

平成 28 年度

大学の世界展開力強化プログラム

ASEAN 諸国との連携・協働による次世代医学・保健学グローバルリーダーの育成



神戸大学医学部保健学科看護学専攻 4 年

岡崎優実

1、はじめに

私は、9月12日～10月7日の約4週間、タイ王国のチェンマイ大学を拠点に本プログラムに参加した。実習は、チェンマイ大学看護学部、チェンマイ大学病院、地域病院、学校、保育所などであり、成人看護、母性看護、学校保健、地域保健など様々な分野について学ぶ機会があった。実習の形式も様々であり、見学だけでなく、タイの学生の実習に参加したり、講義を受けたりすることができ、疑問点など教員や学生とディスカッションを行いながら進めることができた。実習中はタイ王国で生活を送る中で、タイの人々の食生活、交通事情、習慣など生活に関わる部分を体験することもでき、そこから得た学びもあった。こうした学びを病棟実習、母性看護、地域看護に分けて記述していく。

2、プログラムの概要

派遣期間：2016年9月12日～2016年10月7日

派遣先：タイ王国チェンマイ市

実習施設：チェンマイ大学看護学部

チェンマイ大学附属病院

Alternative Medicine Center（代替医療）

Saraphi Hospital（地域病院）

Watwaeruwan School（小学校）

Child Health Center（保育園）

Yupparaj Wittayalai School（中学校、高等学校）

Health Promotion Hospital（母子センター）

3、報告

<病棟実習>

実習で、婦人科病棟、産褥病棟、外科病棟、ICUを訪れた。病棟の構造は日本とは異なっている点が多く、婦人科病棟、産褥病棟、外科病棟のベッドは1部屋当たり7～8ベッド病棟で、清拭のケアなどをするとき以外はカーテンが使われておらず、他の部屋からもガラス窓を通して別の部屋の様子をみることができるようになっていた。また、ベッドの高さもケアがしやすい高さに常に固定されていた。こうした違いに対して、プライバシーの観点からみると快適でなく、感染している患者に対しても仕切りを付けないことや、看護師が業務をしやすいとはいえ、ベッドの高さが常に高いという点については、他の患者への感染の可能性や、患者の転倒・転落のリスクが高まるので改善する必要があると始めは考えた。しかし一方で、カーテンで仕切らないことで患者や褥婦同士は関わりを持ちやすく、看護師も患者の様子を確認しやすいというメリットも存在していた。産褥病棟では、さらに部屋の中央に搾乳室が設けられており、そこで褥婦同士が交流していた。日本では、多床室であってもカーテンで仕切られ、母親が交流を持つ機会が少ないが、タイでは入院中に同じくらいの産褥

時期の母親と知り合うことができるため、互いに相談をし合ったりと母親が仲間を作る機会が自然と作られているのだと感じた。このようにタイでは看護師不足から看護師の業務のしやすさを考えた病棟の作りになっており、患者や褥婦同士が交流する文化もあった。日本との違いから問題点だけを考えるのではなく、医療の現状に影響しているそうした考えや文化を含めて考えることが国際看護の視点に必要だと学んだ。

感染看護管理においてタイにおける日本との相違点に、ディスポーザブルの消毒剤や、タオルがなく、ボトル式の消毒剤や手洗い用のタオルを洗濯して使っていることや、出入り口が解放され、病棟もエアコンがなく、窓が常に解放されていることがあった。これらの背景には、タイの医療財源が日本より少なく、医療資源が少ないことがある。収入が政府からのお金である公立病院に対して、私立病院は富裕層を対象とし、患者からお金をもらっているため、資金が豊富であることが見学の中でわかった。そのため、私立と公立では差があるかもしれないが、公立病院では頻繁に使う用具や病院の構造をすぐに変えようとしても、財源を考えるとそれは難しいのではないかと考える。そのため、限られた財源の中でも、清潔にケアを提供するために、使う用具をリユースするという工夫が行われていた。一方、手洗いなどにつながる人々の意識や感染管理の観点での組織作りというものはお金が比較的にかからないものである。手洗いについて、外科病棟で、あらゆる場で手洗いの手順、タイミングが書かれたポスターが貼られており、啓発されていた。一方組織作りについては、感染管理は病棟毎に行っており、感染を全体として管理している部署はなかった。そのため、病棟によって手洗いの啓発も差があり、病院の中の感染看護にも差があるのではないかと、アウトブレイクが起きたときの対応や、再発防止策を病院全体で共有できているのかと疑問に思った。現場が当たり前に行っていて気づかないことを客観的に判断し改善するため、そして感染に特化して様々な部門との連携、制度作りを進めるための独立した機関が必要であると考えた。

また、タイでは医療者が不足しており、その影響が医療者や看護学生の役割に影響を及ぼしていることが明らかとなった。タイでは医師の不足を補うように看護師が日本で医師が行っているような業務を行い、看護師不足を補うように、看護師と同数程度のPNやヘルパーが病棟にいて、検温など一部の看護師の業務を行ったりと、保健医療を担う一員として活躍していた。そのため、看護学生は学生であるが、投薬、注射、患者教育などを実践してきており、日本の学生に比べて実践能力が高いと感じた。こうした役割の移行が対策となっているのだろうと考える。

<母性看護>

母性看護については、妊娠期の外来、分娩室、産褥病棟、母乳外来での実習を通して学ぶことができた。

妊娠期の外来で、タラセミアという先天疾患があること、遺伝性の疾患であり、出生前診断を行い児がタラセミアを持っていると判明した場合、多くの場合中絶をすること、タラセ

ミアの中絶の場合は違法ではないが、タイは仏教の教えから殺生は禁止していることを知った。日本でも出生前診断と中絶には、倫理的な問題や両親への精神的影響があるが、タイにおいては自分の子供の命を絶ってしまう悲しみに加えて、仏教の教えに反することも精神的に大きく影響するのではないかと考えた。そのため医療専門職には、中絶を決意した両親への心のケアが必要であった。また、中絶は義務ではないため、タラセミアを持つ児を生き育てると決意した両親もいる。中絶を選ぶ人が多いという傾向の中で、タラセミアを持つ人々とその家族に対しての社会的サポートが確立していることが、そうした人々への差別や生活の困窮の対策に必要であると感じた。

日本とタイでは産褥期の入院期間が異なっていた。日本では産褥 4 日か 5 日で退院するが、タイでは産褥 2 日か 3 日で退院する。それぞれメリットがあり、日本では比較的長い期間専門職によるケアを受けたり、相談することができるし、タイでは家族がいる家という安心した環境で早く過ごすことができる。タイの病院では、前に述べたように褥婦同士が交流しやすい環境になっており、専門職だけでなく母親同士で相談し合える上、家に帰っても父親が祖父母が子育てを手伝う傾向があることや、ヘルスボランティアの訪問があり、専門職者以外のケアが充実していた。タイでは医療専門職が不足していることもあるが、それ以外の地域のつながりや家族の育児への関わり方などの文化も入院期間に影響しているのではと考えた。

<地域看護>

地域看護については、Alternative Medicine Center (代替医療)、地域病院、リハビリテーション病院、小・中・高校で学ぶことができた。

先ほど述べたように、タイでは医療者が不足しているが、地域でも日本とは違った形で医療専門職以外の人々が医療を担う者として活躍している。看護学生が地域での健康教育や、学童や生徒に対する健康診断を行っており、ヘルスボランティアが、高齢者や産後の母子に対して、インタビューを通してヘルススクリーニングを行ったり、一人暮らしの高齢者の生活についてリハビリテーション病院などで看護師と話し合っ訪問したりと、地域における保健医療の一員として役割を果たしていた。また、代替医療の場でも、ケアを提供するだけでなく、作物を体に害のないように作るための指導を行ったり、地域の蚊を減らす活動をヘルスボランティアと共に行っており、地域の健康に貢献することも役割の一つであるのだと感じた。このようにタイにおいては、看護学生、地域住民であるヘルスボランティアや地域の施設が地域の健康づくりや退院後の生活を支える重要な存在であった。

一方、地域看護を担う看護職として地域病院の看護師がいるが、学校に看護職が常駐しているところが少なく、保健師として行政と連携しながら予防に専門的に関わる看護職はなかった。保育所や学校での実習で、タイの学校では虫歯やしらみなど衛生や生活習慣に関わる健康問題が子供の間で問題となっており、その背景に親が出稼ぎで忙しく子供に関われないという理由があった。一方で比較的経済面に余裕のある親の利用する保育所では、歯

磨き訓練や発達のための体操の実施など行われており、お金がなく質の低い公立に通うか公立にも通えず健康のための習慣を身に着けるための機会がない子供と、幼稚園に通い質の高い健康教育を継続的に受けられる子供では、幼少期から生活習慣の確立に貧富の差による格差が生まれているのではないかと考えた。タイでは30パーツで貧しい人も医療を受けることができるが、こうした貧富の違いによる健康格差に対して、医療が必要になる前に幼少期からの健康教育の充実を含めた、予防に関わる看護職の存在が必要なのではないかと考える。タイではこうした子供の生活習慣に関わる健康問題だけでなく、成人においても生活習慣病が問題になってきているため、特に生活習慣と健康についての啓発が必要であると感じた。また、健康問題は、衛生環境、貧困など社会的背景があるため、そうした多分野と連携するという点でも将来的に病院で働く看護職以外の地域での活躍が望まれる。



写真1：看護学生が小学生の健康診断を担当している

4、おわりに

私は日本で育ち、日本で医療や看護を学んできたため、今回の実習で日本を基に考えていた。その中で日本と違う部分を、はじめは改善するべき点であると考えていたが、タイで生活し、その国の経済、教育、人々の習慣などの文化や考え方を知らにつれて医療も他の分野も互いに影響しあっていることがわかり、現在の医療制度や健康問題はこれらの分野の影響を受けているため、日本と単純に比較しても意味がないと感じた。比較するだけでなく、その背景にどのような現状、文化、考えがあるのかと考えることが、その国に必要な医療・看護を考える上で大切である。今回の実習で看護師不足による問題や不足をどのように補っているのかを学びたいという希望があった。実習を通して、学生を含めた医療専門職の役割の移行があること、ヘルスポランティアや家族など地域のつながりの強さがあることを知り、タイの看護師不足を補っていることを学んだ。

また、先ほどタイの看護学生は実践能力が高いと述べた。日本においては看護師しかできないと決められているため、実践する機会はタイの学生に比べて確かに少ないかもしれないが、実践しなければ知らなくてもいいのかと思うときがあった。今までの授業で学んできたことが、テストや実習の時に限ったものになってしまっていなかったらどうかと考えた。タイの学生を見ていて、“Student Nurse”と呼ばれているのを目にして、学生であるが、

保健医療の一部を担うものとして責任と覚悟があるのだと感じた。私もその姿勢に刺激を受け、専門職になる者として、知識を身に着けるものとして学んでいかなければならないし、学びの場へ自分を置くように意識したいと考えた。

最後になりますが、今回のプロジェクトに参加するにあたり、たくさんの支援をしてくださった、チェンマイ大学、神戸大学、関係者の皆様に深く感謝致します。



写真2：初日に Dean と写真を撮らせていただいた