

連載

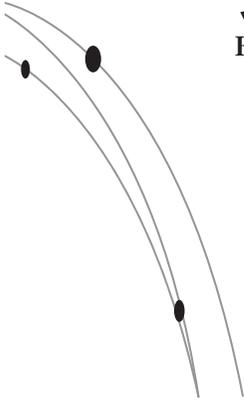
フィールド・アイ

Field Eye

ロッテルダムから——①

三重大学 田中 宏和

Hirokazu Tanaka



〳 オランダと公衆衛生

ダッチ・ライフ

2017年7月末、私はオランダに留学するためアムステルダム・スキポール空港に降り立った。振り返れば「コロナ前」と呼ばれる日々、発着する全ての航空便が国際線のスキポール空港は夏休みを満喫する旅客でごった返していた。オランダは国名の“Nederland”（低地の国）が示す通り、ライン川下流の低湿地帯に位置する。面積は九州と同じくらい、人口約1740万人であり「欧州の小国」と形容されることも多いが、大小の27カ国からなる欧州連合（EU）加盟国の中でも政治的にも経済的にも重要な役割を担っている。EUの源流となった欧州経済共同体（ECC）の元加盟国の一つであり、儉約国として知られるオランダはイタリアやスペインが求める楽観的な経済政策に猛然と反対することがしばしばある。歴史的にはネーデルラント連邦共和国として17世紀ごろスペインから独立した。自由を求めた人々が集まったネーデルラント連邦共和国はオランダ東インド会社を中心として発展し、アムステルダムの商人は高速船により世界交易を支配した。オランダ黄金時代と呼ばれるこの時代は、レンブラントやフェルメールなどの巨匠がバロック絵画の傑作を生むとともに、史上初のバブル経済と言われるチューリップ・バブルを巻き起こした。低い土地ゆえの度重なる洪水被害は、風車の活用に始まった治水のための技術革新を生み、デルタ計画（1950年代から行われた国家的治水事業）につながったのち、近年では地球温暖化に伴う海面上昇対策に先鞭をつけている。

ロッテルダムに移り、さっそく自転車を借りて留学先となるエラスムス大学医療センターに出かけ、大学のIDパスを発行してもらった。その足で大学内のコンビニでパンと飲み物を買おうとレジに持っていたが全てセルフレジであった。立ち尽くしていると、店員に「ここでは現金は使えませんよ」と声をかけられた。そう、オランダはキャッシュレス社会である。オランダの銀行のキャッシュカード（デビットカード）がないと大学内では何も買えない。それならすぐに銀行に行って口座を開けばよいと考えたが、そう簡単にいかないのが海外生活というものだ。オランダでは住民に市民サービス番号（Burgerservicenummer）が付与され、住民サービスに利用されるだけでなく銀行口座の開設や医療情報の管理にも必要不可欠である。市役所の移民課への予約は大学のスタッフが電話してくれたので、その期日に移民課が入っているロッテルダム・ツァリストセンターに向向いて手続きを済ませ、後日、滞在許可証を受け取りに行った。その後、自分の市民サービス番号を示して銀行で口座を開けし、キャッシュカードを郵送で受け取ってようやくデビットカードが使えるようになった。カードは使えても現金は使えないお店（オランダ語で“Hier alleen pinnen”という）も多く、結局オランダ滞在中に現金のユーロを使うことはほとんどなかった。個人識別番号（マイナンバー）やキャッシュレス社会といったキーワードは日本においても注目されているが、オランダにおいても最近20年のうちに社会に浸透したものである。こうしたプロセスは日本の参考となるかもしれない。ライフスタイルでは、オランダで働く人々はオンとオフの切り替えがうまかった。2017年当時、日本ではプレミアムフライデーなるものが提唱されていたが、毎週金曜日の午後3時には研究室から人がいなくなっていた。

ロッテルダムは欧州最大の港、ユーロポートを擁するオランダ第二の都市である。ユーロポートは1960年代から2000年初頭にかけて貨物取扱量世界一を誇ったが、「今は中国が一位だろう」とこの街出身の教授は苦笑いしていた。ロッテルダムは1940年5月にナチスドイツの激しい空襲に遭い、街の全域が消失した。オランダはこの攻撃により降伏し、他の都市は戦禍を免れたため古い街並みが残ったが、現在のロッテルダムは復興により近代的な建築物が多くみられる独特な景観に生まれ変わっている。ロンドンから航空便

で1時間、パリから国際特急列車タリスで3時間の距離……オランダに出かけたら是非、ロッテルダムを散策してこの街の風景を楽しんでほしい。

オランダの公衆衛生

2020年の保健統計 (Eurostat) によると、オランダの平均寿命は男性79.8歳、女性83.1歳であった。新型コロナウイルス感染症の影響で多くの欧州の国と同様に前年と比べると平均寿命は短縮してしまったものの、ドイツ・イタリア・スペインなどと遜色ない高いレベルを達成している。死因についてオランダでは日本に比べて循環器疾患の占める割合が高く、この傾向は他の欧州の国と同じである。一方で自殺率は日本より低く、EU全体の自殺率とほぼ同じ水準である。また、主観的健康感 (自らの健康状態について個々の主観的な判断に基づいて評価される健康指標) について「悪い・とても悪い」と答えた人の割合 (2017年) は4.6%であり、日本 (14.1%) と比べて良好であった。さらに国連の世界幸福度報告書 (2020年) による幸福度ランキングにおいても95カ国中第5位にランクされており (日本は40位)、精神的な健康面でも高い水準を達成しているといえる。オランダの合計特殊出生率 (2019年) は1.57であり (日本は1.36)、EU全体の合計特殊出生率とほぼ同じ水準となっている。人口は毎年増加傾向にあり、この傾向が今度50年間続くと予想されている点は人口減少が続く日本とは対照的である。

オランダの医療・公衆衛生のトピックとしてよく挙げられるのが安楽死の合法化や大麻喫煙の寛容政策であるが、医療制度改革に長年取り組んできた国でもある。オランダでは2006年に健康保険法 (Zorgverzekeringswet) の制定など大きな医療制度改革の節目を迎えた。医療保障について、いわゆる「税金が中心 (イギリス・スウェーデンなど)」「公的医療保険が中心 (日本・ドイツなど)」「民間保険が中心 (アメリカ)」という類型で分類すると、オランダは「公的医療保険が中心」の国にあたる。オランダもかつては日本と同様に地域別・職域別の公的な保険組合が数多く分立していたが、競争による効率化を目的とする一連の改革が行われ、被保険者が加入する保険組合を自由に選べるようになった。こうした流れは隣国のドイツと同様である。国内には8つの大学医学部があり、各大学の養成数は日本より多く、人口あたりの医師数も

日本より多い。医学部 (および大学病院) はアムステルダム、ロッテルダム、ユトレヒト、ライデンなどいわゆるホランド地方 (国土の中心から西よりの地域) の都市に集中している背景から、オランダにおいても医師の偏在があり特に北部やベルギー国境沿いの南部 (北海側) で不足している。

医療制度におけるオランダと日本の差異について考えると、第一にオランダではGP (General Practitioner: 家庭医) によるゲートキーピング機能が強く各被保険者の短期医療保険による医療費のカバー範囲の違いにより、患者が自由に医療機関を選択できる、いわゆるフリーアクセスではない。第二に、GPに対して専門的治療を担う病院は140病院程度 (うち大学病院は8カ所) であり人口を考慮しても日本の病院数と比べれば集約化されている。第三に、同じ診療行為でも医療費は各病院で異なる可能性がある。医療費はオランダ版のDRG (Diagnosis Related Groups) であるDBC (Diagnose Behandle Combinatie) をもとに1件あたり包括支払いで行われている。この支払いは、健康管理庁 (Nederlandse Zorgautoriteit) が価格を設定する部分 (DBC-A) と保険者と医療機関の交渉による部分 (DBC-B) から構成されている。DBC-BはDBCごとに参照価格が設定されているものの、保険者と各医療施設は価格交渉によって価格を決めることになっている。

オランダは社会の様々な側面で先進的な施策に取り組んでいる国として知られる。医療提供体制や医療保険の仕組みは日本のものと異なる特徴を有しており、オランダにおける医療改革の取り組みが必ずしも日本にあてはまるわけではない。しかしながら、世界的にも先駆的な施策を社会実験・社会実装の形で矢継ぎ早に行うオランダの姿勢は注視すべきである。ちなみに私はオランダ滞在中、軽い風邪を引いただけで健康に過ごしたので、帰国後、医療制度を専門とする教授に「なぜ、オランダの医療を実体験してこなかったのか」と叱られた。

たなか・ひろかず 三重大学大学院医学系研究科公衆衛生・産業医学分野助教。最近の主な論文に Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y. "Trends and Socioeconomic Inequalities in Self-rated Health in Japan, 1986-2016" BMC Public Health, DOI: 10.1186/s12889-021-11708-6。公衆衛生学専攻。