

マルメ大学研修報告書

医学部保健学科看護学専攻

平田 桃子

①1 日目

・Lecture/Swedish Health care system with focus on Primary Health care(Dr.Anna Carlsson)

スウェーデンのヘルスケアシステムに関して主に 3 つの主要原則があります。平等なアクセス、必要に応じたケア、そして費用対効果です。まず平等なアクセスに関しては、住民全員が利用しやすく、近づきやすいものであることが重要です。医師、看護師、OT、PT 等にコンタクトがとりやすく、なおかつ一部の人だけに経費がかかるというものであってはなりません。それらの実現のため、スウェーデンの市町村内には多くのヘルスケアセンターが設置されており、マルメ市内だけでも 33 のヘルスケアセンターが設置してあるそうです。また医療費に関しても、80%がランスタング（県）、20%が自己負担と国庫からの補助によって支払われ、自己負担額の上限は年間 1 人当たり 900SEK です。そして 20 歳未満の子どもの医療費は無料になっています。

私がスウェーデンのヘルスケアシステムについて聞いて強く印象に残ったのが、スウェーデンは日本と同じ資本主義の国でも、「自己責任」という言葉で片付けてしまわないような印象が感じられたことです。高い税金を払って福祉や教育に使い、全国民の幸福、活力につなげる、国を全面的に信頼し国全体の幸福を願っているからこそ実現できうる政策であるのではないかと感じました。

・Lecture/Team work and Collaborative Learning(Dr.Elisabeth Carlson)

授業や普段の生活のなかでもよく耳にする「チーム医療の重要性」。今まで何度も耳にしたことはあっても、実際に臨床での実習や授業等の演習のなかではそれをなかなか感じることができませんでした。一方でマルメ大学では、「ピアラーニング」を推進しておりマルメ大学の学生だけでなく、近くのルンド大学と共同して他大学の学生同士が 1 つのチームになって研修や実習を行っています。Elisabeth 先生は「協力」ではなく「協同」することの重要性について話され、良いチームというのはメンバー同士が「interaction=相互作用」を与えることができるような関係であることが必要であるのだということを学びました。

広島大学は総合大学であり、医療系の学部だけでも医学科、看護学専攻、理学療法学専攻、作業療法学専攻、歯学部、薬学部と多岐に渡っています。上記にも書いたように様々な学部と一緒に授業を受けたり実習にでたりという機会がないため、授業や学習として「ピアラーニング」をすることはできません。ただ私は部活動のなかでこういった様々な学部の人と交流する機会をもつことができます。部活動でそれぞれの学部を超えて、話したり一緒に活動すること、そしてそれが相互に作用しお互いを高めあったとき、それ自体が「ピアラーニング」ともいえるのではないかと感じました。

② 2 日目

・ Study visit/Occupational therapy aids in Sweden

作業療法士さんが経営している介護用品店を訪れました。日本での介護用品というと、機能性に重点を置いており、またどちらかというと介護用品を積極的に使いたいという人があまり見受けられないような印象があります。しかし今回この介護用品店を訪れて、私自身介護用品に対する考え方が変わりました。店内に足を踏み入れると、中はとても明るくカラフルで、かわいい雑貨屋さんという印象を受けました。ひとつひとつの器具がデザイン性に富んでいて、かつ驚くような高い機能性をも持ち合わせていました。作業療法士さんだからこそ見える視点やアプローチの方法がこういったところに表れているのだなととても感動しました。機能性はもちろんですが、まずは「使ってみよう!」「私も欲しい!」と惹きつけられるような要素というのも必要であるのではないかと感じました。

・ Study visit/rehabilitation center

今回訪問させて頂いた施設はコミュニケーション下に設置されている施設ではなく、プライベートなリハビリテーションセンターでした。またこの施設は近隣のヘルスケアセンターと連携をとっており、医療的処置やケアが必要な場合はヘルスケアセンターに依頼するというようなシステムとなっていました。ここでは3人の理学療法士と1人の作業療法士が患者さんのリハビリテーションのプログラムを組み、患者さん自身でのリハビリテーションを促していました。

日本では「リスクマネジメント」が重要視されており、最悪の状況やリスクを考えて患者さんが一人でリハビリテーションを実施するということは考えられません。確かにリスクを考えたうえで、事前に予防策をたてておくことは重要なことではありますがリスクばかりを最優先しすぎることで患者さんの自立や早期の回復を妨げてしまうことにつながりかねないのではないかと感じました。

③ 3 日目

・ Study visit/KUA

KUAはチーム医療の概念のもと、医学科生、看護学生、理学療法学生、作業療法学生が協力して一人の患者さんを受け持ち、責任を共有して医療サービス・ケアを提供します。これはマルメ大学と近隣のルンド大学が提携して実施しており、2005年にこのプログラムが開始されました。“Learning together to work together”これは私がとても印象に残った言葉です。「一緒に働くために一緒に学ぶ」。臨床で働くとき、多職種間との協力や連携は必要不可欠となります。ただ、日本では学生生活のなかでお互いの職種の役割や連携の取り方を学ぶことのできる場面というのはほとんどありません。スウェーデンでの医療教育は、臨床での即戦力になり得る医療者の育成がなされているのだと感じました。

また、KUAでの設備には驚くものが沢山ありました。病室とほぼ同じ設備の整った疑似

の病室や血圧や瞳孔の大きさ、また声を出すこともできる等細部までコントロール可能な人形がありました。これだけ大学としても、国としても医療教育に重点をおいているのだということが感じられました。

そして実際に KUA で研修を行っている学生に話を聞く機会がありました。その学生は難しいことも沢山あるけれど多職種 of 学生とコミュニケーションをとりながらケアを提供していくことはとても楽しいと話しており、とても満足している様子でした。私はそれがとてもうらやましく、私もこのような環境で教育をうけたいなと感じました。

④4 日目

・ Lecture/Development of the Swedish welfare system with a focus on social issues

スウェーデンでは移民の受け入れが多くみられており、現在マルメ市内でも 40 パーセント以上の住民が異なったバックグラウンドであるということでした。このような移民の受け入れに伴って、1975 年時点では全国民がほぼ同じくらいの収入であったのに対し、近年では収入の格差がどんどん広がってきています。日本では移民の受け入れはスウェーデンほど寛容ではなく、移民受け入れによる格差の問題というのはほとんどみられていません。しかし、日本国内のなかでも収入の格差、社会的地位の格差というのはあります。また近年国際化が進んでいるなかで、移民受け入れによる格差の問題が日本にとって全く無関係であるとはいえません。

Tapio 先生は Conclusion として”welfare policies are not irreversible”とおっしゃっていましたが、福祉や医療制度の改正や充実というのはもちろん重要なことではありますが、まずは上記で述べたような問題を人々が知り、問題を共有することが重要であるのではないかと感じました。

・ Lecture/Elderly care in Sweden

スウェーデンでは 9.4 百万人の人口がおり、そのうち 18%が 65 歳以上、5.3%が 80 歳以上を占め高齢化率は年々増加傾向にあります。また、寿命も男性 79.9 歳、女性 83.5 歳と非常に高い数値を示しています。

そのような高齢社会のなかで、スウェーデンの高齢者ケアでは高齢者の「生活の質」を最優先とし、サービスの提供を行っているように感じました。日本での調査で「日常生活を送るうえで介護が必要になった場合にどこで生活したいか」についてみると、男女ともに「自宅で生活したい」という人が最も多くなっている。(厚生労働省/国民生活基礎調査/平成 22 年)ただ、実際には介護者の負担や地域の受け入れ等によりなかなかその希望は叶えられていない現状にある。一方でスウェーデンでは、ホームケアの推進や 2 週間に 1 回ヘルスケアセンターから医師が訪問に来る等在宅での生活を支援するようなサービスが多くありました。スウェーデンでは高齢者の尊厳や価値観、その人の理想的なライフスタイルを尊重できるような高齢者ケアシステムが叶っていると感じました。

・ Lecture/Health care system and Public health in Sweden versus Japan

人々の健康やそれに影響を与えるものを考えるうえで、その人のバックグラウンドを知るといことはとても重要なことであると感じました。今回の授業では主に日本とスウェーデンとの比較をしていきましたが、まずその国を知ること、そしてその人自身を知ること健康に与える影響やその原因について解明していけるのだと思いました。特にスウェーデンでは移民の受け入れが多くみられているということもあって、その人のバックグラウンドを知るとは場合によっては困難なことであるかもしれないし、同時にとても重要なことであるのではないかと感じました。

私が実際に看護ケアを提供するときにも、まずはその患者さんを知って、その患者さんに合った看護ケアを提供していきたいなと思いました。

⑤5 日目

・ Lecture/Model for Clinical Group supervision

Clinical supervision とは、グループメンバーが病棟実習でのケアについてスーパーバイザーを交えて振り返りをする事です。これはよりよいケアを目指すだけでなく、誰かに自分の経験を話すことでケアをするなかでの葛藤や苦しみの軽減を促し、バーンアウトすることを防ぐという目的があります。

私も実際にスーパーバイザーの Anna 先生のもと **Clinical supervision** に参加させていただきました。他のグループメンバーの経験や葛藤を聞いて、それに対する意見を言ったり共感したりしました。**Clinical supervision** を実施することで、自分が同じシチュエーションに出会ったときそれが役に立つと思ったし、また様々な視点から物事を捉えることができたり、悩んだり落ち込んだりしている気持ちが少しだけでも軽減するのではないかという印象を受けました。日本ではこういった取り組みはまだなかなか浸透していないように思いますが、**Clinical supervision** を実施することで、現在日本の看護職のなかで問題にもなっているバーンアウトを防ぐことができるのではないかと感じました。

<研修を通して>

マルメ大学研修を通して本当に多くのことを学びました。何より一番印象に残ったことが、大学に幅広い年齢層の学生がいたことです。それぞれの学生が今まで様々な仕事や経験をし、再度勉強をしにマルメ大学に通っていました。日本では高校を卒業したら大学へ行き、大学を卒業したら就職をするといったような当たり前の流れができてしまっています。私は何をやるにしても「遅い」ということはないのだということをもっと感じることができたような気がします。この経験を生かして、何事にも挑戦していけたらいいなと思います。

最後にマルメ大学研修に引率して下さった小林先生、二井谷先生、マルメ大学研修を支えてくださった野村さんを始め本当に多くの方々のおかげでたくさんものを学んで得ることができました。一緒に貴重な経験ができた仲間との思い出も一生の宝物です。

本当の本当にありがとうございました。