

## イギリス-4-2

論考：Nuffield Trust（独立系の医療系シンクタンク）

香取照幸

Nuffield Trust では、主としてイングランドにおけるコロナ対応を中心にインタビューをおこなった。

対応者は、

Helen Buckingham（戦略担当主任）、

Nigel Edwards(chief executive)、

Louella Vaughan (head of Clinical office、Royal London Hospital の臨床医師を兼任)、

Rebecca Rosen (Senior Clinical Fellow、ロンドンの GP を兼任)

の4名である。

Nuffield Trust は医療に関する研究・シンクタンクであり<sup>1</sup>、自身が病院を保有していないが、病院医師である Vaughan 氏と GP である Rosen 氏それぞれから、病院サイドと GP サイドそれぞれのコロナ対応について伺うことができた。

### 1 病院におけるコロナ対応

イングランドでも複数の流行の波においてそれぞれ多数の感染者が出た。NHS の対応は、第2波・第3波の対応は第1波の対応とは異なったものになったが、そもそも、イギリスの病院は換気の問題やスペースの問題など構造上呼吸器系疾患のパンデミックに適していない、という問題があり、このため、初期段階では病院で働く医療従事者もかなり不安が強く、実際に院内感染により医療従事者自身が病欠することも多かった。

<第1波時の状況 一般外来患者の減少が病院リソースのコロナ集中を可能に>

400床から700床程度の病院（これらの病院はイギリスでは比較的小規模であるが国際的には中規模とみなされる。）でのリサーチだが、第1波の時は多くの医療従事者が恐怖心を抱き、溢れかえる患者の数に圧倒されるような形で医療に従事していた。

そこで、かなり厳格 (strict) な措置を導入してなるべく人が病院に来ないように対応をしたほか、ロックダウンによる外出制限で交通事故など外傷による救急受診が減り、一般外傷による外来患者も減少し、平時に救急医療の5%から20%のリソースを使っていたホー

---

<sup>1</sup> 完全に独立したシンクタンクであるとされ、Nuffield 卿の名を冠した他の組織（Nuffield Health や Nuffield Foundation 等）とは直接のかかわりはないとされる。

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/about/what-we-do/other-unrelated-nuffield-organisations>

ムレスの人たちも一時的な居住施設に入れられたことで彼らの救急部門のリソース消費が3分の2程度減るなどしたこと、平時に1日あたり700~800人いた救急外来患者は200人程度に、入院者の数も30~40人から10~15人に減り、ほとんどはコロナ患者となった。医療従事者の恐怖心は強かったが、他の医療需要が減ったことから、その分リソースをコロナに割くこともできた。

第1波の時点では、各病院の事前の計画が不足しており、患者を移動させる動線及びゾーニングの管理についても不完全、スタッフが食事をとる場所も同じ、といったような状況で、実はパンデミックが始まったと言われる時期以前の段階で院内感染がすでに起きていたことが事後のリサーチで明らかとなった。

初期対応の中で明らかになったこととして、以下の3つの問題があった。

1. 病院施設が古く換気が不十分であり、また十分なスペースを取れない。
2. 酸素の供給が不足
3. ICUの病床数が不足（注：イギリスは人口当たりのICU病床数が欧州及び先進国の中で最低）

<第2波時の状況 「準備不足」による混乱・リソース不足の深刻化>

イギリスでは早期からかなり大規模な臨床試験を実施し、積極的に患者のリクルートをしてステロイドに関するエビデンスを第1波の時に作る事ができていたが、第1波が収まった2020年夏までに体系的なレビューを行うことがなく、また、それぞれの病院で構造的な改善をする取組もあまり行われなかった。

加えて、第2波（2020年12月中旬から翌年の3月末にかけての感染拡大）がより困難なものになるという予測が立てられなかったため、第1波が終わった後に第2波に向けた十分な準備が行われなかった。そのため、第2波が始まった際には、病院は再び溢れかえる患者に圧倒される状況となった。

流行の規模は第2波の方が大きく、第1波で明らかとなっていた構造的な問題に十分な対応がなされていなかったため、病院が受けたダメージは大きかった。第1波の時に延期していた癌等の他疾患の患者への対応もあって第1波のように呼吸器系以外の医師等のリソースをコロナ用に割くということもできなくなっていた。

その結果、リソースの不足は第2波においてより顕著なものとなった。

## 2 GP のコロナ対応

<構造問題として存在していた「GP 医不足」>

イギリスでは、コロナ前から GP の不足が大きな問題になっていた。1つの GP 診療所に登録されている患者が平均で 6000 人ほどとなっており、医師一人当たりで見れば 1000 人から 2000 人となっていた。また傾向として GP 診療所の統合が進んでおり、GP 診療所全体の数は減っているが 1 診療所あたりの規模は大きくなってきている。そのため、GP 診療所あたりの登録患者数は 6000 人からさらに増えてき 8000 人というところも出てきている。

<対面診療の激減・電話対応が主流に オンラインは普及せず>

第 1 波の最初の段階で、GP への接触はリモート診療、特に電話で接触するというスタイルに大きく変化した。オンライン診療に関しては、パンデミック前に askMyGP や FootFall など 4 つほど医師と患者を繋ぐプラットフォームがあったが、パンデミック前はデジタルを使ったオンライン診療はあまり浸透しておらず、その存在を積極的に患者に伝えていた医師は全体の 10% 程度だった。

パンデミックが始まり、対面での GP への患者のアクセスが激減し電話対応が急増した理由としては、ロックダウンで外出制限がかかったこと以外に、

- ① 患者が GP 診療所に行って感染するリスクを恐れたこと、また、
  - ② 患者自身の社会的な責任感として、今は GP が大変な時期であるので、余計な負担をかけてはいけなと考えたこと、
- などが指摘できる。

パンデミックが明けた今、そもそもパンデミック前にあった医療需要はどこへ行ったのか、という疑問が呈されている。GP に電話してくる患者のうちどれほどの患者が実際に急を要しているのか、言い換えれば「これまでの医療需要の多くは実は電話対応ですむようなものだったのではないか」という問題提起である。

<ソロプラクティスの減少、非常勤 GP・グループプラクティスの増加>

正確な数字ははっきりしないが、1 人ないし 2 人のソロプラクティスの数はかなり減っており、全体でも 1000 か所以下になっているのは間違いない。かなり異例だが大きなグループプラクティスになると 9 万人の患者と 5 つの診療所のサイトを抱えるところもある。バーミンガムにあるグループプラクティスは 40 万人の登録患者と 100 の GP 診療所がコレクティブという形で一緒になってグループとしてやっている。

こういった変化に伴い、国民は常に同じ GP に診察してもらえるとという継続性がかなり失

われている。その GP が休暇を取った場合、診療所の電子カルテに情報が保存されているので、別の医師がその情報をみて対応するか、あるいはその医師の休暇明けまで待って受診するといった状況だ。

ローカムと呼ばれるフリーランスで働いている医師もおり、彼らがその診療所に来て診療を肩代わりすることもある。GP 診療所は、診療所としてはオープンしていなければならないので、自ら診療しない場合にはローカムと契約して診療を代行してもらう。

#### <Hot hub・Cold hub コロナ下での GP 診療>

対面診療が困難になったことに伴って、さまざまな問題が起こり、それへの対応としていくつかの GP 診療所が寄り集まってハブを形成し、そこで診療を行う、というスタイルが作られた。ホットハブ (Hot hub) とコールドハブ (Cold hub) である。

ホットハブではコロナ陽性が疑われる患者の診察を行い、コールドハブではコロナとは関係のない患者の診察を行った。朝 8 時から夜 8 時までを診察時間とし、通常の診療所とは全く別の場所で当番を決めて GP が診察をするという態勢を整えた。患者が登録先の診療所に連絡をしてきた場合には、ホットハブ (又はコールドハブ) に患者を案内 (誘導) した。

この体制は元々は草の根レベルであった共同診療の形から生まれた取り組みを政府が国レベルの政策として採用し、横展開したものだが、こういった取り組みが生まれてきた背景には、そもそもパンデミックが始まる 5 年前から政府は GP 同士の共同を促す政策をとっていた、ということがある。

#### <ワクチン接種>

イギリスでは自国でワクチン開発が行われ、かなり急速にワクチン接種が広がっていった。そのワクチン接種活動を主に支えたのが GP だ。

ワクチンを接種する場所は、健常者向けとしては教会、寺院等が使われ、身動きが困難な人に対しては家を訪問して接種したり、あるいはバス等によって移動接種も行われた。また遠隔地などの届けにくい場所や貧困層の人たちにもワクチン接種するようにそれぞれの宗教施設やコミュニティホールでワクチン接種をすることでかなりの接種カバー率を達成することができた。

問題は GP としてのキャパシティを接種業務に奪われることであった。そのため、一般人をトレーニングして一般人に接種させるということが行われた。自分が参加した接種会場の例では、接種ブースは 8 つあったが配置されている医師は 1 人だけで、残り 7 人は訓練を

受けた一般人だった。

#### <コロナ患者の診療の流れ>

コロナ診療のあり方は常に変化しており、最初の頃は全ての患者を入院させていたが、すぐにその必要がないことがわかってきた。特に若くて比較的健康的な人で、パルスオキシメーターも持っている人を入院させることはなくなっていった。そのため、時間が経つにつれて入院させる患者の割合は減っていった。病院の救急外来にきて家に帰った患者については、最初の頃は病院のコンサルタント医師（上級医）がフォローアップしていたが、ある時期から GP と病院が連携して体系的に自宅待機となった患者のフォローアップができるようになった。また、退院患者で、引き続き酸素投与が必要な患者については酸素ボンベを渡して使用が終わればそれをまた回収しに行くという態勢がとられるようになった。

#### <GP 不足問題とそれへの対応>

医療人材の問題はかなり難しい問題だ。医師、看護師その他を含めた医療界全体の人手不足は 10 万人とされている。求人をしてしても 10%は埋まらないという状況がある。GP の不足に伴いプライマリーケアを全体的に手厚くしていこうという動きがあり、その一環として、看護師、薬剤師、理学療法士、救急救命士が患者への案内やコーディネーションをできるような仕組みを作ろうとしている。新しい職種を GP 診療に巻き込んでいくことは組織をまたぐことになるのでかなり複雑なタスクとなる。特に小さな GP 診療所においてはマネジメントがその変化に対応することができるのかということについては疑問が残る。

調査によると、パンデミックを経て、GP に対する患者満足度は史上最低レベルとなっている。その根底には長く続いている GP の不足問題がある。そして国民は GP への不満と同時に医療分野に十分なリソース（予算）を配分してこなかった政府の政策に対しても不満を感じている。

他の欧州各国と同様、NHS の核となっているのがプライマリーケアであり GP であるので、この問題は深刻である。