

オランダ医療を通して日本医療の成熟について考える

Future of medical service in Japan : comparison

with the situation in the Netherlands

田 中 信 大

Nobuhiro TANAKA

東京医科大学内科学第二講座

オランダと日本

日本とオランダの関係は歴史的である。江戸の長きに渡る鎖国時代にも長崎を介してオランダとは情報交換がなされていた。特に医学に関して言うと、当時のオランダからの知識の輸入は非常に重要な影響を与えたものと想像される。医学を志す者にとって“解体新書”は必携の書であったに違いない。現在でこそインターネットを通じ、どこにいても日々最新の情報を得ることが可能だが、もしその回線を遮断されたらどうなってしまおうだろうか。瞬間に知識は遅れ、独りよがりの遠回りをしなければならなくなる。鎖国時代に日本と世界をつないだ接点として、オランダの存在は重要であった。現在の日本の医学の礎となったオランダの医療とはどのようなものか、著者(私)の垣間見たオランダをもとに考えてみたい。

オランダの総人口は1,600万人、オランダで一番大きい都市のアムステルダムが70万人、私の住んだアイントフェンはオランダで5番目に大きな都市だが人口20万人ばかりの小さな田舎町である。東京都の人口1,300万人、新宿区の人口28万人と比較するとかなり少ない。ちなみに面積はオランダ全体で九州とほぼ同じ広さで、国全体としての人口密度は高いとのことだが、山地はなくひたすら平坦な土地のためか、そんなに込み合っているようには見えない。都市と都市の間は特急列車で移動が容易であるが、駅を出て数分もすると見渡す限り牧場になってしまう。オランダといえばチューリップ、風車、木靴、チーズ

(ゴード地方)などで有名であり、牧歌的な印象のある国であるが、一方で製品・資本輸出は世界8位、食品輸出は世界3位に位置し、また今までに15名のノーベル賞受賞者を輩出しており、化学、経済、芸術、スポーツなどにも優れた国民性を有した国といえる(ちなみに日本人は、昨年4名が受賞されたことにより、計16名となった)。

国名(Kingdom of the Netherlands)として使われているNederlandは“低地の国”という意味を有する。オランダは国土の多くを干拓地が占め、実に国土の1/4が海面下に位置している。オランダの風物詩の一つである風車は、干拓の排水用として1407年に出現したものであり、1870年ころまでは約1万基存在した(図1)。洪水、水害との闘いにおいて風車はなくて



図1 オランダの風物詩 風車
アムステルダム、ザーンセ・スカンスの風車

表1 医療事情比較
The Netherlands vs. Japan

	オランダ	日本
1人あたりの年間所得	32,480ドル	31,410ドル
平均寿命(男/女)	77/81	79/86
5歳以下死亡率(/1,000出生)	5	4
15~60歳の死亡率(/1,000人)	89/65	92/45
国民1人あたりの医療費*	3,092ドル	2,293ドル
医療費の政府支出割合	62.4%	81.3%

*アメリカの国民1人あたりの医療費は6,096ドル

はならない設備として建設された。現在オランダの最高地点はドイツに近い南端のヴァーセルベルグにおける321mで、最低地点はロッテルダム北東の-6.7m(マイナス!)である。この平坦な土地柄が自転車文化につながる。国中どこに行くにも、老若男女を問わず、皆自転車である。厳寒の冬、雨風の日も然りである。日本の高齢者に自転車をを用いた運動負荷試験を行うと、せいぜい100ワットくらい(ワットとは負荷量の単位で、ペダルの重さと漕ぐ速さにより規定される)の負荷レベルまで到達するのが精いっぱいと思うが、オランダの高齢者は普通に200ワット以上に達する。日々風に向かって自転車をこいでいる賜物であろう。

日本とオランダの医療の現状を表1にまとめてみた。これらの数値からは両国の医療水準はほぼ同程度であると思われるが、国民1人当たりの医療費は日本の方が少ないことがわかる。参考までにアメリカの国民1人当たりの医療費は6,096ドルであるので、アメリカと比べると両国ともかなり少ないといえる。アメリカの死亡率の高さ、平均寿命の低さから考えると、日本やオランダは少ない金額でとても効率的な医療を行っていると思われる。ただし、日本とオランダの医療現場の雰囲気は、これらの数値よりもはるかに大きな開きが存在するように感じる。それが何に起因するものなのか。

医療の集約化(センター化)

最近日本の循環器領域の学会において医療の集約化が一つのトピックスとして取り上げられた。要するに日本では集約化が進んでいないのが現状であろう。一方、オランダの医療(少なくとも循環器)はかなりセンター化されている。診断カテーテル検査を行っている施設は数多くあるが、冠動脈カテーテル治療(Percutaneous coronary intervention: PCI)を行って



図2 カタリナ病院
アイントフェンはオランダ南部に位置し、ベルギーとの国境に程近い。

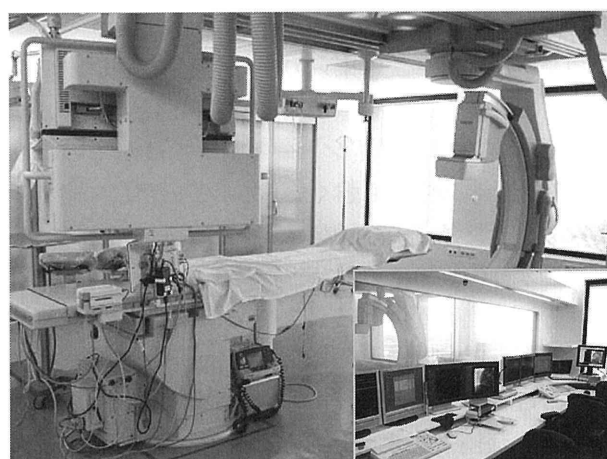


図3 カタリナ病院 第2カテ室
オランダアイントフェンに本社を持つPhilips社製の最新の装置が設備されている。

いる施設(行うことが認められている施設)は十数施設に限定されている。そのため個々の施設の症例数がとても多くなり、私のいたカタリナ病院(図2)はオランダでも一番症例数の多い施設であったが、2006年の冠動脈カテーテル治療件数が3,800件であった。これがどのくらい多いかというと、日本で一番症例数の多い施設が年間2,000件程度であるから、それと比べるとかなり多いことがわかると思う。

カタリナ病院には冠動脈用のカテーテル室が2つ(図3)、不整脈用のカテーテル室が2つあったが、冬の時期に冠動脈疾患症例が増えると3つの検査室を使用し症例に対応するよう柔軟に行われていた。しかしいくら広くない国土とはいえ、国内の十数施設のみでしか冠動脈カテーテル治療が行えないため、患者はかなりの距離の移動を余儀なくされる。安定狭心症の症

例は、診断カテーテルの結果を持ち外来受診し、その後治療目的に予定入院をしてくるが、これは比較的受け入れられやすい。しかし急性心筋梗塞では、救急隊が時には1時間以上かけて搬送し、カテーテル治療が終了するとまた連れて帰る。不安定狭心症の場合も、近医で診断カテーテル検査までは行われるが、その結果から準緊急で治療が必要と判断されると、救急隊により搬送されてくる。時には治療後に1時間かけて帰りついた頃に再発作を起こし、再びこちらの病院に戻ってくることも稀ではない。これが夜間の緊急症例だったりすると、患者のみならず搬送する救急隊、対応している当直医も大変である。この治療までの時間の遅れは、データとして示されていないものの予後の悪化につながる可能性があり、医療の集約化の一つの問題点といえる。

東京医科大学病院は東京の中心、新宿に位置するため良くも悪くも四季を感じにくい土地柄といえる。一方オランダの田舎アイントーフェンでは四季の移り変わりを仕事の中でも強く感じる。冬の寒さに耐えきれなくなった多くの心臓が発作を生じるのである。冬季の週末に少し冷え込むと、金曜日の夕方から月曜日の朝の週末当直が明けまでの間に20人以上の急性心筋梗塞患者が搬送されてくることも珍しくない。私も携帯電話を与えられ、当直オンコールを行っていたが、電話交換手がオランダ語しか話せない場合もあり、とにかく電話がかかってくれば“OK”とだけ言って病院に向かうようにしていた。そのためオンコールの日は一時たりとも電話から離れられない時間を過ごした。1晩に平均3~5人は搬送されてくるので、逆に1回もコールがないと寝過したか！と心配して飛び起きる有様である。

このような忙しい(少なくとも通常感覚ではとても忙しく感じる)日常臨床の中でも、あまり忙しそうに動いているスタッフを見かけない。その理由としては、まず何といってもスタッフ(看護師)が数多く配置されており、また良くトレーニングされている。こんなことを書くと、日本のスタッフはあまりトレーニングされていないと言っている、と誤解されそうだが、そうではなくて仕事の領域が全く異なるのである。日本では当然のごとく医師が行っている、カテーテル検査の時の血管穿刺、術者の助手、術者(特に初心者である場合)に対するアドバイス、検査終了後の動脈穿刺部の止血作業まですべて看護師が行っていた。多くの看護師が、手分けして多くの作業をこ

なすため、これだけ多くの件数をこなしても決して忙しくはならない。またもう一つの理由は、オランダ人の仕事のペースの違いによると思われる。本当に忙しい日でもゆとりを持って、必ずコーヒータイム(談話休憩)をとるのが、オランダ流。これに対してはお隣のベルギー人も、オランダ人は仕事をしないと批判していたが(オランダ人とベルギー人は常にライバル心を持ち続けているらしい)、オランダ人はそのようなペースで仕事をしても決して結果が劣らない(しっかりとした結果を残している)ということを逆に誇りに思っているようである。

少し話が脱線したが、医療の集約化は確かにセンターの水準を高めているといえる。常に高水準のスタッフを数多く確保し、医療機材も最新のものを配置し、どのような状況でも緊急症例に対応していた。しかし一方で、各センターの中間地点に医療の狭間を作ることになる。特に循環器のように緊急を要する治療においては、センターとの距離・時間が大きく病気の予後に影響を及ぼしていると思われる。日本の都市部のように、多くの病院が乱立し競い合っている現況とまったく逆の状態である。前述したように日本では循環器医療の集約化の声が上がってきているが、その集約化の先進国オランダでは逆に循環器センターを増やす方向で現在整備が進められている。もちろん無尽蔵に増やすわけではなく、施設基準が厳しく設定され、各施設・各術者の症例数が確保されることが条件となっている。しかしどの程度の施設数が妥当なのか、各国の医療状況によって異なってくるのであろう。また日本のように病院をコンビニ感覚で受診することに慣れた国民が、センター化された場合離れたセンター病院まで出向いて治療を受けることに納得できるのか、そこが問題となろう。

病気は究極の自己責任

日本でセンター化されたと仮定して考えてみる。急性心筋梗塞の患者が発生した際に、循環器を標榜している病院であってもカテーテル治療の認定がなければ、あえて受け入れを断りセンター病院へ搬送することになる。センター病院にてカテーテル治療を受けた後救急車により地元の循環器病院へ搬送され入院となる。この搬送中に大きな合併症が発生した場合、近場の循環器病院へ駆け込むか、搬入予定の循環器病院へ急ぐか、それともセンター病院へ時間をかけても戻るべきか、判断は常に難しいことが予想される。最悪

のシナリオを考えれば救命できない場合も出てくるだろう。地元へ戻すという判断をしたセンター病院の責任か、急場の搬送先の判断を行った救急隊の責任か、駆け込んだ先の循環器病院の対応の問題か、はたまた最初にセンター病院へ送る判断をした地元の循環器病院の責任か。おそらくどこかにその責任を求めたくなるのが日本人であろう。しかしオランダ人は少し違う考え方をしている、と思う。もちろん私の片言の英語と、オランダ人の片言の英語との間の理解なので、心の奥底ではどう考えているか、その本意はわからない。が、多くの場合オランダ人は、その病気にかかってしまったのがその人の運命なのだから、その病気が悪かった、また医師に対して適切な判断を言わなかった自分自身が悪かった、と考えている。誰のせいでもない、病気のせいなのだから仕方がない、と。

この考え方は日常臨床の中でも感じる瞬間がある。これだけたくさん治療を行っている、時には不幸の転機をとる場合もある。術者がカテーテル治療を始めたばかりの初心者だったり、私のようなよその国から来た正体不明者だったりした場合に、患者やその家族はどのように感じるのか？ 私は術者として数多くのカテーテル治療に携わりながら、常にそのことを不安に感じていた。もし治療結果が良くなかった場合、術者が私でなければうまくいったのでは、と患者や家族に思われたくない。しかしそのような感情を持つのは日本人の私だけのようであった。家族と話をすることはほとんどなかったが、患者本人、あるいはさまざまなスタッフと話をしていると、まったくそのようなことは感じていないようだった。誰に治療を担当してもらっても結果は一つ、病気自身の経過として受け入れられている。

尊 厳 死

ある日の出来事。高齢女性の陳旧性心筋梗塞患者の治療を担当したが、病変はかなり複雑であり、通常の治療では歯が立たない。日本であれば、高齢者であっても治療の適応ありと判断すれば、それを完結すべく様々な手段（専門的にはさまざまなガイドワイヤーを使用したり、Rotablatorなどの特殊な手技を追加したり、治療自身が不成功に終わるということは非常に稀である）を試みるが、時間をかけて治療するまでもなく撤退を指示され、やむなく手を降ろした。その際上級医に言われた言葉は“Because she is dying”。私の

常識をはるかに超えた言葉だったので、聞いた瞬間はまったく理解不可能であった。“She died”でも、“She is dead”でもない（もちろん死んではない）。何で“死ぬ”に進行形があるのだろうか。心臓が止まった瞬間が、死んだ瞬間であり、医師が死亡を宣告した瞬間を、“死”ととらえていた私にとって、到底理解を超える一言であった。あとでゆっくり考えると、“われわれ人間の手では、彼女の運命はどうにも変えようがない、すでに病期が進みすぎている、時遅し”、ということを書いていたのだろうか。

別の日の出来事。隣の検査室で、カテーテル治療中に急変があり、ざわざわしている。手伝おうと駆けつけた時には、すでに補助ポンプ（大動脈内バルーンポンプ IABP）は挿入されていたが、まったく自己心拍が反応しない。10分ほどの心肺蘇生が行われた後、反応がないことが確認されると、すべての生命維持装置がはずされた。日本のような儀式的な死亡確認作業も入らず、家族の面会もなく、そのまま人工呼吸器、IABPがはずされた。死を悲しむ気持ちはもちろん変わらない。しかし“死の瞬間”は、その病気にかかった時から始まり、茶毘に付されるまですべての経過が“死”としてとらえられているのかもしれない。これほど急に死の瞬間を迎えた場合でさえ、家族への説明、家族の受容の時間のための、生命維持装置の装着という選択肢はまったく存在していない。

尊厳死の問題は日本でも大きな問題としてとらえられている。オランダは安楽死を助けた医師が罪を課されない国として有名だ。しかしそこには死のとらえ方が全く異なる社会が存在する。心臓が止まっていない人の死を認めるとか認めないということではなく、病気の経過の中ですでに死として受け入れられているのではないかと思う（もちろん尊厳死と安楽死の問題は異なる。循環器の領域では、安楽死という選択が迫られる状況は存在せず、その点に関してはどのように感じているのかはわからなかった）。

待機的な治療手技における合併症による死、日本であれば大問題となるであろう。しかしさほど術者も困っていなかったのが、印象的であった。もちろんオランダでもそれが正しい手技に伴って生じたものかということは問題となりうるが、認定された施設における治療手技は常に水準以上となるべく症例数が与えられており、その限りにおいて発生した事故は、やはり病気に囚われるものということだろうか。担当した医師が、その晩に一人になってから、どの程度この患者

の死と自分の手技との関連について考えたのかという点は、深く聞くことはできなかった。

オランダの MRSA

オランダと日本の医療の異なる点で特筆すべきは MRSA に対する意識であろう。オランダでは 1988 年ころから MRSA 対策に力を注いでおり、病院での MRSA 分離率 (同定されたブドウ球菌中の MRSA 検出率) は 1% 未満である。この数値がいかによいかというと、日本の MRSA 分離率 40~70% と比較すれば、一目瞭然であろう。

実際私が仕事を始めようとした時も、日本から MRSA に関する私自身の培養結果の提出を要求された。さらに病院勤務の初日に、まず infection control の部署に連れて行かれ、その場で鼻腔培養をとられ、その結果が出るまでは病棟、カテーテル検査室への立ち入りが禁止された。おかげで結果が出るまでの 3 日間は仕事をさせてもらえなかった。予定の検査を受ける患者に対しても全て MRSA の検査が行われた上で検査室に入ってくる。まれに検査がなされていない準緊急症例が、あとから MRSA 保菌者であったなどとわかると、大問題となる。MRSA 患者に対する隔離方法はガイドラインによって詳細に決められており、皆がしっかりとそれに従っている。

その一方で、検査時の消毒に関しては日本よりもおろかであった。カテーテル検査時のそけい部の消毒は、日本で我々が行っているものよりも簡単なものであったし、通常の採血に至ってはまったく消毒もなされていなかった。私も肝炎ウイルス抗体等の採血が数回義務として課されたが、まったく消毒されずに針を刺されるのには随分抵抗があった。またワクチンを筋

注された時も乾いた綿で軽く拭かれたのみで、その晩熱発したらワクチンのせい、消毒がなかったせい、迷うところであった。“実はオランダ人は日本人よりも感染に強いのでは”、と医療者らしからぬことも頭をよぎった。

感染に関して日本とのもっとも大きな違いは、MRSA を医師のみならず、看護師、医療スタッフ、国民、皆が意識し、国全体の方針・ガイドラインに従って、対処されているということに尽きると思う。国全体で同じ方向を向くこと、これがもっとも大きな力となるのだろう。

最後に

本稿は、私の短期間のオランダ生活をもとに、まったくの私見としてまとめたものである。私よりも長くオランダに生活をした人は否定的な意見を持たれるかもしれないし、オランダの人からはお叱りをいただくかもしれない。しかし日本と全く異なる環境下で日本のことを考えると、オランダをこのように感じた、という面では短期間であるがゆえ良い面が強調され、よりうらやましく感じ、そのことが日本を考え直す機会を与えてくれたものと思う。その機会を与えてくれた、ニコ・パイル教授、そしてオランダカタリナ病院のスタッフの面々には感謝しきれない思いである。

文 献

- 1) 岩田健太郎、古谷直子：オランダには何故 MRSA がいないのか？ 中外医学社、2008 年
- 2) 外務省ホームページ：オランダ王国 www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/index.html
- 3) 在日オランダ大使館ホームページ www.mfa.nl/tok-jp/homepage