（参考）開催日時点の都内の新型コロナの状況	11月			
	新規陽性患者数：31人 重症患者数：9人	新規陽性患者数：22人 重症患者数：8人	新規陽性患者数：8人 重症患者数：6人	新規陽性患者数：21人 重症患者数：6人
圏域	**区中央部 （令和３年11月11日開催）**	**西多摩 （令和３年11月12日開催）**	**区東北部 （令和３年11月29日開催）**	**北多摩西部 （令和３年11月30日開催）**
コロナ下での通常医療の状況・課題	◆予定手術や入院、ICUの入室に関して制限を行った。ICUが15%コロナに充てると通常医療に影響が出るというシミュレーション結果が出ており、コロナ患者を重症化させないことが重要。 ◆ICUのほかHCUやCCUもコロナ患者用とした結果、通常医療の一定の制限は避けられなかった。 ◆コロナの中等症は多数受けたが、重症の受入を制限し、手術や治験の臨床研究の数は保てた。 ◆コロナ患者の対応に人手が割かれ、病床を閉鎖せざるを得なかった。 ◆院内でクラスターが発生し、通常医療に影響が出た。 ◆後方支援の立場で他院からの転院を受け入れたが、負担増により看護師の離職率が上がった。 ◆院内クラスター発生時の、透析患者の受入先調整が難航した。 ◆一般の発熱患者を診るため、院内のゾーニングをどのようにするかが課題。 ◆保健所の乳児検診やがん検診がストップした。子どもの健診は適切な時期を逸するとリカバリーが難しい。	◆病棟2棟をコロナ専用とし予約入院や救急の受入を大幅に制限したため、地域医療を犠牲にして他圏域からのコロナ患者を受入れる状況となった。 ◆地域の患者を診ることと区部からのコロナ患者の受入れのバランスを取るのが難しい。 ◆院内感染対策や、ポストコロナの受入についての情報提供が重要。回復期・慢性期でも、補助金等を使った空床確保が必要。 ◆濃厚接触者となったスタッフは全員休ませないといけないとなると、小病院では機能停止に陥る。 ◆建物の構造上ゾーニングが困難だった。	◆コロナ病棟では看護師を多数必要とし、通常医療を抑えざるを得なかった。面会制限により患者のメンタルケアも必要になったほか、インフォームドコンセントを患者とご家族別々にやらないといけないため、二度手間になる上、内容に齟齬が出ないようにという注意も必要になった。 ◆十数年前にインフルエンザの訓練を実施し、5年前にも強毒性のインフルエンザに対する訓練を実施したため、PPEの手袋、マスクは十分にあった。最初のころはコロナ受入にあたり職員の精神面の対応に苦慮した。 ◆病室の構造上コロナの入院患者の受入れができない代わりに、通常医療はしっかりやるということで、以前より多く救急を取るようになった。ポストコロナの患者もどんどん受け入れている。	◆建物の動線が悪いことや、悪性疾患や脳血管疾患などの患者さんのどれを優先するかが課題だった。検査控えにより進行がんが以前より多く、それに伴い、マンパワーを必要とする手術前の化学療法を要する患者も増えた感じがあった。 ◆病棟内でのゾーニングに苦労した。進行がんの多い地区で通常医療の制限は難しいため、他の地域よりも一般の患者さんをきちんと診る体制を作らなければならない。 ◆急性期の病床稼働率が７～８割程度でも成立するような余裕を持った医療体制を作ることが必要。 ◆普段あまり使っていなかった人工呼吸器をコロナで使い、看護師等の人員配置の点で苦労した。 ◆急性期144床のうち52床をコロナ用とし、残りの92床で救急受入や通常診療を行うため、ベッドコントロールが大変になった。 ◆宿泊療養や在宅療養者のための出務要請が来るが、通常の診療をしながら対応するには、早めに連絡が来るようになるとよい。
工夫した点・考えられる対策	◆術後にICUに入る患者の在院日数を短縮するなどして、ICUを効率的に活用した。 ◆コロナ患者は、患者の症状の程度に応じて周辺の急性期病院と患者交換を行う形で対応した。こうした連携が地域医療にとって重要ではないか。 ◆コロナ治療後、リハビリが必要な患者や寝たきりになった高齢者の受入で貢献した。 ◆ポストコロナの患者や、介護施設からのコロナ以外の患者を積極的に受け入れた。 ◆コロナの在宅療養患者に各医療機関の当番制で対応する体制を区の保健所と医師会で構築した。 ◆診療所にＮＥＡＲ法（等温核酸増幅法）のＰＣＲ検査の機械を置き、コロナ以外の患者は院性確認をしたうえで周辺の病院に送るようにした。HER-SYSも区内の診療所の95%以上で使用可能で、保健所と速やかに連携できた。 ◆病床の回転率を上げるため、保健所が中心となり病院間の調整を行ってもらった。	◆医師の専門性にこだわらない医療体制の提供について職員の意識改革を図り、発熱外来やドライブスルー検査等に多くの医師の協力を得た。 ◆市からの要請で高齢者施設等の感染対策の指導・研修を行った。 ◆ICUが限られているため、通常医療のためのICUを一定数確保した。 ◆公立3病院のICN（感染管理認定看護師）、医師会、地域の特別養護老人ホームの施設庁、ケアマネジャー、訪看ステーション等と地域全体でどのように感染対策を行うか協議している。	◆動線を分離するため、テントやレンタルのコンテナ診療室を利用して発熱外来を設置した。入院患者には全員PCR検査をし、緊急入院の場合は迅速検査をした。後方病院の整備や行政でPCRセンターを作ったことは助かった。 ◆部屋の換気や手洗い、検温を徹底し、外来の入口を３か所から2か所にした。受付、職員に対し、ゴーグル、キャップ、手袋の使い方を最初からトレーニングした。事務長や看護師長が、スタンダード・プリコーション（標準予防策）のことを毎日朝、昼にやっている。発熱者が来た際は、院内に一斉コールをかけて、エレベーターの使用制限をしたりしている。	◆ICUはコロナ専用とし、救命センターの熱傷用のベッド等を通常医療に充てていた。 ◆同一法人の別病院と機能分化し、コロナに対応してきた。病院間の機能分化が一番大切。 ◆保健所と病院との情報共有をWEB会議で定期的に開催するようになったため、コロナ禍における一般医療に関する情報共有も今後できればよい。 ◆保険者代表の立場として、健康保険組合の加入者に対し感染対策の継続を更に訴え、3回目のワクチン接種やテレワークなども推進していきたい。

（参考）開催日時点の都内の新型コロナの状況	12月			
	新規陽性患者数：21人 重症患者数：4人	新規陽性患者数：29人 重症患者数：3人	新規陽性患者数：30人 重症患者数：3人	新規陽性患者数：11人 重症患者数：3人
圏域	**区西南部 （令和３年12月1日開催）**	**区東部 （令和３年12月15日開催）**	**南多摩 （令和３年12月16日開催）**	**区西北部 （令和３年12月20日開催）**
コロナ下での通常医療の状況・課題	◆8月頃は、救急の受入ブースやコロナ病床の都合、また、発熱患者はコロナ疑いとして対応する都合上、救急を制限せざるを得なかった。通常のICUと救急のICUがあり、通常のICUは通常医療用として使っていた。地域でクラスターが発生すると、三次救急や重篤患者をどこで診るかという問題が生じるため、全面的にコロナに切り替えるのは難しい。コロナ患者の急変も考えた病床の運用や患者の受入れが今後の課題。 ◆全科を挙げて体制を作り、一般診療に影響が出ないようにしたが、夏頃は救急を閉じざるを得ない状況が続いた時期があった。ICUは通常医療で使い、EICUでコロナは対応した。	◆マンパワーを一般診療に向けられないところがあった。救急を受ける病院がコロナも受ける形になっているので、交通整理ができればよい。 ◆コロナ患者は陰性になるまでは入院しなければいけないということで、ベッドを占有しているという状況があった。後方病院への流れを作っていただければ、新しい急性期の患者を診ることができるのではないか。 ◆コロナ専用病院として稼働し、通常の患者を退院させるのに1ヶ月くらいかかった。	◆PCR陰性で入院した患者から予期せぬクラスターが発生するなど大混乱した。結果的に二次救急を２週間ほど止めざるを得ない状況になった。 ◆HCUなど、普段はICUとして使わないようなところでも三次救急クラスの患者を診ざるを得なくなった。 ◆ICUを全てコロナ患者用にすると通常の手術が全くできなくなるため、難しい状況になっていた。 ◆バランスよくやっていこうというのが最初の方針で、救急もできるだけ止めず、コロナもなるべく受け入れるようにしていたが、第5波では外科診療を抑制して外科系の病床を削減した。また、内科系の看護師の病休や退職が出たため、内科系も診療を抑制しなければならなかった。	◆オミクロン株の患者は同室とできるが、オミクロン株かどうかのゲノム解析が終わるまで1週間以上の日数がかかり、その間は個室対応になってしまうため一般の患者を移送しなければならないという事態に陥っている。この先も個室対応が必要となると感染症指定医療機関だけで収容できなくなるため、年末年始に他の病院へ都から要請が発生する可能性がある。 ◆例年の1月2月は満床になる時期だが、例年と比べ救急が多くない印象がある。
工夫した点・考えられる対策	◆感染の大きな波が来た際は、公的な立場から通常医療を制限するよう宣言があれば比較的対応しやすい。いくつかのパターンをシミュレーションして、こういう場合にはどうするか、ということを考えていく必要がある。 ◆重症者を診れる人は限られており、急にその人材を増やすことはできないため、いくつかの施設で重症者を協力して診ることができないか。 ◆コロナ重症者も、救急も受け入れるというのは難しい。敢えてコロナを診ずに救急をとにかく取るような施設も何か所か確保しておくことも救急医療の維持にはよいのではないか。 ◆ガイドラインでは症状が消えないうちはコロナ患者とされてしまうが、重症化したまま人工呼吸器を外せなくなった患者で感染する危険性がなければ、後方病院に転院させることも必要ではないか。	◆急性期を脱した患者に対しては、地域包括ケア病棟でリハビリするなど自前で対応していた。 ◆病院部会で保健所長が音頭をとり、ポストコロナの患者の受入など役割分担がある程度機能していた。 ◆近隣の大学病院等と連携を結び、アフターコロナを積極的に受け入れた。 ◆老人福祉施設が1つの建物の中にあるため、施設の方にはできるだけ感染させないように対応した。 ◆早い段階から保健所とWeb会議を週1回やっており、ポストコロナの受入を会議で要請されたため受入を行った。	◆対応のレベルに合わせて、あらかじめ二次救急あたりを補完する施設の選定や対応も作っていただけるといいのではないか。クリニックの先生方にもご協力いただくような体制も検討する必要があるのではないか。 ◆急速に感染患者が増えたときは、コロナ患者を受け入れる野戦病院のようなクッション的なところも必要ではないか。 ◆調整機能を保健所だけにお願いするよりも、もっと機動的に開業医もフォローできるようにする必要がある。 ◆病院間でWeb会議を日に2回程度行い、各病院にはどんな患者がいるかなどのデータを一元化し分析したり、開業医の先生方の中でコロナ患者の受診に関する相談事業などを行っていた。 ◆保健所の調整機能を医師会、病院間で共有し、請け負っていくことが大事。	◆ワクチン接種の前倒しに関して、高齢者施設の入所者などは接種券がなくても接種を実施し、事務手続きは後でというようなことも考えている。 ◆ワクチン接種に関して、モデルナとファイザー、小児用のファイザーは接種量なども全く違い、診療所でこの3種が混在するのは誤接種のリスクが高いため、個別接種では同じワクチンを使う方が安全性が高い。

（参考）開催日時点の都内の新型コロナの状況	12月	1月			
	新規陽性患者数：40人 重症患者数：3人	新規陽性患者数：922人 重症患者数：3人	新規陽性患者数：2,198人 重症患者数：4人	新規陽性患者数：3,124人 重症患者数：4人	新規陽性患者数：8,638人 重症患者数：9人
圏域	**北多摩南部 （令和３年12月22日開催）**	**北多摩北部 （令和４年1月7日開催）**	**区西部 （令和４年１月12日開催）**	**区南部 （令和４年１月13日開催）**	**島しょ （令和４年１月20日開催）**
コロナ下での通常医療の状況・課題	◆三次救急を今夏も常に空けており、三次救急以外のところでコロナ対応を行ったが、患者が非常に多い時は緊急を要さない手術や一般病床の制限など、通常診療を制限した。 ◆宿泊施設の有効活用や、誰が健康観察を行うかなど、第５波の時は中途半端だった体制をもう一度きちんと決めて、その上でそれぞれの役割を果たしていくようにする必要がある。	◆東京ルールに関しては、診療科の特色がある関係上、呼吸器疾患以外のところが対応困難だった。 ◆内科の医師数と個室数の都合上コロナの受入は数床に限られるため、一般の救急を積極的に受けている。	◆コロナ患者を診るには人手が２～４倍かかるため、人員の捻出が一番大きな問題となり、一般病棟の一部の閉鎖や手術の制限をせざるを得なかった。 ◆重症患者を長期に診ていると精神的に参ってしまい勤務が続けられなくなるスタッフも出てきた。ただ、重症患者を誰でも診れるわけではないため、コロナ対応のICUに人手を割くと一般診療のICUが手薄になるという状況が起こった。 ◆ICUをコロナ用にすることで、別の疾患でICUが必要な患者を取れない状況になった。 ◆家族が陽性となり職員が濃厚接触者となるケースも起こっているため、同居人にも行動に気を付けていただくよう職員にお願いしている。また、職員の同居家族にも3回目のワクチン接種をさせていただきたいということが区の会議で話題に出ていた。 ◆コロナ受入病院のほか、医師会、行政が2週間に１回対面で医療対策会議を行ってきた。その会議で後方に関する情報を共有し、行政が間に入って調整してくださるという関係が構築できた。 ◆コロナと一般のバランスが問題。コロナ患者の個室対応のため、逆に一般病床の方が逼迫している。	◆一般の救急要請が非常に多く、急性期病院が一般の救急を受け入れる体制がかなり逼迫している。 ◆スタッフが濃厚接触者となり休む場合、残ったスタッフのストレスと配分にも非常に気を付けて対応していた。後方病院にクラスターがが起き”出口”がふさがれると、”入口”のところで大きな制限をかけざるを得ない。 ◆動線の確保が難しく病床をつぶしたため、一般診療がかなり制限された。東京ルールの患者にオミクロン株疑いの患者がいて、病床が埋まり救急を止めざるを得なくなった。 ◆年末年始は満床を超える状況で運用している。急性期で起きていることが遅れて起きてくる。 ◆ポストアキュートということで受け入れた患者の合併症が日に日に悪化し、1人の患者につきっきりになったことがあった。急性期・慢性期・回復期の区別がきれいにできない。 ◆東京ルールの一時受入患者の転送先が決まらず詰まってしまうと、その後の東京ルール患者を増やしてしまうことがある。 ◆妊産婦の感染のケースで、産院と病院との連携がうまくいっていなかったり、里帰り分娩の受入も地方で断られたケースがあった。	**各島における現状**	◆本土の救急がひっ迫。東京ルール1週間平均200件。通常の10倍ぐらい。1月下旬から激増。 （各島の状況について） ◆現時点では、日常の診療、二次救急に影響は出ていない。 ◆本土に紹介する際になかなか決まらないことが増えている。 ◆鼻水、咳などの風邪症状があれば、屋外の発熱外来で対応し、院内に持ち込まないよう対応している。 ◆医師と看護師が濃厚接触者とならないように、今月から全ての患者さんにゴーグルをつけて診察している。 ◆本土からの来島し従事する方にはPCR検査を義務づけ。 ◆これまで以上に島しょでも陽性者が出ることを想定しておく必要がある。リソースの割き方は必要十分な量に留め、バランスをとって対応していく必要がある。 （専門診療への影響について） ◆飛行機の欠航以外は特に問題なし。 （広尾病院の状況について） ◆内視鏡の専門診療をするにあたり、昨年度上半期は影響があったが現在は特になし。今のところは可能な限り受け入れるが、状況によってはまた専門病院化もあり得る。 （3回目ワクチン接種について） ◆医療従事者について、既に接種済みもしくは明日にでも完了する。 ◆島民の接種は2月の頭から実施予定
工夫した点・考えられる対策	◆重症者を受け入れるためには、人工呼吸器を誰が扱えるかということを普段から把握し、トレーニングをしておく必要がある。また、ECMOを同時に２台稼働するには人員不足のこともあったので、普段から重症患者の部屋だけでなくそれを扱える人員を用意する必要があり、特定機能病院の役割だと考えている。急性期を過ぎた患者や基礎疾患のある患者を受け入れるような病院との連携が今後ますます必要になる。	◆腹部救急などは消化器外科の人数を揃えることが難しく、将来的に輪番制を検討できたらよい。 ◆輪番制はいいアイデアだが、大事なのは情報。他院とID-Linkを使った情報交換を行っていて、患者データが画像含め共有できるのでアドバイスができる。このようなシステム導入に必要な経費のサポートをしていただきたい。東京総合医療ネットワークも含めた形で輪番制をうまくやっていくことはできると思う。 ◆輪番制は、当番以外の施設もそれなりにバックアップはできるようにしておくことが必要。どのぐらいの輪番を用意するのがそのエリアにとって十分かということも視野に入れて検討するべき。 ◆新規感染者が急激に増えているときは、体制を立ち上げるのが追い付かない。日頃から、こういった場合にはどうするか課題として捉えることが必要。 ◆陽性者の避難先として、一定程度の広域でのニーズもある。	◆下りの転院に関して、システムだけでなく人が介入して回すことが重要。職員が濃厚接触者となり自宅待機となると、医療機関は内部崩壊を起こしてしまうため、一緒に働いていても濃厚接触者とならないように職員の指導をしていく必要がある。 ◆地区医師会と病院、行政が気軽に頻回に意見交換する場があればよかった。	◆オミクロン株に関して、スタッフの濃厚接触者の扱いと地域の病院との連携の中で、患者をスムーズに退院させ、新たな救急車を受け入れる体制づくりが必須。そのため、周辺の病院、医師会や保健所との連携をより密にする必要がある。 ◆職員の感染が広がることが非常に危惧されるため、PCR検査を受けていなくても抗原検査などで対応していくということでないと一般診療が逼迫してしまう。 ◆第6波においては在宅を”バックベッド”という形で医師会の先生方に担っていただきたい。 ◆月1で、各病院の状況やワクチンの手持ち、ベッドの空き情報、最新のオミクロン株に関する情報などを毎月共有しており、有効に機能している。		