い思いや経験を同じ様な立場にいる人と共有するものである。まず7~8人でグループを組み、1人が自身の経験から1つのシチュエーションについて詳しく語る。それに対し、残りのピアが「自分ならこう思う」、「自分ならこう感じる」、「自分ならこうする」といったことを考え話す。シチュエーションの提供者はそれを黙って聞く。この際守らなくてはならないことは、グループに上司を含めないこと、グループ内で言ったことは他の場では言わないことである。このことにより、自分が悩んでいたことについて多方面からの考えを聞くことができたり、自分ひとりだけが悩んでいるわけではないと知ることができたり、自分のことを振り返って気持ちの整理を行うことができる。このように、リフレクションを行い傾聴・共感してもらうことによって、自分の中で整理できていなかった辛い体験も自分ひとりだけが辛いと思っていないわけではなく、理解してくれる人の存在を知ることからバーンアウトを防ぐことができる、また相手の話に寄り添って聴くことがいかに大切で人を救うことができるときもあるということを知ることができた。

3. 全体をとおして

今回の研修を通してスウェーデンと日本の医療・福祉制度の違いは国家のコントロール下にあるかどうかであると感じた。すべての関連施設とそこに従事している人がある一つの管制におかれていることによって、医療職者や患者の全数把握、医療職者の効率的な配置、容易な情報の共有、認知症患者の全数把握などが可能になっていると考えられる。また、それぞれの医療職がその分野に関して責任を持っており、誇りを持って働いていると感じた。日本では医師によるトップダウンで看護師、PT、OTがその指示に従って働いているが、スウェーデンでは、各職種が横ならびに位置しており自分にできる領域のことは自身の責任をもって行っていた。それぞれの職が決定権を持っていることで大きな責任がともなってくるが、それに対応できるような教育システムで卒業後に現場で働くことを想定したチーム医療の観念と高いプロ意識が学生のうちから形成されていた。日本では7割の医療機関が私立であり、個人競争を行っていかなければならないため、国のコントロールに基づいたプライマリヘルスケア制度の確立はなかなか困難なものであると感じたが、機関間の連携を向上させたり、医師以外の医療職者の専門性を高め役割を分担したりすることによって医療の無駄が省けるような気がする。現在の日本の医療・福祉制度は日本国民にすっかり根付いてしまったコンビニエンス性を求めることから来ているとも考えられる。日本には24時間営業のコンビニエンスストアや深夜まで営業している店が多くある。これは多くの店が18時頃に閉まるスウェーデンとは大きく異なる点である。私たちは、生活に関わるあらゆる分野でもあまりにも便利さを求めすぎているのかもしれないと気づかされた。日本の医療はフリーアクセス制であり、いつでもどこでも医師の診察を受けることができる。また、最寄りの病院にはほとんどの診療科が

そろっているため、そこでこと足りてしまう。これは国民の生活から考えると、とても豊かなことでありメリットでもあると考えられる。今回の研修を通して日本の医療制度はいくらでも新しく変容させることができる可能性があると思った。一方で、北欧国家は高福祉だから真似をすればいいというわけではなく、今まで続いてきた文化や国民性の上で成り立っているものであるのも、日本に導入すべきものもあるがそうでないものも存在しているということが分かった。今後、ますます高騰していこう医療費を抑制するために必ず何らかの政策をとらなくてはならないのは確かだろう。だが、それを行う上でこの国らしさが過度に失われてしまわないように、その国、地域に適応するものは何かを考えなくてはならないだろう。

4. 謝辞

今回このような機会を与えてくださり、関係者の皆様には大変感謝しております。また、引率して下さった先生および学生の皆様と一緒に研修に参加でき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。