

広島大学 Study Abroad Programme

国際看護とリハビリテーション 研修レポート

広島大学医学部保健学科看護学専攻
村上綾菜

i. はじめに

今回私は広島大学の Study Abroad Programme の一環として、スペインのカタルーニャ州タラゴナにあるロヴィーラ・イ・ヴィルジリ大学(Universitat Rovila i Virgili、以下 URV とする)で国際看護とリハビリテーションについて研修に参加させていただきました。スペインは日本と同様に少子高齢化が問題とされていますが、観光大国として国民の健康と生活水準を守るための国家の在り方や医療制度に感心させられるとともに、改めて日本が抱える諸所の問題について考える好機となりました。今回の研修での学びは大学生活最後の1年、そして看護師として臨床に出た際に生かしていきたいと思えます。

ii. URV 研修について

1. タラゴナ、ロヴィーラ・イ・ヴィルジリ大学(Universitat Rovila i Virgili)

今回滞在したタラゴナはカタルーニャ州の南に位置する。地中海に面しており、物流の中心である港湾都市として栄える一方で、競技場や水道橋といった古代ローマ時代の建造物が多く残されている歴史的な都市でもある。タラゴナ市内の世界遺産はタッラコの考古遺跡群(Conjunt arqueològic de Tàrraco)として登録されており、実際に歩いたり触れたりすることで壮大なローマ時代の名残を感じることができる。



▲タラゴナ市内のラウンダバウトにて。
左から二番目がカタルーニャ州旗。



▲地中海に面する円形競技場。

カタルーニャは中世より独自の文化を発展させ、13世紀には君主国として独立した。し

かし大航海時代に伴う経済状況の変化やスペイン継承戦争によって1714年にはスペインの州の一つとして陥落した過去を持つ。1978年に制定された新憲法によりカタルーニャ語はカタルーニャ州の公用語とされ、2006年には住民投票により自治憲章改定が行われ、税、司法、行政の分野で地方分権を拡大した。しかしながら、現在も市民の中にはカタルーニャ州の独立を求める声があり、タラゴナ市内にはいたるところにカタルーニャの州旗が掲げられていた。

5日間の研修中の拠点であったロヴィーラ・イ・ヴィルジリ大学(URV)は9つの学部と3つの技術学部を併せ持つ総合大学で、今回訪問したタラゴナキャンパスでは看護学部のほかに法学部など2つの学部がある。カタルーニャの公立大学であるため、授業等はカタルーニャ州の公用語であるカタロニア語で行われる。そのため多くの学生はスペイン語とカタロニア語のバイリンガルである。大学構内には講義室のほかに図書館やカフェテリアなどがあり、広い中庭では暖かな日差しを浴びてシエスタをする様子やタラゴナの伝統行事の練習に励む学生の姿があった。また、カフェテリアは市民にも開放されており、低価格で種類とバランスに富んだ食事を楽しむことができるため近所に住む高齢者や、パトロール途中の消防隊の姿なども見ることができた。



▲URV キャンパス構内。



▲肉や魚、種類豊富な野菜から選択できる。

iii. 講義、施設訪問

1. Lecture on “Development of the Spanish and Catalanian Health System”

by Dr. Garcia Villarubia

この講義ではスペインの医療制度について説明を受けた。健康についての定義は1946年のWHO憲章により世界の共通理解として啓発されている。そしてアルマアタ宣言によって示されたプライマリヘルスケアの重要性は各国の保健医療の課題となっている。今回訪れたスペインを含むヨーロッパではプライマリヘルスケアが先進的に行われており、日本との違いに大変圧倒された。最初の講義でありながら最も印象に残った授業の一つである。スペインでは国民保健サービス(National Health Service)が採用されている。国民保健サ

ービスはすべてが税金で賄われているため、国民は無償で医療を受けることができる。また、スペインではスペイン国民に限らず移民や観光客も無償で医療を受けることができる。この点は大変特徴的であり、年々増加している移民問題対策、そして観光大国スペインとしての工夫、もしくはカトリックの博愛の精神のあらわれではないだろうか。スペインでは住民に対し一定の基準でプライマリヘルスケアセンター (Primary Health Care Center、以下 PHCC) の設置が定められている。規模によって異なるが、拠点となる PHCC には常に内科医 (GP: General Practitioner)、看護師、小児科医が待機している。緊急時を除き患者は受診するまでに約 3 日間待たねばならないが、PHCC を受診し、必要に応じて紹介のもとで専門家や薬局に行く。受診までに約 3 日間を要するが、各 PHCC には緊急診療枠が設けられており、また医師が救急車に乗って緊急受診に訪れることも可能なため医療提供の水準は高い。PHCC に対し、私立の診療所も存在するが、全額自己負担をしなければならない点や、症例数が少ないためスタッフの質が安定しないなどの問題から利用者は少ない。日本が採用している社会保険制度 (Social Insurance System) では運営者は複数存在するものの、どの保険に入っても同じ治療には同じ保険が適応されるため、日本全国で平等な治療を受けることができるようになっている。しかし患者は年齢や社会的立場により一定の自己負担が必要とされる。経済的に困窮した患者や、治療費が高額になる患者に対しては高額療養費制度や医療費控除などの助成制度も存在するが、それでも自己負担が必要となる場合や、制度利用の手続きが必要となる。国民誰もが保険に入っているという点で日本の社会保険制度は世界に誇ることでできるものである。しかし社会的弱者に対する支援にはまだ弱い部分が存在している。

国民保健サービスで PHCC を中心とした医療を展開することは医療の提供といった本質以外にも影響を及ぼす。スペインにおけるヘルスケアは Demand (患者)、Supply (医療機関)、Administration (政府など) の 3 つの柱で成り立っている。Demand と Supply の関係に効果的に Administration が入ることによって患者は必要に応じた質の高い医療を受けることができる。政府の基準によって各種医療機関が設置されることによって、医療機関勤務者はすべて公務員扱いとなり、医療機関の乱立が予防される。また、医療のシステムを簡略化し、検査や薬剤管理など日本であればその専門医療職が担う仕事を医師や看護師が行うことによって医療職の専門性はより高くなる。現在の日本では医療機関の開設に関して基準は設けられておらず、医師は自らの意思で開業することができる。このことは日本国憲法に定められた職業選択の自由ともとらえることができる。しかし、大規模病院での人材確保が困難な点や、競争原理が発生しにくいため医療の質に差が生じる点など問題は多く存在する。

ここで日本がスペインと同様に PHCC を中心とした国民保健サービスを展開すると仮定する。財務省の平成 26 年 2 月発行の「日本の財政関連資料」によると、平成 26 年度の予算として社会保障 4 経費 (年金、医療、介護、子育て支援) には 26.9 兆円の歳出が想定されている。平成 26 年度予算総額の 958,823 億円のうち社会保障 (関連費を含む) は 31.8% と最も

多い割合を占めている。平成 26 年度の日本全体の歳入は 958,823 億円と想定されており、そのうち租税及び印紙収入はわずか 52.1%、その他の収入 4.8%を除く残りの 43.0%は公債金で賄われる想定である。社会保障 4 経費の歳出予定金額 26.9 兆円に対しては消費税から 11.9 兆円、そして公債金から 15.0 兆円の歳出が想定されているものの、税収入ではなく、公債金に頼っている日本の財政の脆弱性は明らかである。平成 26 年 4 月より消費税率が上昇し、一時的な消費の低迷は想定されるものの税収入は多少安定されると考えられる。国民保健サービスを全額税収入で賄うとすると、あらゆる税金の見直しを行い、新システムのための財源の確保を行わなければならない。また、財政的な問題に限らず、人材的な問題についても多くの課題がある。現在日本では総合診療医 (GP) の育成の環境が十分に存在せず、国民保健サービスを十分に稼働させるだけの人材が不足している。そのため教育機関や教員となる人材の育成等、環境を整えるまで莫大な費用と時間が必要となる。もう一点、現在の日本の医療はチーム医療を重視しており、医療を細分化し、それぞれに専門職を設けている。チーム医療として一人の患者に対し多くの医療職が関わることは患者に対する多面的な理解や医療の可能性の助長に大変有効であると思われる。もし国民保健サービスを採用し、医師と看護師を中心とした医療体制に転換した場合、多くの専門医療職が職を失い、失業者が増え、社会保障の増額につながるのではないだろうか。

しかしながら、すべての国民が無償で医療を受けられるというのは日本国憲法の生存権ともつながる大変理にかなったものだと考えられる。国民保健サービスをすぐに日本で取り入れ、稼働させるのは少し現実的ではないかもしれない。しかし、政令指定都市などが公立大学の医学部と連携するなどして試験的に実施することは可能かもしれない。2013 年の日本の高齢化率は 25.1%で、2050 年には 40.5%にまで上昇するともいわれている。このように深刻な高齢化を抱える国家として、社会保障は最も活発な議論が必要となる分野の一つではないだろうか。

2. Introduction to Faculty of Nursing: studies of nursing in Spain

by Prof. Roser Ricoma, Dra. Maria Jimenez

この講義ではスペインでの看護師養成、そして URV での教育内容等について学んだ。スペインでは若者の雇用率が非常に悪化しているが、それは看護においても同様だという。実際 URV の卒業生は過去 3 年間、卒業後のスペイン国内での就職率は 0%である。医師や PT、OT においてはここまでの状況はないものの、やはり就職率は低いようである。このようなスペインの状況や、他 EU 圏内の就職率の格差、医療の格差を是正するために、EU では大学の授業数を credits という共通単位で定めている。1credit は 25 時間で、このうち 10 時間は学校での講義等、残りの 15 時間は家庭学習とされている。EU 圏内では看護師になるためには 180~240credits が必要と定められており、スペインでは 4 年間で 240credits、スウェーデンでは 3 年で 180credits というように、各国の看護師の教育体制が異なってい

でも同じ基準を設けることで EU 圏内での看護師の教育の質を統一することができる。そしてこの credits を満たして看護師となったものは EU 圏内であればこの国でも看護師として働くことができる。この仕組みによりたとえスペイン国内で看護師としての仕事に就けなくとも EU 圏内での就職が可能となるのだ。URV の授業の中に EU の主要言語(フランス語、ドイツ語、イタリア語、ポルトガル語)の授業が組み込まれているのも EU 圏内での就職を見据えたものであると考えられる。この制度は大変すばらしいものではあるが、EU 圏内で共通の資格としての就職が可能なのは現時点で看護師のみである。これは看護師の存在の必要性が EU 圏内で広く認められているため、もしくは他医療職の教育体制や業務内容に各国で大きな差があるためではないだろうか。

スペインでの看護師教育において、学生に早い段階から専門性を意識させている点も大変印象的であった。研修の中で現地の看護科の学生と交流した際に「あなたの専門は何？」と尋ねられ、私は言葉を失った。前述のとおり、スペインでは看護師であっても就職が困難であるのに対し、日本では看護師が不足しており就職が困難ということはまず考えられず、看護師として働いていく中で自分の専門性を見つけ進学することが主流となっている。同じ看護学生ではあるにもかかわらず、このような意識の違いを突き付けられ大学生としての残りの 1 年間でもっと真剣に看護師として働き始めた後のことまで考えねばならないと痛感した、研修の中で最も印象的だった瞬間の一つである。

学生たちが専門性を意識するきっかけの一つに大学院の存在があるのかもしれない。スペインの大学院には看護研究を行う Master コースと専門性を身に付ける Speciality コースが存在する。Master コースは 60credits、Speciality コースは 120credits の授業数が定められており、Master コースは最短 1 年、Speciality コースは最短 2 年での卒業が可能であるが、看護師として働きながらの通学が可能のため卒業までに要する年数は様々だという。Speciality コースに進学することで助産師、精神領域看護師(Mental Health)、プライマリケア看護師、小児領域看護師の取得が可能となる。日本では看護師の大学院進学はまだあまり主流ではない。この原因としては様々な理由が考えられるが、スペインとの比較で考えられる最も大きな原因は、スペインでは大学院に進学して取得する必要がある資格が日本では資格として確立していないため、もしくは看護大学在学中、もしくは専門コースに 1 年進学することで取得できるためかもしれない。2002 年に愛知県立看護大学で実施された「看護職の大学院への進学ニーズに関する調査」によると、配布数 4600 名中回答のあった 2219 名のうち(回収率 48.2%)大学院修士課程へ「すぐにでも進学したい」は 27 名(1%)、「条件が整えれば進学したい」が 550 名(25%)、「進学は考えていない」が 1565 名(71%)、無回答 75 名(3%)であったという。「すぐにでも進学したい」と「条件が整えれば進学したい」と答えた者を「進学希望群」とした場合、577 名(26%)となった。この調査が 10 年以上前に実施されたもので、調査後にリーマンショックに関連する経済不況が起きたため多少の変動は予想されるものの、依然として看護師の進学希望の割合は低いと考えられる。しかしながら、看護の質の向上を考えた場合に専門看護師の存在は大きな鍵となる。そのた

め看護学生に早い段階から専門性の意識を持たせることは大学院進学率とは直接の関係を持たないかもしれないが、非常に重要なことではないだろうか。

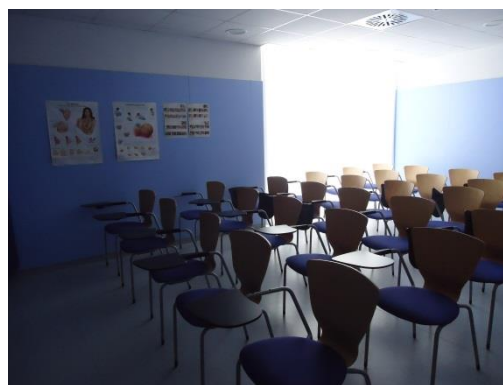
3. Primary care system and Study visit to the Primary Care Center

by Rosa Aparicio, Dra. Maria Jimenez

タラゴナ市内で実際に市民の健康を担っている PHCC に訪問させていただいた。PHCC とは原則として登録された周辺住民の一次医療を担当し、必要に応じて専門家への紹介、患者教育等を行う施設である。登録された住民にはカードが発行され、このカードによってスペインのどの医療機関から個人の基本的な健康状況にアクセスすることができるのである。今回訪問させていただいた PHCC には 33,250 人の住民が登録されているが、実際には観光客や移民なども含め 33,250 人分の予算で 450,000 人の診察を行わねばならないそうである。このような点が、一見完璧に見える国民保健サービスが抱える課題点なのかもしれない。また、今回訪問した PHCC の中でも看護師の専門性が高く、看護師が判断を行い、治療順を決定している。このことを可能にしているのは治療ガイドラインの活用が普及しているためである。ガイドラインの適応は治療自体に限らず、薬剤の処方や経過観察の頻度等の決定などすべてに影響している。また PHCC の大きな役割として担当地域での保健活動がある。日本では保健師や養護教諭など分業化されている業務はすべて PHCC にゆだねられており、定期的な学校訪問や高齢者、移民の健康診断、慢性疾患患者のケア、母子保健指導を行う。この活動によって一次予防、二次予防、三次予防の包括的な実施を可能としている。



▲診察室。診察キットに加え体重計等も準備されている。



▲患者教育用の教室。マットを敷いて横になることも可能である。

今回訪問した PHCC には救急救命部 (ER) とリハビリテーション部が併設されていた。PHCC には救急枠が設けられているものの、より高度な救命処置が必要となった場合には日本と同様に救急車にて患者が搬送されてくる。また、必要に応じて医師が救急車に乗り患者のもとへ向かう場合もあるようだ。リハビリテーション部門には常時数名の PT が勤務しており、患者のリハビリテーションを行っている。今回訪問した PHCC には経済的な理由から必

要性は理解されているものの OT はいなかった。イギリスでは患者に対し早期から OT の介入が積極的に行われることで、社会復帰につながっているそうだが、世界的に見た際、まだまだ OT の必要性の理解や積極的な介入は実現されていない現実を目の当たりにした。スペインでは生前の意思表示 (Advance Directive) に対する取り組みが積極的であり、心停止時の CPR の実施や IVH 造設について患者の意思表示が行われているようである。非常勤として倫理専門家 (Bioethics Specialist) がいることも意思表示への積極性の影響かもしれない。



▲ER 内の小児用処置室。



▲リハビリテーションルーム。PT によるリハビリテーションが行われる。

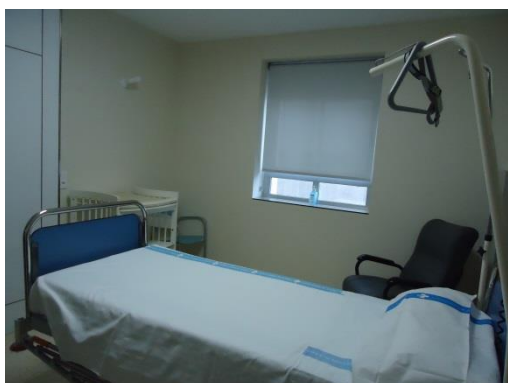
4. Study visit at the Hospital Universitari Joan XXIII, RHB department

スペインの医療体制において、PHCC 受診後に専門家の受診が必要となった際には専門家のいる医療機関 (Hospital) に紹介され受診する。今回の研修ではそのような患者の外来診察に加え、入院設備を備え、医学生や看護学生の実習の受け入れ先ともなっている病院を見学させていただいた。公共の施設であるため大変質素な作りではあるが清潔感のある作りである。カタルーニャ州にはこのような入院施設を備える病院が 8 つあり、450 個の PHCC と合わせて約 32,000 人の医療職がカタルーニャ州の約 8,000,000 人の健康を担っている。外科や産婦人科、小児科など多くの診療科が存在するものの、移植などより高度な医療技術を必要とするものに対しては対応ができないためバルセロナ等の病院にいかなければならない。

この病院はミッションとして患者の受診しやすさ、迅速な対応、医療の質を挙げており公共の医療機関であっても医療の質の向上を重要視している。また、職員はみな教育者であり研究者であるという姿勢をとっており、専門家として患者だけでなく家族まで含めていかにケアを行っていくかの研究、実践が行われていた。カルテは日本同様に電子化が進んでおり、色分けや時計のマーク等のわかりやすい記号を用いることで最低限の情報であれば患者個人のページを開かなくとも情報の収集が可能である。診療科によって異なるものの、一般病棟であれば患者 10~12 人を看護師 1 人が担当し、救急救命部であれば患者の

状態によるが患者 3~4 人に看護師 1 人、もしくは患者 7 人に対し看護師 1 人が対応する。またスペインも日本の多くの病院と同様に三交代制 (8~15/15~22/22~8) をとっているが、いずれの時間においても看護師の配置基準は同じである。日本は医療法に基づく人員配置により患者 7 人に対し看護師 1 人が対応にあたることが望ましいとされている。しかし集中管理を必要とする部門以外は夜勤帯の看護師の配置が日勤に比べ少なくなる。これは日本では一般病棟入院者に対する処置や検査の多くが日勤帯に実施されているためである。日本と比較するとスペインの看護師の人員配置は少ないようにも思えるが、スペインの PHCC を中心とした医療展開では、重症度の高い患者のみが入院するため昼夜を問わず処置が必要となり、常に看護の質を維持する必要があるためこのような人員配置になっているのである。

リハビリテーションの対象は主に整形外科(外傷性疾患)、脳疾患、神経疾患である。日本のように 1 単位を 20 分として実施するのではなく、患者の状態に合わせて展開されるが、平均すると 1 日に約 30 分行われるようである。日本ではあらゆる疾患に対しリハビリテーションが実施されているものの、スペインにおいてはリハビリテーションの対象疾患が限られており、心疾患に関して言えば、患者は病院では医療的ケアのみを受け、運動療法や栄養療法などは退院後 PHCC の指導の下で実施する。スペインと日本では医療の展開形式が異なるため一概に比較することはできないが、リハビリテーションが早期介入することは患者の心身の回復や、患者教育の早期定着に有効ではないだろうか。しかしながら、スペインでは在院日数が短めに設定されており、その中で集中的に治療し、あとは外来で経過観察を行うという流れが主流化している。そのため病院でリハビリテーションを開始しても、退院により通院が困難となったり、自宅からより近い PHCC を利用することになったりと継続した介入が行えない可能性もある。またスペインではまだ高齢者や病院を施設に預けることをよく思わない風潮があるため、自宅から通院を行うということが可能なのかもしれない。



▲産科の病室。母子同室が行われている。
一般病棟は 2 人での相部屋もある。



▲小児科のプレイルーム。



▲リハビリテーション室。



▲救急救命部門。

6. Mental Health system in Spain

by Prof. Dolores Burjales, Dra. Maria Jimenez

今回の研修に参加する直前に精神科実習に行ったため、この精神科領域に関する講義は大変興味深いものであった。また、スペインでは精神疾患が死因の上位にあるため、どのようなケアが展開されているかは大変興味深いことであった。

1970年代に公開されたアメリカ映画「カッコーの巣の上で」により精神疾患患者の劣悪な療養環境が明らかになり、世界では精神科病棟を廃止する動きが盛んになった。イタリアでは1970年代に精神科病棟廃止に向けた政策転換を行い、地域で在宅ケアを行うことで1998年にはすべての精神科病棟を廃止した。スペインは昔から精神疾患患者を閉鎖病棟に収容しており、一度入院すると出てくることはできないといわれていた。しかしながら1986年に一般法の改正が行われ、精神科病棟を廃止し、精神領域のPHCCを作ることで精神疾患患者をケアしていくモデルを作り出した。しかし、現在精神科病棟は廃止されたのは一部地域のみで、カタルーニャ州を含めまだ精神科病棟は存在する。しかしながら摂食障害や薬物中毒など一部の疾患以外はすべて精神科領域のPHCCでケアを実施することができている。精神科領域のPHCCは患者自身や家族の判断での受診が可能であることに加え、PHCCの医師の紹介による受診も可能である。精神科領域PHCCは通常のPHCCと異なり入院施設を備えており、急性期治療を目的とした20日以内の入院が可能である。在院日数が制限されているため退院を余儀なくされるが、中期的な支援(3~6か月)が必要な患者には退院はするもののNursing Homeに通所し様々なリハビリを受け、自宅には寝るためだけに戻るといって生活を送ることで継続的な支援が行われる。スペインではこのように精神科領域PHCCが発展しているからこそ、精神領域看護師(Mental Health)は看護師の中でもSpecialistとして専門教育を受ける必要があるとされているのかもしれない。日本は1987年の精神保健法や2005年の障害者自立支援法に精神疾患患者の自立支援が記載されているものの、精神科病棟や在院日数に関する規定はなく、患者を支援する制度は整っていたとしても、残念ながら患者の退院や社会復帰を促すようなものではない。

精神科領域において、作業療法は患者の社会復帰のために非常に重要な意味を持つ。特にイタリアやスペインのように精神疾患患者を地域でケアしていくためには患者たちがある程度のサポートを受けながら自分の力で生活していく必要がある。通常の PHCC で OT はその重要性が理解されていながらも経済的な理由で十分な介入が行われていなかった。しかし、精神科領域においてはその重要性が十分に理解されており、地域のリハビリテーションセンターには多くの OT が患者の訓練にあたっている。ここでの作業内容は料理、スーパーマーケットで買い物、また電子関係の職業訓練など、日常生活に関連したもので、患者が地域で生活していくための即戦力となる。日本でも精神疾患患者に対しての OT が重要視されており、急性期より介入が行われるものの、その内容は料理や手芸、工作が中心となっており、患者は気分転換や新たな趣味の獲得を行えるものの、退院後の生活能力の獲得に直接結びつくものではない。この点で、日本の精神科領域ケアは世界に後れを取ってしまっている。

また、スペインでは毎年 10 月 10 日を精神疾患への理解を深める日としており、テレビで精神疾患を題材とした映画やドキュメンタリーを放映することで精神疾患は誰もがかかりうる決して特別な病気ではないことを啓発している。このように継続した啓発活動を行うことは国民の理解を深め、精神疾患患者に対する理解を助長する。地域で患者のケアを行っていくためには正しい知識と理解が何よりも必要である。日本ではこのようにマスメディアを用いた啓発活動があまり普及していないが、よりタイムリーに情報を発信できる点や情報の影響力を考慮すると、スペインのようなテレビを用いた啓発活動は非常に有効ではないだろうか。

7. Elderly care system in Spain. Introduction at the elderly assistance.

Study visit at the Socio-Sanitari Ponent.

by Dra. Antonio Martorell, Dra. Maria Jimenez

カタローニャ州の高齢者施設を見学させていただいた。前述のとおり、スペインでは高齢者や病院を施設に預けることをよく思わない風潮があるため、高齢者の入居施設の数は少ないという。今回の施設も入居サービスとデイサービスの二つの部門を備えていた。施設の外見や内観は非常に立派で、広々とした入り口や廊下は車椅子でも通りやすいものである。廊下の壁にはちょうど手の高さの部分に捕まることのできるでっぱりがあり、療養者が自力で歩行しやすい環境になっている。ここまで見ると、建物の規模やデザイン以外は日本にもある高齢者施設とよく似たように思えるが、大きな違いが一点あった。それは廊下の床の材質である。この高齢者施設の床の素材は少々滑りやすく、転倒のリスクを生じうるものである。日本の高齢者施設では通常滑りにくい素材や、万が一転んでしまっても衝撃の少ない絨毯が用いられている。しかし、この高齢者施設ではあえて滑りやすい素材を選択することで「転びやすい場所を転ばないように歩く訓練の場」としているのだあ

る。この考え方は一理あるのだが、バリアフリーの観点で見れば少し受け入れがたいものである。加えて高齢者全員の様子に目を配っておけるだけの人員配置が必要となることや、誤って高齢者が転倒してしまった際のリスクを考慮すると、今までこのような考え方のない日本では少し理解の得にくいものかもしれない。

高齢者の1日の流れは食事やレクリエーション、リハビリテーション、リラックスなど日本の高齢者施設で実施されているものと似ていた。今回の訪問では幸運なことに、集団リハビリテーションの場に参加させていただき、学生から療養者の方に折り紙で鶴を折らせていただいた。もちろん私たちはカタロニア語を話すことができないために表情とジェスチャーを用いてコミュニケーションをとることしかできなかった。完成した鶴の羽を広げて療養者の方の手のひらに置いたとき、療養者の方が笑顔になり鶴をつまみながらこちらに何か言ってこられた。残念ながらその内容は全く理解できなかったが、その笑顔を見て私も大変嬉しくなり、同時に少し涙がこみ上げてきた。森山教授がよく口にしておられるように、看護やリハビリテーションが世界共通のもので、たとえ言葉の壁があっても相手を幸せにできるということを実感した。11日間の研修の中で最も感動的で、看護学生として今後のモチベーションとなった出来事である。



▲入居者の部屋。

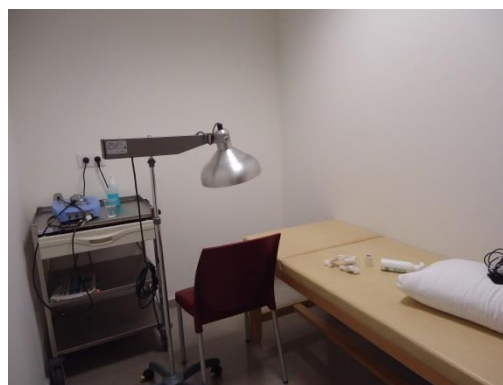
酸素や吸引の設備もある。



▲一週間分がセットになった薬。



▲シャワー介助用いす。



▲処置室。平日は内科医がいる。

高齢者施設に限って言えばスペインと日本は似ている点も多い。しかしスペインは療養者の能力を試すような印象を受け、日本は少し過保護な印象を受ける。服薬に関して、スペインでは写真の通り一週間分の薬を一つのパッケージにし、スタッフが管理するものの患者が自ら取り出し服用する。このパッケージを用いることで薬の飲み忘れを防ぐことができる。日本でも禁煙指導薬等ではこのようなパッケージが用いられているが、服薬を習慣化するうえでは非常に有効なためもっと広く普及すべきである。また、高齢者施設には当然認知症等により身体拘束を余儀なくされる状況もある。スペインも日本同様に身体拘束は法律で禁止されているが、患者の安全のためやむを得ない場合のみ家族の了解のもとで拘束を行っているそうである。スペインも日本も高齢化率が高く、高齢者ケアの観点ではそれぞれ多くの課題を抱え、更なる発展の余地がある。高齢者施設内にチャペルが設けられている点や、シャワー用の介助椅子が立位である点にはカトリックの精神や西洋人らしさを感じた。このように療養者の今まで生活習慣や文化を可能な限りで実現することは高齢者に対する尊厳の一部となるのではないだろうか。

iv. おわりに

今回この研修に参加して世界中の様々な医療と比較することで改めて日本の医療というものを考えることができました。医療の発展には知識や技術だけに限らずそれぞれの文化が深く根差しており、目の前にある事実に対し、なぜこのようになったのかの経緯までふまえることで本当の意味での理解ができるのではないのでしょうか。確かに日本は医療大国と言われていますが、日本が島国で大陸からの影響を受けにくかったという状況や現行の英語教育では英語の実践的使用には至らなかったという状況から他国の医療の情報を得る機会は決して多くはありません。今回私は実際に外国を訪れて、自らの五感を使って学んだことで海外の医療について理解を深めることができただけでなく、自分の国を客観的にとらえ、どうすれば日本をもっとよくできるだろうかと考えることができました。今回の貴重な経験で得られた知識は、海外の医療に関心を持っている方だけでなく、医療に携わる人により広く伝えていく必要があると思います。そして今の日本に最も必要な医療や福祉は何か、常に問い続ける姿勢を持たねばならないと感じました。

バルセロナで訪問した NGO での講義ではムスリムのベールに関する法律とその法律にまつわる背景が取り上げられました。一社会人としてこのような社会問題に関心を持つことは必要なかもしれませんが、一医療者としてこの問題に向き合うならば、私は相手の性別や年齢、信条、社会的経歴に関わらず助けの手を求める者には最善を尽くしてケアにあたるべきだと思います。森山教授がおっしゃるように、看護は世界で共通した資格です、今回の研修を通して私もこのことを痛感しました。残りの大学生活では将来臨床に出てどのような看護を行いたいのか具体的に考えながら、自分の五感を使って多くを学び、吸収していきたいです。

最後になりましたが、今回の研修に引率し、多くの助言をくださった森山教授、西谷副学長、そして研修に関わるあらゆる準備でご協力いただいた野村先生をはじめとする先生方、慣れない英語での研修を共に乗り越え、日本にとって、患者にとって何が一番必要であるかを考えた保健領域のメンバー、学部の壁を越え語り合い、鮮やかな刺激をくれた平和領域メンバー、多くの方のご支援、ご協力があったからこそ無事に研修を終えることができたと思います。僭越ながら、この場を借りてお礼を述べさせていただきます、11日間本当にありがとうございました。

v. 参考文献

- 1) 財務省：日本の財政関連資料. 2014.
- 2) 平井さよ子, 海老真由美, 山田聡子, 箕浦哲嗣, 村山正子, 草刈淳子：看護職の大学院への進学ニーズに関する調査. 愛知県立看護大学紀要, 2002.