

マルメ大学研修結果報告書

広島大学医学部保健学科作業療法学専攻
荒川 見咲

はじめに

私は将来、作業療法士として国を問わず多くの人の QOL(Quality of Life, 以下 QOL)を上げられるような仕事をしたいと考えている。そして、QOL は、その人の心身状態と同等またはそれ以上にその人の生活する家庭、学校、病院、自治体、国などにおける多様な物理的・社会的環境によって大きく左右されるものであり、QOL を高めるためにはそれらの環境をよりよいものにしていく必要があるとも考える。したがって私は、人の健康的な生活を支援していくよりよい環境とは何かを考えるべく、マルメ大学でスウェーデンの医療制度や福祉制度、リハビリテーションについて学び、日本との差異を比較することを目的に研修に参加した。

スウェーデンの医療、福祉制度とその考え方

スウェーデンの医療は公営であり、政府機関や省庁などがガイドラインを定め、各地域に予算の配分を行っている。スウェーデンの医療機関は、国から配分された予算内で診察や治療を行っていくため、治療を行うほど医療機関への負担が増える。したがって、日本の病院のように患者を集めるための過剰な投薬や不要な患者サービスをしない。MRI や CT などの設備も大学病院や高度な治療の必要な医療機関にしか置かれていないという。また、医療費抑制政策の一環として、来院する患者数を抑えるための予防医療、さらには在宅医療の体制を充実させてきている。このことは、経費削減だけでなく、“病人”扱いされる人を減らすことにも貢献しているように感じられる。

また、スウェーデンの医療従事者は全員が公務員であり、各医療機関に一定数の医療従事者が配属されている。医療従事者の育成は完全に国により統制されており、年間で資格を取れる人数にも制限があるという。その結果、少数精鋭の高い専門性を持った医療従事者を育てることに繋がっている。

スウェーデンでは、超急性期以外の患者が体の不調を感じたら、まず地域のヘルスケアセンターへ電話等で相談をし、医師ではなく看護師によるアセスメントを受ける。電話相談の際、その内容から患者が受診する必要がないと看護師が判断した場合には、電話越しに患者に対処法を伝えるのみで対応を終了することがある。ヘルスケアセンターに来院するのは基本的に看護師が必要と判断した患者のみで、そこでも医師より先に看護師がアセスメントをし、看護師が対応できる患者には看護師が治療を行う。看護師が対応できない患者のみ、医師によるアセスメントや治療を受けることになる。医師は“最後の砦”なのである。そして、ヘルスケアセンターで治療が行えない場合には地域の病院、さらには必要に応じて大学病院や高度医療施設に紹介するという仕組みとなっている。この仕組みは「プライマリケアシステム」とよばれる。

スウェーデンにおいて、このプライマリケアシステムが適用されるのは医師・看護師による治療のみではない。リハビリテーションの主な専門職として作業療法士、理学療法士が挙げられるが、どちらも独立開業権を持ち、医師の処方なしで治療を行うことができる。また、他職種からの紹介をされたという理由以外で作業療法や理学療法を受けたいと思った人は、まずヘルスケアセンターの作業療法士や理学療法士に連絡を取り、それからヘルスケアセンターにて療法士によるアセスメントを受ける。センターの療法士が作業療法、理学療法が必要と判断すれば、地域の療法士を紹介する。作業療法や理学療法よりも医師による治療が必要と判断される場合もあるが、そのときには医師を紹介するのである。作業療法、理学療法ともに、医師による治療と同様にごくわずかな自己負担で受けることができる。作業療法士の処方した福祉用具や住宅改修にかかる費用も、全額国が負担する仕組みとなっている。

スウェーデンは、より平等な社会を目指し社会変革をすすめてゆく、いわゆる左派政党が強かったという背景から、現在の高福祉高負担な国家となるに至っているという。そして、国民には自己決定や自己主張を重んじ、“必要な人により多く”配分することを平等とする考え方が一般的であり、その国民性から、必要な治療やリハビリテーションを自己責任において選択し、自らのニーズを主張していく。スウェーデンの税金は、30%の所得税、25%の消費税をはじめとしてとても高額である。国民は高い医療・福祉を享受するために、納得して高い税金を納めているのである。

クリニカル・スーパービジョン

スウェーデンの医療従事者の育成は、多職種チームにおいて連携をする前提で行われている。ファシリテーターのついた実習生の多職種チームにより運営されている病院も存在するほどで、その中でグループワークも多く行われている。

クリニカル・スーパービジョンとは、医療従事者の心のケア(苦しみの軽減)をすること、臨床能力の向上、安全で質のよい医療を提供することなどを目的に行われるもので、多職種混合チームで実施する。ある治療上の場面において、メンバー1人が自らの困った場面について話をし、そのときどう感じたか(I feel…)・どう考えたか(I think…)・どうしたか(I did…)を伝えて、それに対して他のメンバーが自分

ならどう感じただろうか、どう考えただろうか、どうしただろうかを熟考しそれを伝えるグループワークのことを指す。

マルメ大学で受けた講義では、クリニカル・スーパービジョンについての口頭説明の後に、広島大学の同研修メンバーから医学生、作業療法学生(筆者)、理学療法学生の3名とタイの看護師3名のグループを作り、グループワークを実際に行った。今回は、タイの看護師のメンバーが自分の臨床場面での体験を話し、末期がんの人に対して自分たちができることについて皆で考えた。そのテーマに対し、私は、その人が「死ぬ前にこれだけはやっておきたい」ということを一つでも叶える手伝いをしたいと答えた。なかなか思いを英語にできなかったが、皆に助けられながら最終的に自分の想いを伝えられた。

本講義の担当教員は、一番大切なのは話すことでなく相手の話を聴くこと、そして、チームにボスは決して存在してはいけないということ、誰かに共感できる人だけが良い治療者になれるということを強く主張していた。自分の感情をオープンにすることはたやすいことではないが、それを行うことによりメンバー間でその感情を共有しながら話し合うことができ、解決の糸口が見つかったり、話し手自身気が楽になったりする。参加者全員がよりよい答えを求めて話し合うので、全体の成長や信頼関係の構築にもつながる。実際、このグループワークを終えてみて、私は他のメンバーへの信頼が前よりも深まったように感じた。日本でもこのようなグループワークが広まるといいと思う。そのためにはクリニカル・スーパーバイザーの育成も必要となるだろう。

マルメ市内を歩いて

私は、マルメ大学の近くにある福祉用具店を2度訪れた(前年度の研修では作業療法士が開業している福祉用具店の見学がプログラム中に含まれていたようだが、残念ながら今回は訪れることができなかった)。そこには日本でもよく用いられる福祉用具が多数並んでおり、作業療法学生としては非常に興味深かった。店員の方も親切に道具の用途を教えてくださいました。

マルメの街は歴史ある街並みであるが、それゆえに地面は石畳であることが多かった。そして、寒地であるためどこを見ても融雪剤が撒かれていた。歩道は石畳やインターロッキングブロック舗装(写真1)をされたものが多く、特にガタガタしているため高齢者や杖歩行者、車いすの方が通るには不向きであると思われた。しかし、道中に車いすのタイヤ用の空気入れが設置されており(写真2)、その他子どもや車いすに座っていても手が届く低さまでノブののびたドア(写真3)や車いす専用ボタンのついた自動ドア(写真4)、車いす用のリフトなど、街中に多くのバリアフリー設備が整っているのが見てとれた。点字ブロックも日本同様、多く設置されていた。



写真 1:融雪剤の撒かれたブロック舗装の歩道



写真 2:車いすのタイヤ用空気入れ



写真 3:車いすに乗っていても開けやすいドア



写真 4:車いす専用ボタンのついた自動ドア

おわりに

スウェーデンでの 10 日間の生活は、終わってみれば一瞬のこのように感じられる。本研修への参加が決まった際には大きな喜びがあるとともに、生活環境が大きく異なる国に滞在し勉強することへの緊張を感じ、また、自身の語学力への不安感も大きかった。実際、講義を理解することはできても、自分の語学力では自分の想いを伝えきることができなかった。しかし、引率の森山先生をはじめ参加者の皆様が代弁してくださったほか、マルメ大学の先生方が熱心に私の言葉を聴いてくださったことにより、話し合いに加わることもできた。これからも自分の語学力を高めていく必要があるとは痛感したものの、英語が伝わらなくてもノンバーバルな部分で自分の想いを伝えることはできると感じた。

スウェーデンの諸制度を学び一番印象に残っているのは、患者のことを第一に考え、多職種チームでの連携をとる経験を学生のころから当然のこととして積み重ねているということだ。日本では、病院によっては院内の多職種による会議もなく、チームとして働いていないどころか他職種が何をしているのかすら互いに知らないという状況もありうる。皆が患者のために働いているはずなのに、互いの職種の専門性を知らずして、自分の担当患者に他職種による支援が必要であると判断することはできない。それでは、人の QOL を真に高めていくことはできないだろう。今後は日本も病院内の多職種連携を確かなものにしていく必要があると考えるが、まずは教育的な部分で他職種について学べる環境を整えていくことが大切となるのではないだろうか。

また、スウェーデンに比べ、日本国民への作業療法、理学療法の浸透率は格段に低いことも感じた。日本では「リハビリテーション」という言葉への認知度は高いが、医師や看護師に比べ、作業療法士、理学療法士などの専門職の認知度は半数以下であるという。専門職自身が自らの専門性を国民に訴えていくことを続けなければならない。私もそのために、医療従事者として専門性を高めてゆく努力、周りに伝える努力を絶えずしてゆきたい。

謝辞

この度は、貴重な研修の機会を与えていただき誠にありがとうございました。本研修のためご指導くださった森山教授、野村先生および参加学生の皆様ほか、すべての関係者の皆様に深く感謝の意を表します。

以上