

リプロダクティブヘルスならびに地域保健に関するヨーロッパ研修報告 (国際看護学実習Ⅱ)

荒木 美幸¹・川崎 涼子¹・新田 章子¹・大西真由美¹

保健学研究 26 : 23-30, 2014

(2013年7月31日受付)
(2013年9月25日受理)

I. はじめに

長崎大学医学部保健学科看護学専攻に2009年度以降入学した学生に対し、国際看護学実習を選択科目として単位認定するにあたり、これまで実習プログラムの整備を進めてきた^{1,2)}。2012年度は国際看護学実習Ⅱの単位認定科目として初めて研修を実施したので報告する。

II. 事前準備

2012年4月、新学期オリエンテーションにおいて、国際フィールド研修に関する計画案を提示したところ、学生からヨーロッパへの研修参加希望があった。2012年10月10日から10月26日まで、メーリングリストならびに学内提示により、オプション1) スイス・オランダ研修、もしくは、オプション2) スイス・英国研修の参加希望を取ったところ、看護学専攻から3年生3人(内、1人は助産師課程選択者)、4年生3人、理学療法学専攻4年生から1人の希望があり、オプション1) で具体的な計画を進めることとした。2012年度の国際看護学実習Ⅱとして、2013年3月14日-20日の6泊7日(機中1泊)の日程で

実施した。

2012年1月21日に、事前オリエンテーションを実施した(表1)。この時に、参加希望学生に対し、ヨーロッパ研修参加にあたり学生本人と保護者宛のヨーロッパ研修説明書と参加「承諾書」を配布し、「承諾書」に学生本人と保護者の署名・捺印の上、提出することとした。参加学生は、事前に保健学科学務係で海外渡航申請手続きを行うよう指導した。保護者からの承諾書には、研修参加にあたり、海外旅行保険に加入することを前提とする旨を記載し、学生は各自で任意の海外旅行保険に加入した。加入済であることを証明するコピーを提出してもらった。また、入学時に加入を勧奨している学生総合共済保険ならびに学生賠償責任保険等への加入状況についても確認した。

研修参加費用は自己負担とした(一部長崎大学からの海外実習等経費によって補助された)。研修参加費用に含まれるものは、航空券(燃料費、空港利用税含)、宿泊費(朝食付)である。研修参加費用の他に、日本国内の移動、ヨーロッパ滞在中の朝食以外の食事、オランダ、スイス市内の移動(地下鉄、バス)は、参加者の自

表1. 事前オリエンテーション

1) 実習スケジュール, 研修内容, ヨーロッパ滞在中の注意
2) 実習「承諾書」について
3) 実習中の安全管理(ヨーロッパ治安状況, 海外安全情報, 海外旅行保険加入含む)
4) 実習中の健康管理
5) 事前学習内容(オランダ, スイスの歴史・文化・社会, 保健医療システム)
【配布資料】
・日程表, 実習内容, ホテルinformation, ホテル周辺地図, 海外旅行保険加入申込書(加入は任意)
・長崎大学「国際交流(学生の海外派遣・留学生受入)に伴う危機管理対応マニュアル」
・保健学科「国際看護学実習等における事故・不足事態への対応」
・事前学習資料(オランダ, スイスの歴史・文化・社会他)
(1) 甲斐克則. ヨーロッパにおける臓器提供意思システム—ドイツ, スイス, イギリス, オランダを中心に—. <i>Organ Biology</i> . 17 (1) :7-13, 2010
(2) 小川忍. 諸外国の高齢者・障害者の介護サービスとわが国の動向. <i>病院・地域精神医学</i> 49 (1) :29-38, 2007
(3) 吉田結希子, 他. イギリス, アメリカ, オランダの助産活動の特徴から日本の助産に向けて. <i>WHS</i> 8:75-83, 2009
(4) 奥山絢子. オランダのマタニティケアの現状—ハーグ市プロノボ病院の助産プラクティスでの経験を通して—. <i>助産雑誌</i> 63 (11) :996-1003, 2009
(5) 高島響子, 他. 英国における自殺補助をめぐる論争とスイスへの渡航補助自殺—渡航医療が国内医療の法規制に及ぼす影響の一考察—. <i>生命論理</i> 21 (1) :75-85, 2012
(6) その他の関係資料

1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

己負担とした。通訳謝金および現地研修調整費、研修施設に支払う研修費は、長崎大学「海外実習等経費」によって支払われた。国際看護学実習Ⅱ（ヨーロッパ研修）の概要（目的、目標、実習内容、実習方法、評価）については表2に示す。

3月6日に事前学習会を開催し、今回単位取得予定者は学習会までに資料収集を行い、学習会では資料の確認ならびに渡航にあたり質疑応答を行った。

Ⅲ. 研修の実際（表3）

1. 尊厳死支援団体（NVVE）による安楽死に関する制度と課題について（写真1）

尊厳死支援団体（NVVE）の方からオランダにおける安楽死に関する法制度と課題についてレクチャーを受けた。積極的安楽死は日本では非合法で、刑法上で殺人罪に当たるが、欧米では合法的行為として認めている国がある。スイス、アメリカ合衆国のオレゴン州とワシントン州、ベルギー、ルクセンブルグ、そしてオランダもその一つである。オランダでは、1994年から実質的に、合法的安楽死が実施されてきたが、2001年4月10日オランダ議会は46対28賛成多数で「安楽死法」を可決した。この時世界で初めて、安楽死が法律によって容認された国となった。「苦痛が耐えがたく、改善の見込みがない」「自発的で、熟慮されている」などの要件を満たし、医

師が決められた手続きに従った安楽死については、医師は刑事責任を問われない。16歳以上に適用され、12～16歳未満でも親の同意があれば安楽死が可能になる。オランダで実施されている安楽死には、医師が致死薬を注射する「積極的安楽死」と、患者に薬を与えて患者が自分で薬を服用する「自殺幫助（ほうじょ）」がある。患者の希望による延命治療の中止などは、通常の医療行為とみなされている。オランダでは、1970年代から数々の安楽死事件をめぐる裁判があり、法制化が進んだ。2010年のオランダの死亡数が約136,000人、そのうち約2.1%が安楽死、自殺幫助が0.2%、延命処置を行わなかったケースが0.2%であった³⁾。その結果、医師は、要件さえ充足していれば安楽死等の行為を公表しても不利益を受けないことはなく、また患者自身も尊厳ある死を求めることができるようになったのである。

NVVEはボランティア団体で、安楽死を望む者への情報提供や様々な支援を行っている。会員数は2009年11万人、現在は14万人である。会員の性別割合は、男性が39%、女性61%、平均年齢71歳である（2009年）。16歳から会員になることができる。会員になった理由としては、彼ら自身が過去の家族の死について肯定的に捉えていない場合、自分自身が重度の疾病を患っている場合、支援団体をサポートするため、などであった。オランダでは、約85%は安楽死について賛成、8%は反対と報告

表2. 国際看護学実習Ⅱ（ヨーロッパ研修）の概要

諸外国（オランダ、スイス）における様々な保健サービスの展開方法・方策を学ぶために、諸外国の保健センター等が実施する保健サービス活動の実際に見学参加する。

I. 目的

諸外国（オランダ、スイス）における人々の健康問題の特徴とその解決のための方策を学習する。

II. 目標

1. 諸外国（オランダ、スイス）における人々の健康問題の特徴とその解決のための方策を説明できる。
2. 諸外国（オランダ、スイス）における人々の健康問題ならびに保健医療サービスの課題を説明できる。

III. 実習内容

1. オランダ、スイスにおける保健医療サービスの概要（助産ケア含）について、事前にオリエンテーションにおいて学習する。
2. オランダ、スイスにおける具体的な保健医療サービスの概要（助産ケア含）について、説明を受ける。
3. オランダ、スイスにおける様々な保健サービス提供の実際を見学参加する。

IV. 実習方法

1. 実習期間

2013年3月14～20日

2. 実習プログラム（表3）

3. 事前オリエンテーション（表1）

4. 記録・提出物

- 1) 課題レポート
- 2) 写真パネル

5. 国際看護学実習Ⅱの評価

1) 評価基準

実習への参加度、実習記録（事前学習記録も含む）、課題レポートなどから総合的に評価する。

(1) 学習態度20%、(2) 実習実践内容60%、(3) 課題レポート20%

2) 単位認定

上記評価基準により結果を判定する。

なお、単位認定を希望しない場合は、課題レポートの提出等も含めて同様のプログラムに参加することになるが、評価は行わない。

活動報告

表3. 国際看護学実習Ⅱ（ヨーロッパ研修）プログラム

日程		研修施設・場所	研修内容	現地引率者
3月14日（木）		移動（長崎⇒福岡国際空港⇒ソウル⇒アムステルダム）		
3月15日（金）	午前	自由行動		
	午後	尊厳死支援団体事務所	安楽死に関する法制度と課題について	大原美穂（看護師／オランダ産褥看護師）
		アムステルダムの一般家庭	助産師による家庭訪問へ同行	
地域助産所	オランダにおける出産ケア，育児支援活動について 助産師グループ活動について			
3月16日（土）	午前	自由行動		
	午後	移動（アムステルダム⇒ジュネーブ）		
3月17日（日）		自由行動		
3月18日（月）	午前	WHO	WHOの役割とグローバルヘルスの動向，産業保健について	橘薫子（WHO勤務） 川上剛（ILO勤務）
	午後	ジュネーブ大学	スイスにおける看護・助産・理学療法士養成について	
3月19日（火）	午前	国連ヨーロッパ本部	施設内ガイドによる見学	
	午後	移動（ジュネーブ⇒アムステルダム⇒ソウル⇒長崎へ）		
3月20日（水）	午後	長崎到着		



写真1. 尊厳死支援団体 (NVVE) によるレクチャー (オランダ)

されており、反対者は主としてプロテスタント信仰者である（1998年）。一方、カトリック信仰者の92%が賛成であった。ボランティアの内容として、電話とe-mailによる情報提供・相談サービス、会員による在宅支援サービス、承認までの手続き支援、高齢者等のために会議での説明の公開等である。2012年3月からオランダ第3の都市デン・ハーグで巡回医療チームによる終末期医療サービスを提供する施設が開設された。この施設では患者とカウンセリングを重ねた後、患者の自宅に医療チームを派遣し、安楽死処置を施す。ホームドクター制度が徹底されているオランダでは長く信頼関係を築いてきた主治医に安楽死を拒否された場合、行き場を失い、自殺

を図るケースもありこのような施設ができた経緯がある。

レクチャー後、「日本でも安楽死を法制化する必要があると思いますか？」という講師からの質問は、医療従事者を目指す学生達にとって生命倫理について考えるよい機会となった。日本とは宗教的な違いもあるが、オランダでは幼少期からの生死に関する教育、生命倫理について考える機会等、安楽死について適正な議論が可能となるような環境にあると言えよう。しかしながら一方で、安楽死を合法化することによって、安易に安楽死を終末期医療の選択肢のひとつとして選択してしまいかねないことも推察される。その適用については、安楽死が合法化されていることによるポジティブな側面だけではなく、批判的に検討される必要がある。日本では緩和ケアなどの終末期医療について、また生死や自分が受ける医療・ケアに関する自己決定についてさまざま議論が行われており、オランダのように市民の長年の要望から認められた安楽死の法制化は、現時点では困難であろうが、国民の一人ひとりが真剣に考えるべきテーマであると考え、安楽死に関する詳細は、以下をご参照頂きたい。

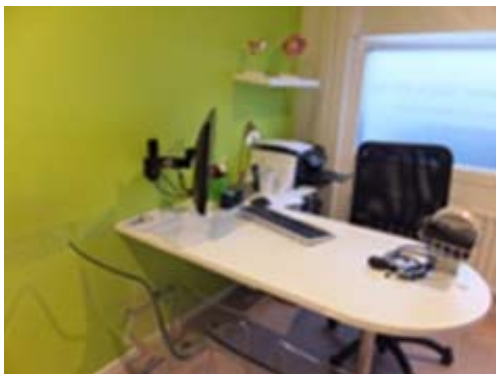
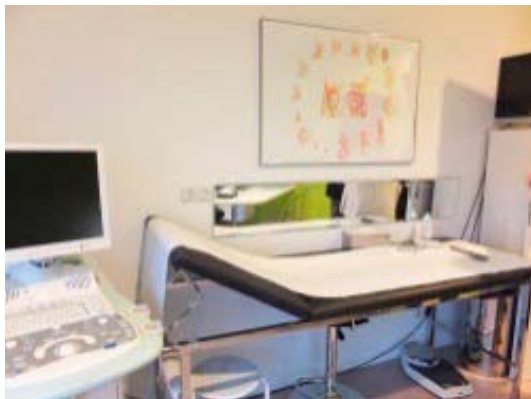
- ・ <http://www.rnw.nl/english/search/apachesolr/search/ethanasia>
- ・ <http://www.patientsrightscouncil.org/site/Holland/>
- ・ www.thisistheend.nl

2. 地域助産師グループの活動およびオランダの助産師教育について（写真2）

産褥看護師として活動する日本人看護師の案内により、地域助産師グループの活動およびオランダの助産師教育についてレクチャーを受けた。



写真2. 地域助産師グループの活動を聞く(オランダ)



オランダの助産師の専門性は、医療法により「正常妊娠・出産・産褥を守り、これを推進し、妊・産・褥婦と児への異常の出現を予防すること」と定義されている。上記の専門性は、産科医、家庭医にも認められているので、実際に行われる業務に関するガイドラインとしては、「1987年版産科指針リスト」が最も重要なものになる。オランダの助産師の業務としては、正常妊産婦の診察、正常妊産婦の分娩介助、会陰切開、縫合、子宮収縮剤の使用、一定の薬剤の処方、開業権などが認められている。また、特別なコースを履修する必要があるが、助産師が超音波診断法の専門職として活動することも可能である。助産師教育はダイレクトエントリーが主流で、国家試験はなく、助産課程を修了し、卒業することで資

格が与えられる。2003年より5年毎の免許更新が義務付けられている。臨地実習としては、分娩介助件数40例、妊婦の初診60例、妊婦健康診査(診察、指導、相談)640例、会陰切開ならびに裂傷部の縫合各5例以上、出産直後の新生児健康診査40例以上、産褥期の母子ケア(家庭訪問)180例、産後6週後の健康診査40例となっており、「分娩介助10例程度」という日本に比べ格段に卒前教育として必要とされる経験数が多い。現場におけるオランダの助産師の仕事は、その内容および働く場によって3種類に分類される。すなわち、一次助産師、二次助産師、三次助産師である。一次助産師とは、正常産のみを扱う開業助産師あるいは地域助産所に勤務する者であり、正常妊娠・出産・産褥(産後10日目まで)のケアを担当する。二次助産師とは、病院産科に勤務して、自らの責任の下に、あるいは産科医と協力しながら、正常・異常の境界域の妊・産・褥婦のケアを行う。三次助産師とは、大学病院などの、高度な医療知識・技術が必要とされる部署で働く助産師である。約8割の妊婦は、妊娠初期の段階で、地域で開業している助産所で健診を受ける。ローリスクであると診断された妊婦は、自宅、バースセンター、あるいは病院のいずれかの出産場所を選ぶことができる。病院やバースセンターで出産した場合は、出産後母子ともに問題がなければ24時間以内に退院となる。全出産数の60%以上が施設分娩、約30%が自宅出産である⁴⁻⁶⁾。

産後ケアはKramzorgster(産褥看護師)が行っており、日数は出産当日を含む8日間(必要があれば10日までの延長可能)、1日あたりのケア時間数は3~8時間、全体的なケア時間としては8日間で最低24時間、最高49時間である。産褥看護師の役割としては、1. 自宅出産のアシスタント、2. 産後ケアの大きく二つに分けられる。自宅出産のアシスタントについては、自宅出産のときには助産師以外に、助産師の手伝いをする産褥アシスタントが必要であり産褥看護師が行う。助産師が出産前に頃合をみて産婦と契約している産褥看護師を依頼する。産後ケアについては、出産当日を含む8~10日間にわたり、褥婦の自宅を訪問し、褥婦と新生児のケアを行う。サービス内容としては、自宅出産の介助、母子の健康管理、授乳、沐浴指導、新生児のケアのアドバイス、衛生面の管理、家族への配慮、必要に応じて日常的な家事、記録、助産師グループへの報告などである。

今回筆者は学生と二人で、地域助産所の助産師2名と産褥期の家庭訪問に同行することができた。助産師による産後の訪問は、産後1,4,8日後に行われる。産後、6週目頃に助産師による健診を受けて助産ケアは終了する。助産師二人でペアになって訪問しており、助産師があまりに若いので年齢を聞くと一人は22歳ということだった。もう1人の助産師は体格のよい、20代後半のようだった。助産師教育の中ですでに200近くの家庭訪問を経験していることは、卒業後すぐ自信をもって家庭訪問

できる所以であろう。一軒目は、夕方5時ごろより、約24時間前に第2子として生まれた男児とその母親のところに伺った。児の父親と4歳前後の長男が出迎えてくれ、褥婦と児のいる大きな寝室に通された。褥婦は昨晚出産を終えたばかりとは思えないほど、元気でパワフルな様子で私たち4人を出迎えてくれ、ベッドに腰掛けた状態で、時折児の方を見つめながら、助産師と笑顔で会話していた。助産師との会話はすべてオランダ語であったため、良くは聞き取れなかったが、バイタルサインなどの測定は産褥看護師が行うため一切行わず、産褥看護師の残してくれている記録を確認し、褥婦と新生児の健康状態について観察し、iPhoneを片手に時折調べていた。今回は産後の日数が浅かったため実施していなかったが、新生児代謝異常の検査も家庭訪問で行う。視診とコミュニケーションにより診断を行っていた。沈黙することはなく、活発に助産師と褥婦が会話していたのが印象的だった。褥婦も産後の身体の変化について迷うことなく責任と自信を持って発言していた。訪問中に「この子の生まれたお祝いにみんなでどうぞ」と、ラスクのような乾燥したパンに甘く小さな砂糖菓子ののったカラフルなお菓子が父親からふるまわれた。二軒目は、夕方5時半頃より、約12時間前（訪問当日の朝）に生まれた第1子の女兒と母親の訪問だった。ここでも父親が出迎えてくれた。事前に移動中の車内で深い会陰裂傷があったことを聞いていたが、ここでも傷の確認等はなく、産褥助産師の記録の確認や体調についての問診と、鎮痛剤を大腿部に筋肉注射していた。ほとんどが施設分娩である日本と比べ、オランダにおいてはこのような在宅でのケアシステムが構築されていることが、オランダにおける高い自宅出産率をもたらししている要因のひとつと考える。加えて、一般市民が、妊娠・出産は病気ではなく、人生における自然かつ素晴らしいプロセスであると捉えており、日常生活の場である自宅で産後ケアも過ごしたいと希望する女性と家族が多いことも要因であると言えよう。1軒あたりの訪問時間は10～15分程度と短かったが、月30件ほどの出産数があり、妊娠中から、分娩、産後の家庭訪問と多忙であることから、短い時間に要領よく産褥の経過をアセスメントしていた。助産所には4人の助産師が勤務しており、何度となく褥婦とは妊娠中から関わり信頼関係が取れていた。助産師は産褥看護師とは役割が異なり、妊娠・出産・産褥ケアにおけるリーダー的な存在であった。

日本では里帰り出産をして産後しばらくは実家で過ごし、実母から家事などのサポートを受けることはよくあるが、今回訪問した家庭は2軒とも自宅に親子で住んでおり、産褥看護師が存在することで日常生活の援助についても特に困ることがないようだった。日本では高齢出産が増え、母親の両親も高齢となっており、その場合産後の手伝いがないことが多い。また産科医不足のため、出産を扱う病院の入院日数は短くなっており、母親

の体力が十分回復せず、育児にもなれないうちに、退院の日を迎えてしまう。そこで25年6月に政府が決定した「少子化危機突破のための緊急対策」で、産後の母親達を支援するような産後ケアセンターの整備の方針を打ち出した。厚生労働省は「2014年度に全国の自治体でモデル事業を行いたい」としている。しかしながらケアセンターの入院費は1日3万円ほどかかることもあり、妊娠中から分娩産後のケアまで保険適応であるオランダのように活用されるようになるためには課題も多い。

3. グローバルヘルスおよび世界の労働安全衛生の動向について（写真3）

スイス（ジュネーブ）のWHO（世界保健機関）およびILO（国際労働機関）で働く日本人からグローバルヘルスおよび世界の労働安全衛生の動向についてレクチャーを受けた。

WHOでは、国連ミレニアム開発目標（MDGs）、その達成状況、2015年以降のポストMDGsについて概説された。国連ミレニアム開発目標のひとつとして依然として感染症との戦いがあげられる。世界中では、未だに多くの人々が、HIV/AIDS、結核、マラリアといった感染症、あるいは「顧みられない熱帯病」によって苦しめ、死亡している。また、MDGsの中で、2015年までに達成することが困難であると見込まれているMDG-5「妊産婦の健康状態の改善」については、一部の国で未だに高い妊産婦死亡率が改善されていない状況にある。平成22年人口動態統計によると、日本では妊産婦死亡率は4.2（出生10万対）であるが、サブサハラ・アフリカ諸国では300（出生10万対）を超える国が少なからずある。こういった保健課題が改善されない要因のひとつとして、様々な理由により適切な保健医療サービスにアクセスできない人々が存在していることが指摘された。WHOでは、こういった状況を改善するために、ポストMDGsのひとつとして、Universal Health Coverage、つまり公平な保健医療サービスへのアクセス確保に注目している。加えて、先進国、開発途上国に限らず、世界の人口



写真3. WHO会議場での記念写真

全体が高齢化し、非感染性疾患が増加していることが指摘された。2000年に60歳以上の人口は6億人（全人口の11%）であったが、2050年には20億人（全人口の22%）に増加することが予測されている。WHOでは、日本をはじめ先進国で培われた高齢社会における保健医療対策や生活習慣病対策のgood practiceに学び、また健康の社会的決定要因としてのライフコースアプローチに注目し、ポストMDGsへの対応の方向性について述べられた。

WHOでのインターンシップおよびWHO職員として活躍するキャリアアップについても紹介していただいた。

次に、ILO（国際労働機関）の職員から世界の労働安全衛生の動向についてレクチャーを受けた。ILO労働条件の改善を通して社会正義の実現を図ることを目的として第一次世界大戦直後の1919年に設立された。スイスのジュネーブに本部が置かれ、現在183カ国が加盟している。その最も重要な役割は国際労働基準の設定とその実施および監視であるが、同時にアジア太平洋地域をはじめ世界各地域に地域総局と専門家チームをおいて設定された国際労働基準の実現のための技術協力活動を行っている。ILO独自の特徴として「政労使三者構成主義」があり、各国の政労使代表が正式メンバーとして独立した投票権を持っている。現在ILOはすべての人々へのディーセントワーク（Decent work）の実現のために、4つの戦略的な活動分野を定めて効果的な実施を図っている。この4つの分野とは①国際労働基準（国際労働基準の実施、社会主義、基本的人権の向上等）、②雇用の創造（技能トレーニング、中小企業支援等）、③社会的保護（産業安全保健、社会保障、移民労働者、HIV/AIDS等）、④社会的対話（労使対話、労使協力推進等）である。これら4つの戦略的活動分野の向上・実現を図るために、ディーセントワーク国家計画（DWPC）の作成・実施を支援している。

ILOの推計では、毎年321,000の死亡災害と3億1,700万件の非死亡災害が発生し、職業関連疾患で死亡する人の数は202万人に上るとされている。その多くは政府の統計上把握されておらず、予防のための適切な方策や発生後の補償を受けることができていない状況にある。とりわけ、女性、移民労働者、少数民族、児童労働者等、社会的マイノリティに対する対策については未整備の状態である。また建設・鉱山・農業等の安全保健リスクの高い職場、あるいは中小企業やインフォーマル経済職場のように国の産業安全保健システムの範疇として認められにくい職場における災害や職業性疾患の予防対策を強化する必要がある。こうした状況を改善するための一つの方法としてILOの技術協力プログラムの中で、ワイズ（Work Improvement in Small Enterprises; WISE）をはじめとする参加型トレーニングプログラムが重要な役割を果たしている。このプログラムには農業従事者向けのウインド（WIND）、労働組合向けのポジティブ（POSITIVE）、家内労働向けのウィッシュ（WISH）、

小規模建設現場向けのウiskon（WISCON）、廃棄物収集向けのウォーム（WARM）等があり、これらの経験がその他の職業分野にも応用・適用されている。具体的には、職場訪問後に技術セッションを行い、地元のgood practiceを基にグループ討議を実施する。そして、参加者達から自主的な改善案を提案してもらうことで、低コストでかつ実効性のある改善計画を策定・実施することが可能となる。その後フォローアップ訪問を行うが、多くの職場で地元の資源を用いた安全保健リスク事例が多数実施されていることが報告された。実際、プログラムで用いるテキストをみせてもらうと、識字力が低い人々にも視覚的に安全策について理解しやすい教材となっていた。

学生はWHOやILOという世界規模で働いている職員の方の説明や施設内見学を通じて、貴重な経験ができた。翌日は国連ヨーロッパ本部の見学を行った。

4. ジュネーブにおける看護および理学療法士の教育システムについて

スイスでは、4つの公用語（ドイツ語、フランス語、イタリア語、ロマンシュ語）があり、保健人材教育システムも言語圏あるいは州によって異なるが、今回は、ジュネーブ高等保健人材養成校で看護職や理学療法士の教育システムについてレクチャー、ディスカッションを行った。

2011年の統計によると、スイスの人口は795万4700人である（スイス連邦統計研究所）。スイスはヨーロッパの中で失業率の最も低い国であり、経済的に安定している。スイスの義務教育は9年間で、その後普通科高校に入学するか職業訓練校（3年か4年）へ進学するか選択する。職業訓練校から職業系大学入学資格を取得することは可能である。職業系大学（HES）は医療専門以外に科学や建築学、経済学や社会学、または音楽や芸術という幅広い専門的資格を取得できる教育機関である。スイス国内で助産師教育はHESで受けることになっている。医療系のHESでは、助産師以外に看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、放射線技師等を選択することができる。イタリア語圏には助産師教育のHESがないため、その出身者はフランス語圏やドイツ語圏の助産師教育を受けることになっている。スイスには助産師教育を含むHESが4つある⁷⁾。また助産師教育はダイレクトエントリーの3年コース、HESの看護資格を取得後の2年コースがある。ジュネーブではダイレクトエントリー方式を採用している。助産師教育は、理論、論文と実習により行われる。卒業後の資格名はスイス全体共通であるが、資格取得試験は各HESによって違い、国家試験はない。ジュネーブ高等保健人材養成校では、一学年の学生定員数は25人であり、修了要件は3年間で180単位取得することになっている。助産実習の達成目標は、分娩介助40件、妊婦健診100件、産褥期・新生児期

健診をそれぞれ100件ずつである。本学では、平成24年度から修士課程2年間の中で助産師養成を始めたが、実習施設の確保は大きな課題のひとつである。それは、スイスにおいても同様であり、ジュネーブ高等保健人材養成校では、ジュネーブ大学病院以外にもヨーロッパ全土に渡って実習施設を確保する努力をしている。実習施設までの所要時間については2時間といった場合もあるとのことであった。ただし、実習経費については大学からではなく、州から実習のための補助金が支出されるというところであった。卒前教育における分娩介助数の確保については苦慮していることがわかった。

IV. 評価と今後の課題

今年度の研修日程は、研修は3日半、自由時間1日半、移動に2日半と全体としてはかなりタイトなスケジュールであったが、内容の濃い1週間であった。学生からは「研修全体としては短かったが自由時間もとれ、充実した1週間だった。」「オランダの助産師と話ができてよかった」などの意見もあった。日本人産褥看護師を含め、オランダの助産所の助産師との質疑応答では、ゆっくりとした雰囲気英語によるコミュニケーションを全員が行うことができた。英語でのコミュニケーション力については、今回は特にレベルを設けていないが、現地の方とコミュニケーションがとれずに悔しい思いをした学生もいるであろう。少なくとも事前学習した内容については、疑問点などを現地で質問できるように各自で準備しておくことで、より有意義な研修となる。

研修参加を通じて、日本とは異なる保健医療・人材教

育システムや考え方を学ぶ機会となったことも重要な経験である。一方、英語力も含めて自分の意思を適切に伝えるコミュニケーション能力を向上させる必要性を確認することができたと考えられる。また、当該国の保健医療事情ならびに日本の保健医療システムとの対比をしながら学びを深めておくことで、現地でより深く理解することができるようになるので、事前のモチベーションをいかに高めるかが課題である。

文献

- 1) 大西真由美, 中尾理恵子, 川崎涼子, 大石和代: 平成21年度英国リプロダクティブ・ヘルスならびに地域保健研修報告. 保健学研究, 22: 71-77, 2010.
- 2) 大西真由美, 大石和代: 2010年度リプロダクティブ・ヘルスおよび公衆衛生に関する英国研修報告. 保健学研究, 23: 45-49, 2011.
- 3) 清水照美: オランダ安楽死法案可決と安楽死の実態—医療職の倫理とは. *Nursing Today*, 16: 70-73, 2001.
- 4) 小出久美: 特集: 世界の助産師からの学び オランダにおける助産師の役割. *助産師*, 62: 10-14, 2008.
- 5) 吉田結希子, 野口真貴子: イギリス, アメリカ, オランダの助産活動の特徴から 日本の助産に向けて. *WHS*, 8: 75-83, 2009.
- 6) 奥山絢子: オランダのマタニティケアの現状 ハーグ市プロノボ病院の助産プラクティスでの経験を通して. *助産雑誌*, 63: 996-1003, 2009.
- 7) いづみルビエール: スイスの助産師教育制度と助産師の働き方. *助産雑誌*, 6: 58-63, 2013.

Reproductive health and public health study tour in the Europe (Parturient International nursing care II)

Miyuki ARAKI¹, Ryoko KAWASAKI¹, Akiko NITTA¹, Mayumi OHNISHI¹

1 Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

Received 31 July 2013

Accepted 25 September 2013