

URV 研修報告書

医歯薬保健学研究科保健学専攻 博士課程前期 北村 久美子

1. はじめに

2016年3月11日から3月22日までスペイン、カタルーニャ地方タラゴナにあるURV(Universitat Rovira virgili: ロヴィーラ・イ・ヴィルジリ大学)で「国際看護セミナー」を受けた。研修は、講義、施設見学を中心に行われ、知識だけでなく実際の臨床現場を見ることができる内容であった。今回の研修で学んだ、スペインの医療施策・システムと看護学教育について報告する。また、本研修を受けるにあたり、日本と同様に出生率が低い(1.32:2012年)という点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のような戦略を立て、運営しているのかを学び、日本における少子化について考えることを目標として掲げ、研修に臨んだ。

2. スペインの医療施策・システム

スペインの公的医療は、スウェーデンやイギリスなどの他のヨーロッパ諸国と同様に国民保健サービスを採用している。このシステムは、年金・医療・介護・教育といった4本の柱から構成されている。この公的医療制度では、医療機関に支払われる費用は国の予算という位置づけとなるため、患者が多いほど医療機関の負担は増える仕組みである。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いる。その中で、医療を受けたいと思った患者は、まずはプライマリヘルスケアセンターにいる自分自身のホークドクター(家庭医)に連絡する。緊急で受診ができる救急外来のような部署は存在するが、ほとんどの場合に医療を受ける最初の機関はプライマリヘルスケアセンターである。この機関を受診する際には電話もしくはメールで予約を行う。予約を管理するのはワーカーであり、看護師ではない。受診予約し来院したとしても、看護師による一人当たり10-20分の間診があり軽症の場合には、看護師の対応のみで受診が終了することもある。間診から得られた症状をアセスメントする際には、トリアージブックに医師への診察が必要か否か、必要な薬剤などのプロトコルが記載されている。プライマリヘルスセンターは、レントゲンや採血、薬剤部、簡単な処置室は設備として備えているため、大部分の患者はここで診療を受けた後に帰宅する。さらに高度な医療が必要であると医師が判断した場合に、患者は専門病院、例えば大学病院などの高度専門病院で診療を受けることができる。この部分が日本の医療システムとの一番の違いであると思われる。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。その一方で医療機関が乱立し、それぞれが患者(顧客)を誘致するために検査に伴う過剰な医療設備や投薬を招き、医療費は日々上昇し日本経済を圧迫している。昨年スウェーデンでの研修でも感じたが、スペインと日本の2国間の最大の差は、国が医療職や医療機関、そこに関わってくる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。スペインは国というよりは、実質的には各州でシステムが成立し、法的な部分も整備されている。昨今のスペインの財政難に伴い、1990年からはより効率的なマネジメントを行うことを視野に入れた法改正も行われている。これは、民間にも政府が資金を支払い、資源を有効に活用するシステムというPUHN(Public Use Hospital Network)という制度であると講義を受けた。医療費という側面から考えると、スペインは2012

年のデータでは一人当たり 1.150€（日本円で約 15 万円）の医療費が年間使用されている。対して日本では、成人であれば 40 万、高齢者であれば 70 万円の医療費が使用されており、その差は歴然である。しかしながら、平均寿命に関して大差は見られない。スペインでは約 15 万円で日本と変わらない平均寿命を保っているという事実から、今の日本で行われている医療体制に対し、何らかの打開策を考えなければならないということを切に感じたと同時に、医療とは本来どのような意味を持つのかというシンプルな疑問をもった。

昨年スウェーデンでの研修では、小児も成人も同じ家庭医が診察をしていたが、スペインでは 0-14 歳までは小児科が管理し、15 歳以降が成人として家庭医が診察を行っていた。小児部門では、予防接種のプランニングが一つの大きな診療の軸となるが、これらのプランニングが小児科の看護師が行い、子どもの発育発達のチェックなども小児科の看護師が行っていた。日本では、医師や保健師の役割とされている部分を看護師が担っており、日本との業務内容の差を感じた。子どもの成長発達を継続的に観察することができるこのシステムは、身体的な面のみならず子どもや家族の精神的な面への支援に非常に役に立つのではないかと考えた。私は博士課程前期で周産期、特に産後の育児支援に関して学びを深め修士論文を作成した。周産期、その後の育児期を一連の期間とし、継続して長期に関わる事は、母子やその家族に対して必要であるが、日本においては医療機関と行政部門の連携が発展途上である部分が多い。スペインの出生率と日本の出生率はほぼ同様であるが、育児という長いスパンに注目してみると、母子やその家族がこのようにプライマリーヘルスケアセンターという一つの固定された機関にかかることは、情報の共有や継続的医療が可能となるため、育児支援の手が差し伸べやすい環境にあるのではないかと考えた。このサービスを受けていることで、育児に対する不安をどこまで軽減するかは今回の研修では知ることができなかったが、同様のプライマリーヘルスケアセンターを有しているスウェーデンでは出生率が上昇していることから、ヨーロッパにおける医療システムと出生率、子育てに対する不安との関連については今後の課題としたい。

3. スペインのメンタルヘルス

スペインでは 1985 年に法改正が行われ、精神疾患も国民保健システムの一部として認められ、プライマリーヘルスケアシステムの重要な一部となっている。この法改正の背景には、イタリアで始まりヨーロッパ中に広まった精神科病棟廃止運動から、精神疾患患者も地域社会と連携を図りながら共存するという体制が整えられてきた。この体制の中で重要な意味を持つと感じられたのは、精神疾患は慢性化するため早期介入が必要であり、介入後は今までの社会・家族へ戻るためにリハビリといったフォローアップシステムを確立するという点である。

メンタルヘルスは 1 次・2 次・3 次予防の 3 つから組み立てられている。1 次予防では、精神疾患を有する可能性がある人を抽出するが、その具体的な方法に関してとても興味を抱いた。家族歴で精神疾患の有無、アルコールなどの依存症の有無を問うのは日本と同様であるが、子どもがいる場合にはその子供の成長(例えば、るい瘦や清潔が保持できているか)に関して、リスク因子として観察項目に挙げられていた。私は、前述のように産後の育児支援に関してだけではなく、最終的には子ども虐待予防という観点も含めて修士論文を作成した。子どもの体重増加不良や清潔の保持という視点は、まさに子ども虐待の観察項目である。子どもと関わる学校現場に携わる養護教諭は、諸外国ではスクールナースと呼ばれ看護職である。看護師という専門職が関わることで、子どもの身体的変化や日常生活行動の変化は継続

的にかつ適切に観察することが可能であり、スクールナースの存在の重要性を認識した。同時に、日本での養護教諭の現状との差を目の当たりにし、地域との連携が適切な時期に行われたい可能性があるのではないかと考えた。今回は精神疾患のスクリーニングにおいて、子どもの成長発達が観察項目として挙げられたが、精神疾患に限らず、家族の身体面・精神面での問題は必ず他の家族員に影響を及ぼすことが考えられることを再認識できた講義内容であった。

4. スペインの看護教育

スペインでの大学での看護教育は、日本と同様に4年間の学部教育に2年間(コースによっては1年間)の修士、3年間の博士課程が設定されている。学部の4年間では、講義・演習・実習と日本と同様であるが、演習や実習に関する時間数が圧倒的に多い。これは昨年研修を受けたスウェーデンでも同様であった。実習を開始する前には学内でシュミレーターの人形を用い、実践に即した演習を行い実習に臨んでいる。実際に病院の見学をした際にも、NICUで人工呼吸器を装着した児に対する投薬の準備を学生が指導のもとではあるが、行っていることがとても印象に残っている。このような実践的な実習を終え、最終的にレポートと筆記・実技から構成される試験を乗り越え看護師のライセンスを得る。スペインは他のヨーロッパ諸国と同様、日本のような国家試験は存在しない。学部教育の中で、実践に即した教育を受けるためには、学生を学内や臨床場面で指導する教員、臨床指導者の十分なトレーニングが必要である。スペインでは、臨床指導を行える看護職も、期間は修士課程よりも短期間ではあるが同レベルの課程を受けることが必要とされている。日本でも教員や臨床側の教育は行われているが、臨床経験と学生への指導という双方のスキルを備えた人材はまだ不足しているということを感じた。

今回の研修では、2年生の医療英語の講義と3年生の補完代替療法の講義・演習に参加した。医療英語の講義では、英語がネイティブではないスペインの学生が、英語で血糖測定について患者にどのように説明するのかといった実践的なものや、英語での医療単語のしりとりが行われていた。日本でも英語の授業は行われているが、その後の英語の習熟度(特に、スピーキング)を考えると、やはり実践的な教育プログラムと、習得した英語をいかにその後継続して活用していくかという機会の差ではないかと実感した。英語がネイティブでないという条件、スペインの学生の英語力は日本の学生と大差はないといった事実から考えると、自分自身も含めて英語にいかに率先して触れる機会を設け、英語力をつけていかなければならないかと感じた。補完代替療法の講義・演習では、リフレクソロジーの演習に参加した。学生同士で実際に演習を行っているのであるが、臨床経験の中でアロマやリフレは研修などで学ぶことはあったが、学部教育として展開していることに関してとても興味を抱いた。血圧測定や清拭などの基礎看護技術も確かに必要ではあるが、それ以外の看護師としての武器を持つことは必要であり、これらの武器を通してさらなる看護展開に結びつくことが予測されると思われるので、日本でも学部教育で補完代替療法を習得できるような体制が整うことに期待したい。

以前、INUに参加した際に、スペインから参加した学生から「スペインでは看護師の求人がないから、卒業後は他の国の大学院に進む」という話を聞いていた。その後、スペインの経済情勢から最近4年間は看護師の採用が行われていない事を知った。今回の研修で知り合った看護学部4年生の学生も、就職はバルセロナで探しているがまだ見つかっていないと話していた。自国で就職が見込めない事実があるにも関わらず、看護大学は人気である。自国で働けない事に関して、どのようにモチベーションを保っているのかまでは、今回聞くことができなかったが、決してこの状況が教育現場で良い材料にはならな

いと感じた。モチベーションをどう保っていくのか、この問題をどう国として考えていくのかに関して学ぶことを今回の研修の課題とはしていたが、明らかにすることができなかつたため、今後の課題としたい。

5. 研修全体を振り返って

昨年のスウェーデン、今回のスペインと博士課程前期の2年間で日本との医療システムや看護教育の違いについて学ぶ機会を得ることができた。どちらの研修でも感じたことは、看護師の行うことができる業務の権限が日本よりも広義であること、また看護師のモチベーションの高さであった。研修で出会った看護師は、自分の仕事にとっても誇りを持ち、さらに自分の専門性を高めようと学び続けていた。今回の研修で、マリア教授が「看護師の仕事は、私のライフワークなの」と話されていたことが、とても印象的であった。私自身も臨床で長く勤務していたが、専門性を高めようと学び続けることができただろうかと疑問に思った。学び続けるには時間や経済的な問題、また学ぶことへの理解という環境因子も大きい。日本では多くの看護師養成学校が存在し、毎年たくさんの看護師が誕生している。しかしながら、いつまでも看護師不足の問題は解決されない。養成し、その後の卒後教育の重要性が叫ばれているが、各施設に教育を任せただけではなく、学び続け専門性を高めていけるような環境因子の整備を日本社会全体で考えていかなければならないのではないかと感じた。環境が整うことで、看護師の質も向上し、その看護が多くの人の健康へ貢献することが可能になる。私自身も、現在、修士終了後も引き続き学び続けられる環境が整ってほしいと切に願っている。

研修に参加し、スウェーデン、スペインと日本の医療システムの相違を学ぶだけでなく、今まで自分が身を置いていた日本の医療システムをまた違った視点で見ることが可能になった。どちらのシステムが優れているのかという問題ではなく、そのシステムが構成されている国の歴史、文化に対しても十分に理解し、各国の優れている点をどのように今後日本に合い、日本の良さがでる施策になるのかを考えていかなければならないということを再認識することができた。

6. 謝辞

最後になりましたが、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