

URV 研修報告書

医学部保健学科理学療法学専攻 3 年 中村 遼

この度、僕は去年のマルメ大学研修に引き続いてスペインの URV 研修に参加させて頂き、スペインやヨーロッパ圏の医療制度について研修に行きました。ここでは特に、印象に残った講義と施設訪問について報告させて頂きます。

2014.3.10(Mon) Lecture on “Development of the Spanish and Catalanian Health System”

この授業では、まず世界保健機構（WHO）での健康に関する定義やプライマリ・ヘルスケアに関して明確に示したアルタ・アタ宣言、Bismarck model といった社会保障制度、国民保険サービスなどヘルスケアや医療制度に関する基礎的なことについて、次にスペインやカタルーニャ地方の医療制度について学びました。スペインでは、SERGAS、SAS、CATSALUT など地方の特性に応じて国民保険サービスが異なっていることに興味を持ちました。

2014.3.10(Mon) Introduction to Faculty of Nursing : Studies of nursing in Spain

この授業で印象に残っていることとして、まず日本とヨーロッパで教育システムが非常に異なっているということです。看護だけでなく、理学療法学も作業療法学全てが EU system というヨーロッパの共通システムに入っています。ヨーロッパでは、卒業には 240 単位が必要で、1 単位が 25 時間であり、10 時間が学校で、残りの 15 時間が自宅で学習と決められています。この EU system の最大の特徴として nursing exchange というものがあり、37 時間の臨床実習があるのですが、このシステムによって臨床実習から他国の病院に実習に行き、他国の医療機関で経験を積むことができます。また卒業後は、病院への就職率が低いので 3 年間ほど他国で働かなければいけません。この EU system によってヨーロッパ各国の各分野での医療技術、医療手段、医療方法などに関する共通認識を培うことができるため、卒業後も円滑にかつ即戦力で働くことが可能となると思います。一方、日本での教育システムでは、自国の病院での臨床実習を行い、自国の病院での就職が多いですが、スペインをはじめヨーロッパの臨床実習の内容や風景を考慮すると、日本の臨床実習のレベルが低くうかがえます。また、自国での臨床実習および病院の労働内容が自国内でしか行えないものが多く、国外での就職には困難を極めます。よって EU system と同じように、アジア圏内でも類似したシステムを導入し、日本国内だけでなく近隣諸国と幅広く働くことができるようにしたほうが良いと思います。

修士課程、博士課程も日本のものとは異なります。日本での修士課程および博士課程では、授業などはなく、自分の研究したい分野での研究や教授の補助的な仕事など、自由あるいは容易に修士号および博士号を取得できるような印象を受けます。しかし、スペインだけでなく他国では修士課程にも授業が存在し（コースワーク）、卒業後も自分の選択した

大学院での専門的な科目について学習することができるとともに、容易に修士号、博士号を取得することが困難であるため、一層勉学に励むことが可能となります。特に博士号の取得が困難であり、URV 大学の看護学科では教授が数名ほどしかいないとのことでした。

次に、スペインには去年のマルメ大学研修で学びましたが、GP 制度というものが確立されています。日本では、病気にかかった場合、様々な病院、薬局、そしてクリニックを選択することが可能ですが、病気が治らなければ、違う機関に行くなど多くの治療費を払わなければならないという欠点があります。一方、スペインの医療制度として、GP とは **General Practitioner** という一般開業医のことを指し、GP への登録が義務付けられています。病気にかかった場合は、どのような症状でも、この医師 (GP) の診療を受け、専門医の治療が必要と判断された場合には、GP の紹介により他の専門病院で専門的な治療を受ける事になります。スペインでは、公立の医療機関が 8 割、残りの 2 割が私立の医療機関という医療体制であり、公立医療機関では、社会保障保険に加入していれば医療費は完全無料となり薬代もかなり割引になる制度が整っています。専門の治療が必要で、他の専門病院を紹介された時も、診察や治療などの医療費は国税でまかなわれているために無料で受けることが可能となります。スペインの医療制度の最大の特徴は、違法移民であってもまず無料の医療が受けられるという点であります。日本ではあまり馴染みがありませんが、多くの国を占領し、また占領された国の独立など歴史的な背景がある国ならではの医療体制が確立され、ヨーロッパでも特に充実した制度であると思います。しかし、移民を受け入れるあまりに公立機関では受診受付時間が短くいつも混雑しているという欠点があり、実際に GP がいる病院に視察訪問した際に、多くの患者さんが受付の前で自分の診察を待っている場面がうかがえました。また、私立医療機関のほうが、公立医療機関よりも設備が充実しており、医療技術も総体的に高い医師が多く、彼らの診療を受けたくても私立医療機関であるためプライベート診療となり全額負担となるのが現状です。

2014.3.11(Tue) Primary care system and Study visit to the Primary Care Center

この授業では、プライマリケアシステムについて詳細に学び、その後実際にプライマリケアセンターの中を視察訪問しました。この施設は病院ではなく、理学療法士も作業療法士もいませんが、リハビリは毎日行い、作業療法士と言語療法士は週に 2 回リハビリを行いに来ます。また日本では、外来患者は 48 時間滞在できるのに対し、この施設では 6 時間しか滞在できません。この施設に登録している住民数は 33,250 人ですが、施設周囲が観光地というのもあり、滞在する人も含めて 150,000 人にも昇りますが、全て登録できるように受け入れているそうです。ここでは、SOS システムが導入されており、例えば緊急時や患者に暴力を

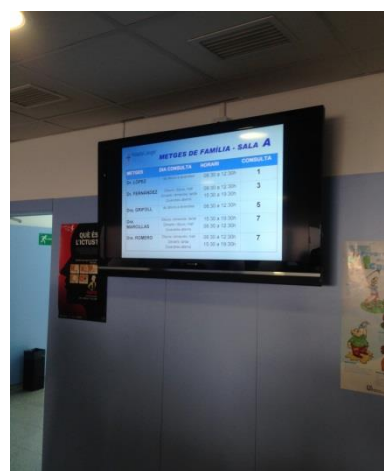


図 1 設置されたテレビ画面

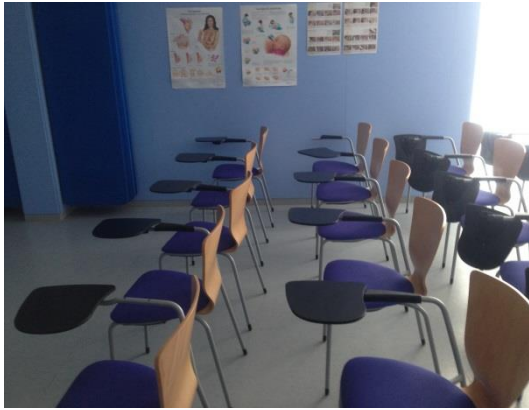


図2 患者への疾患予防の指導教室

も診療時間についてのテレビ画面の表示はよく見られますが、予防教育に関するテレビ画面での掲示指導はあまり見られず、日本においても患者さんの診療前の空いた時間にこのような掲示指導を行えば、疾患予防により患者数も減らすことができるのではないかと思います。また掲示指導だけでなく、実際に講習を開いたり、プリントを配布したりして疾患の予防について指導を行う教室もありました（図2）。

この施設の特徴として、プライマリケアはガイドラインで標準化されており、診療もガイドラインに沿って行われます。専門医はあくまで処方のみであり、治療の多くは全て看護師が行います。またガイドラインにより各疾患の処方日数が決められており、例えば高血圧症ならば年に1回しか薬剤が処方されず、次の処方までに薬剤数がすでに決められています。同様に糖尿病ならば3ヶ月に1回、咽喉科ならば3日に1回、歯科ならば5日に1回と決められています。こうすることにより、患者の施設に対する無駄な医療費削減や患者への薬剤などのコスト削減、患者が余計に施設に訪問しないことによる施設運営の円滑さの向上を図ることが可能となります。日本の病院では（末期の患者を除きますが）、病棟が病気を治る場所ではなく、滞在する場所となりつつあり、治療およびリハビリに関して患者自身が治したいというよりも、気休めに治療を受けているような印象が強いのが現状です。そうならないためには、これらのような対処を施すことで、緊急時以外は極力施設に出向かないように、次の診察までに病気を完治あるいは状態維持を図るような、患者の病気に対する意識を根本的に変える必要があると思います。

日本との最大の違いとして、日本の緊急センターでは医者が処置を行うことがほとんどで

看護師は補助的に処置を行います。しかし、この施設では EKG モニターや人工呼吸器など全て看護師が行います。また、



図3 実際に使う機器

血球検査や血清検査、血液ガス分析検査も看護師の判断で行い（図 3）、薬の管理までも全て看護師が行っており、看護師の自立性の高さが感じられました。日本の看護師が行うことがない処置もここでは全て任されており、日本の看護師がスペインなどのヨーロッパ圏内で働くことが困難である要因はこのようなどころにあるのだと思います。

このようにヨーロッパの看護師は非常に自立性が高く、広い範囲の医療事務を行うことが可能ですが、実際に日本でも看護師の自立性を向上した場合に、医師や理学療法士などの他の役職の必要性はどうなるのかという欠点も感じました。

2014.3.11(Tue) Introduction at the hospital care system, rehabilitation and elderly assistance. Study visit at :

- The hospital Universitari Joan XXIII
- RHB department

この病院では疾患の重症度で段階が分けられており、例えば心臓発作などは **revel1** というように分けられていました。ここでは各職種のタイムスケジュールが決められており、看護師は 3 時に次の看護師と交代で時間通りに行っていました。また、**System theory** というものが導入されて

おり、ここには 8 つの施設があるのですが、全て同じシステムが使用されており、患者の病歴などを共有することが可能で、これは広島大学病院と同じものでした。

この病院のリハビリとしては、基本的に図 5 のリハビリ室で行い、医師の処方の下でリ

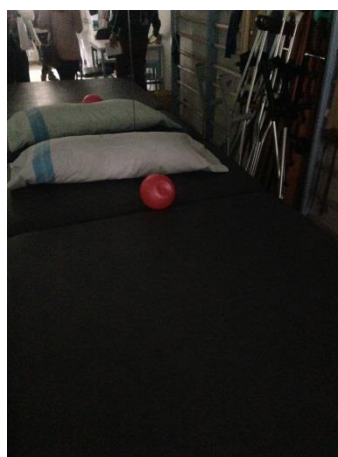


図 5 リハビリ室の様子



図 4 病院の外観

ハビリを行います。症状がひどくて自分でリハビリ室に来ることが困難な患者は、ベッドサイドまで出向いてリハビリを行います。主な疾患としては股・膝関節疾患やパーキンソン病、片麻痺、そして認知症などの精神疾患が多く、リハビリの分野に関してはあまり日本とは変化がありませんでした。

去年のマルメ大学研修に引き続いて今回の URV 研修を通して、いかに日本の医療制度が閉鎖的で非効率的であるかを感じました。特にスウェーデンやスペインなどのヨーロッパ圏の国は、EU system により連携が強く、また多国籍であることにより多文化の適合した

医療システムが確立されてきました。一方、日本は鎖国した時代から閉鎖的に制策を行ってきたために、とても他国には受け入れ難く、独自の非効率的な医療システムとなってしまったと思います。今後は、世界の医療制度に遅れをとらないためにも、アジア各国の近隣諸国と連携して共通の医療システムを確立すべきだと感じました。また、今回の研修を通して英語力の重要性を再確認しました。今後も医療分野の更なる国際化が叫ばれる中、日本人の英語力が蔑まれないように日本での英語教育の発達をさらに重要視していくべきだとも感じました。現地では、4セメスターの生徒に対して、医療分野の簡単な授業をスペイン語ではなくすべて英語で行っており、実際に見学させてもらいましたが、現地の生徒はとても授業に積極的でありました。一方、僕たちも4セメスターまで英語の授業はありましたが、ここまで英語に徹底しておらず、日本人の国民性からなのか授業にも消極的でありました。スペインでの授業レベルまで引き上げるためにも、僕たちの英語教育の充実性について見直す必要があると思いました。最後になりましたが、今回このような貴重な研修に参加させて下さいました、URV研修に帯同して下さいました森山美知子先生やこの研修参加に推薦して下さいました理学療法学専攻長の新小田幸一先生をはじめ、この研修にお力添えして下さいました関係者の方々に深く感謝申し上げます。URV研修第1期生として、今後の研修普及に努めるとともに、また他の研修がありましたら今回の研修を活かして積極的に参加したいと思います。本当にありがとうございました。