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のを半々でしていた。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¹。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

¹ <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/overlooked-but-not-overcome-smaller-hospitals-and-the-staff-response-to-the-covid-19-pandemic>

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²。ただし、第1波の後、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人というところもできている。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に変わった。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

² https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2021436?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

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。

(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³。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⁴、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⁵。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

³ 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>)

⁴ <https://bjgpopen.org/content/5/5/BJGPO.2021.0036>)

⁵ 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い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ル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う。

(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

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通し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、そういった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によいか。

(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に診察してもらえると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もので、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症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⁶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、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点、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を

⁶ 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。

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⁷。ガイダンスと現場で起こっていたことの中に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

⁷ 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。

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、ここにきて、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き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、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人しかいなくなっていると書かれている。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て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。