

マルメ大学研修報告書

医学部保健学科理学療法学専攻

千歳裕子

1. はじめに

今回 10 日間のマルメ大学研修に参加し、貴重な経験をすることができた。日本の医療制度についてしか知らなかったが、今回の研修でスウェーデンの医療制度についての学習し、日本の医療制度について客観的な視点から考察することができた。特に理学療法士の違いが印象に残った。

2. 学習内容

1) スウェーデンについて

北ヨーロッパのスカンディナヴィア半島に位置し、首都はストックホルムである。人口は 940 万人で日本の 1 億 2700 万人の 8%程度であるが、GDP は 3 兆 1,578 億 SEK で日本と同程度である。平均寿命は男性が 79 歳、女性が 83 歳で日本と同様に高齢化が進んでいる。また以前は少子化が進んでいたが福祉、教育制度の対策などにより改善してきている。

今回研修でお世話になったマルメ大学はスウェーデンで 3 番目に大きな都市であるマルメ市にある。スウェーデン国内全体で人口の 15%が移民であるのに対し、マルメ市は市民の 40%は移民が占めており、約 170 か国からなる多文化コミュニティである。移民を受け入れるきっかけは以前スウェーデンからの移民を他の国に受け入れてもらっていたことで、その恩返しとして移民を受け入れるという責任を果たしている。移民を受け入れる利点としては、移民によって人口減少を防ぐことができることがあげられる。しかし移民を受け入れる問題点としてはそれぞれの文化や宗教などの多様性があるため、異文化間での衝突が生じてしまう点である。日本の他にもフィンランドなどでは移民を受け入れていないが、移民を受け入れている国の考え方をすることも必要であると考えます。

2) スウェーデンの医療、福祉

スウェーデンの医療制度は 3 つのレベルに分類されている。中央政府が医療の基本となる政策、診療ガイドラインなどを作成し、県レベルでは中央政府の政策に基づいて良質な保健サービス、医療ケア、公衆衛生を提供する義務がある。そして地方レベルで市民に密着したサービスの提供を行う。

スウェーデンは高福祉高負担国家といわれている。スウェーデンの標準消費税は 25%

で日本の5%よりはるかに高いが、GDPに占める保健支出の割合は30%で世界の中でも上位に入るほど割合が高い。スウェーデンでは自己負担上限額が設定されており、19歳未満の子供は無料となる。また大学までの教育費は無料であるため、経済状況にかかわらず教育を受けることが可能となる。日本では高額医療制度があり、月10万程度を上限としているが、癌などの長期の治療だと負担額は高額になる。つまり、日本よりも消費税が高い分、日本以上に医療費や社会保障で手厚い補助を受けることができる。

3) Primary care



マルメ市には35のHealth care centerがあり、緊急時以外はまずここで診察を受ける。いわゆるかかりつけ医である。医師は専門化されておらず、あらゆる疾患に対応する。専門家が必要な場合にのみ大学病院などの大きな病院に紹介してもらう。医師は1人ではなく複数配置するという決まりがあり、各ヘルスケアセンターに2人以上の医師がいる。second opinionはほとんどなく、かかりつけ医との信頼関係が築かれている。医療従事者は公務員で、病院や医療従事者の数は国によってコントロールされている。

これらの点は日本と大きく異なる。日本では医師が専門化され、病院や医師以外の医療従事者を育成する学校は国のコントロールが難しく、年々増加している。国によって統括されていないため利益を追求し患者の取り合いや不要な手術実施、高価な薬剤の選択などが生じ、患者だけでなく国の負担も増加する。また、かかりつけ医がはっきりと定まっていないため、患者は小さな病院から大きな病院まで自由にアクセスすることができる。

Health care centerでは看護師も診察を行う。ほとんどの場合、まずは電話で予約を

取る。この際看護師が電話対応し、症状やその程度から緊急性を判断して来院する必要性、早めがよいかを決める。そしてヘルスケアセンターではプロトコルに則って看護師が検査を行い、医師による診察が必要かどうかを判断する。この際日本とは異なり、看護師はいくつかの検査を医師による判断なしで行うことができる。またリハビリテーションや薬の処方を行うことも可能である。医師による診察が必要な場合や看護師ではわからない場合にのみ医師による診察が行われる。この結果、医師による診察が必要ない場合には看護師で完結し、医師の負担は軽減する。そして医療費の予算は限られているため、医師よりも診察費の安い看護師で診察することで、かかる費用を安くしている。しかし日本に比べて看護師に認められている診察内容が多い反面、看護師には責任がある。

Health care center は予防に重点を置いている。日本では、予防や患者教育はお金にはならず、手術や薬の処方はお金になる。しかしスウェーデンでは医療費の予算は限られているため、予防を行うことで、医療費を減らす。



看護師が検査を行う部屋



医師が診察する部屋

4) 理学療法士教育の違い

日本の大学での理学療法士教育は4年であるのに対し、スウェーデンでは3年である。スウェーデンでは授業の約半分は実習で構成されている。今回は医師、看護師、理学療法士、作業療法士のチームワークを学び、実際に治療を行う病棟を見学した。各職種の学生がおり、後ろから先生が見ているが口出しはしない。チームで話し合いを欠かさず、毎日その日のフィードバックを行う。チーム内でのコミュニケーションを大切にしており、コミュニケーションをより良くするための反省会なども行っている。患者を受け持つためそれぞれの職種が自分の役割に対して責任を持ち、協力し合いながら治療を行っている。

日本ではチームワークについて座学では勉強するものの、実際にチームを組んで実習を行う機会はない。また、日本では各職種の理解が乏しいように感じる。特に医学科の学生で理学療法士と作業療法士の違いについて理解している人は少ない。このように学生のうちからチームワークを学び、職種の役割を理解し合うことは実際に病院で働く際に役立つ経験になると思う。

5) 理学療法士の違い(大学病院の整形外科の見学より)

今回見学したマルメ大学にある整形外科では Health care center の医師からの紹介で来院した患者を理学療法士が診察し、手術の必要性を検討する。マルメ市のある地域には大きな病院が 8 つあり、それぞれの病院で専門疾患が異なる。マルメ大学では腰椎や頸椎などの脊椎疾患が専門であり、Health care center の医師からの紹介で診察を行う。見学した症例は腰椎椎間板ヘルニアの患者で腰部に痛みがあった。アセスメントは約 1 時間個室で行われる。理学療法士が診察し患者を評価した結果、手術は必要ないという結論に至り、今後のリハビリの注意点をかかりつけの理学療法士に助言した。このように来院する患者のうち 80% は理学療法士で完結し、医師による診察は行われない。残りの 20% のみ医師による診察、手術が行われる。このことにより医師の負担は減少し、加えて不要な手術をしないため患者の負担も減少する。しかし理学療法士にはより豊富な知識が求められる。

日本では医師が診察し、画像診断を行ってさらに患者に手術を行うかどうかを選択してもらって手術をする。しかし病院としては手術をしたほうが儲けられるため必ずしも必要ではない手術まで行ってしまいうことも考えられる。そのため患者に負担がかかる。

6) 地域リハビリテーション

スウェーデンでは理学療法士は医師の処方がなくともリハビリを行うことができる。そのため Health care center のリハビリ室にはかかりつけ医からの紹介によって来院する患者の他に、医師による診察なしで来院する患者もいる。日本では理学療法を行うには医師による処方が必要で、また理学療法士には開業権はない。見学したリハビリ室には理学療法士が 40 人、作業療法士が 30 人いる。部屋の中にはトレーニング機器が置いてあり、別室では心臓リハビリテーションとしてグループトレーニングを行う。他にも徒手療法を行う部屋もある。作業療法士は手のリハビリテーションの他に home care を行っている。



トレーニングルーム

3. まとめ

今回の研修では理学療法士のことに加え、他の職種の実態も深めることができた。研修メンバーとも議論したり、各職種の教育や仕事内容について教えてもらったりと交流するきっかけとなり、この点でも良い経験であったと思う。

また実際にスウェーデンの理学療法士に会う機会が何度かあり、話をすることができた。話していく中でどの理学療法士も自分の仕事に自信と誇りを持っていると感じた。そのためにはやはり基礎となる知識が不可欠であると考えた。今回の研修はスウェーデンの医療・福祉に関する学習に加え、今後の学習意欲の向上のきっかけとなった。さらに、日常の医療について問題意識を持つことで改善できると感じた。

最後に、今回このような貴重な経験の機会を与えてくださった先生方に深く感謝申し上げます。