

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保できた。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した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

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

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

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た。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

³ The Health and Social Care Act 2008 (Regular activities) (Amendment) (Coronavirus) Regulations 2021 (<https://www.legislation.gov.uk/uksi/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/uksi/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。

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。

(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。」とすることがある。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 によって行われた。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、全体を通じてってのはなしだが。高齢者施設に行って、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。

⁷ 簡易キットで行う抗原検査

(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いう。しかし、人工呼吸器が 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だろうと思うが、実際には 20、30 人しか受入れられなかった。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、全体の死亡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

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

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います。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と。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、私と思うのは、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と。

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と。

(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。多くの人は、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に、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。

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。

(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教えておく。そのため、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な。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

¹⁰ Nuffield Trust のセッションを参照されたい。

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 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、もっとシステムティックに、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だと思うが、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

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。

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 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、少しでも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ないので、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ralist 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ほしい。

(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て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できるのか、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。