

研究紀要青葉 Seiyō 第1巻第1号 2009年(平成21年12月21日)

原 著

スウェーデンにおける精神保健医療

—日本とスウェーデンの比較—

THE MENTAL HEALTH AND WELFARE SYSTEM IN SWEDEN

高 橋 聡 美

Satomi Takahashi

仙台青葉学院短期大学

原 著

スウェーデンにおける精神保健医療 —日本とスウェーデンの比較—

THE MENTAL HEALTH AND WELFARE SYSTEM IN SWEDEN

高 橋 聡 美

Satomi Takahashi

キーワード： スウェーデン 精神医療 脱施設 看護教育

Keywords： Sweden, mental health system, deinstitutionalization, Nursing education

Abstract

This study surveyed the mental health and welfare system in Sweden which pioneered home mental health care. In addition, this study compared the nursing education curriculum of Vanersborg University in Sweden to the Japanese nursing education curriculum. In Sweden the number of psychiatric hospital beds decreased from 4.6 per 1,000 to 0.5 per 1,000 over 40 years. On the other hand, Japan raised the number of psychiatric hospital beds from the 1960's and even recently psychiatric hospital beds keeps 2.8 per 1,000. In addition the average hospitalization days for mental health has reached 18 times that of Sweden.

The mental health system reform in Sweden had a strategy of reducing its hospital bed capacity whilst increasing its capacity for personnel training. Analysing the Swedish strategy will give important insights to Japan which is also promoting home medical care. And the Swedish problem with the reduction of the mental health care that occurred with their sudden reformation. This may also happen in Japan in the future.

As a result of having analyzed advantages and faults of the Swedish reform, it is important that Japan increasing its supports of community based medicine. Japan also has to the appropriate capacity of psychiatric hospital beds.

要 旨

精神医療の在宅化を先駆的に取り組んだスウェーデンの精神医療制度を2003年～2005年のスウェーデンでの調査を元に社会情勢・法律の変遷などの観点から概観した。また、在宅医療を実現させるための看護師の育成について、ベンネッシュボリ大学の看護教育を参考にカリキュラムの日本とスウェーデンの比較を行った。スウェーデンでは人口千人に対する精神科病床数を40年間で4.6から0.5にまで減らしている。一方、我が国はスウェーデンとは対照的に1960年代からその数を上げ、近年でも人口千人対2.8を保持し、平均在院日数もスウェーデンの18倍となっている。病床数削減の戦略や人材育成などスウェーデンの精神医療改革の歴史は今後、在宅医療を推進していく我が国に重要な示唆を与えるものである。また、精神医療の過疎化など急激な改革に伴って生じたスウェーデンの抱える問題は、我が国にも将来生じ得るものであった。スウェーデンの精神医療改革の利点と欠点を分析した結果、我が国においても適切な病床数の確保と、地域医療を支える医療人材の育成は重要と考えられた。

受稿日：2009年9月30日

受理日：2009年11月5日

I. はじめに

スウェーデンはスカンジナビア半島に位置する人口約900万人の王国である。高課税・高福祉の国と言われており、国民負担率は税金と社会保障合わせて所得の70%以上にも上る。医療においては在宅医療・看護が早くから発展した国でもあり、平均在院日数は1週間未満である(表1)。一方、日本との類似点も多く、平均寿命は日本と肩を並べて世界のトップクラスで、高齢社会が進んでおり、それに伴う年金問題、高騰する医療費、マンパワーの不足など、共通する社会問題が多々見られる。さらに、スウェーデンも日本と同じく准看護師制度(Undersköterska)^{註1)}を持っており、看護をとりまく情勢は共通点が多い。

本稿では2003年～2005年のスウェーデンでの調査を元に、スウェーデンにおける精神医療制度とその人材育成のシステムを概観する。また、在宅医療先進国スウェーデンの抱える課題について述べるとともに、在宅医療に移行する我が国の精神医療制度の今後の課題について考察する。

II. 研究方法

【研究目的】

在宅看護先進国スウェーデンにおける精神医療制度とその人材教育システムを調査し、わが国の制度と比較することにより、今後のわが国の精神医療の課題を明らかにする。

【調査方法】

2003年6月～2005年2月にスウェーデン南西部に位置するリセシル市(Lyseskil)、ウッデッバラ市 Uddevalla ヨーテボリ市、Göteborg の3都市に所在する、医療施設・精神福祉施設・訪問ナースステーションおよび看護教育の担う教育機関を訪問し、関係者より面接を行うと同時に、現地の文献などより、医療制度の変遷、人材教育、現在の問題点と今後の課題などを中心に情報収集をした。スウェーデンの統計等に関しては、主にスウェーデン中央統計局(Statistiska centralby

rån)のデータ¹⁾より2009年9月現在の資料を引用した。

III. スウェーデンの社会情勢

1. 高福祉のための高税率

スウェーデンは世界の中でも最も税金の高い国の一つで、'09年7月現在で消費税は25%(ただし食料品は12%)である。所得税・消費税・ガソリン税・タバコ税・住民税などの租税負担は日本が所得に対して25.1%なのに対し、スウェーデンは収入の51.5%である。さらに、社会保障負担率19.2%を合わせると、国民の所得に対する負担率は70.7%となる。つまり、スウェーデン国民は所得の7割を、税金や社会保険料として支払っている計算となる(表2)。

2. 医療制度

1) 医療サービス制度

スウェーデンは20のラスティング(県; Lansing)と約290のコミュニン(市; Kommun)からなる。傷病保険は、国(社会保障庁; Försäkringskassan)の管轄であるが、直接的な保健医療サービスや社会サービスは地方自治体が担っている。従来、保健医療サービスはラスティングが、障害者・高齢者の介護・福祉などの福祉サービスはコミュニンが担ってきたが、1992年の医療改革(エーデル改革; Ädelreformen)によって、高齢者の介護・福祉の責任がコミュニンに移行された。これによって、高齢者に関しては医療と福祉を包括的にコミュニンが提供する体制となっている。このほか、エーデル改革は老人病棟における社会的入院患者の減少、高齢者サービスの均一化、ケアの質の向上という成果をもたらした。

医療福祉サービスに関する主な規定には、全ての国民が公平に医療を受けることを保障する保健医療法(Hälsa och sjukvårdslagen)と、高齢者や障害者に対する個人の尊厳を保障する社会サービス法(Socialtjänstlagen)がある。保健医療サービスの主な財源は地方税で、日本と同様、現物支

表1 日本とスウェーデンの医療保健に関連する統計

	日 本	スウェーデン
平均寿命	男性 79.0 歳 女性 85.8 歳 (’06)	男性 78.1 歳 女性 82.8 歳 (’06)
65歳以上の人口を占める割合	17.2% (’02)	17.2% (’02)
合計特殊出生率	1.290 (’03)	1.65 (’03)
千人あたりの病院ベッド数	16.5(’95~’02)	3.6(’95~’02)
千人あたりの医師数	2.1 (’06)	3.6 (’06)
千人あたりの看護師数	9.4 (’06)	10.8 (’06)
平均在院日数	36.4 (’03)	4.8 (’02)
精神科における退院者平均在院日数*	298.4 (’05)	16.5 (’05)
総医療費の対GDP比	9.2% (’05)	8.2% (’06)

出典：OECD Health Data 2009 June 9²⁾

*日本のデータは厚生労働省「患者調査」より引用

表2 国民負担率（対国民所得比）

	租税負担率	社会保障負担率	合 計
日 本	25.1%	15.0%	40.1%
スウェーデン	51.5%	19.2%	70.7%

出典：財務省資料³⁾ 日本は’08年 スウェーデンは’05年

給となっている。

2) 医療施設

スウェーデン中央統計局によると、スウェーデンの診療所・病院はほとんどが公立であり、私立病院のベッド数は全体の1割程度にしか過ぎない。各コミューンに人口1万人につき1か所、地区診療所（Vårdcentrum）が設置されている。これは日本の個人診療所に当たり、地域住民のプライマリーケアを担い、外来患者の診察や病院の紹介、在宅医療など多岐に亘る業務を行っている。地区診療所は全国に約850前後あり、ストックホルムやヨーテボリなどの大都市では、複数の医療地区に分け、地区診療所を設置している。

訪問看護ステーションは、地区診療所にある場合と、ナーシングホームや障害者などの福祉施設にある場合がある。全国に約1600か所あり、在宅看護、遺族のグリーフケアなどにあたる。

急性期医療・高度医療を担う主な医療施設に地

区病院と中央病院とがある。20万人に1か所、中規模の地区病院が、また30万人に1か所、大規模な中央病院が全国に設置されている。地区病院は全国に58施設あり、中央病院は各県に最低1か所、全国に25施設存在する。どちらもあくまでも急性期治療を行う場であり、治療が終われば患者はリハビリ施設やナーシングホームに移管されることとなっている。所定の期間内に患者を退院させない場合は、コミューンはラスティングに罰金を払うこととなっており、徹底した医療費削減政策が取られている。

高度先進医療は、全国の医療区に設置された9つの病院が担い、同時にここは大学医学部の教育も担っている。ストックホルムのカロリンスカ病院やヨーテボリのサーリグレンスカ病院がこれに当たる。

IV. スウェーデンにおける精神医療制度

スウェーデンの精神医療政策の根幹となる法律には①社会サービス法（1980年）、②医療法（1982年）、③強制精神医療法及び司法精神医療に関する法律（1991年）、④特定の障害者に対する支援およびサービスに関する法律（1994年）の主に4つがある。これらの法律に基づき精神障害者医療福祉は各組織に割り当てられ、責任の所在が明確となっている（表3・4）。

スウェーデンでは、1970年代後半より、精神障害者のケアの場を入所施設から地域へ移行する試みが始められたが、1980年代半ばに国の方針としてその旨が明確に示されるようになると、その動きは加速されていった。1992年、議会の委員会組織である精神医療委員会により、他の福祉行政に比べ、精神疾患患者の状況は標準のレベルを大幅に下回っており、身体障害者の基準と比べても明らかに下回っていることが報告された。スウェーデン市民の70%、および身体障害を持つ年金生活者のうち53%が休日に旅行するのに対し、精神障害を持つ年金生活者は30%程度の人しか旅行に行けないという実態などが明らかとなった⁴⁾。こ

のような現実を踏まえて、1994年に障害者ケア改革が、さらに1995年から精神科医療改革（Psykiatrireformen）がなされた。この改革の一環として地域ケア基盤づくりの為にラスティングとコミュニティは補助金として3年間で12億クローナ（150億円）を国から受けた。それと同時に、コミュニティは治療期間が合計3ヶ月に達した精神科入院医療完了者について3ヶ月以降の費用支払いの義務を負うこととなった。つまり、社会的入院患者に関してはコミュニティがその費用を負担するという一種のペナルティ政策である。また同年、社会サービス法において、「コミュニティは身体障害者に対して負う責任と同様の責任を精神障害者に対しても負わなければならない」という規定が新たに追加され、住居・雇用など多岐にわたる項

目について精神障害者の要望に応える責任がコミュニティに課されることとなった。

さらに1997年には、特別病院・入所施設解体法が制定・施行され、1999年12月末日までに入所施設が全廃されることが明文化された。精神疾患患者の入院施設も解体が進み、現在では精神科病棟は急性期病棟と社会復帰までの一時入院の病棟を残すのみとなった。スウェーデン政府は2億8000クローナ（約38億円）の国庫補助金をグループホームやケア付き住宅の建設のために支給し、地域での受け入れ施設を急速に増やしていった。こうして、精神科病床数は着実にその数を減らし（図1）、従来、病院で治療していた回復期・慢性期の精神疾患患者を地域でケアするシステムへと完全に移行していった。1962年において住民1,000人に対

表3 スウェーデンにおける精神医療に関する関連法規

法律	規定年	主な内容
社会サービス法	1980年	自治体における社会福祉の責任について規定
強制精神医療法及び司法精神医療に関する法	1991年	強制医療について規定
特定の障害者に対する支援およびサービスに関する法律	1994年	長期の疾患による障害者の権利について規定
地方財務責任法	1990年 1995年	市町村の財源不足のために入院を強いられる患者の治療のために県評議会に支払を行うことを市町村の義務と規定
社会サービス法	1995年	市町村は身体障害者に対して負う責任と同様の責任を精神障害者に対しても負う規定を追加。十分な住居や意味のある雇用など精神疾患患者の需要に応えるよう責任が課されるようになった。
特別病院・入所施設解体法	1997年	1999年12月末日までに入所施設的全廃を明文化。

表4 スウェーデンにおける国と各自治体の医療福祉に関する責任

ラングスティン：県（23）	直接選挙に基づく独自の政治組織を持つ。ほぼすべての医療サービスについて責任を負う。入院患者および外来患者の専門的治療
コミュニティ市町村（約290）	各々独自の政治組織を持つ。住民から税金を徴収し、住居、経済支援、育児、高齢者向けの特定の医療等のサービスを住民に提供する。慢性疾患治療の一部についても責任を負う。
国家厚生委員会	社会サービスの統括、評価および監督、ヘルスケア、デンタルケア、歯科衛生、環境衛生および伝染病の管理を担当するスウェーデンの政府機関。精神疾患の治療に関して委員会が策定した基本方針を自治体は採用している。

する精神科病床数は4.6であったのに対し、1997年にはわずか0.75にまで減り、近年は0.5前後に留まっている。病床数削減を促進した要因として、入院施設を補うためにナーシングホームやグループホームなどが設けられ医療と福祉の機能分化が明確にされたことや、認知症患者を老人病棟に移し疾患別にも機能分化が行われたことなどがあげられる。

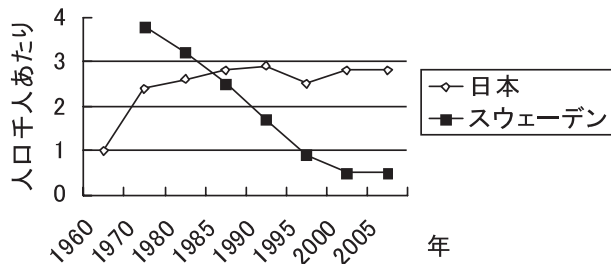


図1 OECDに基づく精神病床数の推移

V. スウェーデンにおける精神看護教育

1. 教育制度

このように在宅医療を実現化するためにスウェーデンはどのような人材育成を行ってきたのか看護師教育を中心に述べたい。まず、スウェーデンの看護教育について述べる前に、初等・中等教育の概要について若干の説明を加えたい。スウェーデンにおける初等・中等教育の流れは日本とほぼ同じで、9年間の義務教育後、高校3年、大学・専門学校などに進む教育システムとなっている。スウェーデンの教育の特徴は、徹底した教育の機会平等にある。義務教育から大学教育・専門学校教育に至るまで授業料・入学料・教科書代が全て無料で、親が学費を負担することがないため、経済的理由で進学が左右されることがほとんどない。実際、スウェーデンの大学生のほとんどが、国からお金を借りたり（学生ローン）、バイトで生活費を稼ぎ、親からの仕送りなしで大学へ進学している。さらに、リカレント教育により、社会人においても同様に教育の機会平等が保障されている。リカレント教育とは、いつでもどこでも誰もが学びたいときに学べる教育システムのこと、勉強

をしたいと思う人が労働や余暇活動を行いながら教育を受けたり、あるいは年金生活をしながら教育を受けたりすることが可能なシステムである。リカレント教育という言葉は元々スウェーデン語の Aterkommande utbildning の英訳で、スウェーデンの教育相であったパルメ（後の首相）が1969年にパリで開催された欧州教育相会議で自国の教育システムを紹介する際に使ったのが最初である。つまり、1969年にはスウェーデンではすでにリカレント教育が導入されていたということになる。スウェーデンにおけるリカレント教育の浸透の大きな理由は、学習者に対する社会の理解と、「何を勉強しても、どこで勉強しても教育費が無料である」という徹底した機会平等に拠るところが大きい。

大学進学は、受験がなく高校時代の成績もしくは、大学適性試験の成績によって入学が許可される。しかし、実際は高校を卒業した後すぐに大学に進学する人はそれ程多くなく、社会に一度出た後に、経済的に自立してから、学生ローンなどで生活費を賄い大学へ通うケースが多いようである。なお、スウェーデンには大学教育に相当する教育機関が Universitet と、Högskola の2種類ある。Universitet は、日本で言うところの「大学」でスウェーデン国内の大学のほとんどが国立大学である。Högskola は、英語では University と訳される場合もあるし、College と訳される場合もある。教育内容は大学教育に相当する。修学期間は3年で単位習得後は、学士号が与えられる。看護師・保健師・助産師教育はこの二つの教育機関が担っており、スウェーデンの看護師は全て学士である。

2. 看護師教育の中の精神科看護

～ベンネッシュボリ大学

(Vanersborg högskola) の例～

1) ベンネッシュボリ大学の概要

本稿で、紹介するベンネッシュボリ大学は、スウェーデン南西部地域の教育をカバーする教育機関で、生徒数は合わせて1万人である。学科は、

就学前教育		義務教育	中等教育	高等教育
0～5歳	6歳	7～15歳	16～18歳	19歳～
保育園 Förskola	6才児学級 Preskola	基礎学校 (9年制) Grundskola	高等学校 (3年) Gymnasieskola	大学 Universitet/Högskola (看護師・保健師・助産師教育)
				国民大学 Folkhögskola
				専門的職業学校 (Kvalificerad Yrkesutbildning(KY) ヘルスプロモーション専門職の育成)
				成人学校 Vuxenutbildning (Komvux)
			成人学校 Vuxenutbildning (Komvux) (准看護師教育)	

図2 スウェーデンの教育システム

コンピューター関係、工業関係の科目と看護学科があり、入学に際しての試験はなく、高校で Högskola テスト（大学入試資格）に通ってさえいれば、誰でも入学できる。そのため仕事をしながら通う人も少なくない。看護学科には2005年2月現在、全学年で80名の学生が在籍しており、年齢層は18～50才と幅広く、最も多い年代が30代である。ベンネッシュボリ大学にはスペシャルナースコースも併設しており、看護関連の科目を担当する教員は約60名で我が国と比べ、教員数は多い印象であった。教員は季節ごとの地域講習会なども担当しており、地域の健康教育にも貢献している。

2) カリキュラムにみる精神看護学の位置づけ

修学期間は3年間で、カリキュラムは6期に分かれており、1学期20単位、6学期トータルで最低120単位を習得することになる(表5)。スウェーデンでは看護師国家試験はなく、単位習得後、学士取得をもって看護師の資格とみなされる。

日本のカリキュラムでは専門科目が老年・成人・小児・母性・精神と統合分野で成り立っているのに対し、ベンネッシュボリ大学の場合は、一般臨床看護・精神・老年と3つの柱で成り立っている。このカリキュラムの意図としては、まず第一に社会の高齢化を鑑み「高齢社会に対応できる人材育成」ということと、第二に「全科に共通して必要なメンタルケアの担い手の教育」ということがあ

げられる。

実習においてもその意図は明確である。カリキュラム120単位中、29単位は実習であるが、小児・母性・手術室といった特殊な所の実習はない。ただし、精神科は3週間かけて実習が行われている。その理由を尋ねたところ、「メンタルヘルスはどこにいても必要だから」とのことであった。また、実習29単位のうち必ず行かなければならない病院での実習は35%程度で、精神科の実習においても病院か地域かどちらか学生の興味のある方に行くことになっている。在院日数の減少により、看護教育もそのおもな場を地域に移行していったという。

また、学生は自分の興味のある分野については、実習の最後にプロフェッショナル臨床看護という科目において8週間(10単位)の実習に行くことが可能で、精神科を希望する学生は「臨床看護精神実習」で3週間(3単位)とった上で、「プロフェッショナル臨床看護実習」で8週間(10単位)実習を行う。つまり希望する学生は計11週間(13単位)を精神科で取得することができる。さらに卒業後、精神科を希望する看護師については、専門的精神医学の研修を1年間受けることができる。このように、まず看護基礎教育の中で、精神科に興味がある学生は自分の裁量で精神看護の学習を深めることが可能で、さらに臨床に出た後、その専門性を高めることができる。

表5 Vanersborg högskola Overview BSc in Nursing Program.

	科 目	単 位
1 学期	基礎看護学	5
	科学理論・方法論	5
	医科学コース1 (解剖生理学)	10
2 学期	健康と環境	5
	基礎臨床看護	5
	教育学	10
3 学期	医科学 コース2 (微生物学・免疫学・衛生学)	5
	医科学 コース3 (疾病・診断・治療)	10
	身体疾患臨床看護 (continues the following term→)	
4 学期	身体疾患臨床看護	15
	医科学コース4 (精神・老年)	5
	臨床看護/老年看護	
5 学期	臨床看護 精神	5
	科学理論・方法論2	5
	看護上級コース 学位論文	10
	選択クラス	5
	選択看護 研究	5
	選択クラス	5+5
6 学期	研究	10or5
	選択クラス	5
	プロフェッショナル 臨床看護	15
合 計	(各学期20単位以上取得 卒業認定単位は最低120)	155

ベンネッシュポリ大学カリキュラムを筆者が翻訳改編

表6 ベンネッシュポリ大学 看護実習の概要

学 期	科 目	実習内容	期 間 (Point)
2 学期	基礎臨床看護	高齢者福祉施設	3 週間 (3point)
4 学期	身体疾患	病院 (外科か内科選択)	8 週間 (10point) (注)
4 学期	臨床看護・老年	在宅看護	3 週間 (3point)
5 学期	臨床看護・精神	精神科病棟もしくは地域	3 週間 (3point)
6 学期	プロフェッショナル臨床看護	在宅・精神・内科・外科の中から選択	8 週間 (10point) (注)

(注) 実習前1週間予習期間、8週間ベッドサイドで実習、実習後1週間まとめ期間

ベンネッシュポリ大学カリキュラムを筆者が翻訳改編

VI. 考 察

1. スウェーデンの精神医療が抱える問題

以上述べてきたように、スウェーデンでは在宅医療を支える看護師教育においても在宅教育を重

点化し、地域の人材を育成し脱施設化を着実に進め、2000年に入り脱施設化はほぼ完了したと思われる。しかし、その一方で急速に推し進められた脱施設の弊害について、近年指摘されるようになってきている。現在のスウェーデンの精神医療の抱

える問題は精神障害者に対する偏見と専門医療の不足の大きく2点が考えられる。

1) 精神障害者に対する偏見

ノーマライゼーションのイメージの強いスウェーデンにおいても、精神障害者に対する偏見は強い。優性保護の名の下で、精神障害者が冷遇された過去もあり、80年代までは精神疾患を抱える患者は特定の地域に集められていた。筆者が調査したグループホームにおいても、精神病院から退院した患者が偽名で暮らしているというケースもあり、急激な脱施設の波で長期入院から地域へ出された患者の「施設外での生き難さ」を感じないではいられなかった。患者を受け入れる地域の側は、ボランティアなど精神障害者への協力も活発に見られる一方で、受け入れることへの不安も地域として抱えている。折りしも、筆者がスウェーデン在住中の2003年に起きたアンナ・リンド外相の殺害事件が、精神疾患治療歴のある者の犯罪であったことは国民に強い衝撃を与えた。アンナ・リンドは国民に非常に人気があり次期首相候補の一人とも目されていただけに、スウェーデン国民は深い悲しみと共に国中をあげてその喪に服した。さらに、悪いことにその翌日、北部の町で5歳の幼児が精神障害者に殺害される事件が起きてしまい、精神障害者に対する国民の不安や精神医療制度に対する不満はさらに強いものとなった。メディアでは精神障害者政策の見直し論がさかんに取りざたされ、「行過ぎたノーマライゼーション」の見直しが必要であるという論調が強まった。精神医療の脱施設化を先に実現させた福祉国家の苦悩は精神医療の在宅化を推進する我が国の一つの未来像を見るようでもある。そのような世論を押し切って、現在もスウェーデンの精神医療政策の目的は精神障害者が施設外の地域社会において生活できるよう、患者のニーズに応え、高度の自治権と質の高い生活を実現することであり、「精神医療は地域で」という方向に変更はないが、偏見を含め、障害者と健常者の共存には多くの障害が残されていることは確かである。

2) 専門医療の不足

「急性期治療は医療」で、「回復期・慢性期は福祉」という社会の中での機能分化をすることによりスウェーデンは精神病床数の削減に成功したものの最近では「精神病床の不足」が問題点として挙げられるようになった。地域で症状が悪化した場合にすぐに対応できるベッドがもはやない状況である。実際に、1960年代からその数を減らし続けてきたスウェーデンの精神科病床数は、2002年に人口千人対0.5という最低値を記録して以来横ばいである。しかし、本当に入院治療が必要な患者が専門的な治療を受けることが可能な医療システム作りと、入院治療が必要な人が必要な時に入院できる適切な病床数について再評価が必須であろう。その結果、病床数が少なく国民に適切な治療が行き届いていないようであれば、再度、病床数を増床する決断も必要であると考えられる。

また、入院治療のみならず、専門医師の不足も指摘されており、精神疾患になっても精神科専門の医師の診療をなかなか受けられないことも問題である。スウェーデンは日本とほぼ同じ国土面積を有しながら人口は約900万人で東京都の人口にも満たない。そのため、専門の治療を受けるためにははるか遠い町にまで行かなければならないことがしばしばあり、地域の精神疾患の治療を行える専門家は不足している。また地区診療所を受診する患者の約2割が精神疾患を患っているにも関わらず、ほとんどの患者が専門的な精神医療を受けていないことが明らかになっている⁴⁾ 専門的な精神医療施設はラングスティンに最低1か所は存在するが、地区診療所と精神科医療施設との連携は不十分である。医療現場は急速に脱施設化進んだが、肝心の受け入れ側のプライマリ担当の準備体制が不十分であった結果と考えられる。

2. 我が国への示唆

我が国においては1980年から精神医療保健福祉改革が実施され、法律の改正・診療報酬の改正により、平均在院日数を減らしてきた。しかし、依然、我が国の精神医療は病院内での治療が中心で

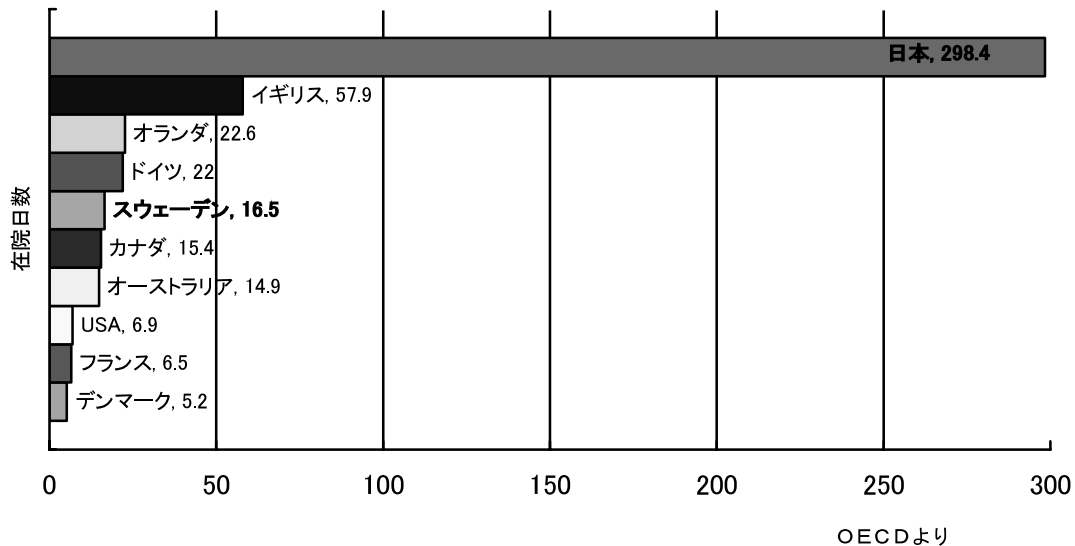


図2 精神科の平均在院日数国際比較

人口千人対病床数はスウェーデンの6倍（図1）、平均在院日数は18倍にも上る（図2）。これは、諸外国に比べてもはるかに多いものである。この要因として、医療と福祉の機能分化が十分になされていないことと、地域の受け入れ先が少ないこと、地域での医療を支える人材の育成がなされていないことなどが考えられる。

行政は在宅医療を推し進めているが、在宅医療の現場を担う人材の育成という点においては、その意識が看護師カリキュラムに反映されていないことが本研究の日瑞比較で示唆された。まず、看護実習において、日本のカリキュラムでは9割を病院で実習することとなっているが、スウェーデンでは病院における実習は3割程度である。インタビューに協力してくれたスウェーデンの看護教員は皆、口をそろえて「病院は特殊な所で、病気があっても患者は可能な限り自分の住みたい所に住むべきだ」と言っており、その考えはカリキュラムでも明確に示されている。これから日本が社会的入院患者を地域へ出し、在宅医療に力を入れる政策をとるのであれば、看護教育のカリキュラムもそのウェイトを変更していく必要があると考える。さらに、病院のようにチームでケアをすることと異なり、訪問看護の場合は単独での判断などが迫られる。その知識や技術は病院のものとも異なり、精神科リハビリテーションについてより

専門性が求められると考える。その点においてペンネッシュボリ大学では、将来精神科を希望する学生には、8週間のプロフェッショナル実習を課しており、卒業後、地域でも即戦力となるような教育がなされていると考えられた。

スウェーデンの看護教育は看護の中でもさらに「どこの分野に特化するか」ということが、ある程度学生のうちに方向づけられているのに対し、我が国の看護師教育はジェネラリストの育成だと言えよう。病院においても在宅においてもその専門性は常に問われるところであり、今後、看護基礎教育でどの程度、領域の専門教育を行うべきかは、我が国の課題であろう。殊に、単独で判断が必要となる在宅看護を担う人材の育成には、在宅実習時間の増加は必須で、さらに各分野における在宅看護についてもより専門的な教育の確立が急務であろう。

まとめ

在宅医療への移行に難航している我が国の精神医療政策を考える上で、スウェーデンの成功と失敗は見逃せない歴史であると考えられる。我が国においても、在院日数の短縮と、それに伴う精神病床数の削減が進められているが、スウェーデンのように行き過ぎた病床数の削減は逆に精神医療の質

を落とす可能性を秘めている在院日数を何日程度にするのが妥当であるのか、入院治療の限界と地域ケアの限界を見極めつつ適切な入院期間と精神科病床数の検討が必要であろう。在宅医療を進める上で、在宅訪問看護は必須条件であるが、スウェーデンの看護教育と我が国の看護教育の在宅看護に占める時間数の違いはあまりにも開きがあり、今後は在宅看護教育の見直しも必要であると思われる。また、ベンネシュボリ大学のカリキュラムにおける精神看護学の位置付けは、看護におけるメンタルヘルスの重要性が看護教育界でしっかりと認知されているということの現われであろう。これは、精神看護学教育を担う教育者たちの精神看護学に対する自負と努力の成果に他ならない。

謝辞：最後に、本稿をまとめるにあたり協力いただいた Vanersborg Högskola の An-Britt 教授、Kvalificerad Yrkesutbildning の Lise-Lotta 博士に感謝したい。Tusen tack.

注1) スウェーデンの准看護師は日本の准看護師とその役割が異なるために、副看護師と訳される場合がある。

- 域医療連携の可能性とその将来像—迫られる“疾病予防・管理”への環境整備』 2004年 日経メディカル
- 11) 奥村芳孝：スウェーデンから見た日本の准看護婦問題 看護教育 38/7 510-514 1997.
 - 12) 二文字理明 伊藤正純編著：スウェーデンにみる個性重視社会～生活のセーフティネット～ 桜井書店 2002.
 - 13) 中嶋一恵 住岡敏弘 高瀬淳 他：日欧の看護婦(士)養成制度に関する研究 長崎女子短期大学紀要 25巻 2001年
 - 14) 中嶋一恵 住岡敏弘 高瀬淳：EUにおける看護婦(士)養成制度の現状と課題 長崎女子短期大学紀要 26巻 2002年
 - 15) Study Programme Syllabus Bachelor of Science in Nursing Programme, 120ECTS Credits : Trollhattan, Uddevalla UNIVERSITY 2004
 - 16) The international nursing foundation of Japan : Fourth edition nursing in the world : 2000
 - 17) 海外情勢報告世界の厚生労働海外情勢報告2009 厚生労働省編集 TKC 出版 2009
 - 18) “Statiskt om hälso-och sjukvård samt regional utveckling 2006”
 - 19) Lansitng för bundet, 2002, “Medicinskt färdigbehandladepatienter inom slutna somatisk

引用文献

- 1) SCB URL:<http://www.scb.se>
- 2) OECD URL:<http://www.oecd.org/home/>
- 3) 財務省ホームページ
URL:<http://www.mof.go.jp/>
- 4) HASN (Hälso-och sjukvårdens ansvarsnämnd)
URL:http://www.hsan.se/Statistiska_centralbyrån

参考文献/HP

- 5) 高橋聡美、スウェーデンにおける看護教育カリキュラム、看護展望、Val31(9) P106-110 2006
- 6) 高橋聡美、スウェーデンにおける看護・介護システム、看護展望 Val31(8) P105-110 2006
- 7) 藤井威、『スウェーデン・スペシャル I 高福祉高負担政策の背景と現状』2002年 新評論
- 8) 武田龍夫、『福祉国家の闘い スウェーデンからの教訓』 2001年 中央新書
- 9) Ingela Björck, Bulle Davidsson : Sweden a pocket guide : Intergationsverket 2001
- 10) 医療経済研究機構編 『医療白書〈2004年度版〉地