

2024

日本医師会欧州医療調査報告書

英・独・仏のかかりつけ医機能とコロナ対応

日本医師会総合政策研究機構

報告書発表にあたって

日本医師会は、令和5年（2023年）5月29日から6月11日の2週間にわたって、イギリス、ドイツ、フランス3か国に、平時のかかりつけ医機能の制度及び実態と新型コロナウイルス感染症対応を調査するための調査団を派遣した。

筆者が団長を務めさせていただいたが、それは筆者らが平成20年（2008年）からコロナ前の令和元年（2019年）まで、筆者が日本医師会常任理事を務めていた8年間をはさんで、12回にわたって毎年海外訪問調査を行い、報告書を作成する活動を行っていたためと考えている。過去の筆者らの調査では、いずれわが国でも家庭医・かかりつけ医の議論が行われることを前提に、イギリス、ドイツ、フランスの3か国にもそれぞれ3回ずつ訪問していた。

今回の3か国でのコロナ対応の詳細は本報告書及び「欧州医療調査報告書 概要版『英・独・仏の“かかりつけ医”制度—平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス—』（日医総研ワーキングペーパー No. 478）」を参照していただきたいが、一部で必要性が強調されていたかかりつけ医の登録制に関して、登録制の手本とされているイギリスのGP（かかりつけ医）がほとんどコロナ対応を行っていなかった事実は、我々としても驚きであった。そればかりか、平成21年（2009年）以降4回目となる今回の訪問では、長年にわたる医療費抑制により、全国民登録の弊害やパート医の激増等、GP制度そのものが揺らぎつつあることも実感した。一方、わが国と同じフリーアクセスのドイツのHausarzt（かかりつけ医）が3か国では最もよくコロナ対応を行っていたことも確認することができた。緩やかなかかりつけ医制度が導入されているフランスでのmédecin traitant（かかりつけ医）のコロナ対応は、両者の中間であったが、自由開業医制を維持したまま登録制を開始したための「かかりつけ医難民」の発生や、コロナ対応のためにその登録制を一時的にせよ停止せざるを得なかったことは注目に値した。

今回の3か国の訪問調査の結果、コロナ対応の成否とかかりつけ医の登録制は無関係であることが明らかとなった。今後わが国においても、令和7年（2025年）度から始まるかかりつけ医機能報告制度を巡って様々な検討が進むことになる。日本医師会が目指す「地域を面でカバーする」ためには、ドイツを参考にすることも、ドイツの保険医協会（わが国の医師会に支払基金を加えたものに相当）への保険医の全員加入、医師の開業制限政策である需要計画、そして専門医としての狭義の家庭医・かかりつけ医と診療報酬上の広義の家庭医・かかりつけ医のあり方など制度的背景の違いに十分配慮して詳細に検討していく必要がある。許可病床数200床未満の中小病院もかかりつけ医機能を持つわが国において、外来医療と入院医療を医師の養成段階から診療報酬体系に至るまで峻別しているドイツの制度をそのまま移植することはできない。その上で、ドイツの開業医が広義の家庭医・かかりつけ医であるHausarztを中心に95%のコロナ診療に当たり、入院医療を守ったという事実や、その背景に手厚い経済的保障があったことについては、学ぶべき点がある。

本報告書が、今後のわが国におけるかかりつけ医機能のあり方を考える上で少しでも役立つことを期待している。

団長（茨城県医師会長）鈴木邦彦

- ◆ イギリスは、GP への登録制及び人頭払制のあるかかりつけ医制度を持つ国であるが、GP は患者の住居・生活環境、雇用、孤独・人間関係等の非医療的需要に忙殺されており、医療的な機能に集中できない状況となっている。
- ◆ イギリスの GP がこれまで担ってきた非医療的機能は、social prescribing (社会的処方) として GP の業務としての医療の範疇から切り出されてきている。その上で、非医療的機能の主たる担い手は GP ではなく、social prescriber という新しい役割がこれを行うものとされようとしている。
- ◆ イギリスの GP の機能は多分に非医療的機能を包含しており、また、介護・福祉に相当する公的サービスが脆弱であるため、GP の業務として「提供されるべき医療」の概念そのものの射程が広い。
- ◆ イギリスの医療提供体制には、かかりつけ医である GP と高度急性期入院医療を担う acute trust の間に community service があるが、この community service の機能が不十分であり、GP と acute trust という 2 つの機能が分断されている。この分断を日本の文脈に置き直せば、医療的機能の分断という垂直的分断のみならず、医療と介護・福祉の分断という水平的分断という性質もあるといえる。
- ◆ イギリスのコロナ対応においては、GP によるかかりつけ医機能は発揮されず、患者は acute trust の救急外来に殺到した。最も医療機関への影響が大きかった第 2 波 (2020/2021 年冬) には、全病床の半分がコロナ診療に転用された。
- ◆ イギリスでは、コロナが通常診療に大きな影響を与え、2023 年春には England (人口 5650 万人) で 750 万人の入院待機患者を生む事態となっている。この“医療崩壊の常態化”とも言い得る状態を backlog 問題という。

- ◆ フランスは、国民に登録義務を課すかかりつけ医制度のある国であるが、医師の労働時間の短縮と医師数そのものの減少により、かかりつけ医(MT,médecin traitant)を見つけれない“かかりつけ医難民”が問題となっている。
- ◆ フランス版ナース・プラクティショナーである IPA が法制化されたが、IPA によって提供される医療の質の担保に疑義が呈されており、普及は進んでいない。
- ◆ フランスでは、コロナの最初期において、かかりつけ医 (MT) を受診せず病院を受診するよう政府が国民に指示した。そのため、病院の医療資源が一気に枯渇し、病床の 8 割がコロナに転用された。
- ◆ フランスでは、第 1 波の途中から総合医を中心とした外来診療の必要性・重要性が主張され、政府も方針転換して総合医らによるコロナ診療を認めた。その際、かかりつけ医制度は凍結され、フリーアクセスで対応した。
- ◆ ドイツには、かかりつけ医への登録義務がなく、その意味でかかりつけ医制度がない。ただし、文化・習慣としてかかりつけ医を持つことが根付いている。
- ◆ ドイツでは、コロナ診療の「20 分の 19」を開業医が担った。そのため、病院機能、特に集中治療機能が温存され、通常診療への影響が最小限にとどめられた。これによって周辺国から重症者を受け入れた。このような開業医の役割は Schutzwall (防壁) といわれる。
- ◆ 日本のコロナ状況は、欧州と比べると比較的感染者数・死亡数共に少なかったが、その割に医療アクセスの問題が顕在化した。
- ◆ 日本のコロナ対応は、典型的にイギリスの対応に類似していた。
- ◆ 日本では、コロナを感染症法・新型インフルエンザ等対策特別措置法という一種の有事法によって取り扱い、行政通知によって一般医療者の応召義務を免除するという行政対応が長期間維持された。そのため、医療者・国民共に「特別な病気」という位置づけの見直しが遅れ、一般医療の活用が進まず比較的小さな流行で、有限な医療提供資源を使い果たすことが繰り返された。

訪問先・日程

2023 年	国	訪問先
5月30日	イギリス	Nuffield Trust (医療系シンクタンク)
		Hetherington Group Practice (ロンドンの GP 診療所)
		Dr. Bogdan (社会的処方の方策関係者)
5月31日		Royal College of General Practitioners (GP 協会)
		Dr. Kong (ベテラン GP、地域の医療行政の chair も多数歴任)
6月1日		St. Mary's Hospital (ロンドンの基幹病院の1つ)
		North West London ICB (ICS という医療圏ごとの意思決定機関)
		米澤ルミ子氏 (Epsom and St. Helier University Hospitals というロンドンの急性期病院の情報部門の責任者)
6月2日		イギリス
6月5日	ドイツ	ビュルガー診療所 (ベルリン市内のかかりつけ医診療所)
		ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会
		連邦保険医協会
		家庭医協会 (ドイツ全体の家庭医協会)
6月6日		ブランデンブルク州保険医協会
6月7日	フランス	CMG France (総合医の学会)
		CNAM (フランス最大の支払金庫)
		ジルベール教授 (フランスにおける総合医の権威、パリ・シテ大学名誉教授)
6月8日		CPTS (多職種連携のプライマリケアのプラットフォーム)
		メゾン・ド・サンテ (グループ診療所)
		フランス医師会
6月9日		民間急性期病院
		医療付き高齢者施設
帰国後オンラインで実施		ドイツ

参加者

鈴木邦彦	本調査団団長、元日本医師会常任理事、茨城県医師会長
二木立	元日本福祉大学学長、日本福祉大学名誉教授
森井大一	日医総研主席研究員
香取照幸	元厚生労働省年金局長、元アゼルバイジャン大使、兵庫県立大学大学院社会科学部研究科経営専門職専攻特任教授
武田俊彦	元厚生労働省医政局長、岩手医科大学医学部客員教授、内閣官房健康・医療戦略室政策参与
松田晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
新田國夫	日本在宅ケアアライアンス理事長

現地コーディネーター

吉田恵子	ドイツ
奥田奈峰子	フランス

調査協力者

田中広秋	在ロンドン日本大使館
高澤航	在ベルリン日本大使館

目次

イギリス-1-1	応接録：Hetherington Group Practice.....	9
イギリス-1-2	論考：Hetherington Group Practice.....	23
1	診療所（GP、家庭医）と病院の機能役割の違い.....	24
2	診療のスタイル.....	25
3	Primary Care の定義と GP の役割.....	26
4	GP の勤務実態と GP 診療所の運営実態.....	27
5	GP と GPwSI、多職種協働.....	27
6	GP の契約形態.....	28
7	医療情報ネットワーク.....	30
8	最後に、GP の社会的役割.....	30
イギリス-2-1	応接録：Dr. Kong.....	32
イギリス-3-1	応接録：North West London Integrated Care Board.....	64
イギリス-3-2	論考：北西ロンドン ICB.....	76
	イギリスにおけるワクチン接種の概要.....	76
	日本でのワクチン接種.....	77
	介護者・医療者へのワクチン接種義務化.....	77
	接種義務の終わり.....	79
イギリス-4-1	応接録：Nuffield Trust.....	82
イギリス-4-2	論考：Nuffield Trust.....	92
1	病院におけるコロナ対応.....	92
	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.....	92
	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.....	93
2	GP のコロナ対応.....	94
	構造問題として存在していた「GP 医不足」.....	94
	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.....	94
	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.....	94
	Hot hub・Cold hub コロナ下での GP 診療.....	95
	ワクチン接種.....	95
	コロナ患者の診療の流れ.....	96
	GP 不足問題とそれへの対応.....	96
イギリス-5-1	応接録：Royal College of General Practitioner.....	97
イギリス-5-2	論考：Royal College of General Practitioners.....	123
イギリス-6-1	応接録：St. Mary 's Hospital.....	127
イギリス-6-2	論考：St. Mary 's Hospital.....	148

1 イギリスの病院 —日本との大きな違い—	149
1-1 訪問先での知見概要	149
1-2 イギリスにおける医療資源の逼迫 —そもそも医師も看護師も病床も少ない—	151
1-3 イギリス医療が直面する課題 : 中小病院 (=地域医療を担う病院) の不在・脆弱な社会サービス	153
2 イギリスにおけるコロナ対応 —迅速果断な病床転換はなぜ可能だったのか— ..	154
3 ICU 病棟の運用	156
3-1 コロナ初期の救急・ICU の実際	156
3-2 臨床と研究の並走	157
4 virtual ward (仮想病棟)	158
イギリス-7-1 応接録: London Bridge Hospital	161
イギリス-8-1 応接録: 米澤ルミ子先生	166
イギリス-8-2 論考: 国家による包括的医療提供体制の下での医療情報技術	205
はじめに	205
trust におけるデータ・マネジメント	205
PHM	209
診療における情報技術	210
まとめ	213
イギリス-9-1 応接録: Dr. Bogdan	215
ドイツ-1-1 応接録: Hausarzt 診療所	245
ドイツ-1-2 論考: かかりつけ医診療所	254
ドイツの診療所の職種	254
ドイツの診療所で提供される診療内容	255
需要計画の実際的意味	256
ドイツの実地医家からみたコロナ対応	259
ドイツ-2-1 応接録: 急性期病院救急部	264
ドイツ-2-2 論考: ドイツ第1波、病院の負担は他国より軽く、患者の受診行動も変容	272
はじめに	272
入院・外来分離構造	274
リスクコミュニケーションと患者の協力	275
おわりに	278
ドイツ-3-1 応接録: 連邦保険医協会	279
ドイツ-4-1 応接録: ブランデンブルク州保険医協会	293
ドイツ-5-1 応接録: ドイツ連邦家庭医協会	301

ドイツ-6-1 応接録：ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会	308
フランス-1-1 応接録：ジルベール教授.....	316
フランス-2-1 応接録：民間急性期病院.....	329
フランス-3-1 応接録：Le Collège de la Médecine Générale, France.....	336
フランス-3-2 論考：Collège de la Médecine Générale (CMG) France.....	345
フランス-4-1 応接録：高齢者施設.....	348
フランス-4-2 論考：高齢者施設.....	356
フランスにおける高齢者の住宅形態の基本	356
介護度の指標	357
高齢者施設における職種とその役割.....	357
高齢者施設での看取り	359
高齢者施設からの救急要請.....	360
フランスにおける終末期医療での行為選択	360
終末期の進展様式と老年科医師の役割	361
コロナ対応の変化	363
フランス-5-1 応接録：CPTS.....	365
フランス-6-1 応接録：Maison de Santé.....	375
フランス-7-1 応接録：Caisse Nationale d'Assurance Maladie.....	384
フランス-7-2 論考：CNAM.....	400
フランス-8-1 応接録：フランス医師会.....	404

イギリス-1-1 応接録：Hetherington Group Practice

2023年5月30日

Dr. Steve Mowle: GP in Hetherington Group Practice

<要約>

- GPは、責任者を含めてその多くが非常勤となっている。
- コロナの検査は、政府の役割であり、医療の役割ではなかった。
- GP診療所ではコロナ診療は行われなかった。
- 診療所と病院の間での患者情報の共有はなされているが、病院は診療所の情報をあまり見ていない。
- 在宅での看取りについては、病院の緩和ケアの専門医のチームが行うもの以外にGPが行うものがある。GPは看取りでなければ往診することは稀。
- 在宅診療の頻度は、かつてよりも減っている。
- GPがGPwSIという形で専門診療科の診察をも行うことはあるが、これは専門医と同じではない。

(A) 今回の視察は、イギリスにおけるGPがコロナ禍でどのような対応をされたか、また、最近のGPを取り巻く状況を知りたいと思って参った。ここは診療所なので、この診療所がコロナ禍でどのような対応をされたかということをお教えいただきたい。

(モール) 我々は、地元のNHSのリーダーシップにかなり強く服する。私のパートナーシップの一人は、かつてランベス区のGPの協会の議長であったし、また別の同僚は federation director と呼ばれる行政官であり、直接的にランベス全体のワクチンの供給を担当する人でもあった。

(A) この診療所には、医師は何人いるのか。

(モール) 我々のところは、2つのサイトがある。この2つで、1万7000人の住民登録を抱えており、15人のGPがいる。そして、全員が非常勤だ。

(A) モール先生もか。

(モール) そうだ。

(A) 管理者として常勤医師がいなければならないといった決まりはないのか。

(モール) ない。私は毎月曜日、毎金曜日、時々水曜日、そしてほとんどの火曜日は診療所で勤務している。非常勤とは言え、週30時間から35時間はこの診療所にいる。今、英国のGPで、フルタイムで働く者はかなり珍しくなった。なぜなら、一日の労働時間はかなり長く、11時間から12時間となり、これを週5でこなしたら死んでしまう。多すぎる。

コロナの質問に戻ると、この診療所がある区はランベスというところで30万人の人口が

いる。多くのワクチンプロセスは、この区単位で行われた。我々が今いるこの建物・診療所がそのワクチン接種に関する主要なハブになったということではない。GP 及びその診療所は、行政の指示の下に動いた。そのために、建物に沿った通路に屋根を付けるなど、この建物を作り直した。そうすることで、住人は接種の順番が来るまで外で待つことができた。そして、住人は建物の裏側から回り込んで、入ってくることができ、接種後は正面玄関から出ていくという動線を確認できた。このように、物理的にも建物を作り変えたりした。そうすることで、一日で数百の接種が可能となった。そして、これはあまりないことなのだが、多くのボランティアが手伝ってくれた。彼らが、接種者を誘導し、氏名確認もしてくれた。また、軍からも何度か手伝ってくれた。軍服を着た人がこういう場所にいるというのはかなり珍しいことだった。軍隊とここで一緒に仕事をすることはこれまでになかった。これは集団マネジメント上のチャレンジだった。しかも、それをすぐに準備する必要があった。準備には7日から10日の猶予しかなかった。国のコンピューターシステムに基づいて iPad を使いながら外で誰が来たかを確認しながら進めるという、非常に効率的なプロセスだった。

次に診療に関してだが、これは通常とあまり変わらなかった。この診療所ではずいぶん以前から電話でまず話を聞くという診療をしてきた。対面診療をしたいという患者でも、まずは電話をしてもらって、話を聞いてから実際に来てもらうかどうかを決めるというやり方だ。このやり方で9年前から行っている。そのため、コロナが来た時でも、この診療所にとっては何も変わらなかった。コロナの6年か7年前からそうしていたので、患者も電話診療に慣れていて、また、インターネットを介した電子的な診療システムも導入した。患者は、自由記載で彼らの問題について記入することもできるし、オンライン・フォームを埋める形で症状を記入することもできる。このように標準化された質問項目に沿って記入してもらうやり方は、うつや不安といった精神的な問題への対処に非常に有用だ。GAD-7¹、PHQ-9²といった定式化された質問だ。これによってより、電話で患者と話す前の段階で完全なアセスメントが可能となる。そしてさらに、コロナが来た時に技術的な発展としてビデオ・コンサルテーションを導入した。これはシンプルなシステムであり、簡単に導入できた。電話で、患者にリンクを送ればいだけなので。この点について、日本でどのようになっているかを存じ上げないが、コロナの最初の間、状況はとても静かだった。患者が怖がってGP診療所を受診しようとしなくなったため、電話もして来なくなったからだ。しかし、このことで時間的猶予が生まれ、新しい技術の導入の準備をすることができた。この間に、多くのPCをセットアップして、多くのGPが自宅で診療できる体制も整えられた。こうすることによって、医師自身に少々症状があつて診療所に来ることができない場合でも、自宅で診療に参加することができたため、我々の対応能力は多少向上した。我々にとっては、この変化は大きな意味があった。また、マスク着用は文化的に一般的ではなかったし、当初我々が使えたマスク自体も後に入手できたようなフィルター機能が高いものに比べて防御性能が低いサー

¹ GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7、不安尺度。

² PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9、抑うつ尺度。

ジカルマスクであったこともあって、何人かの医師はコロナに感染するリスクを恐れていた。実は、私自身、かなり初めのころに感染してしまって、10日ほど症状があった。30年間医者をやってきて、病欠したのは5日ぐらいだったのに。

(D) 10日も休まないといけないとなると、診療所の運営に対する影響も大きかったと思う。医師が感染を恐れる理由として、自分自身の健康を害することに加えて、仕事に対する影響や、社会に対する責任を心配したということもあるか。

(モール) そうだ。我々は、ここの住人に対する社会的責任を強く自覚している。我々の患者に対してだけではない。コミュニティ全体に対してだ。コロナ禍においてはとりわけそうだった。この診療所は、特に社会的に阻害されている患者を受け入れている。例えば、難民であったり、ホームレスであったり、あるいは重大な精神疾患を持っていたりする人々だ。これらの人々は、コロナによる悪影響をとりわけ強く受けた人たちだ。我々はこれらの人々により多くの援助をしたいと考えていた。そのため、私自身が感染している間も、電話での診療は続けていた。しかしながら、4日間は完全に寝たきりになってしまっていたので、本を読むこともできなかったが。また、最近のデータが示しているところでは、民族グループごとの健康格差も明らかとなってきている。この診療所のエリアでは、200以上の言語が話されている。多くのアフリカ系、アフロ・カリブ系住民がいる。ブリクストンはカリブ系住民が多いことで知られている。彼らの多くは経済的に貧困であり、且つ、一般的に言ってワクチン接種率もとても低い。一般的に、彼らはコロナワクチンに対して強い抵抗を示す。ある時、介護従事者³と医療従事者⁴のワクチン接種が義務化されたのだが、医療者については後に撤回された⁵。介護人材への接種義務は一定期間維持されていたため⁶、私も多くの介護人材にワクチン接種を行った。彼らは、接種をしたくないと思っていたが、それでも仕事を続ける以上は接種しなければならなかった。彼らは、接種のために袖をまくりながら、涙目で「ほんとはやりたくない」と言っていた。この診療所では多様性を指向する立場から、この診療所ではアフロ・カリブ系の職員が6名いるのだが、もし医療者へのワクチン接種義務が維持され、彼らがワクチン接種をあくまで拒否したら、解雇せざるを得ないところだった。

(B) なぜ、彼らは接種を嫌がるのか。

³ The Health and Social Care Act 2008 (Regular activities) (Amendment) (Coronavirus) Regulations 2021 (<https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2021/891/contents/made>) 2021 No. 891 が 2021年7月22日に可決成立し、同年11月11日より施行された。

⁴ 上記介護従事者へのワクチン接種義務が医療従事者及びより広範な社会保障従事者にも拡大される法改正 (<https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2022/15/introduction/made>) 2022 No. 15 が 2022年1月6日に可決成立し、2022年4月1日から施行されることとなっていた。そのため、医療者はその3か月の期間内にワクチン接種することが求められていた。

⁵ 上記の医療従事者へのワクチン接種義務は、法案可決直後の2022年3月15日に撤回された (<https://www.gov.uk/government/publications/vaccination-of-workers-in-social-care-settings-other-than-care-homes-operational-guidance/coronavirus-covid-19-vaccination-as-a-condition-of-deployment-for-the-delivery-of-cqc-regulated-activities-in-wider-adult-social-care-settings>)。

⁶ ケアホーム立入時のワクチン接種義務についても、2022年2月21日に英国内閣府が公表した“COVID-19 Response: Living with COVID-19” (<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-living-with-covid-19>) の中で、2022年4月1日までに廃止することが打ち出された。

(モール) それは権力に対する文化的不信感だ。我々にとっては非常に驚くべきことだったが、この診療所に務める2人の職員は、これまで一度もワクチンを打ったことがないという。破傷風ワクチンでさえ打っていない。乳児接種するようなワクチンすら全く打っていないのだ。実際のところ、彼らの家族全員がそうなのだ。コロナのワクチンプログラムをやっていると、時々アフロ・カリブ系の高齢者がこっそりやってきて、「ここに来たことは、私の子供たちに言わないでください。」と言うことがある。文字通り、それは秘密の行動で、誰にも見られないようにしながらやってくる。

(B) アフロ・カリブ系の方々が、忌避するのはワクチン接種にとどまらず、他の治療一般についてもそうなのではないか。

(モール) そうだ。単純な投薬でもそういうことがある。例えば、血圧コントロールが非常に悪く、私が「4錠の薬を出しますね。」というのと、「飲まないよ。」と言われることがある。

(A) 血圧を測るのも嫌がるか。

(モール) いや、測るのは喜んでやる。ただ、薬は飲みたがらない。我々にとって、コミュニティからの信頼が重要だ。コミュニティを代表する人がいるということを示すことで、その信頼が得られる。

(A) ワクチンの話は分かった。次に聞きたいのは、コロナが一番大変だった時に、この診療所でどこまで治療が行われたのかということだ。それから、病院との連携についても聞きたい。さらに介護施設との連携もあったのか。

(モール) 介護施設との連携については、ワクチン巡回は極めて迅速に行われた。私の同僚の2人ないし3人は、1日の午後の時間だけで、施設全体の接種を完了してしまった。ワクチン自体が非常に不安定で、輸送にも気を遣うものだったが、我々は非常に効率的に、迅速にこれを行った。コロナの治療に関しては、病院で行われた。我々は電子的手段によって患者紹介を行い、その問い合わせがその日のうちに病院に届けられた。それから、高度な治療を要するかどうかの振り分けを受けて、必要であれば患者が受け入れられた。病院が受け入れなかった場合は、在宅モニタリングに患者が登録されることになり、パルスオキシメーターが配布され、それに基づいて患者が自己モニタリングすることになった。

(A) 入院の判断は、あくまで病院がするのか。また、在宅で自己モニタリングすることになった患者のフォローはこちらの診療所がするのか。

(モール) まず、モニタリングはランバス区レベルで family doctor よって行われた。診療所単位ではない。ワクチンも family doctor で、治療は病院だった。そしてこれは重要な点だが、「検査は政府」という役割分担がされた。検査に関連するあらゆること、lateral flow test⁷も、診断検査も、全て政府が取り仕切って行った。そのため、我々は検査については何もしなかった。そして、入院の判断だが、これは病院が行った。患者が治療を必要とする基準に適合するかどうかは病院が判断した。明確にさせたいのだが、もし患者が在宅でも大

⁷ 簡易キットで行う抗原検査

丈夫な程度であったとしても、例えばがん治療中で免疫不全となっていたような場合には、我々は電子的な紹介システムによってそれを伝える。また、状態が悪く、酸素飽和度も低いような場合には、救急車で直接送ってしまう。

(A) 治療は病院と言うことだったが、日本では、大きな病院でなくともかかりつけ医が薬の投与までせざるを得ない状況があった。GP 診療所では治療は行われなかったのか。それから、介護施設ではワクチンだけでなく治療までしたのか。重症者に対するステロイドなど。

(モール) どうだったか、思い出そうとしているが、。55 歳で記憶力はいいはずだが、。ステロイドの処方も確かしたと思う。非常に基本的な薬の処方は勿論やった。ただし、抗ウイルス薬の処方などはしなかった。

(A) 抗ウイルス薬の処方はしていないんだね。

(モール) していない。

(A) 日本ではした。

(B) そこは違うところだ。

(D) ただし、抗ウイルス薬が使えるようになったのは 2021 年以降なので、最初の方はなかったはずだ。

(A) ピークの時の話をしたので、全体を通じてはなしだが。高齢者施設に行くと、GP が治療するといったことはあったか。

(モール) 行って治療した。

(A) 投薬はしないのではないか。

(モール) 単純な投薬のみだ。抗ウイルス薬は投与していない。抗ウイルス薬については、病院に対して慎重に配給されており、制限があった。

(A) 確かにそうだが、日本では登録すればかかりつけ医でも使えたが、それが無いということは病院に限定されていたということだな。

(モール) その点は、遅れを取ったと思う。覚えておられるかもしれないが、かつてインフルエンザのパンデミックがあった時に、タミフルの処方も我々はあまりしなかった。実は、Chief Medical Officer であるクリス・ウィティに面会した。彼は素晴らしい人物であり、素晴らしい医師でもあるのだが、その彼に我々 GP は毎週定期的に面談して、彼は我々の意見を聞いてくれていた。もし抗ウイルス薬に早期の段階でアクセスできていたら、本当に必要な患者のための十分な在庫の確保はできていなかっただろう。それゆえに、配給制にしたのだと思う。この件については、お金の問題と言うよりも、供給量の問題だったと思う。

(通訳) 最終的には、GP も抗ウイルス薬が使えるようになったのか。

(モール) パンデミックの終わり頃には、GP も抗ウイルス薬を処方できるようになっていたかと思うが、私自身がそれを処方した記憶はない。流行は急激に収まったからだと思う。

(A) 日本とはずいぶん違う。

(モール) Chief Medical Officer であるクリス・ウィティに敬意を払うのは、彼が政府のアドバイザーであり、彼が真実に基づいて政府に助言しているからだ。政府にありのままを

伝え、話をでっちあげるようなことはしない。パンデミックの初期においてなされなければならなかったいくつかの困難な決断の一つが、治療そのものの割り当てだ。高齢で脆弱性の高い患者についても、あくまで救命を求めるのか、あるいは診療レベルをそれ以上上げずに病院へは入院させなかったり、ICUに入れなかったり、挿管・人工呼吸管理をしなかったり、という決断だ。これは医師としても倫理的に非常に難しい決断だった。我々は、困難な状況に置かれていたと思う。

(通訳) 高齢者はICUに入ることは諦めるということか。

(モール) そうだ。ただし、ラッキーなことにGPである私自身はその決断をしなければならぬ立場ではなかった。family doctorが、そういう決断をすることは少なかったとは思ふ。しかし、人口呼吸器が100個しかない時に、200人の患者がいるとすると、誰がそれを得て、誰が得ないのかということを決めないといけぬ。ロンドンの場合、ExCel 展示場に、病院の基本的装備や人工呼吸器を備えた病院を建てた⁸。しかし、実際のところこれはほとんど使われなかった。私は、数百の患者を受け入れられたらと思うが、実際には20、30人しか受け入れられなかった。これは軍隊様式の野戦病院だった。幸運なことでもあるのだが、このような極端な状況にさらされたことはこれまでになかった。しかし、そこでは、学習障害のある若者が人工呼吸器を与えられず、別の若者がそれを得る、というような意思決定を医師がすることになっていたと思う。

(A) 例えば、何歳以上は抗ウイルス薬は使わないとか、何歳以上はレスピレーターを使わないとか、そういう規定はあったか。

(B) 優先順位付けということだ。

(モール) まさに優先順位付けだ。しかし、それは病院で行われた。診療所レベルではない。

(B) その判断は組織としての判断か、個々の医師ごとの判断か。

(モール) 病院での組織的な判断だったと思う。一時期、私の患者で、フレイルが進んだ高齢の患者の死亡率が一気に上がった時期があったが、その後、一気にそういう患者の死亡率が急激に下がるという現象があった。それは、元々死亡するリスクが高かった患者がその間にほとんど亡くなってしまったからだと考えられる。

(A) データを見ていると、日本の方が高齢化率ははるかに高いが、全体の死者数も人口当たりになると少ない。1億2500万人の人口で7万5000人だ。イギリスは6700万人で20万人が亡くなっている。この違いは、高齢者の違いによるものではないかと思っている。つまり、高齢者が治療において差別されていたのではないかと思う。特に介護施設等で、医療的な手当が日本よりも薄いのではないか。その辺はどうか。

(モール) エビデンスがどうなっているかは承知していないが、私が思うのは、別の要因ではないかと思っている。医療以外の要因、つまり、日本では皆がマスクをすとか、感染対策をより厳格に実践すとか、しかもその呼びかけに対する反応も迅速だったと思う。イギ

⁸ NHS ナイチンゲール病院ロンドン (NHS Nightingale Hospital London)

リスでは、感染対策が浸透していくのもゆっくりだったし、厳格でもなく、徹底されてもいなかった。これは大きな違いだ。一般的な生活水準はおそらく日本の方が高いと考えられ、衛生的な国でもある。また、日本の介護施設の方がよりうまく運営されているのではないか。

死亡率については、イギリス国内においても所属群によっても違いがあった。貧困層や特定の民族の死亡率が高かった。こういった事情が日本ではなかったのではないか。

(A) そういう部分はあったと思う。その一方で、これはどちらがいいという話ではないのだが、日本では、医療機関でも介護施設でも、その中でクラスターが発生するともものすごく批判される。そのため、ゼロコロナが志向され、社会がかなり自由になった後でも、ゼロコロナが求められ続けて感染対策に力を注ぎ続けなければならない状況が続いてきた。そのために、結果的に感染が少なかったという側面があるように思う。イギリスでは、医療機関や介護施設でクラスターが発生した時にゼロコロナ、つまり感染者がゼロになるまで感染対策を徹底的にやるのかどうか。それから、クラスターが発生した時に一般の人は仕方ないと思うのかどうか。あるいはその病院なり施設を批判するのかどうか。日本は、批判をされないために、今もゼロコロナを目指して対策し続けなければならないのだが、これが非常に負担になっている。

(モール) 日本に比べれば間違いなく批判の程度は弱いと思う。社会はクラスターが発生しても「これはウイルス感染で、仕方がないものだ。」と言う感じで許容する傾向がある。政治家が責め立てるかもしれないが、それぐらいだ。多くの方は、これはウイルス感染で、それをやり過ぎすしかない、というような感じだったと思う。これは私の日本社会に対するバイアスでもあるのだが、日本人にとってはルールは遵守すべきものだが、イギリス人はルールは破るものだと思っているところがある。首相でさえもね。元首相だが。ロックダウンと言いながらパーティをしていた。

(D) 医療情報ネットワークについての質問をしたい。コロナの対策において、患者情報を医療機関同士で共有すると言ったことはあったか。患者情報の共有に関して、コロナ以前及びコロナによって進んだ部分があるか。そして、どういったシステムなり制度が役に立って、どういったものが役に立たなかった、ということを教えてほしい。

(モール) それはどんな情報の、誰との共有の話か。

(D) 例えば、患者の合併症、治療歴、家族歴等の情報だ。それを他の診療所が必要とするような場面は想定できないか？

(B) 患者が一定の状態になったら病院に送ることになり、そして病院の側で入院するかどうかの判断をすることになるという話があったが、その時にコロナが陽性であるとか、酸素飽和度がどうだとかというコロナに関する判断要素となるべきクリニカルデータはその場で得られるだろうが、それと同時にその人が複数の基礎疾患を持っているとか、例えば高血圧等の別の疾患がある場合には当然判断が変わりうる。そうすると、GP は自分の登録患者にとってはデータを持っているが、当然病院側は個々の患者の目の前のコロナの情報だけではなく日頃からある情報についても必要となるはずだ。我々の理解では、そういう情報に

については、NHS が個人情報の記録として持っていて、病院にもそれが提供されると思っている。コロナの場合には、そのシステムがそのまま機能したのか、あるいは、コロナによって更なる情報連携とか共有についての新しい改善や新しいシステムが作られたということがあるのか。

(モール) このエリアはコロナ以前からそのパイオニアだ。医療情報を GP/病院間で共有してきた。コロナ以前から、地元の病院の記録を GP である我々が見ることができたとし、彼らも我々の記録を見ることができた。しかし、病院の医師は、このシステムを使いこなしてこなかった。今に至ってもそうだ。彼らは我々の記録をほとんど見ていない。私は、彼らの記録を毎日見ている。これに加えて、特にがんの末期で余命いくばくもないようなリスクの高い患者については、別枠のシステムがあり、そこに情報アップロードする。そして、この情報には、救急、緩和ケア、ソーシャルサービスからアクセスができる。そのため、2つのシステムがある。一つはプライマリー・ケア・システムで、それ以外にホスピタル・システムがある。我々は相手方のシステムに書き込むことはできないが、お互いを閲覧することはできる。これに加えて、先ほどの救急からも見られるシステムがある。私の患者の一人に、毎日救急要請する患者がいる。一日に、2回、3回とする日もある。このような患者について、この患者は精神疾患があつて、症状としてそのような行動がありうるということが記載され、それが救急にも共有されることになる。実は、全国的にすべての地域において、このような GP と病院の相互閲覧を可能とするような動きがあるが、現時点ではまだ完全ではない。我々の地域でこのような情報共有システムが導入されたのは偉業だと思う。と言うのは、病院内部のセクションごとでさえ違うシステムを導入してしまっているのです、システム同士の連携が取れないという状況のところが多かった。まして GP の状況は病院から全く見ることはできなかった。また、多くの family doctor が使うデジタル・ソリューションを提供してきた会社に EMIS という会社があるが、これは United Healthcare というアメリカの企業が 14 億ポンドで買収した。そのため、情報管理の安全性について、アメリカの企業に委ねることになることについて疑念が持たれている⁹。

(D) コロナとは離れたことについて質問したい。GP の地域医療、とりわけ在宅医療の関わりについて聞きたい。例えば、終末期の患者の緩和医療、エンド・オブ・ライフ・ケアを在宅で行う場合に、往診して看取りまでするとか、あるいはどういう連携でそれが可能になっているとか、そういうことがあれば教えてほしい。

(モール) かなり様々だ。コミュニティ緩和ケアチームというものがあり、これは family doctor ではなく病院の緩和ケアの専門医が主導するものだ。我々は、彼らと連携する。通常は緩和ケア看護師がいて、彼らが日々のケアを担当し、我々 GP が患者宅を訪問するのは、特に複雑な症例であつたり非常によく知っている患者でない限りは、週に 1 回、又は 2 週間に 1 回だ。私個人の場合、死期が近い患者には患者に私の電話番号を覚えておく。そのため、

⁹ 同様の視点からの指摘は、米澤ルミ子先生のセッションの中でも言及されている。

私が自分の番号を教えるというのは、それがそんなに長い間使われることがないことを示すのだから悪いニュースということになる。しかし、それによって患者はいつでも直接私に連絡が取れることになる。これは通常の患者にはしない。終末期の患者だけだ。おそらく多くの GP はこのようなことはしていないと思う。

(B) その病院が主導するコミュニティ緩和ケアチームから在宅に訪問するのは、看護師か。(モール) 専門看護師が多くのことをする。緩和ケアの専門看護師が静脈注射等の推奨を行う。それに基づいて処方通常は我々がする。30年前に GP としてのトレーニングをしていたころ、毎日、3、4件の在宅訪問をしていた。今は週に1、2件だ。この地域が人口も若く、高齢者も少ないということもあるが、一般的に言っても今の方が在宅診療は少なくなっている。

(A) それはこの地域の高齢化が低いということか。それとも全体的にどこでも減っているのか。

(モール) 後者だ。契約上は、30年前は、患者が NHS に希望すれば、行かなければならなかった。今は、医療上の必要性による。臨床的な理由で、患者が診療所までこられなければ、我々が行くことになる。行くのが面倒だという理由では行かない。昔いた患者だが、毎週日曜に教会に行き、3週間に一回散髪に行くのだが、それも自分で GP 診療所には来ない、という人もいた。

(A) 話を戻すが、GP のコロナ対応について聞きたい。GP によっては医師が1人又は2人といった具合に小さな診療所もあるようだが、そういったところでは、医師がコロナに感染する恐れがあるということで診療しない、ということがあったやに聞いている。実際どうだったか。

(モール) 確かに怖がっている GP はいた。しかし我々は業務を続行した。必要以上に長期間患者が来ることを完全にとめたところはかなり少なかったのではないか。ただし、ある意味でコロナは我々の診療のあり方を変えた。つまり、電話診療が増えて、対面診療が減った。これについてはいいことだと思っていない。対面診療も必要だ。以前と同じぐらいの水準で対面診療するべきだと思っている。

(D) 午前中の訪問先¹⁰でもオンライン診療の難しさを聞いた。やはり身体所見が対面診療と同じようには取れないことで、患者の状態を正確に把握することが困難となり、その結果として若い人が亡くなるという帰結を生んだところもあったということだった。オンライン診療になることで、診療の質が下がるか。それとも、ここの診療所は、コロナの6、7年前から電話での対応を始められていたのでその経験によって電話であっても診療の質が担保されるものか。

(モール) 構成がしっかりしている電磁的コンサルテーションは、むしろより優れているともいえる。なぜなら、それによってシステムティックに質問をすることができるし、family

¹⁰ Nuffield Trust のセッションを参照されたい。

doctor がしなかったかもしれない質問ももれなくすることができるからだ。腹痛で来た患者に 20 もの質問は通常しないので。私なら 4 つぐらいだと思う。それだけの質問で、これは虫垂炎だと診断することになる。ところが、賢く使えば、電磁的コンサルテーションと電話コンサルテーションに対面診療を組み合わせることによって、もっとシステマティックに、そしてさらに質の高い診療を提供することも可能となる。

(通訳) 電磁的コンサルテーションとは、誰かと話すのではなく、一定のフォームに記入していくようなものか。

(モール) そうだ。例えばおなかが痛いと言う患者がいたとすると、それに合わせて一連の質問項目が出てくる。発熱はあるか、排尿はどうか、腸管の手術をしたことがあるか、などだ。患者に実際に会う前でも、これらの質問に全部答えてくれていればかなりのことが分かる。おそらく同意いただけると思うが、医師になった後に、患者のニーズがどこにあるのかということに応じて個別化することが最善だ。患者がちゃんと信頼できて、きちんとした e-コンサルの結果があれば、それで事足りる。そうでない場合には、対面診療をすればいい。私はこの診療所で 23 年働いている。患者によっては、対面診療しかしない患者もいる。また別の患者は電話でしか話したがらない者もいる。患者のことを一人ひとり知っているの、それがわかる。私は、継続性が重要だと思っている。とりわけ病態が複雑な患者はそう。健康な患者であればそこまで継続性が重要と言う訳ではないが、family doctor がコールセンターのようになってしまわないように、個々の患者ごとに個別化したケアをできるようにしなければならない。

(A) この診療所では、予約してから受診までどれぐらい待つことになるか。

(モール) 朝に電話してきた患者の 70% は同じ日に診察している。政府の政策として、診療までの待ち時間を短くすることが掲げられている。電磁的コンサルテーションを送ってきた患者は、48 時間以内に連絡を取る。電磁的コンサルテーションは、救急疾患は想定していない。皮疹があるとか、何週間か調子が悪いなどの場合が想定されている。

(A) 夜間対応はしないところが多いと聞いているが、その点はどうか。

(モール) 時間外については、今の制度では、診療所には時間外対応の責任はない。そして、それは国全体で整備されている。GP がなすべきこととして、電話対応と患者宅の訪問もあるが診療所業務は必須ではない。診療所業務は朝 8 時から 18 時半までだ。土曜日は 9 時から 12 時だ。それ以外の時間は閉まっている。

(A) 登録されている住人の中には、元気な人からそうではない人まで幅があると思う。そして、高齢者や病気を持っている人は我々が言うようなかかりつけ医があった方がいいと思うが、元気な人が敢えて登録することの意味はどのようなものか。具合が悪いときだけ行けばいいという考えもあるように思うが。

(モール) 登録患者数は、我々への支払いに影響する。患者数の数に応じて年間の受取額が変わる。それはその患者が何回診療所を受診するかとは関係がない。我々への報酬は、急性期と慢性期のケアに対する対価として位置づけられる。これに加えて、高血圧や糖尿病の管

理に関するインセンティブがある。登録医師を住人に持たせることで、住人が次から次にいろんな医師を受診するというドクターショッピングを防いでいる。また、住人は一定の地理的範囲の中から登録先を選択することになる。そのため、住人は受診するのに長距離を移動する必要がない。また、GP の側も、その地域の医療事情に精通することになるので、紹介先などに困らない。私は、すぐそこに住んでいるが、私は、この近くの Trust (病院) を把握しており、必要に応じてそこに患者を紹介する。もしロンドン北部の住人が私の登録患者だったとしても、その周辺の紹介先がすぐにわからないということが起こりうる。住人にとっては、住まいのある場所の診療所に登録しているということが最も重要なことだ。

(A) 午前中に行ったところでは、最近 GP になる人が減っているという話があったが¹¹、医師全体を希望する人が減っているのか、専門医指向が強くなり GP の希望者が減っているのか。そして、その原因として、業務の本質的なものが問題なのか、それとも医療費抑制策等の影響による待遇面の不満が原因なのか。

(モール) GP の数について政府は、英国全体で 6000 まで増やすことを約束している。しかし、実際には数は減っている¹²。政府は医師数自体を増やすために、医学生に対する投資をしている。しかし、医師養成に関しては、イギリスは自己完結している国ではない。GP 教育を受けている医師の半分は海外で医学教育を受けた者だ。そのため、イギリスで GP 教育を受けた後に、自国に戻るということも起きている。GP の数が減っているもう一つの理由は、新しく GP になる人よりもリタイヤする GP の方が多いからだ¹³。GP の平均引退年齢は 57 歳だ。

(A) そんなに早いのか。

(モール) そうだ。私は来年には 57 歳だ。

(A) 57 歳で引退して、その後何をするのか。

(モール) 年金だ。National Health Service Pension はかなり手厚いし、インフレ調整もされる。私も年金が楽しみだ。政府は、GP をより長く働いてもらえるように、新たなインセンティブを導入した。その制度の下では、私は来年には年金を受け取ることができる。それと同時に、働き続けることもできる。しかも、さらに積み立てを続けることもできる。したがって、本当に働けなくなるまで、もう一つ別の年金を積み立てることになる。

(B) 在職老齢年金だ。年金受給年齢は何歳か。

(モール) 標準的な受給年齢は 67 歳だ。これは国民年金の受給年齢だ。しかし、55 歳以降であれば受給を開始することができる。これは職業年金だ。国民年金の方が約 1 万ポンドぐらい少ない。職業年金は、54 期の就労を基準としている。40 年間働けば平均生涯収入の 54

¹¹ Nuffield Trust のセッションを参照されたい。

¹² GP の減少については、RCGP のセッションも参照されたい。

¹³ モール医師は、GP 不足の原因として、早期の引退と非常勤勤務の増加を挙げているが、このような見解はイギリスでは広く共有されている。2019 年 1 月 7 日にイギリス政府が発表した NHS の長期的な改革指針である NHS Long Term Plan (<https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/>) では、“GPs are retiring early and newly-qualified GPs are often working part-time.” という全く同様の見解が示されている。

分の40を稼ぐとみなされる。54年間働けば、生涯の収入をフルに稼ぐことになり、その後も同じ額の収入を確保できる。40年しか働かなかつたら、フルに受け取る額の54分の40の年金を受け取ることになる。それは年金としてはほとんどフルに近い額であり、しかもインフレにも連動する。実際に働いて得る収入にインフレ調整はない。また、財務長官であるジェレミー・ハントは、かなり手厚い税制上の優遇措置も施した。

(A) 午前中行ったところで聞いた話では、週2日GPとして勤務し、後の2日産科医として勤務するというようなこともあると聞いた。GPと産科医が両立するなどあるのか。以前はできないと聞いた。今はそういう制度もあるのか。

(モール) 私の方から先生方に質問したいのだが、もしあなたが、フルタイムの family doctor だったとして、何セッションぐらい外来をすることになるか。

(A) 日本では週に4日以上働けば常勤になる。そのため1日8時間とすると、最低32時間が労働時間だ。

(B) 通常は月曜から土曜だ。

(モール) 土曜!?

(B) そのうち2日は半日は休むことが多い。

(モール) 週6日か。

(B) そうだ。それが一般的だ。

(モール) イギリスでは、フルタイムというのは半日単位で8。すなわち4日だ。今、フルタイムで働くGPはかなり珍しい。多くは、トレーニングしたり、何らかのリーダーシップをしたり、特定の領域を専門的に行ったりする。特別の領域の診療については、GP with Special Interest だが、これは産婦人科などの専門医になることを意味するものではない。これは単に、少しだけ女性の健康に関する専門的知識があるということに過ぎない。GP with Special Interest が専門医に取って代わるようなものではない。それでいて、多少は専門的な働き方ができる。私については、教育という interest を持った GP with Special Interest という感じになる。

(A) GP with Special Interest、つまり GPwSI (ジプシー) と言うのは以前にも聞いたが、GP プラス産科みたいなものも GPwSI に入っているのか。

(モール) あり得る。ここの診療所の医師の1人で、GP でありながら5年間産婦人科のトレーニングを受けた者がいる。彼女は民間の更年期クリニックをやっている。週に1回、更年期の問題を抱えている女性を診察している。とてもいい収入だ。

(B) A先生の質問を言い直してみる。GPやfamily doctorは様々な診療をこなさなければならぬので、日本では総合診療医と言ったりして、幅広く診療ができないと対応できないと考えられている。そうすると、確かに産科、整形外科、耳鼻科などもカバーするという話になりそうだ。しかし、その一方で、そのようなかなり専門的な領域をやりながら、GPのように全身を見るということが可能なのかということが疑問として出てくることになる。

(モール) おっしゃることはその通りだ。確かに両者は対立するように見える。一方はジェ

ネラリストとして非常に包括的な能力が求められるし、一方は専門医としてかなり狭い領域に特化する。私が思うに、多くの GP は、かなり狭い興味 (interest) を持っている。その例として糖尿病はいい例だが、喘息、COPD、肥満管理なんかもそうだ。そのようにかなり狭い分野に特化できれば何らかの免状を得ることもできるだろう。しかし、GP のようにかなり広い分野をカバーすることの方がはるかに難しいことだと思う。そして、僻地の GP であれば、小さな病院で救急医のような役割も負うことになる。しかし、ほとんどの GP にとって GP であることがまずは重要で、サブスペシャリティはかなり限定した領域に関するものだけになる。

(A) このことを質問した理由を説明したい。私がイギリスを訪問するのは 2009 年から初めて 4 回目になる。以前、ネイバーRCGP 元会長とも議論したことがある。その時の話では、イギリスにおける GPwSI というのは、GP でありながら例えば皮膚科や整形外科医などの一定の研修を受けてというように、GP から専門医に向かって進む方向性ということだった。日本では、専門医がかかりつけ医となることが多い。しかし、結局一緒ではないか、という議論をした。これに対してネイバー元会長は、GP としてのマインドができていないから、専門医から GP になるのではだめだ、という主張であった。そして専門医が GP になるというのは、外科医が交通事故で腕を切断してしまったようなやむにやまれぬ事情がある場合に限られるというぐらいに厳しいということだった。しかし、GPwSI というものが出てきて、これは横並びじゃないかと言ったら、あまり反論されなかった。そこで聞きたいのだが、今なら専門医が GP になるということはあってもいいと思うか。

(モール) これは私のポリシーだが、私はロジャー・ネイバーのいうことには常に賛成だ (笑)。これはニワトリ卵問題だ。医師によっては、専門医教育を受けてから GP になろうとする者もいる。ロジャー (・ネイバー元会長) は確かに正しくて、専門医としてのマインドセットを GP のように広範多岐に広げるのはかなり難しいことだ。それに比べれば GP が専門医としての特定の分野にフォーカスすることは、全体像を見つつ、個人を見つつ、特定領域に絞り込むという感じでできるので、まだやりやすいと思っている。

(C) GPwSI の理念から離れて、彼らがどこで診療し、どこから報酬を得るかということを知りたい。日本でイギリスの制度が紹介される場合に、GP は診療所で独立開業であり、これに対して専門医は病院に勤務しサラリーを受け取るという説明がほとんどだ。そこで、この GPwSI の場合は、例えばその人が GP として登録して、専門性を持っていたとしても、人頭払いをベースとした支払いを受けるのか、あるいはその専門性の診療については病院でするか独立の診療でやるのか。プライベート診療については理解できるのだが、プライベートではなく NHS の枠内では GPwSI がどこで働いてどのような報酬を受けるのかを教えてください。

(モール) 通常は病院で診察し病院からのサラリーだ。私の兄は NHS 病院のフルタイムの脳外科医だが、録画されているので言いにくいだが、family doctor である私の方が収入は多い。

この診療所の一人の GP のセッション¹⁴ごとの報酬は、病院の上級医のセッションよりも単価は高い。例えば新人 GP が 1 万ポンドの報酬を得るところ、上級医になったばかりであれば 8500 ポンド程度だ。ただし、NHS の上級医は、監督業務や教育業務について手当があるので全体で見れば似たような報酬になる。

(C) 追加質問として、GPwSI が病院ではなく、整形外科の専門の診療所や婦人科の専門の診療所を開業するということは制度的にあり得るのか。

(モール) あり得る。例えば、耳鼻科の GPwSI の場合、診療所の 1 階でそういう装備を整えて、他の GP からの紹介を受けることができる。そうすれば開業資金は安く済む。そこでは比較的単純な症例を取り扱い、複雑な症例については病院に送ることになる。少しの追加的訓練を受けることで、多くのことをコミュニティ内で処理することができるようになる。こういったことはかなり一般的で、このようにかなり大規模な診療所であれば、誰かが小外科をやったりする。簡単なものはここでできる。難しいものは病院に送ることになる。そうすることで、NHS は医療費を抑制できる。なぜなら、GP でやる方が病院でやるよりも安上がりだからだ。

(C) さらに追加質問をしたい。大きな診療所に間借りして開設するのはよくわかる。グループ開業だから。そうではなくて、例えば整形外科や婦人科が単独で診療所を持つことがあるのか、ということが 1 つ。2 つ目の質問は、GPwSI が専門医として開業した場合に、報酬は GP としてもらうのか。それとも特別な何かプラスアルファがあるのか。

(モール) 1 つ目の質問については、他で単独で開業することは一般的にはない。そして報酬についてだが、サラリー (給料) としてではなく、診療した患者ごとのタリフとして報酬を得ることになる。病院もまた、このような出来高で支払われる。一般的に言って、GP の方が病院よりも、安く、早く、そしてより近くでサービスが提供できるのでその方がいい。

(A) 日本の中小病院や有床診療所みたいなものだ。だんだん似てくる。

(B) 先ほど開業医と専門医の 1 万ポンドと 8500 ポンドというのは、先ほどおっしゃった 1 セッションあたりということか。それとも半日の 8 セッション (週) ということか。

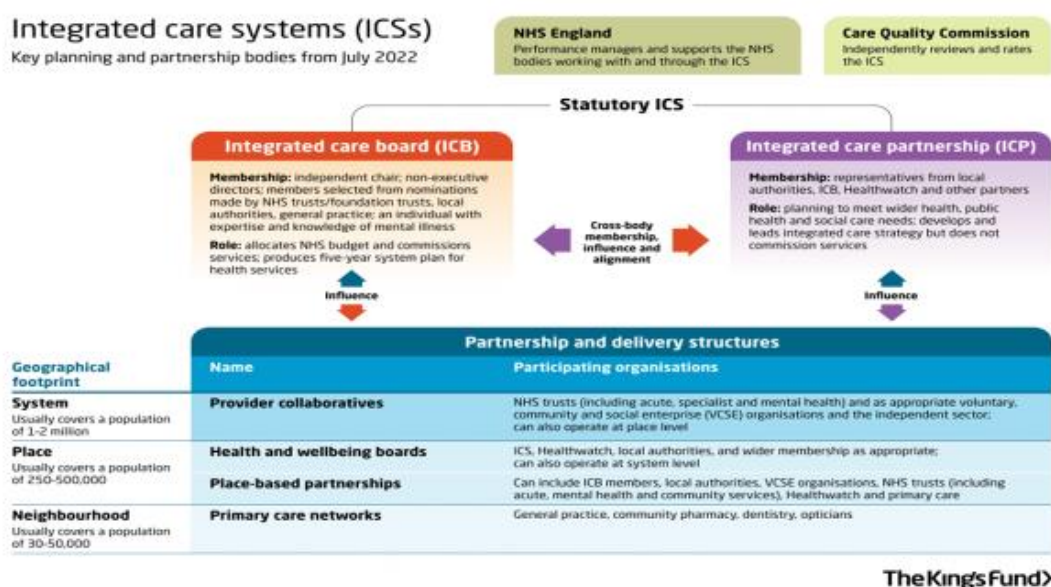
(モール) 週ということだ。

¹⁴ 半日の診療単位が 1 セッションに相当。

イギリス-1-2 論考：Hetherington Group Practice (グループ GP 診療所)

香取照幸

イギリスの NHS は System-Place (区) —Neighborhood という 3 層構造になっており、Neighborhood は概ね 3 万人から 5 万人の人口をカバーしている。Neighborhood は一般に PCN (Primary care network) と呼ばれるが、これが NHS の最小単位であり、GP はこの Neighbourhoods ごとに割り振られて配置されている。今回訪問した Hetherington Group Practice は、ロンドン中央部ランベス (Lambeth) 地域 (Neighborhood) にあるグループ診療を行う GP 診療所である。



訪問した診療所は域内に 2 ヶ所の拠点を持ち、対象となる登録市民の数は 2 拠点合わせて 17,000 人、勤務する GP は 15 名だが、所長の Dr. Mowle を含め全員が非常勤である。所長である Dr. Mowle は GP 歴 23 年、GP として診療に携わるほか、RCGP (Royal College of General Practitioner) の国際関係リーダーも務め、また教育者として 15 年間ロンドンの大学の副学長を務めている。

今回の訪問で我々は非常に多くのことを知ることができた。その多くは、これまで日本で伝えられてきたイギリスの NHS 制度下の GP 像とは大きく異なるものであった。

以下主だったポイントを列挙する。

1 診療所（GP、家庭医）と病院の機能役割の違い

「診療（療養の給付）」という視点で見ると、GP 診療所（GP）の守備範囲は、我が国で考えられているよりもずっと狭い。

別の日程で訪問した Dr. Kong の資料に、以下のような記述がある。

General Practice Service (GPサービスとは、)

Core services:

- Essential services – mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area
- Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services
- 8am to 6 30pm
- Out of hours 6 30pm to 8 am – GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider
- Quality & Outcome Framework – voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19

コア・サービス

- 必須サービス—診療圏内の全登録患者及び非定住居住者に対する義務として実施
- 病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介
- 午前8時から午後6時30分まで
- 時間外サービス(午後6時30分から午前8時まで)—GPは自ら提供するか、他のプロバイダーに委任

- クオリティ&アウトカムフレームワーク—診療所が任意で参加できるプログラム。GPの収入の10%以上を占めるため、2018/19年には95%以上が参加した。

すなわち、GP の役割は「病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介」であり、健康管理・ヘルスプロモーションにより力点が置かれている。自ら一定レベルの専門診療（セカンダリケア）まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違いがある。

また、病院と診療所はかなり明確に役割が分かれており。病院は外来部門を有するが、基本的に専門外来であり、GP が行っているような General Practice は行わない。日本のように地域の中小病院と開業医の間に機能重複—連続性がある国との対比では、むしろ病院と診療所の間「医療の不連続」が生じているような印象すら受ける。

そもそも、診療所（clinic）と病院（hospital）は異なる起源から別々に発展してきた存在であり、診療所が発展して病床を持ち病院が形成された日本（診療所と病院が連続的に存在する）とは医療提供体制の構造が決定的に異なることを深く認識する必要がある。

2 診療のスタイル

GP 診療所の診察室は非常にシンプルな作りであり、医療機器も体重計や採血の 道具といった必要最低限のものしか置かれていない。診療は基本的に予約制であり、予約なしの飛び込み (walk-in) での診療は行われず。患者は GP 診療所に電話をして診療の予約を取る。診療所はまず電話で主訴を聞き、その内容を聞いた上で対面診療を行うかどうか決める (この時点で診療予約を行う)、という形である。

英国一般診療 (General Practice) 統計

- 英国最大の専門分野 (GP 数 60,000 人)
- 1 年間で 3 億件の予約
- 1 日あたり 80 万件の予約
- 40% が当日予約

- GP あたりの平均登録者数: 1,700
- 患者一人当たりの診察 / 年 6 回
- 平均診察時間 13 分



(出典: GP Appointments、NHS デジタル)

イギリスの入院医療については、膨大な待機患者 (Backlog) が存在することが知られている。今回訪問した St. Mary's Hospital の報告では、コロナ後の 2023 年時点でイングランド全体の入院待機者数が 700 万に達し、予定手術の平均待機期間も 100 週を超えている。

GP による初期診療については、同じく今回訪問した RCGP の報告では、「全体の 4 割は予約したその日のうちに診療されている。」とされている。Hetherington Group Practice でも「朝電話してきた患者の 70% は同じ日に診察している」と説明された。

この説明を聞く限り、GP の待機者問題は入院医療ほど深刻ではないように聞こえるが、RCGP の説明で留意が必要なのは、「予約したその日のうちに診療した割合」であって「連絡を取ったその日に予約が成立して同日中に診療ができた割合」ではないことである。このことは、他方で「政府の政策として、診療までの待ち時間の短縮が掲げられており、予約時に電磁的コンサルテーション (インターネットを通じた標準的な質問項目への回答) を送ってきた患者は、48 時間以内に連絡を取る (=コールバックする) ようにする」との解説があ

ったことから推察できる。

(イギリス在住の日本人や英国人の友人の話聞く限り、ほぼ全員が「電話連絡当日に診療が行われることは稀で、早くて翌日、通常は数日後の時間が指定されるのが一般的」と話している、おそらくそれが実態に近いようである)。

GP の診療時間は8時から18時半(土曜日は9時から12時)までであり、GP 診療所は休日夜間時間外についての対応責任はない。GP は自ら対応してもよいが、通常は他の医療提供者に対応を委任する。

3 Primary Care の定義と GP の役割

プライマリケアは歯科や眼科、薬局(最近はコミュニティサービス)も含む概念であり、医師(GP)以外の専門職や福祉も含む概念である。その意味ではGPが担うGeneral practiceはプライマリケアの(重要ではあるがその)一部である。

Primary Care (Groupings of General Practices into Primary Care Networks)

Primary Care Network:

- General Practice (一般診療)
- Dental Practice (歯科診療)
- Opticians (眼科診療)
- Community Pharmacies / Chemists (薬局・薬剤師)

☆Now primary care includes community services which are provided by community trusts and other organisations

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area
(人口3万から5万をカバー)

☆現在、プライマリ・ケアには、コミュニティ・トラストやその他の組織によって提供されるコミュニティ・サービスが含まれる

日本で一般に考えられているプライマリケアの概念とは「ずれ」があり、プライマリケア＝医師による初期診療、ということではない。

さらに言えば、別章で述べるように、社会的処方 Social Prescribing はGP (医師) が行うものではない。

一般に、9割方の健康問題はプライマリケアで対応可能といわれており、それらを GP だけでなく歯科医師や薬剤師等の多職種のプライマリケア・チームが対応しているのが英国のプライマリケアの実態である。

GP は担当地域内の全住民に対してサービスを提供する義務があり、住民は生まれてから亡くなるまでどこかの GP に登録するというシステムは NHS 創設以来続いているシステムだが、現在では登録は GP 個人ではなく GP 診療所単位で行われ、かつ登録先診療所は選択することができるようになっている。

4 GP の勤務実態と GP 診療所の運営実態

今や GP 診療所は複数の医師が所属するグループ診療の形が一般的であり、かつ、その7割は非常勤の医師で構成されていて、女性医師比率も高く、Ethnic group の構成も多様である。政府は単独の開業形態を減らして、PCN (primary care network) 傘下でのグループ開業を推進しており、GP は独立した開業医であり個別に NHS と契約を結んで GP となる、という基本的な形は今も変わっていないが、GP は3層構造の最小単位である Neighborhood 単位で一つまたは複数の PCN の下に組織化されている。Neighborhood (及び PCN) は予算執行(配分)の単位でもあることから、財政面から見ても GP=独立自営の開業医、とイメージは今や実態を反映していないと言える。

GP の勤務は1日を午前午後に分けてそれぞれ1単位とされる。したがって週5日で10単位となる。このうち4単位以上を担当すれば常勤とみなされるので、日本的な感覚でいれば常勤医師割合はさらに低いことになる。

5 GP と GPwSI、多職種協働

日本の場合、(近年養成が進んでいる総合診療医を別にすれば)診療所であれ病院であれ、何らかの専門の教育を受けた医師が1次医療を担う、というのが歴史的に形成されてきた診療形態だが、イギリスの場合、GP (General Practice) 教育を受けた医師が GP 診療所において GP 診療を担う、というのが一般的である。かつては GP と専門医(病院に勤務する専門領域を持つ医師)とは截然と区別されており、GP としてのマインドセットができていない専門医から GP になることには否定的な意見が強かったが、今日では、GP と専門医との間の境界は流動化しており、GP がトレーニングを受けて一定の専門領域の診療に従事したり、GP 診療を行う傍らで教育に携わる、あるいは病院(トラストや民間病院)に勤務する専門医が非常勤で GP 診療所で勤務する形(GP with Special Interest と呼ばれている)も増えている。

背景には、GP それ自体の供給不足、疾病構造の変化、財政面・機能面からの病院の負荷

軽減など様々な要因が挙げられるが、総じて単独開業・単独診療からグループ開設・グループ診療（それも非常勤医師によるグループ診療）へ、プライマリケアの概念拡大・GP 診療所の機能拡張（専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニテイケアとの連携、関連職種へのタスクシフトによる医師の負担軽減）等々、日本の地域医療をとりまく状況と類似する方向が見て取れる。

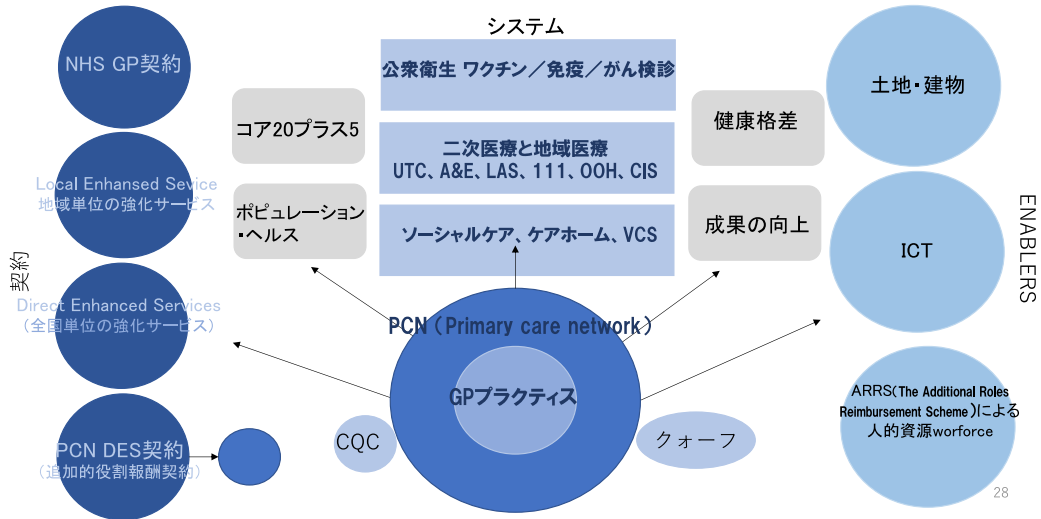
Dr. Kongによれば、現在の政府の考え方は、GP が全ての臨床の仕事をする必要はないというものであり、他の職種に任せればいいものは他の職種に任せる、そのための財源措置としてあるのが ARRS (The Additional Roles Reimbursement Scheme) ということになる。多くの GP 診療所が事務職員以外に医療助手や advanced nurse practitioner など多様な専門職を雇用しており、タスクシフトが進んでいる。これに応じて、医師一人当たり登録住民数 (List size) は増加傾向にある。GP 診療所には様々な異なるスキルを持つ多職種がいて、GP はそれらを代表する（というか「束ねる」）存在となっている。

「1980 年代に私が GP として始めた頃と 2023 年の今はかなり様相が違う」（Dr. Kong）そうである。

6 GP の契約形態

日本では GP=登録制=人頭払（包括報酬）という理解が浸透しており、かかりつけ医の制度化の議論は常に支払い方式の見直し（出来高払い・包括/人頭払い）が絡んでくるが、実際の GP の契約形態は以下の図の左側に示す通りで、GP のグループ診療化、GP 診療所の PCN への組織化、機能の多様化、多職種協働などの変化に対応して、定額払、実費償還、出来高払による支払契約、提供する医療サービスの質や成果に対しても評価する QOF (Quality and Outcome Framework) の組み合わせ、という形に変わってきている。

プライマリ・ケアの概要



7 医療情報ネットワーク

医療情報の一元的管理については、「NHS はコロナ以前からこの分野のパイオニア」(Dr. Mowle)である。医療情報はGP/病院間で共有されており、GPは地元の病院の記録を見ることができ、病院もGP側の記録を見ることができる。NHSに学ぶべきものがあるとなれば、何よりもまずこの医療情報ネットワーク、医療情報の一元的管理システムであろう。

NHSによる医療情報の一元化については、別章で詳説されているが、後日訪問したアメリカ資本のプライベートホスピタル(HCA)でも、診療情報は全てNHSに登録され、同時に自身の診療時にNHSの医療情報は参照することができる、と話していた。コロナ禍で実施された検査やワクチン接種情報も全てNHSで一元的に管理されており、GPは自身の患者についての情報をほぼリアルタイムで把握することができる。

8 最後に、GPの社会的役割

本稿の締めとして、今回の訪問で得た知見ではないが、イギリスにおいてGPの「コンピテンシー」として定義されている6つの専門性について最後に紹介しておく。

第1は、プライマリケアのマネジメント。包括的な予防・健康管理を行いながら必要に応じて多職種や臓器別専門医と連携する。

第2は、人間中心のケア。患者の個性を尊重し、患者のパートナーとして患者に伴走し経時的に支援する。

第3は、プライマリケア特有の問題解決能力。

第4は、包括的アプローチ。急性・慢性を問わず複数の問題に同時に対応する。日本だと、疾患ごとに複数の主治医を持っている患者が(特に高齢者に)多いが、ある程度全身を診られる医師がいれば、プライマリのところはGPが担う。その延長線上に、予防や治療、生活支援、生活指導などの非医療的要素が位置つけられる。

第5は、地域志向性。「GPは地域と医療の最初の接点」であり、個々の市民を診るだけでなく、常に地域という単位で健康問題を捉え、疾患を診ていく。イギリスの場合、地域によって住民の人種構成や所得水準が大きく異なっており、受療行動も異なるなど、その地域特有の課題がある。

今回インタビューしたDr. Mowleも、「我々にとって、コミュニティからの信頼が重要だ。我々は、自分の地区の住人に対する社会的責任を強く自覚している。我々の患者に対

してだけではない。コミュニティ全体に対してだ。コロナ禍においてはとりわけそうだった。この診療所は、特に社会的に阻害されている患者を受け入れている。例えば、難民であったり、ホームレスであったり、あるいは重大な精神疾患を持っていたりする人々だ。これらの人々は、コロナによる悪影響をとりわけ強く受けた人たちだ。我々はこれらの人々により多くの援助をしたいと考えていた。」とインタビューで発言している。

最近のデータで、民族グループごとの健康格差も明らかとなっており、彼の診療所のエリアでは、200以上の言語が話され、多くのアフリカ系、アフロ・カリブ系住民がいる。ブリクストンはカリブ系住民が多いことで知られており、彼らの多くは経済的に貧困であり、ワクチン接種率もとても低い。それには文化的背景も一因となっており、コロナワクチン接種に際しても強い抵抗があったという。

最後に、全人的なアプローチ。疾患を見るのはもちろん大事だが、疾患だけでなく、その人個人やその家族も含めて診る。ここでGPに一番要求されるのは、患者を主体にしたコミュニケーション能力であることは言うまでもない。

UK GENERAL PRACTICE

- 地域社会における最初の医療との接点
- 未分化の病気
- 急性および慢性疾患
- ホリスティック(身体的、心理的、社会的)ケア
- 予防、発見、治療



イギリス-2-1 応接録 : Dr. Kong

2023年5月31日

Dr. Etheldreda Kong: GP in Crawford Street Surgery

<要約>

- イギリスの primary care は、かつての GP が担う医療体制から、PCT (Primary Care Trust)、CCGs (Clinical Commissioning Groups)、ICB (Integrated Care Board) へと変化してきた。より広域に、そして医療と community care を包括したサービスへと進化してきている。
- 広域的な連携組織が作られ組織化される一方で、地域レベルで見れば、人口3万人から5万人程度の地域で primary care network が形成され、多職種によるサービスが提供されている。近年、社会的弱者へのサービス強化や、国民保健 (population health) の推進にも重点が置かれている。
- この地域ネットワークの中に地域ごとの診療拠点があるが、現在ではほぼ非常勤のみの体制になっていて、登録も医師個人への登録ではなく診療拠点への登録である。診療時間は朝6時30分から午後8時までで、夜間も対応することとされているが、外部委託が可能で、その場合は深夜分の報酬がカットされる。
- 基本は登録人数に応じた支払いだが、国が定める特別行為への支払いや、多職種の人件費の支払い、診療アウトカムに応じた支払いなどが制度化されていて、単純な人頭払いではない。
- primary care network 全体で、ケアコーディネータ、臨床薬剤師、link worker (social prescriber と呼ばれる community care などにつながる役割の職種) 等が雇用されている。

(コン) まず私自身の自己紹介をすると、私は40年間GPをしている者だ。30年間は Brent という区 (borough) にいた。最初の何年間かは病院の中で婦人科のトレーニングをした。当時は、女性にはとても不公正な社会だった。そのため、私の上司からキャリアを変えることを助言された。そしてGPに専門を変え、またトレーニングを何年かやり直した。それを終えてから Brent でのGPを始めた。Brent は非常に貧しい地域だ。そこに30年間いたわけだが、環境を変えようということで、Westminster に移り、今もそこでGPをしている。これがここ5、6年のことだ。両者の人口動態はかなり違う。今の私の診療所には8000人の登録者がある。Brent も Westminster も同じ北西ロンドンという Integrated Care Board (ICB) の区画になる。ICBについては後ほど説明する。この北西ロンドンの ICB は220万人の人口をカバーしている。

- (A) これは CCG じゃなくて、ICB なのか。
(コン) この構造については後ほど説明する。

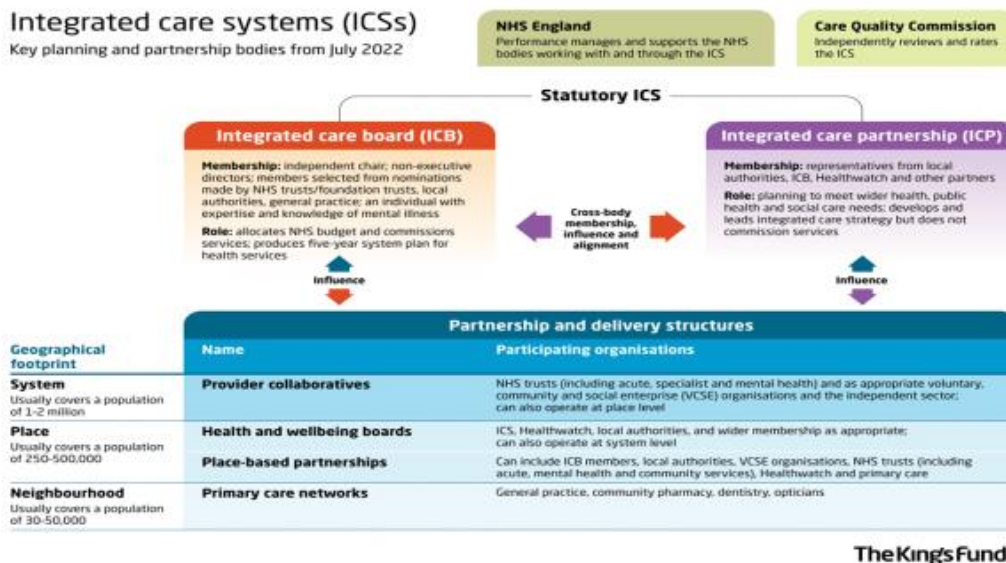
Health and Care Act 2022

- **Integrated care systems (ICSs) are geographically based partnerships that bring together providers and commissioners of NHS services with local authorities and other local partners to plan, co-ordinate and commission health and care services. They are part of a fundamental shift in the way the health and care system is organised – away from competition and organisational autonomy and towards collaboration, with health and care organisations working together to integrate services and improve population health. ICSs have been developing for several years – since July 2022 the Health and Care Act has put them on a statutory footing.**

まず、最近の事情から説明する。2022年に integrated care system(ICS)というものが発足した。説明は時系列的に現在から過去に向かって説明する。北西ロンドン地区を例に説明する。この中には8つの区 (borough) がある。すでに言及した Brent、Westminster もこれら8つのうちの2つに当たる。明日のプレゼンテーション¹⁵では8つの区の代表者が来ることになっているので、もう少し広い視点でコロナの時に彼らは何をしたのかを聞けるだろう。それぞれの区はそれぞれ違うことをしていたが、それでも integrated care system という1つの傘の下で統合されていた。そして、スライドは、Health and Care Act 2022 (健康ケア法 2022) というものだが、この説明をする時には、様々な法やこれまでの経緯の説明をすることになる。このスライド自体、とても言葉が多くて見にくいものなので、深入りせず先に進める。

¹⁵ 北西ロンドン NHS ICB の報告を参照されたい。

Integrated care systems (ICSs) Key planning and partnership bodies from July 2022



次のスライド¹⁶は、この法律自体の概観図である。一番上に NHS イングランドがあり、これが保健サービスのコミッショナーである。そしてその中の Care Community Commission がこの system の独立監査機関である。ロンドンには 4 つの ICB があり、北西ロンドンはその 1 つだ。ICB は北西ロンドンの場合 8 つの区を取り仕切る理事会であり、それぞれの区は、integrated care partnership と呼ばれる。そのため、パートナーシップは区をベースにしたものとなる。ICS はこれら全体のことを指し、その意思決定を行うのが ICB である。この図が示しているのは、区全体を包括する system だ。そして place というのが区であり、その区ごとに Health and Wellbeing Board (健康福祉委員会) が置かれ、これが全ての組織を統合している。例えば、北西ロンドンは system であり、そこには 220 万人が住んでいる。その下に、区がある。区は place を基礎とした integrated care partnership ということになる。2020 年以前¹⁷とそれ以降との違いは、統合という機能があるかどうかだ。以前は、コミッショナー、医療提供者、任意団体等の法的位置づけが別個の組織は、お互い独立に機能していたが、今では国民保健 (population health) の向上のためにそれらを統合する機能がある。それが今のイギリスの状況だ。それぞれの区のさらに下には、neighbourhoods という単位がある。この neighbourhood は、primary care network ((PCN)) と呼ばれている。医療の雑誌を読めば PCN についてもいろいろなことが書かれているが、大事な構造として、system—place (borough) —neighbourhood という階層になっていることを抑えてほしい。それぞれの neighbourhood は 3 万人から 5 万人の人口をカバーしている。そして、GP はこの neighbourhood ごとに割り振られる。このスライドは、GP がどのように全体の構造の中で関わり合っているのかを示している。

¹⁶ 出典 : <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>

¹⁷ 米澤ルミ子氏のセッションにおいて、ICB への統合が 2020 年に始まったことが説明されている。

(A) 以前は、クリニカル・コミッショニング・グループ (CCG) と言ったと思うが。
(コン) 確かにそうだったが。それはもう終わった。それが今説明した新しい仕組みに変わったのだ。時系列を遡るように説明しているので、現行の仕組みがどう成り立っているかを説明している。CCG は 2 年前に過去のものとなった。これについては、私自身は反対であったが、それは横において説明を続けよう。

Primary Care

- General Practice
- Dental Practice
- Opticians
- Community Pharmacists / Chemists (eg on High Street)

Now primary care includes community services which are provided by community trusts and other organisations

That was primary care landscape

primary care、または general practice という 2 つの言葉を聞くことがあると思うが、これらは時に少し紛らわしい。多くの人は同じ意味で使っているが、実際には違うものだ。primary care が上位概念で、その下に、general practice や歯科や視力矯正、そして薬局などがある¹⁸。人々が primary care と言う時、その多くは general practice を意味しているが、正確には別ものである。そして、community service というものが以前からあり、community trust によって提供されているのだが、最近の動きとして、community trust 自身が自分たちのことを primary care の一部であると言うようになっている。

¹⁸ コロナ禍の受診行動に与えた影響を分析した the Health Foundation の研究

(<https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-the-covid-19-pandemic-impacted-primary-care>) によると、イギリスにおける primary care の受診数は、コロナ禍以前では 1 か月あたり 2500 万回程度であり、そのうち 1300 万回が GP への受診だった。このように、primary care が GP を包含する関係であることを前提に統計も取られている。

NHSE's re-organisations

- Integrated Care Boards (ICBs) replaced Clinical Commissioning Groups (CCGs) in the NHS in England from 1st July 2022. All practices belong to PCNs. ICBs cover large areas, consisting of several boroughs. In North West London ICB covers 8 boroughs. Each borough is a place-based partnership. Boroughs have PCNs. PCNs have neighbourhood areas. Addressing **Population health and Tackling Health Inequalities**
- CCGs, freestanding, which were established as part of the Health and Social Care Act in 2012 and replaced Primary Care Trusts (PCTs) in April 2013. CCGs were borough based.
- CCGs was the bottom up approach to solving issues on better care provision, clinically led, all practices were members of CCGs.
- The 2000 NHS plan announced that Primary Care Groups would develop to PCTs by April 2004. The White Paper, *Shifting the balance*, brought forward the date by which PCGs were to become PCTs in April 2002.

このスライドは、これまでの歴史について書いたものだ。現在は ICB である。2022 年 7 月に、CCG は ICB に取って代わられた。すべての医療が、primary care network に属することになった。そして、先ほど説明したように primary care network が neighbourhood に対応している。政府が ICB への変革を行ったのは、国民保健 (population health) の増進が目的である。(C を指さして) あなたは元々公衆衛生だったね。

(C) 学位としては、そうだ。

(コン) 小さな単位で population health を考えるのではなく、ICB は多様なチャネルをつなぎ合わせる機能を果たす。最小単位である 3 万人から 5 万人の neighbourhood が、25 万人から 50 万人を単位とする区へ、そしてそれらの区すべてが集まって 220 万人の ICB になる。このような構造は、population health を考える上で重要だ。この構造は、パンデミック対応という意味でも、例えばワクチンをどのように配分するのかということに関して役に立った。現在、他のワクチンの分配、がん検診、疾患管理という面においてもこの構造を基本として動いている。

(A) population health とはいかなるものか。

(コン) 公衆衛生 (public health) は、ICB に包含される。そして、公衆衛生 (public health) は、地元行政当局の委員会の管轄となっている。これは、政府が公衆衛生 (public health) に対する政策を保健政策から切り離して別の委員会の管轄としたものだ。これは、統計処理やデータ管理が、地元行政当局の管轄にあるためである。国民保健 (population health) と言おうが公衆衛生 (public health) と言おうが似たようなものだ。population も public も、どちらもその意味するところは people (人々) であり変わらない。ただし、最近では、population health という用語がよく使われる。そして、この国民保健の課題としては、健康格差がある。CCG 以前には、Primary Care Trust (PCT) というものがあつた。

(A) そうだった。PCT があり、CCG となり、今は ICB だね。

(コン) その通り。その PCT の前の時代には、皆さんご存じかもしれないが、Primary Care Groups (PCG) があった。そのため、PCG、PCT、CCG、ICB という流れになっている。私はこれらを経験してきて、結局前の状態に戻っているのではないかと考えている。なぜなら、PCG の時代には地域の保健担当機関 (area health authority) というものがあったが、これは事実上、今の ICB と同じだからだ。

Chronological Changes

- Independent General Practices under Family Health Authorities
- Fundholding where like minded GPs grouped together or solo practices held budgets to buy outpatient and diagnostic services for their patients
- PCGs
- PCTs and abolition of Family Health Authorities (PCTs commissioned both primary, secondary and tertiary care. PCTs also are providers of community services)
- CCGs (clinically led commissioning, provider and commissioner split) under NHSE
- Now we are moving towards ICBs

ここに、時系列的な変革をまとめた。GP はかつて家庭保健局 (family health authority) によって統括されていたが、その頃はその機関が外来診療と診断に対する診療報酬支払を担っていた。ここに書かれているのは、単純な時系列だ。GP は家庭保健局の下でそれぞれ個別のものとして始まった。この開業形態は、家庭保健局が外来診療と診断のための予算を持っているというところに特徴があった。私のような GP にとっては、ここからの報酬は最も大きな収入源だった。なぜなら、開業医としては、この時代は自分自身に割り当てられた予算があった。しかし、今はもっと広い地域の単位で予算が組まれている。この時代のことを資金保有の時代 (fund holding days) と言っているが、GP 開業医にとってそれは、あたかも「私自身が私の 8000 人の住民のために管理できる、私自身の予算」があるということの意味していた。しかしながら、国民保健 (population health) ないし公衆衛生 (public health) のことを考えれば、一人の GP 診療所という単位は予算措置をするには狭すぎるということになった。

(A) その予算を自分で管理できたのは CCG の頃か。

(コン) CCG は、PCG が PCT となった後の改革だから、ずっとあとの制度だ。なぜこのことを説明しているかということ、日本は、日本における primary care を変革しようとしている

と思うが、そこで ICB は解決策にならないだろうということを言いたいからだ。これ以前のイギリスにおける変革の取り組みの方がまだ適したものになるだろう。日本は、イギリスほどは多元社会ではなくそれは確かに大きな違いの 1 つではある。また、国民の健康状態もイギリスに比べれば均一的だ。そのため、先ほど説明してきたような PCG 以来の医療制度の中で、現在のイギリスの制度である ICB よりも、これらの過去の制度の方が日本には適すると思う。

Me...

- Lead Fundholding GP for my practice
- Set up GP Provider Organisation and Chair of the organisation
- Chair of Brent Central PCG
- Executive Professional chair of Brent PCT
- Chair of Brent CCG
- Believing in succession planning on clinical leadership of future generations, I am now mentoring and coaching the young doctors, and I am the bibrorough(Westminster and Royal Borough of Kensington and Chelsea) on Population Health, Health Inequalities and Prevention
- I am a trustee in two VCS organisations, transferring my skills to the voluntary community sector
- Most importantly, I am still working as a GP and enjoying it!

私はこれらの一通りの制度の変遷を見てきた。予算を割り当てられ自分で資金保有した時代もあったし、PCG の議長として医療提供者団体の立ち上げにも関わってきた。また、PCT の議長も CCG の議長もやった。そして、この 2 年間は、もうこのような議長職は十分だと思い、若い世代に道を譲った。そして今は、国民保健 (population health) における健康格差と予防の問題に取り組んでいる。しかしこれはそれほど大きなリーダーシップを要するものではない。この仕事が興味深いのは、住民をより人口動態的に捉えこれまで以上に実践的に関わることができるからだ。CCG が ICB に変わるタイミングで、議長職からは退いた。私の現在の関心は国民保健 (population health) にあるので、私は多くのボランティア活動に従事している。私は、コミュニティは多くの影響を個人に与えると考えている。コミュニティの中できちんと自分の健康を管理するためには、環境を理解し、自身の疾患を理解し、自分自身の面倒を見られるようにならなければならない。生活習慣が、如何に健康状態を改善することに影響を与えるかということを理解しなければならない。私は、いまだに GP の仕事を楽しんで、この仕事を愛している。

- (A) 社会的処方と関連するような感じがする。
- (C) 確かにそうだ。
- (A) 医療だけではないという意味で。

Groupings of General Practices into Primary Care Networks

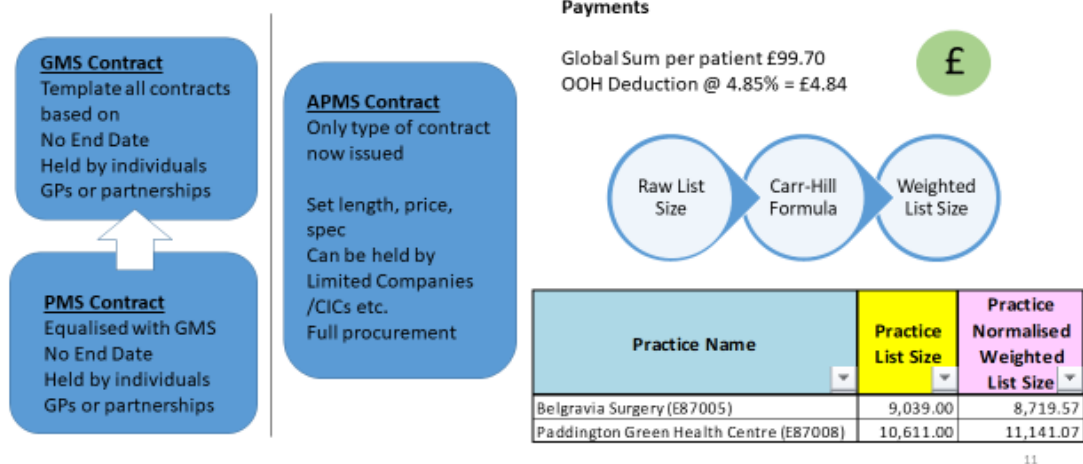
Primary Care Network:

- General Practice
- Dental Practice
- Opticians
- Community Pharmacies / Chemists (eg on High Street)

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area

(コン) ここまでで primary care network の説明をした。そして、GP という言葉の切り分けについても見た。primary care network には、視力矯正や歯科や薬局その他も含まれる。この構成は、primary care のところで触れたのと同じだ。

Contracts – Delegated Commissioning From NHSE to Integrated Care Board ICB



このスライドは、GP サービスがどのように提供されるかについての、いくつかの契約について示したものだ。3つのタイプの契約がある。どのタイプであれ、いわゆるエッセンシャルサービスと言われる内容は提供される。これは、疾病の発見とその管理のことであり、

二次医療への紹介が必要となれば病院やその他のサービスに患者を紹介することである。GP 制度に特徴的なのは、登録された住人の健康管理に GP が責任を持つという点である。つまり、住人は 1 人の GP に登録することになる。例えば、私が Brent で開業していたころ、私はある家族の 4 世代についてケアをした。1 つの場所で長く GP をやれば、その住民が登録して来るので、国民保健 (population health) がどういうものかよくわかる。このように 4 世代にもわたる family medicine としてかかわることができれば、GP は最もうまく機能する。

(A) 家族であっても一人ひとは別々の診療所に登録することも許されるのか。

(コン) それぞれの GP 診療所には、カバーしうる範囲の地域が決まっている。

(A) その中では選べるか。

(コン) 選べる。しかし、通常は” family doctor” と言われるように、1 つの家族は同じ GP に登録することが多い。

General Practice Service

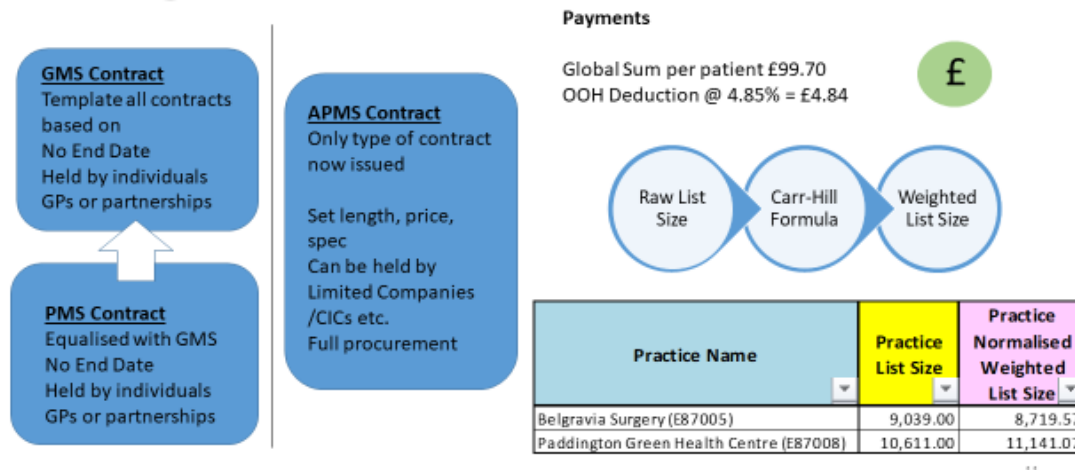
Core services:

- Essential services – mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area
- Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services
- 8am to 6 30pm
- Out of hours 6 30pm to 8am – GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider
- Quality & Outcome Framework- voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19
- Enhanced Services

すべての GP は月曜から金曜までの朝 8 時から夕方 6 時半まで開いている。夕方 6 時半からよく朝 8 時まで、及び週末の間は、GP は自分で診療してもいいし、代診を立ててもいい。ここに書かれていることが、GP がしなければならないことだ。そして、ここにある Quality & Outcome Framework (質と成果のフレームワーク) とは、必須のものではなく、それぞれの GP 開業医が選択することができる。成果に応じて報酬を受けることができる。10% の追加報酬を受けることになるため、95% の GP がこれを算定している。慢性疾患のアウトカムを指標として、その質が評価される。例えば糖尿病を例にとると、しなければならないとされるのは、人々に糖尿病について知らせること、糖尿病となる前の段階で発見すること、そして糖尿病となつてからはその管理を行い、合併症を最小限にすること、合併症が出てしま

つたらそれを安定化させ QOL（生活の質）を問題ないものとする、である¹⁹。そして、もう 1 つの収入源が、enhanced services（付加的サービス）だ。これについては後述する。

Contracts – Delegated Commissioning From NHSE to Integrated Care Board ICB



(再掲)

そして、先ほど説明したように、GP の契約には 3 つのタイプがある。まず GMS というのは General Medical Service の契約であり、これが原型であり、他の契約はこれを基にしている。この契約の下では、よほどひどい診療をしない限り、これを取り上げることはできない。つまり期限の定めのない契約である。この契約は、単独の GP によってすることもできるが、GP のグループですることにもできる。グループで契約した GP 同士はパートナーシップ法の下で協働することになる。これは、会社という組織形態に縛られるものではなく、パートナーシップと呼ばれる組織構造である。これは、法的なビジネス形態の 1 つである。

(A) これは GP の形態だね。

(コン) そうだ。2 人以上でやる場合はこうなる。勿論、1 人でやることもできる。1 人でやる場合は、ビジネス用語で言えば個人商店 (sole trader) になる。グループでやれば、パートナーシップとなる。新しい形態の契約として、personal medical services (PMS) 契約というものがある。これは、期間の定めがないという点で GMS に似ているが、地域のニーズに合わせた合意事項が盛り込まれる点で違いがある。Brent における私の経験からの例になるが、この地区は非常に多様性のある地域である。大きな黒人コミュニティがあり、イングランド中部とはかなり違うニーズがある。そのため、私は PMS 契約の交渉を NHS イングランドとの間で行っていた。そこでは、私の地域の住人のニーズは他とは違うことを根拠として特別のより個別化された契約を求めた。それが PMS だった。したがって、私は最初の開

¹⁹ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00289-quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2023-24.pdf>

業の時、GMS から PMS に切り替えた。そのように契約を切り替えることもできる。しかしながら、政府は今、この PMS を廃止しようとしている。その理由は、こちらの個別化された契約の方が予算が多くかかるからだ。政府は今、GMS と PMS を同じようなものとなるような誘導を行っている。そうすることで、PMS がより選択されにくくなるようにしている。現在の内閣ではなく、前の内閣でのことだが、競争を高めるため、alternative provider medical services (APMS) というさらにもう 1 つの契約形態を導入した。今、新しく契約する場合には、この GMS という契約はできないことになっている。そして PMS はこれからなくなっていくので、APMS だけが残ることになる。この APMS というのは、唯一の有期契約であり、それは 5 年、10 年、または 15 年を期間とするものだ。その期間中、予算が固定され、この決められた予算の中で GP は診療することになる。例えば、ある契約を 1000 万ポンドで締結したらそれで終わりであり、それ以上の追加予算はない。GP はその予算の中で、これとあれとそれをやる、という具合に動くことになる。私が理解するところによれば、財務当局と言うのは、このようにあらかじめ歳出額が固定されることを好むものだ。とりわけ、財政上のコントロールが効かない領域においては。

(C) この APMS が有期の契約となっているのは、一定の成果に達しなかった GP の契約が更新されないということも可能とするためか。

(コン) その通りだ。GMS 契約だったら、引退しない限り、その GP をやめさせることは事実上できない。あるいは、よほどのひどい診療をした場合に、CQC (Care Quality Commission) によって排除されるぐらいだ。他方、APMS は有期契約であり、予算制なので、政府にとってはコントロールがしやすい。そしてもう 1 つの違いは、APMS の場合、GP である必要がない。これは民間企業でもいいし、いかなる形態の団体でもこの契約をすることができる。これにより GP の独占が破壊された。

(A) 民営化が進んだということか。

(コン) そうだ。そうなりうる、ということだ。例をあげよう、今この場所は、区で言うとケンジントンだ。仮に NHS 又は ICB がこのエリアにもう 1 つ追加で GP 診療所が必要だという判断をしたら、彼らは入札でそれを調達する手続きをすることになる。そして、その入札にはどんな組織でも参加できることになる。

(A) 株式会社はどうか。

(コン) 例えば、Virgin という会社がそれをして²⁰、APMS 契約の診療所を持った。これ以外にも Operose Health や United Health 等の多くアメリカ資本が参入している。これらはイングランド中で APMS 契約をしている。

(A、B) GP 診療所も、ついに。

(A) 少し聞いてはいたが。前の内閣というのはジョンソン内閣か。

²⁰ <https://practicebusiness.co.uk/does-virgin-pose-a-threat-to-the-nhs>

(コン) PMS を導入したのは、労働党政権だ²¹。APMS は保守党政権だったかもしれない²²。そして、その右側の図は、支払いの流れを示している。大まかに言って、患者1人当たりの予算は100ポンド²³だ。これがエッセンシャルサービスの分だ。仮に夜間や週末の診療について、誰も代理を立てないで診療するならそのままだが、もし代理を立てたら1人の患者当たり約5ポンドが差し引かれることになる。Brent と Westminster を例にとって、それぞれ8000人の登録があった場合のことを考えてみる。どちらも一人当たり100ポンド支払われることになる。しかし、Westminsterの方が裕福な地域で、Brentの方が貧しい。そのような社会的背景から健康リスクやその他の条件が変わる。そこでこれらを調整する必要がある。今、Brent と Westminster にどちらも8000人の登録があったとすると、これを調整前リストサイズという。これに Carr-Hill 関数というもので重みづけして最終的な支払い金額が決定される²⁴。そのため、Brentの方がより多くの予算が配分される。この Carr-Hill 関数が、Brent と Westminster の予算額の違いを作っている。すなわち、予算は重みづけされた登録数で決まる。スライドの下の方に書かれているのが例だ。この例で言えば、Belgravia という裕福な地域の診療所では、リストサイズ（登録者数）は9000だ。これに Carr-Hill 関数を適用すると、重みづけサイズは8700程度となる。他方、パディントンという貧しい地域の診療所の場合、リストサイズは1万だ。しかし、1万1000として重みづけされることになる。

- (A) このような重みづけの根拠としては、富裕層は GP 診療所を受診せず営利病院を受診し、貧困層はみんな GP 診療所を受診するからか。
- (B) 健康そのものの格差ではないか。
- (C) そっちの方が大きそう。

²¹ PMS 契約はブレア政権下の1998年に導入され、2006年までには40%の開業医がPMSとなっていた (<https://www.gponline.com/nhs-70-general-practice-2000-2018/article/1485693>)。

²² 正しくは、APMSもブレア政権下の2004年に導入されている (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484211/>)。

²³ CNAMのセッションによれば、フランスのかかりつけ医の登録患者あたりの年間固定報酬の基準は5ユーロとされている。かかりつけ医制度とはいえ出来高報酬に軸足があるフランスの制度と比べると、イギリスの制度は包括報酬という際立った特徴があることがわかる。

²⁴ このような重みづけは、フランスのかかりつけ医制度にもあることが、CNAMのセッションで触れられている。

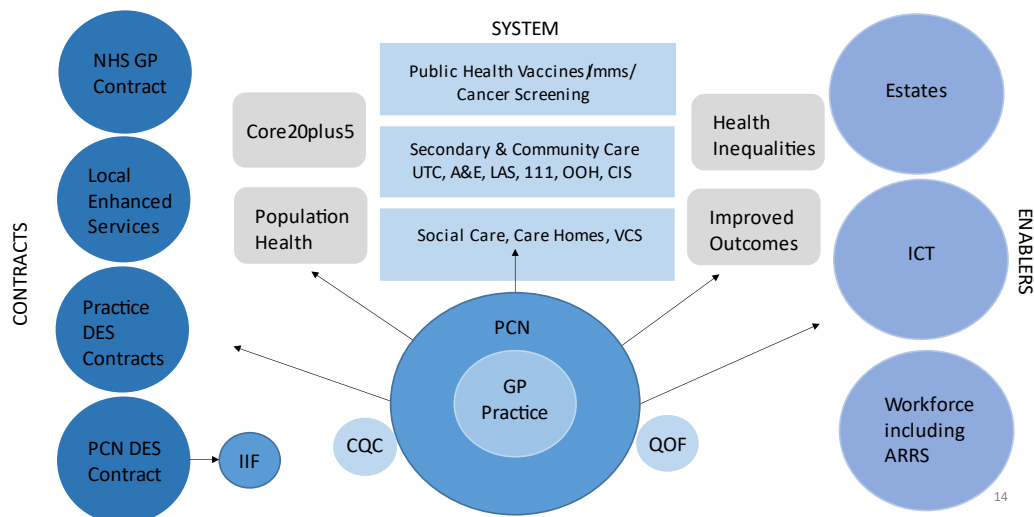
Carr-Hill Formula

- Patient age and sex
- A staff market forces factor ie cost of staff
- Additional patient need ie morbidity and mortality
- Number of residential and nursing home patients
- Rurality
- List turnover

(コン) これについて説明する。まず、年齢と性別がある。高齢者が多ければ、その分受診機会は増える。また、男性の方が女性よりも慢性疾患のコントロールが難しい。2つ目の要因は、労働市場だ。例えばこの今話している場所はロンドンのシティと呼ばれる地区だが、Westminster に似ていて、従業員を雇用するのに、郊外に比べてより多くの費用がかかる。このような事情も Carr-Hill 関数では考慮される。Carr-Hill 関数における3つ目の要因は、患者の需要だ。これは、有病率や死亡率などだ。糖尿病や高血圧や脳梗塞などの有病率が高ければ、重く評価される。この3つ目の要因に含まれるものとして、その地域にナーシングホームがあるか、ということもある。もしナーシングホームがあれば、より重く評価される。そして、田舎の地域の場合は、労働力を確保するという目的のため、評価が高くなる。いくつかの地域は、誰も行きたがらないようなところもあるので。ウェールズなどにはそういうところがある。次にリストサイズの入替わりについてだが、例えばロンドンのシティでは30%の人口が毎年入れ替わる。しかし、例えばハンプシャーのような地域であれば住人はほとんど固定されている。あるいは、明日話を聞くことになる Harrow や Hillingdon のようなところでも人々の入れ替わりは小さい。入れ替わりが大きいというのは、なすべきことが多いということの意味する。つまり、ある患者が来て、その患者が糖尿病だった時に、その管理をうまくやったとしても、すぐにその患者はどこかに行ってしまう。そして、また新しい患者が来る、という形だ。私の場合、Brent にいた頃の方が忙しかった。Brent の方が医療ニーズが高いからだ。しかし、その分、私に支払われた額も多かった。一方 Westminster では、Carr-Hill 関数のおかげで、8000人の登録者に対して7500人分が支払われている。裕福な地域では、有病率が低く、住居型介護施設もないからだ。二つ目の要因、すなわち人件費が高いということと、最後の要因、すなわち人口の入替わりが激しいという要因だけが、支払いを多くする要因となるが、他の要因は、Westminster では支払額を下

げる方向で働く。これが支払いの仕組みだ。

Overview of Primary Care



次のスライドは、新しいシステムを概観するものだ。システムが再構成されたことですべてが変わったのだが、その狙いはシステム全体として機能するというところにある。まず左側に種々の契約が並んでいる。先ほど説明したように NHS/GP の契約は3つのタイプがある。そして、これも先ほど説明した Quality&Outcome Framework 支払いというものもある。これは選択できるもので必須のものではないものの、ほとんどの GP はこれによって10%の追加収入が得られるためこれを選択している。3つ目の収入源が enhanced services だ。local enhanced services というのは、ローカルなニーズに対応したサービスを指している。これに対して direct enhanced services (DES) と言うのは、全国的なニーズに基づいたものだ。このような enhanced services の契約は開業医によってなされることもできるし、そのような開業医が寄り集まって primary care network (PCN) としてすることもできる。この図は、どのサービスがどこに属するのかわかせるものになる。真ん中に general practice がある。GP はグループになって PCN を構成している。そして、このシステムの中にワクチンその他のサービスが含まれているのだが、この図は、そういった諸々を全て1つにして表現したものだ。これらは小分けに説明していく。

Acronyms

- LES : local enhanced service- locally developed services designed to meet local needs. Practices can decide whether they sign up to a LES
- DES: directed enhanced services are nationally agreed and have to be offered to all practices in England-
- Practice DES
- PCN DES

To expand the workforce in general practice, each PCN is allocated an additional role reimbursement sum for a year.

- ARRS- additional roles reimbursement scheme- this refers to a range of new centrally-funded roles which allow PCNS to establish multidisciplinary teams to provide more integrated health and social care services locally e.g. clinical pharmacists, social prescribers, care co-ordinators, health & well-being coaches
- IIF- Investment and Impact Fund: funding to achieve 3 domains – prevention and tackling health inequalities, providing high quality Care, a sustainable NHS. Examples are Improving vacs/imms, CVD prevention, cancer, access etc.

Extra funding streams

まず local enhanced services (LES) についてだが、LES は地域固有のニーズに対応する必要があるため、それぞれの地域ごとに立案される。例えば、ワーファリンの話しよう。心房細動があれば、抗凝固療法としてワーファリンを処方することがある。私は GP として、これを提供できる。この治療を行っている患者が病院に通うのに長距離の移動をしなければならなかった場合に、その地域の GP が処方したり、用量調整したりすることができる。これが LES だ。direct enhanced services (DES) の例としては、ワクチンが挙げられる。これは国全体のニーズだからだ。これも手上げなので、やるところとやらないところがある。また、自分自身がこれに従事しなくても、PCN に代わりにさせることもできる。また、政府は単独の開業形態を減らして、PCN の傘の下でのグループ開業を推進しようとしている。これを促進するために、そのための経済的インセンティブが additional role reimbursement sum (ARRS、追加的役割に対する報酬) というものだ。これによって、より多くの職員を雇用できる。伝統的な診療所には、医師、看護師、受付とそれ以外の専門職がいたりいなかったりするというのが普通だったが、今では薬剤師やソーシャル・プレスクライバー (社会的処方を行う職)、ケアコーディネーター、健康・福祉指導員を PCN に雇い入れることができるようになり、これらの人材を複数の診療所が共有することができる。このことによって、GP の仕事は軽減することができる。

(A) いくつぐらいの診療所が 1 つの PCN を構成しているのか。

(コン) 前のスライドにあった通り、1 つの PCN は 3 万から 5 万人の住民を抱えている。そのため、8 から 9 ぐらいの診療所がその中にあることになる。私の診療所はかつてウェストエンドというところにあったのだが、その PCN は 3 万 5 千人の人口規模であり、そこには 8 つ程度の診療所があった。A 先生が先ほどおっしゃっていた、CCG と PCN についてだが、PCN と言うのは CCG を少し小さくしたようなものだ。私にはそのように見える。なぜなら、

PCNはそれぞれの診療所がお互いに集まってグループを作るのだが、それを区単位でやるのではなくて、もう少し小さい単位で、いろいろな資源を共有するものだった。そのため、私なりの命名法で言えば、PCNと言うのは小さなCCGということになる。CCGの時代は、それが区全体を1つの単位としていた。Westminsterで言えば、36もの診療所が1つのCCGを構成していた。今のPCNは、9つの診療所がネットワークを構成している。規模の違いこそあれ、構造として両者は似ている。そして、もう1つの収入源は、investment and impact fund (IIF、投資及びインパクト基金)と呼ばれるもので、これは国民保健 (population health) における健康格差の是正や疾病予防、がんの早期診断等の為のものだ。additional role reimbursement sum (ARRS、追加的役割に対する報酬) と investment and impact fund (IIF、投資及びインパクト基金) は、primary care network (PCN) に支払われ、GPに支払われるわけではない。PCNはそれ自体複数の診療所の集まりであるから、そこで人材が共有されることもあれば、診療所の中で仕事させることもできる。例えば、私の診療所には臨床薬剤師、ソーシャルプレスクライバー、ケアコーディネーターがいる。

(C) PCNの中で、それぞれの診療所が持っている患者情報は共有されているか。

(コン) 電子的に共有されている。今のこのシステムの強みの1つは、データだ。

(C) そうすることは義務なのか。

(コン) 義務ではない。患者情報の管理者もまたGPなわけだが、GPと患者間では、医療情報の活用や管理に関しての合意文書にお互い署名する。その中には、情報の取り扱い等が規定されているが、それはPCN又はICBに向けられた署名となっている。そのため、イングランドの制度の利点はデータだといえる。なぜならすべての住人は、必ず1人のGPに登録している。国民保健 (population health) に関わることを想像してみてほしい。どこの国にも移民がいて、それが不法移民のこともあるだろう。しかし不法移民の数は少ない。多くは、移民であったとしても滞在許可のある移民だ。そうすると、データを得ることができる。そしてこうしたデータに基づいて例えば、隔離についても戦略的な計画を立てることができる。そして、C先生のご指摘の点だが、現在主に使われているシステムは2つある。EMISとSystemOneだ。多くの人がこれに入ることができる。例えば、病院の上級医が、私の患者のデータや検査結果を見ることができる。そしてGPである私からも、St. Mary's Hospitalでの検査結果を見ることができる。このシステムはとてもよく統合されており、例えば、栄養士や地域の内分泌内科医がこれに書き込むこともできる。私が、この患者の記録を見に行けば、何があったのかということがすぐにわかる。

(A) 確認だが、病院の記録も見られるということか。

(コン) そうだ。例えば、私の患者が神経内科で病院を受診したとする。そして、そこで頭部CTが撮像されたとする。私が病院のシステムの中に入って、その結果を診ることができる。患者から結果を聞き出す必要はなく、直接見ることができるのだ。これは逆もしかりで、もし私がCTを撮像したなら、病院の神経内科医もそれを見ることができる。そうすることで物事が迅速に運ぶし、重複もなくなる。資源の無駄遣いもなくなる。

(A) PCN と言うのが人口が3万から5万人で、8つか9つの診療所ということだが、一つひとつの診療所の規模について聞きたい。GPの数や、その他の職種の数、PCNになってどう変わったか。そしてその変化にどういう意味があるか。効率化ということか。

(コン) 数年前であれば、1人のGP当たり2000人の住民をカバーしていた。別の地域であれば1600人というところもあり、それは地域差があった。今の考え方は、GPが全ての臨床の仕事をする必要はないというものだ。他の職種に任せればいいものもある。医療職や助手に助言して今まで医者がやっていたことを行わせればいい。これに応じて、1人当たりの医師に登録する住人の数も変わってきた。かつては医師1人当たり2000人だったのが、今は様々な異なるスキルを持つ多職種がいてGPはそれらを代表する存在となっている。

(通訳) 質問を繰り返すと、1つのPCNに対して何人のGPがいるか。

(コン) リストサイズにもよるが、私の診療所だと8000人の登録があつて、これに対して医師が3人でこの3人は全て非常勤だ。また、多くのadvanced nurse practitionerを雇っている。例えば火曜日だったら、私は診療所には行かない。advanced nurse practitionerが診療所のことを仕切っている。私は家にいて、必要があれば電話で指示する。彼らはいろんなことができる。金曜日なら私も診療所に行くし、患者によっては対面での診療を機能する。1980年代に私がGPとして始めた頃と2023年の今はかなり様相が違う。

(A) NPの存在は登録の数を増やすことにつながるか。

(コン) その通りだ。Westminsterで私の診療所は8000人の登録患者があるが、医師は少なく、看護師は多い。

(C) それは依然と比べてということか。

(コン) そうだ。糖尿病管理を例にとれば、看護師が全部やってくれる。私のところに来るのは、困難な症例だけだ。薬を変えたり、医師でなければできないような、看護師では調整できないものは私がやる。また、年毎の糖尿病患者の定期診察も看護師が全部行う。例えば目の検査は国のプログラムで定められたものだが、糖尿病患者は皆、年に1回眼科の検査をする必要がある。糖尿病のテンプレートに従って、血液検査が行われる。必要があればさらに頻回の血液検査が行われるが、そうでなければ最低で年に1回の頻度で行われる。これらのことは、全て医師以外の職種によって行われる。医師が見るのはコントロール不良の時だ。

(A) 登録される全体は増えたが、医師が見る患者は減って、その分はナースプラクティショナーが診ているということか。

(コン) そうだ。NPに限らず他の職種ということだ。患者によってはこれをよしとせず、医師の診療を求める患者もいる。しかし、パンデミック後、我々はビデオ・コンサルテーションやe-mailコンサルテーションを使うようになった。そのため対面診療は減った。今、パンデミックが終わり、患者は再び対面の診療を求めるようになっている。しかし、この経験によって、そもそもほとんどの場合、医者に直接会う必要がないことに気づいてしまった。なぜなら、パンデミックを通して、患者たちは医師に会えなかったが、だからといって特に

劇的なことは何も起こらなかったからだ。必要とされていたことは医療的な行為ではなかったのだ。対面したいという患者側の気持ちの問題なのだ。我々もこういったように理解した。したがって今我々はハイブリッド就業というスタイルで、対面、電話、e-mail、ビデオその他の方法を組み合わせて診療している。

(A) ここは日本に置き換えて考えると重要な点なので確認したいのだが、登録者の全体は増えたが医師が診察を行うのではなく他の職種がこれを行うということでもいいか。

(コン) GP は PCN に所属することになる。したがって、PCN を構成している要素は GP だ。この各 GP については、医師が減っているのので、1人当たりの患者数は増えている。より少ない医師に、より多くの患者、と言う状況だ。そして、他職種は増えている。私がこの仕事を始めた 1980 年代は携帯電話もない時代で、他の職種もいなかった。そのため、何もかもを自分でする必要があった。しかし、今は、いろんな職種に指示を出せばいい。そうしたら私の代わりに多くのことをやってくれる。したがって、GP はチームのリーダーとなって、患者のケアのエキスパートとなる。例えば高齢者が自宅で過ごしているとして、診療所まで来ることが難しい状況だとする。かつてであれば、自分で往診するしかなかった。今は地区看護師を派遣すればいい。あるいは、他の職種に同じことを頼めば、その報告が送られてくる。それを基にケアプランを管理すればいい。高齢者で、フレイルが進んでいるような場合、患者は移動が困難となる。そのような場合、理学療法士を訪問させて、患者の転倒を防止するには手すりが必要かと言ったことについて患者の状態を調べたりすることもできる。これを私自身がやる必要はもうない。あるいは、患者が自宅で孤独になっているとする。そうすると私はソーシャル・プレスクライバーに患者が参加できるようなクラブを見つけるように依頼することもできる。そうすることで患者が家から出て、社会的なかかわりの中で過ごすことができるようになる。以前は、そういった仕事も全部私が自分でやっていた。つまり、今は様々なことをするチームによって支えられている。このやり方は、困難事例に集中できるという点ではとてもいい。しかし、他方で、患者は実はこのやり方をいいと思っていない、ということも理解できる。なぜなら、患者はもう GP にはあまり会えなくなってしまうからだ。医師になって 40 年たったが、どちらのシステムがより好ましいだろうかと思う。もし選択できるなら私は古いやり方を選ぶだろう。その方が、1対1の関係を築くことができるからだ。現代のやり方だと、それはもはやできない。現在のやり方というのはアメリカ式のやり方だ。医師はチームのリーダーとなって、他の職種によって支えられている。これがアメリカでの費用抑制策の 1 つだったが、これは伝統的な診療モデルではない。イングランドは、伝統的な general practice を維持しつつも、アメリカ式の診療モデルを導入し新しいイギリス式システムを構築しようとしている。

Cont'd

- For 2022/23, each PCN can earn a maximum of 989 IIF points and the value of a point is £200 , adjusted for list size and prevalence
- ARRS – maximum funding is based on (a) the weighted average salary for the specific Agenda for change AfC band plus (b) associated employer on -costs (NHS Pension costs -14.8% and Employers' NI up to 13.8% of earnings above the threshold)

このスライドもまた、費用についてのものだ。それぞれの PCN は最大でおよそ 1000 ポイントを与えられる。1 ポイントが 200 ポンドに相当するため²⁵、PCN に対して政府は 20 万ポンドの予算を割り当てることになる。この分は、以前は GP に直接支払われていたものだ。GP の予算を一部削減し、その分を PCN にあてたのは、GP という小さい単位ではなく、より大きな単位での医療提供を政府が企図したためだ。

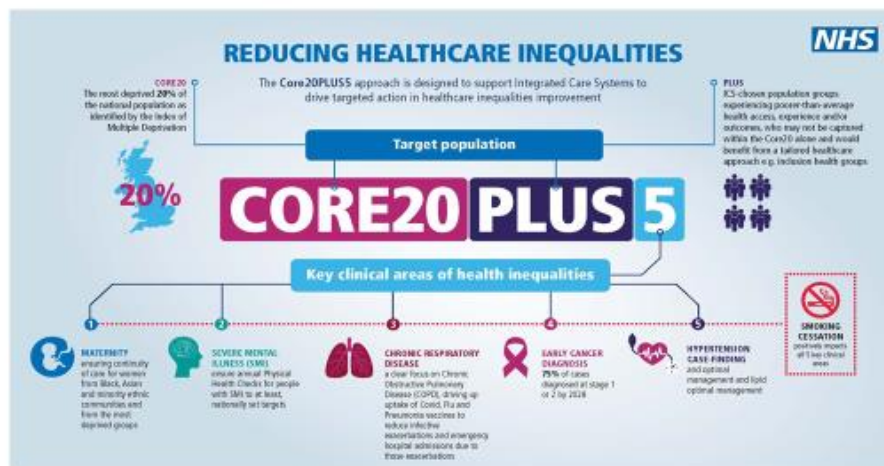
²⁵ 確かに 2022/23 年度は最大 989 IIF ポイント、単価 200 ポンドであったが (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/B1963-iii-Network-contract-IIF-Implementation-Guidance-September-2022.pdf>)、2023/24 年度は最大 262 IIF ポイント、単価 198 ポンドに引き下げられている (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00157-ncdes-investment-and-impact-fund-2023-24-guidance.pdf>)。これは IIF の indicators が 36 から 5 に減ったことに対応するものである。

Core20Plus5

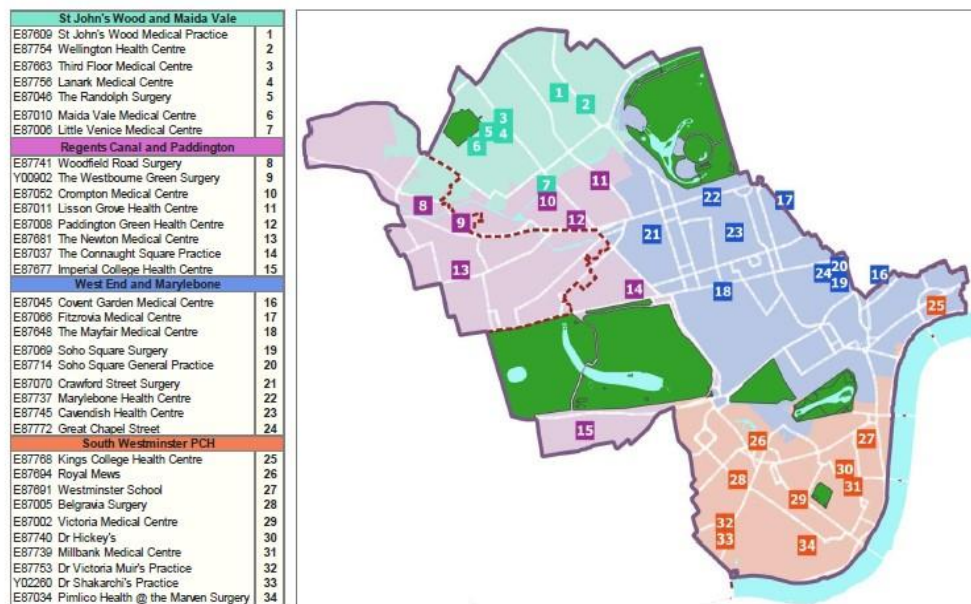
Core20PLUS5 is a national NHS England approach to support the reduction of **health inequalities at both national and system level**. The approach defines a target **population cohort** and identifies **'5' focus clinical areas** requiring accelerated improvement.

この新しい社会・保健制度においては、人口の 20%が医療を必要とし、80%は必要ないという前提に立っている。

Core20Plus5



このより医療を必要としている 20%の人口により集中的に医療資源を投下するように考えられている。健康格差の問題に関しても、この 20%の中において、政府は改善すべき 5 つの疾病領域を特定した。この 5 つとは、周産期、重度の精神疾患、慢性呼吸器疾患、がんの早期診断、高血圧の発見である。



現在私の診療所がある区である Westminster を例に話をしよう。Westminster には4つの PCN がある。それぞれの PCN に異なる診療所がある。1つ目の PCN は John's Wood と呼ばれるところで、ここには7つの診療所がある。そして私の PCN は West End and Marylebone だが、ここには9つの診療所がある。しかし、この診療は皆、規模が小さい。なぜならシティエリアだからだ。そのため、診療所の数だけを見ても正確な規模を測れないことがある。このように Westminster 全体では34の診療所がある。West End and Marylebone は、人口にすると3万人弱になる。

Contracts – Contract and Performance Management

PGM – Primary Care Guidance Manual – “context, information and tools to safely commission and contract manage primary medical care contracts”:

Contract Monitoring (rolling 3 year programme)

- **Staffing:** professional registration, DBS checks supervision etc.
- **Patients:** list size, disease prevalence, PPGs, complaints
- **Access:** methods, same day appt system, wait times
- **Facilities:** rooms, defib/oxygen/emergency meds, fridges
- **Data:** coding, handling, incoming mail, summarising
- **Chronic Conditions:** responsibility, call & recall, DNAs,
- **Clinical Management:** NICE guidance, meetings, dissemination
- **Risk Management:** significant events, high risk drugs
- **Safeguarding:** named lead, training, chaperones

Quality Group

QOF Performance, CQC intelligence
 Patient Survey Results, Number of Complaints
 Patient Feedback on NHS Choices/Google
 Enhanced Access Usage (if relevant)
 HIU/A&E (if relevant)

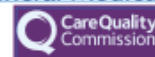
NHSE/Others

- GP Performance/Appraisals/Revalidation – Performers Team NHSE
- GMC – Medical Register
- CQC – Health and Social Care Regulator- Inspections and Ratings
- Complaints– NHSE
- **Contract Changes**
- Contract Changes
- Contract Breaches
- Procurement and Management of Closures

Governance – Bi-borough Primary Care Exec Committee (PCEC) / NWL Primary Care Exec Committee (using my ICB area as an example)



General Medical Council



22

そして、このスライドは NHS England (NHSE) の契約がどのように医療者のパフォーマンスを管理しているかを示したものだ。

Practice Funding

Additional Sources of Income

- Quality and Outcomes Framework QOF – 635 points @ £257 – adjusted for population
 - Clinical domain – AF, HF, CHD, stroke, diabetes, mental health, hypertension, asthma, COPD
 - Public health domain – smoking, screening, vacs/imms, BP, obesity
 - Quality improvement domain - **Workforce wellbeing**, optimising demand and capacity (improving access)
- Practice NHS DES – minor surgery, out of area patients, LD health checks, weight management
- NHS Health Checks – managed by public health
- Vaccinations/Immunisations "Item of Service" IOS c£10pp

Things we pay for or reimburse:

- Rents and Rates
- Text Messaging/Licences
- Locum Cover for Maternity Leave
- Long Term Sick Pay Salaried GPs/Partner GPs
- CQC Registration
- OH for GPs
- IT Equipment/Licences S1



23

そしてこれは支払いに関するものだ。すでに支払いの概要について説明したが、1つ付け加えたいのが、不動産賃料だ。不動産賃料は GP の開業者が支払うが、その分を政府が補填してくれる。

(C) 建物を自分で買うこともできるか。

(コン) 自分で買うこともできる。私の場合、最初の診療所は自分で不動産を所有した。しかし、2つ目の診療所については賃借した。自分で不動産を所有する場合、自分自身に対する賃料を課して、その分を政府から補填してもらうこともできる。

(A) 以前聞いたことがあるのは、自分で診療所の建物を建てた場合にも補助金があって、そしてその場合には、建築費用を払い終わると家賃分がさらに補助されるというものだった。今、説明されたのはそういうものか。GP が自分で建物を建てた場合の補助を教えてください。

(コン) 手順を説明すると、まず、建築についての申請をして NHS England の許可を得る。そうしたら建築できる。そして、そのあとは賃料分の補助が出る。そして建築費用そのものの補助が出ることもある。以前、まだ公団住宅に間借りして診療所を開いていたのだが、そこを去って、新しい土地を買ってその上に私たちのヘルスセンターを建てたことがあった。NHS の許可が得られ、その資金の融資を受けるために銀行に行かなければならなかったが、その時建設費用についても少し援助を受けることができた。それは、その建物をゼロから立てなければならなかったからだ。建物を建ててそこで新しいビジネスを始めるのには多額の費用がかかる。維持費や設計費は高額だ。利益を出すためには、少なくとも 10 年は

そこで診療を続けなければならない。私はそこで 30 年開業したわけだが。これはあまり得になる話ではない。政府は、診療所が建物を所有することを推奨していない。GP が建物そのものから収益を得ることになるからだ。

Practice Funding

Practice Annual funding stream based on 8500 patient	
QOF	£ 48,696.00
Global Sum before Out of Hours deduction	£ 762,000.00
Does the practice provide Out of Hours services?	No
Less new Out of Hours deduction	-£ 36,195.00
Net Global Sum payment after OOH deduction applied	£ 725,805.00
Network Participation Payment (NPP) - £1.76pp	£ 14,968.50
Total indicative net effect	£ 789,469.50



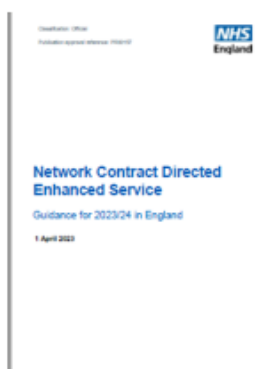
24

次のスライドは、時間があれば見ていただければいいのだが、8500 人の登録がある GP の収入内訳だ。これを見ると次の年の収入は 80 万ポンドであることがわかる。

Contracts – PCN DES

Introduced in June 2019 to facilitate the establishment and development of PCNs

Yearly Network DES until at least March 2024



Network DES sets out:

- Eligibility for and participation in a PCN
- PCN organisational requirements
- Changes to a PCN
- The 'additional roles reimbursement' ARRS scheme
- Network financial entitlements
- Service requirements:
 - **Enhanced Access Provision**
(60mins/1000pp – 6.30-8pm M/Fri 9-5pm Sat)
 - **Medication Reviews**
 - **Enhanced Health in Care Homes**
 - **Early Cancer Diagnosis**
 - **CVD**
 - **Tackling Neighbourhood Inequalities**
 - **Anticipatory Care**
 - **Personalised Care**

25

このスライドは、PCN について書かれたもので、時間があれば見ていただきたい。

Contracts – IIF

Investment and Impact Fund (IIF)

"Incentive scheme focussed on supporting PCNs to deliver high quality care to their population, and the delivery of the priority objectives in the NHS Long Term Plan

Indicators that focus on where PCNs can contribute significantly towards the 'triple aim':

- improving health and saving lives (e.g. through improvements in medicines safety)
- improving the quality of care for people with multiple morbidities (e.g. through increasing referrals to social prescribing services)
- helping to make the NHS more sustainable"

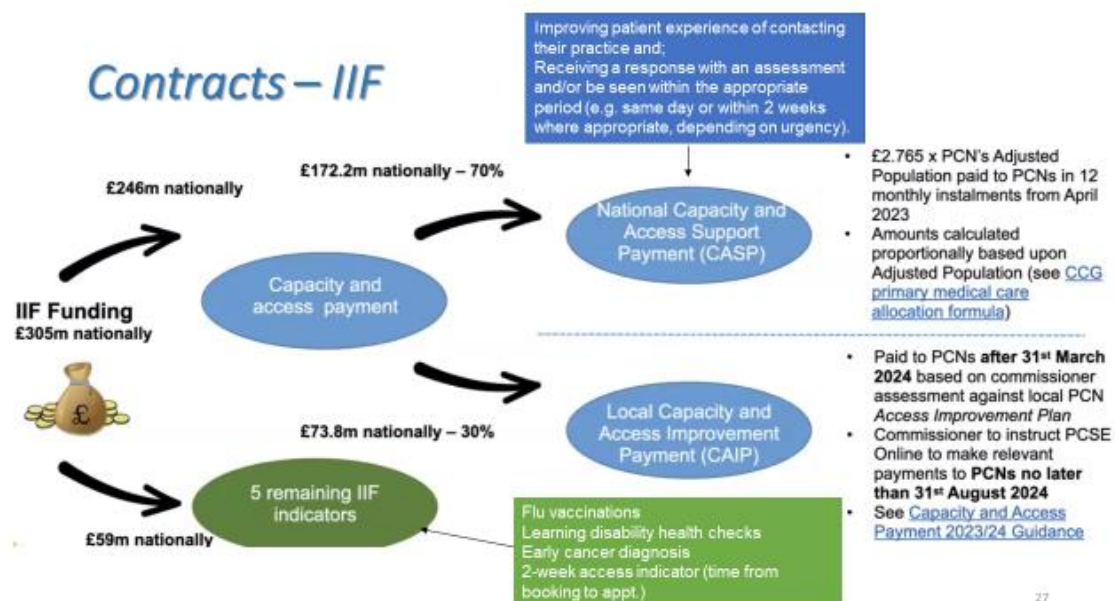
£

36 indicators reduced to 5 for 2023/24 @ £59m

Remainder of £246m focused on improving patient experience of contacting their practice

26

そしてこちらもすでに説明した IIF についてのものだ。



そしてこちらは、IIF の予算がどのように国レベルで配分されるかを示したものだ。

Contracts – PCN DES

Maximum Network Contract Funding for 2023/24 based on 60000 patients		
Annual funding stream	Funding available per	
Core PCN funding	£ 1.50	£ 90,000.00
Clinical Director contribution, based on 0.25 WTE	£ 0.729	£ 43,740.00
Additional Roles Reimbursement sum (on a weighted patient basis)	£ 22.67	£ 1,360,200.00
PCN Care Home Premium: £120 per bed (£10 per bed per month)	£ 120.00	£ 30,000.00
Enhanced Access DES	£ 7.58	£ 454,680.00
Impact & Investment Fund 5 Indicators	£ 0.99	£ 59,400.00
IIF Capacity and Access Support Payment	£ 2.765	£ 165,900.00
PCN leadership and management support	£ 0.684	£ 41,040.00
Total indicative net effect		£ 2,244,960.00



28

そして、こちらは PCN についてのものだ。この規模の PCN には、200 万ポンド以上の予算が分配されることになる。

(C) この資金は追加的に支払われるものか。

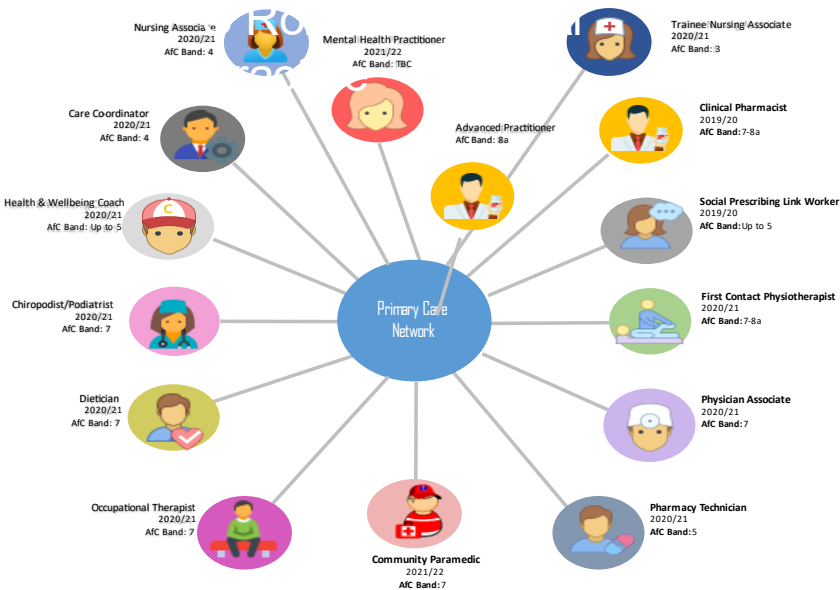
(コン) そうだ。新しい制度で新たに支払われることになったものだ。しかし、これを新しい資金だとは言えない。

(A) 要するに、PCN を中心に診療提供せよということか。

(コン) と言うよりも、政府は GP の予算を削減して、その分を PCN に回したのだ。

(B) 政府がよくやることではある。

(コン) その通り。私はこの時議長をしていたので、私もその責任は感じている。



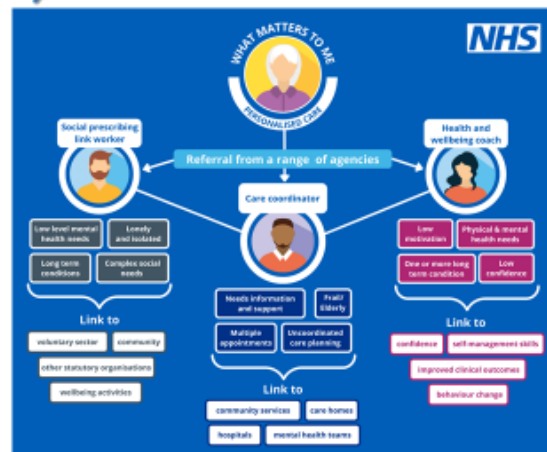
こちらは人材確保についてだ。どのような職種の人々が、PCN の中で GP の為に関わっているかを模式的に示している。多くの職種が関わっていることがわかると思う。

- (A) これで介護の分野も関われば、ほとんど地域包括ケアだ。
- (B) そうだ。

Personalised Care Delivery

ARRS includes three roles for personalised care delivery:

1. **Social prescribing link workers** - connect people to community groups and agencies for practical and emotional support and complement other approaches such as care navigation and active signposting.
2. **Care co-ordinators** - work closely with GPs and other primary care professionals within the network to identify and manage a caseload of identified patients, making sure that appropriate support is made available to them and their carers.
3. **Health & Wellbeing Coaches** - will use health coaching skills to support people with self-identifying existing issues and encourages proactive prevention of new and existing illnesses. They may provide access to self-management education, peer support and social prescribing.



32

こちらの図も、様々な職種がそれぞれの役割を果たしているということを示したもののだが、ソーシャル・プレスクライバーの役割、ケアコーディネーターの役割、そして健康・福祉指導員の役割がそれぞれ書かれている。

Across our 4 PCN Teams in Westminster

- 71 Care co-ordinators
- 30 Clinical pharmacists
- 13 Social prescribing link workers
- 9 First contact physiotherapists
- 5 Health & wellbeing coaches
- 5 Digital & transformation leads
- 3 Adult mental health practitioners
- 2 Pharmacy technicians
- 1 Paramedic
- 1 Dietitian

Central	40.70 Quarter 4 2021-22	136.80 Quarter 4 2022-23	70.2% Increase
---------	----------------------------	-----------------------------	-------------------

33

そして、これも Westminster の4つの PCN が追加で雇用するに至った職種とその人数が書かれている。しかし、PCN に配分される予算をこの人件費に使いきれていない。なぜなら、現在、新しい人を雇うのはかなり難しくなっているからだ。予算にはあまりがある状況となっている。

Funding for Westminster borough (Central London)

- Funding for 23-24 will be £22.67 per head of weighted population.
- Calculations for Central's four PCNs.

PCN	Practice population	Allocated Budget 23/24
St John's Wood & Maida Vale	53,980	£1,223,727
South Westminster	86,132	£1,952,612
Regent Health	68,587	£1,554,873
West End & Marylebone	49,406	£1,120,031

34

こちらは Westminster の中で、各 PCN にどのように予算が振り分けられているかを示したものだ。ここでも、重みづけ計算を行い、私のところでは、1人当たり 22ポンド多めに

予算を得て、これで登録住民をカバーしている。

Training Hub

- A consortium of the eight boroughs
- Central London Healthcare Training Hub - clh.traininghub@nhs.net.
- 'Go to' place for any information about primary care workforce, education and development.
- They work to address local needs
- Help to embed new staff into roles through ARRS
- Advice with workforce planning and training needs analysis, to help find which roles best meet the needs of patients and practice population
- Opportunities for continuing professional development (CPD)
- Career support
- Support for new GP partners / GP retention programmes
- Train and recruit more educators
- Responsible for approving all our PCNs as Educational Environments and Educators (quality assurance in placements and teaching)

35

Current Training in NWL

- SPIN (Salaried Portfolio Innovation Scheme) – New to Practice (NTP) Fellowship Scheme:
 - 2 year nationally funded programme of support, learning and development available to newly qualified GPs and general practice nurses.
- Promoting Transgender care
- Apprenticeships e.g. business administration, PCN management, nursing degree, pharmacy technician, health care support worker
- Personalised core training - for the 3 care roles
- PCN GP nurse educators – supporting nursing and ARRS roles - signposting and mentoring processes
- PCN GP education leads – supporting recruitment and retention of PCN GPs. Also supporting the SPIN GP fellows
- Conflict training
- Receptionist & administrator training - includes customer service and handling difficult conversations

36

そして、我々GP の仕事と言うのは、患者を治療するだけではない。トレーニングと教育も必要な柱だ。

(C) トレーニングというのは患者に対するという意味か。

(コン) 医療職に対するものだ。ここに書かれているような様々なトレーニングが用意されている。

Vaccinations/Immunisations

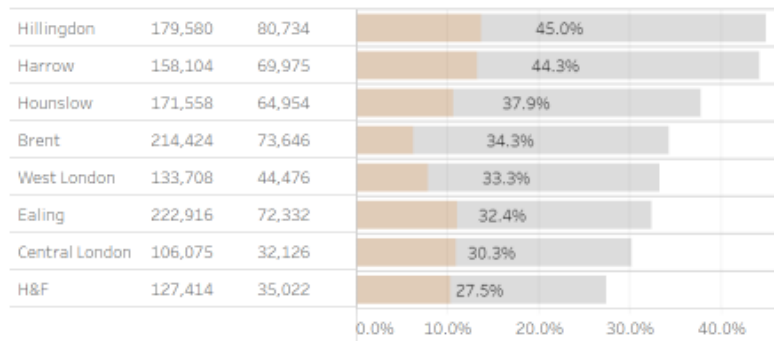
- Influenza Seasonal Programme – September to March
- Covid-19 Seasonal Programmes – Autumn/Spring Booster
- Childhood Immunisation – NHS vaccination schedule
- Polio
- MMR (Measles, Mumps & Rubella)

- Contractual levers (QoF, IIF, & CQC)
- Clinic capacity
- Provide updates from NWL/London ODG
- Support with comms campaigns
- Vaccine stock ordering and issues
- Data
- Bi-weekly flu meetings with operational leads (meet as a Bi-Borough)
- Vaccinations & immunisations deep dive to understand which cohorts are not currently vaccinated, the reasons why and what plans are in place to increase uptake and reduce inequalities across the Bi-Borough

37

ワクチンについては、診療所単位でやる場合もあるし、PCN 単位でやる場合もある。

Influenza Data 22/23



Data Source: WSK Dashboard March 2023

38

こちらはインフルエンザワクチンの接種率を示したものだ。北西ロンドンの8つの区を管轄している ICB がある。Hillingdon と言うのは郊外になる。住人の転居率は低い。この地域では、最も接種率が高いことがわかる。Central London を見ていただきたいが、Central London と言うのは Westminster のことだが、成績が悪いことがわかる。これは人々の転出入が激しいためだと考えられる。

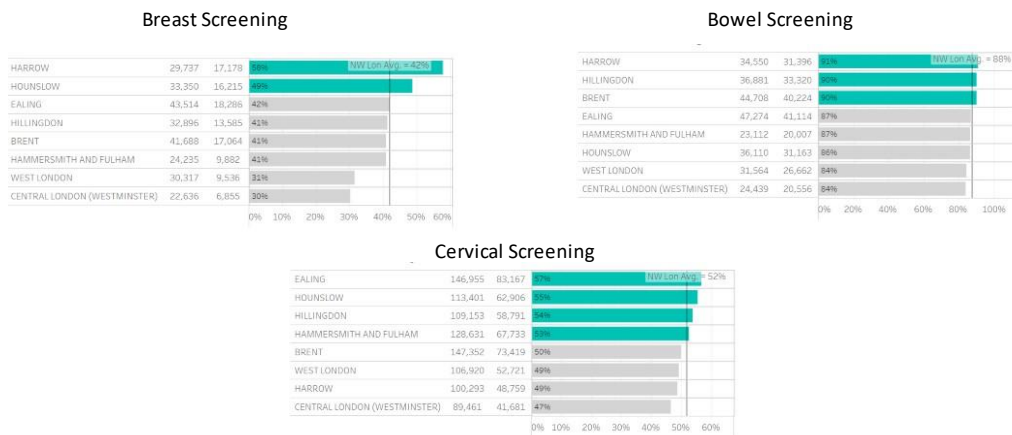
Cancer Screening

- DES Early Cancer Diagnosis Specification
 - Cervical
 - Bowel
 - Breast
 - Prostate
- Contractual levers (QoF, IIF, DES & CQC)
- Enhanced/Extended Access Hubs
- Support with comms campaigns
- Data/Reporting
- Created a Bi-Borough programme with the aim of increasing uptake in screening, particular focus on health inequalities and targeted approach to groups with historical low uptake

39

そしてこれはがんのスクリーニングだ。

Cancer Screening Data



40

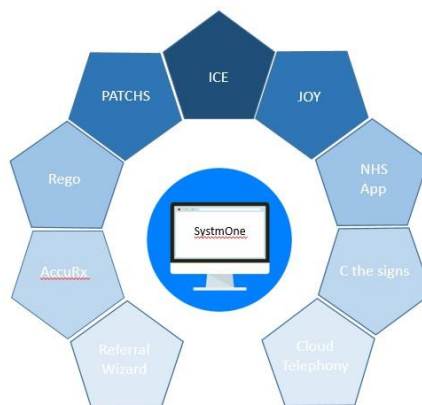
これを見ていただければ、がんスクリーニング検査の受診率が8つの区によって差があることがわかる。このようにデータがあれば、それぞれの区の状況を比較することができる。これで見ると、受診率はHarrowとHillingdonでいいことがわかる。この理由もやはり、人口の出入りが少ないことだ。そして、また別の郊外の区であるEalingについても、いい成績だ。その一方で、Westminsterは最低だ。この理由として考えられるのは、中心部の区であるというのが1つ。もう1つ、ここの住人は別邸を持っている人が多く、パンデミックの

時は自宅に籠っていたもののそれが終わったら、もう自宅にはいないという理由もある。裕福な地域なので、ここの住人は2つも3つも家があって、国の検診やワクチン接種について捕捉するのが難しい。コロナの時は、多くの人が区の中においてコロナのワクチンもたくさん接種することができた。データの管理について説明していなかったが、8つの区を統括している ICB がこれを行っている。私たちのところには統合されたシステムがあるのだが、これはかなりユニークなことだ。北西ロンドンのデータベースは、最も優れている。かなり初期のころから8つの区に跨るデータベースを作ってきた。マッキンゼーがこれには大きな貢献をした。マッキンゼーが記録の管理を行い、いまだにその更新を行っている。データウェアハウスをセットアップする際には、マッキンゼーがその実務を担った。

ICT

Key things to consider with new technology:

- Capability
- User friendly
- Interoperability
- Risks
- Cost
- Data security

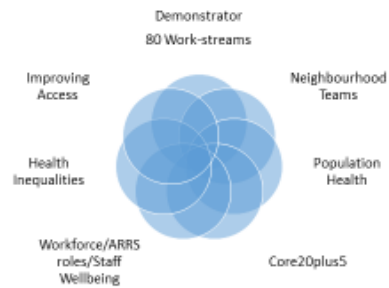


41

そしてこちらは IC 技術についてのスライドだ。我々が使用しているアプリはそれぞれの GP ごとに別のものだが、これらからの情報を GP システムに入力することになる。ロンドンでは2種類の GP システムが使われており、EMIS と SystemOne だ。このスライドにある1つひとつの五角形はそれぞれ別のアプリを示している。それぞれの役割は違うのだが、これについてはこの後の夕食会で話そう。実際のところ、このシステムは、コロナのロックダウンの時には非常に役立った。

Areas of Focus 2023-24

- Operationalising the Demonstrator Model (bborough pilot programme on Health Inequalities)
- Mobilising the NWL Standard Enhanced Services
- Supporting PCNs and Practices to deliver the requirements of the IIF, PCN DES etc.
- Managing, monitoring, approving and assuring elements of the IIF, PCN DES etc.



42

そして、これが最後のスライドになるが、我々が特に集中的にやっていることをまとめたものだ。

イギリス-3-1 応接録: North West London Integrated Care Board

2023年6月1日

Dr. Andy Slater: Practice Manager at the Ridgeway Surgery

Dr. David Lloyd: GP at the Ridgeway Surgery

Ms. Kirstie Black: Managing Director of Central London GP Federation

Dr. Jan Maniera: Clinical Director for South Westminster PCN and Borough Medical Director

Mr. Joe Nguyen: Central London at North West London Collaboration of Clinical Commissioning Groups

Dr. Genevieve Small: Interim Medical Director for the NW London ICS

Dr. Ian Goodman: Senior Partner at Mountwood Surgery

<要約>

- コロナの流行は最初の1週間で医療機能の飽和をもたらした。
- ホットハブという工夫は、「病院を（GPらが）助ける」という趣旨の下に提案された。
- 感染管理チームからの助言を得ることで安全に診療できる体制を整え、それがホットハブの人員を確保することに役立った。
- 患者の重症化モニタリングは、パルスオキシメーターの表示を指標に、それをアプリで送信することにより、リモートで行われた。
- ホットハブの多くは、病院の敷地内やコミュニティ・センターの建物内等、診療所以外の場所に設置された。
- 検査は、屋外に設置された national testing centre で行われ、その結果が NHS に報告され、さらに Spine という国のデータベースに登録され、その患者が登録している GP 診療所に共有された。そして、その情報は、SystemOne あるいは EMIS というシステムによって医療機関間でも共有された。
- コロナ以前から、性感染症について、自家検査が行われていた。
- ワクチン接種は、大小さまざまな場所で集団接種を行い、接種者は、航空会社や劇場の職員という非医療者を動員した。バスによる巡回接種も行われた。
- 介護従事者、追って医療者のワクチン接種は法律で義務化された。

(スモール) 今日はお話することがたくさんある。皆さんは、我々のコロナ対応について聞かれないとこのことで、これから即時対応、ワクチン、そしてコロナから通常状態にどのように戻っていったのかに分けて、お話していきたい。まず、イギリスでコロナが始まった時、

我々はそれが来ることを分かっていた。しかし、それが実際に来るまでは、こんなことになるとは予想していなかった。イギリスにおいて、最初にひどい流行が起こった地域の1つが北西ロンドンだった。我々の地域の大病院の1つは、流行が始まって1週間で、全ての患者に対応することが困難な状況になった。そこで、病院側から我々に対し、どのように病院を助けることができるのか考えてほしいという依頼が入った。そこで、いわゆるホットハブを立ち上げた。そこでは、家で状態が悪くなったがすぐに病院に行くほどでもなく、コロナについての医療者による診察が必要な患者の診察が行われた。これ以外の一般診療については、電話診療又はビデオ診察での対応が始まった。ホットハブの説明についてはアンディ（・スレーター）から行う。

（スレーター）我々はかなり迅速にことを運んだ。とりあえず何かを始めることが非常に重要だったので、2、3日でこのサービスを立ち上げなければならなかった。限られた準備期間しかなかった。感染対策上の安全なプロセスについての情報をきちんと踏まえているということを確認する必要があった。患者の建物の出入りなどの動線に関して、可能な限りの安全を確保しなければならなかった。次に、人材確保をした。何も無いところから人を集めてこなければならなかったので、プライマリ・ケアや病院、リタイヤしていた人等、あらゆるところから集めてきた。患者はコロナ疑い又はコロナの確定診断がついている者で、GP診療所経由で予約が取られた。これらの患者は診察によって重症度判定をする必要がありつつも、まだコミュニティの中で管理することが可能な状態であることが想定されていた。もし何らかの積極的治療介入が必要である場合には、病院へ送った。臨床的な事柄については、デイビッド・ロイドにお話いただく。

（ロイド）アンディ（・スレーター）が話してくれたように、2つのことが重要だった。まず、我々にはしっかりとした業務手順の為の基準があった。ジェネヴィーヴ（・スモール）がホットハブの運営がどうあるべきかについての意思決定をしてくれた。そして、感染管理チームから感染管理に関する適切な助言を得ることができた²⁶。そのおかげで、その時に持ちえた知識を踏まえながら、可能な限り安全にことを進めることができた。そして、非常に感染性の強い疾患に感染しているかもしれない患者を診察するにつき安全な環境について強調することができたことで、ハブでの人員確保がしやすくなった。これら2つが、初期においては非常に重要なポイントだった。そして、このホットハブモデルは、すぐに他の北西ロンドンの地域にも横展開していった。我々は、ラーニング・ネットワークを立ち上げて、そこには呼吸器の指導医や感染症医にも参画してもらった。そうすることで、この感染症の知識を追いかけることができたし、注意すべき危険サインについても学ぶことができた。時間が経つにつれて、軽症から中等症のコロナ患者の状態をコミュニティの中で、入院させずに、安全にフォローすることが上手になっていった。そして、それと同時に、後になって重症化する患者の見極めについてもできるようになっていった。このように、疾病そのものに

²⁶ このヒアリングの後段でさらに詳しく説明されている。

についても学びながらできたことがよかった。

(スレーター) 2つの重要なことがあった。1つ目は患者のモニタリングをパルスオキシメーターを使いながらリモートで行ったということだ。パルスオキシメーターを患者に配った。患者はアプリや電話で、その表示結果を我々に報告できた。つまり、リモートで、患者は在宅にしながら、我々はモニターの結果を読むことができた。そして、それに基づいて、必要な診療レベルを上げたり下げたりできた。もう1つは、ロンドン中の介護施設の入所者やコロナ感染のリスクのある職員に対して抗原検査を実施したことだ。そして、結果が陽性であれば隔離された。

(スモール) ここでは、まるですべてのことが順序だてられて進められ、美しく進行したように話しているが、当然ながらそれはそうではなかった。その時はかなりカオスな状況だった。我々はかなり幅のある疾患を扱っている。このことについて、デービッド(・ロイド)が臨床例を交えて説明してくれる。

(ロイド) Harrow の話をしたい。Harrow という場所には皆さんは行きたいとも思わないだろうし、旅行者が訪れるような場所ではない。Harrow というのは、非常に多様性の高い人口を抱えている。この地域は、南アジア出身者が多い地域で、肥満や糖尿病患者が多い。そのため、コロナの予後も非常に悪く、感染のリスクが高い集団だ。今は、どういう患者が重症化するのかということが分かるようになったが、最初の頃は、そういうことが十分にわからなかった。そのため、ジェネヴィーヴ(・スモール)がカオスだったと言ったように、とにかく状況に圧倒されてしまっていて、どの患者を病院に搬送すべきで、どの患者を自分たちでモニタリングし続けるべきかということが分からなかった。

(スモール) では、次にイアン(・グッドマン)に Hillingdon の状況について、特に、Harrow との違いと共通性について説明してもらおう。また、イアンには、デジタルツールの活用に関する経験についても話して欲しい。

(グッドマン) Hillingdon は、ロンドンの最も西側に位置する区だ。ヒースロー空港に行かれたことがあると思うが、これが区の南端に位置している。そして、Harefield Hospital が北側にあり、この南北 20 マイルぐらいの細長い地域である。コロナが始まる2年前に、プライマリ・ケア・サービスを提供する診療グループを立ち上げていた。このような既存の母体があったので、ホットハブをすぐに立ち上げることができた。この点は Harrow と同じだ。我々の場合は、北に1つ、南に1つのホットハブを設置した。

(A) ホットハブの場所は、どこかの診療所を使ったのか。それとも、全く別の場所に設置したのか。

(グッドマン) Hillingdon の場合、1つは病院の中に設置した。もう1つは、コミュニティ・センターだった。

(B) 他の場所でも、一般的に診療所の外か。

(グッドマン) 一般的には、診療所の外だ。と言うのも北西ロンドンにおいては、不動産価格が高く、土地は空いていない。

(スモール) 日本もそうだろう。

(グッドマン) 我々がHillingdonでやったことも、Harrowや他の地域とほとんど同じだが、一点強調したいことは、北西ロンドンでは、データとデジタル・ソリューションの活用をかなり積極的に行ったということだ。コロナ禍は、NHSの強みを引き出した。多様な要素から成り立っている組織が、共に協力して機能し、患者に奉仕するために、可能な限り柔軟に最善を尽くした。毎朝8時から会議を行った。病院、コミュニティ・サービス、GPのmedical directorや、ボランティア団体、地元行政当局がデータについて議論し、この流行をどのようにマネジメントしていくのかについてデータに基づいて話し合った。また、これとは別に、区単位の会議も週に2回のペースで行った。ここには、地元の政治家、行政、警察、社会保障関係者が集まって、彼らの経験に基づいて、現状についてのフィードバックを我々に対して行った。2016年以降、北西ロンドンにおいて、我々は貴重な患者データのデータベースを持っている。北西ロンドンのほとんどすべての住人について、彼らがGPや病院に診察するたびにデータを収集している。

(コン) 昨日の私の講演でも、北西ロンドンのデータ収集が一番だと説明した²⁷。

(グッドマン) 我々はこのデータを活用するし、データ収集も毎日行う。これは単に会議をするだけよりもいい。そして、病院から得られる入院数やICU入室数や人工呼吸管理の症例数といったデータも統合する。そして重要なことだが、退院についても協議する。つまり、どの患者が近々退院する見込みであるのかやその時の病床使用率を踏まえて、退院後どこに患者が行くのが最もふさわしいのかといったことを話し合う。我々はまた、非常にハイレベルのモデリングも行った。向こう数日あるいは向こう1週間のうちに何人の患者が受診しに来るのかということモデルによって予測し、病院の病床のキャパシティをどれぐらい拡張する必要があるのかということ計画した。そして最後に、ワクチンについては、データを活用することで、我々の住人にとってのワクチンの有効性を記録した。どの患者がワクチン接種を行い、どの患者が行わなかったのかを把握し、そのうち入院した人が何人だったのかといったことを見ることができた。これらの成果はランセットに論文としても発表している²⁸。

(スモール) ここまでが、ごく簡単なコロナの発生当初の対応についての説明であった。ご質問があればどうぞ。

(A) コロナの検査はどこでしたか。GP診療所か、それとも検査センターのようなところか。

(スモール) 一般住民の検査は、national testing centreが行った。接種者がアプリで予約を取って、駐車場や公園などの屋外に設置された会場に行って検査を受けた。ドライブスルーテストもあった。検査は、原則としてPCRだった。後になってから、自宅での抗原検査ができるようになった。非常に重要だったことは、医療現場の労働力を確保し続けることだ

²⁷ Dr. Kongの講演を参照されたい。

²⁸ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/eclinm/PIIS2589-5370\(22\)00074-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/eclinm/PIIS2589-5370(22)00074-8.pdf)

った。もし感染してしまったら、働けない。そのため、職員に対する検査が重要であり、時にはホットハブセンターを職員への検査を迅速に行うためにも使った。そうすることで、早期に感染して休業していた職員を仕事に復帰させるか、自宅に帰ってもらうかを決めることができた。後になって、簡易抗原検査キットが入ってきて、全ての NHS 職員が症状のあるなしに関わらず週に2回自家検査を行うようになった。

(B) 最初は、national testing centre で検査されていたとのことだが、GP はそれぞれ登録された患者を抱えている。自分に登録された住人のうち、誰が検査して、誰が検査していないか、誰が陽性になったかならないかということについて把握することができたのだろうか。私の理解では検査の結果はダイレクトに検査センターから NHS に行っていた。自分の登録患者が陽性になったかどうかということ、national testing centre で検査した場合に、その情報を GP は把握できたか。

(ニューエン) 完全に詳しいところまでは分からないが、検査については国のデータベースがある。これは検査センターを介して、全国的に登録される。地元当局がそれに関与しているというのは知らない。

(B) それは分かっている。

(グッドマン) すべての患者は NHS 番号を持っている。国の“Spine”²⁹というデータベースがあり、これによって GP と患者の情報が結び付けられる。そのため、国のコロナ検査のデータベースが Spine につながり、e-mail やその他の電磁的メッセージで GP 診療所に情報が送られる。このようにして、検査の結果について GP への通知が行われる。

(コン) 加えて、SystmOne でも共有される。

(スモール) それは場合による。システムは2つあるから³⁰。また、患者には、電話でも結果が通知された。このことは、特にモノクローナル抗体療法という手段が出てきてからは、免疫不全患者にとって重要なものとなった。そのため、リスクを持っている患者自身が、又は GP が結果を知ることができれば、モノクローナル抗体療法を施行することができた。

(通訳) モノクローナル抗体療法とは何か。

(スモール) ハイリスク患者のための治療法だ。

(B) 私は2021年正月にロンドンにいた。ここで検査を受けたのだが、その時も結果の通知が来た。2つ目の質問をする。最初の流行の時にロックダウンが行われたので、その間は皆が家にいるということになるはずだ。そこで、ロックダウン中の検査がどのように行われていたかを知りたい。先ほどの話では、ある程度の段階から自宅に抗原キットを配って、自分で検査をすることになったが、最初のロックダウンの時はこれはまだなかったのではないか。私の記憶では、抗原キットによる自家検査はかなり後だったと思うのだが。

(スモール) ここにいる我々は全員コロナに感染したので、皆よく知っているのだが、症状

²⁹ Spine という NHS がデータ収集するためのネットワーク。米澤ルミ子先生の講演を参照のこと。

³⁰ 医療機関間の情報共有システムについて、Dr. Kong の講演では、SystmOne に加えて EMIS が紹介されていた。

が出てオンラインか又は電話で地元の検査センターに予約を取る。そして、そこに行って、検査をするのだが、検体採取スワブが持って来られて、車の中で自分で検体採取することになる。車を出ることはできない。そして結果は24時間以内に電話で伝えられるが、結果が出るまでは家にいなければならない。

(ニューエン) また、第2段階になると、性感染症の検査のように、検体を自宅で採取して、それを郵送するという郵送検査も導入された。

(マニエラ) 少しつけ加えると、NHSでは位置情報から感染者との接触情報が送られてくるというシステムもあった。これは集団的マネジメントだ。

(A) 駐車場に作ったような検査センターのことを national testing centre と呼んでいるのか。

(スモール) そうだ。国のプログラムであり、多くの検査センターを作った。

(B) 私は大聖堂でやった。

(スモール) そう (笑)。2020年12月になり、ワクチンが来た。我々にとっては、これは非常にうれしいことだったが、同時に課題も多かった。なぜなら、全ての人に可能な限り早くワクチンを打ちたかったからだ。カースティ(・ブラック)にどのような課題があり、それをどうやって乗り越えたかについて話してもらおう。

(ブラック) 私がうまくやったという訳ではない。と言うのはワクチンが来たのは2020年12月で、私がここに来たのは2021年2月だからだ。私の同僚たちが、ワクチンセンターの立ち上げに関わった。まず初めに決めないといけなかったことは、可能な限り多くの人に、可能な限り迅速に接種させるため、GP診療所ではなく大規模なセンターを使うということだった。コロナの為にいろいろな場所が閉鎖されていたため、ウェストミンスターにおいては、適した場所が結構たくさんあった。ウェストミンスター寺院、Lord's Cricket Ground、王立園芸協会等だ。後になって、もっと小さな場所にも開設していった。ウェストミンスターでは、1年間で、25万回分の接種を行った。これは人数ではなく回数だ。どこも同じ問題を抱えているのだが、ワクチン接種のための医療者の数を確保することが困難だった。そこで、非医療者を訓練して、接種業務を行わせた。航空会社や劇場などパンデミックの間休業することになった職種をはじめとして広範な職種から多くの人を集めた。また、ウェストミンスターにおいては、国会に近いということ、及び、初期においてはワクチン接種率が国の中で最底辺であったということ、という2つの理由から政治的圧力がかけられた。この接種率の低さには多くの理由があり、この地域には別宅を持っている人が多くそこに行ってしまっていたこともそのひとつだ。またホームレスが多いという特徴もある。また、人口の出入りが激しく、学生も多く、GPに登録しておらずNHS番号を取得していない住人も多い³¹。そのため、正確にワクチン接種歴を記録することが難しかった。しかし、かなり早い段階で、通常の医療システムとは切り離された形で、ワクチン接種歴の記録のための国のシス

³¹ この状況については、Dr. Kong のヒアリングでも同様の理由付けがなされている。

テムが作られていた。また、状況はかなり目まぐるしく変わっていったので、臨機応変に対応する必要があった。異なる集団の人口がワクチン対象者になっていった。それは、高齢者やリスク保有者から始まり、ガイドラインが新しく何度も改定され、接種対象がどんどん変わっていった。その度毎に、我々は何千もの人々に携帯メールを送ってワクチンの予約を取ることができるようにしなければならなかった。そうすることで、どの時間にどこに行けばいいかわかるようにした。このようなシステムが必要とされたのは、ひとつの場所に多くの人々が来ることに伴う感染管理上の問題に対処するためであった。そのため、接種しに来る人々とそれをさばくスタッフの両方の観点から物事を慎重に運ぶ必要があった。そのようにしたことで、1つのサイトで1日で最高3700人のワクチン接種を行った。また、すぐに気づいたことは、皆がワクチンを受けたがっているという訳ではないということだった。ワクチンに積極的ではなかった住民も少なくなかった。そこで、宗教や文化などさまざまな理由からこれまであまり積極的ではなかったコミュニティも、プログラムとして巻き込んでいくようにした。どうやってこのグループの人たちにメッセージを伝えていけばいいか、そしてどうやってそういう人を特定していけばいいか、彼らをもっと簡単にワクチン接種に向かわせるためにどうすればいいか、を考えることに多くの時間を費やした。また、できるだけワクチンを受けやすくするために、ウォークイン・クリニック (Walk-in clinics) を設置した。そこは予約なしで来ることができた。NHSに登録していない人も来て、ワクチン接種することができた。そして、電磁的端末を持っていない場合には、接種カードを渡した。後から、これらの人々を国のシステムに登録することができた。このように、常にプロセスを修正し続ける必要があった。また、向こうからワクチンを打ちに来てもらうのではなく、我々の方からワクチンを打ちに行くということも始めた。介護施設や家から出られないために接種サイトまで来られない患者のために、ポップアップ・ワクチン・クリニックというプログラムができた。これによって、モスク、チャイナタウン、学校等、様々な場所に行った。また、バスも使って町中を回って、そのバスまで来てもらってワクチンを接種した。このように非常に大規模なプログラムだった。まとめると、難しかったのは状況がどんどん変化したことだった。ガイドライン、システム、プロセス、IT (情報技術)、誰がワクチンを受けられるのか、どこで受けられるのか、そういった変化する状況に合わせて臨機応変に対応しなければならなかった。

(スモール) 北西ロンドンにおいては400万回分のワクチン接種を行った。

(D) 反ワクチンについて質問したい。私が聞いたところでは、アメリカではワクチンに反対か賛成かが党派的な争いになった。日本にもワクチン反対派はいたが、多数ではなかった。ロンドンあるいはイギリスでは、ワクチンについての争い、暴力沙汰のようなことはあったか。今の話では、そういう反ワクチンの人はほとんどいないように聞こえた。

(ロイド) そんなことはない。イギリスでもそういうグループはあった。

(スモール) そうだ。イギリスにおいては、反ワクチンと言ってもいろいろだ。その一部は、ワクチンを完全に否定する者であり、また別の一部は反NHSだったりする。あるいは当局に

反対する人たちだ。また別の一部は、このワクチンの必要性を実感していない者だ。こういう人は、ワクチンがなくても何とかかなると思っている人たちだ。

(ニューエン) 私が思うに、これはカウンター情報の重要性を示していた。これはこの経験の遺産だと思うのだが、インターネットにあふれている情報に反論する必要があった。そして、我々はNHSの一部として、コミュニティとの間の信頼関係を築く必要があった。そしてこの信頼関係こそが、今後の我々の活動を前に進めていくための遺産だった。また、社会的不平等がワクチンの反対につながっているということも分かってきた。

(D) では政治的信条でワクチンの賛成・反対が分かれたということはないということか。例えば、保守党と労働党とか。

(イギリス側全員) ない。

(スモール) アメリカのような感じじゃない。しかし、確かに一般の人々に対して、健康の問題についてどのようにうまく伝えればいいのか、ということの大きな議論があった。一部の人々、特に我々の地域の黒人人口は、我々が彼らの元を訪れる時は、いつも何かを奪いに来たと思いついていた。一緒に手を取り合って何かする為に来たとは思ってもらえなかった。この点については、大きな変化があった。

(A) 2つ質問がある。1つ目は医療従事者・介護従事者のワクチン接種についてだ。日本では5回目までは努力義務だった。これはイギリスでは努力義務化されていたか、全くの任意接種だったのか。

(B) 日本では、医療従事者や介護従事者は患者に接するので感染リスクも高い。そのため、優先的かつ実質的には義務的に近い形で接種を求めるといった形が取られた。他のセッションでの話では、医療従事者が優先という話があったが、例えば医療従事者は原則として接種を義務づける、ということがあったのか。

(スモール) 政府は新しい法律を作り、全てのソーシャル・ケア、ケア・ホーム・ワーカー³²はある一定の期日までにワクチン接種をしなければならないと定めた³³。そして、次にすべての医療従事者の接種義務も法律で定められた³⁴。これは強制的なものだった³⁵。一般の

³² NHS Data Model and Dictionary (<https://www.datadictionary.nhs.uk/index.html>) によれば Social Care Worker と Care Home の語義は以下となる。

Social Care Workers : Social Care Workers provide the practical support to help people cope with the day-to-day business of living.

Care Home: A Care Home is a place where personal care services and accommodation are provided together.

したがって、ここでは介護従事者を想定していると考えられる。

³³ The Health and Social Care Act 2008 (Regular activities) (Amendment) (Coronavirus) Regulations 2021 (<https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2021/891/contents/made>) 2021 No. 891 が 2021 年 7 月 22 日に可決成立し、同年 11 月 11 日より施行された。

³⁴ 上記介護従事者へのワクチン接種義務が医療従事者及びより広範な社会保障従事者にも拡大される法改正 (<https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2022/15/introduction/made>) 2022 No. 15 が 2022 年 1 月 6 日に可決成立し、2022 年 4 月 1 日から施行されることとなっていた。そのため、医療者はその 3 か月の期間内にワクチン接種することが求められていた。

³⁵ 医療従事者及び介護従事者への接種が義務的であったことについては、Hetherington Group Practice のヒアリングでも同旨の証言があった。

ケア・ワーカーの方は、法律に従って接種していったが、介護入所施設（care homes）の方が多くの問題が生じた。なぜなら、介護入所施設（care homes）の従事者の多くは NHS や政府を信頼していないグループだったからだ。

（通訳）医療従事者だけでなく介護従事者についても強制だったということか。

（スモール）法律によって強制されていた。しかし、実際にどうだったかという包括的な話をお話すると、このことによって介護事業は多くのスタッフを失うこととなった。なぜなら、ワクチンを受けるよりも辞職することを選ぶ人が少なくなかったからだ。職員の確保が必要であったのだから、このことは大きな問題となった。そこで、この法律は破棄された³⁶。

（B）その強制接種の法律が廃止されたのは、介護従事者だけで、医療者には強制のままだったか³⁷。

（スモール）法律が廃止されてからは、誰も確認しなくなった。なので、この強制はなくなったと言っていいだろう。

（A）それから2つ目の質問は、個別接種か集団接種かについてだ。日本では診療所で行う個別接種がメインだった。集団接種・大規模接種は一部だった。今話を聞くと、外に出て行ってやったということのように聞こえたが、おととい訪問した診療所³⁸では自施設でやったと言っていた。どちらが中心だったか。

（マニエラ）我々がどのようにワクチンを進めたかということだが、まず初めに、厳重な感染対策を施した上で、接種センターとして承認される必要があった。

（A）それは診療所も含めてか。

（マニエラ）違う。最初の頃は診療所ではやっていない。なぜなら、ワクチンはファイザー社のもので冷凍された箱詰めの形で700本単位で供給された。これをGP診療所で展開することは実際ではなかった。大規模に展開する方が効率的だった。700だろうが7000だろうがプライマリ・ケアよりも大きな場所で行う必要があった。また、我々は、プライマリ・ケアのスタッフには、プライマリ・ケアの診療をさせたいと思っていた。そのため、ワクチン接種を医療業務から切り離そうとした。後になって、GP診療所も接種業務の許可を得て求めることができるようになった。しかし、多くの診療所はこの請求をしなかった。ごく一部のホームレスのための診療所のような社会的弱者と結び付きが強い診療所が自分たち自身でワクチン接種業務を行った。

（スモール）我々の方の説明はまだいくらでも話すことはあるが、時間が限られてきたので、

³⁶ ケアホーム立入時のワクチン接種義務は、2022年2月21日にイギリス内閣府が公表した“COVID-19 Response: Living with COVID-19” (<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-living-with-covid-19>) の中で、2022年4月1日までに廃止することが打ち出された。

³⁷ この質問に対して Dr. Small は明確に回答していないが、実際には医療従事者へのワクチン接種義務は、法案成立後から施行までの間に撤回されている (<https://www.gov.uk/government/publications/vaccination-of-workers-in-social-care-settings-other-than-care-homes-operational-guidance/coronavirus-covid-19-vaccination-as-a-condition-of-deployment-for-the-delivery-of-cqc-regulated-activities-in-wider-adult-social-care-settings>)。Hetherington Group Practice のセッションを参照のこと。

³⁸ Hetherington Group Practice のセッションを参照のこと。

このあたりで先生方のご質問やコメントを聞きたい。

(D) 質問がある。この地区でなされたことは非常に素晴らしかったと思うが、このような状況は、ロンドン全体あるいはイングランド全体の中で一般的か。あるいは極めて例外的か。もし例外的だとしたら、このレベルの活動をした GP は国全体でどれぐらいの割合だったか。

(通訳) 活動と言うのはどういう意味か。

(D) コロナが始まった最初の頃からすごく対応したということだ。日本で聞いていたのは、あまりそういうところは多くなかったということだった。だから後の話ではなく、第1波の時にこれだけ積極的にホットハブを作ったということについて、超先進なのか、それともやや先進なのか、平均なのか。

(スモール) イギリスの中で、最初にひどい流行に見舞われたのが北西ロンドンだった。そのため、他の地域よりも迅速にことを運ぶ必要があった。我々の地域で最も多くの患者がでており、その分地域の病院への負荷も最も強かかっていた。その後、イギリス全体に感染が広がっていった。もしかすると我々は最も迅速だったかもしれない。しかしそれは、そうせざるを得なかったからだ。しかしながら、コロナについて興味深いのは、我々は NHS が定める緊急レベル4の状態の中にあっても関わらず、政府及び NHS から国全体に発せられた要求は診療を継続し、それを各自で工夫せよということだった。そのため、国全体において、少しずつ違う方式の対応策が取られることになった³⁹。

(A) ホットハブは全国に広がったのか。

(スモール) そうだと思う。

(スレーター) 我々がホットハブを立ち上げた早い段階で、まだホットハブを立ち上げている途中の他の地域の方々とも話し合いを持った。そこで、実際にどのように進めていったかやプロトコールについての経験を共有した。そうすることで我々も他の地域から学ぶことができた。

(A) コールドハブというものもあると聞いた。

(スモール) それもある。原則的にホットハブはコロナ患者を担当し、GP 診療所はそれ以外の“cold patients”を担当していた。

(E) 質問したい。ホットハブを設立する段階で、感染管理に関する助言を受けたとのことだったが、その感染管理チームはどこから来たのか。そのアドバイスをどういう人からもらったのか。

(ロイド) 素晴らしい看護師がいた。彼女は素晴らしかった。

(スモール) そうだった。

(ロイド) その一人の人間がそれをやった。非常にリーダーシップがあった。まず指示したことは、部屋を完全に空っぽにすることだった。そしてプロトコールを示してそれに忠実に従って、患者ごとに表面をきれいにすることが求められた。彼女は「私の指示に従え。そう

³⁹ このことは Nuffield Trust のセッションにおいて、パッチワークと表現された。

すれば生き残ることができる」と言い、我々はその通りにした。

(コン) 北西ロンドン病院だったね。

(ロイド) そうだ。彼女1人だ。ナタリーだ。

(A) 感染管理認定看護師みたい。

(E) そうだ。

(マニエラ) 彼女はまた、チームを組織して、それをワクチン会場に派遣して、皆がプロトコールに従っているかということも監視していた。

(E) 私自身も大学病院の感染管理部門に属していたので、他施設での感染管理を確認し助言するために派遣されたので、似たような経験をした。もう1つ質問がある。遠隔のモニタリングが有用だったということだが、どのような機器を活用したか。パルスオキシメーターには言及があったが。

(スレーター) まず、標準的なパルスオキシメーター、そして小児用のもの、また患者がその表示結果を送ることができるようなアプリを活用した。そして、患者がそのアプリからその日の表示結果を送ってこなかったら、我々の方から患者に電話した。そうすることで、患者の様子を随時追うことができた。そして、病院へすぐに行くべきかどうか、退院可能な状態かどうか、外来で様子を見ることができるかどうかを判断することができた。

(スモール) 他に質問はないか。

(A) ポストコロナについてはどうか。

(マニエラ) 世界全体がコロナで変わってしまった。北西ロンドンにおいても、経験から多くのことを学んだ。すでにいくつか説明したが、柔軟性と迅速性を持ってやり方を変えていくことが重要だった。我々は、コロナ以前でも住民のニーズについて把握してはいたつもりだった。いわゆる“より広い決定要因 (=社会的決定要因)”⁴⁰は、単に健康そのものについてのものではなく、健康にアクセスする能力に影響を与えている他の要素をも含むものだが、それに我々がどのように対処していくのかについては、これまでと違ったやり方を学んだ。今後はそれを新しい戦略の中に取り込んでいこうと思っている。カースティ(・ブラック)が先ほど言及していたように、コミュニティに何かをもたらすというのは、時として患者や住人がおそれや不信感を抱いている場所に無理やり彼らを来させれば良いというものではない。我々の方から赴くことが必要なこともある。

(スモール) 先ほど説明したコロナの時のシステムで続いているものもある。毎朝ではなくなったが、週に一回は大規模な会議を今でもしている。これによって、お互いのつながりを維持し、問題を早期に洗い出すことができる。GPにおいては、コロナ以前は診療の85%のが対面診療だったが、今はそれが67%になっている。

(マニエラ) もう1つお話をしたい。コロナの間、人々は恐怖心を持っていたので、自宅に閉

⁴⁰ ここでDr. Manieraは“wider determinants, not just their health but other things that were affecting their ability to access health”と発言している。ここでのwider determinantsはsocial determinantsとほぼ同義。

じこもった。そして今起こっているのは、がんやその他の疾患の診断が遅れて見つかったということだ。その結果、コロナ後にこそ、患者からの医療需要が急激に増加しており、この増加に何とか対処しようとしている。それをするためにデジタル、IT プラットフォームのイノベーションを進めている。これは以前からやっていたことではあるが、それを加速してやっている。

(C) 1つ質問したい。日本ではパルスオキシメーターを配って、優先度を判定して、患者の入院を決定しようとしていたが、それでも病院がいっぱいで病院に入院できない人がたくさんいた。そこで、その時は、患者の自宅に医師が行って、場合によってはステロイドを処方するとか酸素濃縮器を渡すということをやった。イギリスでは、GP としてはこのようなことはしなかったということか。

(スモール) アンディ (・スレーター) が説明したように、我々にはリモートでモニタリングするシステムがあったので、重症度に応じて異なる決定をすることができた。病院に行く必要があるのであれば、病院にはその為のスペースがあった。在宅で管理できるのであれば在宅で管理した。その中間にいるような患者は、非常に頻回にアセスメントを繰り返して、病院か在宅かを見極めた。病床が埋まってしまって、使えなくなるということは基本的になかった。どうにかコントロールすることができた。ICU 病床が尽きることもなかった。必要なときは ICU 病床を増床して対応した。それは非常にダイナミックだった。その代わり、ほとんどすべての通常診療を停止した。そしてその帰結として、今待機患者が非常に多くなっている。

(A) 非常によくわかった。私は 300 万人ぐらいの県の医師会長をしており、皆さんのような方々と一緒に仕事しているので、すごく親しみを感じた。

イギリス-3-2 論考：北西ロンドン ICB

森井大一

北西ロンドン ICB への訪問では、GP をはじめとする primary care でのコロナ対応の実際について聞くことができた。本稿では、その中で特に、イギリスにおけるワクチン接種について考察する。

イギリスにおけるワクチン接種の概要

イギリスは、世界で最も早くコロナワクチンの接種が始まった国であり、2020年12月からワクチン接種が開始された。イギリスのワクチン接種の特徴は、接種が医療から切り離されていた点だ。医療機関以外の大規模接種会場を中心に、集団接種が行われた。その後、学校や宗教施設等の規模の小さな会場や、介護施設等への出前接種、バスを使った巡回接種も行われたが、GP 診療所等での接種はごく一部でしか行われなかった。そして、ワクチンの打ち手は、コロナによって休業を余儀なくされた航空会社や劇場の職員が動員された。これは、ワクチン接種自体が、primary care とりわけ GP の業務とは見なされなかったことによるものと考えられる。このことは、今回のヒアリングにおいて、ICB の幹部が「我々は、プライマリ・ケアのスタッフには、プライマリ・ケアの診療をさせたいと思っていた。」と証言していることから窺える。

コロナの流行が始まった2020年当初から、世界中でワクチン開発競争が始まったが、イギリス政府は、ワクチン開発途中の段階で、それが実用化された際には素早く供給できる体制の整備に着手した。2020年8月28日にヒト用医薬品規則 2012 (The Human Medicines Regulations 2012) の改正案を公表し意見募集を開始した⁴¹。この手続きは、public consultation⁴²と呼ばれるもので、日本のパブリック・コメントに相当する⁴³。実際に法案が提出されたのは、同年10月16日であり、直ちに可決成立した⁴⁴。この改正により 247A⁴⁵ という条文が新たに設けられたが⁴⁶、これは、医薬品の供給や投与を一定の医療資格がある者に限定する諸条文の効果を、コロナ (インフルエンザも) のワクチンについて除外するものであった。これによりワクチンの準備や接種を医療者以外の者が担うことができるようになった。非医療者の接種については、安全性の確保が課題となるが、national protocol

⁴¹ <https://www.gov.uk/government/consultations/supporting-the-delivery-of-covid-19-and-influenza-vaccination/amendments-to-regulations-3a-19-and-247a-of-the-human-medicines-regulations-2012-to-support-the-ongoing-delivery-of-covid-19-and-influenza-vaccination>

⁴² <https://www.gov.uk/government/consultations/distributing-vaccines-and-treatments-for-covid-19-and-flu>

⁴³ https://www.ndmc.ac.jp/wp-content/uploads/2022/03/45_1-11.pdf

⁴⁴ <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/1125/contents/made>

⁴⁵ 247条の後に枝番号付きの条文として設置されたもの。

⁴⁶ <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/1125/regulation/14/made>

と呼ばれる手順書が準備され⁴⁷、これに従って一定の研修や監督体制が義務付けられた。イギリスのこのような対応は、非医療者を接種業務にも従事させるというかなり大胆なものであると同時に、そのことを法改正によって実現したという点に特徴がある。

日本でのワクチン接種

日本では、ワクチンの打ち手を確保するために、歯科医師にも接種業務を担当させるべく、2021年4月26日に『新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の歯科医師による実施について』⁴⁸が発出された。これは、「ワクチン接種のための筋肉内注射については、『歯科医行為』ではなく『医行為』に該当するものであり、医師等の資格を有さない歯科医師が反復継続する意思をもって行えば、基本的には医師法第17条に違反する。」としたうえで、「公衆衛生上の観点からやむを得ないものとして、医師法第17条との関係では違法性が阻却され得るものと考えられる。」としたものである。つまり、歯科医師によるワクチン接種は、医師法17条違反という犯罪の構成要件を充足するものの、公衆衛生上の必要性を違法性阻却事由として認めるというものである。問題は、このようなアクロバティックな説明を、司法判断や立法を経ることなく、事務連絡で提示したという点であった。そのため、実際に何らかの形で事案化した場合に、果たしてこの事務連絡の示す違法性阻却が認められるかどうかは不明であった。この状態を放置することについては、政治部門（行政・立法）にも問題性が認識されていたとみえて、2022年12月9日の新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正（改正法の施行は2024年4月1日）に「歯科医師への検体採取又は注射行為の実施の要請等」として31条の2⁴⁹が設けられたことによって正されるになった。

介護者・医療者へのワクチン接種義務化

イギリスのワクチン接種について、もう1つ特徴的なこととして、介護者、医療従事者への接種義務化がある。そのことを検討する前に、まず、イギリスでのワクチン接種の優先順位について振り返る。

⁴⁷ ワクチンの商品ごとにプロトールが作成された。一例としてファイザー社のワクチンについてのプロトコールを示す。<https://www.gov.uk/government/publications/national-protocol-for-covid-19-mrna-vaccine-bnt162b2-pfizerbiontech>

⁴⁸ <https://www.mhlw.go.jp/content/000773564.pdf>

⁴⁹ 第三十一条の二 厚生労働大臣及び都道府県知事は、検体採取又は予防接種等を行うに際し、前条第二項若しくは第三項の規定による要請又は同条第四項の規定による指示を行ってもなお検体採取又はワクチンを人体に注射する行為（以下「注射行為」という。）を行う医療関係者を確保することが困難であると認められる場合において、当該検体採取又は注射行為を行う者を確保することが特に必要であるときは、歯科医師に対し、その場所及び期間その他の必要な事項を示して、当該検体採取又は注射行為を行うよう要請することができる。

2 歯科医師が、前項の規定による要請に応じて検体採取又は注射行為を行うときは、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、前項の場所及び期間において、診療の補助として検体採取又は注射行為を行うことを業とすることができる。

3 略

2020年12月2日に、医薬品・医療製品規制庁(MHRA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency)は、上述したThe Human Medicines Regulations 2012の改正によって簡略化されたプロセスによって、最初のワクチンであるファイザー社製のワクチンを承認した^{50,51}。そして、接種の優先順位としては、当初は表1のように示された。

1	介護施設の入所者と介護者
2	80歳以上の者、現場の医療・保健従事者
3	75歳以上の者
4	70歳以上の者、臨床的に極めて脆弱な者
5	65歳以上の者
6	重症化リスクのある16歳から64歳までの者
7	60歳以上の者
8	55歳以上の者
9	50歳以上の者

表1 イギリスにおける当初のワクチン優先順位⁵²

この優先順位は、その後頻回に変更された⁵³。ヒアリングでも「ガイドラインが新しく何度も改定され、接種対象がどんどん変わっていった。」と証言されている。そして、この変更により「その度毎に、我々は何千もの人々に携帯メールを送ってワクチンの予約を取ることができるようにしなければならなかった。」とのことであり、変更に伴う事務作業の発生という副作用を指摘している。

優先順位の最適性が細かく調整された一方で、ワクチン接種を望まない市民が一定数存在したことも事実だ。ヒアリングでも、「ワクチンに積極的ではなかった住民も少なくなかった。」と証言された。身体的理由以外の理由でワクチンを忌避する人々が一定数存在することは、多くの国で見られる現象だが、イギリスに於いてこのことが問題となったのは、介護者、医療従事者へのワクチン接種義務化との関連においてである。

まず、2021年7月22日にThe Health and Social Care Act 2008 (Regular activities) (Amendment) (Coronavirus) Regulations 2021⁵⁴が可決成立し、同年11月11日より施行さ

⁵⁰ <https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19>

⁵¹ <https://www.bmj.com/content/bmj/371/bmj.m4759.full.pdf>

⁵² https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5fec54b4e90e071204fcc317/Priority_groups_for_coronavirus_COVID-19_vaccination_-_advice_from_the_JCVI__2_December_2020.pdf

⁵³ 2020年12月30日には、既に変更されている。

<https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-2-december-2020>

⁵⁴ <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2021/891/contents/made>

れた。これにより全ての介護者は、アレルギー等の免除要件に係らない限り、ある一定の期日までにワクチン接種をしなければならないと定められた。ヒアリングでは、ワクチンに懐疑的な人々の特徴として、「我々が彼らの元を訪れる時は、いつも何かを奪いに来たと思っ込んでいた。」と証言された。これは、ワクチンに対する懐疑というよりも、政府そのものに対する懐疑をうかがわせるものである。そして、このような懐疑を持つ住人が、一定の人種、民族に偏っていることも示唆された。

ヒアリングでは、介護職でのワクチン義務化で特に大きな問題となったのは、care home、すなわち入所型の介護施設の職員に関してであったという。それは、その職に就く者の人種・民族構成において、いわゆるマイノリティの比重が大きかったためであり、マイノリティほど上記の政府に対する懐疑が強かったためと考えられる。ワクチン忌避を理由とした退職もあったとのことであり、Hetherington Group Practice の Mowle 医師のヒアリングでも、アフロ・カリブ系の職員からワクチン接種に対する強い反発があったことが証言された。ノッティンガム大学の推計では、ワクチンの義務化によって退職した care home の職員は England 全体で1万9000人に上ったという⁵⁵。

介護職の接種義務化に引き続いて、医療職への接種義務も法定化された。2022年1月6日に The Health and Social Care Act 2008 が改正され⁵⁶、医療従事者を含むより広範な社会保障従事者にもワクチン接種義務が拡張された。この法律は、2022年4月1日から施行されることとなっていたため、医療者はその3か月の期間内にワクチン接種することが求められていた。

接種義務の終わり

ところが、2022年2月になると、イギリス政府はコロナの有事対応をやめる方向に舵を切る。2022年2月21日にイギリス内閣府が公表した“COVID-19 Response: Living with COVID-19”⁵⁷は、その指針となった文書である。よほど大慌てで作ったのか、明らかなタイプミスを含む文書ではあるが⁵⁸、この文書において、2022年4月1日以降の無料検査の終了や、様々な規制は撤廃されることになった。そして、介護者、医療従事者へのワクチン接種の義務についても以下のように言及された。

After reviewing the latest clinical and scientific evidence, the

⁵⁵ <https://www.nottingham.ac.uk/news/mandatory-covid-vaccines-care-home-workers-reduction-in-staff#:~:text=New%20research%20by%20the%20University,in%20for%20workers%20in%202021.>

⁵⁶ <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2022/15/introduction/made>

⁵⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-living-with-covid-19>

⁵⁸ https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6275515de90e070dbeb7b371/Living_with_COVID_Easy_Read_Web_Accessible.pdf

Government announced its intention to revoke both of the above regulations, subject to consultation and appropriate parliamentary procedure. Whilst vaccination remains the country's best line of defence against COVID-19, the balance of opportunities and risks of the policy have now changed with the dominance of the Omicron variant. The Government therefore assesses that it is no longer proportionate to require vaccination as a condition of deployment through statute. Professional bodies, the Royal Colleges, the Chief Medical Officer, Chief Nursing Officer and others consider it is a professional responsibility for health and care staff to be vaccinated. The Government has asked the professional regulators to review how this responsibility could be strengthened through their guidance, and will also be consulting on doing so through the Government's guidance for CQC regulated providers.

最新の臨床および科学的エビデンスを検討した結果、イギリス政府は協議と適切な議会手続きを条件として、上記の両方の規制（介護者、医療従事者等への接種義務：筆者）を取り消す意向を発表した。ワクチン接種は依然としてコロナに対する同国の最善の防御手段であるが、オミクロン変異種の優勢により、政策の機会とリスクのバランスが変化した。したがって、政府は、法令を通じて人材配置の条件としてワクチン接種を義務付けることはもはや適切ではないと評価するに至った。専門機関、王立協会、主席医務官、主席看護官等は、医療従事者や介護スタッフがワクチン接種を受けることはそれぞれの専門的責任に委ねられるべきであると考えている。政府は専門規制当局に対し、その指導を通じてこの責任をどのように強化できるかを検討するよう要請しており、CQC（Care Quality Commission）規制対象プロバイダーに対する政府の指導を通じて強化することについても協議する予定だ。

これを受けて 2022 年 3 月 15 日に、介護者、医療従事者等へのワクチン接種は撤廃された⁵⁹。法改正から 3 か月余りでの方針転換であり、4 月 1 日を施行日としていた医療者等への接種義務が実際に発効することはなかった。

このようなイギリスのコロナ対応とその終了は、しばしば「極端すぎる」と指摘されると

⁵⁹ <https://www.gov.uk/government/publications/vaccination-of-workers-in-social-care-settings-other-than-care-homes-operational-guidance/coronavirus-covid-19-vaccination-as-a-condition-of-deployment-for-the-delivery-of-cqc-regulated-activities-in-wider-adult-social-care-settings>

ころだが⁶⁰、極端であってもどうにかそれでやって行けるのは、立法に基づくという手続き的正当性が重視されているためと考えられる。

⁶⁰ <https://www.newsweekjapan.jp/joyce/2023/07/post-280.php>

イギリス-4-1 応接録：Nuffield Trust

2023年5月30日

Dr. Helen Buckingham : Director of Strategy

Dr. Nigel Edwards) : chief executive

Dr. Louella Vaughan : Senior Clinical Fellow, consultant physician in acute medicine at Barts Health NHS Trust

Dr. Rebecca Rosen : Senior Fellow, General Practitioner in Greenwich

<要約>

- GP 診療所は、ソロプラクティスが減少し、グループプラクティスに移行した。
- GP が直接コロナ診察できないという課題を解消するために、2020年6月頃から自主的にいくつかの GP 診療所が寄り集まってホットハブという臨時の医療施設が作られた。
- ワクチン接種に GP の人手を取られないように、一般人をトレーニングして一般人に接種させた。
- コロナの PCR 検査が陽性であった場合、酸素飽和度が 92%を下回るまでは自宅待機とし、かつ病院が満床となった場合には 90%を下回るまで自宅待機となった。
- GP の 4 人中 3 人は、非常勤だが、GP の勤務以外の時間は、他の専門外来や研究に従事することが多い。
- イギリスの医療提供体制に対する患者満足度が、コロナ対応への不満と医療人材不足によって高まっている。

(A) 今回、私は少なくとも 3 回は来ており、いろいろ勉強させていただいているが、今回は日本医師会からの調査団ということで、新型コロナウイルス感染症の時に、GP を中心にどのような対応をされたか、そして GP 制度については、いろいろ評価が分かると聞いているところだが、GP 制度の直近の状況を聞きたい。

(エドワード) まず NHS 全体としてどのようにコロナ対応をして、そのあとに GP がどのように対応したかについて説明する。我々の国においては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。イギリスの問題としては、まず、病院の構造が呼吸器系のパンデミックには適していなかったことが挙げられる。また、病院で働く医療従事者もかなり不安が強く、また医療従事者自身が病欠することも多かった。実際、院内感染も見られました。ルエラ (・ヴォーン) の方から病院での経験について話してもらおう。

(ヴォーン) 私はパンデミックの前は病院で勤務するのと、パートタイムでリサーチをする

のとを半々でしていた。パンデミックが始まってからは完全に病院で仕事をしていて、2020年の第1波の4月から7月、あと同じ年の12月から翌年の4月まで病院で勤務していた。そのあとにリサーチをして、(国際的にみて)中規模の病院でどのような変化が起きたかということ調べた⁶¹。国際的にみて中規模というのはイギリスの基準では比較的小さな病院になり、病床数にすると400から最大700程度になる。このような規模の病院でどのような変化がパンデミックによってもたらされたか、というリサーチを行った。まず、第1波の時だが、医療従事者が恐怖心を抱いて、圧倒されるような形で医療に従事していた。かなり極端な措置を導入して、なるべく人が病院に来ないようにという措置をしたほか、そもそもロックダウンによって人々が出かけなくなったので交通事故の件数もぐんと減り、あるいはその他の活動で外で歩いて足を捻挫するなどの件数もぐんと減ったことで、そのような外傷で救急部門を受診する患者の数もぐんと減った。私は外傷を引き受けるような大きな病院に勤務していたが、特にそのロックダウンの間は外傷の患者がそもそも来ないといった状況となった。その他、小さなけがや比較的軽い症状の患者が受診するケースも随分と減り、一方で通常であればホームレスの人が救急医療の5%から20%の救急部門のリソースを使っていたところ、ホームレスの人たちも一時的な居住施設に入れられたため、ホームレスの人たちによる救急部門のリソースの消費は3分の2程度減った。救急部門には普通であれば、1日あたり700~800人来ていたところ、200人程度に減った。入院者の数も、通常は30~40人であったところ、10~15人に減った。そしてそのほとんどはコロナ患者となった。出産の患者は平時と変わらなかった。小児はやや減った。このように、かなり圧倒された状況でパンデミックが始まったが、各病院の事前の計画が不足していることがリサーチで明らかになった。病院によっては中国での流行が始まった時点で準備計画を用意したところもあったが、いずれの病院においても不十分であった。また、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であった。例えばスタッフが食事をとる場所も同じであったので、パンデミックが始まったと言われる時期の以前の段階で院内感染が実は起きていたことが明らかとなった。

これに関連して、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. 酸素の供給不足
3. ICUの病床数不足 (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)

医療従事者の恐怖心は強かったが、それでも協力的に仕事をした。また、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。いずれにしてもかなり革新的な取り組みを進めたことで、どのようにコロナをマネージすればいいのかということがパンデミックの終わりまでには随分と分かるようになった。医療従事者もどのように物事をオーガナイズしたらいいのかということが分かるようになった。イギリスではかなり大

⁶¹ <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/overlooked-but-not-overcome-smaller-hospitals-and-the-staff-response-to-the-covid-19-pandemic>

規模な臨床試験を実施した。非常に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波の時に作ることができた⁶²。ただし、第1波の夏までに体系的なレビューをすることがなく、また、それぞれの病院で構造的な改善をする取組があまりなかった。第2波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ので、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、病院としてかなり圧倒される状況となった。そして、第2波の方が流行の規模が大きかったが、第1波で明らかとなっていた構造的問題に十分な対処がなされていなかったためダメージが大きかった。それから第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しなければならず、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。そういった意味でもリソースの不足が第2波において顕著なものとなった。

(C) イギリスでの第2波はいつからいつまでか。

(ヴォーン) 2020年12月中旬から翌年の3月末までだ。

(ローゼン) コロナとGPの関係でいうと、コロナが始まった時にGPの数が不足していて、患者はなかなかGPに直接アクセスできなかった。コロナが始まった初めのころデジタルの技術をかなりゆっくりでありながら導入して、ビデオ、電話、オンライン等で患者がGPに接触できるようになっていった。第1波の時に、患者がGP診療所に全く来れないという状況が発生した。GPの1つの診療所に登録されている患者が平均で6000人ほどとなり、医師1人当たりで見れば1000人から2000人となっている。また傾向としてGPの統合が進んでおり、GP全体の数は減っているが、1件ごとのGP診療所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人から増えてきており8000人というところまでできている。そして、話は戻るが、第1波の最初のころにリモートでの診療、特に電話で患者と接触するというスタイルが変わった。以前であればウォークインで予約なしでGP診療所に行くとか、あるいは予約していくとかと言った形でアクセスできたのが、急にフィジカルなアクセスができなくなりオンライン等に代わっていった。そしてその技術のプラットフォームの1つとしてaccuRXというものがある。

(C) GPの不足は、コロナとは無関係にGP全体が不足していたのか、コロナ対応のGPがすごく不足していたか、いずれか。

(ローゼン) コロナとは無関係にGPが少なくなっていた。

(A) GPを希望する人が減っているということか。

(ローゼン) そうではない。国の政策としてGPを増やすキャンペーンをかつてない規模でしているが、まだその人たちが資格を得ていないためである。

(エドワード) もう1つの理由は、パートタイムのGPが増えていることがある。また、GPがバーンアウトその他の理由で離職していることも理由だ。

⁶² https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2021436?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

(ローゼン) 私が accuRX に言及した理由は、これによって医師と患者のコミュニケーションの理由が格段に変わったからである。例えば医師から患者にこの技術を使ってメッセージを送ることができたり、レターを添付したり、病欠証明書を添付したり、あるいは血液検査のための必要事項を書いた申込書を添付したり、コロナ全般に関する情報を添付したりすることが可能となっている。また、必要とあれば、即時にビデオコールに切り替えられるという機能も付いている。GP 診療所は、第 1 波が始まった時、完全にドアを閉じた状況になっていた。パンデミックが始まる前には、askMyGP や FootFall など 4 つほど医師と患者がつながるプラットフォームがあったが、そのプラットフォームがあるということを積極的に患者に伝えていた医師は全体の 10% 程度であった。今は、このプラットフォームが 9 つほどに増えた。いずれにせよ、パンデミック以前は、デジタルを使ったオンライン診療はあまり浸透していなかった。そのため電話で患者が医師とつながる形が多かった。そもそも NHS は公正な医療の提供を目的として設立されているが、電話がない人もいる、そのため電話がない人は直接来院していた。パンデミックが始まる以前はなかなか GP にアクセスできない、つまり患者数が多すぎて GP が対応できないという状況だったが、パンデミックが始まってからは、そもそも GP に対する需要が激減した。GP に掛かってくる電話の数も激減した。the Health Foundation の分析でもそのことを示していた⁶³。GP としては直接患者を診ない中でどのように診断を下すのかという難しさが生じたが⁶⁴、一方でそもそもそのパンデミックの前にあった需要はどこへ行ったのか、なぜ以前はあんなに大変だったのかが疑問に思われた。これについては GP 診療所に行って感染するリスクを恐れたこと、また、社会的な責任感として今 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いと考えたことなどがある⁶⁵。パンデミックが明けた今、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て、それほど急を要さないものなのかということに注目が集まっている。

(ヴォーン) あと、パンデミックで起きた変化だが、患者の人口動態のわずかな変化が病院や GP にどのような影響を与えるかについて十分に注目がされていないと感じている。例えばパンデミックの始まりのころであれば、mental health service や GP にくる人たちがずいぶん減った。というのは、パンデミックの中で自分が彼氏と別れて精神的につらいなどということは大したものではないという風に思っあまり受診しなくなった。しかし、時間がたつと、ドラッグやアルコール関係の問題で受診する患者が増えてきた。特にアルコールの患者が増えている。またそれに関連する死亡事例も増えている。そのため、患者の母数としては少なくとも、利用頻度としては高い患者群がどのようにシステム全体に影響を与えて

⁶³ ここでのローゼン医師の「電話」は電話診療の意味ではなく、予約のための電話のことであると考えられる。The Health Foundation の研究では、2020 年 3 月以降、電話診療が増えていることを示している。

(<https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-the-covid-19-pandemic-impacted-primary-care>)

⁶⁴ <https://bjgpopen.org/content/5/5/BJGPO.2021.0036>)

⁶⁵ この患者側からの受診控えの要因については、フランスでも全く同様の解釈がされている。CNAM のセッションを参照のこと。

いるかについてはまだ十分に調査されていない。

(ローゼン) もう1つ私が言いたいのは、第1波の時の臨床上の問題だ。患者を直接診ることなくリモート診断するということについての困難性である。GP 診療所の規模は様々だが、GP 診療所によっては医師自身が運営も行っているという小規模な診療所もあるし、私が勤務する患者数3万人を抱えるような大規模な診療所もある。GP の医師自体を見た時に、非常に民族的に多様であるということがイギリスの特徴である。GP 医師の多くがアフリカ・カリブ系あるいはインド系である。しかし、アフロ・カリブ系人種のコロナ死亡率が高いため、その人種のGP はやはり怖いということで対面診療をやめたり、そもそも診療自体を全くやめたりした人もいる。私が勤める GP 診療所においては、第1波の第1週目に GP の同僚の1人がコロナで入院した。さらに私たちの診療所に登録している中で2人の若年者が、私たちの診療所を経由せずに直接救急病院に収容され、第1波の最初の数週のうちに死亡した。そのため、私たちの GP 診療所においては非常に敏感になっていた。もちろんこういった直接的な経験がない他の GP 診療所においては、おそらくこういった形でセンシティブになるということはなかったのかもしれないが、いずれにしても私どもとしては、非常に心配や不安をマネージしながら患者に対応するということをしていた。

(D) 今の話のつながりを確認したいが、小さな診療所のオーナーが医師であるために、その人が感染すると診療所の運営が大きな影響を受けるので怖がったということか。

(ローゼン) 診療所を所有しているか否かとアフロ・カリブ系であるか否かは必ずしもリンクするものではない。いずれにしてもアフロ・カリブ系あるいはインド系の人種は、糖尿病や循環器系の併存症の割合が高い。そのため、中にはそのような人種の医師は、コロナの死亡リスクが高いと感じて、念のためということで電話だけの診察に切り替えたりしていた。もっと勇敢な、自信のある、あるいは若い医師の中には直接対面するのものとわず診療した医師もあった。如何に自分のプロフェッショナリズムとして患者と向き合うかという本人の気概が結構出た面があったとは思ふ。

(エドワード) NHS として、各診療所や医師に対して強制的にこのやり方でやりなさいというのを押し付けることはできないこととなっていた。この話は後程詳しくする。

(A) GP 診療所に国民は登録し、登録された GP やその医師は、診療する義務があるとはいえ、何千人という登録者を一気にみることはできないと思う。今回、特に初めの頃、GP がコロナの対応を十分にできなかったと聞いているが、少なくとも診療所の方がもう来ないでくださいといったのか、患者の方が怖がって行かなかったのかどっちか。

(ローゼン) 両方の要因があった。病院にしても GP にしてもリーダーがどのような人かということが非常に重要である。リーダーが大胆で革新的であるのか、かなり慎重で怖がりなのかということがかなり影響する。私の診療所自体は例外的に大きな診療所であり3万人の患者が登録されている。働いている医師は15人で、建物もかなり大きい。私たちがしたことは、非常口のすぐわきの部屋を使って、非常口から入ってすぐ非常口から出てもらうという形で、直接診療する必要がある患者を診察した。ただし、患者がもしトイレを使わせて

ほしいといった場合に長い廊下を歩いてトイレに行ったということが敏感なスタッフの耳に入った場合に、そこでそのスタッフがパニックを起こすことがありうるということで、そういう点にも配慮する必要があった。特に私たちの診療所の登録患者の中では若い患者が2人死亡し、医師の1人が6週間入院したという経験が共有されていたためやはりみな慎重になっていた。私自身は3つぐらいの部屋を当てて診察したいところだったが1つの部屋だけで診察をしていた。コロナ禍が始まって以降18か月の間に、コロナだからという理由付けがかなり浸透して言い訳にもなって使われていたような面があったのかもしれない。

(C) グループ診療について質問したい。15人は例外だと思うが、複数の医師を抱えているGP診療所とソロプラクティスでやっているところ割合はどうか。文献によって、ソロプラクティスが中心としているものもあるし、最近はグループプラクティスが中心としているものもある。

(ローゼン) かなり幅があり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いる。全体でも1000か所以下になっているのは間違いない。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。これはイギリス北部のヨークシャーのグループプラクティスだが、これはかなり異例である。もう1つ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。

(C) 日本では1人の医師の診療所が多いが、イギリスでは1人の医師しかいない診療所は1000よりもさらにすくないということではないか。

(ローゼン) そうだ。

(A) 国民はGP診療所に登録していても、医師が怖がって見ない時には診察を受けることができないということだが、その場合、その国民はどこに行くのか。

(ローゼン) イギリスでは、患者がGPに迅速にアクセスできるようにという政策を政治家主導で進めている。それに伴い、登録した時に国民にはGPの名前があてがわれているが、国民は常に同じGPに診察してもらえらるという継続性がかなり失われているという状況になっている。自分が登録している医師が休んでいる、あるいはしばらく休業するといった場合には、電子カルテに情報が保存されているため別の医師がその情報をみて別の医師が対応する、あるいは休暇明けにまた受診するといった状況になっている。

(A) その説明は、診療所に登録していても別の医師が診てもいい、ということだと思うが、それは承知している。質問の意図は、1人や2人の小規模な診療所において、その医師がうちはコロナは診ないという判断をした場合に、その診療所に登録している患者はどこに行くのか。

(ローゼン) ローカム、つまりフリーランスで回っている医師がカバーするために、その診療所に来て診療を肩代わりした。GP診療所の決まりとして、診療所としてはオープンしていなければならないこととなっていた。そのため、自ら診療しない場合にはローカムと契約

して診療させていた。

まだ第1波の話しかしていなかったの、全体を話してからまた各論として議論したい。ポイントは4つあって、1つ目はリモート診察での臨床的なアセスメントの難しさである。医師・看護師が訴訟リスクを抱えるのではないかという点が心配されたが、政府からは最善を尽くしていると認められれば、法的責任を負うことはないと言われていたが、調査によると、実際には最近になって誤診、専門医への紹介の遅れによって致命的となったなどの理由で医療者が訴訟に巻き込まれることが起きている。

2つ目は、直接診察ができないという課題を解消するために、いくつかのGP診療所が寄り集まってハブを形成した。ホットハブとコールドハブ⁶⁶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してきた場合に、ホットハブ（又はコールドハブ）がここにあるので行ってください、という案内をした。このハブについては、2020年6月または7月ごろに稼働した。電子予約システムを立ち上げるのに時間がかかった。その後1年半ほど運用された。

(D) それは行政が区画を決めたりしてできたものか。それとも自主的なものだったか。

(ローゼン) パッチワーク、つまりその区画ごとによってバラバラだった。そもそもGPシステム自体がパッチワークで、地域によってその実態はまちまちだが、ある特定の地域はかなり革新的です。元から複数の診療所のGP同士が共同して体制を整えていた。そこに政府が注目して、これはいいアイデアだということになって、それを全国的に横展開するということがあり、このハブについても元々は草の根レベルであったものを政府が国レベルの政策として採用したというものだ。そして、そもそもその革新的なGPたちがなぜ共同を始めたかという、パンデミックが始まる5年前から政府としてGP同士の共同を促す政策がとられていたためだ。

3つ目は、ワクチンだ。イギリス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。そのワクチンの接種を主導したのがGPだ。通常、GPはトップダウンで指示が来ると、前線の現場で活動している医師たちは抵抗することも多いが、このワクチン接種についてはかなりボトムアップでいろいろ調整をしながらワクチンの接種が広まっていった。GPがかなり貢献してそれぞれの区域において、どこを会場とするかといったこと決定したほか、GPとしてもワクチン接種に協力することでかなり経済的な利益も大きく与えられた。そのため、GPが大きくかかわった⁶⁷。ガイダンスと現場で起こっていたことの間にはズレがないかということが確認されながらワクチン接種活動が展開されていった。また、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

⁶⁶ ホットハブ、コールドハブについては6月1日のNW London NHS ICBの報告を参照されたい。

⁶⁷ このような事情はフランス、ドイツにおいても同様であったようだ。6月7日のProf. Gilbertの講演の報告、及び6月5日のドイツ連邦保険医協会会長講演の報告に同趣旨の証言がある。

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しっかりと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。ただ問題は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。8か所の接種ブースに対して医師は1人配置されていた（7人は一般人で1人は医師）。

(B) 今までの質問は、GPが患者を診るときに、コロナの感染の恐れがあり、それをどうするかという観点からのものであった。先ほどハブの話があったが、日本でも開業医たちが患者の動線を変えて、ゾーニングも行い、あるいは時間帯を分けたりして、対応するということがあった。やはりソロプラクティスであったり、建物の構造的制約があったりしてそれができないがために、感染者やそれが疑われる発熱者に対しては対応できないとする事例が起こった。その話の大前提として、例えば発熱をしている患者がいたとして、その患者がPCR検査を受けて陽性だった場合、患者はどうなるのか。つまり、日本の場合だと、コロナは感染症法の対応になるので、陽性と判明した後は通常の対応ではなくて、日本だと保健所の管轄に入ることとなり、隔離をされるということになっていた。通常の開業医はそこから先は関与しないということになっていた。しかし、実際はそのようにはならず、全部病院に隔離入院させることはできないので、この通常の開業医たちが陽性患者の治療をするという対応を迫られた。

これまでの話は、陽性の疑いがある患者を診ないとか、それでも診るとかといった場面のはなしであったが、陽性となった後はどのように診察が行われたのか。つまりGPが、コロナそれ自体の治療を行ったのか。あるいは、陽性となった後は病院が引き取るということだったのか。GPはコロナの陽性患者についてどこまで治療を行う責任があったのか。

(ローゼン) 電話あるいは直接のアセスメントを経て、非常に有益だったのはパルスオキシメーターで、まずは血中酸素飽和度が94%を下回っていないか、下回っている場合は92%を下回るまでは自宅待機として、かつ病院が満床となった場合には90%を下回るまで自宅待機とした。パルスオキシメーターがない患者は、ホットハブに来てもらったが、医師が重症である可能性を心配した場合には直接診療所を受診してもらうこともあった。例えば、酸素飽和度がまだ95%ぐらいで咳もそれほどひどくないという状況であれば抗菌薬を処方して済ませた。また、喘息やCOPDの患者に予防的抗菌薬を処方することもかなり行われ、抗菌薬の処方件数がかなり多くなった。また、GP自身のリスクアペタイトがどれほどあったかということもあるが、私自身はリスク志向が高く、且つ患者が救急外来に行くとかかなり待たされることも分かっていたので、そうであるならば自分で診察した方がいいと考えて診察していた。元々GPの診療所というのは、伝統的にはコミュニティのリスクをGPが抱えてやってきた。しかし、ここに来て、GPが抱える用意があるコミュニティのリスクの程度に変化が起こっていると感じている。

(B) 質問の意図は、診断で陽性になった人についてどうしたかということだった。今のお

答えは、診断前のリスクのある人に対していかなる対応をし、酸素飽和度や喘息等の併存症の有無によって処置をするということであったが、患者が検査を受けてコロナ陽性であった場合にその患者はどうなるのかを聞きたい。原則、入院の対象となるのか、引き続き GP が陽性者のフォローも行うことがルール上定められているのかと、実際どうだったかという質問。

(ヴォーン) 運用のされ方は常に変化していた。一番最初の頃は、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、GP がその機能を手伝ってくれることとなり、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、入院後退院した患者で、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。

あと、パンデミックが進むにしたがって、そもそも存在する病院や GP の資源に鑑みて、患者にどのように対処していけばいいかという感覚が研ぎ澄まされていった。やはりコロナ陽性となって3日目の高齢者と、かなり若くて10日目という患者を、それぞれどのように対処すればいいか、ということについて感覚が養われていった。

(C) 対応が難しかった原因として非常勤の GP が増えているということへの言及があったが、1つ数字を教えてください。私は、イギリスのエコノミストを愛読している。1月14日号に全4頁の特集が掲載された。その中で、「GP ドクターはあなたを診ない」という衝撃的な記事があった。そこでGPの常勤が4人に1人しかいないと書かれている。これは本当か。

(ローゼン、ヴォーン) 本当だ。

(ローゼン) 先ほどの(B)先生の質問だが、GPとしてどのような対応をしたかだが、そもそも重篤な患者は、大きな病院に搬送される。GPは重篤ではない患者のケアをするということだったが、陽性となった人の10%程度しかそもそも入院していないという状況があり、GPの立場から言えば、NHSのナショナルという部分とテクノロジーがうまく融合できた面があったと思う。電話で患者のアセスメントをした後に、テクノロジーを使ってNHSがまとめた「コロナの時はこうしてください」といった情報シートを電子的にクリック1つで送ることができた。患者は家でそれを読んで自分なりに対処せよということだった。それが、ナショナルという部分とテクノロジーが融合したいい例だったと思う。

次に、4人に1人問題だが、パンデミックが始まって何が起きたかという、やはり患者の間ではGPに行くのが怖い、一方でちゃんと診てもらえないという不満や怒りがどんどん積み重なってきた。この2年ほどの間に医療全体に対する敵対心のような心理が患者の中で増えてきている。一方で、GPが医療をするにしても、リモート診療という形で患者とし

では医師に直接会えないという状況になっている。患者の中では、このリモート診療についてはかなり意見が分かれており、ある患者は良いというし、別の患者は嫌だという。今 GP の中でも、リモートと直接診療のバランスをどのようにすべきかについて模索が行われている。いずれにしても、患者から医療全体への不満は高まっている。それに加えて、高齢者が増えたことで、医療に係る負担が増えており、また、働く GP 医師の数が減少してきているという状況にもなっている。また、大きな病院の方の機能不全というべき状況もあり、病院の方から GP に患者を流してくるということもある。

(ヴォーン) 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。

(ローゼン) いずれにしても、パートタイムという問題に戻ると、私自身は小さな子供がいる訳でもないし、残業してもいいと思っているが、そういう考えの私ですらやはりかなりハードワークだと感じる。かなりのプレッシャーを感じる。私ではない他の医者で、子供が小さかったり、親の介護があったりすると、どうしてもパートタイムに切り替えて働かざるを得ないという判断もありうる。もっとも、パートタイムといっても、家でマニキュアを塗って悠々と暮らしている訳ではなく、例えば週のうち 2 日間は GP として働いて、2 日間は例えば婦人科などの専門領域の診療をするなどしている人が多い。私自身は 2 日半は GP 診療所で診察をし、残りの 2 日はこちら (Nuffield Trust) で研究活動をするといったペースで勤務をしている。

(エドワード) 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。ただし、これが、患者としては医師に直接診察してほしいという点を解消できるのかはまだわからない。新しい職種を GP 診療に巻き込んでいこうとする動きがあるが、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。あと、調査によると GP に対する患者満足度は史上最低レベルとなっている。と言っても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 だと思う。

(A) 患者満足度が低くなったのかコロナの影響か。

(エドワード) そのことと、以前からある人材不足の問題が原因である。

(バッキンガム) ただ、患者は GP に対して不満であると言っている一方で、「そもそも政府が悪い」という風にも思っている。つまり、十分な資源を医療に割いてこなかったということで。

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⁶⁸、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

⁶⁸ 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。

4. 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。
5. 酸素の供給が不足
6. 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いと考えたこと、
- 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、彼らと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。

イギリス-5-1 応接録：Royal College of General Practitioner

2023年5月31日

Mr. Mark A.L. Baumfield: Head of International

Rich Withnall: Medical director & Chief examiner

<要約>

- RCGP は、イギリス最大の Medical Royal College であり、イギリスの GP は RCGP 会員であることが必須である。
- RCGP は、イギリスの GP の教育、研修、資格管理にも関わっており、イギリス GP の質の保障機能を担っている。
- 保健省の予算総額のうち、England への配分は 31 兆円であり、この中から NHS organisation (England の場合は、NHS England) に予算が割り当てられ、そこからさらに ICS を介して GP や trust に支払われる。
- コロナについては、イギリスでは 2023 年 5 月までに 2220 万人の検査陽性者と、19 万人の死亡者が出た。
- コロナの前後で、GP の対面診療は 82% から 15% まで低下した。
- 医師の国外流出、非常勤医師の増加、需要の増加等により、GP の人手不足が深刻化している。

Our Vision

Excellence in general
practice for patients
worldwide



(バームフィールド) まず RCGP について説明する。RCGP のビジョンは世界中の患者のための正しい一般診療を提供することだ。

RCGP – background

- The Royal College of General Practitioners (RCGP) is the professional body for general (medical) practitioners (GPs/Family Physicians/Primary Care Physicians) in the United Kingdom
- The RCGP represents and supports GPs on key issues including licensing, education, training, research and clinical standards
- It is the largest of the Royal medical colleges, with over 54,000 members
- The RCGP was founded in 1952 in London, England and is a registered charity
- The RCGP motto is ‘*Cum Scientia Caritas*’ (Compassion [empowered] with Knowledge)



RCGP というのは、GP、家庭医、プライマリーケアの医師が属している職業組織になる。我々はこれらの医師たちの業務に関し、資格、教育、研修、研究等について、これらの医師を代表し支援している。イギリス国内に Royal Medical college は 18 あるが、RCGP が最大の組織であり 5 万 4000 人の会員がおり、そのうち 4000 人が外国人である。1952 年にロンドンで設立された。そして、非営利団体として登録されている。モットーは知識に裏付けされた思いやりだ。

RCGP's role

- Set the highest standards
- Ensure GPs have the best possible training
- Support GPs throughout their professional lives to deliver the best possible service
- Lead the profession and demonstrate values of general practice
- Develop general practice as the foundation of effective and sustainable primary care worldwide
- Support our members



我々は、医師らが資格を有してからそのキャリアが終わるまで、可能な限り最高の水準の教育を提供する。最高のサービスを医師らが提供できるように常にサポートしている。そし

て GP の価値を私たちが体現し、GP という職のリーダーとしての組織である。

RCGP's role

- Professional membership body and guardian of standards for GPs in the UK
- Key voice in Primary Care in the UK and internationally
- Working to improve GP education and training in the UK and internationally
- Seen as international leader in Primary Care development
- 2007 - MRCGP examination is the licensing exam in the UK
- Mandatory for all newly qualifying GPs in the UK
- Guardian of standards for GPs in the UK
- But RCGP is **not the licensing body**



そして政府に対しては、GP の声を届ける役割も担う。職能団体として、水準を設定することが重要である。プライマリーケアとしては、イギリスだけでなく、国際的にも GP の声として重要な枠割を果たしている。この役割については、海外でもリーダーとしてみなされている。2007 年以來 GP になるための資格試験として MRCGP (Membership of the Royal College of General Practitioner) が始まっている。それ以降は、イギリスで GP となるためには RCGP のメンバーであることが必須となっている。そして General Medical Council を通して、資格が提供されている。

Our International work

- Working internationally for over 60 years
- RCGP works in partnership
 - WHO
 - WONCA
 - Ministries of Health
 - Universities & Medical Schools
 - Government Bodies
- Our international experience
 - GP consultancy
 - Workforce development
 - Accreditation
 - Over 4,000 international members
 - Capacity building



国際的にも 62 年間にわたって、キャパシティビルディングや教育を通して GP としての能力を向上させることに携わっている。様々な組織と提携を結んでいるが、WHO と覚書を結んでいる Royal college は我々だけである。WONCA (World Organization of Family Doctors) での最大のメンバーでもある。そして、世界各国の保健省、大学、政府組織、民間企業との提携を持っている。そして我々は GP の為のコンサルテーション、人材育成、認定をしており、また国際的なメンバーが 4000 人以上いる。そして研修と教育を通じて能力の向上を図っている。我々が提供している研修コースの内容はこちらの通り。

RCGP's international work

Short courses (1-4 weeks)

- Training The Trainers
- Consultation skills
- Communication Skills
- UK observational study tours

Accrediting longer programmes

- MRCGP[INT] accreditation scheme – exit PG assessments
- RCGP International Educational Accreditation

Workforce development

- Training Needs Analysis
- Introduction to Training the Trainers

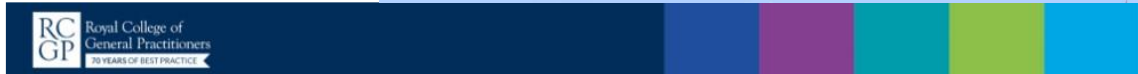
Continuing Professional Development

- International Affiliate Membership
- e-Learning
- Medical journals
- Fellowship for International and Overseas members



一番最初のショートコースというのは、トレーナのためのトレーニングだが、多くの地域でインパクトがあるコースとなっており、日本においても日本プライマリ・ケア連合学会 (Japan Primary Care Association) を通じて提供している。我々はコミュニケーション能力も向上させようとしている。特にコロナ禍ではこのようなスキルが非常に重要だった。

Our global network of members span across **100 countries** and projects in **38 countries**



そして4つ目はコロナの前に特に行っているものだが、こちらに海外からの識者を招いて、NHS や実際の GP の現場、そして専門医がどのように仕事をしているのかを見学してもらっていた。特にこのイギリスへの訪問ツアーは、中国で人気が高く以前は 15 の地域からの訪問だったのがコロナ前は4倍に増加していた。さらにプロフェッショナルになってからもプライマリーケアを向上させるため、我々は 1000 以上のレポート、文献、動画の様々なリソースを、イギリス国内だけではなく国外の方も見られるように提供している。グローバルネットワークは 100 各国に及んでおり、38 か国でプロジェクトも行っている。次はウィズナル先生からイギリスの GP についてお話いただく。

(ウィズナル) 本日は、皆さんをお迎えできて非常に光栄だ。今年 (2023 年) の 1 月に札幌で行われたカンファレンスで基調講演をする機会をいただき、この機会を非常に喜んでい



様々な経験があるが日本のこの日の出の光景や富士山の景色ほど刺激的なものはないと思っている。本日は皆様と学び、考えを共有する機会に恵まれたことを喜んでいる。我々が3つ大事にすることは、質の高い治療を提供すること、エビデンスに基づいた医療が優先であること、持続的な能力の向上という3つの価値だ。これは日本の皆様とも共有している。

AIMS

To help you to better understand:

- The UK National Health Service (NHS) system
- The role of the General Practice in the NHS
- The role of the GP in the NHS response to COVID -19

この講演の中では、皆様にはイギリスの NHS のシステムについてよりご理解いただきたい。さらに NHS における GP の役割、コロナ禍において GP がどのように対応していったのかということについてもお話する。



1948

- Founded after the Beveridge Report and National Health Service Act in July 1946, which was a plan for health services to be paid for through national taxation.
- Everyone pays, everyone benefits...
- Covered you from cradle to grave
- Free at the point of delivery
- On 5 July 1948, the NHS was born.
- 97% of the UK public now registered with their local doctor



まずは、NHS の概要からお話する。NHS は 1948 年に設立された。その時の哲学は、皆が少しの費用を負担して、皆が恩恵を享受することができるようにすることであった。そして診察時には料金の負担はない。現在イギリス国民の 97%が地域の GP に登録している。

NHS LANDMARKS

1952

The NHS Prescription Charge from 1 April 2023 is
£9.65
 per item

NHS prescription charges are a tax collected for the Government in England. The money does not help to fund this pharmacy and is not related to the cost of your medicine(s).
 Pharmacies are funded by the NHS and Government to provide NHS services and while costs rise, in real terms funding is being cut every year. This is not sustainable.
 *These items may have more than one charge, e.g. child's history, a number of the pharmacy team will explain if that is the case.
 If you need multiple prescription items or are prescribed certain NHS medicines one of the two methods there is an exemption card which you can apply for and get here: <https://www.nhs.uk/medicines/exemption-cards>
 Certain patient groups are entitled to free NHS prescriptions and certain items (eg. contraceptives) are free-of-charge on the NHS. To check if you're eligible, see: <https://www.nhs.uk/medicines/exemption-cards>
 There is no NHS prescription tax in the devolved nations of Scotland, Wales or Northern Ireland.

1670 Yen per item

1958



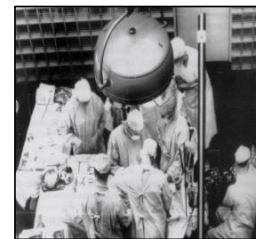
Polio & Diphtheria vaccinations

1959



MENTAL HEALTH ACT:
Mental health problems treated on the NHS in same way as other illnesses

1960-80

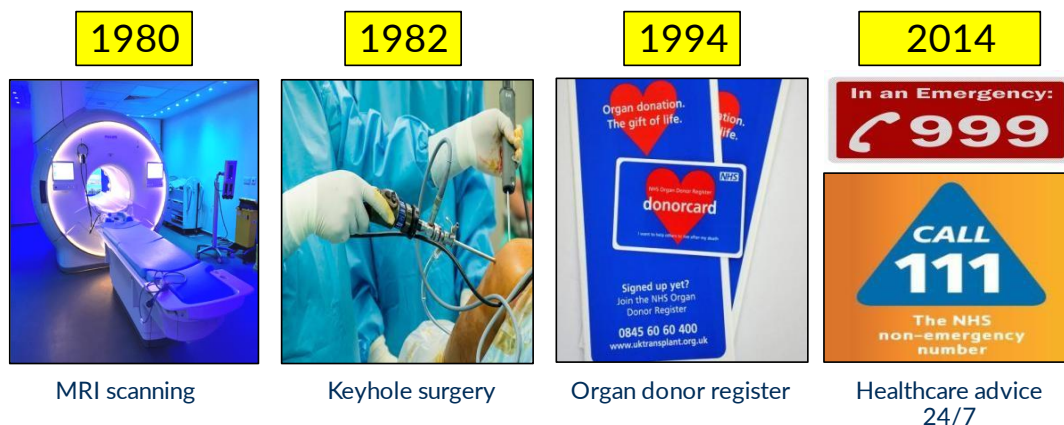


TRANSPLANTS:
1960: Kidney
1968: Heart
1979: Bone marrow



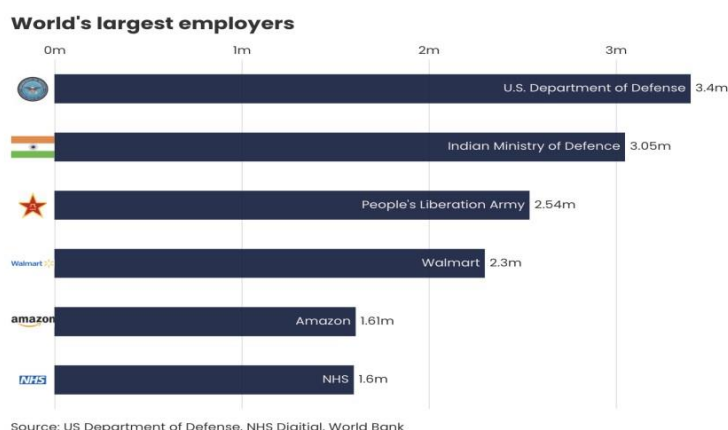
NHS は少しずつ発展してきたが、1952 年に薬価の如何に関わらず処方箋当たり日本円で 1670 円（1 ポンド=173 円として）という均一の料金が設定された。我々は 3 つのワクチン戦略を持っていてイギリスのすべての子供たちにワクチンを提供し、また他の疾患と同様に無料の精神科診療も行っている。また臓器移植を含む複雑な手術もすべて無料で行われている。

NHS LANDMARKS



また複雑な画像検査も鍵穴手術その他の手技もすべて無料である。臓器ドナー登録に関して、これは社会的恩恵となるものだが、国民が自動的に臓器提供に同意するというオプション形式になっている。そして、常に救急医療にアクセスできるということで、緊急時には 999、緊急ではない場合には 111 によって助言を受けることができる。これは 24 時間アクセスが可能だ。

NHS WORKFORCE

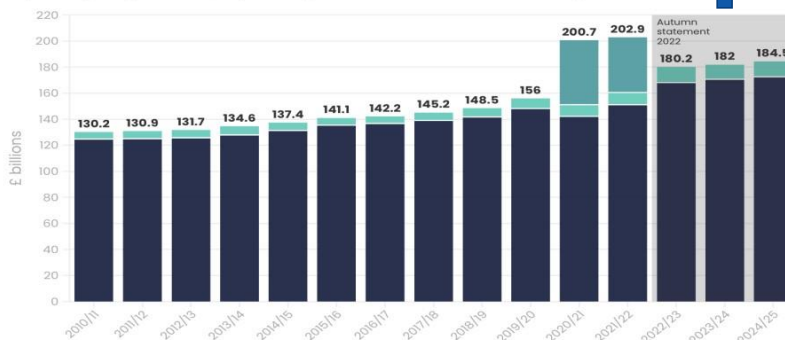


こちらのスライドでは、NHS がいかに多くの従業員を抱えているかということを示している。イギリス国内で 160 万人であり、この規模は、アマゾン、ウォールマートと匹敵するものである。

NHS FUNDING

Department of Health and Social Care budget
Real terms in 2022/23 prices

■ Day-to-day budget (REDL) ■ Capital budget (CDEL) ■ COVID-19-related funding



31,634 billion ¥



予算については、支出は毎年増えており、今期は 31 兆円となっている。

NHS TODAY

2023



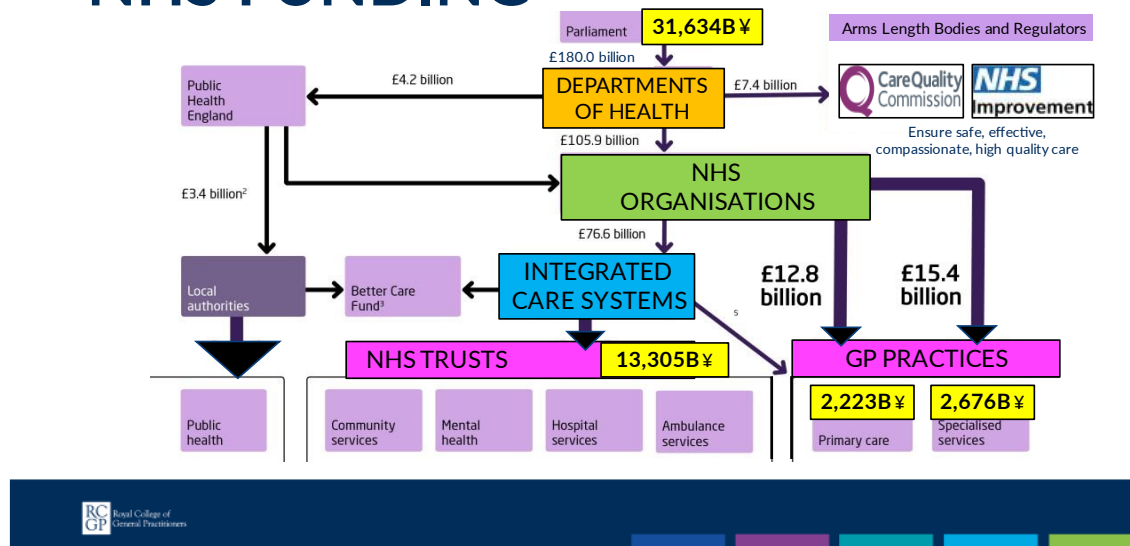
- The NHS spends 10 times more money than it did 60 years ago in order to keep the UK healthy
- People are expected to live 13 years longer than when the NHS was created



そして予算はこのように4層になっている。まず保健省が予算計画を策定する。そして、NHS はイギリス国内にイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドと4つの nations あるが、各 NHS が保健省から割り当てられた予算をさらにどのように使うかを配分する。そしてUK 全土にある42の Integrated Care System がこれらの予算に基づいてサービスを購入する。実際の患者に対する治療サービスは、NHS の病院・GP を通して提供さ

れる。NHS の支出は 65 年前に比べてインフレのために 10 倍に増加した⁶⁹。しかし、これだけの予算を割くことによって、NHS が創設された時と比べてイギリスの人口の寿命は 13 年延びている。

NHS FUNDING



このスライドは、病院での治療費、GP での治療費、それぞれどれぐらいお金が使われているかを示している。そして先ほど申し上げた 4 つのレベル、保健省から NHS、Integrated Care System、そして NHS trust/GP はこちらに示す通りだ。31 兆円のうち、13 兆円が病院、5 兆円が GP に使われている⁷⁰。国民へのメリットを考えると、如何に GP の治療が効率的であるかというのがこちらに示されている。ここまで、GP が効率的であることについて話したが、引き続き NHS 内での GP の役割についてお話しする。

⁶⁹ 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/index.html>) によると、日本では 1954 年から 2020 年までで、国民医療費は金額ベースで 2152 億円から 42 兆 9665 億円へと 200 倍に増加している。国民一人当たりでも同期間に 2400 円から 34 万 600 円へと 142 倍に増加している。

⁷⁰ このスライドを使った予算配分の説明では、NHS organizations (England の場合は NHSE) から GP への予算は、ICS を経由したもの以外に NHSE から直接交付されるものもあるように見える。しかし、NHS の公表資料 (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/nhs-allocations-infographics-v3-23-24.pdf>) を見ると、GP への予算は原則として ICS を介したものであり、NHS から直接配分される (direct commissioning) 予算における primary care は、GP 以外のもの、つまり歯科、薬局、視力矯正を指すものとしている。ただし、ICS という 2022 年からの新しい制度の下で、direct commissioning とされているものも段階的に ICS に統合されるとされており、資料の作成時期によって ICS の枠内か否かが変わるものと思われる。

UK GENERAL PRACTICE STATISTICS

- Largest UK specialty (60,000 GPs)
- 300 million appointments in one year
- 800,000 appointments per day
- 40% booked on same day

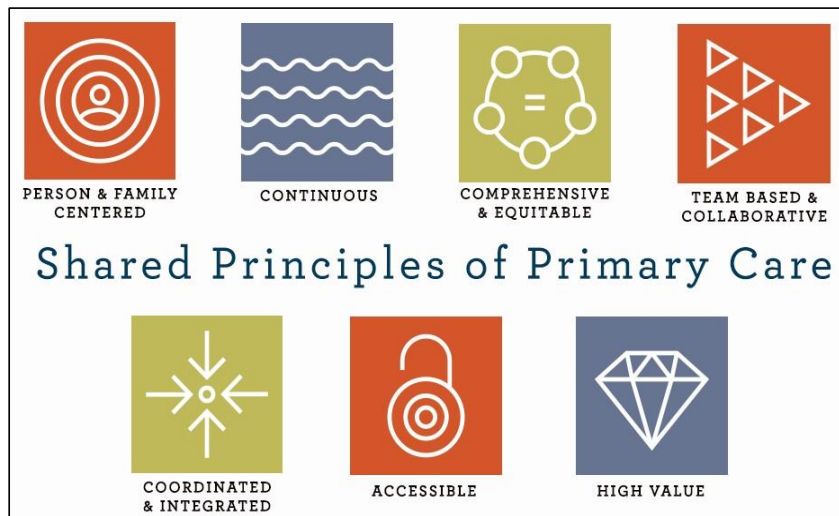
- Average list size per GP: 1,700
- Patient consultations/year: 6
- Average length of consultation: 13 mins



(Source: GP Appointments, NHS Digital)

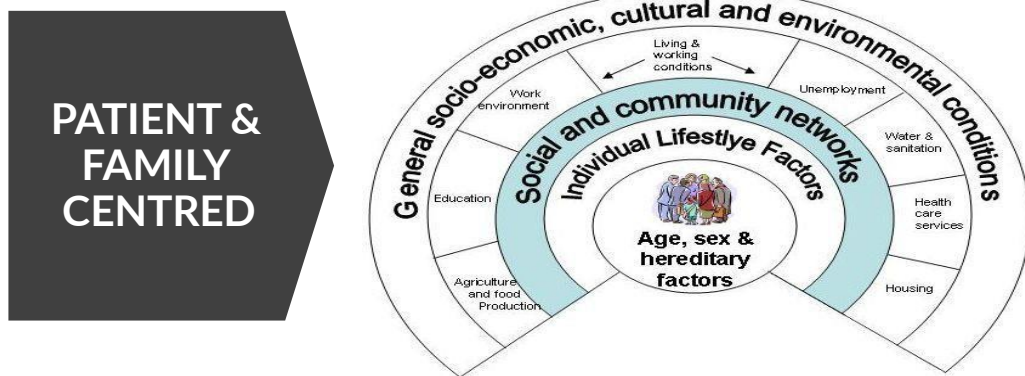
GP はコミュニティで最初の医療の窓口である。急性・慢性を問わずいかなる疾患であってもまず GP に受診することになる。病院での診療と違い、疾患や怪我の予防・発見・治療をするために疾病の身体的・心理的・社会的要素についての思慮・配慮が必要である。General Practice はイギリス内で最大の専門領域であり、年間 3 億件の外来件数をこなしている。毎日 80 万件の診察件数となるが、全体の 4 割は予約したその日のうちに診療されている。そのため、アクセスは極めて良好であるといえる⁷¹。GP 一人当たりの平均患者登録者数は 1700 人であり、患者 1 人当たりの平均受診回数は年に 6 回であり、診察時間は平均 13 分となっている。

⁷¹ 一方で入院医療についてはコロナ後の 2023 年時点で 700 万人の待機患者がいることが 6 月 1 日に訪問した St. Mary's Hospital の報告でも確認できる。予定手術の平均待機期間も 100 週を超えると証言されており、入院医療のアクセスと GP 診療のアクセスは別異に考える必要があることを示唆している。

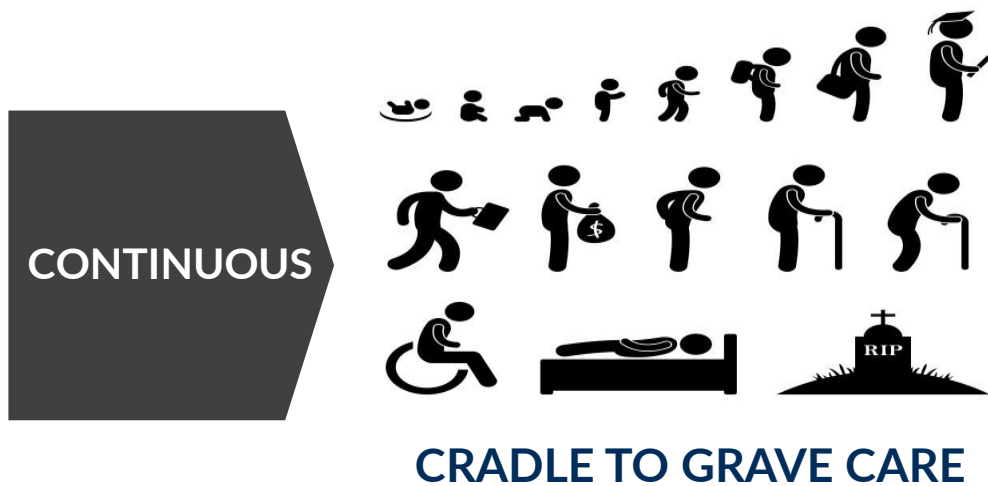


我々にはプライマリーケアに関して7つの原則がある。それぞれについて説明する。

BIO-PSYCHOLOGICAL CARE MODEL

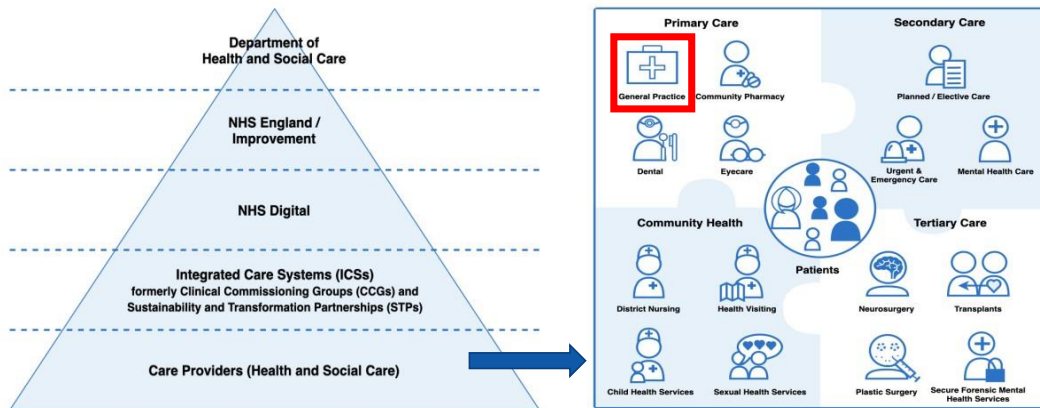


まず、1つ目だが、病院での診察と違い、GPの診療は、患者を、社会コミュニティネットワークを含む家庭環境の中に位置づける。このネットワークは、より広範な社会的、経済的、文化的、環境的諸条件の下でのものとなる。それは例えば、患者がどこに住み、また働いているのかということだ。



怪我であれ疾患であれそれを個別に治療するというのではなく、GP はゆりかごから墓場まで同じ医師が継続的に責任をもって診療する。

COMPREHENSIVE & EQUITABLE

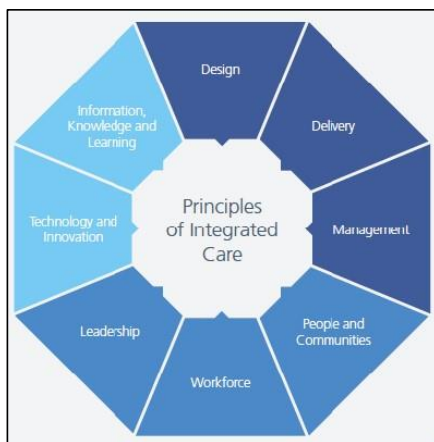


そして、すでにみたように GP の提供するサービスは包括的であり、イギリス国内では同じ水準の診療が政府から病院・GP を通じて提供されている。また、国民はみな平等に扱われ、同じ水準のプライマリーケア、2次医療、3次医療が提供される。



その中で、GP はオーケストラの指揮者のような役割を担っている⁷²。

COORDINATED & INTEGRATED



多職種連携について、最も質の高いプライマリーケアが提供されているというエビデンスがある。その考えのもとに、GP は他の専門職種、具体的には、ナースプラクティショナー、薬剤師、物理療法士等と協力している。患者が適したタイミングで、適した治療を受けられるためには、多職種よりなるチームがきちんと統合されている必要がある。したがって、GP の重要な役割は、その患者を治療するのに最も適しているのがどの職種であるのかを見

⁷² GP をオーケストラの指揮者にたとえる表現は CNAM でのセッションでフランスのかかりつけ医の役割の描写としても用いられている。

極めることである。

ACCESSIBLE & HIGH VALUE



Treating the person and the condition.....

-  Holistic
-  Health education
-  Prevention
-  Reassurance
-  Time-efficient
-  Resource-efficient
-  Consultation models



イギリスでは人口が高齢化していることからより重要となるのが、高齢者が必要なときにすぐにGPにアクセスできることだ。そして、医療資源をより効率的に使用し、病気を予防するためには、このような包括的なアプローチがより重要であるという研究結果が国際的にも多数出ている。

GP FUNCTION

- Primary (undifferentiated) healthcare including Preventative Care
- Moves care out of hospitals
- Gatekeeping referrals
- Out of Hours /Weekend services
- Health Services Management
- GP Speciality Training
- Overseas the multidisciplinary team



BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE



まとめると、GPの役割というのは、差別なく、いかなる疾患であってもプライマリーケアを提供し、患者をなるべく病院から遠ざけることだが、その態様は、時間外や週末でもタイムリーかつ費用対効果の高い方法でこれを実現する。GPは多職種からなるチームを監督

し、必要な場合は病院への搬送も決定する。

GENERAL PRACTICE RANKINGS

COUNTRY RANKINGS

Top 2*
Middle
Bottom 2*

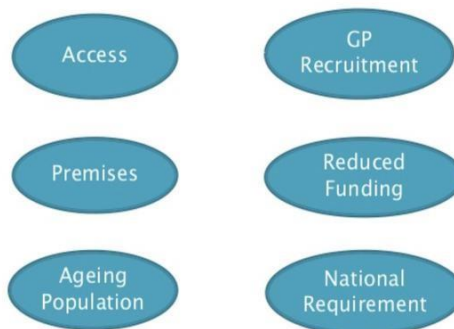
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Notes: * Includes lies. ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.
Source: Calculated by the Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2013 (Paris: OECD, Nov. 2013).

RCGP は、エビデンスや素晴らしいガイドラインを家庭医療のリーディングジャーナルである British Journal of General Practice に発表している。そして我々は、さらなる向上のために、イギリスにおけるパフォーマンスを他の主要西側諸国と比較して分析している。西ヨーロッパだけでなく、オーストラリア、ニュージーランドとも比較している。これらのエビデンスが示しているのは、これらの国の中で、効率性、安全性、患者中心の医療、費用対効果、平等性の項目でイギリスが最優秀となっているということだ。

FUTURE GP CHALLENGES

- COVID backlog
- Ageing population
- Increasing chronic disease
- Increasing demand for 24/7 access
- Changes in workforce (part-time)
- Maintaining continuity of care
- Variations in quality of care
- Financial pressures



しかし、言及しなければならないのは、バックログ、高齢化、増え続ける慢性疾患、増大

する治療へのニーズを含む重要な課題に直面しており、これについて対策が必要である。

GP CONTRIBUTIONS

Case Load: UK impact

Organisational changes

Value Propositions: CRAIG

Investigations and Testing

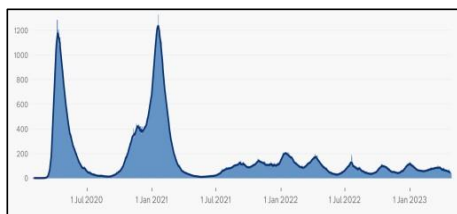
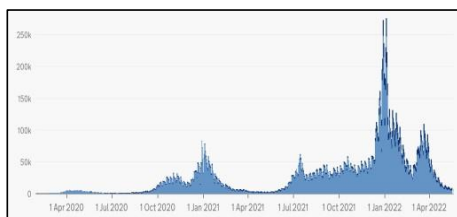
Delayed effects: Long COVID research



最後に、国のコロナ対策にGPがどのように貢献したかを説明する。このGPの貢献をCOVIDの頭文字に沿って要約すると、まず取扱件数 (Caseload)、組織を変えて対応したこと (Organize changes)、価値の提供 (Value propositions)、調査・検査 (Investigation & Testing)、コロナの後遺症について (Delayed effects) となる。

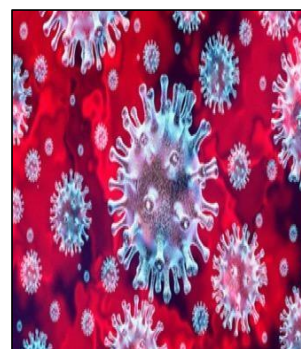
CASE LOAD

GOV.UK Coronavirus (COVID-19) in the UK



22.2
MILLION
CASES
at 25 May 23

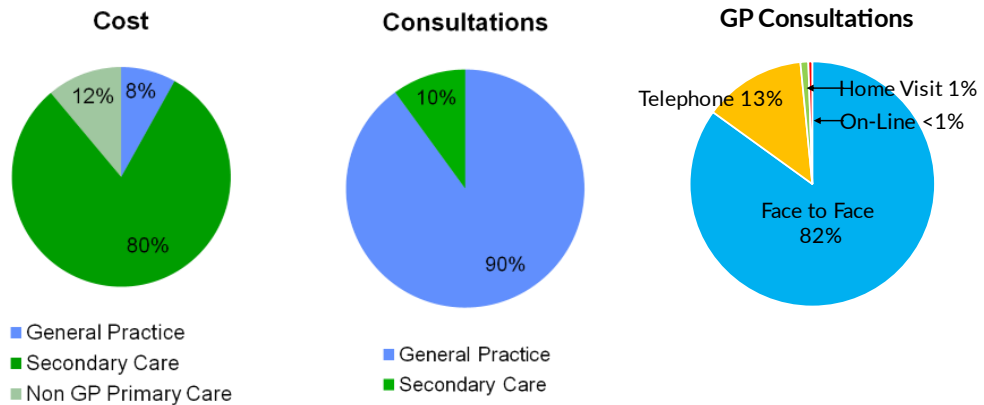
191,652
DEATHS
at 25 May 23



Source: [https:// coronavirus.data.gov.uk](https://coronavirus.data.gov.uk)

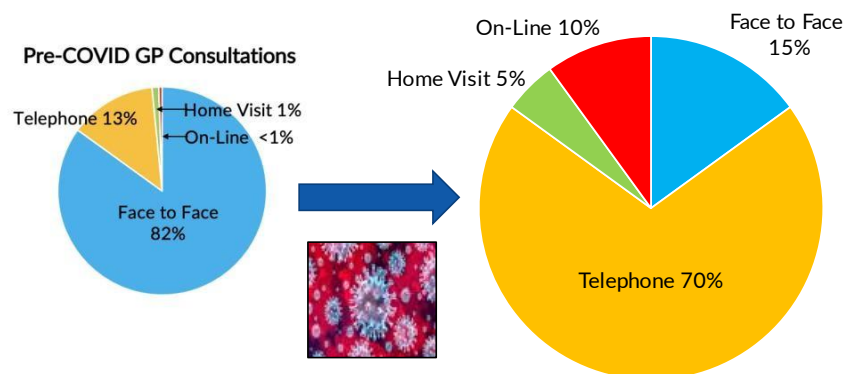
イギリス政府は2020年3月20日から、毎週データ収集することを始めた。それから今年の5月25日までの間に2220万の検査陽性が報告された。コロナで陽性となった患者のうち、残念ながら2週間以内に死亡した患者は19万人であった。

UK GENERAL PRACTICE OUTPUTS: PRE - COVID



すでに述べたように、保健省からの予算のうち 80%が二次医療にあてられ、20%がプライマリーケアにあてられている。コロナ前の患者の受診機会の90%はGPであった。そしてそのうちの80%が対面、13%が電話であった。コロナはこの比率に大きな変化をもたらした。

UK GP CONSULTATIONS: COVID



コロナ禍においては、イギリスではロックダウンが5回行われ、人々は自宅からの外出を禁じられ、その結果、70%のGPとのコンタクトは電話でのものとなった。

GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE

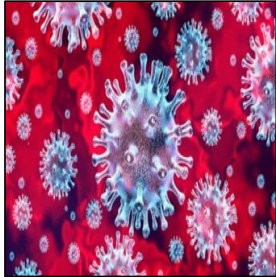


↓ 92% to 23% ↑ 12% to 68% Rapid roll-out, 9%

ORGANISATIONAL CHANGES



Cloud-based instant messaging App providing primary care clinicians with specialist support



DENTISTRY



• PPE scarcity hit dental fitness rates: ↓ 50%

REHABILITATION



• Good use of remote video consulting but throughput ↓ 54%

MENTAL HEALTH



• 90% consultations by remote video link. No specific MH uptick

- No change in GP capacity.
- Some clinical risk.
- Blended approach.

もう少し詳細に説明すると、コロナ禍では対面診察が 23%に減少し、電話が 68%となった。オンライン診療のためのプラットフォームやアプリも開発され普及した。コロナで特に影響を受けたのが歯科治療である。エアロゾルによる感染の懸念もあったし、また PPE の不足もあった。リハビリや精神科診療も、オンラインで行われなければならなかった。この間、イギリスの GP のキャパシティ自体に変化はなく、様々な方法で診療が展開された。臨床的なリスクは少し上昇したものの、組み合わせアプローチが有効であった。

ORGANISATIONAL CHANGES: support to secondary care

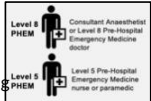
NIGHTINGALE HOSPITALS • London, Bristol, Harrogate



CRITICAL CARE TRANSFER TEAMS • For ventilated patients

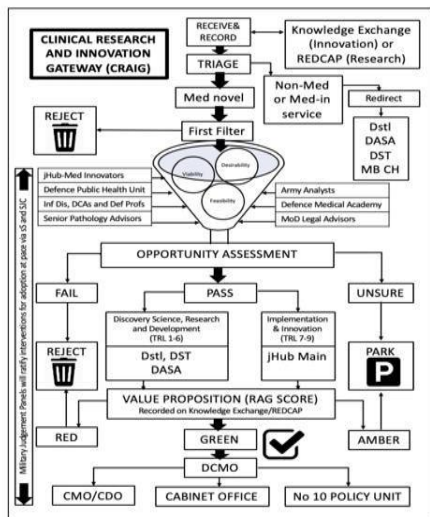


* Real time transmission of patient physiology: improved medical situational awareness along patient care pathway; quicker senior intervention; audible medical record; improved patient care



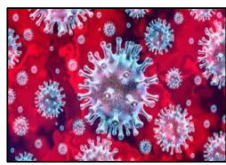
さらに、GP は病院診療を援助するという面についても有効性を示した。ナイチンゲール

病院⁷³がコロナ専用の病院として設立されたが、ここでも GP が重症患者の搬送にも活躍した。



VALUE PROPOSITIONS

- Cross-Government
- 'Good ideas' analyses
- n >200
- Multidisciplinary
- Pan-TRL
- National benefits:
 - Patient communication¹
 - Disease surveillance²
 - Data sharing³
 - Immune modulation⁴



1. Cardmedic 2. Proj OASIS 3. PANDO 4. Seroconversion



患者のサポートとなる技術に関して、GP から 200 件以上の提案の精査を行った。このうち、クレイグと呼ばれる臨床試験や新規技術開発は国に恩恵をもたらした。コロナ禍における入院患者のコミュニケーション、疾病追跡、データ共有、免疫修飾等についてのシステムである。

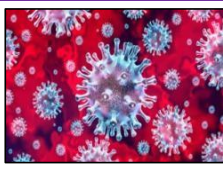


• Across UK



• Liverpool (n=2000)

INVESTIGATIONS



ANTIGEN



ANTIBODY



PCR

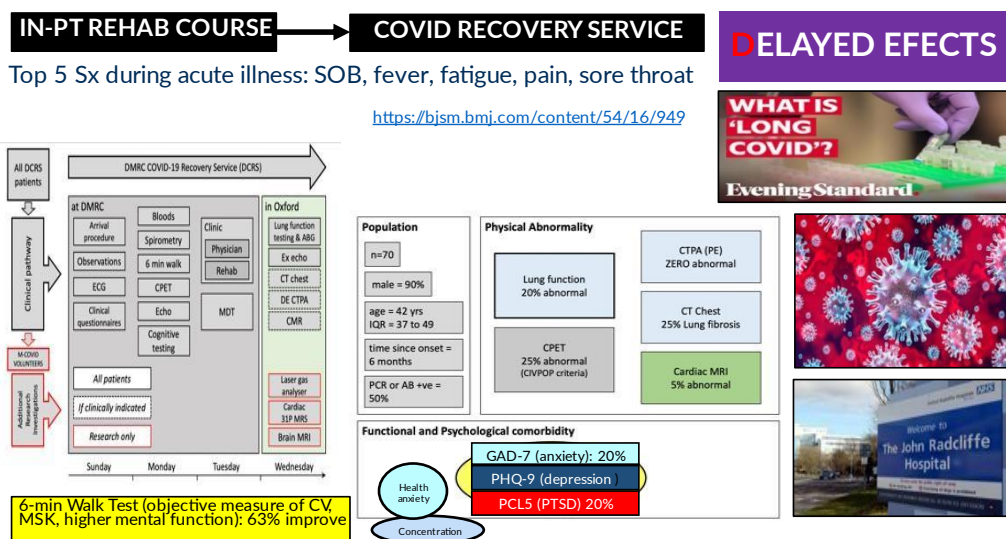


BIOMEDICAL SCIENTISTS



⁷³ 2020 年 4 月に緊急的に設立されたコロナ専用の NHS の病院。米澤ルミ子先生の講演（6 月 1 日実施）でも言及があるので参照されたい。

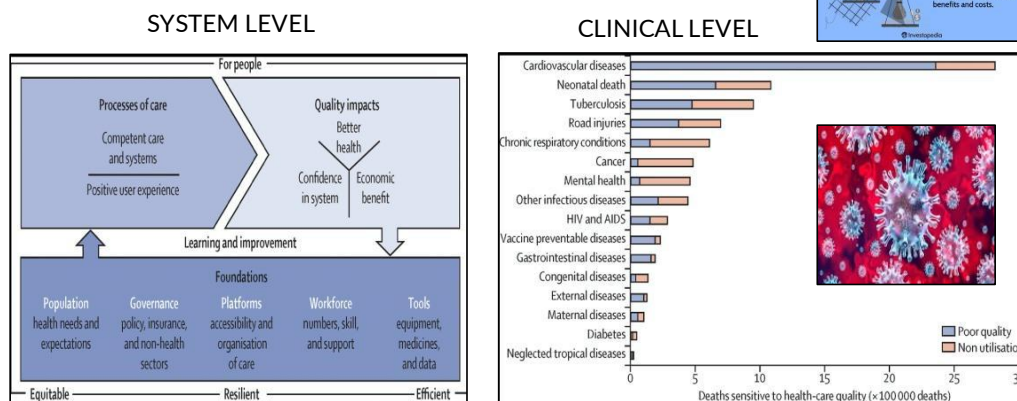
GP は検査においても最前線で役割を果たした。GP は、移動検査チームと共に検査業務に従事したり、又はリバプールでの例では、市単位で検査する事業を行ったりした。GP はまた、抗体検査、抗原検査、PCR 検査に関して、バイオメディカルサイエンティストを援助した。



* (1) Graded exercise therapy; (2) pulmonary rehab; (3) optimizing activity; (4) goal setting; (5) improving sleep; (6) relaxation; (7) mindfulness & mood; (8) strength training; (9) cardiovascular training; (10) nutrition; (11) 'Next Steps' toolkit; (12) 'Concerns and Diagnosis' session with Consultant Physician

現在、いわゆる“ロング・コビッド”と呼ばれる患者が増加しているという問題がある。主たる症状としては息切れ、発熱、倦怠感、疼痛である。GP は大規模な臨床試験を主導しており、ロングコビッドの心理的・身体的影響の大きさを測定しようとしている。

GENERAL PRACTICE BENEFITS



最後のスライドでは、イギリスにおいていかに GP 診療が国民にとって有益なものか、い

かなる疾患でも最初のコンタクトとなる窓口を提供しているということを示している。費用対効果分析の結果、GP は医療の質に鋭敏に反応すると考えられる死亡数という指標においてこれを低下させていることが示された。しかしこのような状況というのはイギリスだけではなく、世界中で見られているものであることが、スライドの下のランセット⁷⁴でも記載されている。

Q&A

(A) 今回の訪問の目的は、コロナ禍における GP の活動状況のヒアリングと、直近の GP の実態の調査である。1つ目のコロナ対応だが、説明ではきちっと対応されたということであったが、ヨーロッパは第1波が大きかったこともあり、当初は混乱したともいわれている。それで、GP の中には対応に加わらなかった GP もあったやに聞いている。そういった混乱の中から、どのように態勢を構築していったか、その時にこの GP の協会がどういう作業をしたのか、協会だけで行ったのか、NHS 全体でやったのか、あるいは医師会や保健省との関係も含めて、どのように態勢を構築したのかを教えてください。

(ウィズナル) 重要な指摘だ。まず第1波の時に問題だったのが、その当時は季節性インフルエンザの流行も同時に起こっていたことだ。したがって、2020年の1月、2月、3月は、季節性インフルエンザなのかコロナなのかが分からなかった。この第1波の後には、抗原検査ができるようになり両者を区別できるようになった。診断のプロセスについては、政府レベルで方針が決定され、それをガイダンスとして RCGP から発出している。イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの各政府が方針を決定し、それを元にガイダンスが作られた。そして、方針の決定に関して保健省が関わった。毎日のテレビで、首相と Chief Medical Officer 及び Science Adviser からコロナ禍の状況説明とメッセージが発信された。このことによって、標準化された方針が全国民に届けられた。そして、政府がウェブサイト立ち上げて、医療者を含めたすべての国民に向けて情報と政府の方針が公表されていた。本日のプレゼン資料も政府のウェブサイトから引用している。

(A) GP の協会と政府が協力していることは分かったが、GP 以外にも医療者はいる。その他の医療者や医師会との関係はどうであったか。

(ウィズナル) BMA (イギリス医師会) は医師の組合であるので、臨床的なスタンダードやガイダンスを設定する役割を持つものではない。我々は、これらの姉妹組織との強い関係を持っている。そして、臨床のガイドラインに関して RCGP はアカデミアのつながりを通じて他の Royal College と協力した。この中でも、RCGP は議長としての役割を果たした。コロナ禍においては、前の RCGP の Chair of Council が議長となっていた。実際上、GP は病院勤務の医師に対してもリーダーシップを発揮した。Chief Medical Officer となる者たちは、今は疫学者であるが、GP の経験を有している。

⁷⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7734391/pdf/LGHC-06-11-1196.pdf>

(A) GP の活動の場についてだが、ワクチン接種は診療所の中でやったようだが、それ以外の診療等の活動は外で行われたような印象を持っている。先ほどのお話しの中でも、外のいろんなところに行って活動したとおっしゃっていた。別のところで聞いた話でも、ホットハブ/コールドハブを作ったとのことであった。GP の診療所で対応するというよりも、外で活動するという GP の診療の在り方は、GP 協会の方針であったか。

(ウィズナル) 個別の方針はコミッショニング団体が決定している。これらの方針は医療提供を 4 ステージモデルの中でどのように行うのかについてのものであり、具体的には Integrated Care System がこれを決定する。そして、RCGP の役割はそのサービスに関わる臨床的な基準作りである。方針は政府が決定し、基準は RCGP が作るという分担となっている。この基準の中には、ホットハブ/コールドハブや診療所内での活動の基準が含まれる。

(A) RCGP としては、診療所の外での活動を指示されたということか。

(ウィズナル) 多くの GP 診療所がホットハブやコールドハブになった。そして GP はこういった施設の中でも活動した。そして、一時的に、GP は他の場所、例えば病院や市役所の一角に特別に設置された場所においても活動した。そして、ほとんどの GP 診療所はコロナ禍においても依然として開かれ、検査、ワクチン接種、電話診療が行われていた。

(A) GP の数が減っていることについても聞きたい。GP 診療所に勤務する医師もパートタイムが増えていると聞く。GP が減っていることについては、イギリス人の医師が国外に流出し、インド、パキスタン等の英連邦から医師が流入しているとも聞いている。そこで、GP が減っていることについて、そしてパートタイムの GP が増えていることについての RCGP のお考えを聞きたい。また、この原因と対策はいかに考えるか。

(ウィズナル) 確かに現在多くの GP が退職年齢に差し掛かり、GP の数が徐々に減っているという問題があるのは事実だ。政府は、これに対処するため、これまでよりも 1 年ごとの GP の育成枠を 1000 人増やすための予算を計上した。これにより退職していく GP の穴を埋め合わせることができるが、GP の需要自体が持続的に増加しており、その需要を充足するには追いついていない。

(A) 減った原因は、医療費抑制によって GP の給与が上がらないためか。それとも仕事がハードだからか。

(B) 質問の意図は、GP のなり手そのものが少なくなっているのではないか、ということだ。先ほどの答えは、引退年齢の GP が多いという理由付けであったが、それだけか。1000 人枠を増やすとのことだが、安定的にこの 1000 人の増加分を確保できるのかという問題を聞きたい。そして、その背景には GP になろうというなり手自体が減っているのではないかという我々の認識がある。そして、その原因として、とても仕事が厳しいとか、報酬が必ずしも高くないとか、さらに言えばイギリス人の GP が養成されたあと国内に残らず、例えば給料が向こうの方が高いという理由でオーストラリアに行ってしまうなどの問題があるのではないか、という質問である。

(ウィズナル) それを今説明しようと思っていた。まず、プラス 1000 人養成するというの

は退職する GP への対策だ。2つ目の指摘として非常勤 GP が増えているというものがあつたが、非常勤という勤務スタイルはとても人気がある。特に女性の GP で家庭生活との両立を求める場合には需要が高い。そのため、RCGP としてはコミッショニング団体と共に、よりフレキシブルに働くことで、家庭と仕事のバランスを取りながらジョブシェアというスキームを作りできるだけ GP の数を増やそうとしている。3つ目のポイントは、イギリスは多文化共生社会であるという点だ。我々は、インド、パキスタンをはじめ海外からの医療者を歓迎している。General Medicine Council という組織とパートナーシップを締結し、海外で医師免許を取得した医師がイギリス内で診療できるように GP の免許を発給している。また、RCGP は海外の家庭医療の質の向上のための援助も行っている。MRCGP を通じて、国際的なプログラムと試験も実施している。このように、我々は海外の家庭医のトレーニングと評価を援助し、基準をクリアした医師はイギリス内で診療することができる。また、若い世代の GP がオーストラリア、ニュージーランド、カナダ等の高水準の待遇の国に魅力を感じて人材が流出していることは認識している。海外に流出した GP がイギリスに戻ることが多いが、我々は General Medicine Council と協力して、一度海外に行ってもイギリスでの資格を失わずに済むように、そして戻ってきたときに NHS の中で仕事ができるように援助している。また、これらの海外での経験も価値あるものと評価している。また、おっしゃるように、イギリスでは高齢化も進行していることからより多くの GP が必要な状況である。また、病院に行くまでではない、コミュニティ内で対応できる慢性疾患も増えている。このような課題は、他の先進国でも見られるものだ。

(B) RCGP の会員である 5 万 4000 人の年齢構成、イギリス出身者と海外出身者の構成比、また男女比はいかがか。別の訪問先では、バングラデシュ人の多いエリアではバングラデシュ出身の GP といったように、そのコミュニティの出身者を積極的に採用しているという話があつた。そのため、イギリスの GP は多様な人種構成となっていると考えられるが、このような多様性を示す数字はあるか。

(バームフィールド) イギリスでは GP の男女比は女性の方が多くなっている。若い世代ほどその傾向が強い。また海外出身の医師も増えている。民族別の割合は分からない。

(ウイズナル) 2025 年の新規医師資格取得者の 70% は女性となると予測されている。それについての論文もある。民族別の割合はわからない。

(B) GP だけではないということか。

(バームフィールド) そうだ。

(A) 以前聞いたところによると、GP の年収は 1500 万円から 2000 万円で、専門医よりは少ないが他の国に比べるとその差は小さく、他の国に比べると、GP の地位がイギリスでは高いとのことだった。それは今でも変わっていないか。それから、GP が充足しないのは所得が上がっていないためか。

(ウイズナル) GP の平均年収に関するきちんとした数字はない。というのも、GP が提供する医療サービスの種類や、薬局を持っているか否か等の複雑な要素があるためだ。とはいえ、

先ほど指摘があった 10 万ポンドから 15 万ポンドというのは税前の所得としては概ね正しいといえる。

(B) GP は自営業だから、どんな収入を持っているかや、グループプラクティスの場合はその中の配分によっても変わるだろう。ただ、NHS からいくら払われているかということは他のセッションでも 1 単位当たり 1000 ポンドということを書いていたから、ざっくり言って 10 万ポンドから 15 万ポンドということになるのだろう。そこで、給料が上がらないことが GP の数が増えない原因の 1 つと書いていいか。あるいは、この間イギリスはインフレとなっているが NHS は予算統制がかかっているため GP の所得が相対的に減り、他の診療科を選択することよりも魅力が減少しているか。

(バームフィールド) 医学部に入学することは依然として非常に競争が高く、GP になることもまた競争が高い。そのため、GP の地位は依然高い。そのため、GP 自体の人气が低下している訳ではない。しかしながら、医学の中で GP 以外の職業も同じように魅力ある職業である。

(ウィズナル) まず収入について、収入が十分ではないので GP の人气が低下しているということはない。GP の地位は高く、非常に良い仕事とみなされている。したがって、GP になりたいという人は多いし、また GP の需要も増えている。そのため、政府としては、さらに多くの GP を養成するために、補助金を拠出するということが議論されている。GP の退職については、40 年間 GP として活躍した後 60 歳半ばで引退して、余生を楽しみたいという理由からだと思われる。

(C) 昨日は、引退年齢は 57 歳と聞いたが。

(ウィズナル) 57 歳というのは、その年齢で非常勤になる人が多いということだろう。実際には、非常勤であっても GP 自体を続ける人はいる。そのため、全ての GP の業務から引退するのは国全体で見ると 65 歳から 67 歳となっている。先ほど GP の報酬と専門医の報酬との比較をされていたのは興味深い。NHS ではコンサルタントと言われる指導医クラスの医師たちは、国立の NHS だけでなく、保険会社が運営するような民間の病院でも診療をしてそこでも報酬を得ている。そのため、GP よりもより高い報酬を得ている。しかしながら、このコンサルタント (指導医) は仕事とプライベートのバランスがとりにくく、働きすぎて燃え尽きる人も多い。そのため、医師をやめてしまうというような問題も起こっている。そのため、我々としては GP に対してより柔軟な勤務体系を提供してより長く働いてもらう方がメリットがあると考えている。

(C) お二人の説明は非常にわかりやすかった。しかしながら私には 1 つ混乱がある。昨日の Nuffield Trust で聞いたところによると、コロナのあと、GP に対する国民の満足度は史上最低となったと説明された。エコノミストという雑誌の 1 月 14 日号においては、コロナ前の水準から半減したと書かれている。ご説明があったようにシステムティックに対応したとしたらこんなに下がるはずはないと思われるがいかがか。国民や患者の不安や不満が大きくなり、それが GP に対する満足度の低下につながっているのではないか。

(バームフィールド) メディアにはいろんな記事が出るものだ。エコノミストの記事は私も見たが、国民は GP を信頼しておりコロナ禍の後にまた戻ってきたという報道もなされている。

(B) 要するに、信頼はあるが不満はある、ということではないか。

(ウィズナル) アンケートの中にも種々の質問があるが、その中でも不満度が高いのはアクセスに関連するものである。実際に現在 1000 万人が診察の予約を待っている状況となっている。しかしながら、NHS や医療そのものへの信頼は失われておらず、治療そのものへの信頼は高いものとなっている。これについては多くの文献が発表されているが、病院でなければ治療できないと思われたものが近所の GP で治療されたであるとか、GP の費用対効果が高いこと自体は文献でも確認されている。

イギリス-5-2 論考：Royal College of General Practitioners

—イギリス医療の予算と支払い—

森井大一

RCGP は、イギリスの医療制度の最も大きな特徴である GP (general practitioner) の職能団体 (強制加入団体) であり、学術団体である。また、公的な医療制度に直結する GP という国家資格を管理する役割も担う。イギリスには専門領域ごとにこのような Medical Royal College が多数存在するが、RCGP は最大の規模である。RCGP のヒアリングでは、イギリスの医療の予算が重要なテーマとして語られた。

イギリスにおける医療提供は、GP と trust の 2 本柱である。RCGP では、さらに trust の中で、ambulance service (救急搬送業務)、hospital service (入院医療)、mental service (精神医療)、community service に分かれる。このうち、いわゆる急性期医療を担っているのが、hospital service であり、acute trust 等と呼称されることもある。イギリスで hospital (病院) と言うと通常はこの acute trust を指す。2023 年第 1 四半期の統計を見ると、NHS England の傘下には 188 の trust がある (しかない) が、この中には acute & general の病床を 1 つも持たない trust が 32 ある。acute & general の病床のある trust の中には、眼科、整形外科等の単科の trust が 11 ある。したがって、人口 5650 万人の England において、いわゆる総合病院のイメージに合う病院は 145 しかない。この 145 の trust の病床数の中央値は 715 床であり、下位 25 パーセントイルでも 479 床である (図 1)。Nuffield Trust のヒアリングで、400 床から 700 床の病院は England では small hospital とされるという証言があったが、この統計は Nuffield Trust での証言を大まかに裏付けるものである。要するにイギリスの病院あるいは病院群 は日本に比べてかなり規模が大きい。

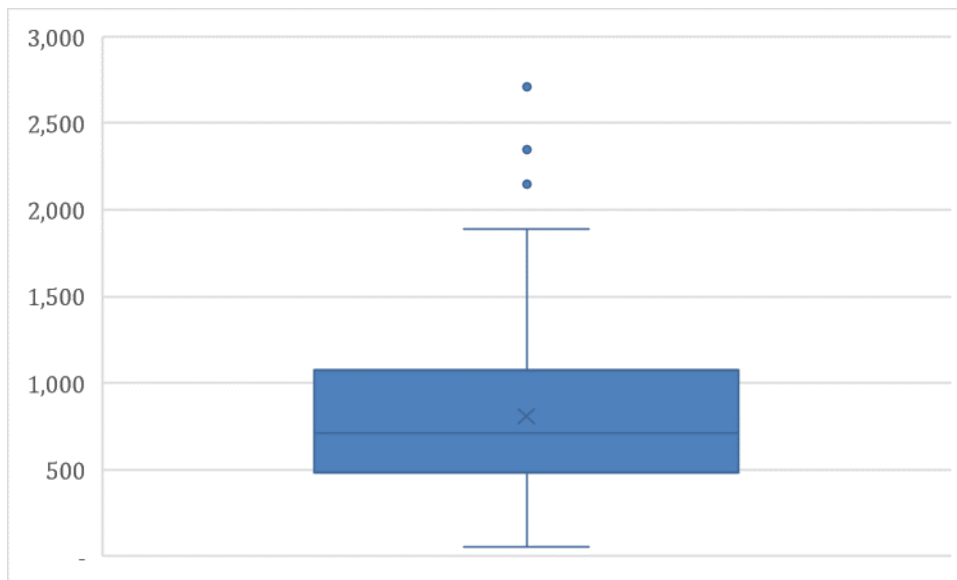


図1 England の acute trust (単科を除く) 病床数分布⁷⁵

イギリスの医療は税方式であり、原則的に国の予算で賄われる。2022/23年度の保健省全体の予算のうち England 分の予算は 1882 億ポンド (33.9 兆円⁷⁶) だが、その 85% に相当する 1604 億ポンド (28.9 兆円⁷⁶) が公的医療を司る NHS England に配分される⁷⁷。NHS England の公表資料⁷⁸によれば、NHS England の予算の約 7 割が integrated care system (ICS) にあてられ、その内訳は、acute care が 37.5%、GP が 12.8%、community health が 10.1%、mental health が 7.0% 等となっている。ICS を介しないサービスは、direct commissioning と呼ばれ、NHS England の予算の 21% を占める。この direct commissioning には、public health (健診、ワクチン等) や、GP に属しない primary care service (歯科、薬局、視力矯正等)、特別なサービス (specialised service)⁷⁹ が含まれるが、これらのサービスも ICS に段階的に組み込まれていく予定となっている。

イギリス (UK) 全体の医療費は 2826 億ポンド (50.9 兆円⁷⁶) であり、これは対 GDP 比

⁷⁵ Beds Open overnight: NHS organisations in England, Quarter 1. 2023-2024
(<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>)

⁷⁶ 1 ポンド=180 円

⁷⁷ <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/health-care-funding#:~:text=This%20budget%20is%20C2%A3185.1,2024%2F25%20in%20cash%20terms>

⁷⁸ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/nhs-allocations-infographics-v3-23-24.pdf>

⁷⁹ specialised service が具体的にどのようなサービスを指しているのかははっきりしないが、RCGP の資料では、GP practice の一部として specialised service が挙げられていたため、GP with special interest (いわゆる GPwSI) のことを指している可能性がある。

で 11.3% となり、11.5% の日本とほとんど同じ水準である⁸⁰。しかし、イギリスの病床数は日本の 5 分の 1 程度であり、ICU 病床数で見ても約半分である（図 2）。RCGP のヒアリングでは、GP の提供する医療について、予算の観点から「効率的」との評価が示されたが、これは acute trust を中心とする入院医療の効率の悪さを念頭に置いた説明であったと思われる。

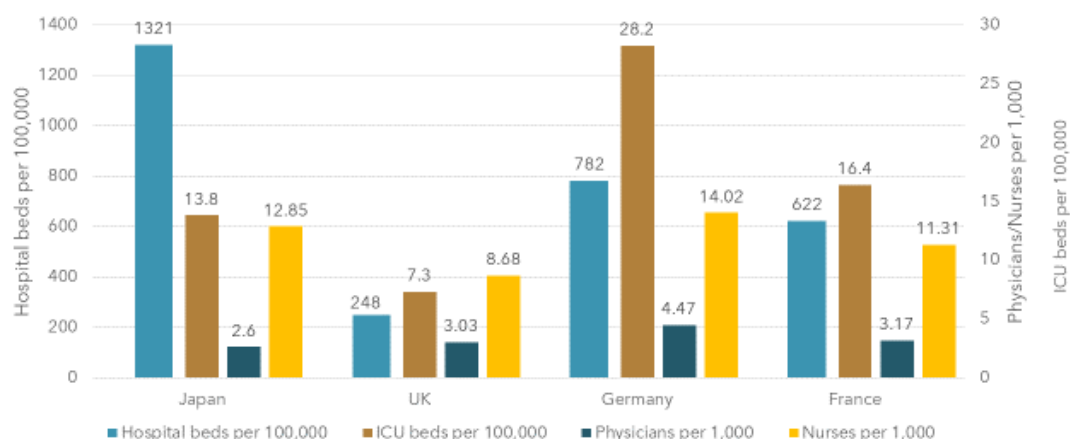


図 2 人口当たりの病床数、ICU 病床数、医師数、看護師数⁸¹

イギリスの医療提供とその支払いは、4 層構造になっている（図 3）。つまり、国会で成立した予算に従って、保健省が計画し、各 NHS（England の場合は NHS England）に予算配分され、それを使って ICS がサービスを購入（buy）し、サービス自体は GP や trust によって提供されるという構造だ。ここでの ICS の役割を commissioning という。ICS は、England（5650 万人）に 42 あり、日本の県にほぼ匹敵する人口単位である。2022 年から本格的に稼働し始めた新しい制度⁸²であるが、この ICS の意思決定機関である ICB

（integrated care board）に GP や trust の代表者が入って、それぞれが提供するべき機能の分担と具体的な予算配分が決定される⁸³。イギリスの医療制度は、PCG（primary care group）、PCT（primary care trust）、CCG（clinical commissioning group）と変遷してきたが、これらの制度変更は、commissioning 機能を担う主体の変遷としてみることができる。これを GP の立場から見ると、時代を経るごとに、個々の GP の fund holding の要素が限定される方向で制度変更がなされてきたと言える。つまり、かつては個々の GP が

⁸⁰ いずれも 2022 年 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)。

⁸¹ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en>

⁸² ICS の詳細はコン医師のセッションで解説されている。

⁸³ 今回の訪問調査では、North West London の ICB でもヒアリングを行った。

政府からの予算を直接受け取って、それを比較的自由的な裁量で運用した。これは、患者にどのような医療サービスを提供するのかについて、個々の GP の裁量が強かったと説明することもできる。いわば患者の受ける医療サービスについて、GP が一種の法定代理人のような立場で、その提供の場面や必要性を判断していたということだ。その意味で、ICS という新しい制度は、その判断の主体が県に匹敵するような広域のレベルまで上げられたものだとも見ることが出来る。“ICS が医療サービスを購入 (buy) する” という事の意味は、このような機能を想定していない日本からは理解しにくいものだが、commissioning 機能の変遷という角度から見る事が理解の助けになる。



図3 イギリスで医療提供と支払い構造⁸⁴

⁸⁴ RCGP のセッションでの資料

イギリス-6-1 応接録: St. Mary 's Hospital
(インペリアル大学と同じ NHS)

2023年6月1日

Ruth Holland: deputy CIO

James Bird: Chief Nurse Information Officer

Simon Ashworth: Clinical Director of Critical Care

Anthony Gordon: Professor in Critical Care

Claire Gorham: Deputy Senior Nurse in Critical Care

<要約>

- St. Mary 's Hospital はロンドンにある4つのトラウマセンターのうちの1つに数えられ、国内有数の大規模な acute trust であるが、専門外来も非常に多い。
- ロンドンにおけるコロナは、2020年冬から2021年春にかけての第2波が深刻で、1000人の職員の人員配置を変更して、病床の50%がコロナに転用された。
- 入院する場合の病床の差配はサイトオペレーションチームあるいはクリニカルサイトダイレクターの役割であり、各診療科に裁量はない。
- 最初のコロナ患者が入院してから2日間の間に、多くの患者が押し寄せる事態となり、さらに1週間程度で、非常時の対応を取らざるを得なくなった。
- GPは対面でのコロナ診療をしていないので、患者は自宅に置かれた状態だったのであり、状態が悪くなれば救急車を自分で呼んで病院に来た。
- 2021年から、患者を自宅でモニタリングして管理するという virtual ward が始まった。
- virtual ward では、38人の看護師が600人に対応するキャパシティを持っている。
- virtual ward の目的は、早期退院、コミュニティリスクの軽減、外来対面診療の減少の3つ。

Ruth Holland: deputy CIO

(ホーランド) こちらが、インペリアルカレッジヘルスケア NHS Trust に属する病院の概要になる。我々は大学とも関わり合いがあるので、医師たちがこちらで診療をしつつ、大学に籍を置いて研究活動をするという形になっている。

(C) インペリアルカレッジロンドンとインペリアルカレッジヘルスケアの関係、とりわけ上下関係はどのようなものか。

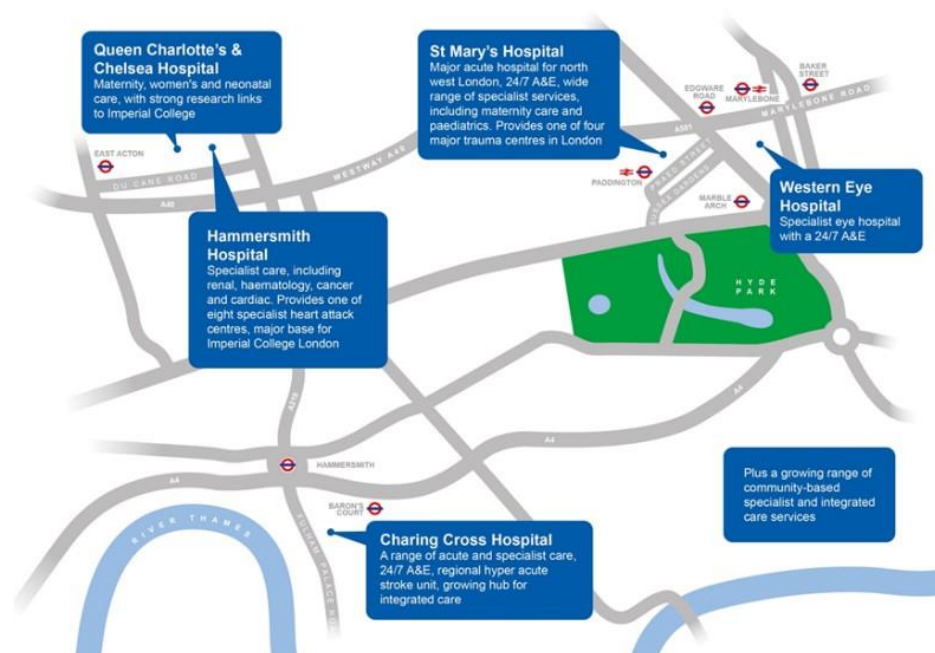
(ホーランド) これはイギリス国内ではみられるものだが、病院と大学との関係はアカデミック・ヘルスサイエンスと呼ばれている。そのため、病院で働いている医師が大学の教員を

兼ねている場合もある。

(B) 日本では大学の教員としての身分が一義的なもので、教育の一環として病院での勤務も行っているのですが、大学の教員としての性格が強い。先ほど、上限関係という質問が出たのは、こちらの施設では、むしろ病院が主で、そこに教育や研修が付属しているという位置づけなのか、という趣旨の質問だ。先ほどの説明では、教員を兼ねている人もいるとのことだったが、日本は逆で、大学に教授がいてそれが主で、そこに病院が付属しているというメインとサブの形になっている。

(ホーランド) 多くの NHS 病院は、アカデミック・ヘルスサイエンスネットワークの一部であるが、その下でも病院が大学とともにそのネットワークをリードしている。そして臨床医たちは NHS に雇用されてはいるものの、彼らの研究的興味については大学でその仕事をやる。

Our hospitals and services



そして、Queens Charlotte's & Chelsea Hospital というのは女性のための病院であり、合併症妊娠等の周産期の専門施設となっている。また、Hammersmith Hospital は循環器センターであり循環器系の手術はこちらで行っている。さらに Charing Cross Hospital は広範な救急医療を担当しており、救急部門があり、また脳梗塞ユニットもある。Western Eye Hospital は眼科に特化した専門した施設であり、かなり珍しいのだが、毎日 24 時間がん疾患の救急対応をしている。

(B) 眼科で緊急とはどんなものがあるのか。

(ホーランド) 目の外傷が主である。モアフィールドというまた別の名前を聞かれたかもしれないが、ここも眼科救急を行っているが、こちらはインペリアル傘下のものではない。そして、最後に本日お越しいただいている St. Mary' s Hospital だが、ここはかなり広範なサービスを提供している。救急部門もあるし、ロンドンの5つある外傷センターの1つでもある。御覧の通り様々な年季の入った建物があるが、我々は政府に対して、十分な資源を投下するように影響力を行使しようとしている。それによって、建物を修復したり新しい病院を建設したいと考えている。建物は歴史的価値があるが、とても古いので。我々はこのような広範な急性期医療を主に提供しているが、それと共に community service も提供している。北西ロンドンの240万人の住民に対してサービスを提供している。また、イギリス全体の国民に対して様々な専門医療の提供も行っている。患者たちは、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドからも来る。そしてその専門医療の内容は、性転換手術から血管系まで多岐にわたり、イギリスの中でも専門医がロンドンに集中しているという傾向がある。我々の Medical Director は、皆さんにお会いすることを望んでいたが、院内の役所に関する面談と日程が衝突してかなわなかった。

Our Trust in numbers: 2021/22

NHS
Imperial College Healthcare
NHS Trust


1,324,000
Patient contacts
(including inpatients, outpatients and day cases)


292,000
Emergency attendances
(including A&E and ambulatory emergency care)


33,000
Operations


£1.483bn
Turnover


14,535
Total number of staff


898
Active research projects across 12 different disease areas

ここに挙げた数字は少し古いものだが、概ね今でも変わっていない。1年で130万人の患者との接触がある。これらは外来・入院を両方含むものだ。現在、国の政策として、イギリス中の病院で、外来のフォローアップ患者の診察数を減らすという取り組みがなされている。次に、30万弱の救急受診がある。これは Charing Cross Hospital、Western Eye Hospital、

St. Mary's Hospital の救急部門に来た患者の総数だが、この数はほとんどの病院において増加傾向にある。それには様々な異なる要因があるが、1つの要因としては、人々がすぐに GP に受診できないために、24 時間 365 日患者を受け付けている救急部門を受診することがあり、このことは問題になる。15 億ポンド弱のターンオーバーというのは、政府から我々に支払われる 1 年間の支出の総額になる。その内訳の多くは、我々が提供する医療サービスに対する対価である。この予算は、まず財務省から保健省に割り当てがあり、そこから地域のコミッショナーと NHS England に分配される。NHS England は、ほとんどの専門医療サービスのコミッショニングについて責任を持っている。

(C) 患者総数が 132 万 4000 人でその中には外来を含んでいるということで、また救急の患者が 29 万人となっている。救急以外の一般の患者数はどれぐらいか。専門科外来だと思われるが。

(ホーランド) だいたい 100 万人が外来患者だ。

(D) ということは、およそ 30% の外来患者が救急外来ということになるか。

(C) 一般的な説明として、病院においては、救急外来の患者以外のサービスのほとんどは入院医療だと説明されることが多い。しかし、今聞くと、外来が 100 万人とのことである。そうであるならば、救急患者の 30 万人を除くと、70 万人もの一般外来があることになる。

(B) 救急外来の患者数は、130 万人の接触の中に含まれているのか。

(ホーランド) 含まれていない。別だ。

(C) 逆に言うと 100 万人の外来受診があるということになり、すごい数だ。一般の説明は、大病院は救急以外には外来をやらないというものが多い。それだけに 100 万人の外来患者があるというのは驚きだ。

(ホーランド) 私たちはかなり大きな外来部門を持っている。

(D) 眼科診療が多いからか。

(ホーランド) そうではない。多くの専門医療で外来を行っている。眼科だけではない。我々は、大規模な NHS プロバイダーの 1 つであり、イギリスの中でも有数の急性期医療機関である。

(B) 外来診療の内容としては、プライマリーケアではなく二次医療という理解でよいか。

(ホーランド) そうだ。二次医療である。我々はプライマリーケアはやらない。

(B) 外来はプライマリーケアと専門外来に分かれていて、専門外来として受診して、さらに例えば手術が必要だということになれば入院させるということだ。プライマリーケアとそれ以外という分類になっていて、その中に「それ以外」の中に入院と外来がある、というのが Trust と GP の役割分担となっているのがイギリスのシステムだ。

(A) だから入院と外来はこちらでもやっているということだな。

(C) 病院だけじゃないわけか。

(通訳) GP に行って、専門外来を紹介してもらう。

(A) GP で簡単なものは処理して。

(B) セカンダリーの定義にもよるが、日本だったら開業医がするようなものも、基本的には専門外来ということだろう。

(ホーランド) 現在、NHS England は専門医療のコミッションング（委託）の責任を負っている。もっとも、その役割を Integrated Care Board に移行しようとしている。この後、北西ロンドン Integrated Care Board も見に行ってください⁸⁵。これが向こう 2、3 年の間で計画されている変化だ。

(A) 病院も ICB の委託の傘下に移るという理解でよいか。

(ホーランド) いわゆる Integrated Care System というものがあり、これは地域ごとのシステムであり、全ての NHS 組織と地域カウンスルがこのシステムと共同して、住民に対する医療提供をすることになる。我々は北西ロンドン Integrated Care System の一部としてサービスを提供することになる。このことは後でまた触れるとして、14.8 億ポンドの内訳をお話してしまうと、この中には研究費も含まれている。そして、その研究プロジェクトはここに書かれているように 12 エリアに、898 のプロジェクトがある。そしてまた、1 万 4 千人の従業員がいる。

Collaborations and partnerships

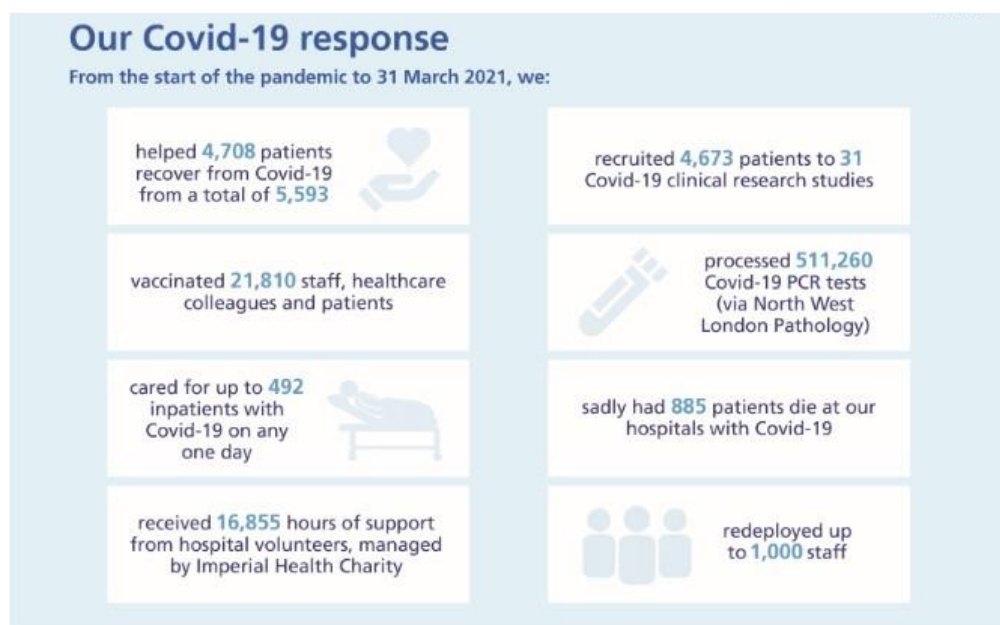


18 か月ほど前、NHS England は 42 の ICS を設立した。北西ロンドン ICS はその 1 つである。我々はこの北西ロンドン ICS の一部である。このシステムにおけるコミッションング機

⁸⁵ 北西ロンドン ICB のセッションを参照のこと。

関は、Integrated Care Board と呼ばれる。ICS が設立されたことで、以前はインペリアルヘルスケアとして予算管理をしていたが、これも ICS に移行する。ICS の目的は population health の向上である。こちらについては、後程いかれる北西ロンドン ICB で聞かれると思う。

Our Covid-19 response in numbers



次にコロナが我々にとっていかなうなものであったのかを説明する。大きく分けて3つの流行を経験した。ここに挙げた数字は、2波まで、すなわち2020年/2021年冬から春にかけて流行までのものだ。第2波は第1波よりも大きなものだった。最大で500人弱のコロナ入院患者を受け入れた。我々の病院は、いわゆる急性期病床を1000床持っているが、予定手術はすべて中止し、新たなスタッフを雇い入れ、集中治療のキャパシティを拡張した。これについては、アシュワース先生が後程さらに説明する。

(A) 半分の病床をコロナにあてたということか。

(ホーランド) そうだ。St. Mary's Hospital、Charing Cross Hospital、Hammersmith Hospital がそのような運用になった。Western Eye Hospital は眼科診療を引き続き継続したし、Queens Charlotte's & Chelsea Hospital は周産期医療を継続した。しかし、それ以外の3つの病院は、原則的にコロナ専用病院となった。

(B) 全部で何床あるのか。

(ホーランド) 3つの病院合わせて病床としては1600床あるが、そのうち入院患者に使われるのは1000床ある。

(B) 残りの 600 床というのは何か。

(ホーランド) 日帰りの症例 (day cases)、透析、その他かなり専門の用途が限定されたサービスのベッドとなっている。それ以外の 1000 というのは様々な入院医療に宛てられる。

(D) 1000 床のうち 500 床をコロナに転用するという判断は、政府からの指示・命令で行われたものか、それとも病院自身が判断したものか。

(ホーランド) 後者、つまり病院の判断だ。そういう需要があった。患者がひっきりなしに救急外来に押し寄せ、また救急車でも運ばれてくる中で、我々としては呼吸困難に陥っていたりその他種々の症状を呈している患者を入院させて治療せざるを得なかった。したがって、第 1 波の時に、予定手術を延期した。その理由は、コロナの為の医療者と病床を確保する必要があったからだ。そのようにして、第 1 波及び第 2 波の期間、我々は原則としてコロナ専門病院のようになっていった。

(D) それに関連して聞きたい。日本では、予定手術を延期して病床をコロナ用に転換することについて、外科医はものすごく抵抗した。手術のためのベッドをコロナに取られないようにという風に、組織内でせめぎ合いがあった。

(A) 要するに、日本では、一般診療との両立ということ、大病院ではものすごく重視した。そのため、病床の半分をコロナに転換することはほとんどあり得ないことで、一体だれが診るんだということになっていた。

(D) そのような議論が日本ではあって、コロナ入院のための病床確保がなかなか進まないということがあった。

(A) 実際に、大病院のうち、10 床以上診た病院は 10% しかない。

(B) 1000 床の病床があったとして、この病床管理は、日本だと各病棟単位で、これは外科のベッド、これは循環器内科のベッドという風にそれぞれの診療科ごとに割り振られている。そうすると、例えば今の話で、コロナに 500 床使うということは、例えば外科で使っていたベッドを感染症のベッドにするということになる。そうすると、病院の中で、それぞれ専門医師がいるので自分たちの手術が延期されたりしてベッドが転用されることに対して、それぞれの専門科の医師たちが抵抗するということで、仮に院長が半分をコロナに転用するといっても、現場の医療者が自分たちの医療を守るということでなかなか合意形成できず、病床転換ができなかった。

(ホーランド) 我々には選択肢がなかった。我々も、脳梗塞、心疾患、重症外傷のサービスは温存した。それは、コロナ禍であっても、これらの疾患はなくなるから。しかし、コロナの医療需要が大きすぎて、我々には選択肢がなかった。

(D) そのことは皆が理解したのか。

(ホーランド) そうだ。すべての病院がそうだ。

(B) そもそも、日本だと 1000 床のベッドというのは、ここは外科のベッド、というような割り当てがあるが、イギリスではそうになっていないのではないかと思うがいかがか。もし、日本と同様になっているのであればそれを乗り越えるのはかなり大変だと思われる。

(ホーランド) 我々のところでは、サイトオペレーションチームと呼ばれる部署があり、彼らが、患者の流れを管理している。例えば、患者が救急外来から入院するときに、その病床が最も適しているのかを判断する。これはサイトオペレーションチームあるいはクリニカルサイトダイレクターの役割であり、1000床の病床全部について彼らが決定する。それぞれの専門診療科が決定するのではない。

(B) そこが決定的に異なっているのか。

(ホーランド) 我々はその中で管理する病床の種類に応じてこのような管理を行っている。一般急性期病床が1000床あるのに加えて、大人の救急病床、小児救急病床、これらはいたい別個に運用されているが、1000床の一般急性期病床については、サイトオペレーションチームが、入院及び退院の患者の流れを管理している。

(B) ベッドは、誰かこれを管理する人がいて、外科の医師がそこを開けてくれとかと言った場合に、その割り当てというのは別の人がやっている。日本みたいに、この病棟は外科の病棟ですとなっていて、医者も患者もそこに張り付いているという運用をしていないということだ。

(A) もしかすると、普段は日本と同じようにしていて、緊急時だけ上の権限で病床管理したということではないのか。

(B) いや、そもそも普段からそうなっていると言っていた。

(通訳) サイトオペレーションチームというのは、普段からのものか、それとも緊急時のものか。

(ホーランド) 普段からのものだ。

(A、B) 縦割りじゃないんだね。

(B) ベッドという資源は病院全体のもので、それはそれぞれの医師が、医療の必要に応じて割り振ってもらっているということだろう。

(A) そうすると、日本でも事前の計画はなく泥縄式の対応を余儀なくされたが、イギリスでも前もってこのよう事態が起こればこうしようということは決めていなかったということか。やりながら決めていったということか。コロナのような感染症が発生することを想定して、そのような病床運用のルールが決められたのか。

(D) 聞いてみましょう。違うと思うが。

(ホーランド) イギリスでは、そのように元から運営されているだけだ。それが常にいつもいいこととは限らない。時には、あまりに多くの患者が救急外来に殺到し病床が必要となり、予定手術を中止しなければならないこともある。そういうことが起こらないようにはしているが、それでも時にはあり得る。

(A) ある意味公立病院だからね。経営的には、予定手術を延期したような場合に赤字になった場合には、これが後から補填されたりするのだろうか。

(B) これは経営の問題ではないだろう。病院にあるリソースは、それを個々の必要性に応じて使っている。オープンというのはそういう意味だろう。つまり、リソースも含めて外科

に属しているというものではない。ベッドは、一般的に、皆が使うものとしてあって、外科がいついつに手術をするということで、ベッドを空けるようにチームに依頼し、確保できなければその手術ができないことになるだけ。

(A) そうかもしれないが、経営の視点から見て、そのようになっているのかも知りたい。そのような病床運用の結果、経営に悪影響があればその分は補填されるか。

(ホーランド) 手術を中止したりすると、収益への影響は確かにある。2023/2024 年度でいうと、我々の収入というのは、まず固定額の報酬がある。これに加えて、手術ごとの対価として支払われるものもある。そのため、財政的には、当然ながら我々としてはより多くの手術をこなしたいと思っている。しかしながら、収容限界および人材確保の制限が、その手術をこなす能力に影響することになる。そして、2 波までには、コロナと予定手術の両方を何とか両立してやるようにしたが、第 1 波の時は、予定手術はほとんど中止した。

また、コロナの時は、例外的に全てが固定額払いであった。

(A) では、コロナの時は、経営は保証するという事だったのか。

(ホーランド) そうだ。

(C) 500 床をコロナにしたという話はよく分かった。日本では、コロナを治療するのはベッドではなく職員だという言い方もされたところだが、ICU に患者を入院させる場合、一般病棟の患者よりも多くの人手がかかり、2 倍、3 倍となることもある。その人員確保ができないからコロナ病床に転用できないということになったが、こちらの病院は、元々人員的な余裕があって、対応できたのか。一般論として言えば、一般病床よりもコロナ対応の ICU 病床の方が人手がかかるが、その人員配置はどのようになっていたか。

(ホーランド) 我々は現在においてさえも人員不足の問題を抱えている。コロナの時は、コロナ病棟の支援のために、1000 人の配置転換を行った。それは元々他の役割を担っていたスタッフ、例えば、日帰り手術の患者が減ったので、その人員を回したり、第 1 波、第 2 波の時には、医療職でなかった者までヘルプアシスタントとして現場に出てもらったりした。皆が、従来とは違った役割を担った。そうするしか他にやりようがなかった。

(A) 日本だと、呼吸器内科専門家や救急の専門家など限られた医師がコロナ診療に当たり、自分は心臓の専門だからコロナは診療しない・できないなどということがあったが、そのあたりは医師も看護師も科を超えて協力したということか。

(B) その人のマネジメントは誰がしたのか。

(ホーランド) メディカルダイレクターオフィスが人事部と共にこの再配置を決定した。

(B) それは医師についてもか。

(ホーランド) そうだ。医師も、看護師も、多くの人が再配置された。

(A) いろんな科を問わず協力したということだね。

(A・B) させられた。させる権限がある。

(通訳) 抵抗はなかったか。

(ホーランド) 自主的なものだった。その再配置は、その人のスキルの範囲内で行われた。

できないことをやれとまでは言われなかった。実際には多くの人は、その危機的状況があったので、再配置することに前向きだった。

ICU

Simon Ashworth: Clinical Director of Critical Care

Anthony Gordon: Professor in Critical Care

Claire Gorham: Deputy Senior Nurse in Critical Care

(アシュワース) 当初のイギリスでの計画では、我々はコロナを非常に重要な感染症であると位置づけ、当初想定したケアのモデルは極めて個別化されたもので、1人の患者に多くの看護師を配置し、多くのPPEをあてがい、非常に複雑な戦略を採用したため、受け入れを拡大することができなかった。St. Mary's HospitalのICUに最初のコロナ患者を入院させたのは3月8日だったが、その患者に対してはその戦略でも対応できた。でもそれは、1日、2日のことで、すぐに多くの患者が押し寄せる事態となった。そのため、遅くとも3月の半ばまでには、我々は受け入れの拡張をする必要に迫られた。そこで学んだ教訓としては、固定観念を捨てて、患者の必要があるのであれば、それに見合った計画に合わせて状況に対応していくということだ。今は、皆知っていることだが。ご想像の通り、指数関数的な増加に従って病院そしてICUに入ってくる患者の数が増えた。その状況を緩和するために3月26日にイギリスはロックダウンに入ったが、その影響はすぐにはあらわれなかった。そして病院は、通常の活動を中止し、病院から患者を退院させ、ICU機能を拡張できる場所を探し始めた。このころの感染者予測は、極めて恐ろしい事態を示しており、1日あたり最大40万人の感染者が出ると予測されていた。我々はそのうちの1割がICU管理が必要になることを想定した。しかし、この患者数は通常のICUの10倍の数になるものだった。リカバリー室を見つけることができて、そこで21床確保した。技術的課題として、気流の確保の問題があった。コロナの感染対策のために陰圧を確保しなければならなかったことだ。しかし、人繰りが最大の問題だった。特に看護師が全く足りなかった。医療従事者の中からもかなりたくさん感染者が出たし、感染への不安もあった。感染者はすべての職種から出た。陰性を確認する方法も定まっていなかったので一定期間職場に出てこられないということがあった。

(A) 手術そのものを全部止めて、術後のリカバリー室をICUに全部転換したのか。

(アシュワース) そうだ。我々は、重症外傷や重症心血管系疾患のような本当に緊急のものだけを継続した。90%の手術は中止となった。リカバリーが必要な患者は手術室内で管理した。我々は他の医療職や看護師に対して2つの施設で研修を行い、数多くのプログラムを行った。そのようにして、看護師をICUでのケアに当たらせた。また他の医療職にもオンラインセッションを提供し、ICUでの仕事に従事させた。他のサービスは中止していたので、我々の3つのサイトから300人の余剰人員をICUに再配置した。平時であれば通常の業務を行っていた職員を、合計で1000人ほど集めて、再教育してICU業務に当たらせた。この研修が終わるまでの2週間は、30人の患者に対し12人の看護師でICUを運営せざるを得なかった。我々の3つの施設はどれも同様の対応となったが、この病院に関しては病院全体がコロ

ナ病院となってしまった。

(D) ロンドン市内でどれぐらい同じような対応を取った病院があったか。

(アシュワース) ロンドン市内の病院の「すべて」がそうだった。イギリス南部では「ほとんど」だろう。

(ゴードン) いくつかの専門病院は例外だ。がん専門病院や循環器病院はそれぞれの専門領域の診療を継続した。

(アシュワース) また、当然ながら循環器センターは ECMO センターでもある。そのため ECMO に関してはフル稼働することとなった。イギリスには ECMO の数は非常に少なく、当時は 60 台程度しかなかった。そのため、より多くの ECMO 治療を患者に提供できるように、この能力を倍にした。そのため、循環器センターも、最大限業務を拡大していた。パンデミック以前には、イギリスには 3700 床程度の ICU しかなかったが、パンデミックのピーク時には 6000 床まで増えた⁸⁶。思い出していただきたいのだが、1 人の ICU 患者がいれば 10 人の ICU に入らない入院患者がいることになる。このような入院患者については、virtual ward という 2020 年 3 月に始めた新しい取り組みの中で収容した者もいる。これは、病院外で患者を収容しつつ、安全な管理を行おうというものだ。

(B) それは自宅か。

(アシュワース) そうだ。第 1 波のピークの時、142 人の患者がこのトラストの ICU に入院することになった。最初は 80 床しかなかったが、それを 142 床まで拡大し、物理的に 142 人の患者を収容した。麻酔科達はリカバリー室の ICU の運営に携わったのだが、そこではまた別のやり方が採用された。彼らは患者の呼吸管理を麻酔機で行った。我々は、かなり多くの麻酔機を患者の呼吸管理に使わなければならなかった。詳しくは述べないが、それは好ましいことではなかった。このやり方で唯一よかったことは、このやり方だと酸素を浪費することがない点だ。酸素不足となっていたので。

我々はまた、クロスカッティングチームも編成した。これは、挿管を行うチームであり、経験十分な麻酔科が担った。そのため、挿管はすべて経験豊富な麻酔科によって安全に行われた。PPE の着脱についても徹底され、可能な限りの安全性の確保の下で挿管が行われた。また、フローニングチームも編成され、伏臥位療法を行った。我々は、可能な限り、我々の仕事を産業化しようとしたのだ。

(B) ここには 16 床 ICU があるが、この病床に対する通常の医師と看護師の配置はどれぐらいか。また、コロナの間は、患者の状態が読めないのでベッドを増やしたとしても、高齢

⁸⁶ この点について、OECD (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en>) によると、対 10 万人当たりの成人 ICU 病床は日本が 13.8 床、イングランドが 7.3 床、フランスが 16.4 床、ドイツが 28.2 床となっており、確かにイギリスの ICU 病床は少ないといえる。また、BMA の分析 (<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-hospital-beds-data-analysis>) によれば、イギリスでの第 2 波が終息した 2021 年 4 月にはイングランド全体で 4400 床を下回る程度まで戻っていた。それ以降はイングランド全体で 4000 程度の ICU 病床数となっている。そのため、他の OECD 諸国や欧州諸国との比較では、ICU の病床数が少ないという事情についてはコロナ前の水準にほぼ復しているといえる。

者や要介護者がコロナに感染して来るとなると人手がより多くかかるので通常の配置よりも増やしていると思うが、コロナ以外の普段の配置はどうであったか。そして、コロナの時にそれがどれぐらいに増えたか。

(アシュワース) 2つのウィングがあるのでこの病院の平時のICUは32床である。その病床に対して、指導医が13人、中堅のレジストラが12人、そして同数の研修医(SHO)がいる。そして、ナースは各勤務毎に25人から28人いる。

(ゴーハム) 28人だ。

(アシュワース) それが通常の態勢である。ここで、我々が学んだ教訓についてもお話した。まず、第1波での教訓は、夜間にいろんなことをしようとするのはスタッフにとって極めて有害であるということだ。特に麻酔科に関係する手技は多くのことをしなければならず、そのようなスタッフにとっては、夜の時間帯に処置を行うことは非常に消耗させるものだ。そのため、日中の仕事にも集中できなくなってしまうようになる。そのため、なるだけ日中の時間帯にできることをやってしまうように配慮し、スタッフの消耗を防ごうとした。イギリスにおける第2波である2020年12月末から2021年4月までは、第1波とは別の場所を使うようになった。より少ない病床で対応することで、他の疾患の手術も両立して行うことができた。別の建物の別の設備をあてがわれたが、そこには12床しかなかった(第1波の時は21床がコロナ病床に転換された)。しかし、この時の方がはるかに病院に対する悪影響は小さかった。何もかもを中止することの弊害は破壊的だった。我々はまだ完全に平常と言える運営に戻ったわけではなかったが、そうやって手術を再開していき、より多くのリカバリーが手術患者のために使われるようになった。さらに、第1波の時はほとんどの患者はCTを撮像しなかったが、第2波の時はだいたい1人の患者当たり2回から3回のCTの撮像が行われた。そのことによって、肺がどのようになっているのかがよりわかるようになった。第2波では入院のタイミングをより早めて受け入れ、そのことによって第2波で受け入れた患者は第1波で受け入れた患者の2倍となった。そして生存率も61%から73%まで上昇した。これは研究による重要な革新のたまものだ。また、医療補助者を使うという従来と違う方法を早急に採用した。これは大きな前進だったと思う。また、なるだけサイドルームと呼ばれる個室を使うことを避けた。これは看護師にとって使いにくいものだったからだ。また、我々多は地域全体の援助も行った。約100人の患者を、受入れの限界に達した他の病院から転送して受け入れた。コーディネーションについては、第1波の時は十分ではなかったが、第2波においてはよりスムーズに行われた。しかし、これらの病院は大変混乱していて、我々の援助がなければかなり高い死亡率になっていたことは間違いない。そして、肺炎治療に当たっても、呼吸器チームと緊密な連携を行った。そして第2波のピーク時には149人の患者がICUに入院していた。そして、1日当たりの患者数では約2倍の患者を診ていた。次はトニー(・ゴードン)に研究の話をしてもらう。

(ゴードン) パンデミックの最中に研究を行うということは、治療方法や患者の予後を向上させるための鍵であると思っている。そして保健省のチーフメディカルオフィサーは、パン

デミックが始まった初期の頃に命令を出し、何が役に立って何が役に立たないのかを学ばなければならないと発言した。そのため、常に医師らに対して単に患者に医療を給付するだけではなく、患者を研究に組み入れどの薬が効いてどれが効かないのかを明らかにすることが奨励された。NIHR⁸⁷は多くの小さな臨床試験に拠出するのではなく、いくつかの大型の臨床試験に集中的に拠出する。私が担当したのは、Remap-cap と呼ばれる国際的なトライアルである。これは日本も参加している国際的な枠組みの研究で、聖マリアンナ医科大学の齋藤浩輝先生も共同研究者だ。この研究では、パンデミックが発生したときに多くの患者を迅速にリクルートすることができる。我々は今回の研究で1万1千人の患者を組み入れた。そして14種類の重症者に対する治療について、その結論を得ることができた。我々のグループはトリズマブの有効性について報告⁸⁸する最初のグループとなった。他にも、ステロイドや回復期患者血清、アスピリン、ヘパリンの効果についても研究した。私が重要だと思うのは、パンデミックや緊急事態があった時に、皆は「何かしなければ」と言った時に、それをやりっぱなしに知るのではなく、そこから学ばなければならないということだ。我々はイギリス内で143の病院の参加を得て研究を行った。第1波以降にさらに生存率を向上させるための鍵は、ランダム化臨床試験から得られる高い質のエビデンスから学ぶことであった。そこで、我々の臨床現場においては常に研究計画を打ち立て、そのことによって常に学ぶことができている。現在、この remap cap trial と同じ枠組みを使って、インフルエンザに対して、どの抗ウイルス薬が最も効果的であるのか、またステロイドは有効か、についての研究も行っている。そして、今後のパンデミックに備えて、鳥インフルエンザすでに新しい薬剤の効果を調べる研究を行っている。

(D) そのような臨床的な治療とは別に、トライアルをするチームが別にある態勢というのはコロナ以前からあったものか。

(ゴードン) そうだ。イギリスの NIHR は NHS の研究部門である。NIHR が私の給料を支払っているが、3分の1は臨床の仕事を行い、3分の2は研究を行っている。そして、私の下には、リサーチナースのチームもある。彼らの一部は臨床も研究も両方を行っている。そのように、我々は2つのことを合わせて行おうとしている。

(アシュワース) 我々がトラストとして参加した別の研究としては、病棟単位のものやリカバリー室で行われたものもある。

(ゴードン) そうだ。研究活動は NHS 全体にとっても重要である。しかし、それはインペリアル大学のような比較的大規模な施設に偏っている。我々の研究資金は、NIHR がバイオメディカルリサーチセンター (BRC) に拠出したものだ。大学と病院は緊密に連携して、全ての分野においての研究を援助した。

(アシュワース) 専門医として臨床診療に従事している我々は、常に研究に組み入れることができる患者を探している。我々は研究に参加することの重要性を理解していたが、それは、

⁸⁷ National Institute for Health Research

⁸⁸ <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2100433?articleTools=true>

コロナは我々が普段目にする他の疾患とは違ったものであることがはじめに明らかだったからだ。トニー（・ゴードン）、広域ロンドンの枠組みで付け加えることはなかったか。

（ゴードン）アシュワース先生が先ほど少し触れたように、広域ロンドンの各所からインペリアルトラストの病院へ転院搬送されてきた患者についてお話したい。ロンドンの中心部というのは、裕福な市民層の場所であり、人々は、自宅待機となったとしても容易に自主隔離することができた。しかし、ロンドンの外苑部やその外側は、より社会的に貧しい地域になる。多人数の家族が同じ家で寄り添って暮らしている。我々の集中治療のネットワークに属している北西ロンドンの多くの病院はそういった地域にある。そのような病院では早期から多くの患者が殺到し、すぐに限界を迎えることとなった。

（D）病院間で患者のやり取りをするときに、それは病院が個別にやり取りをするのか、行政が間に入って調整をするのか、他の方法があるのか。どのように調整されていたのかを教えてください。例えば、先ほどおっしゃったロンドンの北西部で患者が多数発生し、その医療資源が脆弱であるとなった時に、患者をどこかで受け入れてほしいという需要が発生するわけだが、その需要が発生したことをどのようにして別の病院が知って、それをここでなら受け入れられるだろうということを誰が判断するのか。行政が判断するのか。

（アシュワース）行政ではない。集中治療ネットワークというものがある。搬送が必要となった病院はここに電話をかけて受け入れ先の選定を依頼する。このネットワークは、全ての病院が有している病床を把握しており、そこから我々に電話がかかってきて、受入れできるかを聞いてくる。もう1つのやり方は、我々のサイトチームが、我々のトラスト内で受け入れ可能な場所を決定するというものだ。そして2つの病院の上級医同士が話し合っ、患者の搬送を決定する。

（B）そのネットワークは誰がオペレートするのか。

（アシュワース）実際の仕事は、この病院の上級医が行っている。それは偶然であり、持ち回りで担当している。

（A）では、それは病院同士がやっているものということか。どこかの行政が行っているものではなくて。

（アシュワース）NHS ロンドンも全体像を把握してはいるが、実際のコーディネーションほとんどすべて地元の裁量に任せている。それは地理的な機能不全を回避するためである。そしてそれは、地元の善意と協同によって支えられている。重要なのは、問題がより困難なものとならない限り、人々が“No”といえる状況を極力排除することだ。例えば病院が医療崩壊を迎えようとしているときに5人の人がNoと言い出すという状況は誰も好まない。患者を搬送するのに障害を最小限にする必要がある。我々が第1波で気づいたことであるが、別の危険は、限界に達した地域の病院はかなり絶望的な状況となっており、周辺の病院に電話しまくっていた。たった1人の患者のために、5人分の搬送先が探されていたというようなカオス状態だった。そのため、シンプルな1つのシステムが必要だった。

（A）コロナを診た病院と診ない病院があったか。また、GPからの入院依頼はどこが調整し

ていたか。

(アシュワース) GP から病院への入院というのがどれだけあったのかは詳細には知らないが、トムがもっと知っているかな。

(ゴードン) ほとんどの GP は対面でのコロナ診療をしていない。ほとんどは、ビデオ診療だった。そのため、患者は自宅に置かれた状態だったので、救急車を自分で呼んで病院に来た。

(A) GP が紹介したというよりも、救急車を患者が呼んで病院に来たということだね。

(アシュワース) 最初の頃は、患者はほとんど瀕死の状態まで病院までたどり着いた。到着して数分で救急外来で挿管されるということが非常に多かった。第2波においては、この状況はマシになった。

Virtual ward

James Bird: Chief Nurse Information Officer

(バード) 北西ロンドンで virtual ward というものを始めた。このチームは看護師によって編成されており、私とその指揮を執っている。このチームは、組織や区・地元の行政区分を跨いで活動している。そしてその活動はすべてリモートで行っている。アプリ、電話、その他の技術が使われている。



このスライドは、あまり深入りするつもりはないが、我々がいる地域の背景を説明したものだ。例えば、この地域の成人の 18% がスマートフォンを持っていない。これはつまり、テクノロジーを使うとしても一部の患者はスマートフォンとは無縁の生活を送っていることを示している。

Origin of the Virtual Hospital

Background

Remote patient monitoring using the Current Health solution has been in place across ICHT since January 2019
 Originally bought for bariatric surgery Early Supported Discharge (ESD) pathway pre pandemic
 Due to pandemic, used instead by the frailty service to care for patients in residential and nursing homes, and extra care supported living accommodation
 Partnership Award from NHSE in late 2021
 Collaborative virtual monitoring for patients from ICHT & CWFT has been in place since Nov 21 (funding used to pay for 3 x band 6 staff)
 Currently being funded by the ICB Virtual Wards programme, so can flex as demand changes. Now system wide (hosted by Imperial College Healthcare NHS Trust).
 Driven by forward thinking ICB and a history of good local collaboration

Initial pathways

The following pathways were initially prioritised due to their impact on winter, yellow pathways are secondary care led

- ✓ COVID@Home
- ✓ Covid Virtual Ward
- ✓ Heart Failure
- ✓ COPD
- ✓ Care Homes

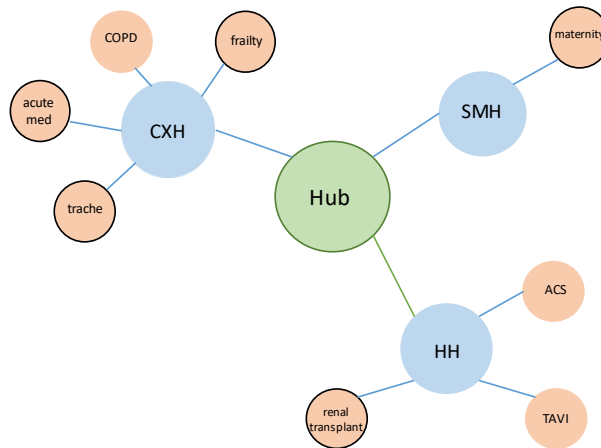


5



歴史についてもあまり深入りはしないが、この取り組みは正式には 2021 年に始まった。我々はこれを hub と呼んでいたが、これは virtual monitoring hub のことで、これによってすべてのモニタリングをリモートで行っていた。

First iteration of a virtual wards hub (early 2021)

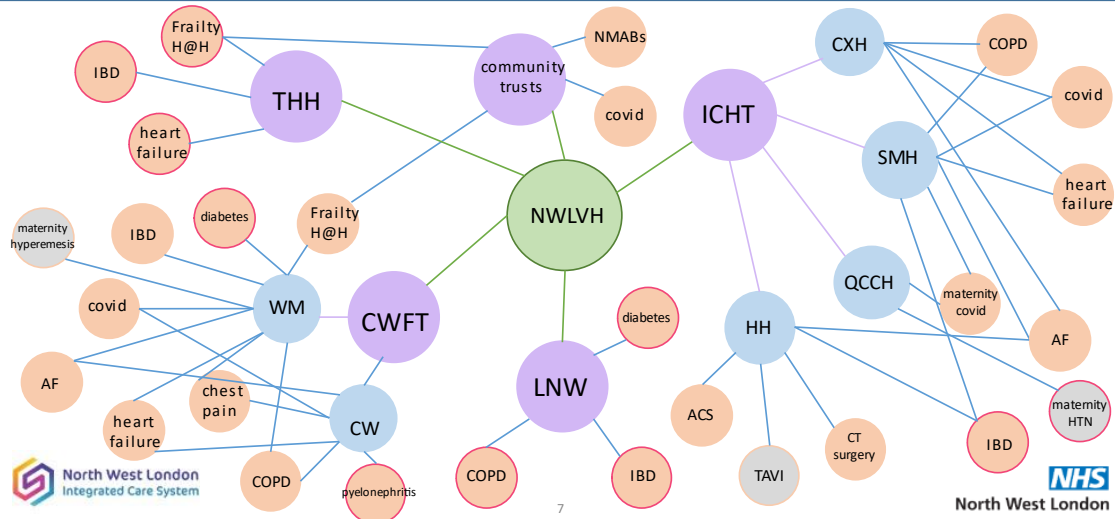


6



対象としては、COPD、気管切開後の管理、フレイル、腎疾患、TAVI、そして急性冠動脈疾患等から始めた。これが 2021 年に始まったものだ。

Current iteration of the Virtual Hospital (mid 2023)



こちらが今の状況だ。現時点でトータルして 214 人の患者がこの管理に置かれている。キャパシティとしては 600 人までの受け入れが可能だ。38 人の看護師が従事している。

(B) 真ん中の“NWL VH”というのは”North West London Virtual Hospital”の略か。

(バード) そうだ。“ICHT”が我々の Trust である Imperial College Healthcare Trust だ。

“CWFT”は Chelsea and Westminster FT で、彼らは Westminster Middlesex Hospital を持っている。

心臓血管手術の場合を例にとって説明したい。現在、コロナによる手術の延期の影響で、心臓外科の待機患者がかなり多くなっている。以前は、我々の上級医が待機患者の中から優先順位を決めて手術を行っていた。現在は、virtual ward での様子や症状を基準に手術の優先順位が決められている。データを解析すると、今のやりの方が生存率が上がり、且つ手術までの時間も短くなることがわかってきた。考え方としては、待機リストに入った順番に手術するというのではなく、症状や重症度を基準に順番を決めるということだ。先週は 3 人の患者を手術したが、循環器科医の意見では、その時手術できていなければ今はもう亡くなっていただろうという患者だった。もう 1 つの具体例は、心不全の例で、心不全の virtual ward のおかげで、心不全の入院期間が 5 日間短くなっている。この差は統計的にも有意であった。

Current activity

15 live pathways (24 wards)

VIRTUAL WARD	Patients to date
Acute Coronary Syndrome	202
Atrial Fibrillation	70
Cardiac Surgery Waiting List	114
Chest Pain	60
COPD	297
Covid (maternity)	278
Covid	185
Frailty	1
Heart failure	190
Inflammatory Bowel Disease	36
Maternity Hyperemesis	13
Monkeypox	884
TAVI pre operative	7
TAVI post operative	1
Total	2306

Pathways under development (cross sector)

- Community Acquired Pneumonia
- Diabetes
- Atrial Fibrillation
- Chest pain
- Alcohol withdrawal

Platforms in use

- CIE/PKB
- Current Health (continuous monitoring)
- Luscii
- Huma
- Fibriceck
- Ortus
- (Telemonitoring only)



9



このスライドに示しているのは、この取り組みが単一のテクノロジーによって成り立つものではないということだ。ここに挙げられているプラットフォームの全てを使っている。これらはそれぞれ違ったプラットフォームで、いくつかは継続的モニタリングであり、我々が“spot”と言っているもので症状のマネジメントの為のものである。

この virtual ward のメリットはいくつかあるが、最も強調したいのは、人材の効率的な活用だ。我々は 600 人までの受け入れキャパシティを用意しているが、それに従事する看護師は 38 人しかいない。もし 600 人の患者を実際の病院に入院させたら 1000 人単位の看護師が必要となる。

Benefits and opportunities of a centralised model

Benefit	Examples
Scale and cost efficiency	Sector Virtual Ward activity >2000 patients in last financial year Conservative estimate of 4612 bed days £1.84 million to date Centralisation of 2 covid@home monitoring hubs saved additional £1/2 million
Pace and responsiveness Ability to flex capacity to meet system requirements No recruitment lag	Monkeypox – were able to stand up a new pathway in <2 weeks on board 150 patients in 1 week Maternity covid pathway took 70 patients in one week in response to an outbreak Cardiac surgery went live with 45 patients in 1 day
Drives out variation	Use of community teams Support for trusts where CNS recruitment is a challenge
Developing relationships across the system	Community and acute trusts managing pathways together 111/LAS
Patient experience Continuity and one point of contact for patients with co morbidities Ability to signpost to other services Location of patient irrelevant	Patient concurrently managed on COPD and Heart Failure pathways Safeguarding/mental health referrals Overseas patients for ESD Patients who stay with family for additional support during illness
Staff experience Retention of skills within NHS	Recruitment of staff at risk of redeployment Use of bank to support flex Staff report more quality time with patients Learning opportunities and potential for career progression

また、これはビジネススクールで出てきそうな話であるが、我々が採用しているこのような構造のおかげで、迅速に弾力的に規模を拡張することが可能であるという点も特徴的だ。実際、コロナのアウトブレイクの時は1週間で70人を受け入れたし、サル痘のアウトブレイクがあるとなればやはり1週間で150人を受け入れた。これは、病院で多くのことを中止できたということでもあるが、逆にTAVIを始めたら、virtual wardの患者もTAVIの患者が多くなる。先週はTAVIの患者を50人受け入れた。そして、少なくとも184万ポンドの入院費の削減にもつながっている。

うまくいくために重要なことは、全てが核となるシステムに統合されていることだ。virtual ward自体は毎日朝8時から夜8時までのモニタリングに過ぎない。仮に患者が午前3時に救急外来に来たとしたら、救急医は我々がvirtual wardで日中に行ってきたことについて知る必要がある。そのようなときのために、1つのシステムですべてがわかるようにしておく必要がある。

(C) このvirtual wardは、病院で治療が終わった患者を早めに退院させるためなのか、入院前の患者を対象とするのか、どちらか。

(バード) 1つ目の目的は、早期退院支援だ。2つ目の目的は、いわゆるコミュニティリスクの低減である。つまり、コミュニティの中の患者で、COPDや心不全があり、あるいはだんだん弱ってきている患者がいる場合に、こういう人達がなるだけ救急外来に行かなくて済むようにするという考え方だ。そして、3つ目の目的を付け足すなら、外来の対面診療を減らす、ということも含めてもいいかもしれない。よって、もし私があなたをvirtual wardで管理できるのであれば、10回診療所に直接来なくてはいけなかったところが1回で済むようになりますよ、といった具合だ。という訳で、3つほど目的があるといえる。

(A) モニターするだけで、看護師の訪問はしないのか。

(バード) 「家庭における病院」と呼んでいる仕組みで、看護師が実際に患者宅を訪れるという仕組みがある。しかし、課題としては、実際にそれをする数が減っていることだ。今朝の時点での患者数は214人だが、このうち約20人が「家庭における病院」の状態、つまり、訪問看護を受けている。しかし、これは1日に1回、2回、3回と訪問を受けるのであるから、費用が高くつく。そのため、大半の我々の仕事は、看護師がこの部屋と同じような部屋でコンピューターに向かって座ったままモニタリングを行うというものだ。そのため、ビデオで患者を見る以外には、直接出向いて対面で何かをするというものではない。

(C) 目的についてだが、エコノミストの5月28日号によれば、入院待ちの患者が700万人いるとのことだ。その対応が主なものか。

(バード) そうだ。あらかじめ入院期間も決めて、予定手術の患者の退院までの期間をさらに急ぐことで、ベッドをなるべく開けようとしている。そうすることで700万人の待機患者問題を緩和しようとしている。TAVIがいい例だが、virtual wardによって患者の優先順位を最適化し、そのことによって待機したまま亡くなる人を減らし、手術までたどり着かせる。そして、その術後についても、virtual wardによって早期の退院を実現する。TAVI患者で

あっても10日も病院にいない。5日間で退院させ、20日間 virtual ward で管理する。したがって、手術等の医療の前と後の両方に作用する。

(C) これを全国でやった場合、700万人の待機患者がどれくらい減ると見込まれているのか。

(バード) 700万人が全てなくなるという訳ではないと思う。はっきりした数字は分からないが、分かっていることとしては、待機患者の手術キャンセルが減ったということだ。以前は、3分の1の患者の手術がキャンセルになっていたが今の新しいやり方に変えて、例えば先月は1人のキャンセルも出なかった。我々が virtual ward を通して優先順位を変更するので、適切な手術患者が優先されることになるからだ。固い数字はまだ持ち合わせていないが、3分の1のキャンセルがでなくなったとはいえる。

(C) 待機患者の減少の見込みはどうか。

(バード) 2年以上の長期の待機期間を半減させようというのが目標だ。

(ホーランド) 現在、最大の待機期間の目標を52週としている。これは、コロナ前の予定手術の基準である。コロナの後には、104週を最大の待機期間としてマネジメントを行ってきた。今は元の水準まで戻そうという努力をしていて、まずは52週、そして更に短くしたいと思っている。勿論、そのためにすべきことはたくさんあるが。

(D) それは、いわゆるバックログと言われている問題と同じだといっているか。コロナによって待機リストが長くなるということが。

(ホーランド、バード) そうだ。コロナによって手術がほとんど中止となったことの影響だ。コロナの遺産のようなものだ。

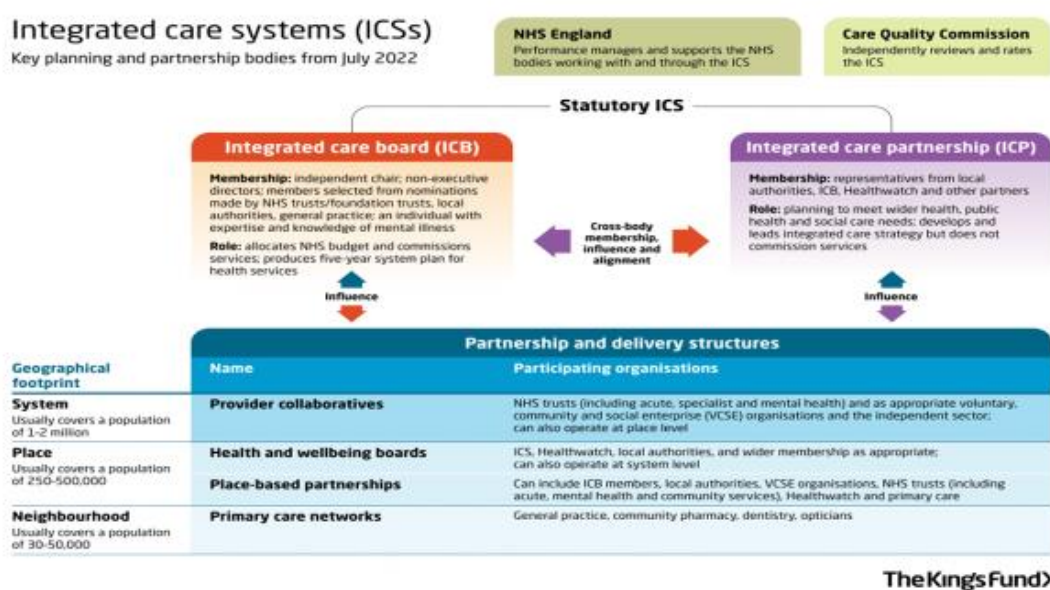
(A) 病院の救急外来にも待っている人がいる増えているということを聞いているが、それはコロナあったことの影響か。それともGPのシステムがうまく機能していないからか。

(バード) 確かに様々な要因がある。しかし、待機患者の問題を解決しなければ、救急外来の問題も解決しない。心臓手術の待機問題が解決して、患者を手術室に連れて行って処置しなければ、胸痛があるといって救急外来に来る患者を減らすことはできない。救急外来での待ち患者が増え続けること理由は、そもそもの入院や手術の待機患者が多すぎるということにある。とにかく待機患者を減らして、より少ない人が疾患にかからないようにするしかない。実際に待機リスト上に載っている患者で救急外来を受診する患者の数は激増していることが統計上示されている。元々何らかの処置を待っている患者だけという訳ではないが、そういう患者が多いことが一因だ。

(ホーランド) バードさんは看護師として救急外来でも仕事をしているので。

イギリス-6-2 論考: St. Mary's Hospital
 (Imperial College Healthcare NHS Trust に所属する急性期病院)
 香取照幸

GP 診療所訪問の項でも説明したが、イギリスの NHS は System-Place (区) —Neighborhood という 3 層構造になっている。今回訪問した St. Mary's Hospital はロンドン北西部 North West London (人口約 240 万人) をカバーする ICS (Integrated care system) 傘下の Trust (Imperial College Healthcare NHS Trust) に属する急性期病院である。



面談対応者は以下の通りである。

- Ruth Holland: deputy Chief Information Officer
- James Bird: Chief Nurse Information Officer
- Simon Ashworth: Clinical Director of Critical Care
- Anthony Gordon: Professor in Critical Care
- Claire Gorham: Deputy Senior Nurse in Critical Care

当日の面談記録 (議事録) は別にお示しする通りであるが、GP 診療所がそうであるのと同様、イギリスの病院も機能・役割・規模・運営システムなどさまざまな面で我が国と大きく異なっており、そのことがコロナ対応における病院 (病床) 運用の違いの大きな背景となっている。本稿では、日本との比較を念頭に、イギリスの病院制度について要点を整理して記述する。

1 イギリスの病院 —日本との大きな違い—

1-1 訪問先での知見概要

英国の病院（NHS 傘下の病院）は、サッチャー改革以降の民営化の流れのなかで、1990年の第三次 NHS 改革により創設された NHS Trust の下に地域ごとに統合されているが、財政面・運営面ともに実質的に国営医療の形は維持されている。民間病院中心に発展してきた我が国の病院とは根本的と言っていい違いがある。

2024年1月現在、Englandには215のトラストがあり、急性期病院 NHS トラストが186、精神病院 NHS トラストが5、救急サービス NHS トラストが10、地域ケア (community service) NHS トラストが14ある⁸⁹。そしてこれらを監督する上位機関として、42のICS (Integrated Care System)がある。我々が訪問した St. Mary's Hospital が属している Imperial College Healthcare NHS Trust は、North West London (NWL、管内人口約240万人) のICSのもとにある急性期病院トラストであり、St. Mary's Hospital を含め5つの病院が属している。

NWL(North West London)の統合ケアシステム(Integrated Care System)

調査団が訪問したNWL(北西部ロンドン)統合ケアシステム(ICS)。NWLの8つの行政区をカバーし、ICSの4つの中核的な国家目標に対応するために働くすべての医療・介護機関を結集している。

ICSの国家目標

1. 集団衛生とヘルスケアの成果を改善する
2. 不健康を予防し、結果、経験、アクセスにおける不平等に取り組む
3. 生産性とコストパフォーマンスの向上
4. より広範な経済・社会開発を支援する



NWL:8つの行政区で構成、管内人口:240万

17

⁸⁹ <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-provider-directory/>



St. Mary's Hospital は NWL の基幹急性期総合病院であり、広範な急性期医療を提供するとともに、ロンドンに5箇所ある Major Trauma (重症外傷) センターの1つにもなっている。

Our Trust in numbers: 2021/22




1,324,000
 Patient contacts
 (including inpatients, outpatients and day cases)


292,000
 Emergency attendances
 (including A&E and ambulatory emergency care)


33,000
 Operations


£1.483bn
 Turnover


14,535
 Total number of staff


898
 Active research projects across 12 different disease areas

トラスト傘下の5つの病院のうち2つは専門病院（眼科病院・周産期病院）であり、

Trust 全体で入院・外来（専門外来・日帰り手術等）合わせて年間 130 万人（うち 100 万人は外来（専門外来）患者）を治療し、約 33000 件の手術を行い、それ以外に 30 万弱の救急受診（3 次救急）に対応している。

救急を含む急性期病院として機能しているのは Charing Cross Hospital、Hammersmith Hospital、St. Mary's Hospital の 3 病院で、3 病院の総病床数は 1,600 床、うち 600 床は日帰り手術等（day cases）用の病床なので、急性期入院に対応する病床数は約 1000 床ということになる。

人口 240 万人を支える急性期病院の病床数が 1000 床、というのは、一体どの位の規模感になるのだろうか。日本ではほぼ同じ規模の都市部医療圏における病床数と比較してみた。

ちなみに、同人口規模の日本の医療圏だと、、、

二次医療圏	構成市区町村	人口	病床数	病床数			基準病床数	病院数	診療所数	診療所数	
				(内、一般)	(内、療養)	(その他)				(内、有床)	(内、無床)
区西部	新宿区、中野区、杉並区	1,285,373	9,954	8,566	1,257	131	8,390	41	1,561	27	1,534
区南部	品川区、大田区	1,170,569	7,742	6,157	1,387	198	8,257	41	1,106	21	1,085
		2,455,942	17,696	14,723	2,644	329	16,647	82	2,667	48	2,619
病床数：令和3年10月1日医療施設動態調査											
基準病床数（一般・療養）：東京都保健医療計画中間見直し（令和3年7月）											
病院数、診療所数：令和3年10月1日医療施設動態調査											

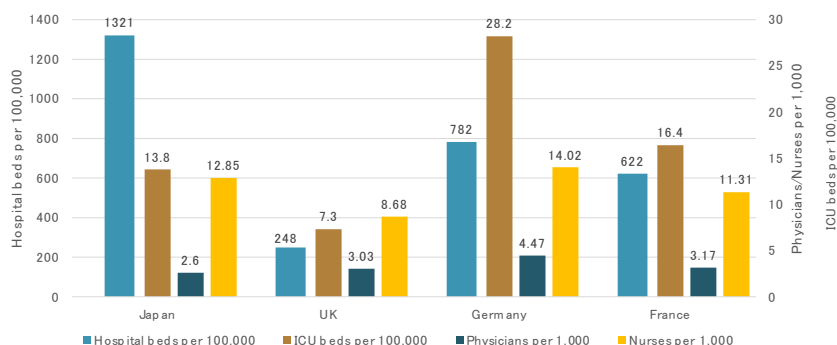
2医療圏で 一般病床数:約14000床 病院数82 圏内の特定機能病院:5施設 一般病床数 計約4000床

日本の一般病床とイギリスの急性期病床とは守備範囲が違うので単純に比較はできないが、単純に比較すると一般病床は 1000 床対 14700 床で 15 分の 1。イギリスの急性期病院に比較的近いと考えられる特定機能病院の一般病床数に限って比較しても 1000 床対 4000 床で 4 分の 1 でしかない。この病床数で 240 万人の市民の急性期入院医療を担い、年間 30 万人の入院患者と 33000 件の手術、30 万件の救急対応を行なっている、というわけである。

1-2 イギリスにおける医療資源の逼迫 —そもそも医師も看護師も病床も少ない—

対人口あたりで見た病床数・医師数・看護師数の国際比較は以下に示す通りで、日本の病床数が多いことは有名だが、イギリスは医師数・病床数・看護師数どれを見ても少ない。

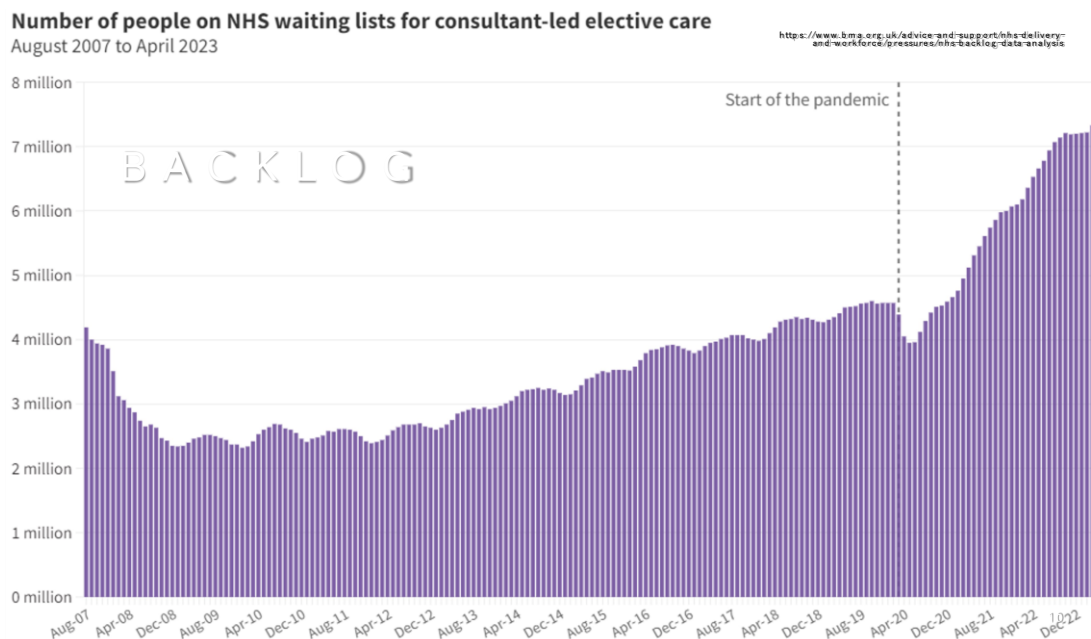
病床・医師・看護師数



<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en>

このように、そもそもイギリスの医療資源（人的・物的資源）は極めて少ない。総論（概要版）でも述べられているが、今回の訪問でも行く先々で「医師が足りない」という話を聞かされた。加えて、イギリスでは医師不足とともに大量の入院待機患者（backlog と呼ばれている）の存在が大きな社会問題となっており、コロナ前でも約 400 万人、コロナ後の時点では 700 万人近い入院待機患者が存在している。加えて手術待機者も大きな問題で、待機期間が 100 週を超える手術待ち患者が 5% 存在しているという。

この実態を見ると、日本的な感覚では、コロナ前、平時からイギリスの医療はすでに崩壊状態にあったと言っても過言ではないように感じられる。



1-3 イギリス医療が直面する課題 : 中小病院 (= 地域医療を担う病院) の不在・脆弱な社会サービス

イギリスで病院といえは 1000 床規模ないしはそれ以上の規模であり、かつ病床は急性期・高度急性期に特化した病床である。日本のような 200 床規模以下のいわゆる中小病院は (専門病院以外は) ほぼ存在していない (インタビュー中も、400~500 床規模の病院を” small or medium size” と表現していた)。

もちろん、イギリスにも今回訪問した HCA (Hospital Corporation of America) のような民間会社が経営する私的病院は存在しているが、医療サービス提供の大宗をなすのは公立病院=NHS トラスト病院であることに変わりはない。

同じ「病院」と言っても、70%が民間資本による私的病院、かつ 200 床以下の中小規模病院が (施設数・病床数ともに) 全体の 7~8 割を占めている日本の「病院」とはその規模・機能・運営形態・財源、さまざまな点で決定的な相違がある。

他方、現在イギリスで議論され、実施されようとしている様々な改革の取り組みの背景を見ると、人口高齢化や疾病構造の変化など、イギリスの医療も日本と同様の課題に直面していることがわかる。

今回の訪問を通じて、高齢化先進国・課題先進国としての日本との対比でイギリスの医療提供体制が抱える課題を考察すると、大きく以下の 2 点が指摘できる。

- ① GP が行う初期診療とトラスト病院で提供される急性期入院・専門外来診療との間に隙間 (不連続) がある。(すなわち、日本における地域密着・多機能中小病院のような存在—地域医療と高次機能病院の間を埋め、両者を繋ぐ機能を有する医療機関—がない。)
- ② 医療以外のさまざまな社会的支援 (介護・生活支援・相談援助等) を必要とする人々へのサービス (イングランドでは Community Service に含まれる) が不足 (あるいは欠落) している。(すなわち、医療サイド (NHS) がそれを抱え込まざるを得ないことで提供体制に負荷がかかっている。)

イギリスの高齢化率は直近のデータで 18.8% (2021 年) であり、日本の 2000 年代前半の水準である⁹⁰。日本は 2000 年に介護保険をスタートさせ、社会福祉基礎構造改革を行い、2010 年に地域包括ケアを法制化している。今回の訪問を通じて、イギリスは今、当時の日本が直面していた課題 (疾病構造の変化、地域の変容、医療/福祉ニーズの質的变化等々)

⁹⁰ 日本の 65 歳以上人口の割合は 2002 年が 18.5% である。いずれも OECD データ (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) から。

に直面しつつあること、後に説明する“virtual ward”や“social prescription”といった取り組みは、こういった課題への対応策であることが理解できた。

2 イギリスにおけるコロナ対応 ―迅速果断な病床転換はなぜ可能だったのか―

イギリスでも、コロナの流行は波状的に起こっており、波の数え方が日本とは異なるが、訪問した2023年5月の時点で、大きく分けて3つの流行を経験している。

北西ロンドンについていうと、第2波まで、すなわち2020年/2021年冬から春にかけての流行までの時点で、専門医療を継続したWestern Eye Hospital（眼科病院）、Queens Charlotte's & Chelsea Hospital（周産期医療）以外の3病院、すなわちSt. Mary's Hospital、Charing Cross Hospital、Hammersmith Hospital 3病院が所有する急性期病床1000床のうち最大で500床をコロナ専用病床に転用し、予定手術はほぼすべて中止・延期、新たなスタッフを雇い入れて集中治療のキャパシティを拡張したという。

ここで、着目すべきポイントがある。「コロナ転用の判断は、政府の指示ではなく、時々感染状況、医療需要に合わせて病院自身の判断によって行われた。」という点である。救急外来に切れ目なく押し寄せる患者を前に、まず第1波で予定手術を延期し、第2波の時点で原則全ての手術を一旦キャンセルして病棟をコロナに転用した。我々の訪問の案内役となった、Holland氏（deputy CIO）は、「第1波及び第2波の期間、我々は原則としてコロナ専門病院のようになっていった。」と証言した。

このような病床転換が、①政府の指示ではなく、病院自身の判断で、②これだけ迅速に行えた理由は何であろうか。周知のように、日本ではコロナ病床の確保は困難を極めた。この点について、日本の病院はほとんどが民間病院（民間資本、私的財産）であることから、強制的に病床を空けさせることができない（できなかった）、という説明がされる場合が多い。

確かに自由標榜・自由開業・独立採算で経営している民間医療機関に対して病床転換を強制することは、制度上も実体上も難しい（難しかった）のは事実である。実効ある形でこれを実施するには、適切な費用補償（財政措置）を行い予め緊急時の措置として病床を確保するための制度上の枠組みを用意しておくことが必要になる（まさに今回の感染症法等の改正でこの点が措置された）。しかしながら、現行制度下でも、国公立病院や公的病院（日赤・済生会・JCHO等）であれば、そもそも公的規制のもとに設置されている医療機関なのだから病床確保は可能だったはずである。だが実際には、こうした病院にあっても、コロナ病床の確保は困難を極めた。

今回の訪問で明らかになったことであるが、病棟（病床）の運営管理に関するシステムが、日本とイギリス（欧米諸国）で大きく異なっている、という事実がある。日本の場合、病床

の管理は各病棟単位で行われており、病床は診療科ごとに割り振られているのが通常である。1000床ある病院病床のうちコロナに500床使うということは、例えば外科で使っていたベッドを感染症のベッドにするということになる。そうすると、病院の中で自分たちの手術が延期されたりしてベッドが転用されることに対して各専門科の医師たちが抵抗する、ということで、仮に院長が半分をコロナに転用するといっても、現場の医療者が自分たちの医療を守るということで容易に合意形成できず、病床転換ができない、という事態が生じる。このような事例は、実際に各地でみられた。

これに対してイギリスの場合、サイトオペレーションチームと呼ばれる部署があり、彼らが入院から退院までの患者の流れを管理している。患者が救急外来から転入院する場合、どの病床が最も適しているのかを判断するのはサイトオペレーションチーム（オペレーションチームにいるクリニカルサイトダイレクター）の役割であり、1000床の病床全部について病床の運用を彼らが決定する。つまり、病床の運用をそれぞれの専門診療科が決定するのではない、ということである。

St. Mary's Hospital のケースでは、脳梗塞、心疾患、重症外傷のサービスは温存したが、それ以外のサービスは一旦停止し病院のリソースをコロナに集中させる、という判断をし、病床についても人員についてもその判断に従って運用（配置転換・病床転換）を行なったのである。

このような運用はコロナ禍での臨時的措置ではなく、平時から行われているもので、St. Mary's Hospital の場合、大人の救急病床及び小児救急病床は概ね別個に運用されているが、一般急性期病床については、サイトオペレーションチームが入院及び退院の患者の流れを全て管理しており、病床のみならず、例えば手術室の運用もこのチームが管理している。要するに、病院が有する医療資源は、病床であれ手術室であれ病院全体のもので、それぞれの医師が、医療の必要に応じて病院から割り振ってもらっている、ということなのである。

「病院の医療資源は病院全体のもの」という考え方は、人的資源についても当てはまる。前述のように、そもそもイギリスの医療機関は平時においても恒常的に人員不足問題を抱えているが、そんな中でも、St. Mary's Hospital ではコロナ病棟の支援のために1000人の病院スタッフの配置転換を行っている。当然ながらそれは元々他の役割を担っていたスタッフに別の役割を与えるということであり、第1波、第2波の時には、医療職でなかった者までヘルスアシスタントとして現場に出てもらったりしたという。

日本では、呼吸器内科や救急など限られた診療科の医師がコロナ診療に当たり、他の診療科医の医師はコロナ診療を行わない（できない）といった現象が見られたが、イギリスでは

医師も看護師も科を超えてコロナ対応を行なった（より正確に言えば「動員された」）。この配置転換のマネジメントを担当するのはメディカルダイレクターオフィスと呼ばれる部署であり、医師・看護師含め、基本的には病院職員全体についてこのオフィスが人事部と共に職員再配置を決定した。

「抵抗はなかったのか」という質問に対し、Holland氏は、「再配置は、その人のスキルの範囲内で行われた（実際には、事前の研修等を行った上で、スキルの範囲内での再配置を行なった。）ので、できないことをやれとまで言われることはなかった。実際、機器的状況の中で、多くの人は再配置することに前向きだった。」と回答している。

3 ICU病棟の運用

3-1 コロナ初期の救急・ICUの実際

St. Mary's Hospitalは1つの建物ではなく、開設時期の異なる複数の建物によって構成されている。St. Mary's HospitalのICU病棟はQueen Elizabeth The Queen Mother (QEQM) buildingと呼ばれる建物にあり、critical careを担当する以下の3名による説明を受けた。

Simon Ashworth: Clinical Director of Critical Care

Anthony Gordon: Professor in Critical Care

Claire Gorham: Deputy Senior Nurse in Critical Care

ICU病棟の運用については、病棟全体のオペレーションから個別症例の対応まで、極めて詳細な説明を受けることができた。詳しくは応接録を読んでもらいたい。

この病院の平時のICUは32床（16床のウイング（病棟）×2）、その病床に対して指導医が13人、中堅医師が12人、同数の研修医（SHO、senior house officer）がいる。ナースは各シフトに28人配置されている。

当初、イギリスにおいても、コロナを「非常に重要な感染症」と位置付け、極めて個別化されたケアモデルで対応することとした。具体的には、一人の患者に多くの看護師を配置し、多くのPPEをあてがうような非常に複雑な戦略であったため、当初は受け入れを拡大することができなかった。しかしながら、それに対応できたのはほんの数日であり、瞬く間に多くの患者が押し寄せる事態となり、受け入れの拡大の必要に迫られた。

3月26日にイギリスはロックダウンに入ったが、このころの感染者予測は極めて恐ろしいものであり、1日あたり最大40万人の感染者が出ると予測されていた。病院は受け入れ患者の1割についてICU管理が必要になることを想定したが、この患者数は通常のICUの

10 倍の数に相当するものであった。病院は、病院から既に入院していた患者を退院させ、重症外傷や重症心血管系疾患のような本当に緊急のものだけを継続し、通常の活動を中止し、手術そのものを全部止め、ICU 機能を拡張できる場所を探し、術後のリハビリ室を全室 ICU に転換し、追加で 21 床の ICU 病床を確保したが、他方でこれにより、90% の手術が中止となった。

第 1 波の際には、Imperial College Healthcare NHS Trust 全体で 142 人の患者を ICU で受け入れた。当初 80 床だった ICU 病床を 142 床にまで拡大し、その全てをコロナ対応にした。より軽症の患者を一般病棟に移したり、Virtual ward を使って自宅に戻したりすることで対応した。ちなみにイギリス全体で見ると、コロナ前の ICU 病床は 3700 床だったが、パンデミックのピーク時には 6000 床にまで増やされた。

当初の最大の課題は人繰りであり、特に看護師が全く足りなかった。医療従事者の中からもかなりたくさん感染者が出たし、感染への不安もあった。陰性を確認する方法も定まっていなかったので一定期間職場に出てこられないということがあった。そこで、他の医療職や看護師に対して 2 つの施設で研修を行い、数多くのプログラムを行って看護師を ICU でのケアに当たらせるという対処が行われた。他の医療職にもオンラインセッションを提供し、ICU での仕事に従事させられた。

Imperial College Healthcare NHS Trust では、ロックダウンもあり、日帰りケアなど他のサービスは中止されていたので、他の部門から 300 人の余剰人員を ICU に再配置した。平時においては他の業務を行っていた職員が 1000 人ほど集められ、再教育の上 ICU 業務に当たらせられた。Imperial College Healthcare NHS Trust の 3 つの施設はどれも同様の対応となったが、St. Mary's Hospital に関しては病院全体がコロナ病院となった。

2. でも指摘した点だが、このような果敢かつ柔軟な病床運用、人員配置が行えることの背景にある病院の人的・物的資源の運用（マネジメント）は、平時における運用の延長線上にあるものである。この点は大いに学ぶべき点であろう。

3-2 臨床と研究の並走

保健省のチーフメディカルオフィサーは、パンデミックが始まった初期に指示（instruction）を出し、医師らに対して、単に患者に医療を給付するだけでなく、常に患者を研究に組み入れどの薬が効いてどれが効かないのかを明らかにすることを求めた。

この時期、NHS の研究部門である NIHR（National Institute of Health Research）は、大型の臨床試験に集中的に拠出を行なっている。インタビュー対応者の一人である Prof.

Gordon は Remap-cap と呼ばれる国際的なトライアルに参加し、11000 人の治験患者を組み入れた研究を行なって 14 種類の重症者に対する治療についての結論を得た。彼のグループはトシリズマブの有効性について報告する最初のグループとなり、ステロイドや回復期血漿 (convalescence plasma)、アスピリン、ヘパリンの効果についても研究を行った。

イギリスの臨床現場では、常に研究計画を打ち立て、そのことによって常に学ぶことができる。現在、この Remap-cap trial と同じ枠組みを使って、インフルエンザに対して、どの抗ウイルス薬が最も効果的であるのか、またステロイドは有効か、についての研究も行われている。そして、今後のパンデミックに備えて、鳥インフルエンザについて新しい薬剤の効果調べる研究が行われている。

4 virtual ward (仮想病棟)

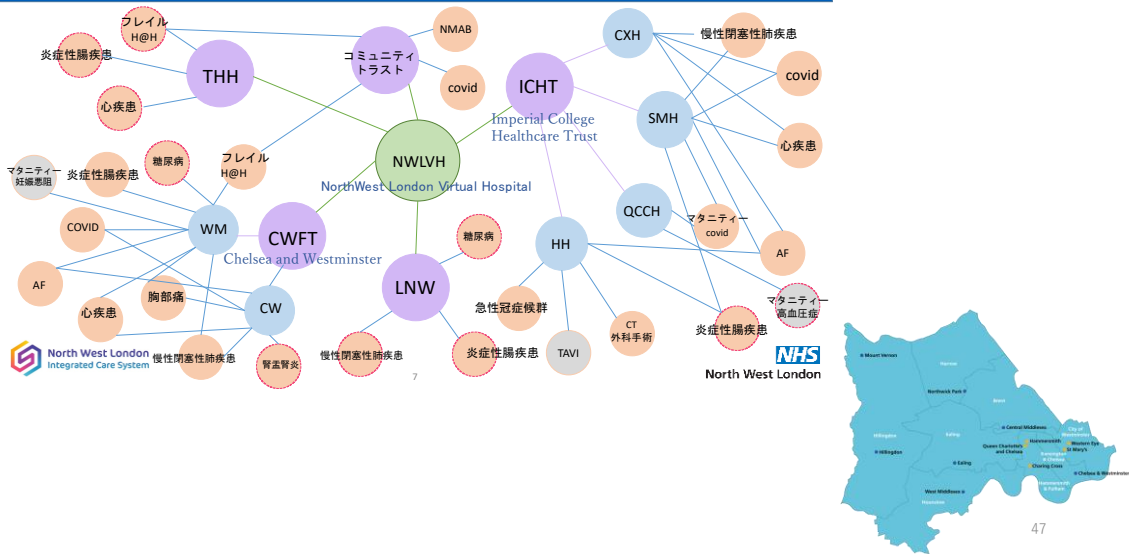
virtual ward (仮想病棟) とは、NWL の複数の trust が取り組んでいる在宅での患者管理の取り組みである。元々、2019 年 1 月より ICHT (Imperial College Hospital Team) 全体で遠隔患者モニタリングの取り組みが実施されており、パンデミックを機に、住宅や老人ホーム、特別ケア付き住宅にいる患者のケアに使用されることになった。今回の訪問調査では、この取り組みを統括している Chief Nurse Information Officer である James Bird 氏から説明を受けた。

virtual ward は、NWL ICS から直接委託を受け、1 つの多職種チーム (multidisciplinary team) が、セクター全体にわたるさまざまな患者/パス (pathway) をカバーする仕組みであり、患者の居住地/滞在地に関係なく、地区全体の急性期病院 (または地域パートナー) から紹介された患者をバーチャル病棟 (= 患者の居住地・滞在地) において遠隔監視活動を行い、セクターをサポートする仕組みである。

原則的に看護師主導のサービスであり、すべてのケアはアプリや電話、その他の技術を用いて遠隔/バーチャルで行われ、対面での接触はない。2021 年から稼働を開始し、現在、600 人の成人患者を同時に管理できる体制を構築している。最終的には 800 人を目指して体制整備を進めているという。

対象となる患者は、COPD、気管切開後の管理、フレイル、腎疾患、TAVI、そして急性冠動脈疾患等から始め、現在は下の図に示すような疾患に拡大されている。

現在のバーチャル病院（2023年半ば）



訪問時点で計 214 人の患者がこの管理の下に置かれており、38 人の看護師がこの取り組みに従事していた。

- virtual ward の目的は、という問いには、以下のような回答が返ってきた。
- ① 早期退院支援
 - ② コミュニティリスクの低減

コミュニティの中の患者で、COPD や心不全があり、虚弱化している患者がいる場合、こういう人達になるだけ救急外来に行かなくて済むようにする。
 - ③ 外来の対面診療の削減

virtual ward で管理できるのであれば、10 回診療所に直接来なくてはいけなかったところが 1 回で済むようになる。virtual ward 自体は毎日朝 8 時から夜 8 時までのモニタリングである。別に「家庭における病院」と呼ばれる訪問看護の仕組みがあり、訪問時 214 人の virtual ward の患者数のうち約 20 人が訪問看護を受けているとのことであった。しかし、訪問看護については、1 日に 1 回、2 回、3 回と訪問を受けることから費用が高くなる。それに対し、virtual ward は、看護師がコンピューターに向かって座ったままモニタリングを行うというものであり、ビデオで患者を見る以外には、直接出向いて対面で何かをするというものではない。
 - ④ Backlog への対応

virtual ward での様子や症状を基準に手術の優先順位を決めることで、優先順位を最適化し、そのことによって待機したまま亡くなる人を減らすことが可能になる。待機リストに入った順番に手術するというのではなく、症状や重症度を基準に

順番を決めるということだ。さらにあらかじめ入院期間も決めて、術後についても virtual ward によって早期の退院を実現する。予定手術の患者の退院までの期間をさらに急ぐことで、ベッドをなるべく空ける。そうすることで 700 万人の待機患者問題を緩和しようとしている。TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation カテーテル大動脈弁留置術) 患者でも 10 日も病院にいない。5 日間で退院させ 20 日間 virtual ward で管理する。

さらに、James Bird 氏が virtual ward のメリットとして特に強調していたのは、人材の効率的な活用である。「現在 600 人までの受け入れキャパシティを用意しているが、それに従事する看護師は 38 人しかいない。もし 600 人の患者を実際の病院に入院させたら 1000 人単位の看護師が必要となる。」

この点は、病床だけでなく看護師をはじめとする医療人材についても他の欧州諸国と比べて少ないイギリスにおいては、より一層重要な点であると思われる。

イギリス-7-1 応接録: London Bridge Hospital

*メモに基づいて作成

2023年6月2日

Megan Field: Business Development Manager

Anny Lin: Head of Business Development

<要約>

- コロナの時は、NHS が民間病院の機能を買って、非コロナ診療を担わせた。
- NHS に勤務する多くの医師が、非常勤として民間病院でも診療している。
- 専門診療科のみではなく、プライマリ・ケアについても Walk-in GP という形で民間の医療機関が参入している。
- イギリスが民間のプロバイダーにとっての優良な市場となっている背景としては、NHS に対する国民及び医師の不満がある。
- イギリスでの民間病院は、救急医療を行う義務がない。
- 病院設置については、独占禁止法の規制を受ける。

ロンドンブリッジ病院 (LBH) は、場所柄的に、川の向こう側が世界有数の金融街となっている。また大手の金融街が集中する、Canary Wharf からもアクセスがよいということで、我々の患者の 8 割が金融機関に勤務しており、民間の医療保険を持っている。LBH は地元の NHS の GP ともいい関係を持っている。企業との間でも、GP から LBH の専門医療までの紹介がスムーズにできるような協力関係がある。

2020 年にコロナが始まった時には、NHS がすべての民間病院の機能を買った⁹¹。すぐ近くに NHS の病院である Guy' s and St. Thomas 病院があり、こことも非常に緊密に連携している。医師の中でも、主として Guy' s and St. Thomas 病院に勤務しながら、週に 1、2 回 LBH でも夕方の診療を行う者もいる。そういう医師は、公的機関、民間機関の両方で仕事をしている。コロナが最も酷かった 2020 年には、心臓の緊急手術及びがんの治療について、

⁹¹ 2020年3月21日に、NHS イングランドが200の民間病院全部、8000床分と1200個の人工呼吸器、700人の医師、1万人の看護師をコロナ、がん、緊急手術を来なうための機能として「買う buy」ことを発表した。しかし、この契約は当初の計画通りに進まず、3月末の時点では、民間病院の0.62%としか契約できていなかった。その後、イギリスでの流行が危機的状況となったこともあり、多少増えたが、民間病院の協力が不十分であったという指摘がなされている。(https://www.bmj.com/company/newsroom/the-nhs-paid-private-hospitals-2bn-in-the-pandemic-but-some-treated-more-private-patients-than-nhs-ones/#:~:text=In%20a%20E2%80%9Cmajor%20deal%20announced,cancer%2C%20or%20needing%20urgent%20operations.)

NHS から医師が LBH に来て、LBH のスタッフを使って手術するということがあった。この Guy' s and St. Thomas 病院と我々のコロナ禍におけるアレンジメントは非常に良かった。NHS から LBH に移送された患者の中に、コロナ感染者はいなかった。また、コロナに感染していないことを確かめるスクリーニング検査もしていた。また、LBH ではコロナの患者は診ていなかった。

コロナは診ていない。入院が必要な患者は NHS で受けた。LBH ではコロナ以外の心疾患等の手術を行った。LBH はコロナフリーの環境を維持した。NHS の病院は、コロナ患者の病棟とそれ以外の病棟のゾーニングを行わなければならなかったが、LBH では、コロナフリーなのでそれをする必要がなかった。今でもなお、多少は NHS からの症例を受け入れている。ポストコロナになっても NHS のキャパシティが追い付いておらず手術がさばけないからだ。NHS からこちらに送られてくる件数は減ったが、今でも週に 2、3 件はある。

病院の診療科としては、心臓、呼吸器、整形外科、筋骨格系、腫瘍内科、一般外科等がある。病床は 200 床だ。専門外来もあり、診察室は、キャンパスが分かれているが、全部合わせて 120 室ある。医師は全部で 900 人おり、そのうちの 500 人は麻酔科医、放射線科医だ。

ウォークイン GP というのもあり (図)、患者がウォークイン GP に登録⁹²していれば、何かあった時にはすぐに受診することができる。未登録でも受診できるが、予約が必要になる。ただし、メンバーシップ制ではない。民間保険の契約ポリシーにもよるが、企業の経営陣であれば配慮はする。ただ基本的には、お金さえあれば自由に受診できる。ロンドンで 15 の Walk-in GP を経営しているのだが、その全体で 50 人から 60 人ぐらいの GP がいる。



図 London Bridge Hospital の傍近くの Walk-in GP Centre の外観

⁹² この「ウォークイン GP」は、NHS の公的な GP とは別の制度。

NHS の医師が非常勤で勤務することが多く、割合としては、週の 3 日、4 日程度が NHS で、1 日、2 日をこちらで、という医師が多い。ここでいう非常勤というのは契約上の話だ。通常は医師になって、NHS の常勤として勤務し始める。そして、キャリアを積んで、経験を生かして収入を増やしたいという医師は、NHS で 3、4 日勤務する以外にこちらでも診療する。

NHS から来ている腕のいい外科医で年間 100 万ポンド以上稼ぐ医師が 20 人ぐらいいる。若手医師でもこちらで働く医師は、5 万ポンドから 10 万ポンドが年収ではないか。最近の傾向としては、さらに経験のある医師が、NHS に不満を持っていて、さらに収入を増やしたいと考えて、NHS よりも民間病院での勤務時間を増やしたり、NHS を辞めて民間病院だけで勤務するというケースも増えてきた。実際の報酬としては、外来患者で 1 人当たり 20 分診療して、300 ポンド程度となる。1 時間なら 1000 ポンドとなる。これは専門医の指導医の単科であり、GP 的なプライマリ・ケアの場合は 20 分で 80 ポンドが相場だ。単価はまず医師が提案して、それでいいかどうかは医師と保険会社が交渉して決める。病院として医師を雇用するわけではなく、病院は場所を提供する。したがって、医師が個人で開業するような形になる。

外来診察室が 120 室あるので、検査や小外科を含めて 1 日で 1200 人ほどの患者の診療を行う。特にシャードという高層階のビルが隣にあるが、そこに 120 のうち 100 室あるが、ここでは 1 日に 900 人の患者の診察を行う。

民間病院のシェアは現在 10%程度だが、その全部を我々 HCA が担っている訳ではない。他の民間病院、例えば、BMI Circle、BUPA Cromwell がある。ロンドンの民間病院の中だけなら、HCA のマーケットシェアはおおよそ 50%だろう。HCA として新しい病院も作っているが、これはロンドンではなく中部のバーミンガムだ⁹³。いずれにしても、民間の市場シェアは伸びている。

病院の新規設置には様々な規制がある。開業してからも国の Care Quality Commission の監査も受ける。先週こちらにも入ったところだ。これは、民間、公立、いずれであってもある。これに加えて、イギリスにおける独占禁止法を所掌する規制当局がある。HCA はロンドンでは民間の中では 50%のシェアを持っているので、ロンドンにおいてはこれ以上作れない。したがって、HCA としてはロンドンではなくバーミンガムやマンチェスターといった他の都市に展開している。ちなみに Walk-in GP の診療所は独禁法の規制を受けない。

⁹³ <https://hcacareers.co.uk/locations/the-harborne-hospital/>

親会社である HCA はアメリカの上場企業だ。HCA がアメリカ外で病院を持っているのは、イギリスだけだ。と言うのはイギリスは NHS という特有の医療制度だからだ。20 年前まではスイスにも我々は病院を持っていたが、採算性が悪かったので合理化した。イギリスには、中東から富裕層の顧客患者が医療を受けに来る。そこで、中東に病院を建てたらいいのではないかとよく言われる。しかし、中東では規制があり運営は可能だが、病院を保有することはできない。したがって、進出していない。

イギリスは NHS の独占の下で医療給付が抑制されていて待機時間も長く不満が大きい。そして医師の給料も安く、医師の不満も大きい。つまり NHS の問題点が、民間病院にとっては強みなっている。よく言えば補完関係だ。しかし、それだけではない。アメリカではすべての病院が救急対応をしなければならないことになっているし、そのような体制を維持するためには高額のコストがかかる。そのため、他の診療でその分も補填する必要があるので全体の医療費が上がってしまっている。イギリスではそのようなことをする必要はない。LBH では救急対応をする必要はない。

HCA が新しく始めたサービスで患者に提案しているものがある。例えば、交通事故があったときなどに搬送されるのは、必ず NHS の A&E⁹⁴になるが、一旦状態が安定化した後に移送が可能であれば HCA の病院に転院することが可能となる。そのため、NHS の問題点に依存している訳ではない。と言うのも NHS にしかできない医療もある。心筋梗塞、脳梗塞、重症外傷でまず搬送されるのは、依然として NHS だ。

コロナの時に、近隣の Guy's and St. Thomas 病院から医師が来て、ここのスタッフと場所・設備を使って手術をしたが、これについては NHS Trust が LBH に報酬を支払った。これはコロナ対応ということで一時的な契約だった。その価格設定は交渉によった。コロナ以前でも、NHS がひっ迫した時に、そのような民間病院に患者を NHS の病院から回して治療することもあった。ただし、HCA は、上場企業であり、業績目標を抱えており、他の民間病院と比べても料金設定が高い。そのため、NHS から HCA にお願いされることはあまりなかった。それをやるのは、よほどリスクが高いときだ。

コロナの院内感染については、2020 年は全く発生せず、完全にコロナ・フリーだった。その時は、皆が週に何回も検査をしていた。2021 年以降はコロナ感染が普通になった。職員の中から感染者が出たり、患者も、入院時に陰性を確認してはいるが、入院後に陽転化するようなこともあった。その場合も、そのまま LBH で治療を継続した。2021 年以降はワクチンもできていたし、ウイルス自体も変わった。また、コロナに対する知見も揃って、どう

⁹⁴ Accident & Emergency

すればいいかと言うことが分かるようになったからだ。

イギリス-8-1 応接録：米澤ルミ子先生

2023年6月1日

米澤ルミ子先生：Epsom and St. Helier University Hospitals NHS Trust

<要約>

- イギリスにはテロを契機に、NHS と警察・消防・救急等の公共部門の協力体制が整備されており、それが現在は JESIP という形で、脅威レベルに応じた対応策が準備されている。コロナ対応も、これを模して作られた脅威レベルに応じて指揮された。
- ロンドンでは 2020 年 3 月中旬の 1 週間程度の間、緊急事態に突入した。
- 2020 年 3 月 17 日に全ての NHS のプログラムが停止し、3 月 19 日からデータ収集が開始された。
- 2020 年 4 月以降、NHS の病院ではコロナへの病床転換のため通常診療が大幅に縮小され、その分の医療は NHS が民間病院の機能を買上げる形で提供された。
- 2020 年 6 月からリスク保有者特定の為のリスクアセスメントが開始された。リスク保有状況を共有するため、病院等のデータ共有のセキュリティが緩和された。
- 新しい制度である ICB の下では、GP、病院、地元自治体等が包括的枠組みの中でプログラムを実行していく。その中で、データ共有プラットフォームを同時並行で構築している。
- ワクチンは、国が整備したオンラインシステムで一括管理されたが、これはコロナのために新たに作られたものではなく、毎年インフルエンザワクチンの接種情報管理のために元からあるものだった。
- 各 NHS trust には Caldicott Guardian という情報管理の責任者と、SIRO という情報リスクの責任者がいる。SIRO は役員の 1 人が担当する。何らかのデータ送付の際には、DSA というデータ共有契約書に Caldicott Guardian と SIRO が署名する。
- NHS イングランド・アプリケーションに個人データが全てアップロードされるが、これへのアクセスは情報担当者であっても制限される。
- 患者情報は、NHS 番号で連結可能な状態で偽名化されている。これを pseudonymization という。これを元に支払いが行われる。

- GP は、自分の登録患者がいつ病院や救急を受診し、どのような治療を受けたかといった診療情報が分かる。
- ICB の下で、population health management (PHM) という住民の情報を統合して公衆衛生施策を行う取り組みが進んでいる。
- 今後は、全ての生データを中央が収集するという faster data flow (FDF) という取り組みが進められる可能性がある。将来的には、現在のファイル送信ではなく、federated data platform というプラットフォームで自動化される方向性が示されている。

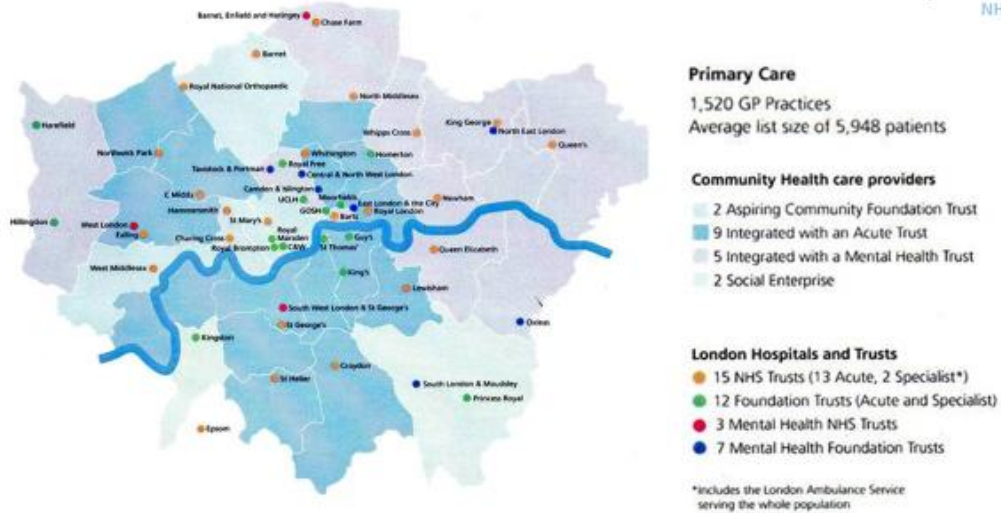
(米澤) 私は現在、Epsom and St. Helier University Hospitals NHS Trust に務めている。この私の所属先の病院と、St. George Trust が、今年、パートナーシップを組んで、グループ化した。そして、St. George and St. Helier という名前になっている。そのデジタル部門である、Business Intelligence 部というところを統括していて、スタッフが 24 名いる。同じ部が St. George 病院にもあって、一緒に仕事をしているが、まだ完全に統合していない状況で、今年 1 年かけて 1 つのグループデジタル部門になる予定だ。主な仕事は、患者及び医療部門の処理分析だ。役員会議に出す月例報告書の作成、NHS イングランドへの定期報告である。この NHS イングランドへの定期報告というのは、かなりの大量のデータを送るものだ。これ以外に、組織部門向けのデジタルアプリ作成や、プロセスオートメーションを最近始めるようになったのだが、これはコロナの影響によるものだ。コロナ前はこういったことはしていなかった。コロナがきっかけでやることになったのだが、これができる部門がうちの部門しかなかったので、やることになった。これを始めてから、だんだん需要が増えてきているところだ。

NHSロンドン・コミッショナー組織



NHS ロンドンについてはかなりもう見られたと思うが、この5つの地域に分けられる。青い線がテムズ川だが、その上がノースロンドンとなり、それが3つに分けられて、ノースウェスト、ノースセントラル、ノースイーストとなる。あずき色の部分の一部はノースイーストで、一部はノースセントラルに振り分けられている。この色分け自体は10年以上前に行われたものだが、今はこの5つに分けられている。そして川の南がサウスイーストとサウスウェストとなる。サウスウェストの一部が少しだけ川より北になっているが、これがリッチモンドで、かなり裕福な地域となる。私の勤める病院はサウスウェストにあり、サウスウェストには4つの大きな病院がある。皆さんが今日行かれた Imperial College はノースウェストに入る。

NHS ロンドン・プロバイダ組織



このスライドは、provider の組織の地図になる。provider は点で示されている。オレンジ色がいわゆる病院 trust になる。緑が foundation trust で、これは少し格が高いが、最近 foundation であろうがなかろうが変わらなくなっている。赤と青が mental health で、青は foundation trust ということになる。この中で4つがトラウマセンターになっていて、今日行かれた Imperial College の St. Mary's Hospital はそのトラウマセンターの一つだ。前回いらしたときに訪問された Royal London もそうだ。そして St. George 病院、これは今回訪問が調整できなかったがこれもそうだ。そして、King's College が4つ目だ。この4つがトラウマセンターで、何か大きなことが起きると、この4つに集中していくことになる。



コロナ前のNHS

- NHSの予算の分配
- 病院トラストの統合
- CCG (Clinical Commissioning Group) の統廃合
- 地域レベルでの組織編成 (ICS: Integrated Care System)
- 老朽化した病院の改装 (40の病院トラストが候補)

コロナの直前まで、病院 trust の統合と、CCG の統廃合が進められていたところだった。その意味で、コロナが始まった時は、NHS はこのような事態に対応する体制ができかけていたところだった。

緊急事態対策

緊急事態 脅威レベル



緊急事態対応原理 相互運用性

JESIP

<https://www.jesip.org.uk>

(Joint Emergency Services Interoperability Principles)

- 緊急事態発生時の国家レベルの対応策
- 警察、消防、救急医療、等の公共部門の協力体制

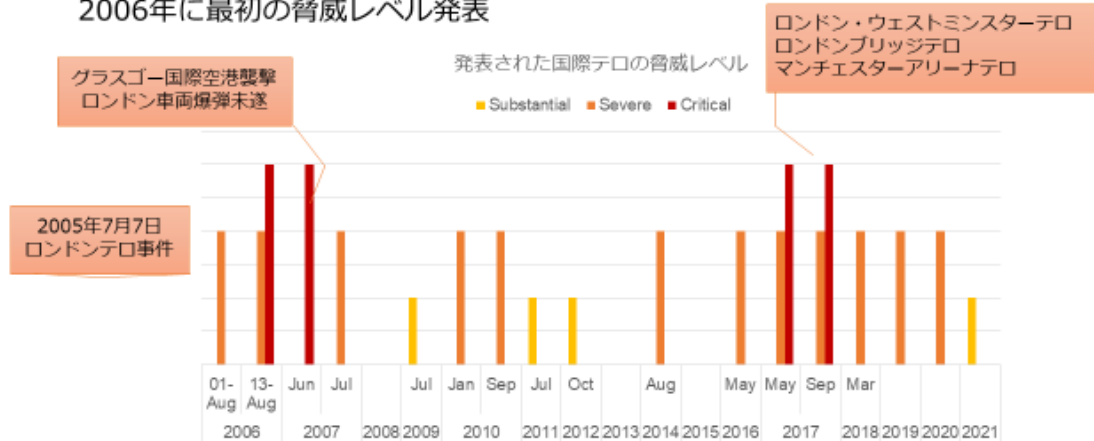
An event or situation with a range of serious consequences which requires special arrangements to be implemented by one or more emergency responder agency.

<https://www.mi5.gov.uk/threat-levels>

英国でのテロの脅威レベルの歴史



2006年に最初の脅威レベル発表



<https://www.mi5.gov.uk/threat-levels>

何かの緊急事態が起きたときは、NHS と警察・消防・救急医療という 3つの公共部門が、協力体制を組んで、連絡を取り合って対応することになっている。このシステムが出来上がったのは 2005 年 7 月 7 日にロンドンでテロ事件があったことがきっかけだった。

緊急事態宣言時の指令レベル (Tiers of Command)

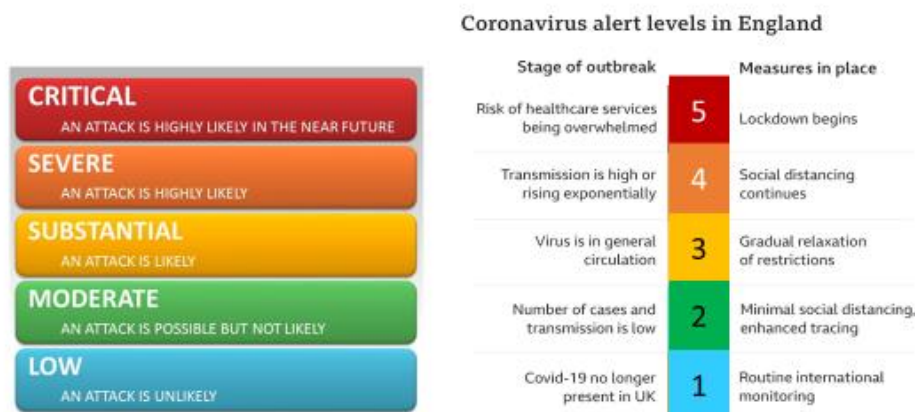


脅威レベルが設定され、そのレベルによって対応するレベルも変わる。3つの医事系統が色分けされていて、普段はブロンズで、部長、課長レベルが連絡を取り合う。私も以前、今の病院の救急部門の当直スタンバイシフトをやっていた。普段は、医療職ではないマネージャーはこういうことはしないが、試しでやらされた。大変だったが、2年ほどやった。これは何か起きたときに、地域の救急、警察等と連絡を取り合う役割だ。私の場合は月に1回ほ

どシフトが回ってきて、24 時間対応しなければいけない、というものだった。夜中の3時に警察から電話がかかってきたりする。このレベルがブロンズだ。シルバーレベルになると、いわゆる指令室インシデントコントロールセンターが病院の中に作られ、役員レベルで他の病院との連絡が行われる。これは特に地域の病院、私の病院であればサウスウェストロンドンとロンドン救急サービスと綿密に連絡を取り合うことになる。ゴールドレベルになると、これは最高レベルになるので、各組織の所長が出てくる。所長同士が集まって会合し、トップダウンで意思決定する。以前にロンドンで大火があった時に、警察署長、NHS イングランドの所長などが会合して連絡を取り合ったということがあった。

緊急事態対策

緊急事態 Covid-19の脅威レベル



そして、コロナが発生した時にも、脅威レベルが色分けで設定され、それに基づいて連絡を取り合った。そして、緊急レベルの決定については、例えばテロ事件であればMI-5が指揮を執る。火事であれば消防がこれをする。そして、今回のようなパンデミックの場合は、NHSが指揮を執った。通常、このような緊急事態が宣言される場合でも、長くて1、2週間程度だ。しかし、コロナはこれが何か月も続いた。

政治とパンデミック

2020年 1・2月

ダイヤモンド・プリンセス号集団感染
中国・イタリア・スペインからの報告

2020年 3月 初期段階

2日 英国最初のCovid-19死亡者報告

16日	病院の対策本部 (Incident Room) 設置
17日	NHS全プログラムの一時的停止
19日	病院のIncident Roomに呼ばれる (データ収集開始)
20日	ロンドン北部の病院でCritical Incident 発動 <i>Northwick Park Hospital</i>
23日	ロックダウン・ナイチンゲール (野戦) 病院の構想発表
26日	第一ロックダウン開始

2020年2月には、イタリアやスペインから情報が入ってきていたので、何が起きるかということはいざしい想像できたが、当時のジョンソン政権は全く動かなかった。2月に一応 COBRA meeting⁹⁵が設定されたが、ジョンソン首相は2月中は1回も出席せず、代理者が統括していた。そして、この年の3月には私もフランスにスキーに行くぐらい気楽なものだった。しかし、3月16日には私の所属する病院にインシデント対策本部が設置された。そして、その翌日に NHS の全プログラムが一時的停止になった。教育プログラムや、プロジェクト、その他すべてだ。インシデント対策本部が設置されてからは、トントン拍子に動いていた。このように、準備ができていたことを振り返ってみると、おそらく NHS の医療関係者は、コロナがイギリスにも来ることは分かっていたのだと思う。そして、その週の3月19日にこのインシデント対策本部に私が呼ばれた。大きなテーブルに30人ほどがぎっしり集められたが、その時は誰もマスクをしていなかった。私が部屋に入った時には、1つしか席が空いていなかったもので仕方なくそこに座ったが、たまたま横に ICU の医師が座っていた。後で少し緊張した。それぐらいこの時は、現場はまだ状況が分かっていた。私が呼ばれた理由は NHS イングランドからデータ収集が開始されるという通知が来ていたためだった。その翌日には Northwick Park Hospital という北西ロンドンにある病院で、これは Imperial College とパートナーシップのある病院だが、ここが critical incident を発動した⁹⁶。この時点で完全に通常ではない状態であることが明らかとなった。私はこの時点で NHS に15年ほどいたが、病院がクリティカル・インシデントを発動するというこの時が

⁹⁵ COBRA meeting : 英国における非常事態に召集される政府高官の会議体。

⁹⁶ <https://www.standard.co.uk/news/london/london-hospital-northwick-park-critical-incident-coronavirus-patients-a4393471.html>

初めてだった。そして、23日にロックダウンが発表され、さらにナイチンゲール病院⁹⁷の構想が発表された。26日からはロックダウンが実施された。ここでの失敗は、23日にロックダウンが発表されていたにも拘らず、実際に開始されたのが26日からだったので、この3日の間に、人々が飲み納めの為にむしろ街に繰り出してしまったことだ。この時は、街のパブが満席になった。実際、その2週間後ぐらいにピークが来た。これは政治の失敗だと思う。政府が発表した時点ですぐにロックダウンに入っていれば、もう少し死亡者の数を減らせたのではないかと思う。

コロナ対策

Covid-19データ収集・報告



基本データの処理プロセス

11:00 前日のデータを中央に報告

20種以上のデータ項目

- 患者：陽性者、検査結果待ち、死亡者、ICU患者数、酸素吸入
- スタッフ：職員の職種別に自宅待機者、病欠数
- データの多くはシステム設定されておらず、手作業で収集
- 死亡者のデータは別途さらに詳しい情報を入力・後日ONSで確認

14:00 地域セクターレベルでデータチェック

15:00 NHS Englandが最終データチェック

16:00 最終データを政府に報告 Cabinet Office Briefing Room A (COBRA)

17:00 首相チームによるコロナ報告

また、データ収集については、この時点では皆初めてのことだったので、何が求められることになるかが分からなかったため、できるだけ多様なデータを収集した。そして、これまでは収集したことがない内容のデータばかりを収集することになった。そのため、システムの中にも収集のプロセスができていなかった。そのため、手作業で収集を開始することとなった。まず、朝の11時までに前日のデータを中央に報告しなければならなかったため、毎朝7時から手作業でのデータ収集を行った。陽性者数、検査結果待ちの数、死亡者数、ICU入室者数、後からは酸素吸入を要する患者数、また職員の病欠数といったことを毎日報告していた。そして、11時から14時までは地域セクターレベルでデータチェックを行った。そして1時間後の15時までにNHS イングランドが最終データチェックをして、16時に政府COBRAに報告され、17時にジョンソン首相がテレビで「今日はこれだけの陽性者がでた」というような話をした。

⁹⁷ 2020年4月に緊急的に設立されたコロナ専用のNHSの病院。5月31日に訪問したRCGPのセッションでも言及があるので参照されたい。

第一波の対応

2020年4～8月

コロナ対応

- コロナ予算の分配
- 購買部門の活躍（既にコロナ前に組織編成済み）
- Clinicalスタッフの職場臨時異動
- 通常の病棟をコロナ病棟に変換
- ナイチンゲール病院（野戦病院）を英各地に設置
- コロナから回復した患者のリハビリ病院設置
- 早期ワクチン承認に向けてすべてのNHS R&D部門がCovid-19に集中

PPE問題

抗体検査システムの開発
（主にケアホーム職員および入居者向け）

通常業務

- 大幅に縮小：患者のプライオリティを分野ごとに設定・病棟を分け
- 外来患者のオンライン診療
- プライベート病院の施設利用

NHS Englandが一括契約

そして、2020年の夏ごろまでに、コロナ関連予算が組まれた。また、NHSの購買部門は、この時までには中央化されていたので、一括してPPE等の必要物品の購入が行われた。さらに、医療スタッフの再配置が行われ、多くの職員が従前の職務からコロナ対応に移動となった。マネジメント業務に入っていた、医師や看護師も現場に動員されることとなった。同時に、コロナから回復した患者のリハビリ病院も臨時設置され、私の家の近くにも1つできた。また、ワクチンについても、早期承認を受けた。この承認過程においては、コロナ以外の業務は全て中止され、コロナに集中された。また、医療源でも通常業務は大幅縮小となった。そして、プライベート病院がコロナ以外の患者を診療する役割を負った。これについては、NHSイングランドが一括契約して、当該病院に財務上の懸念が起らないように措置された。

(E) このスライドで、抗体検査のシステムが書かれているが、これは具体的にはどういうものか。

(米澤) これはオンラインシステムだ。最初の頃は、抗体検査を集中的に行った。症状が出ていない人がおり、特にケアホームの職員に実施した。

(E) では、抗体を持っている人は就業できる、というような運用をしたのか。

(米澤) このあたりの政策はきちんと確立されおらず、とにかくどれぐらいの人が感染しているか、あるいは感染したかを、データ収集することだけをこの時期はやっていた。

(B) 私は2020年3月に海外勤務から日本に帰ってきたが、当時の日本の状況と比べると、病棟の転換、ナイチンゲール病院の設置、また回復期もそうだが、非常に対応が早く見える。このような迅速性は、事態が起こってから考えていては、実現できていなかったように思える。このようなことが起こった時に、クロノロジカルにどういうふうに事態が展開するのかという見通しがあり、いつまでに何をしなければならないのかという逆算があらかじめ準

備されていたのではないか。

(米澤) 政府にあったかは分からないが、医療関係者にはあつただろう。NHS のリサーチ部門、アカデミック部門には優秀な人材が集まっており、後で説明するアカデミック・ヘルス・サイエンス・ネットワークというものがあり、そこで様々な議論が従前からされていたはずだ。特に1月、2月の時点で、日本のダイヤモンド・プリンセス号や、イタリア・スペインの惨状も映像で入ってきていたので、来るということは分かっていた。ただし、政府はピンボケしていた。

(B) 集団免疫とも言っていた。

(米澤) そうだ。

(B) ただ、1月はまだ大騒ぎしていたのは、中国とイランぐらいではなかったか。その段階で、病床の転換の話までロードマップに書いたのだろうか。

(米澤) 私は書いていたと思う。ただ、発表されていないので正確には分からない。

(B) もっと前から持っていたということはないか。戦時体制を想定したような。

(米澤) イギリスはテロ対策が厳重だ。昔はアイルランドの問題があつたし、今も様々なテロが想定されている。この数年前も、ロンドンブリッジでテロが起きていたので、それに対する態勢はできていたはずだ。コロナについては、2019年の11月か12月ごろから報告があつたので、その時点でNHSのリサーチ部門であるNIHR⁹⁸の人たちは情報を持っていたはずだ。

(B) このレベルのパンデミックを想定していたか。

(米澤) パンデミックの想定は、前からしていたはずだ。アメリカでもCDCが想定していたはずだ。

(B) このレベルのパンデミックだと、今回もそうだったが、一段落するまでに2年から3年はかかる。そこまで考えて準備できていたのだろうか。

(米澤) シナリオはできていたと思う。

(B) この段階で、プライベート病院の病床を一括で買い上げる⁹⁹というのは、それだけの規模の患者が発生することを想定していたということになる。

(米澤) これは、スペイン、イタリアの状況から明らかだった。あと野戦病院の構想も、スペイン、イタリア、また中国でも設置していたことから出てきたものだ。ただ、野戦病院はほとんど使われなかった。ものすごいお金をかけて作ったが、全然使われなかった。

(B) たしか、この時点で法律改正して、ワクチンの打ち手の養成を始めているのではなかったか。

(米澤) 2020年4月の時点でかなりの法律改正をして、諸々の手技についても簡易化された。

(B) このNHSの一括契約も予算措置が要るので、その段階でやっているはずだ。

⁹⁸ National Institute for Health Research

⁹⁹ London Bridge Hospital のセッションを参照のこと。

(米澤) 4月の前半ですべて行われた。

(A) ということは、やりながら考えていったというよりもあらかじめ計画があって、それに従って物事を運んで行ったということか。

(米澤) 計画はあったと思う。

(A) ただ、実際に起こったことはかなり大規模だったので、途中でいろいろ試行錯誤しながら進めたということか。

(米澤) 試行錯誤ではあった。やはり、コロナがどういうものかというのは全然わからなかった。

(B) それでもこれだけの態勢をとったのでこれで済んだ、ということなんだろうか。

(米澤) 今日は死亡数のデータを持ってきていないが、かなり亡くなっている。

(A) そこは、まず第1波が大きかった。そして、第2波がさらに大きかった。

(米澤) 第2波がきつかった。

(A) 確かに亡くなっている人が20万人ぐらいいるが、人口は日本の半分ぐら이다。日本の死亡者は7万5千人だから、日本の人口規模に直したときに40万人も亡くなったことになり、両者を比較するとかなり多い。どこの時点で、どういう状況でそれだけたくさんの人が亡くなったのか。

(米澤) 一番の失敗は、ロックダウンはしたものの国境は閉めなかったことだ。水際政策をしなかった。全然チェックがなかった。かなり後になってから、チェックし始めた。

(A) それは意図的にか。

(米澤) それは政治の判断だ。アジア諸国は比較的国境政策が厳しかったと思うが、欧州、特にイギリスは国境政策を怠った。おそらくそれはビジネス関係、経済的な意図があったと思う。

(A) ジョンソン政権が経済を優先したということか。

(米澤) そういうことだ。

(A) 軽く考えていたのだろう。それで自分も感染して、看護師に助けられたと言っていたが。それで、少しは変わったのかな。

(米澤) 少しは変わった。それまでは病院を訪問した際に、テレビ局が一緒に来てそれを報道したのだが、その時もマスクしていなかった。「僕には、マスクは要らないんだ」という感じで。それで、かなり早い時期に自ら感染したが。

(A) それと、きょう午前中に行った St. Mary's Hospital は1000床のうち500床をコロナ病床にしたと言っていた。そして、日本で聞いたのは、そういった状況の下で、そこ入院していた患者を検査もせず介護施設に移し、そのために介護施設で感染が広がり死亡者が出たという話があった。これは本当か。

(米澤) 本当だ。テレビドラマにもなった話だ。とにかく、病院がコロナ患者ばかりになった。元々、病床数を制限し始めており、患者をコミュニティで診るという方針で動いていた。

(A) それはコロナ前からの動きか。

(米澤) そうだ。病床の数を減らしていたところだったので余計に、病床数が足りなくなって、回復した患者をどんどんケアホーム等に戻して、そして、最初のころはそこでちゃんと検査せずに帰っていた。それも discharge policy (退院の考え方) がちゃんと設定されていなかった。

(A) まだ感染力がある人がいたということだろう。それで、高齢者施設でまたばあーと広がったと。それで2万人ほど亡くなったということも聞いた。

(米澤) 高齢者は、やはり感染した場合に亡くなる確率も高かった。若年者は割と回復するが。

コロナ対策

通常業務再開に向けて (第一波)

NHS
Epsom and St Helier
University Hospitals
NHS Trust

2020年

6月 リスクアセスメント開始

- ・ スタッフ全員のリスクアセスメント実施
- ・ リスク患者の特定、データ更新作業開始

8月 通常業務再開に向けての計画開始

9月 段階的通常業務再開

当初は12月までに100%通常業務に戻す予定だった

11月 第二波が到来

12月 ワクチン接種開始

- ・ オンラインデータ収集
- ・ クラウドで情報保持
- ・ データセキュリティの徹底
- ・ データシェアリングの緩和

NHS Digitalがマイクロソフトと契約 (NHSDはNHSの情報機関 2023年2月にNHSイングランドに吸収) 全てのNHS機関がMSTeams機能を利用できるようにする。

そして、2020年6月にリスクアセスメントが始まった。これはスタッフ及びGPに登録されている住民のリスク評価のことだ。これにより各人のリスクレベルが特定された。この時点でGPデータのアップデートがされたはずだ。私自身はGPシステムには関わっていない。そして同時期に、クラウドでの情報保持が始まった。データセキュリティが徹底されて、さらにデータ共有が緩和された。通常なら、データセキュリティ上、1つの病院から別の病院やCCGに患者データを簡単には送れないようになっている。しかし、そのシェアリングのプロセスを緩和して、データを送りやすいようにした。と同時に、当時、NHS デジタルという組織があったが、2023年2月にNHS イングランドに吸収されてNHS イングランドのデジタル部門になった。その部門がマイクロソフトと契約して、全てのNHS機関がMS Teamsを利用できるようにして、会議、情報交換、その他すべてがTeamsグループの設定で行われるようになった。これは、NHSのバックアップがなければ普通のNHS trustだけではできないようなことなので、トップダウンで決定されたのはよかった。そして、このMS Teamsと共に様々なアプリが使えるようになった。それに合わせて私の部門が、今まで紙で作業していた

ものをアプリでデータ収集できるようにした。

(B) それがこの時期か。

(米澤) そうだ。2020 年前半だ。

(E) 早い。

(B) これを見ると、コロナがあったからこれができたということか。

(米澤) まさにそうだ。また、CCG から ICB への移行プロセスも、もう少し時間をかけてやるつもりだったのが、これで一機に進んだ。

(A) CCG の権限を ICB へ移行するということが、どこがどう変わったのか。

(米澤) 実はそれほど大きく変わっていない。名前だけが変わっている。組織としての役割はそれほど変わっていない。ただ、内部の動き方が少し変わった。ICB と acute trust つまり provider (医療提供者) との連携プログラムが多く作られた。今の ICB というのはこれから provider と統合して、ICS になる前段階のものだ。この ICB を作るプロセスが、コロナによって加速した。ICB は CCG よりも力があり、データシェアリングするためのパワーがより強い。これから統合されるからということで、provider 組織とのジョイントプログラムがどんどん促進されている。

(A) 病院とのジョイントということか。

(米澤) 病院だけではない。GP もそうだし、その他の acute trust 以外の provider も含めたジョイントだ。加えて、local authority いわゆる役所ともジョイントしている。役所が、ソーシャルケアの担当をしている。さらに、学校の児童向けの医療も役所はカバーしている。

(B) 日本でもソーシャルサービスと連携を取るなどとして、包括的枠組みの政策が提案される。しかし、今の話を聞いていると、その場合のデータ共有、情報連携、プラットフォームの整備が先になれば、実態の連携はできないように思えるがいかがか。

(米澤) そのデータ共有面での整備も様々な問題があって、同時にそれを進めている形になっている。現時点ではデータ共有はファイルを転送する形で行われている。また役所の職員は、我々のシステムにアクセス制限をしながらある程度接続できるようにはなっている。その意味で、かなり促進された。

(B) それがないとできないのではないか。

(米澤) そうだ。なので、データ共有はかなり進んでいる。

(A) 共有しているのは行政と ICB か。

(米澤) NHS イングランドがすべてのデータを持っているが、NHS イングランドに我々が送付するデータは仮名化 (pseudonymize) されている。これは匿名化 (anonymize) とは違っているが、患者を特定できないようにする処理の 1 つだ。ただ、役所の方は、彼らが担当している特に児童医療に関する情報については、すべてアクセスできるようになっている。これは様々なプロセスを経て data sharing agreement という形で合意され、厳しいガバナンスに服している。

(E) 時系列を確認したい。ICB という新しい制度は 2022 年の法改正で導入されたと学んだ

が¹⁰⁰、今ご説明いただいたのは2020年初め頃のことだ。例えばデータシェアリングについてもこのころから準備されているのは、今後ICBで一緒になるんだからこれを準備しなければならない、ということだという風に思える。法改正以前の段階で、ICBという制度が導入されることが視野に入っていたということか。

(米澤) そうだ。皆がそういう予定であることを分かっていた。

(E) なるほど。

(米澤) タイムラインとしては、ICBは本来もう少し早くできるはずだった。ただ、その移行過程の中でも職員の雇用形態などについても変化が生じるため、政治的な手続きを要することとなり、少し遅れた。そして、2020年8月にロックダウンが緩和され、通常業務再開に向けて計画が開始され、9月には業務が再開された。そして、この時の計画では2020年12月までにすべての業務を通常に戻す予定だった。それが、9月頃から少し怪しかったが、11月には第2波がきて、大変なことになった。そして、12月にワクチン接種も始まった。

コロナ対策

ポストコロナ



2021年

3月 コロナプロジェクトチーム解散
通常業務および組織統廃合再開への準備始動
CCGを10月に廃止・ICS体制へ移行

4月 通常業務を段階的に再開

9月 完全通常業務

後半 今後のコロナ対策の地域組織レベルの強化
インフルエンザ・コロナワクチン接種

2022年

2月 ロシアのウクライナ侵攻

3月 全てのコロナ規制解除

後半 各セクターの労組によるストライキ。NHSの職員も含む。

2023年

2月 英国政府Covid-19行動制限を終了

5月 WHOパンデミック終了宣言

6月 ナースのストライキは終了の目途がつくが医師のストは悪化する傾向

この後、2021年3月にプロジェクトチームが解散した。通常業務への準備指導を仕切りなおすこととなった。この頃には、ワクチン接種がかなり進んでいた。そして、4月から段階的に通常業務を再開した。2021年9月には完全に通常業務に戻った。そして、地域組織レベルの強化及び、インフルエンザとコロナワクチンの同時接種も進められた。そして、これに2022年2月にロシアのウクライナ侵攻が加わったことで、財政危機が生じた。2022年3月にはすべてのコロナ規制が解除された。そして、2022年後半から現在に至るまで、各セクターにおける労組によるストライキが続いており、今週も列車のストライキで交通が

¹⁰⁰ Health and Care Act 2022 のこと。Dr. Kong のインタビュー参照。

麻痺した。

(A) ストライキは、物価高騰によるものか。

(米澤) そうだ。ロシアのウクライナ侵攻によるものだ。再来週にはジュニアドクターのストが3日間ある。3月頃には看護師のストがあった。

(B) フランスもやっている。デモもストも。

(E) 強烈だなあ。

(米澤) 今日、昨日には Guy' s and St. Thomas Hospital の看護師がストをしている。

(B、E) 日本では考えられない。

(米澤) マネージャーもストをしろという動きがあり、私もストをしたいかどうかという質問がきた。自分はストをしようという投票をしたが、十分な票が集まらなかったようで、マネージャーはストはしないことになった。今は、コンサルタントと呼ばれる上級医がストをしようかどうか、という議論がされている。

(A) それは、物価高騰にも関わらず賃金が上がらないからか。

(米澤) そうだ。ジュニアドクターのストはこれまでも何回もあるのですが、それほど大きな問題にならないが、コンサルタントにストをされると現場はかなり大変になる。

(B) それは人が死ぬんじゃないか。それアリなのか。フランスも医者もストするんだが。

(A) それでも賃金は上がらないか。

(米澤) 多少は上がってはいるが。

(B) 予算だから。

(米澤) どこかにお金が取られれば他がなくなるわけだから、簡単には上がらない。物価高騰の問題が一気に起こっている。今、学校の教師もストをしていて、政府は大変になっている。

ワクチン対策

Covid-19ワクチン



2020年11月

5日 第二ロックダウン開始

中旬 ワクチン接種に向けての準備開始：プロジェクトチーム結成

- 地域セクターとの連携
- ファイザー承認・接種センターの設置

2020年12月

プライオリティグループの発表

第一部 (First tranche)接種開始

スタッフのLateral Flow Testing 開始

クリスマス直後：第二部接種開始

- Consent Formのデジタル化
- ワクチン接種予約システムの設置
- 国のワクチン接種報告サイトの確認 (NIVS: National Immunisation and Vaccination System)

コロナワクチンについて説明する。2020年11月に2回目のロックダウンが始まった。そして、11月中旬にワクチン接種についての準備が始まった。うちの病院ではそこでプロジェクトチームが結成されて、ワクチン接種の優先順位について、つまりどの患者を優先するか、スタッフはどの順番にするか、接種したワクチンの情報をどのように報告するか、そういったことをプロジェクトとして扱うこととなった。そして、接種センターの設置も必要だった。我々の trust は2つ病院を持っているが、そこで接種センターを設置した。そして、国はスタジアムやデパート等の大規模接種会場を作りもした。また、ナイチンゲール病院も接種センターになった。

(B) 日本では、ワクチン接種については、自治体が接種券を配った。

(米澤) 紙で。

(B) それはそれで問題がだが、紙でも電磁的な指示でもいいが、例えば65歳以上を優先接種するとしたときに、65歳以上をリストアップして、あなたはどこどこでワクチン接種を受けてください、あるいは、受けることができます、と指示されることになるが、これは誰がやったか。

ワクチン対策

COVID-19ワクチンデータシステム NIVSとNIMS



National Immunisation and Vaccination System

- 主に医療関係者や高リスク患者・児童の情報管理
- 例年のインフルエンザワクチン接種を含め、すべてのワクチン接種プログラムに適応
- 各NHS組織のOccupational Health部門が窓口

National Immunisation Management Service

コロナワクチン接種プログラム管理のためNHS Digital がNHSXより引継ぎ構築

- NIVS, GPシステム、学校システムとNHSナンバーを管理情報としてリンク
- 2020年に行った患者リスクアセスメントのデータを用いてハイリスク患者を優先

(米澤) それは国の整備したオンラインシステムがあり、そこに全部情報が集まる。なので、患者はどこで接種してもいい。

(B) 接種してもいいということはどうやって伝えられるのか。通常の広報か。

(米澤) GP から連絡が行く。

(B) やはりそうなる。GP が連絡するのも大変だったと言っていた。そして、日本だと紙を持っていくが、ここではアプリを持って行って、そこで接種することになると思う。そして、接種されれば、その結果このオンライン上のシステムに情報が上げられ、誰が接種したのかということが一元的に把握することができ、後はGP に登録患者の接種状況についてのフィ

ードバックがなされる、というようなことか。

(米澤) このシステムは私も情報関係者ということで一時期アクセスできた。結構よくできたシステムで、誰が、どこで、どんなワクチンを接種したのかという情報が入ることになっていた。

(B) それというのは、コロナのために作ったのか、それともそれ以前から種々のワクチン接種の管理のために存在したシステムなのか。

(米澤) 元々あるものだ。毎年インフルエンザワクチンの管理等のためにできていたものだ。

(E) 日本もコロナに関しては紙で管理している訳ではなく、自治体が電磁的にデータ管理している。

(B) いや、それはそうだが接種者のところには紙がきて、それを持っていく。

(米澤) こちらは紙はない。

(B) ただ、日本でもデータ自体は持っているのはそうだ。

(E) 接種歴を自分で控えておらず、自分でいつ接種したのかが分からなくなることがあるが、そのようなときに自分でオンラインで簡単に検索するということはできない。ただ、自治体に聞けば教えてくれる。

(米澤) その点、当初はなかったのだが、後になってアプリができてできるようになった。元々、NHS イングランドに自分の情報についてアクセスできるようになっていた。ワクチン情報もアクセスできるようになり、いつどこで接種したのかということスマホで管理できるようになった。そして、これに基づいてQRコードが表示され、例えば劇場に演劇を見に行ったりできるようになった。

(A) (自分のスマホを提示して) 私の接種歴も1回目から5回目まで全部ここにある。

(B) そのアプリはある。細かい話だが、接種会場に甲さんが来たとして、甲さんの本人確認はどうしたか。そして、接種記録を入力することになると思う。これについては、日本では入力が結構大変だった、などの話がある。

(E) 日本では医療機関で接種した場合は、医療機関が入力した。

(B) 接種会場でする場合について、イギリスはどうだったか。

(米澤) 接種会場にパソコンを持ち込んでやることになったが、その設置にプロジェクトチームが関わった。

(B) それは手入力か。

(米澤) 手入力だ。

(A) ワクチン接種にGPは協力したか。

(米澤) しているはずだ。GPも薬剤師も、。

(A) 打ち手は、暇になった航空会社の職員を訓練して打たせたという話も聞いたが。

(米澤) 打ち手は、おっしゃる通り非医療者がオンラインで研修をして、打てるようにした。

(A) 日本ではちょっとそこまでは考えられない。

(米澤) 私は不安だったので、接種は病院でした。病院なら看護師なので。

(B) 法律改正した。

(米澤) NHS は医療行為をかなり広範囲に他職種に許している。他の国では医師が行うような医療行為を看護師が行うことも多い。看護師も様々な種類があり、かなり高度なことができる看護師もいる。このような skilled nurse は医師と変わらないように見える行為をしたりする。

(B) それにしてもこのシステムはよくできている。

(米澤) そうだ。これを初めて見た時は、なるほどと思った。

(C) なんだかんだ NHS という 1つの組織の下でやっているのだから、情報を吸い上げることのハードルはそれほど高くないはずだ。

(B) 元々そういう形になっている。

(A) なってただね。インフルエンザワクチンの時から。

(B) 医療だけでなく、公衆衛生をもスコープに入れて、全体を統括しているのだから、一種 population approach のような発想もあり、情報を一元的に集めたいのではないのか。

(C) 公衆衛生まで含めている訳ではないのではないのか。

(B) ないが、医療行為、医療保険制度だけを見ているわけではない。

(C) 確かに、治療だけやっているわけではない。

(B) 治療だけやっているわけではないのでこういう風になる。

(米澤) そして、本人確認は、全部 NHS ナンバーでなされた。NHS ナンバーがなければワクチンは打ってもらえない。

(B) 基本的には、その問題はあるわけだ。日本でもそうだが。不法滞在の場合など。

(C) 不法の場合だけでなく、未届けもある。

(米澤) 未届けが結構多い。路上生活者もいる。また、特にロンドンでは、ここで何年か仕事してまた地元に戻る人も多く、プライベート医療があるから NHS には手続きが面倒なので登録しない、という人もいる。そのため、この時に、すごい勢いで登録者数が増えた。

(C, A) なるほど。

(米澤) そのプロセスで、システム側がパンパンになるということもあった。

(B) ワクチンをタダで打ってもらえるから。

(A) 97%が登録と言っていたが、登録していない人も多かったのか。

(米澤) 今は、97%になっているということだ。

(A) 上がったということか。

(米澤) そうだ。

(B) 番号が付くだけでうまくいくというわけではない。

国立健康研究所

NIHR: National Institute for Health and Care Research

The NIHR experimental medicine infrastructure 実験医学インフラ

大学の研究者とNHSを系統的につなぐプラットフォーム
多種多様なリサーチプログラムをサポート

- Biomedical Research Centres (BRCs)
- Clinical Research Facilities (CRFs)
- Experimental Cancer Medicine Centres (ECMCs)
- Translational Research Collaborations (TRCs)

(米澤) コロナワクチンの開発でよく話されるのが、NIHR¹⁰¹だ。これは大学の研究者と NHSをつなぐプラットフォームだ。私自身は、普段ここにはあまり関わっていなかったのが今回勉強させてもらったのだが、実験医学インフラというものがNIHRの中にある。

バイオメディカルリサーチセンター Biomedical Research Centres (BRCs)

Collaborations between world-leading universities and NHS organisations that bring together academics and clinicians to translate lab-based scientific breakthroughs into potential new treatments, diagnostics and medical technologies.

ロンドンに7か所（インペリアル含む）

オックスフォードBRCが
コロナワクチン開発の
中心になる



London	
1 NIHR Barts Biomedical Research Centre	6 NIHR Moorfields Biomedical Research Centre
2 NIHR Great Ormond Street Hospital Biomedical Research Centre	7 NIHR The Royal Marsden Biomedical Research Centre
3 NIHR Imperial Biomedical Research Centre	
4 NIHR Maudsley Biomedical Research Centre	5 NIHR University College London Hospitals Biomedical Research Centre

NIHR Biomedical Research Centres



¹⁰¹ National Institute for Health Research

ワクチン対策

臨床研究ネットワーク Clinical Research Facilities (CRFs)

全国28か所にある臨床研究専用の施設

ロンドンにはインペリアル、セントジョージ病院を含む
10か所
5年間で£161 millionの投資



その中にある4つが、biomedical research centres (BRC)、clinical research facilities (CFR)、experimental cancer medicine centres、translational research collaborationsだ。このうちの、BRCとCRFがコロナのワクチン開発に重要だったようだ。BRCはロンドンに7カ所あり、Imperial Collegeも入っている。全国にあるが、オックスフォードBRCがコロナ開発の中心だった。他のBRCもオックスフォードに協力するという形が取られた。そして、臨床研究ネットワークは、できたワクチンの臨床研究を行った。全国28カ所で行われ、すべてNHS病院の中で行われた。ロンドンには10カ所あり、Imperial CollegeもSt. George病院も入っている。5年間で16.1億ポンドの投資が行われた。私も2022年3月にSt. George病院で新しいコロナワクチンの臨床研究をするので、被検者の募集があったので、応募したが落選したということがあった。

アカデミックヘルスサイエンスネットワーク NHSと大学等の研究機関との連携

2013年に発足
現在15のネットワークが存在する

<https://www.ahsnetwork.com>

ワクチン開発に大きく貢献



このようなプラットフォームをバックアップしたのが、academic health science centres だ。全部で 15 カ所あるが、構成としては、NHS 組織と大学等の教育機関がグループを組んで、その地域の先進的な研究をするというものだ。これが最初に提唱されたのが、2008 年で、Lord Darzi が提唱した。そして、その 5 年後の 2013 年にキャメロン政権下で始まった。全国 15 カ所あり、エリアは重ならず、すべてのエリアがカバーされている。したがって、すべての NHS 組織がこの中のいずれかに属することとなっている。

例：インペリアルカレッジヘルスパートナーズ

<https://imperialcollegehealthpartners.com>



アカデミック機関

Brunel University
Buckinghamshire New University
Imperial College London

NHS: コミュニティヘルスケア・メンタルヘルスケアトラスト

Central and North West London NHS Foundation Trust
Central London Community Healthcare NHS Trust
West London NHS Trust

NHS: 統合ケアシステム

NHS North West London ICB

NHS: 急性期病院トラスト

Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust
The Hillingdon Hospitals NHS Foundation Trust
Imperial College Healthcare NHS Trust
London North West Healthcare NHS Trust

NHS: 専門病院トラスト

Royal Brompton & Harefield Hospitals (Heart and Lung disease)
The Royal Marsden NHS Foundation Trust (Cancer)

その中でも非常に強力な Imperial College を母体としているのが、Imperial College Health Partners だ。これは Imperial College London が主体となってやっているものだ。

多くの NHS 組織が関わっている。ブルネル大学とバッキンガムシャー・ニュー大学も入っている。

ワクチン対策

例：インペリアルカレッジヘルスパートナーズ

<https://imperialcollegehealthpartners.com>



アカデミック機関

Brunel University
Buckinghamshire New University
Imperial College London

NHS: コミュニティヘルスケア・メンタルヘルスケアトラスト

Central and North West London NHS Foundation Trust
Central London Community Healthcare NHS Trust
West London NHS Trust

NHS: 統合ケアシステム

NHS North West London ICB

NHS: 急性期病院トラスト

Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust
The Hillingdon Hospitals NHS Foundation Trust
Imperial College Healthcare NHS Trust
London North West Healthcare NHS Trust

NHS: 専門病院トラスト

Royal Brompton & Harefield Hospitals (Heart and Lung disease)
The Royal Marsden NHS Foundation Trust (Cancer)

私が今勤めているのはサウスロンドンのネットワークになる。かなり数が多い。アカデミック組織はこれだけの数あるが、キングズカレッジと St. George 病院が強い。ロンドンには、3つの academic health science network がある。3つ目が UCL パートナーズとなる。

ワクチン対策

例：UCL パートナーズ



<https://uclpartners.com/>

アカデミック機関

University College London
City University
London School of Hygiene & Tropical Medicine
Queen Mary University of London

NHS: 統合ケアシステム

Mid and South Essex ICS
North Central London ICS
North East London H&CP

NHS: 専門病院トラスト

Royal National Orthopaedic Hospital NHS
Moorflelds Eye Hospital NHS FT
Great Ormond Street Hospital for Children

NHS: コミュニティヘルスケア・メンタルヘルスケアトラスト

North East London FT
The Tavistock and Portman NHS FT
Barnet, Enfield and Haringey MH
Camden and Islington NHS FT
East London NHS FT
Essex Partnership Univ. FT

NHS: 急性期病院トラスト

University College London Hospitals
Whittington Health
Barking, Havering and Redbridge Univ. Hosp
Barts Health
Homerton Healthcare
North Middlesex Univ. Hosp
Royal Free London
Mid and South Essex NHS FT

ここは University College London と London School of Hygiene & Tropical Medicine が中心である。

例：オックスフォードアカデミックヘルスサイエンスネットワーク

<https://www.oxfordahsn.org/>

アカデミック機関
Oxford University



NHS:コミュニティヘルスケア・メンタルヘルスケアトラスト
Berkshire Healthcare NHS FT
Central and North West London NHS FT
Oxford Health NHS FT

NHS:専門病院トラスト
South Central Ambulance Service NHS FT

NHS:急性期病院トラスト
Oxford University Hospitals NHS FT (Host)
Buckinghamshire Healthcare NHS Trust
Frimley Health NHS FT
Great Western Hospitals NHS FT
Milton Keynes University Hospital NHS FT
Royal Berkshire NHS FT

NHS:統合ケアシステム
Buckinghamshire, Oxfordshire and Berkshire West
Frimley Health and Care
Bedfordshire, Luton and Milton Keynes Integrated Care System

オックスフォードはオックスフォード大学病院が主導しているところだ。それぞれが地元に向うやり方をしているので、ウェブサイトを見ても全然違う。

(B) ファイナンスはどうなっているのか。

(米澤) ファイナンスは、人口1人当たり2ポンドで設定されているようだ。

(B) NHSが出すのか。

(米澤) 国が出す。NHSではない。

(B) 1人あたり2ポンドということは、100万人いたら200万ポンドとなり、それほど大きな額ではない。

(C) 連携の予算だけということか。研究自体の予算にはならないように思う。

(米澤) 確かにリサーチのお金はベンチャーなどいろんなところから集める。ここで言っているのはネットワークの設立・維持のための予算だ。

(C) 連携費だ。

(B) 潤滑油代だ。

(C) 連携推進本署、本部経費。

(B) まあ、そういうことだな。

COVID-19 の対応 : UCLパートナーズの例

UCLPartners AHSC (Academic Health Science Centre) members have made major contributions to the national and international efforts to combat COVID-19 through world-leading research and expertise.

<https://uclpartners.com/project/ahsc-contributing-to-the-covid-19-response/>

- 1) 政府アドバイザー
- 2) パートナー病院や検査場、ナイチンゲール病院へのスタッフの動員
- 3) コロナ対応の装備品（PCR装置、PPE等）の準備・手配
- 4) 多分野リサーチコミュニティを動員してワクチン開発に貢献

詳細はウェブサイト参照

（米澤）UCL partners のウェブサイトが一番詳しく書いている。このウェブサイトを見ると、どのようなコロナへのレスポンスをしたかということが書かれている。UCL は、ロンドンの中央と北東地域をカバーしていて、まさにナイチンゲール病院ができたところだ。サイトによれば、職員の動員等にも関わっていた。例えば、UCL partners の中から 31 人の研究者が政府の専門家諮問機関である SAGE¹⁰²に入った。また、酸素吸入のための CPAP を 1 万個製造した。また、研究に関しても羅列されている。

テクノロジーを利用したバーチャル病床

Virtual Wards enabled by technology



- イングランド全ての統合ケアシステムに取り入れる計画
- バーチャル病床はテクノロジーの利用が不可欠

<https://www.england.nhs.uk/virtual-wards/>



テクノロジーを利用したバーチャル病床は最低限以下のことが要求される

- 患者が事前に合意した医療データを測定し、アプリやウェブサイトに入力できる
- 入力されたデータを医療チームがデジタルプラットフォーム・ダッシュボードで遠隔監視できる
- 患者の状態が規定パラメータから外れた場合、医療チームにアラートが送られ、適切な措置が素早くとれる

¹⁰² Scientific Advisory Group for Emergency

バーチャル病床は2次医療を自宅で受けられる 仕組みになっている



病院ケアに替わる安全で効果的な医療ケア

バーチャル病床にいる患者は、このシステムがなかったら病院でのケアが必要、つまりバーチャル病床システムにより不必要な入院、あるいは入院患者の早期退院が可能となる

患者の状態の複雑さが他のコミュニティ医療、自宅医療との境目となる
2次医療に用いられる診断ケア（x線等）の緊急アクセスが可能
病院治療で用いられる点滴、酸素吸入等のケアが受けられる
コンサルタント（シニアドクター）の管理で

バーチャル病床は一次医療の強化プログラムや慢性疾患のケアなどの従来のホームケアとは異なる

そして、コロナ後については、virtual ward というものが大きな注目を浴びている。特にロングコビッドの患者をフォローするため、ロングコビッドクリニックが病院の中に作られたのだが、これをフォローアップする機能を果たしている。加えて、病床の確保のためでもある。virtual ward という名前を嫌がる人もいる。ward という病棟を指すが、病棟ではないのからだ。そのため、名称が今後変わる可能性はある。

(B) virtual ward については、これが注目されている文脈としては、ロングコビッドの対応において病院に負荷が掛かるため、という説明をされた。St. Mary's Hospital の担当者の説明によれば、病院のリソースに一定の限界がある中で、多数の入院待機者がいるという状況に対応するため、病床の効率的な利用の必要があるということだった。より優先度の高い患者を優先して入院させて速やかに退院させるということを実現するものとして virtual ward が期待されているということだった。この方針によると、入り口ではより優先度の高い人を入院させなければいけないが、在宅で待機している人の状態を把握できるようにする必要があるということであった。また、早期に退院させた後、再入院されると効率性が落ちるため、退院してからもある程度フォローできるようにしておく必要があることになる。これら2つの意味で、在宅での医療側からのしかるべきアウトリーチやカバーをする必要があるということだが、それを病院側のアウトリーチとしてやっているところが特徴的だ。このような議論をするのは、日本では同様の必要があるとなれば、それは地域で引き受ける、つまりイギリスで言えばGPの仕事として考えられることになる。

(米澤) イギリスではGPじゃない。

(B) そう。そこがGPじゃないというのがなぜか、というところが気になっていた。

(米澤) GPと病院の間に community service があり、そこが担当することになっている。

そして、virtual wardのサービスは、community serviceになる¹⁰³。

(B) community serviceは誰が担うのか。

(米澤) community serviceは地域によって違うが、community trustが担う。ロンドンではCentral London Community Trustが一番大きい。あとは、mental health trustと合同でやっているところもある¹⁰⁴。例えば、community & mental health providerという形でやっていたりする。

(B) では、そのcommunity trustの担い手は、専門職としては誰になるのか。

(米澤) acuteとそれほど変わらない。私の病院では、acuteに加えてcommunity serviceも提供している。これは4、5年前から始まったものだ。地域によっても違うのだが、我々の病院は、South LondonとSurreyとの境界にあるので、Surreyの方のcommunity serviceも見る。Surreyの方の住人は、SurreyのICBが資金を出している。

(B) ICBは基本的には、GPのグループが担っているのではないか。

(米澤) ICBは予算を持っているところなので、GPの集団ではない。

(B) 私の質問は、community serviceというサービスは誰がやっているのか、ということだ。具体的に患者と接触しているのはどのような職種か。

(米澤) 接触しているのは、医者と看護師だ。

(B) その医者と看護師はどこから来ているのか。

(米澤) 病院とは限らない。community serviceという組織だ。trustがあるところもある。うちにはSutton Health and CareとSurrey Downs Health and Careというが、これは一応組織になっている。

(B) そのサービスは具体的にはどんなものか。退院後のフォローというが、それは具体的にどういうことか。そもそも、退院している以上地域に帰っているから、その人たちに何かあれば、GPが対応するのが自然であるように思える。

(米澤) primary careではないとなるとGPの所掌ではなくなる¹⁰⁵。

¹⁰³ St. Mary's Hospitalでの説明では、virtual wardの担い手について、確かにcommunity trustもあるとされたが、あくまでacute care trustを中心にして説明された。

¹⁰⁴ <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/cmhs/>

¹⁰⁵ この米澤氏の認識は、一見するとコン医師が説明した内容と矛盾するようにも思える。コン医師の説明では、primary careの担い手はGPとは限らず、community serviceはprimary careに包含されつつも制度上GPの所掌ではない、とされたからだ。しかし、2019年1月7日にNHSが発表したNHSの改革指針を示したLong Term Plan (<https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/>)の第1章の1つ目の目標には、“We will boost ‘out-of-hospital’ care, and finally dissolve the historic divide between primary and community health services.”(我々は「病院外の医療」を強化し、従来のprimaryとcommunityのhealth serviceの断絶を解消する。)が掲げられている。つまり、従来はprimary careとcommunity serviceはそれぞれ異なる内容のサービスであると認識されていたといえる。その上で、近時の動きとしてそれを統合しようとしていることが分かる。しかも、このLong Term Planの本文においては、primary careをgeneral practiceと言い換えている箇所もあり、ここでのprimary careは実質的にgeneral practiceと同義で使われている。コン医師が「最近ではcommunity serviceもprimary careというようになっている」と説明したのは、近時の統合による上位概念としてprimary careを新たに想定するに至ったということだと考えられる。そのため、community serviceを‘out-of-hospital’ careという一連の機能の中でprimary careに包含されると見るか別物と見るか

(B) 日本の開業医とは守備範囲が違うという話になると思うが。

(米澤) 守備範囲の違いだ。例えば、MS（多発性硬化症）や糖尿病等の疾患がリストアップされており、地域の community service ごとに守備範囲が決められる。また、セッティングも地域によって違う。例えば、我々の施設では、South London の方ではすべてがクリニックベースで行うが、Surrey Downs の方は community trust が2つある。これは acute ではなく、community service の病院として存在しているものだ。そのように、community service にも病床があって、患者をそこで診るということになっている。長期療養者も community service で診る。

(A) そのような病院があるのか。

(米澤) community trust がある。

(E) 私の理解では、やっている内容は、リハビリとか、地域包括ケアのようなものかと思うのだが。

(B) しかし、今の話ではより医療に近い。

(C) 障害者医療のような感じもする。

(B) 病院としては早く退院させたいが継続的な医学管理が必要であるときに、あるいは糖尿病の人のように一定の管理が必要である場合に、GP の範囲を超えているものは、GP には任せられないと。

(米澤) あとは、脳卒中とかりハビリとか。

(B) それは病院的には退院させたいものだ。何十年か前に、どこかで聞いたような話だが。

(C) 病院にいるべき人じゃないけど行き先がないと。

(B) 行き先がない、つまり受け止めきれないと。GP では受け止めきれないので、それをカバーする一定の対応が必要だと。それは継続的な医学管理ということもあるし、リハビリということもあるだろうし、もしかしたら、医療以外の、例えば訪問看護かもしれないし、場合によっては生活支援っぽいことかもしれない。

(E) それを家でやるということか。

(米澤) virtual ward は家でやるということだ。

(B) それは、病院そのものではないからこそ ward なんだろう。

(米澤) community service には児童医療も入る。

(B) 日本でコミュニティ・サービスないしコミュニティ・ケアというと、福祉のサービスのことになる。医療のサービスではないことを意味する。それをそのまま日本語で横文字でコミュニティ・ケアというとならなくなる。

(米澤) 日本語でなんと言うべきか。

(C) 今のだと、日本的に言えば福祉ではないか。

は、従前の分類を前提とするか新しい分類があるとみなすかの違いに過ぎないといえる。

(B) いや、福祉じゃない。

(C) いや、でも社会局だ。

(B) コミュニティ・ケアというからそうになってしまう。話の中身は明らかに福祉じゃない。

(米澤) 福祉じゃない。医療的ケアだ。

(B) 福祉は、ケアという言葉が要らない。ソーシャル・サービスだ。

(C) 福祉といってもいいのではないか。

(B) 今の話を聞いているとそうはならない。

(C) でも、症状が固定していて、治療が、、、。

(B) 固定しているとは限らない。

(C) 固定していると考えるのではないか。

(B) いや、そうじゃない。

(C) 固定していなかったら、また、再入院じゃないのか。

(B) それは違う。

(米澤) では、このところはまた今度詳しく、、。

(E) この議論はすごく大事で、今回この話に限らず、イギリスで起こっている問題をどう考えるか、日本で起こっている問題をどう考えるかっていう時に、言葉が何を指しているのかというその実態がものすごくズレているという問題がある。我々の問題意識というのはそこにあって、わざわざこちらに來させていただいて、逐一話をこうやって聞いているのも、そこを詰めていきたいということが一番大きな目的だ。

(米澤) イギリス英語は、アメリカ英語とも少しニュアンスが違う。手術室が theater というように、言葉がイギリス英語は特殊だ。

(B) 今の話では、なぜ virtual ward というのか。まさに virtual な病室だからだろう。

(E) そこで提供されているもののイメージをつかんで帰りたい。

(A) 実際の病院もあるということだね。今の話では、コミュニティ、、、。

(米澤) community trust だ。

(E) それを担う病院もあるということか。

(米澤) そうだ。

(B) バーチャルじゃなくて、そういう病棟があるのだとすると、それって日本で言えば地域密着病院だったり、在宅療養支援病だったりするものだろう。

(A) だから、急性期病院だけではどうにもならないんだ。

(B) その話につながる。その話を病院側からするとそういう説明になるということだ。

(D) 私の理解では、community care service というのは広い概念で、その一環として、最新の形として、virtual もある、ということではないか。

(E) 私もそういう理解だ。

(米澤) そうだ。

(D) イギリス的な基準の病院は、日本的な基準に合わせて言えば大病院になる。そのため、

ここでいう community service の病院というのは、回復期病棟みたいなものになるのではないか。

(米澤) そうだ。

(D) イギリスで病院とって紹介されると、日本の高度先進病院なイメージのものを紹介されるが、実際にはそうじゃない病院もあるわけだ。virtual というのは、そういう元々ある community service の、。

(米澤) 新しいコンセプトだ。

(D) そういう意味だね。だから、従来の acute の病院とイコールではない。

NHS デジタル政策

NHS データ戦略：情報ガバナンス



各 NHS 組織に役割ごとに担当者が任命されている

- カルディコットガーディアン：Caldicott Guardian 医師が担当
- 情報リスク責任者：Senior Information Risk Officer (SIRO) 役員が担当
- 情報ガバナンス・データ保護責任者：専門マネージャーが担当
- CIO・CDO・CAO に続き、CCIO と CNIO の任命が通常化

報告責任

- 内部監査・外部監査：定期的に行われ、年度報告書に記載
- データ共有契約：Data Sharing Agreement (DSA)
- データ保護影響評価：Data Protection Impact Assessment (DPIA)

コロナ発生時には簡易 DPIA の利用が承認された

(米澤) 次にデータ関係の話をしたい。NHS は今すごくデータ戦略を打ち出している。元々昔から情報ガバナンスはかなり重要視されていた。各 NHS 組織に情報管理のリーダーがいるが、これは Caldicott guardian と呼ばれる¹⁰⁶。もう亡くなったカルディコットさんという方が、NHS の中での情報ガバナンスはこうでなければならないということを打ち出したことに由来する。この Caldicott guardian はほぼ確実に医師が担当する。また、情報リスク責任者というのは、SIRO、senior information risk officer だが、これは役員の 1 人が担当する。情報ガバナンスデータ保護責任者として専用のマネージャーがいて、インフォメーション・ガバナンス・マネージャーという。この者が、他の NHS 組織との連携を担当する。また、最近の動きとしてはいわゆるチーフ・インフォメーション・オフィサー、チーフ・デジタル・オフィサー、チーフ・アナリティクス・オフィサーというのが出てきた。これに

¹⁰⁶ UK Caldicott Guardian Council のサイト (<https://www.gov.uk/government/groups/uk-caldicott-guardian-council>) によれば、Caldicott guardian は以下のように説明されている。A Caldicott Guardian is a senior person responsible for protecting the confidentiality of people's health and care information and making sure it is used properly.

続いて、チーフ・クリニカル・インフォメーション・オフィサー (CCIO)、そしてチーフ・ナース・インフォメーション・オフィサー (CNIO) という役職ができています。看護師の一人、医師の一人が必ず任命されて、その情報ガバナンス、IT システム、及びそれに関して、リードしていく。私はデジタル部門なので、この CCIO、CNIO とほぼ毎日一緒にいる。そして、報告責任というのは、内部監査、外部監査が定期的に行われるので、年度報告書に必ず記載しなければならない。データ共有契約書、data sharing agreement (DSA) というものもある。何等かのデータを送るときは必ず DSA の署名が必要となる。この SIRO と Caldicott guardian が署名する。そして、data protection impact assessment (DPIA) だが、この DSA と DPIA がコロナの間簡略化された。

NHS デジタル政策

NHS データ戦略：データ共有と役割分担



NHS England によるデータ分析の共有強化

各種ウェブサイトやアプリの構築

- NHS Futures
- NHS England Applications



情報マネジメントにおけるコミッショナー (ICB) とプロバイダの役割

Integrated Care Board (前身はCCG)のPopulation Health Managementとしての役割をNHSイングランドが推し進める

<https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/phm/>

プロバイダは現在は通常通りフロントラインのサポート (Business Intelligence) を優先
将来Integrated Care System (ICS)に移行した時点で二者が統合される可能性が高い

そして、データの共有と役割分担だが、データ共有がすごく促進されている。NHS イングランドは様々なデータ分析のウェブサイト作っている。これは職員でなければアクセスできないものだが、この中にはものすごい量の情報がある。そして、アプリも構築されている。

(B) これについて、アクセスのステータスは何か。

(米澤) 制限はある。私は全てにアクセスできるわけではないが、ほとんどアクセスできるようになった。ここに書かれている NHS futures には、ほとんど全部アクセスできる。それはどちらかというデータ共有というより、ベスト・プラクティス共有であり、こういうことをしたらこういうことがうまくいく、こういうテクノロジーが使える、ということ共有するものだ。

(B) 例えば、PHR のような個人の臨床データは誰でも見られるというわけにはいかないと思うが。

(米澤) それはだめだ。そのレベルのデータにアクセスするのは難しい。これは後で触れようと思っていたが、NHS イングランド・アプリケーションというのがあって、これによって

個人データがすべてアップロードされる。これはスタッフ情報もアップロードされるところで、先日、ちょっとスタッフ情報の統計が知りたかったので、これにアクセスしようとしたら、却下された。なので、かなり厳しい。また、情報分析マネジメントにおける commissioner と provider の役割というのが明確に区別されていて、commissioner である ICB の方は、population health management (PHM) といって、この分析に今力を入れている¹⁰⁷。今、ICB に行くと、みな PHM という。そして、provider は通常通り、フロントラインのサポートを行う。これは私が行っているビジネス・インテリジェンスだ。将来 Integrated Care System として、この provider と ICB が統合された場合、このデジタル・ファンクションも統合される可能性がかなり高い。あと、4、5年でそうなると思う。そのころには、引退していたいなあと思っているが。

NHS デジタル政策

NHS データ戦略：デジタル人材の育成



NHS 組織のデジタル能力の強化を模索

データ専門職の教育・育成

専門職としての標準化（ファイナンス職や看護師のような資格化）

政府の DDAT フレームワークに合わせた基準を設定予定

<https://www.gov.uk/government/collections/digital-data-and-technology-profession-capability-framework>

NHS イングランドは AphA が打ち出した医療分野のデータ専門職の能力国家基準フレームワークを採用予定

National Competency Framework for Data Professionals in Health and Care

AphA: Association of Professional Healthcare Analysts

https://transform.england.nhs.uk/media/documents/NCF_Framework_Booklet.pdf

それ以外の職員のデジタル能力強化

デジタル能力 Digital Capability Assessment、Data Literacy Programme の開発推進

また、デジタル人材の育成にもものすごく力を入れている。それで、皆さんが今日午前中に会われた Ruth (・Holland¹⁰⁸) にすごくお世話になっている。これはいわゆる DDaT (Digital Data and Technology) という政府が打ち出しているフレームワークに準拠した基準と採用している。

¹⁰⁷ その具体例については、Dr. Kong のセッションにも詳しい。

¹⁰⁸ St. Mary's Hospital の受け入れ担当者でもある。

NHSデジタル政策

医療情報マネジメント、アナリスト養成プログラムをもつ組織

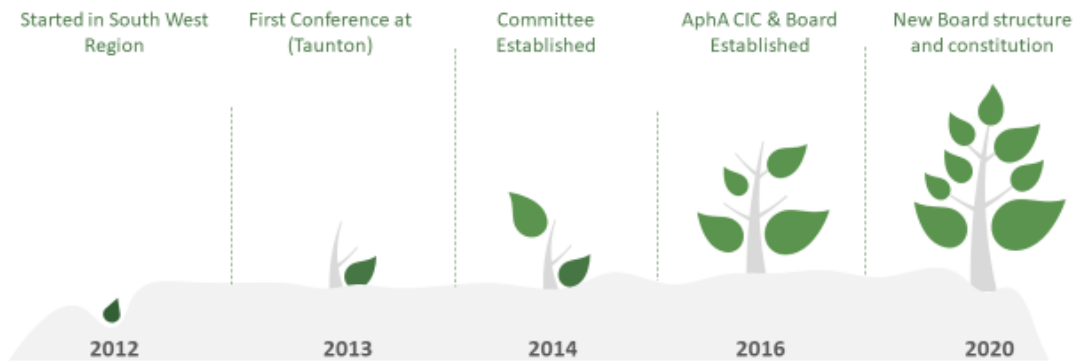


www.aphanalysts.org

NHSデジタル政策

Apha : 医療アナリスト協会

2012年に発足
パンデミックをきっかけに会員数が激増



www.aphanalysts.org



AphA branches cover across the UK - England, Wales, Scotland and Northern Ireland



www.aphanalysts.org

そして、今私と Ruth がともに属している APHA (Association of Professional Healthcare Analysts) という組織があるが、ここが NHS イングランドと共同で提示した、データ専門職の国家基準フレームワークを採用する方針で準備している。これと同時に、データ専門職ではない人たち、特に看護師に向けて、彼らのデジタル能力アセスメントやデータ・リテラシー・プログラムの開発促進をしている。これについては、私は、うちのチーフ・ナース・インフォメーション・オフィサーとプロジェクトを一緒にやっているところだ。

NHSデータ戦略：今後の動向



Faster Data Flow

全ての病院の生データを収集。試験データの送信中。

将来的に医療情報連合データプラットフォームを導入

Federated data platform

目標はデータ報告プロセスの自動化とリアルタイムデータの収集

- 国内外の複数のソリューションプロバイダが関心を表明
- 最有力はPalantirだが、強い批判を受けている ← コロナ発生時にNHSに進出
- マイクロソフトやグーグルも開発に意欲を示している

Palantir : 別名 米国のスパイテクノロジー会社

<https://www.thetimes.co.uk/article/nhs-tells-hospitals-to-share-medical-records-with-us-spy-tech-company-qhs3397f>

<https://www.opendemocracy.net/en/palantir-nhs-covid-datastore-foundry-peter-thiel/>

今後のことについてだが、まだどうなるかわからないが、FDF (faster data flow) という生データを中央が取ってしまうという動きがある。

(B) これはカルテデータとかそういうことか。

(米澤) 全部だ。今はまだ、アクティビティ・データというか、誰がどこの専門家に来たのかというデータを送れと言われている段階だ。3月末が期限だったが、電子カルテシステムを導入中なので、導入されるまでできないと言って押し返した。インペリアルは、これをする方針のようだ。今は、パイロットとしてデータ送信しているとのことだ。今は、データをファイル転送する形で送っているが、将来的にはデータ・プラットフォームを導入することになるとみられている。federated data platform¹⁰⁹と呼ばれるもので、これによりこのプロセスが自動化され、リアルタイムでのデータ収集が行われる方向が示されている。

(A) スライドに書かれている Palantir とは何か。

(米澤) これはアメリカの会社だ。政府がこの federated data platform を導入するにあたって、そのソリューション・プロバイダーが募集された。そこに応募した会社の1つで、最も有力とみられている。CIA とも関連があると言われている¹¹⁰。

(E) St. Mary's Hospital においてであったと思うが、何度か“スパイ”、“スパイ・システム”と言っていたが、通常用語の意味ではなく、ソフトの名前か、会社の名前かのようなニュアンスで“スパイ”と言っていた。その意味はよくわからなかったが、それと関係はあるのか。

(B) ネット情報によると、ビッグデータ分析を専門としている会社で、メンバーに本社がある、とのことだ。

(米澤) コロナ禍において、NHS と関わり始めた。コロナデータの収集等に関わるデータ・プラットフォームやアプリの開発・整備を1ポンドで請け負った。更新の際には、100万ポンドになった¹¹¹。データ・プラットフォームが作られた場合、NHS のデータ全てがそこに入っていくことになる。その時に、ではそれが好きな時に取り出せるようになるのか、というと、そうならない可能性がある。アメリカ・カリフォルニアの警察が Palantir を導入した時に、情報管理上の懸念が起こった¹¹²。データを全部取って、きれいなレポートをしてくれるのはいいが、自分でそのデータにアクセスしようとしたら、アクセスできないことが心配される、と言うのが反対派の主張だ。これは政権が変われば、変わる可能性がある。

(A) 政権は変わったのではないか。

(米澤) 首相は変わったが政権は変わっていない。

(A) 保守党政権ということだね。

(B) ネット情報によれば、ロイヤルアーミーのデータ処理もしているらしい。

(米澤)... そうか。ただし、まだ、ちょっとどうなるかわからないところだ。

¹⁰⁹ <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-federated-data-platform-and-associated-services/>

¹¹⁰ Palantir 社を“spy-tech company”とする見方については、同社自身の反論に関しても、フィナンシャルタイムズに記事がある (<https://www.ft.com/content/1e10d7be-733a-4182-96b9-8eca5ab0c799>)。

¹¹¹ <https://www.cnbc.com/2020/07/16/peter-thiel-palantir-nhs-deal.html>

¹¹² <https://www.theverge.com/2013/6/29/4478748/california-license-plate-reader-database-palantir>

(E) 現状について、ファイルで患者情報をやり取りしているという話があったが、具体的に誰と誰の間でどんな情報がやり取りされているか。例えば、処方歴、画像、とか。

(米澤) 今のところはそこまで行っていない。現時点では、もっぱらデマンドを把握するという目的で、患者がいつ、どういう理由で、どういう形態で、医療システムにアクセスしてきたか入院なのか、救急経由なのか、という情報を送っている。

(E) 患者がアクセスしてきたか、か。

(米澤) 患者とのコンタクトだ。

(B) それこそ受診情報だ。

(米澤) そうそう。

(B) どういう治療をしたかも入るか。

(米澤) 今のシステムで、コミッショナーとやり取りで共有される情報は、患者の NHS ナンバー、どこの GP に登録、。

(C) 先ほど、“スパイ”と言っていたのは“spine”ではないか。

(米澤) スパイン。それは全然別のものだ。スパインはいわゆる背骨という意味だが、NHS の患者データのことを spine という¹¹³。これによって送受信ができる。

(E) アプリの名前ということか。

(米澤) アプリではない。ネットワークの名前だ。これはかなり昔からある。セキュリティが非常に硬いことで知られる。

(E) 先ほどの質問に戻ると、患者が受診又は受診しようとして医療機関にアクセスして、治療を受けた、という情報を送っているということか。

(米澤) そうだ。例えば、患者が A&E¹¹⁴、エマージェンシーに、何時に来て、どれぐらい待って、どういう治療を受けて、いつその A&E を出たか。そしてその患者情報を全て送る。

(E) それを誰が誰に送るのか。

(米澤) 毎月、コミショニングデータセットと呼ばれるものすごく大きなデータファイルがあり、これはもっぱら統計と支払に使われるものだが、これが NHS イングランドに送られる。

(E) 病院と NHS イングランドのやり取りということか。

(米澤) そうだ。

(B) 日本で言うと、社会医療調査でデータを送るようなものだ。

(E) あるいは DPC データを送るのと同じだ。

(B) そうそう。

(D) ただ、イギリスは匿名化されていないのではないか。

(米澤) NHS ナンバーがあるので、いわゆる Pseudonymization ということになる。名前はないけれども、トレースバックできる。

¹¹³ <https://digital.nhs.uk/services/spine>

¹¹⁴ A&E: accident and emergency

(D) 匿名化ではないということだ。

(米澤) 匿名化ではない。

(D) 個人情報としては、怖い話だ。

(米澤) それをベースに、コミッショナーは支払いをするので、昔から送られている。

(D) 匿名化してもできるではないか。なぜ匿名化しないのか。

(米澤) 匿名化すると GP に連絡が行かなくなる。

(B) それはまさに診療情報が共有されるということだ。そして、そのデータのアクセス自体は制限がかけられているはずだ。誰でも見られるわけじゃなくて。

(米澤) 誰でも見られるというものではない。かなりアクセス制限は厳しくなっている。それこそ Caldicott guardian が承認しないと見られない。

(B) GP はもちろん見られる訳か。

(米澤) 自分の患者のものは見られる。

(E) 自分の登録している患者が、どこのエマージェンシーに、いつ行ったというのが分かるということか。

(米澤) 分かる。

(B) それが分からないとだめじゃん。

(米澤) それは支払い用なので、毎月送られる。

(B) レセプトデータだ。

(米澤) GP とのデータ共有は、ほぼリアルタイムである必要がある。例えば、ある患者が A&E を連休中に受診したとする。その患者が、連休明けに GP に行けば、A&E の受診の情報がすでに GP の PC の中に入っている。うまくいくとそのように機能する。

(B) それがないと、日本で言うところのかかりつけ医が十全に機能しない。

(E) なるほど。そういうことか。

(A) 少し話題を戻して質問したい。イギリスには大病院だけしかないというわけではないということは分かったし、以前の訪問調査で地方の 200 床ぐらいの病院も訪問したこともある。NHS が担うのは医療のはずだが、その小規模病院でのサービスは、日本で言っているような医療ではない気がする。community service 病院というのはどういう役割を担い、どのような内容のサービスを提供しているか。

(米澤) primary care と acute care の間にあるものだ。

(C) 間ではあるが、post acute のようなものではないのか。

(米澤) post acute に限らない。ほっておくといずれは救急に行ってしまうような患者を GP が community service に紹介して、community service が受けるというのもある。

(A) それはロンドンの中にもあるのか。

(米澤) ある。

(A) 結構たくさんあるんだね。

(米澤) そんなにない。

(B) GP の守備範囲が、日本でイメージされているような総合診療医ではないということが前提としてある。

(E) GP は医学的には相当狭い。

(B) 相当狭いということだ。

(A) というか、保健活動に寄っていて医療的な役割は軽いんじゃないか。

(B) 日常的に医学管理が必要な人は、GP では持ちきれないということだろう。

(A) やはり、全員登録という風にするからそうなるんじゃないか。

(B) というか、初めからそういうことを考えていないからだ。おっしゃるように、予防とかそういう方に労力を割かれていると。

(A) 心の悩みとか、そういう話になってしまう。

(B) 精神疾患は受けないんじゃないか。

(A) 受けないとしても管理はするんじゃないか。ロンドン市内に St. Mary' s Hospital のような大病院がいくつぐらいあって、community service 病院がいくつぐらいあるか。

(米澤) 数はすぐには出てこないが、CLCH、つまり Central London Community Healthcare がかなりの部分のロンドンの地域をカバーしている。病院があるわけではなく、サービスをコミュニティに持っていくために人が行く形になるので、CLCH はロンドンのほぼ半分以上をカバーしている。

(A) ということは、訪問系のサービスと、、。

(米澤) あと、クリニック。

(B) クリニックというのは、、。

(A) GP じゃないのか。

(米澤) GP じゃない。

(B) GP じゃないクリニックがあるということか。

(米澤) そうだ。

(B) そしたら、A 先生、今回は community service のクリニックとか、community service 病院を視察に来ないといけない。

(A) そういうことだ。

(B) 日本の専門クリニックのようなものかもしれない。

(米澤) 専門クリニック、、。昔よくジブシー (GPwSI、GP with Special Interest) といっていたが、それが community care に展開していったのではないかと思うのだが。

(A) ジブシーはもうなくなったのか。

(米澤) もういないんじゃないか。

(A) そうなの？

(B) GP と community service を両方やっているということなんじゃないか。パートタイムがほとんどだということなので。

(米澤) 医師も看護師も両方で働く人はたくさんいる。

(B) 別の言い方をすれば、みんな with interest になっているということなんじゃないか。

(A) community service の中には、訪問系の人もいれば、ジプシーの診療所もあれば、病院もあるということか。

(米澤) そういうことだ。これまでバラバラだったのが、community care service もかなりまとめられるようになってきた。私も最近、そっちに携わるようになってきているが、データからの携わり方なので、もう少し次回に向けて勉強しておく。

(B) そうやって考えると、virtual ward というのは、それでもカバーできないから必要になったということになる。病院自身がアウトリーチをするという。

(米澤) あとは自宅でケアした方が患者のためになるというのものもある。

(B) それはあるが、virtual ward を病院側からすると、community care service でも追いつかないからという説明になる。

(米澤) それはその通りだ。

(B) 結局 GP に投げきれないということになれば、何らかの形で抱えざるを得なくなるわけだから。

(A) 結局そうだ。病気が治ったら歩いて元気に帰る人ばかりじゃなくなってきてくる。

(B) それは acute の患者だけではなく、multi-morbidity の人がどんどん出てくるわけだから、それはある程度うまく考えないといけない。今までは、community care service があつたとしても、そこじゃ受けきれないとなった時に、病院側が出ていかないといけなくなって、まさに virtual な ward を作るんだということになる。

(米澤) 高齢化に伴ってそうなっている。

(B) まさにそうだ。

(A) でしょ。だから、最近のことじゃないか？昔は、みんな急性期病院だったが、中小病院は、そういう community care 的医療に誘導されたのではないか。そういう意味で、日本の後追いなんじゃないか。

(米澤) それはあると思う。

(B) そうは言わないが、実態としてそうなっていくということだ。

(A) それに介護が入ってきたら、。

(B) 今のような hierarchical な（階層組織的な）縦の関係から、横に水平展開するというのをやれば、日本で言うところのコミュニティ・サービス、ソーシャル・サービスが繋がっていくことになる。

(A) 地域包括ケアでしょ。

(B) そうだ。勉強になった。

イギリス-8-2 論考：国家による包括的医療提供体制の下での医療情報技術 —イギリスの到達と課題—

森井大一

はじめに

イギリスは、おそらく主要先進国の中では最も医療分野での情報技術の活用が進んでいる国である。原則としてすべての国民に NHS 番号が振られており、医療はその国家機関である NHS が予算を分配している GP と trust（急性期病院等）によって提供されている¹¹⁵。このように強力に国家が医療を統制しているのは、比較的人口が小さい国^{116, 117}や権威主義的政治体制の国¹¹⁸以外では珍しい。今回の訪問調査では、情報技術活用について、病院は Epsom and St. Helier University Hospitals NHS Trust の情報部門の責任者である米澤ルミ子氏に、GP はコン医師にそれぞれ講義を受けた。本稿では、両者から聴取したイギリスの医療情報についての知見に基づいて、その実態と課題について考察する。また、本稿では NHS 傘下の医療について述べる。

trust におけるデータ・マネジメント

現在、イギリスの病院（trust）は患者の診療情報を定期的にファイルで NHS に送信している。これは、commissioning data set というデータファイルで、データの内容は、誰が、いつ、どの医療機関に、どのような形態で（救急か予定か）、受診したのかといった情報である。この中には、画像等のより詳しい医学的な情報は含まれていない。この情報を元に支払いが行われるとのことであり、日本のレセプト情報に相当する情報といえる。日本の場合も、支払基金や国保連にこれらの情報が集まるが、NHS は England には1つ、UK 全体では nation（つまり、England、Wales、Scotland、Northern Ireland）ごとに4組織しかない。そのため、各 nation は、一括して域内の患者のレセプトデータ（に相当する情報）を持つことになる。支払いのためのものであるので匿名化は行われない。NHS 番号による偽名化（pseudonymization）によって、連結可能な形で個人情報保護が図られている。そのおかげで、例えば GP も、自分の診療所に登録している患者がどの病院に救急車で運ばれたかといった情報を知ることができる。ただし、患者自身は基本的にこの情報にアクセスすることはできない。そのため、PHR としての性格を有するものではない。

病院内のデータマネジメントが確立しており、各 trust には Caldicott Guardian とい

¹¹⁵ 民間病院である London Bridge Hospital のセッションでは、イギリス全体の民間医療保険の加入者は10%で、ロンドンだけなら20%と説明されていた。しかし、イギリスの医療制度が NHS を中心に成り立っていることは間違いない。

¹¹⁶ https://www.jkri.or.jp/PDF/2016/sogo_73_mano.pdf

¹¹⁷ <https://www.dlri.co.jp/report/1d/270929.html>

¹¹⁸ <https://ourworldindata.org/democracy>

う情報管理の責任者と、SIRO (senior information risk officer) という情報リスクの責任者が配置されている。そして、上記のファイル送信などデータを外部に送信する際には、両者が DSA (data sharing agreement) というデータ共有契約書に署名することが求められる。これ以外にも、医療機関内での情報人材の育成がかなり進んでいる。政府は、データ専門職の育成基準として DDaT (Digital Data and Technology) ¹¹⁹を打ち出している。これは医療機関に限らないものだが、この枠組みの中で NHS trust のデータ専門職も採用される。さらに NHS England は医療分野に特化したデータ専門職の基準を近く設定する予定とのことであった。医療データ専門職の具体的な役職として、information governance manager、chief information officer、chief digital officer、chief analytics officer、chief clinical information officer、chief nurse information officer (CNIO) 等がある。さらに、データ非専門職へのデータ教育として、特に看護師に向けて CNIO を中心にリテラシー・プログラムが提供されている。このように、医療機関の隅々まで、情報人材と教育プログラムが行き届く体制が組まれている。

しかし、これだけの情報人材を各 trust の中に抱え込むのは、費用の面でも簡単ではないはずだ。これがイギリスの病院 (trust) で可能となっている大きな要因として、一つひとつの trust の規模が大きいことが考えられる。2023 年第 1 四半期の統計¹²⁰を見ると、NHS England の傘下には 188 の trust がある (しかない) が、この中には acute & general の病床を 1 つも持たない trust が 32 ある¹²¹。acute & general の病床のある trust の中には、眼科、整形外科等の単科の trust が 11 ある。したがって、人口 5650 万人の England において、いわゆる総合病院のイメージに合う病院 (NHS trust) は 145 しかない。この 145 の trust の病床数の中央値は 715 床であり、下位 25 パーセントでも 479 床である (図 1)。イギリスの病院あるいは病院群¹²²は日本に比べてかなり規模が大きいことが分かる。つまり、イギリスの trust での情報技術の活用や豊富なデータ人材の登用の背景には、一種の scale of economy があるといえる。そのため、8000 の病院が存在しその多くが中小病院である日本では、一概に同じことを求めるのは難しいかもしれない。

¹¹⁹ <https://www.gov.uk/government/organisations/digital-data-and-technology-profession>

¹²⁰ Beds Open overnight: NHS organisations in England, Quarter 1. 2023-2024

(<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>)

¹²¹ mental health 又は community service の trust である。

¹²² 1 つの trust の中に、acute hospital だけでなく、単科病院や community service などの複数の施設がある場合もある。

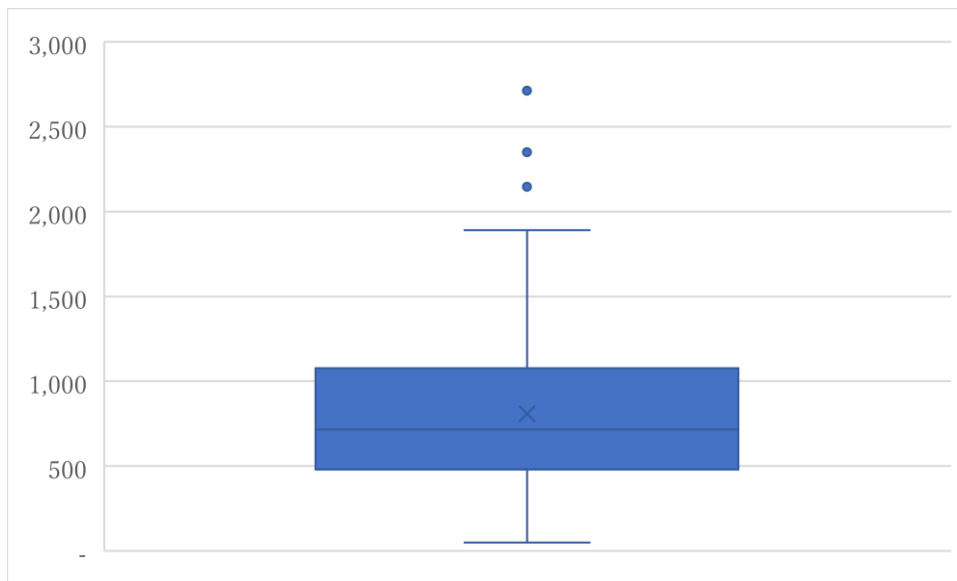


図1 Englandのacute trust（単科を除く）病床数分布¹²⁰

現在、ファイルでの送信という現行のデータ送信方式を、情報プラットフォームによってリアルタイムかつ自動化するという変革が進行している。しかも、この方式によって NHS が収集するデータはレセプト情報の域にとどまらず、診療に関する全てのデータである。すべての病院の電子カルテの情報をそのまま NHS が丸抱えするようなイメージであろう。この取組は FDF (faster data flow) と呼ばれる。この一元化されたプラットフォームである FDP (federated data platform) の事業をどの企業が請け負うのかに大きな関心が集まっていた¹²³。そのような中、2023年6月に、NHS はアメリカの情報分析会社大手の Palantir と12か月で2500万ポンド（45億円）の契約を締結した。この契約が大きな注目を浴びているのは、この金額で済むかという点に疑念があるからだ。というのも Palantir には“実績”がある。イギリス政府がコロナに関する様々なアプリを介してコロナのデータを収集し始めた頃、Palantir はそのシステムの開発と提供を1ポンド（180円）で請け負った。ところが、このシステムを更新するときになって、更新料を100万ポンド（1.8億円）に釣り上げたのだ¹²⁴。コロナの真ただ中であって、蓄積されたデータが使えなくなるような選択肢は NHS 側になく、NHS としてはこの法外な、しかし払えなくてはならない金額で手を打つしかなかった。このようなことから、Palantir が NHS の医療情報を一元的に握ることについては、様々な懸念が示されている。契約の直前には、医師の団体が国会議員に向けて契約を中断するよう要請する文書を発出するなどの動きも見られた

¹²³ <https://www.digitalhealth.net/2022/12/federated-data-platform-palantir-juggernaut-continues/>

¹²⁴ <https://www.cnbc.com/2020/07/16/peter-thiel-palantir-nhs-deal.html>

¹²⁵。この文書によれば、このような民間企業の参入により、NHS の患者のほぼ半数がデータ共有についてオプトアウトするという。

医療情報を一括管理することで、患者や医療者の利便性が上がり、疫学的解析が可能となり、行政の効率化に役立つことが期待される。また、その発展のためには民間企業の技術が有用であることは間違いない。そして、その規模が大きくなり、オペレーションが複雑化するほど、特定の民間企業への依存度は高くならざるを得ない。その一方で、公的な制度によってシステムティックに、あるいは権力的に収集されるデータの取り扱いについては、一定の透明性と公正性の担保という要請が働く。NHS と Palantir の契約が議論を呼んでいるのは、NHS がイギリスの医療を包括的に管理しているからこそだ。それだけ強い行政の権限と、大規模で複雑なデータ管理・データ処理を可能にする情報技術の両方がそろったことで、「行政による情報管理の外注」が単なる行政の私経済活動の枠を超えてしまった。問題は、民主主義社会の中でどのようにこの事態に対処すべきかである。権威主義国家であれば、国民の意見を重視する必要はないかもしれないが、民主主義社会ではそうはいかない。そのため、民間に頼った情報技術の活用についても、国民を説得する必要がある。例えば、利便性が上がり、医学や行政施策にエビデンスをもたらすという利点を強調することで、透明性や公正性を犠牲にすることを許容するという説得が考えられる。しかし、利点の強調で押し切ろうとすれば、透明性・公正性への疑念は却って強まるかもしれない。

ポイントは、収集された医療情報は誰のものか、という点だろう。論理的には、プライバシーすなわち自己の情報を管理することは、個人の人格的生存にとって不可欠であるから、究極のプライバシーである医療情報はその個人に帰属するはずである。ただし、医療を制度として提供する国家の役割を認める以上、その必要の限度において国がこれを管理することは許容されるべきである。そしてその管理を具体的に行うのが民間企業であるとしても、民間企業が提供するののは情報の入れ物としてのウェアハウスであり、それを管理・分析する労務であるはずだ。そうであるならば、医療情報そのものが民間企業に帰属することにはならないはずである。しかし、情報は一旦それを手にした者が絶対的な強みを持つ“currency”¹²⁶でもある。十分な監視体制を置かなければ、情報を握った側が実質的にその情報を支配することにどうしてもなってしまう。したがって、民主主義社会での情報の包括的管理の落としどころは、本来の帰属主体である国民自身とその代理人である国家への帰属の実効性を、どのように担保するのかにかかっている¹²⁷。

¹²⁵ <https://techmonitor.ai/government-computing/palantir-federated-data-platform-fdp-nhs-england>

¹²⁶ <https://www.weforum.org/agenda/2015/08/is-data-the-new-currency/>

¹²⁷ 『データ資本主義：ビッグデータがもたらす新しい経済』（ビクター・マイヤー＝ショーンベルガー、トーマス・ランジ著、斎藤栄一郎訳、NTT 出版、2019 年）には「データ主体の市場は、従来の貨幣中心の

PHM

イギリスの医療情報技術の活用について考える際には、イギリスの医療提供制度を踏まえる必要がある。イギリスの医療提供を思い切って単純化して言えば、外来診療を担う GP と入院医療を担う trust の 2 本立てとすることができる。GP と trust は NHS からの予算においても分けられており、制度上は互いに独立した形で運用されてきた。しかし、2022 年に Integrated Care System (ICS) という 100 万人から 200 万人の住民を単位¹²⁸とする枠組みが法律によって設定され¹²⁹、GP も trust もその傘下で医療提供を行うこととなった。地域で医療機能の分担が ICS の意思決定機関である ICB (Integrated Care Board) によって決定され、分担する機能に応じて予算の配分も行われることになった。

イギリスの医療の特徴は、「医療」の局面を「疾患を見つけて治療する」という場面に限るのではなく、健康の社会的決定要因や、住民の生活実態へのアプローチをも広く包含する（しようとする）点にある。このような野心的な医療観は、住民の健康状態を網羅的に把握しようとする方向性に向かう。この方向性の中で出てきた概念が PHM (population health management) である。しかし、これは住民の健康データに基づいて公衆衛生施策を実施するというだけのことであり、そのデータ収集・管理が非常に進んでいるというに過ぎない。データの重要性は、先進国を中心にどの社会でも認識されてはいるが、NHS という制度的基盤を持っているイギリスではその程度がかなり高いということだ。

確かに、コン医師のセッションでも、北西ロンドンという ICS 傘下の 8 つの区のがん検診の受診率や、ワクチン接種率等が分かりやすく提示されていた。このようなデータベースの構築には、マッキンゼーが大きな貢献をし、今も継続的にデータ管理・分析に当たっているという。では、全ての元となるデータは誰がどのように収集するのであろうか。コン医師によると、GP が医療情報に関する合意文書を患者に示し、自らがデータ管理者として登録患者の情報を管理するという。そして、患者との間に交わした合意文書は、ICB やさらにその下位の構成要素である primary care network (PCN) のデータ利用を認める内容になっているという。PCN は 3 万人から 5 万人の住民を単位とする医療提供の枠組みであり、この中に複数の GP 診療所が含まれる。NHS からの予算のうち、GP に対する付加的予算である DES (directed enhanced service)¹³⁰や IIF (investment and impact fund)

市場に比べて圧倒的な優位性があるだけに、その到来は確実といえる。だが・・・厄介な集中化・・・に弱さを露呈する。この構造的な弱点のために、データリッチ市場は、あこぎな企業や急進的な政府の格好の標的になりやすく、挙句に経済を麻痺させるだけでなく、民主主義を揺るがす恐れもある。」と述べている。

¹²⁸ <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>

¹²⁹ Health and Care Act 2022 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/enacted/data.pdf>

¹³⁰ 国レベルで統一されているワクチンプログラムや介護施設での医療提供が含まれる。

¹³¹はこの PCN を介して GP 診療所に支払われる。さらに、薬剤師や social prescriber¹³²と
 いった医療人材を PCN 単位で雇用することもできる。この人材確保の予算は ARRS
 (additional role reimbursement sum) と呼ばれる。つまり、PCN 内の GP は互いに住人
 登録を取り合うライバルでありながら、様々な局面での協働が予定されており医療人材の
 共有までしている。これは、イギリス版の医療的隣組制度とも言う制度である。

診療における情報技術

イギリスの GP の診療態様は、コロナの前後で大きく変わった。RCGP のヒアリングで
 は、コロナの前に 82%であった対面診療はコロナ後には 15%に減少し、その代わりに電
 話診療が 13%から 70%にまで上昇している (図 2)。またオンライン診療もコロナ前は
 1%以下であったものが、コロナ後には 10%まで増えている。Nuffield Trust のヒアリ
 ングでは、askMyGP 等のアプリが 4つあったのみであったが、コロナ後はこれが 9つまで
 増えたとのことであった。このような患者と GP をつなぐアプリの他にも、GP は診療所内
 で様々なデータシステムを用いている。PCN あるいは ICS はこのような様々なアプリとの
 互換性を維持しながらデータを収集している。具体的には、ロンドンに 4つある ICS は、
 EMIS 又は SystmOne のいずれかのシステムを用いてデータを統合的に管理しているとい
 う (図 3)。

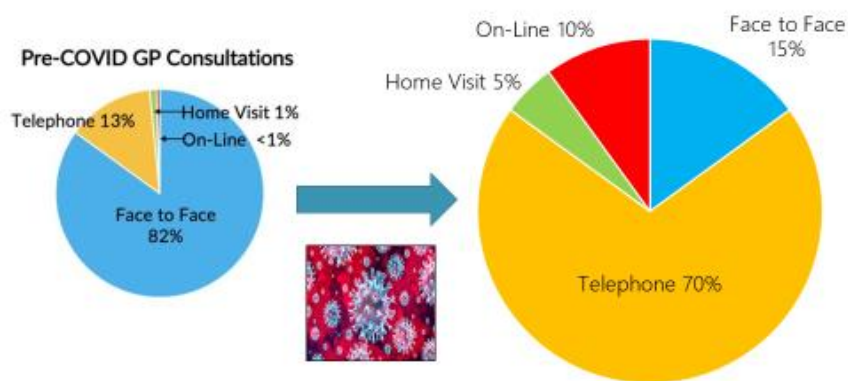


図 2 コロナの前後における GP の診療形態¹³³

¹³¹ population health (国民保健) に対する対価としての予算。コン医師のセッションを参照のこと。

¹³² social prescribing については、概要は本稿後段でも触れるが、詳細はボグダン医師のセッションを参照のこと。

¹³³ RCGP のセッションでの資料

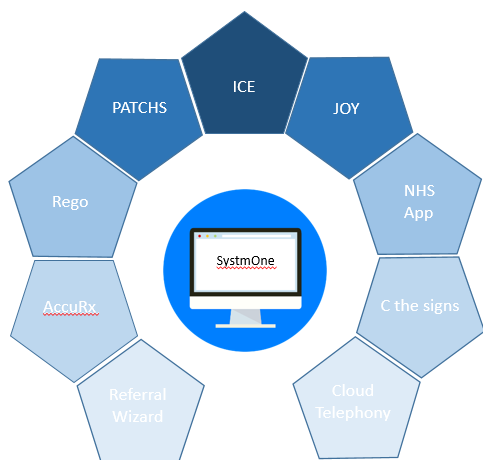


図3 GPが使用するアプリとそれを統合するシステムの関係¹³⁴

コロナの前後におけるGPの診療スタイルの劇的な変化は、接触を避けるという現実的な理由によって起こったものであることは間違いない。しかし、そのような要請は、日本でもあったはずだ。それにも関わらず、イギリスのような劇的な変化は、電話診療を恒久的に認める制度変更を含めて¹³⁵日本では見られていない。その理由の1つは、イギリスのGPが担っている役割が日本の開業医や中小病院の外来診療が担っている役割と違うためだと考えられる。つまり、電話診療に切り替えられる医療とは、対面診療を要しない診療ということである。社会的処方¹³⁶の講義を行ったボグダン医師によれば、イギリスの外来診療の20%はpure social reasonによるものとされる。これは、住居、雇用、人間関係等の非医療的受診理由を指す。これらの社会的理由に加えて精神的な問題（mental well-being）でGPを受診する患者も多いという。先行研究においてもloneliness（孤独）やlow mood（気分の落ち込み）が例示されていることから¹³⁶、ここでいう精神的な問題とはいわゆる精神病圏の疾患というよりもむしろ社会的問題との辺縁にある不特定の訴えを指していると思われる。Nuffield Trustのヒアリングでは、「彼氏と別れてつらい」といった“精神的”な受診理由がコロナ以前には多かったと証言された。コン医師は「(コロナ

¹³⁴ コン医師のセッションで示されたスライドを改変。

¹³⁵ <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

¹³⁶ J Elston et al. Does a social prescribing ‘holistic’ link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation Primary Health Care Research & Development 20(e135): 1-10. 2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6764188/pdf/S1463423619000598a.pdf>

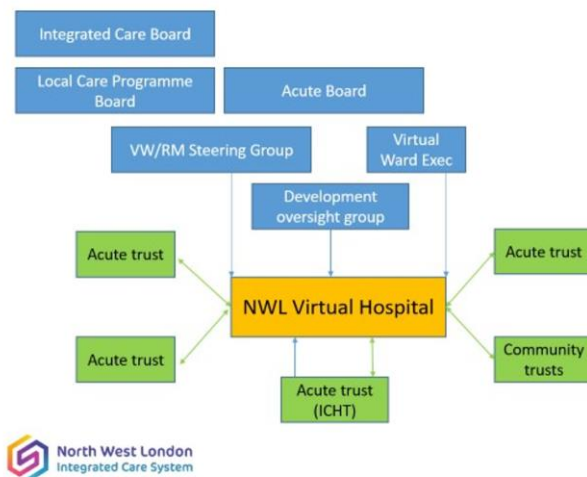
の) 経験によって、そもそもほとんどの場合、医者に直接会う必要がないことに気づいてしまった。なぜなら、パンデミックを通して、患者たちは医師に会えなかったが、だからといって特に劇的なことは何も起こらなかったからだ。必要とされていたことは医療的な行為ではなかったのだ。」と述べている。

これは、イギリスの GP の役割が、日本の感覚から見ればかなり非医療的な (social な) ものであることを示している。イギリスでコロナによって急激に電話診療が増えたこと背景には、そもそも担っている役割の多くが電話診療で事足りるという点に注意が必要である。

また、病院 (trust) と患者との関わりの中でも、情報技術の活用が見られる場面がある。それが virtual ward である。virtual ward とは、文字通り virtual (仮想の) な ward (病棟) という意味であるが、実際には患者の自宅のことを指す。入院患者の早期退院を促す取組の中で発案されたもので、従来であればまだ入院させていたはずの患者を早期に自宅に移動させ、その患者を遠隔で病院の職員 (看護師が中心) がモニターする。待機患者が多いイギリス¹³⁷においては、単なる早期退院の手段としてだけでなく、本来入院させるべき患者の管理としての機能もあるという。しかし、このような本来入院適応がある患者は、たとえ acute hospital に入院できなかつたとしても、community service の入院機能で引き受けられるべきであると思われる。それを、いきなり自宅に帰して (あるいは自宅に留めて)、virtual hospital (図 3) として遠隔でサービスを提供しなければならないのは、本来の入院機能がそれだけ破綻していることを示している。また、米澤ルミ子氏のセッションでは、脳卒中等の急性期を過ぎたあとのリハビリについて、acute hospital としては退院させて community service に移したくてもその受け手が見つからないために、virtual ward として自宅でそれを行う、という具体例が示された。これは、かつて日本で盛んに言われた社会的入院に近い状態だといえる。病院の機能が患者のニーズに対してオーバースペックになっても、その患者の引き受け手がなければオーバースペックのまま留め置くしかない。日本は介護保険を創設することでこの問題に対処したが、イギリスには介護保険もない。どうにかして、引き受け手を探さなければ溜まりに溜まった待機患者はいつまでたっても減らない。地域に帰すしかないが、GP は非医療的な業務に忙殺されている。community service も手薄だ。virtual ward の必要性は、このような状況の中で生まれたものである。

¹³⁷ 2023 年現在 5650 万人の人口を抱える England で 750 万人の入院待機患者がいるとされる。
<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-backlog-data-analysis>

Governance and operational structure



- Care is all delivered remotely by staff in a centralised “hub” with no direct patient contact.
- The hub is staffed 8am - 8pm 7 days a week (currently no requirement for a 24/7 service).
- The team consists of nurses and allied health professionals, with a wide variety of clinical backgrounds, with admin support 7 days a week and built in clinical supervision
- Monitoring and assessment is according to detailed SOPs with no expectation of staff to be specialist clinicians.
- Patients remain under the care of a named clinician at the referring trust (acute or community).
- All concerns are referred back to the relevant clinical team (3 stage escalation process), with use of 111/999 out of hours.

図3 virtual hospital の組織図¹³⁸

まとめ

イギリスの医療分野への情報技術の活用は、日本とは比べ物にならないほどに進んでいる。今回の訪問調査で訪れたドイツやフランスと比べても、圧倒的に進んでいる。このような情報技術の活用が進む制度的背景として、以下の3つがあると考えられる。

1つ目は、NHS という国家による包括的な医療提供制度が確立していることだ。これにより、不法移民でもない限り、原則的にすべての住民が NHS 番号を付与され、医療情報が一元的に管理されることになる。

2つ目は、population health（国民保健）への強い関心である。そもそもイギリスのかかりつけ医制度である GP 制度は、登録者一人当たり約 100 ポンドの予算が人頭払いとして支払われているが、ほとんどの住民は大した医療を必要としない。しかしだからと言って、健康な住民に対して、何もしなくていいということにはならない。その分の予算措置がなされている以上、「健康な住民への医療」を観念せざるを得ないからだ。このような人頭払いという支払制度を背景として、population health（国民保健）の重要性が強調されることになる。そうした中で、健康の社会的決定要因や患者の住環境を含めた社会的背景をも医療の射程にとらえようとする努力がなされることになる。しかし、健康の社

¹³⁸ St. Mary ‘s Hospital のセッションでのスライド。ICTH は St. Mary ‘s Hospital の trust である Imperial College Healthcare NHS Trust を指す。

会的決定要因は、経済格差（を中心とする社会的格差）が健康の決定要因となるという因果関係をいう。この因果関係を認めるとしても、これを改善するための介入は「経済的格差の是正」であって、そんなに簡単な問題ではない。そうすると、population healthの実態は、問題に介入することよりも、問題を抽出することに注力することになる。このような中で、一生懸命データが収集されることになる。

3つ目は、イギリスでの情報技術の活用が、イギリス医療の課題に起因又はそれを埋め合わせるための弥縫策であるという点だ。具体的には、イギリスのGP診療が、非医療的な要素をかなり含んでいるという点がある。窓口払いがないという制度的特徴もあり、住人は、ありとあらゆる相談ごとをGPに持ち込んでいる。このような非医療的需要によってGPのなすべき医療的業務が圧排されるという事態が生じている。social prescribingはこのような非医療的業務からGPを開放するための施策だが、非医療的業務はいわばよろず相談だから電話あるいはメールで十分であることも多い。また、待機患者という切実な問題への対処策としてvirtual wardがある。これは、オンライン診療・遠隔診療どころか、入院サービスまでオンラインで行ってしまうという取組である。そのため、確かに情報技術の基礎がなければ実現不可能ではある。しかし、そもそも、入院の適応がある患者であるならば、物理的にも病院の中で管理するのが本来のはずだ。したがって、virtual wardは、情報技術の活用というよりも、入院医療の破綻をどうにか手当したものであるという側面がその本質である。

以上より、イギリスの医療分野への情報技術の活用は、それを学ぶべき点も少なくないが、制度や課題の違いに注意する必要があるといえる。

イギリス-9-1 応接録 : Dr. Bogdan

2023年5月30日

Dr. Bogdan

<要約>

- 医師の診察を受ける5人に1人は、pure social reasons（純粋に社会的理由）を理由に受診している。
- Social prescriber は、医師からの依頼を受けて患者の住居、雇用、孤独等の社会的問題について患者から話を聞き、必要とされるサービスに繋ぐ役割をする。
- 医師が多忙のあまり患者の社会的問題と向き合うことができず本質的な解決につながらないという課題に対して、患者の社会的問題に対処することを医師の業務から切り離し、他の職種がこれを担うものとされた。
- イングランドにおいては、social prescribing の予算は、NHS 予算の一部として ICS を介して措置される。
- イギリスで social prescribing が考え出された背景としては、患者の社会的問題が診療の現場に持ち込まれるために医師が臨床的な職務を行うための十分な時間が確保できないという問題がある。



National Academy for Social Prescribing

**Rethinking Medicine Beyond Pills and Procedures:
The power of Social Prescribing**

Dr. Bogdan Chiva Giurca
Head, Global Social Prescribing Alliance
Clinical Lead, National Academy for Social Prescribing
Honorary Lecturer, University College London
Teaching Fellow, Harvard University

Get in touch
@BogdanBCG 
bogdan.giurca@nasp.info 





National
Academy
for Social
Prescribing

Contents

- Social Prescribing: Purpose and Need
- UK SP Model: Workforce, Policy and Delivery
- Clinician buy in for Social Prescribing
- Global developments in Social Prescribing



(ボグダン) 今日はいくつかのことについてお話しするが、主として、なぜ社会的処方が必要なのか、その理由についてお話ししたい。そして、そこからイングランドにおけるポリシー・モデル、つまり社会的処方がどのように予算措置されているか、さらには社会的処方が臨床の中にどのように統合されているのか、さらにはグローバルな意義についても触れたい。



まず、我々の課題から説明する。これから取り上げようとしているものは、日本でも同様だと思うが、イングランドだけではなく、世界のあちこちで問題となっているものだ。当然ながら、問題の1つは人口過剰、慢性疾患の増加である。このスライドは、イングランドにおける重要な統計結果であり、私の立場から言うとショッキングなものだ。5人に1人の受

診 (doctor appointments)、つまり私のところにくる患者の 20%は、完全に社会的な理由による。これには精神疾患は含まれていない。さらに悪いことに、時に医師の側がむしろ害悪を引き起こしてしまっている。イングランドにおいては、25%の救急外来受診が、そもそも処方されるべきではない薬の副作用によるものだ。是非お読みいただきたい資料として、イングランドの医薬品局長 (chief pharmaceutical officer) の報告がある。その中で、イングランドで処方された医薬品の 15%から 20%が不必要なものであるばかりか、有害なものだ、と述べられている¹³⁹。そのため、過剰処方とはイングランドでは大きな問題だ。

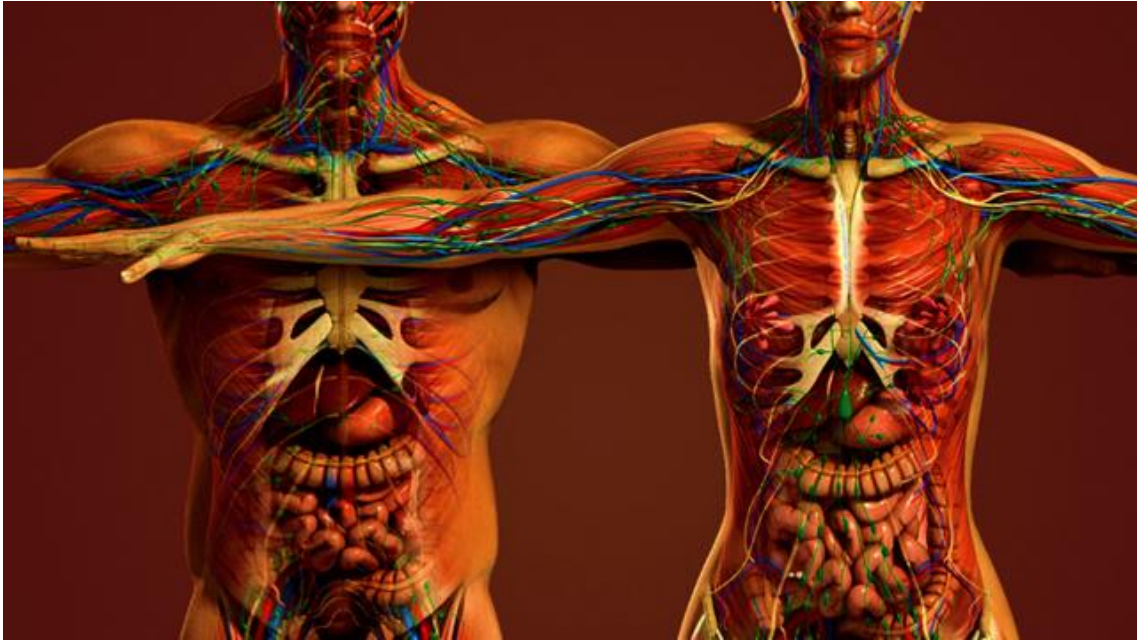
また、高齢化の話題から一旦離れて精神疾患について言えば、3分の1のイングランドの十代の女性に自傷行為の既往があることが分かっている。そのため、精神疾患もまた、他の社会的問題を超えて、大きな問題となっている。



これは実際に私が自分で経験した救急外来での小児の症例だ。7歳の男児で、この写真はもちろん彼自身のものではないが、喘息の発作での受診だった。彼は、何週間ものあいだ何回も喘息の増悪で救急受診していた。そこで、我々は、吸入薬の用量を増やして、上限まで達していた。我々は、何が問題なのか、本当の診断は何なのか、どういうラベルを病名として貼ればいいのかをひたすら自問自答していた。

¹³⁹ 2021年9月22日の報告

(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1019475/good-for-you-good-for-us-good-for-everybody.pdf) では、primary care での処方される医薬品の少なくとも 10%は不必要なものとしている。



我々が医学部で受けた医学教育の中では、一つひとつの筋肉や動脈や骨について教えられた。しかし、時に我々は問い自体を間違った形でしてしまうことがある。何が問題で、何が診断なのか、病名のラベルは何なのかという風に。しかし、孤独や精神疾患やその他の社会的問題にはまた別のアルゴリズムが必要だ。つまり、我々が通常用いているのは健康の疾病ケアモデル (sick-care model of health) であって、健康そのもののケアモデル (health-care model) ではない。我々のこれまでの仕事は回転ドアのようなもので、患者1人を治して送り出せば、また別の1人が入ってくる。救急外来は修理屋であって、世界中の病院というのはそういう仕事をしている。私や先生方のような医師は、すべき質問をしている時間が十分でない。そのため、時々パズルのピースをなくしてしまうことがある。そこで、この症例の男児を、social prescriber に紹介した。



social prescriber は彼の家で、写真を何枚か撮ってきた。スライドはそのうちの1枚だ。我々は救急外来で、その場しのぎの絆創膏を当てて、火消しのような仕事をしているが、悲しいかな、そもそも彼を病気にさせている場所に彼を送り返していたのだ。しかし、そんなことをしても、より根源的な問題、つまり黴だらけの家という問題が解決されることはなかった。



しばしば、時間が障害となる。医師が本当の問題に到達するための時間が確保できないのだ。そのため、診断にこだわる時間ではなく、患者にとって本当は何が問題であるのかという問題の根本を突き止めるための時間に切り替えなければならない。

(D) 質問したい。今紹介いただいた7歳男児の症例についてのアプローチに賛成だ。その上で、質問するのだが、この症例の原因は家庭訪問をして黴だということが分かったということだった。しかし、先ほどの社会的処方の説明では、孤独や精神疾患の話をされていた。そこにズレを感じる。

(ボグダン) 素晴らしい質問だ。なぜなら、社会的処方の扱う領域の広さを示しているからだ。社会的処方は、確かに精神疾患にも関わるが、その他の地域のコミュニティで生じる社会的、物理的要素にも関連する。興味深いことに、社会的処方に紹介される50%から60%は住宅関連か経済的問題だ。なぜなら、人間の基本的なニーズはそういうものだからだ。社会的処方というのは、「社会的」側面のものだけではない。精神や社会福祉にも関わるものだ。



NHS Long Term Plan (2019)



The NHS Long Term Plan

Chapter 1: A new service model for the 21st century



This chapter therefore sets out **five major, practical, changes** to the NHS service model to bring this about over the next five years:

1. We will **boost 'out-of-hospital' care**, and finally dissolve the historic divide between primary and community health services.
2. The NHS will **redesign and reduce pressure on emergency hospital services**.
3. People will get more control over their own health, and **more personalised care** when they need it.
4. **Digitally-enabled primary and outpatient care** will go mainstream across the NHS.
5. Local NHS organisations will increasingly **focus on population health** and local partnerships with local authority-funded services, through new Integrated Care Systems (ICSs) everywhere.

2019年にNHS イングランドは新しいアプローチを取ることを決定した。これは予防のアプローチで、より個別化したケアを志向していた。つまり、患者一人ひとりにとっての本質的な問題を理解しようとするもので、従来の考え方とは違うものだ。

What Personalised Care means to me



最初に始めたことは、デジタル化によって、人々に彼ら自身の健康を理解させ、自分の健康により責任を持つことを促すということだった。しかし、すぐに気づいたのは、一部の人は自分の健康を自分で管理したり、動機付けされたりすることができないということだった。これは、彼らが健康の社会的決定要因や健康格差に影響されているためだ。

The Comprehensive Model for Personalised Care



3. People will get more control over their own health and more personalised care when they need it

What we will do

- Roll out the **NHS Comprehensive Model for Personalised Care** across England, so that 2.5 million people can have choice and control over support for their mental and physical health.
- Ensure up to 200,000 people benefit from a **personal health budget** by 2023/24, so they can control their own care, improve their life experiences and achieve better value for money.
- Put in place more than 1,000 **Social Prescribing link workers** by the end of 2020/21, rising further by 2023/24, with the aim that more than 900,000 people are connected to wider community services that can help improve health and well-being.

社会的処方という考え方はこの時すでに生まれていた。医療提供体制の中に、新しい人材を付け加えるという考えだ。これは新しい職種であり、看護師、助産師、薬剤師と同列のものだ。その目的は、人々により多くの時間を与えることだ。時間は最も価値のある資源だ。私自身も自分の患者について十分な時間を取れていない。social prescriber、またの名を

link worker ともいうが、彼らは人々に時間を与えるために雇われている。NHS では、医師が 10 分程度の短い診察で問題を推測しがちだ。しかし、link worker が十分な時間をかけることで、それぞれ患者が抱えている本当の問題を見つけ出し、問題の根本を掘り出すことができるようになる。

(D) 質問したい。まず誤解のないようにしたいのだが、私は、健康の社会的決定要因に対するアプローチは大賛成だ。そして、私の質問は、なぜここで link worker という新しい職種が必要なのかということだ。どういうことかということ、おっしゃっていたように、伝統的に看護師や助産師がすでに行っていて、さらにイギリスは social worker 発祥の地でもある。特に地元自治体では素晴らしい social worker の活動の実績がある。医療分野では看護師・保健師、福祉分野では social worker を活用すればいいと思うが、なぜ link worker という新しい職種・役割を作らなければならないのか、それがいくら読んでも理解できない。

(ボグダン) 素晴らしい質問だ。この新しい役割が必要となった根本的な理由を捉えている。イングランドにおける問題は、サービスの種類を問わず、NHS が人々の公的サービスの最初の窓口になってしまっているということだ。誰でも無料なので、必要のないことでもサービスを求めてしまう。ある患者が病気がかなり悪くなってから私がいる救急外来に来る。そんな場合に、いい医者なら医学的問題以外に 10 個の社会的、精神的問題を見つけ出すだろう。つまり、彼らは確かに医学的問題を訴えて救急を受診する。しかし、例えば貧しいコミュニティの出身であれば、そこにはもういたくないと思っていて、そこでのサービスを受けようとしなかったりする。そのため、このような受診を契機に、彼らの問題を初めて把握できるようになったりする。医学的問題に加えて社会的・精神的問題があるが、我々医師はそれらの問題全部に対処する時間がない。そして往々にして我々はさらに多くの薬を処方することになる。本当の問題に対応する時間がないからだ。そうやって患者を家に戻して、患者はまた次の週に別の問題を訴えて救急受診することになる。イングランドでは、医療人材の不足は大きな問題だ。医師不足、看護師不足がある。これは世界中で見られる問題であるところ、我々には業務を選り分けるという新しい解決策が必要だった。そこでは、医師はより医学的なことに集中する。その一方で、social prescriber は、人々を心理的問題、社会的問題について支援し、共にデザイン・創造することになる。

(D) そこで、なぜ新たな職が出てくる必要があるのか。イギリスには看護師にも素晴らしい伝統があるし、保健師も伝統があるし、social worker も伝統がある。日本よりは social worker に関しては伝統がある。そういう既存の職種と一緒に医者がチームを組んで、多職種連携をしていけばいいと思うのだが、なぜ link worker という新しい概念を作る必要があるのか。

(E) 私はこれまでもボグダン先生のお話を聞いたことがあるので、私の方から補いたい。この後の説明で、link worker が具体的にやっていることの説明があると思うが、。

(D) それについては、私はさんざん読んできた。それでもさっぱりわからない。私は社会的アプローチには大賛成だ。私は医療と福祉を両方やっていたから。日本では link worker

が何を指すのかについて具体的に誰も言えない。なぜ、日本以上に social worker の伝統があるイギリスで、social worker を使うとか、あるいは保健師を使うとかをせずに、link worker という人々、これは厳密には職種ではないが、これを作り出さなければならないのか。地域保健の素晴らしい伝統があるのに。それがいくら読んでもどうしてもわからない点だ。私も勉強はずいぶんしている。研究者だから。

(E) おそらく、先生も読まれたと思うが、具体的に link worker がやっている仕事とは、地域のボランティアを回って、どういうボランティアが地域に存在しているのかをまず全部把握して自治体・市町村がやっている補助金事業を把握して、実際に来られた患者に対してこのボランティアを紹介するとかと言ったことをしている。

(D) そういったことは、日本なら地方自治体の福祉事務所とか、あるいは病院とか福祉施設の social worker が、ご存知の通り地域包括ケアでやっている。

(E) 日本にあてはめた時に最も link worker に近い存在は自治体にいる民生委員だとか social worker だ。また、より医療に近いところでいえば、介護のケアマネージャーが近い。

(B) まず、話を聞いてから。

(E) それがいい。

(ボグダン) 完璧なご指摘だ。おっしゃっている点は、社会的処方何たるかについての別の起源についてである。これは、実際に大いに議論があった点だ。社会的処方を新しい役割に対処させていくのか、それとも既存の仕組みの中で処理していくのかということの議論だ。その中で、新しい役割が創設されたのは、この機能が従来 of 仕組みの中では果たされてこなかったからだ。link worker という新しい仕組みが作られ、その中で link worker が一人ひとりに合わせて意見書を作成することになる。この意見書が5回ないし6回の面談を経て作成されなければ、アートや歌を歌うということや、あるいはお金の問題や住居補助に関するサービスについて患者がしかるべきところに紹介されることはない。link worker は我々のような従来の医療者が提供できなかったことまで提供している。時間も、link worker なら一人の患者に1回1時間と十分に確保できる。時には、こういったサービスに患者をつなげるための説得力ある意見書にするために、何週にも渡って全部で5時間、6時間と費やすこともある。



Source: Husk et al. (1)

紹介先はかなり多岐に渡る。実際のサービス・活動を担う存在としては多くの要素・部門が考えられ、それはアートの活動から社会補助に属するものまで様々だし、これは社会サービスとも同時に進められていく。このような意見書がなければ、そういうサービスがあることも患者は自分では知ることがなかったかもしれない。そのため、この意見書があることで、医療とコミュニティをつなげることにもなる。そして、このスライドが社会的処方何たるかをよく表していると思う。これが社会的処方の仕組みだ。まず、患者が医療機関を受診するが、これはGPである必要はない。2次医療でもいいし、救急外来でもいい。疾患としては、心臓発作でもいいし、COPD（慢性閉塞性肺疾患）でもいいし、何でもいい。その疾患に加えて、孤独や精神疾患の問題、お金や住居の問題が併存しているということがある。イングランドでは患者の診察は10分しかない。その時間の中で、我々医師は問題を2つに分ける。医学的問題と、心理・社会的問題だ。そして、心理・社会的問題に関しては、5分や10分で彼らの話を聞こうとするのではなく、彼らを link worker に紹介する。そうすることで、彼らはその受診とは別に1時間の social prescriber の予約を取ることができる。そして、彼らにとって何が本当の問題なのかということについて、医者が医学的問題に対処すると並行して向き合うことができる。この方法は、医師により多くの診療時間を与えることになるし、患者にとっても時間をかけて自分の状態を理解することができるようになる。さらに、患者の受診も減らすことになる。なぜなら、先ほど説明したように、イングランドでは5人に1人の患者は純粋な社会的問題で受診しているからだ。先生方のような元から素晴らしい医師ならば、これも全部ひとりでやってしまうところだし、昔の医師はそうやっていた。しかし、悲しいかな受診数が増えすぎたために、1人当たりの診察時間は短くなり、同じことはもうできなくなっている。（上記スライドの Link worker の部分を指して）ここでマジックが起こる。link worker、すなわち social prescriber に紹介すれば、患者と時

間を取って、動機付け面接やコーチングの方法を用いて、患者が抱えているすべての問題を書き出してくれる。引きこもり、孤独、高血圧、高コレステロール血症といった具合だ。そして、これらに関連付けて、その個人にとっての問題のつながりを理解しようとする。患者の教育レベルに応じて、link worker は必要と思われる活動をすぐに紹介してもいいし、またはより多くの時間をかけて意見書を作成して信頼を醸成してもいい。このことは、健康格差や健康の社会的決定要因に最も影響を受けているような人々にとってとりわけ重要だ。なぜなら、彼が救急外来で私の診察を受けるのは、医学上の問題しかない。彼らは、基本的にそのような場所に来たがらない。それでいて、彼らは誰にも対処されていない社会的問題を抱えている。社会制度というものをそもそも信用していない。したがって、link worker の仕事は、彼らの信頼の再獲得となる。だからこそ、具体的な活動を紹介する前に1時間から時には6時間もの時間をかけてじっくり話し合う。そのことが重要なのだ。先生方には是非今日の私の話でご理解いただきたいことは、社会的処方というのは単なる割り振り役ではないということだ。単に患者にあそこに行ってあれをやれという存在なのではない。そんなものが機能しないことは分かっている。私が患者に、禁酒、禁煙、運動を口で指示したとしても、そんなものに患者は従わないのと同じことだ。社会的処方は、新しい革新だ。link worker が席について、患者の話を聞き、患者自身にあったプランを共にデザインし共に創造する仕組みだ。皆さんはこの仕事の幅の広さをご想像いただけるだろう。個々人のニーズはみな違う。一部の人は高度の教育を受けていて、助言にも従いやすい。先生方や私は大学を卒業し、幸運にもブルーベリーや運動が身体にいいということを十分に知っている。そのように教育のある患者に対しては、link worker のかわりは比較的軽いものになり、割り振り役という面が強くなる。他方、再貧困地区・コミュニティの患者は、健康格差に最も強い影響を受けている。link worker は、単に活動先を紹介するだけではなく、このような患者と一緒にその活動が行われているところに実際に連れていく。徒歩や車で彼らを直接その活動の場所まで連れていく。少し誤解があるのは、新聞やメディアが「医師がアートや歌を“処方”する」などと表現することだ。医師は、実際には何もしない。すべての“処方”すなわち患者のための活動の選択をやるのは social prescriber だ。

(D) 定義の問題を聞きたい。social prescriber と link worker は同じ意味か。つまり、医師が患者を診て、link worker に処方するのではないのか。その流れで、医者が処方するものだと日本では理解されているのだが、イギリスでは link worker が social prescriber ということになるのか。

(ボグダン) 両者は同じだ。social prescriber に対しては、様々な呼び名が世界中にある。イングランドでは、social prescriber のことを link worker と呼んでいる。インドでは“ASHA worker”¹⁴⁰という。カナダでは“community connector”という。スコットランドで

¹⁴⁰ ASHA worker : ASHA は Accredited Social Health Activist の略だが、“asha” はヒンドゥー教語で希望を意味する。Dr. Bogdan が Clinical Lead を務める The National Academy for Social Prescribing の資料 “Social Prescribing Around the World” によれば

も“community connector”という。スコットランドでは“link worker”とは言わない。だからイギリスの中でも呼び名は違う。私が話す時には“social prescriber”ということが多いが、それは皆にとってその方が理解しやすいと思うからだ。

(D) スコットランドでは違う呼び名なんだね。それは知らなかった。

(ボグダン) しかし、イングランドの中だけでも 20 個の違う呼び名があったりする。予算措置上、あるいは公的には、link worker と言っている。しかし、それぞれの地域ごとに現場での呼び名が少しずつ違う。

(A) イングランドにおける link worker というのは、一定の役割を担う人ということだが、それは資格の名前なのか。あるいはその役割を担う人は、いろんな資格の人がいるということか。

(D) 資格ではないだろう。素人さんなんだよ。

(C) 日本の地域連携室じゃないか。

(B) 地域連携室にいる人、ということではないか。

(A) 日本でも、連携室にいたり、地域包括支援センターにいたり、いろんなところにいる人が繋いでいる。

(D) それを言い出すと、僕と同じ論争になるから、ここは聞くしかない。

(B) いやいや、これは要するに NHS の負荷を軽くするために医者が抱えているものを外に出しているというだけだ。

(C) お金はどこから出ているのか。

(B) そうだ。次の質問はそうなる。どこのお金でやっているのかという。(ボグダン医師に向けて) お金の話しよう。

(ボグダン) お金のことだね。

(A) 日本では、医療費削減のためにこの社会的処方を使うのではないか、という意見がある。

(B) いや、まさにそうだ。NHS の負荷を軽くするのだから。

(A) 負荷を軽くというのはそういう意味か。

(B) まさにそうだ。医者が医療に集中できるように数十パーセントは医療の仕事じゃないから外に出すと言っているだけだ。仕事内容としてはそうだが、ここから財政の話になるから、別のところから予算が付けられるはずなのでトータルで見るとどうなるかは見てみないとわからない。

(A) 医療じゃないから医療費からは出ないのではないか。

(B) それはどこが出すかの話だが、結局トータル費用で見る必要がある。

(E) (ボグダン医師に対して) この点について説明してもいいか。

(<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf>) によれば“ASHA workers share similar roles to social prescribing link workers.”と説明されている。

(ボグダン) 頼む。

(E) 後で説明があると思うが、link worker は GP 診療所に雇われている。したがって NHS の予算から出ることになる。

(C) 包括の中なのか外なのか。

(E) 包括というか、NHS イングランドから各 GP 診療所に配分されるお金の中から出ている。

(C) それは定額払いの中から出ているのか。

(ボグダン) NHS イングランド、保健省が医療費を予算措置している。これはイングランドだけだ。スコットランドや他の国 (nations) は別だ。イングランドは 2019 年から国全体で社会的処方に対する予算措置をしているが、これをやっている国は世界中を見ても他にない。スコットランドでも、北アイルランドでもこのような予算措置はない。ウェールズは、ちょうどこの 9 月から予算措置しようしているところだ。

(通訳) イングランドだけが、補助金を出しているということか。

(ボグダン) イングランドでは、医療に掛かるのに窓口払いはない。これは税によって賄われている。保健省が NHS イングランドに予算をおろすことになる。つまり予算は中央で決定されている。そしてこの予算は、2 次医療や primary care のハブである Integrated Care System (ICS) と今我々が呼んでいる組織を介して個々の地域に配分される。このことについては、今回の先生方の視察の中で聞かれることになると思う¹⁴¹。ICS は各地域での GP、コミュニティ・ケア、及び 2 次医療の代表者の集まりだ。これらから委員会が作られ、この委員会が中央から降りてきた予算をどのように使うかを決定する。地域によって問題は違うから、その具体的用途については地域が主体的に決める。

(D) さっきはそれぞれの GP 診療所に link worker の予算が行くといっていたが。

(B) いや、まだそこまで話が進んでいないだけだ。彼はまだ全体のファンディングの話をしているだけなので。ここでは、social prescriber は誰の指示を受けるか、それから social prescriber に対して報酬は誰が払っているのかをまず押さえないといけない。今の説明で、ファンディング全体として NHS からファンドが来て、それをプライマリ、セカンダリにどうやって配分するかというのは ICS で決めるということが分かった。その先のこととして、個々の GP には患者の登録数に応じてお金が来るわけだが、さっきの話だと、医師の負荷を軽くするため、医療に集中するために social prescriber を雇うということだった。そして、一定の患者についてはその social prescriber に任せることになる。そこで、問題となるのが、その仕事に関して、誰が social prescriber にお金を払うのかということだ。ファンドはダイレクトに行われるのか、それとも GP が払うことになるのか。もし GP だとすると、GP は自分の予算の中から配分することになるので、その支払いについて聞きたい。social prescriber は誰の指示を受けるかという質問と合わせて聞きたい。

(ボグダン) まず、指示についてだが、臨床上の監督が行う。この臨床上の監督は、通常、

¹⁴¹ Dr. Kong のセッションを参照のこと。

GPが務める。臨床上の監督の役割は重要だ。link worker といえども、多職種連携の中の一員である。それは、primary care、2次医療の両方においてである。link worker は臨床上の監督である GP に報告書を提出してフィードバックを受ける。とりわけ自殺企図の可能性のある精神疾患患者の場合に問題となる。link worker が精神疾患の患者の紹介を受ければ、彼らが患者の治療や活動について立案することになる。しかし、精神疾患の程度や種類によっては、link worker ではなく、精神科医が見るべき患者の場合もある。そのため、link worker が臨床上の監督である GP に報告書を提出し、症例の適切性について情報共有する必要がある。この点についての先生のご質問は非常に重要だ。link worker という職種は、医療制度の中に組み込まれているものであることがカギだからだ。世界中の国、例えばオランダでは、このような職種は市町村のレベルに組み込まれている。このことはずっと議論になってきた。これを、医療や病院の中に置いて医療費の中で予算措置するのか、それとも市町村のソーシャル・サービスとして位置づけるのかという問題だ。また、デジタル・インフラを介して、link worker は臨床医とつながっており、患者ファイルにアクセスすることもできる。臨床家の側からも患者がどのような活動に参加することになったのかのコードを追うことができる。臨床医は医学的問題に集中すればいいのだが、彼らが多職種連携の中で link worker と顔を合わせて、彼らが社会的・心理的側面に関してしたことについても情報が共有される。また、予算の問題だが、link worker への報酬は医療費の一部である。したがって、保健省の予算になり、イングランドでは一定の基準に依ることになる。しかし、その予算は、社会的処方での link worker の役割に対するものだけである。(スライドの Community and voluntary sector を指して) ここに対する予算はない。

(B) それはそうだろう。

(ボグダン) このことが興味深く、且つ重要な点だ。なぜならここが政治的に分かれるところだからだ。多くのコミュニティ・グループやボランティア団体は、これは患者を医療の枠からコミュニティに置き換えて、その資源を浪費させているだけだという風にも考える。したがって、この最後のコミュニティやボランティア団体にどのように予算を付けるのかということが重要となってくるのだが、これについては後で説明するようにボランティア団体に対する助成金と別の方法の2つのメカニズムがある。

The Social Prescribing Link Worker Model (England)

- Currently, approx. **3,400 SP Link Workers**
 - At least one for each General Practice surgery across the country
- National funding pot
- Local recruitment
- National training standards
- Local training delivery



12

これは先ほどの質問とも関係するのだが、link worker、つまり social prescriber に対する国家予算の枠としては、通常は地域の GP に配分される。時に救急外来に配分されることもある。その予算の配分先で雇用が発生する。これが重要だ。link worker はその地域のコミュニティの人間である必要がある。このことがなぜ重要かという、その地域の人口構成についての知識が必要だからだ。例えば、ロンドンの最貧地区であるブロムリー・バイ・ボウというところでは、人口の大多数がバングラデシュ系だが、その link worker はバングラデシュ系だ。2019 年、1000 人の link worker でこの制度が始まった。2023 年 5 月現在、イングランド全体で 3400 人の link worker がおり、これは各 primary care に 1 人の割合となる。しかし、当然ながら 1 人の link worker が複数の GP をカバーすることもある。もう 1 つ 2019 年にこの制度が始まった時に大きな議論となったのは、トレーニングの水準をどうするかということだった。つまり、どういう人が link worker となるべきかということだ。多くの人はそれを国の責任でトレーニングされた人とすべきだと考えたが、最終的には、国がトレーニングの水準と主要なカリキュラムを定めるもののトレーニング自体は各地域で行われることとなった。そうすることで、地域特有の問題により特化したデザインがなされることとなった。その基礎となる資格については、例えば急性期病院で働いていた看護師が、ちょっとその仕事を休みたいといったような場合もあるし、栄養士が職を少し変えてみたいという場合もあるし、市役所の職員だった人が医療分野に興味を持って参入する場合もある。また、social worker でさえも、大学での学位を持っている限りは、医療に移って来たいということで、link worker になるケースもある。かなり多岐に渡る。その地域についての知識がある限りは、基本的にどんな人でもなれる。大学の学位は必要だが。

THE SOCIAL PRESCRIBING LINK WORKER PROGRAMME

could lead to

4.5 MILLION

FEWER GP APPOINTMENTS PER YEAR

R.O.I of £275 million (estimations from the English National Healthcare System)

政治家が我々に求めてくるのは、数字であり、投資に対する成果だ。このスライドは、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス（LSE）の研究から出てきたもので、社会的処方 が財政面でどのように機能したのかについてのものだ。直近の研究ではあるが、実質的には 1 年単位の数字と 思って いただい て よい。研究によれば、社会的処方があるおかげで、イ ングランド全体で 450 万 件の受診機会が抑制された。このようなことはこれまでに起こった ことがなかつた。link worker が継続的にサービスを提供することで、人々を診療から遠ざ けることができた。また、LSE は、投資に対する成果の推定額を 2 兆 7500 万ポンドと算出 している。この link worker の費用全体が 2 兆ポンドだから、この制度は単に予算を消 費しているのではなく 7500 万ポンド程度の将来のための予防的手段の投資を残しているこ とになる。しかもこの数字というのは、primary care の診療数のみを対象としている。救急 受診や処方 は入っていない。これは、研究がデジタルシステムのコーディングの中で捕捉で きるのがそれしかなかったという手法的限界によるものだ。

(D) 少し戻って質問したい。link worker は大卒でなければならないとのことだった。そ して、看護師やコミュニティ・ワーカーや social worker が link worker になるとのこと だった。日本でこの社会的処方が紹介される時には、link worker はトレーニングは受ける ものの特別な資格がない職種だと言われる。つまり、一般人だと。しかし、今の説明では、 基礎的な資格があり、専門的な知識がある人が、改めて link worker になるということか。 それならむしろ私は理解できる。日本で語られているところでは、素人さんがちょこちょこ っと研修を受けて、町のおばちゃんがやる仕事ということで、こんな難しいができるのかと 疑問に思っていた。

(ボグダン) 確かに制度上は誰がなってもいい。しかし、そこに応募する人のほとんどはす でに一定の知識を備えている人だ。その地域の中で生きた経験を積み重ねた患者自身、つま

り一般人が link worker になったケースもあるにはあるが、しかしそれは、たまたま起こったことだ。ほとんどの応募者は、専門職からの応募者だ。

(D) では、実際の link worker において、医療や福祉の資格を一切持たない、本当の一般人はどれぐらいいるのか。

(ボグダン) 正確な数字は分からない。

(D) ラフに言えばどれぐらいか。

(ボグダン) 高々30%程度というところだろうか。この職に就こうとするうちの大多数は、元々これよりも上位の職種に就いていたものの、より楽な仕事を望んで移ってくるケースだ。具体的に言えば年収3万ポンドぐらいなので、駆け出しのPTや駆け出しの栄養士と同じぐらいだ。また、先ほどの経済分析については、これでも過小評価されているということを知りたい。この研究のフォローアップは今行われているところであり、この研究の観察期間はまだまだ短い。



Decreasing A&E attendance



Arts on Prescription
Gloucestershire has shown a 37% drop in GP consultation rates and a 27% reduction in hospital admissions. A social return on investment of between £4 and £11 has been calculated for every £1 invested in arts on prescription.

On average across multiple studies, regardless of activity proposed – between **20% and 40% decrease** in A&E and Primary Care attendance

しばしば引用されるいくつかの研究によれば、救急外来と primary care の受診が平均で20%から40%減少する。この効果は人々が参加している活動の種類に関わらない。つまり、地域でのアート活動を中心としたものだろうと、ボランティアを中心としたものだろうと、経済的な支援だろうと、大きく変わらない。ここで、どのようにしてこのような受診の減少がもたらされたかということについて、素晴らしい例を紹介したい。ある時、救急外来で14歳の女性を診察した。診療録を見ると、過去8週間に渡って毎週末救急外来を受診していた。その診療録には、医師たちはただ「社会的受診。primary care に紹介。地域のコミュニティ・サービスに送る。」とだけ記録していた。主訴は、14歳であるにも関わらず、動悸と重度の中心性絞扼性胸痛だった。彼女に関する記載には、いつも疑問符「？」が付されていた。「心臓：正常？」「心筋梗塞？」「社会的問題？」とトリアージボードに書かれていた。8回

の受診の度に、医師たちは血液検査、心電図、その他の医学的検査をやったがそれらは全て正常だった。繰り返しになるが、彼女の診療録には医学的所見は何もなかった。「ここはあなたが来る場所ではない。GPに行きなさい。」とだけ記載されていた。そして、彼女の9回目の受診の時に私が診察をした。私は5分と時間を予め区切って彼女に本当に何が起こったのかを理解しようとした。そうすると、彼女は泣き始めた。彼女が言うには、彼女には年上の、19歳のボーイフレンドがいた。そして彼女は妊娠し、10代で母親になった。ボーイフレンドは彼女のを去り、彼女と赤ん坊が残された。彼女の両親は彼女を家から追い出し、2度と帰ってくるなと言った。彼女はその後友達の家で赤ん坊と共に寝泊りしていた。医師は彼女のために何をしてくれたのかと彼女に真摯に尋ねた。彼女は、primary careのGPに送り返され、そこで予約を取るよう言われたただだと答えた。しかし彼女にはそれはできないことだった。誰も彼女のために社会的問題について検討する時間を取っていらなかった。彼女は受診して助けを求めていたし、社会的サービスへの紹介もなされていたが、過去8週に渡って誰も彼女に連絡していなかった。ご存じのように社会的サービスや一般診療 (general practice) においてもバックログ¹⁴²の問題がある。医師、看護師、職員が不足している。その彼女の診察で私がしたことは、5分間彼女の話聞いた後に、直接¹⁴³彼女の住む地域の link worker に紹介することだった。それから、彼女が救急に来ることはしばらくなかった。その後、2、3か月前に彼女のGPから報告をもらった。そのGPは私が彼女を直接 social prescriber に紹介したことについて感謝を示していた。その social prescriber が手助けして彼女は社会的サービスにアクセスすることができるようになった。social prescriber が、彼女が受給すべきサービスがどういうものがあるのかについて彼女に教えた。住宅、職、その他彼女が子供と暮らすための援助を得ることができるようになった。

(D) これは素晴らしい話だが、私が思うに、あなた自身が真の social prescriber なのではないか。

(ボグダン) おっしゃる通りだが、その話はあとで触れる。トレーニングが重要だと思っている。私たち医師は忙しすぎて、処方だけして済ますことが多い。私の同僚たちがやっていることは、彼女のような患者を元の場所に連れ戻すことだけだった。

(D) あなたはたった5分で十分な情報を収集した。これは優れた能力であり、素晴らしい social prescriber だ。

(ボグダン) この話には続きがある、皮肉で悲しい話だ。それは、私が彼女の診察から戻った時に、私が働いていたこの救急外来のリーダーに言われたことだ。彼は「なぜあの患者にあんなに時間をかけたのか。ただの社会的受診じゃないか。我々は多くの患者を診察しない

¹⁴² サービスの申請をしてからそれを受けるまでに長期の時間がかかり、その待機者の数が大きくなることを backlog と呼んでいる。コロナ禍後の問題として、入院待機患者、手術待機患者の問題として論じられることが多いが、ここでは社会的サービスにおいても同様の問題があることをしている。

¹⁴³ 「GPを介さずに」の意味と思われる。

といけない。この長いリストを見てみる。次の患者を診ないといけないのに、なんであんなに時間がかかるんだ。」と言った。「病気に対するケア」という文化から「健康に対するケア」という文化、つまり、人々を不必要に受診させないように予防することを私たちは提唱している。しかしながら、D先生がおっしゃったことは非常に興味深い点だ。そもそも我々が社会的サービスについて話す時には、どれほど多くのことを社会的処方としてやろうとしても、そこにはある種の政治的、システムの問題があって、これをなかなか解決できない。住まいや経済的援助が大事だと主張することはできるが、実際に家やその予算がなければ我々にできることは少ない。社会的処方と言うのは、医療機関に心理的・社会的問題で受診した人々に医師が対処するためのツールを見つけることを手助けするものだ。しかしだからと言って、これで社会が抱えている問題をなんでも解決できるわけではない。



Who delivers Social Prescribing?



Investing in Thriving Communities

<https://socialprescribingacademy.org.uk/thriving-communities/>

15

また、多くの議論があるのが、その活動内容についてだ。活動そのものは地域の人々が提供するのだが、社会的処方が一旦なされると、それを提供する人たちへの費用をどうするかという問題が発生する。これは、患者をガーデニングクラスに紹介するとか、新しいスキルを身につけさせるとか、慢性疼痛マインドフルネス呼吸法¹⁴⁴をさせるとか、何であつても生じる問題だ。このことは、より広範な環境を取り込むという点において決定的に重要だ。健康の問題を病院の中で対処すべき問題と位置付けて、専門家が人々にあれをやれこれをやれと言うのではなく、コミュニティやボランティア団体との関りの中に位置付けなければいけない。医療機関の側も政治的サポートと地域活動の予算を得てこれに参画する。このスライドは、実際の例だ。繁栄するコミュニティ基金と呼ばれている。これは国全体の規模のチャリティであり、様々な業種・業態が入っている。スポーツ・イングランド¹⁴⁵、ヒスト

¹⁴⁴ 瞑想

¹⁴⁵ イングランドのスポーツ政策に関連する文化省傘下の執行非省庁公共機関 (non-departmental public

リック・イングランド¹⁴⁶、ナチュラル・イングランド¹⁴⁷、アート・カウンシル・イングランド¹⁴⁸等の執行非省庁公共機関（NDPB：non-departmental public body）も参加している。彼らはそれぞれの専門知識を有すると同時に、実際の活動も提供している。また、全体の資金にも貢献している。基金の末端では、地域のコミュニティグループ用の申し込みフォームがあり、最も貧しい地区の集団、すなわち健康の社会的決定要因に最も影響を受ける集団が、年間2万5千ポンドから5万ポンドという小さい単位の資金需給を申請する。そして、この資金によって社会的処方¹⁴⁹の提供が行われている。小さな額だと思われるだろうが、ほとんどは患者の送迎や駐車場代等に使われる。そして、地元自治体がこれらの資金とサービスをマッチングする。

(D) 原資は寄付ということによいか。政府予算ではなくて。

(ボグダン) その通りだ。政府予算ではない。我々は、国の予算からも出すように働きかけにはいるが、政治的な様々な理由からそれは簡単なことではない。しかしながら、寄付について考えるとき、そこには何がしかの創造性がなくてはならない。我々はサッカーのプレミアリーグやイングランド・ナショナル・オペラ、オデオン・シネマズから寄付を受けているが、これらは全て何らかの地域活動を提供する主体でもある。是非先生方にも読んでいただきたいランセットの論文がある。これは我々とイングランド・ナショナル・オペラが共同で執筆したもので、歌についての社会的処方がロング・コビッドに効果があることを示したものだ¹⁴⁹。この研究はRCTで、ロング・コビッドで息切れ又は呼吸苦のある患者を対象にしたものだ。このような患者をオペラ歌手のところへ紹介し、彼らの呼吸法を学ばせるというものだ。結果として、息切れの改善と呼吸機能の改善が確認された。

body)。

¹⁴⁶ 文化省傘下の執行非省庁公共機関。歴史的建造物の保存に関わっている。正式にはイングランド歴史的建造物・記念物委員会（Historic Building and Monuments Commission for England）。

¹⁴⁷ イングランドの自然保護政策に関連する環境・食糧・農村地域省傘下の執行非省庁公共機関。

¹⁴⁸ イングランドの芸術の助成・振興政策に関連する文化省傘下の執行非省庁公共機関。

¹⁴⁹ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600\(22\)00125-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600(22)00125-4.pdf)

What is Social Prescribing?



11 | WHO Toolkit on Social Prescribing

(再掲)

また、実際の活動についてのお金の話を私がここで強調するのには理由がある。この図の一番右側のように、政治家は community group とか voluntary sector という言葉で、「このような人々の活動を活用しています」と言いたがる。しかし、これは間違った言葉だ。お金の話をする場面以外では、我々はそのような言葉は使わない。この部分に対する財政措置がなければ、このような活動は存在しない。

Investing in Thriving Communities



Championing, supporting and sharing the work of thriving community groups

Thriving Communities is a new national support programme for voluntary, community, faith and social enterprise groups, supporting communities impacted by COVID19 in England, working alongside social prescribing link workers.

Thriving Communities will help you to share your learning, gain new ideas, access funding and develop partnerships across sectors.

A network of 9,000+ community groups learning from each other

<https://socialprescribingacademy.org.uk/thriving-communities/>

16

先ほど申し上げたように、活動の幅は広い。様々な柱があるが、自然保護、ガーデニング、ボランティア、アート、美術館等がある。この制度が始まって3年の間に学んだこととして、

我々はさらに革新的なアプローチに取り組んでいる。それは学校や監獄を舞台とするものだ。そうすることで、監獄を出た後の再犯率の減少も実現できる。重要なのは、新しい活動を作るのではなく、既存のサービスを洗い出すことだ。学校の看護師を例に取れば、新しい役割を作り出すのではなく、すでにあるものを利用するのだ。我々イングランドにとっては、新しい役割を創設することが決めてだった。理由は2つある。1つは、医師たちがもうヘトヘトに疲れていること。もう1つは、イングランドでは医療へのアクセスは誰であれ無料であることだ。患者たちはまず彼らの医師のところへ行く。お金を払う必要がないからだ。他の国においては、新しい職種を作るなんてことはしない。例えば、オランダがそうだ。同様に、ポルトガルでは、social worker に追加的教育を行い、報酬を上げて、彼らに社会的処方の仕事させている。



国によってどの点に特に関心を寄せるかは違うが、アメリカの公衆衛生局長官が、孤独対策の中で、この社会的処方に言及しており、我々とも協働している。彼らは、孤独がアメリカの市民にとってリスクとなっていると認識しており、孤独対策の報告書を作成しているのだが、これにも我々は貢献した。是非先生方に覚えて帰っていただきたいことがある。それは、この社会的処方が最も効果を発揮するのが、健康格差への対策の場面だという点だ。社会的処方、最も貧しい人々を援助するためにこそ存在する。時に、研究結果や活動の中ではそういったことが見えないこともある。オペラ歌唱のランセットの論文は確かに素晴らしかったが、人口の階層を考えるとその意義は皮肉だ。オペラを歌う人々とはどういう人々だろうか考えてみてほしい。一定の教育水準がなければオペラは歌わない。私の今日の話のはじめの方で、人々が本当に求めていることは何かという点について触れたのはそういう訳だ。食、住、そしてお金。これら3つでイングランドの社会的処方のおよそ60%の紹介内容を占める。



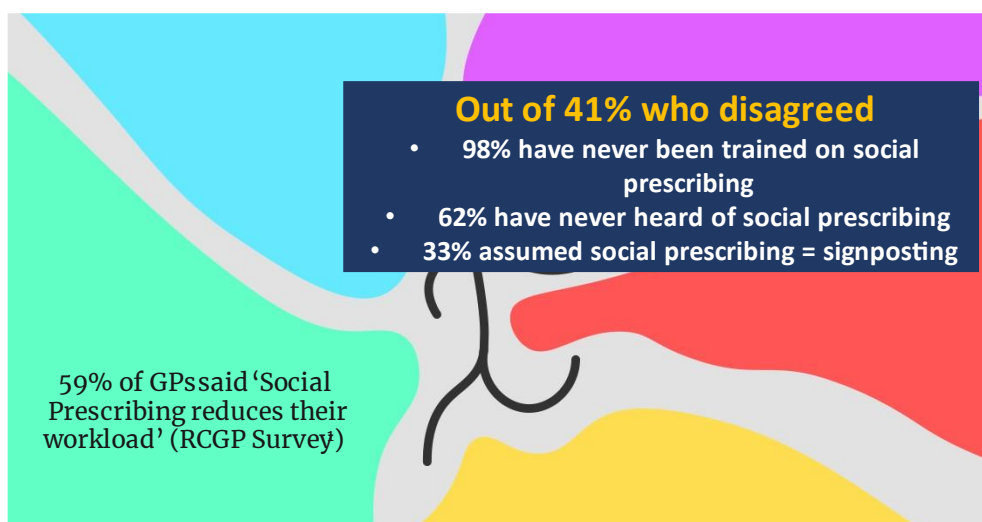
Clinician buy in?
Biggest barrier?

FALSE
Bigger barrier is
actually EDUCATION!

そこで、医師たちが引き受けることの中身は何であるのかという、先生方と議論した点に戻ってくる。この社会的処方考え方について、医師たちに提案した時、彼らが懸念したことは、臨床的な仕事に加えて、そんなことをやっている時間はないのではないかということだった。

(通訳) 彼ら自身がそれをやるという意味か。

(ボグダン) 彼らは、そう思った、ということだ。メディアや新聞が「ジムの処方箋」とか「医師がガーデニングを処方する」などの表現を使ったので、そのように伝わってしまった。これは、我々がしようとしていることの完全な誤解だった。我々としては、医師たちにはより多くの時間が生まれると言いたかったが、医師たちはまた何かをやれと言われるんじゃないかと思って走って逃げだした。そこで我々が気づいたのは、問題なのは時間ではないということだ。優秀な医師であれば、目の前の時間を最大限に活用して事前に投資を行い、将来の診療を減らすことをするはずだ。最大の障壁は、医師の教育だ。



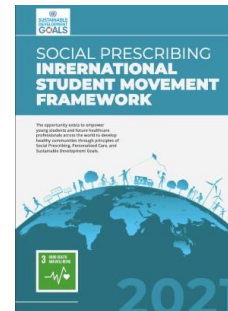
我々は、皆さんも今回の視察で訪問される予定となっている RCGP と共にある調査を行った。これはアンケート調査で、85%の回答率があった。59%が社会的処方によって仕事の負荷が減ったと回答した。しかし、この結果は私にとってそれほど興味を惹かれるものでもなかった。私が面白いと思ったのは、41%が社会的な方は負担軽減に役立たなかったと答えたことの方だ。私は、これはなぜだろうかと興味を持った。この質問には、それに引き続く質問があり、その中で「これまでに社会的処方についてトレーニングを受けたことがありますか。」「あなたにとって社会的処方とは何ですか。」「社会的処方についてあなたが理解していることを教えてください。」という問いが聞かれていた。そうしてみると、この41%のうち、98%は、医学部や大学院試験等において、これまで全くトレーニングを受けたことがないと答えた。62%は社会的処方について聞いたこともないと答えた。また、33%に人は、社会的処方とは人々に「あそこに行け。ここに行け。」と指示することだと答えた。



Future workforce (Student Champions)



Social Prescribing Studentship Recipients 2021



The UK now has Social Prescribing teaching embedded across all 44 of its medical schools

22

と言うことで、我々は社会的処方についての教育を医学部教育の中で始めることとなった。6、7年前には、まだ社会的処方は実験的な段階だったので、社会定処方を科目として教えている大学はなかった。今は、イギリスの全ての医学部の教育課程と大学院試験にこの社会的処方が組み込まれている。また、我々は、アメリカやオーストラリアをはじめ、世界中の国で医学部教育の中にこの社会的処方を組みこむことについても支援している。私は招聘講師としてハーバード大学でも教えているし、インターンシップやカリキュラムの中に組み込むことも支援している。



Global Social Prescribing Alliance

<https://socialprescribingacademy.org.uk/our-work/global-social-prescribing-alliance/>



Aim:

The Alliance aims to build a global community of partners working collaboratively to raise awareness of social prescribing, to share knowledge and innovative approaches that enable thriving communities to deliver a social revolution in their health and wellbeing while generating value.

Our year in numbers:



ご質問の時間も取りたいし、かなり時間が押してしまっているが、2020年に設立された

グローバルな団体についてお知らせしたい。世界中に同じようなモデルが実はすでに動き始めている。イングランドの場合は、たまたま link worker に予算をつけるという形で、この役割に投資を行ったわけだが、同様の役割について各国で様々な取り組みがある。まず初めに、我々は WHO と一緒にグローバルな団体を立ち上げた。そこに、様々な経験を共有したいと考える国々が集まった。



この地図は少し古くなってしまっているものだが、32 か国からその国のリーダーが選ばれている。これらの人々が集まって、それぞれの異なったモデルの経験を共有している。ここでは様々な議論がされているが、多くの国は、医療の中に社会的処方位置づけるのではなく、自治体サービスの中でそれを行っているという点で、英国の制度とはかなり違う。シンガポールは非常に進んでいて、3つの大きな医療提供者があるのだが、この3つともが社会的処方に対して投資をし、社会的処方に関わる人材のトレーニングを始めている。カナダもまた国全体として社会的処方の取り組みを始めようとしている。ウェールズでも同様だが、イギリス4か国¹⁵⁰の中ではイングランドに後れを取る形となっている。

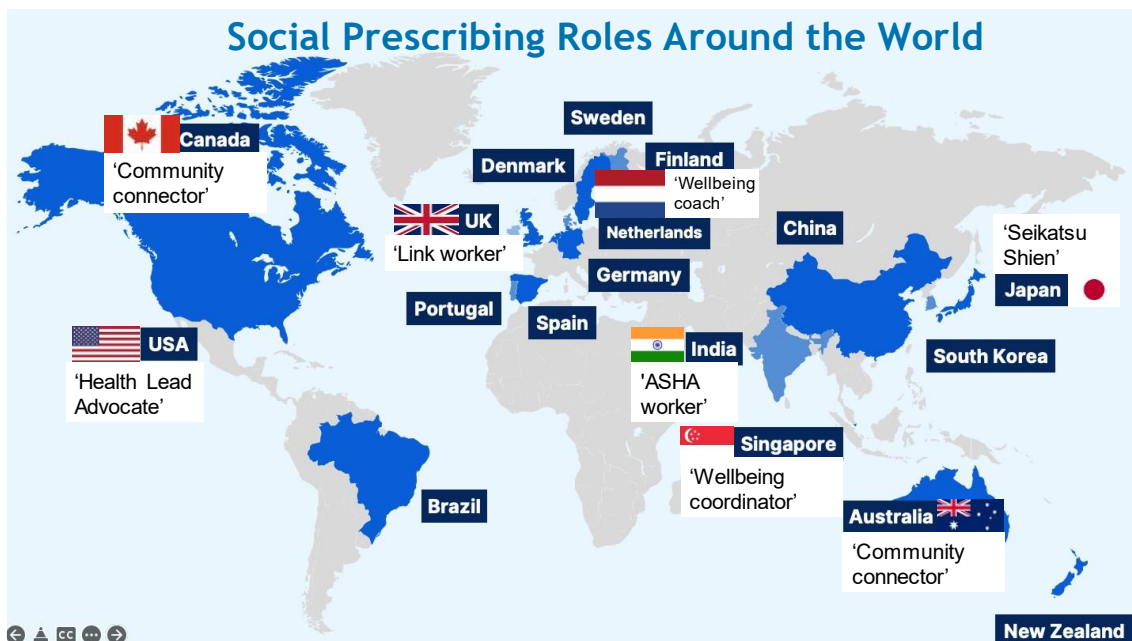
¹⁵⁰ イングランド、スコットランド、ウェールズ。北アイルランドを指している。

General resources and papers

- Download our Playbook outlining the building blocks of social prescribing
- Download the Toolkit developed by WHO colleagues on implementing social prescribing
- Read our BMJ Global Health Paper (2022) outlining recent global developments



これらの国に対して、様々な資料を提供している。その中にはツールキットがあり、これは我々が WHO と一緒に作成したもので、社会的処方をもどのように進めていけばいいのかについての戦略書となっている。またこの中には、様々な医療制度の中でのケーススタディが地図と共に掲載されており、それぞれの国での社会的処方の在りようを示している。



そして、これがそれぞれの国での社会的処方の呼び名を示したものだ。日本においては、social worker が “Seikatsu Shien” と呼ばれることが多いようだ。発音が正確にできているのか分からないのだが、これは非常に面白い点なのだが、日本では生活支援という職務は social worker がほとんど担っているものであるようだ。

(A) 生活支援のことだね。

(ボグダン) これはインドのアシャ・ワーカーに非常に近い。彼らが、この仕組みを地元地域の中に組み込んだやり方は非常に興味深い。その他にも世界中に様々な呼び名があるが、その基本的な考え方は同じだ。

(A) コメントしたい。お話を聞いていて、NHS は医療を担当しているので、それ以外の部分については、このように新しい役割を作っていかなければいけないということだろうなというふうに理解した。そして、イギリスでは介護の制度的システムがないから、介護に振り分けることもままならない。日本では、1つには高齢化が進んでいるということもあるが、医療だけでは特に高齢者は支えられないという現実がある。そうすると、少なくとも高齢者医療は介護と一体化していかなければいけないし、そうやって取り組んでいくと、さらに福祉の分野との関わりも必要となってくる。そうしないと、支えきれない人たちが出てきてしまう。そして、その手前には、介護予防や保健に取り組んでサービスを必要とする状況をなるべく減らして、医療保険、介護保険の出番をできるだけ先に延ばすということが必要となる。もっと言えば、地域で暮らしていただくためには生活支援を幅広い形でやらなければならない。しかし、日本ではこれはもうやっている。だから、社会的処方と言えばそういうことなんでしょうなあと思って今聞いてみると、生活支援だということから、まさに日本の地域ではこれをやっているということが分かった。様々な活動を。それはもう、ケアマネージャーがいたり、地域包括支援センターの社会福祉士がいたりして、例えば私の施設では、地域包括支援センターの社会福祉士が中心になっている。本当は重層的支援体制整備事業と言うのがあるが、それは行政が予算確保しないとできないものだ。我々のところは、それがなくてもできるようにしようということで、地域包括支援センターがハブになって連携型で行政から委託されているものもネットワークにして支える形にしている。例えば、コロナで孤立や孤独の状態に陥った住人が、特に山間部で増えた。これに対しては、身近なところで支えなければならないということで、緊急時には食糧支援もした。それから今は少し落ち着いた段階で、もっと身近なところで通いの場を作ろうということで、取り組んでいる。本当に来てほしい人と言うのは、すぐ傍にいないと来ないものだ。そういう取り組みを始めて、3万8千人の市内に92の集落があるのだが、それぞれに通いの場を作ろうとしていて、すでに49か所でできている。

(D) 長すぎて訳せないよ。

(A) だから、新しい話というのではなく、日本では高齢化が進んでいるから、医療だけでも支えきれない、介護だけでも支えきれないということ、生活支援まで取り組みが進んでいる。それを社会的処方と呼ぼうと思えば呼べるのかもしれないけれども我々にとってはすでにやっていること、というのが実感だ。

(D) 今日一番私が勉強になったことは、link workerにお金が3万ポンド支払われているということだ。どういうことかと言うと、日本で私が読んできたものによれば、link workerは専門職ではなく、地域に根ざしている人がボランティアでやっているという説明が多い。

それだと確かにすごく安上がりだ。しかし、今日話を聞いて NHS イングランドがきちんと、NHS の枠内において、link worker に 3 万ポンドという決して安くはない報酬を与えているということを初めて知った。

(ボグダン) それはよかった。次にいらした際には、実際の現場を是非お見せしたい。現場をみるということが大事だ。

(D) 健康の社会的決定要因へのアプローチの必要性を強調する点については、100%同意する。しかし、健康の社会的決定要因へのアプローチは国によって違う。あなたの国で社会的処方というアプローチをとることはいいだろう。しかし、日本においては、link worker に報酬をつけるという条件は全くそろっていない。そのため、日本及びその他の国では、それぞれの文化と歴史に応じて他の方策を取ることになる。

(ボグダン) そうだ。必ずしも新しい役割を作らなければならない訳ではない。その考え方はとても適切だ。1つのやり方がすべての国でうまくいくなんてことはない。

(D) そこがポイントだ。

(ボグダン) しかしながら、我々が日本の孤独担当部局の仲間から学んだところによれば、日本にも問題はある。それは若い世代の精神疾患についてにものが多かった。思うに、日本の精神疾患の危機的状況に対しては、よりよいシステムがあればこういった人々をサポートすることができるはずだ。子供や若者を中心に、日本における精神疾患一般は増えている。担当省庁と話したことがあるのだが、お金や住居が問題なのではない。それらは十分にある。日本では、子供、若者、精神疾患に課題を抱えているのではないか。高齢者へのサポートは手厚いように思う。

(A) 確かに若年層の課題はある。

(D) 1つ付け加えると、今の国会で、孤独・孤立対策推進法が成立する見込みとなっている¹⁵¹。その法律にも、趣旨説明にも、社会的処方という言葉はどこにも使われていない。アプローチとしても採用されていない。実は、近藤尚己さんという方が審議会でそれを入れようとしたがそれは否決された。これは事実だ。

(ボグダン) 是非、私がすでに知っている日本の方を先生方にも紹介したいのだが、社会的処方ラボラトリーが医師らによって設立され、200 人から 300 人の医師の会員がいて活動している。

(D) 私はそのキーパーソンである近藤尚己教授を知っている。日本では彼が社会的処方の唱道者となっている。そして彼は「社会的処方」という言葉を孤独・孤立対策推進法の中に入れようと努力したのだが、彼はそれに失敗した。

(ボグダン) 先生がご指摘された点、すなわち優れた social worker は昔からやってきたことだという点に関して、興味深い事例がある。イングランドのある村での事例だ。そこでは、社会的処方と言うよりも、一般の人々を教育することに力が入られている。そうすること

¹⁵¹ 同法はインタビュー翌日の 2023 年 5 月 31 日に成立し、同年 6 月 7 日に交付された。

で、消防士、警察官、理容師と言った人々が、自分で、精神科のサービスやサポートへ住人を紹介することができる。あるいは、これらの人々が、social prescriber に紹介することもできる。多かれ少なかれ、医師がなんでも決定しなければならないと考えられがちだが、そんなことはない。患者は自分で紹介することもできるし、誰でも自分で social prescriber に紹介できる。

(D) 医師が social prescriber という訳ではないということだ。実は、そのことが今日一番勉強になった。なぜなら日本では先ほど申し上げた社会的処方への唱道者になっている、使徒になっている近藤尚己先生は、医師が社会的処方を書いてそれにお金をつけるべきという提案をし、それが否決されたという経緯があるからだ。したがって、ボグダン先生が間違いだと指摘されたことを彼は日本で主張している。

(ボグダン) なるほど。それは別のアプローチだ。

(D) 間違ったアプローチだ。

(ボグダン) それは知らなかった。お教えいただきありがたい。助かる。

ドイツ-1-1 応接録：Hausarzt 診療所

2023年6月5日

クリスティアーネ・ビュルガー医師 (Christiane Bürger)：かかりつけ医

ペーター・ビュルガー医師 (Peter Bürger)：麻酔医、かかりつけ医

<要約>

- 診療所での外来診療は、診療内容ごとに一定の研修を受けていなければ報酬請求できない。
- かかりつけ医 (Hausarzt) であっても、研修要件を満たしていなければ終末期医療はできない。
- コロナの時は、PPE はなかったが、庭にテントを張って診療した。
- マスクがない中での咽頭部の視診は、小窓越しに行った。
- 過疎地での Hausarzt が高齢化しており、新規患者のかかりつけ医機能が十分提供できなくなりつつある。
- 保険医協会が発熱等に対する往診サービスを提供しているが、その担い手はベルリン市内の医師 6500 人中 44 人のみ。
- Hausarzt から病院へ患者を紹介するときは、紙ベースの入院指示書に患者情報を記入し、電話で情報を補う。
- Hausarzt と患者は、「絆」(信頼関係) によって結び付けられている。

(C ビュルガー) 私たちはここで開業し、主にかかりつけ医 (Hausarzt) 医療を提供している。

(A) お2人とも Hausarzt なのか。

(C ビュルガー) そうだ。2人とも Hausarzt としてそれぞれ開業許可を持っている。

(A) 麻酔医でも Hausarzt になれるのか。

(P ビュルガー) なる。また Hausarzt でも疼痛治療は提供できる。

(C ビュルガー) 薬を処方したり、輸液を投与したり。注射はしない。

(P ビュルガー) Hausarzt として提供する医療の中での整形外科的な鎮痛・疼痛医療を提供できる。

(C ビュルガー) 事業所番号は2人で共通である。しかし各自、開業後、終身の医師番号を得た。

(F) 終末期の疼痛治療も提供しているか。

(C ビュルガー) している。皆さんが後から訪問する州家庭医協会が提供する緩和ケアの研

修を受けたので提供できる。研修を受けて申請しないと診療報酬を請求できないので¹⁵²。長期血圧測定や負荷心電図も同様で、州の保険医協会に申請しないと診療報酬をもらえない。

(D) 研修の長さはどれくらいか。

(C ビュルガー) 確か週末2回分だった¹⁵³。

(A) ということはHausarztであっても研修を受けないと終末期医療を提供できないのか。

(C ビュルガー) できない。

(F) ご主人がペインコントロールの専門家だから特にやっているのか。

(C ビュルガー) そうだ。

(A) でも麻酔科じゃなくても研修さえ受ければいいのではないか。

(C ビュルガー) そうだ。婦人科医や泌尿器科医も研修さえ受ければよい。私はまた自然療法の追加的資格も持っている。植物治療、水治療、理学療法、アジアでは理解が難しいかもしれないが秩序療法、、、。

(A) ホメオパシーとは違うのか。

(C ビュルガー) ホメオパシーは独自の分野だ。中国の伝統医療のようなものだ。

(F) ハード面ではどんなファシリティを持っているのか。シャウカステンがあるが、単純写真撮影機を持っているのか。

(C ビュルガー) フィルムを見るためのものだ。レントゲンは持っていない。部屋としては待合室と診察室が2つだ。私たちの診療所はクラシックなタイプの診療所であり、私たちがここで提供しているのは従来型のかかりつけ医 (Hausarzt) 医療だ。問診をして、ラボ検査、心電図、負荷心電図、長期血圧、創傷被覆材、注射、呼吸機能検査、予防接種、刺激電気療法 (自然療法)、ガラス玉をつかった中国医療 (自然療法)、局部麻酔を使った神経治療 (神経ブロック)、自己血療法、蛭療法・・・。自己血療法は薬が少ない旧東ドイツで行っていた。蛭療法は関節炎などに効く。ミュンヘンから蛭を取り寄せて行っている。

(D) 話を戻して、緩和療法をしているとおっしゃったが、年間何人くらい看取っているのか。

(C ビュルガー) 少ない。緩和医療の専門医もいるので。

(A) 「従来型の Hausarzt」とおっしゃったが、家庭医中心医療 (Hausarztzentrierte Versorgung) ¹⁵⁴はしていないということか。

(C ビュルガー) 家庭医中心医療はやっていない。通常は、コンピューターに診療行為の番

¹⁵² 診療報酬制請求のため通常の申請先は保険医協会である。

¹⁵³ 外来での緩和医療は一次緩和医療、一般的外来緩和医療、専門的外来緩和医療の段階式になっている。専門的外来緩和医療は不治の重病患者を対象に緩和医療専門医と緩和医療専門看護師等から成る多職種チームが、多くの場合死の直前の短期間提供する。前者2段階は緩和医療専門医 (サブスペシャリティ) の資格がなくても提供できる。ただし特定の診療行為は、緩和医療専門医教育の一部を成す40時間の緩和医療基礎コースを受講済みであることが求められる。(連邦保険医協会 www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf)

¹⁵⁴ 医師自由選択制のドイツにおいて家庭医中心医療に参加を決めた患者は、かかりつけ医 (Hausarzt) を選び契約期間中は原則選んだかかりつけ医を受診する。それ以外の専門医へはかかりつけ医が必要に応じて紹介する。家庭医中心医療に参加するかどうかは、かかりつけ医、患者とも任意である。

号を入力し保険医協会に送ることで、診療報酬を請求している。家庭医中心医療の場合は、家庭医協会を通す。私たちは2人で診療所をやっていることから複雑になるので、保険医協会のみを通じて請求している。

(H) 最近では保険医協会も家庭医中心医療を提供しているが、それはやっているか。

(C ビュルガー) やっている。

(P ビュルガー) 日本はどうかかわからないが、ドイツでは公的医療保険の患者と民間医療保険の患者がいる。

(C ビュルガー) 公的医療保険の患者は四半期ごとにこのカードリーダーに保険カードを差し込む。それによってその患者のアカウントが開かれ、四半期の終わりにその患者に提供した診療行為全ての精算が行われる。民間保険の患者は1回の診察後に料金をこちらに支払い、それを保険者に請求すると償還される。

(F) 子供へも提供するのか。

(C ビュルガー) 全ての年代を扱う。現在最も若い患者は10歳。一番上は91歳。

(F) 乳児のワクチン接種等はしないのか。

(C ビュルガー) 小さな子供は小児科医に行く。

(A) 何人くらいの家庭医中心医療の患者が登録しているのか。

(C ビュルガー) 保険医協会の家庭医中心医療であれば、登録しなくても全員に提供される。家庭医協会を通じてであれば、医師も患者も登録しなくてはならない。登録したくない患者もいる。全体の30-40%の患者が登録している¹⁵⁵。公的医療保険に加入する患者は皆、保険医協会を通じてかかりつけ医による医療を受けられる。患者は登録する必要はない。私がこの患者にはそうした方がよいと思えば、家庭医中心医療を適用する¹⁵⁶。

(F) コロナの時の話を聞きたい。この診療所の担う役割を時系列ごとに教えて頂きたい。

(C ビュルガー) コロナ前は予約制だった。心電図や血糖値の検査であっても、緊急時であっても、電話で予約する必要があった。ただし、火曜午後はあらゆる患者に開いており、急患であれば誰であっても診療する時間を設けていた。しかし、コロナが広まってから、特に

¹⁵⁵ これはベルリン市内、もしくはビュルガー医師の診療所での状況を示すものと考えられる。

¹⁵⁶ ベルリン州保険医協会のウェブサイト (<https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/Hausarztzentrierte-versorgung>) によれば、ベルリン州保険医協会は2つの疾病金庫と家庭医中心医療契約 (HZV) を結んでいる。この契約では医師も患者も参加の意思を表明する必要があり、患者は12ヶ月間特定のかかりつけ医を受診する必要がある。またHZV契約を結ぶ医師は、慢性疾患を中心とした特定疾患に対する疾病管理プログラム(DMP)に積極的に参加することが義務づけられている。他方、患者はHZVに参加しなくても、DMPを任意で受けることができる。患者がDMPに参加する場合には、インスリンの注射方法を学ぶ。また、患者はかかりつけ医を自由に変更できる。またDMPの診療報酬は、保険医協会を通じて提供するかかりつけ医に支払われる。
(<https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.html>)

最初はどのようにしてよいか誰にもわからない状態だった。

(P ビュルガー) 白衣、マスク、オーバーオール等の防護服・防護具がなかった。私たちの診療所は幸いなことに地上階にある。なので、庭にテントを張ることができた。

(C ビュルガー) 私たちの診療所は2023年9月23日に30周年を迎える。私たちの患者と私たちの絆はとても強い。家族的な雰囲気がある。25年、または30年前から通う患者もいて、私たちが休暇をとっている間も他には行かず私たちが戻ってくるのを待っているほどだ。最初のコロナの患者が、喉の痛みがあると言って訪れた時、マスクが無い中でどうしようかと思ったが、ドアに小さな窓があることに気がつき、その窓を通して喉を診た。2人目の患者は腹痛を訴えた。患者は「庭のベンチに横たわるから診て」と言ってきた。私は息を止めながら診察した。そうこうしているうちに、防護服が手に入るようになった。

(D) いつ頃防護服が手に入ったのか。

(C ビュルガー) 2020年の夏だっただろうか。遅かった。私の友人の友人が音楽業界で仕事していて、香港に知り合いがいた。この人が防護服を香港で調達してくれて、大きな箱に入れて送ってくれた。オーバーオール、マスク、ヘルメット¹⁵⁷等。そのため私たちは早めに装備ができたが、大半の医師たちはそうはいかなかった。

(A) 早期からコロナ患者を診ていたということによいか。

(C ビュルガー) そうだ。ただし、予約制を維持し、急患を受け入れる診療時間は廃止した。特に距離を取るように注意を払った。待合室にデイベアを所々に座らせて患者に距離を取らせるようにした。

(A) 普通の患者はどうしたのか。

(C ビュルガー) コロナの患者は外のテントで診たが、普通の患者は屋内に入らせた。ただし、患者同士で距離を取らせるようにした。また冬でも窓を開けっ放しにしていた。診察室も窓を開けていたのでとても寒かったので、帽子、マフラー、コートを着用して診療していた。

(A) コロナの疑いのある新規患者も診たのか。

(C ビュルガー) 診た。

(A) それは普通なのか。

(C ビュルガー) … (口をつぐむ)。多くの開業医にとって、新規患者を受け入れることが難しくなっている。それはコロナとは関係ない。

(P ビュルガー) ベルリンやミュンヘンやハンブルクなどはまだよいが、田舎ではとても難しい。日本もそうだと思うが人口が高齢化しているからだ。ベルリンなどは心臓やリユーマチといった専門医がいるが、田舎で働こうという医師がない。

(A) 高齢化していて、患者も増えている。それはわかる。配置計画をしてもそうなのか。

(C ビュルガー) 配置計画は、そうであるべき、というだけだ。若い医師らは開業するのは

¹⁵⁷ フェイスシールド付きヘルメットが普及していたと考えられる。

大変なので開業したがない¹⁵⁸。3～5年以内に60%のかかりつけ医（Hausarzt）が高齢のため引退するとされている。多くのかかりつけ医は65歳、もしくは70歳になっても仕事を続けている。というのも開業医には年齢制限がないからだ。病院は65歳だが。

(D) でも患者には定年がない。開業医がいなくなったら患者はどうするのか。

(C+P ビュルガー) それの問題だ。

(D) 私は34年前から開業している。多くの患者はもう通院できなくなり、当たり前のように在宅で診療しているが、在宅医療はやらないのか。

(P ビュルガー) やっている。ただしこの近辺だけだ。ベルリンだけだが、発熱を来したり腰痛になった患者が116117番¹⁵⁹に電話をすると、職員または医師が必要と判断すれば、往診を受けられる。ウィークデーでも昼でもだ。東西ベルリンが分裂していた時に、高齢者のケアのために導入された。

(D) ベルリンだけでなく日本にもそういう診療所がある（笑）。30年間24時間体制だ。

(A) それは特殊だ（笑）。

(C) ABCと聞こえたが、ABCに分けてやっているのか。

(H) ABCでなく、ÄBDであり、このサービス Ärztlicher Bereitschaftsdienst（医師オンコール・サービス）の略だ。

(C ビュルガー) ÄBDはベルリン州保険医協会が運営している。運転手付きの車での往診サービスを提供している。私たちは20年間やったが、やらない医師もいる。各医師の自主性に任されている。夜は暗くて知らない地にも行くので危険を伴うこともある。私は主に夜を担当した。夫は昼も夜も担当した。ベルリンの6500人の医師のうち、担当しているのは44人だけだ。コロナ以降は私たちもそれはしなくなり、保険医協会の司令部で電話相談係をしている。

(F) いつも診ていない患者のところにも行くことになるのか。

(C ビュルガー) 車で出動する時は、知らない患者ばかりだ。

(F) 患者の情報をどのように地域で共有するのか。

(P ビュルガー) 患者からもらう。名前、住所、なぜ電話したのかを、司令部において電話で尋ねる。

(F) 日本と同じだ。診療所では手に負えない患者が訪れた時には病院に転送することになると思うが、診療所で持つ医療情報をどうやって病院に伝えるのか。また病院から地域に患者が戻ってきた時、病院の診療情報を得られるのか。

(C ビュルガー) ここから例えば婦人科の専門医に送る時は、入院指示書を出す。ただし、書く欄は短い。病院に送る場合は入院指示書という別の用紙がある。これは入院指示書(図)

¹⁵⁸ この発言は、若年医師の開業離れの要因として、初期投資の大きさを指摘するものだが、要因はこれだけではないと考えられる。連邦保険医会のヒアリングでは「開業資金の問題ではない」との証言があった。

¹⁵⁹ 他の州の保険医協会も同じ電話番号で往診サービスを提供しているが、原則診療所が閉まっている週末や夜間に限られる。

だが、行った検査・薬物療法・診断を記入する。私たちの診療所は特に家庭的なので、病院に電話をして患者の様子を伝えている。ただし、これはどこの診療所もやっているわけではない。

疾病金庫又は支払者 Krankenkasse bzw. Kostenträger			入院指示書 Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small> 医学的に必要な場合のみ許される。		
Name, Vorname des Versicherten 被保険者の姓、名		生年月日 geb. am	院外医師による治療 緊急 <input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung		
Kostenträgerkennung 支払者ID		Versicherten-Nr. 保険番号	<input type="checkbox"/> Notfall 事故、事故の後遺症 援護局により認められた <input type="checkbox"/> Unfall- Unfallfolgen 危害 (BVG) ungs- risiken (BVG)		
Betriebstätten-Nr. 事業所番号		Arzt-Nr. 医師番号	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser 最寄りの適切な病院		
Status ステータス		Datum 日付	契約医師の押印・署名 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Diagnose 診断			裏面にもご注意ください! Bitte die Rückseite beachten!		
患者には別途お渡しください。 Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!			Muster 2a (10.2014) パタン2a		
Untersuchungsergebnisse 検査結果					
これまでの処置 (投薬等) Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)					
問い注意 (アレルギー等) Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)					
添付された検査結果・所見 Mitgegebene Befunde					
病院の医師向けに作成！内密に！					
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!				パタン2b Muster 2b (10.2014)	

図 入院指示書

(A) 計画配置¹⁶⁰は有効で必要だと思うか。

(C ビュルガー) 需要計画さえあれば十分だと考えられている。しかし、患者が診療してくれる開業医を見つけるのが難しくなっている。私たちのところも目一杯予約を入れている。それに加えて腹痛や咽頭痛で訪れる患者がやってくると、断らずに対応する。ただし、どの医者もそうするわけではない。保険医協会は需要計画に基づいて計算して十分に開業医がいると考えているが、実際のところ現在はとても難しい。胃の内視鏡検査には6週間、腸の内視鏡検査には8週間待たなければならない。足りているとは思えない。

(P ビュルガー) ドイツの患者は医者に行き過ぎる。デンマークやオランダはここまで頻繁には行かない。

(F) 窓口払いがないからだろう。

(A) 登録制についてどう思うか。

(P ビュルガー) ドイツには医師を選択する権利がある。これは貴重な財産だ。住んでいる場所で医師を決められてしまっても、気が合わないという場合もある。医師を頻繁に換える患者がいることが問題ではあるが。

(F) コロナの話に戻る。検査、モニタリング、重症化した時に責任を持つての転送、ワクチン接種をこの診療所は担っていたか。

(C ビュルガー) この診療所で3800回のワクチン接種をした。検査はPCR検査、後に迅速検査を行った。幸運なことに私たちの診療所には庭があるので、テントを張ることができた。そのため、そこで検査、診療をした。またオンライン診療も行った。受付からリンクを患者に送って、予約の時間にクリックすると繋がり、動画付きで話ができるようにした。

(A) コロナが終ってもオンライン診療は続いているか。それとも対面式に戻っているのか。

(P ビュルガー) 少なくなった。

(C ビュルガー) 患者は「やっとビュルガー先生に御挨拶できるようになった」と言っている。私たちも患者に触れたいし、患者もオンラインではなく、触れて欲しいと考えている。

(A) 同じだ。登録制のイギリスではパート医ばかりになってしまっている。患者が多いのであればパート医をいれればよいと思うが、どう思うか。

(C ビュルガー) 私たちの患者は、誰でもよいというわけでなく、私か彼かに診てもらいたいと思っている。

(B) お2人の1週間の患者数、そのうちオンラインや電話の患者数を教えてほしい。

(C+P ビュルガー) オンラインは一週間で10くらいか。ここに来るのは日に50人くらいか。電話は1日に5、6件か。大それた相談に乗るのではなく、薬の飲み方を教えてほしいとか、そういう相談だ。

(B) コロナの時はどうだったか。

¹⁶⁰ 配置計画をドイツ語では需要計画 (Bedarfsplanung) という。

(C+P ビュルガー) 当初はできるだけ全員をオンラインまたは電話で診療するように試みた。

(H) 1日50人¹⁶¹ということか。

(C ビュルガー) そういうことになる。

(F) ここでは何人働いて、内訳はどうなっているか。

(C ビュルガー) 医師2人、医療専門職員2人だ。研修医は、教育するには当診療所は小さすぎるので、いない。

(F) 日本では診療所を代々子供に受け継がせることが多いが、ドイツではどうか。法律的には可能か。

(C ビュルガー) ドイツでも昔はそうだったが、現在は保険医協会が公募する。保険協会に特別なコネがあれば別かもしれないが、普通はそうはいかない。

(F) 承継することが一般的ではないのだろう。息子の人生は息子と考えるのではないか。

(C ビュルガー) そうだ。別に医師になる必要はなく、別の職につけばよい。

(P ビュルガー) 最近はITとか経営の分野で仕事をしたいという人が多い。

(C+P ビュルガー) 医師も病院勤務を希望し、開業したがる人が少ない。

(F) コロナの時の役割に戻る。モニタリングと入院を責任を持ってしていたのか。

(C+P ビュルガー) そうだ。私たちは喉の痛みのある患者には抗生剤を出して6、7日後にフォローアップのために予約をとっておく。多くの医師は「よくならなかつたらまた来てね」と言うだけだ。コロナの際も検査後1週間後にもう一度検査した。よくなってからも、ロングまたはポスト COVID のフォローアップに3週間後に来てもらい各値が正常か確認するために測定した。

(A) 外来が増えているのは患者負担が無いからか。

(C ビュルガー) 5年前まで10ユーロの診療料というのを四半期毎に払わなければならなかった。この窓口払いがあった時は「調子がいいわ。もう来ない」なんて言う人も多かった。患者は少なくなった。ワクチンの注文は日本でも難しかったか。

(F) 行政が配分した。

(C ビュルガー) どのワクチンだったのか。

(F) ファイザーとモデルナ。ファイザーは1箱約1000人分だった。マイナス70度で冷却しなければいけなかったので、当初は個人の診療所には難しかった。

(A) でも冷凍庫を置く医療機関を決め、そこで溶かし、予約した各診療所に配るようにした。しばらくたってからは、普通に入手できた。

(E) ドイツもたしかそうしていたと思うがマイナス70度で保管はしていない。

(D) 申し込んだ患者にはその分ワクチンを提供できたのか。

¹⁶¹ 2014年のドイツ連邦医師会のオンライン新聞 (www.aerzteblatt.de/archiv/161134/Aerztemonitor-Zufrieden-aber-es-fehlt-an-Zeit) の記事によれば、Hausarztが1日に診療する患者数の平均は52人となっているが、バラツキが大きい。

(C ビュルガー) 最初は患者が殺到したため、待ってもらわなければならなかった。ドイツでは、最初は 80 歳、基礎疾患のある人からと順番が決められていた。若い人達が受けられるようになったのは後からだ。多くの人がワクチンを受けたいと電話をしてきて、できないと伝えると文句を言ってきた。

(D) 日本は高齢者に 6 回目のワクチンを 5 月から始めたが、ドイツはどうか。

(C ビュルガー) 多くの高齢者や慢性患者等は 4 回または 5 回目だ。6 回目も受けることは可能だ。またインフルエンザとコロナのワクチンを組み合わせることが検討された。というか、望まれている。秋にそれが上手くいくかどうか、といったところだ。

(D) 日本と同じだ。

ドイツ-1-2 論考：かかりつけ医診療所

新田國夫、吉田恵子、森井大一



写真1 ビュルガー医師夫妻

ドイツの診療所の職種

ベルリン郊外の住宅地で共同診療所を開いているビュルガー医師夫婦（写真1）を訪問した。クリスティアーネ医師（妻）はかかりつけ医（Hausarzt）、ペーター医師（夫）は麻酔科医・かかりつけ医であり2人でかかりつけ医機能の医療を提供されている。この診療所は、クラシックなタイプ、つまり家庭中心医療供給¹⁶²に参加していない診療所である。日本の診療所との比較で特徴的な点として、ドイツの診療所には看護師がないことが上げられる。この診療所でも、2人の医師の他スタッフは医療専門職（Medizinische Fachangestellte）が2人いるのみである。医療専門職は、職業訓練校で3年間の専門教育を受けて得られる資格で、診療所での事務作業に加えて医師の責任の下、注射や各種の検査を単独で行うことができる。この点でドイツの（または日本の）看護師と大きく変わらない。教育期間が3年と

¹⁶² 医師自由選択制のドイツにおいて家庭医中心医療に参加を決めた患者は、かかりつけ医を選び契約期間中は原則選んだかかりつけ医を受診する。それ以外の専門医へはかかりつけ医が必要に応じ転送する。家庭医中心医療に参加するかどうかは、かかりつけ医、患者とも任意である。

いうのもドイツでの看護師と同じである。3年間の教育のうち、事務作業に関連した経営や法律等を学ぶ分、医学的理論を学ぶ時間は短くなり、また病院で研修をしないため、患者と直接接する実務の経験が欠けることになる。追加教育を受ければ、医師から権限の移譲を受けて単独で往診に行くことや¹⁶³¹⁶⁴、褥瘡の処置等を行うこともできる¹⁶⁵。ただし、医療専門職は病院では、看護師と同様の職務内容を担うことは通常はない。この点では、日本の准看護師とも違うといえる。ドイツの医療専門職が病院で働く場合は、各種検査、記録、又はコーディネーション的職務を担うことが多いとされる。

ドイツの診療所で提供される診療内容

この診療所の患者の年齢は10歳から91歳までとのことで幅広いが、10歳未満は小児科で診察されることになるという。診療内容としては問診、血液検査の検体採取、心電図、肺機能検査、簡単な外科的処置、刺激電気療法等であった。この診療所では、ペーター医師が麻酔科医であるため、整形外科領域の疼痛治療も行われている。目で見ても明らかな日本との違いは単純写真撮影機が設置されていないことだ。単純写真が必要になれば、かかりつけ医 (Hausarzt) は放射線科診療所に患者を送る。患者は放射線科診療所で単純写真を撮像し、その写真と読影結果を受け取り、後日、かかりつけ医を再受診する。日本の診療所であれば単純写真以外にも血液検査その他が1つの診療所で完結することが多く、日本の診療所の担う医療機能の方がドイツよりも自己完結的であると言える。

クリスティアーネ医師は当初より総合医であるが、ペーター医師の元々の専門は麻酔科であった。そのため、ペーター医師は2年間、総合医としての専門教育を受け、試験に合格し、かかりつけ医として開業するに至ったとのことであった。このことは、診療科の標ぼうや診療内容についても一定の要件があることを示している。逆に、純粋な総合医であるクリスティアーネ医師が疼痛治療を行うこともあるようだ。ただし、それには一定の歯止めがあるようで、ヒアリングでは、総合医であるクリスティアーネ医師は処方・輸液を含む疼痛治療までを行うものの、注射はしないと答えている。ここで言う注射は神経ブロック注射のような疼痛治療の専門性の高い手技を指しているものと考えられる。また、ペーター医師およびクリスティアーネ医師は、終末期医療 (Palliativversorgung) も提供しているとのことであった。Hausarzt が一般的な外来緩和医療について診療報酬請求するためには、40時間の研修を受け追加的な資格を得ることが要件となる¹⁶⁶。

¹⁶³ <https://www.verah.de/>

¹⁶⁴ <https://www.medi-karriere.de/medizinische-berufe/medizinische-fachangestellte/>

¹⁶⁵ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-

Ordner/MFA/Muster-FB-Curr_MedFachangest_AssistenzWundmanagement_Stand_2020-1._Auflage.pdf

¹⁶⁶ 専門的な外来緩和医療はさらに長期の専門教育を経て認められるもので、Hausarzt が実施する一般的な緩和医療とは別の医療内容となる。

需要計画の実際的意味

また、ドイツにおいては保険医協会でのセッションでも説明されている通り、外来医療の提供者は診療科ごとに需要計画という名の計画配置制がとられている。つまり、医師は自由に開業することができない。診療科ごとに医師1人当たりの人口とエリアが定められているところ、かかりつけ医療もまた診療科の1つと位置付けられている。かかりつけ医1人当たりの人口基準は、社会状況に応じてこれまでも変更されてきたが、現在は1607人である。この基準を元に年齢や特定の疾病の有病率によってより細かな調整が行われている¹⁶⁷。ビュルガー医師夫妻の診療所も2人の医師として登録されている。この制度の、(少なくとも)第一義的趣旨は、地域における医師の過剰供給を防ぐ点にある。しかし、ある地域で開業できなければ、開業を望む医師は他の地域で開業するしかなくなる。そのため、需要計画の反射的效果として開業医の均等な配置(悉皆性確保)が期待されているともいえる。過剰供給防止と悉皆性確保は同じコインの表裏の関係にあるからだ。

当然ながら、日本でも医師の全体数は、医学部の定員数と医師国家試験の合格者数で実質的に国が管理している。しかし、日本の場合は原則的にそれだけだ。ドイツの需要計画は、全体数のコントロールに加えて、外来診療科、エリア、人口単位によっても参入障壁が設けられており、より細かい統制が行われている。需要計画の詳細については連邦及びブランデンブルク州の保険医協会の報告に譲るが、需要計画のような医師配置に関する細かい統制は、医療提供が国家的に整備されてきたことを反映しているものと思われる。これは、親子承継を基礎として、家業としての医療提供を側面的に行政が支援するという形で整備・発展してきた日本の実態と根本的に異なる点である。ドイツにおいては、医師の開業権(本稿では、「診療所を運営し、そこで業として医師として医療を提供する権利」という意味で「開業権」という。)は、いわば社会から一身専属的に貸与された権利にすぎない。つまり、代替わりするときに、子たる医師が新たに同じ場所で開業することは保証されていないのである。このような制度の下では、そもそも医業を家業として想定することができない。開業権は診療科ごとに統制されているため、親子承継をしようとする、エリアのみならず診療科も同じにする必要がある。その上で、たまたま開業権が得られれば開業することができる。不動産や職員との雇用関係上の地位を引き継ぐことになれば、その実態を「承継」と言えなくもないが、制度上は新規の開業に過ぎない。実際に、ビュルガー医師夫妻のヒアリングでも、ドイツでの医業の親子承継は一般的ではないと証言された。

親子承継が一般的ではないドイツの開業医は、引退する時に保険医協会を通じて後継者を公募するのが通例である。そして、新たに開業権を取得した後継の医師は、患者情報、建

¹⁶⁷ 詳細は連邦保険医協会及びブランデンブルク州保険医協会のセッションを参照のこと。

物、設備を買う（又は借りる）。ここでいう患者情報は一種の暖簾代に相当する。これには多額の費用がかかるため、若い医師たちはこれを敬遠し、開業を躊躇しがちになる。また、人気エリアではほぼ常に開業医が飽和しているため、多くの場合、都市部での開業は実質的に困難となる¹⁶⁸。そのため、都市部での生活を優先すれば、周辺地域で開業するか、開業ではなく勤務医を選択するということになる。これらの理由から、田舎を中心にかかりつけ医の新規参入は進まず、かかりつけ医の高齢化が進んでいる。そして、その帰結として、かかりつけ医の全体数も減少しており、今後も減少し続ける見込みとなっている^{169, 170}。

ビュルガー医師夫妻のインタビューでは、このようなかかりつけ医不足により、近い将来、かかりつけ医にすぐにアクセスできない住人が出てくることを心配する旨の発言があった。もっとも、少なくとも現時点では、ドイツのかかりつけ医配置はかなりうまくいっている。連邦保険医協会の資料によれば、90%の国民にとって車¹⁷¹で 9.2 分以内の距離にかかりつけ医の診療所がある¹⁷²。これは、今回の訪問調査で訪れたイギリス、フランスといういずれもかかりつけ医への登録を義務化している国において、かかりつけ医・総合医へのアクセスの悪さが重大な社会問題として認識されていることとは対照的である。かかりつけ医 (Hausarzt) の全体数が減少しているにも関わらず、ドイツで良好にかかりつけ医へのアクセスが確保されているのは、需要計画によって、過度な偏在が防止されたためとみることができる。

このように、需要計画には、かかりつけ医のユニバーサルな確保について、全体の新規参入者を減少させる作用（総数減少作用）と、現存の人的資源を効率的に配置するという作用（配分作用）の2つの側面がある。外来医療の悉皆性確保はこの2つの対立する作用のバランスによってその成否が決する。

そして、両者のバランスには種々の要因が複雑に影響する。例えば、他の診療分野・診療形態との比較の中で、かかりつけ医の仕事が相対的にどれくらい魅力的かは、明らかにこの新規参入者の総数に影響を与える。かかりつけ医の仕事が魅力的なものだと見なされれば見なされるほど希望者は増え、そこに需要計画の配分作用が加わることで悉皆性確保は進む。また、一般に都市部に比べて過疎地での開業は人気がない。当然ながら、それを補うた

¹⁶⁸ どうしても人気エリアで開業したい場合は、待機することになる。

¹⁶⁹ <https://www.mdpi.com/2673-5172/4/3/56>

¹⁷⁰ https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

¹⁷¹ 連邦保険医協会ですされた資料には徒歩か車かといった交通手段は示されていないが、需要計画の策定のためにドイツ連邦合同委員会 (Gemeinsame Bundesausschuss : GBA) が実施した調査では、「人口の99%は、車で15分以内に最寄りのかかりつけ医に行けると考えられる。」との結果が示されている。そのため、連邦保険医協会でのデータも車での時間的距離を示しているものと考えられる。

<https://www.aerztezeitung.de/Politik/In-maximal-15-Minuten-zum-Hausarzt-227824.html>

¹⁷² 連邦保険医協会のセッションを参照のこと。

めの補助金政策がある。これらは需要計画の配分作用・総数減少作用を検討する以前の所与の条件である。

かかりつけ医という仕事の魅力や田舎の不人気及びその改善策は、需要計画の開業制限とは直接の関係がない。言い換えれば、これらの要素は需要計画以前的前提であり、かかりつけ医の遍し確保に重要であることは需要計画制度のない日本でも同じことだ。

では、需要計画のトータルの効果を決定づける制度特異的な要因とは何であろうか。それを抽象的・理論的に考えるうえで、上記に挙げた需要計画の2つの作用ごとに検討することが有用だ。そのうえで、確かに需要計画という制度の特徴は配分作用にあるといえる。しかし、配分作用は制度そのものの帰結であって、作用の出方が社会状況に依存するということはない。配分作用がどの地域にどのぐらい及ぶかは、純粋に人口基準とエリアの区割りに依存する問題だ。つまり、需要計画の「計画」たるゆえんは、配分作用にある。

むしろ、需要計画という制度のトータルの効果を実質的に左右するのは、総数減少作用如何である。その前提として、需要計画という制度によって、開業そのものの初期投資について、相続による回避が多くの場合不可となるという点が重要だ。初期投資は、不動産価格や賃料、人材確保、医療機器の導入等多岐にわたり、その時々¹⁷³の社会的事情にかなり影響を受ける。そして、初期投資のリスク的意義をどのように評価するのかは、開業後の経営的見通しによっても変わる。経済的リスク分散作用のあるグループ・プラクティス（共同診療所）の一般化¹⁷³や立地条件はこのような見通しに当然影響する。また、開業可能な地域が遠隔地になりがちであるという要素の総数減少作用への影響も、時代ごとの社会情勢、生活観、仕事観、生き方観を強く反映する。ふるさとへの執着は、時代や世代によって変わりうる。需要計画の総数減少作用の出方は、このような種々の要因に応じてある程度振れ幅がある。そのため、配分作用と総数減少作用のバランスは、実質的には総数減少作用の出方で決まる。以上を図式化すると下図のようになる。

¹⁷³ 連邦保険医協会のセッションを参照のこと。

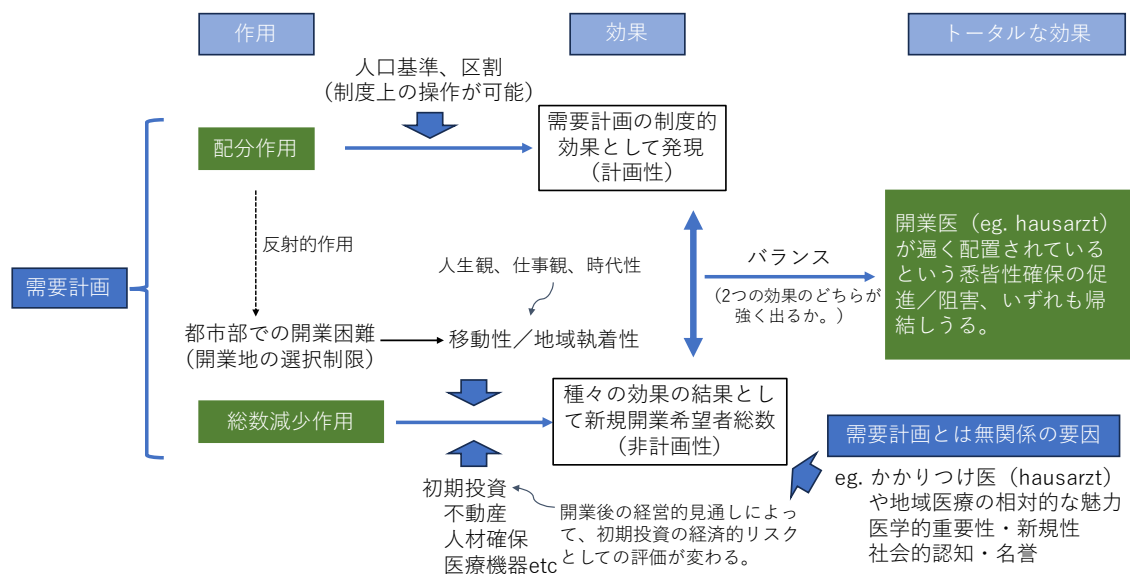


図 需要計画の作用、効果、トータルな効果とそれに影響する要因

それがゆえに、需要計画という同じ制度の下であっても、現在の充足が、将来の充足を約束しない。需要計画の区割りや人口基準が適宜変更されるのは、総数減少作用の出方が「計画」できないものであることを示している。現在、かなりうまくいっているように見えるドイツのかかりつけ医配置にも関わらず、ビュルガー医師夫妻が近い将来のかかりつけ医不足と、それによる住人のアクセス不良を心配した背景には、このような事情があると考えられる。

また、日本における需要計画の導入を検討する場合にも、このビュルガー医師夫妻の心配は、非常に重要である。なぜなら、需要計画の本質が配分作用にのみあるのではなく総数への影響と密接に関連していることを示しているからだ。OECD データによれば人口 1000 人当たりの医師数は、日本の 2.6 人に対して、ドイツは 4.5 人である¹⁷⁴。このような人的インフラの違いを無視して、需要計画の「計画」の部分だけを見て、「計画できない」要素を無視することになれば、医療提供体制に重大な混乱をもたらすことになるだろう。

ドイツの実地医家からみたコロナ対応

また、ビュルガー医師夫妻は、実地医家としてのコロナ体験についても具体的に証言された。ここでは、夫妻のコロナ体験を通して、地域に根を張る医療者としての感染症危機への対峙のあり方を考察したい。

¹⁷⁴ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

ビュルガー医師夫妻の診療所では、コロナ初期から患者の診察を行ったという。マスク等のPPEがない中でも窓から患者の咽頭の視診をしたり、診療所の庭にテントを張ったりと、実地医家らしい創意工夫で乗り切ったとのことである。もちろん、電話等の非対面型診療を以前よりも積極的に取り入れ、完全に予約制として急患受入れの時間はなくし、コロナ疑いの有無で診察場所と診察時間を分けるなどの時間的・場所的ゾーニングを行った上でのことである。ヒアリングでは、このような手探りの工夫をしながらでも、コロナ診療にかかりつけ医として積極的に従事されたことが分かる。しかし、重要なのは、それがドイツのかかりつけ医としてはむしろ標準的な姿であったらしいという点だ。ドイツでは、コロナ診療の95%が開業医によって行われ、病院に患者が殺到することを防ぐ防護壁 (Schutzwall) の役割を果たしたとのことである¹⁷⁵。ドイツの他のセッションでもほぼ一様に、かかりつけ医がかなり積極的にコロナ診療に従事したことが証言されている。

このように国単位で見れば例外的とも言えそうなドイツのかかりつけ医らの積極的なかわりは、どのような背景によってもたらされたものだったか。ビュルガー医師夫妻がそのヒントを示してくれている。コロナ当初の状況について質問された際に、妻のクリスティアーネ医師が真っ先に強調したことは、「患者との絆」であった。夫妻はかの地で30年に渡り診療所を構え、大人から子供まで診察してきたかかりつけ医である。コロナという未知の事態に皆が不安になる中、患者が症状を訴え、診察を求める以上、それを断ることはあり得ない選択であったのだろう。

もちろん、ドイツにおいても、このような「絆」を側面から支える行政の役割があったことは言い添える必要がある。経済的には、所得補償とコロナ診療へのインセンティブがあった¹⁷⁶。まず、感染症予防法 56 条¹⁷⁷に基づき感染やその疑いによって休業・退職を余儀なくされた自営業者・被用者への所得補償制度があった。同法 31 条¹⁷⁸は行政が感染者および感染が疑われる者、あるいは感染させる疑いのある者に対して、医師であっても就業制限できることを保証している。これらにより、自営業者である開業医には、申請により前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額が補償された。さらに「COVID-19 病院負担軽減法」により、病院への空床補償だけでなく、診療所の閉鎖回避のために患者の受診控えによる減収も補償された。

¹⁷⁵ 連邦及びベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のセッションを参照のこと。また、連邦保険医協会の報告書 (https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie_Zahlen_Fakten.pdf) にも同様の表現が見える。

¹⁷⁶ 吉田恵子 ドイツの対 COVID-19 戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか 文化連情報 2023 年 8 月 No. 545:42-45

¹⁷⁷ https://www.buzer.de/56_IfSG.htm

¹⁷⁸ https://www.buzer.de/31_IfSG.htm

これらに加えて、より直接的にコロナ診療へのインセンティブになったと考えられるのが、コロナ診療に特化した診療報酬である。これにはPCR検査等が含まれる。平時におけるドイツのHausarztの基本的な報酬体系は、四半期に一度（受診した）患者1人当たり定額を支払う包括払いである。その上、過剰診療を防ぐ目的で、各開業医への公的医療保険からの支払いには上限もある（予算制）。しかし、コロナ診療に対しては、連邦保険医協会が保険者と交渉した結果、2020年2月1日から額包括支払い及び各医師への予算の枠外での報酬が支払われることになった。

経済的な支援と合わせて、応召義務も明確であった¹⁷⁹。ドイツの開業医は、公的医療保険と契約する限り、被保険者の診療に応じることが義務づけられていた（いる）¹⁸⁰。日本同様に応召義務の例外規定もあるが、コロナは拒否の理由には当たらないとされた¹⁸¹。

ここから我々日本の医療者は何を学べるか。まずは、このようなかかりつけ医・総合医像こそ、新興感染症への有事対応を平時の延長線上の役割として包含しようとする、これからの日本の「かかりつけ医機能」の目指すべきあり様というべきではないだろうか。そして、何よりその基礎となっている「絆」が、イギリスやフランスのようなかかりつけ医登録制の中からではなく、自由に医師を選択できるドイツにおいて実現し、有事にも機能したという事実は重い。そもそも絆を制度が強制することはできない。医師患者関係も、法によって義務化され、行政的に処理されるのは一種の墮落だ。そのような形式的な「つながり」が、いざというときには役に立たないものあることを、我々は特にイギリスとドイツの比較の中で学ぶことができるのではないか。

とはいえ、ドイツにも混乱はあった。ビュルガー医師夫妻も、「最初はどのようによいか誰もわからない状態だった」と率直に述べている。そして、そのような混乱の要因として、マスクをはじめとするPPEの不足に言及された。このような事情はフランスでも同様の証言

¹⁷⁹ 吉田恵子 ドイツの対COVID-19戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか 文化連情報 2023年8月 No. 545:42-45

¹⁸⁰ ドイツには公法上の義務として医師に応召義務を課す法律はない。私法上の義務として、契約に基づいた診療義務が生じるが、診療契約自由の原則があるため契約自体は義務ではない。また、緊急時の不作為について、刑法上の責任が問われることがあるが、これは日本でも法的作為義務があり、作為が可能かつ容易であれば不作為も犯罪の実行行為となることと異ならない。ドイツの応召義務を考える上で最も重要なのは、Vertragsarztと呼ばれる公的保険との契約医師だ。国民の9割が公的保険の下で医療を受けることを考えれば、公的保険の保険医となることはほとんどの医師にとって必須である。この保険医である限り、保険加入者に対する応召義務が生じる。つまり、ドイツにおける応召義務は、保険医としての私法的義務であるといえる (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/203493/Dienstvertrag-Behandlungspflicht-des-Arztes>)。これに対して、日本の医師法19条が定める応召義務は公法上の義務であることが行政通知でも確認されている

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000581246.pdf>)。

¹⁸¹ https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/kvticker/210528_kvticker-woechentlicher-Newsticker-der-KV-Thueringen_KW21.pdf

があった¹⁸²。勿論日本も同様だ。国によって違うのは、その混乱からどのタイミングで立ち直ったかであり、また原因とされた PPE 問題が解消された後に、その混乱が速やかに収束したのかどうかである。このような「混乱」とその「回復」の記憶は、死亡者数等の客観的なデータでの検証とは別に、医療の前線に立った者の生の声（主観）として書きとどめる必要がある。そうすることで初めて、我々はこの経験から、社会としての、集団としての学びを得ることができる。今回訪問した 3 か国の生の声を総合すると、イギリスを除くドイツ及びフランスでは、概ね 2020 年春の第 1 波が終息した時点で、コロナを日常の診療の中に位置付けて対処するということがかなり広く覚悟されたことが窺われる。確かに、客観的には欧州はその後 2020 年晩秋から 2021 年春にかけて第 2 波を迎え、医療現場の状況はさらに過酷になったとも思える。しかし、医療者の（そしておそらく一般国民の）意識としては、第 2 波は覚悟の上での苦難であり、さらにこれを乗り越えた 2021 年夏以降は、この新しい脅威と社会との距離感がほぼ定められたようだ。その後もコロナに対する諸政策が講じられてはいるが、それらはこの距離感の微調整に過ぎない。

このように、少なくともドイツ・フランスのコロナ対応からの離脱（すなわち日常の回復）は、（日本との比較で言えば）かなり早い段階でのマインドセット・シフトが基礎となっているようだ。ある社会におけるマインドセットは個々人の主観の統合体であるが、それを制度が先導するのか又は後追いするのかという抽象論は各論としての本稿の守備範囲を逸脱する。しかし、ビュルガー医師夫妻の個別的コロナ体験を他のセッションと合わせて見ると、公的な制度以前に、地域に根を張る医療者の覚悟と、その覚悟へのローカルな信頼があるように思われる。

今回の訪問時にも、ビュルガー医師夫妻の診療所の中庭には、コロナ初期に設置されたテントがそのまま置かれており（写真 2）、診察を待つ患者が初夏の陽光を遮りながらその奥のベンチに腰かけていた。

¹⁸² ジルベール教授及び CMG France のセッションを参照のこと。



写真2 診療所の庭のテント

ドイツ-2-1 応接録：急性期病院救急部

2023年6月27日

Dr. Lydia Hottenbacher : Head of the Departments of Emergency Medicine of Vivantes Auguste- Viktoria- Hospital and Wenckeback- Hospital Berlin

<要約>

- ドイツではコロナを特別の感染症と位置付ける法的な措置は取られなかった。
- 病床へのコロナの影響は全くなかったわけではなく、予定手術を延期したことはあった。
- 国民に情報提供を行い、国民は医療機関を不必要に受診しなかった。
- 酸素が必要な患者のみが入院適用となった。
- コロナの感染者について、入院が必要であると開業医が判断した場合は、救急要請するか、または病院との直接の連絡で転院先を決定した。
- ICUの病床がひっ迫しているときの入院調整は、平時から ECMO コーディネーションを行っているシャリテ大学病院が行った。
- 医療機関や施設でクラスターが発生しても社会的非難はされなかった。

(D) ドイツの実地医家、保険医協会、家庭医協会の先生方が、特にコロナ禍においては、開業医の役割が非常に大きかったと口を揃えておっしゃっていた。20人のコロナ患者に対して19人は開業医で扱い、重症化した5%を病院が診療した。それによりコロナ患者が多数発生した時期においても病院のリソースが占領されるといったことは起こらなかった。フランスの最初、イタリア、イギリスの状況と大きく異なり、ドイツの医療がかなり上手く機能していたと主張されていた。病院の医師にとっては、このコロナ状況はどのように見えていたか。

(ホッテンバッハー) 2つの面があり両面とも正しいと思う。多くの患者を受け止めた Hausarzt (かかりつけ医) もいた。その一方で上手く機能していなかった Hausarzt も多かった。ベルリンではかかりつけ医に断られた患者さんも多い。ドイツでは外来医療と病院医療がはっきりと分かれている。外来で何人診て病院で何人診たかを、データで確認することが大切だ。

(B) 基本的な質問をする。病院の医療と外来の医療がはっきり分かれているという。日本でコロナは、感染症法上最も厳格な隔離が必要な感染症に分類され、コロナ患者は原則全員入院させ隔離するという事になっていた。それが運用されたが、当然全員は入院できなかったのも、入院できない患者が自宅に溢れた。やむを得ず開業医たちが診ることになり、大混乱になった。ドイツではコロナのような感染症は病院が診ることになっていたのか。それとも一定程度まではかかりつけ医が診ることになっていたのか。また、ドイツでもフランス

でもイギリスでもロックダウンがあった。コロナ以外の普通の発熱や風邪、腹痛でもかかりつけ医にアクセスできなくなったわけだが、どうしていたのか。イギリスでは、電話で診療していたということで、コロナと分かったら病院に行ってもらっていたということだった。ドイツのかかりつけ医は、コロナ診断前で発症する分かわからない人たちを、どうやってカバーしていたのか。

(ホッテンバッハー) イギリスではロックダウン中、患者は Hausarzt (かかりつけ医) に行くことができなかったのか。

(B) イギリスでは患者が来なくなり、店仕舞いした診療所が多かったと言っていた。日本からみるとショッキングだった。

(ホッテンバッハー) ドイツでは外来と病院の線引きは残念ながら厳格ではない。患者が自分で緊急だと感じたら、どこの診療所にもどこの病院にも行ける。救急だけを受けていればよい日本とは違い、ドイツの病院は緊急だと感じる患者を全て受け入れなければならない。

(B) いや、それは日本も同じだ。

(ホッテンバッハー) しかし、日本は救急車だけを受け付ける病院もレベルによってはあるのではないか。

(D) 救急レベルは3段階に分かれていて、三次救急の病院が、救急車から電話がきても「それは軽症だ。」と判断して断ることは確かにある。

(ホッテンバッハー) ドイツの患者はロックダウン中も、診療所にも病院にも行くことができた。でも、診察自体を控えた患者も多かった。病院を訪れる患者も減った。電話診療もあった。

(B) かかりつけ医はコロナのような新興感染症で治療法がまだない時であっても、できる限りのことはし、受け止めていたということか。

(ホッテンバッハー) 私たち病院は2つ目の急患受入口を作らねばならなかったし、Hausarzt (かかりつけ医) には感染症患者と普通の患者を混ざらないようにするという規則があった。病院はコンテナ、暖房付きのテント、幕等を使って待合室も分けた。場所や診療時間を分けた。いずれにせよ全ての患者を診療していた。

(D) B 先生のご質問の趣旨は、日本のように特定の感染症は特別扱いで一般の医師は診療しなくてもよいという法律の体系はあるかということだと理解したが、それはないということか。

(ホッテンバッハー) ない。

(B) 病院医療と外来医療の役割が分かれているということをおっしゃっていた。どう線引きされているのか。患者がエマージェンシーと思えばどこに行ってもよいということだが、機能はどう分かれているのか。通常の役割分担はどうであって、パンデミックでどうなったか。

(ホッテンバッハー) 患者がエマージェンシーと思えばどちらにも行けるということはドイツではとても批判されていることだ。救急に人が溢れていることから、私たちも強く批判している。イギリスで導入されているように電話トリアージュ等をすべきだとも言われて

いるが、それはまだ先の話だ。皆さんのご質問の線引きがドイツはきちんとされていない。なぜなら患者の流れがうまく制御されていないからだ。

(E) 冒頭で外来と入院が分かれているとお話されていた。通常どうあるべきであるとされているのか。

(ホッテンバッハー) 外来と入院が分かれているべきと言っているのではない。問題は財源が分かれていることだ。1つのシステムにして、上から制御すべきだ。患者や救急サービスの意思だけでどこに行くかを定めるべきではない。「あなたはそんなに重病じゃない、だから Hausarzt に行きなさい。」、もしくは「あなたは高齢で病気を持っている。Hausarzt にも歩いていけないだろうから病院に行きなさい。」とか。私も私の属する学会も、患者の流れの制御の改善を望んでいる。

(D) 患者に任されている、また病院の機能と診療所の機能がごちゃまぜになって上手く機能が使われていないというのは、実は日本の問題でもある。そうであるならば多くの患者が病院に殺到するというイタリアで起こったような現象が起こりそうなものだ。ところが外来診療を担当する Hausarzt の先生たちに聞いたところ、Hausarzt が病院に殺到する患者の防波堤になったと Hausarzt の役割を強調していた。ホッテンバッハー先生はそれができていた Hausarzt とできなかった Hausarzt がいたと評価していたが、ここまでを全体的に見れば Hausarzt が上手く機能したという印象を私はもっている。どうだったのか。

(ホッテンバッハー) 統計で確認すべきだが統計値を知らない¹⁸³。しかしながら機能したとは思っている。なぜなら、全てのプレーヤーが自分の役割を受け持ったからだ。それは患者も含めてのことで、コロナの時期、足をぶつけただけで病院に行くといったことがなくなった。だからこそ上手く機能したのだ。そのお陰で、病院もテントを張ったり、大きなエリアを隔離する時間を持てた。患者もいちいち小さなことで病院に行くのはよくないことだと考えた。しかしコロナが収まると同時に、再び小さなことで病院に押しかけるようになったが¹⁸⁴。

(D) コロナになってドイツの患者は普通とは違う受診行動をとったために、病院に軽症患者が押し寄せ重症の患者のリソースを奪うことがなかったということか。

(ホッテンバッハー) そうだ。

(D) そうはいつでも、病院の機能がコロナによりとられたのではないか。ホッテンバッハー先生のお勤めの病院では一番大変だったのはいつか。その時に ICU または病院の何%をコロナ患者が占拠したか。

(ホッテンバッハー) 私の記憶では、2020年の春・夏、2020/21年の秋・冬だ。第1波では最大で15の救急病床は完全に埋まった。ある日3人の患者が運ばれてきて、同日に亡くな

¹⁸³ ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシャー会長の講演では、ロベルトコッホ研究所 (RKI) のデータとして、2020年2月から2022年3月までの約2年間の間に、ドイツ全体で延べ3842万人のコロナ症例が発生し、そのうち97.5%にあたる3746万人が開業医で診察されたという数字が紹介された。

¹⁸⁴ Hausarzt であるビュルガー医師夫妻のヒアリングでも、「ドイツの患者は医者に行き過ぎる。」という証言があった。

ったのを覚えている。それは冬だった。第1波は比較的若い患者が多かったが、第2波は高齢の患者が多く、亡くなる人も多かった。何人かは病院に来る途中で亡くなった。先ほど15床と言ったのは救急の病床だったが、感染症の病床は全部で30床ある。集中治療患者用の病床は18床だ。最も状況が困難だった時は集中治療患者用の病床の1/3がコロナ患者で埋まった。

(D) 病院全体では何床あるのか。集中治療以外の病床も含め、何床くらいがコロナ患者によって埋められたか。我々が訪問したロンドンのSt. Mary's Hospitalという大学病院では1000床のうち500床がコロナ病床に転用されたとのことだった。そしてロンドンの病院はどこもそうだったということだ。ドイツの病院ではどのくらいの規模感だったかを知りたい。

(ホッテンバッハー) ドイツ全体の話はできないので、自分の病院の話をする。私たちの病院は2つのキャンパスがある。2つで約1000の病床がある。そのうち少なくとも全体で300床は精神科のための病床だ。ただ一概に言うことは難しい。なぜなら看護職不足で多くの病床を稼働できなかったから。いずれにせよ感染症病床は30床あるが、最大で45床にすることができる。これは大きなキャンパスの方だ。小さなキャンパスの方は最大で20床が埋まった。

(D) 他の一般病棟にはコロナ患者は収容しなかったのか。

(ホッテンバッハー) 第1波では全てのコロナ患者をそこで隔離したが、時とともにそれをしなくなった。エアロゾルで感染し得る病気だということが分かって、各病棟またはフロアで隔離を行った。足を骨折したコロナ患者は感染症病棟ではなく事故外科の病棟へ、精神疾患のコロナ患者は精神科へ入院させた。2021年の第3波からそうするようになった。

(D) 一般診療への影響はそれほどなかった数字のように思える。英仏の病院では多くの病床をコロナ患者が占めたので、エレクトィブな手術で待てるものは全て延期したという。ドイツではそういうことはなかったということか。

(ホッテンバッハー) それは違う。エレクトィブな手術をストップした時期もあった。私も病院の幹部として議論したのでよく覚えている。ドイツではその問題を病院毎に解決した。ベルリンでは、全くコロナ患者を扱わなかった病院があり、そこでエレクトィブな手術を行い、その他の病院にコロナ患者を送った。私たちは人員の余裕を見ながら対応した。ICUが一杯になった場合は、他の病棟を閉め、その人員をICUに送った。でも再び可能になった時点でエレクトィブな手術を許可した。皆さんご存知かわからないが、ドイツの病院は経営上エレクトィブな手術に大きく依存しているという事情がある。

(B) ドイツの感染者数を頭に置きながら今のお話を聞いていた。そうすると、入院対応しなかったコロナ患者が相当いたことになる。先ほどの質問に戻るが、日本でコロナは当初最も感染力・病原性が強いとされる感染症に分類されたので、陽性者の隔離という意味も含め、原則全員入院ということになった。だからあつという間にオーバーフローした。そこから、重い人は入院、軽い人は在宅隔離し、地域の病院・開業医が診るという風にしていった。今

のお話だと最も大変な時期でも病院のリソースの 10%くらいしかコロナでの入院はなかった。中等度くらいの方は病院に入院しなかったということになるが、それはかかりつけ医が相当がんばって支えたということになるが・・・。

(ホッテンバッハー) そうなる。私が思うに、国民への情報提供が上手くいったので、患者はそもそも医者に行かなかった。私の家族も多くが感染したが、保健所で検査はしてもらっても、医者には行かなかった。病院では、厳しいルールに基づいて、ほんの一部の患者だけを入院させた。SOP(Standard Operating Procedure)を行った。酸素が必要な患者であればもちろん入院させた。そうでなければ家に返した。

(D) どの人を入院させさせないのかという判断は、地域の医療機関が担った、と聞いている。例えばベルリンにはシャリテ病院にそのセンターがあったと聞いている。中心的センターが地域全体を対象に、誰を入院させるかどうかという決定権をもっていたのか。

(ホッテンバッハー) 誤解されているといけないので申し上げるが、シャリテ病院は入院させるかどうかではなく、重症者の分配を決定していた。だれを入院させるかは各病院が独自のルールで決定していた。ICUの病床が空いていれば、シャリテに電話する必要はなかった。呼吸困難で救急に運ばれてきた患者を受け入れられないといった時だけシャリテに電話した。もしくは患者が ECMO を必要とする時は連絡した。シャリテは病床のコーディネーションはしていたが、病院は病床が空いている限りはシャリテに電話しなかった。

(B) そういうルールは通常からあるのか。コロナの時だけか。

(ホッテンバッハー) コロナの時だけ。残念だ(笑)。

(D) 情報共有はしていたが、シャリテがコーディネーションするのは病床が足りない時と ECMO が必要な時だけだったということか。

(ホッテンバッハー) そうだ。

(D) 外来患者の 5%は外来では扱えなかったということだった。開業医が、これは重症で在宅では危ないと思った時は、どのようにどの病院に送っていたのか。

(ホッテンバッハー) 良い質問だ。決まったシステムはないと言っていいと思う。私たちと協力関係のある開業医たちは私たちに患者を送ってきた。状態がかなり悪化していた場合は救急車に乗せた。救急車は、現在位置や行き先によって、または最も美味しいものが得られる所へ患者を運んだ。

(E) え、何を得られる所？

(ホッテンバッハー) 美味しいもの(笑)。病院には、患者を運んでくれる事に対し救急員を報いるシステムがある。例えば私たちの病院はコーヒーと甘い物の自動販売機がある。公にこんなことを言ってよいかわからないが、私が言いたいのは、システムがないということだ。救急車は食べ物があったり素敵な人がいたりなどで鼻屑にしている病院に患者を運ぶ。

(D) (笑) どうでもよいコメントだが、実は日本にも全く同じことをしている病院がある。救急隊員の帰り際にジュースを渡す病院がある。それはさておき、状況比較のためにお話する。イギリスでは、GP 診療所がコロナ患者をなかなかファーストタッチしようとしなかつ

た。患者が電話すると病院あるいはホットハブという臨時に設置された診療所に行くようにいわれていた。重症者は直接救急車に乗って病院の救急外来に行ったという。ドイツ¹⁸⁵では、病院と開業医、または救急隊との関係によって行き先が決まった。日本は診療所または病院が重症コロナと判断したら、地域の保健所だとか行政に電話をし、そこがコーディネーションしていた。全ての入院をコーディネーションしていたわけではないということだが、コロナの時にあったシャリテによるコーディネーションを実際誰が担当していたのか。行政の人か、シャリテの職員か、地域の医者が外から入っていたのか。

(ホッテンバッハー) シャリテの医師だった。平時にも ECMO のコーディネーションをしていた医師だ。

(E) ということは ECMO に関しては平時からコーディネーションがあったのか。

(ホッテンバッハー) そうだ。私も救急の医師として、若い患者を蘇生させシャリテに連絡したことがあった。

(A) 実は昨日日本のコロナ対応の研究の話を書く機会があったのだが、その話を聞いて思ったことが2つある。1つは「存在が意識を規定」すること。どこで働いたか、何を担当したかで、かなりズレが出る。だれでも自分のことは合理化するというのが人間の性質だと思った。またドイツも日本も、国内での差も大きい。1つの国をひとまとめにするのは難しいと思っている。Bさんが冒頭おっしゃったよう、ドイツではかかりつけ医・総合医の話ばかり聞いてきたが、ホッテンバッハー先生のお話を聞いて大分バランスが取れた。

(ホッテンバッハー) 今おっしゃった諺、聞いたことがある気がする。

(B) 「下部構造が上部構造を規定する」。

(A) マルクスの言葉だ。ドイツから来たものだ(笑)。

(C) 日本で起こったこととお話する。A先生がおっしゃったように、地域によって違いがあった。病院で治療できた地域もあれば、病院が溢れた地域もあった。日本は皆が救急車を呼ぶので救急車が溢れてしまった。酸素を早く入れなければならないのに、病院が空かず、救急車で酸素を送り続けるが最後酸素が無くなってしまふということが起きた。これが、東京や京都、大阪といったいくつかの都会で起きたので、救急隊を編成して在宅に送ることにした。そして、もう1つ。老人施設で20人や30人という病院に入院させられない数のクラスターが起こった。これらの施設にもやはり医療チームを派遣した。日本の場合、全てのコロナ陽性者、そして病院に入れなかった人を把握していたので、何かやらねばならないということになり、在宅救急チームを派遣したり、老人施設に医療チームを派遣したりすることで凌いだ。これらは各地でそれなりによくやっていたが、メディアは病院に入れなかった人が出たということで批判した。日本の開業医は重症者をなかなか扱えなかったというのが正直なところだ。

(ホッテンバッハー) 救急車を呼ぶ患者は皆そんなに重症だったのか。自宅待機させておけ

¹⁸⁵ ヘッセン州など中央で救急患者を適切な病院に振り分けるシステムを持つ地域もある。

る患者もいたのではないか。

(C) 厳密にスクリーニングした。SpO₂が93%未満をピックアップした。80%を切っていた人が救急車に乗れなかったこともあった。逆に、欧州では病院に運ばれるべき人が運ばれなかったという話を聞かないのを不思議に思っている。

(ホッテンバッハー) 私は欧州全体の話はできないが、確かにドイツでは、最も重い患者を在宅に留ませるということとはなかった。私自身救急医として、救急車に乗って現場に行く。介護ホームの入所者で死にそうな人は、酸素飽和度にかかわらず、病院に運ぶということはしなかったが。日本は救急医は救急車についていけないが、ドイツではクリティカルな時はいつも救急医がついていく。そういう制度は日本にない。

(C) 確かにそうだ。

(B) そこまでに対応できるということは、それだけ救急員がいるということか。日本でICUの医者が救急車に乗って訪問医療することはなかなか難しい。

(C) 日本にもドクターカーやドクターヘリはある。

(B) あることはあるが、頻度が全く違うだろう。

(ホッテンバッハー) ヘリコプターに乗ったことはなく、車だけだが。

(B) 日本は離島があるからヘリがある。

(D) 私も瀬戸内海で救急医をしていた時はヘリに乗っていた。それはさておき、質問を続ける。日本では、例えば病院内でクラスターが発生した場合は、メディアでは病院の責任が追及される。フランスで聞いてみたところ、病院または高齢者施設でクラスターが起きても、病院・高齢者施設が責められることはないということだった。ドイツではいかがだったか。

(ホッテンバッハー) 1つの病院のみでそういった問題が起きていたとすれば、そうなったかもしれない。私たちも最初はそうなるのではないかと心配していた。ただどの病院にも常にクラスターが発生していた。だからメディアで取り上げられなかったし、責められもしなかった。

(D) コロナかどうかに関わらず、医療情報一般について質問したい。診療所でフォローアップされていた患者の調子が悪くなり、病院に入院することになった場合、その患者の医療情報は病院にどのような形で共有されるのか。

(ホッテンバッハー) 良い質問だ。それはまさにドイツの悩みの種で、定まっていない。所見を報告してくれる開業医もあれば、くれない開業医もいる。またプライベートの電話番号をくれて何かあったら電話して、という開業医もいる。遺憾ながらまだ共通するデータのやりとりというのがない。そして、大体の場合は情報が来ない。日本はどうか。

(D) 全体的にはドイツの状況とあまり変わらない。日本で開業医は、患者を病院に紹介する時に、紹介状を書く。紹介状に患者の症状や検査データを書く。最近は画像所見をCDで持たせることもある。情報共有のプラットフォームがある地域もあるが珍しく、ない地域が多い。

(B) 診療情報提供書というものを医師が患者に持たせる。患者は病院の医師に尋ねられ、

「私は何が書いてあるかわかりませんが」とか言いながらそれを渡す。日本は高齢化が進み、社会的サポート、つまり医者だけでなく訪問看護のスタッフやヘルパーも必要とする人が増えてきている。医療情報だけでなく色々な情報を共有しないと医療提供が難しくなっている。従って、そういうことを地域の基幹的病院だとか自治体などが音頭をとって、病院や診療所、訪問看護ステーションが一定のルールに従って情報共有するというシステムを作っている先進的地域もある。しかし日本全体では、確立したシステムというのはまだない。

(C) 2つほど付け加えたい。地域によっては情報共有の仕組みはあるが、大抵の場合は病院のシステムを開業医が見ることができるということの意味する。開業医が標準的フォーマットに従って書くという事はあまりない。もう1つは、レセプト、つまり保険請求ののった情報について。これを厚労省が持っており、医師や個人が共有できるように動き始めている。ただし、全ての情報というわけにはいかないもので、どんな薬を出しているかをとりあえず見ることができるようにしていこうとしている。

(B) これから作ろうというだけで、また確立してはいない。

(C) いや、もうそろそろ・・・。

(B) そうかな (笑)。

(ホッテンバッハー) ドイツにも、全ての情報を医療カード¹⁸⁶に記載しようという動きはあるが、まだ導入されていない。

(B) 日本は医療制度をドイツから学んだので似た問題を抱えている。医師の行動様式も似ている。

(ホッテンバッハー) しかし日本は技術的な面では常に進んでいる。私が2000年に岐阜大学病院で働いた時、既に電子処方箋が実施されていた。手で書かなければならないものといったら紹介状くらいだった。

(A) 岐阜大学は地方の大学ではあるが、熱心な先生がいらして、医療の情報化という面では少なくとも2000年の時点では日本の最先端だった。決して日本の平均ではない。

(D) 今日は大変ありがとうございました。ドイツの訪問調査は開業医の先生に偏っていたので無理なお願いをしてお話を聞かせてもらった。とても感謝している。

¹⁸⁶ 原語：Gesundheitskarte。公的医療保険の給付を請求するためのプラスチック製カード。日本の保険証に準ずる機能を持つ。ICチップが付いており、氏名、誕生日、住所、医療保険番号といった基礎情報が保存され、医療機関はこれをカードリーダーに通しデータ照合をする。患者が希望すれば、基礎疾患など緊急時に必要なデータ、および投薬計画を載せることもできる。さらには新型カードにはNFC技術が搭載されており、電子カルテや電子処方箋といったデータ利用に使うことも可能ではある。一方で、現地医療者の話ではこれらの機能はあまり利用されていない。

ドイツ-2-2 論考：ドイツ第1波、病院の負担は他国より軽く、患者の受診行動も変容

吉田恵子（調査コーディネーター、独日通訳、産業医科大学訪問研究員）、森井大一

はじめに

2020年春、欧州でも新型コロナウイルス感染症（以下、「コロナ」という。）が拡大し、コロナ患者が病院に集中し、病院の収容能力を超え、いくつかの国では、トリアージを余儀なくされる事態となった。しかし、今回の調査の結果、ドイツにおいてはそのような総括が妥当しないことが確認できた。

ベルリン市営病院グループ・ヴィバンティスに属するアウグステ・ヴィクトリア病院等で救急部長を勤めるホッテンバッハー医師のヒアリングでは、全病床に対する COVID-19（以下コロナ）感染者の割合が英仏日と比べ著しく低かったことが証言された¹⁸⁷。これは、ドイツのコロナ対応が外来中心であり、入院の比重が比較的小さかったことを反映していると考えられる。Winkelmann らの欧州内比較研究¹⁸⁸よれば、第1波におけるドイツでの感染者の入院率は 21%であったのに対し、病院医療が逼迫したことで知られるイタリアは 40%、英国は 58.5%、フランスは 71.5%であった¹⁸⁹（図1）。

¹⁸⁷ ホッテンバッハー医師のヒアリングでは、最も流行が大きかった時で ICU 病床の 3 分の 1 がコロナ診療に占有されたにすぎず、一般病床への影響はさらに限定的であったとのことであった。

¹⁸⁸ Winkelmann J et al (2021) Stationäre Versorgung während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie in Europa: ein internationaler Vergleich. In: Klauber J et al (ed) Krankenhaus-Report 2022 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-64685-4_2

¹⁸⁹ 後述の連邦保険医協会（KBV）は 2020 年 4 月 1 日にコロナ感染者中外来診療ですんだ患者の割合として 7 人中 6 人と発表しており、そうすると入院率は 15%となり 21%より低い。4 月 1 日以前までに集められた累積データから算出したことになる。一方の Winkelmann らは後日「各国の第一波のピーク時」のみのデータを基に計算したと述べているので、分析対象となる期間が KBV より短いことになる。またドイツでは（特に入院の）データが集まるまで時間がかかっていたので、より新しいデータを使ったことで入院者数ひいては入院率が増えたことも考えられる。

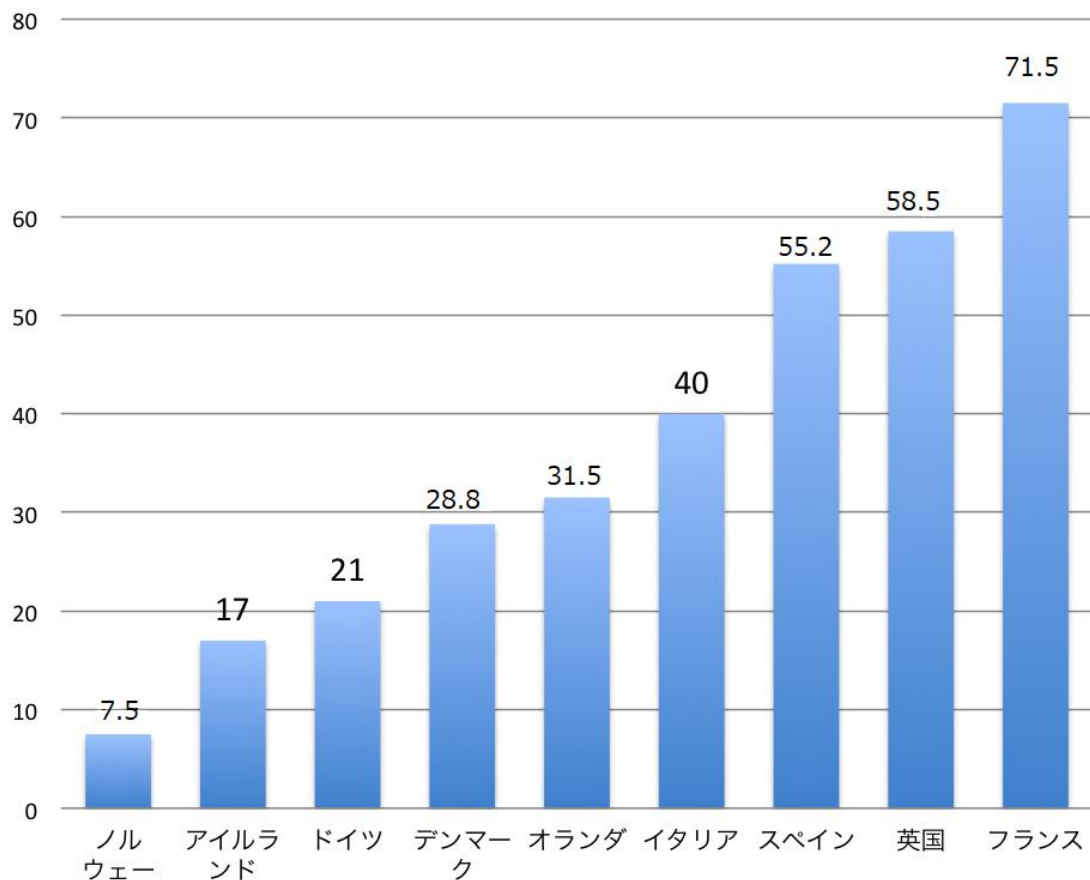


図1 欧州各国の第1波における入院率

この点について、コロナ初年度の2020年について、図2に示した日本のコロナ患者の療養場所を見ると、第1波の直後である2020年6月初旬の入院率が最も高く80%を超えていることが分かる。日本の入院率の高さについては、2つの要因を考える必要がある。1つ目は、新興感染症に対する感染症法を中心とした法制度である。日本では、コロナは2020年1月28日に指定感染症に指定され¹⁹⁰、それによって感染症法の規制対象となった。感染症法という一種の有事法に下で、症状の重さに関係なく感染症指定医療機関を中心とした医療機関に感染者を入院させるという収容主義が取られた。

¹⁹⁰ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000589748.pdf>

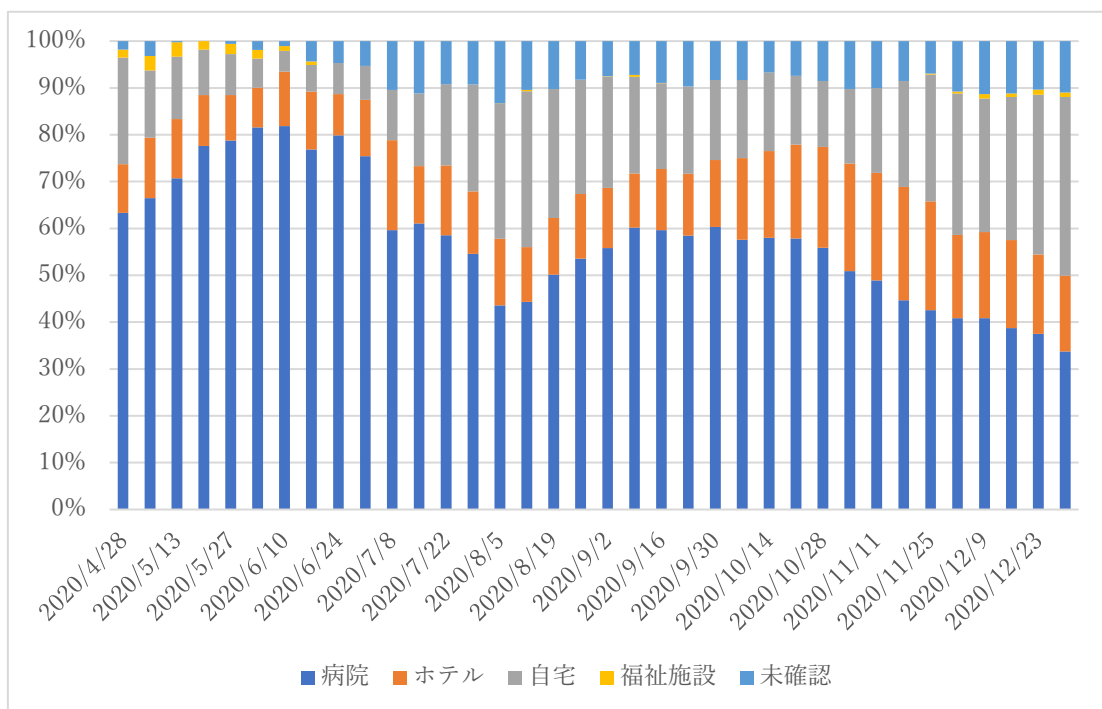


図2 日本における2020年のコロナ患者の療養場所¹⁹¹

入院率が高かったもう一つの要因は、第1波の流行の規模が欧州よりも小さかったことだ。言い換えれば、収容主義を貫徹し得るほどに感染者自体が少なかったのだ。このことは、収容主義を基本とする法体系が変わらないまま、2020年夏の第2波以降では入院率が下がり、ホテル療養や、自宅療養の割合が増えたことに表れている。また、日本の収容主義の実質的限界が第1波程度の流行規模であることをも示唆している。

入院・外来分離構造

Winkelmann らは、ドイツにおいて病院に患者が集中することを防げた主な要因として、外来診療および検査を病院ではなく開業医の診療所で行う伝統があったこと、入院と外来診療および病院間の連携、保健所の活動等を挙げている。ドイツにおける外来診療は、平時から原則かかりつけ医診療所（Hausarztpraxis）をはじめとする地域の診療所において行われている。ドイツの病院は、例外はあるものの原則として外来を持たない。患者は、緊急と自己判断すれば、急患として病院を受診することはできるものの、通常は Hausarzt（かかりつけ医）をはじめとする開業医の診療所を受診する。コロナ感染者の入院率の高かった国々は、ドイツよりも人口当りの病床数が少ないにも関わらず、平時から病院が外来診療も行うという構造的要因があったところが多い。日本は、ドイツよりも人口当りの病床数は

¹⁹¹ 厚生労働省「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html より作図。

多いものの¹⁹²、上述したように、コロナは特定の病院で引き受けることが政策的に予定されており、全国に10万以上存在する診療の外来機能がコロナ診療を担うことがほとんど予定されていなかったと言える。

外来医療のアクセスの良さ、コロナ早期からの受診体制強化

また、ドイツでは、外来診療を行う各科の開業医が地域の医療ニーズに基づき計画配置する需要計画 (Bedarfsplanung) という制度がある。特に Hausarzt (かかりつけ医) の密度は最も高く、住民にとって地理的アクセスが保障されている。フリーアクセス制であるため、Hausarzt 以外の専門医の診療所をかかりつけ医とすることもできるが、国民の9割以上が実質的なかかりつけ医を持っており^{193,194}、医療への窓口としてかかりつけ医という存在が定着している。実際、コロナの外来診療も主に Hausarzt が行った。

これに加えて、コロナ以前から公的医療保険適用開業医のための全国団体である Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV、連邦保険医協会) が、電話またはオンラインを使った遠隔診療を整備していた。吉田の現地在住者としての経験を元にとすると、検査についても、コロナの極初期は病院でも実施されていたようだが、流行後ただちに保健所及び KV (Kassenärztliche Vereinigungen、各地域の保険医協会) が運営する街頭のテストセンターや開業医診療所に主体が移っていった。全ての Hausarzt (かかりつけ医) がコロナ患者を受け入れたわけではなかったが¹⁹⁵、コロナ初期においては、感染者の7人中6人が開業医だけを受診した¹⁹⁶。そして、病院側も厳格なルールに基づき入院患者を制限しており、酸素治療が必要であれば入院させたが、そうでなければ自宅に返すという対応がとられた¹⁹⁷。

リスクコミュニケーションと患者の協力

ホッテンバッハー医師は、これら制度的要因に加え、コロナという危機下で「(それまでは些細なことで病院の救急外来を受診していた住民が少なくなかったが) 患者もいちいち小さなことで病院に行くのはよくないことだと考えるようになった」という患者の受診行動の変容を指摘している。ドイツの患者は制度上、自らが緊急と判断すれば病院の救急を利

¹⁹² 2021年のOCEDの報告 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によると、対10万人当たりの病床数は日本が1264であるのに対し、ドイツは776と6割程度しかない。

¹⁹³ Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin. https://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/89943270/Wir_%C3%BCber_uns.

¹⁹⁴ https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0621-6c_0006.pdf

¹⁹⁵ このことはホッテンバッハー医師だけでなく、ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシスチャー会長も証言している。

¹⁹⁶ 連邦保険医協会 (KBV) の報告書 “LEHREN FÜR DIE ZUKUNFT” (将来への教訓、https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie_Zahlen_Fakten.pdf) には、“Schon während der ersten Phase der Pandemie konnten sechs von sieben COVID-19-Fällen ambulant versorgt werden.” (流行の第1波においては、7人中6人の患者が、外来診療で診察を受けることができた。) と記載されている。

¹⁹⁷ ホッテンバッハー医師の証言。

用できる。そのため、取るに足らない疾病でも病院の救急を利用する住人が少なくなく、ただでさえ人手不足という問題を抱えている病院の頭痛の種になっていた。しかし、コロナによって医療というリソースの有限性をサービスの受給者自身が認識することになったため、このような従来からの行動が抑制されたものと考えられる。また、コロナ感染が疑われた患者も、自宅待機する傾向が強かったという。こうしてコロナ感染の疑いの有無を問わず、多くの患者が救急外来の受診を控えたので病院が重病患者の治療に集中することができた、とホッテンバッハー医師は述べた。

患者に“賢明な”行動を取らせた要因はどこにあったか。ホッテンバッハー医師は「国民への情報提供が上手くいったので、患者はそもそも医者に行かなかった」との見解を示した。危機時のコミュニケーション、すなわちリスクコミュニケーションの重要性については、それが効果的に行われれば、国民の生命を維持する行動を促進し、公的機関への信頼を維持し、またリスクに客観的に向き合う能力を高めるとされる¹⁹⁸。

コロナに関して、特に第1波においては、ドイツのジャーナリストは原則的に国立の公衆衛生機関であるロベルト・コッホ研究所 (Robert Koch Institut: RKI) を主たる情報源としていた。RKI はコロナ初期(2020年2月末)から、重症または高リスクでない患者は外来で扱うよう勧告していた¹⁹⁹。国立の公衆衛生機関である RKI の勧告には法的拘束性はなかったが、政府だけでなく、報道の重要な判断規準になっていた。実際に同時期、どの主要メディアも、「コロナ感染の疑いがある場合は、まずは保健所に通知し、無症状であれば自宅に待機し、有症者もまずは Hausarzt (かかりつけ医) もしくは州の公的医療保険適用開業医団体 (KV) が運営する緊急サービスに電話するように」という統一的なメッセージを流していた。

このような情報の受け止め方については、医療を提供する側の医師も同様であった。ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のヒアリングでは、Hausarzt (かかりつけ医) らも RKI を主要な情報源としていたと証言された。国民も、高学歴層を中心に RKI に高い信頼を寄せていたとされる²⁰⁰。つまり、同一の情報源からの情報が、報道関係者、医師、高学歴層を通じて広く社会に浸透していったことが窺われる。

他国においては SNS 上に誤情報が溢れるなど、情報に関する混乱が少なからず見られた

¹⁹⁸ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-RCCE-2022.1

¹⁹⁹ RKI (2020) COVID-19: Verdachtsabklärung und Maßnahmen. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6484.3/RKI-Flusschema-VerdachtCOVID-19_Aertze_2020-02-26.pdf?sequence=6&isAllowed=y

²⁰⁰ Eitze et al (2021) Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen im ersten Halbjahr der Coronapandemie: Erkenntnisse aus dem Projekt COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021; 64(3): 268-276.

この時期に、いかにしてドイツではある程度統制のとれた情報提供が行われ得たのか。Hoffmann らによるコロナ状況でのリスクコミュニケーションの研究²⁰¹では、ドイツではテレビをはじめとする従来型メディアが世論を先導していたことをその理由にあげている。特に、専門家や政治家が登場する座談会番組が決定的な役割を果たした。SNS は従来型メディアと相互作用しながら、影響力を発揮していた。例えば、専門家や研究機関は最新の情報・考えをツイッター（X）上に投稿していたが、これを報道関係者やエリート層がフォローし拡散することで、コロナをめぐる議論が社会全体に展開されていったと考えられる。そして、そのこと自体を既存メディアが取り上げ、さらに多くの市民に伝えられ、それをさらに一般市民が SNS でシェアするというサイクルが形成されていった。RKI は、ナショナル・パンデミック計画で定められているように、毎日のように記者会見をし最新情報を発信した。この様子は公共放送で生放映され、またネット上でストリーミングされたので、一般市民も視聴できた。加えてツイッター（X）ほか各種 SNS 上でも科学的情報をわかりやすく伝達するよう努めた²⁰²。これらの結果、ドイツ国民の 77%がコロナに関する情報を十分に得ていた、と全国調査で答えた²⁰³。

メディアの出す情報がある程度統一されていたことに加え、ドイツより前に感染が拡大し集中治療病床が不足し多くの死者を出したイタリアについての報道や、当時首相による効果的なメッセージの発信等も²⁰⁴、病院の負担軽減への国民の意識を高めたことも想像に難くない。

日本でも、テレビ報道が、国民の衛生行動に強く影響を与えたとする報告はあるが²⁰⁵、病院への負担を軽減するための戦略的な情報提供そのものがなかったため、国民の「正しい」受診行動に与えた影響を測ることは難しい。

²⁰¹ Hoffmann CP et al (2022) Eine vergleichende Evaluation der Online- Krisenkommunikation von Behörden und unabhängigen Expert*innen im Zuge der Covid-19 Pandemie als Grundlage für die Verbesserung der BfS-Krisenkommunikation. Bundesamt für Strahlenschutz. urn:nbn:de:0221-2022060833037.

²⁰² RKI のリスクコミュニケーションのコンセプトは、2016 年のナショナルパンデミック計画の中に盛り込まれている。また 2020 年 3 月 4 日にはコロナに特化した補足版も発表された。
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/ZS/Pandemieplan_Strategien.html

²⁰³ Wissenschaft im Dialog. Wissenschaftsbarometer Corona Spezial. www.wissenschaft-im-dialog.de

²⁰⁴ 吉田恵子 (2023) ドイツの対COVID-19戦略 感染症対策の振り返り：リスクコミュニケーション。文化連情報。543。46-49

²⁰⁵ The impact of television on-air time on hand hygiene compliance behaviors during COVID-19 outbreak. D. Morii, A. Miura, M. Komori. AJIC, 51:9:975-979, 2023

おわりに

コロナ状況においてもドイツで医療の逼迫が起こらなかった理由として、外来と入院医療の分離した制度のため病院に過剰な負担がかからなかったことが、病院医師とのヒアリングと、国際比較研究を通して確認された。これに加え、リスクコミュニケーションが上手く機能するなどして、患者が病院に負担をかけない行動をとったことも大きな役割を果たしたとみられる。このようなドイツの経験は、今後の新興感染症対策を考える上で、日本でも参照にできるであろう。

ドイツ-3-1 応接録：連邦保険医協会
(Kassenärztliche Bundesvereinigung：KBV)

2023年6月5日

アンケ・シュリーヴェン (Anke Schliwen)：医療供給構造確保部長

ローラント・イルツヘーファー (Roland Ilzhöfer)：専門委員会・情報管理運営部長 (国際も担当)

<要約>

- 保険医協会は政府からの委託を受けて、外来診療の提供を担っており、需要計画に基づく医師配置にも規制権限を持っている。
- 外来開業医の充足率が低い地域では、保険医協会が金銭その他の優遇策をとる。
- 外来診療の報酬は予算制で、上限がある。
- ソロ・プラクティスが多いが、若い年代の医師は単独開業を好まず、近年は連携型が増えている。
- 外来開業しながら、勤務医として働くことも可能。
- 病院医療と外来医療は厳格に分かれており、病院が外来診療を行うことはない。
- 連邦保険医協会はワクチン接種は開業医の仕事であると主張し、薬局での接種には反対した。

(シュリーヴェン) 皆様の質問を拝見し、基本的な質問に対しスライドを用意した。質問があればいつでもどうぞ。私は連邦保険医協会 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV) の中核的な役割である医療供給確保部の部長をしている。1931年から私たちは外来医療のアクセスを確保するよう国から委託を受けている。契約に基づき疾病金庫²⁰⁶から一定の予算を受け取っており、それに対し外来医療を確実に提供している。この予算を、各保険医協会 (KV) が医師に分配している。最低限の医療アクセスを保証するための基準を作成しており、これは需要計画ガイドラインによって規則化されている。このガイドラインは1993年以来30年間存在する。作成するのは共同連邦委員会だ。共同連邦委員会には、疾病金庫、病院、患者、州、開業医の代表が参加し、どの種類の医師が何人どのように分散されるべきかという最低限の要件を交渉している。

(E) それは人口当りの医師の配置数ということか。

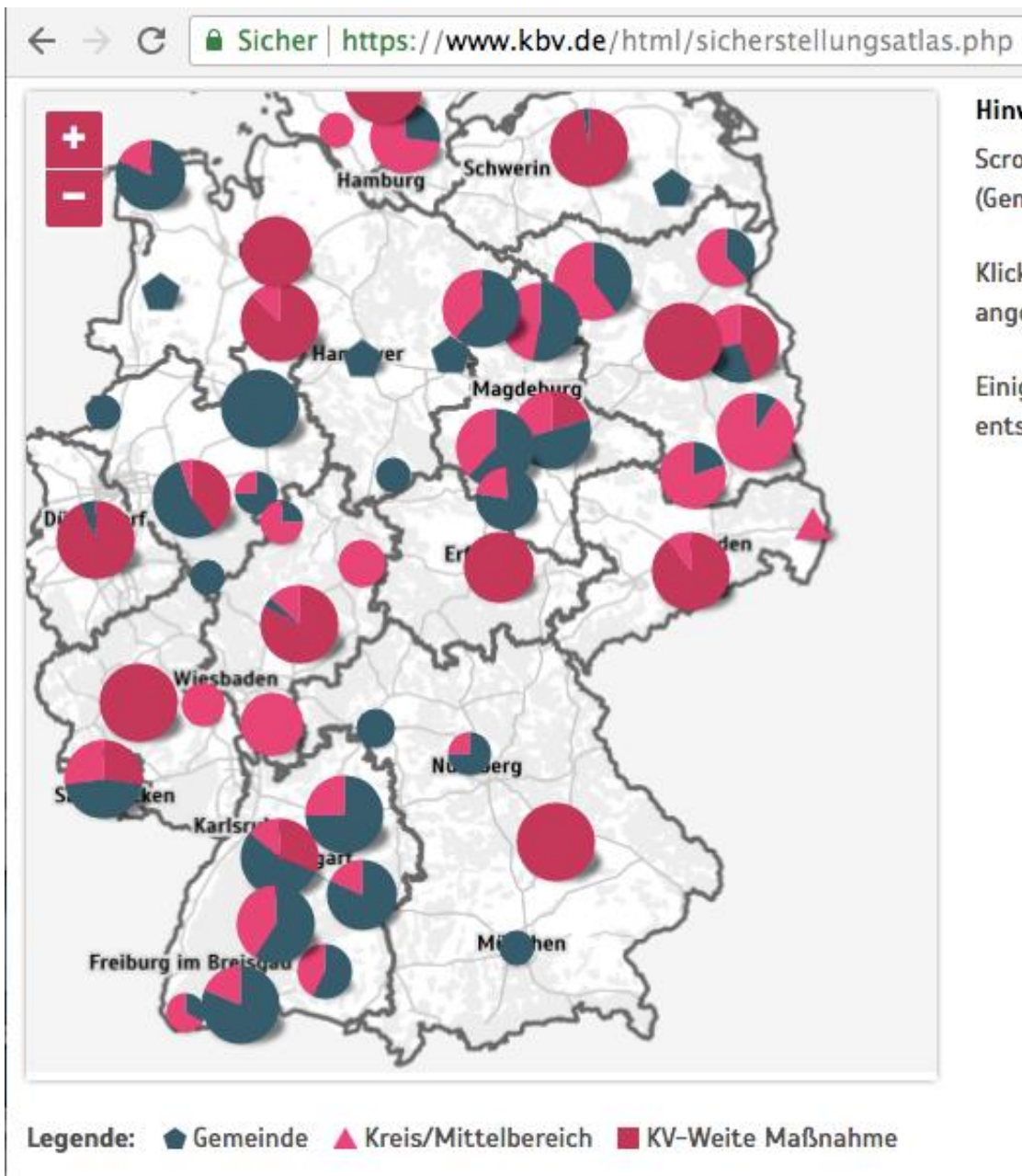
(シュリーヴェン) 本質的にはそうだ。それについては後からお話する。ガイドラインは2012年と2019年に変更があった。そこで体系の大幅な変更が行われた。計画単位であるエ

²⁰⁶ 公的医療保険の保険者

リアが縮小され、診療科区分が細かく分けられ、地域の疾病状況を考慮するようになった。私たちは医学部の学生数を増やすよう要請することはできないし、専門医教育に関しても決めることができない。要するに、どの種類の医師が何人になるかということに影響を与えられない。私たちが行っているのは、教育を受けた医師を需要計画によって配置することだ。例えば Hausarzt (かかりつけ医)²⁰⁷を増やすべき、ということになれば、随分前の時点から計画しないとイケないが、私たちはそれをするのができない。そこがこの役割の限界だ。全体としての仕組みをお話する。需要計画には、医師の視点から3つの目的がある。1つ目は予算を守り、特定の額の予算を医師に分配することだ。医師の数は決まっておらず、人数が増えるほど1人当たりの金額は減るので、医師を増やすようなことはあまりしない。2つ目は競争からの保護だ。需要計画により、医師あたりの住民数を達成したらそれ以上開業できない制度となっている。これにより十分な患者数が与えられ、また患者の奪い合いが無くなるので、診療所の経営が安定化する。3つ目は社会的な目的だ。あるエリアに医師が一杯になったら、他のエリアに開業しなければならなくなる。それにより一定程度均等に医師が分配される。この制度はシンプルである。まず計画エリアを定める。エリアの広さは異なる。エリア内の住民数に対し、開業すべき医師定数を定める。そして実際の数と比較する。定数に対する充足率が、かかりつけ医 (Hausarzt) で75%以下、それ以外の専門医で50%以下であれば過少供給となり、特定の促進策を講じる。金銭を与えることもあれば、保険医協会が経営する診療所が医師を雇うこともある。医師はここで2年間試してみることができ、気に入ればKVから診療所を開業する権利を受け取る。また個人的な予算制を採用しているところもある。そこでは全ての診療に対して報酬を受けられる²⁰⁸。また「田舎医割当」という教育促進策をとっている保険医協会もある。特定の地域に開業することを約束する学生を医学部に入学させるといったものだ。

²⁰⁷ Hausarzt は “haus (家の) + “arzt (医師) “という構成をしていることから、直訳すれば「家庭医」となる。しかし、ドイツにおける Hausarzt は原則的には需要計画に基づいてかかりつけ医機能を担うことが期待された職種という意味において使われている言葉である。そのため、本稿においては原語のまま表記するか又は「かかりつけ医」という訳語をあてる。

²⁰⁸ 通常は、各開業医に対し予算上限があり、それを超えて診療すると報酬が減額もしくは無報酬になる。



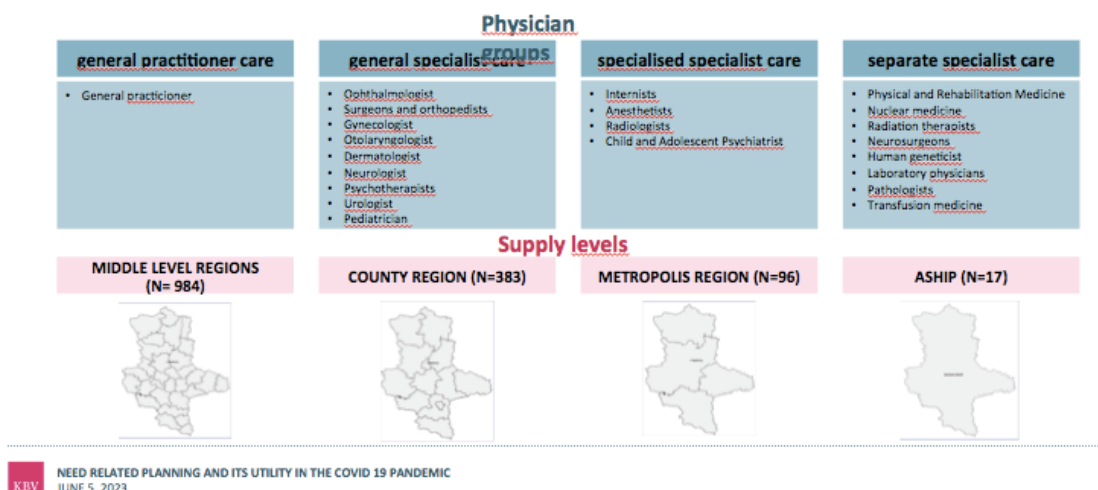
こちらは連邦保険医協会の医師確保アトラスだ。拡大すると点が見えてくるが、点の地域では何かしらの医師確保の対策を講じていることを示している。例えば医師確保のための診療所の募集²⁰⁹や24時間待機サービスの免除²¹⁰だ。50%または75%から110%の間のエリアは、新規開業が可能である。110%以上になると開業できなくなる。140%以上になると、診療所が医療供給に重要であるかどうかを調べることになっている。そして重要でない診療所は買い上げる。ただし、そういったことは実際にはあまり起こらない。調べてみると実

²⁰⁹ 上述の保険医協会の運営する診療所のことを意味していると思われる。

²¹⁰ 原則開業医はローテーションで夜間や週末も外来対応をする義務がある。そのことを意味していると思われる。

際は多くの患者を診療しているからだ。例えば四半期に 1000 人の患者を診療していたりする
るので、それは医療供給上重要であるということになる。ここまでが基礎的体系だ。その上
で疾病状況、具体的には年齢、性別、疾病で調整している。地域ごと、22 の診療科ごとに住
民対医師の数を定める。これ（下図）が 22 の診療科だ。

Planning for 22 physician groups (+ 12 subgroups) and four levels of care



これらを 4 つのレベルに分ける。左のレベルが、最も小さなかかりつけ医 (Hausarzt) の
エリアだ。住居の近くでかかりつけ医の医療を受けられるようになっている。全国に 984 あり
る。エリアの中には、通勤や買い物に行く地域の中心部があるように切り分けられている。

(E) 住んでいる場所ではないのか。

(シュリーヴェン) エリアは生活圏に基づいて切り分けられる。しかし、医師対住民数を計
算する時は住民の住所を基にする。かかりつけ医 (Hausarzt) の場合は住民 1607 人に 1 人
だ。そしてエリアの住民数からエリアにおけるかかりつけ医の数を割り出し、実際の医師数
と比較し、先ほどのように何%かということを見る。

(E) 1 エリアに大体 10 万人住んでいることになる。1607 人で割ると 50 人ちょっとの医師
がいることになる。この 50 人の医師の間に連携はあるのか。

(シュリーヴェン) 必ずしもそうではない。50 人の医師は大体はエリアの中心部に開業して
いる。ただし住民を 50 人で分けているわけではない。患者が多い医師もあれば、少ない医
師もある。エリアの中には境界は無い。ドイツの患者は自由に医師を選べ、特定の医師が指
定されるということはない。

(E) では 1 つのエリアは市場であり、50 人の医師はライバルということか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(A) ただ各医師に上限があるからいくらかでも稼げるというわけではない。

(シュリーヴェン) その通り。予算は常に固定されている。エリアに対して診療科ごとに予

算があり、各医師に対しても予算が決められている。この地図はザクセン・アンハルト州だ。右にいけばいくほど診療科のエリアが大きくなる。専門性のとても高い診療科は州のどこでも開業できる。患者が行くことがほとんどない種類の医師だからだ。左に行くほど定期的な受診が必要になる種類の医師となる。例えば婦人科や小児科等だ。

(B) ソロ・プラクティスをイメージしているように見える。イギリスでは殆んど無いということだったが、ドイツではどうか。

(シュリーヴェン) 現在でもソロ・プラクティスの方が明らかに多い。ただトレンドを見ると連携型が増えていて、ソロ・プラクティスの数は減っている。3人で共同診療所を開く場合は、診療所は1つでも定数は3人分となる。2つ目のトレンドは外来開業しながら勤務医として働くことを希望する医師が増えていることだ²¹¹。

(A) 昔は不可能だった。

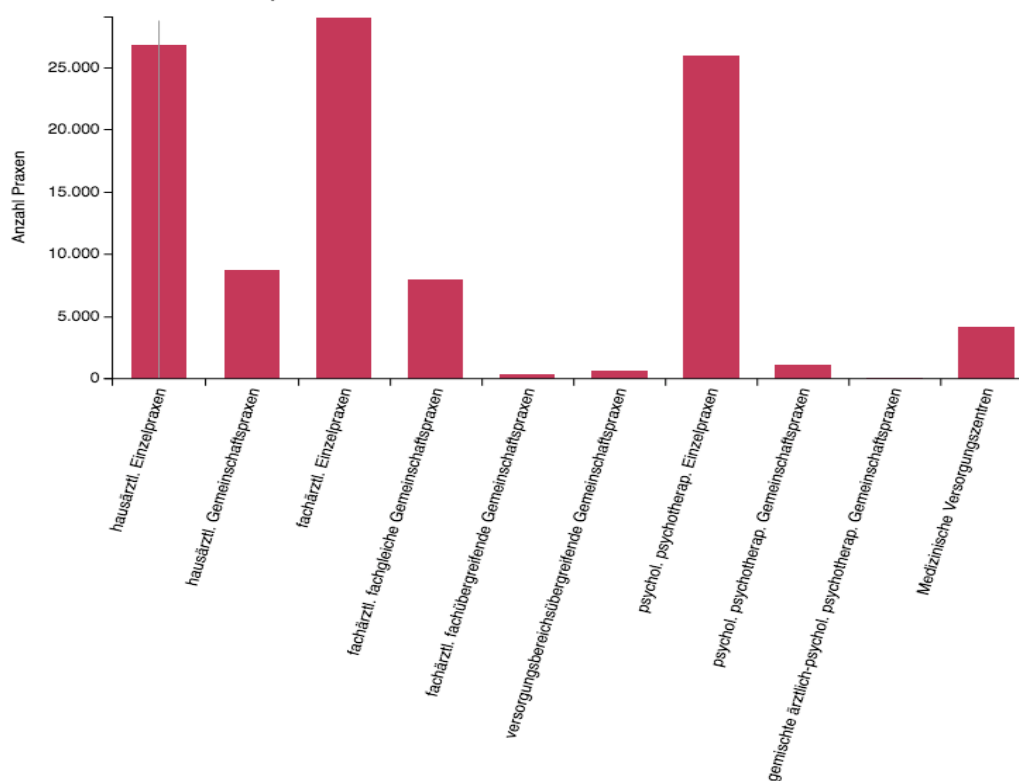
(シュリーヴェン) 2010年代の初めから可能になった。

(A) 非常勤でもよいのか。

(シュリーヴェン) よい。需要計画では労働時間分カウントされる。週10時間までは0.25人、10~20時間であれば0.5人、20~30時間は0.75人とみなされる。30-40時間は1人とカウントする。

(B) ソロ・プラクティスは全体で何割くらいなのか。

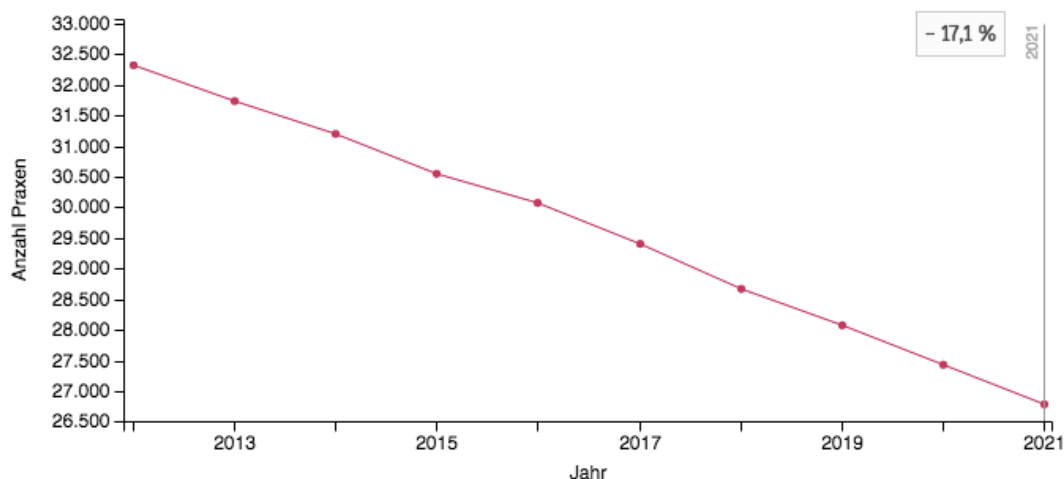
Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2021



²¹¹ 外来診療機能の担い手と入院診療機能の担い手を峻別する欧州型医療提供体制の相対化といえる。

(シュリーヴェン) こちらがかかりつけ医 (Hausarzt) の内訳となる。左の柱がソロ・プラクティスの数だ。2つ目の柱が共同診療所の数だ。

Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2021



Quelle : Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV

トレンドはこちらになる。かかりつけ医 (Hausarzt) のソロ・プラクティスは過去 10 年でマイナス 17%。それ以外の専門医はマイナス 11%と減っている。

(A) 何故なのか。

(シュリーヴェン) 社会的トレンドだとみている。若い医師は、全てを 1 人で頑張るというよりも、チームで連携しながら仕事をしたいと思っている。お互いに代理を立て合うこともできる。

(D) 病院の勤務医が増えているということでもあるか。

(シュリーヴェン) そうではない。病院医の構造は安定している。過去 20 年、病院数も職員の構造も安定している。看護職は不足しているが²¹²、医師の方は安定している。専門医教育は病院で行っているし、医学部学生の数も安定している。

(A) 病院の勤務医が診療所で非常勤として働くことはあるのか。

(シュリーヴェン) むしろ逆のケースがある。開業医が病院のベッドを使って自分の患者を治療することがある。耳鼻科や泌尿器等で多い。

(E) 手術のためか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(B) 米国みたいだ。

²¹² 「不足」と発言されているが、OECD Data (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によれば、人口 1000 人当たりの看護師の数は、日本が 12.85 人であるのに対し、ドイツでは 14.02 人とドイツの方が多。さらに、フランス (11.31 人)、イギリス (8.68 人) と比べてもドイツの方が多。

(シュリーヴェン) そして、その反対もある。委託医 (Ermächtigter Arzt) と呼ばれ、病院の医師が、外来の開業医が提供しないような特定の診療を委託を受けて提供している。

(F) しかしそれは病院で提供するのであって診療所ではないと認識しているが。

(イルツヘーファー) その通りだ。ドイツは外来と病院が厳格に分かれているからだ。割合的には委託医はとても少ない。

(B) C 先生の本にある integrated care というのはそういう意味なのか。

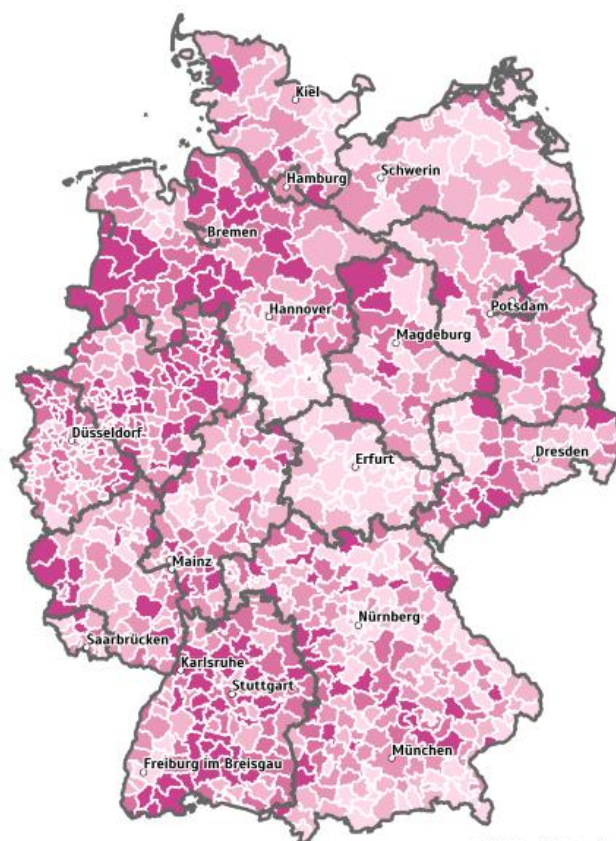
(シュリーヴェン) Integrierte Versorgung (integrated care) というよりも Intersektorale Versorgung (intersectoral care) というべきかもしれない。とにかく割合的にはとても少ない。

(A) ドイツが統合されて旧東の外来医療センターのように病院が外来をやるのが増えてきたということはないのか。

(シュリーヴェン) それはポリクリニックのことだが、今はほぼないといってよい。ただ現在病院改革の議論をしていてそういったものを導入しようという話がある。病院をレベル分けし、一番下のレベルにそのような病院を置くことが考えられている。

Hausärzte, Anzahl Einwohner je Arzt, Mittelbereiche, 2022

- von 864 bis 1.431
- von 1.431 bis 1.532
- von 1.532 bis 1.621
- von 1.621 bis 1.774
- von 1.774 bis 3.491



100 km

© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research / OpenStreetMap

Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2022, KBV

一番小さなエリアの区分けがこちらになる。ドイツでは Hausarzt の確保において問題を

抱えている。5000 の定数分が空いたままになっている。他の専門医には空きは少ない。現在 Hausarzt は 55000 人いるが、5000 人足りない。

(D) なぜかかりつけ医 (Hausarzt) が足りないのか。忙しくて大変なのか。それとも、開業資金の問題か。開業した後の金銭の問題か。

(シュリーヴェン) 資金の問題ではなく、教育において魅力がないものとされていた。そのため、広い分野を扱うが何もきちんとできない、といったような様々な偏見があった。しかし促進策が実施され、例えば以前は Hausarzt の研究室というのはなかったがこれを大学に設置したり、促進プログラムを実施したりした。後者においては、公的医療保険が若い Hausarzt への専門教育中の医師に高い給与を与えたりしている。

(D) Hausarzt とそれ以外の専門医との収入差はあるのか。

(シュリーヴェン) 以前はあったがなくなっている。というのも Hausarzt の診療報酬における予算上限が緩くなっているからだ。

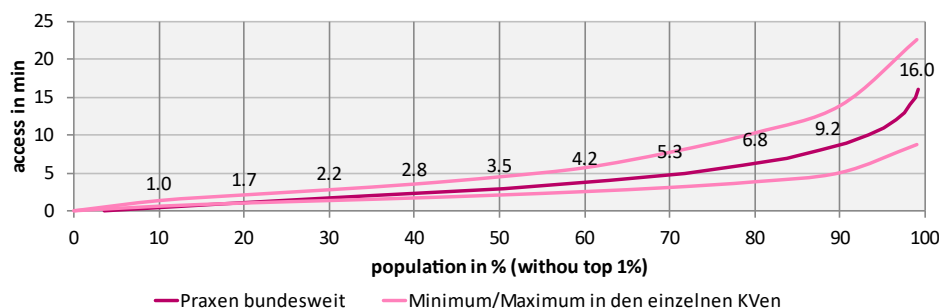
(E) 田舎医割当ということで大学入学に地域枠の縛りをつける話をされていたが、診療科の縛りもあるのか。

(シュリーヴェン) Hausarzt に限られている。

(E) 特定の地域の Hausarzt ということで縛りをつけるというのは、すごい。

NEED RELATED PLANNING

90% of population reaches the next GP within <10 minutes



→ We do not have accessibility problems in ambulatory SHI-care, in some regions we have capacity problems

(シュリーヴェン) かかりつけ医 (Hausarzt) は 5000 人不足しているが、それでもアクセスは非常によい。国民の 90% は 10 分以内の距離にかかりつけ医の診療所がある。

(A) 需要計画があるからだね。

(シュリーヴェン) その通りだ。私たちが需要計画でコントロールしているわけだ。魅力的な地域は新規開業ができないようにし、そうではない地域では特定の加算をしたり特定の

役務を保険医協会が代わりに行ったり、子供の世話を提供したり、保険医協会または市町村が診療所の建物をとても安くまたは無料で賃貸したり提供したりといったインセンティブを与えている。

(E) 州家庭医協会でもハードを貸し出したり安く提供したりしているという同じスキームの話をしていた。それは州家庭医協会が担う時もあれば保険医協会が担う時もあるのか。

(シュリーヴェン) 医療提供確保の委託を国から受けているのは公法人である保険医協会である。家庭医協会はかかりつけ医 (Hausarzt) の利益を代弁する職業団体である。

(E) 保険医協会というのは職能団体というよりも公的な役割を持った団体と考えるべきか。

(イルツヘーファー) 両方だ。連邦保険医協会は2つの価値で引き裂かれている。一方で医師の利益を代弁し、もう一方で医師に対して品質だとか開業場所だとか要件を求めている。しかしそれで90年間も上手く機能している。

(A) 以前「愛される存在じゃないけれど、必要な存在」と説明された。イルツヘーファーさんから聞いたのではなかったか (笑)。

(イルツヘーファー) 連邦保険医協会は矛盾した役割を持つ。国家権力に拠って開業許可を与えたり、開業を禁止したり、医師の自由を干渉している。しかしその一方で、医師たちが十分に報酬を得られるようにするなど、医師たちのためにロビー活動をしている。

(D) 医師の競争を抑える意味で適正配置をしている。しかしそうすると医師は働かなくなる。患者たちは待たされていると聞いた。枠を広げることは考えていないのか。

(シュリーヴェン) 各医師には予算があるという話をした。これは診療所がフル稼働している状態に対して計算されている。これより少なく働くと医師はその分少ない報酬しかもらえない。これより多く働くとその分の報酬は少なくなる。こうして医師が過剰に診療するのを防いでいる。量的制限だ。連邦保険医協会は医師が提供する全ての診療に報酬が支払われるよう働きかけてはいる。漸減的な支払いになっているので、診療しすぎると無料で診療しなければならなくなる。私たちの制度はどちらかという制限するよう仕組みられている。もしより多くの診療を提供するように提案するなら、疾病金庫に提案すべきだ。医師が多くの診療を提供したくないというわけではないが、経済的に意味のあるものでなければならぬ。

(D) だったらそこにもう1人医師を送ればいいのか。

(イルツヘーファー) でも予算がない。

(シュリーヴェン) 50%または70%以下しか医者がいない地域だが、そういうところでは予算上限がない。それでも誰もそういう地域では開業しようとはしない。

(イルツヘーファー) 若い医師は、いくら儲かっても田舎には行こうとしない。儲からなくても楽しみも文化もあるベルリンのような都会で働こうとする。

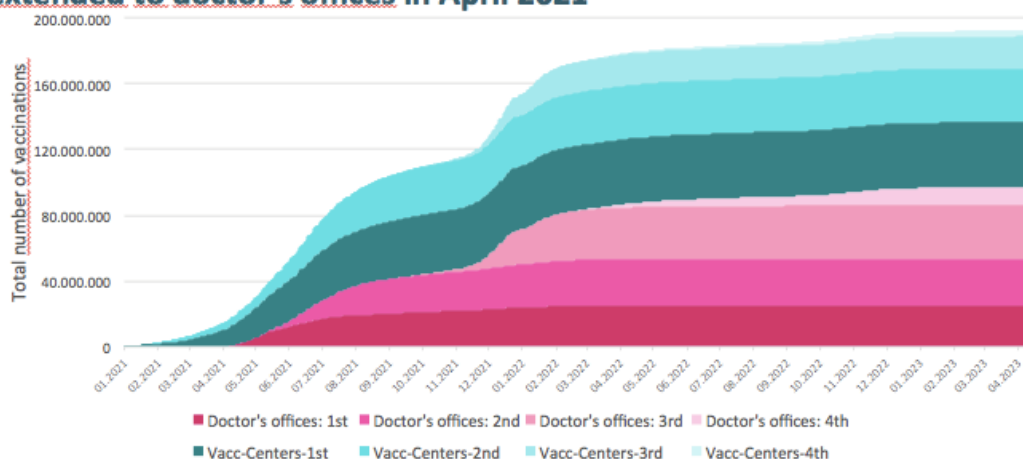
(A) 病院改革で一番下の段階の病院に外来を認めるということについて質問がある。高齢化が進むと大病院と診療所だけではカバーしきれなくなる。イギリスでもコミュニティ・サービス病院というのがある。ドイツも高齢化対応しようとしているのか。

(イルツヘーファー) ドイツでは未だに入院と外来が厳格に分かれている。それではうまく機能しないのだが、連邦保険医協会が決断できる案件ではない。イギリスは国営なので、国がやろうと言えばできるが、ドイツは病院、開業医、政府、州、疾病金庫とプレーヤーが複数いるのでそうはいかない。

(シュリーヴェン) 今多すぎる病院をどうやって将来使っていくかという話になっている。外来を病院が提供することになったら、果たして需要計画に入れていくのだろうか。それとも開業医のライバルになるのか。予算はどこからでるのか。まだ何も決まっていない。患者にニーズがあるからそういう話をしているというよりは、病院の構造改革のために議論をしている。

(E) あと 30 分しかないのでコロナの話をしないとイケない。

Vaccination campaign started out in vaccination centers in Jan. 2021; extended to doctor's offices in April 2021



KBV NEED RELATED PLANNING AND ITS UTILITY IN THE COVID 19 PANDEMIC
JUNE 5, 2023

(シュリーヴェン) こちらはワクチン接種の数と提供された場所を示している。ワクチン接種は、2021年にまずは接種センター（グラフの青緑系のエリア）のみでスタートした。接種センターは接種のみを目的に設置された大きな施設だ。2021年4月からは開業医の診療所での接種（グラフのピンク系のエリア）が可能になった。物流上の問題が解決したため、診療所でも始めるということになった。開業医らは最初から診療所での接種を望んでいたものの、ワクチンが少なかったため、接種センターだけでスタートすることを政治が決断したという経緯があった。連邦保険医協会はこれをよいとは思っていなかった。

(E) 配分に問題があったからか。

(シュリーヴェン) 当初、非常に低温で冷却しておかないとイケないと説明されていたが、実はワクチンが足りない中で接種センターを運営している州が自分たちでやりたがったということがある。

(E) 2023年4月も半分は接種センターでやっているように見える。

(シュリーヴェン) いや、これは累計だ。

(イルツヘーファー) 補足情報だが、接種センターで接種をしていた医師の多くは開業医だった。正確な数字は分からないが、半分くらいは開業医だったと思う。

(E) どうやってリクルートしたのか。

(イルツヘーファー) 自主的に診療所が終った後に働いていた。有償ではあったが、お金のためというより奉仕的気持ちも大きかった。

(A) といっても実際には収入になったのではないか。

(イルツヘーファー) それはそうだ。

(A) いつも抑制されているから、...

(シュリーヴェン) 接種を行ったのは主に Hausarzt だ。医師1人、大体1500人に提供していて、先ほどの1人の Hausarzt の患者数に相応する。95%の Hausarzt が接種を行った。私たち連邦保険医協会はワクチン接種は開業医の仕事であると主張し、薬局での接種には反対した。

(E) 5%の Hausarzt は接種に関わっていなかったということによいか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(A) そして20人中19人のコロナ患者はかかりつけ医が診療した。

(シュリーヴェン) いや、20人中19人のコロナ患者を「開業医」が診療した。それは主に Hausarzt だったが。プレゼン資料はこれで全部になる。残りはスライドを使わず、皆さんからいただいた質問に答える。感染を恐れて診療をしない開業医がいたか、という質問をいただいたが、全くなかったわけではないが、総じてそういうことはなかったと言える。初期に防護具が不足していたが、それでも医師は診療所を開けていた。また診療をしないことに対して制裁はあるかということについても質問をいただいていた。医師が何を提供するかは医師の自主性に任されている。例えばワクチン接種をしなくてもよい。特定の診療行為を提供しないからといって制裁はない。患者は医師を自由に選べるので、してほしいと思ったら他の医師に行けばよい。

(F) 診療所にやってきたコロナ患者を拒否してもよいということか。

(シュリーヴェン) それはできない。病気だから助けて欲しいという患者を拒否はできない。でも特定の診療行為を断ることはできる。

(イルツヘーファー) かなり早い時期から連邦保険医協会は、ウイルスや防護具について、密に最新情報を医師に提供していた。医師が十分な情報を持っていたことも診療を躊躇することを防いだのではないか。

(E) 一番流行が大きかった第2波の2020年12月から翌年春まで、イギリスでは1000床の病院で500床はコロナの患者だったという。ドイツは病院における疾病負荷を極力小さくした。そういった外来の努力により、コロナ患者が急性病院の病床で占める割合はどの程度に収まったのか。

(シュリーヴェン) 入院医療の分野なので、統計がどうだったかはわからない。そういった統計がとられていない可能性もある。ただし第2波時の病院負担は大きく、例えば内科の全病床および人員をコロナ患者用に使うことにしていたような病院もあった。一時期は不急の手術は先延ばしにしていたこともあった。

(イルツヘーファー) イギリスやイタリアと違ってドイツは外来の体制が広く整っていて、ガッセン連邦保険医協会会長の言葉で表現すると病院の「防御壁」になっていた。酸素投与が要らない患者は病院に行かせずに済ませた。それによって病床が真の意味で足りなくなるといったことは起きなかった。ドイツの病院がオランダやフランスの患者を受け入れていたことがその証拠だろう。

(E) ロンドンの St. Mary's 病院によると、どの病院が何床持っていて、コロナにより何床埋まっているかという情報が開示され、また病院間で共有されていた。「おたくはキツイからウチでやります」みたいな連携があったという。そういう情報はドイツでは開示されていなかったのか。また病院間で共有されていなかったのか。

(シュリーヴェン) 集中治療病床においては情報共有制度があった。どこの病院で病床が空いているか、というモニター用の情報はあった。ただし人工呼吸が不要で一般病床に入院していた患者のデータを見ることはできなかった。

(D) E さんの質問は、軽症・中等症の患者をどこまで地域の開業医で診ていたかということと関係していると思う。日本では SpO₂ が 95%以下だと入院としていた。

(シュリーヴェン) 特定の閾値といったものを私は知らない。学会では決めていたはずだが、いずれにせよ最終的に開業医が入院すべきかを判断した。また呼吸困難の患者が自ら病院に行くというケースもあった。

(イルツヘーファー) パンデミック初期はエビデンスに基づいた医療ができなかったので、90%または95%だから送るというのではなく、呼吸困難になると病院に送っていた。

(C) コロナ重点診療所は普通の診療所になったのか。それとも特別に作ったのか。

(シュリーヴェン) 接種または検査等を重点的にやりたい診療所に重点的に材料を配るということをしていた。接種をするには冷蔵庫を持っているといった条件は揃えておかなければならなかったが、特定の質的な要件を満たさないといけないといったことはなかった。開業医が自主的に名乗りを上げた。116117 という保険医協会の電話番号をコロナ禍においては患者の流れの制御に使っていた²¹³。保険医協会は患者を重点診療所に送っていた。

(C) ちなみに先ほど B 先生がおっしゃっていたのは外来医療センター (MVZ)²¹⁴のことだと思う。この4割は病院が経営するということでよいか。

(シュリーヴェン) 大体その程度だと思う。

²¹³116117 は保険医協会が運営するコールセンターの電話番号。診療所が閉まっている時間帯の緊急対応窓口をはじめとし、いくつかの機能を持つ。

²¹⁴ Medizinisches Versorgungszentrum。直訳すると医療供給センター。略して MVZ。前述の、外来であっても開業せずに勤務医として医師が働ける代表的な外来医療施設。

(C) 先ほどの病院改革で最も下のレベルになることが想定される病院と、競争になってしまうのではないか。

(シュリーヴェン) MVZ は外来機能を持つ。開設できるのは、医師、病院、薬局といった医療職だ。MVZ は需要計画に基づき開業許可が必要だ。しかし病院改革の議論に出ている病院は、その枠とは別に設けられる可能性もある。でもそうなったら予算はどこから出るのかわからない。

(イルツヘーファー) 外来のできる病院というのはまだ法律で決まったわけではなく、議論されているだけだ。

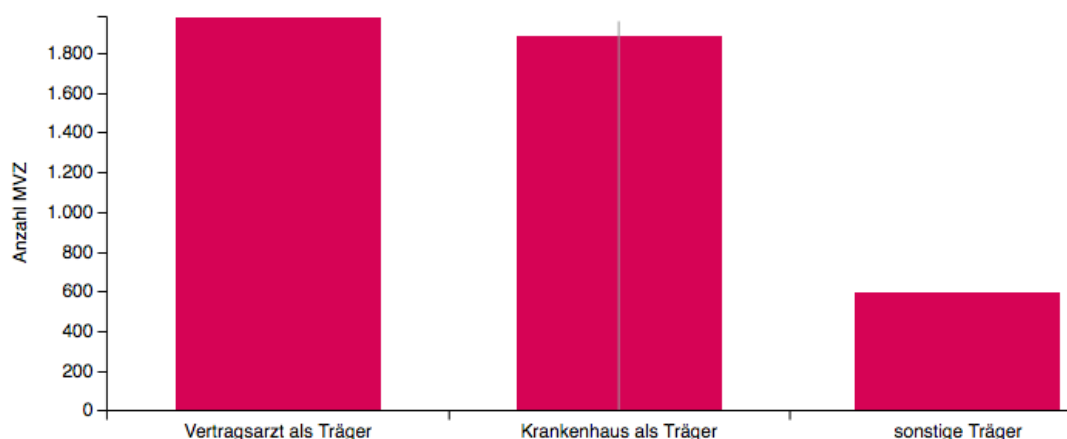
(A) しかし方向性としては高齢化対応ということによいか。

(シュリーヴェン/イルツヘーファー) 多すぎる病院をどうするかということだ。ただ私たちのような開業医の団体に聞くからそう答えるのであって、他の団体に聞けば他の答えが返ってくるだろう²¹⁵ (笑)。

(C) スライドに写っているは MVZ の数か。



Anzahl MVZ, Krankenhaus als Träger, 2021



Quelle : Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen, KBV

(シュリーヴェン) MVZ は 4179 ある。グラフ真ん中の柱が病院運営の MVZ で 1881 ある。左が開業医が運営する MVZ で、右はその他だ。

(C) 多い。

(イルツヘーファー) 私たちに言わせると多すぎる。私たち連邦保険医協会は、病院よりも

²¹⁵実際、連邦保健省が連邦・州間の協議後の 2023 年 7 月に公表した資料によると、最も下のレベルの病院として議論されている病院は、外来と入院の分野横断的なものとなり、看護に重点が置かれ、介護保険から支払われる短期介護等も行っていくことが構想されている。

個人の医師が運営する MVZ を望んでいる。

ドイツ-4-1 応接録：ブランデンブルク州保険医協会
(Kassenärztliche Bundesvereinigung Brandenburg)

2023年6月6日

シュテファン・ロースバッハクアシャット (Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat) 副会長
ローラント・キーシェ (Roland Kiesche) 品質医療供給確保部長
ユリアーネ・イエシュル (Juliane Jeschull) 部門2 医療供給担当課員

<要約>

- ドイツにおける保険医協会は、医師の利益代弁者としての地位と、医師資格の管理・報酬支払等を担う公的機関としての地位の2つがある。
- 1607人の住人に対し、1人のHausarztが配置基準となっている。この場合、年齢構成は0歳からカウントされる。
- ポーランド国境地域等の過疎地では、開業医が充足していない。
- 開業医が病院の施設を使って日帰り手術をすることも可能で、その支払いは外来医療の支払いを担当する保険医協会が行い、施設・設備の賃料は医師が病院に支払う。
- 急性期疾患以外の疾患に対する診療は、内科で3か月以上待機することがある。
- 医療供給センター (Medizinisches Versorgungszentrum : MVZ) と呼ばれる外来医療機関があるが、MVZの勤務医は労働時間が短い。

(ロースバッハクアシャット) 保険医協会は、ブランデンブルク州の外来医による医療供給を確保することを担当する一種の役所である。ドイツには、原則的に1つの州に1つの保険医協会がある。州の保険医協会の上には連邦レベルの協会がある。私たちの役目は、外来の医師による医療供給の確保、医師の資格・専門性といった医療行為に対する質の確保、および外来医の利益の代弁である。疾病金庫から外来医への報酬の支払いも確保している。保険医協会は2つの顔を持つ。1つは国の権力を持つ役所という顔だ。もう1つは医療供給の確保を義務づけられている医師の利益代弁者の顔だ。そしてブランデンブルク州の保険医協会は4500人の医師と心理療法士を代表している。予算規模は年12億ユーロだ。医療確保と予算を振り分ける仕事のためにここ保険医協会ではフルタイム換算で487人が働いている。次に医師の需要計画についてお話しする。医師の医療供給は2つの分野に分けて計画している。1つはHausarztによる医療供給、もう1つはHausarzt以外の専門医による医療供給だ。住民数、住民の年齢、疾病負荷レベルを基に医師の開業を計画している。計画の基準は全国共通だ。ここで重要になるのが、医師当りの住民数と地域の疾病負荷、つまり疾病因子だ。簡単に言えば、住民、年齢、性別、疾病と医師の数を対比させている。

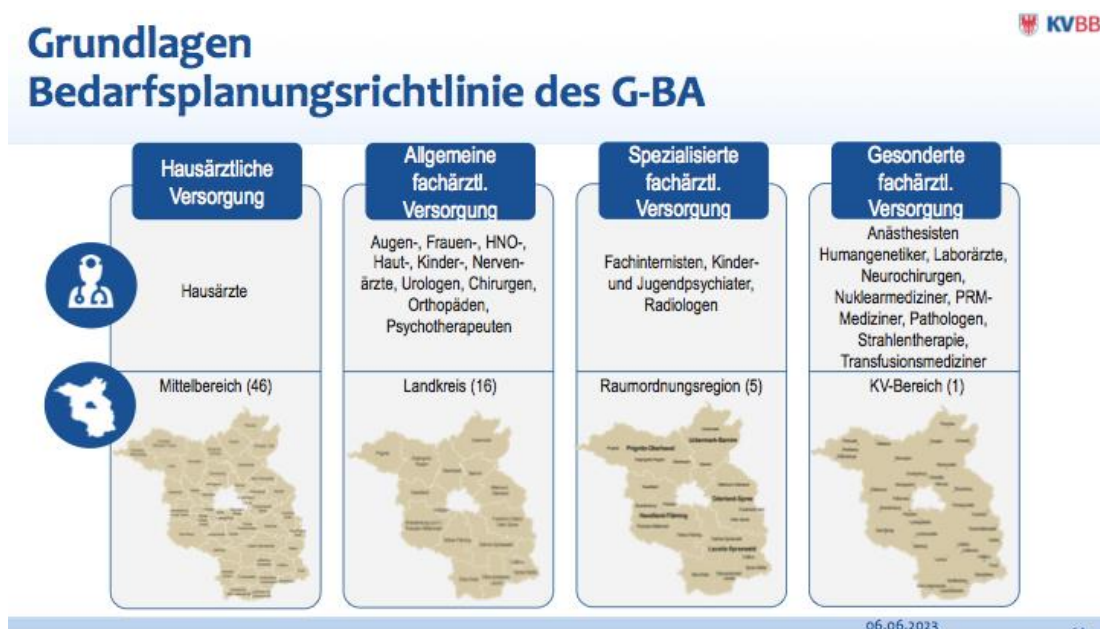
(B) 医師数の4500人の中には心理療法士も入っているのか。内訳はどうなっているのか。

(ロースバッハクアシャット) 医師は 3400 人、心理療法士は 850 人だ。

(B) 資格は別なのか。

(ロースバッハクアシャット) 開業許可の決め手となるのは資格だ。これについては後から地図と共に説明する。需要計画の作成において重要になるのが診療科である。Hausarzt という診療科、眼科や婦人科や耳鼻科といった一般的な専門医の診療科、そして放射線医や専門内科や青少年精神科医等のより専門的な専門医の診療科がある。需要計画の単位となるエリアは、専門性が高くなると広がる。最も広い計画エリアはブランデンブルク州全域となり、例えば麻酔医や人類遺伝学医、脳神経外科医は、州のどこにでも開業できる。Hausarzt の計画エリアは州内 46 に分けられている。それ以外の一般的な専門医は 16 の郡に相応するエリアに分けられている。専門内科や放射線医の計画エリアはさらに広く、5 つになる。

(B) 心理療法士はどのグループになるのか。



(ロースバッハクアシャット) 左から 2 番目の一般的な専門医の診療科になる。青少年の精神科医は左から 3 番目となる。

(B) 心理療法を提供している精神科医というのは日本でもいるが、心理療法士と精神科医は違う資格だ。ドイツではどうなのか。

(ロースバッハクアシャット) 精神科医は心理療法を提供できるが、基本的に医療との組合せで提供する。それに対し、心理療法士は対話による診療を行う。心理学的もしくは行動心理学的な療法だ。スライドは需要計画の一例だ。Hausarzt の計画エリアは州に 46 エリアあり、各エリアで開業できる Hausarzt の数は決まっている。1 人の Hausarzt に 1607 人の住民があてられている。これは、あるエリアにあまりに多くの Hausarzt がいる場合は、Hausarzt は新たに開業できないことを意味している。新規の開業ができるエリアとできな

いエリアがある。ブランデンブルク州は地域によって年齢構造、もしくは疾病による負荷が異なる。医師 1 人当り 1607 人という数値は、これらによって修正される。州東部は Hausarzt 1 人に対して 1310 人の住民となり、より多くの Hausarzt が開業できる。

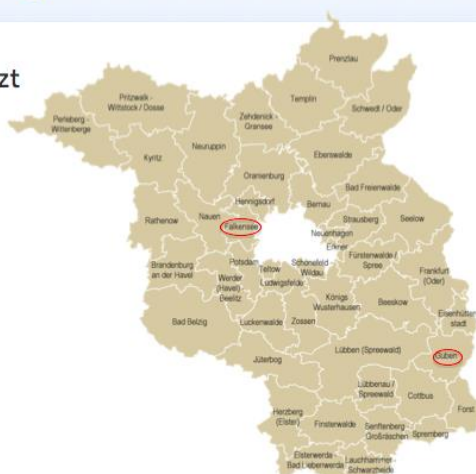
(D) 年齢構造は 0 歳から数えるのか。

(ロースバッハクアシャット) そうだ。

Bedarfsplanung in Brandenburg Hausärztliche Versorgung



- Wohnortnahe Versorgung: Hausarzt
- Raumtyp: **Mittelbereich**
(in Brandenburg: 46)
- **Deutschlandweite Verhältniszahl:**
1 Hausarzt zu **1.607 EW**
- Lokale Korrektur durch Morbiditätsfaktor
 - z. B. Guben: 1.310 EW/HA
 - z. B. Falkensee: 1.594 EW/HA



06.06.2023

15

需要計画の話に戻ると、若い住民が多い都市部は Hausarzt の数が少なくなり、周辺にいけば高齢者、そして Hausarzt が開業できる数が多くなる。私たちの州の問題は、田舎が広いので、人口密度が低く、患者にとって医療機関までの距離が長いことだ。もう 1 つの問題は、ドイツ全体の問題でもあるのだが、医師数が需要計画の基準を満たせない専門領域があることだ。そのため、医師数を計画し制御しなければならない。そういったことから、例えば Hausarzt であれば、医師 1 人当りの住民数はベルリンの近くの若い人の多いエリアでは 1594 人、しかしポーランドとの国境近くの東では 1310 人になる。次の段階の専門医のエリアは、郡に相当する。医療機関への道のりは長くなる。ここでは例えば眼科が新規開業しようとする、ポツダム市内はもう満杯なので、隣のエリアで開業しなければならない。放射線医だとしたらもっと大きな地域の中で、人類遺伝学医であれば州全域の中から開業場所を選べる。ただし、定員に空きがあればの話だ。医師対住民数の定数を基礎に、医療供給度を定める。供給度はレベル分けされている。医師が 110%以上いる場合は過剰供給となる。75% (Hausarzt)、50% (その他の専門医) 以下しかいない場合は過少供給になる。

(B) 4 番目の超専門医についてお尋ねしたい。日本で人類遺伝学医といえば大学病院など超高機能の病院で働いていて、開業のイメージが湧かない。脳外科医も大体は病院勤務だ。病院勤務の専門医と開業専門医の棲み分けはどうなっているのか。

(ロースバッハクアシャット) 難しい質問だ (笑)。

(キーシェ) 脳神経外科の診療所は病院の近くにある。病院の施設を使って日帰り手術をしている。人類遺伝学医は主に診療所で相談事業を行っている。例えば生まれてくる子供に遺伝的な病気がないかなど、近くの検査施設を使うなどして検査し、助言を行っている。

(C) 脳外科医が病院で手術をするとなると、支払いは病院向けの DRG が支払われるのか。

(ロースバッハクアシャット) 病院の入院医療と外来医療は全く別の制度だ。脳外科医もそれほど手術を行うわけではない。行うとしても外来の日帰り手術で、手術室は使っても、宿泊して看護を受けたりはしない。合併症を起せば病院に入院し、支払いは保険医協会から行われる。

(C) 施設の利用料はどうなるのか。

(ロースバッハクアシャット) 医師が賃料を病院に支払う。しかし外来医への報酬にはその賃料も見込まれている。

(E) 賃料は決まっているのか。それとも交渉か。

(ロースバッハクアシャット) 市場原理で決まる。

(C) 病院での外来手術が増えているということだが、その支払いはどうなるのか。

(ロースバッハクアシャット) 病院の医師が外来で行う手術は外来医療としてその医師に支払われる。施設を持つ病院にとっては利益になる。外来開業医との競合になり、施設を持たない開業医は不利になる。

(D) 慢性硬膜外血腫は外来の脳外科医がやる手術なのか。それとも病院の医師が行うのか。日本では一泊して行う手術だ。

(ロースバッハクアシャット) 私は Hausarzt なので 100%確かなことは言えないが、私が知る限りは入院して手術する。

(B) 日本と違うので、心理療法士についてまた教えていただきたい。日本では 10 年前に心理療法士の国家資格ができたが、医療とは全く関係のない職種だ。一部は精神病院、極々一部は独立開業しているが。こちらは医療の枠内の心理療法士が沢山いて、医療の需要計画に医師と同格に組み込まれているのか。

(ロースバッハクアシャット) 心理学的心理療法士と、医療的心理療法士と、精神科医、神経科医はみな異なる。いずれも開業でき、医療保険から報酬が支払われる。これら全てが心理療法の特別な教育を受ければ心理療法を提供できる。

(B) 心理学的心理療法士以外は医師の資格を持っているということか。

(ロースバッハクアシャット) そうだ。

(B) 心理療法士は 850 人いるとおっしゃっていた。そのうちどれくらいが医師の資格のない心理療法士なのか。

(ロースバッハクアシャット) 90%くらいだろうか。

(B) 医師の資格を持つ心理療法士は 10%なのか。

(キーシェ) (頷きながら) 大幅に少ない²¹⁶。さきほどの 850 人には精神科医は含まれていない。そして 140 人くらいいる。

(A) ベルリンでは患者が増えて待ち時間が長くなっていると聞いた。ブランデンブルクのような地方ではどうなのか。

(ロースバッハクァシャット) 二面性がある。急性期疾患の患者はその日のうちに診療しなければならない。しかし、急ぐ必要がない計画可能な診療、長期的な計画に基づいた内科の診療は 3-5 ヶ月かかる場合がある。健康診断、いわゆるチェックアップは 6 週間かかる。同じ Hausarzt に定期的に通う患者の血圧測定は 3 ヶ月、または 6 ヶ月に 1 回だ。急性ではない発疹が皮膚にできた場合などは 6-8 週間待つ。

(A) 需要計画は医師の過剰は抑制するが、足りない場所には医師は来ない、とベルリンで話を聞いた。ブランデンブルクにおいては、需要計画による医師確保効果はあったと感じているか。

(ロースバッハクァシャット) それは政治的な課題である。医療ニーズが高い場所に医師が集中する国がある。例えば北欧だ。ドイツではそうはいかない。強制できないからだ。

(キーシェ) 歴史的な背景を話すと、需要計画が作られたのは医師が過剰であった時代だ。それによって医療費が高くなってしまったので、それ抑えるために設けた。不足に対するものではない。

(E) 強制配置はできないから、なんらかのインセンティブを設けていると聞いた。お金または子供のケア等だ。そういったものは有効に機能しているか。

(キーシェ) 少し差別化して考える必要がある。私たち保険医協会は医師に金銭を分配している。子供の世話等その他のことは市町村が提供する。私たちができるのは、診療所を受け継ぐ際の金銭的支援である。最大で 55000 ユーロまで支援している。医師の確保のために年 1300 万ユーロを使っている。効果はある。

(E) 多少は誘導される人もいるが、ただそれでも充足しないということか。

(キーシェ) 上手くいっている地域もある。しかし上手くいかない地域もある。

(A) 家庭医中心医療、登録制についてどう思うか。

(B) そして家庭医中心医療は全体の何割くらいを占めるのか。

(ロースバッハクァシャット) 嬉しい質問だ。私は Hausarzt で、家庭医中心医療に賛成だ。ブランデンブルク州は、家庭医中心医療がまだ確立しているとは言えない。だから患者の流れを制御できていない。治療の決定、コンプライアンス、コストという観点から、患者と Hausarzt を結びつけることが重要だと私は考える。Hausarzt とそれ以外の専門医の利害は政治的に相反している。Hausarzt は患者の流れを制御することに賛成するが、それ以外の専門医は自分から患者が流出してしまうことを心配している。長期的な視点から、管制塔として Hausarzt を選んだ患者には、ボーナス等のインセンティブを与える必要がある。そう

²¹⁶ 心理療法士として公的医療保険の枠組みで開業できる医師としては、包括的な心理療法の専門医教育を修了した精神心理療法医、青少年精神心理療法医、心身医学心理療法医が挙げられる。

すれば医療供給は改善されるだろう。

(B) 家庭医中心医療制度は 20 年前に導入されたが、登録者はあまり増えていないという認識でよいか。また当初契約で決めた Hausarzt 以外の医師を受診すると患者の自己負担が増えることになっていたが、それも数年前に廃止されたと聞いているが、そうなのか。

(ロースバッハクアシャット) 家庭医中心医療は当初バーデン・ヴュルテンベルク州で導入され、成功モデルとなった。登録率は 60%²¹⁷を超えている。同モデルが採用されるかどうかは疾病金庫がこれについて交渉する気持ちがあるかどうかにかかっている。しかし、疾病金庫は交渉する気がない。政府に家庭医中心医療を義務的に実施しようという意思が欠けているからだ。難しさはここにある。

(B) この州ではどうか。

(ロースバッハクアシャット) 当州の疾病金庫は、私たち保険医協会には家庭医中心医療を提供しようとしなない。Hausarzt には保険医協会からだけではなく家庭医協会からも家庭医中心医療の報酬を請求する選択肢がある。しかし家庭医協会へもただ 1 つの大手疾病金庫が家庭医中心医療をオファーしたにすぎない。それも本当に最近のことで、それまでは全くなかった。ドイツには 90 以上疾病金庫があるにもかかわらず 1 つの大手金庫のみからしかオファーがないのだ。



Grundlagen Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

- Versorgungsgrad > 110% → **Übersversorgung**
 - keine Zulassungsmöglichkeiten (Zulassungssperre)
- Versorgungsgrad < 75% (hausärztlich) → **Unterversorgung**
- Versorgungsgrad < 50% (fachärztlich) → **Unterversorgung**

(E) スライドの最初の方に戻る。医師の充足率として、Hausarzt のための 75% と専門医のための 50% と 2 種類あったが、なぜか。専門医は病院の医師が代替できるからか。

(ロースバッハクアシャット) 違う。全ての領域をカバーできる Hausarzt が最も重要だからだ。専門医は追加的な検査をする。世の中が多く検査を求めるようになってきているこ

²¹⁷バーデン・ヴュルテンベルク州家庭医協会 (2020 年) によれば、州の人口約 1100 万人に対し家庭医中心医療に登録する患者の数は 250 万人。一方、登録する医師の数は 4000 人。Hausarzt の数は約 7000 人であることから、医師の登録率を意味しているものと思われる。

とから、専門医の存在感が強まってはいるが。

(E) 日帰りのマイナー・サージェリーは病院もやることもあり、保険医協会から償還が行われるということだった。ということは需要計画において病院の医師も一開業医としてカウントしているのか。

(キーシェ) いや、カウントされない。

(E) だから食い合う。

(ロースバッハクァシャット) 問題は、病院が手術してその後の傷のケアや予後の観察は外来の開業医が行わなければならないことだ。これは医師が足りない地域では課題になる。

(E) 報酬の問題ではないか。手術に対しては高い報酬が貰えるがその後のケアはそうではないという。

(ロースバッハクァシャット) いや、お金の問題というよりは後継者問題だ。過少供給地区には、従来診療してきた医師が退職しても、若い人が来ない。

(A) 開業医の約3分の1が Hausarzt というが、それを多いと思うか、少ないと思うか。

(ロースバッハクァシャット) ブランデンブルク州には 1600 人の Hausarzt がいる。もしこの数を保てれば十分である。ただフルタイムで働く人が減少している。人数は同じでも、労働時間が減っているという問題がある。自営業者である医師は週 50-60 時間働くのに対し、外来医療機関の勤務医²¹⁸は 25-30 時間しか働かない。診療件数にすると 20%少なくなる。勤務医である外来医が外来医全体の 3分の1 を占めるまでになっている。

(A) 女性の医師が増えているからか。みんながパートタイムで働くようになっているのか。

(ロースバッハクァシャット) 両方だ。

(キーシェ) ブランデンブルク州は女性の割合が高く 54%である。

(ロースバッハクァシャット) 労働に対する考え方の変化がある。外来医療機関の勤務医には 60 時間働こうという人はいない。それは医師にとってはよいことだが、医療供給にとってはよくない (笑)。

(D) 疾病金庫が家庭医中心医療をしたがらない理由は何か。家庭医中心医療が普及するバーデン・ヴェルテンベルク州と普及していないブランデンブルク州では、コンプライアンスやコストの上で差が出てきているか。

(ロースバッハクァシャット) 疾病金庫は、家庭医中心医療導入のために、追加的な仕組みを導入し、Hausarzt に追加的な報酬を支払わなければならない。その上、家庭医中心医療によって支出を削減したことを証明しなければならないという法律が作られた。これを証明するのは難しい。支出の削減が証明できたバーデン・ヴェルテンベルク州のモデルがここでは認められていない。問題は政治的意思がないことだ。

(D) バーデン・ヴェルテンベルク州でそんないいことをやっているのだったら、他でやらないなんて不思議じゃないか。

²¹⁸ 医療供給センター (Medizinisches Versorgungszentrum : MVZ) と呼ばれる外来医療機関があり、日本の平均的な「診療所」よりも大規模なものが多い。

(A) 政治だよ (笑)。昔保険医協会は家庭医中心制度に反対して対立していたが、最近协会会长も変わられて歩み寄ったということだが、対立していることには変わりはないのか。

(ロースバッハクァシャット) 対立ではなく並行しているだけだ。家庭医協会の診療報酬支払枠は、保険医協会のそれに並行する副次的構造だ。私は Hausarzt として家庭医協会とも協力関係にある。そして保険医協会の理事として、保険医協会として独自の家庭医中心医療を提供したいと思っている。ただ疾病金庫はどちらとも契約を結ぼうとしない。疾病金庫は将来のことやコンプライアンスを考えていない。今節約することしか考えていない。

(A) 日本も同じだ。節約しか考えていない。

(ロースバッハクァシャット) 最終的に大切なのは、医療がしっかり供給され、医師にきちんとした報酬が支払われることだ。

(A) 同感だ。

(D) でもその前に家庭医中心医療が必要ということか。

(ロースバッハクァシャット) そうだ。Hausarzt は最も偉大な、守備範囲が広い専門医だからだ。

ドイツ-5-1 応接録：ドイツ連邦家庭医協会 (Deutscher Hausärzteverband)

2023年6月5日

マルクス・バイアー (Markus Beier) : 会長

ウルリッヒ・ヴァイゲルト (Ulrich Weigeldt) : 名誉会長

<要約>

- 90%以上のコロナ診療は、Hausarzt が担った。
- ワクチンは当初大規模接種センターでの接種が実施されたが、その後開業医の接種に切り替わっていった。
- 開業医が診療所でコロナ診療をするにあたって、HEPAフィルター付き空調装置等の装置の導入に関する補助はなかった。
- 連邦政府の専門家諮問団体の中に公衆衛生の専門家や総合医が入っていなかった。

Einleitung

Corona-Pandemie als historische Herausforderung für nationale Gesundheitssysteme



- Fokus auf Überlastung des stationären Sektors
hausärztliche Praxen als wichtiger Schutzwall weitgehend unbeachtet
– Motto f. Kompensation fehlender Kapazitäten: „ambulant vor stationär“
= Detektierung, Quarantänisierung, Hygienekonzepte
→ dezentrales, autonomes Gesundheitssystem stellte Stabilität unter Beweis
– Dank Hausärzt:innen 92% aller Covid-Patient:innen ambulant versorgt
- Größte Herausforderung Umgang mit neuer Infektionserkrankung wenig belastbare Daten, schwache Evidenzgrad, wissenschaftliche Erkenntnislage...
– Reaktion von DÄHÄV & DEGAM: S1 Leitlinie, Living Guideline, Handlungsempfehlungen, Podcast, Newsletter, E-Mails, Sonderhomepage, Sonderfaxumfangreiche Öffentlichkeitsarbeit...
→ Schlüsselfunktion Hausärzt:innen aber: Unterstützung durch Verantwortliche defizitär
– enorme Leistungen der Praxisteams müssen (auch politisch) anerkannt werden
→ Konsequenzen für die zukünftige ambulante Gesundheitsversorgung



2

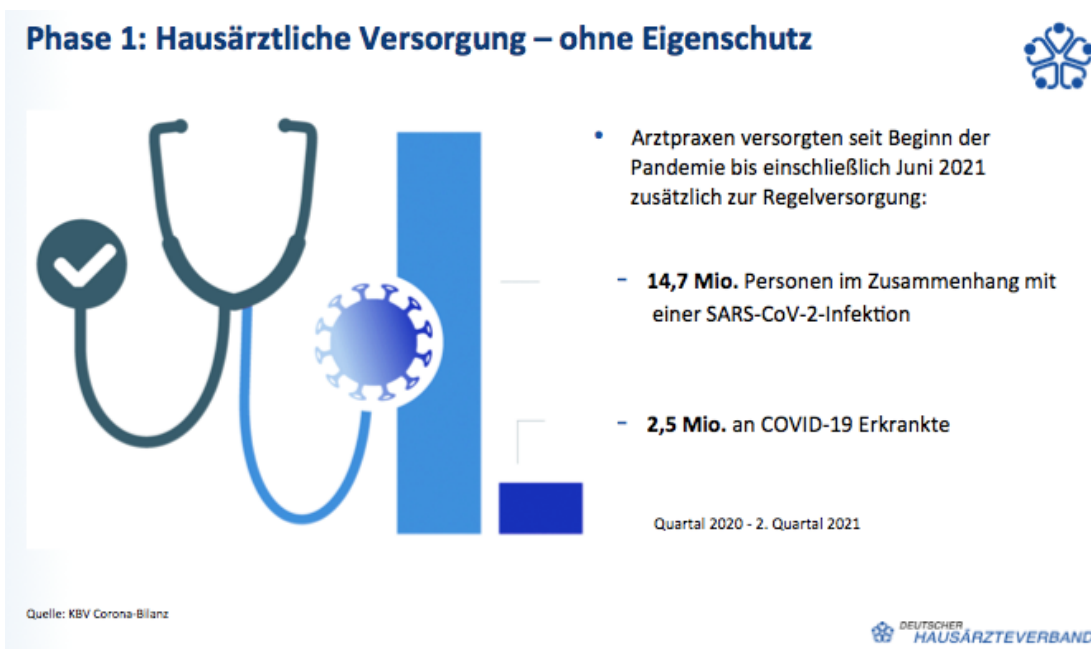
DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

(バイアー) ヴァイゲルト前会長と私バイアーが、コロナ禍における Hausarzt (かかりつけ医)²¹⁹の課題と理想像をテーマに話をする。まずは、かかりつけ医の視点からのパンデミ

²¹⁹ Hausarzt は “haus (家の) + “arzt (医師) “という構成をしていることから、直訳すれば「家庭医」となる。しかし、ドイツにおける Hausarzt は原則的には需要計画に基づいてかかりつけ医機能を担うことが期待された職種という意味において使われている言葉である。そのため、本稿においては原語のまま表記するか又は「かかりつけ医」という訳語をあてる。その一方で、家庭医協会

(Hausärzteverbandes) は家庭医中心医療制度 (Hausarztzentrierte Versorgung) の促進を目指してい

ック中の患者への医療供給を簡単に概観する。日本はどうだったか分からないが、ドイツのメディアや世論は、重い症例が扱われていたということで入院医療に焦点があてられていた。しかし全体の92%のコロナ患者は外来である診療所が扱った。これはドイツの強みだ。欧州で最初にパンデミックが起きたイタリアでは、病院が中心となって診療をしていた。それゆえ感染者数も多くなった。私たち²²⁰は学会などで早期にガイドラインを作成し、それに基づいて92%のコロナ患者を私たちが診療した。本日のプレゼンは、5つのフェーズに分けて行う。第1フェーズは防護具が不足していたフェーズだ。マスク、白衣、消毒薬が足りず、診療所にも²²¹これを分配する重要性を世論に対して訴えるというアクションを取らねばならなかった。一方、マスクを自分たちで縫ったり、消毒薬を自ら製造したりと、私たち内部での結束の固さを感じた。私たちはこのような困難な状況にもかかわらず患者の対応をしたことで、患者を病院から遠ざけることができた。統計によれば、これにより20人に19人が病院に行かずに済んだ。ドイツではパンデミックの間は統計が少なかったため、パンデミック・マネジメントを数値というよりもどちらかという感覚に基づいて行っていた。世論に向けたコミュニケーションも良くなかった。政府のコミュニケーションの取り方も時に良くなかったことから、患者にとって最初の窓口であるかかりつけ医診療所が尻拭いをせねばならないこともあった。



こちらの2つの数値だが、1470万人というのは2021年第2四半期までにかかりつけ医診

る。家庭医中心医療制度は、イギリス型のGP制度のような登録制とゲートキーパー機能を備える制度であり、ドイツにおいてもこれを患者と医師の双方の任意の契約に基づいて選択することができる。話者がこの家庭医中心医療制度のHausarztと発言している場合は、「家庭医中心医療制度のHausarzt」と訳すこととする。

²²⁰ 「私たち」は主にHausarztを指しているが、時に開業医全体も指している可能性がある。

²²¹ この時期、防護具を病院へ分配することばかりが話題となっていた。このような事情はフランスでも同様であり、CMG Franceのヒアリングでも同様の証言があった。

療所がコロナとの関連で診療した患者数だ。250万人というのは診療所で診療した重症患者²²²の数である。まとめると、フェーズ1では準備しておくべき防護具の準備がなかった。揃うまで2ヶ月もかかってしまった。将来においては、社会で防護具を用意していくというプロセスに、私たちも参加させてもらえることを願う。フェーズ2は、感染者数が大きく減った2020年の夏に当たる。医療職も社会も一息つくことを真に必要としていた時期だ。しかし、その後のための準備はあまり行われなかった。されていた準備もあったが、相変わらず私たちは不参加のままで行われた。将来リスクに曝される人のために準備をすべきだったのに、時間を無駄にしてしまった。これがフェーズ2の主な問題点であると私たちはみている。

(ヴァイゲルト)私の方から付け加えたいことがある。当初政治は、ワクチン接種は中央で、すなわち診療所でなく接種センター²²³で行っていくことを考えていた。ワクチンは接種センターに優先して与えられた。私の出身地のブレーメン州の保健大臣は「総合医は接種すべきではない。そうしたら接種センターがすることがなくなってしまう」と考えていた。市民の大半が接種を受けるようになったのは、かかりつけ医診療所に十分にワクチンが与えられるようになったタイミングだった。というのも、私たちに対する市民からの信頼が高かったことから、市民が接種するように働きかけるのが容易だったからだ。メディアで接種の危険性が大きく取り上げられていたので、信頼ということがとても重要だった。

(バイアー)接種キャンペーンの開始から2ヶ月経ち、接種センターでは十分な数の接種ができないということがわかった。2021年3月、接種センターは400万のワクチンのうち30万しか接種ができないということがあった。私たちも同年3月、また4月になると、接種キャンペーンに参加できるようになった。そして短期間のうちに1日100万回以上のワクチン接種をかかりつけ医診療所で提供できるまでになった。それにより高齢者が大量に亡くなるようなことがなくなった。

(ヴァイゲルト)フェーズ1に戻って話をすると、早い時点から介護施設では全ての訪問者に検査をして施設の高齢者を守るべきだと私たちは要求していた。しかし、政府は「不必要」と拒否した。パンデミック初期に多くの施設の入居者が亡くなり、これは重大な過ちであったことがわかった。

(B) 大勢の高齢者が亡くなったのはフェーズ1ということでしょうか。

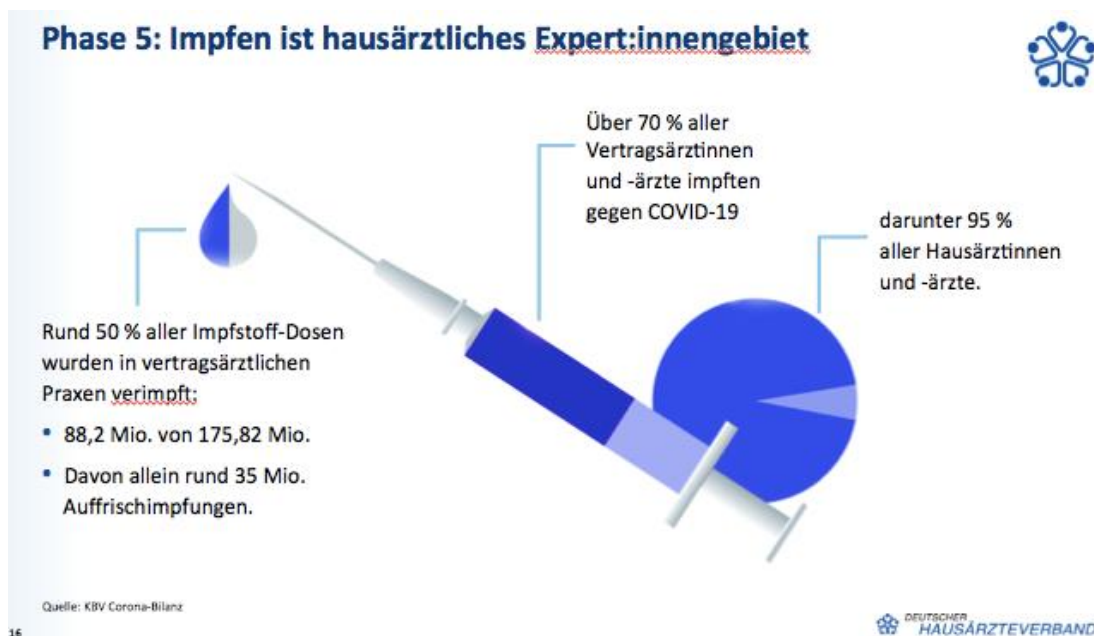
(ヴァイゲルト)フェーズ1だ。明確な政治路線がなかったからそういうことになった。「重症化し得る人々が住居として住んでいるのだから、その介護施設を守るべきだ」と私たちが警告していたのにもかかわらずだ。その後、施設の高齢者への保護は改善されたが、本格的に状況がよくなったのは、総合医が施設でワクチン接種をきっちり実施した後だった。

(バイアー)フェーズ5の接種キャンペーンの最盛期には約55000の診療所、主にかかりつ

²²² かかりつけ医は原則、酸素治療が必要になると患者を病院に送っていたので、この「重い」の基準は日本で言われるところの重症とは異なると思われる。

²²³ 接種センターは州が管轄した。

け医診療所が、ワクチン接種を共に提供した²²⁴。今の話のように実際に介護施設にも接種をしに出かけた。この時期私たちは、配給されたワクチンおよびコミュニケーションの難しさに直面した。というのも、ワクチンの種類によって質が異なるという印象を世論が持ってしまったからだ。また地域によっては接種センターばかりにワクチンが配給され、それにより雰囲気も悪化し、接種キャンペーン全体に対する信頼が落ちた。パンデミックでは、ワクチンの配給とコミュニケーションを、ばらばらではなく同時に戦略的にしなければならない。



このスライドにはワクチン接種全体に関するいくつかの数値が示されている。

-ドイツでの接種の約半分である 9000 万回は診療所で実施された。

-70%以上の開業医の診療所がワクチン接種に参加した。そのうちの 95%がかかりつけ医 (Hausarzt) の診療所であった。つまり、ほぼ全ての接種がかかりつけ医診療所で行われた。フェーズ 6 は 2021 年秋の流行だ。ブースター接種が必要となった時期である。ここでもワクチンの分配とコミュニケーションはカオスだった。これによって診療所および市民のムードは悪化した。幸運なことに、ウィルスの病原性が低下したことと、それまでの接種キャンペーンの成功により、死亡率はそれほど高くはならなかった。今までの話は総じて次の要点にまとめられだろう。

-重要インフラの 1 つとしての診療所に、防護具の準備がなければならない。

-診療所または病院を標準化するために、建築上の投資を社会で支援することが必要である。そのようなことはこれまでのところ実施されていない。

-感染対応プロセスの構築と、そのプロセスの作成にかかりつけ医 (Hausarzt) を参加させることが必要である。これまでのかかりつけ医ではない実際のことがよくわかっていな

²²⁴ 2021 年夏以降、ワクチン接種の中心を総合医が担ったということについては、連邦保険医協会のセッションでもデータを示して説明された。

い人達がプロセスを作成していた。

-政府の専門家委員会にかかりつけ医を参加させるべきだ。これまでは入っていない。

-接種キャンペーンのためのコミュニケーションの分析が必要である。

-私たちは、接種を実施し、また常に人々の求めに応じられるような態勢であったことから、高い評価を受けた。しかし政治からはそのような評価をほとんど受けなかった。政治は病院だけでなく私たちにも目を向けるべきだ。

(B) 国からの支援がなかったという意味について質問したい。日本では、ヘパフィルター付きの換気装置など、これまで病院が持っていなかった換気設備に補助がついたりした。そういうものはなかったのか。

(バイアー) なかった。2つの間接的な支援があっただけだ。1年間、検査のための防護用品への補助があった。検査1件に対し10ユーロで、これで防護用品を買うことができた。また接種の追加的な手間に対して報酬に上乘せがあった。おっしゃるような実質的な支援やボーナスといったものはなかった。

(ヴァイゲルト) ちなみにPCRにおいては、私たちは検体を採取するだけであり、結果はラボから送られてきた。

(B) 接種センターでは400万のワクチンのうち30万しか使わなかったとおっしゃっていたが、370万は無駄になったのか。

(バイアー) 当時のシュパーン連邦保健大臣の当初の計画では、Hausarztは8月から接種キャンペーンに参加するということになっていた。しかし私たちが3月末から診療所で接種できるようにした。そもそも検査センターは30万回提供できる能力しか持っていなかったもので、残ったワクチンはかかりつけ医をはじめとする診療所に分配された。診療所では最高で日に200万回の接種を提供した。400万回分残っていたワクチンを使用期限が切れる前に診療所が使ってしまった。

(ヴァイゲルト) 患者の多くは診療所での接種を望んだので、診療所ではワクチンが不足気味だった。その一方で接種センターの方では冷凍庫から出した備蓄を使い切れず、それが未使用のまま捨てられるということもあった。他にも問題があった。接種センターの報酬の方がよかったことから、病院の医師や診療所の医師がセンターに行って接種をしていた²²⁵。これら医師はその間病院や診療所にはいなかったことになる。日本の医療は病院が基礎となっているので、病院についての話もここです。フェーズ1で多くの人が病院で亡くなった。当初病気についてよくわかっていなかったからだ。他の病気と同じように人工呼吸をしたことで人工呼吸中に亡くなってしまった。その後、前進があり新型コロナ用に調整するようになったが、まずはそれを学ばなければならなかった。

(B) バロトラウマのことか。

(ヴァイゲルト) 人口呼吸器の圧力を高めすぎて肺を壊してしまっていたのだ。

²²⁵ このような事情はイギリス、フランスにおいても同様であったようだ。5月30日に訪問したNuffield Trustの報告、及び6月7日のProf. Gilbertの講演の報告に同趣旨の証言がある。

5. **Expert:innenrat** der Bundesregierung wird um **Vertreter:in** der wissenschaftlichen und der praktischen Allgemeinmedizin ergänzt → eine Analyse ohne allgemeinmedizinische Perspektive ist unvollständig!
6. **Kritische Analyse der Kommunikation** rund um Pandemie/Impfen und Erarbeitung umfassende Empfehlungen
→ Ziel: ähnliche Qualität und Erfolg wie Anti-HIV Kampagne „Gib Aids keine Chance“
7. **Wertschätzung und Respekt durch Gesellschaft/Regierung** müssen hörbar und explizit belohnt werden
→ Politik muss den einzelnen Menschen als systemrelevant ansehen, nicht vermeintlich systemrelevante Banken retten

20

DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

(A) 5番目には、総合医なしで様々な分析をしたということが書かれているのか。
(C) 主には政府の専門家委員会に総合医の代表が入っていなかったということが書かれている。

(B) 9割の患者を診ているかかりつけ医たる総合医が専門家委員会に入らないというのはおかしい。

(ヴァイゲルト) この背景には長い歴史がある。他の状況でもこういうことは起きている。バイアー氏が言ったようにパンデミックに際し私たちは強く結束したことで、最終的に患者のために私たちがしなければならないことについての話し合いのプロセスには参加すべきだ、と声を大きく上げることができた。専門家委員会のメンバーの構成には不透明なものがある。私たちは透明性を求めた。Hausarzt の団体として私たちは、総合医療に関することについては今まで以上に耳を傾けてもらえるようにするために闘っている。というのも専門医、または病院で診てもらった患者も最後にまたか Hausarzt に戻ってくるからだ。

(バイアー) 特定の分野での専門化を進めることで社会の問題を解決できると信じていることが問題だ。それが正しいことも確かにあるが、特にパンデミックといった医療の基礎の部分機能がなくなる危険があるような場合、かかりつけ医・総合医の視点を考慮するのは重要である。医療においてはいまだに特定の分野に集中する専門性重視が続いていることから、専門家委員会においても実務家というよりも専門家が選ばれる日々の医療において本質的なことが忘れられがちだ。

(B) 日本では医師会の理事は専門家会議には入っていた。ただし意思決定は主に3つのセクターが行っていた。ウイルス学者、統計学者、WHOの元関係者だ。彼らが専門家会議を仕切っていた。私は、それは間違ったことだと思っている。家庭医協会は専門家委員会に入らなかったということだが、保険医協会や医師会も入らなかったのか。

(ヴァイゲルト) 入っていなかった。

(バイアー) ただし州レベルでは専門家委員会に入っていた。ドイツの医療は州レベルで決める部分も大きい。私もバイエルン州の専門家委員だった。そこには保険医協会、医師会の代表もいた。ただし連邦レベルでは入っていなかった。

(B) それはとても奇妙だ。

(ヴァイゲルト) 影響を及ぼすことをずっと試みていたが、当時のシュパーン連邦保健大臣の下では容易ではなかった。ドイツの専門家委員会にも、ウイルス学者や統計学者はいた。

ただし、かかりつけ医の代表と並び、公衆衛生の代表もいるべきなのにいなかった。人々を自宅で隔離するというのは医学を超えたテーマでもあるにもかかわらずだ。日本と同様に非常に狭い範囲の専門分野にのみ焦点を置いていた。

(バイアー) 国の構造の枠外のところで、毎週のように情報提供または構造に関する提案などを総合医に対してしていた。総合医個人は自由に行動を決定できるものの、多くの点について私たちの方で事前に定めて提示した。そういった活動によりかかりつけ医や家庭医協会への社会の評価は高まった。

(A) 社会が専門化する中での基礎的な部分の強化をしたというが、それをしたということか。

(バイアー) その通りだ。

ドイツ-6-1 応接録：ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会
(Hausärzterverbandes Berlin und Brandenburg)

2023年6月5日

ヴォルフガング・クライシャー (Wolfgang Kreisler)：会長

マリオ・フィリップス (Mario Phillips)：総合医

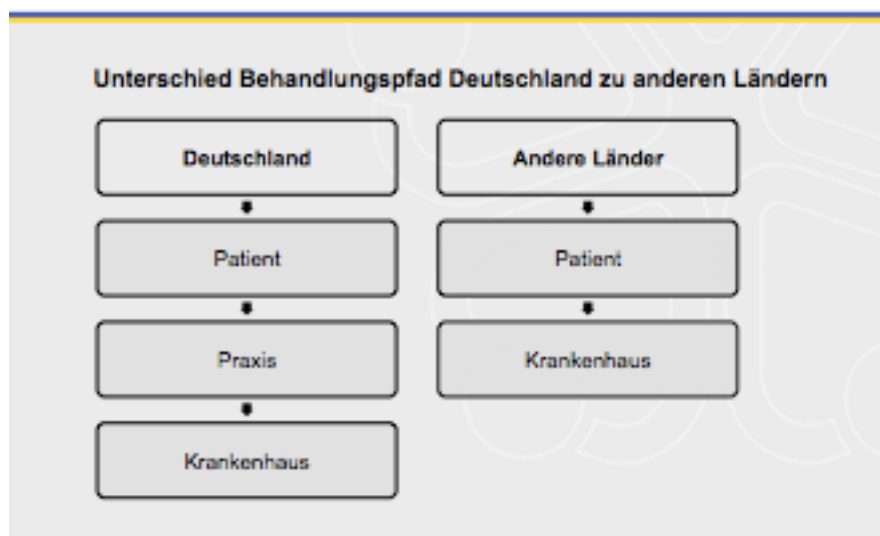
<要約>

- ドイツ国民は、医療機関での診療が必要になれば、まず Hausarzt を受診する人が多い。
- ドイツの9割の総合医がコロナ診療に携わった。
- 入院させるべき患者を入院させることができず、在宅で診療せざるを得ないという状況は生じなかった。
- 2023年3月までに、25万人の集中治療患者が発生したが、それらが在宅医療にあふれることはなかった。
- 診療するために必要な情報は、ロベルトコッホ研究所をはじめとする政府機関から適切に提供された。
- ドイツの開業医がコロナを診療したのは、それが義務であったからではなく、それが責務であったからであり、また患者も Hausarzt を信用していたからだ。
- ドイツでは在宅死がタブー視されており、病院で死を迎えることが多い。
- Hausarzt の機能として、過疎地では妊婦も診察するが、都市部ではそれは専門医が診る。

(クライシャー) ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会は1200人のメンバーを抱えている。後から皆さんが行く保険医協会や医師会は強制加入だが、こちらは任意加入制である。午前中に皆さんが訪問したビュルガーさんは私たちのメンバーである。皆さんからドイツではなぜパンデミック対応がよかったのか、というような質問をいただいた。まずスライドで体系的に説明する。まず、他国と比べ何が違ったのか。ドイツが他の全ての国と異なっていたわけではないが、Hausarzt (かかりつけ医)²²⁶が殆んどいないという意味で対極にある

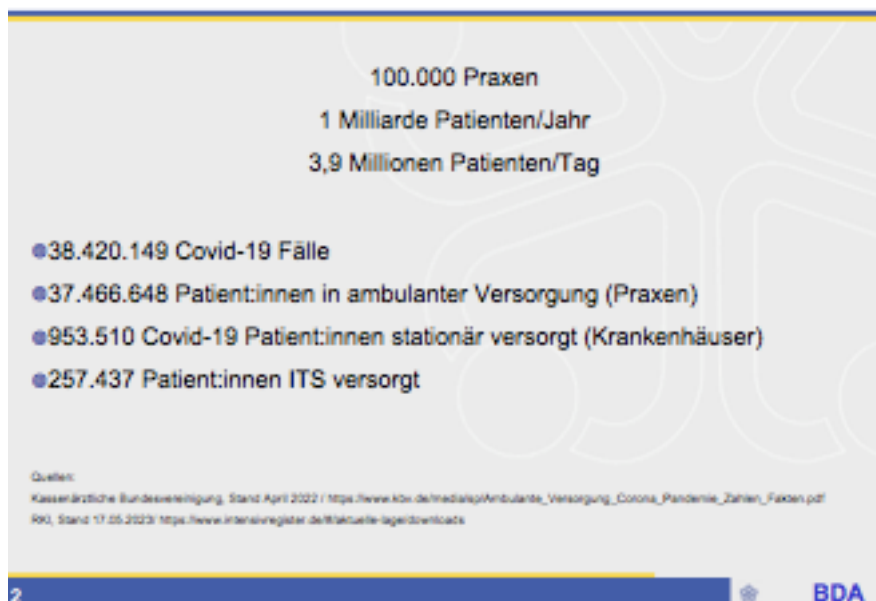
²²⁶ Hausarzt は“haus (家の) + “arzt (医師) “という構成をしていることから、直訳すれば「家庭医」となる。しかし、ドイツにおける Hausarzt は原則的には需要計画に基づいてかかりつけ医機能を担うことが期待された職種という意味において使われている言葉である。そのため、本稿においては「かかりつけ医」という訳語をあてる。その一方で、家庭医協会 (Hausärzterverbandes) は家庭医中心医療制度 (Hausarztzentrierte Versorgung) の促進を目指している。家庭医中心医療制度は、イギリス型の GP 制度のような登録制とゲートキーパー機能を備える制度であり、ドイツにおいてもこれを患者と医師の双方の任意の契約に基づいて選択することができる。話者がこの家庭医中心医療制度の Hausarzt と発言している場合は、「家庭医中心医療制度の Hausarzt」と訳することとする。

イタリアと比べてみたい。



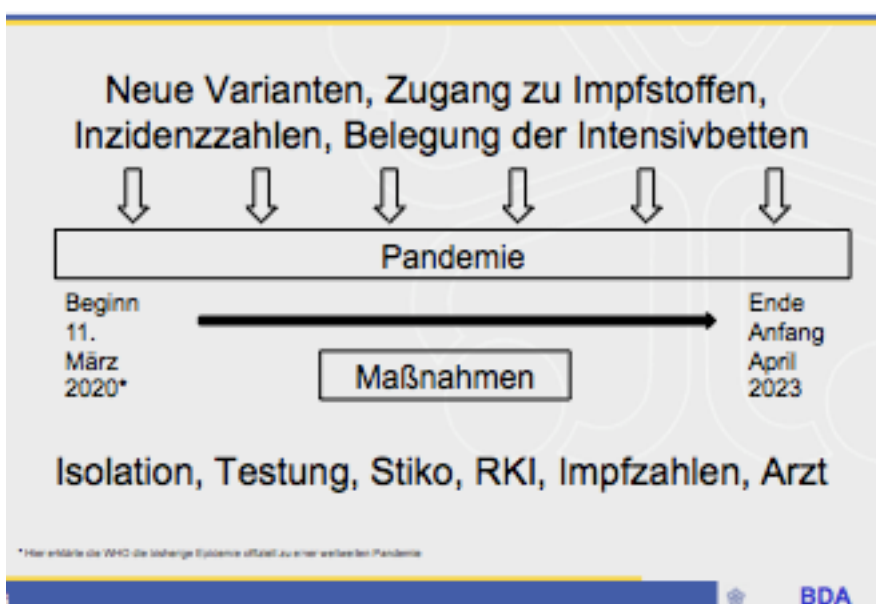
図の右がイタリアだ。病気になったら即病院に行く。イタリアでは、当初まだコロナがどんな病気なのか分からなかったこともあり、患者はマスク等の防護具をつけずに病院に行った。図の左はドイツまたはオーストリアだ。病院の前段階で診療所に行くことができる。ドイツにも直接病院に行く人はいるが、大半は自分のいつも行っている医師のところへ行く。患者が家庭中心医療制度の Hausarzt に行くのは自由意思によるものであるが、図の右のようにならないように、患者に義務づけることが望ましい。直接病院に行くと窓口払いを増やすといった方法もあるが、うまくいかないので、他の方法で患者の流れを制御するしかない。

Eckdaten zu Covid in Deutschland seit Ausbruch 2020 bis heute



いくつかの数字を紹介する。ドイツには約 10 万の診療所がある。1 日 390 万の診療が行われている。患者と医師の接触の数は 1 年で約 10 億回になる。もし開業医がいなければ述べ 10 億人の患者が直接病院に行ったであろうことを意味する。2020 年以降現在に至るまでに 3842 万の COVID-19 が確認された。外来で診療したのが 3746 万人。病院に入院したのは約 100 万人だ。ほとんどを診療所で診たことになる。25 万 7 千人は集中治療を受けた。他の国の数はわからないが、イタリアの入院数はこれより多かったことだろう。

Ereignisse in Deutschland



ドイツでは2020年3月11日にパンデミックが始まり、公式には2023年4月初めに終わった。この間何があったか。感染者は増加する一方で防護具が足りなかったり、新しいワクチンが完成したり、病床が混んだり、新しい変異株が発生したりなど、様々な出来事があった。そういったことに対して様々な政治的・行政的決断が下された。例えば隔離や検査について、またワクチン接種に関してはSTIKO(予防接種常設委員会)が次々に新しい勧告を出した。そして様々な衛生対策も講じられた。その結果集中治療患者数は25万7千人にとどまった。外来で扱ったのは軽いケースだけではなかった。COPDや喘息の患者には定期的に酸素濃度を測定しなければならなかった。私たちは、病院に患者が行かないよう、高い障壁になっていた。ドイツは幸運なことに効果的なワクチンを手に入れることができた。接種に関しては連邦保険医協会からも話があるだろうが、50%のワクチン接種は病院ではなく診療所で行われた。診療所の他、接種センター、薬局、獣医等でも接種を行った。1週間に500万の接種を行ったこともあった。こうして病院の負担を軽減した。ドイツでは病院で感染するというケースは殆んどなかった。

(A) なぜか。

(クライシャー) 誰もが病院に行くようなことがないように、診療所の方で気をつけたからだ。

Ereignisse in Deutschland



➤ PRAXEN ALS SCHUTZWALL
ENTLASTUNG DER
KRANKENHÄUSER

19 von 20
COVID-19-Fällen
wurden von
Niedergelassenen
behandelt.
Februar 2020 –
März 2022

PRAXIS

KRANKEN
HAUS

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand: April 2022

5 BDA

私たちは良い外来制度を持っていることを誇りに思わねばならない。中国やタイ等では病院が一杯になっていると聞かすが、大きなパンデミックにならないことを願う。ドイツでは新しいパンデミックに関する法律ができ、多くのことを連邦政府が決定できるようになった。州政府や州議会がいちいち決断をしなくてもよくなった。私からの説明はこれで終わりだ。質問があればどうぞ。

(D) 病院と診療所の役割分担は上手くいっていたようだが、それでも病院で従来行っていた入院治療が影響を受けたことはあったのか。

(クライシャー) もちろん病院にも影響はあった。例えば延期可能な手術は延期した。背景には、人員が足りなかったということ、患者をリスクに曝したくなかったということがあった。

(A) ドイツは9割の総合医²²⁷がコロナ患者の診療をしたという。これは高い割合だ。日本にもイギリスにも得体の知れない病気ということから診療を拒んだ医師もいたが、ドイツではどうだったか。

(クライシャー) そういったケースもあったとは思う。ただ、一般にはそうではなかった。その逆で、パンデミックであることを信じようとせず、マスクもせずに診療する医師も何人かいた。

(C) 日本では2021年8月、35万人が重症でも入院できず在宅で治療を受けた。そういったことはなかったか。

(クライシャー) なかった。

(C) 日本では地域の開業医が重症の患者も含めてかなり診て、病院でも診たが診きれなかった。在宅で看取りもした。

(クライシャー) 酸素治療もしたのか。ドイツは病院に送った。ベッドはあったから。ドイツの病院はイタリアの患者を受け入れたりもした。先ほど示したように集中治療の患者はそれほど多くなかった。

(C) 25万人というのは多くないのか。

(クライシャー) 多くない²²⁸。危険だったのは高齢者施設でのクラスターだった。しかしながら全国どこでも起きていたというわけではなく、ちらほらあった程度だった。

(A) 高齢者施設でクラスターがあると医師が出向いたのか。

(フィリップス) ドイツでは、介護施設と特定の総合医との連携を促進する制度があり、それを適用して施設にとってのかかりつけ医としているところがある。クラスターが起きたエ

²²⁷ 本稿では、医師の役割や性質に着目して言う場合には、「総合医」という訳語を選択する。

²²⁸ ECMO ネット (<https://crisis.ecmonet.jp/>) によれば、日本では、2023年3月末までの期間に人工呼吸管理及びECMOの延べ患者数は1万1000人程度であった。ECMO ネットが全数調査ではないことを考慮して比較しても、人口8300万人のドイツにおいて、同期間で25万人の集中治療患者が発生したことを「多くない」と評価することは、それ自体が特徴的である。その一方で、日本では7万4000人が死亡しており、集中治療を経ずに死亡した患者が多かったことを示している可能性がある。ドイツの死亡は17万4000人であり、集中治療の患者数よりは少なくなっている。

リアを隔離するといった管理は、担当のかかりつけ医が行った。2020 年末にワクチンがドイツに入ってきた。その後、施設に「接種の日」というものを設けて、かかりつけ医たちが診療所のスタッフたちとともに入居者に接種をしに行った。それによって次の感染の波が押し寄せた時も、ひどい状態になることはなかった。

(D) ほとんどの総合医がコロナ対応をした。そうすると感染対策をしなければならなかったはずだ。そういう助言は誰がしたのか。

(クライシャー) しっかりした情報の流れがあった。第一の情報源はロベルトコッホ研究所だった。STIKO、連邦(保健)省、連邦保険医協会、また私たち医師の職能団体も提供した。例えば何歳からワクチン接種ができるだとか、リスクの高い患者とは誰だとかの情報だ。

(D) ガイドラインがあったのか。

(クライシャー) ガイドラインというよりも、勧告が出た。ただし研究結果が揃っていない時点で勧告を出さなければならず、人々が受け入れることを難しくした。

(フィリップス) ワクチンが足りなかった頃は、これら情報や勧告に基づいて、年齢や既往症等に応じて診療所のスタッフとともに患者のリストを作りトリアージをしたこともあった。脆弱な人々を守るためにだ。

(クライシャー) 医師は自ら接種を受ける前に高齢者に接種をしていた。

(A) ほとんどの総合医がコロナ診療をしたということだが、これは罰則があったからか、使命感からだったのか。

(クライシャー) 私たちの役目だからだ。

(A) ドイツは登録制ではないけれど、訪れた人を皆診たということか。

(クライシャー) そうだ。ただし、コロナ患者とそうでない患者が混ざらないように、診療時間を分けた。

(D) そうするようにどこかから指示があったのか。

(クライシャー) 連邦保険医協会だとか、家庭医協会だとか、様々なところが勧告した。

(A) 計画配置によって全国に万遍なく総合医がいるという。日本は自由開業なので医師が都市部に偏る。

(フィリップス) 都市部の医療供給は大概良好だが、過疎地は難しい状況にある。需要計画はあっても、どこで働きたいかは医師が決断できるからだ。もう1つ重要なことがある。多くの人が家庭中心医療制度としての Hausarzt に信頼感を抱いていることだ。接種に不安を感じていた時などは、家族全員の相談窓口となった。

(C) ドイツは在宅医療があまり進んでいないような印象を持つ。信頼されている総合医は、在宅で最期まで患者を診るか。

(クライシャー) おそらく日本と社会の考え方が違うのだと思うが、ドイツでは家での死はタブーである。家族たちはよりよい医療を求めて病院に入れたがる²²⁹。

²²⁹ ドイツでは一般に死亡場所の約半分が病院であるとされている。複数のデータによると、在宅は2-3割

(C) 85歳以上になると治療計画が合わなくなるが、どうしているのか。

(H) 治療計画とは疾病管理計画のことか。

(B) ここではガイドラインのことだ。

(クライシャー) ガイドラインではないが指針はある。医師個人の裁量が大きい。

(C) 今のところは病気になったら全員病院に行きましょう、とうことなのか。

(クライシャー) 重い病気の場合はそうだ。複数の診療科に行き検査をするといったことを要求できないような患者の場合は、病院に行かせる。一度に全検査ができるからだ。

(C) 治療の可能性がないとなったらどうするのか。

(フィリップス) 高齢者施設では手続きが容易である。知的能力に問題がなければ、そして家族がいれば家族と共に、事前指示書を用意し、人工栄養や延命治療措置をしたいかを尋ねる。多くの総合医は終末期もしくは緩和医療も行う。ただしガンなどの難しいケースはそれ専門のチームが在宅でも緩和医療を提供する。

(A) 日本のような計画配置の無い自由開業医制をどう思うか。イギリスのような登録制をどう思うか。

(クライシャー) 例えば放射線医のようなドイツでは人数が少ない専門医は有意義な場所に配置すべきであろう。ドイツのような計画配置制度であろうと、イギリスやスウェーデンやデンマークのような登録制であろうと、それはどちらでもよいと思う。

(A) でもそうしたら医師は都市部に集中する。

(クライシャー) それはよくない。

(A) やはり計画はあった方がよいということか。

(クライシャー) 私が言いたいのは、計画は重要だが強制はよくないということだ。計画が全くなかったら皆シャルロッテンブルク (ベルリンで人気のある区) に行ってしまう、マルツァーン (貧困層が多い区) には誰も行かないだろう。

(フィリップス) ベルリンの KV (保険医協会) も、医師が少なすぎる地域では開業促進策を

程度である。ドイツのある地域を対象とした調査(Dasch/ Zahn)によると病院・自宅での死は減少傾向にあり、介護施設や緩和ケア施設での死が増加傾向にある。(Dasch B, Zahn, PK. : Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life-analysis of death certificates (2001, 2011, 2017) and pseudonymized data from selected palliative medicine consultation services (2017) in Westphalia, Germany. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 331-8. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0124) 一方、日本では、2021年度の人口動態調査 (https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&tclass4val=0) の「死亡の場所」にかんする統計を確認すると、「介護医療院・介護老人保健施設」及び「老人ホーム」を合わせると13.5%、「自宅」は17.2%となっている。

講じ、医師をある程度分散させようとしている。経済的誘導で促進する。

(クライシャー) やはり自由意思が大切だ。先ほど話が出たように、信頼関係が大切だと思うからだ。

(D) かかりつけ医としての Hausarzt というのはどういう能力を持った人なのか。先ほど訪ねた Hausarzt は、小児科はしておらず、10 歳以上から 90 歳代までを診ていると言っていた。ペインクリニックを専門として神経ブロックもやっている。例えばかかりつけ医は妊婦さんも診るのか。ベースとして求められる能力が何で、サブスペシャリティーとして何ができるのか。

(クライシャー) 難しい質問だ。基礎の部分は、総合医の専門医教育規則を見ればわかる。ちなみに田舎では妊婦さんも診るが、ベルリンのような都市では診ていない。

(A) 総合医の専門医と内科専門医がかかりつけ医になった場合、診療報酬上の差はないのか。

(クライシャー) ない。

(フィリップス) 私は内科医だが、内科専門医ではなくかかりつけ医になることを決めて、かかりつけ医として開業している。私はまたリウマチの専門医でもあり、リウマチの患者も診療でき、薬も処方できる。しかし、かかりつけ医として十分な数の患者を持つことが必要だ。だから介護施設の患者の診療もするし、往診もするし、大部分の患者には基礎的医療²³⁰を提供している。一方、数は少ないが内科専門医的な治療もできる。リウマチ専門医というのは内科の追加的な資格だ。ビュルガー医師がペイン治療もしているように、私はリウマチ治療もしている。

²³⁰ 総合医医療ないしはプライマリ・ケアを意味していると思われる。

フランス-1-1 応接録：ジルベール教授

2023年6月7日

Prof. Serge Gilbert : パリ・シテ大学

<要約>

- 最初の頃はPPEの不足が深刻だった。
- 政府が診療所への受診をしないように指導し、救急車を要請する番号に電話するように通達したため、救急の電話がパンクした。
- マスコミが恐怖心を煽りすぎ、対応があげさなものになった。
- かかりつけ医 (médecin traitant) がコロナ診療の前線に最初から立って、診療に参加するべきだった。
- ワクチンについては、診療所に配分されたのがアデノウイルスベクタータイプしかなく、希望者が少なかったことから、診療所での接種は進まなかった。

(ジルベール) コロナ禍での外来、開業医の役割についてお話する。

Japan Medical Association



Le Médecin Généraliste face à la crise sanitaire Covid-19 en France

Paris le mercredi 7 juin 2023

Pr Serge Gilbert (Université de Paris Cité)



この写真に写っているのは私だが、これは一番最初の時ではない。最初は、これすらなかった。

L'expérience de la COVID-19



2

初めのうちはマスクのストックが全くなかった。この頃政府は、マスクは必要な、感染対策には悪影響だとさえ言った。ところが、ストックが豊富になってくると、今度は、マスクは絶対必要だと言い出した。ちなみに、以前 H1N1 の流行が起こった時にはマスクのストックは十分あった。その時の経験から、マスクの有効性については明らかになっていた。にもかかわらず、コロナが始まった時には、マスクは必要ない、感染はマスクでは防げないと言って、国民にマスクをしないように提言した。

Dans la plupart des pays développés les soins primaires n'ont pas été spontanément intégrés

EDITORIAL

COVID-19 and Primary Care: Taking Stock

Trisha Greenhalgh

University of Oxford, Oxford, England

Ann Fam Med 2023;25(1):1. <https://doi.org/10.1370/afm.2935>

The Lancet Commission report on COVID-19 recently described a "staggering" death toll (approaching 7 million at the time of writing)¹ and declared the pandemic response "a massive global failure at multiple levels."² How did this tragedy happen—and to what extent did primary care help or hinder?

There is no simple answer to that question, partly because at the outset, policy makers and planners in many (though not all) settings failed to recognize or factor in the potential contribution that primary care could make, and partly because researchers have to some extent overlooked the opportunity

demonstrated that the better a country's PCAT score, the better its health outcomes and the lower its costs. Small wonder that this paper has been cited over 5,000 times to support the argument that whatever the country, disease, demographic group, or policy under question, "strengthen primary care" is often a good answer.

It is tempting to hypothesize that, all other things being equal, settings with strong primary care systems will have weathered the pandemic's impact better than those without. This hypothesis is untestable, of course, since all other things were not equal. Countries—and often regions within countries

Dans « le feu de l'action » les décideurs et les planificateurs dans de nombreux contextes (mais pas tous) n'ont pas reconnu ou pris en compte la contribution potentielle des soins primaires.

3

この頃もう 1 つ政府が国民に言ったことは、街の診療所に行かずに、誘導に従って、専門の病院に行くようにということだった。そのため、病院がオーバーフローした。

Une absence d'équipement

- L'enquête confirme le manque de matériel dont disposent les médecins généralistes pour faire face à l'épidémie
 - 21 % disposaient de surblouse
 - 26 % de lunettes de protection
 - 14 % des médecins généralistes déclaraient ne plus disposer du moindre masque à leur cabinet.



4

防護具がなかったことを象徴的に示す調査結果がある。一般開業医のうち、ガウンを持っていたのは21%、ゴーグルは26%だった。そして14%が、マスクが底をついたと回答した。私の勤める診療所には、幸いにしてまだH1N1の時のマスクのストックが残っていた。これに加えて、1月の中国の状況等から、流行がフランスにも来ると考え、その段階で、マスク等の防護具のストックを始めていた。そのため、私の診療所には比較的ストックがあった。そして、歯科医が診療所を閉めさせられたので、歯科医からガウンやキャップ等の提供を受けた。そして、病院ではそのようなオーガナイゼーションがなかったので、ゴミ袋を使った。

« N'allez pas chez votre médecin traitant : appelez le 15

Malgré les consignes, la médecine libérale doit de plus en plus affronter la maladie dans les régions les plus concernées.

La consigne a été dite et répétée: si vous êtes souffrant et pensez être atteint par le nouveau coronavirus, n'allez surtout pas chez votre médecin traitant, appelez le 15! Pourtant, avec le nombre grandissant de cas dans le pays, la médecine libérale est de plus en plus confrontée à la maladie. Au point que dans les régions les plus concernées, les médecins généralistes se disent entrés dans une phase 3 qui ne dit pas son nom. L'objectif des phases 1 et 2 du plan pandémie est de contenir au maximum la propagation du virus, en limitant sa circulation dans les salles d'attente des cabinets médicaux en ville. D'où la mise en place d'une filière dédiée, via le 15.

Par Vincent Bordenave
Publié le 08/03/2020 à 22:26, mis à jour le 09/03/2020 à 08:36



"S'il y a une leçon à tirer de cette crise, c'est que la médecine générale n'a pas été assez mise au coeur du dispositif. L'erreur, liée à l'angoisse, c'est d'avoir dit aux malades de ne pas aller chez leur généraliste et d'appeler le 15", juge Karine Lacombe. #Covid_19 #DirectAN



5

そして、最初のうちは政府が、「まず 15 番 (救急の電話番号) に電話をして、その指導

を仰いで受診行動を決めてください」と言ったため、15 番に電話が殺到し、パンクした。そして、病院もオーバーフローしたため、症状がある患者の行先がなくなった。そして、そのような患者が私の診療所まで電話してきた。そのような状況となったため、これは対応しない訳にはいかない、ということでテレコンサルテーションを始めた。スライドの左側の文書は、そのような政府の通達の内容を伝えるメディア報道だ。15 番に電話せよというのはいいが、特に問題だったのは、医療機関に行くなと言ったことだ。それが私たちは今でも間違いだったと思っている。なぜなら、このような通達が出たときに、コロナ感染者のほとんどが軽症だった。にもかかわらず、そういう指示を出したことに大元の間違いがあった。しかし、Dr. Lacombe という有名な感染症の医師がこの政府の方針を否定し、この通達は間違いだったとすぐに認めた。そして、あなた達のかかりつけ医 (médecin traitant) を受診するようにと言った。2020 年 6 月にこの発表がされた。したがって、3 月が大変だったが、6 月に委員会でそのような方針の撤回があった。もう 1 つの問題は 15 番の救急電話がパンクしたために、心筋梗塞等の重症疾患の電話もかからなくなってしまったことだった。

La grande majorité des patients ne relevait pas de l'hôpital

- Est-ce que les décisions du ministère de la Santé en matière de prise en charge des patients au début de l'épidémie n'ont pas été un peu trop centrées sur l'hôpital ?

Cela a été plus que trop centré... mais contre cela, c'était difficile de lutter et on voit bien que la crise Covid ne fait que pointer du doigt et mettre une loupe grossissante sur cette absence d'organisation des soins de santé primaires, de méconnaissance même de leur rôle et cette dissociation de ce qui devrait être un continuum entre les soins de santé primaires, les soins secondaires, les soins tertiaires, le CHU mais aussi l'hôpital au sein du système de soin et non pas le noyau du système. On voit bien que l'hôpital

L'interview de la semaine

Pr Pierre-Louis Druais : «La Covid est une maladie de médecins généralistes !»

Par **Thierry Borsa**



6

また、マスコミの報道の仕方も、非常に怖い病気だというふうなものだった。実際には、大変のケースが軽症で済み、病院での診療が必要なかったということが後でわかったが、最初の頃はまだわからなかったということもあり、そのようなオーバーリアクションがとられた。そのような恐怖心から、政府をはじめ、全てがオーバーリアクションをすることになった。

(E) それは後で言えることで、当時は分からなかったのではないか。

(ジルベール) いや、臨床医であれば初期の段階でわかった。

Les médecins généralistes se sont organisés pour faire face à l'épidémie

- La grande majorité des médecins généralistes (71%) se sont organisés pour faire face à l'épidémie en :
- mettant en place des espaces dédiés lorsque cela était possible (80 %),
- ouvrant des plages de consultations dédiées au COVID (76%),
- augmentant le temps consacré à répondre à leurs patients par téléphone (86 %),
- augmentant le nombre de téléconsultations (28%).



政府が診療所に行かないように通知を出したため、診療所自体を閉めたかかりつけ医（médecin traitant）もいたが、71%は引き続き診療を続けた。そのための工夫として、80%の診療所は、発熱外来の時間枠を設けた。また、電話、オンライン等によるテレコンサルテーションを実施した者もあった。コロナのおかげでフランスのオンライン診療はスタートしたといっても過言ではない。最初のうちはまず電話だった。そのあと徐々に、オンラインのビデオ診療を行った。その後、さらに政府が社会保障保険から 100%のカバー率で、オンライン診療も認めることとしたため、一気に進んだ。

(A) どれぐらいの医者がやったのか。

(ジルベール) ほとんどの医者が参加した。特に 2020 年 3 月はほとんどがテレコンサルテーションだった。

Réorganisation des cabinets de Médecine Générale



Prise en charge pluridisciplinaire en soins primaires, les CPTS

8

2020年3月の段階では遠隔聴診器や遠隔 SpO2 等は使えなかった、そのためビデオ診療といってもモニターの前に医者がいて問診をする程度のことだった。そのため、酸素飽和度もわからなければ、聴診ができる訳でもないで歯がゆい診療となっていた。そのため、徐々に対面診療がまだ増え始めた。しかし、最初のころは、ビデオだけでなんとかやっていた。これに加えて、ロックダウン中は、医療機関への受診は許されていたものの、心理的な抑制が働いて、受診数がかなり減った。そして、スライドは、事後的に行われた15か国での調査²³¹だが、どの国もうまくいっていない、どの国もそのような感じでなんとかしのいでいたという実態を反映したものだ。成功例というのは先進国の15か国にはなかった。CPTSが4年ほど前から政府の提唱で始まり、そこではGPだけではなくナースや薬剤が主体となるプライマリ・ケアが行われている。このような多職種ケアセンターが素晴らしい仕事をしてくれた。4年前に作られて、まるでコロナの為に作られたようだった。このCPTSにマスクを供給し、検査資材を供給し、ワクチンを準備し、コロナセンターにしていた。そのように医師がおそれを持つだけでなく、患者が怖がって診療所に来なくなり、どこの診療所もほとんど患者がこない状態となった。しばらくして、政府は診療所を受診するように方針転換したが、そのあともすぐには患者は戻ってこなかった。このような中で2つの問題が起こった。1つは受診機会が減ったことで、重大な疾患の発見が遅れた患者が出たこと、もう1つは、慢性疾患が重症化した患者が出たことである。このことが論文^{232,233}で発表されている。

次に情報の整理についてお話しする。まず、コロナになって、行政等から実に様々な文書

²³¹ <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01413-z>

²³² https://www.researchgate.net/publication/363528751_INCIDENTS_DE_SECURITE_DES_PATIENTS_PENDANT_LA_PERIODE_DE_CRISE_SANITAIRE_EN_FRANCE

²³³ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2021.1945029>

が毎日発出された。しかも、ほとんど読まれないような10頁の通達なども発出された。そのようなものは現場の臨床医は読まない。しかも、その発出される通達同士の間には整合性がなく、ごちゃごちゃになっていた。そこで、これではだめだということで、CORONACLICという、前線の時間のない総合医（médecin général）が必要とするだけの情報を提供するサイトを作ったら、1日に200万アクセスが集まった。特徴は、内容が短く要約されていることだ。そして、行政も、こちらのサイトの運営者に情報を送ってくるようになった。

24/03/2020



La communication grand public

Contrepoids audiscours anxiogène



12

そして、メディアが感染したら死ぬような報道をしていたことも問題だった。毎日、ヘリコプターからの映像を使ったりして、どこに何人運んだというように、コロナのニュースしかやっていなかった。そのおかげで、一般市民は強い恐怖を持つことになった。これはマスコミによる扇動だった。そこで私がテレビに出て、確かに感染対策は大事だが、そんなにマスコミが騒ぐほどの病気ではないということを現場から伝えた。

Contribution aux réponses rapides de la Haute Autorité de Santé (HAS)



次にフランスの HAS について説明する。これは医療に関する、ガイドライン等を定めている。しかし、これも冗長で読みにくいものが多かったので、私たちは、Q&A 形式に要約した形でわかりやすくしたものを公表した。これは *médecin général* の為に作ったが、*médecin général* だけで作るのではなく、感染症学会、呼吸器学会、集中治療学会からも協力をいただいた。したがって、分かりやすさだけでなく、医学的にも内容が保障されたものとなっている。

また第2波になったころには、PPE も検査資材も十分供給されるようになるのに加えて、ワクチンも登場した。この頃の話をしよう。まず、検査資材が無料で診療所に供給された。そのため、どれだけ検査をしても患者の自己負担もなければ、医療機関としても支出がなかった。そして、ワクチンについては、薬局及び薬局薬剤師が活躍した。さらに CPTS がコロナセンターに変わり、そこで検査が行われた。検査は臨床ラボや診療所で行われていたが、もう少し後になると自己テスト、つまり自分で購入し自分で行うということも導入された。



Quatre fiches pratiques du CMG pour la vaccination

29 avril 2021

Les médecins généralistes restent des acteurs importants de la vaccination contre la Covid-19

Centres de vaccinations de proximité, vaccination au cabinet, « vaccinodrome » : les médecins généralistes se sont impliqués sans compter pour favoriser la couverture vaccinale malgré les ruptures d'approvisionnement et la multiplication de l'offre de lieux de vaccination.

Les centres de vaccination proposent à une partie de la population d'accéder au vaccin, mais ils ne permettent pas de toucher les personnes les plus isolées, vulnérables ou hésitantes que les médecins généralistes rencontrent tous les jours dans leurs cabinets. Ils pourraient les vacciner s'ils pouvaient disposer de tous les types de vaccin et ainsi améliorer plus rapidement la couverture vaccinale.

La mise à disposition du vaccin Moderna® en ville sera une première étape. Il serait nécessaire de pouvoir aussi obtenir le vaccin Comirnaty® (Pfizer) dans les cabinets.

Dans cette perspective, et pour les aider dans leur mission d'information et de vaccination, le Collège de la Médecine Générale met à disposition des médecins généralistes trois nouvelles fiches pratiques, ainsi qu'une mise à jour de la fiche AstraZeneca®.

- Pratiquer la vaccination contre la Covid-19 avec le Vaccin Moderna®
- Pratiquer la vaccination contre la Covid-19 avec le vaccin Comirnaty®
- Pratiquer la vaccination contre la Covid-19 avec le vaccin Covid-19 Vaccine Janssen®
- Pratiquer la vaccination contre la Covid-19 avec le Vaccin AstraZeneca®



16

2020年12月にはワクチン接種が始まるということになり、それに向けて総合医（médecin général）向けにどういう人に接種すべきかを記した説明書の準備をした。そして、実際の接種が2021年1月から2月にかけて始まった。ただし、問題があり、診療所にはアストラゼネカの腺ウイルスをベクターとしたワクチンしか配分されなかった。これは、高度の低温装置を要しないものであったためだ。ファイザーやモデルナの mRNA ワクチンは大規模接種会場にしか配分されなかった。多くの患者は、mRNA ワクチンを希望したので、診療所での接種は進まず、アストラゼネカのワクチンは宝の持ち腐れとなった。また、アストラゼネカのワクチンは1アンプルが10人分に相当する量であったため、10人の患者がそろわないとそのアンプルを切れないという問題があった。10人単位の接種希望者をそろえることは診療所にとって簡単ではなく、それをするためには、多くの患者に電話で声掛けをしなければならなかった。このような負担があったため診療所での接種は進まず、薬局等での集団接種に任せるようになった。

L'implication des généralistes

Dans les cabinets

- **Dépistage**
- **Vaccination**
- **Prise en charge des patients**
- **Amont et aval de l'hôpital**

Dans les territoires

- **- Centres de vaccinations**
- **- Centres de dépistages**
- **Collaboration des professionnels de soins primaires**
- **Rôle hétérogène des CPTS**

17

そして、我々町のかかりつけ医 (médecin traitant) が何をやったかということだが、検査、一部のワクチン、軽症患者への対症療法に加えて、病院の病床がひっ迫した際に、本来であればまだ入院すべき状態で退院せざるを得なかった患者の退院後フォローを行った。

(D) 在宅での酸素投与も行ったか。

(ジルベール) それは数としては多くない。最初、在宅での酸素投与の話が出たときには、専門医側から、médecin général にはそれはできないという反対意見が出た。しかし、病院のひっ迫が進むと、今度は médecin général も医者なんだからできるはずだ、という議論がされるようになった。そういう中で、SpO₂ のモニタリングを行いつつ酸素投与を médecin général に任せざるを得ない、となった時に、政府の保健省が médecin général 向けの再教育ツールを作った。しかし、知識として médecin général がそれを知らないという訳ではなかった。また、フランスではワクチンセンターの医師報酬がかなり高く設定されていた。そのため、診療所の開業医は、自分の診療所を閉めてワクチンセンターでの業務に応募した²³⁴。

(B) 在宅入院はやったか。

(ジルベール) あまりされなかった。

(B) 在宅入院に関わった医療者に聞くとすごくやったというが。

(ジルベール) ICU での管理が終わった人は病院にいて、病院から出てきて在宅となれば、それはもう在宅入院というレベルの重症度ではなかった。メゾンドサンテなど、プライマリ・ケアのその他のプレーヤーとはよく共同した。その1つはCPTSだ。

(C) CPTS はパリにどれぐらいあるのか。

(ジルベール) パリの20区のうち半分ぐらいは、コロナの時にはできていた。

²³⁴ このような事情はイギリス、ドイツにおいても同様であったようだ。5月30日に訪問したNuffield Trustの報告、及び6月5日のドイツ連邦家庭医協会会長の講演の報告に同趣旨の証言がある。

Développer une stratégie nationale de recherche ambulatoire en période épidémique

- Participation à des réseaux et/ou essais
 - Covireivac
 - Essais thérapeutiques
 - Coverage
- Manque de données concernant les formes asymptomatiques ou pauci symptomatiques. Il aurait été possible d'avoir ces données si meilleure réactivité

Et réseau d'investigateur organisé

- Depuis collaboration de la MG avec l'ANRS MIE et P4DP

19

また、臨床検査や治験への参加も呼びかけられたが、あまり我々はこれに活発に参加しなかった。なぜならばそのプロトコールに二重盲検等の厳密なルールが規定されていたところ、目の前の現場に対応する中でその厳密なルールに沿うことができなかったからだ。また、フランスでは、ヒドロキシクロロキンという抗マラリア薬がコロナに聞くという都市伝説を流布したラウール教授という学者がいた。このディディエ・ラウールという人物は、フランスではかなり高名な感染症学者として知られた人物だった。そのため、多くの医療者がそれに影響された。そして、マクロン大統領までが彼の研究所に行き、これで治験をやろうと言いだした。我々は、それを冗談じゃないと思って見ていた。そのため、我々は治験を冷めた目で見ている。

(D) 近い状況としては、日本はアビガンがあった。アビガンについては、安倍首相が首相会見で言及してしまったので、マクロン大統領が騙されたのと同じような状況があった。

(E) 山中伸弥先生がアビガンについて果たされた役割²³⁵に似ている。

(ジルベール) そのように臨床検査であるとか、薬の効果については、先ほどのクロロキン以外にもエリスロマイシンなど様々な候補があった。今の反省点としては、無症状の患者も含めて、もっとデータを増やすために、ストラテジーを変えて、データベースをきちんと構築し、臨床検査センターと *médecin général* がより緊密に連携するべきだった。一緒にプラットフォームを作り、データバンクを共有して、やるべきだった。そうやってリアルタイムにデータづくりに参加するべきだったというのが反省点だ。

²³⁵ 2020年5月10日朝日新聞社説 <https://www.asahi.com/articles/DA3S14470582.html>

Bilan de la COVID: conclusion

- Pas d'anticipation du rôle des soins primaires
- Soins primaires sollicités quand l'hôpital «est débordé»
- **Capacité d'adaptation de la MG qui a tenu sa place !**
 - Déjà observé pour VIH, H1N1
 - Gestion des patients suspects et/ou atteints de COVID -19 en essayant de préserver le suivi des patients atteints de pathologie chroniques
 - Adaptation des pratiques (collaboration pluripro, Télémédecine, etc.)
- Pour l'avenir
 - Intégrer les soins primaires et donc la MG dès le début de la crise pour la réflexion stratégique
 - Renforcer la coordination et de la communication, à l'échelle nationale et locale

20

フランスの問題はいつも同じだ。大騒ぎはするが、冷静に構えることができず、大げさな対応をしてしまう。例えば我々の年代でいえば、HIV がやってきた時も同じ経験をした。H1N1 が来た時もそうだった。そんなときであっても、我々はネットワークを作って、コツコツと着々と地に足をつけて診療をしていた。やるべきことをやっていたら、大騒ぎする必要などない。オンライン診療というツールが今回新しく出てきたが、こういうものも取り入れつつ、何よりもプライマリ・ケアというものをちゃんとやって行くことが大事だというのが今回のコロナの経験を通した教訓だ。行政の人間にもこのことは説いた。

Recommandations d'un groupe de MG Francophone

Exercer

Éditorial
La première ligne et la crise de la COVID-19

Revue médicale suisse

Médecine de première ligne dans la gestion de la pandémie SARS-CoV-2: perspectives internationales

Louvain médical

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA GESTION DE LA PANDMÉ SARS-CoV-2: PERSPECTIVES INTERNATIONALES

フランス語圏同士の医師の連携というのがあり、メンバー地域はスイス、ベルギー、ケベ

ック、フランスになるが、各国における *médecin traitant* の役割を話し合った結果がここにある。そこでは、みな似たようなことを言っていた。やはり大げさに対応しすぎたとか、次回はデータ収集もできるようになろう、*médecin général* が最初から最前線に参加すべきだった、といったことだ。このフランス語圏の各国の中でも、比較的政府の政策決定機関等に食い込んでいたのはフランスの *médecin général* だった。以上になるが、質問をどうぞ。

(C) 在宅の制度はあまりうまく機能しなかったというのは、総合医 (*médecin général*) がその分を引き受けたので、制度としての在宅入院はそこまで必要なかったという意味か。

(ジルベール) 在宅入院は必要なかった。自宅に帰ってくる患者は、そこまでの重症ではなかった。我々は酸素飽和度が 95% 以下なら病院に転送していたので、中等症以上の患者は病院に入院させられることになっていた。また、今度退院してきた時には、ほとんどの人は、かなり回復しているから訪問看護を受ける程度で十分だった。そのため、在宅入院を要するまでの重症ではなかった。もし、もう少し医療密度の濃い対応が必要であれば、我々は在宅入院という選択肢ではなく亜急性期医療機関へ搬送していた。

(C) 日本では、原則入院の方針であったが、超高齢者の感染者が在宅にいざるを得ない状況が多数あった。この人たちの入院がなかなかできなくて、我々在宅診療医が酸素療法もコロナ治療も行った。したがって、我々はやらざるを得なかった。

(ジルベール) フランスでは、事実上、トリアージがあった。それでも、なんとかして病院がほとんどの患者を受け入れた。それに加えて、民間病院²³⁶も病床を開けてコロナ患者を受け入れた。さらに高齢者施設²³⁷も、自施設内で患者を留め置くように指示されたため、そこで治療が行われた。そのため、感染して重症化したまま自宅にいる超高齢者というのがほとんどいなかった。民間病院の役割が特に大きかった。

²³⁶ 民間急性期病院の報告を参照されたい。

²³⁷ 高齢者施設の報告を参照されたい。

フランス-2-1 応接録：民間急性期病院

2023年6月9日

A氏：Directeur Général

B医師：麻酔科部長

C氏：Directeur des partenariats

<要約>

- フランスには1000の公立病院、800の民間営利病院、100弱の民間非営利病院がある。
- 当初は公立病院のみがコロナ対応することになったが、その方針が打ち出されてから48時間後には民間病院でもコロナ対応することになった。
- 2020年2月25日にplan blancが東部フランスで発令され、3月13日に全国に拡大され、3月17日にロックダウンになった。
- 第1波では、Agence Régionale de la Santé (ARS、地方保健庁)が2割の通常診療を維持するように命じたため、8割の病床がコロナに転用された。
- フランスでは第1波のみが大変だった。
- コロナによって手術等の通常診療がストップしたが、疾病金庫から前年度の収益が保証されたため赤字にならなかった。
- コロナ後は看護師の大量離職が問題となった。

(A氏) フランスでの病院(hôpital)のカテゴリーは3つある。まず公立病院で、これが1000病院ある。次に民間営利病院が800病院ある。そして民間非営利病院が100未満ある。当院は民間非営利に属する。479床ある。職員数は1377人。そしてオーナーは2つのミューチュエル(民間保険)である。公的サービス参加病院と位置付けられているため、保険からの償還を受ける。売上高は€230,000,000。入院が、年間5万件ある。面積は5万5000㎡で、25の手術室がある。479床のうち、ICUは63床で、71床が24時間以内に退院する病床、13床が透析、10床が化学療法だ。259人の医師が勤務している。そのうち80名が外科医だ。パリ大学の医学部と教育協定を結んでいる。医学生、インターン、研修医の教育に参加している。

(甲) 63床がICUということは、フランスでは高機能の病院と言えるか。

(A氏) そうだ。手術、インターベンションが有名な病院だが、腹腔鏡手術等の低侵襲手術にも注力している。売上高の内訳をみると、45%が心臓循環器系の疾患に対するものになる。25%が腫瘍科、15%が整形外科・眼科、周産期が9%、精神科が6%だ。ナリテイン

ステイテュートという腫瘍科で有名な施設があるが、そこのパートナーシップ協定を結んで、がんにも力をいれている。そのパートナーシップの中でこの病院が主に果たす役割は外科的手術である。検査、診断、化学療法は他院で行うという役割分担になっている。

(甲) 外来はあるか。

(A氏) 外来もある。

(乙) 外来はこの医師が勤務医として行うのか。

(A氏) そうだ。この病院の中で行われる外来診療は、すべて勤務医によって行われる。一方で、市内にメディカルセンターをいくつか持っており、そこは診療所のような形になっている。その医師の勤務形態はいろいろある。

(乙) ミューチュエルが診療を持っている訳ということか。いくつ持っているか。

(A氏) 3つだ。

(甲) 急性期の病院の中にも機能分化はあるか。

(A氏) 大学病院があるが、それ以上の分類はない。2020年を振り返ると、最初の3症例が1月24日にパリで確認された。そのあと2月15日に初めてフランスで死亡者がでた。2月25日にplan blanc (ホワイトプラン)²³⁸が東部フランスで発令された。3月13日にplan blanc (ホワイトプラン) が全国に発令された。3月17日にロックダウンになった。5月11日にロックダウンが解除された。plan blanc (ホワイトプラン) が発令されると、Agence Régionale de la Santé (ARS、地方保健庁) が毎日2回各病院長と会議をして日々の行動を決めていくという調整が行われた。パリ地方区には280の病院があるが、これをつないで会議が行われた。当院には救急外来がない。また、感染症病棟も持っていない。感染症の専門医はいる。そういう特徴がある割にはICUベッドを多く持っているという医療機関だ。

(甲) 280の病院というのは民間非営利、民間営利、公立の全部を含めてということか。

(己) そう言っている。

(丙) 今言われていたのは、280の病院が毎日ARS全体の会議を行い、さらに病院ごとにそれを受けて毎日会議を行っていたということ。

(C氏) はじめは公立病院が中心となってコロナ診療を行うことが決められていた。それに関してはコロナ専門病院となる公立病院と、コロナ以外の救急医療を担当する公立病院に分けられた。我々は民間病院なのでその中には入っていなかった。ところがその48時間後に政策変更があり、当院でもコロナ対応するよう要請があった。そのためすべて計画手術はキャンセルさせられた。そして、入院中の患者も可能な患者から退院させられた。結果的には、1週間以内にはすべて退院させられた。元々診療科ごとに区分されていた病棟の機能が、コロナの緊急時となって以降は1週間以内に患者を原則全員退院させた。その中でも、止めることができない機能、例えば、胸部循環器系の20床はそのまま維持した。また通常のICU23

²³⁸ 重大な医療上の非常事態が発生した場合に、医療機関が如何に対応するべきかを政府が定めた計画。これはパンデミック用とは限らず、酷暑による熱中症で多数の死者が出る時などを想定している。医療上の非常事態が発生した時に政府が発令する。

床についてはすべてコロナ専用となり、CCUも同様となった。また、リカバリールームもコロナICUに変わった。手術室は完全に閉めた。

(甲) トータルでそれぐらいをコロナ病床に変えたのか。

(A氏) 80%は通常の活動をキャンセルしてコロナに変換した。20%の活動は残すようにARSから指導があった。その20%は主として心臓循環器系と腫瘍だった。整形外科の手術はゼロになった。周産期はそのまま維持された。泌尿器科は病棟を閉め、その余剰人員はコロナ病棟に回した。

(戊) 80%をコロナに振り替えたというのは2020年春の話と思うが、その対応はいつまで続いたのか。また、フランスは2020年秋以降も大きな流行があったが、その時はどういう対応をしたか。

(C氏) 今話しているのは第1波の話だ。全部で第5波までであったが、その中であまりに大変だったのは第1波で、それ以外は大したことがなかった。

(B医師) ICU病棟で伏臥位を取らせるのに多くの人手が必要となった。麻酔科医は、普段は外科の患者の麻酔をしているが、コロナの時期はコロナ患者の集中治療を主に行うことになった。

(甲) ECMOは何台あるか。

(B医師) 通常2台だが、予備を含めて最大5台まで運用した。みんなが自分の職業を一旦変えた。つまり、外科医だったとしても手術がなくなったので、内科の業務を補充したりした。それぞれができることをできる形で補い合うような状況となった。

(甲) 日本の場合是一般医療との両立を大病院でもかなり重視した。フランスでは、政府の指示でホワイトプラン(plan blanc)で大幅な転換が決められていたということか。

(C氏) とにかく通常医療は、緊急以外は全部やらないという判断がなされた。今にして思えば、やや過剰な反応だったようにも思えるが、当時はフルPPEで患者に対応することとされた。初めの頃、まず2つの病棟が内科的にコロナを診る病棟に変わった。全部で79床だった。

(己) これは日本でいう中等症程度と思われる。

(C氏) ECMOに乗せたりICUに送るまでの重症ではない患者の管理がこれらの病棟で行われた。次に23床だったICUのコロナ病床が53床に増床された。次にECMOのキャパシティを2倍に増やした。第5波までであったが、第1波は2020年3月19日から6月5日までだ。患者がき始めてから、ピークとなるのが短期間だった。

(甲・戊) 2週間ぐらいでピークに達している。

(A氏) 第5波までのトータルで1200人のコロナ患者を入院させた。そのうち260名がICUに入院した。第1波の時に問題だったのは、あまりにも急激に流行が起こったことに加えて、医療材料の不足だった。具体的にはマスクをはじめとするPPEや、薬剤特に鎮静薬が不足した。そのため不足期間中はゴミ袋をかぶって対処した。そして、その後にさらに困ったのは看護師の大量離職だった。今でもその影響があり、元の病床数をすべて再開することができ

ていない。40床が看護師不足のために開けられないままとなっている。

(戊) その離職の原因はバーンアウトなのか、感染が怖くてやめたのかどっちか。

(A氏) 両方。精神科によるサポートも実施したが離職した。そもそもその背景にある問題として給料が安いことがある。そのため、どんなに精神的なサポートをされてもやめるといふ人が多かった。

(甲) 何パーセントがやめたのか。

(A氏) 3分の1がやめた。3分の1がやめたときは病院としては30%の活動を閉めるしか方法がなかった。今は少しずつ戻ってきている。

(甲) 医師でやめた人はいるか。

(C氏) いない。ところで、サントドサンテ (centre de santé) というものがある。これは診療所だ。病院内にあるものではなく、その外にある。医師はそこに70名が勤務している。1日当たりの患者数が400人だ。その主たる活動内容は、内科と歯科、検査、つまりレントゲン、エコー、マンモグラフィー、呼吸機能、MRI、パノラマレントゲンで、外来のみの機能だ。そして、臨床検査センターがある。周産期や婦人科もある。このcentre de santéと病院とのコーディネーションが図られていて、このcentre de santéで問題がある患者は必ず当院に紹介されることとなっている。もう一度復習すると、第1波が最も激しく、当院も最もコロナ診療に協力した。コロナが始まって48時間後にありとあらゆる活動をストップさせられた。そして、止めることができないものだけが維持された。閉鎖した病棟の中に、呼吸器科と一般内科病棟があった。その分の人員は外来に回された。その外来でコロナの診察が行われた。そこで呼吸器の検査が行われた。初めのうちは検査資材も不足していたが、呼吸器科が強い病院であるのでCTスキャンを使って診断した。次に行ったのはオンライン診療で在宅の患者の診察を行った。他の慢性疾患の患者もオンライン診療で診察した。また、centre de santéの活動時間の3分の2はコロナ対応として、残りの3分の1の時間を他の疾患の診療とした。これは行政からの指示ではない。ARSからの指示は、入院に関してのものだけであった。他の町の診療所は閉鎖したところが多かった。

(甲) コロナ病床に切り替えることでの利益の補填はあったか。

(A氏) 損失補填は疾病金庫からされたが、それだけでは足りなかった。損失の方が大きかった。

(C氏) 確かに疾病金庫からの補助金だけでは赤字だった。しかし、結果として赤字額が小さくなったのは、本来この病院は出来高払いであるところ、コロナの期間中だけは2019年の売り上げを12か月で割ったものを毎月支払われたので、前年度比で見るとそれほど赤字とはならなかった。centre de santéでの患者は20%弱がコロナ患者だった。残りはコロナ以外の患者であった。

(甲) 歯科医師等に聞くと、ホワイトプラン (plan blanc) の下、診療所に行かずに15番に電話して病院に行くように言われたということで、診療所を開けていても患者が全然来ず、そのために閉鎖したということだが、病院からみてどうか。

(C氏) 確かに政府はそのような指示をした。そう言われて閉めたところもある。多くの耳鼻科診療所も閉められた。それから、本来は開けておくべき診療所も閉鎖された。その間、それらの診療所の医師たちはセカンドハウスに行っていた。フランス医師会が、診療所に対して最低限開院するよという声明を出したが、みんな聞かなかった。また、PPEの不足もあったので、開けたくても開けられなかったという理由はある。だから、それだけたくさん診療所が閉めたので、母体が IMM がやっているうちのような病院は開け続ける必要があった。次に第2波の話をしよう。この時期の大切なことはワクチンだ。ワクチンに関しては、小規模でもうちはうちなりにできることをしようということで、5日間それをやった。そうすると、パリ市から近くの体育館を使ってやってくれと要請されることになり、結局小規模でやるつもりが週に3000本打つことになった。ワクチン業務の為に新たに100人を採用した。ワクチンを打って、証明書を出して、という事務作業を含めて自分たちで行った。最大一日1200人の接種をした。月曜日から日曜日まで休みなしで接種業務を行った。その他、近隣の高校や大学でも出張接種を行った。シティユニベルシテの学生寮の一館を借り上げてワクチンセンターにして、外国人留学生にも接種した。オリビエ・ヴェラン保健大臣が視察にきた。

(戊) 対象は高校生か。

(C氏) 対象年齢の高校生と教職員だ。全部で10万人に接種した。このワクチンキャンペーンは2022年まで続いた。2021年3月から2021年9月までは大きい体育館を借りて集団接種したが、9月以降は子供たちが体育館を使う必要が出てきたのでそれをやめた。その後は、当院の施設やcentre de santéで週末のワクチン接種を行い、これを2022年まで行った。一方、2022年になるとロング・コビッドの問題が大きくなった。ロング・コビッドのリスク評価や検査手順が整理された。具体的には、心臓、肺呼吸器、消化器系、眼科、腎機能、負荷試験、等の内科的検査をして異常がなく、リスクが排除されたら、今度はスポーツをさせる。さらに3か月ごとに1年間フォローしている。

(丁) 私もロング・コビッドの患者100人ほどをフォローしているが、精神症状の人が多い。その治療はどうしているか。

(C氏) その通りだ。もちろん精神的な診察もしている。あと確認する症状としては、味覚障害、仕事が続けられるか、失業したか、睡眠状況、集中力があるか、エネルギーを感じるか、こういったこと精神的な確認項目もある。思春期の患者はこういう訴えが多い。

(丁) 亜鉛の投与はしたか。

(C氏) これはロング・コビッドの専門家に聞いてもらった方がいい。

(甲) 入院の経路として、系列以外の診療所からの入院はどれぐらいあったか。

(C氏) すべての入院は行政のセンターを通さないとできなかった。同系列のcentre de santéからの入院すら行政を通す必要があった。

**** ICUの見学を挟んで、昼食を取りながら****

(戊) フランスではコロナの検査の決定は医師が行っていたか。

(A 氏) いや。医師はしていない。

(甲) IPA²³⁹はどうか。

(A 氏) IPA に対しては総合医 (médecin général) の反発は強いが、病院勤務の医師はそれほどでもない。IPA のことは基本的には評価している。いいことだと思っている。

(戊) médecin général が嫌がっている内容は何か。

(C 氏) 仕事内容の安全性が守られないことに反対している。セキュリティが担保できない人たちに任せることに médecin général が反対している。

(A 氏) しかし、社会的に見て、人口的にみて必要であることは間違いない。もう 1 つ大事なことは、看護師自身のモチベーションの向上になる。看護師にとって次に進めるステップがあることになる。

(C 氏) médecin général が IPA を許容することになったとしても、不動産があまりにも高騰しすぎていて、看護師がパリで開業できるかは疑問だ。また、我々は、田舎でも centre de santé を保有しており、そこに IPA を配置しようとしたがそれはやめた。あまりに信用保証が低いことが原因だ。病院で IPA が働くのはいい。それは賛成の人も多い。一方で、独立開業するには質の担保が不十分だ。

(B 医師) 例えば、手術室内でのカテーテル留置はナースが行っている。

(丙) フランスは麻酔専門の看護師は長い歴史がある。

(B 医師) 麻酔科の補助をする看護師の制度があり、麻酔科医の監督の下で一定の手技を許されている。

(丁) 挿管はできるか。

(B 医師) 専門看護師であればできる。

(己) 今回の IPA とは、また別の制度だ。

(丁) 救命救急士も挿管できるか。

(B 医師) 救急車に乗っている看護師ならできる。単なる救急隊員で医療資格がない人はできない。

(丁) 第 1 波の時の患者数はものすごい数だが、これはどのように対処したのか。

(B 医師) はじめのうちは、本来 ICU に入るような人をリカバリールームに入れた。その後も、完全に病床があふれるところまではいかなかった。リカバリールームの病床に元からそれほど余裕がない病院は手術室に患者を収容した。ただし、うちをご覧いただいた通り ICU の設備が恵まれているからそういうことはせずに済んだ。

(戊) その質問をしたい。ICU の一つひとつが個室で、数も多い。廊下も広くてゾーニングもしやすい。すごく感染の管理に適した構造をしている。これは、パンデミックが起こるこ

²³⁹ Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

とを想定してあらかじめ計画的に設計したのか。

(A氏) いや、偶然だ。

(甲) フランス全体で、入院が必要であったにも関わらずできなかった症例や、在宅でやむなく治療したような症例はあったか。

(A氏) いないと思う。ただし、満床以上に患者を収容した病院はあったと思う。アルザス等のフランス東部がそうだ。その他、軍がミリタリーホスピタルを開けた。テント等を多数張って設置した。

(甲) ドイツは外国からの患者も受け入れたとのことだったが。

(B 医師) はじめドイツがそれほどひどくない時は、アルザスからも受け入れた。

(B 医師) アルザスからボルドー等の他の地域に広域搬送された人もいた。ヘリコプターやTGVを使った。

(丙・戊) 日本では新幹線を使った。

(C氏) 看護師や看護助手の不足の問題が起こったか。

(甲) 日本では、病床はあっても看護師がおらず診られないということが起こった。

(A氏) 先ほど、フランスにおいて3分の1の看護師が離職したと言ったが、これはコロナ期間中にやめたのではなく、コロナが終わった後に一気にやめた。フランスではベッドがあっても看護師がいなくて患者を診られないという事態はなかった。

(甲) コロナ後にやめたのは、疲れたからか。

(C氏) バーンアウトと給料が低いからだ。問題は、コロナの間はみんな拍手するにもかかわらず、コロナ手当は御菓子のおまけみたいなものしか出なかった。それに対する怒りでやめた。

(乙) 大きな公立病院とこちらの病院のような民間非営利病院の住み分けはあるか。

(A氏) ない。

(戊) 競争相手と言えるか。

(A氏) そうだ。

(乙) 一般論として日本では、民間非営利病院は小回りが利いて柔軟性があり、その一方で、公立病院は官僚的で小回りが利かないという評価もあるが、そのような違いはあるか。

(C氏) フランスでも少しはある。謙遜して言ってもうちがベスト。治療成績もベストだ。

フランス-3-1 応接録 : Le Collège de la Médecine Générale, France

2023年6月7日

Dr. Julie Chastang: Vice-Présidente de CMG France、保健センターで診療

Dr. Agathe Scemama : パリ 5 区で開業

Dr. Jean Michel Bunel : 刑務所内の診療所勤務

<要約>

- 2020年春は、政府が médecin traitant (かかりつけ医) の受診を控えるように呼び掛けたこともあり、診療所にはほとんど患者が来なくなったが、そのような対応はオーバーリアクションだった。
- plan blanc は病院の対応を想定して策定されており、médecin traitant の役割が抜けている。
- 2020年4月、5月は、区役所内にテントを張って臨時診療所が作られ、そこで患者の重症度判定が行われた。
- 初期の頃は、PPE の供給不足があり、ゴミ袋に穴をあけてそれを PPE の代用とした。
- ロックダウン中は、専門医診療所はほとんど閉鎖されたが、ロックダウン解除後は診療が再開された。
- 病院は PCR 検査を行ったが、診療所は抗原検査を行った。
- ワクチンについては、初期は大規模接種会場で行われ、後に診療中心となった。

(A) 今回は日本医師会の調査で訪問している。テーマとしては、世界中を襲った3年強に渡るコロナ禍における、かかりつけ医 (médecin traitant) ・総合医 (médecin général) がどのような対応をしたのか。また、今回、イギリス、ドイツ、フランスと3か国を訪問しているが、それぞれの国のかかりつけ医 (médecin traitant) のコロナ対応、加えて最新の状況について調査をしにきた。

(シャスタン) まず初めの申し上げたいのは、コロナが始まった当初は、非常に我々かかりつけ医 (médecin traitant) にとって困難な状況だった。なぜならば、政府がテレビや様々なメディアを使って、診療所には行くな、街の開業医には行くな、と言った情報を流したためだ。そして、病院に行くように、専門の病院に行くように言ったからだ。そして、その前に SAMU という公的な救急要請システムがあるが、これは15番に電話をして救急車を呼ぶようなものになるが、この15番に電話をして、そしてその指導を仰いで行くのであれば病院へ行くように、それ以外は医療機関には行かないようにということを強く何度も国民に訴えかけた。これは今となってみれば明らかにオーバーリアクションであったが、当時はまだわからなかった。特に感染症学会が受診するな、診療所にかかるな、ということと言っ

ていたが、これが最初の失敗だった。それで、我々の診療所に患者が誰も来なくなってしまう。今考えると、そのせいで病院が飽和し機能が麻痺してしまった。みんな15番に電話して、病院に殺到した。振り返ってみると、最初から *médecin général* がコロナの診療に参加するべきであった。また、*plan blanc* (ホワイト・プラン) というものがある。これは、重大な医療上の非常事態が発生した場合に、医療機関が如何に対応するべきかについての行動計画だ。これはパンデミック用とは限らず、酷暑による熱中症で多数の死者が出る時などを想定している。医療上の非常事態が発生した時に政府が発令する。この中に、最初から *médecin général* を入れるべきであったというのが我々の結論である。そして、診療所に誰も来なくなると、我々はオンライン診療をスタートした。

(A) このオンライン診療は、電話診療も含めたものか。

(シュママ) 一番最初の頃、フランスが最も大変だった時でもあるが、これは2020年3月のことだが、この最初の1か月は、先ほど話した通りの状態だった。大統領が、「これは戦争だ。」という有名な言葉を発し、「病院には勝手に行くな、行くときはSAMUに電話してから。」という指導をしていたころだ。そして、SAMUが完全にオーバーキャパシティとなり電話が全然つながらなくなった。

そして、オンライン診療はビデオでのものが多かったが、インターネットが整備されていない人や、医師の側もオンライン診療のプラットフォームに参加していない医師もいたので、そういう場合は電話でやっていた。そして、2020年4月、5月は、5区の区役所がテントを設置して、そのテントの中で診療した。これは行政が主導したもので、コロナセンター (Centre Covid) と呼ばれた。そこでは検査をしたが、その頃はまだ検査のマテリアルが不足していた。また、プレトリアージといって、病院で行われるリアージの前のトリアージという位置づけで、「この人は病院に搬送、この人は自宅でいい」というような形の重症度判定を行った。検査については、検体採取をして、その検体を大規模病院のラボに持ち込んで検査していた。

(E) プレトリアージの意味は、検査対象者を絞り込むという意味か。それとも、重症度判定のみか。

(シュママ) 一番最初は、検査のマテリアルがあまりにも少なかったので、検査はほとんどできなかった。そのため、テント診療での仕事としては、病院に送る人と病院に送らない人を振り分けるというものだった。そして、病院に送らなかった人は自宅待機となったが、看護師によるフォローや病院のアンテナ診療所による在宅フォローが行われた。少し時間が経つと、検査のマテリアルが増えてきて、検査するようになった。

(E) オンラインで参加されているH先生も書かれている質問だが、診療所に行かずにSAMUに電話してから病院へ行け、という指導を最初の頃政府が行った理由は何か。実は日本も同じような指導を最初の頃にしてはいたが、その理由は、患者が医療機関に殺到し、そこで新たな感染が広がることを恐れたことや、いきなり患者が来ることで病院側が十分な対応を取れずスタッフが感染することを恐れたことが主たる理由であったと思われる。フランス政

府が、この指導を行った理由が聞きたい。

(ブネル) その理由は、最初の頃、医療機関にマスクをはじめとする十分な PPE がなく、人も十分ではなかったからだ。また、患者が殺到すれば、新たな感染がそこで発生するからだ。医療従事者も、待合室で待っている患者も、心配だから来てみただけの患者も、そこで感染してしまうのではないかと、ということが恐れられた。そしてもう 1 つ問題があり、それは医療政策上あまりに病床を削減しすぎたことだ。特に、コロナが始まって最初に大規模な流行が起こったのは東部フランスであった。そしてその地域では、ARS (Agence régionale de santé、地方保健庁) が、コロナの最中であつたのにも関わらず、病床削減を計画通り進めた。そのため、東部フランスでは病床が足りなくなり、ボルドー (西部フランスの都市) に列車や軍の飛行機を使って患者を広域搬送しなければならなくなった。そんな状態であつたので、医療機関に来てほしくないという判断がされた。

(E) それは、理由としてはより飽和しやすかつたので、ということか。

(H) 2 番目の理由はそういうことだ。

(E) マスクなどの PPE が不足していたということで診療所に行くなという指導がされたということは、PPE の供給が十分ではなかつた時には、その配分を優先的に病院に割り振つたということか。

(ブネル) そうだ。病院に優先的に配分された。ただ、優先的に送つても、病院でもなお不足していた。特に、一番ひどい最初の頃は、ごみ袋に穴をあけて、それをかぶつて診療していた。特に足りなかつたのはマスクで、大量にあつたストックが政府によって管理されていなかつた。有効期限が過ぎて使えないものもあつた。そして、ないので注文しようとしたときには、世界中で取り合いになつていて、全然手に入らない状態となつた。

(E) 次の質問をする。plan blanc は、平時から準備されているものか、それとも、コロナが起こってからコロナに合わせて政府が準備して発出するものか。さらに、H 先生の質問でもあるが、その plan blanc の中で、病院と総合医 (médecin général) の役割分担はどのようになつているか。

(シヤスタン) plan blanc は、2003 年に前例のない猛暑で多くの高齢者が亡くなつたことを契機にできた。これは、主として病院の統制のために政府が法律を作つた。それが元々の plan blanc ができた経緯だ。一方、今回のコロナを受けて、plan blanc も修正されようとしている。こちらの総合医学会からも現場の声をあげて、運用上は、それを基に、病院に対するものだけでなく médecin général の役割を求めようになつた。これは、“新しい plan blanc” ともいふべきものだ。

(A) まとめると、当初は従来からの plan blanc で始まつたが、それによって診療所へ行くなということになり、病院が飽和したので、そのあとは総合医 (médecin général) の意見も入れて診療所でも見るというように都から作り直したという理解でよいのか。

(H) そうあるべきだと、学会が提唱した。

(E) それはいつのことか。

(シヤスタン、シュママ) 2020 年春の最も大変だった時に *médecin général* に患者が来なくなったり、行政の施設で青空診療所等で診療したことなど様々な経験をしたことによって、それまでの病院にしかない *plan blanc* では十分ではないということがわかり、街の開業医の枠割とはこういうものだという提唱をこちらの学会から行った。しかし、それは提唱の段階でストップしている。正式には入っていない。一方で、様々な試みは現場では行われている。その経験を持って、2020 年年末に再度提言が出されている。それは政府に提出されており、政府の中の *direction générale de la santé (DGS)* という医療政策の担当部局には資料として届けられている。しかし今なお法的な意味においては採用されていない。したがって、*médecin traitant* や *médecin général* の役割は新しい *plan blanc* の中に書かれていない。

(B) その新しい *plan blanc* というのはそもそも存在するのか。

(ブネル) 細かい修正はされているが、。

(A) 法改正は時間がかかるものだが、実態としては時々刻々と変化していく中で、どういったことがどの段階で行われたのか。

(ブネル) 地方の場合、ある病院にかかろうとすると、20 km から 25 km 離れていることもある。

(シヤスタン) パリにおいては、公的診療所である保健センターが最もうまくいっていた。そこでの診療は出来高払いでもないので、診療行為がビジネスと切り離されることになる。そうすると、診療所、区役所、そして街がうまく連携できていた。その保健センターの中で、密に連絡を取りながらローカルに密着した医療がスムーズに行われた。

(A) 普通の診療所は対応したのか。

(ブネル) 地方では対応した。

(シヤスタン) パリではそうではない。

(ブネル) ロックダウンがあったために診療所に行くという理由であったとしても、国民が簡単に家を出ることがしにくかった。自分の患者の中にも、診療所にかかる正当な理由があったにも拘わらず、外出したとして罰金を科せられた者があった。このようなことは日本の方には想像しにくかったと思う。さらに感染への恐怖があり、診療所は開けられていても患者が来ないということがあった。そのため、患者があまりに来ないということと、感染リスクも怖いということで、診療所を閉鎖した医師もいた。つまり、閉鎖した診療所、診療し続けた診療所、診療所としては開いているが誰も来なかったという診療所などいろいろあった。特にコロナ診療との親和性が低い専門医は完全に閉めたところが多かった。さらに、診療所を開けていて、受診を受け付けていた診療所の中でも、発熱患者を診る時間帯とそれ以外を診る時間帯を分けるところがあった。

(A) 何パーセントぐらいの診療所がコロナ診療に参加したのか。協会や団体は、コロナ診療への参加を呼び掛けたのか。それとも自由意思に任せたのか。

(ブネル) 割合はわからない。コロナとはかかわりのない専門医の診療所はほとんどが閉め

ていた。

(C) ロックダウンのあとはどうか。あともう1つ、reserve sanitaire²⁴⁰にどれぐらい参加したのか。

(シャスタン) ロックダウンが明けた後はすべての診療所が開けられた。また、reserve sanitaire については、募集されたニーズよりもはるかに多くの者が応募した。

(D) 診療所での診療については、デルタ株からオミクロン株に変わった時が一つの転機だった。デルタはやはり怖いのは理解できるが、オミクロンに変わった時に、フランスの診療所はどのように変わったか。

(E) 2021年秋だ。

(ブネル) その頃には、まず検査資材が十分あった。それからワクチンもあった。PPE もあった。そのため、どの診療所も、ほぼコロナ以前と同様に診療した。時間を分ける方法は依然として取られており、1日の最後にコロナの診療時間を設定した。そうすることで、その他の患者が感染リスクを恐れずに受診することができるようになった。

(シャスタン) 検査はすべて看護師が行った。医師は医学的な部分だけをする事ができた。フランスはソロプラクティスの開業形態がまだ主流だが、これからの医療の未来は、グループプラクティスで、且つ多職種連携となっていくべきだ。そうすることで、時間が足りない、人が足りないという問題も解決に向かうのではないかと考えている。

(D) そこを聞いたかった。フランスにおけるソロプラクティスには、看護師等の他職種がほとんどいない。そこで、医師が何もかもするのは大変だと思う。そのことを言っているという理解でいいか。

(H) その通り。保健センターには看護師がいるので、看護師が検査の検体採取を行っている。

(D) では、ソロプラクティスはどこまで続くか。

(シャスタン) あと数年後にまたフランスにおいていただければ、フランスの医療事情はかなり変わったものになっているだろう。今のようにソロプラクティスあるいは何人かの医師が集まっている場合のように、医師のみで開業するという形態は明らかに減るだろう。グループ診療所の形態が中心となるだろう。そして、そのグループ診療所という言葉の意味も医師が何人か集まるということではなく、看護師などの多職種によって成り立つ診療所である。今の時点では80%がソロプラクティスとなっている。

(A) 普通の診療所で時間を分けてコロナ診療をするようになったとのことだが、ワクチン接種はどうしたか。検査及び治療はどうしたか。また、どこまでを診療所でカバーし、どの段階で病院へ送るということを決めたか。

(ブネル、シャスタン) ワクチン接種については、最初の頃は大型の集団ワクチン接種会場が中心となって行われたが、徐々に診療所でも接種するようになった。PCR検査はコロナ専

²⁴⁰ 緊急事態があった場合の、医師、看護師をはじめとする医療資格者の招集制度で、任意に基づく参加によるもの。医療者に対する予備役制度。

門病院で行われた。一方抗原検査については診療所でも行われた。これらの機能が診療所に移ってきたのは第2波以降である。次に診療内容については、システムDと呼ばれる仕組みの中で、地域の連携の中で行われた。

(シュママ) 診療所での抗ウイルス薬の投薬は2人しかしたことがない。特異的治療は診療所ではほとんど行われなかった。

(シャスタン) 自分は1人もしていない。

(A) 治療というのは、コロナの抗ウイルス薬のことか、それとも一般的な解熱薬を処方するようなことも含めてか。

(シャスタン) しなかった治療というのはコロナの特異的治療のことで、解熱剤の処方等は行った。

(A) どの時点まで診療所で診て、入院が必要だというのはどのように判断し、そのようなルートで搬送したのか。

(ブネル) 病院に搬送するためのSpO2その他の基準があった。

(A) 病院がいつばいで受けられない、というようなことはなかったか。

(ブネル) イタリアほどではないが、病院側でのセレクトはあったようだ。

(シャスタン) ただ病院側のことについては我々からはお答えしかねる。それは病院連盟に聞いてほしい。

(A) かかりつけ医(médecin traitant)は一応登録制になっていると思うが、登録しているコロナ患者のみ診たのか。それともそれ以外のコロナ患者も診たのか。

(ブネル) 拒否はしていない。すべて診た。

(シュママ) 登録されていない患者も診た。

(E) そのような自分をかかりつけ医(médecin traitant)として登録していない患者を診療する時には、それまでの患者の処方歴や既往歴がわからないことも多かったと思うが、その患者が他の開業医を受診した時の医療情報の共有はあったか。

(シャスタン) それはない。それは患者に聞く。

(B) かかりつけとして登録している患者以外も診療したとのことだが、制度上はかかりつけ医(médecin traitant)以外を受診したら7割が自己負担となるが、これはコロナの時も同じか。

(シャスタン) コロナの診療は全く別だ。法律も別に作られ、コロナ期間中はゲートキーパー等の機能などは一切問われなかった。accès direct²⁴¹についても保険のカバーについても自己負担が7割になるのではなく、自己負担は一切なかった。

(A) 2008年から、フランスには4回来ており、保険制度の話を引き続き聞いている。フランスの場合、今のかかりつけ医(médecin traitant)制度が、2005年だったかにできたときに、フリーアクセスと自由開業制の選択を迫られ、医師側の政治選択としては自由開業制

²⁴¹ ナースプラクティショナー制度のこと。

を選択した。自由開業制を維持したまま、緩やかなかかりつけ医 (médecin traitant) 制度を入れたので、その結果、とりわけ地方において médecin traitant を選びたくても選べないというかかりつけ医難民が 500 万人いるとも言われる。今のかかりつけ医制度の問題点がどこにあると考えているか。順調に機能していると思うか。

(ブネル) 医師数が少なければ医療費も減るだろうという医療費削減政策の下、医師数の削減が何年間も取られてきた。1981 年に社会党政権となった時は、格差が是正されることで、医療費が減るだろうと本当に信じていた。しかし、格差の是正は起こらず、医療資源が乏しくなっただけだった。それにも拘わらず同様の施策が継続され医師数が減らされた。医師人口の高齢化と共に、今本当に医師不足が進行している。

(シャスタン) だからこそ、医療の提供体制自体が変わるべきなのだ。それがチーム医療、多職種連携ということだ。そして、開業の自由の主張をするのではなく、もっと公衆衛生について開業医も公的医療も連携をするような政策にするべきだ。日本では、診療所の医師は、診療行為によって報酬が支払われているか、それとも固定給か。

(A、E) 診療行為に対する診療報酬だ。

(シャスタン) それは多職種連携か。

(H) そもそも看護師が診療所にいる。

(A) 加えて、日本でも医師が 1 人のソロプラクティスが多いが、高齢化した社会の中でのかかりつけ医機能を考えれば、医師も複数、パラメディカル・コメディカルも複数という形に向かうべきだ。日本の場合は、中小病院もあるが、ソロプラクティスをグループ化するなどすることが高齢化の対応としても必要である。日本の方が高齢化が進んでいるので、そういう方向性が必要になる。私が知りたいのはフランスのかかりつけ医制度がうまくいっているのかどうか。

(シャスタン) 先生の意見に重なるが、フランスがこのまま高齢化が進むとしたら、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度というよりも、かかりつけチームが必要だと思っている。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度という医者がなんでも 1 人でやろうとする制度を作るのは解決策ではない。むしろ、A 先生のご施設ではすでに看護師もパラメディカルも事務員も雇用しているのであるから、それをかかりつけ医システムとすればいいのではないだろうか。

(A) おっしゃる通りで、我々はその方向で進めるべきだと思っている。

(D) 同意だ。

(A) ただ、今のフランスのかかりつけ医制度はどう思っているのか。

(シュママ) フランスは日本に遅れている。なぜならば、我々のように 1 人で開業しているとどうしても限界がある。今の診療報酬では、看護師や事務員を雇用することができない。そのために、1 人で限界のあることをやるしかない状況となっている。そのため、政策として、日本の医療機関のように多職種を雇用するに十分な報酬を与えれば私どもももっと診療を広げることができるのだが、政策はそうっていない。

(A) 今のかかりつけ医 (médecin traitant) 制度についてはどう思っているのか。

(H) いいんだけど、問題はあると言っている。

(A) え、いいの??

(シヤスタン) メゾンメディカルがその答えだ。

(A) 登録制はいいということか。

(シヤスタン) いいシステムだ。確かに、医師不足があり、人口の高齢化があり、問題はある。しかし、いいシステムだ。なぜなら、患者自身が、この人が自分の médecin traitant であると知ることができ、そして医師も、この人が自分のかかりつけ患者だということが認識できるからだ。そのような結びつきの中で責任感が醸成される。そのおかげで、ケアオリティが上がっているという知見がランセットに掲載されている。

(A) しかし、一方で自由開業制が維持されているので、医療過疎の地域もあるではないか。そのような地域についてはどう思うか。

(ブネル) それはかかりつけ医 (médecin traitant) 制度の問題ではなく、医師数を絞り込みすぎたことの問題だ。また、これは地方と都市の問題を超えて、都市においても médecin traitant を見つけることができない状況生まれている。

(シヤスタン) C 先生の論文が示唆に富んでいる。それを私たちも導入したい。自由開業を否定するわけではないが、自由開業の医師たちが、日本の都道府県のような医療政策を担当している機関と連携することが理想だ。

(A) 行政と連携してということだね。

(シヤスタン) レミー・サロモン医師という人が、国公立病院と診療所の病診連携について提言をしている。

(A) 今日の話では、コロナ診療もそうだが、高齢化が進んでくると、大病院とソロプラクティスだけでは、立ち行かなくなる。それは、日本でもそうだが、イギリスでもドイツでも、中間の機能をどのように確保するのかということ、それは中小病院だけでなく、診療所も含めてだが、多職種で対応する必要がある。日本では、介護まで含めた体制が組まれている。今日うかがった話は、そういう方向性とも合致するか。

(H) 合致すると思う。

(シヤスタン) とにかく大事なことは病診連携で、これを進めるべきだ。そして、médecin traitant、médecin général を使って利益を上げようとするラムセイのような民間営利企業は排除すべきだ。マクロン大統領は、急性期医療に注力しているが、そうではなく、公衆衛生や地域医療を重視するべきだ。

(A) B 先生がお聞きになられたかったのではないかと思うのは、コロナ以外の時に、登録した médecin traitant を経ないで専門医を受診した場合は、3割ではなく7割負担となると思うが、その場合の自己負担分は、別途共済保険でカバーされるのか。薬はカバーされると思うが。

(シュママ) 保険商品のタイプによって変わる。「非営利」という認定をされるためには、

自己負担分をその保険から償還することは禁じられている。保険会社が販売する保険のプランを、ミューチュエルとして販売するか、一般の保険プランとして販売するか、保険会社は自由に選択できる。しかし、そのプランを「ミューチュエル」として政府から認定してもらうためには、政府の政策に従うことが求められる。したがって、médecin traitant にかからなければ、自己負担は増えて、それをミューチュエルが補填することはない。薬剤についてもない。

(C) 捕捉保険はミューチュエルだけではなく、プライベートの保険に入っていれば補填されることもある。

(H) その保険は、ミューチュエルという認定はないので、税制上の控除を受けられなかったりする。

フランス-3-2 論考: Collège de la Médecine Générale (CMG) France

森井大一

Collège de la Médecine Générale (CMG) France は、フランスにおける総合医を代表する学術団体であるが、いわゆる日本の学会との違いは、それが法律に基づいた存在であるという点だ。総合医療 (la spécialité médecine générale) について、各専門領域に1つずつ設置される Conseil National Professionnel (CNP) という専門性の管理団体の役割も担っている²⁴²。この点で、イギリスの RCGP に相当する組織であると言える。構成員は、総合医 (médecin généraliste) であり、制度上の MT (médecin traitant) となる者が多い。

コロナ対応については、総合医 (médecin général) としての立場から以下のように説明された。

- 当初は、政府がかかりつけ医 (médecin traitant) を受診せずに救急車を呼ぶように国民に呼びかけたため、総合医 (médecin général) がコロナ診療を行うことが困難だった。
- その背景には、フランス感染症学会が同様の趣旨の呼びかけを行っていた。
- 診療所に患者が来なくなった一方で、病院が飽和して機能不全に陥った。
- その背景として、医療的な緊急事態が発生した際の行動計画である plan blanc がある。plan blanc に基づいた緊急対応は、病院での対処のみを想定しており、総合医が担うべき機能が想定されていなかった。

本稿では、フランスの初期のコロナ対応に重大な影響を与えた plan blanc について考察する。

plan blanc (白い計画) は、「災害、疫病、天候異変などで傷病者が病院に殺到するような事態に対応するための計画」²⁴³と説明される。plan blanc の源流は、1987年12月24日の通知²⁴⁴にまで遡ることができるが、2002年の通知改定²⁴⁵を経て、2004年に法定化された²⁴⁶。この2004年の法改正には以下のような内容がある。

- 各医療機関 (établissements de santé) は、plan blanc を策定しなければならない。
- plan blanc は、医療的な緊急事態への対処のため、全手段を動員することを可能にする

²⁴² <https://www.cmg.fr/le-college/>

²⁴³ <https://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/290.pdf>

²⁴⁴ <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs3e-du-n-1471dh9c-24-decembre-1987-relative-a-lafflux-de-victimes-a-lhopital/>

²⁴⁵ <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoshfd-n-2002-284-du-3-mai-2002-relative-a-lorganisation-du-systeme-hospitalier-en-cas-dafflux-de-victimes/>

²⁴⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001264298

るものである。

- plan blanc は、医療機関の管理者によって策定される。
- plan blanc は、救急当局や地方病院局²⁴⁷（当時、現・地方保健局 Agence Régionale de la Santé）等の行政機関にも共有される。
- plan blanc の発動は、医療機関の長によって行われ、速やかに行政にも通知される。若しくは、行政側の要請によって発動される。
- 必要があれば、国は、必要な資源の強制的な徴発をすることができる。

この法改正を受けて 2006 年に plan blanc を用いた危機管理ガイドである “Plan blanc et gestion de crise”²⁴⁸が発出されたが、その中で、plan blanc の発動や解除の基準として病床の不足や救急外来の混雑の程度が指標として示されている。つまり、法が plan blanc の策定を義務づけた établissements de santé は、日本語の意味する医療機関（病院だけでなく診療所も）ではなく、病床を持つ病院であることが分かる。

そして、この 2006 年のガイドは、エボラ出血熱、MERS（中東呼吸器感染症）、チクングニア熱、ジカ熱等の近時の地域的な感染症流行を踏まえて、2019 年に改定された²⁴⁹。しかし、この中においても、診療所やかかりつけ医 (médecin traitant) や総合医 (médecin général) の役割は規定されなかった²⁵⁰。

コロナは、この 2019 年のガイドの下で発生した。2020 年 3 月 6 日に、Grand-Est と呼ばれる東部地域と、パリを中心とする Ile-de-France の 2 つの地域で plan blanc が宣言され、3 月 13 日にはそれが全土に拡大された。CMG France のヒアリングでの、「病院にしかない plan blanc では十分ではない」という意見は、このような危機管理ガイドのことを指していたものと考えられる。

総合医 (médecin général) の学会である CMG France は、感染症危機対応についても、総合医 (médecin général) の役割を提言しているとしており、また、2020 年 6 月のフランス国会の公聴会において、「この危機から学ぶべき大きな教訓があるとすれば、それは総合医 (médecin général) がシステムの中心に十分に据えられていなかったことだ。」と証言されている²⁵¹ことから、今後は 2019 年の危機管理ガイドが改定されることが予想される。

²⁴⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_blanc2006-2.pdf

²⁴⁸ <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-2006-401-du-14-septembre-2006-relative-a-lelaboration-des-plans-blancs-des-etablissements-de-sante-et-des-plans-blancs-elargis/>

²⁴⁹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>

²⁵⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf

²⁵¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/covid19/115covid191920029_compte-

rendu (動画 : <https://www.youtube.com/watch?v=20-NVKviKXM>)

フランス-4-1 応接録：高齢者施設

2023年6月9日

老年内科専門医

臨床心理士

<要約>

- 介護職はZ世代からも敬遠されており、コロナ前から人手不足の問題があった。
- 医療付き介護施設に入所するための費用について、医療は医療保険から、介護は介護給付を県から、滞在費は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当てから支払われる。
- 入所者のかかりつけ医 (médecin traitant) は、施設が契約する嘱託医の他、施設の職員である医師、外部の医師等様々に分かれる。
- 夜間は、看護助手が2名、免許無しの介護助手が2名が施設内に配置されるが、これに加えてARSの予算で配置された1名のオンコールナースが同地域の8施設をカバーする。
- 第1波においては、「高齢者施設は、重症者を含む陽性者の救急要請はできる限りせず、施設内で深い鎮静も含めたターミナルケアを提供して最期まで診るように。」という行政からの指導があった。
- ワクチンはほぼ全員の職員に接種し、拒否した職員はごく少数にとどまった。
- 2023年3月に施設内感染があり、1月で40人のクラスターが発生したが、この時も1人も病院に送らなかった。

(A) コロナ禍を経て、介護職者のリクルートについて苦労されているか。

(医師) 介護職のリクルートは非常に厳しい。そもそもコロナ以前から、現場に慢性的にあった問題で人手は常に不足していた。3K、低賃金、とコロナに関わらず好まれる職場ではなかった。その上に、特にZ世代と呼ばれる若い世代では、価値観も違い、注意を受けたり、少しでも辛いとすぐに離職してしまう。我々の施設において、老年内科専門医と私が共同で「コロナ禍を経て2年が経過した現在の職員の意識の変化」と言うタイトルの研究調査を報告したのだが、その中で明らかになった事は、コロナ前よりいた古参のスタッフ達のバーンアウトによる離職である。その一方で、若い新入職員については別の離職原因があることも分かった。つまり、学校では医療や介護が価値のある素晴らしい職業と教育されてきているものの、いざ現場に入ると、そのような夢のような仕事ではない辛い現実を知ってすぐに辞めてしまうというものだ。これは、教育における理想と現実の乖離

問題である。このように古参者と新入職員とでは、離職の事情が異なるので、職場での継続モチベーションを上げさせるための手法が異なる。

(B) その現象はリアリティショックと呼ばれ、日本でもある問題だ。

(A) それでも人を集めなくてはならない中で、どのようにリクルートしているか。外国人労働者はどうか。

(医師) 給与やボーナス手当ては、それを上げたところで高々知れており、金銭的なインセンティブで引き止める事は難しい。その為、大変な苦勞をしており、入職してくれたスタッフを大切に扱う試みをしている。勤務時間内に35分のマッサージを週に2回、無料で提供したり、院内の中庭で月に1回、昼食会をしたり、朝食会をしたり、職場での快適、ウェルビーイングを感じてもらおうような努力をしている。

次に教育プログラムによるキャリア支援についてだが、希望があれば、財政援助する。無資格の介護ヘルパーは資格取得に、介護ヘルパーは看護助手に、看護助手は看護師に、看護師はよりさらに上級資格の看護師にという具合だ。

(F) それはIPA (infirmier/infirmière en pratique avancée)²⁵²の事か。

(医師) 希望すればあり得るが、ここの看護師はIPAにはあまり興味がない。むしろ、管理看護師になる事を希望する者がいる。医師である私自身も、この恩恵を受けて、ターミナルケア専門医資格の研修プログラムを受けた。管理職の主たる仕事はリクルートだ。看護師フェアへ出展してハンティングしたり、リクルートナビ、SNS等も活用する。

(A) 外国人介護労働者のリクルートはあるか。

(医師) こちらでは、あまりしていない。他の地方ではあるかもしれない。スペイン、ポルトガルからの看護師は以前はよく聞いた話だが今はあまり聞かない。

(F) そもそも、旧植民地や海外領県があるフランスでは、フランス国籍保持の非白人種の労働者は多いが、フランス人としてカウントされる為外国人労働者としてみなされていない。

(C) 医療付き介護施設のファイナンスはどうなっているか。

(医師) 医療は医療保険から、介護は介護給付を県から、滞在費は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当てから支払われている。

(C) 日額はいくらか。

(医師) 1日約€100だ。尚、社会福祉手当てベッドは、こちらの施設にはない。グループ系列の他の2施設には福祉ベッドがあり、その日額はもう少し安めであり、1日€80ぐらいかと思う。

(C) それはお金を持っている人たちの施設であろう。では入所者の総合平均要介護度AGGIRはいくらか。

²⁵² ナース・プラクティショナー

(医師) 720 だったかと記憶している。ただし、こちらの数値の再評価はコロナ以降 1 度もされていない為現在は不明だ。

(C) 医療に関しては、外付けのかかりつけ医 (médecin traitant) なのか。

(医師) 嘱託医 4 名と契約しており、入所者の 70%がこの 4 名によりフォローされており、20%は施設内の正式な職員である私自身、残りの 10%これは数字にすれば 1、2 名であるが、外から来る 2 名の医師によりフォローされている。この 2 名との協働が難しい。

(C) SSIAD (介護ケア・サービス事業所)²⁵³や開業訪問看護師も外から来るのか。

(医師) まず、施設内プロパーの看護職員がいる。SSIAD や個人開業訪問看護師は来ない。一方、HAD (在宅入院) からの看護師は来る²⁵⁴。看護職員はフルタイム換算で 5 名だ。これに加えてフルタイム換算で 2 名の管理看護師がいる。管理看護師はプランニングを作成する。勤務は、日勤 7 時 30 分から 19 時 30 分が 2 名、1 棟 62 人の入所者がある病棟に 1 名ずつだ。また、夜勤は 19 時 39 分から翌朝 7 時 30 分で、看護助手が 2 名、免許無し
の介護助手が 2 名だ。夜間は、これに 1 名のオンコールナースが同地域の 8 施設をカバーしており、夜間の有事の時はそのナースに電話連絡する。この同地域 8 施設のオンコールナースのカバーとは、ARS (地方保健局) により予算措置されており、地域の中の 8 つの別々の施設間であり、同法人グループなどの系列関係はない。

(C) ドクターは夜間いる必要はないか。

(医師) 夜間は不在だ。必要時は、救急センター SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) や SOS に電話する。

(E) 夜間急変時に SAMU を呼ぶ事はあるか。

(医師) 施設内規定のプロトコールがあり、それに従い、看護助手が判断して直接 SAMU の 15 番に電話することはある。あるいは、まずオンコールナースに連絡し、そのナースが判断して SAMU に電話する事もある。SAMU のコールセンターでは医師が電話で判断し、必要があれば配車するが、そこでドクター付き高次救命救急車 (SMUR²⁵⁵) が配車される事は極めて珍しい。高齢者介護施設から電話がかかってきたら、大抵の場合は、車は送られて来ない。全くないわけではないが。

(D) 年間死亡者数はどれぐらいか。

(医師) コロナ前は、年間 30 人から 35 人で、この数値はコンスタントであった。コロナ中は、コロナ初期のひと月で 21 人だった。コロナ後は、年間 15 人となっており、この死亡の減少は説明できない。そして、死因についてだが、この月 21 名の死亡については、半分がコロナであった。1/4 は恐らくコロナであろうと思われる人²⁵⁶であった。残りの 1/4 はコロナ以外または基礎疾患の増悪であってコロナが直接の原因ではなかった。2020

²⁵³ Services de Soins Infirmiers à Domicile

²⁵⁴ HAD (在宅入院) から来るというこの発言から、この施設では入所者の医療ニーズが高く重症者が多いことがわかる。ナーシングだけなら、SSIAD や訪問看護サービス利用者が多くなる。

²⁵⁵ Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

²⁵⁶ この時期は検査がなかった為、必ずしも陽性/陰性が診断されずに死亡している。

年3月17日に第1波が始まったが、検査ができなかった為、正確な診断ができなかった。1ヶ月後の4月19日あたりから高齢者施設でも検査資材が入手可能となった。更に4月29日から、テストキャンペーンが開始された。従って、第1波初期の3月に多数の死亡がでていたのは、恐らくコロナであったのだろうと、今になっては思う。

(E) 夜間急変時にも救急車を呼ばないと言うのには2種類あると思う。1つは、施設入所前より患者、家族に説明をし同意を得ているケースだ。もう1つは、そのような個別の確認がない場合でも、そう言うものだという社会合意がある場合だ。こちらではどのようなパターンが当てはまるか。

(医師) コロナ中とそれ以外で大きく異なる。まず、コロナ中の話をしよう。第1波の時のロックダウン中、3月20日から4月20日までの間に、「高齢者施設は、重症者を含む陽性者の救急要請はできる限りせず、施設内で深い鎮静も含めたターミナルケアを提供して最期まで診るように。」という行政からの指導²⁵⁷があった。この為、第1波においては、高齢者施設内での急変時に救急車を呼ぶなどは考える事もできなかった。私自身は、土日返上で、毎日、勤務時間超過で診療にあたった。その際に、ターミナルケアのためのツールとして鎮静剤を常備して診察した。当施設は、フルタイムの医師がいる為、我々自身で医療行為ができたが、医療付きでない高齢者施設では原則として医師がいない為、施設内で治療や看取りができないので、恐らく、救急搬送したのであろう。少なくともSAMUに電話はしたのではないかと思う。「高齢者は救急要請をしないように。」という行政からの指導は同様にあったが、医師がいなければ、医療行為は不可能である為、急変時にそこで何もせず死亡まで放置したとは考え難い。重要なのは、前々から、高齢者、家族、スタッフに、急変時の事前プレスクリプションの理解を徹底的に行う事である。このように普段から事前に合意の形成ができていている場合は、医師の仕事も困難ではない。一方、事前プレスクリプションもなく、ターミナルケアでもない患者の急変時には、困難があり得る。SAMUに救急要請の電話をして、そこのドクターがトリアージで配車しないと判断した場合には、現場はその患者の総合的なデータやカルテ情報をもとに方針決定する事になるが、高齢者の搬送はできるだけ回避するという方向になりがちだ。これについて、社会的に合意が形成されているからかと言いきれるのかはわからない。事前プレスクリプションの徹底が最重要である。一方、事前プレスクリプションがない場合、SAMUから配車される場合にも、多くの場合、ドクター付き高次救命救急車ではなく、アンビュランス²⁵⁸が配車される傾向がある。

(F) 家族らからの批判、訴訟等はないか。

(医師) 今迄の所、それで家族と大問題になった経験はない。

²⁵⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041763328>

²⁵⁸ いわゆる救急車ではなく、医療搬送のための民間医療搬送車で保険適用されうる。透析や歩行困難患者の通院、転院時などの際に使われ、ドクターは同乗しない。介護タクシー会社がサービス提供する事もある。

「社会的に合意があると言えるか」というご質問に関連して、今、フランスで社会的に問題とされているのは、高齢者の問題ではなく、年齢に関わらず医療アクセスが困難となっている問題である。20歳であろうと80歳であろうと変わらない国民全体の問題になっている。これに対する国民の関心、怒りは大きい。更に言えば、安楽死に国民の関心は移っており、ディベートもこの周辺に集中してきている²⁵⁹。それらに比べると、高齢者に蘇生措置を行わないことや治療停止に対しては激しい反対の声は上がっていない。

例えば、重度の認知症、アルツハイマー病終末期はどうかという問題を考えてみると、フランスの患者家族は、積極的医療を望まない傾向が強い。この点が日本とは異なる事は知っている。重度の認知症、アルツハイマー病のある高齢者に、フランスでは経鼻胃管栄養も経静脈輸液も、不快な治療は望まない家族が多い。治療停止になって行くが、突然、打ち切ると言うよりは、ゆっくりと時間を掛けて家族と話し合い、「こうなった時には、こういう事はしませんよ。栄養、水分も止めます。」と事前に準備をして行けば、ほぼ全て99%の場合、家族もそれを望む。その意味で、社会的に受け入れられている、と言っても良いのではないかと思う。

事前に準備や合意形成ができていないケースでは、クレス・レオネッティ法²⁶⁰という法律がある。同法に則り、必ず2名の医師を含む多職種チームで話し合い、全ての経過をカルテに記録して残す。これにより、医療者は法的に守られ、万が一、遺族と訴訟になった場合にも、クレス・レオネッティ法に基づいていれば、敗訴する事はない。この法律が、終末期医療における治療停止で医療者を訴訟リスクから守っている。繰り返しになるが、99%のフランス人は、治療の停止に合意する為、裁判でクレス・レオネッティ法の出番になるケースはかなり珍しい。

実際には、経鼻胃管を設置することすら望まない家族が多く²⁶¹、設置したとしても、2、3日で外すことになりがちである。とは言え、いざ経鼻胃管からの栄養を停止する日は、家族にとっても非常にデリケートな日になる。「ああ、親がこれから死んで行く。」と強く認識する瞬間となる。

(D) こちらの施設でそうなのかわかった。急性期病院ではどのような流れになるか。

(医師) 白板に「肺炎で食べられなくなりました」からスタートした右肩下がりの曲線を描く。

²⁵⁹ 2023年9月現在、フランスの議会ではクレス・レオネッティ法（後述）の更なる法改正が審議されている。この法案の中では、予測生存期間を従来の最長3日から最長11か月まで延長し、医師は致死性物質の処方を行うもののそれを実際に投与するのは患者自身とする案が検討されている。このように、新しい法案は、クレス・レオネッティ法が想定している死亡が差し迫った状況での緩和的鎮静とは明らかに性質の違う行為を許容するものとなっているが、その場合でも「安楽死 (euthanasie)」という用語は回避されるようである。

²⁶⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253>

²⁶¹ 栄養停止ではなく、開始すらしない。経鼻栄養ですらしながらないフランス人にとって、胃瘻造設は言うに及ばない。

勿論、唯一の正解はないのだが、2、3日から数日間は、経鼻栄養や経静脈栄養を与えるかもしれない。ただし、その場合はまだ、回復の可能性が期待できる時だ。期待できなくなったら、急性期病院内でもチームで次の判断をすることになる。認知症の高齢者で、様々な複合疾患があり、臓器不全が進行し、全身症状が悪化し、合併症を発症し、転倒骨折や肺炎等の急性期治療が必要になった場合、総合的に判断して、初期は救命するだろう。2回、3回、4回と急性期エピソードを繰り返して行くにつれ、徐々に全身症状も低下して行くだらう。その結果、治療停止の決断に至る。その過程で、不快・苦痛を伴う経静脈輸液や経鼻栄養を停止するまで、時間軸・年齢軸に沿って下がってゆく全身症状曲線のどこで判断するかが、老年内科医療であり、医師1人が判断するのではなく、チームで話し合って決める。

(E) 事前に99%の家族が看取りについての同意をしているにも関わらず、コロナの時には、高齢者施設であっても、施設内ですべて対処せよと言う行政からの指示があったとのことだった。そこで言う対処とは何を意味するのか。元から救命のための積極治療を行わないのであれば、そこで救命処置をやる必要があるのか。また、看取りの際の深い鎮静もコロナの時に限って行ったのか。

(医師) コロナの時は深い鎮静までやった。あの時は普段とは違う原理で動かざるを得なかった。

(E) 実際に、本当にそう言うターミナルの深い鎮静による看取りをしたか。人工呼吸のための鎮静でないなら、それはむしろ安楽死ではないか。

(医師) 行った。忘れられない1人目の死亡者のケースはこうだった。16時20分に回診が終了し、部屋を出た。17時20に再び病棟の看護師からSpO₂低下の電話が入り、急いで階に上がった。入室すると、救命は困難な状況で、いよいよこれが生命の終わりであるとわかった。同時に、職員に家族に電話で「今から、看取りになる。」と告げるように指示した。隣で電話をしながら、息苦しい呼吸をする患者に鎮静をし看取った²⁶²。断っておくが、本当に非常事態であり、各自ができる事の全てを尽くした。

(A) 第1波のピーク時の大変な時に深い鎮静による看取りをしたと言うことはわかった。しかし、その後の、第2波以降はどうか。入院はできたか。ワクチン接種や、職員の充足はどうだったか。

(医師) ワクチン、それが全てのターニングポイントだった。全てが変わった。とにかく、全力で急いで入所者も職員も打った。我々の施設では、ワクチンを拒否した職員は、殆どおらず、極々少数だった。この施設から最後に病院に送ったのは、2022年1月のオミクロン株の時の患者が最後だ。2022年1月から3月に病院に送ったオミクロン株の患者もいたが、呼吸器症状ではなく、腹部痛、下痢等のコロナ以外の要因を理由とするものであった。病院で働く医師仲間の話では、今は重症者は稀で、あったとしてもコロナそのもの

²⁶² この行為の意味を安楽死とするか、end of life careの一環としての苦痛緩和措置とするかは判断が分かれうるが、少なくとも先方対応者は後者としての行為であったという認識のようだった。

よりも持病の増悪により重症化したケースが殆どとのことだ。コロナは軽症だが基礎疾患が重症化したような場合だ。第1波のような劇症コロナの症例はもうない。

(A、D) コロナ感染を契機として摂食嚥下障害が起こるが、そのようにしてコロナ自体は軽症でも、感染を契機に口から食べられなくなった時に、病院へ転送したか。

(医師) 今は、病院に送ろうと思えば送れるし、恐らく病院側でも受け入れも可能なはずだが、もう送らなくなった。2023年3月に施設内感染があり、1月で40人のクラスターが発生したが、この時も1人も送らなかった。全員、食欲不振で食べられない、著しい体重減少があったが、送らなかった。それほど重症化しないので、病院での入院はさせていない。治療としては、施設内でパキロビッドを処方する。酸素が必要となれば病院に送る。

(D) その図の曲線のより左の方で、何か急性期イベントが起きたら、病院に送るか。

(医師) 送る。回復が期待できる段階であれば送る。

(D) 送らなくなるタイミングは、その限界点はどこからか。

(医師) その判断こそが、老年内科専門医たる者の仕事だ。病院では、老年内科モバイルチームがあり、そのチームと話し合っ総合的に判断する。家族が準備できているかも評価する。システムティックには答えられない。

(D) 明確な境がないので、私の施設ではやれることは全てやる。点滴もする。こちらの施設内で治療はするか。

(医師) うちの施設では、経管栄養はやらないことが殆どだ。経管栄養よりは、口から食べやすい形にした口当たりの良いデザートなどを口の中に運んで入れてみる。

(A) 点滴による輸液水分補給はするか。

(医師) やる事はある。しかし、最期に近づくと水分はむしろゼロゼロと喉に痰が絡み息苦しくなる。水分を抜いた方がむしろ呼吸が楽になる。その場合にはしない。

(B) コロナ前、年間35名前後の死亡は、全部ここで亡くなっていたか。病院で亡くなっていたか。

(医師) 75%がこちらの施設内で亡くなっていた。25%が運ばれた先で亡くなっていた。

(E) 死因の病名に「老衰」はあるか。

(医師) それは、一般的な死因ではない。死亡診断書に記入する際に、「自然死」と書くことはある。そう書かないと、警察の検死対象となってしまう法医学解剖が行われるなど誰のためにもならない「不必要な不幸・事件」を引き起こしてしまう。これは絶対に回避すべきである。そのため超後期高齢者であれば、特に診断名もなく突然亡くなる事はよくあるが、この際も「自然死」と記入している。

(A) 40名の感染者クラスターで家族から批判されなかったか。ゼロコロナは目指さないか。

(医師) 全くない。ゼロコロナは不可能だ。2020年5月まで、当施設でも完全に隔離したが、これは本当によくなかった。マスク着用義務も困難である為やめた。一緒に食事もす

る。外出もする。レクリエーション活動もする。但し、症状があれば検査はする。陽性者は、室内に5日間隔離か、またはマスクをすれば陽性でも部屋から外に出ても良い。ただし、食事だけは5日間は、個室で一人で食べる。面会は、5日間だけは遠慮願う。それでも来訪するならば、庭で会ってもらおう。このウィズコロナの生活をキープしたいならば、再接種はしてほしい、と入所者、家族、スタッフに説明している。検査については、システムティックな検査はしない。症状がある人だけ検査する。症状のない人はしない。陽性であったとしても5日間の自室隔離だけだ。

第1波の2020年5月までのあまりにも厳しい隔離、面会禁止、個室での食事、外出、レクリエーション活動禁止等のネガティブな記憶が克明に刻まれており、あのような負の体験はもう2度としたくない、と全員が思っている。感染リスクはあっても、対策はした上で、ウィズコロナで普通の生活をしたい、と全員が思っている。以前だって、インフルエンザの流行はあったのだからそれと同じように注意はするが「普通にコロナと生きよう」、となった。ゼロコロナは、Impossible!²⁶³

(D) その考え方は、先生独自の考え方か、それともフランス社会の一般的な考え方か。

(医師) フランス人全体の考え方であろう。

(E) フランスは、そのように1つのやり方が問題があるとなれば、それを反省してすぐに修正できるところが素晴らしい。

(医師) 日本は、ロックダウンしなくても、国民が自主的に従順に大人しく感染対策をし、外出、外食を我慢して生活してきた。そのお陰で、長い間、感染から守られ、既感染者がまだまだ少ない。そのため、このままゼロコロナで行けると思っている人がまだ大勢いるのではないか。一方、フランスは、第1波があまりにも激しすぎて、その段階で感染者が爆発的に増加し、バタバタと身近な死亡者が出て、政府が厳しいロックダウンで国民の動きを強制的に止めた。この山の登りカーブがあまりにも激しかったため、第2波、第3波が来ても、第1波に比べたら取るに足らない、と誰もが感じるようになった。医療者も、コロナの患者を大勢診たので、治療にも慣れたし、それほど心配しなくなった。そのお陰で、ウィズコロナで行ける、と医療者を含め、国民みんなが思っている。その違いなのではないか。

(D) その通り。

²⁶³ 施設内では、医療者、スタッフ、入所者誰もマスクしていなかった。

フランス-4-2 論考：高齢者施設

新田國夫、森井大一

フランスにおける高齢者の住宅形態の基本

フランスには多様な高齢者のための住宅形態が存在する。その基本形態として、以下の6つがある²⁶⁴。

1. 自立型高齢者住宅

1 部屋あるいは2 部屋のアパート型で、部屋には個人の家具等を持ち込むことができる。自立した高齢者が主たる対象である。自立型住宅の大多数は公的機関であるコミュニケーション及びコミュニケーション社会福祉センター²⁶⁵または非営利団体により運営、管理されている。地域によって、より広範な高齢者福祉サービスを提供し、地域住民も利用できる開放的なレストランの併設があるところもある。

2. サービス付き高齢者住宅

民間企業が運営主体である。入所者はアパルトマンを購入又は賃貸借契約をし、さらに月々の管理料を収める。入所者は高所得層が多い。

3. 地方老人ホーム²⁶⁶

15 人から 20 人の小規模高齢者施設で、自立または半自立の高齢者が対象である。看護師、医師の定期的な訪問サービスがついている。小規模、自立度促進治療計画参加、看護、医師の定期的訪問がある。

4. 非自立老人ホーム (EHPAD) ²⁶⁷

様々な長期滞在施設があり、設置運営主体も公立、私立と多様である。その月額料金の幅は大きい (€763 から€4000)。概ね 60 歳以上で日常的に介助や介護を必要とする高齢者を対象としており医療体制が完備されている。

5. アルツハイマー型認知症施設²⁶⁸

6. 長期滞在型入院施設²⁶⁹

公立病院に付属した施設であり、その対象は恒常的な医療観察やケアを要する人である。医療費分は疾病保険より支払われる。ハウスアメニティは本人または家族の負担となるが、社会福祉手当がある。

上記の6つの基本形態以外に、受け入れ家庭制度²⁷⁰がある。これは、県の行政監視の下、当局と提携契約を交わした家庭が高齢者を受け入れるシステムである。家庭崩壊や核家族

²⁶⁴ フランスの高齢化社会における孤立防止対策と社会的支援 Clair Report No. 533 March 16, 2023 一般財団法人自治体国際化協会パリ事務所

²⁶⁵ Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

²⁶⁶ Maison d' Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA)

²⁶⁷ Établissement d' Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

²⁶⁸ Unités Alzheimer

²⁶⁹ Unité de Soins de Longue Durée

²⁷⁰ famille d' accueil

化の進む今日のフランス社会にあって新しい家族の定義を提案するものとなっている。

今回我々が訪問した高齢者施設は EHPAD である。EHPAD のような医療付き介護施設の支払いについては、医療部分は医療保険から、介護部分は県の介護給付から、滞在費部分は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当から支払われる。今回の訪問先は経済的に余裕のある層を対象とした施設であり、社会福祉ベッドのない施設である。入所者の個人負担は 1 日 €100 であるが、社会福祉ベッドのある施設では 1 日 €80 程度となる。

介護度の指標

入所者の介護度を評価する指標として、総合平均介護度 AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) がある。日本語では老年学的自立能力判定票と訳されている。日本の要介護認定調査票に類似し、以下のように分類される。

- GIR 1 : 最も重い要介護者。身体的、精神的にすべての自立を失い、外部からの永続的な介護を必要とする人。寝たきりのことが多い。
- GIR 2 : 中等度の要介護者。2 種類あり、身体を動かすことはできないが精神的機能は完全に失われていない人、あるいは精神的自立は失われているが身体的活動は保たれている人。
- GIR 3 : 中等度の要介護者。精神的自立があり、移動もできるが 1 日に何度も介助を必要とする人。排泄において要介助であることが多い。
- GIR 4 : 起居、衣服の着脱、摂食に援助を必要とする人。2 種類あり、移動はできないが排泄や日常生活に介助が必要な人。あるいは移動はできるが日常生活や食事に介助を必要とする人。
- GIR 5 : 要支援者。独立して生活、食事ができるが、外出や食事に援助を必要とする人。ほぼ自立している。
- GIR 6 : 自立している人。

この指標の内容は日本の介護保険認定と同様であるが、より市民にとってわかりやすいものになっている。今回の訪問先施設では入所者の総合平均要介護度は 720 ぐらいとのことであるが、この数値はコロナ以後一度も再評価されていないとのことであった。

高齢者施設における職種とその役割

医療に関しては、入所者も外来かかりつけ医 (médecin traitant) を登録することが義務化されているところ、訪問先施設では、嘱託医 4 名が入所者の 70% の入所者を担当しているとのことであった。それ以外には、20% の入所者が施設に所属する医師が担当し、残りの 10% (当該施設においては 1、2 名程度に相当) は外部から来る 2 名の医師の担当となっていた。施設内の医師によれば、この外部から来る医師との協働が難しいとのことであった。

かかりつけ医 (médecin traitant) の登録義務が、とりわけ医療機能を多少なりとも持っている高齢者施設において、機能の重複やねじれをもたらす可能性があるように思われた。

また、看護師については、フルタイム換算で5名がおり、フルタイム換算で2名の管理看護師も勤務していた。管理看護師は施設全体のプランを作成するとのことであった。日勤体制は7時半から19時半で、各棟1名ずつで、2棟あるので2名配置されていた。一棟あたりの入所者数は62名であった。このような配置密度は、おおむね日本と変わらないように思われた。

また、夜間は1名のオンコールナースが同地域の8施設をカバーする形で配置されているとのことだった。夜間の有事の際にはこのオンコールナースに連絡されることになる。連絡を受けたオンコールナースの判断で SAMU²⁷¹ (救急センター) に電話することもあるとのことだった。SAMU のコールセンターでは医師が電話口で状況を把握し、必要がある判断すれば配車される。トリアージの医師が SMUR²⁷² (ドクター付き高次救命救急車) の配車を判断するが、高齢者施設からの電話では大抵の場合、救急車は送られてこないという。このような夜間のオンコールナース体制は、介護人材の人手不足が深刻な日本でも検討する余地があるし、救急車の配送についても、すべての救急要請に応答することを前提としている日本の救急体制を再考する上で参照することができるかもしれない。

また、この施設には SSIAD (介護ケア、サービス事業所) や開業訪問看護師から看護師が来ることはないが、HAD (在宅入院) から看護師が来ることはあるとのことであった。このことは、この施設での医療密度が比較的高いことを示していると思われる。SSIAD や訪問看護サービスは、医療密度が高いサービスを原則として行わないからである。

そもそも HAD は、1970 年 12 月 31 日病院法により導入された。当初の目的はがん患者の急性期以降の医療を自宅で行うことで入院期間を短縮することにあつた。その後、1986 年 5 月 12 日の保健省通達により精神患者を除くすべての急性期以後の患者が HAD の対象とされ、その対象が拡大された。さらに、2000 年 5 月 30 日の雇用連帯省通達で、病院勤務医及び開業医によって指示される患者の居宅における入院であるとされた。これは、あらかじめ決められた期間に、医師及びコメディカルによってコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービスと定義されている。そして、その期間は患者の状態により更新可能とされている。そのため、そこで想定されているサービスは、相当程度医療密度が高いものといえ、今回の訪問調査で見た英国の virtual ward とも類似する制度である。

²⁷¹ Service d'Aide Médicale Urgente

²⁷² Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

これに対し、開業看護師は、訪問看護の主たる担い手であり、その業務は日本の訪問看護とほぼ同様である。看護ケア提供にあたって医師の包括的指示が必要である。日本との違いは、個人開業（ソロプラクティス）が可能であること²⁷³、および処置における広い裁量（材料や医薬品の選択）が認められていることである。

高齢者施設での看取り

訪問先施設の年間死亡者数は、コロナ以前では、30人から35人であったという。そのうち75%は当該施設で死亡し、25%が搬送先で死亡していたとのことであった。ところが、コロナ初期の2020年3月の死亡者は21名であったという。死亡者の半数はコロナ感染者であることが確認され、1/4はおそらくコロナであろうと思われたものの検査では確認されていなかった人とのことであった。これは、この時期十分な検査体制が整っていなかったためすべての患者に検査できなかったことによる。そして、残りの1/4は基礎疾患の憎悪でありコロナ感染が原因ではなかったと考えられるとのことであった。パリにおいては2020年3月17日に第1波が始まったとのことだが、やはり当初は十分な検査ができていなかったことがわかる。1カ月後の4月19日頃から高齢者施設でも検査資材が入手可能となったとのことであり、4月29日からテストキャンペーンが開始され検査に対するアクセスは改善されていったものと考えられる。第1波のロックダウン中、つまり3月20日から4月20日の間、高齢者施設は重症者を含む陽性者の救急要請はできる限りせずに、施設内で「深い鎮静」²⁷⁴も含めたターミナルケアを提供して看取りまで行うようにという行政からの指導²⁷⁵があったという。このため第1波においては、高齢者施設内での急変時に救急要請はほとんど行われなかったようである²⁷⁶。今回の訪問先施設は常勤医師のある施設だが、この医師も、休日や時間外での勤務を余儀なくされたとのことである。これは、コロナ初期にクラスターが発生したものの、搬送先が見つからずに自施設内で患者を看取らざるを得なかった日本の高齢者施設と客観的状況としては類似する。しかし、そのような方針が政府によって明確に指示されたのか、それとも状況的にそうせざるを得なかったのかで、日仏の状況は異なると思うべきだろう。またその際に、フランスでは、ターミナルケアの一環としての「深い鎮静」が積極的に用いられたことも特筆すべきである。コロナ以前からターミナルケアを専門とする高齢者施設において、コロナに限って「深い鎮静」を積極的に用いるに至ったことに対する説明を求めたが、「あの時は普段とは違う原理で動かざるを得なかった。」という以上の説明はなされず、今回のヒアリングでは、この点を明らかにすることはできなかった

²⁷³ 日本では、訪問看護事業者は法人が想定されている

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4190&dataType=1&pageNo=1)。

²⁷⁴ <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/>

²⁷⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041763328>

²⁷⁶ このことは、後に「高齢者を病院から意図的に排除した」として批判の目が向けられている

(https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/29/covid-19-des-personnes-agees-ont-ete-ecartees-des-hopitaux_6047605_823448.html)。

た。これは後段においてクレス・レオネッティ法との関連で再度考察する。

また、当該医師の見解としては、医療付きでない高齢者施設では原則として医師がいないため、施設内での治療および看取りができない。そのため、たとえ政府が「高齢者は救急要請しないよう」求めていた状況下であっても、病院へ救急搬送したであろうとのことであった。これは、医師がいない状況下で医療行為が不可能である場合に、急変時に何もせず死亡まで放置したとは考えにくい、との推論によるものだ。しかし、この見解には疑問が残る。常勤の医師がいないとしても、高齢者施設である以上、高齢者の看取りは業務の一部であるはずだ。そしてそこで求められた「治療」とは「深い鎮静」のことであり、それを目的に高齢者施設から病院へ患者を搬送するのは、通常では発生しない医療負荷を、コロナ禍において敢えて病院に負わせる結果となるからである。また、第1波での流行の規模は日本よりもはるかにフランスの方が大きかったことを考えれば、このような医療付きでない高齢者施設の「深い鎮静」目的の上位搬送が、日本よりもスムーズに行われたとは考え難い。むしろ、そのような要請に応える余裕がフランスの病院になかったからこそ、フランス政府は上記のような行政指導をしたと考えられる。この点は、医療付きでない高齢者施設からの上位搬送の実態を正確に調査しなければ、これ以上の議論をすることは困難であろう。

高齢者施設からの救急要請

訪問先の医師の説明によれば、SAMUに救急要請がなされ、SAMUの担当医師がトリアージで配車しないと判断した場合、高齢者施設の現場ではその患者のデータや診療録情報を総合して方針が決定される。実際には、高齢者の搬送はできるだけ回避するという方向になりがちとのことだ。同医師の説明では、急変時の事前プレスクリプション（蘇生措置を行わない指示）への理解を、あらかじめ高齢者自身、家族、スタッフと徹底することが重要であるとのことであった。この事前プレスクリプションは、日本では急変時のDNRというよりもむしろACPに相当するだろう。

また、SAMUから配車される場合も医師同乗付き高次救命救急車ではなくアンビュランスが配車される傾向にあるとのことであった。ここで言うアンビュランスはいわゆる救急車ではなく、医療搬送のための民間医療搬送車であり、保険適用され得る。透析や歩行困難患者の通院、さらには転院時の際にも使われるが、医師は同乗しない。介護タクシー会社がサービス提供することもあるようだ。

フランスにおける終末期医療での行為選択

訪問先の医師の説明によれば、重度のアルツハイマー病等の認知症について、フランスの患者・家族は、積極的医療は望まない傾向が強い。経管栄養も経静脈輸液も不快な治療として、これを忌避する考えが強いようだ。このような基本的な投与手段を控えれば、結局治療

停止になっていくが、その場合でも、突然打ち切るのではなく、ゆっくり時間をかけて家族と話し合うという。その実情について、訪問先医師は、「こうなった時には、こういうことはしません。栄養も水分も止める。」という方針をあらかじめ明確にしていくとのことだった。そしてそのように事前に準備をしておけば、ほぼ全て、99%の場合、家族もそれを望むようになるとのことであった。おそらく、患者やその家族にとってもそのような終末期の迎え方は、施設に入所して初めて聞かされるものではなく、それ以前の段階で触れたことがあるものなのであろう。そのような意味で、上記のような具体的手段の撤退は、社会的にも一定程度受け入れられているものと言えるであろう。その結果、多くのフランス人は、経鼻胃管の設置や胃瘻造設を望まないようである。今回の訪問施設では、経管栄養をしないことがほとんどであり、口から食べやすい形にした口当たりの良いデザート等を口の中に運んで入れるなどの手段が取られるとのことであった。点滴による水分補給が行われることはあるが、終末期においては、水分摂取はむしろ喘鳴の原因となり、排痰困難による呼吸苦を招く結果となるため、水分補給も控える判断をすることが多いとのことであった。その一方で、急性期病院では数日間は経管栄養、経静脈投与を行うかもしれないとのことであり、それぞれの医療提供機能の違いにより、基本となる行為がある程度規定されるとの見解であった。

終末期の進展様式と老年科医師の役割

また、訪問先医師が指摘するように、終末期医療においては、終末期の進展様式を熟知することが重要である。当該医師が説明するように、終末期の高齢者は様々な複合疾患を抱えており、臓器不全が進行し、全身状態が悪化し、合併症を併発する。そのような患者に急性期治療が必要となることも当然考えられる。そのような急性期のエピソードを何度か繰り返す中で、徐々に全身状態は低下していく。その結果、治療停止の決断に至る。その過程で、回復が期待できる段階であれば病院での治療の適用も考えられる。そして、もはや病院に送らなくなる限界点を誰かが判断することになるが、この判断こそが、老年内科専門医の仕事であるとのことであった。フランスでは、老年内科モバイルチームがあり、そのチームが話し合っ総的に判断するとのことである。この過程においては、家族が準備できているかどうかなど多くの考慮要素があり、その線引きを単純化してシステムティックに行うことはできない。このような考え方の方向性は、日本でも同様と言えるだろう。

また、事前に準備や合意形成ができていないケースについてはクレス・レオネッティ法の適応の可能性がある。クレス・レオネッティ法では緩和的鎮静が合法化されている。緩和的鎮静は「覚醒することのない深い眠り」を対象に認められており、その要件として以下を定めている²⁷⁷。

- ① 終末期であり、短期間で死亡が予想されていること。短期間とは数時間から2、3

²⁷⁷ 仏クレス・レオネッティ法にみる終末期医療の動向 山崎摩耶 医学会新聞 医学書院
(https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2018/PA03299_04)

日の範囲を指す。

- ② 何をしても苦痛が取れないこと（補充性の原則）。
- ③ 事前指示書で患者の意思、同意が明確なこと。
- ④ 眠らせることを意図しており、安楽死ではない。

緩和的鎮静にはガイドラインがあり、使用できる薬はモルヒネとミダゾラムのみとなっている。開始にあたっては2人の医師の同意が必要とされる。緩和的鎮静のタイミングは上記の①に該当する短期間の死亡が予想されている場合のみとされている。今回の訪問施設における対応もクレス・レオネッティ法に準じたものと位置付けられている。具体的には、この施設の1人目のコロナの死亡の実例として、以下が紹介された。

- 16時20分に回診を終了した。
- 17時20分に再び病棟の看護師からSpO₂低下の電話が入り、急いで入室した。
- 入室すると救命は困難な状況で、これが最終段階であることがわかった。
- 同時に職員から家族に電話で今から看取りになると告げるように指示した。
- 電話をしながら、息苦しい呼吸をする患者に鎮静をした。
- 看取りをした。

この事例について、当該医師は、コロナという非常事態での症例でありその時の最善を尽くしたとの評価であった。クレス・レオネッティ法が呼吸停止のリスクを許容しながら、それでもなおこの処置を上記④のように安楽死と峻別する根拠は以下の2点にあると考えられる。

1つは、予測される死亡の近接性の違いである。これは予測生存期間という客観面の違いと言い換えられる。クレス・レオネッティ法が想定しているのが、最長でも3日以内の死亡であるのに対し、安楽死はより手前（例えば数か月程度の生存見込みの段階）での導入について許容するものであるという、切り分けが行われていると考えられる。ところが、2023年秋にフランスの議会に上程される予定となっていたクレス・レオネッティ法の改正案では、予測生存期間を最長11か月まで延長することになっていた。もともと、この法案の審議は、直前になってストップがかかり少なくとも2024年以降に持ち越されることになった²⁷⁸。このような2転3転は、フランス社会の逡巡を反映しているとも見られるが、その逡巡はむしろ当然だろう。見込み生存期間が長ければ長いほど安楽死としての性格が強くなるとしても、そもそも「死に近接していれば安楽死ではなく深い鎮静とする」という切り分け自体がかなり恣意的である。「深い鎮静」を「安楽死」から切り分けた以上、「では、どこで線を引くのか」という議論をせざるを得なくなるが、その線引きについて社会合意を得るのは容易ではない。最終的に何らかの落としどころを決めるとしても、それまでの間逡巡する

²⁷⁸ https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/fin-de-vie-le-projet-de-loi-devrait-etre-debattu-au-parlement-l-annee-prochaine-selon-franck-riester_6082950.html

だけ逡巡するというのは、それ自体1つの知性であると思われる。

そしてもう1つは、鎮静・鎮痛を行う目的という主観面の違いである。クレス・レオネッティ法においても、呼吸停止をもたらすミダゾラムの投与はいうに及ばず、鎮痛薬であるモルヒネにも呼吸抑制作用がある。そのような投薬を終末期の患者に、気道確保なく行うことを認める以上、呼吸停止のリスクを許容するものと言える。しかし、それでもなおこのような行為を安楽死と峻別する主観面における趣旨は、「目的はあくまで鎮静であり、呼吸停止そのものは目的ではない」という点にあるものと思われる。これに対し、安楽死は呼吸停止こそがむしろ目的であると言える。因みに、2024年上程予定の上記改正案によれば、医師は、致死性物質の処方までをすることができ、それを実際に投与するのは患者自身という手順を踏むことが提案されており、そのことを持ってこれを「安楽死」とは呼ばないとのことだが、それは本質をごまかした議論と言うべきだろう。

しかし、そうであったとしても、その法効果はあくまで該当行為の違法性を阻却するという点にある。クレス・レオネッティ法が存在し、上記のコロナ下での鎮静がその法適用を受けるとしても、通常の看取りでは行わない緩和的鎮静を、敢えてコロナ禍という非常事態だからとして行うのは、理由付けとして不十分であるように思われる。この点は、上記にも述べたように、今回の調査では明らかにすることができなかった点である。

コロナ対応の変化

訪問先の医師によれば、フランスにおけるコロナ対応は、2020年5月の前後で大きく変わった。2020年5月までのいわゆる第1波までの期間においては、高齢者施設においても厳格な隔離対応が取られた。しかし、今回のフランスでの訪問調査を総合すると、このように感染対策を唯一の価値とする対応についてはフランス社会全体として深い反省がなされ、比較的早期に見直されることになったと言える。今回の高齢者施設の医師も、初期の厳格な隔離対応を「本当によくなかった。」と評価している。これは、一緒に食事をすることや、外出や、レクリエーション等の活動が、高齢者施設にとって本質的なものであり、これらができなければ、高齢者施設が提供する価値がなくなってしまうと考えるためであろう。また、施設内でのマスク着用も早い段階で求めなくなったという。これは認知機能に障害を抱える高齢者の多い施設での現実的な対応であろうと思われる。その上で、症状に応じて検査され、陽性者は室内に5日間隔離かまたはマスク着用が求められることとなったという。このような検査指針は、患者の状態に応じてなすべき診療を差配するという医師たる者の業として当然のものであり、いわば医療の原則に則っており合理的といえる。さらに、マスク着用又は最小限の隔離を併用して対応する点は、柔軟で現実的な姿勢を示している。

そして、このような「自由のある生活」の価値を確認したうえで、「このウイズコロナの

生活をキープしたいならば、ワクチンの再接種をしてほしい。」と入所者、家族、スタッフに求めているという。このようなワクチン勧奨は、「命を守るために」というメッセージからさらに踏み込んで、「その命によって実現される価値」までをも包含したものだ。「命を守るため」という理由付けには、誰も表立って否定・反論のしようがない。しかし、その分、有無を言わさぬパターンリズム的説得（上から目線的説得）となり説得力を失うことになる。つまり、表立って反論されない代わりに、誰もそれに従わなくなる。これに対し、「自由のある生活」はそこに価値を見出す個人にも届く理由付けであり、逆に「自由のある生活」という価値に重きを置かない個人は、自主隔離により積極的であるため、衛生的行動の説得に労を取る必要そのものがあまりない。その意味で、「自由のある生活を守りたいならば」という説得は、「命を（あるいは社会を）守るために」という半ば脅しに近いメッセージよりも、強い説得力と広い訴求力がある。このことは、イギリスが医療従事者や介護従事者へのワクチン接種を強制したことで、大量の離職者を生じさせ、医療崩壊を助長させたこと²⁷⁹と対をなすと言える。

訪問先医師によれば、第1波の2020年5月までのあまりに厳しい隔離、面会禁止、個室での食事、外出、レクリエーション活動の禁止の記憶が克明に刻まれており、あのような負の体験はもうしたくないと全員が思っているとのことである。感染リスクはあっても、一定の対策をしたうえで、ウイズコロナを受け入れて、普通の生活をしたい。これが、フランス社会の一般的な考え方であるということが分かる。

このように、フランスは、1つのやり方が自分たちの社会の価値に照らして問題であると考えれば、それを反省してすぐに修正できるのが特徴でもある。確かに、第1波があまりにも激烈であって、その段階で感染者が爆発的に増加したのは事実だ。多くの人が、自分の身近な人をコロナで失うという経験をした。そのような中で、政府が厳しいロックダウンを敷き、国民の動きを強制的に止めた。この山登りのカーブがあまりにも激しかったために、第2波、第3波が来ても、第1波に比べると取るに足らない、とだれもが感じるようになったという。医療者もコロナ患者を多数診たので、治療にも慣れたし、ある程度の相場観を持つことができるようになった。ウイズコロナで行けると医療者を含め国民が実感を持って考えるようになった。日本は2023年5月から、感染症法上の位置づけが、新型インフルエンザ等感染症から5類感染症に変わった。しかし、医療者及び国民全体が「コロナのある社会」を実感を伴って受け入れるようにならなければ、コロナパニックはいつまでも続くことになるだろう。

²⁷⁹ Hetherington Group Practice のセッションを参照のこと。

フランス-5-1 応接録：CPTS
(Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)

2023年6月8日

エリック・ミヨン：薬剤師、センター責任者

ミリアム・サラ・ハッサン：IPA²⁸⁰、ケア・コーディネーター

<要約>

- CPTS は、ARS が決めた範囲の地域内での保健・予防を含めた診療を行う。
- CPTS は、医師に限らず多職種の医療者同士が情報交換する場である。
- 薬剤師や専門看護師（IPA）が患者の症状を聴取し、CPTS を介して、プロトコールに従い、検査・処方等の診療行為を行う。
- CPTS のプロトコールに従った診療実績は、1年間で500件程度であり、パリ8区（官庁・オフィス街、住民3万5千人）での参加薬剤師は3人のみで、一般にコメディカルのCPTSへの関心は薄い。
- CPTS でのプロトコールに基づく診療への報酬支払は、外来診療の€25を、監督義務を負う医師との交渉により分け合う。
- 外来診療料€25の中には、検査に用いる材料費や技術料が包括されているが、薬剤費は別建てとなっている。
- CPTS の IPA が、糖尿病患者の問題点を整理して受診ルートにつなげる。
- 薬局で HIV の検査をして陽性であれば、CPTS 内の専門医を直ちに受診できる。感染症専門病院に行く必要はなく、追加の検査と診断名の告知及び説明、治療導入の説明が CPTS で直ちに受けられる。
- CPTS を介して、乳がんの自己触診の指導が行われる。

²⁸⁰ Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと



CPTS
PARIS 8

**CPTS Paris 8 x Japan Medical
Association Research Institute**
Myriam Sarah Hassani & Eric Myon

Le soin... et bien plus !

(ミヨン) フランスでは、CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé、地域医療多職種コミュニティ) とは、地域の全てのプライマリ・ケア・リソースである医療従事者のコミュニティをオーガナイズする事を目的とする組織である。コミュニティ内でのコミュニケーションを促進し、当該地域の連携を促す。この背景には医療従事者不足がある。政府が 2016 年に CPTS 構想を作り、地域の医療を医療従事者各自に行わせる方針となった。ARS (Agence Régionale de Santé、地方保健庁) が当該地域の予算を決め、CPAM (Caisse Primaire d' Assurance Maladie、初級疾病金庫) が実際の支払い者となって運営される。管轄する地域は、ARS から限定されており、サイズが大きくなるようにゾーンが限定されている。我々はパリ市 8 区内の住民の保健・予防・ケアをオーガナイズする。この ARS が決める「地域」を単位とする考え方の基礎となる面積や人口は区ごととは限らない。パリ市内であれば、ほぼ 1 区に 1 CPTS があるが、小さい区の場合は複数の区に 1 つの CPTS があることもある。地方でもいくつかの市町村にまたがって 1 つの CPTS が置かれる場合もある。1 つの CPTS を開設する際、対象人口は 3 万-40 万人となる。

Mission 1 : Amélioration de l'accès aux soins

Dispositif permettant l'accès à un MT :

Annuaire en ligne sur le site internet de la CPTS des MG pouvant devenir MT.
Actualisée annuellement.
Suivi et gestion des demandes par notre super IPA coordinatrice

Etendu aux autres professionnels de santé :

Annuaire santé des professionnels de santé de l'arrondissement progressivement établi et mis en ligne sur le site internet de la CPTS.
Spécificités d'exercice indiquées.
Gestion des 2^{ème} avis
Et participation aux SAS & SNP au niveau Parisien...



2

現在、フランス全国で 800 の CPTS が存在するが、目標は 1000 とされている。CPTS のミッションとしては、以下がある。

- 1) 当該地域住民の「かかりつけ医 (médecin traitant) へのアクセス」を容易にする。現在、フランス国民の 12%がかかりつけ医 (médecin traitant) 難民であり、médecin traitant が見つけられないが、これらの人に地域内の médecin traitant を探す。
- 2) 医師同士で情報共有や意見交換をする。総合医 (médecin général) が他の専門医の、あるいは、ある専門医が別の専門医の意見を必要とする時に伺いを立てる。

これらを円滑に進めるべく日頃から地域の医療従事者に直接こちらから電話、メール、ビデオ、勉強会ミーティングなどで交流をして連携を呼びかける。フランスの医療従事者は朝から晩まで仕事をし、自分の診療所から出て他の医療従事者と交流する場がない。自分の地域にどういう歯科医が、薬局が、眼科医が、専門医がいるか、お互い知り合ってもらう場を提供する。特にソロ・プラクティスで開業している者であれば、なお連携は難しい。例えば、薬剤師が医師の処方箋に疑義照会する時にも関係性がある方がスムーズに行くだろう。

(A) 医師会や学会等ではやらないのか。

(ミヨン) 医師会や学会では、医師同士だけが集まり、他の職種との繋がりを作れない。この壁を壊したい。

(A、D) 要するに、ここは診診連携、多職種連携の機能だ。

Mission 1 : Amélioration de l'accès aux soins

Protocoles de coopération locaux (dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle et autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020) :

- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine ;
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine ;
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine.



(ミヨン) 看護師や助産師、薬剤師との協働、つまり他の職種との交流によってさらに良いケアが可能となる。例えば、私は薬局経営薬剤師だが、患者が症状を訴えて来た時に処方権はない。しかし現在フランスでは実験的に薬局での幾つかの「簡単な良性の疾患での治療プロトコール」²⁸¹が試行されている。これは、薬局の薬剤師がまず症状を聴取して、それをCPTSを介して同じCPTSに参加している médecin général に電話で状況を説明し、その指示を仰いで咽頭痛であれば迅速検査キットで溶血性連鎖球菌の判別、女性の膀胱炎の尿検査テープによる判定等を、薬剤師が薬局内で行い、検査結果に沿って適正な治療薬を薬局で薬剤師が出す。患者は医師のところに行かずに、その場で必要な簡易検査を行い、その結果を見た薬局薬剤師が抗生剤を出す。この他にも幾つかの「プロトール化した治療」のトライアルを経た後に一般化する事を現在フランス政府は考えている。これを円滑に行う関係性を普段から築いておけば、一緒にペアを組んだ薬局と医師が話し合っ「こういう患者のケースは、直接、お宅の薬局に行って君がこれこれをやってくれ。」と予め取り決めることができる。同じCPTS内の薬剤師が、CPTS内の médecin général に聞く。薬剤師はインターネットで各ケースの治療プロトコールを学び、医師も「喉に白いモノがついた咽頭痛の患者はこちらに送って」、「なければお宅の薬局でプロトコールの通りにやっっている」や、排尿痛のある女性患者に「背中の上まで痛みがあったら医師に送って」、「なければプロトコール通りに薬局でやっって良い」等と予め取り決める。このプロトコールに同意した医師と薬剤師が契約し、プロトコールに従い薬剤師が患者に治療を行い、疑問がある時以外は、医師には特に電話しな

²⁸¹ les protocole de cooperation (協力プロトコール) という。

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>

いで薬を出す。

(A) いや、医師は賛同しないと思うが。

(ミヨン) こちらを開始してから9ヶ月になるが、既に300人を超える患者をこのように治療した。恐らく年内に500人まで行くであろう。

(E) 今は実験している段階か。

(ミヨン) 実験段階は終わっている。既にCPTS内での同意がある場合に限定して法律で許されている。同じCPTS内の医師と薬局薬剤師の間で同意契約があればしても良いという全国共通の法律だ。この同意契約があり相互の信頼関係を証明するものであればしても良いという限定があるから、一般法ではない。無論、年齢や基礎疾患などできないケースについてもプロトコルで決められている。例えば、女性が年に3回以上膀胱炎を繰り返している場合は、簡易検査ではいけない。

(F) 同意する医療者がいるのか。特に医師は。

(ミヨン) 8区内で全薬局35の内、半数の17がCPTSに参加する契約にサインした。その内、更に「協力プロトコル」契約に3つが同意サインした。医師は140名おり、そのうち45名がmédecin généralだが彼らは皆「かかりつけ医(médecin traitant) 協力」の項目でCPTSと一緒に働くという項目にサインして参加している。また、この項目にサインしたmédecin généralには、かかりつけ医(médecin traitant) 難民の患者をうちから送っても受け付けてくれる。パリ8区全体で1000人いる多職種の医療従事者の内、250人がCPTSに参加すると言っている。しかし、あくまでも任意であって義務ではないので、無理にお願いはしていない。一方で、「協力プロトコル」の方は、驚かれるかもしれないが、同意してくれる薬剤師が見つからず、現在、薬局薬剤師が3人しか協力プロトコルに参加していない。「自分で検査して、自分の薬局で直接、患者に治療薬が出せるのですよ。」と説明して、薬剤師としてのCPTSの重要性を説明をしても彼らの関心は薄い。

(A) なぜか。

(ミヨン) 私自身なぜだか毎晩考え続けている。制度が新しすぎて、面倒臭いのではないか。色々なケースを見せて理解してもらう時間が必要だ。今までやってなかった臨床行為を始める恐怖心もある。同じような例として、ワクチン接種を薬局で始めた時も、薬剤師の多くは怖くてすぐには手を挙げなかった。アレルギーがあったらどうするのだ、と、滑り出しは悪かった。今はほぼ半分以上の薬剤師がワクチン接種を行っている。最初は違う領域に入るようで怖い。医療行為に入る恐れがある。

(C) 今の彼の話を聞いていると、薬剤師が医療行為をやることを怖がった、という事のようにだ。

(E) 診療報酬の支払いはどうなっているか。

(ミヨン) 診療報酬は€25で、それを合意に基づいた割合で医師と薬剤師とで分ける。医師が€10、薬剤師が€15という場合もあるし、医師・薬剤師ともに€12.5ずつでもいい。話し合っただけで合意があればどのような配分でも良い。

(E) 逐一報酬の分配交渉にエネルギーを要するのでは、面倒で誰もやりたがらないだろう。

(D) それらの患者は、国民の 12%といわれるかかりつけ医 (médecin traitant) 難民か。

(ミヨン) médecin traitant の有無に関わらず全ての人だ。médecin traitant を持っているが、医師の予約が取れない、診療所まで行く時間がないが近所の薬局なら朝の通勤途中にでも予約なしですぐ行けるから、など理由は様々だ。

(E) €25 は、他の疾患の治療でも同じか。膀胱炎と咽頭炎だけか。

(ミヨン) 全ての治療で€25 だ。今は、咽頭炎と膀胱炎が大部分を占めている。

(E) その中には処方される薬剤費、検査マテリアル・材料費や技術料も含まれるのか。

(ミヨン) 薬剤費は別だ。検査結果が陰性であればウイルス感染なので、アセトアミノフェン等の対症療法薬を処方するだけで抗生剤は出さないことになり薬剤費が変わるが、薬剤費は別に患者が支払うので問題ない。€25 の中には含まれない。因みに処方されるペニシリン等の抗生剤も国レベルでプロトコール化されたリストがある。薬局薬剤師が行う検査のマテリアルや技術料は、€25 に含まれているので持ち出しとなる。薬局薬剤師の持ち出しとなる検査マテリアルの仕入れ価格は約€1.5 だ。技術料も含まれている。ワクチン接種では、接種行為への技術料は€7.5 だ。

(D、E) 病院の中であれば「医師に対する診療提案」として日本でもできる範囲だが、開業医が協力するのだろうか。

(A) 要するに医師の代行やタスク・シフトの促進活動だ。

(ミヨン) その他にも CPTS 内で、IPA や PT にも、タスク・シフトを広げることを実験事業としてトライアルしているところだ。「単純な腰背部痛や捻挫は、整形外科医に行かずに PT が直接やる。」「IPA もこれとあれが直接できる。」といった具合に、同じ CPTS というプラットフォームを活用して、信頼関係が築けている IPA や PT にできるようにしようと政府が各地でトライアルしている。

(B) こちらの CPTS に参加している PT は何名か。その他のコメディカルはどの職種が何人いるか。

(ミヨン) PT はゼロだ。コメディカルの関心は薄い。教育が必要だ。例えば、フランスの救急外来で 1 年間に処方されるホスホマイシンは 12 万件だ。つまり 12 万件の膀胱炎等の診察が救急外来で行われている。これは救急医療に行く必要のない非常に無駄な軽症患者の利用で、このリソースをより必要な救急患者のケースの為に有効に使いたい。

(D) ただ CPTS の先生方も町の開業医であれば、その問題は解決しないのでは。

(ミヨン) 8 区内の全ての開業医にメーリングや電話、テーマ勉強会開催を通じて、日々コンタクトを取っているお陰でコミュニティが形成され、急な患者も受けてくれやすくなる。8 区は、官庁・オフィス街だ。住民は 3 万 5 千人しかいないが、日中の人口は 40 万人に増加する。住民が少ない為、周産期センターは閉鎖され、妊婦や乳幼児の受診ルートがない。

Mission 2 : Parcours de soins

Parcours Santé Mentale et Cardiovasculaire

Parcours Cœur-Diabète

Parcours Lien entre le 1^{er} et le 2nd recours : En cours de construction.

Parcours Périnatalité : En cours de construction.

A noter : La conférence santé Périnatalité du jeudi 20 avril 2023 a permis une première formation interprofessionnelle sur les 1000 premiers jours.



4

住民の内 20%がビルの屋根裏部屋に住む貧困移民層であり、かかりつけ難民や受診アクセスが悪い人々だ。このため主な医療需要は、精神疾患、循環器系、糖尿病、周産期の受診ルート確立だ。例えば、IPA のミリアム（・ハッサン）が患者をアセスメントして、必要のある患者を治療教育活動(education therapeutique)を行う NPO 団体であるパリ糖尿病チーム、これは栄養士、臨床心理士、スポーツコーチ・リハ からなるのだが、ここに紹介する。これについては、CPTS から報酬を支払って貧困層患者を受診させている。

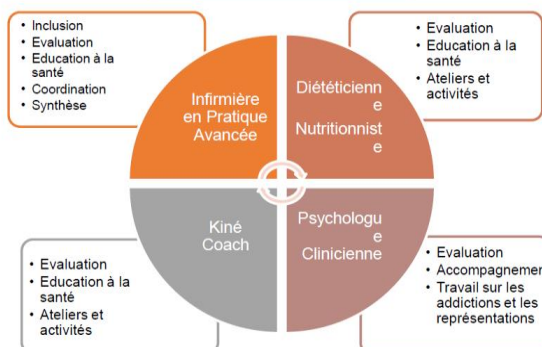
Parcours Cœur-Diabète



Durée du parcours : 4 à 6 mois

Lieu du parcours : Centre Cœur et Santé Bernoulli
5 rue Copenhague

Paramédical / Pluridisciplinaire
Complémentaire à la prise en charge des médecins



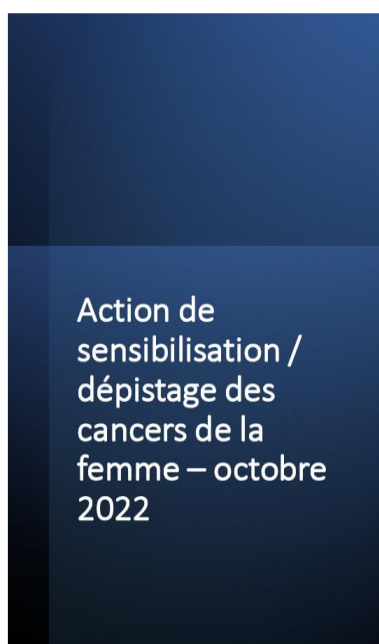
5

予防活動についても説明する。予防キャンペーン・パーティーを開いて様々な医師や医療関係者を招いて関係を密にする事により、médecin traitant への患者登録に結びつける。

例えば、血糖値測定キャンペーンを薬局で行い、血糖値の高い患者にはその場で *médecin traitant* を見つける。CPTS 設立前なら「血糖値が高いですよ、必ずお医者さんにかかって下さいね。」のアドバイスだけで終わっていた。これでは患者が自ら直接、医療機関には行くことはなく、放置されたままとなり、結局 *médecin traitant* には繋がらない。我々の予防・教育・連携活動で、疾患が重症化して治療費も高額化する前の段階で、患者を受診につなげる事により、医療費抑制にもなる。

(B) IPA は処方できるのか。

(ハッサン) 問診をして受診ルートを確認するのが主たる仕事だ。IPA が直接患者を受け入れ、問診をする。問診の中で、既往歴や治療歴を聞き出し、不足の点をアセスメントして、必要な検査があれば IPA が検査処方することができる。血液検査やレントゲン検査も処方する。その検査結果を CPTS の当番医に連絡し、必要な治療に繋げる。その先の受診ルートは *médecin traitant* である *médecin général* が主導し、必要があれば専門医やコメディカルにも紹介する。糖尿病ルートの例では、糖尿病があるのに、長い間眼科にかかっていない、蛋白尿テストをした事がない、腎機能テストもしていないことなどが IPA の問診で聞き取れたらそれらの予約を手配し、同時に *médecin traitant* に連絡を入れる。その際にサマリーを書いて送るため、医師としては初診の段階でだいたい全ての情報、すなわち予診と検査結果が手元にあることになる。これにより、初診の医師でも時間を大幅に短縮できる。通常は *médecin général* に送るが、専門医に直接送るケースもある。また、逆紹介もあり得る。例えば循環器専門医から紹介された糖尿病患者を IPA が問診及び検査して、治療教育 (*education thérapeutique*) をした上で、サマリーと検査結果をつけて *médecin général* に紹介する事もある。



(ミヨン) 乳がんキャンペーンの時も、CPTS ができる前は対象年齢の女性に「マンモグラ

フィーして下さいね。」というぐらいしかアドバイスできなかった。しかし、今は CPTS の中で活動する助産師がいるので、彼女にキャンペーン開催中に薬局に来てもらって、自己触診の仕方や Q&A などの指導をしてもらい、女性医療の話をしてもらう。そして、必要な患者には助産師のオフィスに予約なしでショートカットで受診できる。



HIV 啓発プロモーションでは、薬局で検査をして陽性者が出たら CPTS 内の専門医に直ちに受診できる。感染症専門病院に行く必要はなく、追加の検査と診断名の告知及び説明、治療導入の説明が直ちに受けられる。治療は CPTS ではしないが、ショートカットで治療導入につなげる。大幅な時間の節約が可能となる。

(D) ここの CPTS のスタッフは何名か。

(ミヨン) IPA の常勤が 1 名だ。これ以外にバック・オフィスに 8 名いるので合計 9 名になる。そして、8 区の医療職者 250 名が CPTS に同意して参加している。ここの CPTS の予算は年間€12 万だ。8 区の人口に沿った予算が CPAM から給付される。それで運営する。8 区の人口は 4 万人未満であり、4 万人未満地区は予算€12 万と決まっている。人口が多い地区であれば、€40 万までもらえる。先程の糖尿病チームへ送る患者の治療費支払いもこの予算から出す。

(D) 目標は 1000 設置とのことだったが、誰が新しい CPTS をどこに作るかを決めるのか。

(ミヨン) 保健省が決め、実際に実行部隊として ARS が当該地方でゾーンを限定し、CPTS を公募する。この地域内で薬局を運営していた薬剤師の私が「ここでは私が CPTS を造りたい」と応募し、審査の結果、委託された。開設条件には、最低 2 名の医師と 1 名の医療職者、これは薬剤師や看護師だが、が共同で応募者となることもある。CPTS は行政機関ではなく民間組織だ。ここのスペースは、エラン・メディカル・センターという民間の機関に間借りしている。医師は医学部を卒業し、医師免許取得しインターンを終えた後、1 人でアパルトマ

ンに診療所を開業することを選ぶ者もいるし、病院に勤務する者、あるいは、メディカル・センターやどこかの医療機関に所属して働くことを選ぶ者もいる。その所属の契約関係はそれぞれであるが、このメディカル・センターの場合は、医師が診療報酬を患者から直接受け、その内の何%かを決めてセンターに支払う契約だ。同じテナントに複数の開業医が入って、そこで患者から直接支払いを受けて、医師はテナント使用料を納める。これはオープン・システムと呼ばれる。一方、メゾン・メディカルには、完全に給与支払いを受ける勤務医になるタイプもある。民間もあれば県立・市立等の公的な場合もある。メディカル・センター、メゾン・メディカル、メゾン・ド・サンテ等、名称は色々があるが、医師と場所が確保できていれば比較的自由に開設申請でき、許認可が得られる。かかりつけ医 (médecin traitant) 難民が 12%というのは、全国の数字だ。8 区に限れば 17%ともっと高い。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度導入当時は十分な数の医師がいたが、現在、医師不足が進み、難民現象が出てきた。

(C) 薬剤師による患者への治療教育 (education therapeutic) について報酬は支払われるのか。

(ミヨン) 支払われる場合もある。治療教育専門資格を取得した薬剤師が NPO で働くケースなどは請求することもあるが、私は請求していない。

(D) IPA としてここに来る前はどのような経験をしてきたか。

(ハッサン) 病院勤務看護師として、救急、ICU、CCU の後、2 年間のマスター・コースで IPA 資格を取得した。その後、病院を退職した。CPTS に来る前に、クリニックでも勤務していた。

D: どこで仕事するのが一番楽しいか。

(ハッサン) 循環器が病院においても、クリニックでも楽しかった。基礎疾患保有者、合併症が多く治療教育 (education thérapeutique) やリハビリが重要で、生活習慣、糖尿病や肥満にも取り組み、慢性腎疾患の知識も必要だ。この領域こそ IPA が最も適している分野だと思ったので心臓専門 IPA コースを選んだ。現在、CPTS で患者に直接、治療教育 (education therapeutic) が出来るのが楽しい。

(A) ディレクターは、どこで薬局を経営しているのか。

(ミヨン) 薬局は 8 区で開業している。8 区の CPTS を開設する応募条件として、8 区で既に医療活動をしていることが前提条件となっている。

(A) 調剤薬局をもっと複数軒増やそうとはしないのか。

(ミヨン) 薬局免許は、1 免許 1 局に限定される。資本参加であれば、5 局まで参加できる。

フランス-6-1 応接録：Maison de Santé

2023年6月8日

男性 GP 医師 1 名

女性 GP 医師 3 名（1、2、3 と番号で区別）

<要約>

- maison de santé には、複数の診察室と待合室のみがあり、検査等が必要な場合は、他の施設まで患者が行く。
- maison de santé の医師同士の間には雇用関係はなく各自が独立して診療を行うが、組織運営、DX、研修、ミーティング等を要件とする加算がある。
- 非常勤の総合医 (médecin général) が増えているが、それでも médecin général の平均労働時間は週 55 時間である。
- グループプラクティスである maison de santé の方がフレキシブルな働き方ができる。
- maison de santé に受付や秘書はおらず、インターネット、アプリまたは外注のオペレーターによる完全予約制となっており、患者は、予約時間に診察室のドアをノックして入ってくる。
- かかりつけ医 (médecin traitant) ごとの登録患者数は 2000 人前後から 3000 人台程度であり、医師の方がこれ以上は抱えられないと考えれば、新規のかかりつけ患者の登録を医師側から断る。
- 政府が進める共通電子カルテである Mon Espace Santé は、入力が 2 度手間になる問題のため使われていない。
- IPA を養成しても、過疎地には行かずに都市部に集中すると考えられている。
- 医師の計画配置と第三者払いには反対意見が強い。

(男性医師) maison de santé (メゾン・ド・サンテ)²⁸²は非営利の無床診療所であるが、この中には、8 ブースの診察室と待合室以外に特に何も無い。もっとも、歩いて 1 分、100 メートルの距離に赤十字高齢者専門病院があり、臨床検査、画像検査、入院ベッドが必要な場合は、その設備を使用する。フランスでは、従来は、医師がソロ・プラクティスで働くスタイルが主流であった。ここも元々は開業医がソロで診療所をスタートし、そこに他の医師

²⁸² 現在、フランスではグループ・プラクティスによる共同診療所や、多職種診療所が政策として推進されており、本件の maison de santé も公的支援を受けて建物を購入し、総合医 (médecin général) とパラメディカル (OT、ST、助産師) が集まって開設されている。多職種地域連携コミュニティについては CPTS を参照のこと。

が加わり、更にアシスタント・ソシアル²⁸³が入り、徐々に賛同者が増えてそれぞれが同じ場所
所で自由開業をする現在の形になった。雇用関係はないが、グループで一緒にやろう、この
中でうまく連携してやろうという考えを持つメンバーが集まった。現在も拡張中で、すぐ近
く(斜め前)の建物を購入し、新たに計画外治療科²⁸⁴の指定も認可されたので近々標榜する。
グループ・プラクティスで共同でやる事には2つの利点がある。まず、ここでみんなが集ま
って症例や困難事例を一緒に話し合ったり、治療方針の為の臨床プロトコルを策定した
りできる。我々同士で、月に1回、様々な医学的テーマで勉強会も行う。また、組織運営の
スタッフ・ミーティングをし、一緒にランチを取ったりもできる。「最低1ヶ月に1回、組
織内スタッフ・ミーティングで話し合う事」は、政府からの加算報酬算定の要件にもなって
いるように、孤立せずに連携する事が強く奨励されている。

(A) 今、フランス人医師の多くは、パートタイムの勤務医になりたい傾向があると聞いて
いるが、この医師はなぜ皆、それぞれが独立開業なのか。日本だったら、このような形
態ならば勤務医にしてくれ、との要望があるだろうが、皆さんはどうか。

(女性医師1)それは人によるのだろう。サラリーマンの方がいい、と思う医師もいる。我々
は、独立開業がいいので、今のこの形態で満足だ。雇用関係になると、どうしても双方向に
色々な責任が生じる。そういうものを嫌うタイプの人はサラリーマンとなる事は選ばない。

(男性医師)昨今の政策もあり、グループ診療所でもサラリーマン医師として雇われる安定
志向の人が多くなってきてはいるが、そもそも開業医は、歴史的に見ても自由気質の人が選
ぶ労働形態だ²⁸⁵。

(女性医師3)男性医師Wが、この建物を購入して不動産会社を作った。そこに医療法人を
作って入居させる計画を話してくれた。それでは、とここにいる3人の医師が別のグループ
診療所で働いていた時に知り合った経緯で合流した。そして、他の自由開業メンバーを徐々
に募った。そこに、助産師やOT、STが来た。また、新たに、IPA²⁸⁶ではなく、アシスタント・
メディカルとなる看護師をリクルートし、明日から出勤する。秘書も1名リクルートした。
将来的には2名にする予定だ。

(C) パリは、こういう形態が増えているのか。

(男性医師) 増えている。政府が助成金もつけてバックアップしており、開業資金(建物購
入・設備投資等)に使える。診療報酬以外に、地方保健局(ARS: Agence Régional de Santé)
から開業援助、疾病金庫(CNAM: Caisse National d' Assurance Maladie)からグッド・プラ
クティス目標、つまり組織運営、DX、研修、ミーティング等であるが、これらを達成すると
加算報酬が支払われる²⁸⁷。

²⁸³ ソーシャル・ワーカー及びケア・マネジャー類似の職域。

²⁸⁴ 救急指定ではないものの、急な発熱や急性期疾患に対応する準救急。

²⁸⁵ 本件 maison de santé 医療法人は非営利(NPO)であるが、建物は、男性医師が経営する不動産会社の
所有であり、そこに医療法人が入り、その医療法人内で各医師がテナント賃貸契約をして入っている。

²⁸⁶ Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

²⁸⁷ フランスのかかりつけ医(médecin traitant)の診察料(初診・再診とも)は、1回€25であり、技術
料も含まれているが、薬価は別建てとなっている。フランスでは、総合医(médecin général)が、サ

(C) 日本は超高齢者社会で嚙下障害が増えており、STが不足している。

(B) フランスで、パートタイムで働きたい医師が増えている理由は何か。

(女性医師1) 女性医師の増加だろう。総合医 (médecin général)²⁸⁸およびその他の専門医とも医師人口の80%が女性となっている²⁸⁹。ワークライフ・バランスや、妊娠・出産の家族ライフ・イベントが理由だ。ここに同席している4名の医師も全員、パート・タイムである。週3日間労働でパート・タイムであるが、ここにいる3日間は、朝9時から20時まで診察しており、家に帰ってから書類を書いたり仕事をしている事が多く、実質労働はフルタイム以上だ。フランスの法定労働時間が週35時間であるところ、médecin généralの平均労働時間は週55時間なので、フルタイムより平均20時間以上働いていることになる。さらに、ここで働く時間以外に、校医や、在宅診療をやっているメンバーや、病院に週1回外来を持っている医師もいる。フランスでは、2、3、4年生で医学部を辞める学生がいる²⁹⁰。また、24時間当直や36時間継続勤務等、法律に反する超過労働が当然のようにあり、大学病院でのインターン勤務は非常に厳しい。現実の現場と理論上の労働環境が乖離している。患者が多く、指導医は少ない為、指導医がいつもインターンの側にいないという問題もある。若い時には、非常に大きなストレスだと思う。

(C) ここで家賃を払って賃借し開業している方が、安定した給与がもらえて家賃の発生しない勤務医よりもいいのはなぜか。家賃は負担ではないか。

(女性医師全員) 今の形が都合がいい。自由度が大きいからだ。時間や曜日さえ患者に知らせておけば、自分でスケジュールを決めることができる。子供が熱を出した時に早く終わらせたり、家庭の事情で遅出にしたりフレキシブルにできる。

(男性医師) 町の開業医、と言えば昔は個人開業と決まっていた。今の業態の傾向が新しい。

(C) こちらには受付や秘書がいないようだが、患者がダイレクトに診察室に入ってくるのか。

(医師全員) 受付・秘書はいないが、インターネットやアプリによる完全予約制であり予約時間になると、診察室のドアをロックして入ってくる。外注のオペレーターによる遠隔受付・秘書システムもある。

ブ・スペシャリストの研修を大学で受けて、小児や婦人科のサブ・スペシャリティを持った総合医 (médecin général) として標榜できる。研修を受けなければ標榜できない。

²⁸⁸ 総合医 (médecin général) という専門科が認められている。このような事情はドイツやイギリスも同様である。

²⁸⁹ この発言は、「若い世代においては」あるいは「今後は」という意味としてのものである。OCEDデータ (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によれば、フランスの直近のデータである2021年において、女性医師の割合は47.48%に過ぎない。一方、同データによれば、35歳未満の医師に限った女性割合は61%となる。医学部学生を含めたさらに若い世代の動向については不明。

²⁹⁰ かつては、ヌメロス・クロズスと呼ばれる選抜試験が2年次の進級前にあり、厳しい人数制限が課せられていた。これに2回落第すると進級できなかった。これによって多数の学生が脱落し、PTや看護師に進路変更する者もあった。現在は、ヌメロス・クロズスに代わりヌメロス・アペルチェスという制度となっており、医師数の定員が実質的に増員された一方、2年次への進級試験は1回のみ受験可能となっている。

(A) かかりつけ患者として何人の患者が登録されているか。

(女性医師 1) 正規に署名して登録かかりつけ患者は、2000 人だ。それ以外で定期的に来る患者(file active)も合わせると 3800 人になる。

(女性医師 2) 正規登録患者は、1800 人だ。それ以外で来る患者も合わせると 3400 人だ。

(女性医師 3) 正規登録患者は、1800 人で、それ以外も合わせると 2800 人だ。

(E) この数で、これ以上は新患は取れない状況なのか。

(3 人全員) そうだ。飽和状態だ。これ以上の新患はフォローできないので取れない。

(C) 疾病保険金庫 CNAM で聞いたかかりつけ患者の管理料年間€5 については、どう思うか。

(3 人全員) 疾病保険から支払われる成功報酬は全て馬鹿げていると思う。しかし、ROSP²⁹¹と同様、協定医の義務なので従うしかない。我々セクター 1²⁹²の保険協定医師は、サラリーマンではないとはいいながらも、結局の所、保険者のサラリーマンだ。そうであるからには、協定で決められた事には従う以外ない。セクター 2 になったり、非保険医になってしまうと、患者に迷惑がかかる。

(B) 長期疾患 (ALD: Affection Longue Duree) の患者はどれくらい受け持っているか。

(女性医師 3) 15%ほどか、。私は婦人科をサブ・スペシャリティとする médecin général だが、老年科を専門としている医師ならもっと多いと思う。

(A) なぜ、新患をもっと取ろうと思わないのか。増えれば、収入も増えるのに。

(女性医師 1) 待機患者が多くなってしまっていて診きれない。我々médecin général は、診療科の性質上、完全予約制であっても、2 週間、3 週間、1 ヶ月先と予約日まで待機させる事はできず、発熱や腹痛という症状を呈する患者にはすぐ応召できなければいけない。それができる数字は今はマキシマムであり、これはお金の問題ではない。

(C) コロナ禍におけるかかりつけ医の機能について聞きたい。フランス政府は、最初、コロナ患者はかかりつけ医 (médecin traitant) に行くな、受診するな、と指示を出したと聞いたが、先生方はどう思われたか。

(女性医師 1) 政府の言う事にも妥当性はあった。第 1 波の最初は、検査キット、マスクをはじめとする防護具が我々の所に何もなかった。その状態で患者に来られても我々は何もできなかった。政府が 15 番²⁹³に電話してからその指示に従え、と言ったのも、患者が町の診療所や病院の待合室に溢れて、感染が広がる事を防ぎたかった訳で妥当性はある。病院の救急外来が飽和し機能が麻痺する事態を避けたかったので、救急センター (SAMU: service d'aide médicale urgente) の規則に則り、電話で重症患者をトリアージして選別する必要があった。次の流行になってから、我々自身が遠隔コンサルテーションで、SAMU のように

²⁹¹ ROSP: Rémunération sur objectifs de santé publique。成功報酬を伴う公衆衛生グッド・プラクティスの達成目標。

https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9mun%C3%A9ration_sur_objectifs_de_sant%C3%A9_publique

²⁹² セクター 1 : 保険協定医として、公定価格で診療を行う。セクター 2 : 保険協定医であるが、公定料金を超過して請求することが許される。その反面、患者の自己負担は増える。セクター 3 : 非保険医。

²⁹³ ダイヤル 15 は、フランスの救急サービス (SAMU: service d'aide médicale urgente) の電話番号。

症状を聞いて、重症患者を見つけ出すようになった。訪問看護師を患者の家に送る事を優先したが、それも、来院させて他の患者に感染させる事を避けたかったからだ。

(女性医師2)患者も感染を怖がって来なかったのも、待合室はガランとしていた²⁹⁴。事実、来られたとしても、検査もなく、できる事もなかった。「まず、ラボでPCR検査をして来て下さい。」と言う以外にできる事もなかった。その後、検査は薬局で行うことになった。我々町の診療所には検査キットはなかった。

(D) 医療情報について聞きたい。イギリスでは、GPを変更しても、それまでのレセプト・データ程度の医療情報はわかるようになっているが、患者の既往歴や処方歴、アレルギー等の基本的な医療上は共有されているか。その程度の医療情報を他の医療機関から見る事ができるか。

(B) DMP /Mon Espace Santé (モン・エスパス・サンテ)²⁹⁵は使われているか。

(医師全員)使っていない。使えるようになったらいいと思う。

(女性医師1)現在、院内の電子カルテと Mon Espace Santé とで入力が2度手間になる為、今まで一度も使ったことがない。外の医療機関の情報は見た事がない。うちのソフトが乗らない。

(男性医師)使われていない原因として、2つの問題がある。1つは入力の2度手間だ。全ソフト会社にAPIを共通としてインターオペレティブ(ソフト間の互換性)ができるようにと、セギュール会議(Séгур de la santé)で指導され予算もついた。しかし、解決にもう少し時間がかかりそうだ。2022年末迄に完了目標としていたのでセギュール会議のお陰でもうすぐ解決されるはずだ。次に、我々、現場での問題がある。患者アイデンティティの確認の問題だ。保険証(cartre vitale)に顔写真がついていない古いバージョンもある。また、cartre vitale だけでは不足で、2つ以上のID(パスポート、免許証等)による本人確認が必要になる。これも手間と時間がかかる。

(C) 病院との連携について聞きたい。病院に入院が必要な時の連携はどうなっているか。スムーズに行くか。

(男性医師)緊急の際には救急外来に送る。計画医療に則りパートナー専門医師がいる病院に依頼する。

(女性医師1)老年科専門医パートナーに連絡しても、いつもベッドに空きがなく、なかなかスムーズに入院できない。

(A) 病院の入院連携支援室はないか。

(女性医師1)あるが、丁寧なフォローがない。

(C) 病院に入院紹介した患者が退院する時に逆紹介はあるか。

(男性医師)私が紹介したのであれば、通常は退院サマリーと一緒に私のところに戻ってくる。在宅の場合も、普通は私のところに来る。

²⁹⁴ 同様の状況はイギリスでのヒアリング(RCGP、Nuffield Trust、NW London ICB等)でも聞かれた。

²⁹⁵ 共有型電子カルテ。

(A) フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) の報酬は低い、これについてどう思うか。

(男性医師) 本当に低いと思う。しかしどうしようもない。平均収入は低い、パートタイムも入っているのもそうなる。診療報酬€25 は、ヨーロッパで一番低い。開業医の平均年収は€9万²⁹⁶だ。

(A) 65歳でリタイアしたいか。

(女性医師1) 65歳で辞める。こんな働き方は65歳以上、続けられない。もっと我々の働き方を認めてくれる制度であれば続ける事も考えられるかもしれないが、現行制度の下でなら65歳でリタイアする。

(男性医師) 私は働き続けたい。何歳まででも続けたい。

(女性医師3) 健康が許すなら続けると思う。

(C) CPTSをどう思うか。

(男性医師) 政府のプロジェクトだ。今までの試みがうまく行かなかったので、それでは他職種医療従事者自身に自由と予算を与えて、自由にその地域での医療を当事者間でオーガナイズさせてみようというものだ。当該地域にCPTSが存在して、地域の医療従事者間相互のコミュニケーションが生まれるのは良い事だと思う。

(C) IPAについてはどう思うか。

(男性医師) IPAの仕事は何かを特定して話すことが重要だ。許可される仕事内容は、情報提示・予防・検査だ。それならばいい。我々にはそれら全てをする時間はない。反対する選択はない。日本の先生方は、看護師にそれはできないと思うか。

(C) 予防と情報提示はできると思う。検査はできない。この患者のこのケースにこの検査が必要と決めるのは、医師の仕事だ。

(女性医師1) 全く同意見だ。患者が来たとき、これは何かある！と感じる事がある。あ、これは腎機能テスト、肝機能テスト、心電図をやっておいた方がいいな、と感じる何かカンやセンス。これらを持っている看護師もひょっとしたらいるのかもしれないが、やはり医師でなければならぬと思う。仮にIPAにできる制度にしてしまうと、このカンやセンスがない人もやるようになってしまう。医師は医学部入学から10年に渡る教育と、臨床の経験量が違う。

(C) IPAが無医村の田舎に行くと思うか。

(医師全員) 思わない。医師同様、都会に集中するだろう。

(男性医師) 我々の診療所では、近々看護師を雇う。IPAも考えたがやめて、アシスタント・メディカルの看護師を雇い、より技術的な看護行為をやってもらう。注射し、ガーゼ交換するナースだ。予防や情報提示や検査の判断をやってもらうナースではなく、手技に強い看護師を自由開業看護師ではなく、サラリーで雇う。

²⁹⁶ 約1300万円。

(A) かかりつけ医 (médecin traitant) 登録制度について聞きたい。登録医制度のない頃と比べて、2004 年以降のかかりつけ医 (médecin traitant) 制度導入後の状況をどう思うか。

(医師全員) おしなべて良い制度だと思う。どの医師にかかるべきかという患者のマインドのリンク付がしっかりする。

(男性医師) 登録制度前は、この意識がしっかりとしたものがなく、患者は、いろんな所に漂流してしまっていた。必要のない専門科受診や、見当違いの重複受診、本当に必要なスペシャリストにかかる時も、どこに行ったらいいのかわからなかった。médecin traitant が参照医となり、この受診ルートを患者にオリエンテートできる。不必要な専門科受診は防げた。その一方で、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度の問題点としては、不必要な médecin traitant の受診があると思う。つまり、不必要な脳外科受診や循環器受診が減らせたが、一方で、直接脳外科や循環器に行った方がいい場合もある。1分1秒を争うような急ぐケースでは、我々の所に来ずに、すぐにペナルティを恐れず専門科に行けるようにするべきだ。2004 年の制度導入から 20 年経って思うのは、「かかりつけ医師」ではなくて、「かかりつけ医療機関」にした方がいい。医師ではなく、かかりつけ機能を持った「医療機関」を登録させるべきだ²⁹⁷。

(A) 自由開業制度についてはどう思っているのか。ドイツのように、計画配置にした方が良くないか。医師過剰地域や過疎地域の問題が解決できるのではないか。

(女性医師 1) 「計画配置」は、医学部に入る時点で言われていたなら別だが、10 年間の勉強をした後、一度医師として開業してから言われても困る。配偶者や子供の生活もあるし受忍できない。

(男性医師) 計画配置が合理的であり、導入した方が論理的であることはわかる。しかし、誰も認めないだろう。今までに何回も議論されてきたが、医師側にとっては怒りの種だ。多くの医師にとって、自由と既得権を失うように感じられる。

(E) 自由開業制限、IPA や薬剤師へのタスク・シフト、休日夜間診療、それらと引き換えに診療報酬値上げがあったとして、どれか 1 つだけ飲むとしたら、どれを取るか。

(女性医師) 良い質問だ。正直、答えに困る。しかし自由開業は死守する。

(男性医師) 何があっても、自由開業権だけは絶対に手放せない。ここに規制が入るのは断固として反対する。IPA なら我慢するしかないと思う。

(D) フランスで、自由開業は、政治的にバーターになっているように見える。自由開業を残す代わりに IPA を飲ませるという取引になってしまった。これは政治技術の問題だろう。

(A) 保険者による第三者支払いも医師側が受け入れないのはなぜか。患者にとって便利に

²⁹⁷ かかりつけ医 (médecin traitant) の定義の根拠法である Code de la sécurité sociale の L. 162-5-2 及びその解釈通知 (2016 年 10 月 23 日発出: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>) により、既にそのような制度になっている。

なるはずだが。

(女性医師 2、3) 第三者支払いは受け入れられない。患者からの直接払いがいい。カード決済もできる。医師側に煩雑な保険請求業務が発生するし、保険資格の確認等も必要になる。更に、保険が支払いに介在すると診療内容をコントロールされたり、何かを理由に支払われなくなる可能性もある。その日診た患者はその日に直接全額支払いで医療機関に支払い、保険のカバー分は患者が保険より償還を受ける形がいい。患者が自分の財布から一時的にでも出費する事によって、医療費への責任感も生まれ、教育効果もある。

(B) CMU²⁹⁸の患者の書類手続きも煩雑なのか。

(女性医師 3) carte vitale (保険証) があれば問題ないし、むしろ簡単だ。一方、不法滞在移民救済医療 (AME: Aide Medical d' Etat) は、何枚もの紙に記入しなくてはならず厄介だ。

(D) 恐らく国としても、わざと手続きを煩雑にして使いにくくしている側面もあるのだろう。

(女性医師 1) ところで日本の国民は、日本の医療制度に満足しているか。また、日本の医師は日本の医療制度に満足しているか。

(D) 患者の満足度は高いと思う²⁹⁹。

(C) 私自身は不満はない。自由に患者を診られて、自由に検査ができる。患者も自由に医師を選べる。

(A) 満足だが、医療費抑制が強すぎる。フリーアクセス、自由標榜、自由開業、全て自由だ。イギリスの制度は、日本にとっては困る。ドイツ、フランスには、参考になるのではと思ってきた。

(C) ただし、国がその自由を変えようとしている。今回の調査の目的は、その国の今後の政策に備えるためだ。かかりつけ医の登録を制度化しようという動きがあり、イギリス、ドイツ、フランスのようにしようとしているから、ここに学びに来た。

(女性医師 1) イギリスはひどい。患者が 1 人の医師だけに必ず受診しなくてはいけない。フランスの制度が最も妥協ポイントとしていい。

(女性医師 3) かかりつけ医 (médecin traitant) 登録制度は、専門医師不足のフランスとしては必要な制度だ。médecin général は全ての事を知っていなくてはならない最も難しい診療科だ。

(男性医師) まず、médecin général の受診で、高血圧、コレステロール管理、皮膚疾患、急性期の諸症状等、対応できるもの、専門科に行く必要のないものが沢山ある。médecin traitant によるゲート・キーパーや受診ルートの整理のお陰で、社会のために医療費適正

²⁹⁸ 生活保護や低所得者用医療保険。

²⁹⁹ 『日本の医療に関する意識調査 2022 年臨時中間調査』(日医総研ワーキングペーパー江口成美 出口真弓 <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/06/WP466.pdf>) によると、日本の医療全般への満足度は「満足」、「まあ満足」を合わせて 77.8%で、高水準で安定している。

化が叶い、死守せねばならない保険医療制度が守れる。

(D) 日本も制度化されていないだけで、我々は診ている。受診習慣として、文化として、一定のかかりつけ医機能が果たされている。

(女性医師1) 皮膚疾患を例に取れば、ほんの少し何かの異変でいちいち全ての患者が皮膚科にかかっていたら、無駄な受診が増え、本当に皮膚科受診が必要な皮膚癌やメラノーマ等の重篤な疾患を診る時間が皮膚科医になくなってしまう³⁰⁰。

(B) 人口当たり医師数は日本よりもフランスの方が多い。働き方の問題だと思う。

³⁰⁰ フランスでは、皮膚科医不足が指摘されている。

フランス-7-1 応接録 : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
(CNAM、全国疾病保険金庫)

2023年6月7日

ルシー・ロワゼル : 診療報酬課

ジュリー・ガロデ : 国際部

<要約>

- 診療報酬は、医師労組と保険者である CNAM との協定 convention で決定する。
- 16 歳以上のすべての国民にかかりつけ医 (médecin traitant) の登録が義務付けられているが、médecin traitant を持てない国民が多いことが問題となっている。
- 患者は médecin traitant を介さずに医療を受けることもできるが、保険償還上の制裁がある。
- フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度は、医療費抑制を期待して導入されたが、結果として医療費抑制効果は確認できていない。
- 登録患者 1 人当たりの固定報酬は、健常者の場合年間€5 だが、年齢や併存症の有無で最大€75 まで支払われる。
- パートタイム勤務を希望する医師が増えた。
- リスト法が成立し IPA ができたが、独立開業は認められていない。
- médecin traitant に法的な定年はないが、医師年金の受給が始まる 67 歳で自主的に退職する。
- コロナの間は、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度が停止された。

RENCONTRE

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE JAPONAIS

RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT & CONTEXTE COVID

1



(ロワゼル) フランスの医療制度にご興味を持って頂き有難い。私のバックグラウンドは、エコノミストで医療経済が専門だ。こちらの CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)³⁰¹では、主に診療報酬のテクニカル・コーディネーターという技官をしている。コンバンション (la convention) という、医師労組とこちら CNAM との間での診療報酬に関する協定について、その交渉を担当している。

Éléments de contexte

Présentation du service

LE DÉPARTEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ & LE CONVENTIONNEMENT

Département qui négocie avec les syndicats représentatifs de médecins des conventions nationales

La convention nationale régit les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie : la convention prévoit notamment les tarifs de consultations et des actes médicaux, ainsi que les rémunérations forfaitaires des médecins (ex : rémunération sur objectifs de santé publique = plus le médecin est proche des objectifs nationaux de dépistage de certains cancers pour sa patientèle, plus il va toucher une rémunération élevée)

1971 : 1^{ère} convention médicale signée entre les syndicats et l'Assurance maladie

2

コンバンションと先ほど申し上げたが、これは医師の代表者である医師労組側と保険者

³⁰¹ 全国疾病保険金庫：フランス最大の公的保険者。

側との労使協定だ。フランスの保険協定について簡単にご説明する。フランスではほとんどの全ての医師、およそ 99%の医師が保険協定医だ。この保険協定は全国一律のものだが、これについて、保険協定に則り診察料、初診料・再診療、この技術はいくら、この行為はいくら、これはいくら、といった料金を交渉で決めて行く。そして、特に、フォーフェ (forfait) と呼ばれる包括報酬、すなわち色々丸めていくら、とするタイプの報酬も決める。その医師側の代表者が、総合医 (médecin général) の代表である MG フランス³⁰²等になる。総合医労組が交渉相手の場合もあれば、そのカウンター・パートナーが専門医の場合もある。これらは報酬の対象となる行為の種類による。専門医と médecin général の労組の代表者との交渉で協定を結ぶ。この協定は、たとえ一部の労組だけが合意したとしても、その合意をした一部の医師労組所属の医師のみに適用されるのではなく、全ての医師に適用され、全国一律に適用される。フォーフェ (forfait)、包括とは、これはいくら、これはいくらと一つひとつの項目での報酬ではなく、包括でまとめて、例えば診療所の DX 化に関する報酬、これは機械や電子カルテ導入や、IT システム化などを包括で丸めてものだが、これが全体でいくらといったものである。この包括料金についてもここで交渉し協定で決定する。最初に保険協定が導入されたのは、医師労組と保険の間の交渉で決めた 1971 年だ。

2004 : ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉFORME DU MÉDECIN TRAITANT

- **Tout assuré social de 16 ans et + doit choisir un médecin traitant (MT) dans le cadre d'un parcours de soins coordonné :**
 - **Liberté de choix** de son MT pour les patients
 - **Mesure incitative pour le patient** : maintien de la prise en charge du remboursement par l'Assurance maladie si le parcours de soins est respecté. Si non respect (recours à un médecin non traitant ou recours à un médecin spécialiste sans visite préalable du MT) = réduction de la base de remboursement
- Cette réforme institue une **forme de relation quasi « juridique » nouvelle** entre le médecin et l'assuré, tout en structurant la pratique du médecin de famille.
- Le **médecin de famille** était une **pratique qui préexistait** à la réforme, puisque 90% des patients déclaraient avoir un généraliste habituel
- Les **missions** du MT sont **définies dans la convention médicale** (droits/devoirs envers le patients)

3

かかりつけ医 (médecin traitant) 制度が導入された 2004 年以降、フランスの全ての 16 歳以上の国民は自分の médecin traitant を選ぶ事となった。médecin traitant が患者の受診ルートへの入り口となりその後の必要な治療を進める。勝手に専門医に行ったり看護師のところに行って処置を受けに行ったりすることはできず、médecin traitant が決めなくてはならない。そう言うと、あたかも médecin traitant を持つことは強制で、それがなけれ

³⁰² MG フランスについては、CMG France の報告を参照されたい。

ば治療が受けられないように聞こえるが、厳密には *médecin traitant* を決めないで受診する事もできる。但し、その場合、保険の医療費償還率が悪くなる。あるいは全く保険が使えなくなる。*médecin traitant* を通さずに勝手に専門医のところに行って受診したり、*médecin traitant* の指示書・処方箋もなく看護師のところへ行って処置を受けたり、といったこともできなくはないが、その場合の費用は保険でカバーされない。経済的なペナルティがあるため、ほとんどの国民は *médecin traitant* を通して受診ルートに乗る。まず *médecin traitant* にかかり³⁰³、それから次に必要な処置等を行い、薬剤は処方箋を持って薬局で買って、という具合に進む。これを受診ルート (*parcours de soins*) というが、これにきちんと国民が従うことを保障し、逸脱して勝手に治療を受けないように、あれこれドクター・ショッピングをしないように、というのがそもそもの目的だ。繰り返しになるが、*médecin traitant* の処方箋、指示箋なしに受診することもできるが、保険上のペナルティがある。もともとこの *médecin traitant* を導入した制度改革の目的は、法的枠組みでの患者と医師との関係のアピールすることだった。すなわち法律的にこの患者はこの医師にかかる事、そして *médecin traitant* にかかってからさらに受診が必要な場合、その後の医療費も全て公的保険がカバーする、という患者と医師との結びつきを公的に法律化したのだ。その為、患者は義務として自分の意思で *médecin traitant* を選び、その医師にかかり、また医師もかかりつけ患者に対して診療の義務、応召義務を持つ。つまり、患者の求めに応じて診察し、診療録³⁰⁴を記入し、責任を持って継続的にフォローする。

(E) それは保険上のという意味なのか。例えば、応召義務違反をしたら何か制裁があるか。

(ロワゼル) 制裁はないが、患者は不服を医師会に訴える事ができる。あるいは、患者の自由意思による選択が原則となっている為、*médecin traitant* を変更して登録するだろう。ドイツやイギリスとは違って、全く自由に患者は *médecin traitant* を変られるので³⁰⁵、嫌だと思えば、フランスでは次の日に変更する事も制度上可能だ。

(A) 次の日に変える事が、医師不足のフランスでできるのか。

(ロワゼル) 理論上は可能だ。実際には医師不足でなかなかスムーズには見つからないとしても。患者側はかなり従順にこの制度改革に従った。そもそも、患者のマインドの中には、制度以前より「家庭医」というものが9割程度存在しており、これを法的になぞったに過ぎないからだ。今までいつも病気になった時には、XX先生にかかる、と考えていた人たちは、

³⁰³ *médecin traitant* が総合医 (*médecin général*) である必要はなく、専門医から *médecin traitant* を選ぶ事も制度上は可能である。ただし、専門医は予約がとりにくいため、より予約の取りやすい *médecin général* を選ぶ国民が多い。

³⁰⁴ ここでは共有型電子カルテ (DMP / Mon Espace Santé) を意味していた。DMP と Mon Espace Santé はほぼ同義で使われる用語だが、厳密には DMP は CNAM が管轄していたものが、Mon Espace Santé という政府の管轄するシステムに移行した。2023年現在、この電子カルテシステムへの記入が制度上は義務化されているものの、実態において医療現場での使用率は低い。このことは、CPTSのセッションでも証言されている。

³⁰⁵ ドイツはそもそもかかりつけ医 (Hausarzt) の登録義務がない。また、イギリスも居住地域内の GP は自由に選べる。したがって、この発言はドイツ、イギリスのかかりつけ医 (GP) 制度についての誤解に基づくものと思われる。

制度があってもなくても、また法制化されたと言われても、XX 先生にかかる。患者にとっては、それぐらいしか違いはなかった。一方、医師側としては、既往歴、家族歴、受診歴を記録し、ケアのクオリティの向上につながった。患者についての全ての情報を理解し、必要な検査はこれ、この検査はこの病院でして、この処置はこの看護師で、この施術はこのリハのところ、とオーガナイズして、必要な情報をオーケストラの指揮者³⁰⁶のように全てを集め臨床上的オリエンテーションをする義務がある。臨床検査センターに検査をオーダーする際にも、患者の持って行く指示処方箋に医師のプロフェッショナル番号が必ず記載される為、検査センターも自動的に結果をその *médecin traitant* に送る³⁰⁷。かかりつけ医 (*médecin traitant*) 制度の下では、検査や受診の重複が避けられる事から、医療費適正化、支出抑制の意図があった。医師には、次の 3 方式で支払われている。診療報酬、患者 1 人当たりの年間管理料、フォーフェ (*forfait*) によるデフォルトでの成功報酬だ。最後の成功報酬は、インジケーターに従いグッド・クリニカル・プラクティス達成に対して定められた年間の成功報酬だ。例えば 25 歳から 35 歳の女性患者に対する 1 年に 1 度のパップスメア³⁰⁸、公衆衛生目的のパフォーマンス、予防医療パフォーマンス等の指標が設定され、その指標要件を充足したことに対して報酬が支払われる。

(B) それでトータルで医療費は安くなっているか。

(ロワゼル) 結論として、医療費抑制に効果はない。ただし、医療の質はよくなっているはずだ。

(B) 日本でかかりつけ医制度が議論になっているが、世界中の発表されたデータや論文を読んでも確かにケアのクオリティは上がるが、費用は、むしろ上がるか中立かで、費用が抑制されたという研究はほぼない。

(ロワゼル) おっしゃる通りだ。医療費適正化という 2 番目の目的は到達できていない。ただ、恐らく、伸び放題になるところを食い止める効果はあったと見ている。*médecin traitant* が指示した検査をする事で、不必要な検査はされず、適切に絞った検査項目がオーダーされているはずだ。無駄に重複している処方も回避され、この制度の導入のお陰で医療費の増大はコントロールできたと思う。

(B) と思う、ということとどまる。

(ロワゼル) 確かに、国民の高齢化や治療の複雑高額化など、医療費支出は増えてしまった。そのため抑制効果は結果的になかったが、少なくとも無駄は減らせたであろうと思う。同じ額面の支出だったとしても正しいお金の使い方ができたと思う。

(A) それはかかりつけ医制度でなくても、例えば情報のオンライン化や電子カルテなどで情報共有をして、そこを効率化することによってそういった無駄は抑制できるのではない

³⁰⁶ かかりつけ医をオーケストラの指揮者にたとえる表現は RCGP でのセッションでイギリスの GP の役割の描写としても用いられている。

³⁰⁷ フランスでは、臨床検査センターや画像センターも外来開業しており、患者は自ら医師の処方箋・指示箋を持って行く。

³⁰⁸ 子宮頸がんに対する細胞診検査。

か。

(ロワゼル) その点に関しては、確かにおっしゃる通りだ。ああ、この患者さんはこういう既往歴があったのか、こういう手術歴があったのか、この医師にかかってこう言う薬が出ていたのか、そういった情報を見れば確かに医療の質が上がるかもしれない。もっとも、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を導入する事で、医師側のフォロー上の責任が明確化されるという効果はある。さらに、この患者の médecin traitant であるという事で、医師が診療録 (DMP/ Mon Espace Santé) をより適正に記入するようになると期待できる。包括報酬の中のインジケーターに「電子カルテ記入率」という項目がある。患者に対する責任感、法的義務、その患者から選ばれたのだという意識が醸成される。それに対する評価も加味して報酬体系が作られている。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度はこのような複合的な効果をもたらす。

(D) おそらく政治的要因だろう。

(F) 日本の医師なら、制度の有無に関わらず当然するので、日仏で感覚の違いがあるかもしれない。しかし、フランスだとそういう契約があるお陰で医師の意識の中で責任がより明確化されるのだと言っている。自分がこの患者の médecin traitant だと、フォローしているかかりつけ患者なんだと思うことが明文化される事によって、責任感が湧くということだ³⁰⁹。

(A) マインドの問題だ。両者をリンクする契約の側面によるものだろう。

(D) それはあるかもしれない。

(ロワゼル) 毎年、médecin traitant には、登録している患者に関する管理料が支払われる。1年間、特に何もなくいわゆる健常者の患者が1人当たり€5だ³¹⁰。次に小児、高齢者、慢性疾患保有者等の階級ごとにその管理料金が変わるが、色々と疾患がある高齢者が最も高く、80歳以上の基礎疾患ありでは患者1人につき、年間€75まで支払われる³¹¹。医療費適正コントロールの為、保険者として時々キャンペーンをしたり、テレビで患者に対して、あるいは医師の診療所を訪問して、リスク管理、適正処方、具体的には抗生剤やスタチンの出しすぎなどだが、そのような指導もする。

(D) 確認だが、月€5ではないのか。

(ロワゼル) 年間€5だ。

³⁰⁹ maison de santé のセッションにおいて「どの医師にかかるべきかという患者のマインドのリンク付がしっかりする」という証言があったところ、これは医師として、フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度が患者側のマインドへ好影響もたらしていることを評価しているものと考えられる。

³¹⁰ コン医師のセッションによれば、イギリスの登録患者あたりの予算は約100ポンドとされている。包括報酬の要素が極めて強いイギリスの医療制度と比較すると、フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度では出来高報酬の割合がより多いことが窺える。国立国会図書館のレポートによれば、人头払い (包括払い) と出来高払いの割合は、イギリスがそれぞれ69.8%と14.4%であり、フランスが7.3%と73.8%となっており (調査と情報—ISSUE BRIEF—No. 1209 (2022.12.8)「かかりつけ医」をめぐる議論)、このことが裏付けられる。

³¹¹ この調整もコン医師のセッションで紹介されたイギリスにおける Carr-Hill 関数と同様のものといえる。

(A) 登録料という事か。診療報酬とは別の。

(ロワゼル) 登録料だけだ。

(E) お金の問題というよりはやっぱり、その結びつきを確認するための手付けの意味なのでは。

(D) 翌日かかりつけ医 (médecin traitant) を変える事もできるということだったが、極端に言えば毎日だって変えようと思えば変えられるということか。

(ロワゼル) 毎年12月31日時点で、その患者がmédecin traitantに指名していれば1件とカウントしている。実際には、そもそも自分が基礎疾患がある患者は、そんなコロコロとmédecin traitantを変えたりしない。むしろちゃんと決まった医師がいて、その医師に継続的にフォローしてもらおう傾向がある。しょっちゅうmédecin traitantを変える患者は実際には少ないし、特に重篤な疾患があったり必要な治療がある患者ほど、そういうことはせず、ずっと同じ医師をmédecin traitantにする。我々がフォローしたいのは、そういう重篤な患者だ。コロコロ変えるような患者の特異ケースは問題視していない。

(D) 来なくても€5払われるのか。

(ロワゼル) そうだ。12月31日の時点で登録している患者がいれば、そのmédecin traitantとしての管理料が€5支払われる。保険者がmédecin traitantに払う。

(A) 結局、病気があるような高齢者は日本でもかかりつけ医の制度はないけれども、決まった医師にかかる。若い人が決まった医師がいない事はあるが、でもそういう人にかかりつけ医に縛る必要があるのか。その時に、ある医師にかかれば良いのではないか。€5で効果があると思っているか。

(ロワゼル) 確かに€5に患者との結びつきを生む効果はないかもしれない。そんな風を感じている医師は1人もいないのかもしれない。また、医師が軽症患者ばかりを自分のかかりつけ患者に選択しない様に、疾患や年齢によって段階的に€5より管理料を高く設定してもいる。ただし、この€5が医師労組との交渉で保険協定の中で合意で決められた年間管理料なのだ。健康で治療が一度も必要ない元気な者でも登録をしている場合は、その者1人に対して年間いくらかを保険から支払って欲しい、と医師労組側が訴えてきたので、じゃあ€5で、と両方で合意が成立した。

(B) 義務化しても登録していない患者さんがいるとの事だが、それはどれぐらいいるか。登録していない患者が、ある医師を受診した場合の患者の窓口自己負担は3割か、それとも7割か。要するに、かかりつけ医 (médecin traitant) に登録していない医師にかかる場合と自己負担が7割だが、それ以前に、そもそも誰もかかりつけ医 (médecin traitant) を持たない、誰にも登録していない国民は何%ぐらいいるか。そして、そういう患者が急病になった場合の自己負担はどれぐらいか。

(ロワゼル) この制度は、実は、現在、限界に来ている。医師数の圧倒的不足により、国民全てに必要な数のmédecin traitantがいないのだ。médecin traitantを選ばない、選ばない、登録していない、登録できない国民がたくさんいる。

(F) 実は、私もそうだ。もともと登録していたかかりつけ医 (médecin traitant) が引退した後に、別の診療所に行ってかかりつけ医 (médecin traitant) になって下さいと言ったが、申し訳ありません、今、うちはもういっばいで新しい登録患者は取れないのですと言われた。仕方なく、風邪をひいたら、その時々で町の診療所に行って受診する。その時に、かかりつけ医 (médecin traitant) になって下さいますか、と尋ねるとどこも同じ回答、この繰り返しで2年過ぎた。これは首都パリでの話だ。

(ロワゼル) ああ、よくある問題だ、。特に、健康な人、若い人だと、登録できなくてもそれほど問題じゃないとみなされがちだ。

(F) いや、健康な人だけでなく、基礎疾患があったり、重篤な疾患がある患者ですらかかりつけ医 (médecin traitant) が見つからない事があり、それが問題ではないか。

(ロワゼル) おっしゃる通りだ。統計でも、慢性疾患患者の7%が médecin traitant がいないことが示されている。これは深刻な問題だ。このような患者に対しては、保険者から直接連絡して、médecin traitant を見つけようとする試みを2023年5月から開始した。médecin traitant 選ばない、選べない、すなわち医師が不足していて、本当に自ら選ばないならいいが、疾患があっても選べない、これが7%というのは、非常に問題だと我々も考えている。この問題はどこから来るのかと、色々と分析する中でドイツと比較した。ドイツでは、フランスの様な問題がないとされているからだ。その中で、ドイツにはアシスタント・メディカルがいるからなのではないかという見解がある。これが解決策の有力候補として、今、ドイツ式にアシスタント・メディカルが注目されている。日本からも是非、学びたい。日本にはかかりつけ医 (médecin traitant) 制度はあるか。médecin traitant の持ち患者は1人の医師あたり何人か。

(E) 制度としては無い³¹²。

(D) だいたい1人の医師当たり多いと実質的なかかりつけ患者は2000人くらいだ。

(ロワゼル) ドイツは、1800人だ³¹³。フランスはもっと少ないのではないかと思う。

(D) 自らかかりつけ医 (médecin traitant) を「選ばない」ことを選んだ国民はどれくらいか。

(ロワゼル) その人の自己意思で選ばなかったのか、あるいは選べなかったのかを知るのは、その人のみ知れる、と言うか、統計でそこまではっきりと出すのは難しい。

(A) ミューチュエルで少し高めのミューチュエルに入っていれば、そんなのは自由にかかりつけ医 (médecin traitant) じゃなくても自己負担なく払い戻される、という道はないか。

³¹² 制度としてかかりつけ医の登録を義務とする制度がないのはドイツも同じ。

³¹³ ドイツにはかかりつけ医 (Hausarzt) への登録義務がないため、登録患者数は観念できない。その一方で、ドイツには外来診療医師の計画配置制度 (需要計画制度、bedarfsplanungsrichtlinie) があり、かかりつけ医 (Hausarzt) は、一定の区分けされたエリア内の住人1607人に1人という基準がある。この基準は、地域の人口動態や疾病の有病率に応じて多少調整されるため、1800人に近い数になることは考えられる。また、かかりつけ医への登録義務はないが、家庭医中心医療提供制度という特定の Hausarzt への登録を任意に選択することができる制度がある。しかし、この制度の下でも一人の Hausarzt に計画配置の数以上に多くの患者が登録することは考えられない。

(ロワゼル) ない。ミューチュエルというものを使うには、きちんと政策の制度に則ったものでないとミューチュエルとは認められない。そういうタイプの保険もあるが、それらはミューチュエルではない。より保険料が高く税制上の優遇のない貯蓄金融商品だったり、別のカテゴリーの保険になる。そういう保険だと保険料の方が高く、そちらの方が馬鹿馬鹿しくなると思う。

(E) 制度がそもそも日本とは違う。日本では、実質的に診ている患者の数が多くて2000人だが、フランスの場合は登録している患者の数なので、そもそも比べようがない。

(F) 患者が、「先生、私のかかりつけ医 (médecin traitant) になって下さい」、と言って、先生が「良いですよ」、となったら、2人で共同で一緒にかかりつけ医 (médecin traitant) 登録申請書に記入して署名して保険金庫に送る。

(B) そんなにしっかりと申請書を提出させて登録しているのであれば、選ばない国民が何人ぐらいいるのか、ほとんど自動的にわかりそうなものではないか。

(C) €75 の包括管理料をもらうために、患者の情報は、ビラージュ・メディカル (共有型電子カルテ) に記入する義務があるのではないか。

(ロワゼル) 理論上はそうだ。少なくとも1年に1回は。

(A) 登録するような仕組みが制度に入ったのは、医師の半分が総合医、半分がそれ以外の専門医という分布の下で、いわゆる“家庭医”という存在が元から存在しており、その医師たちが事実上、かかりつけ医であったので、上手くいったのではないかと思う。登録が義務化される以前から実質的にかかりつけ医のような存在があるという実態があったから、うまくいったのではないか。

(ロワゼル) ご質問の意図は、フランスの医師たちが、イギリスのような厳格なかかりつけ医 (médecin traitant) 制度をフランスに導入することを許容するか、それとも自由度のあるかかりつけ医 (médecin traitant) 制度を志向するか、という点にあると理解した。確かに、かつては総合医 (médecin général) の数が十分に多かったためこの制度はうまく滑り出した。しかし今は、全く足りなくなってきたので、うまく行っていない。

(A) なぜ医師数が減ったのか。

(E) 政策で医師数を削減したからか。

(C) それと、temps partiel パート・タイムが増えたからだろう。

(A) パート・タイムが増えた、それは女性医師が増えたからか。

(ロワゼル) そうだ。最近、医学生2年生進級時のヌメロス・クロズスが廃止³¹⁴になったところだが、確かにこのヌメロス・クロズスで厳格に医師数を制限したために医師の絶対数が減ったという側面はあった。しかし、女性医師の増加も要因の1つだ。今、65歳でリタイ

³¹⁴ ヌメロス・クロズスは過去に存在した医学部の進級試験である。2年次の進級前に行われ、厳しい人数制限が課せられていた。これに2回落第すると進級できなかった。これによって多数の学生が脱落し、PTや看護師に進路変更する者もあった。現在は、ヌメロス・クロズスに代わりヌメロス・アペルチェスという制度となっており、医師数の定員が実質的に増員された一方、2年次への進級試験は1回のみ受験可能となっている。

アする医師の働き方と、その後継者として開業する若い医師とでは働き方が大きく異なる。昔の医師は、週当たり 60 時間ぐらい働き詰めだった。今の若い医師は、女性が多く、結婚や出産、育児、教育の期間の母親としてのワーク・ライフ・バランスを重視するため、同じ働き方はしない。その医師の働き方は週 3 日や 4 日とパート・タイム勤務を好む傾向にある。医師の人数自体は同じでも 1 人当たりの働く時間数が減り、女性医師が増えた事によって以前のように現場は回らなくなってしまった。医師数をその人数だけで統計上カウントしていたら、その労働時間数が足りなくなる。また、診療報酬プラス改定の要求に CNAM としてもただちに是と回答できない理由として、収入がある程度あればそれ以上の増収を望まない医師が多いことが挙げられる。その為、診療報酬のプラス改定に応じてしまうと、さらに総数としての労働時間数が減る。

(A) かかりつけ医 (médecin traitant) に定年はあるか。ドイツは廃止したそうだが。

(ロワゼル) 定年制度はある。開業医独自の年金金庫があり、67 歳での引退を想定して年金金庫に払い続ける。満額支給の条件を満たすと自主的に引退する。だいたい 65 歳から 67 歳でピッタリと辞める。

(E) 年金の問題ということか。医師年金があるからか。

(ロワゼル) そうだ。

(H) 制度的に定年という制度があるわけではない。年金が出れば自分の判断で辞める、という事だろう。制度的に 65 歳になったからお辞め頂くとということではなく、自分で辞めるというのが基本だと理解しているがどうか。基本的に総合医 (médecin général) は日本と同じで自営業者だから、契約として役割を果たしているという事なので、定年はないはずだ。

(E) そういう事だろう。

(ロワゼル) 自分の判断だ。それを自分で決めているトリガーになっているのが、年金である、という事だ。

(A) 現役総合医の収入が低い。2008 年にフランスに調査に来たときには、当時の為替レートで年収 600 万円だったと思う。

(F) 年金の満額の金額を見て、ああ、これでリタイアしても満足した生活が送れると思うのだろう。現役時との差がそれほど大きくないようだ。

(D) 今の医師不足は、このままもっと続く、あと 10 年は続くという中で、疾病保険金庫としては、どういうことを今考えようとしているか。自由開業についてどう思うか。問題の根源はそこではないのかと思う。地域配置を考え直せば解決のひとつになる。

(ロワゼル) もしも地域配置をしたとしても、それでも医師数は圧倒的に少ない。ただし、おっしゃる通り、政治家の中からも「義務年限」での強制配置論は必ず議論に上がってくる。卒後何年かは最低こういう地域に行ってもらおうと。しかし本当に立法化しようとするると反対が強くて実現しない。自由開業はあまりにも不可侵の聖域なので、そこはタッチできない。そこにタッチしたとしても焼け石に水で、それをしたとしても、そういう議論は必ず議会でも出てくるが、出ては消え、また出ては消えで、今の段階では誰もできない。

(A) 無理矢理僻地に行かせるのは無理だとしても、例えば、パリのような大都市での新規開業制限をするなどの方法はどうか。

(F) 医師過剰地域を抑制できるか。

(ロワゼル) 新規開業看護師には過剰地域開業制限ができていますが、医師にはできない。しかもパリですら医師不足だ。上限規制でもできない。

(F) 開業看護師については、新規開業制限を既にやっている。でも医師にはできない。

(D) そこが知りたい。絶対的に総合医 (médecin général) が足りない中で、疾病保険金庫としては、Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée (IPA) ³¹⁵を作るという方向で解決しようとしているのか。おそらくそこが総合医 (médecin général) や専門医、及び医師会との戦いになるのであろうけど、その辺はどう考えているか。

(ロワゼル) リスト法という新法が下院・上院議会を通過した³¹⁶。医師の労働時間を減らすために、IPA へのタスク・シフトを進めようとしているのだが、これも医師の反対にあい、なかなかうまく進まない。国会の中には、医師議員も多く、国務院 (Conseil d'État) ³¹⁷の中にも医師が議席を持っているし、医師ロビーが断固として新法の成立に反対している³¹⁸。IPA ダイレクト・アクセスの法律が昨年末にできていたが、補則等をよく見ると肝心なところが骨抜きにされていることがわかる。誰もがダイレクトに IPA を受診できる制度になると思われたが、実際にはそうはならなかった。「ダイレクト・アクセスはできる。centre médical (メディカル・センター) や CPTS (地域保健多職種センター) の中であれば。」という風に、できる場合を特定の医療設備内に制限した。つまり、独立して開業している看護師には、IPA として開業する権利は与えられなかった。これには、看護団体及び保険者は大変がっかりした。より深く進めたいと願ってはいるがなかなか進まない。保健センターのみであれば、IPA にダイレクトアクセスすることを認める法律も骨抜きにしてしまった。アメリカのように看護師が 1 人で開業しているところにダイレクトに行けると思いきや、そうではなかった。そういう法律を通したつもりだったが、法律に色々と詳細がついて、保健センター内でのみダイレクトにアクセスすることが許された。そのため、患者が自由に IPA の所に行ったり、あるいは IPA が自分で開業したりはできない。またそれをより進めた法案が議会に再び提出されているが、まず通らないだろう。

³¹⁵ ナース・プラクティショナーのこと。

³¹⁶ 2022 年 10 月 18 日に Stéphanie Rist 議員他によって法案が提出された。この法案は、修正を加えて 2023 年 1 月 19 日に国会で初読され、その後 2023 年 2 月 14 日に上院 (le Sénat) で採択された。法案の最終版は、同年 4 月 6 日に合同委員会で合意に達し、5 月 9 日に上院で、翌 10 日に国民議会 (下院、l'Assemblée nationale) で採択された。政府は 2023 年 1 月 13 日にこの法案に関する加速手続きを開始していた。法案提出者の Stéphanie Rist 議員にちなんでリスト法 (Loi Rist) と呼ばれている。Rist 議員はリウマチ専門医でもある。

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

<https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>

³¹⁷ 行政裁判の最高裁判所としての機能と、政府提出法案の諮問を受ける機能を持つ。

<https://www.conseil-etat.fr/ja>

³¹⁸ 国会による法律制定後、抽象的違憲を経て、各省で執行の詳細を決める décret (政令・省令) を制定する。

(D) あるいは日本と同様、IPA になるナースの絶対数が少なく、抜本的な解決策にならないということで、そこまでしか認めなかったのではないか。IPA を作ってみたが、手を挙げる人が少ないからではないか。その上で、医師会からの反対もあったからということではないか。

(ロワゼル) 両方だ。今のところ、IPA になるためのプラス 2 年間の特別の教育を受けている人の数も少ない。絶対数がそもそも少ない。医師の側も直接 IPA を雇いたいと希望する者の方が多い。今後、ダイレクト・アクセスが制度上実現したとしても、それでもやはり、医師の監督責任の下に置かれ、完全な自立とは言えないものになるだろう。医師の処方箋が必要になるし、行った行為のサマリーをその医師に報告する義務もある。

(F) 2022 年年末に医師会までも出てストをして大変な騒ぎだった。例えばもし医療過誤が起こったらその責任は医師になる。そこで、こういう患者レポートやサマリーを IPA であっても必ず *médecin traitant* にしなくてはならないこととなった。要するに実際にあまり変わらない。

(D) しかし、医師が反対しても、国民にとって、医者のない田舎では、IPA がいてくれると有難いと、求められるのではないか。

(ロワゼル) 新しい法律でも、無医村の解決には一切なっていない。IPA が介入するためには、現行の法律では、医師の管理が絶対に必要だからだ。

(D) 実はそれはほんの少し法律を変えるだけの話だ。これだけをやっているという事を決めてしまえば、できてしまう。そんな難しくない。

(B) 日本看護協会は、政治的な事は抜きにして、認定看護師もそうだが、建前では医師不足の地域に代わりに行こうと言っている。これは国民のウケがいいから言っているのであって、実際には看護師の地位向上という目的でやっているに過ぎない。実際には、医師不足の代替になるなんて発想はない。

(A) 介護福祉士と区別して、准看護師と区別して、看護専門学校出身者と区別して、そんな大学院に行くような高学歴の意識の高い IPA が田舎になんて行くわけがない。みんな都会の大病院に行きたがる。

(D) それが現実ではないか。それはフランスでもある話ではないか。

(ロワゼル) 全く医師と同じで、ある程度以上の教育を受けた看護師は、やはりあえて田舎を選ぶ人が少ない。学校、文化的活動、都市生活、そういったものがない環境は選ばないだろう。

(D) それを疾病保険金庫がわかっているかを聞いたかった。我々は勿論、そんな事分かっていたから。

(ロワゼル) 疾病保険金庫としては、それを肯定も否定もお答えできない。そのような統計は存在しないので。今から調べてみようと思う。ただし、都市部の医師不足の解決にはなるだろう。

(A) フランスも日本も、中央集権で、田舎の問題なんてわかってない人が決めているので

はないか。

(ロワゼル) アシスタント・メディカルについて説明する。3年間の教育費用を疾病保険金庫が支払う。アシスタント・メディカルは、国家資格ではない。医療セクレタリーや看護助手（身体介護）、准看護師、介護士の補助業務を行う。具体的には、医師のアポイントメント、高齢者の衣服の着脱介助、その他診療所での雑用補助を行う。疾病保険金庫としては、このようなアシスタント・メディカルを育成していく。

Crise Covid-19

Pendant le confinement

SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT

Mesures spécifiques médecins – allègement important du parcours de soins :

- Assurance Maladie et Ministère ont largement communiqué pour que les patients atteints de la Covid ou avec des symptômes ne se rendent pas au sein des cabinets médicaux, notamment pour les cas les moins graves :
 - Tests remboursés sans prescription médicale (pas de parcours de soins coordonné)
 - Possibilité de bénéficier d'un court arrêt de travail en s'autodéclarant atteint du Covid sur une plateforme (pas d'arrêt de travail du médecin)
 - Possibilité de renouveler ses traitements directement à la pharmacie (sans passer par son MT)
- Recommandations ont été diffusées aux médecins pour limiter le risque de contagion :
 - Plage dédiée pour recevoir les patients avec symptômes Covid
 - Aération/désinfection/ port du masque
- Prise en charge financière des consultations réalisées par téléphone
- Incitation financière à intervenir au sein des EHPAD (maisons de retraite)
- Création de centres Covid dédiés avec vacations payées pour les médecins

6

次に、コロナを振り返ってのスライドに移る。ロックダウン中には、オンライン診療、テレメディシンが進められ、発熱外来センターが設置された。médecin traitant は、患者宅に電話をかけて診療した。ロックダウン後は、医師の処方箋なしに、自由に、薬局や検査センターで抗原検査・PCR 検査を受けられるようにした。

SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT

- Développement recours à la télé-médecine :
 - Suppression de l'obligation de connaissance préalable des patients
 - Suppression du respect du parcours de soins pour les patients ayant des symptômes Covid -19
 - Prise en charge de tous les patients par l'Assurance maladie à 100% (au lieu de 70% dans le parcours de soins)

7

コロナの間は、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を停止した。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を完全に除外して対策を進めた。médecin traitant でなくても、初診であってもオンライン受診を認め、保険で 100%償還した。本来 médecin traitant であれば保険償還は 70%で、窓口での自己負担は 30%であるところ、100%保険でカバーした。最初のロックダウンの時は、そもそも保健省もこちらの公的保険者も「médecin traitant には行かないよう、診療所には行かないよう」と国民に指導した。もっとも、行くなと言われても感染した患者は困る。そこで、なんとかそのような感染者にもうまく対処できるように、PCR 検査や抗原検査を医師の処方箋なしで受けられるようにとのことで、全国で薬局・検査センターで自由に受けられるようにした。それも全て保険で 100%カバーし自己負担なしとした。薬局などに対して動線管理のガイドを出したり、電話やビデオでのテレコンサルテーション、オンライン診療をすることに関してのガイドを出し、青空発熱外来センターをあちこちに設置した。通常なら患者が病気になってから医師に受診するが、反対に医師の方から患者に「大丈夫ですか？熱等の症状はないですか？」と聞くために電話をかけるなどの対応もした。2020 年及び 2021 年のロックダウンおよびコロナ禍の間中は、医師労組からの要求により電話をした医師に報酬を支払い、その後、2022 年以降、コロナが終わってからは医師が勝手に電話を患者にかけることに対する報酬支払いはやめた。

(B) 日本だとコロナ以外の一般の病気だと今まで通りの保険の運用だった。今の話だと、コロナ以外のすなわち一般の患者さんに対してもそのような措置をされたということか。

(ロワゼル) そうだ。コロナ、コロナ以外に関わらず、全ての診療を 100%保険償還した。コロナとは全然違う患者であっても電話指導した患者には全額支払いした。

SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT – QUID ACTIVITÉ

- Certains conseils de l'ordre (Kinésithérapeutes, dentistes) ont demandé aux professionnels de santé de fermer leur cabinet pour limiter la contagion, ce n'était pas le cas des médecins
- Dès la mise en place du confinement mi-mars 2020 :
 - Chute majeure, rapide et durable du recours aux soins :
 - -60% pour les médecins spécialistes
 - -30% pour les médecins généralistes
 - Seules les infirmières ont une activité quasiment stable
- Recul de l'activité s'explique par 2 causes :
 - Dépriorisation (= fermeture) des activités de consultations externes dans les hôpitaux
 - Non recours choisi ou subi par les patients : crainte d'une contamination des patients lors d'un recours aux soins, ou par crainte de perturber les médecins confrontés à l'épidémie pour des motifs de soins en apparence moins importants
 - 13/04/20 : baisse de la recours aux soins des médecins généralistes moins marqué car nécessité de recourir aux soins + message diffusés pour inciter les malades à aller voir leur MT

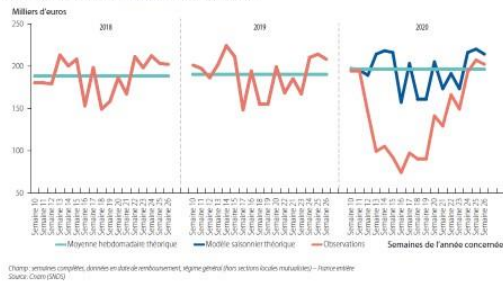
8

PT、歯科医は、歯科医師会、PT 会からの営業停止命令により診療所を閉鎖した。医師会と看護師会からは閉鎖命令は出なかったが、専門医で 60%、総合医 (médecin général) で 30%の診療活動の減少があった。患者側の受診控えもあったが、これには 2つの理由があったと分析されている。1つ目は、感染を恐れての患者の受診控えだ。そして2つ目は、「ああ、きっと先生は今お忙しいに違いない、こんな事ぐらいで受診してはご迷惑だろう。」と配慮してのものだ³¹⁹。あまりにも医師にかかる患者が少なくなった為、2020年4月14日に政府が「必要な時は、受診してください」と国民に呼びかけた。ロックダウン後、徐々に患者が戻り、受診控えにより減少していた検査や予防、診察が増えた。

³¹⁹ この患者側からの受診控えの要因については、イギリスでも同様の解釈が証言された。Nuffield Trust のセッションを参照のこと。

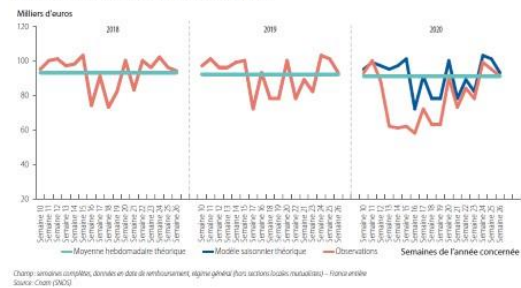
SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT – QUID ACTIVITÉ

Remboursements hebdomadaires des spécialistes



9

Remboursements hebdomadaires des généralistes



それを表しているのがこちらのグラフで、赤線と青線に出ている。青線がそもそも本来あるはずの平常時の受診数ベンチマーク、赤線が実際の受診数を表す。

フランス-7-2 論考：CNAM

(Caisse National d' Assurance Maladie、全国疾病保険金庫)

奥田七峰子、森井大一

CNAM (Caisse National d' Assurance Maladie、全国疾病保険金庫)は、元々は被用者の為の健康保険金庫であり、日本の健保連に近い。CNAMの下には、102のより地域に近いレベルのCPAM (Caisse Primaire d' Assurance Maladie、初級疾病保険金庫)³²⁰を含む、全164の中央・地方・地域組織がある。CNAMはフランス最大の公的保険者である。現在は、被用者以外にも自営業者や、公務員・準公務員の健康保険（これは特別制度と言われる）に関してもCNAMが担当し、国民の97%をカバーしている³²¹。フランスの医療財政基盤としては、強制加入のCNAMの他に、任意加入のミューチュエル (Mutuelle、補完保険)がある。これは、主に公的保険がカバーしない自己負担部分を一定の規定に則りカバーする。マクロン大統領は、2016年1月1日より、民間の企業・組織に対して、従来任意の福利厚生であった被用者の補完保険も強制加入とする制度改正を行った。DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques、保健省統計研究局)の2019年統計によれば、国民の95%がミューチュエルに加入している³²²。

CNAMは、フランス保健省が策定した医療政策を経済的に執行する機関である。医師の診療報酬については、CNAMが医師労組代表と交渉を行い決定される。かかりつけ医 (médecin traitant)の役割や報酬もこの交渉により決定される。交渉に合意した医師労組が1つでもあれば、その合意内容が全ての保険協定医師に対して有効となる。この報酬決定の枠組みは、他の医療職種 (歯科医師、薬剤師、看護師、助産師、PT等)の技術料・報酬においても同様である。CPAMは、CNAMでの決定を地域で執行する。

国民皆保険のフランスにおいて、保険医療支出 (医療費、薬剤費、検査費、病欠手当、労災、周産期を含む)は全てオンライン処理されており、前述の通り、CNAMは97%の国民の医療費をカバーしている保険者である。そのため、CNAMが保持している膨大なデータとその解析は、フランスの医療制度を考える上で、非常に信頼性が高いと言える。今回の調査では、そのCNAMで実際に医師との協定交渉を行っている担当者から直接ヒアリングすることができた。そして、その中で、médecin traitantの登録に関して、「médecin traitantとしての契約がある事で、患者との関係性が明文化され、法的責任が生まれる利点はある。しかし、médecin traitantの登録制度による経済的な効果は証明されていない。あるとしたら、そ

³²⁰ ただし、CPAMはCNAMの下部組織ではなく両者の法的地位は同等である。

³²¹ 農協、公証人等の一部の特別制度がまだCNAMとは別の独自の金庫を持つ。

³²² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs>

これは本制度がなければ伸び放題になったであろう医療支出曲線のカーブを多少抑えられたかもしれないと言う仮説である。」との見解が示されたことは興味深い。また、これは今回の調査における他のヒアリングでも聞かれた内容だが、「コロナの第1波においては、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度は度外視して、別枠の非常事態医療 (Plan Blanc、ホワイト・プラン³²³等) を行なった。」ということが保険者の認識としても確認できた。日本で仮定されている「日本よりも遥かに多い感染者数を出した欧米においては、かかりつけ医制度が機能して医療崩壊を防いだ。」のむしろ反証とも言える証言である。

現在、フランスでは médecin traitant 不足が深刻な問題だとされており、500万人のかかりつけ医 (médecin traitant) 難民がいると推定されている。これは国民の8.6%に当たる。その内60万人は、ADL (Affection Longue Duree) と呼ばれる長期疾患患者群であり、定期的なフォローを必要とする³²⁴。médecin traitant 不足の原因としては、医師数そのものの政策的削減の影響もあるが³²⁵、医師1人当たりの労働時間の減少も指摘されている(従来型のハード・ワークではなくワーク・ライフ・バランスを重視する生活スタイルや価値観の変化)。これらに加えてヒアリングでは、女性医師の増加も要因として挙げられていた。ハーフタイムやパートタイム(週3日、4日勤務等)を選択する女性医師が多いとの事であった。このことについては、女性医師が増えたことそのものではなく、女性医師がフルタイムで勤務することができる環境を社会全体で考えて行く必要とする見解も聞かれた。

CNAMは、かかりつけ医 (médecin traitant) 難民問題を重視しており、成功報酬によるインセンティブや過疎地での新規開業者への社会保障費軽減等の幾つかの対策を試みている。しかし、今のところどれも成果は芳しくないようだ。自由開業権を不可侵とするフランスにおいて、今、(医療DX以外で)最も注目されているのが、①IPA (Infirmière en Pratique Avancée : 診療看護師) や薬剤師へのタスク・シフトによる医師労働の軽減、②メゾン・メディカルでのグループ・プラクティスや地域医療多職種コミュニティ CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) での多職種連携・診診連携である。

しかし、これらはいずれも医師の職権を他職種に認めるものであり、フランス医師会を中心に反対意見が多い。そのため、一応の制度化を見た現時点においてもなお、医療の質と安全性の担保について議論が重ねられている。その妥協点として、現在導入されているのが、アシスタント・メディカルと呼ばれる医療補助職である。これは医療機関内で医療秘書的な

³²³ 2004年8月9日制定 非常事態における医療活動停止による病床・人員確保に関する法律(公衆衛生法)

³²⁴ <https://www.m3.com/news/iryoishin/1080603>

³²⁵ それでも、人口当たりの医師数は日本よりも多い。OECD (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によれば人口千人当たりの医師数は、日本の2.6人に対してフランスは3.17人である。

受付・事務作業や患者衣服の着脱を手伝う等、診療がスムーズに行えるよう補助を行うものだ。フランスで今まさに鳴り物入りで導入されている医療機関内外の連携やアシスタント・メディカルは、医療を医師以外の多職種と共に行うといういわばチーム医療のことであり、日本では珍しくない。医師との予約がなかなか取れない現在のフランスでは、この部分を補強する必要があるのであろう。また、これらいずれも医療 DX によって、より効果的に進める事が可能となるであろう。尚、今回の調査終了後の 2023 年 6 月 15 日に、フランスの国会に当たる国民議会で、「自由開業の廃止と緩やかな強制力を持つ開業統制」を定めた法案が審議・採決された。その結果は、賛成 127 に対して反対 168 で否決であった。そして、その代替案である「CPTS への緩やかな加入強制」を定めた法案が可決された。

根拠法：

2016 年 10 月 20 日制定「2016 年 8 月 25 日の CNAM と開業医間で合意されたかかりつけ医 (médecin traitant) に関する全国協定」を承認する省令 (Arrêté) ³²⁶

フランス国内法は、順に Constitution(憲法) →Lois (法：立法府で制定) →Ordonance (大統領・首相令：議会を通さず立法) →Décret (政令：行政府で制定) →Arrêté (省令・条令：行政府、自治体で制定) →Circulaire (通達) となるが、本省令は、CNAM と医師労組との間で合意された協定(Convention)をもって保健省大臣が省令化しており法的効力を持つ³²⁷。本法が根拠法となり、médecin traitant の役割・義務・各報酬を含む権利が定義されている。

また、CNAM 側からは、日本の医療提供体制について関心が示された。特に、フランスでは、médecin traitant の登録が義務化された一方で実際には登録すべき médecin traitant が見つからないという「かかりつけ医 (médecin traitant) 難民」の問題が深刻となっている。日本では 2023 年 5 月 19 日の医療法改正 (施行は 2025 年 4 月 1 日) ³²⁸でかかりつけ医機能が医療法の中に位置づけられたが、登録制はない。法律は、むしろ日本に以前からあったかかりつけ医機能の好事例の内容を明文で規定したに過ぎない。日本の課題は、法律で規定されたあるべき姿をどのように遍く実装化していくかという点にあるが、フランスの例を見ると、少なくとも登録制にすればうまくいくという訳ではないことがうかがい知れる。

³²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>

³²⁷ <https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%A2%E3%83%AC%E3%83%86>

³²⁸ <https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/211/pdf/s0802110162110.pdf>

<資料>

かかりつけ医 (médecin traitant) 選択申告書：医師と患者共同署名で保険に提出（電送・郵送可）する。

cerfa N° 12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e) <small>nom (prénoms, «il y a lieu, de nom d'usage») :</small>	BEAUVAU
<small>prénom :</small>	MARIE
<small>n° d'immatriculation :</small>	2 6 5 0 1 6 2 9 9 9 4 4 4 4 8
le bénéficiaire <small>nom (prénoms, «il y a lieu, de nom d'usage») :</small>	BEAUVAU
<small>prénom :</small>	MARIE
<small>date de naissance :</small>	2 5 0 1 1 9 6 5
<small>adresse de l'assuré(e) :</small>	

identification de la structure et du médecin traitant

<small>raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)</small>	<small>nom et prénom du médecin traitant</small>
	<small>nom :</small> MEDECIN5046
	<small>prénom :</small> PAUL
<small>n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)</small>	<small>identifiant</small>
0 B 1 0 5 0 4 6 3 0 0 3	0 B 1 0 5 0 4 6 3

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

<small>bénéficiaire</small> <small>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)</small>	<small>médecin traitant</small>
<small>Je soussigné(e), M., Mme, Mlle</small>	<small>Je soussigné(e), Docteur</small>
<small>déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant</small>	<small>déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus</small>
<small>signature(s)</small>	<small>signature</small>

déclaration signée le 0 5 0 6 2 0 1 4

Merçi d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie. S 3794

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

フランス-8-1 応接録：フランス医師会

2023年6月8日

Dr. Jacqueline Rossant Lumbroso : médecin traitant、傷害保険損害査定専門官

Dr. René-Pierre Labarriere : médecin traitant、副会長

MS. Johanna Garnier : 法務

<要約>

- フランス医師会は強制加入団体である。
- 働き方への考え方の変化により、医師1人当たりの労働時間が減少した。
- IPAの権限として、診断・治療まで含めて認めた法律が成立したが、省令によってその権限を行使できる場所や条件が限定された。
- IPA導入には医師不足がある。
- フランス医師会の主張は、「診療と治療決定は医師の権限であるべき」とするものだ。

(ラバリエール) フランス医師会には職業、倫理、公衆衛生、教育の4部門がある。フランス医師会理事会は、医師によって選出された52人のメンバーにより構成される。法的援助、医師に必要な際の援助活動、医師と患者の利益を保護することが目的だ。全ての医師に加入義務がある。開業医であれ、勤務医であれ、全ての医師が同じ医師会に入っている。52人の理事の中に、フランス国務院³²⁹の構成員やフランス医学アカデミアのプレジデントも入っている。医師会の中に審査機関がある。これは医師により、医師を裁く、医師のための審査機関だ。問題となるのは主として医師の態度、紛争、不適切な診療等のトラブルだ。公衆衛生法典の中の倫理法に基づいて裁くことになる。全国機関であるフランス医師会に加えて、13の地方、100の県ごとに医師会がある。フランス医師会には国際部もあり我々はそこから来た。事前に三つの質問を頂いていた。まず、医師の人口動態から“医療砂漠”とフランス語で呼ばれる無医村、および医師不足についてお話しする。23万人の医師が現在、医師として活動中であるが、フランスの人口増及び人口の高齢化による疾病の複雑化により医師の需要が増えている。これに合わせて医師数そのものも増えている。性別は女性医師が51%であり、現在の医学部学生は3分の2が女性であることを考えると、今後は女性医師の割合がさらに増えることになる。私が医学部を卒業した1973年には7300の医学生がいたが、90年代にはニュメロス・クローズスという制度の下で医学生数が3500人にまで減った。そのようにして、その後20年間、医師数をずっと減らし続けてきた。5年前からようやく

³²⁹ <https://www.conseil-etat.fr/ja>

医学生数を増やし始めた。現在、8000 人の医学生を教育しているが、十分な医師が労働市場に現れるまでに 2030 年を待たなくてはならない。フランスでは、開業医、病院勤務医、病院以外の勤務医の 3 つの就労スタイルがあるが、勤務医が増え、開業医が減った。サラリーマン志向がある。2010 年と 2023 年を比較すると、médecin général (総合医) は、開業医が圧倒的に多く、外科系はその反対で病院勤務が多い。他の科はどちらもあるが、内科系は開業が多い。医療費の支払いは、疾病金庫が患者に医療費を償還払いする。診察、手術、治療は、保険でカバーされる。また、今のところ自由開業権が保証されている。医師の分布には地域偏在があり、南は医師が多く、中央フランスは医師が不足していて地域間格差がある。60 歳以上医師の人口密度の地図を見ると、既に医師の少ない地方での医師がさらにいなくなることが明らかだ。ただでさえ数少ない医師の地域で開業している医師は、60 歳以上で、もうすぐリタイアするだろう。この傾向が特に強いのは皮膚科だ。国が必要な医師数を決めるのだが、皮膚科医は必要が少なく考えられ、少ない数しか養成されていない。眼科医も同様に不足している。médecin général (総合医) も不足している。社会が変わり、以前の医師のように若者は働きたくないと考えている。我々の頃は、週に 7 日間、朝 7 時から夜 23 時まで働いたものだが、今の医師はそのような働き方はしない。ワークライフバランス、スポーツ、趣味の時間を大切にしながら。価値観を置くところが違う。その結果として、1 人の医師の活動量が減った。医療需要は増えたのに供給が減った。

(A) それは、女性医師が増えたからか。

(ルンブローズ) (大きく頷く)

(ラバリエール) いや、男性医師もだ。女性医師だけではない。男女ともに働き方が変わった。社会が変わったのだ。

(ルンブローズ) 大切な事なので補足する。前回の医師会選挙から、医師会理事メンバーは、男女同数制³³⁰にした。男性 26 人、女性 26 人の合計 52 人だ。現在、51%の医師は女性だが、若い世代では更に女性が多くなる。労働時間の減少については、女性医師が増えた影響もあるが、世代の影響でもある。

(D) 医師会の理事は強制的に半々にしたのか。それとも自然にそうなったのか。

(ラバリエール、ルンブローズ) 選挙の結果が自然に同半数になったのではなく、法律で決められている。女性の活躍という社会現象が明らかになっているので、働き方を変えようとなった。

(A) 日本でも働き方改革がされているが、フランスは法定週労 35 時間がより短くなるのか、フランスはさらに働かなくなるのか。

(ルンブローズ) フランス人医師の平均労働時間は、開業医を含むため週 56 時間だ。35 時間ではない。病院勤務医でも 35 時間ではない。我々医師の診療報酬単価は€25 であり、EU の中で最も安い。その一方、診療の質はフランスはとても高い。

³³⁰ parité : 男女同数

(A) 日本では、勤務医の残業を年間 960 時間以下にしようと目標にしている。つまり、週 19 時間以下だ。これは週 40 時間労働制の下での目標だ。

(ラバリエール) 日本の勤務医と開業医の割合はどうなっているか。

(A) 約 51 対 49 で、勤務医の方が若干多いはずだ。

(ラバリエール) フランスと同じだ。

(A、D) 診療報酬については、日本は出来高払いだ。診療報酬は初診料は 2880 円で、それがベースとなってそこに上乗せされていく³³¹。

(ラバリエール) 日本は仕組みはスイスのようだ。基本診察料の上に、プラス、プラスしていく。

(A) 今回、フランスでは、政府が違う解決法、つまり IPA³³²を提示してきたので、医師会が初めてデモに出て、医師の数を増やせと要求したが、実際どうなのかお聞かせいただきたい。

(ラバリエール) IPA は法制化された³³³。法制化された後で、その範囲をかなり限定した。すなわち、医療チーム³³⁴の中で、医療機関内で、専門医のアシスタントとして、又は産業医のアシスタントとして入る。この 4 つの範囲に役割を限定的なものとした。自分で独立して開業することはできない。

(ルンブローゾ) 省令³³⁵によって、2 つのことを決めた。まず、どの疾患に IPA が対応できるか。安定した慢性疾患、がん、慢性腎疾患・透析、腎移植、精神疾患、救急がその対象となった。

(A) 日本でも同じ問題があるが、フランスでは国会も通った。それでもその権限をどうにか制限したということだが、医師会として反対する理由は何と考えているか。

(ラバリエール) 医学についての教育年数が違う。医学は最低 10 年、看護師は 3 年だ。IPA になる為には、看護師として 3 年間の実務の後、さらに 2 年の教育を受けるにすぎない。

(ルンブローゾ) 診断は医師の仕事だ。ここは絶対に譲れない。治療方針の決定も医師の仕事だ。他の事は、高度なものであれ認める余地はある。タスク・シフトもいい。しかし、卒

³³¹ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

³³² Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

³³³ 2022 年 10 月 18 日に Stéphanie Rist 議員他によって法案が提出された。この法案は、修正を加えて 2023 年 1 月 19 日に国会で初読され、その後 2023 年 2 月 14 日に上院 (le Sénat) で採択された。法案の最終版は、同年 4 月 6 日に合同委員会で合意に達し、5 月 9 日に上院で、翌 10 日に国民議会 (下院、l'Assemblée nationale) で採択された。政府は 2023 年 1 月 13 日にこの法案に関する加速手続きを開始していた。法案提出者の Stéphanie Rist 議員にちなんでリスト法 (Loi Rist) と呼ばれている。Rist 議員はリウマチ専門医でもある。

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

<https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>

³³⁴ CPTS のこと。

³³⁵ 国会による法律制定後、抽象的違憲を経て、各省で執行の詳細を決める décret (政令・省令) を制定する。

組みをきちんと決めて、境界線をはっきりとさせる必要がある。

(ラバリエール) ロビー活動はもちろんしたが、まだ勝利とは言えない。地方によっては、あまりにも医師が不足しているため、IPA の権限拡大を求める地方の議員らの声が強い。足りないから IPA を入れろという話になっている。

(D) 養成された IPA たちは、そのような医師不足の地方に行って活動すると思うか。

(ラバリエール) その可能性はある。そして、IPA らが医師不足の過疎地域に行けば、それらの地方で求められる行為はより拡大するだろう。そうすれば制度が変更されて、自由に開業するようになるリスクが出てくる。しかし、それは、患者にとって十分な医療を受ける機会を損失することになるリスクでもある。地方からは IPA でもいいから来てくれ、という声が上がっている。しかし、我々はあくまでそれは制限すべきだと考えている。IPA は、患者を診察し、病歴や治療歴を聞いて分析し、必要な検査が処方できるというところまでを求めよう。これでは診断をしているのと同じだ。これらは、既に、法制化されてしまっている。薬剤を処方することさえできることになっている。成立した法律を読むと、患者を受け入れ、既往歴を聞き、家族歴を聞き、足りない検査をオーダーできる。血液検査を出して、結果を見て、自分で出した結論を書いて医師に送る。結論のサマリーを書くとは、すなわち診断する事で、それは我々医師の仕事だ。原則、これらは全てかかりつけ医 (médecin traitant) と共同でプロトコールを決めた上で、それを IPA に渡す。そして、IPA は医師がいなくてもこれに基づいて診療する³³⁶。しかし、逸脱のリスクはある。手慣れた IPA は、権利を濫用するだろう。それを許したら、それが突破口となり、権限濫用が当たり前になってしまう。IPA の中には、プロトコールで決められた事を超えてしまう人が出てくるだろう。

(B) 1人開業はできない、専門医または産業医のアシスタントはできる、田舎は医師はいないのだから、これでは解決になっていないのではないか。

(ラバリエール) 例えば、医師は都市部、IPA は田舎にそれぞれいて、医師たるかかりつけ医 (médecin traitant) やその他の専門医が IPA を管理するという形があり得る。IPA に開業させる必要はない。しかし、soins primaires (≡プライマリ・ケア) について、我々は暗い見通しを持っている。将来、田舎では、患者は医師の診察を受けず、IPA に行くことになるのではないかと心配している。IPA が既往歴を聞いて、「腎機能検査をしてないですね。」といって検査を追加する。これは、診療方針の決定という医師の行為だ。このような IPA が開業したらどうなるか。患者は直接医師に受診することなく、IPA に行けるのならだんだん医師の診察に行かなくなってしまう。でも、我々はちょっと心配しすぎなのかもしれない。なぜならば、IPA になりたいという看護師は少ないからだ。そもそも、看護師も過重労働でこれ以上仕事を増やしたくないと思っている。開業看護師は、既に仕事がいっぱいで忙しい。しかし、そうはいつでもやりたい人はいる。法制化はされてしまったが、経済的に、報酬がまだ IPA には魅力的なものとはなっていない。そのお陰で、誰もやりたがらない。医療過誤

³³⁶ この実践については CPTS のセッションに詳しい説明がある。

損害賠償保険も高くなるだろうから、それに対して、高い保険料とリスクを引き受けてまで看護師が IPA を目指すだろうか。医師との人間関係が悪くなるおそれだってある。

(A) それでも、やりたい人はやる。

(ラバリエール) 看護師団体の代表者とも話した。我々フランス医師会はフランス看護協会とも話し合ったが、彼らも、保険料も上がるし、色々なリスクが出る事を心配だと言っていた。しかし、それでもやる人は出てくるだろうというのはその通りだ。フランスでは、下院・上院・両院合同会議とも通過して既成事実となっている。

(C) 死亡診断書は誰が書くか。

(ラバリエール) 今は、医師だ。しかし、看護師が書けるようにする案が出てきている。これは恐らく通過するだろうが、まあ、許容範囲だ。高齢者介護施設での死亡に限定している。我々も、それは認めるしかないだろう。

(C) 死亡診断書は、何時間以内に書かなくてはならないか。

(ラバリエール) 特に時間の制限はない。ただし、死体の状況が悪くなる。時と場合によっては、家族や警察を長時間待たせることになってしまうが、そんなことはあまりするわけにはいかない。

(C) 看取りまでできる médecin général の下で IPA を働かせるようにすれば良いのではないか。

(ラバリエール) 結論をまとめると、accès direct³³⁷は、医師不足への解決策ではない。診療のコーディネーションをより強化することで改善すべきだ。国民に嘘の希望を持たせているだけだ。

(ルンブローズ) IPA が、この医師に行け、どの医師に行け、と指示するというのは非常に良くない。診療のコーディネーションは、医師を中心にして、この医師に行け、あの医師に行け、と言うべきものだ。

(ラバリエール) 日本の先生方もご理解いただけると思うが、医師の側にたまたまプロトコルをきちんと管理する時間がない場合、勝手な事をしだす IPA が出てくるおそれがある。

(D) IPA の行った診療についての、最終的な法的責任はだれにあるのか。

(ラバリエール) 法的責任者は不透明ではっきりしない。行政裁判の最高裁判所たる国務院に、フランス医師会のメンバー医師が席を持っていることは意味を持つだろう。

(A) IPA が行ったことについても、医師が裁かれるのか。また、IPA の懲戒に関して、医師会が裁くのか³³⁸。それとも看護協会が裁くのか。

(ラバリエール、ルンブローズ) 看護協会で行ってもらおう。医師会で看護師を裁くことはない。医学部の教育課程に入るのは非常に難関だ。高校卒業時の理数系バカロレア・コースを経た後に、入学2年後に進級できるのは10%だ。さらに、6年生の時に成績順でコースが別れる。トータルで我々は10年間勉強する。教育が違う。やりたいならば、看護学部でなく

³³⁷ IPA の制度化のこと。

³³⁸ フランスの医師会は、医療過誤についての審査機能を持っている。

医学部に行けばいい。

(B) 日本では、4年間の看護大学教育の後、2年間の特別教育を受けて合計6年間のほぼ医学部と同年数の教育を受けている。

(A) 日本も10年前に全く同じ議論があった。フランス医師会としては、絶対反対のようだが、自由開業医とかかりつけ医 (médecin traitant) 制度のどちらかを選択しなくてはいけないという中で、自由開業を選んだと聞いている。今回も自由開業とIPAのどちらか選択しろと言われたらどちらを選ぶか。

(ラバリエール) 自由開業を放棄するのは非常に難しい。現在のフランスの医師にとっては既得権であり、若い医師にとってもこれは重要だ。絶対に自由開業権は触らせない。今、医師が足りない地域があるなら、IPAに、医師が頼んだことをプロトコルに基づいて任せることになる。このように医師が管理できているなら許容できる。IPAが診断を下すことだけは許してはならない。IPAの自立は断固として阻止する。そうはいつでも、両方とも負けるシナリオも可能性としてはゼロではない。自由開業もIPAも負けるかもしれない。両方とも負けたら大変だ。だから、今頑張っている。

(A) 日本医師会とフランス医師会は、非常に近いと思った。

(ルンブローゾ) 国民には、全て等しい治療を受ける権利がある。ここでIPAを許せば、IPAでしか治療を受けられないような医療制度に移って行く可能性がある。保険者機能が強化され、自分の入っている保険の契約の種類や、患者の疾患によっては、医師よりもIPAにかかるルールにするといった話が出てくる可能性もある。我々は、所詮、保険に縛られている職業だ。その中でやっている以上、いざそうなってしまったら我々はそれに従うしかない。

(C) しかし、それで患者を守れるか。医師の言い分はわかったが、患者はどう思っているのか。

(ルンブローゾ) 患者を守りたいからこそだ。医師にかかれないから、IPAに行くようになったら、医療は安くて質が低いものになる。

(ラバリエール) メディアは、看護師の側に立っている。医師に対してはいつも反対の立場だ。国民もそれを好む。

(A) 日本も同じだ。

(ラバリエール) メディアによっては、わかってくれるメディアもある。我々がいかに大変かを理解しているメディアだ。

(C) 医師会として、医師側の改革は何をするつもりか。

(ラバリエール) 適正に協働ができるように、プロトコルを作る。政治家やメディアに、あなたの子供が病気の時、誰に見てもらいたいですかと質問してみた。IPAか、それとも医師か。そうすると、みんな、医師だという。それもできるだけ、名医で有名病院だと答える。

(D) 医師の診療報酬€25の件だが、IPAの診療報酬は同じか。

(ラバリエール) 多分、IPA に€17 ぐらいだろう³³⁹。IPA が突破口となって、なし崩し的に次に薬剤師が、そして PT が、とあれこれ次々と他の職種が同じように accès direct に、という流れに動くだろう。

(A) 日本の医療費は、薬局に 20%を使っている。医師は 18%だ。

(ラバリエール) 彼らは商売のうまい「商人」だ。

³³⁹ CPTS のセッションでは、€25 の診療報酬は変わらないが、それをプロトコールを共有する医師との交渉で折半すると説明された。