

平成 24 年度岸本国際交流奨学金による海外活動 実施報告書
University Medical Center Groningen 感染症科

N.I (Male)

<目的>

・3 年次の微生物学・免疫学の講義、基礎配属(免疫学フロンティア研究センター)を通して感染症に強い興味を持ったが、日本では「感染症科」という独立した科はほとんど存在せず感染症を重点的に学べる環境は少ない。また耐性菌出現率の非常に低いオランダの感染症マネジメントに非常に興味があった。

・欧米先進国の医学生教育はいわゆる「参加型」を採用していることが多い。「参加型」は「見学型」よりも学生の裁量が大きく、より教育効果が高いといわれている。日本でも先進的に採用している大学はあるが、いまだ少数で全国的な導入にはまだまだ時間がかかるとみられており、ぜひ体験してみたいと考えた。

・医師の裁量、医療システム、治療方針、労働環境など多くの点で日本と異なると思われる。それらについて学ぶことは日本の医療の長所・短所を見つめ直すよい機会になると考えた。

<実習>

University Medical Center Groningen(以下 UMCG)の感染症科では、van der Werf 教授を筆頭に 10 名程度の医師が所属している。専門外来・一般外来は上級医が担う。病棟は 10 床で、卒後 5 年目の若手医師と医学部 6 年生の 2 人が主に担当していた。今回の留学では病棟での実習を基本とし、適宜外来やその他カンファレンス等に参加した。以下いくつかのパートに分けて、今回の実習で学んだこと・感じたことなどをまとめる。

[病棟]

様々な感染症の患者が入院していたが、その中でも HIV 感染者は非常に多く、常時複数人が病棟に入院していた。病床数が少ないため、各患者にしっかり時間を充てることができていた。患者の訴えを丁寧に聞き、回診時でも 1 人当たり 15 分以上は割いていた。病床数の多い他科ではそこまで時間は割けないそうだ。

上述の通り、感染症科の病棟は基本的に若手病棟医 1 人と 6 年生(Intern と呼ばれる)1 人が担う。学会や有休などで病棟医がいないときは 6 年生のみで病棟管理をすることもあった。その場合は適宜上級医が顔を出しチェックする。

週に 1 回の病棟カンファレンスでは栄養士とナースも同席する。どちらも症例ごとにしっかり意見を求められ、ドクターも傾聴していた。コメディカル側から患者に付いて質問することもあり、日本よりもチーム医療の体制が整っているように思えた。栄養士は頻繁に病棟に出向き患者の食事管理をするが、ここまで介入するのはオランダでも academic hospital である UMCG ならではのことだそうだ。また栄養士は外来にも常駐し、適宜患者へのアドバイスをを行う。

[HIV 専門外来]

オランダの HIV 感染患者数は、日本のそれをはるかに上回っており AIDS はずっと身近な疾患である。下表のように単位人口当たりでは約 20 倍となっている。

	People with HIV/AIDS	10 万人当たり
日本	8100 人(2009 年)	6.35 人
オランダ	22000 人(2009 年)	133.09 人

※参考：Central Intelligence Agency (2011). "CIA World Factbook 2011 - people living with the HIV virus"

したがって毎日 HIV 専門外来が複数の医師によって行われている。外来患者 1 人あたりに 30 分ほどの時間をかけていたが、HIV 感染では数多の合併症に加えて精神的ケアも必要で、より丁寧に診察する必要があるため時間を長く取っているとのことだった。問診では社会的背景など非常にプライベートな内容でも細かく聞いていた。HIV 感染患者では社会歴が特に重要であるためである。同性愛者の患者が多かったのも非常に印象的であった。精神疾患を合併している人も多く、アドヒアランスの悪いケースも時折みられた。日本では HIV 感染者に病院で遭遇したことがなく「感染症の 1 つ」くらいのイメージしかなかったが、生活指導・心のマネジメント含め全人的な対応が不可欠であると感じた。

HIV 母子感染専門の Family HIV clinic も週に 1 回開設されている。(こちらはあいにく見学することができなかった。)

[Nurse practitioner 外来]

オランダでは、米国・英国に倣った nurse practitioner 制度を 10 年ほど前から開始している。感染症科を含むいくつかの診療科で nurse practitioner が活躍している。同様の制度は韓国・タイなどではすでに採用されており、日本でも導入が検討されている。看護師として一定期間就労した後に大学院卒業することで、nurse practitioner 資格が取得でき、彼らは安定した患者の管理や軽症例などを担う。裁量は General practitioner と同レベルで、身体診察・確定診断・投薬まで可能である。(ただし、医療の質の担保のため、患者は年に 1 回医師の診察を受ける必要がある。)

本制度は routine work を nurse practitioner が担うことで医師の負担軽減を目指したものであるが、それがよく機能しているように思えた。高い専門性が必要なもの(難病治療・臨床研究等)に医師のリソースを集中させることができる効率的なシステムだと感じた。

患者は Nurse practitioner に直接メールすることもでき、相談窓口・受診フィルターの役割も担っている点も非常に興味深かった。

[TB department]

HIV とは対照的に、結核はオランダでは下記の通り非常によくコントロールされている。

	Tuberculosis (罹患率=10 万人当たりの発症数)
日本	22 人(2009 年)
オランダ	7 人(2009 年)

※参考：<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/index.html> World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2011. Geneva: World Health Organization, 2011 (WHO/HTM/TB/2011.16).

オランダには結核センターが 2 か所あり、Groningen のものが国内最大である。病床数は 30 で、オランダの人口が 1600 万人程度しかないことを考えるとその規模の大きさがよく分かる。(人口比率を考慮すると、日本では 200 床以上の換算になる。)

(参考：日本の結核病床数

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02-01.html>)

本センターは 50 年前に建てられ施設の老朽化がみられるため、敷地内の新病棟へ今春に移行予定である。隔離病棟ではあるが、窓を大きくして日光の取り込みを増やし、また中庭を設けて患者さんが外の空気を吸えるようにデザインされていた。そのため日本の「病棟」のイメージとはかけ離れた、非常に明るい雰囲気の間となっていた。

結核患者は移民が大半で、出身国はソマリア・シリア・サウジアラビア・フィリピン・メキシコ等多岐に渡っていた。事態を重く見た政府は約 10 年前から移民制限を開始し、スクリーニングの強化に乗り出したとのことである。
入院症例は結核に加えて HIV 感染や脊椎転移、精神疾患合併など複雑なものばかりであった。日本からも視察団が来たことがあるそうだ。

[医学生教育]

感染症科にはグローニンゲン大学の 4 年生 2 人と 6 年生 1 人がローテーションしていた。4 年生は試験や講義などで病棟に居ないことも少なくない。阪大でいうとちょうどクリニカルクラークシップ中のように、症例レポートの作成義務がある。6 年生は、学生でありながら裁量は日本の初期研修医とほぼ同等であった。カルテ記載・検査オーダーなども 6 年生が行う。どの科でも患者を 2-6 人ほど担当していて、週 1 回の病棟カンファレンスでは症例プレゼンはもちろんのこと、治療プランまで述べる。上級医からは「～の投与はするべきか？」などとかなり突っ込まれる。治療プランまで提案する分、下手をすると日本の初期研修医よりも臨床能力としては上かもしれない。もちろん上級医によるモニタリングはきっちりなされていて、**physical examination** などに誤りがあれば適宜訂正されていた。大阪大学医学部の 6 年生で彼女と同じレベルの学生が果たして 1 人でも居るだろうかと驚愕したが、よくよく聞いてみるとオランダでは一般教養が存在せず、日本でなされている医学教育をおおよそ 1 年前倒していることが後でわかった。

採血・静脈路確保については 4 年生から行えるようで、驚くべきことに 4 年生が各病棟の採血をこなすアルバイトが存在する。学生のスキルが上がるうえに、コメディカルの負担も軽減する妙案だと思った。4 年生という比較的早い時期から実際に臨床の現場に関与する感覚を味わうことは、勉強へのモチベーションにも大きく影響すると思われる。一方で、学生によっては手技が正しく行われていないこともあった(針抜去後も駆血帯がそのまま、1 度抜いた針をもう 1 度穿刺、等)。上級医の監督は必要ないので、誤った手技が必ずしも訂正されていなかった。しかしドクターの手技には特に違和感を覚えなかったのも、数をこなして体得していく方針なのかもしれない。

いずれにしても日本においては患者の安全性担保・患者側の嫌悪感などから同様のアルバイト実現は難しいだろう。協力患者は医療費を割り引く、あるいは入院時の誓約書を義務化し学生採血の同意を得る(そうでないと治療を受けられないようにする)などすれば、日本でも取り入れることができるかもしれない。

日本でしばしば問題となる学生のモチベーションについては、こちらの学生は学習意欲が高いと感じた。1 学年 400 人のうちの数人としき実習を共にしていないため全体像は分からないが、自ら積極的に学びの場を求める姿が印象的だった。全入院患者のカルテに目を通し、異常所見をピックアップしてそれを実際に見に行ったり、上級医に何かできることはないか尋ねたりして、問診や診察の経験を積んでいっていた。

[英語]

オランダでは、医学はオランダ語で勉強し、教科書は英語のものを使うこともある。通常業務もすべてオランダ語である。したがって彼らの口から医学英単語が必ずしもスムーズに使えるわけではなく、「英語で何て言うんだっけ・・・？」などと詰まることもあった。「v」, 「g」などの発音もオランダ語なまりの人が多かった。カンファレンス中に学生がうまく「thyroid」「metastasis」を発音できず、何度か教授に訂正されて泣き出してしまった

場面もあった。彼女は日本人からしてみれば極めて英語が流暢であるにもかかわらずである。国別 TOEFL iBT スコアが世界一 (TOEFL 公式レポート”Test and Score Data Summary for TOEFL iBT® Tests and TOEFL® PBT Tests”より)のオランダ人にとっても、英語はあくまで外国語であって、彼らなりの苦労があることを知り、同じく外国語を勉強している身分として何となく勇気づけられた。

[感染症対策・耐性菌対策]

オランダの耐性菌出現率の低さは、世界でも際立っている。その根拠として

- ① 投薬制限：本当に必要な時にしか処方できない。また薬によっては感染症専門医の認可が必要
 - ② 医師への教育：できる限りスペクトラムを絞った抗菌薬投与を教育される
 - ③ アドヒアランスの徹底：きちんと患者が服用できているかを管理
- が徹底されていることが挙げられる。このようにすぐれた耐性菌管理で有名なオランダだが、途上国からの移民や他ヨーロッパからの訪問者(EU はほぼボーダーレス)によって耐性菌が持ち込まれることが問題となっており、耐性菌出現率も近年では上昇傾向にある。TB department の項で述べたように移民を制限する流れもあり、国内では活発に議論がなされているようだ。

その他、入室時・退室時のアルコール消毒は患者にふれる・ふれないは関係なく全員が徹底していた。また患者ごとに **precaution** の度合いが設定されており、わかりやすいイラストと色分けされたタグ(トリアージタグのイメージ)によって誰もが一目でわかるようになっていた。

[“Patient-oriented”な風土]

1 か月間の実習を通して、正直なところ医療設備・治療レベル自体は日本の病院と大差ないと感じた。しかし一方で、病院のデザイン・医療従事者のスタンスは患者および患者家族にとって、日本のそれよりもはるかにすぐれていると思った。院内にはカフェ、レストランなどが並ぶショッピングストリートが存在し、また天井は吹き抜けて採光も十分、随所にテラス席なども配置されていた。Wifi も解放されており、美術品も院内に点在していた。患者の誕生日には病室に飾り付けがなされ、回診時には医師・看護師含めてお祝いをしていた。また病棟や外来待合室では無料のコーヒーマーカーを誰でも使うことができる。病棟にはさらにキッチンがあり、病院食以外に軽食を無料でオーダーすることができる。入院患者には無料の図書サービスも提供され、ベッドまでデリバリーしてくれる。医師もナースも患者も、病棟ですれ違えば必ず笑顔であいさつをするが、これもお互いにとって非常に気持ちのよいものだと思う。こういった、いかに患者にとって快適で過ごしやすくするかを念頭に置いた病院全体の雰囲気は、日本では見たことのないものだった。

[医療従事者の労働環境]

日本の医療従事者よりもシフト制がしっかりしており、またスタッフを増やし専門分化させることによって仕事の絶対量も日本よりも少なくなっている。看護師が毎日決まった時間に、談話室で集まってコーヒを飲んでくつろいでいる姿はとても印象的だった。有休も権利として当然認められており、4 週間の間でも複数の医師が休暇を取り、家族旅行に出かけた。病棟医は子供との時間を持つために毎週金曜日に休みを取っていた(“Daddy day”と呼ばれる)。この休暇は育児の権利として法的に保障されている。しかし一方で、同じオランダ人医師でも「自分が休む分、**replacement** が必要なため他人に迷惑をかけてしまう。それに患者を継続して診ることができないので患者マネジメントにも支障が出る」と反対

意見を持つ人もいて興味深かった。

[医療制度]

オランダの医療保険制度は、加入必須の国民保険(税金として天引きされる)と任意の保険会社との契約に分かれる。年間 350 ユーロまでは患者自身が払わなければならないが、それ以上の医療費は払わなくてよいため過剰受診もあるそう。日本では基本は 3 割負担で、難病はさらに補助」と説明したところ「オランダ医療制度の弱点である過剰受診も抑えられる上に難病への対策もきっちりなされていて素晴らしい」と言われた。日本国内では医療制度に対するメディアの批判を常に耳にしているため、こんなに評価されているとは思わなかった。もちろん日本の制度はパーフェクトなわけではなく内在する問題もちろんあるが、一面的な報道を鵜呑みにせず、違った角度からあるいは別のものと比較しながら考えることは重要だと改めて感じた。

[休日観光]

休日はオランダ国内を観光した。首都アムステルダムその他、5 年次のクリニカルクラークシップでお世話になった先生が偶然オランダに短期留学されていたため、留学先であるライデンを訪れた。また去年秋頃に大阪モノレールで道案内をしてあげた外国人が偶然グローニンゲン大学の職員で、そのときの縁でディナーをごちそうになった。さらに休日にはユトレヒトへも車で連れて行っていただいた。人との出会いの素晴らしさを、異国の地で噛みしめた。

[その他]

アムステルダムのスキポール空港からグローニンゲンまで、大学がエスコートサービスを提供してくれたが、こちらもアルバイトとして大学に雇用された現地学生が担当していた。到着直後の留学生にとっては非常にありがたいサービスであるうえ、現地学生とのコネクションも生まれた。移動中に生活のセットアップノウハウや簡単なオランダ語も教わった。地図や街の案内パンフレットなども用意してくれており非常に助かった。大学としても国際交流に貢献できるうえに職員を派遣するよりも安価にサービスを提供でき、全員にとって有益なシステムだと感じた。採血アルバイトも含め、大学が上手に人材を活用していたように思う。阪大にも研究支援員制度や健康診断スタッフアルバイトなどがあるが、留学生エスコートのアルバイトも導入する価値があるように思われる。

かなりの数のオランダ人が流暢に英語を操るため、患者自身とのコミュニケーションはたいていの場合英語ですることができたが、回診時などでの医師と患者の会話は通常オランダ語なので、医師から患者へどのように語りかけるのかを理解することはできなかった。とくに 1 週目に経験した安楽死の症例では患者家族に語りかける場面で、オランダ語でなされた会話を直接理解できなかったのが悔しかった。どんな言葉でどんなふうにコミュニケーションしたのかを理解したかった。安楽死についてはオランダ国内でも是非について議論があり、当事者たちにもかなりの葛藤があったようだった。

ドクターもナースも患者も、とても学生教育に協力的で理解があった。診察を申し出たときはほとんどの患者が快諾してくれたほか、カンファレンス等でもなるべく英語で会話するようにしてくれた。「今のディスカッションは理解できた?」「医学的に難しすぎたなら次は優しく噛み砕くよう改善するよ」などと気を遣ってもらえたのは非常にありがたかった。

オランダ人からは Fukushima のこと、Senkaku islands のこと、AKB48 のことなど、日本について質問されることも多かった。訊かれることによって自分の考えを整理することができたし、日本が外国人にどう思われているのかを知ることができた。「なぜ若い女性アイドルが頭を丸刈りにして謝罪するのか」といった質問まであった。「Senkaku はどこ？」と聞かれたときに、おぼろげな場所しかわからなくて恥ずかしい思いもした。自分の国のことなのに、毎日報道されていることなのに、ほとんど日本のことをわかってないじゃないかと悔しかった。日本のニュースにもっと耳を傾けるべきだと感じたし、CNN, BBC などの他国ソースで見ることも役に立つと思われるので、帰国後はこれまで以上に力を入れたい。

<最後に>

今回の留学に際して、岸本忠三先生・岸本国際交流奨学基金の皆様、学生受け入れを許可してくださったグローニンゲン大学 van der Werf 教授、医学科教育センター和佐勝史先生、医学科国際交流センター馬場幸子先生をはじめ、多くの方々にご協力いただいた。今回の短期留学で学んだことは多く、現地学生の実習態度などすぐにでも実践できることがたくさんある。この貴重な経験を糧に学生としての最後の 1 年間を過ごしたい。また本実施報告書や留学報告会、さらには個人的にでも後輩に伝え、彼らの役に立つことができれば幸いである。