

平成 26 年度マルメ大学研修報告書



佐々木 康介

1. はじめに

本研修に参加するにあたり、スウェーデンの医療、福祉制度に加え、医療専門職種の教育について学びたいと考えた。臨床現場では多くの職種が存在し、それぞれの役割を理解した上で自身の役割を把握する必要がある。マルメ大学には学部生多職種連携教育専用病棟があり、学生のうちから多職種連携について実践的に学ぶ環境があることに興味を持った。また、日本の理学療法士の卒後臨床教育には医師や看護師の卒後教育制度と比べて明確なものがなく、今後の課題とされている。現地での臨床教育の良い点を学び、活用できる点を見つけないと考えると、研修に臨んだ。

2. スウェーデンの医療、福祉

スウェーデンは高負担高福祉国家として知られるように、国民負担率は58.9%（2010年；財務省）と日本より高い。国民は高い税金を負担するが、医療費の自己負担額の上限は900SEKに設定されている。また、多くのランスタング（日本の県に相当する広域自治体）では20歳未満の医療費は無料である。税金の負担は比較的高いが、その分上述のようなサポートを実感できるため、国民は国を信頼しているとのことであった。

・ Study visit at the Health Care Centre

スウェーデンにはプライマリケア医が存在し、住民は自身のプライマリケア医を登録する。住民はすぐに総合病院を受診するのではなく、診療所にあたる **Health Care Centre** を受診し、初期の診療を受ける。各医療機関の役割分担が明確化されており、より専門的な治療が必要な場合のみ、大病院を受診するという仕組みが整備されている。

また、医療従事者の役割の専門化が進んでおり、代表的な例としてトリアージナースが挙げられる。トリアージナースは住民の状態や重症度を判断し、検査や治療を含めた初期対応を決定する役割をもつ看護師である。住民は **Health Care Centre** に電話で連絡を取り、トリアージナースに相談をする。もし治療が必要であれば来院し、適切な処置を受ける。投薬等の処置は看護師が担当することができ、より専門的な対応が必要な場合のみ、医師の診察、治療を受けるといった体制が構築されている。トリアージに関してはマニュアルが作成されており、一定の水準でトリアージが行えるような取り組みが行われている。

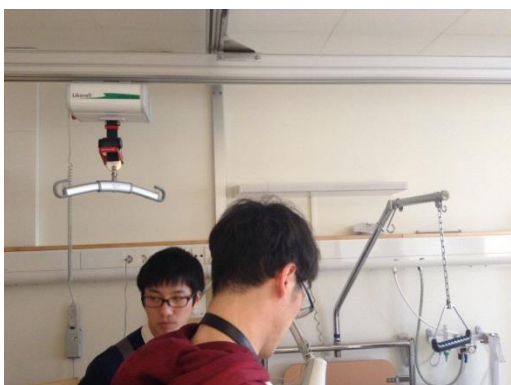
現在、日本では住民が自由に医療機関を選び、受診することができる。一方で、軽症であっても大病院を受診する人が多く、病院が救急対応などの役割を十分に果たせないといった問題点が指摘されている。そこで、日本でも2016年度から紹介状なしで大病院を受診する際には追加料金を義務化し、各病院の機能分化を進めようとする流れとなっている。

・ Study visit Orthopedic clinic

主に脊椎の疾患を専門にする整形外科の外来クリニックを訪問し、実際に理学療法士の診療場面を見学する機会をいただいた。そのクリニックでの理学療法士の役割は、主に患者の評価と治療方針の決定であり、年間約5,000人の評価が行われている。また、理学療法士

は手術適応の決定についても関わっていた。見学の機会をいただいたクリニックでは受診する患者の内、20%には手術を提案し、80%程度は理学療法のみで完結するとのことであった。今回見学させていただいた患者さんは腰椎椎間板ヘルニアの診断名の方であり、手術は必要ないと判断されていた。問診や評価、治療プログラムや生活指導等、理学療法の内容としては日本と大きく変わらないように感じたが、画像所見を読み解く能力や鑑別診断の力が優れていると感じた。

また、入院棟を見学する機会を得た。病室のベッドにトランスファー用のリフトが備え付けられており、移乗の安全性や介助者の腰痛予防にも配慮されていた。



- Study visit Elderly home

日本では要支援～要介護といった機能で介護度が分類され、受けられるサービスがある程度決まるのに対し、スウェーデンでは各個人がどのようなサポートが必要かに応じて、サービスを選ぶといった形態であった。

Personcentered Care の考えに基づき、利用者個人を理解することを重視している。各利用者に電話に出るなどの役割を持ってもらい、その人ができることを見つけて伸ばしていくという関わり方をされているとのことであった。

認知症の方を対象としたケアホームを見学した。理学療法士は週 2 回程度ケアホームを訪れ、主に利用者の機能評価やプログラムの作成、施設スタッフへのプログラムの伝達、車椅子の処方等を行っている。



・ Palliative care (緩和ケア)

緩和ケアとは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者およびその家族の生活の質を改善するアプローチである (WHO, 2002)。緩和ケアに関して以下の 6 つ S が重要視されていた (①Self-image : 自身の人格等の認識、社会的な役割、自己評価、アイデンティティを踏まえてその人を理解する、②Self-determination : 対象者のニーズや希望を理解する、③Symptom control : 症状のコントロール、④Social relationships : 対象者が社会的なつながりを維持したり発展させたりすることを支援する、⑤Synthesis:対象者のこれまでの人生を引き出し統合する、⑥Strategies:対象者の将来や死のプロセスについて共有する)。つまり、患者さんの人格や患者さんにとって今何が必要かを理解した上で、医療従事者に何ができるかを考えるという、Personcentered Care の考えが重要であると学んだ。また、Total pain という苦痛を身体的、精神的、社会的、スピリチュアルなものとして捉える考え方がある。Total pain を緩和するためには多職種が連携し、さらに家族も巻き込んで関わっていくことが重要ということ学んだ。

・ Study visit, Psychiatric Clinic, Organization and teamwork

スコーネ大学病院内にある精神科クリニックを見学した。職業復帰プログラムの導入や多職種の連携により、できるだけ早期に地域へ復帰できるよう取り組んでいる。精神科領域においても多職種連携が推進されており、主な構成職種としては精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士である。また、家族の関わりについても言及されおり、特に子どもが入院中には親が付き添う必要がある。その際、休業が必要になることもあるが、給与の約 80%が 60 日間保障される等、経済的な援助を受けられる。

今回の見学の中で、理学療法士は身体機能だけでなく、精神疾患の患者さんのボディイメージに着目した介入を行う等、日本と異なる点を学ぶことができた。クリニックの理学療法士に学部での臨床実習についてお話を伺ったところ、神経領域、整形外科領域、リハビリテーション病院、プライマリヘルスケア、糖尿病に加え、精神科領域についてカリキュラムに含まれており、幅広い分野を経験できるよう配慮されているようであった。

3. 教育

スウェーデンでは大学まで学費は無料であり、高い税金負担が教育にも還元されている。

マルメ大学には、高校卒業後すぐに大学に進学せず、アルバイトや海外での生活等、様々な経験をした後に入学する学生が多く、入学時の平均年齢はおよそ 27 歳と日本と比べて高い傾向がある。

・ Study visit at the University Hospital Educational ward

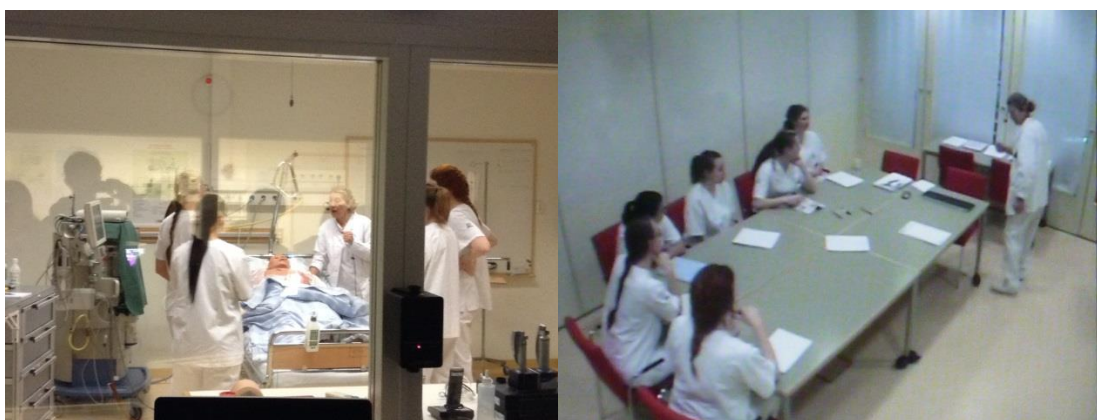
スウェーデンには KUA という大学病院の教育棟が 10 施設存在し、医学生、看護学生、理学療法学生、作業療法学生が協力して実習を行える環境が整備されている。マルメ大学構

内にも KUA がありルンド大学の学生と共有している。併設されている病棟には糖尿病や肺炎等の疾患の患者が実際に 8 名入院しており、各専攻 6~7 名の学生がチームを組み、協働して患者を担当する。実習は 2 週間行われ、多職種連携を実践的に学ぶ機会が提供されている。実習では治療方針の決定や投薬や注射を含めた医療行為、申し送り等、学生たちが責任を持って実施する。また、毎日振り返りが行われ、患者の治療やチーム内でのコミュニケーションを改善させるにはどうすればよいかを考える機会がある。指導者のチームも存在するが、ファシリテーターという立場であり、できるだけ直接的な指導は行わず、質問等を通じて学生たちにどのような行動をとればよいかを考えさせるよう工夫されているようであった。

学生が担当するということを拒否する患者がいるのではないかという疑問も挙がったが、教育病棟に入院するには学生が担当することを承認する必要があり、むしろ一生懸命学生が取り組むので入院を希望する方が多いとのことであった。

KUA には人形を用いたシミュレーション実習を行える設備があり、学生や卒後臨床で働いている医療従事者が実技やチーム内の連携を実践的に学ぶ環境が用意されている。今回見学させていただいたのは臨床実習前の看護学生を対象にした実習であり、1 型糖尿病患者が低血糖になったときの対応を学ぶものであった。シミュレーション用の人形は呼吸や心拍数等のバイタルサインを設定できるよう、実際の場面に近い状況を作り出すことができる。実習は大まかに以下のように進み、段階的に学べるよう配慮されていた(①臨床経験豊富な指導者が説明を行いながら手本を示す、②学生がその指導に基づいて対応を経験する、③指導者や学生間のフィードバック)。また、指導者は疾患や症状の理論を説明し、学生が理解した上でどのような対応を行うべきかを教え、その都度知識を臨床場面に反映できるような指導が行われていた。

日本では理学療法士学生の臨床実習の到達目標は「ある程度の助言のもと基本的理学療法を実施できる」とされている。一方で、スウェーデンでは KUA での実習が組み込まれている等、より実践的な教育が行われていると感じた。



・ Clinical supervision in theory and practice

Clinical supervision は、学生が実習で経験したことをファシリテーターの役割を担うスーパーバイザーを交えて、学生同士が共有するといったものである。これは学生の経験や悩みをお互いに共有することで、次にどう活かせばよいかを学ぶとともに、悩みを表現することで不安の軽減やバーンアウトを防ぐことも目的としている。

講師の Marianne 先生は聴くことの重要性を強調されていた。傾聴することで話す側の考えや気持ちを整理することができ、悩みや問題の解決につながる。また、患者さんや家族の話を受容することで、彼らが何を望んでいるのかをより理解することができ、より適切な対応につながる。



4. その他

スウェーデンへの出発日、航空会社のストライキのため搭乗するはずであった便が欠航するというトラブルがあった。初めてのことであり研修に参加できるのか不安であったが、何とか他の航空会社の便への振替が可能になり、当日中にパリを経由してコペンハーゲンまで移動することができた。しかし、コペンハーゲン空港でロストバゲージという新たなトラブルに遭遇した。おそらくパリでの乗り継ぎ時間が短かったため、荷物の移動が間に合わなかったためと考えられる。着替え等の荷物が手元にない状態ではあったが、森山教授、教育・国際室国際交流グループの野村様が迅速に対応していただいたおかげで、無事に現地に到着しプログラム初日を迎えることができた。今回のようなトラブル発生時の対応についても経験することができ、結果的に貴重な学びを得ることができたと考える。なお後日、荷物は無事に手元に届いた。

5. まとめ

スウェーデンでは各専門職種の機能分化が進んでいた。卒後教育についてはあまり学ぶことができなかったが、各職種の専門性の確立はマルメ大学で行われているような多職種連携教育にも基づいているのではないかと感じた。多職種を理解することで自らの専門性を認識することにつながり、チーム内での役割も明確になってくると考える。また、お互い

の専門性や役割を理解することで、自身だけで解決が難しい問題がでてきたときにサポートを得られやすいのではないかと考える。今回の研修で、卒前に多職種連携教育が KUA という実践的な環境で行われていることを知り、感銘を受けた。今回参加させていただいたマルメ大学の研修プログラムには、本学から医学生、看護学生、理学療法学生、作業療法学生という様々な専攻の学生が参加した。そのため本研修を通してお互いの意見を交換することで、それぞれの職種の役割について学ぶ機会が得られたのではないかと考える。日本でも多職種連携教育がより推進されることを願う。

理学療法の内容自体については日本と大きくは変わらない印象を受けたが、プライマリケアや整形外科的な手術の適応判断への関与、開業権があること等、日本に比べて理学療法士の裁量が大きいと感じた。これは制度の違いもあり、全てを日本に適用することは難しい。しかし、多職種連携教育により各職種の役割についての理解を進めたり、理学療法の効果を明らかにし公表し続けることで理学療法士が貢献できる分野の拡大につながるのではないかと考える。

・謝辞

本プログラムに同行いただいた森山美知子教授ならびにプログラム参加にあたり多くのサポートをいただいた野村涼子様をはじめとする本学関係者の皆様方、ご多用中にも関わらず貴重な経験を提供して下さった Anna Carlsson 教授をはじめとするマルメ大学関係者の皆様方、そして共にプログラムで学んだ学生メンバーの皆様方に感謝致します。