

資料

スウェーデン・ストックホルム県における 在宅医療状況と看護教育及びパリアティブケア（終末期ケア）

—訪問看護の視点から—

田中正子¹⁾

¹⁾ 宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科

キーワード：在宅医療，訪問看護，終末期ケア，看護教育

I. はじめに

日本は世界に例を見ない速さで超高齢社会に突入しつつある。疾病構造の変化，医療技術の革新的な進歩など，医療環境は大きく変貌しており，医療職に期待される役割は複雑多岐にわたっている。また社会的にも介護保険制度が平成 12（2000）年に施行されて以来 8 年が経過し，在宅医療の推進と共に病院の在院日数の短縮化，療養病床再編の中で医療依存のある患者は，在宅療養に移行せざるを得ない状況にある。このような社会情勢の中で在宅看護を担当する筆者は，今回日本訪問看護振興財団企画によるスウェーデンの在宅研修ツアーに参加する機会を得た。研修目的は，スウェーデンの医療福祉の現状を把握し，大学における在宅看護の講義及び実習に活かすことである。研修日時は，2008 年 11 月 24 日から 28 日までの 5 日間であった。

スウェーデンは，北ヨーロッパのスカンディナヴィア半島にあり，スウェーデン語が公用語であるが英語も通用する。人口は 9,248,805 人，首都は人口約 78 万人のストックホルム市である。今回の視察先は，ストックホルム県のストックホルム市にある県議会と赤十字看護大学及びノールテリア市にあるノールテリア緊急病院，高齢者病院，訪問看護・介護株式会社（重度訪問看護），ホスピス，地域診療所（軽度訪問看護）であった。スウェーデンの通貨単位はクローネであり，今回の研修時は 1 クローネが 13 円であった。以下訪問看護を中心に研修の概要について報告する。

II. スtockホルム県の保健医療の概要について

最初にストックホルム県の保健医療について，スト

ックホルム県議会で得た情報をもとに概説する。ストックホルム県は，人口が 190 万人であり行政の役割分担として，国が社会保障，県が保健医療と交通，市が福祉（老人，障害，児童，母子）と高校 3 年までの教育を担当している。システムとして，県全体の訪問看護・介護サービスは県議会が決め，県議会の職員が各病院・施設等と契約する。契約時の運営方法及び基準は，県営・民間ともに同じ内容である。契約後は保健福祉庁がチェック機関となり，医師，地域看護師，ソーシャルワーカー（以下 SW と略す），心理学士のチームが非常勤で契約履行の状況等をチェックするようになっている。2008 年度の重点項目は，①医療の自由選択②民間の医療導入③診察待ち時間を短縮の 3 点である。

住民の受診については，地域診療所の医師が家庭医となっている為，最初に地域診療所もしくは母子センター，精神障害外来診療所等を受診する。そして必要があれば地域診療所の医師が紹介状を書き，専門医を受診するようになっている。受診料金は，20 歳未満の者は無料だがそれ以上の者は一部負担がある。しかし年間 900 クローネ（以下 1 クローネ 13 円で換算；11,700 円）払えば，それ以上は無料券が発行され無料となる。地域診療所は，15,000 人を対象に人口に応じて設置されており，ストックホルム県では現在 183 カ所の地域診療所がある。その中で 53% が民間委託され，殆どが看護介護株式会社である。病院は，高度専門病院〔全国を 6 つに分けた医療圏に最低一つ（多くは大学病院）〕，県全体をカバーする病院が最低一つ，中規模の地区病院が人口に応じて数カ所ある。病院は殆どが公的病院であるが，最近では徐々に民間委託されつつある。

在宅看護は、昼間は重度訪問看護と軽度訪問看護に分かれている。夜間は夕方・夜間パトロールがあり、民間委託された看護介護株式会社が実施している。重度訪問看護は病院に併設されていることが多いが、最近では病院から民間委託されてきている。軽度訪問看護は地域診療所が担当で訪問しており、8:00～17:00まで毎日実施される。訪問看護回数は年間契約で決まっており、1回の訪問看護料金は、昼間が250 クローネ(3,250 円)、夕方・夜間パトロールが400 クローネ(5,200 円)と決まっているが患者負担はない。在宅看護の提供内容についての責任者は訪問看護師であり、看護プランを作成しなければならない。そして必ず昼間と夜間の担当看護師の電話番号を明示し、24時間いつでも連絡可能にすることが決められている。

その他に、病気相談は電話で24時間対応ができ、緊急でない場合は予約するようになっている。全ての在宅患者は主治医を持つよう義務付けられており、医師は1年に1回は投薬中の薬を見直さなければならなくなっている。

Ⅲ. ストックホルム県の在宅看護の現状

次に在宅看護を取り巻く環境について述べる。スウェーデンは、1992年のエーデル改革により医療と福祉が統合され施設から在宅へ重点を移している。そして地域医療でのプライマリーケアが重視されるようになってから民間委託が進展している。病院はまだ公的病院が多いが、今回訪問したノールテリア市にあるノールテリア病院は民間委託されていた。以下訪問施設を紹介する。

1. ノールテリア病院

ノールテリア病院は、県と市が各5割の株を保有し、T.U ホンドラ看護株式会社として設立され、ノールテリア病院看護委員会が設置されている。委員会のメンバーは県と市の職員が半々で構成されており、議長は県と市のメンバーが1年交代で役割を遂行している。機能的には公社としての性格が強い。独自の医療看護発注機関があり、軽度訪問看護を実施する地域診療所と重度訪問看護を実施するフォーレナデケア(Forenade Care)、老人病院等契約しており、T.U ホンドラ看護株式会社がノールテリア市内における医療福祉機関を独占している形であった。同じ会社なので経営を引き締め、薬のストックを少なくする等の無駄を省いたことにより利潤を生み、得た利益は社内教育に使用している。

また、この病院ではスタッフ160人を要してスウェーデンで初めて、2006年～2010年までの老人医療研究プロジェクトが組まれている。リハビリテーション(以下リハビリと略す)部門は県、障害者福祉部門は

市が担当し、予算は平等配分され、結果は病院マネジメント部と県議会で評価することになっている。スタッフは事務員(秘書)、認知症コーディネーター、教育責任者、看護プランチーム、在宅看護チーム(医師:0.5人、看護師:2人)が一体となり老人医療に取り組んでいる。またその他に満足度を高めるために工夫している事は、①外来診察は予約時間よりも30分以上遅くなると利用料金の払い戻しをする②患者の周りを協力者にする③地域診療医師、看護師、介護スタッフ等の横の関係を良くすることである。

2. Forenade Care AB (重度訪問看護株式会社)

この会社では重度の訪問看護を担当しており、45名の登録患者(実際は入院等の不在あり38名)に対し、スタッフは、チーフ医師を中心に看護師、理学療法士(以下PTと略す)、作業療法士(以下OTと略す)、SW、秘書の合計25名で対応している。看護師は癌、地域、外科、白血病、内科、栄養等の勤務経験を積んだベテラン看護師である。その他、カロリンスカ病院から癌専門医が12回/年、疼痛専門医が2回/年来ており、いつでも必要時電話できるように契約している。医師はAM7:30～16:00まで勤務し(労働時間:40h/5日)、その後は自宅待機している。看護師は7:30～16:00まで6～7名、16:00～22:00まで1名、16:00～23:00まで2名が勤務し、23:00～翌朝7:30までは1名が携帯で待機している(労働時間:38h/5日)。

県及び市との契約は、グループI(13,800回/年…定期訪問)、グループII(2,600回/年…臨時訪問)、パリアティブ病床(828日/年…各病院毎に数ベットづつ確保し、いつでも入院できる体制がある)、SIH…軽度訪問看護(昼間は地域診療所が訪問するが夕方や夜間はこの会社が訪問する)となっており、27ミリオンクローネ(3億5100万円)の予算が支払われる。その中で4%はクオリティー(質)の基準があり、質が良いと判断された場合に支払われ、0.2%は環境に気を使っているか否かについて査定される。予算の見直しは年2回実施され、発注者と議論しながら調節していく。質評価基準は①95%以上の患者に実施した調査をもとに判定(スケール使用前後の比較)②褥瘡の治癒状況(チェックするのは看護師)③MRSA感染の有無である。そして必ずアンケートを実施し、95%以上の患者が満足しなければならない。アンケートは、①職員の接する態度②治療インフォメーションが十分か③迅速に対応されたか④職員への連絡はスムーズであったか⑤精神的、肉体的、社会的ニーズについて満たされたか⑥社会参加はどうか⑦安心しているか⑧苦情はないか等の設問があり、同時に苦情処理委員会の案内及び啓蒙を兼ねている。

またパリアティブケア(終末期ケア)を受けていて

死亡された場合は、看護師でも死亡確認ができる。看護師が確認後に医師が死亡診断書を書くようになってくる。

3. Sjukvard I Hemmet 地域診療所（軽度訪問看護）

地域診療所の役割は、①家庭医②軽度訪問看護の提供③社会心理学的な問題の対応である。在宅看護は、医学的理由又は機能障害により在宅での看護ニーズがある人が対象となっている。対象者は地域看護師が判断し決める。訪問看護内容については、①褥瘡処置②検査・採血③投薬及び服薬確認④尿カテーテル管理⑤精神的ケアである。また薬によっては地域看護師が処方することもある。地域看護師が処方許可されているものは、女性ホルモン剤（エストロゲン等）の塗り薬や陰錠、ステロイドの塗り薬、点眼薬、ペニシリン、一部の痛み止め、失禁用品等である。地域看護師の中で、今から10～15年前までの間に看護師免許を取得した者は教育の中に薬学が入っているので処方できるが、それ以外の者は半年間の教育を受ければ可能となる。

医療患者情報システムについては、4年前に電子化し全ての職種が情報を共有している。2病院以外は25万人が登録しており、病院をはじめ地域診療所、訪問看護・介護、リハビリテーション等どこでも利用できるようになっている。引き出せる情報は、各々の職種により内容が決められている。

4. Lowenstromska Sjukhuset（高齢者病院）

今回訪問した高齢者病院では、入院は65歳以上の紹介患者が対象であり、平均入院期間は2週間であった。入院目的は、①リハビリ（脳血管障害、整形外科手術後、バイパス手術後、心臓病等）②感染症③パリアティブケア等である。そして病院は、患者が退院するまでに本人の意思を尊重し、自宅へ帰った時必要な補助具等をOTやPT等が自宅訪問し揃えている。市は1992年のエーデル改革以降、医師が治療の必要性がなくなったと判定してから5日以内に、退院先を決めるように義務付けられている。その為に市は介護度判定人を派遣し、病院では医師、看護師、OT、PT等がチームを組み、本人も含め一緒に看護（介護）プランを作成している。退院先は、①自宅②ショートステイ（専用病棟がある）③高齢者住宅である。

5. Byle Gard（ホスピス）

ノールテリア市には民間委託された3つのホスピスがある。今回訪問したホスピスは2ユニット各10名の定員で20名が入所し、60名が在宅療養であった。年齢は18歳以上と決められており、該当者の95%が癌で、残り5%がALS、心臓病、肺疾患等であった。入所者の50%が死亡し、50%が在宅と入所の繰り返しである。スタッフは35名（医師、看護師、OT、PT、SW、介護士、牧師）で、医師は月～金は8:00～17:00

まで勤務し、夜間、土、日は家で待機している。ホスピスでは、スタッフが患者に対し気分、痛み、心配、苦悩等全て受け止めて傾聴する態度と真の対話が大切であるため、スタッフ教育に力を入れている。この施設への入所目的は①在宅で痛みのコントロールが困難②家族や自分が希望する③病院からの紹介④交換看護（1週間入所し、1週間在宅の繰り返し）⑤在宅で急変（感染が多い）に分けられる。平均入所は18日前後で、65歳以上が多い現状である（70%）。1年間に450名の紹介状があり、250名位の患者が死亡している。

IV. パリアティブケアについて

ここで担当医師の説明をもとに、パリアティブケアについて概略を紹介する。パリアティブケアは、1960年代に英国で発祥しホスピスケアで知られている。Pallium というラテン語が語源になっており、病気に沿ってケアをする意味がある。1970年代にパリアティブケアをどこですればよいか議論した結果、ホスピスは作らないでその代りに普通の医療ケアの中で実施することになった。スウェーデンでは年間10万人が死亡しており、死亡場所は、5万人（50%）が在宅、4万人（40%）が病院、残りの1万人（10%）は事故やその他である。パリアティブケアは病名や症状に関係なく行うが、実際はがん患者が多くなる。

パリアティブケアでは、症状、病状の緩和が大切であるが、肉体面、精神面、社会面、生存面について考える。まず肉体的には、疲労、痛み、嘔気、便秘等があるが、同じ痛みでも言葉にするのが困難なことが多く、ESA（Edmontos System Assessment）スケールを使用している。次に精神状態は、“怖い”“落ち込み”等があるが、スウェーデンの人は精神的なことを隠したがるので難しい面がある。今までのデータで50%の患者に落ち込みがあることが分かっているが、それには対処薬ができています。3番目に社会面では、交際範囲が狭まりやすくなる。しかし社会福祉が発展しており、身内の人に頼らず友達等も介護のために最低60日間の有給休暇がとれるため、有効に利用されている。4番目に生存（人間存在）については、チームの中に牧師または心理士がいて心の声を聴いている。医師、看護師、介護士、OT、PT、SW、牧師（哲学関係）または心理士がチームになり、各々の役割が決められている。パリアティブケアで大切なことはチームワークである。チームの人たちが患者の心の中のを聴き、目配り、気配りしながら質のある人生を送らせてあげることが一番の目的である。そしてコミュニケーションを上手にとり、本人とよく話し合っ決めていくことが大事である。

告知については、保健衛生法の規定によりすべての患者に病状、治療方法、予測を伝えなければならない。病状及び治療方針や予後について正確なインフォームドコンセントが大切である。インフォームドコンセントの内容は、その都度患者にあったものになっている。インフォームドコンセントの場面では、患者と親族及び職員 4~5 人が同席し医師が説明する。そして医師の説明内容は文章化して患者に渡し、チーム員がその内容を共有している。また、在宅看護をしている場合、病状の経過及び死亡した時何をしなければならないかも含んだ告知内容をインフォメーションしなければならない。例えば死のプロセスに入った時や夜中に呼吸困難になった時どうするか等具体的にすることが大切である。

家族サポートについては、家族関係が多様で複雑化しており、調整が難しい。スウェーデンは離婚率が高く、子連れ再婚も多い。配偶者の連れ子、共通の子供等どこまで考えるか、昔の夫、今の夫、妻は昔の夫に会いたいと夫は会いたくない等複雑である。そのためチームの中にはソーシャルワーカーがいるので、それらの複雑な家族関係を調整する役割を担っている。そして親族に対してのケアは死亡した後も大切である。3 ヶ月後~6 ヶ月後位までは、必ず気持ちを聴きフォローしている。

V. スウェーデンと日本における訪問看護について

今までスウェーデンの保健医療や施設の概要を述べてきたが、ここで訪問看護について日本と比較しながら考えてみたい。スウェーデンは 1900 年代から戦争をしない中立主義を貫いてきた。1930 年代から国家政策として福祉が重要視され充実している。1992 年のエーデル改革以降は福祉と医療が統合され重点施策が地域医療にシフトされ、誰でもどこでも同じようなサービスが受けられるようになってきている。日本は戦争を経験しており、戦後の復興のため経済中心政策を余儀なくされてきた経緯がある。しかしながら急速な高齢社会への突入により、様々な問題を抱えながらも平成 12 年に、社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設し、利用者の選択により保健・医療・福祉サービスが総合的に利用できる介護保険法が施行された²³⁾。5 年後の平成 17 年に改正されているが、地域差があり提供施設やサービスの偏り等があり普遍性に欠ける。

表 1 はスウェーデンと日本における訪問看護の対比を示したものである。情報については、スウェーデンではすべての情報がアセスメントマネージャーに集約され一元化されているが、日本では各々の担当者が個別に集約している状況であり、担当者の力量に負うところが大きい。またスウェーデンは IT の先進国であ

り、IT による情報の共有化が図られ効率的に情報収集ができ、時間や人件等コスト削減につながっている。日本では IT 化は一部の地域で試みられているが⁴⁻⁵⁾、まだ限定された地域のみである。

訪問看護提供については、スウェーデンでは 365 日稼働し、昼間以外の訪問においても夕方と夜間(準夜)の定期巡回及び 24 時間連絡体制が確立されている。それに比べ日本では、日・祭日は休みが多く、夜間巡回に関しては一部地域に限定されている⁶⁻⁹⁾。24 時間連絡体制については 7~8 割の機関において実施されているが、スタッフの少ない小規模機関では困難な状況である。

訪問看護対応レベルは、スウェーデンでは軽度と重度に分担されている。日本での対応は各機関に任されており、乳幼児や精神疾患及びハイテク医療機器装着患者においては訪問可能機関が限られているのが現状である。終末期ケアにおいても、スウェーデンではきちんとチーム編成されており、的確に役割分担されていた。日本では地域差があり、熱心に取り組んでいる地域ではチーム編成や役割分担がうまく機能しているが¹⁰⁻¹²⁾、問題を抱えている地域が多い。家族や職員のサポートについても日本はまだ未整備な状態であるといわざるを得ない。

VI. スウェーデンにおける教育について

スウェーデンの教育は、1 歳~5 歳までプレスクールがあり、市に申請すれば 3 カ月以内に入園可能である。6 歳になり希望すれば 0 学年生として入学前に通学可能である。7 歳~15 歳までは義務教育で、初等・中等・高等教育に分かれている。義務教育では、決められた総時間数の中で時間配分は自由にできるようになっており、学校によってそれぞれ個別の特徴がありプロファイル化されている。入学前にプロファイル化された内容から自分の行きたい学校を選べるが、大多数は居住区に近い学校を選んでいるのが現状である。

語学教育に力を注いでおり、第 1 外国語は英語、あと第 2、第 3 外国語を選択するようになってきている。全国一斉学力テストは 3 年生と 6 年生の 2 回実施している。高校は、17 のプログラムと個人プログラムがあり、自由に選択でき、10 年間在籍可能である。17 のプログラムの中に看護・介護プログラムがあり、卒業後は看護や福祉施設で就業できる(看護ヘルパーとして数年間就業したのち、大学へ進学し、看護師になる者も多い)。大学は、入学試験はないが一般的に高校卒業後ストレートに大学へ進学する者は少なく、大多数が社会経験を経てから進学している(大学進学率:30~40%)。大学の授業料は無料であり、年間 100 万円の奨学金を受けることもできる。

表1 《スウェーデンと日本における訪問看護について》

	スウェーデン	日 本
サービス利用 まで	①病院→在宅：介護度判定人が中心となり患者と話し合 い決定 ②在宅：地域診療所の地域看護師が患者と話し合い決定	①病院→在宅：地域連携担当者や退院調整看護師等が必要機関へ連絡 ②在宅：関係者からの連絡（本人、家族、ヘルパー、民生委員、在宅介護 支援センター担当者等） ※介護保険適応者：介護保険の申請→調査→審査会で協議→介護度決定
情報	①アセスメントマネージャーに全ての情報が集約され一 元化される（施設の空床も含めて） ②ITによる情報の共有化・職種により取得できる情報が 限定されている	①各々担当者が個別に集約 ②介護保険適応者はケアマネージャーに集約 ③情報量は担当者の力量による ④ITはまだ未整備（極一部で実施）
マネジメン ト担当	①軽度：地域診療所の地域看護師 ②重度：訪問看護師	①介護保険適応者：ケアマネージャー ②医療保険適応者：医師、訪問看護師等
訪問看護提供	①週7日 365日稼働 ②24時間連絡体制有り ③昼間以外、夕方1回と準夜1回の巡回訪問あり（決め られている）	①定期訪問は日・祭日休みの所が多い（極一部で実施） ②24時間連絡体制の有無は提供機関による ③緊急時等臨時訪問は提供機関による ※未整備と言わざるを得ない
訪問看護対応 レベル	軽度と重度に分かれている（年齢制限なし） ①軽度：褥瘡処置、検査・採血、投薬及び服薬確 認、尿カテーテル管理、精神的ケア ②重度：種々の医療処置、バリアティブケア、麻薬管理、 輸液管理、人工透析等	どのレベルの患者に対応できるかは各機関により異なる ①通常：状態観察、清潔保持、服薬管理、種々の医療処置及び管理等 ②24時間連絡体制のない機関：終末期ケアは困難 ③乳幼児や精神疾患及びハイテク医療機器装着患者： 訪問可能機関が少ない
利用料	ほぼ無料	①老人保険利用者：毎回費用の1～2割負担 ②健康保険利用者：毎回費用の3割負担 ③介護保険利用者：利用サービスの1割負担
終末期ケア	①医師、看護師、介護士、OT（作業療法士）、PT（理学 療法士）、ソーシャルワーカー、心理士や牧師（哲学 関係）等がチームになっている ②利用者が望めば独居でも可能であるが、臨終場面では 看取者が必要	①契約した訪問看護ステーションが主治医と連携をとりながら実施、若し くは依頼した病院・診療所等の医師や看護師等が実施（その他に誰とチ ームを組むかはマネジメント担当者に任される） ②殆どの場合、家族の協力がなければ不可能
家族サポート	子連れ再婚多く家庭環境は複雑→SWが関係調整をする	各担当者が其の都度フォローする
職員のケア	定期的な職場内或いは外部に依頼しメンタルケア実施	①殆どの機関は管理者等が個別フォロー ②管理者にはかなりの過重負担あり
職員代替要員	確保されている（適正勤務を保持）	代替要員は皆無に等しい（過重勤務が多い）
死亡確認	終末期の場合、看護師の確認で医師が死亡診断書を書く	死亡前24時間以内に医師の診察が必要
在宅死亡率	50%	15%

2008年11月研修内容から筆者作成

表2は、赤十字看護大学における看護教育について副学長の説明と配布資料を参考にまとめたものである。看護教育については、12年間の教育を修了していれば看護大学へ入学できるが¹³⁾、高校卒業後ストレートで進学する学生は少ない。ほとんどの学生が高校で看護・介護コースを修了し、社会経験を積んでから入学している場合が多い。大学の教育年限は3年間であり、その後1年間の手術、感染、高齢者看護等種々のスペシャリティーコースに進むことができる。地域診療所で働いている地域看護師は、3年間の大学卒業後にスペシャリティーコースを修了しており、日本の保健師

に該当する。

スウェーデンでは在宅看護コースはなく、高齢者看護を学ぶ看護師が多いが、その他いろいろなコースを出て癌、地域、外科、内科、栄養等で勤務経験を積んでから訪問看護に従事している。訪問看護師の中には、高校の看護・介護コースを卒業しそのまま現場で働いているベテラン看護ヘルパー（日本の准看護師のような職種）もいる。最近ストックホルム市の地域からの要請で、訪問看護師を集めて特別コースを開催している（夜間1週間に1回で10週間継続）。

表2 《Roda Korset (赤十字看護大学) における看護教育について》

項目	概要
概念	Impartiality (平等)、Neutrality (中立)、Humanity (人間性)、Independence (独立)、Voluntary service (自発性)、Unity (統一性)、Universality (普遍性)
入学資格	12年間の教育修了(高校卒業)
期間及び定員	3年間:500名, スペシャルティーカーコース1年間:100名
スペシャルティーカーコース種別	①手術 ②麻酔 ③ICU ④感染 ⑤災害救護の各コース (30大学が種々のコースを分担しており、大学により異なる)
教育職員	40名(大学卒業後修士課程を修了している事)
カリキュラム	①ナースィングサイエンス(看護科学) 105ポイント(1.5ポイントが1週間) ②メディシアン, ナチュラルサイエンス(自然医学) 45ポイント ③パブリックヘルスサイエンス(公衆衛生学) 30ポイント
科目	①1年目…看護学概論, 薬剤学, 解剖学, 病理学 ②2年目…各論 慢性疾患看護, 精神療法, 小児科, 産科, 救急看護(ICU, 手術) ③3年目…看護師の役割, リーダーの役割, 下級生の授業を教える(指導), 文化の違い
実習	①実習先には大学教員が張り付いている ②実習先の看護師に20%の時間分の給料を大学側が支払っている(学生の実習指導をしてもらう) ③一人の学生に対して、実習先に1週間で1400クローネ(18,200円)支払っている ④カロリンスカ病院の他に2~3病院と契約 ⑤3年間の40%は現場実習
特徴	①国際化の指導が入っており、英語は100%実施し、その他スペイン語、フランス語等あり→留学する学生も多い ②現在の授業はスウェーデン語であるが、徐々に英語に移行しつつある ③実習可能国(1~3か月の実習)…スカンジナビア諸国、ヨーロッパ、ガーナ、タンザニア、インド、タイ、日本 ④3週間のマーケット調査あり→どこでも自分で決めて調査するがスウェーデン国外に出る学生が多い ⑤準備コースとして5週間その国について勉強可
卒業要件	①5学期目(3年次前期)から論文を書き、それが認められなければ卒業不可 ②論文審査に合格すれば6学期(1年前期~3年後期)修了で卒業可 ③厚生庁と大学が各々許可証(看護師証明書)を発行する。
国家試験	国家資格となるが試験無
卒業後	①看護師としてEU圏内で通用し、就業可 ②仕事を始める前にトレーニングセンター(各病院)で1週間くらい訓練をする ③大学へ入学するまでに職場経験を積んでいる者が多いのでスムーズに職場に適応可能 ④病院の中でも先輩は後輩の面倒を見るのが習慣化している
その他	①スウェーデンでは在宅看護コースはなく高齢者看護を学ぶ看護師が多いが、いろいろなコースを出て経験を積んでから、訪問看護に従事している ②ストックホルム市の地域からの要請で、訪問看護師を集めて特別コースを開催している(夜間1週間に1回で10週間継続)→秋コース、春コースあり、③不定期に大学や病院からの依頼で行うコースもある

2008年11月研修内容から筆者作成

Ⅶ. まとめ

1. 医療と福祉が連携し、サービスに普遍性がある。
2. 各サービスは県議会が各機関と契約し、契約履行状況のチェック及び質の評価がある。
3. 民営化が進んでいるが、県営民営に関わらず契約内容や条件は同じである。
4. 患者中心に他職種チームが編成され、患者の意思や人権を尊重したシステムが有効稼働している。
5. 告知は全ての患者及び家族に実施されている(法

律で定められている)。

6. ITによる情報の共有化が進んでおり、効率的に情報収集でき、時間や人件等コスト削減につながっている(職種により取得できる情報が限定されている)。
7. 必ず患者アンケートを実施し、95%の患者が満足しなければならない。
8. 訪問看護は軽度と重度に分けられている。
9. 終末期ケアが充実しており、在宅死が増加してい

る。

10. 在宅チームにおける看護師は経験豊かなベテランが多く、キーパーソンの役割を担っている。
11. 医師の往診はまだ普及しておらず、行政が医師に対して往診を奨励している。

VIII. おわりに

スウェーデンは国家政策として福祉と教育に重点を置いて実施してきた。エーデル改革以降は医療を追加し、民営化を図りながら質の低下をきたさないよう基準やチェックを県営と同じ内容で実施し競合させている。患者の意思や人権に配慮し患者中心の医療・福祉サービスが提供されている。

在宅生活を可能にするには、福祉と医療がどのようにチームを組むかが大切である。スウェーデンではお互いの職種を理解し、患者にとって何が大事かチームで共有できおり役割分担されている。この点は日本も大いに見習う必要がある。また明確な評価基準もあり、患者満足度充足の取り組みも活発である。日本でも活発な活動をしている地域では他職種のチーム連携がうまく機能し、有効なマネジメントが出来ている¹⁴⁻¹⁵⁾。しかしながらサービスには偏りがあり恩恵を受ける人と受けられない人がいる。政策的な後押しにより、地域差等の偏りが解消できることを期待したい。

謝辞

スウェーデンと日本の訪問看護の比較において、貴重なアドバイスをいただいた村松静子先生に心よりお礼申し上げます。

文献

1. http://www.scb.se/templates/tableOrChsrt_26041.asp, 2008/12/15, 2008.10.31.付スウェーデン統計局
2. 厚生統計協会：保険と年金の動向・厚生指標：臨時増刊, 第55巻第14号, p.260-263, 2008
3. 厚生統計協会：国民の福祉の動向・厚生指標：臨時増刊, 第55巻第12号, p.132-147, 2008
4. 中野一司：地域連携ネットワーク型在宅医療システムをつくりあげるために, 訪問介護と看護, 第13巻第12号, p.980-985, 2008
5. 詫摩和彦：「長崎在宅 Dr. ネット」という在宅医療のネットワークづくり・メーリングリストの導入と活用, 訪問介護と看護, 第13巻第12号, p.986-991, 2008
6. 望月正敏：充実の研修と管理者同行訪問による24時間ケアへの新たな試み, コミュニティーケア, Vol.10. NO11, p.20-22, 2008
7. 松浦志野：法人内・地域連携による24時間対応の訪問看護, コミュニティーケア, Vol.10. NO11, p.23-25, 2008
8. 望月正敏：宿直とボランティアで24時間の訪問看護を実現, コミュニティーケア, Vol.10. NO11, p.26-28, 2008
9. 望月正敏：14年の歴史を誇るヘルパーと組んで行う夜間・早朝のケア, コミュニティーケア, Vol.10. NO11, p.29-31, 2008
10. 舟木良真：複数医師による在宅医療の実践, 訪問介護と看護, 第13巻第12号, p.1018-1023, 2008
11. 長純一, 北澤彰浩, 由井和也：佐久地域における在宅医療と地域連携の取り組み, 明日の在宅医療第5巻, p.126-149, 2008
12. 白髭豊：長崎市における在宅医療と地域連携, 明日の在宅医療第5巻, p.150-171, 2008
13. 鈴木恵巨, 常田裕子：諸外国の看護教育と規制について, 看護教育, Vol.60. NO3, p.84-89, 2008
14. 近江真貴子, 大村哲夫, 成田憲史他：在宅ホスピスを支えるネットワーク, 訪問介護と看護, 第13巻第12号, p.992-995, 2008
15. 梅山信, 野々下靖子, 横林文子他：京都乙訓地域での多職種ネットワークの実践, 訪問介護と看護, 第13巻第12号, p.996-1001, 2008

