

研修目的

私はこの短期研修を通して海外の福祉、リハビリテーション制度は日本とどのように異なっているかを知りたいと思い応募した。日本で作業療法は医療的側面が強く、また国民に根差したものであるとは言えない現状がある。一方、ヨーロッパ、北欧では作業療法士は福祉制度の枠組みの中で活躍していることが多く、国民の生活にも根差した職となっている。今回の研修で日本とは異なる福祉制度の中でリハビリがどのように位置づけられて、何を求められているかを知り、日本の福祉、リハビリ制度が今後どのような転換していきべきであるか考えたいと思った。また、私は将来、臨床だけでなく日本のリハビリ制度にも関わることのできる人間になりたいと考えており、そのためには日本のリハビリ制度にはどのような利点があり、どのような欠点があるのかを知らなければならないと思った。現在リハビリ専門職として国家資格を有するのは作業療法士と理学療法士であるが、日本ではこの二つの専門職種の境界が非常にあいまいである。一方、北欧では作業療法士は主に患者さんが医療から福祉の枠組みへと移行する際のマネジメントや障害者の生活支援等、福祉的分野を中心に活躍しており、理学療法との役割分担がきちんと行われているという話を耳にする機会があった。これら制度や職域の日本との相違点をスウェーデンでの研修で学び、今後の日本のリハビリテーション制度、作業療法士制度をよりよくしたいと考えた。

スウェーデンでのチーム医療

近年、日本でもチーム医療、多職種間連携の重要性、必要性が叫ばれている。しかし、実際のところ互いの職種のことを深く理解し合い、一丸のチームとなって医療を提供できている病院や施設は決して多くはないように感じる。その一つの要因として日本の医療専門職教育制度が挙げられると思う。日本では医師は 6 年、看護師、作業療法士、理学療法士は 3 年～4 年の専門教育・実習を経て国家試験受験資格を取得する。しかし、この教育の中では主に自分の専門科目を主に学ぶだけであって、他の職種の学生と知識を共有したり意見を交わしたりする機会はほとんどない。一方、スウェーデンマルメ大学では KUA という教育システムがあり、学生時代から多職種間連携を実践している。KUA とは医学生、コメディカル学生がそれぞれの最終年度にチームを作り、実習を行う制度である。マルメ大学は看護学生のみであるが、電車で 30 分ほど離れたところにあるルンド大学と提携しており、ルンド大学の医学生や理学療法学生、作業療法学生とチームを組んで実習を行っていた。KUA では、約 6～7 人の学生が 1 つのチームを組み Facilitator と呼ばれる教官 1 名が 1 つのチームの担当を務める。しかし実習中、Facilitator は基本的に自ら教えたり、介入したりといったことはせず、あくまで学生たちが自分たちで意見を出し合い、方針を決定していくのを観察している。学生たちは、それぞれ自分の職種の立場からなぜそうしたいのか、

どうしてそのようにしたのかなど、一つ一つ理由をつけて意見を言っていく。このように積極的な話し合いをしていくことで、お互いの知識を共有し、それぞれの職種の考え方なども理解することができるのだという。Facilitator は学生から意見を求められたときに必要な知識を与えたり、フィードバックをしてチームをサポートしていく。私はこの KUA が学生の教育に取り入れられていることがとても大切であると思う。早いうちから多職種の知識、考え方を知ることはその後自分の専門職に与えられている役割、何を求められているかを知ることでもあると思う。現在の日本では、自分の専門について学んだそれぞれが仕事を始めてから多職種と深くかかわるが、互いの理解があまりないため、どうしても縦割りの治療になりがちな傾向が否めないと思う。本当のチーム医療を実現するためにはこの KUA をベースとした教育制度を医療専門教育に取り入れていくことが必要なのではないかと感じた。

スウェーデンと日本の作業療法士の比較

今回の研修 2 日目にマルメ市内で自助具をはじめとした福祉用具を販売している作業療法士と、リハビリセンターに勤務している作業療法士に会う機会を得た。日本の作業療法士とスウェーデンの作業療法士の大きな違いとしてあるのが独立開業権を有しているかいないかである。日本の作業療法士は医師の処方のもとで治療を行うことが義務付けられており、自ら開業することはできない。一方スウェーデン、イギリス、アメリカなどの国では作業療法士は独立開業権を有しており、それぞれが責任を持って評価、介入をすることが可能である。今回訪問した福祉用具店の作業療法士は、あくまで販売のみであり治療・介入を行っているわけではなかったため作業療法士として開業しているわけではなかったが、高齢者・障害者の生活をより充実したものにするためにどうすれば良いかという作業療法士の観点から、お客さんに福祉用具を選んだり、勧めたりといった仕事をしていた。特に調理、トイレ、お風呂などの ADL・IADL に関連した自助具はとても充実していた。このことに関して「トイレやお風呂などは特に他人の介助をできるだけ受けたくない活動であり、個々の自尊心をできるだけ傷つけないようにするために自助具が役立てば言い。」と述べていたのが印象的であった。日本でも近年福祉関係の器具や介助機械を販売している店舗、企業等が増えてきている。しかし、それらに作業療法士が積極的に関わっているということはあまり耳にしたことがない。今回のこの訪問で、作業療法士が能力を発揮できる場面が必ずしも施設や病院に限っているわけではないという可能性を大いに感じた。

午後から訪問したリハビリテーションセンターでは実際に評価、介入場面を見学することはできなかったがリハビリの現場で働いているスウェーデンの作業療法士の生の声を聞くことができた。私たちが訪問したリハビリセンターは比較的小規模であり、そこに勤めている常勤の作業療法士は 1 名であった。ここでは主に整形疾患や脳血管疾患等広範囲の患者さんを受け入れていたが、理学療法士は主に歩行を中心とした下肢へのアプローチ、作業療法士は手を中心とした上肢機能へのアプローチをしているとのことだった。本来、

作業療法の概念は障害者の生活の質の維持、向上を目的としたアプローチであって機能回復はそのための手段の1つであるが、上肢機能の低下は生活動作の低下に大きく直結するため上肢機能の回復が主な仕事となっているとのことであった。この下肢は理学療法士、上肢は作業療法士という概念は最近日本でもメジャーになってきており、スウェーデンと大きな差はないのかなと感じた。しかしながら、日本の病院、施設の中では理学療法士、作業療法士がほぼ区別なく働いているようなところも多くある。これらの背景として、作業療法という概念が非常に曖昧で個々によって捉え方がまちまちであるということがあると思う。また、リハビリの処方を出す医師も理学療法士、作業療法士の違いを曖昧に捉えている場合もあるため、それぞれの職種が得意な分野を活かした効率の良いリハビリの提供を妨げている側面もあると思う。これらの問題を解決するためにも前章で述べたような早期の他職種関連系教育が必要不可欠なのではないかと強く感じた。

日本とスウェーデンの医療制度

日本の医療制度は、全国民が原則加入する公的医療保険制度が基本となっており、年齢や所得に関係なく、原則として全ての医療を保険給付として受けられる仕組みとなっている。全国民が原則加入する「国民皆保険」は昭和36年に確立し、現在に至っている。医療保険制度は、国民健康保険と被用者保険に大別される。一般のサラリーマンは、被用者保険のうち、大企業なら組合健保（健康保険組合）、中小企業ならば政管健保（政府管掌健康保険組合）に加入している。その他公務員・学校教職員は共済に、また、自営業者や無職の場合は市町村国保に加入している。被保険者の就業状況や年齢によって加入する制度は異なるが、これは主に財源構成の違いによるものである。いずれの制度でも、費用の一部を負担すること（一般3割、高齢者1割）で、医療機関において治療・薬等を受けられ、保険給付の内容に差異はない。スウェーデンの医療保健サービスは「スウェーデン保健医療サービス法」において、全ての住民に対して、同じ条件で優れた医療を提供することを目的とすることが定められている。同国において医療保健サービスは、国、ランスティング（日本の県に相当）、コミュニティ（日本の市町村に相当）の三者によって担われている。国は主に法律の制定やガイドラインの作成、監督、評価、補助金の配分などを行う。医療保健サービスは全国に20あるランスティングが主に担っている。ランスティングは他にも公共交通などを担っているが、ランスティング予算の90%が医療保健サービス関連である。全国に290あるコミュニティは主に学校や保育園、高齢者や障害者のケア、公園や道路の整備などを担う。ランスティングとコミュニティの業務分野は明確に分かれており、両者は協力関係にはあるが、階層的な上下関係は存在しない。ランスティングの歳入は主に住民の所得税で、全体の約7割を占めている。医療サービスを受けた場合の患者の自己負担も存在するが、その割合はごくわずかで、負担額は各ランスティングが決定する。ただし、法律によって上限（およそ1万円前後）が定められており、これを超える部分は無料となる。このような医療制度の違いの背景として国民の社会的平等に対する考え方の違いを感じた。

日本は戦後、アメリカを模倣した資本主義経済の道を歩んできており、格差が広まって来ている。一方、第二次大戦に参加せず、多くの移民を受け入れてきたスウェーデンでは国がひとつにまとまるために社会的平等の概念が非常に強く根ざしているのではないかと感じた。これはある意味国民の意識の中に社会主義経済の概念があると言い換えることができるかも知れない。実際、医療職だけで見てもスウェーデンでは医師、看護師、理学療法士、作業療法士それぞれの職種間の平均所得の差は日本よりも大きくないとのことである。今後日本がスウェーデンを模倣した高税率・高医療、高福祉のような制度をすぐに取り入れていくことが必ずしも良いとは思わない。それは日本人とスウェーデン人の国民性の違いや人口の違いといった問題があるからである。しかし、現在日本が抱えている医療格差の問題を解決するためにはこの社会的平等の概念がもう少し浸透する必要があるのかもしれない。

研修を通しての感想

今回の研修は10日間と決して長い期間ではなかったが、講義、訪問、国際交流などとても充実したプログラムであった。その中で最も強く感じたことは日本がいかに閉ざされた特殊な国であるかということである。スウェーデンの人々、またスウェーデンで出会った他国の人々は皆、自分の国の経済、法律、社会制度・問題をしっかり把握しており、その上で他の国はどうなっているのかという探究心を持ち合わせていた。自分の思ったことは口に出し、yes no もはっきり伝え、活発な議論をしていた。日本は四方を海に囲まれ、民族、言語も統一された中で歴史を歩んできた。その過程で日本独自の文化、慣習、社会制度を作り上げてきた。その多くはもちろん他国に誇れるものであって捨てるべきではないと思う。しかし、沈黙が美德、日本のことさえ知っていればいいといった国際社会では受け入れられない風習があるのもまた事実であると思う。国際化の流れの中で、このような風習を打ち破れなければ日本は国際社会の中で取り残されていくのではないだろうか。私自身リハビリ、作業療法の制度に関わっていく上で他国のことを知らなければ、自分の国の制度が良いのか、悪いのか分からないことを痛感した。今後、国際社会の中で活躍できるよう語学の習得に励み、そして何よりも日本のこと他国のことを知るという探究心を常に持ち続けて作業療法士制度の改革に携わりたい。