

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、リタイアしていた人等、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<sup>1</sup>。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

---

<sup>1</sup> このヒアリングの後段でさらに詳しく説明されている。

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、患者は在宅にいながら、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<sup>2</sup>。

(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<sup>3</sup>。

(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

---

<sup>2</sup> Dr. Kong の講演を参照されたい。

<sup>3</sup> [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)

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”<sup>4</sup>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、SystemOne 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<sup>5</sup>。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。

---

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 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、SystemOne に加えて EMIS が紹介されていた。

(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<sup>6</sup>。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

---

<sup>6</sup> 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。

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う形が取られた。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<sup>7</sup>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<sup>8</sup>。そして、次にすべ

---

<sup>7</sup> 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。

<sup>8</sup> 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。

での医療従事者の接種義務も法律で定められた<sup>9</sup>。これは強制的なものだった<sup>10</sup>。一般のケア・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<sup>11</sup>。

（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<sup>12</sup>。

（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。今の話を聞くと、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<sup>13</sup>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的ではなかった。大規模に展開する方が効率的だった。700だろうが7000だろ

---

<sup>9</sup> 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。

<sup>10</sup> 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。

<sup>11</sup> 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。

<sup>12</sup> 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。

<sup>13</sup> Hetherington Group Practice のセッションを参照のこと。

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、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くかかっていた。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<sup>14</sup>。

(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

---

<sup>14</sup> 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。

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)”<sup>15</sup>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

---

<sup>15</sup> 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。

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い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%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、自宅に閉じこもった。そして今起きているのは、がんやその他の疾患の診断が遅れて見つかるということだ。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でた。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いて、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。