

URV 研修を終えて

平成 26 年 4 月 8 日

医学部保健学科看護学専攻 4 年 南波利早

はじめに



私は今回、INU (International Network of Universities) に加盟しているスペインのロヴィラ・イ・ヴィルジリ大学 (URV : Universitat Rovira I Virgili) で、平成 26 年 3 月 10 日から 13 日までの 4 日間研修させていただきました。そしてその後はバルセロナに移動し、3 日間、NGO の訪問や、移民についての講義を受け、バルセロナの町の発展やその様子について、実際に地域を見ながら学びました。今回の URV 研修では、スペインの医療制度、高齢者ケア等の様々な講義を受けたり、実際にプライマリヘルスケアセンターや病院を訪問・見学させていただくという非常に貴重な経験をしました。以下、今回の研修での学びと文献を絡め、学びの整理・考察を行っていききたいと思います。

1. URV について



URV は、スペインの北東部にあるカタルーニャ州に 4 つのキャンパスを持っています。私たちはその中で、カタルーニャ州の南に位置するタラゴナという町のキャンパスで主に研修させていただきました。タラゴナは非常に歴史のある町で、ローマ時代の遺跡が多く残っており、世界遺産指定都市となっています。URV は 1991 年に設立された大学で、社会・経済的な発展のために知識を提供することを目指しています。URV には、様々な学部、様々な人種の学生がいました。また、広い図書館や食堂があり、食堂は学生以外の地域の人でも利用することができます、とてもオープンで自由な雰囲気のある大学だと感じました。



左の写真は、上がタラゴナにあるキャンパスで、下が他の地区のキャンパスです。下の写真のキャンパスには、教育や看護を学ぶ学生がおり、短い時間でしたが一緒に英語で行われる看護学の授業を受けたり会話をしたり、交流することができました。

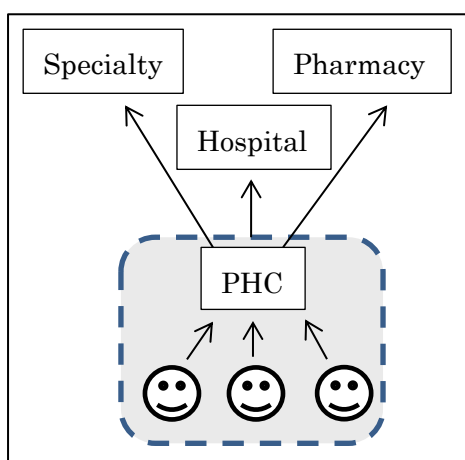
2. ヘルスシステムについて



ヘルスシステムとは、人々に保健医療サービスを提供するために必要な資源、組織、財政およびマネジメントを組み合わせた複合的な活動とされ、健康増進・予防から、診療やリハビリ、高齢者・終末期医療に至る統合的な概念です。ヘルスシステムは、Funding、Planning、Supply、Purchase、Authority の 5 つから資金が回り、成り立っています。

医療制度も、ヘルスシステムの 1 つです。医療制度にはその国の歴

史や文化、政治等が反映されており、国によって様々な違いがあるため、今回スペインの医療制度を知ることが大変興味深かったです。医療制度のモデルは、Supply（供給側）を軸に大きく3つに分けることができます。1つ目が租税を資金とする Public providers（公的保健医療提供者）、2つ目が社会保険を資金とする Mixed private and public providers（公的私的混合保健医療の提供者）、3つ目が民間の医療保険を資金とする Private providers（私的保健医療提供者）です。日本は、国民皆保険制度、職域保険及び地域保険を利用した社会保険に基づく Mixed private and public providers に該当し、国民は原則3割負担で医療を受けることができます。一方、スペインの医療は主に、租税に基づく Public providers です。Private の特徴として、not universal coverage、つまり私的医療保険に加入している人にしか制度は適用されず、全ての人に保険適用されるわけではないのに対し、Public では universal coverage、つまり全員に制度が適用されます。つまりスペインでは、全ての人が無料で医療を受けることのできる制度が整っているのです。



また、スペインの医療システムは地域で管轄されているというのも大きな特徴の1つです。スペインでは、医療を受ける際はまず地域の決められた診療所で、GP と呼ばれる医師の診察を受ける仕組みになっています。スペインではこの診療所を PHC センター (Primary Health Care Center) と呼んでいます。この PHC センターは、日本にある診療所とは違い、大きな外来の病院のような医療機関です。この PHC センターには、GP (General Practitioner) と呼ばれる総合診療医がおり、かかりつけ医の役割も果たしています。そして、GP の診察を受け、必要時、専門の医療機関や病院を紹介されます。救急の場合は救急車で直接病院に行くこともあります。

日本は医療機関の選択が自由であり、このような仕組みもないため、スペインのこの GP システムは珍しいように感じますが、他にもスウェーデンやイギリス等でとられている制度でもあります。

GP システムのメリットとして、総合診療医として患者を包括的に診察できること、患者のかかりつけ医として継続的に医療を提供できること、患者を必要に応じて適切な診療科へ紹介することによって重複受診の回避や医療費抑制につながる事が挙げられると思います。



次にカタルーニャ州を例に具体的に説明します。カタルーニャ州に住む人々は Cat Salut とよばれるカードを使い、ICS とよばれる公的医療機関を利用します。(スペインは、その歴史から地方によって独自の文化圏を形成し自治州を形成しているため、州ごとに医療のシステムや予算が違ったりするそうです。カタルーニャ州以外もだいたい同じようなシステムだと言っておられました。) 左の写真が Cat Sault です。Cat

Sault は、カタルーニャ州の医療機関を利用する際に必要なカードで、人々は固有のカード・番号を持っているそうです。カタルーニャ州には8つの Public hospital（公的病院）、450個の PHC センターがあります。PHC センターには GP（総合診療医）だけでなく、専門医がいるところもあるそうです。8つの病院は、同じ電子カルテシステムを利用しており、カタルーニャ州内の医療機関で全ての患者情報を共有できるようになっているそうです。これらの地域間のネットワークによる情報共有もまた、患者へ

のよりよい医療の提供、重複診療の回避による医療費削減につながっていると考えます。

▼PHC センター

実際にカタルーニャ州の PHC センターを訪問させていただく機会もありました。日本にあるような診療所と違い、日本でいう病院のような大きい医療機関でした。待合室のテレビには生活習慣に関する教育的内容等が流れていました。患者に対してのケアはガイドラインに沿って行われます。患者のフォローアップは看護師が行い、患者教育や定期的なチェックを行っているそうです。患者教育の内容には、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、認知症、アレルギー、糖尿病等があり、患者教育の際に使用する冊子も多く用意されていました。また、高血圧の患者に対し、年に1回医師が診察、年に何回か看護師が診察（必要時医師を紹介）、月に1回薬局等、医療機関を訪問するようにしてあるそうです。

PHC センターが、患者に1番近いところで地域医療を担い、病院は PHC センターと連携して、より専門的な医療を提供します。PHC センターでは、プライマリケアとして、レントゲンや血液検査等行える環境も整っています。この仕組みは、地域の人々にとっても、大変安心できるものではないでしょうか。

このようにスペインのヘルスケアについて、医療費無料の制度や地域医療の発達は大変魅力的だと感じました。しかし、これらに全くデメリットがないというわけではなく、また、日本にスペインの方法をそのまま適用するというのも困難です。医療費無料の制度については、社会の高齢化や、移民や他の国の人も無料で医療を受けられることが医療費の増大につながり、スペインの経済を圧迫していると言っておられました。また、スペインと日本ではそもそも医療制度のモデルが違ったり、日本では GP 導入について反対している機関もあるようです。日本では医師の専門性が強いために、総合診療医が広まりにくいという点も GP の普及を困難にしている要因かもしれません。

日本の診療所とスペインの PHC センターはそもそも違うものではありますが、地域医療を担う医療機関という点で、根本は同じだと私は思います。しかし、「診療所・PHC センター」と「病院」の、それぞれの機能や役割、連携の仕方、人々の認識は、スペインと日本では大きく異なるのではないかと思います。日本の診療所と病院は、病床数や器機の違いでしかないようにも感じます。日本の診療所も、地域医療を担うべく、もっと積極的にスペインの GP システムのような役割を果たせるよう、何か改革が必要なのかもしれません。

今後も日本社会は高齢化していき、それに伴い医療に対する需要と医療費が増加すると考えられます。地域医療の発展もますます重要になり、ヘルスシステムの新たな枠組みの構築が必要となるでしょう。諸外国の様々な制度・政策に目を向けながら、日本にとってより良いヘルスシステムとはどのようなものだろうか、考えていきたいと思いました。

3. 看護に関する教育制度

看護師になるためにはスペインでも日本と同様に、学校で所定の単位を取得する必要があります。スペインでは 240credits 必要で、この「credits」が日本でいう「単位」に相当します。1credits は 10 時間の学校での学習と 15 時間の家庭学習の計 25 時間から成ります。臨床実習では 1credits は 30 時間だそうです。学生は毎年約 50credits ずつ、4年間かけて取得するようです。これらは EU 圏で共通の教育



システムです。そのため、これらの単位は EU 圏で有効なため、EU 圏でどこでも看護師として働くことができます。スペインでは経済状況が悪く雇用が少ないため、スペインでの就職が難しく、他の国で就職する看護師も多いと先生は話してくださいました。EU 圏での一貫した教育制度は、スペインの人々の労働を助けていると感じました。

スペインには看護の専門職として、mental health（精神科看護）、midwife（助産師）、primary care 等があり、これらは大学卒業後に2年間の教育を受ける必要があるそうです。また、修士は大学卒業後に大学院で60creditsを取得する必要があるそうです。専門取得後、修士号取得後には博士（PHD）コースもあります。

養護教諭については、プライマリケア領域の看護師が学校へ行って養護教諭としての役割を果たしているそうです。また、スペインには保健師制度はなく、看護師が保健師としての役割を担っていることがわかりました。

4. 精神領域について



左の写真の建物は、スペインの昔の精神科病院です。メンタルヘルスについての講義を受けた際のレジюмеに載っていたもので、この建物はスペイン出身の有名な建築家であるガウディが設計したものだそうです。現在は病院として機能はしていませんが、モニュメントとして残っています。

スペインでは、精神科病院のことを昔は“Manicomio”と呼んでいたそうです。衛生環境も悪く、1回入院すると2度と出てこれられないような閉鎖的な病院でしたが、精神疾患の患者を社会から排除するのをやめようという動きが起こり、患者は社会や家族の元に帰れるようになりました。人権擁護、長期入院等について見直され、法や制度が変わったり、精神科病院廃止の動きが起こったり、医療システムの中にも精神疾患の患者をサポートするものができました。現在スペインには、カタルーニャ州以外にはもう精神科病院はなく、カタルーニャ州にはまだ精神科病院はあるものの、数は減少しているそうです。他の EU 国でも精神科病院廃止の動きはあり、イタリアの精神科病院はなくなったそうです。このように、欧米諸国では早い段階で精神科病院の長期在院者の退院促進が政策的に行われ、結果、精神病床数を減少させてきました。しかし日本には、多くの精神科病院、病床があり、欧米諸国とは極めて大きな差があります。

またスペインでは、一次予防の予防活動として、学校で生徒に麻薬やアルコール、摂食障害について教えているそうです。また、10月10日 International Day の World Mental Health Day には、テレビでメンタルヘルスについてのドキュメンタリーを放映する等して、人々に精神疾患についての理解を促しています。精神疾患は特別な疾患ではなく、だれにでも起こり得る普通の疾患であり、偏見を持つべきではないという事を人々は知る必要があります。また、精神疾患は PHC センターや病院でも診てもらえるそうですが、精神科の PHC センターもあると言っておられました。精神疾患の患者さんは、地域でサポートを受けながら、精神科に通院し生活します。先生は、地域に戻ることで患者さんの満足度は明らかに上がっていると話してくださいました。

精神領域に関して、欧米と日本では大きな違い、差があることを私は今回初めて知りました。現在、

日本でも精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床数の減少を促すという精神医療改革があり、入院中心のケアから地域社会でのケアへと変化しつつあります。しかし、やはり入院の長期化や社会的入院は日本の大きな問題であると感じます。精神科病院が、日本では民間の医療機関が多く公的な医療機関が少ないことにより、政府の方針が通りにくいという事も考えられます。また、退院後のサポート不足による家族の負担や地域の人々の偏見が社会的入院を招いている事も考えられます。地域社会での生活を援助できるよう、サポートする施設や制度をより充実させ、また、人々の精神疾患に対する認識が変化し理解が深まる必要があるでしょう。

さいごに



今回の URV 研修では、大変多くの経験をさせていただきました。多くの人と出会い、スペインを見て感じて学ぶと共に、日本について振り返りながら多くの事を学びました。英語での授業は、英語力の低さのために聞き取れなかったり、医療分野の知識が浅いために理解できていない箇所も多かったと思います。しかし、先生や周りの方に助けられながら、貴重な学びを得ることができ、本当に感謝しています。この経験を活かし、残り最後の学生生活を有意義に過ごしたいと思います。本当にありがとうございました。

〈参考文献〉

1. 植田俊幸, 佐々木明子. 看護に必要な精神保健制度ガイド (第3版). 中山書店, 東京, 2012.
2. 稲岡則子. ヘルスケア 2015 日本における情報ベース医療への変革. 東京, 2009.
3. 田近栄治, 菊池 潤. 日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性. 財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成24年第4号(通巻第111号)2012年9月.