

表 1

C O V I D・19 新型コロナ感染症と闘った人々の記録

災害エスノグラフィーシリーズ 33

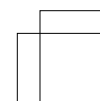


背幅 15mm



災害エスノグラフィーシリーズ 33 C O V I D・19 新型コロナ感染症と闘った人々の記録

表 4



COVID-19

新型コロナウイルス感染症と闘った人々の記録



## 目次

はじめに	4
新型コロナウイルス感染症にかかわる主なできごと	6
第1章 医療従事者の記録	
市立病院看護師の対応	10
市保健センター職員（保健師）の対応	44
消防本部救急隊の対応	71
第2章 県庁職員の記録	
県庁担当職員の対応その一	96
県庁担当職員の対応その二	115
県庁担当職員の対応その三	136
県庁担当職員の対応その四	162
県型保健所担当職員の対応その一	180
県型保健所担当職員の対応その二	215
第3章 市役所職員の記録	
市役所担当職員の対応（第2章の県内にある市）	252
政令市保健所担当職員の対応その一	294
政令市保健所担当職員の対応その二	314
用語集	331

## はじめに

災害エスノグラフィーは、災害で被災した人、災害対応を経験した人など、災害を実際に体験した方々が、それぞれの体験を一人称で語った記録です。

これまで私たち研究チームは、阪神・淡路大震災（一九九五）、新潟県中越地震（二〇〇四）、東日本大震災（二〇一一）、広島市土砂災害（二〇一四）、西日本豪雨災害（二〇一八）など、様々な自然災害を対象に記録を取り続けてきました。また自然災害にとどまらず、アメリカ同時多発テロ（二〇〇二）、J R 福知山線脱線事故（二〇〇五）など人為的な災害も研究対象としてきました。

本書は、感染症のパンデミックという、これまでに私たちが経験したことのない事態に遭遇し、約三年間にわたる感染症との闘いを経験した方たちの記録です。

二〇二〇年一月、中国内陸部の湖北省武漢で原因不明のウイルス性肺炎の患者が相次いで発生しているというニュースが報道され、その後一月一日にWHOは新型コロナウイルスを確認したと報じられました。一月一日には日本国内で初の感染者が確認され、世界中で新型コロナウイルスとの壮絶な戦いが四年近く続くこととなり、WHOはCOVID-19をパンデミックとして宣言しました。

人類はこれまで幾たびも疫病、とりわけ感染症との闘いの歴史を有しています。わが国も例外ではなく、天然

痘、はしか、かぜ（インフルエンザ）、コレラなど、様々な感染症のまん延が繰り返されてきました。医療の進歩や衛生面水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきましたが、新たな感染症の出現や国際交流の進展等に伴い、感染症は我々にとって今だに大きな脅威となっています。

二〇二〇年初頭から世界中にまん延したこの感染症に対して、国や地方公共団体、保健・医療関係の組織に所属する方たちは、これまでに経験したことのない様々な対応に従事してきました。新型コロナウイルス感染症との闘いがいつ収束するのか想像することができないままに、しかしこの対応の記録をしつかりと留めておくことの必要性を強く感じ、二〇二〇年からエスノグラフィ―調査を始めました。

自然災害や人為的な災害への対応と同様に、新型コロナウイルス感染症は、対応に従事する人たちにとって未知の世界でした。本書は、県庁や市役所、保健所や医療機関などで新型コロナウイルス感染症対応に従事した、医療・保健分野の職員二五名の方たちの対応の記録です。初めて遭遇する事態に戸惑い、最善策となるように工夫を重ね、新たな知恵を生み出しながらこの災い乗り越えてきたプロセスは、いつか必ずおこるであろう次の感染症によるパンデミック対応にとって、一つの道標になることを願っています。

重川 希志依、田中 聡

### 新型コロナウイルス感染症にかかわる主なできごと

	年月日	主なできごと
第 1 波	2020.01.06	厚生労働省より武漢での原因不明肺炎の集団発生に係る注意喚起実施
	2020.01.15	国内初の感染者を確認
	2020.01.28	新型コロナウイルス感染症を「指定感染症」「検疫感染症」に指定
	2020.02.03	ダイヤモンドプリンセス号横浜入港
	2020.02.14	国内で初の死者が報道される
	2020.03.02	全国の小中高校等で臨時休業開始
	2020.03.02	ダイヤモンドプリンセス号全員下船
	2020.03.13	「新型インフルエンザ等対策措置法の一部を改正する法律」施行
	2020.03.29	コメディアン、俳優の志村けんさんが新型コロナウイルス感染により死去。身近な脅威と捉える人が急増。
	2020.04.07	7 都府県に特措法に基づく緊急事態宣言発出
第 2 波	2020.04.18	緊急事態措置の対象区域を全都道府県に拡大
	2020.04.23	厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について」を発出
	2020.04.23	女優の岡江久美子さんが新型コロナウイルス感染により死去
	2020.05.25	全ての区域で緊急事態宣言の解除
	2020.07.03	東京で感染急増
第 3 波	2020.07.22	国内景気回復の一環として GOTO トラベルキャンペーン開始
	2020.10.23	出入国制限の一部緩和（中長期滞在者対象）
	2020.12.18	厚生労働省が自治体対象に「新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保について」説明会を実施
第 4 波	2020.12.26	全世界からの外国人新規入国の一時停止
	2021.01.07	1 都 3 県に緊急事態宣言発出
	2021.02.17	ワクチン先行接種始まる
	2021.03.21	緊急事態宣言 2 か月半ぶりに全て解除
	2021.04.12	高齢者へのワクチン優先接種始まる
	2021.04.25	東京、大阪、兵庫、京都に緊急事態宣言
	2021.04.30	国内の累計死者数が 10,000 人を超える

第 5 波	2021.05.24	自衛隊大規模接種センターでのワクチン接種開始
	2021.06.17	沖縄除く 9 都道府県で緊急事態宣言解除
	2021.07.09	東京都に 4 回目の緊急事態宣言
	2021.08.27	緊急事態宣言 21 都道府県に拡大, まん延防止等重点措置 12 県に
	2021.09.30	緊急事態宣言すべて解除
第 6 波	2021.10.29	新規感染者今年に入って最も少ない水準に
	2021.12.24	オミクロン株東京で 4 人感染確認
	2022.01.15	全国各都道府県で感染確認過去最多が続々
	2022.01.18	救急搬送困難な事例過去最多 (消防庁)
	2022.01.22	1 日の新規国内感染者数が初めて 5 万人を超える
第 7 波	2022.01.26	1 日の新規国内感染者数が初めて 7 万人を超える
	2022.02.08	厚生労働省「オミクロン株の感染流行を踏まえた医療提供体制の強化について」を发出
	2022.03.21	まん延防止等重点措置が終了
	2022.07.16	日本航空, 天津ー成田直行便運航再開
	2022.08.04	新型コロナウイルス感染症対策本部「オミクロン株の特徴に合わせた医療機関や保健所の更なる負担軽減への対応」を決定
	2023.01.27	新型コロナウイルス感染症対策本部「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」決定
	2023.03.29	厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」发出
	2023.04.28	厚生労働省「新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に位置付けられた後の新型コロナウイルス感染症に関する検査等の報告について」发出
	2023.05.08	新型コロナウイルス感染症対策本部廃止。新型コロナウイルス感染症が感染症法上の 2 類相当から「5 類感染症」に移行。





# 第1章 医療従事者の記録

## ●市立病院看護師の対応

エスノグラフィー調査日時…二〇二二年一〇月二六日

静岡市立病院看護師Iさん

二〇二二年四月中頃に感染病棟勤務となる

感染病棟閉鎖後、集中治療室でコロナ感染症患者の看護にあたる

調査実施当時は市立病院のGHCU (General High Care Unit) 勤務

### ■静岡にだんだん近づいてくる感じー二〇二〇年二月頃

一番最初にちよつとまづいなと思ったのは、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」での感染。やっぱりニュースでバースと報道されているときに。静岡にだんだん近づいてくる感じがしました。もともとそれは横浜港だったので、いつ上陸するんだというところから、絶対いつか来るよねってみんなで話はいたんです。

静岡病院が感染症の病棟をもともと持っている病院で、エボラの疑いの患者さんを受け入れるというような役割の病院なものですから、感染に関しては「大丈夫かな」という気持ちで、少し気にしているところがありました。ニュースで「愛知で感染者出たよ」とか「神奈川にきたよ」とかって言って、だんだん静岡に近づいてきているねという感じでみんな言ってたんです。静岡に入ってきたときっていう瞬間はあんまり覚えていないん

ですけれども。

最初に私どもの病院にコロナ感染者の方が来られたのは、多分ダイヤモンド・プリンセス号の乗船者の患者さんだったので二月の初旬頃でした。

ダイヤモンド・プリンセスの患者さんは、いろんな病院に散らされたと思うんですけど、この病院の一つがうちの病院だったので。確か一人二人かな、来られたと思うんですけど。その頃はまだあんまり、私が直接接していなかったし、ダイヤモンド・プリンセス号の人だけだったので、あんまり実感もなかったのかなというふうに思っています。

#### ■病院外でもマスクをし続ける ― 二〇二〇年三月頃

一番自分で実感したのは、三月の終わりに、病院外でも病院の中でもマスクをし続けろというような指令が確か院長から出た時です。ついに来たんだなというのをそこで実感したなというのを覚えています。今まで病院外はマスクをしていなかったんです。でも、まだ院内はそこでも通常の業務でしたので、「来たな」とは思いつつ、あんまり身近には思っただけなんです。

#### ■急に感染症病棟になる ― 二〇二〇年四月頃

そして、私は四月一日から病棟が異動になりました。始めは異動先の病棟で普通に業務を四月から始めていたんです。しかし、異動してから二週間くらいしか経っていない、四月二〇日ぐらいに急に「病棟を閉じます。感染症病棟になります。」って言われました。まだ慣れてもない中で、私の異動先の病棟が急に感染症病棟というのになってしまった。

そこから個人防護具、宇宙服みたいな。完全な防具ですね。あれの着方を練習しました。脱ぐ方法、着る方法、両方とも練習して患者さんを受け入れ始めたという感じでした。この時はダイヤモンド・プリンセス号ではなく、

街中で感染した人かな、確か。

当時世間で ECMO、ECMO って言われていたと思います。あれは本当にパッと見てできるものじゃなくて、本当に難しいんです。いろんなことをやらなくてはいけなくて、いろんなことを考えないといけないので。なので、もしかしたら病院の意図としてはあったのかもしれないです。私たちは直接言われはしなかったですけど、ECMO くるからよろしくねって、ECMO になりそうな人がいるよっていう情報は入ってきていました。重症化しそうな人がいるよっていうのはあえて私たちに言ってきていたので、もしかしたらもともとそういうものろみがあつて異動になったのかもしれない。

多分静岡県内で発生した患者さんだったと思います。今もそんなにたくさんはないと思うんですけども、最初の頃 ECMO が診れる病院っていうのはうちの病院しかなかったと思うんです。特に静岡市内ではそうだったと思うんです。

県立総合病院でも ECMO はやってなかったですね。病院ごとでここは軽症を診る病院、ここは中等症を診る病院、重症をとる病院っていう役割が取られていて、うちの病院は重症まで診ますよっていう病院だったのほとんど重症の患者さんが来るという感じでした。

感染症病棟は、一般病棟の四人部屋とか、個室だったところに、陰圧の機械を入れて、全部陰圧部屋にしています。一時期うちの病棟からあぶれちゃってほかの病棟でコロナの患者さんを診ていたときには、通常のお部屋で診てたところもあったので、必ずしも全部設備があるところで診てたとは限りませんが、基本的に感染症病棟は全部陰圧になっています。

#### ■感染症病棟看護士の確保としわ寄せ

言い方は悪いですけど、スタッフは寄せ集めみたいな感じ。やれるスタッフを病院内から集めてきたりとか、

あとは病棟を一つ閉じてその病棟の看護師をまるまる感染症病棟に持ってくるっていうこともしていました。

具体的には、病棟を閉めるといつても診療科目がなくなるわけではないです。静岡病院でいうと四〇床、四〇ベットがある一つの病棟があるんですけども、そこには看護師が通常二五人とか三〇人ぐらいいて、二四時間交代で勤務をしているという感じなんです。しかし、感染症を診るのつてすごい人数が必要なので、その二四〜二五人を確保したいので、その病棟の患者さんたちをほかの病棟に全部移動させて、病棟を閉めちゃうというイメージです。病棟の患者さんをゼロにさせちゃう。で、看護師を感染症の対応に持つていくっていう感じなので、通常診ない診療科の病棟に患者さんを移動させることになるんです。例えば、循環器内科の患者さんがいる病棟だとすると、ほとんどの患者さんは循環器内科なのに、そこに脳神経外科の患者さんがいきなり来るという感じです。です。で、ほかの病棟も、慣れない疾患、慣れない病気の患者さんを診ることになっちゃうので、それもそれですごく大変だったと思います。

慣れない治療とか、例えばどういう手術をしているか。私たちが患者さんをみるときに、この患者さんはどういう病気で、どこが悪くて、どういう治療をしていて、つていうのを全部情報をとって患者さんを診るんですけど、見たことない病気とか見たことがない治療の患者さんを診なきゃいけないのすごい怖いんですよ。何が起きるかわからないので。急に不整脈が出て倒れちゃうとかつていう可能性があったとしても、それを対処した経験がない人たちが診ているので、おそらく相当なストレスだったかなと思います。なので、私たち感染病棟の看護師だけじゃなくて、一般のそれ以外の病棟もすごい状況だったっていうのは聞きました。しわ寄せがすごかったって言うってましたね。

ほかの病院も病院ごとでいっぱいだったんで、ほかの病院からの応援はなかったですね。本当にどこかの病院もそういう感じだったと思います。

## ■救急外来での対応

最初の頃は救急車で来ちゃうコロナの感染者もいました。今もそうなんですけど。本来はコロナだとわかって  
いる方は、電話をして、保健所なりを通して来てもらったり、あとは発熱外来に行ってもらったりっていう手順  
があるんですけども。普通に救急車で来ちゃうっていう方もいますね。

報道されていたような、救急隊員の人たちがまた防護服を着ないといけないとか、それで受け入れてもらえな  
いとか、ああいうような状況は静岡病院でもあったと思いますね。なんでコロナで救急車呼んじやったんだろう  
ねっていつてた話は結構聞きました。

普通は発熱外来とか保健所に行つて、「病院に行ってください」と言われて行くことになるんですが、いっぱい  
になつちゃうと保健所も管理しきれないところがあったと思うので、しょうがなかったのかもしれないですけど。  
コロナ感染者の患者さんが来ると、救急外来に陰圧室ついていて、感染の人の部屋が準備してあるので、そこ  
に入ってもらつて対応します。看護師も医者も、防護服を着て患者さんと話したり、診たりするっていう感じですね。  
その時はピンシヤンしてるんですが、数値を見たらよくしゃべってるねっていう方が本当にいました。普通だつ  
たら息できないぐらい、しゃべってなんていられないぐらいの数値なのに普通にしゃべって歩いてくるっていう  
感じの人は本当にいました。

## ■重症患者の集中治療室への移動（感染症病棟閉鎖）

もともとは感染症病棟の中でコロナの患者さんを診ていたんです。しかし、感染症病棟が隔離ということには  
特化しているんだけど、なかなか重症の患者さんに対応しにくい構造になっていたんです。重症の患者さん  
を診るにはそれなりの設備が必要なんです。例えば心電図モニターとか血圧をずっと持続で見続けるとか、点滴  
を大量にやる点滴の場所的などころですとか。看護師の動線的などころとか、そういうところ。普通の病棟のよ

うな隔離病棟だったので、なかなかそこだと診にくいということで、集中治療室に重症になってしまった患者さんを下ろすということでのうちの病棟が閉鎖になったんです。最初の頃はコロナ患者を受け入れていたのが本当に私どもの病院だけだったんです。今は県立総合病院も診てくれるし、日赤もたぶん診てると思います。今はそこまですべてこの病院が軽症とかつていう役割付けはそんななと思います。たぶん。最初の頃よりはいい印象です。本当はどうなってるか、制度的にはちょっとわからないですけど。

がんセンターとかは全然受け入れてくれなかったですね、最初。今はだいぶ感染に対するハードルは下がって来てるので。ありがたいというか。いいことなのかもしれないですけど。

#### ■ECMO（エクモ）などを使った手探りの治療

私は、ほかの集中治療室から今の集中治療室に異動してきたので、もともとECMOという機械自体は知ってはいたんです。ただ、コロナの患者さんに対するECMOという機械はまたなんか少し違うんですね。管理の仕方が今までとは全然違う。私たち自身も勉強し直さないといけないというところもすごく大変でしたし、なにより私の病棟でECMOを診たことがある人が三人ぐらいしかいなくて。本当にあれ、診れる人が限られちゃうんです。ニュースでも言っていたと思うんですけども、看護師一人医者一人で診れるわけではなくて、本当にチームでいろいろな職種が関わってやつとその機械が動かせる。患者さんの管理ができるっていう感じの機械なんです。お薬の管理とか血圧を見たり、酸素の値を見たりっていうことももちろんそうですし、本当にいろんな人の知識とか技術とかそれこそ経値とかがすごい量必要で。それを、今までまったく重症管理をしたことがない看護師が診るという状況だったんです。急にそういうことが起きましたので、看護師の教育も追いついていなくて。それが看護師の立場として、今思えばすごく大変だったなと思います。診たことない人たちに対する資料作りとか、勉強会をやったり、患者さんを診ながら「ここがああでこうで」っていう教育もし



たりとか。患者さんの管理としては、すごいいろいろやったというふうに思います。ECMOは、うちの病院では補助金で買いました。ECMOは商品名ではなくてシステムの名前です。ECMOっていうのは、足の静脈から血液を体外に出して、機械の中で酸素を血液にいっぱいあげて、首の静脈に戻すっていう感じです。肺を休めるっていう機械です。酸素をあげるっていう機械です。

人工呼吸器は人工呼吸器でまた別に使います。人工呼吸器って、気管切開をすると声は出ないんですよ。だから特殊なふたがあつて、そのふたをやつてあげると、ポツてふたがついて、弁みたいな感じになつて声が出せるっていうものもあるにはあるんですが、そこにいくには相当呼吸の状態が落ち着いていないと、人工呼吸器を外さないとその機械が付けられないんです。手は固定させてもらつて、足から点滴の管を入れて、おしつこの管も入れてつていう感じです。

ECMOを使っている時は、意識レベルを下げるために、鎮静剤のお薬を使つて意識のない状態ですね。最初の頃は筋弛緩剤も使つて動けなくします。動いちやうと酸素を使うので、肺を使わざるを得なくなつちやうので。それで、肺炎を直すのはまた別の肺炎の薬を使います。効くんだと思うんですけど、劇的には効かないですね。ゆつくり効いていく感じです。もうほとんど肺が使えなくなつちやうぐらいひどい状態なので。

ECMOを使った治療はすごい複雑なんですけど、うちの病院の出している『体温計』っていう、冊子があるんです。それにコロナのことを結構書いてあるので、もしよかったら。ネットでも見れるんです。（第一五二号（二〇二一年一〇月発行）【特集】ここまで進んだ新型コロナウイルス感染症治療）

### ■重症患者を診る看護師の労力

本当に今思えばよく頑張つたなと思います。通常の重症管理では、最悪、本を見たり、インターネットで調べれば出てくるものが多いんですけど、コロナってまだ未知の疾患だったところもあつて。調べてもあんまり出て

こないんですね。先生たちが、例えば学会とか報告が出されたよっていうのを参考にしながらいろいろやっていくっていう感じに多分なっていたと思うんですけど、なかなか今までの管理とは違う感じだったなと感じます。

うちの病棟が特殊なのかもしれないですけど、一般病棟で診ている重症管理をしたことない看護師が重症の患者さんを診るってすごい労力が要るんです。そもそも数値を見るだけでも何の数値かわからないとか、点滴の吸い方、作り方。例えば、血圧を上げる薬があるんですけども、そういうお薬も、お薬一個と生理食塩水という水を組み合わせてシリンジっていう注射器で吸うんです。それも、私たちがどれぐらいの点滴数でいくかっていうのを電卓で計算して、それに適した薬の分量で吸って投与するっていう感じなので、やったことない人にとっては、結構ハードルが高いんですね。なので、そういうところも慣れてないスタッフにとってはすごいストレスだったろうなと思います。寝返りひとつさせるにも、看護師三〜四人とかで寝返りをさせなきゃいけないとか。お口の掃除も怖くて出来ないとか。本当に細かいことを言えばいくらでも出てくるんですけど、そういうことを看護師同士で実際の患者さんを診ながら教えていかなきゃいけないっていうのは大変でした。看護実習のような感じで、看護学校の生徒さんにやりながら教えていくみたいな。本当に頑張ってくれたなって思います。

重症な患者さんって見慣れてはいるんですけども、なかなかコロナって未知の疾患だったので。その頃、ちまたでは「空気感染じゃないか」とか「接触感染じゃないか」とかいって、いろんなことが言われていて、私たちも実際に何が本当なのかわからなくて、怖いまま患者さんを診ることになりました。患者さんを直接触っていないのかすらわからない。なので、手袋を二重にして、マスクもA2級10号っていうガッチリしたマスクをつけて、ゴーグルみたいなものをつけてっていう感じで、本当にフル装備で患者さんを診ることになったんです。

私たち看護師って、例えば手を握って患者さんの手が冷たかったらどうか、温かかったらどうかなくていろいろ推測して患者さんの病態を考えるんですけども、それすらできない。患者さんを直接触れないのでそ

れもできないし、点滴を打つのに血管もわからない。それはまだいいほうなんですけれども、未知の治療に対する私たちの知識ももちろんないですし、お薬も新しい、何これっていう状態。聞いたことないような薬を扱ったりとか。本当に手探りという言葉がぴったりだなという感じの医療現場だったかと、今思えば思います。

### ■外との情報交換ができない

今思えば、あまり外と情報交換していなかったですね。たまに、ECMOの講習会に看護師が行ったりということはあったんですけども、ほかの病院がどうやっているとか、ほかの病院の状況がどうとかがっていう情報はあんまり入ってこなかったです。あそここの病院は今いつぱいだよとか、そういう情報は入ってくるんですけども。向こうの病院でどういう看護をしているとか、どういうケアをしているとか、患者さんにどういう対応をしている、それこそ面会の方法をどうしているという情報は入ってこなかったですね。なので本当に自分たちで手さぐりでやってた感じでした。

普段の看護では、標準的にどのようなことをするかっていうのが決まっているようなところがあるので。おそらくこの病院もやり方はそんなに変わらないんじゃないかなとは思っていましたが、たぶん、防護具の着方とか脱ぎ方も私たちの病院独自だと思うんです。テレビで見ると、「あれ、うちと違うな」っていうのが結構あるんです。患者さんの療養環境も、完全に個室にして管理しているところもあれば、うちの病院は普通に四人部屋を使っていたりとか。患者さんごとに軽いパーティション的なのを置いているだけっていう感じだったので、病院ごとに管理の仕方も全然違っていたと思います。なので、ほかの病院から来た先生が「え、これいいの？」っていうことが何回もあって。私たちはそれが普通でやってきたけど、ほかの病院からしたら全然違ってたっていうのをそういうところで感じたことはありませんでした。

最初の頃は、カンファレンスで看護師とか医師、感染の専門医師とかを入れて、状況報告というのか、こういう

ことがあったときにどうしよう、というような話し合いをすごいしてました。最初の頃は、二週間に一回とか……全員でじゃなくても、困ったときにいた人たちだけで話し合ったりとか、あとは感染専門の看護師がいるので、そういう看護師と話し合ったりっていうのでやってましたね。

ゴミの捨て方ひとつでも、どういうふうに捨てたらいいとか。どこに置いたらいいとか。私たちのものの受け渡し、例えば、外のきれいなところで点滴を作って、それをレッドゾーンっていうんですけど、そこにどうやって持っていくかとか。みんな話し合っている試行錯誤はしていました。

#### ■医療従事者への偏見―二〇二〇年七月頃

まだ初期の頃って、コロナ＝怖いものっていう偏見みたいなものも結構ニュースでも言われてたと思うんです。私たちもその風を受けたと言いますか。例えば、その人自身がコロナにかかっているわけではないけれども、うちの病院で勤務しているっていうだけで、子どもの保育園をお断りされたりということがありました。差別とっていいかわからないですけども、汚いものの扱いを結構されました。今はもうだいぶいいですけど、最初の頃は近所からも、あの人は病院に勤めてるんだよ、みたいなのはありました。親戚とかもあの子は看護師だからとかって。小さい子がいる人は会うのをやめておこうとか。そういうのはあつたし、私も小さい子がいるような人とは会わないようにしていました。自分から、美容院を避けてますとか、飲食店には自分から行かないようにしていますとか、医療者側からも避けるようにして気を遣っていましたし、外からもそういう汚いものみたいな目で見られるというのが、すごく居心地悪い印象がしたなというのを覚えています。それが二〇二〇年の七月八月くらいに結構あつたなというふうに思います。

#### ■患者さんがどんどん重症化していった―二〇二〇年七月～九月頃

感染が広がってからはあつという間に時間が過ぎていったような気がします。私は断続的にコロナの病棟に

行ったり、普通の病棟に戻ったりしていました。静岡は一番ひどかったのは第五波ですかね。東京だと第二波とか第三波とかで医療ひっ迫と言っていました。第一波から第三波は、静岡はそこまででなくて、デルタ株の時が本当にすごかったですね。

患者さんがどんどんどん重症化していつちやうつていうのが、今までの病気で見たことがなくて。本当にさつきまで歩いてご飯食べてましたよねっていう人が、数時間後には呼吸が荒くなつて人工呼吸器になっちゃうんです。本当にみるみる悪くなつて。そのまま死んじゃう人も結構いました。しかも四〇代、五〇代とか、若い方が結構多くて。子どもさんがまだ小さい方もいたし、糖尿病とか高血圧とか基礎疾患を持っている方で、リスクがあるっていう方はどんどんどん悪くなつちやうつて、びっくりしました。

第五波のときは、本当に今までに経験したことのない病気の進行の仕方だったので、すごく戸惑いました。面会ももちろんできないです。今もなんですけれども、例えばタブレットとかでお顔を見せるとか、そういう面会の仕方がニュースとかで出てきたりしていたんですけれども、私の病院はそういうのはやれていなかったんです。本当に患者さんが入院してから会えなくてそのまま死んじゃう。最初の頃は亡くなった患者さんにも会えないっていう状況でした。志村けんさんのニュースでも、帰って来たらお骨だった。お骨になつてから会つたっていう報道があつたと思うんですけども、本当にそういう状況でした。亡くなった方は、通常は入れないですが、感染源だからといって、納体袋という大きいビニール袋の中に入れて、私たちが棺おけに入れて、それを直接お運びするという感じで、いつもはありえないようなことをやっていたんです。

通常、時間の余裕があるので、ちょっと容態が悪くなつてきたとなつたら、人工呼吸器しますとか、延命治療をしますとかご家族とかにも確認をして、そこから「じゃあやりますね」という感じになるんですけども、本当に急なので。家族にももちろん聞くんですけども、本人に説明をして、今からあなたを寝かせて人工呼吸

器します。ECMO っていう機械をつけます。「これをやらなかったら本当にまずいです」って。あまりそういうのって通常ご家族に話すんです。本人にも話さないことはないけれども、そんなに直接的には言わないんです。元気とか本人は症状がないんですよ、コロナの初期の頃って。本当に数値上はびっくりするぐらい酸素の取り込みが悪くて、よくこれで意識があるねって私たちが思うぐらいなんですけれども、本人はケロッとしてるんです。だから本人は自覚症状がないままに、今やらなかったら死にますよ、ぐらいの勢いの治療法を言われて、今から寝かせます、人口呼吸器をつけるのでしゃべれなくなります、ということ言われるので、それをやっていることにすごく違和感を感じたんです。

なので、私たちの気持ち自身もついていかなかったし、もちろん患者さんや家族も気持ちがついていかなかったというのがすごくあったんじゃないかなと思います。私たち看護師って、患者さんと家族のつながりをすごく大事にしているところがあって、患者さんを支えていく家族にもいろいろアプローチしていくという考え方で仕事をするんですけども、家族がまったく面会に来られなくて、家族とのつながりもまったくない状態。患者さんと私たちが一対一みたいな感覚で仕事することってあまりないので。そこも患者さんに直接聞けないことってあるじゃないですか。家族にもいつもお家どうですか、とか、そういうこともなかなか聞けないし。そういう患者さんの背景っていうところもなかなかつかみにくいという感じでしたね。

### ■最後の一番大事な時に会えない

第五波のときは、患者さんとの関わりっていうところはそういう今までに経験したことのないような病態の進み方で、かわいそう、申し訳ないなっていう思いになるぐらい、一言でいうとひどい状況。今まで見たことがない状況だったなっていうふうに思いました。本来の私たちがやりたいこともなにもできない。家族がいらないから家族と一緒に患者さんをケアしていくところもできないし。

患者さん側から見ると、私たちが宇宙服みたいなのを着てるからびっくりするんですよ。いちいちあいさつをしたところで、結局顔もまったく見えない。帽子もかぶって目のところが出てるかどうかっていうぐらいしか見えないので、患者さんは看護師に接してもらっているという感覚があんまりなかったんじゃないかなと思うんです。手を触るにしてもビニール手袋越しですし。人の体温って結構安心するところがあるじゃないですか。例えば腰が痛かったら腰をさするとかっているのもやっても、ビニール手袋越しなので、本当にそれがちゃんと患者さんに伝わっていたのかなっていうのは、しょうがないけど申し訳ないっていうのがありますね。

それに、家族が患者さんの様子をまったく見られないのでやっぱり心配じゃないですか。元気な時に会って、その後重症化して、人工呼吸器をつけて、最悪ECMOをつけるときって、痛くて苦痛なので鎮静剤を使って寝かせちゃうんです。なので元気なときはまったく様子が違うっていう状況になるんです。私たちはその流れを見ているから、あの患者さんがこうなっちゃったんだっていうのがわかるんですけれども。

印象深かったのが、最後ECMOをつけてECMOでも全然よくなかった患者さんがいたんです。一応二〇日で隔離解除になるんです。なので、二〇日を超えたら完全な隔離は解除なので、家族が来ても大丈夫。面会もできないことはないっていう状況にはなるんですけど、最後二〇日を超えても全然ECMOが離脱できなくて、もう駄目です、亡くなっちゃいそうな寸前のときに、ご家族がどうしても会いたいって言って、会いに来たことがあったんです。七〇代ぐらいのおじいちゃんだったと思うんですけれども。家族は元気な姿しか知らないんです。「頑張って治療して来てね」って最後元気な姿で見送っているんです。けれども、「ちよつと厳しいから一回面会に来てください」っていつて、家族が来てくれたときは、もう顔もパンパンになっちゃってECMOをやると、出血傾向っていつて、体中から出血しちゃうんです。どうしてもお薬を使ったりとか病態として出血しやすくなるような病態になってしまうので、いろんなところから出血したりとか、あと本当に見た



目がここから太い管が入って、手も点滴だらけで、服を着させてあげられないくらいむくむんです。そういう状態で面会つていうことになったので、家族がすごい動揺してしまつて。私たちも声をかけられないくらい。奥さまがそういう状態で当然大泣きしちゃつています。患者さんはおじいちゃん、面会には奥さんと息子さんが来られてたんですけれども、奥さんはもう大泣きしてる。でもそれを見て息子さんが気丈に振るまおうとして、「お母さん、頑張つてね」っていつて声をかけるのが、またそれも見てもらえないっていうような状況があつて、その場面がすごく心に残っているんです。看護師としてもどうしてあげればいいかわからない。何て声をかけてあげればいいのかもわからないし。すごいつらかつたなっていうのを覚えています。ほかにもたぶん二、三人そういうことがあつたかなと思うんですけれども。異常だと思いました。最後の一番大事な時になんで会えないんだ。病気がそうさせてるししょうがないんですけど。ひどいつていうか、やるせないなつて、すごく思いました。

#### ■第六波（オミクロン株）への対応―二〇二二年一月頃

第六波のオミクロン株の時も結構大変だったんですけど、そこまで重症化する患者さんはいなくて。ただ人数がめちゃめちや多いという感じでした。軽症とか、そこまで重症ではない患者さん。酸素とか点滴ぐらいで治まる患者さんが結構バーツて入つてくるっていう状態でした。一日七人、八人とか、どんどんどんどん来るみたいな感じの状況ですごい大変だったなつて。業務自体が煩雑だったつていうのはすごいありました。

#### ■第七波（高齢者施設クラスター）への対応―二〇二二年七月頃

第七波は、重症の時とは同じ病気なのにまったく違う状況でした。今度は高齢者施設のクラスターがすごく多くて。施設に入っている方つて、認知症を持たれていたりとか、もともと認知機能が低下している方が多いんですよ。隔離をしなきゃいけないので、患者さんが自分で歩いたりされると困るんですよ。本当は看護師の仕事としては、入院によって患者さんの身体機能を落とさないように、歩くりハビリをしたり、患者さん



ができることを最大限させてあげるっていうのが本来やりたいことなんです。けれども、逆に動ける患者さんを「動くな」って言って、ベッドに縛るしかないんです。抑制っていうんですけれども。ベッドにベルトをつけて、手足をつけて、ミトンっていう手袋をして点滴を抜かないようにとか、ベッドの横に下りないようにとかって、患者さんの行動を制限する。だから私たちがやりたいことと真逆のことをしなければいけないっていうのがすごい葛藤でした。そういう患者さんが今もいらつしやるので、今はだいぶ少なくなってますけども続いています。第七波のめっちゃめっちゃ患者さんが多かった時は全部そういう感じてました。リハビリとかもできないので、患者さんの身体機能が入院によつてすごい落ちちゃう。なので、結局お家に帰れなくなったり、もともといた施設に帰れなくなっちゃうとかっていうことも起き始めて、コロナの弊害みたいなのをすごく感じているところです。治療に来ているのに悪くしているんじゃないかって、すごい感じちゃうところがあるんです。すごい葛藤がありますね。第五波の時とはまた全然違う。

そういうことを繰り返していると、看護師も結構疲れてきちゃって、モチベーションが落ちてきちゃう。せっかく看護っていう仕事をやりたくて仕事に来ているのに、実際にやっていることは患者さんの身体機能を落としたり、へたしたら認知症を進めてしまう可能性があるようなことをしなければいけないっていうのは、つらいものがあるなと思います。

### ■病床の逼迫

第七波のときに患者さんの数としては一番多かったと思うんです。一時期たぶん五〇人ぐらい病院に患者さんがいたんじゃないかなと思います。うちは患者さんの院外への転院はなかったと記憶しています。

病床の逼迫率<sup>ひつぱく</sup>って、計算方法が特殊みたいで、例えば病床数が二五床で、二五個ベッドをコロナ用に準備しているとして、それが二五人全部埋まったら一〇〇パーセントですよ。ただ実際は、その準備したコロナ病床

以外のところにもいっぱい患者さんがいるんです。それでも一〇〇パーセントなんです。計算上は二〇〇パーセントとかいつてるんですけど、それでも一〇〇パーセントとしか出ないので、あの数字って私たちからしたら違和感でした。私たちの実感としては、患者さんが山盛りいて病床も全部埋まってるのに、なんで八〇パーセントって出るんだろうというも言っていました。全然体感としては違うなっつていつも思っていました。なので、世間から見たらまだ余裕あるんだろうなっつて思うと思うんですけども、こちからしたら全然余裕なんてないという状況でした。こちからしたら「いやもう無理だよ」って感じだったので。あの数字はいつも「なんなんだろう」って思っていました。

## ■防護服

看護師の業務としてすごい大変だったのが防護服をずっと着ての勤務でした。ニュースでは、防護具を着て二時間ぐらいで限界だ、みたいに言われてたと思うんですけども、第五波の本当に忙しかったときは、お昼休憩三〇分以外、全部ずっと防護服を着ている状況だったんです。合計八時間ぐらいずっと着っぱなしで。防護服って本当に暑くて、滝のような汗が出てくるんです。それを着たまま患者さんに寝返りをうたせてあげたりとか、動くのがすごい大変でした。

防護服の構造上、水も飲めないですね。N95っていう密着するマスクをしちゃっていて、あれを取るには、一回全部脱がないといけないので私たちが脱水になっちゃうんじゃないかっていうぐらい大変でした。

四時間働いて休憩をちよつと挟んでまた四時間っていう、トータル八時間なんですけど。休憩時間に一回脱いでまた着るっていう感じですね。本当に業務が煩雑で、脱いでる余裕がなかったです。その間はトイレも行けないし、お水も飲めないです。小さいことをいうと、自分のことも触れないので、頭がかゆくてもかけないみたいな感じです。女性だと、あのすごい密着で、鼻が真っ赤になっちゃったりとか、肌がすごい荒れるって言うって

方もいましたね。原発の防護服に似てるかもしれない。男性の方だと、汗が目に入って、目が真っ赤になっちゃってる方もいましたね。かわいそうにつて。本当に大変そうでした。

防護服は、着ること自体はたぶん誰でもできると思うんです。二、三分でたぶん着られると思います。N95つていうマスクをつけて、シールドを上からはめて、防護服を着て後ろを縛って、手袋をするだけなので、そんなに時間はかからないと思います。素材はビニールです。風を通さないサウナスーツみたいな感じですね。冬でも汗だくになるくらいです。休んでる人はいなかったんですけど、へろへろになったので、おそらく脱水になりかけてた子はいたんじゃないかなと思いますけどね。ちよつとどうにかならなかつて思っていました。

休憩する場所は、もともとの控室みたいなところがあるので、そこで一応ご飯食べたりしていました。そこはちゃんと確保されていましたね。

### ■看護師の勤務状況

勤務の時間はコロナへの対応がない場合でも一般病棟も集中治療室も一緒です。病院によつてもちよつと違いますけど、どこも交代勤務は交代勤務だと思います。うちの病院は、朝八時、ないし八時半から、一七時半つていう勤務が日勤つていう勤務なんです。それとは別に遅番つていう勤務があつて、一〇時から二〇時四五分つていう勤務が二つ目。三つ目が夜勤で、二〇時から次の日の朝九時半まで。この三パターンの勤務で二四時間カバーしているつていう勤務形態です。ほかの病院だともかししたら八時から一七時ぐらいと一六時から次の日の朝までつていう、完全に二交代しているところもあると思います。

一般病棟だと夜間は看護師の数がだいぶ減ります。夜は患者さんがだいたい四十数人ぐらいいるのを看護師三人で見ます。重症系だと、HCU（ハイケア）と、ICU（集中治療室）つていうのが二つあるんですけれども、ハイケアだと四人の患者さんに看護師一人。ICUの本当に一番重症なところだと患者さん二人に看護師一人

という体制になります。

私が今いる、コロナの重症患者さんが入るところは、HCU（ハイケア）のほうなので、基本的には四対一なんですけど、コロナの時は四対一でなんて診られないので、通常看護師二人でやるところを四人の夜勤にして倍にしてやってましたね。単純計算すれば患者さん一人に看護師一人の数を朝も夜も関係なく確保し続けるという状況です。昼間はもう少し人数がいたりするんですけど、夜は基本的に四人のベッドを看護師四人で診てるっていうかんじでしたね。ひとりだとうけないことが結構あるので。

患者さんの数によつて、本当に看護師が大変で私たちがいっぱいになったりつづけてるときはほかの病棟から応援に来ていただいて、一カ月だけ異動ですというように、ヘルプみたいな感じで来てくれる人もいました。最初にコロナの病棟になりますとなつたときに、例えば小さいお子さんがいる方とか、コロナは診たくないつて言つた看護師もいたというふうには聞きました。そういう看護師ですとか、あとは妊娠している看護師とは全部ほかの病棟に異動になりました。離職はたぶんなかったと思うんですけど、ほかの病棟に異動した方は結構いました。家族が反対する方もいましたし。

そういう人事については、おそらく看護部つていう、病棟の上の統括する部署があるので、その看護部長とか、看護副部長とかいろいろな技官つていう人たちがいるんですけども、そういう人たちが決めているんだと思います。

この病棟大変そうだから人を入れようとかつていうのはそこで決めていると思います。少なからず私たちが「大変大変」つて訴えたのは聞いてくれているのかもしれないですけど、ちよつとそこは定かじやないです。休みもだいぶ少なかったと思います。勤務変更つていう感じだったかな。休日返上まではなかったですけど。そこまですでめちやめちや日数をオーバーしてるということはなかったと思いますけど、通常よりも夜勤の回数が多かつ

たり、時間外労働が多かったりというのはありました。

正直、いつまで私たちはこれをやるんだろうって思いました。例えば第五波の大変な時が終わって、「やつと落ち着いたね」って言っても、ニュースでまた「次の波が来るよ」というじゃないですか。なので、「またか」みたいなところがあつて。ほかの病院だと二カ月ごとに感染症病棟の看護師を入れ替えるとか、そういうふうな工夫はしていただんですけども、私たちの病棟は勤務する看護師が固定なんです。ですので、本当に二〇二〇年の初頭から感染が拡大した時は毎回私たちが感染対応をするっていう感じが続いていたので、「まだやるの」という気持ちですが、正直なところでした。

防護服の脱ぎ着って特殊ですごい練習が必要で、突然ポツてきて、急に患者さんのところに入れるわけじゃなくて、そういうことを練習して身に付けてからやっと仕事ができるっていう感じなんです。だから一回技術とか、対応方法を身に付けているとやっぱり即戦力として使えるという面では、メンバーを変えないっていうことにはメリットは大きいかなと思います。

よくみんな耐えてもちましたよね。正直、感染症を診ると、すごい給料が上乘せされるんですよ。それで保つてるところもあると思います。コロナ病棟の看護師は一日プラスで四、〇〇〇円出るんです。なので、一カ月で一〇万近く給料がプラスになるんです。県とか施設によつて全然違っているようですが、政府の補助は微々たるものです。一ヶ月で数千円いくかな、ぐらいなので全然。うちの病院は、お金としてはいい方だと思います。静岡市はたぶんそうで、ほかの市に聞くと数百円っていうところもあります。全然まだいいほうですけど、「給料あげてるんだから働きなさいよ」みたいな雰囲気を感じますね。

#### ■医師は各課順番で担当

医師は、看護師に比べれば絶対数は相当少ないし、特に感染症に限っていえば、うちの病院は「感染症科」は

ないので、循環器内科の先生とか消化器内科の先生とか呼吸器内科の先生っていう内科の先生たちが、順番で「じゃあ次はこの診療科の先生がコロナね」「次はこの診療科ね」っていつてぐるぐる順番で担当していたんです。コロナって呼吸器の疾患に近いようなところはあるんですけど、完全に呼吸器かっというところじゃないところもあって、全身の疾患なんです。なので、先生たちも「順番が来ちゃった」っていう感じでコロナを当番制で診てたっていう感じでした。先生たちも慣れない治療をしなければいけないっていうのはすごい大変で、苦労されたんだろうなと思います。

治療に関していろんなことの決定は医師がしますが、薬も新しいものがどんどん出てくるし、私たちも聞いたことのない薬だったので、私も今まで十年看護師をやっているんですけども「なんですか？ その薬」っていう状態でした。初めての薬を注射で作るのも怖かったですけど、情報が少ない中で先生たちも処方を出すのに相当いろいろ調べて、この患者さんにこの薬を本当に使って大丈夫なのか、副作用は大丈夫なのかとか、そういうところを考えて処方するっていうのは相当大変だったと思います。今思えば、いろいろな薬を使ってきたなと思っんですけど。

医師はガラス張りの向こうからモニターを見ていて、中に入っていくのは看護師ということには確かに多かったです。今はだいぶ先生たちのハードルも低くなったのか、中に入ってくれる人も多いですけど。ナースコール越しで話すだけとか。患者さんの顔を実際に見にいかないと、血圧、熱、酸素の値、っていう数字だけを見て治療方針を決定していく先生とかは結構いましたね。なので、私たちからしたら、それしか見てないのとか、違和感を感じるところは結構ありました。

この患者さんにそれやつちゃうのとか。例えば「飯が食べられない患者さんに「なんでご飯食べないの」「もつと食べさせろ」って言うてたりとか。むせちゃってお水が飲めない患者さんに粒のお薬を出していつたりとか。

ちぐはぐなことがありました。患者さんを見ないがためにそうなってしまうっていうのはときどきあったなと思います。患者さん自身も先生と顔を合わせないので、不安だったと思いますね。医師が来てくれるって患者さんにとって「診てもらえてるんだな」っていう安心感があるんです。看護師が行くのはやっぱりわけが違います。なので、そこはやっぱり先生たちも本当は患者さんのところに行ってほしいなと思うところですけど。

私たちは感染症病棟の看護師なので、感染症の患者さんしか診ないんですけど、医師は通常の患者さんも診なければいけないという、たぶんうしろめたさみたいなものがあるんだと思うんです。なので、自分が感染症の人と接しちゃって、万が一もらってほかの患者さんに移してしまう恐怖とか、それはあつてはいけないことなので。そういう気持ちもあつたんだと思います。

#### ■外来患者の受診控え

外来は通常通り受け入れていました。ただ、やっぱり患者さんの受診控えがあつて、患者さんの数は相当減つたと言っていました。今はもう大分戻ってきてると思うんですけど、最初の頃は病院に来ること自体が怖いっていうことで、外来の患者さんが減っちゃって。イコール手術も減る。先生から聞いたことなんですけど、本来だったら初期のうちに手術ができることも、受診を控えたために、病院に来た時には重症になつて手術ができなかったり、大変な手術をせざるを得なくなってしまう患者さんがすごく増えたって言っていました。もうちょっと早く来てくれたら、もっと軽く済んだのに、大変なことになっちゃってから治療し始めることになるので、先生たちも葛藤というか。もつと早く来られたらよかつたのにねっていうことを言つてたよっていうのを聞きました。

本当に外来が閑古鳥で、先生たちもプラプラ歩いちゃって。暇そうだねってよく言われてました。

#### ■病院内の感染対策

うちの病院がワクチンを早く打つということで、取材が来てましたね。ワクチンを打って防護服を着るのが基



本的な感染対策で、うちの病院は特に大きい行動制限は、何人以内にしろとか、そういうのは特に明示されませんでした。が、やっぱりあんまり会食するなどは言われてはいました。会食するなっていうのは、外で食べるなっていう意味です。あとは通常の黙食ですね。

いつもやっているような歓送迎会も、私も異動してきた時から結局やってないです。別にやってないからってストレスになることではないかもしれないですけど、そういうのもできないし。旅行も、夏休みにいつもだったら海外へ旅行に行くよっていう人も行かなかつたりとか。夏休みも家でずつと過ごしましたっていう方もいたし。ストレスはたまってるかなあと思います。

家族との接触は、うちの病院ではそんなに制限はされなかつたですけど、最初の頃は私もホテルに住んでいました。例えば家族に高齢者がいるよとか、小さい子どもがいるよとか、誰かと一緒に住んでいる方とかは、ホテルを病院が借り上げてくれて、そこから通勤しました。

私は一カ月間ホテルに住んでいましたが、途中でもういいかなと思って、家に帰っちゃったんですけど。中には二カ月ホテル生活をしていた方もいたと思います。波が来るたびにホテルに住む方もいました。ホテルで自炊していた人が結構いましたね。

個人的には電車やバスにはあまり乗らないようにしていました。ほんとに最初の頃は偏見みたいなのがすごくて、コロナにかかることが悪みたいなのがあつたので、感染するほうが怖かつたです。コロナになつてみんなにも迷惑をかけるっていうのもそうですけど、周りから言われちゃうとか、そういうのが結構怖いところがあつたので、病棟でコロナ感染第一号には絶対なりたくないなつてみんな言っていました。

うちの病院では、PCR検査は定期的にはやらなかつたです。うちの病棟で第一号が出ちゃったときはみんな検査しました。毎週毎週の検査は全然なかつたです。症状がある人は検査してたぐらいですかね。家族がコロ



ナに感染しちゃったら濃厚接触者扱いで、何日休むっていうのはありました。今はもう違って、濃厚接触者でも検査が陰性だったら出勤します。最初の頃は、濃厚接触者だったらもう陰性でもなんでも休みという感じでした。検査は病院でやってますね。一時期は看護師とか医師が結構休んじやってた時期があつて、診療科の外来ができませんか、支障が出てた時期がありましたね。

院内感染の対策としては、全部の患者さんにマスクをしてもらうっていうのがありました。普通入院患者さんってあんまりマスクしているイメージないかもしれないんですけど、入院患者さんにも看護師とか、誰かと話す前には「マスクをしてもらうていいですか」と、ちょっと離れたところからお願ひして、マスクをしてもらうてから看護師が行くっていうのはありました。それは今もしてもらうし、寝たぎりの患者さんにも私たちが入るときにはマスクをします。私たちと同じ不織布マスクです。普通はありえないですけど。

あと、院内感染が起きないように、人が集まるところを制限はしていました。例えば、デイルームではむせちゃう人とか、そういう患者さんを一カ所に集めて、一人の看護師が見ながらご飯を食べていただくっていうのを前はしてたんですけど、それができなくなってしまいました。そういうところだとまとめてみんな一緒に同じ時間でご飯が食べられるんですけど、そういうわけにいかなくなってしまったので、看護師がそれぞれにいかざるを得なくなっていました。あと、糖尿病の患者さんがどうやってご飯の管理をしていくとか、お薬の管理をしていくとか、そういうのを入院して教育する糖尿病教室っていうのがあるんですけど、そういうのも長らくできていなかったと言っていました。今は再開されているみたいです。

### ■通常の感染症との違い

今までの感染症って、どういう感染経路かっているのがわかってるので、それに対して私たちが対応すればいいだけだったんですけども、コロナの場合は、最初は空気感染って言ったり、いろんな感染経路が検討さ

れて、結局飛沫感染。でもまた今空気感染みたいな話も出てたりするんです。なので、それによっていろいろ対応の仕方を変えなければいけなかったところは今までの感染症にないところですね。実は接触感染はなによつて言われたり、コロコロ変わってくるのにはちよつと振り回されましたね。

治療方法も確立されていないので、いろいろ試行錯誤していく感じもありました。本当にこれ効いてるのかわからないものの中にはありました。逆にお薬を使うことによって、例えば血糖値がすごい上がっちゃうとか。これ本当に使っていいお薬なのかわからないものもありました。私も薬の専門家ではないので、なかなかわからないんですけれども、そういうことがあつたりもしました。治療方法がしっかり確定されていないというのが、今までとは一番大きく違う部分かなって思いますね。

### ■看護師がやることはたくさんある

業務のやり方とは看護師で話し合つて決めるっていうのはあります。患者さん個々に対してこの方法がいいかなって、そこにいる数人で話して、じゃあこうしようっていうのはよくありますね。

例えば、お薬の投与の時間とか、そういうところとはもともと何時間おきつて決められているんですけども、それ以外の私たちがいう「ケア」っていう部分。患者さんに寝返りをさせてあげたり、リハビリをしたりとか、あとは体をふいたり着替えをしたりというところに関しては、看護師でどういうふうな方法でやろうかを話し合つて決めています。患者さんが例えば今血圧が低いから、もう少し時間をあけて、このぐらいの時間でこのタイミングでやろう、お食事のタイミングをずらしてこうしようとか、そういうケア。日常生活の援助っていう面では看護師がほとんど意思決定をします。どういう時間に患者さんに休んでもらつて、どういう時間に起きていてもらつて、リハビリをこの時間にすれば、外がきれいに見える時間だから、とか、通常ですと家族が面会できる時間があるので、そういう時間に合わせて患者さんに起きていてもらうために、夜はしっかり寝てもらおうね

とか。そういう感じの仕事の仕方をします。

今回のコロナでは、ずっと感染症病棟にいます、外界との隔離っていうのが結構あるので、積極的に「今日こんなことがあったよ」とか、「今日外すごい寒いんだよ」とか「今日はすごい暑いよ」みたいな、外に行かないとわからないことを患者さんに伝えてあげたりしていました。あとは、テレビは見られるんですけども、高齢の患者さんだとテレビをあんまり見ない方もいるので、ニュースの話題とか。時間もわからなくなっちゃう。朝の明るさなのか、夜の暗さなのかもわからないので、「今、夜中の何時だよ」と時間を伝える努力をしたりとかしていました。コロナでは、ご家族となかなか会えなかったりして、不安になってしまう方が結構いらついたりするので、許可を取った上で、LINE電話を一緒にしたこともあります。高齢の方だとスマホに触れなかったりするので、私たちが一緒にやって、こうやって見てお話ししたりしました。情報を伝える、外のことを伝えるっていうのは結構いろいろやっていたと思います。大きいニュースで言うと、「安倍さんがね」とか、そういう話とかもしましたし、それはすごいやってました。

そういうところは看護師が得意としているところですね。医師は治療がメインなので、こういうお薬をいつくぐださいとか、どれぐらいまでしか動いちゃ駄目ですよっていう安静度という制限をかけたとか、そういうふうな指示を出します。私たちはその指示を受けて、動くんですけれども、医師は治療上のことしかやらないので、それ以外のことを看護師がやります。実際にお薬を投与するのは私たちですし、手術は別として、お薬を投与したり、注射するのも私たち、点滴とるのも私たちだし、リハビリもするし、看護師って結構オールマイティに何でもやるっていう職種なので。

結構看護師の裁量っていうのはあると思うんですね。なので、日常生活でいうと、寝る、起きる、ということもそうだし、着替えをする、ご飯を食べる、排泄のお手伝いもそうだし、看護師がやることはすごいたくさん

さんあるので。コロナでもできる範囲のことはたくさんやっていましたけれども、特に外界と隔離されちゃうので、そこを埋めてあげようというところは心がけていました。

### ■他組織からの応援の難しさ

今回は他病院からの応援はありませんでしたが、もし応援が来る場合には、少し慣れが必要だと思います。病院ごとにやり方とか、カルテのシステムとか、細かいことでいえばそういうところがまったく一緒というわけではないので。

今回、自衛隊から派遣しますとかやってみましたけど、ああいうのって相当大変だと思います。派遣される人もそうですし、受け入れるほうもたぶんこの人がどういう手技ができるかとか、今までどういう経験をしてきたかとかっていうことがまるでない状態でやるので、コミュニケーションが取れないんじゃないかなって思うんですね。

看護師には技能を証明するものはあまりないです。まったくないわけではなくて、例えば認定看護師という感染症に特化して勉強している看護師ですとか、認知症に特化しますとかある一定の分野で資格を認定されているものはありますが、通常の業務で普通に働いているスタッフでそういう技能を証明するものがあるかと言われるとなかなか少ないと思います。ですので、ポツと行つて、どこかの病院ですぐに戦力として働けるっていうことではないと思います。

物の位置とか、例えば同じものでも呼び方が違ったりするので「あ、そのことか」っていうのは言われればわかるかもしれないですけど。物もそうですし、手技とかそういうのも呼び方が違うっていうのがありますね。結構ハードルが高いと思うので、自衛隊の方が一カ月だけとか、どうやって働いたんだろうなと思いました。やっぱり即戦力として使えなかったら、システムとかある程度は病院の特性をわかっている人がいいかなと思うので、自分の病院の中でスタッフをあちこちから引き抜きながら補充するのが、一番効率的だと思います。

うちも付属の看護学校は一応あるんですよ。でも、今回は特に何もなかったです。海外だと学生が駆り出されるみたいなニュースがあつたりしたんですけど。逆に実習をお断りをするとか、そういうことはありました。どちらかというところ、立ち位置としては距離を置いた感じでした。実際、来てもらつたとしても看護学生つてできることがほとんどないんですよ。勉強はしているけれども、国家資格を持つているわけじゃないので、注射ができるわけでもないし、お薬が作れるわけでもない。経験がないのももちろんそうなんですけど、資格がないとできないと思います。新人さんとかもほとんど同じですね。新卒、新採さんは、コロナ病棟には来なかったです。一時期いた時期もあつたんですけど、途中から「やっぱり無理だ」つていつて異動になつちやいました。特殊すぎちやうので、通常の看護師が学ぶべきことが学べない。やっぱり若い時つて普通の看護師が経験することを経験していかなきやいけないつていう考え方があるので、新人さんは今回もほとんどいなかったです。ほかの病院はちよつとわからないですけど、うちの病院はいなかったです。

#### ■回復する患者への対応

当然ながら回復される方もいます。でも結構時間かかりますね。ECMOつてそもそもECMO自体が治療ではなくて体の回復を待つ時間稼ぎなんです。人工呼吸器もそうなんですけれども、人工呼吸器自体が治療つていうわけではないものですから、患者さんの肺の回復を待つ、みたいなところがあるので、結構時間がかかつちやう。その間にずっと口から太いチューブを入れて、人工呼吸器をやるんですけれども。ずっとやつておくわけにはいかないので、気管切開に切り替えていったりするんです。そうなつちやうと最初は人工呼吸器が外れるのが一番なんですけれども、そこから飲み込みの練習をして、お食事をだんだん戻していくとか、痰を出す練習をする、歩く練習をするつていつて、すごいハードルがいつぱいできちやうんです。なので、ECMOをつけちやつた患者さんは、なかなかそのままスツと元気になる方つてあんまりいないですね。だいたい一般病棟に行つて、リ

ハビリを一カ月とかけて、やっと帰れるっていう感じだったと思います。

超急性期を越えてしまえば、おそらくその時期になると感染による隔離期間が解除になるので、一般病棟に行つて、通常に近いような治療やリハビリができるようになります。そうなれば、看護の仕方はおそらくコロナの患者さんだからといって大きく変わることはないんじゃないかと思うんです。普通に点滴をしたりお薬を飲んだりリハビリをしたりご飯を食べてもらつたというのは普通にできるので。ただ、時間はかかるっていうことだと思います。

もしかしたら患者さんの自覚的には息切れが残るとか、よく言われる後遺症というのはあるのかもしれないですが、現場にいるとそこまで追えないというのが正直なところなんです。でもその後退院して、通院が必要っていう患者さんはおそらくそんなにいないと思います。隔離によつて体力が落ちちゃうので日常生活に戻るっていうと体力の回復が大変かもしれないです。

第六波のときかな？コロナだけじゃなくて、もともと何かの病気を持った人がたまたまコロナだったっていうのがすごく多かったんで、そういう場合はコロナの隔離期間さえ終わればもとの治療に進むという感じの方が多かったかなと思います。

施設クラスターで認知症を抱えた方も、基本的には元の施設に戻ることが目標で、戻っていたかどうかというところも多いですけども、なかには体力が落ちちゃつて戻れなくて、退院先に難渋するという患者さんも多くいらっしゃつたかなと思います。

## ■一番しんどかったこと

この約三年を振り返って、一番しんどかったのは第五波のデルタ株のときですかね。重症患者さんがたくさんいたときがしんどかったですね。やつぱり重症者がいっぱい出て、亡くなれる人が多いっていうのは、看護的

にはかなりつらかったですね。業務的にも大変ですし、精神的にも。

わたしたちが患者さんを棺おけに入れるって本来あり得ないですよ。大きいビニール袋に患者さんを入れて、お棺に入れてお見送りっていう。ご家族も通常だったらおそらく棺おけの中にゆかりのあるものを入れてとか、そういうのができると思うんですけども、それもできないので、私たちが折り紙で折ったお花と一緒に入れてあげたりしていました。あまりあり得ないことでしたね、それは。

なかなか一般病棟からの看護師さんだと、そういう場面や経験も少なかったり慣れだったりするし、精神的にもかなりきつかったと思いますね。慣れない仕事っていうのもそうだし、そもそものが未知の疾患で、治療も未知だし。患者さんと直接触れ合えないというか。患者さんのところに行くのは最低限にしろって言われちゃうし、私たちも守らないといけないので、いろんなストレスがあつたと思います。

#### ■差し入れや応援メッセージへの感謝

医療従事者の方への感謝ということ、差し入れをたくさんいただきました。お店を閉めちやつてる時期に、居酒屋とかそういうところからお弁当の差し入れをくださったりとか、あと、コカ・コーラとかの大きい企業とかから飲み物の差し入れが来てたりうなぎパイとか。たくさんいただいて、すごいありがたかったです。癒やしでした。

患者さんから「大変ありがとうございました」っていうお便りをもらうこともありましたし、小学校とかから寄せ書きっていうんですか、今も病院に貼つてあるんですけども、「頑張ってください」とかそういうのを書いた大きいのを送ってくださいたり。そういうのはありがたいなってます。認めてくれてるんだなって。最初の頃はすごい偏見みたいなのがあつたけれども、特にみんな応援してくれてるってありがたいなってます。私たちも敏感になっているところもすごくあつたので。やっぱり自分の家族とか周りに迷惑をかけたくないっ



ていうのが根本にあるので。お礼ってありがたいなって思って受け取れるんですけど、偏見って自分の周りに影響しちゃうじゃないですか。なのでそっちのほうに敏感になっちゃってしまうっていうのはやっぱりありましたかね。

## ■コロナ対応での葛藤

第五波の大変だった時、みんなが診たことない感染症を診なきゃいけなくなった、ECMOをみんなが経験がない中で診なきゃいけなくなっちゃったっていう時に、自分が教育とか指導をする立場をやらうってなるまでにちよつと葛藤がありました。私ができるべきなのかどうかっていうところですね。上が「あなたがやってください」って言ってくればやるんですけど、そういう言葉がなくて、看護師の中で自分が経験があるっていうだけだったので、ほかのスタッフに自分が指導していかなきゃいけないんだな、指導するべきだっていうところに気持ちをもつていくまでが結構大変でした。ECMOは診たことがないけれども、看護師として大先輩のスタッフたちがたくさんいるので、先輩に私が教えるっていうのはどうなのかっていう微妙な立ち位置だっているのもありました。

私が言うことによって、みんなに勉強しなきゃいけないとか、診なきゃいけないっていう圧迫をされるストレスになるんじゃないかなっていうことも思いましたし。そこは結構大きなところでしたね。

私には感染症病棟を離れるっていう選択肢がなかったんですよね。なので、流れるままにやってきた、流れの中から出られなかった、みたいなイメージが大きかったですね。

強いて言えば、私が今大学院に行って勉強しているっていうのも、コロナが影響しているのもあるかもしれないです。コロナを経験して私は、本当は通常の重症患者さんを診ていたいなと思っただけです。コロナの患者さんって、それこそ重症の時もあれば軽症の認知症ばっかりの患者さんの時もあればっていう感じで、結構自分がやりたいこととギャップがでちゃうときもあったんです。いろんな患者さんの層がいたので、それはそれですごく



経験ができるっていえばそう言えるかもしれないんですけど、ずっとコロナを対応している中でモチベーションが落ちてきちゃったんです。看護師として、私は何をやってるんだろうって。動ける患者さんを縛り付けたりとか、そういうことをやっているとか、何やってるんだろうなっていうすごい思った時期が強くて、去年、一回違う環境に身を置きたいなっていうのをすごく感じちゃった時期があつて、学校行こうって思ってたんです。それもひとつのきっかけですね。違う環境に身を置きたくなっちゃった。

### ■これまでの対応を振り返って

今（二〇二三年）はコロナの患者さんは二人とか一人ぐらいしかいないので、私は通常の患者さんを診ています。今はコロナ対応ではないんです。でも、たぶん次の波が来たら、また病棟を閉じてコロナの担当におそくなると思います。今は一般の患者さん対応です。

今振り返ると、未知なのでしょうがないかもしれないですけども、ある程度やつぱり準備の大事さっていうのはすごく感じました。今回、いろんなことが後手後手になることがすごく多くて。病院内に限れば、看護師の人数が足りなくなつてから補充するとか、事前の準備がしにくいっていうのはしょうがないとは思いますが、そういうところは準備できるならやるっていうのがすごく大事だなっていうのは心に染みました。

例えば今回だったら、静岡に來そうだねっていうときに手を打つぐらいじゃないとなかなかうまく回らないと思います。準備をやつておいて「来なかつたらラッキー」ぐらいにしておかないと、今回みたいな本場に大規模な災害級のようなことつてパツと準備できるようなものでもないですし、人を動かしたりお金を使ったりとか、莫大な準備が必要になるので、それを想定しておくって難しいことだとはわかってるんですけども。現場の間からするとなんでもっと早く言っておいてくれなかつたんだとか、早く準備しておいてくれなかつたんだっていう声をすごい聞くと、それがストレスの原因になつていたりするんです。一回大変な思いをしないと動いてく

れないとか。そういうところはなんとかなってほしかったし、これからやりすぎるぐらいの準備、想定はしておいたほうがいいんだろうなって思いますね。

看護師のそもそも数が足りなくてキツキツでやっているところがあるので、なかなか人を事前に動かしておくのは無理だとはもちろんわかってますし、それは難しいですけど。看護師だけでいえば、意思確認をしておいてもらう。「こういうときにはあなたはいけますよ」「行っていいですよ」とか。「私は対応できます」っていう人をあらかじめ把握しておくことはできるのかなと思います。今回私たちには意思確認がなかったんです。強制で「今からコロナの病棟になります」「働いてください」だったんですよ。もちろん妊娠している方とか、そういう方は異動できたんですけど、元々いるスタッフは「もうあなたたちは感染者病棟で働きなさい」という感じで、意思確認が全然ない状況で始まっちゃったんですよ。そんなのやつてる余裕もなかったのでしょうか。ないんですけど。なので、看護師さんのストレスとかそういう面でいえば、もうちょっとしっかり「あなたはいけるのね」とか「あなたはやめておきましょう」とかっていうような看護師の意思を看護部とかが確認しておいてほしかったなというのは一番ありますね。

誰かがやらなきゃいけないので、私がやらなかったらほかの誰かが代わりに感染者病棟に来ることになるのでやりにくいですね。経験があるスタッフはやつぱりどこにでも必要だとは思っているので、私たちが次にまたこういうことがあったときに対応しますかっていったら、私個人は別にいいですよとは言えますけど、やつぱり経験したことがない人たちにとっては相当ハードルが高いものにはなると思います。その方たち、私たちがまたコロナみたいな感染症が起きたとなったときに、全員が全員そこに行けるかっていったら、行けないですし、その時に私たちが今の病院にいるかどうかというところもわからないので。

今回防護服を着るという基本的な手技の取得というところがあって感染症病棟で働けるので、事前に例えばす

すべてのスタッフが防護服の脱ぎ着を練習しておくということはできたと思います。いつでもできることなので、そういうところは今でもやっておいてほしいなと思います。急にポツと来て、練習から始めるっていうことは時間の余裕がなかったりするときもあるので、そういう手技の練習だったらいつでもできるので、やっておいてほしいし、みんながそれをやることによって他人感覚がなくなるっていうんですかね。今でも私たちの病棟以外の人たちが、なかなか防護服を着るっていう機会がなくて。「うちには来ないから」ってたぶん思っている方もいるんじゃないかなと思うんです。なので、そういう練習をやるっていうことを通して、自分の施設でそういうことが起きてるっていうのを身近に感じてもらったりとか、とつきづらさをとるっていう意味もあると思います。そういうことはいつでもできることなので、準備としてやっておいてもいいのかなと思います。意識付けの面でも。別にお金がかかることでもないですし。

感染で言えば人の確保と防護服着脱っていうところですか。あとは、看護師ってポシエットで消毒液を持ってるんです。手の消毒をアルコールでするんですけど、それをいつもポシエットでここにつけてあるんです。手指消毒するのはタイミングが決まっています、患者さんを触る前、触った後、点滴とか清潔なものを触る前、血液の曝露を受けた後、など五つぐらいあって。そういうタイミングで手指消毒しなさいよというのがWHOからも出てくるんです。そのタイミングで本来しつかりすべきなんですけど、意識しないとなかなかそういうのってできなくて。患者さんを触る前に手指消毒をせずにやっちゃったりとか、例えば手に血液がついてもそのままほかのことをやっちゃったりとか。そういう状況って往々にしてあるんです。今回のコロナのことで、そういう感染対策の手技の大事さをすごい感じました。正直言うと今まで面倒くさいとか、時間がないとかっていうのを理由にしてやってなかったということが結構あったんです。それが、今回のことでしつかりやれるようになったんです。やらざるを得なかったという状況があるので。本来はすごく大事なことで、それを普段からやっておけば、

今回みたいに急に意識してやり始めるっていうことがなかったのかなと思いました。体に覚えさせるぐらいいしかりやつておけばよかったなっていうのは思うので。普段からのことはちゃんとやるべきだなって思いました。

コロナを経験していいことってなかったのかなって思う時があるんですね。看護師の経験という意味でいえば、こんな未曾有の事態みたいな、こういう経験っておそらく私たちのように直接接した看護師しか経験できないことですし、こうやつてお話を聞いていただけるというのも私もそういう経験ができたからっていうことですし。やつてすべてが悪かったって思いたくないんです。世間としても、マスクをしてインフルエンザが少なくなっただとか、風邪をひかなくなっただっていいこともおそろしいことでしょうし。これって今はまだ言えないかもしれないんですけど、のちのちコロナがあつてよかったっていうのが何か出てくればいいなって思うんですね。弊害があまりにも大きく前に出すぎちゃってる。人とのコミュニケーションがすごい減っちゃったとかあるんですけど、オンラインが普及したとか、そういうところはコロナを経験してよかった面でもあるのかなって思ったりします。感染の観念っていうのも世界中の人が大きく変わったと思います。ある意味根絶できるような病気ももしかしたら出てくるかもしれないですね。

## ●市保健センター職員（保健師）の対応

エスノグラフィー調査日時…二〇二三年一月一二日

藤枝市保健センター 保健師Mさん

看護師の資格を持ち、保健師養成学校で学び保健師として勤務する。

保健所は県の管轄であるが、中部保健所管内が管轄エリアとなる。

### ■大変な病気が来ちゃったなー二〇二〇年二月頃

ダイヤモンド・プリンセス号でコロナ感染者が出たというような話が出たときには、本当にひとごとで。大変な病気が来ちゃったなっていうような感覚でした。水際対策をやっているというニュースは見ていたので、まさか身近なところにそういった病気が来るっていうようなことは本当に露にも思っていなかったところはありました。その後、瞬く間に首都圏で感染が広がったり、夜の町が危ないと言われるように、その頃はなるべくしてなる人が感染してしまうといった印象もありました。

### ■緊急事態宣言への対応ー二〇二〇年三月

それがどんな一般の人も感染し始めて、学校の休校が始まって、三月ぐらいになったところで、ちよつといよいよまづいなっていうような感覚が出てきました。緊急事態宣言が三月に発令されたところで、その頃私が母子保健の担当をしていたものですから、近隣の市町さんとも確認をし合いながら、緊急事態宣言が出ているっていうこ

とで、一歳六カ月とか三歳とか、それよりも小さいお子さんの健診自体をお休みしなければならない状況に陥りました。保健師で分担して対象のお子さんのお宅に電話をかけて、「健診が中止になったもんだから、また再開したらご案内しますね」っていう電話を、本当に夜みんなで手分けしてかけるところからがスタートだったかなと思います。とりあえずそういう対応をしながら、支援の必要なお子さんとか、ちよつと手をかけないといけない家族の方とかもいらつしやったりするもんですから、健診をやつてない間もそういう方たちには連絡を取つて、様子はどうかというような形でお伺いを立てたりというようなことをしていました。人には会えないけれども、何とか連絡を取つたり関係を保とうつていうことをやつていたのがすごく記憶に残つてます。

その頃、卒業式で人数制限がかかったり、場合によっては時間短縮になったり、本当にマスクをつけて、すごい距離を取つてつていうような形になりました。職場の方もかなり隣同士の距離が近いところもあったので、事務所を二つに分けて仕事をするとというようなことがだんだん始まりました。

#### ■コロナワクチン対応の係ができる

もうちよつとするとコロナのワクチン接種が始まるということで、最初は健康推進課から、コロナワクチン関係の係つていうので独立して係ができました。緊急事態宣言が始まつてちよつとした頃に、係を作るような形になったんです。

ワクチン関係の係は、国の指針が示されるのが本当にギリギリだったりますので、それを元に通知を作つたり、それを発送したりという作業が本当に余裕がないというか、考える余裕もなくやるしかないつていうようなところもあったりしました。配属された人たちはちよつと疲弊してしまつているような状況で、大変そうだなつていうところがあったので、そこから課になるまでの間に、二人市役所から応援が来てくれて、その後また入れ替わりで来てくれて、という状況でした。

## ■みんなで考えながらやったコロナワクチン接種の対応

大規模接種会場は国でやっていて、市では市民の方に向けた接種会場の確保が担当でした。例えば、何歳以上の人に接種券を出して、接種率がこれぐらいだから、どれくらいの人数をこの期間で受け入れなきゃならないかっていうところを計算して、そのためには何曜日に何人受け入れるかっていう枠で予約を開放していました。

それは個人病院もそうですけど、個人病院で何人受けてくれるかっていう予約の開放の時期とかも見ながら調整をしたり。当初は本当にワクチンがないっていうところがあったので、例えばこの一本がA病院で余りそうで、B病院で受けたいって人が来てるからって言ってそれを運んだり、職員やスタッフの中でワクチンを受けたい人がいたらそのワクチンもつたいたないので、それを打ってもらおうというような形で、何とかロスを出さないようにつてすごい奔走してたときもありました。そんな感じでやってましたね。

会場設定とか、あるいは医者確保とか、それ以外のスタッフ確保とか市民周知とか、ワクチン接種に関しては、一応こういう形でやってくださいという厚生労働省からの説明会がありました。例えば問診票の内容とか会場のレイアウトとか、接種の履歴を取り込むソフトみたいなものは国の方からこういうものを使いますとアナウンスがあったかとは思っています。

けれど、実際どういう形で運営をしていくかっていうところは手探りでしたね。例えば何人の先生を確保して、どういう運営の仕方で行ってくださいっていうのは、おそらく市の実情に合わせてやってくださいみたいな形で来てたんじゃないかなとは思っています。ほとんど手探りというか、どういう形がよさそうかをみんなで考えながらやってたんじゃないかなと思います。

隣接の市町さんと情報交換とか、そういうのもしながらしてたと思います。例えば、接種券は型が決まっていたので、それに合わせて名前を入れてもらうとか、何か情報を取り込んでもらうというときにそれを請け負っ

てくれる印刷業者がなかなか見つからなくてというのはいりました。やってくれるよって言ったところにみんな殺したというか。

職域接種は、藤枝市内のA大学さんで学生さんとかの接種をしたときには、本来であれば職域接種なのでこちらの行政が携わる必要はないんですけど、市長や大学の学長さんとの話し合いでそこだけは手伝いに行くことになったと聞きました。でも大学が希望する方法と市で推奨するやり方が微妙に違ったりしますし、経費負担やこまごましたことでのいろいろあったようです。

### ■医療従事者への支払い

ワクチン接種で医師や看護師に支払う手当の単価も基本的にはたぶん市町で決められたんじゃないかと思いますが。国統一ではなかったと思うんですけどそこら辺まではちょっと分からないです。ただ、夜の業務を頼むときにどれぐらい金額を上乗せするのかとか、接種を請け負う看護師さんは結局ドクターと同じようなことをするもんだから、それ以外の看護師さんと金額をどうするかという話をしてたのは何かなんとなく聞いていました。お支払いする金額は国の基準があつて、それに則つてやつていたと思うんです。最終的には国家予算でその辺りも賄うという話なので、市はお金を一時的には出すけれど、最終的には国から支払われるっていうものらしいので、ある程度基準額っていうのは決まっているかなと思います。

うちの市の場合ですと集団接種会場には職員の人数は片手ぐらいの人数です。あとは派遣の方。派遣職員のひと委託の医師や、その帯同をしてくださる看護師さんもらつしやるケースや、こちらで雇い上げた看護師さんが入つてくださる場合もあります。ですので、基本的に純粋な市の職員は本当に片手いるかないぐらいです。派遣さんは人によるかなつていう感じはします。どこの部署を任せてもそつなくこなせる人と、ここだけだねつていう人と、差があつたという話は聞きました。



## ■PCR検査の対応

発熱外来で、コロナのPCR検査等がまだできなかったときは、市で請け負ってやっていたときがありました。コロナが出た年の夏ぐらいですね。その時は輪番で先生に来ていただいて、検査をしたいっていう申し出があった人だけに検査ができる場所を伝えて、そこに来ていただいていたいました。

そこでPCR検査をして、検体を検査業者に持っていくって検査してもらい、結果を検査業者の方からお渡ししてもらうというようなこともやっていました。先生が検査をした後にシャワーを浴びる場所がっているトレーラーハウスみたいな、大きなキャンピングカーみたいな車を借りて。そうこうしているうちに各医療機関でもPCR検査をしていただけるようになったので、そこはもう撤退っていう形をとったんですけれど。そのときもガウンの確保とか、フェイスシールドの確保とか、どこも同じ時期に同じように欲しいものが品薄になっちゃう。買えるときに買っておかないとということ、すごくみんながやつきになつてたっていう時期がありました。

## ■二回目の緊急事態宣言発令ー二〇二〇年四月

三月いっぱいまでが緊急事態宣言の自粛の期間だったので、四月の当初にまた健診が再開できることになり、対象となる人たちに案内を出していました。三歳児健診を四月にやったんですが、その日の夕方、第二回目の緊急事態宣言が発令されてしまったんです。これからの予定でハガキのご案内を出した人たちにはもう一回電話をかけて、やっぱり中止になっちゃったのもう一回ご案内を出しますねということで、また連絡を取ったことがあります。

私が四月の頭に足を骨折してしまって、動き回ることができなかったもので、健診自体をストップをしていますが、結局業務自体はやる必要が出てくるので、そういった特別の対応をしていました。例えば健診が再開されたときにどういう形で運営をしていくべきかということも、四月から五月の間にある程度計画をもう一回立て直し

て、どういう体制で臨むべきかというところを、職場の同僚ともかなり話をしていました。

### ■乳幼児健診の再開ー健診のスタイルがガラリと変わるー二〇二〇年五月下旬頃

健診は、コロナ禍前は一つのフロアに皆さんにワーッと集まっていたら、診察の部屋とか、歯科健診の部屋というように、部屋だけ分かれてるような状態の形で健診していました。けれど、それでは密になってしまい感染リスクがすごく高くなるので、例えば計測をするときに待っている部屋、歯科健診をするときに待ってる部屋というような形で、保健センター全館を使ってそれぞれを独立させて、保護者の方とお子さまに移動してもらうようなスタイルに変えたりしました。

あと今までは、このお誕生日の人はこの日に健診に来てくださいという形で、割と自由に来ていただく日を親御さんに決めていただいて、お越しいただいてる健診のスタイルをとっていたんですけども、それだと時間が重なってしまったら、人数がその日によって多い日と、少ない日っていうのばらつきがでてしまうっていうところもあったので、時間と人数制限をしました。その時間も、例えばまず最初に来てくださる方は、健診の受付を済ませていただいてから待っていていただく部屋。その人たちがはけたところで次のグループが呼べるように、っていうような形で時間差で個別に通知する方法に変えさせていただきました。

健診のスタイルはガラリと変わったところが大いかなと思います。親御さんもこういう事情だから仕方がないということで、割と皆さん協力的に動いてくださるっていうところはすごいありがたかったなと思います。二カ月ぐらい健診ができなかったと思うので、五月の下旬ぐらいには健診がスタートできたのかな。

### ■不要不急ではないとの判断

それからはそういった緊急事態宣言が発令されたタイミングとか、活動自粛で県内の人の県外への移動を控えてくださーいと言われていたときも、基本的には健診自体はもう不要不急の外出ではないということで、必要なら

きに必要なタイミングでやるべきだということになりました。大人の健診もそうですし、子どもさんの健診や一般のコロナ以外の予防接種なんかも、不要不急のものではないっていうことで、国から県、県から市を通して通知をいただけたので、それを元にやるべきだっていうところで、感染対策を立ててやるっていうような形をとらせていただきました。

健診は小児科学会や、がん健診の関係の機関から、不要不急のものではないので、やるべきだっていう連絡が来たり、国から指針などで市の実情に合わせて遂行してくださいっていうような話もありました。ですの、市としては感染リスクを背負ってまで健診をやるべきなのかどうなのかっていうところは悩むところがないことはなかったです。止めてはいけない、大事なことをやらなきゃならない仕事なんだなっていうところで、いかに感染者を出さないようにこちらが工夫するかっていうところに意識を変えざるを得なかったところはあったかなと思います。

中には、個別健診っていう形で、病院とかに直接親御さんに行ってもらって受ける健診も、選択肢の一つとしてはあるっていうことも他の市町から聞いてはいたんですけれども、うちの町自体は基本的には集団健診で感染対策を気をつけてやっていただければいいということと、あと先生にご足労かけるっていうところですね。その都度健診のお客さんを取らなきゃならないっていうところもあるもんですから、その辺はちよつと現実的ではないねっていうところで、個別健診という選択は取らずに、今までもずっと集団健診という形をとっています。

健診のときの体制もかなり変わりました。例えば、消毒をその都度して、皆さんをお迎えしたり、あまり長く一つの場所にいることのリスクが高いということで、ポーチを用意して、面接時間を一〇分とか一五分以内にしていました。本当はゆっくり話を聞きたいんですけど、時間を制限させてもらっています。感染者も増えてきているので、そこら辺はお互いの身を守るためっていうところもあって、ごめんねって言ってお断りをしながら、

その時間が長くなっちゃいそうな場合については、面接で完結させないで、また電話連絡を取るだとか訪問に行くだとかっていう方法でお母さんたちをフォローしようねということにしています。健診の期間自体はなるべく短くさせようというところもあるので、今までは何の気なしにやってたことを、一つずつ確認しながらやらなければならなくなつたので、業務の中で気を遣う場所が変わってきたっていうところも大きいかなと思います。今までは出してなかった個別通知を出すところも事務量としては増えたかなっていうところがあるので、そういう意味では、そういった感染対策をする必要があるものに対しての配慮についての業務が増えたかなっていう感じはします。

マスク越しで顔もなかなか見られなかったりというような状態で、本来であればお子さんの健診のときは、極力マスクを外した状態で顔の表情が見えるような形でお話をしたりとか、お子さんの反応を見るっていうことをしやすい状況を作るとか、雰囲気作りっていうところでは大事だなと思うんですけど。結局そういうこともできなくなってしまうって。最初のうちはマスクしてることに、お子さんたちもちよつとびっくりしてるっていうような状況もあったんですけども、最近のお子さんたちはもう慣れちゃってるので、全然マスクしてても平気っていうか。世の中変わっちゃったなっていうような感じがすごくします。

### ■気になる家庭への対応

コロナになって、例えば孤独な親子がより孤独になるというか、結局外に出られないし、実家にも気軽に行つてたのに行けなくなっちゃったり、里帰りしたいのに里帰りできなかつたりっていう人の話を聞くと、せめてこういうところ（保健センター）だけは開いていて、何かしら困ったことがあったときに力になる、話ができる場所として、それをなくしちゃいけないなってすごく思いました。そういう意味では大事な仕事をさせていたいただるんだなとすごく感じました。

例えば、不安が強いお母さんとかお子さんがちょっと大変なお宅とか、虐待のリスクがあるお宅とか、保育園に行っていることで、安全が確保できそうなお宅って言うとか変ですけど。そういう人たちも、保育園が再開予定をなかなか思うように決められないんですよ。保育士は一応受け入れるっていうスタンスでやってはくださってたんですけど。結局保護者の仕事自体がその期間にお休みになったりとかするご家庭もあったので、そういうお宅だと完全に保育園がお休みっていう形になっちゃう人もいたりしました。あと感染が怖いからって言って、保育園に行かせないお宅もあったり。この人こそ行ってほしいのについていうお宅が行かなかつたりっていうこともあったので、そういうおうちには、「どう？」って言って連絡取つたりというのはさせてもらってはいました。

基本的にはコロナが起こる前からそういう家庭状況は把握していました。この状況になってきつと家庭の機能が保てなくなるだろうなっていうリスクのある家っていうのは、なんとなく大変になるだろうなっていうイメージが付きやすい家庭ですね。母子手帳を取りに来たときから、ああちょっとリスクがありそうだなって思うお宅ももちろんありますし。

一人目のお子さんのときに心配なことがあったり、あとは夫婦間の問題。トラブルが起こりがちなご家庭というのは、そのお子さんがまだ小さい段階から把握できます。あとは保育園からの連絡ですね。例えば、関わっていく過程の中でお母さんがなかなかお子さんとうまく関われなさそうだとかっていうところは、なんとなく様子を見て分かったりする場合もあるので。あとは、お母さんが精神疾患を抱えていらつしやったりとか、虐待をされたりとかして育つたご家庭の方がお母さんになるとか。そういうこともなんとなく情報をとる中で、分かってくる部分もあります。実際に虐待をしてるかしてないかっていうところを抜きにして、リスクがあるということですね。だから、そういった想定されるもの以上のことが起こった場合に、その人たちはきつとリスクを何とかして家族で乗り越えようという力が持ちきれないかなとか。日々の生活で関わっている中でも、お母さんが不

安に思っちゃって、それがすぐお子さんに悪影響を与えてしまうかなっていうようなところは想定されるものですから。これで感染しちゃうかもしれないとかって言うのと、きつとお母さん買い物にも出られないよね、ということがなんとなく想像ができたりすると、連絡取って様子を聞いたりとかっていうような感じにしてみました。不安要素がありそうだなっていうお宅はその都度拾い上げるような形にしています。周りからの連絡だったりとか、関係機関からの連絡だったりとかっていうことももちろんありますので、そこでちょっとこの家庭は丁寧に見てあげた方がいいかなっていうところは、あらかたこちらの方でピックアップというか管理はしていました。場合によっては訪問に行ったり、電話かけたりというような形で対応していたと思います。

## ■大人の健康診断

大人の健診に関しても、藤枝の場合は基本的には個別健診をしないで集団健診だけを受けていただく形をとっています。今までは地区ごとにご案内を出して、来たいときに来ていただくという方法をとっていました。けれどそれはなかなか厳しいということで、大人の健診についても予約制になりますという通知を送ったり、他の係の職員がやっていました。そういう体制の変化に合わせた案内とか、体制作りとかっていうのを中心にやっていた時期だったなっていうところがあります。

## ■疫学調査の聞き取りの応援

県の疫学調査の聞き取りの応援に来てほしいという申し出が県からありまして、当番で順番にその調査に行ったりしていました。私が疫学調査をさせていただいたときは、既にだいぶ簡略化されていたんですけれど、まず病院から、この人が陽性になりましたよという報告が届いて、それを元に調査します。今の症状とどれくらい前からそれが始まったか、あと感染する二日ぐらい前からの行動履歴を聞いていました。

例えば、どこで働いてるのか、その人とどういう接し方をしたのかというようにすることも聞いたり、予防接種が

始まったときは予防接種歴を聞いて。あと、同居の家族が何人いて、それぞれ何歳であるとか、基礎疾患があるかとか、そういうところを聞くところから始まり、最終的にはその人にどういう行動をとってほしいかという案内をしなければならぬんです。それぞれ、ご本人さんをお願いしたいこと、同居の家族をお願いしたいこと、あと、相談窓口はこういうところがあるよというところとか。解除の日にはいつですよ、同居家族の方については何日まで、当人の方には何日までご自宅にいてくださいという話をさせてもらっていました。

聞き取った内容は紙に手書きで書くので、受け取った県の人たちが Excel の報告記録の様式があるので、それに入力していました。私たちは付番された患者番号をいただいて、患者さんに連絡を取って、あなたの患者番号は何番ですってその人とひもつけされる。何歳の人で、どこから感染したかっていうのを昔は結構細かく聞き取っていたので、それを Excel のシートに入力していました。この患者番号の人は何歳の男性で、基礎疾患があるとかないとか、感染経路がどこかを一件ずつ入力して、それを取りまとめたものを夕方に県に流してたんじゃないかなと思います。

今も患者番号はついています。患者番号がないと、この人がどこどこ市の何とかさんっていうのがすぐには出てこないの。患者本人にも「連絡を取るときには、まず患者番号を言ってください」ということを言っていました。聞き取り調査の時に「五桁の患者番号を今から伝えるので控えておいてくださいますか」って言ってお願いで、今より症状が強くなったときや、他に何かあったときは患者番号を伝えて相談してくださいとご案内するような形でした。

最初のうちは聞き取り一件に三〇分ぐらいかかっていたみたいです。私のときには簡略化されて一〇分とか一五分ぐらいですかね。

対面で問診票見せながら聞き取ったり、行動をこういうふうにして下さいと説明するのと違って、電話で音声



だけって正確に伝えるって大変でした。患者さんも体調が悪い中ですからね。私たちは電話だけのやりとりでしたが、連絡が取れない人は保健所の職員が訪問に行ったりしていたらしいです。生きてらっしゃるのか、元気なのかというところも確認しなければいけないものですから。

陽性になると、病院の先生が「保健所から連絡が行くから、電話に出るようにしてください」ということを伝えてくださっているケースが多かったと思います。大体の患者さんが基本的には当初は病院に行って、そこであなたはコロナですよっていう診断を受けているので、保健所からそういう連絡が来るということを承知している方がほとんどでした。ですので、電話をかけると出てくださる方とか、話をしてくださることは多かったですね。たぶん外国人とか会話がままならない人は、おそらく保健所の職員の人が対応してくださったと思います。私たちは割と若い方とか、症状が軽い方の調査を振り分けしてくださっていたので、そういう意味での変な感じというのはあまり感じませんでした。たぶん大変な人を保健所の方が請け負ってくださったんじゃないかなと思います。

看護協会に応援を頼んで、重症患者の人には定期的に電話をするということもやっていました。発熱紹介センターには、もちろん保健所の職員もいらつしやらないわけではないとは思いますが、実際に応対しているのはそういった団体の方たちになります。ホテルに入っている方や自宅で療養している方たちには、そういう対応です。私たちは本当に最初の聞き取りの調査だけで、あとのフォローアップに関してはそういった団体の協力です。てらつしやったと思います。電話の状態でこの方がどういいう感じの人でつていいうのが分かるので、もしかすると保健所で多少振り分けをやつてらつしやったんじゃないかなと思います。

今年（二〇二三年）の八月末ぐらいから、軽症の方に関してはショートメールで案内がいくようになったので、聞き取りの疫学調査っていうのは本当に対応が難しい基礎疾患のある方や、重症化しやすい方たちが変わつていったので、そこで一つ疫学調査の形つていいう流れが変わつたかなと思います。



Webで登録って結構面倒くさいみたいで、検査をしたときの写真に自分の名前を入れて、いつ検体を取った結果ですつていうのを合わせたものを送らないとならないんです。結局その写真だけだと、出回っている写真を使つて悪いことを考える人もいたりするなつていうことですよ。研究用だと精度が低いので、医療用のキットでないとその証明は出ませんという取り決めがあります。今も一応中学生から六四歳までの方はそういった形で自分で登録ができるようになってるんですけど、その方たちでも、やるのが面倒くさいつて思う方がいらつしやるので、大変だろうなと思います。そういつた操作に慣れてらつしやる方でやつとできるかなという感じなので、やろうと思つたけど途中で面倒くさくてやめちゃつたとか、はなからやる気がないという人もかなりの人数いらつしやるんじゃないかなと思います。病院にかつた人に関しては、病院で先生が報告を上げてくださるので、そういう人はもれてないとは思ふんですけど。

保健所の応援については、去年（二〇二二年）の九月に患者報告の義務が簡略化された関係で、聞き取り調査の対象を縮小することになりました。高齢者の人と基礎疾患がある人や妊婦さんなどのリスクのある人だけに聞き取りの対象が変わつたんです。けれども、それでも感染者が増えてしまつた現状はありました。

そうこうしてゐるうちに病院での報告義務が簡略化されて、人数であげるくらいの方法に変わつたこともあり、基本的には聞き取り調査を必要とする人数が減つてきました。その関係で、保健センターからの応援については、とりあえず今はお休みになつてゐる状態なんです。それまで、保健所の職員だけではとてもやりきれないので、本当にいろんなところから聞き取りの応援部隊がいらつしやつてゐるので、本当にみなでこの業務をやつてたんだなつていうのが、市だけではなくて、県の方もつていうところはあつたかなと思います。保健センターの業務としては、ワクチン接種と罹患者への聞き取りつていうのが、群を抜いてボリュームとしては大きかつたですね。

## ■自身の聞き取り調査の体験

私も、聞き取り調査についてはやらせてもらいました。私に対応させていただいた方に聞くと、あまりいらついたり怒ったりする方はいらつしやらなかったかなと思います。比較的自己も体調が悪くておつらいつていうのもあるのかもしれないですけど、わりと、「ご協力ください」っていうお話をさせていただくと、そういった暴言を浴びせられるっていうようなことも私自身はなかったです。

体調が悪いのに一五分とか二〇分も電話に付き合っていたので、大変だなって思いながら聞き取り調査をさせていたたつていう気持ちでした。なかなか電話をかけてもその人につながらないというケースもありましたけど。どうにかして答えてくださるっていう姿勢の方が多かったもので、私が担当した方たちには、自分自身がそんなにすごくしんどく感じることはなかったです。保健所の職員さんなりが、もしかすると担ってくださいってたのかもしれないのですが。日本人らしいといえば日本人らしいですね。電話をかけさせていただいた私も、それを受け取ってくださいたその対象者の方も、お互い大変だよねって感じながら会話をたかなくていい感じはします。

これを聞いてくださいつていうマニュアルのようなものはありました。聞き取り調査の記録紙があつて、一応こういう流れで聞いてくださいつていうのがありますが、私もそれよりもまずは体調を聞きたいなと思うと、その内容からちよつと前後して聞いたりということがありました。誰がその調査をしても、もれなく聞きとれるような内容にはなつていたと思います。

これだけは伝えてくださいということは書いてありました。何日までは自宅にいてくださいとか、患者番号を必ず伝ええるとか、あと相談窓口ですね。そちらのアナウンスをするということは書いてありましたけど、こういうことは言わないでほしいということは特に書いてなかったと思います。

## ■対応初期の保健所業務

発生した当時に関しては、ホテル療養の調整やクラスターに対しての消毒業務も、市保健所でやったりしてた時期があったようで、本当にいくつあっても人手は足りないっていう状況だったと思います。昼間の時間だけでも聞き取り調査に回っていただいて、残りの保健所の職員についてはすごく困難な事例の対応だったり、ホテルの調整だとか、本当にその職員でないと対応できないような形の人たちの業務にあたっていたと思います。そこら辺は本当に大変だっただろうなと思います。

コロナワクチンを各会場で行うっていうところもあったので、その応援に行くという仕事も入ったりしていました。不要不急の活動でない、止めてはいけない、健診とかそういった一般の事業の上に、コロナの予防接種や応援事業が上乘せされたっていう仕事の形態になっていました。でも、それにはみんなで協力をせざるを得ないというか、しなければこの状況は乗り越えられないので、みんなで本当に協力し合いながら、だけど感染対策もしながらやらせていただいたというところが多かったと思います。新人さんが入ってきてても歓送迎会だとか、そういう交流は本当になくなってしまいました。

保健師の仕事はリモートワークはないですね。行政の仕事自体がリモートでできる仕事ってほぼほぼないじゃないかなとは思っています。相談業務が多いので、対応する市民の方もそういった機器を持ってないと結局リモートは始まらないもんですから。なので、リモートでやるっていうこと自体が、想定には入ってなかったかもしれないです。お互いが感染しあわないように私たちの事務所を分けて、というところをやっていました。例えば、うちの係でクラスターが起きてしまったら、結局健診業務が止まってしまうので、その係の中で分散をさせて、そこで何か起こったとしても、他のところが生きていれば、何とかその事業が回るっていうようなやり方しかできなかったかなと思います。検査も行かなきゃならないというか、予防接種もしなければならなかったり、不要不

急ではない健診業務も回さなきゃいけないっていうことにだんだんなっていたので。

私たちが扱うのは個人情報、塊なものですから、リモートでそれを持ち出すってこと自体ができないので、リモートでは仕事ができないっていうことなんですね。職場に来て、いかに感染対策をお互いしながらやるかっていうところになってきたので、距離をあけて、本当に話をしないで静かに食事をとるとか、換気を本当にこまめにするとか、夏の暑い時期でも窓開けっ放しでそれでもクーラーかけてやるしかないとか。そういうような感じでやっていました。

ここ数年でだいぶ業務もやり方自体は変わってきていて、例えば、研修もリモートで受けられるようになったり、予防接種の予約を取るときにスマートフォンで予約が取れるようになったり、健診の予約もスマートフォンで取れるようになったり、行政の中でも遅ればせながらで、システムが変わってきてる部分もあるんです。です。ので、今後は、場合によってはお互い対面で会わなくても、画面越しで面接をするとか、そういうことはできるようになるんじゃないかなと思います。ただ、私たちが職場に通わなくていいっていうふうには、おそらく個人情報関係も含めて、ならないんじゃないかなと思います。お客さんとの接触はもしかすると変わってくるかもしれないですけど、私たちの仕事っていうのは基本的には人を相手にしているものなので、リモートでの対応はやるけど、自宅からリモートで仕事することはできないかなっていう感じもします。

お医者さんでもやっぱり触ってもらったり、実際見てもらって安心できる場所もあるので、私たちも、電話だけだとすごい不安になるっていうか、電話で連絡を取り合いながらも実際どうなのかなって会うことの方がお互い安心もできます。それに、情報としては会うことで知れる部分もあるので、そこは本当に大事にしなければならぬというか、そういう仕事なので、そういうのはなくならんじやないかなとは思いますが。

## ■コロナウイルス対策課ができるー二〇二二年二月

本市では二〇二一年の一二月にはコロナウイルス対策課という課が独立してできて、人数も増員して、コロナ全般をその課で対応をする形になりました。組織自体が変わって整ったっていうような形になりました。

コロナウイルス対策課に配属された私と一緒に業種の保健師は、今まで異動がないです。だからぶっ続けてやっています。コロナウイルスが蔓延し始めたとき、彼女は別の係にいたんです。ただその前の仕事が予防接種関係を中心にやっていたので、コロナワクチンが始まる時に作った係に配属をされて今までずっとです。その係が特出しになったのが、ダイヤモンド・プリンセス号の出来事があった年（二〇二〇年）の年度末で、年度が明けたところで、いよいよコロナワクチンに対応するため、保健業務とは関係のない市役所の本庁から係長職と一般の事務の方が二人配属されて、三人体制でスタートしました。三人でも業務が続いていたので、二人応援を本庁から頼んで、五人体制になりました。その人たちも自分たちの仕事はあるけれども何とか他のところに応援が出せるっていうところからの配属の方だったので、今度交代要員でまた二人入れ替わりで来て、その方たちが来てくれてそれでもなかなか回しきれないし、責任者がいた方がいいっていうところで、そのタイミングで課長が一人配属されて、令和四年の一月にコロナウイルス対策課ができたっていう流れでした。

その係って最初保健師が一人だったんで、保健師が本当に大変だっただろうなと思います。ある程度のことを知っているのも、当初は彼女だけだったので、すごい大変だっただろうなと思って。結局、何が大変かっていうのは、会場を作らなきゃならないっていうところももちろんそうなんですけど、従事するスタッフが多いことなんですよね。例えば、ドクターを輪番でお願いするのを各医師会だったりとか、例えば市立病院などの総合病院の方にお願いをしなければならぬっていうところもありますし、あとは、来てくださるお手伝いの職員、看護師さんとか、派遣の方たちのシフトを組まなきゃならなかったりとか、そういう細かい仕事が結局あるもんで

すから、それが大変だったと思います。それと合わせて市民の方に周知をしなければならぬので、その周知の原稿だったりとか案内文書を作成するとか、封入作業とか。直前になって国の方針が変わったりすると、それでまた修正して印刷し直して、本当にみんな総出で接種券を封入したりとかっていうようなこともやりました。なので本当に何かバタバタ。日によって何かいろんな事件が起こるみたいな、そんな状態でした。

ワクチン接種が次から次に一回目、二回目、三回目、四回目、今五回目まで来ているじゃないですか。ずっと途切れなくワクチン接種業務というのは、保健センターには重くのしかかっている感じがします。もともと早くに終わるんじゃないかと思っていたところ、接種回数が増えてきて、コロナウィルスの型も変わってきているのでなかなか終わらない。国の予定では九月か一〇月ぐらいで接種は終わるっていう予定になっていたんですが、延長延長になってきているので。今ようやく初回の接種を一月の何日までにしなないと三回目まで国の負担ではできないと言われているので、終わりは見えてきつつあるのかなと思いますけれど。周りで見ていても、ワクチン接種業務を直接担当しているコロナウィルス対策課の人たちは本当に大変だろうなと思って思います。

コロナウィルス対策課は、コロナワクチンのことだけではなくて、それ以外のコロナ関係の対応もやっています。一応三月までで終わるんじゃないかということにはなっているので、そこがとりあえずのゴールになるのかなとは思いますが。まだその後どういうふうにならぬにコロナウィルスっていうのを位置付けるのかっていうところはつきりは決まっていないうですが、おそらくこの大きな予防接種という取り組み自体は、終わりになるのかなっていう感じはしないうもないです。

## ■全庁からの応援

係で対応していたときは、同じ課の仲間にはなるもんですから、お互いを助け合いながらということもありませんし、予防接種の事務的なところなどは派遣さんをお願いをしてやっていたりということがありまし

た。でもコロナウイルス対策課ができてからは、課の人たちが外に出てしまうと、それ以外の事務の作業が止まってしまうので、全庁を挙げて、現場監督の役割をする管理者の人とか、取りまとめる役割の人を、それぞれ各課に応援を頼んで来ていただいたりということをするようになり、今もしてるような状態になってます。

市役所全庁に応援を頼んだので、教育もあれば土木もあれば……という感じでした。例えば課長級の人が一人来てくださって、あと係長とかそれ以下の人たちに、例えば一人ずつ応援を頼んで、順番に来ていただくっていうようなことをやっていました。一時期は、コロナワクチンの接種会場が市で持つてる会場だけでも三会場くらいあって、毎日どこかで接種をやっている形をとっていたときもありました。そうすると、三会場でそれぞれ応援の方を頼まなければならないので本当に、私たちの課とか部だけではちよつとやりおせなかつたんですね。そういうところに応援を頼んでやっていただいたりしていましたね。今もそんな形でやらせていただいている感じです。

## ■ワクチンの配送業務

課になったとしても、どんどんどんどん予防接種のやり方が変わったり、できる種類が増えたり、今までは集団接種のみだったけれども個別接種をやってくださる病院がちよつとずつ増えてきたので、そういうところへのワクチンの配送業務が入ってきました。本当にこまごましたことをやらなければならないっていうようなところもあるので、ワクチンの配送業務に関しては、保健センターの中でやってはいるんですけど、別の部署が請け負っていました。

いくつ欲しいよと依頼すると、国や県からワクチンがドンつておろされてくるんです。マイナス何度という特殊なフリーザーを購入して、そこにある程度ストックさせておいて、そこから各医療機関に配送をする準備をします。配送自体は配送業者さん。ヤマトさんとか、そういう業者さんに委託はしてるんですけど、どこの病院



に何個配送しなければならぬという準備は、結局職員がしなければならぬです。例えば、何とか医院が、Aのワクチンを何本欲しい、Bのワクチンを何本欲しいという情報がFAXで送られてきます。その本数を各病院宛てのフリーザーボックスにそれぞれ保冷剤を入れて、ワクチンを入れて配送するとか、あとは大きな接種会場の場合は、そこにフリーザーを置いておいて、そこから使うようにしたりしています。市から各医療機関に配送するというのは、たぶんこの行政さんも同じだと思います。

当然ですが、これまで保健センター業務の中でそんな仕事ってなかったですね。ワクチンを渡すっていうようなことはなかったもので、それこそどういうふうにそういったものを取りまとめるのかとか、どういう形でやっていくのかっていうのは、私は担当外なので詳しくは知らないですけど、おそらく医師会の先生とかそういった方とも協議を重ねてやっていると思います。手挙げをしてくださった病院さんに、どういうふうに配送するよつというご案内をしながら、今でも配送はしています。今まではなかった仕事なので、そういう仕事も増えましたね。その仕事自体は、一般の事務職とか臨時の職員の方が請け負ってやってくださったりしています。なので、そういった人材も増えたつていうところはありますかね。

#### ■県（保健所）との業務分担

私たちの地域は、中部保健所というところが管轄のエリアになるので、そこに住んでる方たちが発症した場合は、その人たちはその保健所で調査をしなければならないことになります。本当に各市町の保健師が応援に来ていたつていう感じでした。

ブロック単位で結束しないと対応できないつてことですよね。結局自分たちが担当している市民の方も聞き取りの対象になるものだから、応援につていうようなところもあったんだと思うんですけど。毎日足なかなか出て行くことが難しかったので、そういったときはこちらの市の事業を優先させていただいて、そうでなければ極力



応援に行くつていうような形で、どこの市町さんもそういう形で動いていらつしやったと思います。

県の保健所と、市の保健センターは役割が違うんです。元々、結核や新型インフルエンザなどの疫学調査などの調査が必要な感染症や、特殊な感染症に関しての取り扱い業務は、県の保健所が担うということになっていきます。それ以外の、例えば予防接種とかは、市の仕事になってきます。現状だと、難病の関係とか、お店の調理の関係とか、食中毒の関係が保健所の業務です。結核の調査は今もやってくださっているんですけど、患者さんも少ないし、結核自体はそこまですぐスピーディーに感染を拡大させるつていう病気でもないものですから、疫学調査つて言つてもそんなに慌ててやる必要がなかったものだったようなんです。

けれど、コロナの場合はスピード勝負なので、感染の元をいかに早く見つけて、そこから広がらないようにするかつていうところになってくるので、やり方がどうもかなり違ったみたいです。そこら辺がだいぶ変わったのと、結核になる人とコロナになる人とは、行動範囲も全然違つたりするし、所属している場所も違つたりするもんですから、そういう意味で拾い上げてくるのはすごく大変だったという話は伺いました。保健所は、今まではそういう仕事だったので、そこまで保健師が大勢配属されなくても何とか成り立っていたのが、コロナになって無理だつていう話になってしまったので、だいぶ県の体制も変わつてきているみたいです。保健師の数を増やしたり、そこら辺の対策つていうのがすごく大事だということがこの時代になってまた再認識されたのかなと思います。

予防接種に関しては、元々市の仕事ですが、主に疫学調査は本来は県の仕事だった部分をやらなきゃいけなくなつたというイメージです。あとは、今もそうなんですけど、本来であれば保健所に問い合わせをしていた方がいい陽性の相談とか病気の相談が、保健所の電話がつかないのので、市の保健センターにかけてくるつていう方もいらつしやいます。最初は本当に県の相談窓口一本だったんですけども、もうそれではやりおせないので、

県のホームページに各市町の相談窓口を出すようになったんです。本来に県と市が一体となってやらなければならない仕事というふうになってきているのかなと思います。県の仕事が回ってきたというのは、疫学調査の応援くらいかなとは思いますが。それ以外のことも、県もこれまでやっていなかった仕事をやらざるを得なくなっているようなところはきつとあるのかなとは思っています。

今までの業務の設定の中になかったものについては、基本的には国から市町村宛に通達が来るので、感覚的には、やらざるを得なくなるというところはあるのかもしれないと思います。県とどちらがその業務をやるのか譲り合うというよりは、ダイレクトに来てしまう。予防接種の関係に関しても、基本的には予防接種の基盤自体は各市町である程度責任を持って業務をやることになっているので。そこにプラス新型コロナウイルスの予防接種が入ってきたというような感覚です。県の仕事としては、例えば、国からこれくらいのワクチンが届きますという情報が県に来ると、県は市町村に「この中でどれぐらい欲しいか希望を出してください」と言って、市町が出した希望数を県が調整をして分配をするという仕事をしていたという感じですね。結局市民の情報を持っているのも私たちなので、それはやらざるを得ないだろうというところですね。

コロナになる前から、保健所の保健師の仕事と保健センターの保健師の仕事というのは割と分かれていました。例えば、市町での交流会や勉強会を県が取りまとめてくれたりとか、そういった情報をくださるのは県がやってはくださっていました。けれど、県の保健師さんが、例えば市に来て何か業務と一緒にやるとか、逆もしかりですけど、そういうことはほぼほぼなかったんですね。例えば新人の保健師が業務を見学するといった交流はあるんですけど、実際交換みたいな形で県に行くというようなことは、最近ほとんどなかったです。県の保健師さんが何をやっているかとか、市の保健師が何をやってるかっていうのは分かっているようだったぶん分かってないところがすごい多いんじゃないかなと思います。実際私たちも、県の保健師さんが何をやってくれるのかって

いうところが、なかなか分かりきれないところがあったりとかもするので。そういう状態じゃないかねと考  
えてる部分もあるんですけど、実際どこから手をつけていいかっていうところは悩ましいところであつたりと  
かするかなと思います。

日常的にはあまり意識をしていなかったのですが、災害になったときとか、今回のようなイレギュラーなことが起  
こったときにそういうひずみが起こりやすいというところはあるかなと思います。

### ■県内の保健所の体制

政令指定都市以外は保健所は県が設置しています。浜松市と静岡市は政令指定都市なので独立した保健所がそ  
れぞれありますけれど、他の市町は政令市ではないので、各圏域ごとで、伊豆方面、西部方面、東部方面という  
形で保健所が分散してる形になっています。市町で保健センターが設置されるようになったのはかなり前からだ  
と思います。私が仕事を始めるときには、保健所と保健センターという行政機関はあつたので。各行政区に保健  
センターなり、そういった健康管理をする部署は基本的には置いてあることが前提です。浜松市も静岡市も政令  
指定都市になる前は、中部地域の保健所に所属をしていました。

そういった意味では、保健所という機能があつて、そこから各市町にもそういった機能を持たせた方がいいと  
いうことになったのが保健センターのスタートだったんじゃないかなと思います。その後、だんだん保健所で持つ  
てた業務が市町に委譲されるようになってきたっていうような流れだったと思います。でもそれもあり前の話  
だと思います。

昔は子どもの健診も、三歳児健診は保健所がやっていた時代がありました。それが市町に業務委譲され、県の  
保健師さんの人数がだんだん少なくなってきたところもあるんじゃないかなと思います。

大規模な地震が起きた時に派遣される保健師の応援チームは、取りまとめを保健所がやると思うんです。熊本地

震（二〇一六年）のときもそうでしたし東日本大震災（二〇一一年）のときもそうだったんですけど、県から何人くらいをどれくらいの間で派遣してもらえないかっていう要請が市に来て、それにイエスかノーかでまず答えて、誰を派遣するかっていうところの調整が市で始まって動くと思います。なので、県の保健師ももちろん行くけど、市の保健師も行きます。必ず県の保健師さんは市町の保健師よりも長く滞在してやってくれたとは思いますが。静岡県チームみたいなところで、本来であれば二週間くらいの交代で変わっていくけど、県の保健師さんはもうちょっと長くいてくれるイメージが私の中ではあります。人数も少ないっていうのもあるのかもしれないですけど。

疫学調査だけは、県の手が足りなくて市町村が応援するっていう逆転の構図なんですけど、自分たちの市民の方の聞き取りっていうところもあるので、私たちもある程度責任を持ってやらなければいけないっていう思いはありました。そういうことを調査をしなければならいけないところにもみんな疑問を持ちながらも、行かざるを得ないっていうか、これだけ切迫していて、みんなも苦労しているから、私たちも何かやらなきゃいけないよねっていうところで、おそらく動いたんじゃないかなとは思っています。

### ■現在の状況

二〇二二年四月からは係が異動になったので、ちょっとの間でしたけど疫学調査に行ったり、ワクチンの接種会場の手伝いに行ったりということもさせていただきました。私はだいぶ体制が整ってから行かせてもらっていた立場なので、きつとやり始めのときは皆さん試行錯誤しながら混乱の中でやってたんだろうなっていうところは、すごく感じました。聞き取り調査についても、だいぶ簡単になってきたりということも聞いてたので、最初のうちにいろいろなことをやり始めた方たちがすごく大変だったんだろうなっていうふうに思いました。

### ■三年間の業務状況

コロナで職員がすごく増えました。人が増えて、密が良くないとか、直接話するのがよくないと言って、慌て

てパーティーションを買ったりというような混乱というか、消毒液がなくなったので消毒液を確保するのに奔走したりとかもしていました。

コロナウイルスの感染状況によつては、今はちよつと一息つけるかなつていう感じはしますが、この三年間、なんかずっと忙しい感じがします。感染者数が増えてくると電話での問い合わせ件数が本当に尋常じゃないくらい変わるんです。はやつてきてるなつていうのを電話の件数というか肌感で感じるつていうか。そういう感じなので、問い合わせがなくなると、その対応をしなくていい分、本来の仕事がちよつとやりやすくなる感覚はありますが、暇になつたなつて感じることはないですね。

でも、コロナウイルス対策課の方たちは毎日のように、夜の一時とか下手すると日付が変わるとかつていうところまで、そういうった調整をしなきゃならなかつたり。そういうことが本当に続いていたので、最近になつてようやく皆さんちよつと早めに帰れるようになつたかなつていう感じです。夏休みが取りにくいつていう状態も去年とかはあつたのですが、ここ最近になつて、予防接種もとらずに出せる対象の人たちの案内が今ちよつと終わつたので、気持ち的にはやれやれつていうところにやつとなりつつあるのかなとは思いますが、本当に激務だつたと思います。

二回目接種のときは、一回目の接種を受けた履歴情報を入力する専用のソフトがあるので、それで読み込んでいくのは業者をお願いをしていたんですけれど、そこでもちよつとトラブルがあつたりしました。読み込めなかつたり、はねられちゃう人がいたり、二重に入つてたりというようなトラブルが出てきて、その対応をしなきゃならないとか。本当に順調にいくことがまずなかつたつていうところは、大きかつたかなと思います。うまきいったねという達成感がなかなか得られないというか。気の毒に思うときもあつたし、だから手伝いをしたい気持ちもあるんだけど、結局何をどうやってるのが分からないと、どこに手を出したらいいかも分から

ないので、せめて封入をする仕事や、ちょっとした身の回りのことで、私たちのできることがあればというような形でやっていったなと思います。

### ■これまでの対応を振り返って

この三年間を振り返ってみると、あんまり覚えてないって言う大変ですけど、すごくこれが大変だったって言うのは、あんまりないですね。その時々が大変だったけど、それとはまた違う大変さが出てきたりという感じなので、比べられないっていう感じかなと思います。

周りに言わせると、先輩方とかは一〇〇年に一度あるかないかの出来事だからみたいなことを言われるんですけど、本当にその場に立つちゃうと、結局目の前のことをこなさなければならぬので。大変って言えば全部大変なんですけど、どれが大変って言われると答えられないっていう感じかもしれないです。

ダイヤモンド・プリンス号のことや、その前に中国で起こっていた頃から、「来たら嫌だな」と思いながら情報は知っていたので、ある意味ちよつと予測ができたっていうところはあるのかもしれないですね。突発的な災害だと、自分が当事者になるんですけど、今回の場合に関しては、自分が当事者っていうよりは、私は支援者の立場で関わるので何かまた違うのかなっていう感じはします。

自分がコロナに感染しちゃったりすると、また違うのかもしれないですけど、どちらかというと感染した人たちをいかに支えていくのかとか、その人たちが困らないようにやっていかなければならないっていうところが、どうしても先に立つので。そういう意味での苦労というか、どうにかこの状況をみんなで乗り越えなきゃっていうところになっていったのかなという感じはします。

みんなで工夫をし合いながら、できないことを乗り越えられたときの、達成感ではないけれど、何とか自分たちでやれたよねっていうところをモチベーションにしてやってきたのかなっていう感じがします。だから一

人ではもちろんできなかったと思うし、みんなで自分たちはどういうことをするべきかというところをまず考えて、それをしていく上でいかに市民の方が困らないようにとか、スムーズにことが進むようにしていくためには、それをどうしていくかを考えながら、業務を工夫したり、変えてつたりつていうことはしたのかなと思います。

今考えればそうせざるを得なかったつていうところはありました。文句を言ってる暇もないし、投げ出しちゃえば投げ出せるかもしれないけれど、でも投げ出せない状況ですよ。みんなも逃げ場がない状況だから、みんなやってくしかないつて思わないとやっていけないつていうのはあつたのかもしれないです。結局やらないと次の状況には行けないし。だからつて考えたときに、よりよい方向でやっていく方が絶対いいよねつていうふうに思いたかつたつていうのもあるのかもしれないです。

## ●消防本部救急隊の対応

エスノグラフィ―調査日時…二〇二三年五月二日

釜石市消防本部 Aさん, Bさん, Cさん, Dさん, Eさん, Fさん, Gさん

釜石市消防本部は釜石大槌地区を管轄しており、消防署が釜石と大槌にある。職員は日によって救急車に勤務したりポンプ車に勤務する。そのため、釜石署、大槌署共に救急救命士、救急隊などいわゆるグレーの服（救急車搭乗）以外の大半の職員も、救急業務でコロナに関する何らかの体験している。

大規模な消防組織では、消防と救急が完全分業になっていることもあるが、釜石市消防本部では、ポンプ隊と救助隊どちらも従事するため、その日のみの専属という乗り換え運用をしている。

Cさん 大きなところは一年かけて救急隊というのがほとんどなので、大きな消防局とか、東京消防庁などは多分完全分業だと思います。私たちは、多分、盛岡も、どちらかといえばその日の専属という感じだと思います。

Dさん こういう地方だと、やはり乗り換え運用が多いのかなという気はします。盛岡でも分署とか小さいところだと、ポンプ車と救急車どっちも乗らなければならないという運用方法も取り入れていると思います。



## ■物資不足が始まる―二〇二〇（令和二年）一月

Eさん 自分は救命士ではないのですが、二〇二〇年の年明けごろ、横浜にダイヤモンドプリンセス号が入って大騒ぎをしていたとき、消毒液とかそういう感染対策に使う物品が多分少なくなるのではないかというのを見越して、ちよつと多めにストックしたりしていました。

釜石でそういう準備を始めていて、自分は確かそのとき大槌で、消毒用アルコールがないとか、少なくなつてきたとか、注文しても入ってくるまでにちよつと時間がかかるよみたいな、業者さんからも物が入ってこないような状況が始まつてきたと思います。

年度末の二月、三月ぐらいですかね、物が入ってこないよみたいなことが聞こえてきたのは。注文するために業者さんに電話しても、「一カ月待ちです」とか、「二カ月待ちです」とか、「めどが立っていません」とかというような感じになつてきたあたりが、三月ぐらいだったかな。

Dさん 消防署としては、搬送件数とか、あとはコロナに対応するという対応方法とかは記録として残っていますが、あとは残していないですね。活動記録表というので、毎回活動した後に記録を残すのですが、それもやつたことを書くだけで、特に今後に生かすためにみたいな活用はしていません。

自分としては、ダイヤモンドプリンセス号で収束してくれないかなと思いましたが。ちよつとは広がると思つていたのですけれども、こんなに一気に全国的に広がるとは。

## ■志村けんさんのニュース―二〇二〇（令和二年）四月

Bさん 四月に志村けんさんが亡くなったというニュースを山登りしているときに聞いて、「えっ？」となつて、そこからすごく意識するようになりました。その当時も救急隊として救急車に乗っていたので、まだ岩手県にはウイルスが来ていないかもしれないけれども、来たら対応しなくてはいいけないのかなというような、心構えもし

ながらそういう感じはしていました。対応したときには家に帰れないのかなとか、もし感染したらとか、疑われたら、家にどうやって帰ろうか、どこかのホテルに泊まった方がいいのかなというところぐらいまでは当時は考えていました。

あとは、ニュースを見て、感染した人が飲み屋に行つて、そこで感染が拡大していったとか、そういうニュースを見ながら、ちょっと怖いなと、やはり亡くなってしまうので怖いなと感じていました。

Cさん そのときには、帰ってきたら救急車は一時間消毒しろとか、開放しろとか、あと救急隊は風呂に入つてその間はあるなとかというの、ちゃんと計画は決まっていました。実際は、まだ釜石で流行る前の話でしたので、ちゃんとそこまで定着していませんでしたね。

#### ■コロナ感染者一件目を搬送―二〇二〇（令和二）年四月一日

Cさん 私は釜石でコロナの一件目を搬送したのですよ。しかも、それは保健所が絡む移送とかではなくて、普通にけがをした人に救急要請されて行つて、実際に運んでみたらコロナでしたというパターンでした。そのときは一応、「通常救急も感染防護はしっかりしていこうね」という話はしてはいたのですが正直そこまで浸透してなくて、しっかりと感染防護していたのは私だけで、他の隊員二人はあまりそこまでシビアに感染防護していませんでした。

私は隊長だったのですが、そのときは失敗したなと思いましたね。いつ感染者の搬送が来るか分からないという状況ではあったのですが、正直、私は隊長として少し樂觀視していた部分はありますね。そこから反省して、次からはちゃんとやろうという感じにはなったのですけれども。

Dさん その一件目の搬送が令和三年の四月一日です。二〇二〇年の最初の方は、特にうちの管内では出ていなかったんです。

Eさん PPE（個人防護具）の着脱訓練とか、そういうのはやっていましたのですね。やっていただけたけれども実際本番のときには、やはり緊張するとか、大丈夫かな、大丈夫かなというような、本当に大丈夫？ みたいな感じはありました。

Dさん Cが一件目に行ったのが結構インパクトが強く、コロナだと分からない状況で行って、確か自転車で転んだとかというので、「え？ そこでもコロナがあるんだ」という衝撃を受けました。

Cさん 自転車で転んだのは本場で、多分、コロナに感染して高熱でふらふらしたから転んだんです。その人が結局ちゃんとした情報をしゃべらなかったで、病院に着くまでコロナの感染者だと分からなかったんです。

膝をけがして、私たちは最初高熱という情報は一切なかったで、膝の方をメインで話を進めていたら、随分熱があるなという感じで、情報は取りにいったのですが、そこではしゃべらなかったで、熱もありつつ、けがもしているから普通に病院に搬送するよという感じになりました。ただ、そのとき病院はもうそういう熱発の患者に対しては抗原検査だったりをするようにしていたので、搬送した先の病院で検査して、したらコロナだねとなって、そこから情報収集したら初めてしゃべったという形です。

結局、仙台から来た息子さんたちと暮らしていたのですけれども、そういった情報も一切しゃべってくれなかったで、奥さんも熱を出しているというのも一切しゃべってくれなかったで、本人だけは体温測定したので四〇℃あるというのは分かったのですけれども、そういった情報が、接触した段階からあれば、もう少し対応が違ったのですが、それは病院に着いてからしゃべったことだったので、私の印象としては誰も信じられないと。後に気付いても、とにかく自分を守るのは自分で何とかするしかないと思って、活動しましたね。

最初の頃は何かそういうのをしゃべりづらい雰囲気はあったかもしれないですね。どこからもらってきたのだというのを随分調べていましたから。

ただ、救急車を呼んだ以上はしゃべってほしかったんですけど。

### ■釜石でコロナがやり始めた頃

Dさん コロナが流行り始めた頃も、基本的にはみんな自宅に帰っていました。計画にも書いてあるのですけれども、感染防御をしっかりとしていれば濃厚接触者にはならないというので、終わったら普通業務という形で。なので、ホテルとかそういう話は聞いたことがないですね。

Fさん 最初の頃、本当に流行り始めてわれわれが出動し始めの頃は、発熱となった時点でまず警戒していたという記憶があるのですけれども、PCR検査を病院で行って結果が出るまでに結構時間がかかったのです。三時間とか四時間とか待たなくてはいけなくて。最初の頃は抗原検査よりもPCR検査を優先してやっていた記憶があるのですが、その間、自主的にといいますか、その隊の救急に出た人たちは他の職員と接触しないように別の部屋に待機していて、それで陰性と結果が出たら部屋から出てくるということをやっていました。

その間に家族に連絡して、「発熱の患者を運んで、コロナかもしれないから陰性とわかるまでは帰れません」と言ったりしていました。陰性となったけれども怖いと言って、自宅に帰らない方もいたような気がします。自主的に帰らないで、ちよつと様子を見ましたという人もいました。それはもうちゃんとした決まりが、国とか、消防署とか、市で決まる前の、本当に最初の頃はそんな感じだったと思います。

Cさん 特にそういう決まりではないのだけれども、自分で決めてという感じですね。

### ■感染者移送時の混乱

Cさん ほとんどが保健所が絡む移送だったのですが、やはりそこでもうまくいかないことが結構ありました。移送は本来、保健所から依頼が来て、「この病院に運んでください」という形で、われわれがその間をつなぐような役割ではあるのですが、あまり病院もちゃんと決まっていないうし、患者さんの状態もよく分からないし、

取りあえず行つてちょうだいみたいな感じで行くことが多々あるので、そこは困りましたね。ちゃんとした決まり事があるはずなのにそのとおりいかないということが現場サイドでは結構あつて、それでもやるしかないののでやつてはきたのですが。

今回のコロナの前に確かエボラ出血熱への対応があつて、様々な決め事が決まってきたとは思いますが、実際、エボラが日本で流行つたわけでもないし、実際に運用したのは今回のコロナが初めてだと思います。この反省を生かしていかないと、次の別の感染症のときにまた同じことが起きるかなとは思っています。

一応、保健所さん的には呼吸管理が必要な患者さんは消防署でお願いしますねという約束事ではあるのですが、もうそういうのは一切無視で、コロナだったら消防署という感じで全てが流れてきてしまっていました。ではそのルールを決めればよかったと思うのですが、決まり事が最初からうまくいっていませんでした。私は受けていたのですが、実際そういう会議にわれわれ末端は入るわけではないですし、上の方々に決まるものなので、もうやるしかないかなという感じでした。

Dさん 保健所からの要請による移送に関しては、保健所が病院を決めてくれるので、移送先には基本的に困らないのですが。

Cさん 私の場合は決まっていなかったです。

Dさん そういうこともあるんです。基本的には決めるのが大前提なのですけれども。私はその調べをしたことがあるのですが、コロナで現場滞在時間が極端に延びたとか、受け入れ回数が増えたとかという事案は、釜石はないです。コロナとは関係ないところでそういうことはたまに起きていますが、コロナでは特になかったです。

#### ■感染症対策のルール（国や保健所の対応）

Cさん 私たちが使用していたPPE（個人防護具）は全身のつなぎ型なので、基本的に肌が出るところはな

いタイプのものです。

着るのは一人でできます。脱ぐのはちょっと手伝ってもらいながら、消毒とかの作業があるので、基本的には監視してもらいながら一人で何とかやっていくという感じです。

最初は保健所から指導がありました。コロナが流行る前から感染症の講義みたいなものが年に一回ぐらいずつとあって、そのときにPPE（個人防護具）の着脱訓練というのが実際にありました。全員が行っているわけではないので、何人か決められた人間だけが行って勉強して、帰ってきてこっちでフィードバックするというぐらいでした。

Eさん 感染症対策に必要な特殊な資機材とか防護具は、全部ではないですが、保健所から事前に渡されています。

Cさん 移送となれば保健所。そうではない、何かよく分からないコロナのときは自分たち持ちみたいな感じですか。  
Dさん 今回はコロナ予算みたいな予算が付きまして、それで市役所が大量に感染防護の資機材を購入していました。

市から予算が付いて、それで賄うものもあるのですが、消防本部は保健所と協定を結んでいまして、それに伴って資機材が保健所から来たりとか、保健所主催の感染防護の着衣脱着訓練とかをやっております、その移送に関しても保健所との協定で行っているという形になります。

保健所なので、県との協定ということになりますね。その協定は見ていたのですが、実際やるのは初めてだったので、やはりうまくいかないところもあって、協定では救急車の消毒なども保健所の方が来てやってくれると書いてあったのですけれども、実際は自分たちがやっている状態でした。でも、保健所の方も結構大変だったのかなと。

救急車を保健所の方が消毒できないことはないと思いますが、すぐやれるかと言われたら、多分、できないと思います。やったこともほとんどないと思うので。

消毒方法は、基本的には拭きます。養生テープを取って捨てたりとか、あとは清拭して。今だとオゾンで消毒しています。総務省消防庁から、こういうふうにしてくださいと通知が来るので、資機材的には困ったりしたというのは特にありませんでしたね。

総務省から来る感染防御マニュアルは、結構写真が付いていたりして、参考例みたいな感じで比較的具体的だったと思います。迷うことなくできました。

Cさん 総務省から来たマニュアルと自分たちが作っているマニュアルで若干違う部分があるので、どうしたらいいかというのはありました。実際、国では全身つなぎの防護服、タイベックというものは使わなくていいよというふうになっていたのですが、うちの方は移送は全てタイベックでいくというふうになってしまっていたので、どっちなのというのはあったのですが、自分たちで決めた方が優先なので、常にそっちでいくというでした。

Dさん 個人的にはですけれども、職員の誰かが最初にコロナ感染して、ちょっと気持ちが悪くなったというのはありますね。救急でもし感染したとしても、ちょっと気が楽になりましたね。

Cさん 消防署の中でも、感染者一発目にはなりたくないというのはありました。

Eさん 帰ってきて消毒をした布とか、脱いだ防護服とか、そういった廃棄物は、ミッペールという密閉になる医療用廃棄ボックスに捨てて、それを医療廃棄物の清掃業者さんが回収していました。通常から基本的には清掃事業所に委託しています。

移送とか保健所絡みの場合は、全部保健所が回収するという形で完全に分けていました。

Cさん そもそも移送の場合は物が違うんです。ミッペールという私たちが使っているごみ箱と比べると、保健

所さんから来るごみ箱は割とでかいものなので、出勤と一緒にそのごみ箱も積んでいきます。

病院に到着したら、そのごみ箱に脱いで、あとは密閉して、その頃には保健所さんたちも病院には着いているので、「では、これお願いします」と言つて渡して、新しいものが来るときもあれば、では物は後からというときもありました。

Dさん 保健所からは使つた分は支給されるということになっていましたので、移送だとなつたら保健所からもらつた資機材を持つていつて、使つた分もらうという形です。

Cさん 当時の保健所にはそんな業務もあつたので、「やはり搬送も保健所でやってください」と言うのはちょっと酷かなという感じは実際あるし、「消毒もやってください」というのも多分無理だと思うので、決まり事ではなくなつていたとしても、われわれは普通にやつてきたという感じですね。

保健所の職員は何となく女性が多いイメージはありますけれども、実際にどれぐらいいるのかは分からないですね。

Fさん 資機材を持つてきたり、回収したりするのは男の方が多かった。女の人は見たことがないですね。

Cさん 消防本部の職員は、ワクチンは三回目までは全員受けています。最初の頃は優先的に。今もそうですね。六回目からは結局医療従事者枠なので。

Dさん 三回までが全員、強制ではないのですが、受けてくださいという形で受けさせて、四回目からは受けた人はどうぞみたいなスタイルになりました。一般の人と同じですね。

Fさん 未知のウイルスが出たとなつて、海外製のワクチンができて、「皆さん、感染防止のために接種してください」と言われて、よく分からないワクチンを自分たち職員全員が最初のうちに何回か打つて、みんな発熱して休んで、本当にこのワクチンは大丈夫なのかという思いがありました。一回目、二回目のワクチンのときは疑



間視があつて、私は東京に半年間行く研修がありまして、それに行く前に三回目まで打ってから行けと言われて行きました。三回目を打ったのは三月ぐらいで、四月から研修に行つたのですけれども、結局五月ぐらいにコロナに感染して、あれだけワクチンを打つたのに効かないではないかという感じだったのですよ。

私は無症状だったのですよ。でも研修期間一四日間隔離されて、本当に缶詰で、誰とも会わない、誰ともしやべらない状態ですつという感じで、何か精神がおかしくなりそうな感じを体験しました。もちろん個人の考えで打つことなので、別に打っている人を否定するとかそういうことではなくて、私個人的にはちよつと疑問符があつて、私の個人的な意思で子供にも打たせていないですし、妻はワクチンを接種していたのですがコロナにかかりまして、四回か五回接種したのですけれどもかかりまして、ワクチンって何なのだろうなというふうに思つた印象が強いです。

私の同期で、病院でコロナウイルスのワクチンの後遺症ですというふうに診断されたという方が一人いまして、その人はいまだに体調が悪くて出勤できなかつたりということもあるので、感染症予防のために打っているワクチンですつと苦しんでいる人もいます。全国的にはもつといっぱいいるでしょうし、コロナになつて苦しんでいる人たちもいるでしょうし、コロナになつた方がいいのか、ワクチンを接種した方がいいのか、どつちなのだろうなというような感じで、ワクチンの必要性について疑問符を持ちました。

Dさん 消防署はリモートワークは一切ありませんでした。

Fさん 時差出勤はありました。日勤の方、本部の方の時差出勤というのは市の方から認めるような話が出て、時差出勤されている方もいました。当直はなかつたと思います。時差出勤もリモートワークも。

#### ■出勤時のジレンマとストレス

Cさん 家族みんながコロナで、子供が救急要請されて、意識がないという比較的緊急度の高い要請内容だった

ときに、PPE（個人防護具）を着るのに一〇分ぐらいかかるので、出勤がその分遅れてしまうのです。ですけど、私たちの決まり事ではコロナはPPEを着るとなっていたから、着たんですよ。そしたら、上の方から、「いや、それは急ぐべきだから、着なくて行けよ」ということがありました。なぜそんなこと言うのかなと、決まっていることはちゃんとやった方がいいのになと私は思いました。確かに本部が言うのも分かるのですけれども、派遣する救急隊員自身の安全確保のためには絶対に着ておかなければということもありますよね。そういうジレンマみたいなものは若干抱えながらやっていました。

Dさん 私が隊長で行ったのですが、結果的には熱性けいれんで、私たちが行ったときにはもうけいれんも収まって、意識も回復していました。ただ、出場するまで一〇分以上かかってしまったのでそれを結構言われて、通信が言うには、国の決まりではもうつなぎを着なくてもいいでしょうと。けど、うちの決まりではつなぎを着てから出ましようねとなっていたので、何かちよつと板挟みという状態でした。

感染源なので、一回着て出場したらもう脱いでしまいます。結構配慮していただいて、一回行ったら次は違う隊員が行ってくれたりとかしていました。結構ストレスが強くて。家族にうつしたらどうしようとか、そういうメンタル的なストレスもありましたし、活動するのもやはり全身が密閉されているというストレスもありました。なので、一回出場することで結構な体力を使うのです。それを分かっていたら、隊を代わって出てもらったのですけれども。一日二回連続というのもありましたね。

Cさん 普通の救急は、平均が約三〜四件です。

Eさん 当番の人数は、車両がポンプ車、ポンプ車、ポンプ車、救急車という四台で一当番なのですが、グレーの服を着ている救急隊は基本一隊です。その一隊が出場中は、別のポンプ隊というのが救急出場をします。です。ので、最大三台までですね。それで通常、救急隊は一日四〜五件、平均で言ってしまうと三〜四件です。

Cさん ないときはないし、あるときはあるしというような。ないときの方が多いのですけれども。

Dさん 出場の連絡が来て、すぐく心身ともに疲弊するつなぎを着込んで出場して、戻って、脱いで、それで報告書を書きます。そのルーティーンで業務が完了するまで二〜三時間くらいかかります。

Cさん あとは場所によりますね。その出場の場所が遠ければ隊の活動時間自体が延びますので。近かったとしても二〜三時間かなとは思いますが。コロナ対応ではない普通の救急出動だと一〜二時間程度。

Dさん 搬送先の病院にも行って待っているのですけれども、管内の救急で、あまり遠方でなければ、一時間ぐらいでは。遠いところでも二時間。内陸の方向に行ってしまうと四時間かかります。コロナで行くと普通の倍から三倍ぐらいかかる感じですね。

Cさん 実際のところ多分分らないですが、結局、仕事でコロナに感染してしまった人はいないのではないですかね。大騒ぎになったりはしていません。

Dさん 搬送した後、発熱したという事例も聞いていません。

#### ■クラスター（集団感染）情報が分からない

Eさん 緊急事態宣言は、岩手だと二回ぐらい発令されたかなと思います。

Cさん 大槌は感染者の波がありましたね。

Dさん 市内でクラスターが出ると、心構えといいますか。クラスターは、学校も、福祉施設も、いろいろなところで発生しましたね。

Cさん 印象では福祉施設が多いですけれども、実際どうだったかなというところですね。

Eさん 飲み屋さんでは一人でも出なかったんじゃない？ろくに人も出ていないから。

Fさん どこでクラスターだというのが公表されていないのですね。「学校、施設で」とかという感じなので、学校、

施設一みたいな感じで。どこでクラスターが出たかというのはうわさで聞くという感じでした。

福祉施設などの場合は、実際その施設に搬送するではないですか。私は同じ施設に何回も行ったことがあるので、ああ、ここでクラスターが出ているのだというのはそれで分かるのですけれども。クラスターを知っているのは保健所だけで、私たちは全然分かりませんでした。

Cさん そうです。教えてもらえませんでした。

Fさん そうですね。いっぱい出ているからと保健所から来るときもありました。

「ちよつとここで流行っているので、多分、移送が増えると思います。よろしくお願いします」みたいな連絡が来て、実際、毎日その施設から、一日一回、二回とコロナの患者さんを搬送したりとかというのはありました。

搬送先は市内で収まらないときもありました。私はそれで大船渡に行ったりしたことがありましたし。病院の病床の状況によつて場所が変わるので。市内だけで収まっていなと思いますけれども、データでは見ていません。Eさん インターネットで、非公表で発表している岩手県のコロナ情報みたいなサイトがあったのですね。それはしよつちゅう見ていました。あれ、釜石で感染者が出たとか、どこそこなんだという情報が載っているものを、こういうのをちゃんと作る人もいるのだなと思いました。

Dさん あれは非公表です。会社の公表した情報だけをがっつと集めて一つのサイトで掲示しているところがあった、すごくそれは正確でしたね。

Fさん イオンとかでは、このイオンの中のどここの店舗さんでコロナ感染者が出ましたというのを公表しているところもありましたが、公表していいところもあつたので、どうやって調べるのかなと思っていました。

Dさん 多分、公表していいのは公表していい。公表したものだけを集めて一つにまとめているというサイトだったのだ。

Eさん 誰がやっているのかは分かりですけど、そういうのを見れば、感染者が出ているのかなかがわかりました。市内で発生すれば、うわさでは、どこそこで感染者が出たぞみたいな感じは伝わってきましたが、保健所からは連絡が来るときと来ないときがあつて、今日は何人とか、市内で何人出ましたみたいなのが来た記憶はないですね。保健所からの情報共有はあつた方がよかつたですね。

Cさん 公式の管内の人数は、最初は市と県でそれぞれやっていて、市からLINEでも来ていましたが、途中で県に統合されました。

Fさん 人数などはその日のものは分かつたのですが、クラスターの情報とかはわかりませんでしたね。

Cさん しかも、大体公表されるのは、集計したのが前日から前々日のもので、リアルタイムではないので、今どうなっているかは正直分からなかつた状況です。

#### ■すべて初めてのこと

Eさん みんな初めてのことで、通常と全然違うからちょっと戸惑つたこととしては、-googleが曇りやすいなということがありました。曇り止めを塗つたとしても、曇り止めで何か見づらいなとか。

Dさん 通常の感染症対策でも-googleは着けますが、コロナの対応で使っていたものは穴が開いていないのですね。そういうものだとかマスクの関係ですぐ曇つてしまつて。

Eさん あと、移送とかコロナ対応のときは、接触しないようにということ、機関員はずっと乗りっぱなしで、降りないというルールでしたよね。機関員は降りない、出ない、触らないという。

Dさん 何が大変かといつたら、元々三人で活動するようにできている救急隊が、実際二人で活動しなければいけなくなつたので、それが大変でしたね。国からのマニュアルでは来ていないので、多分独自だと思います。患者搬送が二人というのはちょっと痛いんですね。安全に速やかに乗せて降ろしてというのは、一番重要な部分

なので。

このやり方は一長一短だと思います。患者を搬送するのをいつも三人でやっているのを二人でやらなければいけないかったりというデメリットもありますし、終わった後の消毒とかも機関員が資機材を準備してくれたりとか、脱ぐときも手伝ってくれたりとかして、あまり接触していない人が手伝ってくれるというメリットもありますし、お勧めできるかどうかは、ちょっと分からないですね。

どうしても人手が必要な場合は、ポンプ隊の人にも来てもらってやりましょうという話にはなっていたのですが、事例がないので、多分出ていないのではないのでしょうか。

Gさん 自分もコロナ搬送で現場に行くとなったときに、控えではなくて隊員で行くことが多くて、通常の救急現場ですと三人で搬送するところを二人でやるとか、あと家族の人に手伝ってもらってということが多かったのだ、力が必要というのでそこがちょっと大変だったなと思いました。

コロナで搬送や移送される方の中には歩いてくる人もいますし、ストレッチャーに乗せなければいけないような人もいます。

Fさん 最初の話ですが、不織布マスクが手に入らなくて困ったこともありました。消防署でも定期的に買っているのですが、みんな出場するときには消防署にある普通の不織布マスクを着用して出勤していたのですが、出場が増えたりマスクを使うことが多くなったりして、注文してもなかなか届かないとか、世の中の事情に合わせて来ないということがあつて、消防署でマスクが足りない、消毒液などがないというふうになったことが不便というか、なくなったらどうしようかなというのもありました。

途中からN95マスクで対応しなさいというので、資機材を買う予算が付いて買えるようになってから安全に供給できるようになりましたが、最初の頃はそういうのがまだなかったので、N95マスクにしても普通のマス

クにしても足りない、なくなったらどうしようかな、不便だなと感じたことはありません。

Eさん 通常のマスクなどの資機材は、普段から単価契約で医療機器取り扱い業者と契約をしていますが、それでも「ない」と言われました。

Gさん 難病の方でかかりつけの病院が内陸にある病院で、搬送までに四時間ぐらいかかったことがあるのですが、その間もずっとPPEを着ているのですごく暑くて。水分を取らないで行ったので、脱水症になるのではないかと思うぐらい体調が悪くなったことがあります。

あとはコロナが流行ってから毎朝皆さん検温するようになって、自分は一人暮らしなのでいいのですが、家族がいる人とか、子供が熱が出たとなればその方は自宅待機で、PCR検査をして陰性だったら出勤みたいな形だったので、それが何人も出たりとかすると業務にちよつと影響が出るといのがありましたね。コロナのワクチンを打った後、ワクチンの副作用で熱が出て人が足りなくなったりということがありました。

Eさん 休みの日は代わりに当番とかでやっていたので、人員の確保はぎりぎりできていたのですが、同時に休んだのは、多分二人、三人ぐらい。

Fさん 班関係なくというのであれば、結構いたのではないですか。

Eさん そこまでちよつと把握してなかったですね。でも、それなりの数が自宅待機になって出てこれなくなっていましたということは結構ありました。

Dさん 常に誰か自宅待機みたいなときもありましたね。勤務中に、娘が陽性になりました。濃厚接触者になったので帰りますというパターンはありましたね。

#### ■印象に残っている移送

Bさん 私は四件ぐらい移送で搬送しているのですが、印象にあるのは、施設からの移送なのですから、ス

プーンをかみ砕いて飲み込んだという方がいました。

発熱があつて、コロナ陽性だと診断されている患者さんが、施設内でヨーグルトとかに付いているプラスチックスのスプーンをかみ砕いて飲んだという通報で、急がなくてはいけない救急で行ったのですが、口腔内はクリーンでしたし、私たちはタイベックで出勤して移送の体制を整えながら行きましたけれども、飲み込んだものは見つからなくて、本当に飲み込んだかどうかというのはちよつと分からない状態でした。

最初は窒息か何かかなというふうに考えながら行つたのですけれども、そこまで重症ではなかった。病院の方でも飲み込んだというのですごくびつくりしていました。搬送先でも破片は見つからなかったですが、先がないスプーンの持つ方は見つかつて。「これです」と言われたのですけれども、そこまで重症ではなかったですね。

その方は陽性が診断された後、コロナで入院できなかったのか、施設に返されたんですね。

#### ■通常業務へのコロナの影響

Cさん 新型コロナ感染症の影響を、もろに業務の中で受けていたなというのは、県内で感染症が出てきたあたりからですね。

Eさん 救急係で言えば救命講習とかを開催しないというのはありましたね。いつからかは覚えていませんね。

Cさん 各種講習は、防火管理者とかの立ち入り検査もありました。消防用設備が各対象の建物に付いているのですけれども、それを点検させるにしても点検業者が入らなければいけないのですが、そういうのも嫌だということ、事業者さん側から点検業者に入ってほしくない。だから、点検報告書は出せないということもありました。本当は、一年に一回の報告とか、三年の一回の報告と決まっているのですけれども、国から柔軟に対応してくださいと言われていたので、仮に出てこなかったとしても早めにお願ひしますねという程度でこっちは済ませていました。



Dさん 緊急事態宣言は出ようが出まいが救急活動は特に大きく変わってはいないですね。コロナ対応はコロナ対応という形でしたので、大きく変わったりはしていません。

Cさん 基本的には業務上は特に影響は受けなかったですね。

Eさん 今までどこかのホテルでやっている学術講演会というのは、非番出勤とかで行ったりして聞いていたのですけれども、今は、Zoomで当番勤務していてもどこでも見られるような状況なので、そういうのは良かったと思います。

消防署はコロナ対応で臨時の職員を雇うということはなく、全部正規の職員たちで対応しました。

#### ■家族への影響

Cさん 釜石市消防本部では、みんながコロナ関係の出場をしていたので、特に差別があるとか、そういうことはなかったと思います。

Dさん 最初の方は特に家族への影響が心配でしたね。

Fさん 家族の対応はそれぞれ皆さん異なるというか、どうするかは個人に任されていたといった感じでした。

Dさん 私はコロナ患者の一件目を搬送しときに、自分が住んでいるアパートの近くが実家なので、実家に帰ることも考えたのです。けれども、実家の方がどちらかと言えば高齢だし、そっちにうつして死なれるよりかは、まだ自分の家の方がいいかなというので、結局は実家には帰らず普通に自分の家に帰りました。

子供たちも小学生なのでまあうつたとしても大丈夫だろうというつもりで帰りました。その方が自分も家族と会えるので、気持ち的に楽になったので良かったかなと思っています。それ以降も、コロナ患者を搬送したとしても、どこか別なところに帰るという考えはもうなかったですね。

Cさん 医療関係者のお子さんは学校とかでいじめにあったりとか、いろいろなことを言われたりとかというの

も報道でやっていたりしましたが、うちはなかったですね。

Dさん うちもありません。

Cさん 子供の学校が休みになったので、高校生はオンライン学習をしていました。

Eさん 小中学校はオンライン学習はなかったかな。

Dさん 消防職員で感染する方は、業務中というよりは、結構、学校の運動部とかクラブ活動で子供が感染して、そこから消防職員がもらったというケースが多かったイメージがあります。

Fさん 私はその当時小さい子供がいたのですが、粉ミルクがないとか、全然関係ないではないかと思ったのですが、紙おむつもないとか、お尻拭きがないだとかということがありました。ウンチしたらお尻をお湯で洗わなければいけないのだとか、そういう感じでした。

Aさん 私はコロナの救急要請に出場したのは多分一〇件もないと思うのですが、救急隊はやはり不特定多数のところに行くので、もし自分が感染していて無症状でも、救急で行った先でうつしてしまうのではないかと、そういうのは結構過敏になっていました。だからもちろん自分たちの行動制限もかなりかけましたし、家族も、子供とかがどこかに遊びにいくと言つても駄目だと言ったり、あと、親戚や兄弟がこっちに帰省してくるといふときも、「いや、ちょっとNGだな」と言つてうちに泊めずに、近くのホテルに泊めたりしました。

そういう制限を、自分たちとか周りの人にもかけていました。でも、自分も去年の一月にコロナにかかって、それからもう一気に壁がなくなつたというか。それまではそういう自主規制をかけていましたね。今思うと、そこまで過敏にならなくてもよかったのかなという気持ちもあります。当時はほぼ皆さんがそういう考えなのではないかなと私は思いました。

Eさん 自分の家族も、嫁も子供もコロナにかかったのですよ。陽性が判明する前に、普通に対面で食事をした

りしていても、私だけうつらなかつたのです。ワクチンを打っているからなのかどうなのか分からないですけれども、意外と感染しなかつたなと個人的には思いました。家族と同じ空間に一緒にいて、食事したりしていても感染しなかつたというような印象があります。やはりよく分からないウィルスですね。

Fさん　うちの娘もコロナに感染したのですよ。娘は病院ではなく、近くの薬局で検査してもらって陽性となつて、あとは自宅で療養していました。医者には行かなかつたんですね。

#### ■移送が落ちていくー二〇二三（令和四）年一、三月頃

Dさん　今は、タイベックは基本的に移送でなければ着ていません。発熱と言われても、もう着ていないです。あとは隊長判断というか、やはり必要だなというのであれば着たりすることはあるのですけれども、ほとんど着ていないことの方が多いと思います。普通の感染防護策で出るといふ形の方が多いですね。

流行つていた頃は、ブルーの上下セパレートタイプのデイスボガウンといって、使ったら捨てるものを使っていました。最近ではデイスボではなく、捨てないタイプのカップミたいな格好いいものを本部で購入して支給されたので、救命士はそれを着ている人の方が多いです。コロナが落ちて着いたからそれを着始めたと言われるような気がします。実際にコロナになつてしまえば、多分、それを捨てることはないとは思いますが消毒が必要になるので。いつ頃なのですかね。冬だね。

Fさん　今年（二〇二三年）の一月ぐらいまでは移送があつた気がしますので、二月か三月ぐらいではなかつたかと思えます。

Cさん　その頃、感染症も岩手県で少なくなつてきていたのです。

Dさん　今年（二〇二三年）の五月七日をもつて保健所の移送は終わりますという連絡がありました。九月末までは資機材はもらえるということでした。

## ■保健所による対応の違い

Dさん 消防本部によって、あと保健所によってかなり対応が違うというのも実際に聞いています。他の本部さんでは移送なんかしていないというところも実際あるので、釜石が特別というわけではなくて、他のところではまた違う動きになっているというのものもあるのだなと思います。決め事はしっかりしているのですが、移送なんかしたことないという本部も実際あります。どこかは思い出せないのですけれども。

保健所から頼まれなかったということなのかもしれないですね。恐らく、保健所自ら移送したのではないですかね。

釜石でも、基本的には保健所が感染症には全部対応してくれることになっていますが、協定で、手が回らなくなったら消防が出場するということになっています。

## ■都市部の救急隊との違い

Dさん 搬送先がなかなか決まらないという話をニュースなどで見ますが、意外と都会の方が医療機関が多いので、選定する数が多いので、難しいと思います。

逆に断られやすいんですよ。簡単に、他にもあるからうちは無理と断ってくるので。うちは救急指定病院が岩手県立釜石病院とせいてつ記念病院の二つしかないのですが、どっちかが駄目ならもうどっちかに頼むしかないという感じなのです。それは多分、医療機関でも分かっているもので、取ってくれるということが多いかなと思います。

Eさん どっちも断られたら一回戻ると、「では、分かりました。受けます」と言ってくれます。

Cさん そう。しょっちゅうありますね。

Dさん そうやって考えれば、都会の救急隊に比べれば逆に楽だと思います。それは通常の救急業務でも同じですね。

どっちなかで「駄目」と言われれば、「こっちに駄目と言われたのでどうしても、どうにか受けてもらえませんか」みたいな形で受け入れてもらいます。選択肢が少ないことを医療機関も分かっているのです、「そっちの病院に断られたなら、じゃあまあ受け入れますよ」みたいな感じですよ。消防管轄区域内の救急指定病院の数に左右されますよね。

Cさん コロナの患者さんを運んだときに、たまになのですが、ちょっとコロナの検査をするので受け入れ不可ですというときはあるにはありました。例えば県立釜石病院さんが受け入れたので、この後の救急はちょっと受け入れられませんかというときはあったのですが、幸いにもそのとき救急はなかったもので、誰かが本来行くべき病院に行けなかったとかということとはなかったはずですよ。

Eさん 釜石管轄で三台救急車があるので、例えば一台消毒して二台で運用していますというときに、二台とも出てしまったときは、その次に大槌消防署の方から出てもらったりするので、救急要請が入ったのだけでも救急車両が間に合わないとか不足ということも起きなかったです。消防本部内でのやりくりで何とかなっていましたね。

### ■コロナ禍の経験によるデジタル化

Cさん 今、消防の予防業務でもコロナを逆に生かして、防火管理などの研修や、申請なども、デジタル化が進んでいたりしますが、釜石消防署は追い付いていないんです。まだ電子化まではいってなくて、やろうかなという段階で、今まだ上の方で検討中という感じですね。

一応、やろうとしているのは、全ての届け出です。今はまだその最初の段階で、防火管理者の選解任とか、消防計画とか、まずその二つを取りあえずやってみようかとなっているのですけれども、実際出されてその書類を受け付けて、もしそれに指摘事項があって返したときに、また今度新たに起きなくてはいいけないというシステム

になっていて、そこをうまくやるにはどうするかというのを今、話し合っている状態なので、まだ運用まではしていないです。メールでのやりとりも実際まだやっていないので、基本は金石市のシステムに入っていくような感じで今やろうとはしています。

### ■これまでの対応を振り返って

Cさん 私としては、最初に決めた決め事と、実際それを経験して、どういったことが良かった、悪かったというフィードバックを、保健所とやるべきだと思うのですよね。

まず当事者たちでやって、それを反映させない限り、全くもって意味がないと思っています。多分、近々やると思います。自分たちレベルでもそうだし、上のレベルでも、最初に決めたマニュアルが宙ぶらりんの状態でコロナになって、実際運用してどうなったかというところを話し合わない限り、また同じことが起きるなと思っていますので、そこはちゃんとやった方がいいかなという感じですね。

Bさん 私はやはり感染防止の対策ですかね。何回か出ているうちに自分自身の感覚が緩くなっていくという感じがありました。一件目はすごく過敏にやっていたのですが、二件目、三件目、四件目となると慣れてきてしまうので、やはり慣れないように注意して感染防止対策していければなと思います。

特に自分は搬送し終わった後のPPE（個人防護具）の脱ぎ方とかですね。「ああ、ちょっと違ったな」というところが出てきたりとか、ちょっと順番が違ってもやってしまったりというところがあつたかなというところですね。そこら辺はまたしつかり訓練し直して、順番を守ってやっていければなと思います。幸いにも搬送した後に発熱したとかそういうことはなかったの、何もなかったのですけれども、実際、私の自宅にも病弱な母と父が住んでいるので、ウイルスを持っていけないなとは思っていたので、やはりもっと注意しながらやるべきだなと感じています。

Aさん 今、コロナ陽性の移送の場合は、つなぎのようなタイベックを着ているのですが、それ以外の救急要請では普通にガウンを着て、眼鏡を掛けて、N95マスクを着けています。実はそれで十分なのではないかなという気が何かしてきて、ちよつとこれは根拠のない思いではあるのですけれども、結局、救急要請されているということは急いで行かなければいけないので、それでもし足りるのであれば、時間をかけてつなぎを着ていなくていいのではないかなと、正直思っています。ただ、コロナが流行って個人的にもマスクをするようになって、そして風邪とか全くひかなかったたので、すごく体調が変わって、マスクの着用義務ももうなくなってきたりもしているのですが、基本的にマスクはしていようかなと思いました。

Gさん 手洗いとうがいは基本なのですが、最初コロナがはやって自分自身がしつかりやろうと思ってやっていて、それを続けて、去年とかインフルエンザもなかったりとかしていませんでしたね。やはりコロナだからやっていたのですけれども、それがいつもかかっていた病気にかからなくなったりということにつながっているのかなと思ったので、基本なのですから大事かと思いました。

Fさん 私は感染防止対策をすることが大切だと思いましたね。私たちは感染防止対策として、接触感染とか、飛沫感染とか、空気感染とか、いろいろな感染症によつて防護の種類が変わったりするのですが、コロナの感染防止対策は空気感染の感染防止対策と同等の感染防止対策をやっていました。最初の頃は多分それ以上の対策をしていたと思うのですが、やはりいつどういうウイルスとか感染症が流行るか分からないので、常に標準装備の対策をしつかりするべきだなと思います。

あと、今回保健所が絡むことが多かったのですが、保健所とのやりとりは大事だなと思いました。よく分からない感染症のようなものがあつたときはまずは保健所に連絡すべきだなということですかね。連絡や連携が大事だなと思いました。

## 第2章 県庁職員の記録



## ●県庁担当職員の対応その一

エスノグラフィー調査日時…二〇二四年三月二八日

X県福祉医療部長 Nさん

Nさん…X県の体制は、知事を本部長としたコロナの本部会議を立ち上げた。危機管理監を事務局のトップとし、各部署長が本部長になっている。医療部門については医師である医療政策局長が担い、Nさんは福祉医療部長という保健所の管轄を持っている立場での関わりと、庁内の連絡調整の関係などの役割を担う。本部会議上の各本部署の役割は明確に位置付けられたものがあるわけではなく、福祉医療部は福祉も医療も統括した部になるため、様々なところに配慮しながら対応した。

## ■感染経路の確認と分析―二〇二〇（令和二年）一月―

主に福祉医療部で当初させていただいたのは、感染経路の確認です。当然新型コロナウイルスは人を介してうつるんですけど、おうつりになられた方がその前にどういう行動をされていてうつられたかというのをX県では特に丁寧に調査していました。

当時の知事の思いとして、そこをやっぱりしっかりと把握してその状況に応じて県民にメッセージを発しない

と、単に注意しようとか単に人の多い所に行くとか言っても、結局人の行動をなかなか制限できない、どういうシチュエーションに注意することが必要だということを言わないと、なかなか感染を予防できないんじゃないのかということがあつたんです。

それで、感染経路をできるだけ把握しようということで、保健所の方々には非常にご苦労をおかけしましたけれども、疫学調査をかなり丁寧に行ってもらいました。感染判明の前二週間をさかのぼって行動歴を詳細に聞き取ってもらって、そのデータを集めました。X県は当時、大阪でうつった人がXで発症しているというパターンが多かったので、それがどういうシチュエーションなのか。

飲食店に行つてうつたといわれますけれど、飲食店に行つたと言っても、単に行つたからうつたののではなくて、その飲食店の中でどういう行動をしていたからうつたかとか。マスクをしていたしていないとか、あるいは大きな声で話していたとか。できるだけそういうのを丁寧に聞き取って、そこからうつりやすい行動パターンというのを分析して、それに応じて県民の皆さんにこういう行動は注意しようとか注意喚起していました。

例えば大阪へ行くことは、通勤通学、特に県外就業率が高い県ですので制限しにくいですが、行くにしても行つた時にこういうことは注意しようとかそういうメッセージを出すようなことはできません。そういう感染者の動向分析みたいなものを福祉医療部の中でチームをつくって行いました。

感染経路の同定は、各保健所が最初はかなり時間をかけて聞き取りしていましたね。確か、お一人に二、三時間かかっていると聞きました。それがこちら本庁に日々データとして集まってきました。集まってきたデータを整理して、例えばその人が感染判明前二週間以内に大阪へ行っていた経歴があるかないかとか、そういう分類をしたりとか、行動の中でうつされた可能性があるシチュエーションがどんなであつたかとか、職場で感染している人がいてうつったんじゃないかとか、あるいは友人同士で飲食とか余暇活動みたいなのをしてうつったんじゃない

ないかとか、そういうのをいろいろ分析していました。

送られてくるデータは手書きの個票です。フォーマットは決まっており、一人に数枚です。その中の行動歴のところというのは、一ページに、発症が分かった日、そこからさかのぼって何日分、どこへ行きましたかが書かれています。それでもお話ししていただける人と拒否される方、何も言わないとか。お隠しになれる方もいらっしゃるようなようには何つています。だから全く空白の人もいて。一方、事細かにどこどこへ行つて誰と、同行した人の中にせきをしていた人がいたとか、そういう細かい情報も入っていたり、その情報の内容というのはもう千差万別。詳細に書かれているものから漠としかないものまでいろいろありました。

情報がいろいろなレベルのものが集まってきて、それを分析するのはなかなか大変なんで、ある程度類型化していかないと仕方がないですね。

一番最初に日本人として感染が発見されたのが、中国の武漢からのツアーの運転をされていたバスの運転手さんでした。たまたまXへ来て、駐車している時にせき込んで、Xで医療機関、保健所の方で見えたらコロナだったということです。その後は、大阪のライブハウスで感染者がばつと出た中にX県の方が入っていました。当時は大阪のライブハウス系というのが一番多かったんです。それから県外へ働きに行っている方が多いし、学生さんも大阪の方へ通学されている方が多いので、そういう所でうつっている可能性が高いであろうということで、最初の頃に感染が判明した方で、県外へ全く行ったことのない方はかなり少なかったんです。主にはやっぱり県外、大阪とかで何らかのかたちでうつった方が、Xへ帰ってきてご家族、ご友人とかにうつっていったというのがパターンでしたね。

経路分析をやっていたのは、当初は私を入れて職員6人かな。ちょうど分析とかそういうのが重要ということで特別に人員配置をしてもらって、確か私以外に5人でした。そこが中心になって、各保健所から送られてく

るデータの中身を見て整理して分析していましたが、まあ大変でしたね。

取りあえずはデータを整理する。送られてくるのは個人のデータなので、それをいろいろやり方はありますけど最終的にはExcelを使ってある程度類型化するという作業をしていました。何しろ全部紙で来るので、データベース化みたいなかたちにしないと分析できませんので。それを全部データに整理し直して、それをいろいろ駆使してパターンに分類したりするのをやっていましたね。

各保健所にはキングファイルの個票が部屋いっぱいあって、それが全保健所の分が県庁に来て、それを分析しました。全部個人情報になるので、丁寧に処分はしましたが、最初の頃はその全データが私の所に来ていましたので、部長室のロッカーの半分ぐらいをその紙ファイルで占めていました。保存して鍵をかけていうことをやっていましたね。

大阪のライブハウスでのクラスター発生というのが最初はあったけど、結果的にはX県の感染のパターンは大きくは変わっていないです。X県の感染の特徴というのは、主にやっぱりお仕事とか学校とかお遊びもあると思うんですけど、大阪でいろんな行動、活動をして、そこでうつった方が帰宅して、今度はご家族にうつされる。そのうつされたご家族が県内で、例えば学校へ行ったりとか、交友関係とかご親戚の方とかと一緒にあった時にうつるというパターン。その大きなパターンは最初から変わっていないです。ただ、家庭内感染がだーっと増えた時期と、家庭内感染でうつった方が次の感染をさせたのが増えてきた時期とかいうのはありましたけど。基本的にはパターンはそれです。われわれは、大阪でうつってくるのが一次感染と言って、家庭内でうつすのが二次、その後その方が外に出てうつすのを三次と言っていました。一次と二次以降という分け方をしていました。また、大きく分けて三類型とも言っていました。家庭内でうつるか、家庭外でうつるか、あとはクラスターか。その三つに分けていました。

## ■県民への注意喚起

パターンが見えてくると、今度は情報としてデータを出して、こういうかたちでうつった方の傾向を見ればこういう類型になりますので注意しましょうねというメッセージを県民に発することになります。

具体的には、本部会議（X県新型コロナウイルス感染症対策本部会議 以降、本部会議）は必ずオープンでやりますので、その場で情報を出したり、あとは知事が記者会見で発表したりというパターンですね。基本的にはテレビとか、新聞とかのマスメディアさんに載せていただく。

記者会見をして発表したら記事にはしてもらえますけども、こっちの意図するかたちでうまく流れるかどうかちょっと難しい部分もありますよね。ですので、うまい情報の流し方を工夫しました。X県立医科大学附属病院の感染症センターのセンター長さんにいろいろアドバイスをもらいながら、注意事項とか分かりやすく流すようにしたりとか、工夫はしました。

媒体としては、X県のホームページ、それから県民だよりという広報誌。あとは本部会議の中でそういう資料を作って本部員の間で共有する。本部会議はフルオープンでやっていますのでマスコミが入って、本部会議が終わったら必ず知事の質疑応答があるので、そういうのとかを使ってやりました。

市町村に対しては、広報してくれというお願いというか、こうしてくださいとまでは言っていないですけど、本部会議が終わったら市町村連絡会議という会議をWebでやつたりしていました。市町村は市町村で情報を住民に流したりしていただいてはいますけど、個人情報情報は市町村に出せませんので。唯一X市は、中核市で保健所を管轄されていますけども、その他の市町村にすれば自分のところの市町村に居住されている方が何人感染したという情報は分かるけどそれ以上の情報は市町村では分からない。県からも例えば情報を出したとしてもX県内の小さい村であれば人口が何百人という村もあるので、情報の出し方次第では個人が特定されちゃうリスクが

あるんですね。そうなった場合ご本人に非常に迷惑がかかります。なので、その辺は非常にナーバスになっていました。

それからどちらかというと市町村で広報をしてくれと県からお願いするよりは、県の方でしつかりとこういうものに気を付けてくださいと流す。X県の感染者数も市町村別になると大阪のベッドタウンで鉄道沿線のところ、大阪に行く近鉄（近畿日本鉄道）とJRの沿線の町がやっぱり多いので、それははつきりしてますんで、県からそういう情報の出し方はしています。このエリアが割と感染者が多いですとか、大阪へ行かれている方が多いのでそこはお気を付けてくださいという内容ですね。知事の方針として、行動制限は社会経済活動への影響が大きいのでやりたくない、まん延防止等重点措置も積極的に要請しませんでした。それはあくまでも行ったらうつるというのではなくて、行つた上でリスクの高い行動を取ればうつるということなので。

## ■国への報告

分析の仕方は、国からの指示がなかったので、独自に考えて手探りでやっていました。国がもつとちゃんと分析すべきだと県では言っていました。X県の人口一三〇数万人の中で感染した人は最終的には県民の約四分の一に相当する人数は感染していますけど、サンプルとして決して多くはないです。国全体でもっと多い人数で国がきつちりとそういう分析をすべきというのは何回も申し上げていますけど、なかなか国ではしきりませんよね。

国から報告してくださいといわれる項目はあるので、その情報は国に当然報告しています。ただ一回一回国の本部へX県がこういう分析をしましたというのを常時報告するようなパターンにはなっていないですからね。

国は必ず報告を取っていました。X県でいったら医療政策局の疾病対策課というところが国との窓口をやっていましたので、国から求められている報告は出していますけど、私どもがやっていた分析の仕方というのはあくまでも独自のやり方でやっていますんで、それを国に一回一回こう分析しましたというような報告をしているわ

けでもないし、本部会議の資料とかを国へ送ったりはしますけども、どこまで気にされているか分かりません。国は国で統一した情報の報告は求めて、それは当然オープンにされていました。

### ■入退院調整は本庁で

福祉医療部の職員は、全員新型コロナウイルス感染症対応に専念というわけではなく、通常業務とコロナ対応と兼務でやっていました。例えば入退院調整というのを本庁でやっていました。各保健所でこの人は入院しなければならぬといったも保健所独自で病院と調整すると混乱が生じるので、入退院の調整は全部本庁で、医療政策局の中に入退院調整班というのをつくって、リーダーに医師をあてて入退院調整というのをやっていたんです。そこに応援に行く職員は部内で例えば今日あしたはあなた、次の日はこの人とかそういうので回していた時期もあります。そこはなかなか大変です。また他部局の動員というのも結構お願いはしています。他部局の動員と部内の融通と両方を組み合わせてやっていましたね。

### ■宿泊療養施設の開設―二〇二〇（令和二）年五月頃

ホテルの宿泊療養施設の使用については、責任者として対応をさせていただきました。まずはホテルとの交渉です。一定数の客室がないと宿泊療養施設としては使えないですし、個室でバストイレが付いていないと駄目です。そういう条件に見合うホテルをピックアップして、職員で専属チームというか、どちらかといったら他の仕事がある職員何人かでチームをつくって、当面の間宿泊療養施設の立ち上げにということであたってもらいました。職員が個別にホテルにアプローチして、協力いただけないかという交渉をしました。そして、協力いただけることになったホテルに今度は開設の準備をするという流れですね。

客室数というのはある程度キャパがないと駄目なんで、私どもでいえばおおむね一〇〇室以上。場合によつては五〇室以上でも何とかというのがありましたけど。療養者以外にも一定数スタッフがいて、そのスタッフの宿

泊部屋も必要でしたし、当初は宿泊療養施設でPCRの検査もするという仕組みで想定していましたので、そういう部屋も含めて一定数のキャパのあるホテルですね。洋室で、個室を持つているとなると割とビジネス系の全国チェーンとかされているホテルが該当するので、そういうところから順番に声をかけていきました。

声をかける時には、まずはご協力いただけるか、先にそこからです。協力いただけそうなら当然ですけど全館借り上げますと。スタッフはこちで用意しますからいいですと。その上で金額をある程度交渉して、それからホテル側もいろいろ条件を出されますよね。例えば期間についてはその時は最初はなかなか予測できないのである程度の期間で。ただ県の方も予算の関係などで一年を超える契約はできないので、いったん年度末まで契約して、あとはまた次の年度に契約するなどしました。

ホテルによつては例えば借り上げが終わった後、返す前に消毒をちゃんとしてくださいとかいろいろ条件があつて、そんな交渉をして、ご協力いただけるホテルをお願いしたという感じです。当初は取りあえず一棟のホテル一〇八室をオープンさせまして、最初の頃は当面それで何とか回っていました。そこからだんだんこれはもつと増やさなアカンということ、だいたいいろいろと声をかけていきましたけど、既に予約が入つていて、その予約を止められないというのもありました。

最初はハードルが高かったです。途中からちよつと風向きが変わりましたけど。コロナの感染者が入るっていうことに対しての抵抗もたぶんあるんだろうと思いますけど、やっぱり最初の頃はそういう感染者が入った後の風評被害、営業に差し障りがあるんじゃないかと、そういうのを懸念されていたんじゃないかと思います。はつきりとおっしゃるわけじゃないので何とも言い難いですけど。

そもそもX県つてホテルが少ないんです。全国でホテルの客室が一番少ない県ですので、個室対応のホテルつていうのは限られています。ほとんどX市内に集中していますから最初はX市内でやり出して、県議会などから



「できるだけ南部の方にも宿泊療養施設を確保してほしい」と言われましたが、県南部の方に条件に見合うホテルが少ないんです。数少ない条件に見合うホテルをお願いに行っても、最初は断られたりしました。全国チェーンのところであれば当初は本部がなかなかその方向じゃないというホテルもありました。

当初はX市で一ホテル、その後X市でもう一つとY市で一つとか。順番にいつて最終的には、X市外はY市で二つ、T市で一つ、S市で一つかな、全部で九つだったと思うんだけど半分はやっぱりX市でしたね。だから南部の方の人でもX市のホテルに入っていたりしました。

当初は運営マニュアルありません。一番最初のホテル立ち上げが令和二年の五月だったと思うんですけど、職員が立ち上げの作業を令和二年の三月か四月ぐらいからやり出していました。一番最初のホテルの立ち上げに関わった職員はゴールデンウィークとかも仕事をして、ホテルの宿泊療養施設の運営マニュアルというのを一から作ってくれました。また、ホテルにパーテーション、いわゆるグリーンゾーン、イエローゾーン、レッドゾーンというふうにしないといけないのですが、X県立医科大学附属病院の感染症センター長さんに現地に来ていただいて確認してご指導いただきました。使うパーテーションに応じて場合によってはちょっと施設内に簡単な目張りをしたりとかいろんな造作をさせていただくため、ホテルに了解を取ってさせていただいたりしました。一番最初の時は、宿泊療養施設の運営をするために、そこに従事する看護師と職員の研修をするのに自衛隊に来て講習していただきました。危機管理部門の方からいわゆる災害派遣みたいな要請をかけていただいて、伊丹から自衛隊の方に来てもらって、例えば防護服の着脱の仕方とかそういうのを含めて講習を現地でした。一番最初にオープンしたのは駅前にあるTホテルなんですけど、そこで自衛隊の方に指導をしていただいたんです。私も指導の現場に行きました。

ホテルには最初は職員が事務スタッフとして行って、途中から委託に切り替えていますけども、最初にホテル

を立ち上げた年の年末に次のホテルをまたX市内で一つとY市で一つ立ち上げたので、X市の職員の方にも事務の応援は来ていただきました。ホテルに一定期間、そんなに長い期間じゃないですけどX市からもホテルの事務のスタッフとして応援に来ていただきました。最初のホテルの立ち上げとその運営の仕方は、はつきり言って手探りでやっていましたので、大変でした。

宿泊療養施設の開設にあたっては施設との合意、地元への説明、医師看護師事務職員の確保、事前の研修、施設のゾーニングなどに実際には一カ月以上かかっています。感染者の急増に施設開設が追いつかなかった時期もありましたね。

#### ■宿泊療養施設の体制整備

宿泊療養施設には、ローテーションで必ず二四時間、看護師をホテルの定数に合わせて最低二名、広いホテルになれば三名とか四名張り付けました。看護師さんを確保するのがかなりきつかったです。看護協会で新規に看護師さんの募集をしていたり、お休みされている看護師さんに声をかけていただいたり、あとは病院協会にお願いで病院から出していたりとか、だいぶ苦労をしましたね。もっぱらその辺の割り振りは医師・看護師確保対策室という室が医療政策局内にあるんで、そこと連携しながらお願いしていました。

医師の確保は、最初はX県の医師会長に私が直接話に行き、その後医師会と調整して一日一回来ていただくというパターンでやりました。

あとは常駐する事務職員については、当初は県の職員を二人派遣しました。施設管理者が要るんでそれには福祉医療部内の管理職をあてました。課長とか課長補佐の職にある人間が一週間行つて交代みたいな感じですね。あともう一人は事務をする役割で、それは一般職。各部署にお願いで動員をかけてもらいました。人事課を通して、各部署から人を出してくださいということで、各部署長にも私から直接話をして、こういう状態だからお

願いますと言って職員を動員してやっていました。

ある程度の時期から、ホテルの数を増やしたので職員だけでは回らないようになり、事務職員の方を委託に切り替えて施設の管理者だけ県の職員、福祉医療部の管理職が行っていた時期もあります。その後、全部委託業務に切り替えて、委託で事務の方はやっていただくというかたちになりました。

#### ■宿泊療養施設で勤務した職員の隔離

宿泊療養施設での勤務は感染のリスクがあるので、他の県はたぶんほとんどされていなかったですけど、X県ではホテルに施設管理者として駐在した管理職と事務で行った職員は、最初の頃は一週間ホテルで勤務して、勤務した後は二週間は庁舎での勤務をさせなかったです。そのために、別途、隔離用の宿泊施設を用意しました。自宅待機じゃなくてホテルで従事した職員を今度は二週間隔離するための宿泊施設というのを別途用意して、そこで寝泊まりしてもらって職場には行かなくていいと。そういう措置を念のため最初の頃はやっていました。途中で中からしなかったですけど。他の県に聞いたらそういうのはほとんどされているところはありません。

基本的に事務従事者というのはグリーンゾーンで仕事をして、感染者とは接触しないという前提でやっていましたんで、そこまでしなくても大丈夫だろうというものでしたけど、X県では一応最初は念のため二週間お休みしてもらいました。ご自宅へ帰って自宅で万が一のことがないように、宿泊施設を用意してそこに二週間いてもらうということです。その二週間は基本的に外出は駄目ですよということでした。やっていたのはそんなに長い期間じゃないですね。途中から大丈夫かなとなつてやめました。

そういう前提で事務職員を各部局に動員をお願いするにあたり、誰を選ぶかは各部局に任せました。こちらの方からは人事課と相談して例えばいつからいつ、どこの部局から何人というお願いをして、あとは誰を選ぶかは部局の方にお任せしていました。施設管理者は部内の管理職で回すので、それは福祉医療部企画管理室の職員

が割り振り表を作って、いつからいつあなたが行って、いつからいつあなたが行ってとやりました。ただ定期的に議会とかもあつて急ぎよ議会関係で対応せざるを得ないとなつて、人を入れ替えたりとかいうのはありました。

### ■宿泊療養施設の運営

弁当は近隣のできるところをお願いに行きました。協会みたいなのもあつてそこも話してお弁当の方はどちらかというところと割と好意的に受けてもらった印象です。

当初立ち上げで一番苦労したのは清掃系。清掃ができる事業者が限られているのと、やつぱりどうしても清掃は感染のリスクが高いので、かなり業者を依頼するのに苦労しました。たまたまその時、ホテルの立ち上げメンバーの中の一人に以前廃棄物系の業務経験がある職員がいたので、割とそういう清掃とかの話はよく知っていて、その職員が熱心にやつてくれたので何とかなつた部分があります。結構大変でした。

部屋の清掃がどうしても普通のホテルの運営みたいに、その部屋が空いたら清掃して次の人を入れるということがなかなかできない。当初は一フロア全て空くまで次が入られない時期があつたんです。全国的に一フロア全部が空いたら全部に清掃をかけて次を入れるとしている例が多くて、X県も最初はそういう感じでやりました。全国的に宿泊療養施設の稼働率が低いということがありましたが、その一つの原因として、フロア単位の清掃があります。一つのフロアが全部空いてから清掃をばーんとかけて次を入れるため、どうしても稼働率が上がらない。われわれも初めはそういうパターンでいつていたけどそれでいくと間に合わないから、部屋を退室したら一両日以内にその部屋を使えるようにしてくれということでかなり清掃業者には無理をお願いしてやっていただきました。X県では空いたら次を入れる、空いたら次を入れると、かなり高い稼働率になりました。ごみを回収してもらうのも大変です。感染しないようにということ、ごみは密封して取りに行つてもらつて、そのまま処分してもらうというパターンでやっていました。タオルとかも一緒に処分していたのかな。たぶ

ん使い捨ててみたいにしていたと思います。再利用なんかはとてもできないので。ですので、タオルとか自分のものは持つて来てくださいとは言っていますね。パジャマとかまでは用意できないのです。なので、一応ご自身で必要な物はお持ちくださいということで、着替えとかそういうのは持つて来てもらうようにはしていました。療養に入つてこられる方は、部屋から出るのは弁当を取りに行く時だけということをやっていましたので、全然出られないし人にも会えないしストレスも相当たまってくるでしょうし、現場ではいろいろあつたとは聞いています。職員とか看護師さんにクレームを言ったりとかというのがありました。

あとはホテルでは二四時間体制の警備を最低二人以上でしていました。警備の方々にも感染のリスクはありますので、一般的な警備業務の相場よりはたぶん高い値段で交渉したと思います。

## ■感染者の搬送

初期の頃のコロナは重症化もある程度ありましたので本当に怖い存在でしたね。だから搬送も苦労しました。ご自身で宿泊療養施設まで行つていただけの方はいいですけど、公共交通機関を利用するわけにいけないので、お車で来られても車を止めておく所がそんなにないんです。ホテルに専用駐車場があるとこつてX市内にはそんなにたくさんないんですよ。ご家族に送つていつていただける方はいいですけど、そうではない方は結局保健所が搬送したり、それでは間に合わないのが民間救急事業者にも依頼してやりました。

その方も個人営業でやつている方なので、あんまり数が増えていったら結構大変になってくるんです。ホテルまでの搬送はだいたい日中なんですけど、X市にホテルがあるんで例えば中南和（X県の中南部地域）の方をそこまで送るとしたら、一回送つてくるとやつぱりそれなりの時間がかかります。ですので、一日に何往復が限界とかがあるんです。場合によってはホテルで容体が悪化した人を病院に搬送することもあるんですが、それはフルタイム、時間は関係ないのです。ホテルに入る方は基本的に何時から何時の間に来てもらうようにと

時間調整していますが、病院、医療機関に搬送するのは決まった時間はないので。搬送には結構苦労しました。

保健所でも以前にSARS（重症急性呼吸器症候群）とかが流行した時に一台搬送用の車は持っていましたけど、今回のコロナで運転席と後部座席をちゃんと遮断して患者を搬送できる車というのを追加で用意しました。最初はPCR検査の検体搬送業務がかなり多かったので、その搬送業務にあたるのに県庁の職員に動員をかけて保健所に送ったりとかもしていました。

### ■感染者の増加ー二〇二一（令和三）年二月、

感染者数は時期によって変わりますが、ある程度増えてきて、ある時期から国が疫学調査をそんなに積極的にしなくていいというふうになって、調査ができなくなった時期があります。

ですので、それ以降はデータといっても結局疫学調査のできていないデータです。どこその誰それさんが感染されて今どういう状態で入院されているか自宅にいらつしやるかとか、そういうぐらいの情報しかなくて、結局濃厚接触者の特定とかも全くできない状態になって、というか、しても意味がなくなったという状態になりました。

そうなった頃にはそれこそX県でも一日に一〇〇〇人とか感染されています。その一〇〇〇人分の情報は一応県庁の疾病対策課へ各保健所からは来ますけど、詳細な分析はできない。できるデータとできないデータが混在していますんで。一日に何十件とかいうレベルの時は、各保健所を全部足したら一〇〇件くらいになる時はありました、その時はまだ詳細なデータが来ていて、分析とかもしていました。

### ■感染の波と対応の特徴

二〇二〇（令和二）年の秋に感染が一回落ちましたよね。第二波が終わった後だったかな。二〇二〇（令和二）年の一月から感染が始まって令和二年の夏前までがほしい第一波、主にゴールデンウィーク前後ですけ

ど、その次に令和二年の夏、お盆前後のいわゆる人が動いた時に波が来て、それが令和二年の一〇月下旬でいったん下がったくらいがちょっとまじだったかなという感じかな。

一番最初のゴールデンウィーク前後の時は緊急事態宣言も全国に出てみんな初めてで大変やなとか言ってわーってやっていて、それが過ぎたぐらいで次に夏に入ってお盆時期前後にばーっと感染が拡大して、その時期にX県ではT大学のラグビー部でクラスターが発生したんです。何しろバタバタという感じがあつたんですよ。それが収まって秋口になつてお盆の余波もだいぶ収まった頃に、あ、ちょっとまじかなと感じました。

その後はちよつと落ち着く間というのはたぶんなかったと思います。それまで割と医療機関、社会福祉法人のクラスターってなかつたんです。それが二〇二〇（令和二）年の年末から令和三年の正月にかけて、障害者の施設と高齢者の施設でクラスターがボンボンと出て。その当時のクラスターの対応は保健所では回りきらないので施設は所管課、県庁でいえば障害者の施設は障害福祉課という課が部内にあつて、あとは高齢者の施設は介護保険課という課があるのでそこが直接対応しました。

お正月を挟んで年末年始にクラスターが出たんで、出たらまず現地へ行つて、X県立医科大学附属病院の感染症センター長さんと感染症の認定看護師さんと県の職員と一緒に行って、感染が広がらないようにゾーニングとかいろいろ指導していたので、令和二年の年末、令和三年の年始はその担当課の方はお正月も休めなかつたですね。年が明けて、二〇二一（令和三）年のゴールデンウィークを挟んだ期間でまた感染者が増えました。その辺が第四波。アルファ株が出たんですね。その後はまた夏にデルタ株が出て、その次は令和三年の年末からオミクロン株に変わったらもう感染者数は天井知らずという状況。その頃には雰囲気はだいぶ変わりました。一個一個の感染に一喜一憂するよりも、いかに悪くなる人を減らすか、自宅で安心して過ごしたいだけなのか、そっちにシフトしていきました。



その後には国も全数把握をやめちゃったんですね。たぶんオミクロン株が出てからだいぶ感覚が変わったのかなとは思いますが、その前にはワクチンを打ち出してからちょっと雰囲気が変わったかな。そういう意味でいっただけの仕方もちよつとずつどこに重点が置かれたかというのは変わっているという感じはします。

結果的に言うと、やっぱり最初は分かっている人は誰もいないですよ。その状態で、国もそうでなし県も保健所も住民の方もみんな手探りでやりながら、ちよつとずつ分かってきたことを参考に積み重ねていって。それでも最後までいっても分からないことだらけですけどね。だから、一番の教訓は分からないということを前提にものを考えるべきだと思います。分からないから、今までやっていたことは参考にはなるけどその通りにやったら大丈夫だとは思えないと思って対応せざるを得ないかなと思いました。

#### ■通常業務への影響

当然、通常業務もあります。通常業務の継続との兼ね合いは、それなりにやっていたとしか言い様がないですよ。いわゆるBCP（業務継続計画）で、当然保健所が一番優先ですけど、通常業務がある程度先送りできるものは送ったり、業務をやらないという対応を本庁でもいくらかはしながらしてやっています。でも、止められない業務というのはあります。それはそれなりにやっていました。

ほとんどの業務を実際は止められないんです。普段からやらなくていい仕事をしているわけじゃないのでね。だから割と先送りさせていただいたのは、福祉医療部では厚生労働省へのいろんな報告関係。厚生労働省サイドもそれはいいですよと言ってくれるようなものとか、あとはできるだけ会議時間を短くするとか、会議をせずにメールで済ませるとか、そういうやり方で工夫しました。

実質的にある程度減らしたりしたのはいわゆる監査。社会福祉法人とかの現地へ行く指導監査はその期間は現地へまず行けないので、監査業務というのはだいぶ縮小して、文書だけいただくとかで対応しました。法人は法



人で高齢者の施設とか当然クラスターがかなり出たりしてましたので、そっちの対応もあるので、そこの業務に支障を生じさせたいけないということもありました。

あとは全庁的にはいくつかのイベントを取りやめたとか。その期間、結局人が集まるようなイベントというのはできるだけ開催しない方がいいということがありましたので。全国初の緊急事態宣言が出たのが、二〇二〇（令和二年）五月、あの時のゴールデンウィークはX県でも例えば県立の施設は閉館しますとか、駐車場も使用不可にしてイベントもいくつかやめますという対応をしました。そうするとそのイベント業務にあたっている部局の職員は、その間は多少仕事が減るので、そういう職員を保健所へ動員していただいたりしました。

#### ■ホテル確保の難しさ

宿泊療養施設は感染した人が出入りされるので、この人は感染してる人だというのが特定されないよう、ホテルに入る時にはあまり目立たずに入れるホテルでないと駄目なんです。対応の最後の頃になるんですけど、新しくX市内に全国チェーンのホテルができました。そこは宿泊療養施設に協力すると言われたんですけど、どうしてもホテルの出入りが人目に付く所からしかできないんでちょっと対応できなかったということがありました。最後の頃は、全国展開のホテルから全国的にも協力しているんで、うちも協力しますと声がかかったりすることもありました。最初の頃はなかなかホテルも及び腰だったのが、途中からは観光客が来ないという状況もあり、かなり積極的のうちを使つてというふうに言ってくるホテルも出てきました。だから最初は協力してもらうのになかなか苦労していたのが、途中からは逆にいいですよというふうに風向きが変わったりもしました。

ホテルとの契約は、全館借り上げで一室いくらを部屋数分だけ払う。通常の宿泊料金よりは低い値段で交渉はさせていたっていました。どれくらいの間借り上げるかっていう期間の設定も、最初は難しかったけども途中からは、ある程度今の情勢から見たら、これぐらいまでの期間はという形で契約していました。例えば、半年

でお願いしますとしておいて、早めに延長するとか。ホテルも再開するかどうかなければ早いこと予約の開始をしなければならぬのです。

ある程度感染のピークが続いている頃は、もう当面の間いきますよということで契約を更新更新みたいな感じでやっていましたね。オミクロン株から宿泊療養の意義がだんだんなくなつて、最初は隔離するという意味合いがあつたけど、途中からそういう隔離という意味合いがほとんどなくなつてきたので、令和五年に入つて順次閉鎖していきました。そろそろ通常営業に戻したいと言つてきたホテルもあります。県としてもある程度順次減らしていつて最後にいくらか残して、それも新型コロナウイルス感染症が五類移行になつて終わりというふうになりました。

風評なんか全くないです。宿泊療養施設になつたホテルの名前は全部公表してます。宿泊療養するのはこの時点でこれだけのホテル、何室つていうのも全部公表してますんで。みんなご存じですよ。でも、風評も何も関係ないですね。そんなうわさは聞いてないです。コロナの患者を泊めていたからうちは客が来ないとかそういう話は届いていないです。

### ■医療行政の県の役割

今回の新型コロナウイルス感染症の対応は、保健所に権限がある部分では県の役割は大きいです。保健所は全ての市町村にあるわけじゃないので、保健所を設置している市は当然保健所としての業務がありますけど、ないところは全部都道府県が保健所をもつて業務をやります。

その部分で県は保健所を持つていることの権限と、もう一つは医療行政は市町村はほとんどノータッチに近いんですよ。各都道府県が医療圏を定めてその中で医療行政をやつていきますので。結局そういう部分で権限と責任つていうのがかなり都道府県にあるので、その二つでもつて都道府県でかなりいろんな業務をするような状況

にたぶんなっていると思うんですね。

社会福祉施設もそうです。特に政令指定都市とか中核市では、市認可とか一部市の権限のところはありますが、それ以外は県になります。そういう意味でいくとやっぱり一市町村単位で対応というのは非常に難しいですし、保健所を持っている市は保健所業務としてのいわゆる感染患者への対応とかいうのはありますけど、そこから先のいわゆる医療機関の部分ですね。

大都市とかであれば自分の市の患者さんをまず基本的には市内の医療機関、病院へ入院させてとかいう対応を、例えば大阪府さんもたぶんされていたと思うんですけど、なかなか全てそういうわけにいかないんです。結局、医療圏というのは市町村の範囲を超えますので、特に二次医療圏、三次医療圏になれば。X県であれば三次医療圏一つです。市町村だとなかなか医療行政で普段から携わることがないので、そういう意味でやっぱり都道府県。

国も県にこういう業務をやれと指示します。例えば宿泊療養施設の設置運営は都道府県だとか、感染者の報告も県でまとめてやったりとか、いろいろしていました。そういう関係もあるとは思いますが。だから県とあとは保健所を設置している団体、都道府県あるいは保健所設置市、X県でいえば県とX市の役割が大きいですね。

自然災害であれば避難所設置は市町村がやるのか、災害対策基本法に基づいて市町村の責務というのはかなり大きくて、県はその費用負担をするとかそういう枠組みになっているので、基礎自治体の市町村がかなり中心になります。例えば避難指示を出すのも市町村長の権限になっていますよね。これが自然災害と一番大きな違いだし、今後何かこういった感染症という事態が起きた時には県でやっぱり大きな役割を果たさなきゃいけないということになってくるんですね。

## ●県庁担当職員の対応その二

エスノグラフィ―調査日時…二〇二四年三月二八日

X県健康推進課Oさん

Oさん…二〇二〇年四月よりX県消防救急課長に異動、二〇二二年四月よりX県医療政策局次長に就任。消防の立場、医療の立場で新型コロナ対応業務を経験した。

### ■感染症発生初期の認識―二〇二〇（令和二）年一月

一番初め、二〇二〇（令和二）年一月にX県で感染者が出た時は、まだ消防救急課の前の職場だったですね。思い返すと、三月か二月ぐらいに、神奈川のほうに出張する用事があった、当時はそのぐらいから大変だよねっていうぐらいの感覚でしたね。新幹線も当時ガラガラで、確かJRは制限をかけていなかったかなと思うんですけど、割と世間的には何だかみんな乗るのを控えているな、程度の認識でしたね。

### ■危機管理のどのレベルにいるのか分からない―二〇二〇（令和二）年四月

二〇二〇（令和二）年四月に消防救急課に異動になりました、危機三課といわれている危機管理監の下を担当課になりました。コロナ対応は医療の分野なので、当時私は若干ちよつと横目で見ているというか、若干ちよつと引いた感覚でした。というのは、僕は防災、危機管理といったところの部署に来るのが今までほぼなかったもので、今思うと、いわゆる防災というか、危機管理のどのレベルにあるかっていう感覚がやっぱりなかったなと思いますね。

それは多分、私だけではなくて、他の消防救急課職員もそうでしょうし、ひょっとしたら防災統括室職員もそうだったかもしれないと、今思い返すと感じます。当時は予想がつかないですから仕方ないと思いますけど、もっと早くからこの事象がどれだけのことになるのか、どれぐらいのレベルのものなのかっていうのを、やっぱり感じながらやるべきだったのかなあとということが反省点としてありますね。

### ■消防救急課での業務状況

当時の危機管理監は意識高くやられていたという気はします。私が消防救急課にいた時が、世間的には緊急事態宣言が発出されて、世の中のにも街に誰もいないというような状況でした。行政的にいうと、県民の外出自粛や事業者の休業要請への協力があって、コールセンターを立てて、支援金の支払いとかいろんな対応を、危機三課を中心に行っていた記憶がありますね。

当時、たまたま遊技業界、いわゆるパチンコ屋さんの業界の担当課がX県庁にはなくて、休業要請ができないということがあったんですね。それで、たまたま業務上で遊技業共同組合と関係があったうちの課に、協力要請を頼む役割が回ってきたんですよ。「消防救急課で行ってくれないか」みたいな話がありました。遊技業界って基本的に規制のほうなので、警察しか関係がないらしくって、「担当課がなくて困ってるんだよ」みたいな話なんです。なので、「まあまあ、だからうちなん？」って個人的には思いましたけど、この時期ですし、誰もできないんやったらうちでやるしかないかなという思いで引き受けました。

誰が誰がついていうような話は、僕は基本的にはあまり好きじゃないので、「できないのなら、じゃあやりましょうか」みたいなかたちでやった記憶はありますね。その時も、係員の職員たちは、コールセンター業務にすごい時間を取られていたので、かわいそうやったんで、基本僕が全部電話をかけたりにしていました。

もう危機管理監と直接相談しながらやっていた記憶がありますね。県庁全体でやっぱり対応しなきゃならな

いつていう意識を、僕は一応持っていたつもりはありますね。ただ、それぞれの担当課がしっかりと動くべきだつていう思いはありました。

危機三課なので、危機事象は三課みんなで作るつていう思いがあったので、僕が「仕事を整理をしてやつてくれ」つてみんなに言うたんですよ。当時、みんな二日か三日にいつぺん一二時間ぐらいコールセンターに行つてくれていたんですね。これはもう危機事象だから、消防救急課の仕事だから、ちよつと仕事を整理して、今できること、やらなあかんことだけをやつて、残りはそちに行つてくれ」つて僕は言つたつもりですし、そう言つた手前、パチンコ屋さんの話がきた時に、これ以上はさせられへんと思つたので全部僕がやつたんですよ。

#### ■消防と保健所、役割分担が不明確な中の不満

本来コロナの業務でいうと、陽性患者の搬送や、疑似症患者※の搬送つていう話がありますが、やつぱり現場で消防署と保健所とのやり取りがかなりうまいこといつていないという話がありました。

※疑似症…発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したもの。（出典…厚生労働省「法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症」 <https://www.mhlw.go.jp/bunrya/kenkou/kekaku-kansenshou1/01-07-01.html>）

消防救急課にいる時は消防側からの話しか聞いていないですから、うまくいつていないという話をお伺いしたり、当時の疾病対策課長と一緒に消防本部に向いて事情を説明したり、協力要請したりした記憶はありますね。そこから感じていたのは、やつぱり消防救急課側から見ると、相手側が何をやつているかが、お互いによりよく理解できていなかったのかつていう感じがします。

私が直接消防職員のクレームを聞いたわけではないので、当然聞き伝えにはなるんですけども、例えば、

『いったん自分のところもアップアップになっているから、そっちでやってよ』みたいなかたちで、消防の仕事みたいになってますねん」みたいなコメントを聞いていたんですよ。「本来、保健所でやるべき業務ができないので、申し訳ないけれどもお願いします」みたいな一言があれば多分みんな機嫌よくやるのに、そういう現場での整理ができていないというのが、消防救急課にいた時の感覚としてはありましたね。それをなだめすかしながら消防本部につて、ただ「指導しますから」みたいなかたちでやっていました。特に二〇二〇（令和二）年の四月、五月ぐらいだったと思いますね。みんなが分かん状態でした。

消防は消防で、組織を維持しないといけないっていう強い意識がありますので、組織の中で新型コロナウイルス感染症がまん延して仕事ができなくなると、地域の救急をはじめ、本来の消防活動ができなくなる可能性があるるので、いかに消防本部の中で感染しないかっていうことに主眼を置いていましたので、本部に行つてもすぐ感染対策が徹底されました。

入り口で「靴脱いでください」とか「手洗つてください」とか、パーテーションが設置されていたりとかつていうのも、当初からすごくそこはやっておられたので、そういう意識が高いなかで、逆に搬送に行つちゃうと、そこで感染するかもしれないっていうリスクを負うわけです。です、できるだけ時間も短くしたい、数も減らしたい。ただ、救急搬送の要請があると、彼らは行かなければいけないんですよ、断ることはできないので。ただ、行くと疑似症患者であれば、救急隊がほんとに救急車で運ばなければならない。本来は保健所が搬送する患者であつても、当時の保健所は手もないし車もないしみたいな状態でしたので、そういうところで現場のやり取りがあつたようには聞いています。

だから、今回新たな改正感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和四年法律第九六号））の中で、協定を結んだりとか、連携しなさいっていうことになっていますので、



そこが今回の事例を踏まえて、お互いに連携体制が当初から取れたらいいのかなあというような期待はしているところですね。

X県は今消防本部が三つしかないんですよ。X市消防局と、生駒市消防本部、X県広域消防組合消防本部の三つなので、情報としてはその三つから入ってくるみたいなかたちです。

直接聞いているわけじゃなくて、担当から聞いてやっているつかたちにもなります。そんなかたちで情報が入ってきていたので、特に初めの頃、そういうもめそうな感じの時にちょこつと消防本部に行ってお話をした記憶はありますね。消防さんのほうも、保健所の現場の状況も分かっていますので、ある程度仕方ないねっていうかたちで運んでおられたとは思います。もともと救急は通常の感染対策もありますからね。普通にPPE(個人防護具)とか着てやつてはりますから、大丈夫だと思えますけど。ただ、役割分担が不明確になってくることに關しては、やっぱり不満が出てくるのかな、当たり前ですけどね。

特に危険を伴う、極めて高いリスクのある仕事なので、だからこそお互いに相手の事情をしつかり理解したうえでやらなければいけないし、頼むほうも、本来こっちの仕事だけれども頼むんだという意識を持って物事を進めないと駄目なんだろうなあっていうのは、ちよつと思っていましたね。もうその一言でいいのにつて、僕は思っていたんですけど。

役割分担は、法律上つていうのか、通知上決まっていますから、それだけなんですよ。それを現場レベルまでしつかり理解できているかどうかという話であつて、みんな理解していないわけではないんです。逆に、理解していることをできない、できていないんじゃないのつていう感じですね。もう一度ちゃんと理解して、認識し合おうよということですよ。

ちよつという覚えですけど、当時エボラ出血熱の協定が確かあつたはずなんですよ。その協定書の中で、X県



と各消防本部で、本来は県で運ぶんだけど、仕方ない時は消防で運びましょみたいな話があったはずなんです。なので、国から通知が来ていたものを準用して、その通りやってくだいっていうのが消防側からのご意見ですけども、それが県庁側もあんまり理解できていないし。ある程度の人は理解できているんですけど、末端まで理解できていないとか、そんな話だったかなあという気がするので、そういうところをどこまで全員が自分の立場でやるべきことの整理ができるのかっていうところだと思います。

本来やるべきところの業務がひつ迫してきて回らなくなった時は、僕は基本的にはそこを強化すべきだと思うているんですね。なので、X県というと、保健所の人員を強化することであつたりですね。BCP（業務継続計画）で、まずは保健所の中で業務が回るようにする。それで回らなくなったら応援を頼むっていう段階を踏んでいくべきだと思っているんですけど、消防救急課から見ている時は、その整理があんまり見えていなかった。情報も入ってこなかったなので、その整理をしないままに、搬送のところを救急に頼んでいるように見えただけなんです。なので、こちらの立場から言うと、もっと県庁全体で応援体制を組んで保健所の強化をすべきだ、っていうふうに当時は思っていました。

県庁側の動きもあんまり見えてこなかったっていうのもあって、入院の調整も通知上は、県でやりなさい、入院調整班を作れだったのか、入院調整の担当を作れか何かだったって思うんですけど、それを「どこでやってんの？」って見に来た時に「いや、この辺でやってはりますねん」みたいな説明しなくなつて、そこもしっかりと組織立てができていたのかできていないのかっていうのも、ちよつとよく分かんないような状況に見えた。がちつと決まったかたちでしつかり業務が回っているわけではないように見えていましたね。仕方ないところはあると思いますが、それはやはり災害慣れしていないっていうのもありますし、計画等があつたとしても、その通りにできるかどうかっていうのはまた違う話だと思いますので、しつかりその辺の訓練っていうのも、こ

の先はやつていかなあかんのちゃうかなあつていう気がしています。このような事象がまた数年後に来るかもしれないという認識があるのであれば、医療の危機管理の初動訓練みたいなことを、年二回なのか分かんないけども、やつとくべきなんかなあつていうのは感じていますね。

#### ■全く反対の立場に、医療政策局に異動―二〇三二（令和四）年四月

それで二年後の二〇三二（令和四）年の四月に人事異動だつて言われた時に、医療政策局に来てしまつて、まったく反対の立場になりました。正直、まあまあえらいことになったなあみたいな感じですよ。通常の救急搬送もそうですけども、どちらかというとやっぱり病院側でどれだけ受けられるかつていうように僕は思っていたところもあるので、文句言っていた立場から、文句言われる立場になつて、まったく逆の立場になりました。そこで初めてやつぱり医療側の内情をよく分かつたつていうところもあるし、バタバタとその時をどう頑張るかつていうかたちでやつてはるなつていうのは分かりましたね。

そして、今度は保健所の動きも見えてきましたし、医療側の状況も分かりましたし、入院調整も、なぜすぐに調整できないのかつていうのも分かりましたので、それは理解はするところ。だから逆に、そういうところの情報をしっかりと消防側に流すべきだよなつていうのはあります。それを誰がするのかつていうのは、まだ分からないところはあるがね。保健所でも分からないでしょうし、入退院調整は県庁でやつていましたから、調整をどうするこうする、調整の根本的にね、みたいなやつは当然あります。その結果で保健所は動いていて、じゃあ消防側にどうしたらいいのかつていうのもありますし、そこはちょっとやつぱり。そういうのを、初めのうちに協定なりでやつとけばいいのかなつていう気が今しますね。

そこからはもう、決まったものをやるつていうよりは、どうやつて……、あんまり記憶ないつて言ったら変なんですけども、これやつて、これやつて、これやつてつていうよりは、いろんなことにその時々で対応してきたつ

という感覚でした。ほとんど今までやったこともなければ、決まった制度や仕組みがあるわけでもない。それはそれで仕方ないと思いますし、多分ルールを決めたりとか、計画を作っても、こんな危機事象でそのままいくとは思っていませんから、いかに対応力を発揮してうまく回すかっていうのが仕事かなと思いますので。対応していただいている職員さんの気持ちというのか思いを汲む必要もあるものの、逆の立場での対消防へのアプローチの仕方として、僕の感覚を伝えるとこは伝えたりとかつていうことで、うまく現場を回すにはどうしたらいいのかを、考えながらいろんなところでコメントしていた記憶はありますね。

あと、さまんな話ですけど、割と当時の知事が医療に関してお詳しくて、県民の健康を守ることはすごく熱心だったので、国がここまでいいよつていうようなルールがあつたんですけど、「いやいや、全部聞かなあかん」とか、結構そういうちよつとしたところで、事務的に苦労したところもありました。

### ■医療政策局内の業務の回し方

基本はまず医療政策局がその中の職員を回して何とかしようという状況だつたと思います。僕はもう少し県庁全体というか、例えば人事課であつたりとか、そういうところが関与すべきだとは思っていましたが、新型コロナウイルス感染症がどこまでのどんなレベルのものかつていうのは、多分分からなかつた段階ですので、基本的には、担当部局で対応すべき話だと思います。だから、医療政策局としても、医療政策局の中で業務継続計画（ＢＣＰ）を持っているわけですから、まずそれを発動して、その中でやるべきだと思っています。そこでまかなえない時は、県庁全体でどうするか、応援なりつていうことを検討するつていうことをすべきと思つていて、それはできていたと思います。

ただ、医療政策局内で業務を回す時に、指揮命令系統が若干不明瞭だつたかなつていう気はします。例えば、まずは疾病対策課が中心のはずなので、その感染症係がすべき業務なので、そこでやり始めますよね。それで

業務が増えてきますよね。そうすると、まずは疾病対策課の中で、業務継続計画（BCP）を発動しながら、ここの仕事をちよつと置いてこれに回す、みたいなところがはつきりできていたのかつていうと、それも疑問なところもあります。

今回の対応でいうと、医療政策局のほかの課にいろんな宿泊療養施設の業務をお願いする時に、兼務がかかっているんですよ。なので、どっちの仕事に主軸を置いたらいいのかつていうのを、多分みんなすごく悩みながらやっていたと思うんですよ。そこがちよつとしんどかつたんじゃないかなあつていう気はしますよね。それは多分、みんな思っていたと思いますね。

医療政策局の中で、そういう危機事象だということがあつて、各課が業務をちゃんと整理して、じゃうちはこの中で今年度どこまで業務をする、それで、残った時間をじゃあコロナ対応の応援をする、みたいな意識で物事を考えていたかということは、みんなに聞かないと分かんないです。が、見ている感じでは、みんなやつぱり、何でせなあかんの？とか、何か大変やなあとかつていうふうに見えました。

もうちよつとしつかり割り切つて、今日はこの仕事、今日はこんな仕事つて割り切つてやっていただけの人が増えたら、もう少しうまくこと回つたような気はしますし、それをさせようと思うと、組織的には、例えば兼務をかけるとか、何かしつかり上の者が指示するとかつていうことをしないと、駄目なような気はします。その辺が曖昧なままずーつときたような気はしますね。

多分いろんな業務が出てきて、あれもせんな、これもせんなつてなつた時に、今の疾病対策課ではできないよね。じゃあここでやつて、ここでやつて、ここでやつて、みたいなかたちになつていったんじゃないかと思えます。それはどちらかというと僕が来る前なんですよ。初めの二年間がやつぱりそうだったと思う。どんどんどんどん新しいことが増えてきたので、それでそうなつていたと思いますわ。

役所の普段の仕事のやり方は、はっきりと所掌が決まっていて、正式に兼務をかけて業務をするということのほうが皆さん慣れているし、ある意味すっきりもするけど、一方で、それをしっかりやることによって、逆にやりにくくなることもあるだろうと思います。個人の善意にどこまで甘えていいのかっていうのもあるし。

僕はやり方は二つあると思っていて。今みたいに、現所属のまま、ちょっとずつそれぞれの時間をもらってみんなで作るっていうやり方もあると思うし、ワクチン室みたいに、一個組織を新たに作るっていうのも手だと思うんですね。僕は疾病対策課の感染症係をまず拡大していくべきだと思っていたので、医療政策局内で、要は人をもうそのまま抜くわけですわ。抜いたら、抜かれたところはしゃあないから仕事やめざるを得ませんが、それは業務継続計画（BCP）の中でもうやらなくていいとなっているわけですから、その分の人員が余るわけですから、その分をそこに置いとくんじゃなくて、こっちに持つてくるべきだと僕は思っているんですね。

それで、その組織を拡大していく。拡大して、もう少し権限が必要であれば別組織、要は今のワクチン室みたいに何とか室みたいな、コロナ対策室みたいな組織を作って、その専属の職員にする。兼務じゃなく専任でね。そうしないと、やっている人たちはやりにくいと思うので、そういうやり方もあつたんじゃないかなっていうふうに僕は思いますね。個人的にはそう思っています。

### ■各保健所でやり方が違う

あとは、保健所自体が県の組織なんですけども、独立したというのか、保健所長さんの権限なのかな、かなり考え方が強いなあっていうのがありました。それは、今になって感じるんですけども、今年度に入ってから、都道府県の衛生部局長会議に代理で行かしていただいたんです。その時に、やっぱり地域の公衆衛生の要は保健所であって、保健所長さんだっという思いが皆さんお強いなっていうのを感じました。

振り返ってみると、X県でも結構問題になったのは、各保健所でそれぞれやり方が違うみたいところがあっ

たんですよね。多分、オペレーション的に保健所ごとにちょっと違うんですよ。事務所内でのスペースの問題とか、人員の問題で若干違う部分があるのかも分かんないんですけども、患者さんに対するオペレーションも若干変わっていたりとかするところがあつて。

システム化しようという話もあったのですが、苦労したのは、オペレーションが違うので統一できないというところがあつたんです。何でそんなことになんのやろつて、患者からすると、やつていかなきゃならないことつて一緒のはずですよ。当時は入院までありましたから、書類書いてもらつて、観察して、それで聞き取りしてもらつて入院してもらつていう、やることは一緒なのに、そこに関わるオペレーションが違つていたんです。

例えば紙の出すタイミングが違つたりとか。違うというのは僕ずっと疑問だったんです。それをシステム化しようつていう話があつたので、余計にそれを感じているところがあつて。ただそれは、今年度になつていろんな会議に行つて、各保健所さん、保健所長さんの思いついていうんですか、公衆衛生に対する思いついていうのがやっぱり強いんだあつていうのはわかりましたね。自分はこうするべきだつていうのが、おそらく各保健所の所長さんの中であるんだろいうなあつていうのを今感じていますね。そこが、県庁から言うのと保健所は県の組織の中の一出先機関ですから、当然全体方針の指示についてきてほしいという思いがありますけど、「いや、うちはそのやり方があるから」つていう、そんな言い方もちょっと変ですけども、「こうやるんです」みたいなところがあつて、なかなかうまくいことその辺が回つていなかった記憶があるんですよ。

ただ当時は、何で言うこと聞かへんねんみたいに思つていたんです。でも、それは逆に言うと、保健所長さんはそれだけの自分が責任あるという認識のなかでやつてはつたんだなつていうのは、特に今年度になつてからいろんな会議に行くと思うところはありますね。ほかの都道府県さんはどうしてんのかと、逆に思いますけどね。

やつぱり保健所の所長さんが医師だからつていうのがあると思います。行政組織の長という意識ではなく、医

者としての立場なんだと思います。任された地域の、人の命と健康を任されている医者の方から、それは人それぞれ違うのでしょうか。それが僕は初め分からなくて。医療政策局に来るまで、県庁に医師がそんなにいるとは思ってなかったところがありました。あんまり知らなかったんですね。保健所長が医師だったということは、もちろん知っていますけど、公衆衛生のこともほとんど知らないままに今のポジションになって、逆にやっている間にこっちの知識が上がつてきたっていうところもありますね。初め疑問だったところが、こっちの知識が上がつていくごとにそこが理解できてきた、っていうのが今に至るみたいな感じですよ。

公衆衛生っていうものが、都道府県が勝手に名前をつけているわけじゃなくて、公衆衛生学会があったりして、医学会では確立されている分野なわけじゃないですか。その中の、言うたら現場が保健所であるということは、その関係性と、県庁での出先機関っていう関係性をどう折り合いをつけるかっていうのか、そこを理解しておかないとわれわれもやりにくいところがあるのかなあという気が今はしていますので、すごく難しいなあと思っていますね。

でも、多分所長以外の保健師などの職員は、基本的には県の中で異動していますから、もう行政組織の一員だと思っっているとは思いますが。ただ、そこはどう思っているか分かんないです。長く保健所にいた方であれば、やっぱり自分たちが公衆衛生を守るといふ所長さんの思いとかを勉強されている方もおられるかもしれませんがね。

日常行政の中では、保健所と本庁っていうのは、もっとむしろ近いと思いますよ。やっぱりこういう突発的な異常事態下において、医者の思いと行政組織の思いとの違いっていうのが表面化してきたという感じもあります。各保健所のやり方が違うっていうのを僕は統一したかったので、そのほうが効率的にできると思っただけです。例えばいろんなシステムを入れるとか、考えていたんです。実は裏のほうで、聞き取りとかのデータが手書きで全部書いていたから、手書きの資料を何かデータとして入れられないかとか一緒にやっていたんですけど、そ



れってやり方を一緒にしないとできないんですよ。こっちの保健所とあっちの保健所でやり方が違っていたら統一できないんで、そのために「どんなフロアやねん？」って聞きに行ったら、全然フロアが違ったりとか、フロア自体がよく分からないとか、そもそもないとか。

もうそんな状態でずーっときていたんですよ。僕の理解では、それがないと前に進めなかった。その辺の整理は、本来は疾病対策課の感染症係を中心に、そこがスタートした組織がしっかりコントロールすべきっていうのがあったんですけど、そのやり取りがあんまりなかったかなあとという感じでした。入退院調整が困難なのと、その辺のフロアがあんまりできていなかったのかなあっている感じがしますね。何か会議でわあわあ現場に向かって文句言っていたことしか頭の中には記憶がなくなっ

結局、最終的には統一したフロアになっ

ていないんですよ。ま、それでそれなりに対応できたし、二〇二二（令和四）年の九月に発生届（感染症法に基づく医師の届出）のルールが変わりましたよね。もうあれで、もともとやろうとしていた業務もいらなくなってきた、経過観察とかだけが残ったりとかして、がらつとやり方が変わっちゃったので、あれはもう正直いらなくなつたみたいところがあつたので、自然消滅したって感じですよ。

### ■クラスターの発生による福祉施設への対応

特に障害者施設とか、高齢者施設、いわゆる支援の必要な方たちの施設については、本来はその施設で、自分の施設の入所者の安全管理というのか感染管理はすべきだと思いますが、おそらく難しいんですよ。難しいので、やっぱり専門家に頼ってしまう。

となると保健所に頼ったりとか、搬送を救急車に頼んだりとかっていうことになってくるところの難しさがあるなあっていうことは、感染者が爆発的に増えた頃に思いました。われわれもそうですけど、病気にかかるとやつぱお医者さんを頼りにしますよね。それと一緒に、多分施設の方々も、医療側に頼らざるを得ないこ



ろはあったのかな。ただ、それはこちら側から言うと、こちら側も手一杯でとてもできないよねっていうことがあるので、あくまでも自分の施設が契約しているところとかあると思うので、まずはそこで対応するっていうところをしっかりとすべきなのかなあとということは思いました。

あと、ドクターの方々が全員、まったく同一の高い意識をもっていたかかっていたら、それも正直なところ疑問もあつたと思います。多分日本の医療機関がすべて同じ感覚でコロナに対処しようって思ってたっていうのもう少し回転したかも分からへんけど、やはりドクターの方々も自分とこの患者が感染するのも怖いでしょうし、そういうところもあるのかなあという気はしますけどね。Xは、幸いに医大のK先生がだいぶ頑張ってた現場を回ってくれたつたって聞いていますので、そこでまあ何とかなつたのかなっていう気はしますね。そこは、結構やり取りがありましたね。障害者施設と、介護施設の担当課と、こちらのほうについてはありましたね。だいぶ押したり引いたり、何の案件だったかちょっとはつきり覚えていないですけども、よくありましたね。

そういう施設関係でクラスターが出始めたから、とても数的に対応できないんで、保健の担当課にもう仕事割り振って対応してもらっていました。割り振ってというか、本来そうだったのかも分かんないですね。ほかのところもそうなんですけど、感染症だからといって、全部疾病対策課がやらなければならないとか、感染症イコールすべて疾病対策課みたいなことになってしまっていたんです。これこの案件だけじゃなくて、X県では割とそういうことがあるんですよ。言葉だけを引っ掛けて、その言葉を持っているところに全部仕事がくるみたいな。そうじゃないでしよって思うんです。たまたまその言葉が引っ掛かっただけであつて、本来担当すべき部署はそれぞれあるはずなのに、つて思うんです。こういうちょっとしょうもない文化が若干僕は残っている気がするんですよ。

みんなでやったらいいじゃんって思うなかで、担当じゃないところまで飛んでいく必要はないですけど、担当があるんやったら、まずそこでしっかりと頑張るべきだと思っています。各施設のクラスター対策っていうのは、

本来は各施設の理事長さんたちが考えるべき話であって、閉鎖するんやったら閉鎖したらいいし、守るんやったら守るでドクターと契約をするなりとかすべき話だと僕は思いますので、そこをちゃんとできているんですかという疑問はありますよね。それをしないまま、例えば食事中に感染対応をせずに食事させてたりっていうことをやっていてクラスターが出て、「いや、クラスターだから医療側が何とかしてくれよ」みたいな話があると思えば、それはちよつと間違っているんじゃないかって思います。

だから、本来担当すべきところがしつかり対策をやったうえで、たらずまい（不足前）であつたりとか、困難な事象があつた場合はほかのところに頼めばいいと思います。まずは自分のところがすべきところをしつかりするっていうのが僕は基本だと思つていますが、各施設とお互いに共通認識があつたかどうかっていうのは若干不明なところがある気がします。僕が聞きに行つたわけではないので分からないんですけど、そこを本当にちゃんとやつたうえでお互いにやり取りをしていたのかっていうのは、ちよつと疑問なところがありますね。

初めての出来事に皆さんが遭遇して、そうなつちやつたのかもしれないとは思いますが、本来落ち着いて考えれば、まず自分のところでやるべき対応があつたはずなのに、訳の分かんないコロナだつたから、「じゃあつちや」つてなつてしまつたんでしょね。

ある程度本当の緊急というのか、感染の波が下がつてきた時にみんなが冷静になつて対応してきたつていうことがあるのと、施設でいうと、医大の先生が現場に結構入つてくれていて、その指導で自分の施設で対策できるよつになつたのかなつていう気はしますね。そこは、先生方に行つていただいてご指導いただいたおかげかなという気はします。今も、施設や病院でもそうですけど、あれだけの利用者さんがいてはつたら、もうコロナのクラスターが発生する可能性は絶対あると思うので、ゼロにはならないと思うので、それをいかに少なくするか、か、いうことをしつかりやらないと、医療側だけでまかなうことは多分できないと思うんです。

医療政策側からいうと、医療の提供をいかに確保するかって話があつて、それも病院の数も決まっていって、入院できるベッド数も決まっているなかで、患者さんを全部入れられるかっていったらそんなわけにいかないの、それであれば、当然ながら予防をしつかりしなければならぬということが発生するわけであつて、そこをどれだけ頑張れるかっていうところも大事なのかなあつていう気はしますね。

### ■ワクチン接種

医療政策局ではワクチンの対応はやっていましたけど、担当は別におつたので、結構うまいこと回つたんちゃうかなつて思いますね。ワクチン接種に関しては、当時の知事がワクチンの対策室みたいなのを立ち上げてくれて、そこで一括して各市町村への配分を一手にやってくれました。そこは一個組織を作つて対応したので、何か「誰がすんの？」みたいなかたちじゃなくて、もうそこがするんだっていう明確な業務分担のもとにやってくれていたの、そこは割とうまいこといったかなつていう気はしていますね。しっかりと情報収集をしたうえで、各市町村との連携を取りながら、配分計画を作つてしっかりと配分してくれていたかなと思います。

市町村でできないところについては、県がワクチン接種会場を作つたりということをやってくれていたの、比較的接種に関しては問題なくやっていったのかなあつていう気はします。世間でも言われているワクチン接種の副反応であつたりとかつていうところも、相談窓口を作つてやっていましたので、比較的問題はなかったような気はしますね。

### ■地域医療連携課と疾病対策課の役割分担

今回、専任にして、今までなかったような業務を任せしたのはコロナ対策係ですね。地域医療連携課にありますので、トップが地域医療連携課長なのですが、地域連携課長でよかったのかつていうのはちょっと分かんないですね。地域連携課が、各医療機関のパイプ役になっていますので、そういった意味ではよかったのかも分かりませんし、ひょつとしたら、別にトップを置いてあげたほうがよかったかも分かりませんし、そこは微妙ですね。

感染症自体の対応については、感染症係だと思っていて、公衆衛生上の感染対策は、感染の専門として疾病対策課がやるべきだと思うんですけど、今回のケースに関しては、入院っていう話もあったりして、医療提供体制という側面がありますよね。そうすると、その部分はX県というと、地域医療連携課が担っているんです。地域医療連携課は医療計画を作っているところですから、県内の病床数の管理であったりとかいうことをやっていきますので、今回のケースでいうと、そこは両輪としてはいったと思います。入退院調整もコロナ対策係でやっていましたので、あえて一個係を作ったっていうのは正解だと思います。

疾病対策課にもコロナの担当部署があったんですけど、どっちかというと、国からの交付金の整理をしている側面がありました。僕としては、いや、そうじゃなくって、ガチャガチャ文句を言っていたあの保健所をどう動かすかっていうところを、本来は疾病対策課にコロナ係を作ってやるべきじゃないのかっていう思いが一方であつて。一方の入院医療体制については、地域医療連携課のほうが病院とのつながりが強いですからそこでやる。その両輪だったのかな。こっちの保健所への対応っていうのが、X県は今回遅かったかなあ、できていなかったかなあっていう感じはありますね。

保健所の所長さんの思いがあるのと、県庁側の命令系統があまり明確でなかったところが、僕が来る前が多分そうだったと思うんですよ。それで、コントロールできていなかったというのがどうも見えるので、僕が来てからの課長は割とそこは意識があつたので、しつかり感染症係をコントロールしていたと思いますけど、もういったん動き出したやつはなかなか変えられない、変わらないので、苦労はしましたね。

#### ■疫学調査を縮小することの難しさ

初めの頃、感染した患者さんに、行動調査みたいな疫学調査をやりますよね。あれも保健師さんはすごく丁寧にやりはるんですよ。やっぱり保健所は地域の公衆衛生を担っているっていう意識はわれわれよりかは高いと思

いますね。その意識が高いので、コロナの感染者の波が高い時は、聞き取りとかもある程度制限せざるを得ないので、多分どこもそうやと思うんですけど、そういうのを縮小したりとか、時間かけるのをちよつと短くしたりとかやつてはったと思うんですよ。

それを保健師さんは波が引いた時に、元のやり方に戻そうとしはるんですよ。また、いっぱい聞こうとしはるんですよ。でも、ここの波の時にここの判断で、聞き取りはこの範囲でいいって決めたはずだと思うんですよ。であれば、そこから先も同じ判断でやつたほうが僕は効率的だと思うし、しんどい思いをしている時に、ここでちよつと休めたらいいやんって思うんですけど、何かやりたいんですね。感染者の数が少なくなってきたら、一人に対する時間をかけはるんですよ。それはやつぱり保健師さん独特というのか、その医療の方々の感覚かなあと思っています。

僕なんかは、逆に本来やるべきことがあつたとしても、全員合意のうえでの判断で、ここまでにしようっていうのであれば、それでいけるはずですよ。このままやつたらいいと思うんですよ、つていう感覚ですが、何かちよつと専門職の方は違うところがあるかな。

全般的にここの対応をどう処理するか、感染の波があるので、あとは職員の体調も考えながら休める時は休むみたいなことで、中でルールを決めて、ルールを下げていくわけですよ。ずっと本来やりたかつたところを、下げていくわけですね。であればやつていいのに、保健師さんたちは、自分たちがやつていた仕事を、やつぱり突き詰めてやりたいんだと思うんですよ。疫学調査も、例えば本来一〇人ぐらいやらなあかんやつを、一人、二人でええやんってルールを下げてんのに、感染者の数が減って時間ができたから、また一人に対して一〇人ぐらい聞きに行ったりとかしてはつたみたいですよ。そこが多分専門職の方は、やつぱり本来自分がやるべきことつていうのがあつて、それを突き詰めていってしまうような気がします。それは、行政の仕事としてやつてはるんですけど、その前に専門職としてのやるべきことつていうのが多分あるんやと思いますわ。その辺がわれわれとの違いをちよつと感じましたね。

医療職、特に看護師さん、保健師さんたちっていうのは、もう目的はみんな共通していて、とにかく住民の生命安全を守る。これ一つなんですよ。だから、目標はそれだけなので、それに向かってできることを全部やることをいとわないんですよ。しんどいとか、それがつらかったではなくて、むしろ、「その患者さんの手を直接さすってあげられなかったのがつらい」とかね。もうやれることを全部やるのが当たり前みたいな。それは感じましたね。ただ、それで、そこまでやつちゃうと、本人たちも多分持たないと思うんですよ。でも、多分それを言う、できなかったことのほうが、ストレスになるんだと思います。なかなか難しいですけどね。僕も、「いや、こうしたんだから、こうでいいじゃん。その間休んだらいいんじゃないですか」って言ったら、やっぱりちよつと「うーん……」って。「あ、そうですね」っていう感じでは、なかったですね。「え、何で？」っていうふうに疑問に思う感じでしたね。

### ■対策の引き際の難しさ

あとはやつぱり、二〇二三（令和五）年度になってから、もう国としても、いつまでもコロナ対策をしているわけにもいかないし、当然ながらコロナは残るもののどつかで元に戻さなかんっていうところの引き際のところが難しいなあっていう感じはありましたね。いきなりポーンとやめてしまうわけにもいかないですし、そういう意味では、国も割と半年の移行期間を作ったりとかしてやっていたのは、一定成果があったのかなっていう気はしますし、この（二〇二四年）三月から、ほぼコロナ対策はなくなりますので、ここは割とうまくそういう段取りができたかなっていう感じはしていますね。

### ■今回の対応における反省点

今の改正感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和四年法律第九六号））の関係で、医療との協定を結びなさいとか、新型インフルエンザに対する計画の見直しと

かがあるんです。X県も計画の見直しもやっていますので、その中で今回のコロナ対応のフィードバックをすべきっていうのは指示しています。

あともう一つは、県全体の危機対策本部を立ち上げなあかんレベルになった時に、しっかり防災部局との連携が必要だと思っているので、防災部局の意識も、あまり言いたくないですけど、ちょっと低かったなっていう感じがあります。

危機管理監はすごく意識が高かったですけども、おまけみたいに思っていた人がいたのは確かです。だから、防災は、自然災害とか、テロとか、そういうところを中心と思っているふしがあるんですけど、実はそうではないっていうのが今回分かったし、僕もその意識は非常に低かったなって実は思っています。

僕は単純に、みんな困っているんやったら一緒にやったらええやんっていうレベルの話でやりましたけど、そうじゃなくて、本来はやるべきことだったような気がしますし、それはほかの部局もそうだと思います。その意識は低くなっていくのがあって、これは危機管理に関しては、この事象だけではなくて、県の職員であつたらどんな災害があるか分かりませんから、その時にどう動くかっていうのはもう一回意識づけしとかなあかなってというのは、大反省なところがありますね。

僕は、たまたま消防救急課から医療政策局に来て、両方の目から見ているからっていうのもあるかもしれませんが、確かに消防救急課にいる時は、消防側の文句ばかり言うていましたから。突っ込んではやっぱいかなかった気はしますね。やっぱそこは意識低すぎたなって思いますね。医療政策局に来たからこそそれを思うんです。

#### ■自分とこの責任としてしっかりやる

連携するのに今後も役割分担は今のままでいいと思います。役割分担はもう決まっていますので、それを意識を持ってしっかりできるかどうかだと思います。人ごとみたいにやるなってことですね。ルールは決まっているの



で、医療提供体制であったりとかっていうのは、当然ながら県庁でやると。

ただ、その感染に対する一般的な周知啓発だったりとか、緊急事態宣言みたいなことを中心としたいろんな施策が、病院以外のところになりますよね。それは防災部局でやるべきだと思っているので、そこを自分とこの責任っていうことでしっかりやっていただければ全然問題ないと思うんですけど。いや、やってはりますよ。やってはりますけど、無意識に医療政策局の話に引きずられて、やらなしゃーないやんみたいなところがあるんやっただとしたら、それは違うよねっていう、本来業務としてしっかりやらなければならないっていうだけです。だから、ルールと役割分担ははっきり決まっているので、それをしっかり意識してやるべきっていうだけの話ですね。支援金のコールセンターであれば、産業経済関係部署が担当になるんですけど、そっちは当時ちゃんとやっていていましたから全然問題ないですよ。みんなしっかりやってくれています。ただ、いろんなことをやっている節々に、ちよつと不満的に「ほんまはこっちやりたいのに、コロナ……」っていうのがちょこちよこつと聞こえてくるんです。余計な仕事を増やすから、みたいな。仕事はしっかりやってくれているので文句はないですけども、ただ、意識としてそれがあつたらちよつと違うんかなあつていう、それがどつかでほころびになるんちゃうかなつていう心配ぐらいです。みんなレベル高いですから、しっかりやってくれているんですよ。そこは全然不満はないんですけど、それぐらいですね。所掌は全部、全員分担ですし、やつぱりみんなやっていかにと多分できないこともあると思うので。

ただ、僕が一番言いたいのは、自分が本来やるべきことをやらずに頼むのは駄目だと思うので、それぞれのところがしっかりと自分の役割をやつたうえで、もう手が足らんかったら万歳して助けてもらう、っていうスタンスをしっかりとみんなが持つべきだと思いますね。ただ、やるべきところを頑張り過ぎてしんどくなつたら、それはまた本末転倒なので、そこはバランスを取ってもらわなかんと思うんですけど。



## ●県庁担当職員の対応その三

エスノグラフィー調査日時…二〇二四年三月二八日

X 県疾病対策課 K さん

X 県健康推進課 Y さん（保健師）

K さん…二〇二〇（令和二）年度 X 県総務部総務課主幹、二〇二二（令和三）年度 X 県病院マネジメント課長、二〇二二（令和四）年度 X 県疾病対策課長として新型コロナウイルス対応にあたる。

Y さん…二〇二〇（令和二）年度 X 県 P 保健所、二〇二二（令和三）年度 X 県 Y 保健所、二〇二二（令和四）年度 X 県疾病対策課保健師副統括、二〇二三（令和五）年度 X 県健康推進課保健師統括として新型コロナウイルス対応にあたる。

## ■新型コロナウイルス対応の概要

K さん…二〇二〇（令和二）年の時は総務部にいたので全庁の対応のほうで、緊急事態宣言が出た時に職員をどれだけ家で待機させるかとか、そつちの対応をやっていたんです。だから、医療に関してだと二〇二二（令和三）年に、病院マネジメント課という県立病院の担当の所に異動になって、そこから本格的に入ったところなんです。病院マネジメント課に来た時はちょうどアルファ株の対応の真っ最中の時で、わりとクラスターが多く出始め

た時でした。なおかつ、まだワクチンが医療従事者ぐらいしか打っていない頃で、まだ高齢者の方とかが重症化していたので、各県立病院は患者を受け入れてはいるんですけどICU（集中治療室）がいっぱいになつてどうするかって話をしていました。

その時に他の所というところと連携しながらなんですけど、大阪とかで救急車がどこも行き先がなくて大変になつていた、Xももうそうなるっていう手前までいっていったんです。そのためにX県総合医療センターの講堂に大阪府が作ったような入院患者待機ステーションのような形で待機する場所を作りました。X県総合医療センターは講堂も医療ガスの配管があつたりするので、そこにベッドを並べて、万が一、救急車が病院に行けなければ、そこにいったん来て、患者を医師の管理下に置くっていう準備まではしたんです。

ただ、二〇二一（令和三）年のゴールデンウィークが多分ピークぐらいで、それを越えるとだんだん患者数は減つてきて、入院患者も少し減つてきたので実際は使っていないんですけど。私が直接関わったところでは、この時が一番大変でしたね。かなり病院さんからも「もう患者さんを受けられへん」っていうようなお電話もだいぶ頂いていて、「そこを何とか」っていう感じでお願いしていました。

その後はデルタ株になると、高齢者のワクチン接種が進んだので県立病院の重症な方っていうのは減る傾向になりました。患者数としては増えていましたけど、重症化される方は減る傾向だったので、私の担当としては、そこから先は少し落ち着いていたかなという印象です。県立病院のほうもわりと最初の頃に比べたらウィルスの特性もわかつてきて、重症化の状況とか、うつりやすさとかもわかつてきたので、当初二〇二〇（令和二）年の頃に対応してきたような医療機関のスタッフのストレスっていうのもだいぶ下がってきていましたね。

あとは、医療従事者へのワクチン接種。二回打ったものの、三回目の話が来た時に「いつになったら打てるんか」とかいう対応をしていました。国からワクチンがなかなか来なかったもので、その辺の調整を二〇二一（令和

三）年はやっていました。

Yさん…私は、二〇二〇（令和二）年はP保健所で、X県の第一号の感染者の対応から搬送とか疫学調査を直接させていたっていました。その後二〇二一（令和三）年にY保健所に異動しました。その時にはコロナ対応もただ中に異動しておりますので、そこからはもうすごい感染の波が来て、もう途方に暮れるしかなかったという状況でした。そんな状況の中で、いかに業務を簡略化していくかと。そこから動員をかけるとか、県の事務職さんも応援に入ってくれましたので、そうなつてくると少しオペレーションを変えてついでいうようなことで、大変な中にも、自分たちで考えて工夫するついでいうことができたかなつていうところはあつたんです。

ずっとそれまでも感染症におりましたので。保健所でもずっとコロナをやつておりましたので、それから引き続きの県庁でまたコロナ対応ということでした。二〇二二（令和四）年度は疾病対策課でコロナとがんも担当していたんですけれども、二〇二三（令和五）年から健康推進課になつて統括になつたんです。前任の統括保健師や課長と一緒に保健所を回つたりしながら業務をやつていました。

最初の第一波からずっと従事させてもらつていたんですけれども、フェーズによつて全然状況も変わつてきますし、対応も変わつてくるつていうことはあつたんですが。最初、保健所の感染症係でコロナ対応をしていたので、そこで課題だなと思つたことつていうのは、感染症係だけで対応している期間がすごく長かつたんです。それは所属の方針であつたし、それでいけるつていうふうに判断されたのだと思うんですが、なかなか全所体制になるのに時間がかかつたということがありまして、その辺のところは課題かなつていうふうにはすごく思つたところでした。

#### ■各課最適から全体最適に

Kさん…二〇二二（令和四）年の四月にこの仕事（疾病対策課長）に就いて最初は状況をいろいろと口頭で教え

てもらって、現場のほうも意見聞かなと思って各保健所を回りました。その時の私の印象は、保健所三つと、県庁も疾病対策課、地域医療連携課、健康増進課とか、いろんな所で役割分担してやっているんですけど、それぞれの部門最適を一生懸命やっている感じがあって、全体最適になかなかつなげてない感じが見えたんです。みんなそれぞれ一生懸命やっているけれど、もう少し連携と効率を上げられるのではないかなっていうことを思いました。

私が来た時にはもう二年ぐらいたっていたので、仕事がちり分業化になりすぎちゃって、局所でみんな担当を持ってやっていて、全体をわかつている人がほばいない状況になってしまっていたんですよ。「ホテルは？」って聞いたら「ホテルは何課がやっています」「いや、これ、どういうふうにやるの?」「いや、何課がやっているからわかりません」とか、そういう答えが返ってくるんですよ。

Yさん…もう縦割りの最たる感じですね。

Kさん…みんながいつぱいいつぱいなので、自分の仕事をどうやるかばかりやったんで、できるだけ全体把握をするのは早くしました。誰もさぼっているわけじゃなくて、みんな一生懸命やっているの、同じ一生懸命やるんやったらもう少し効率よく。こっちの課とこっちの所属、ここをうまく連携したらという感じで。同じことをこっちとこっちでやっていたりとかあったので、その辺を連携するのが最初でした。

#### ■疾病対策課での業務

Kさん…二〇二二（令和四）年の四月に今の疾病対策課に異動という辞令が出ました。疾病対策課はほんとに感染症対策の大本で、その時にYさんさんも一緒に異動してきましたので、二〇二二（令和四）年から一緒に仕事をさせてもらっています。その時は、ステイジ的にはオミクロン株になっていて、国も自宅療養を認めた後だったの、とにかく感染者数が多い中で重症者をいかに見逃さずに拾い上げるかという作業が中心でした。

とにかく感染者の数が多かったもので、保健所がなかなか大変でした。保健所の現状も教えてもらいながら全体を見て。X県内にはX市の保健所も含めて四つの保健所があるんですけど、四つの保健所と県庁のほうも特に疾病対策課で毎日感染者数を報道発表しないといけない状況だったので、それに追われていました。死亡者が出たら、その人の状況を調査したりとか、それを繰り返していた中で、保健所は保健所でみんな頑張ってくれていて、それぞれで工夫してやってくれているんですけど、自分のところで手一杯という状況でした。

Yさん…私も二〇二二（令和四）年度からは疾病対策課に異動になり、課長と一緒に仕事をさせてもらいました。Kさん…二〇二二（令和四）年は、全体の保健所の効率化をいかにするか。ほぼそれしかやっていないって言うってさえぐらいなんですけど。毎回、感染の波が来るたびに想定以上の数の感染者が出たので。一応、波が終わるたびに次の波に備えてつて準備はするんですけど、毎回その準備の想定を上回る数の感染者でした。

Yさん…どんどんどんどん、倍々でしたもんね。

Kさん…ちよつとうちの想定が甘かったのか、というのはありました。全国的にもそういう所が多いかと思うんですけどね。

Yさん…県庁に異動後、保健所の状況もわかっていの中で、発生届（感染症法に基づく医師の届出）が限定的に変更されたにもかかわらず、県独自で全部に対応するということになり、保健所の気持ちであつたり…。それを私もやっていたので、ちよつと難しいなと思いました。でも、それは県の方針だからやらないといけないという、板挟みじゃないけれども、そんな立場にあつたので、そうしながらもいかに効率良くできるのかつていうことを課長に相談させてもらつて、指導も受けながらいろいろと絵を描いてやっていました。

Kさん…あの時はそれを日々考えていましたね。

Yさん…保健所に投げて「これでやりますよ」つていうことの合意を得るような形にしたりとか。やりながらな

ので「とりあえず、これでやりますよ。でも、改善していきますよ」っていう、ほんとに走りながら変えていくっていうような状況の中で、保健所も対応してくれたかなって思っています。

Kさん…二〇二二（令和四）年にオミクロン株になってからは、重症者の数はそれなりにいましたけど重症化率がだいぶ下がったので、自宅療養の方で重症化する人をいかに見逃さないようにするっていうことが、その時の一番の命題としてありました。保健師さんでもあり保健所の立場もよく知っている方が本庁に来ていただいたので、保健所の状況を教えてもらって。その後、何度か実際に保健所に行って話も聞きましたけど。

Yさん…何かあつたら何回も足を運んで。

Kさん…その前段で情報がもらえたので。まったく知らない状況よりは、だいぶ最初の入り口はやりやすかったですと思います。

#### ■時間的余裕のない資料作成や議員対応

Yさん…上層部に状況報告したりとか、データを求められたりとかいうことも、もちろん、それは役割としてありましたので、その辺の期限が短い中で状況とか情報を保健所からもらったりとか、HERSYS（ハースス…新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）に入っているデータとか、そういうものを集約したりとか、資料にできるような形にしたりとかっていうのも、数字が苦手だったので苦労しました。

Kさん…この府県も言っていると思うんですけど、国が情報を出してから実施までの期間が短すぎるのが多かったんです。場合によっては報道で知ること結構あつたんです。ニュースでやっていて「え？ いつからこんななるの？」っていう状態でしたね。

Yさん…国からのメールが後から来るみたいなこともありましたね。

Kさん…朝、ニュースを見て仕事に来たら、夜中のうちにいつまでにこういう状況を集計して、どういうやり方

にするか決めるっていうメールが届いていたとか、そんな感じでした。

案件が案件なのでこの府県も一緒なんですけど、知事まで了解をもらわないといけないことが多かったので大変でした。知事まで了解を取るっていうプロセスが必要なので、そこは時間的に大変でしたね。

あとは、議員さんへの対応。私が担当した頃には議員さんも遠慮してくれていて、呼ぶのを控えてくれていたんですけど、最初の頃はだいたい議員さんも「コロナどうなってるか説明に来てくれ」というのがあったみたいです。議員の先生方もどうなっているのかっていうのを地元で聞かれますからね。

### ■保健所と県庁のすり合わせ

Yさん…保健所としての立場から、本庁に来ると立場がひっくり返りますよね。そのすり合わせていうのが、現場の状況もわかるだけに、どう伝えようかとかいうことで悩んだりとかもしました。でも、そうやって悩んでいたりと検討する時間もない中で「とりあえず、こういう方針でやりましょう」と。「やって何か問題があれば変えていきましょう」っていうようなスタンスで保健所にお伝えしながらやっていきました。県は県で「こういう方針」っていうのは固まりましたので、それなら現場でやりやすいようにどうつなげるかっていうようなことを考えて対応していったっていうことかなと思います。

例えば、全体のオペレーションを変えないといけないっていうことがありましたので、そのフロー図をきちんと作ったりとか。フロー図も共通言語にするとか。

Kさん…当時はあまりにもめまぐるし過ぎて。保健所の内情を知りつつ、何とか改善してもらわなきゃいけないこともあるしということが一番でした。逆にそれが私の役割なんだろうなって思いながら対応させてもらっていましたので。でも、私には保健師も気を遣って言えてないこともあったんじゃないかなって思う部分もあって。もう一人、事務の補佐がおられたんです。きつと、その人はもつと大変だったんじゃないかなって思っています。

私の下にYさんさんと、もう一人、事務の担当もいて、彼がずっと申請関係から一手に引き受けてやってくれたんです。でも、医療の経験がほばない状態で担当していたので、保健師さんが普通に使う単語がわからないところからスタートしていたと思うんです。病院ともいろいろとやり取りしたり、保健所から「その辺はどうすんの？」とかをいろいろと言つて。一番言いやすいところでもあったので。

Yさん…私は同じ保健師で、保健所で働いていたというようなこともあつて。ほとんどの保健師にとつては多分先輩保健師になりますので。同等という形だったとは思うんですけども、ちよつと遠慮してくれていたところもあるのかつていうふうには思います。事務の補佐と私と情報共有しながら「こういうことを言つてきてるんです」つていうことを聞いたら、私は保健所に少しオブラートに包む形で伝えたりとか、双方の連携が取れるようにはしていました。

Kさん…どつちかつていうと、保健所側への説明資料はYさんが担当で、知事向けの資料は事務の補佐に頼んでいたんです。微妙に角度変えた資料になっているんです。同じことを書いているんですけど。

#### ■本庁勤務保健師の動員

Yさん…県では、県庁にも保健師が配置されていますので、その保健師をどういうふうにも動員に生かせるかつていうところが、課題だったんです。保健師も人数は限られていますので。本庁は本庁でコロナの業務もありますし保健所に付きつきりで行けるわけでもないし。ただ、保健所は保健師に来てもらうと助かりますので、事務職ではなくてというところですが、「来てほしい、来てほしい」という希望があつたんですけれども、なかなか希望通りには行けない。言われれば、ある程度は調整するみたいな形だったのを二〇二二（令和四）年度は「それ、やめましょう」つて私が前任の統括に言いました。

保健所によつても患者の出方も数も違いますし、人員の体制も違いますので、そこを少し数値化して、これぐら



いの感染者数になれば、この業務にこれくらいの時間がかかるとすれば何人ぐらいはプラスで要するという計算をして、保健所に示しました。なので、「P保健所だったら、感染者数がこの数に達したら動員しますよ」「Y保健所だったら、感染者数がこれの数になったら動員しますよ」っていうふうにしたんです。ただ、数の上がり方が急すぎて、そも言うてられる場合じゃなかったんですけれども、そこは各保健所と数値として見える形で共有できるようにしました。それまでは、「来てほしい」と言った所に保健師が配置されるみたいないところはあったので、それは公平じゃないのでやめようと当時の統括と話をして、そういう表を作って示してっていうことをしました。

とにかく当時、保健所の保健師が本当に大変で、住民から罵倒されたりとかもありましたので。県も若い保健師が多いんです。中間層が育休だったりとか、産休だったりとかしますので、そうなってくると、若い、新規採用で入っていきなりコロナ禍という職員も多かった。感染された方への聞き取りをして、罵倒されて泣いてしまふみたいなこともやつぱり、ありました。その子たちのモチベーションとか、そういうものも保ちながら、「よう頑張ったね」って言いながらみんなで協力してやるっていうようなことがありましたので。そうやりながら、みんなで乗り越えてきたかなっていう感じです。だから、各保健所がそれぞれの事情でみんなで乗り越えてきている中で、なかなか一方的に県から「こう」っていうのも難しい面がありましたね。

#### ■五類感染症への移行に伴う対応―二〇二三（令和五）年度

Kさん…オミクロン株があつて、二〇二二（令和四）年が終わって、二〇二三（令和五）年になってからは五類感染症への移行が見えていたので、五類感染症へ移行した後をどうするかという対応が中心でした。

私はワクチン接種の業務を二〇二三（令和五）年の途中からやり出しています。ワクチン接種も接種自体は二〇二三（令和五）年になった頃には市町村もノウハウができていたので、「いついつワクチンがこれだけ来ますので対応します。」っていうのでわりとスムーズでした。当初はワクチンがいつ来るかとかでもめた時もあり

ましたけど、私が担当した時にはもう市町村での接種については一定の形ができていたので、もう肅々とやっていくだけという状況でした。国のほうからちゃんと連絡が来ていましたし。

どちらかというと、副反応の健康被害の救済（予防接種健康被害救済制度）の関係の方が「どうしたらいいの？」っていうのが出てきていて、大きな市はある程度の数を受けて慣れてきているんですけど、小さい市町村は、二〇二三（令和五）年の途中になって「初めてこんな相談されたんですけど」みたいな連絡が県庁に来るので。

救済制度の関係で市町村から相談を受けたことを「こういう相談の仕方です」とかいうところ。やっぱり、二〇二三（令和五）年になってくるとワクチン被害の患者会の皆さんもだいぶ動かれていて要望に來られたりとかしていたので、そちらの対応ですね。でも、ワクチンのほうは難しいです。結局、因果関係がよくわからないままなので。

訴訟にはなったケースは今のところはないです。ただ、まだ結果が返ってきていない人とか。この年明けからばたばたと国から結果が返ってきて、結構、否認されている人が何人かあるので、その人たちがその後どうするかです。行政不服審査請求であれば県に来るんですけど、訴訟をされることになると、行政処分を下しているのは市町村ですから県は訴えられる側にならないんです。行政不服審査請求が出てくると、県が審査庁として市町村の業務を審査することにはなりますけど、そこは今のところは……。そういう話が出かけたのはあるみたいですけど、今のところはなさそうです。今後もしないとも限らないですけど。

今回、国もワクチンの副反応は、わりと今までのポリオ（急性灰白髄炎）とかHPV（ヒトパピローウイルス感染症）と比べて、緩やかに容認してくれているので、因果関係が否認できなければ基本的には承認みたいなことで今は返ってきているみたいですから、わりとほとんど承認されているので。承認している人は問題にしないと思うんです。問題は否認された人だと思います。

■感染症法に基づく医師の届出（発生届）の変更後の対応―二〇二二（令和四）年九月―

Yさん…二〇二二（令和四）年の九月に発生届（感染症法に基づく医師の届出）の変更がありました。それでもX県の場合は対象じゃない方、つまり数字だけの報告でいい人についても連絡先と情報を医療機関からもらって、その中で重症化のリスクのある方については、積極的に保健所から連絡をするっていうような、ちよつとそういう独自の体制も取っていました。

Kさん…正直、保健所からは軽く反発もありましたよね。

Yさん…ありましたね。

Kさん…他府県はもうやめているのに、Xはいつまでするのかっていう。

Yさん…ようやく国がそういう方針を出したにもかかわらず、県の意向として全ての人に。今までとまったく同じではなくて、ある程度集約する形ではあったんですが、ちよつとがっかりというか、期待が薄まってしまったというような感じでした。

Kさん…やつと今までやっていた業務が減ると思っていたのが減らなかったの。ただ、こちらの幹部と話をしているけど、知事から重症者を見逃すっていうのはどうも県としては受け入れられないので、国の方針をそのままやって、もしその数だけの人の人から重症の方が出てしまうと、その人たちへのフォローが全然できないので、可能な限り、そこは丁寧にやりたいということでした。結果、軽症の人はもういいとしても、やつぱり、そこに一定数の重症の方が紛れる可能性がゼロではなかったの、その辺を各保健所の人に説明をしながら「もう少し頑張ってください」ということをお願いしました。

Yさん…パルスオキシメーターとかも全員に送るっていうのも、他県はほとんど発生届の対象になった人についてのみ実施するということでしたの。ただ、X県は全員にパルスオキシメーターを送るっていうことでしたの

で、そういう意味では、患者さんにとつては安心感が得られたのかなっていうふうには思うんですけども。

Kさん…私の立場の仕事としては、保健所間のいいところを均霑化（きんてんか）して、レベルをベースアップするという話と、保健所で一生懸命やっていたいているスタッフとか、県庁でやっているスタッフのモチベーションをいかに保つかというところです。仕事自体はいつもと違って夜遅くまでやってもらっていますので。でも、それが何に役立っているかとかがしつかりわかってくると少しはモチベーションを保てると思っていますので。単に作業だけで二三時までやるっていうのと、この作業をやることでパルスオキシメーターが一日でも早く患者さん本人のもとに届いて、患者さん本人が安心できますよ、という全体のそれぞれのスタッフがやっている仕事はどこにどう役立っているのかっていうのを理解できるようにと思ってやっていましたね。やっぱり、やっていることがどう役に立っているかがわからないままだと、なかなか能率も悪いですし。

Kさん…X県の場合は、陽性反応が出た人全員にそのまま引き続き五類感染症になるまで対応しました。

Yさん…全員ですと結構な数になりますね。発生届の対象じゃない人についても、診断された人についてはリストっていう発生届に変わるもので情報だけは医療機関から保健所にファクス等でもらっていました。まず、医療機関で陽性と診断されたら保健所に連絡が来るという形ですね。

Kさん…医療機関もかなり協力的でして。本来、そこって法律的に医療機関には義務がないんですけど、「県から様式を送るからリストを出してください」って言ったら、ほとんどの医療機関、もう一〇〇％に近いくらいが出してくれていました。ある意味、保健所の業務はその分多いんですけど。もう少し「何で出さなあかんねん」っていう医療機関があるかと思っていんですけど、あんまりそこはなくて。やっぱり、ドクターですから、患者さんのためにも思ったら。

Yさん…もし万が一のことがあったらっていうのもドクターとしては不安なので、保健所に情報は伝えようって

いうふうな気持ちでいてくれたのだと思います。

Kさん…保健所に情報を伝えたら、保健所から資料とかパルスオキシメーターを送ってくれるし、健康観察もしてくれるっていうことがあるのでわりと協力的に情報は頂けました。

あとは、経過観察的なフォローアップの聞き取りは、MYHERSYS（マイハース・新型コロナウイルス患者情報等患者把握・管理支援システム（ご本人用））で入力できる人については、そっちでお願いしますとしていました。

Yさん…保健所は、異常というか、ちょっとチェックが必要な方がいないのかっていうのをピックアップして、その対象になる人については連絡してというような形で対象をきちんと拾い上げていたということです。

Kさん…リストだけの人は、一応、発生届を実際にも比較的軽症な人、四類型（a）六五歳以上の者、（b）入院を要する者、（c）重症化リスクがあり、新型コロナウイルス感染症治療薬の投与又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する者、（d）妊婦）以外の人になるので。発生届の出ている人は、もう一度その中身を保健所でトリージして、保健師さんが連絡する所と事務の職員でいい所に分けて、発生届が出ている方の中でも「この人、ちょっともしかしたら危ないんじゃないの？」っていう人は保健師さんがちゃんと連絡してやっていました。

発送は県庁で一括してやっていました。HERSYS（ハース・新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）に発生届外のリストもデータで入れてもらって、その情報からこっちで一括して住所に送るっていう作業で、全員に送っていました。

Yさん…発生届の対象の人とそうじゃない人っていうのをわかるようにして同じHERSYS（ハース・新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）に入れてもらうっていう形でやっていました。

Kさん…そこで自動的にやっていたので、細かいトラブルとしては、最初の頃に入院患者さんの分を病院にたく

さん送ってしまったことがあります。病院から「こんなん、いっぱい届いてんけど」って連絡が来て。居場所で発生届を書くので、居所の欄に病院の住所が書いてあったら病院に送ってしまったんですね。特に大きな病院でクラスターを起こしていたりすると、そこに自動的に何人分も届いてしまっていたので、その辺は住所ではじくように途中からしました。それでも、膨大な数です。毎日、多い時は一〇〇〇〜二〇〇〇件と送っていましたね。もちろん、その発送業務に関しては二〇二二（令和四）年に委託しました。多い時は三〇〇〇人近く陽性者が出ているので、マックスで一日三〇〇〇件とか発送していました。さすがに三〇〇〇の時は少し業務が遅れ気味だったかなと思いますけど。

ですので、保健所の保健師さんが「え、少し仕事が減ると思ったのに」って言ったのは、パルスオキシメーターとかを送って、MYHERSYS（マイハーシス：新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（ご本人用））を通じてフォローアップをしていかなきゃいけない仕事が残るっていうところですね。

その頃になると、保健所の職員でも何人かコロナにかかった人がいて、実体験でコロナにかかった人が「保健所からのセットが届くと安心感が違う」っていうのを言ってくれた人もいました。

Yさん…そうでしたね。やらないといけないって決まったものについては保健所も、きつちりここで流れを作って、「こういうふうにしていったら？」ってしながら対応してくれていました。あとはある程度、各保健所でやり方に幅を持たせるというか、絶対にこのとおりということではなくて、保健所の状況に応じてそこはちよつと変えてもらったりしてやつてもらったので、そんな「できません」っていうようなことはなかったですね。

Kさん…そうですね。そこは事前にだいたいの話をしたので。特に管理職の方々が、せつかく自分のところのスタッフをちよつと楽にさせてあげられるって思っていたのに「全体的にやれ」っていう話を気にされていたみたいです。実際のスタッフ自体よりも、スタッフを管理している方々が。

Yさん…保健所も管理職としてはスタッフのモチベーションというところも気にするところですので。全国的には発生届が限定的になったにもかかわらず、X県だけは全員に同じようにつていうことについては、やっぱりモチベーションが下がりますので、そこをもう一回持ち上げてつていうのは苦労していただいたのかなというふうに思います。

### ■保健所の業務効率化の調整

Kさん…例えば、Y保健所が発生届（感染症法に基づく医師の届出）をA・I・O・C・R（A・I（人工知能）技術を融合させたO・C・R（光学文字認識））つていう形で読み取つて入力の手間を省くつていう行為を先立つてやつていたんです。でも、横の連携がなかなかとれていなくて、これをやつていることをP保健所とかQ保健所は知らなかったんですよ。県庁から見るとそういう部分が見えるので、それぞれの保健所でうまくやつてるところを紹介したりしました。

Y保健所でやつてうまくいった方法をP保健所もやりませんか、Q保健所もやりませんかというように。ただ、保健所の規模とかも違うので、Q保健所は落ち着いている時は手で打つほうが早いつていう時もあったりしましたけど。ちよつとオペレーションが違うので、X市保健所は、そのままつていうわけにはいかなかったですけど、紹介はしました。その辺の保健所間の調整つていうのが二〇二二（令和四）年の一番主な業務でしたね。

やつぱり、みんないっぱいいいでやつているので、よその保健所のいいところ、情報を取り行く余裕がなくてですね。感染の波が来るとオペレーションを変えられないので、波がちよつと収まった時にやり方や工夫を変えてもらつていうのを繰り返しながら、オミクロン株への対応をずつと一年間やつていました。X県の場合は、陽性者全員にパルスオキシメーターと資料を送付していたので、それもあつて。

結局、それぞれの四つの保健所が自分たちでやり方を工夫して対応している状態だったので、業務フローが微



妙に違ったところがあったんです。それを、X市以外の三つの保健所を見た上で、これが一番効率的な業務の順番じゃないかっていうのを整理してもらって、各保健所に「この順番でやったらどうですか」っていうのをやってもらいました。細かいところできくと、HERSYS（ハース・新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）に入力するタイミングであるとか、発生届の仕分けの方法であるとか。そういうのをほんとに細かいところまで丁寧にひろつてもらって。現場も知っていたからできたんだと思いますけど。

Yさん…最初は、ある程度簡略化ができるのはこの項目だとか、その辺のこともちよつと示しつつ、やつぱり、保健所によつて違うところも考慮しました。二つの保健所を経験していたので大体はわかっていたんですけど、保健所によつてこんなに違うのかという部分もありましたので、そこは平準化するような形で動けたかなと思います。あとは委託ともありました。

Kさん…そうですね。委託業者にさせる業務に違いもありましたね。各保健所というか、Y保健所とP保健所は委託が入っていて、Q保健所は委託が入っていない状態で自前でやっていたので、その辺のやり方もあったりしました。

MYHERSYS（マイハース・新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（ご本人用）の問題もありました。県庁側としては全部を統一したかったですけど、Q保健所は高齢の方が多くてほとんど使えない人が多かったりという事情があつて。

Yさん…X県の場合は地域差がありますので。元々、新型コロナウイルス感染症が発生する前からそういう状況でした。南部のほうは高齢者が多いっていうことがありましたので、なかなか他の二つの保健所と同じような形にはいかなかったです。

Kさん…南部とか東部の山間地域だと集落によつてはまだインターネットや携帯電話が使えないっていう所が



残っているんです。一応、行政的には不感地帯はなくなっているんですけど、docomoしか使えないとか、auしか使えないっていう場所がいくつかまだ残っています。

二〇二二（令和四）年は、私は各保健所長さんの所にしょっちゅう行っていました。それぞれの保健所の状況を聞くのと同時に県庁の情報をお伝えして情報交換をしながら、こちらからお願ひするっていうことはお願いしてやっぱり、所長はお医者さんじゃないですか。基本的に所員の方は保健師さんなので、現場の保健師さんが「これがいい」と思っても、なかなか所長にそれを進言するのはハードルが高いっていうのを感じました。ですので、現場の意見として聞いたことを私から所長に、「こうしましうよ」って言うようにしていました。

Yさん…逆に課長から所長に伝えたことが、現場としては、なかなかそこを変えることに抵抗感があつたりとか、変えるのにも時間と労力を要するっていうようなことがあつて、なかなか伝わっていないっていうようなことはありました。「言つたのに、またこんな状況か」みたいなことは、やっぱり、あつたりしました。

Kさん…県庁側で役割分担して、所長とか上の人には私が行つて話して、課長とか係長クラスの保健師さんにはYさんさんに行つてもらっていました。県庁での連携をしいてからそれぞれの保健所に行つたという感じですね。当時は、健康推進課にもう一人統括保健師がいたので、その方と一緒に行っていました。

#### ■入院・宿泊療養施設対象者の対応

Kさん…県立病院系は病院マネジメント課が対応して、それ以外の民間病院とか公立病院は地域医療連携課が病床確保とか、発熱外来であるとかは基本的にやつていただいています。入院の調整はH参事が担当していて、病床の確保については地域医療連携課にやつていただいています。

私が来てから、疾病対策課は精神保健も持っているので、精神科系の病院の時は私も一緒に行っています。認知症の患者さんを引き受けてほしいとかですね。あまり精神疾患の病院に入院が必要な人がコロナになつたて

いうケースは少ないんですけど、どちらかというと認知症のひどい方を一般病院ではなかなか感染対策しながら受けにくいということだったので、精神科病院に一定の受け入れをお願いしたというのがあります。

ホテルでの宿泊療養は、基本的に最初は全員隔離で入れていたんですけど、後半についてはコロナを家族などにうつすのが嫌で隔離を希望する方だけの入所になっていて、医療的な措置がなかなかX県の場合は難しかったので、ある程度、自立している方っていうか、ADL（日常生活動作）もそうですし、認知機能も、一人で生活できる方っていう方に入っていたいました。

X県の場合は、宿泊療養施設を利用されるのは比較的若い方のほうが多かったですね。後半ホテルに入っていたのはほとんど、高齢者が家にいるので自分が陽性になったら家から出たいとか、子どもが今は受験生なのとか、そういう自ら隔離を申し出てくるような人です。

Yさん…自宅で療養したいっていう方がほとんどでしたので、希望される方は今課長が言われたような方でしたね。Kさん…宿泊療養施設のご紹介はしますが、基本的には希望されない方のほうが多くて。

Yさん…オミクロン株になってからはそんなに重症化しないというのも皆さんがわかつてはりましたので。

医療機関への対応では、二〇二二（令和四）年九月からの発生届（感染症法に基づく医師の届出）の変更に伴って、医師会とかに協力してもらおうとかいうところは疾病対策課で調整させてもらいました。

Kさん…そうですね。お願いしに行ったりしていました。X県の場合は、民間の病院も参加していただいたので。私が疾病対策課に来る前ですけど、荒井知事が全国初の法令に基づき要請をしたというのもあった。

X県の場合は、病院の構造的に中小の病院でなおかつ民間病院が多いので、元々の地域医療自体がわりと中小の民間病院に支えられているっていうベースがあります。四〇〇病床以上の病院って民間二つと、公立二つの四つしかないんです。そういう現状からいくと、大きい大病院だけで対応するっていうのはなかなか難しいところ

があつて、普段の救急医療からそういう民間病院にもいろいろとお願いをしている状況です。

### ■病院連絡会議による情報共有

Yさん…当時、コロナの病院連絡会議つていうのを毎週やっていました。

Kさん…毎週木曜日に医療機関と県庁、保健所が入った連絡会議をZOOM（Web会議ツール）でやっていました。参加者がどれくらいいたかはわからないんですけども、ほとんどの病院に入っていたいて、医師会も地区医師会の方も入っていたいていたり、薬剤師会とか、消防とか、看護協会とか。そこで毎週の状態と、その時に県がわかっている国の最新情報をお伝えして、それぞれの医療機関の現状もお聞かせいただいていたいました。二〇二三（令和五）年度に疾病対策課で感染症予防計画の改定をして、やつと改定できたんですけど、その時にいろんな所で議論をさせてもらったんです。その時に、当時毎週やっていた連絡会議はかなりいろいろな医療機関や、いろいろな所で好評いただいていて、「あれは良かった」つていうのを振り返って皆さんに言っていたかったです。

連絡会議では、国の動きの情報は県からお伝えしますし、病院側については、最近の患者の動向などを院長さんに言っていたいていました。大きな病院の院長さんは「重症な患者が減ってきてるように思う」とか、もう現場感ですよね。「最近ちょっと入院病床が埋まりつつある」つていうような話であるとか。感染症の専門医の先生方からは「オミクロン株になってから肺炎症状を起こす方が少し減ってるんじゃないか」みたいなお話を頂いたりとか。

場合によつては、ステージごとに国の感染対策が変わっていききましたよね。最初は一対二看護やらなあかんとかいうことがあったり。その時の病院での感染対策について、感染症専門医の方にX県での院内対応マニュアルみたいなものを毎回更新して作ってもらっていたので、その説明をしてもらったりとかしましたね。

最後は、五類感染症になった時に「五類感染症になったらこのぐらいの対応で」っていうような話をしていただきました。最初は患者さん一人会うごとに全部着替えて、全部アルコール消毒してっていうようなマニュアルの頃から、最後は接触がなかったらマスクだけでいいとか、徐々に変わっていききましたけど、そういうのを感染症専門医の方に検証いただいてどうこうとか。あとは、感染症専門医の方から変異株の関係の国際的な情報をご紹介いただいたりともしました。

Yさん…県としては、病床確保というところが一番大きいところでしたので、「今、こんな危機的な状況です」ということも含めて状況をお示しして、ご理解いただいて、お願いしてつていうことをしていました。

Kさん…県立病院とか、公立病院の初めから病床を確保していたでいる所が「今、もううちではここまでいっぱいになっているから、もつと他も病床確保してもらえろ？」とか。途中、オミクロン株ぐらいになると、コロナの陽性になってからの療養期間は明けたのはいいけれども、家に帰されへんぐらいの症状で後ろを引き取ってくれる所がないから病床が詰まってしまうっていうようなご意見を現場から頂きました。

うちはコロナ陽性者は診られへんけども、療養型の病院とか、回復期の病院で、コロナの療養期間は明けている人を受け取ってほしいっていうことですよ。その後、後方支援の病院を確保しに行ったりとしました。県立病院は直接県に意見を言ってこられるんですけど、それ以外の民間の中小病院とか市立病院とかになると、県庁に何か物申すっていうのは、わざわざ電話をかけなければならぬし、そもそもどこにかけていいかもわからへんから、そういう会議があると、そこで発言いただけるのでよかったですね。

#### ■自分たちが判断できるような情報がなかった「国に対する思い

Kさん…国から判断に必要な最新の情報が来ることはあまりなかったです。逆に県から知事会経由で国に要望したりとかはしていましたけど。国はどちらかというと、大きな話で「こういうふうにします。こうしてくれ」つ

ていうのはありましたけど。

だから、例えば、どこかの県が後方支援の病床にも何らかの補助が欲しいとか言ったら仕組みは作ってくれた  
りして、できたら「他のところも同じようにまねしなさい」って横展開的な情報は多少くれたりはしました。フォ  
ローアップセンターをどこかがやっていたら「こんなやり方があるから、他の県もやるように」みたいな情報提  
供はありましたけど。画一的にそれを都道府県でやつたら、できる、できないがあるので、われわれとしては情  
報は欲しいけど、「画一的に一緒にやれ」はちょっとしんどかったですね。

国にはもう少し新型コロナウイルスの対応を災害モードとしてのフェーズ切り替えをきっちりしてほしかった  
なと思っています。すごいグレーゾーンが曖昧な状態で、当初の全員入院、全員隔離で感染拡大を防止していた  
時期ははつきりしていて、オミクロン株の途中から重症化予防のステージに入っていたんですけど、その間が都  
道府県によって切り替えの時期がばらばらでした。国はそこを判断していないと思っています。

だから、今度も同じようなことが起こると考えた時に、こういうフェーズになったら感染拡大防止のステー  
ジから重症化予防のステージに切り替えるのかっていうのは、どこかで判断してほしいなと思っています。現場  
サイドでやむなく切り替えてしまっているの。感染経路をあぶり出す疫学調査をやり切れなくなったら、重症  
化しそうな人を見逃すついでところから現場はやむなく重症化予防に走っていったと思うんです。これはX県  
だけじゃないと思っているんですけど。

爆発的に感染者数が増えた頃、株価の情報みたいに毎日ただ感染者の数のグラフが出ていましたからね。「今、  
数はこうだけど、フェーズ的にはこう」とか。どれぐらい警戒すればいいとか、その辺を国で判断していただ  
きたかったですね。国では専門家の会議もやっていて情報はくれるんですけど、あんまりそういうのに役立つよ  
うな、自分たちに判断できるような情報はなかったし、ごくごく常識的なことを言っているだけだったような気

もしますし、いろいろと政策面を任される県としては、そういうのがないとなかなか難しいんです。

感染症自体の研究とか分析っていうのは、X県レベルではなかなかしんどいので。実際、ゲノム解析の研究とかしているのは、東京と大阪と国立感染症研究所と、その辺がやっています。国立感染症研究所が東京や大阪ぐらいいやってくれたらいいのになと思うんですけど。今度、日本版CDC（アメリカ疾病予防管理センター）ができるっていうことなので。

Yさん…国が切り替えの判断を出せないから、県レベルでも出せない。そうなってくると、現場、保健所で切り替えていくしかないみたいなことが起こっていて。保健所は保健所で県にもう少し方針を決めてほしいっていうような思いは、私が保健所にいた時はそう思っていました。でも、県に来ると、国がそういう方向性を示していないので、なかなか県としてできない。ですので、現場を一番知っている保健所が状況に合わせて変えていくしかないのかなっていうのはちよつと思ったりしました。

Kさん…やむにやまれずっていう状態ですよ。疫学調査で感染拡大防止はせなあかんけど、これだけを頑張りが過ぎていたら対応が後手後手に回って重症者で死者を出さかもしれんってなると、やっぱり、死者を出さないほうの業務を優先するようになりますよね。

#### ■疫学調査の必要性と調査方法を振り返って

Kさん…最初の頃は、疫学調査を一生懸命やっていたことは、やっぱり意味があると思います。ウイルスの正体がわからないうちは、行動歴を調べてどこでうつったのかっていうことをしっかり確定して、リスクの高い人もできたら隔離するっていうような、拡大させないっていう対応が必要だったと思います。

Yさん…そうですね。感染拡大防止っていうのが最初の時期は一番大事だと思いますので、そこで食い止めるっていうことが、やっぱり、感染症の対応の基本だと思いますね。

Kさん…結果的に新型コロナウイルスは毒性的にはそんなに高くなかったのが今のようになりましたけども、当初、感染症対策をする者からすると、エボラ出血熱程度をイメージして対応するんです。ああいうのが広まってしまうとえらいことになるんで、そこはしっかりしないといけないと思っています。

Yさん…疫学調査では二週間の行動歴の聞き取りをやっていましたけど。患者さんもしんどい中、思い出しながら答えていただいていたね。

Kさん…答えた上でゲノム解析して同じ株かどうかというのを調べるんです。ゲノム解析するのは変異株出たかどうかじゃなくて、同じ系統の感染かどうかを調べるためにゲノム解析をしているので。

Yさん…そこは意味があつたんでしょうけど。ただ、もう少し早く重症化予防に切り替えても良かったのかなっていう気はします。

Kさん…三月に入ってXも麻疹の感染者が出ましたけど、麻疹は同じように行動歴を調査してやっています。一人目の感染者はXで出て、二人目はその方からうつっているんですけど、その人の行動歴も調査して。多分、あれから一〇日以上たつから三次感染はないと思いますけど。そういうふうに封じ込めることで次の感染は抑えられるんですけど、なんせコロナは、今回一番厄介やつたのが、発症前にうつすのが他の感染症と比べて感染力が強かったのです。

先生方に聞くと、インフルエンザとか他の感染症でも発症前にうつすことはあるけど、コロナほどの感染力ではないっていわれますね。大抵は、はしかにしても発症する前日ぐらいからです。熱が出たり、咳せきが出たりするちよつと前からしかうつさないんですけど、コロナは数日前からうつすっていう厄介な状況だったんです。

Yさん…最初は二週間前からうつす可能性があるとなって二週間さかのぼりでの調査だったんですが、株が変わってきて「大体、五日ぐらいちゃうか」とか、「まあ、三日かな」みたいにどんどん変わっていききましたので、そ



れに合わせてさかのぼり調査っていうのももう少し早めに変更していつても良かったのかなっていうのは、今となつては思うところではあります。

### ■人権問題と注意喚起の難しさ

Kさん…感染症の担当課としては、相変わらず出てくる出だしの頃の人権問題が、何ともしようがないけど、何とかしたいなと思っています。ハンセン病の関係で、以前私が岡山を訪問した時にも「コロナ、こっち大丈夫ですか」とかいう話をしていたら「全然ハンセン病の教訓が生かされてない」って怒ってしまいましたね。

Yさん…みんな得体の知れないウイルスですので恐れや不安がありますし。

Kさん…誰かが感染したってなると、もう村八分にされるとかいう。今はSNSがあるから余計に広がり方がひどいですよね。この問題はやっぱり、行政の施策にもだいたい足を引っ張る要因になっています。特に、最初注意喚起と個人情報問題を出す時に、だいたい苦労したと聞いています。そういう人権問題って差別的なことを受ける可能性が高いので。

もちろん個人の特定はしませんが、感染に注意してほしいっていう方に周知はしたいですね。医療機関も最初はどこで患者さんの受け入れをやっているかも公表していなかったです。公表すると、その看護師さんが保育所に子どもを預けられなくなるとかがありましたから。その辺の人権問題がなければ、もっと公表できて皆さんに注意喚起ができるんですけど、こればかりはなかなか難しいですね。

得体の知れないウイルスに感染した人に近づきたくないっていう心理的な印象はわからんでもないので。最初の頃は特に「うつったら死ぬかも」っていうぐらいの時でしたから。

### ■恐怖心の変化に伴う情報公開内容の変化

Kさん…今は、コロナに対しての恐怖心はそこまでなくなりましたよね。時期としてはオミクロン株になって、



もうかかっているのが当たり前になった頃からです。

周りにどんどん感染した人が出たのはオミクロン株の時ですから、身近な所でたくさん感染者が出て、三九度とかの熱が出て本人はだいぶんひどいんですけど、われわれ医療者からしたら大したことないという状況が増えてきました。

Yさん…最初は有名な人が亡くなられたりとかしましたので、余計に恐怖心がおおられたところがありましたけど、オミクロン株になつてくると、そんなに死に至るような状況にはならないっていうようなことも周知されていきました。

Kさん…ワクチン接種も進みましたし。オミクロン株BA.1、BA.2ぐらいからは人権問題はそこまで言わなくなりましたし、マスクミさんもその人の細かい情報を要求しなくなってきましたね。陽性者の数が多くなつたのもあるんですけど。

Yさん…報道対応もずっと疾病対策課とかで続けていましたけれども、報道のあり方っていうのを結構、考えましたね。どこまで情報を出すのか、何の情報が必要なのかっていうところをきちんと整理をして。ある程度は簡略化するっていうような形になつていても、県民としては今までの情報が削られたというような、そういう苦情というかがありました。

Kさん…われわれとして伝えたいことと、住民さんが欲しいって思う情報がずれていたりしたので、変に情報を減らすとまた「何で減らしたんですか」みたいになるんですよ。

でも、途中から県側としては、一人ひとりの何歳で性別がどちらとかいう情報ってあんまり意味がないとは思っていたんです。どちらかというと、感染者の数字とどの地域で感染者が出ているのかっていうことのほうが重要かと思っていたんです。今はもう定点観測になつて、完全に地域と一医療機関あたりの平均人数で増えている、

減っているの大きな波しか見られなくなっています。これぐらいの情報でも途中からは十分だとこっち側は思っていたんですけど、全国的にみんな情報を出していることもあって、これをどのタイミングでやめようかなってというのは悩みました。

Yさん…例えば、クラスターになっっているような所からうつたと思われするような、そういう情報も最初の頃は出していましたね。

Kさん…徐々に情報を減らしています。この前の麻疹だと、どこの店に立ち寄ったかも全部出しているんです。ローソンの何々店に何時頃いました。県側で接触者が確定できた建物は出していませんけど、不特定多数の人が出入りするような所に立ち寄っていると接触者が確認できないので、「ここに立ち寄ってるんで、その時間にいた人は注意してください」みたいな、そういう報道にしています。

また、コロナのおかげで一般の方の重症の考え方が少し医療者に近づいたかなと思っていました。医療関係者の方、ドクターも保健師さんもそうなんですけど、重症っていうと死にかけている状態を重症って捉えることが多いんです。だから、家で熱が四〇度出てうなされて動かれへんっていうのは重症と捉えないんです。それは軽症なんです。本人はしんどいから重症だと思っっているけど、全然医療的にはそこは軽症。他の身体疾患でも足の骨を折ったぐらいじゃ重症扱いじゃないんです、医療者にとっては。死なないやつは。

わかりやすいのでいくと、ECMO（エクモ…体外式膜型人工肺）とかを回している人たちが重症です。それをだいたいコロナのまっただ中はマスコミさんも正しく伝えているなと思っっていたんですけど、また戻ってきていますかね。

Yさん…コロナは呼吸器疾患になりますので、そこがどんどん悪くなっていくっていうようなのが重症化になります。

## ●県庁担当職員の対応その四

エスノグラフィー調査日時…二〇二四年三月二八日

### X県健康推進課Hさん（医師）

Hさん…行政医師という立場で健康推進課参事として新型コロナウイルス感染症  
対応以前に配属される。地域医療連携課と兼務。

### ■外来受診の体制づくり

医療提供体制の整備というところは、担ってきたと思うのです。最初は外来受診の体制を作らなくてはいけなくて陽性者が始めた当初は、なかなかコロナを診てくださるところや、検査ができるところが限られていたの  
で、県で複数の患者さんが、いわゆる一次受診ができる体制を作りました。

X県内の病院で、コロナ外来をやってくださいるところを募って、X県にはX市保健所も含めて四箇所保健所があるのですが、そこで受診調整を一括してしなきゃいけない、ということで、スプレッドシート※を使って、例えばY保健所のAの3（という予約番号の患者さん）というように記号化して個人情報排した形で、受診予約の枠だけを取るということにしました。

※実際に使用したのはMCS（Medical Care Station）。災害時に利用しているスプレッドシートから発想を得、運用のしやすさ  
等から、実際には「MCS」を使用した。

そして、そういう方式で、外来受診の予約をしますということを、医療機関と保健所に周知しました。最初は個人の受診ではなかったのですが、インターネット上のスプレッドシートだから非常に難しいURLになるので、一般の人がアクセスすることはできないようにして、URLを知っている保健所と医療機関と、県庁の中の入退院調整班というところだけがアクセスできるようにしました。例えばこの病院だったら、一時間に三枠、何時から何時まで、五時間だったら三枠の五時間で、一日に一五枠あるとか、各病院ごとに、そういう枠を作って予約を入れるというような形で、そこで予約番号を決めておいて、患者さんには行き方等々の説明も保健所からする。実際の外来受診時には患者さんは予約番号だけを病院に伝える。情報として病院側に患者さんの乗っていく車のナンバー、色、車種を事前に教えてある（スプレッドシートに記載してある）ので、そこで（車情報と予約番号を）突き合わせていって、予約患者として受診できるというシステムを最初に作って、それを運用したんですね。患者の症状、経過等と保険証情報などの個人情報、県が定めた様式に記載したものを予約した病院にFAXで送信しておくことで、病院が事前に（受診前に）カルテ作成などの準備ができるなど、受診がスムーズにいく仕組みを作りました。スプレッドシート※にアクセス（予約）するのは保健所ですが、病院側が非常に困難事例とかがあつて、外来診療がすぐ長引いているときは、通常の枠を作つていても、診療がなかなか難しいという場合もあるので、そういう場合は病院側もアクセスできるから、予約が入つていない枠は病院側がつぶすことができる（予約を入れないようにできる）とか。そういう自由度を持たせました。外来受診については、そういう運用でさせてもらっていました。システムを作る際には病院ごとに聞き取りをして、患者さんに伝えたいこととか、アクセス方法とか、そういう情報は一括してまとめて、それを各保健所に周知共有して、保健所から個別の患者さんに説明をするという形でした。そのシステム構築から始まって、スプレッドシートの管理等々をしていましたね。みんながアクセスするので、予約の途中で万が一消えたりした場合に備えて途中で逐次バックアップを取つて。

最初は患者の数が少なかったもので、保健所が個別に医療機関に電話依頼して受診予約していたけれども、患者数が増えてくると他の保健所の受診依頼状況も確認できる外来受診のシステムを作らないと、患者さんが賄いきれないということ、そういうところから始まりました。

外来受診のシステムを作ったりした経験はないですが、スプレッドシートを災害訓練の時に使っていたので、これかなと思いました。スプレッドシートというのは、災害のときに複数の部署が各々で書き込むじゃないですか。コロナも誰かが管理をする（一括して予約を受け持つ）というのは無理なので、各保健所が自由に書き込めて（予約できず）、かつ、それを万万が一、関係者以外に見られたときにも個人情報が出ない方法ということで、車の車種とナンバーの番号、色を予約シートには書いて、それで病院は患者を区別（識別）して。患者さんには予約番号Aの3とか、そんな簡単な部分だけをお伝えすることによって、患者対応は全部が電話の対応で、本人さんと顔を合わせることなく病院に行く（外来予約完了）ということを考えたら、やっぱりスプレッドシート利用がすぐ浮かびましたね。

あとは、各病院ごとに予約シート表を作って各保健所に予約書き込みをしてもらい、間違えて消した場合やバックアップがあるので、すぐに連絡してもらったら戻しますという形でやっていました。そんなに恐ろしく消したというトラブルはあまりなかったですね。ただ、どこかが一行ずらして入力しちゃった、とかいうことはありましたけど。思ったよりトラブルはなかったですね。みんなが書けるから、消してしまったりとか、間違えて上書きしたりとか、そういうトラブルがもつとあるのかなと始める前は思ったんですけど、思ったよりうまくいきましたね。各病院毎に予約表は分けて作ってあるので、自分のところ（自分の病院の予約シート）しか見ないので他所の病院の枠を間違って何とかするとかいうこともありませんでした。

自分の病院名が書いてあるから、それを間違えることはまずないし。予約の情報を入れていくのは保健所なので、保健所では全病院のシートが見られますけど。病院では事務の方がやってらっしゃるので病院側が消したりとか

そういうことが結構、多いかなと思っていました。だけど、病院ごとに明確なシート分けをしてあるし、思ったよりも間違いも少なくて。

どっちかといったら確実なものよりは、みんなが書き込めて同時進行的に予約が取れるという方法を選んだのですけど、それでも全然、問題はなかったと思います。最初から、いちいち電話して「受診いいですか」って聞くよりは、県（保健所）は病院から予約の枠をもらっていてその枠に予約を入れて、病院は自院の予約シートを見ることで翌日はこれこの患者が来るんだと確認できる。シート予約後に詳細な患者情報は、県が定めた様式に記載したものに予約番号を入れて予約した病院へFAXをすることになっていて、それで、病院は一定カルテの下準備（事前準備）ができるので。どうしてもの場合、当日に緊急で入れますけど、そうじゃないのは、前日に予約という形にしていたので、前日のうちに患者情報のFAXも届くし、当日は車の色とナンバーを見て、本人が番号を言えばOKという形なので。そこは良かったんじゃないのかなと思っています。

膨大な量の、しかも絶対に漏れちゃいけない、個人情報を取り扱うわけですからね。インターネット上には、個人情報の入力はないで、年齢とか管轄保健所とか。車のナンバーが唯一情報としては個人情報ですけど、それは識別のために仕方がないので。それぐらいでという形にして。あとは今ごろFAXって話ですけど。当時はFAXが全盛でしたので、個人の聞き取りしたシート、病状とかその他、住所や保険証番号などは、FAXで医療機関に送るという感じでした。

#### ■入院・入所の仕組みづくり

入院患者さんが増えてくると、今度は各保健所がばらばらに入院調整をしていたのでは、その保健所の中での病状の優先度についても、他の保健所、県民全体を見ることができないので、偏った調整になってしまつて。その病院に合った重症度の患者さんの割り振りが難しいということがありました。病院からも、一部の病院にだけ

負担がかかるというところがあつて、一括して入院調整をしてほしいという声も上がつて。各保健所ですることには、限界が出てきましたので、そのタイミングで、県庁で一括して入院調整先の指定をするということで、入院調整班を立ち上げました。

実際の交渉（依頼）は保健所がしますけど、保健所から患者情報を県入退院調整班が一括入手することで、県全体での重症度の判断等をつけて、適正なところに入院できるようにしました。重症に対応できる病院に軽症者が入院するということが、どうしても保健所単位だとあつたりしましたので、そういうのを一括で調整することによって、ばらつきが出ないように、重症度に見合つた入院先が決められることができるように、というところで仕組みを作りました。外来診療のほうはシステムが出来上がっていましたので、県庁内の他の部署に担当を移して、入退院調整班は入院調整と、途中で宿泊療養施設への入所がありましたので、その立ち上げのところの、どういう運用方法にするか、というようなところを担いました。宿泊療養施設の実際の運営は別の課がしましたけれども、医療的なところは入退院調整班で、医師会の先生方に入所施設の医療的な助言とかをしていただいたので、医師会の先生との調整等々をしておりました。最終的には、入院調整と入所調整というのは、一括して県庁で行われたということです。

入院調整の具体的なやり方としては、保健所から上がってくる情報を、医師と看護師と、非常に軽い入所のほうは事務職員も含めて聞いて。その聞き取りの結果をポイントごとに、一覧できるシートを作っておりますので、そこに聞きながら情報を入れ込む形で、一覧が出来上がります。名前、年齢、性別、合併症、経過といったような全ての情報の一覧表ができますので、その時間、時間で一覧表を見て、その中で、重症度が高いものから決めていくという形で、その決定を最初は、全て私がしておりました。

だんだんと看護職の者とか、そういった専門職の者は自身でも判断が可能となりましたし、事務職員も入院の聞き取り（医療情報の聞き取り）もできるようになってきたので、事務職を含めた担当（情報聞き取り担当）職



員が一定数のトリアージをした上で報告をし、それについては、医療職が複数で承認（確認、決定）という形で決めておりました。入院先（依頼先病院）を県庁入退院調整班が決めたら、保健所に電話で、「A病院に受診、入院調整をしてください。」というような形でしていました。

### ■感染症法上による措置入院

入院、入所のための仕組みは、関係機関と合わせながら決めていかないといけないですね。感染症法上による措置入院だったので、通常の臨床判断による入院との乖離<sup>かいり</sup>が、初期段階では非常に大きくて。ただ人数（患者数）が少なく、感染症法の二類相当となると、病院のほうでもそれだけで入院は致し方なし、という感覚があったので（軽症や無症状の入院も）受入れて貰えていましたけど。数が増えて軽症者も増えた段階で、ちよつとそこがなかなか難しくなってきました。県が調整していて空床があるにも関わらず、入れていただけないという。そこは病院さんとしては、「その人が入院相当じゃないんじゃないか」という話と、「そんなに重い人は受けられない」という話と、「入院だと思うけど、その人はうちの病院なのか」という話ですね。なかなかそこが、うまくいかない部分もありましたね。その病院にとつてはまず、初診の患者さんがほとんどだったのでその病院判断として重症過ぎたりだと入院受入してもらえない。逆にかかりつけ患者だと少々軽くても、全然普通に入院できるのですけど。でもそれは、県の病床運用上はよろしくないのです、やはり重症者から入院していただかないと、というところですね。ただ病院側も、今まで診ていた人を無下に「うちでは入院できないよ」というのは、非常に苦しい言い方になったんだらうなと思います。特に重症対応可能な病院に、自院のかかりつけだからと軽症者を入れるという運用は控えていただくということで、比較的、そういう運用にご協力していただけた病院も多かったです。自院のかかりつけ患者であつても入院できないという運用にならざるを得なかった部分もありました。

県内での入院ということになっていたので、普通は県外の患者の入院依頼は県なり府なりの本部を通して、例



えば大阪だったら大阪府庁からX県庁の主幹課である疾病対策課に入院依頼があつて、それをX県として受けるかどうかを決めるんです。でも、県を介さずに個々の病院に他県の保健所や患者本人から、直接依頼電話をされたというケースもありました。原則として重点医療機関の確保病床はX県民（その自治体の患者）のためのものなので困りました。他県からの患者さんを病院の判断で受けていただくというシステムにはなっていないかつたのですけど、他府県からX県の病院に直接そういう電話があつて、一部の病院は入院を受けてしまったこともありました。

入院報告は全例報告をいただいているので、そういう場合は翌日に（入院後に）県を介していない他県の患者さんの入院報告をいただくのですけど、受診時にすぐに挿管しなきゃいけないような重症の人を、帰せとは言えないですが、そんなに重症でも全然なくて、かかりつけ患者でもないのに、入院させてしまつていたとかいうケースはあつたりしました。ちよつとそこはトラブルが多かつたので、何度も他府県には申し入れをしましたが、同一府県から、複数回ありました。

そういうのを許すと、どうしても運用上、かかりつけ医という意味では、他県からも受診されていますし、逆にうちからよその県の病院がかかりつけと言う方もいるし、というので難しいとは思いますが、2類感染症の措置入院で、行政が入院調整というルールはあつたので、そのルールは守つていただきたい、ということで大いぶ苦勞しました。例えば、患者さんに既往症があつて、患者さんの希望で、大阪の方がX県のかかりつけ病院に入りたいという場合でも、直接の入院は駄目です。措置入院なので。必ず保健所が調整しなきゃいけないので。そこは、本人さんが電話をされたとしても、中には受けた例もあつたかもしれませんが、それはあくまでもイレギュラーなことで、通常は発生届が出たら、各府県の保健所が調整して入院をさせるといのが感染症法上の二類相当の措置入院なので、一般の病気の入院ルールとは違うんです。今は五類相当になつたので、全然大丈夫（通常とおりの病院判断での入院で大丈夫）なのですけど、当初の県が管理していた時はそういうこと（県の調整による入院）

なので、県（の保健所）を介さずに、入院調整というのは通常はあり得ない。だけれども、実際には、そういうことをされたこともあったということです。

取り決めてやる以上は、そこはきちつと運用しないと、爆発的に感染者が増えたときに、他県の患者の入院で県内の病床が埋まってしまつて、県民の入院する病床がなくなるとするのは困るので。一件、二件でも、そこは強く他県にも申し入れをしたし、当該の病院についても、入院ルールというのは守っていただくようにというのをお願いしました。

X県からは他府県への入院を一つも頼んだことはないです。唯一、いったんX県の重点医療機関に入院した後に、基礎疾患の病状とか処置の問題で、他府県の専門的な病院に転院したことはありますけど。それは医療機関同士の話し合いで、いったん、X県の重点医療機関に入院した上で行っていますので。病状的に基礎疾患に対してのかなりの高度な治療が必要ということでしたので、そういう流れでやったということなので、それ以外にX県の保健所から他県へ入院依頼を直接つてことはしていません。県入退院調整班を介さずに保健所が他県に入院依頼したことはない、入退院調整班からも他県への依頼はしていない、という意味です。患者本人が他府県の医療機関へ直接入院依頼をしたかどうかは把握していません。

あんなに感染者の数が多くなるとは誰も思っていなかったもので、「全員入院」の方針が続いていましたが、最後の頃、五類前のタイミングでは全員入院ではなくて入院要否をトリアージするつてことになったので、医療機関に任せても、無理な入院を依頼するつてことは、おそらく先生同士の間で行われなくなつて、うまくいったんだと思います。先生方は自分の診た患者さんやかかりつけの患者さんは「もう、これはすぐくひどいから入れて（入院させて）くれ」つていう感じがあつても入院受入病院の判断では「そのぐらいは家でしょ」という話だつたりとか。そういう医師同士の判断を直接やり取りするので、うまく調整、入院トリアージができたと思います。

逆に、行政が入ることによって（医師同士が直接遣り取りしないので）要求が強くなり、拒否も強くなりつていうので、なかなかね。軽症・無症状の方入院には入院の必要性を視点に病院医師の理解が得られないことも多かったですが、逆にとことん重症な方はベッドがないという問題はあつたけれども。入院の必要性については、入院させる必要があるという合意形成が早かつたんです。

新型コロナウイルスの患者さんは病状による入院判断だけでなく、二類感染症の管理という視点での入院判断を要する部分もあるので軽症者の対応は難しかったと思います。だからそういうところに問題があつたんですよ。でも、五類になってからは原則入院ではなくなつて、また、直接の医療機関間の交渉になつたので、あまりにも軽い人を温情的な入院っていうのは、逆になかなか依頼しづらくなつたので、うまく運用していただけていると思います。通常は、普通の、感染対策の要らない病気だつたら、ちよつと心配だから入院させてっていうのも、きつとあると思うんですけど、それがコロナ病床の運用上で、容認できるかどうかというのは、受け手側の病院の感染対策上の問題もあつて、なかなか難しい部分があるんです。医師間で直接話合うことによって、簡単に納得はしていただけるようになったと思うし。そうすると、それに続く同じようなケースも入院は難しいだろうなという判断が入院依頼をする側の医師にもたぶん働くと思うので、最初から入院相当ではない病状の方の入院依頼はされなくなつていったと思います。

だからもうオミクロン株になつて、全員入院じゃなくなつてからは、当初とは考え方が違つてきて、ある程度の治療方針も定まつてきたし、感染管理上の理由だけでの入院は求められなくなつてきたタイミングで、行政を介さない医療機関間の入院調整に移行したので上手くいったと思います。当初は未知のウイルスだったので、最初からそれ（医療機関間での入院調整）でいいかといったらそうじゃなくて最初は行政が入つての2類感染症としての調整というのは、必要だつたなとは思つています。

## ■患者さんの搬送

患者さんは、重症の場合は救急車での搬送がりましたが、軽症者の搬送は保健所で行っていました。一定数患者数が増えると、なかなか保健所だけで担うのは厳しくなってきました。宿泊療養施設への入所が始まったタイミングで、搬送車というかたちで業者委託しました。当社は業者の車両での搬送でしたが、途中から、車は県が保有またはリースするかたちになって運転（手）委託をしました。県の搬送車管理（購入、リース関連業務）は県庁内の他の部署が行って、最終的には一五台ぐらいになったと思うのですが、そういう方法で搬送していました。搬送依頼は、一括して委託業者宛てにするのですが、そのシステムというのは、保健所から一定の内容を書いたものをFAXで送って、タクシートの配車みたいな形でさせてもらっていました。ただ、最初からその形でスタートしたわけではなくて、徐々に拡大して、最終的なスタイルとしては入院、入所のための搬送に加え、外来透析とか特殊な場合の通院（後で説明する外来治療のための通院など）は、週に何回とかいう、定期的な通院の搬送の依頼ができるようになりました。そういう形で搬送も県が担ったのですが、患者数が非常に多かったことで、県の搬送車では十分ではなくなって、可能な方には家族による搬送での入院、入所や受診をお願いしていました。

## ■入院相当トリアージ方針の変更

入院トリアージは患者さんが多い状況のときで一日三〇〇人くらいの方が新規対象となったと思うのですが、入院相当とトリアージした方でも一〇〇人規模で待機となって（待機という言い方が正しいのかどうかは分かりませんが）、当日入院ではなく、翌日以降の入院となっていました。

基本的に当初は全員入院ということになっていました。当初のアルファ株とか重症度が高いものでは、数日で容体が変化するとか高齢者は非常にリスクが高くなって入院下に置かなきゃいけなかったという思いがあったので、高齢者という理由だけで、入院という運用になっていたんです。オミクロン株になってからは、いくら年齢がいつ

てらっしゃったりしても、元気な人は元気なままというのが多くなってきました。でも、まだ国の方が全員入院という方針でしたので、県は、国よりちよつと先立って、いわゆる重症度トリアージというので、全く無症状の方は入所による宿泊施設療養か自宅療養を選択していただくという方針に変えました。

保健所の段階で、既に病状からして入院相当ではないという判断がつく人に關しては、最初から宿泊療養施設への入所とかご希望により自宅での療養という選択肢を作るようになったので、一定数のトリアージを保健所で済ませたものが入院依頼、入院相当として県入退院調整班に情報が上がってくるというかたちでした。

オミクロン株が流行する前の段階では全員入院させていました。でもオミクロン株が流行してきたときは、やはりそれでは運用上難しくなつたんです。極端な話、軽症や無症状の人が病床を埋めてしまつて、酸素の投与が必要な人が入院できないという状況もあつて。県としては応急的な酸素ステーション的なものの（入院待機中に酸素投与が出来る施設）開設の準備は済ませました。幸いなことに最終的に開きませんでした、そういうところで、入院を待つという状況は望ましくないのです、医療的な処置が必要のない無症状、軽症の方については、病院にご案内しない運用にオミクロン株の最後、第六波途中からはさせていただいたと記憶しています。

#### ■宿泊療養施設への入所が難しい方への対応

宿泊療養施設は、ほかの部署が管理をしていましたけれども、入所する方は各個室に行つていただいて、自分で全てのケアを完結できなくてはいけませんので、身体的に他者の助けがいるような方であるとか、管理上の約束事と言いましようか、そういった規律が守れない方というのは、なかなか入所が難しいということがあります。だから病状としては入所相当であつても、宿泊療養施設での受け入れは難しかったところがあつて。視覚障害の方は受け入れが難しかったけれど、聴覚障害の方は手話サービスを利用したりして、最後のほうは解決できた（入所できた）部分もありました。また、精神疾患を持つてらっしゃる方等で、お一人にすることが本人に対しても、

周囲に対しても不都合が生じるような場合は入所は難しく、やはり入院していただくしかないという選択になって。病状による入院と、いわゆる基礎疾患とか社会的な要因による入院とかがあつて、その判断は、非常に難しくつて。精神疾患患者の受入病床の確保がうまくできていけばいいのですけど、なかなか、いろんな要素があるので難しかったとは思いますね。

病院側としても医療的な事情というよりは、その人の管理面というところで大変なんですよね。だから、X県の場合は精神科の病院もいくつか、入院を受け入れる病院として、手挙げをしていただったので、精神科は精神科の病床としてコントロールしていました。また透析も透析で入院を受け入れる病院が、何床、何床と病院によって違いますけど、病床を一定数持つていて、その中で調整すると。そのうちに患者数が増えて入院では対応出来なくなってきたので、外来透析を受けられる病院確保して対応していました。最後のほうにはクリニックの中でも、外来透析をするというところまでいきました。それぞれ透析であるとか、精神疾患であるとか、小児、あとは産科といった特別な病床が必要な方に関しては、そういう医療を担っている医療機関と相談しながら、一定数の病床の確保はしていたということになりますね。

基礎疾患を持つておられる方は、精神科も含めて、かかりつけの病院とかあると思うのですけども、かかりつけの病院が、入院を受け入れる病院にはなつていただけでなくて、やっぱり公的機関を中心とした重点医療機関の精神科で運用する（入院する）という形になっていました。産科についてもそうですね。全産科で分娩を取り扱っているわけではなくて、通常は別のところにかかつていらつしやるけれども、コロナが陽性になつてお産を迎える場合は、一定の医療機関、県の重点医療機関での分娩、ということになつたということです。

#### ■高齢者施設等での施設内療養体制

高齢者施設は当初は高齢者は全員入院でしたので、どれだけクラスターが起きても全員入院をさせていました。

ただ最後のほうは、一〇〇人レベルでの施設内感染者とかいうこともあって。数十人はざらだったと思うのですが。やっぱりそれは、病状によるトリアージで対応したと思います。施設にいらつしやろうが、自宅にいらつしやろうが病状的に入院相当の方は、もちろん入院をご案内いたしますけれども、施設は自宅と同じということで、在宅の療養が可能な病状の方は、施設内で診ていただくとか。ただその場合に、施設医を中心に対応をするということをも、再三お願いはしております。

施設としても大変だったとは思います。日々のケアだけでも、今は手いっぱいな中で、そういった安全管理（感染対策）も含めて対応しなくてはならないので。県の確保病床を超える人数の方が、同時期に陽性になられていたので、なかなか全員入院っていうのは難しいし。そこは、厚生労働省からの通知があったように、施設内療養の体制を整えるという感じですね。

障害者施設で、初めてクラスターが起こった時には、県が、感染症専門医、ICN等の専門医療職同行のうえで現地に向いて感染対策の指導や衛生物品の提供等の支援を行いました。軽症・無症状の方は施設の中で診ていただくのですが、この施設内療養患者さんや、濃厚接触者に当たる方は、何かあった場合に二四時間対応で、病院の医師が相談を受ける体制というのを県が整えました。

また、クラスターが発生した施設が健康観察を毎日するのですが、その施設看護師の相談対応や病状の確認は県が業務委託している看護師が行う特別体制を敷いていました。その時は第一例目の障がい者施設でのクラスターでしたので、そういうふうに万全の体制で、夜間に救急の場合であっても特定の近隣の重症も対応できる病院が相談をまず受けて、そのまま施設療養を続けるのか、すぐ搬送していただくのかという、医師の助言が受けられるような体制を県のほうで整えて、やっていたという状況でした。

その時はちょうど、重症化予防が始まっていた時期でしたので、重症化予防の方はすぐ搬送して、三日間の点



滴を受けた後、病状が良かったらまた施設に戻って貰って、次に陽性になった人がその空きベッドに入り、重症化予防治療を受けられるという運用にしました。より多くの方が、対象であれば重症化予防が受けられる体制。そのまま軽症者、無症状者が病院に居続けられたら、ベッドがないので次の方が入れなくなるので、そういう特殊な施設の方だと、一般の他の病院にお願いするってわけにはいけないので、そういう意味でベッドコントロールをしながら、十分な治療ができるようにその時は体制を取らせていただきました。

それは二例目ぐらいまではできたのですが、三例目とかになると高齢者施設も含めて、複数でクラスターが発生したので、個別の対応ではなくて、基本的には施設医を中心に診ていただいて、受診の必要があったり、入院の必要があったら、そのケースについて保健所にご相談いただくという形になっていきました。個別の体制というのは、一例目、二例目あたりぐらいまでですかね。正確にできていたのは、たぶん一例目。かなり早い段階であつたので、そこではできませんでした。

#### ■重症化予防短期入院ベッドの運用

重症化予防が始まったら、重症化予防短期入院ベッドというのを病院にお願いして設けました。コロナ陽性者を受け入れてくださいと言うとハードルが高いので、なかなかお手挙げしていただけない所もあつたけれども、非常に軽症、あるいは無症状で重症化予防の方の、三日間の点滴のための入院だけをお願いしますという形でお願いしました。重症化予防の場合は、重症化予防用のベッドを確保して、そこに短期間の入院で、問題がなかったら帰りますよという約束の下に入院していただいて、三日間の点滴が終わったら宿泊療養施設に移ってもらうというようにしました。あと、最終的には、入所中の人で重症化予防治療を受けたいという人は日帰りで、施設から病院に行つて、その日に点滴を打って、当日のうちに施設に帰ってくるという、入所中の外来受診の調整をさせていただいていましたね。



外来通院で予防治療をできるようにするために、外来用の専用ベッドの確保を医療機関にお願いして患者搬送は県が担って行いました。各自の家からの個別の搬送はちょっと難しかったので、入所していただいた上で、宿泊療養施設から複数患者さんを一緒に県の搬送車で病院までお連れして、またお迎えに行って入所の先の宿泊療養施設にお戻しするという形で運用していました。

この短期入院ベッドや外来予防治療は、コロナ感染者の治療のための受け入れと同じ病院の中で一部、病床を増やしてもらって、重症化予防短期入院用の病床を確保してくださいってお願いした所もあるし、新規参入に当たって、こういう重症化予防治療のための入院に限るという形でもお願いしたところもあります。

重症化予防治療のための短期入院専用の病床をお願いする際には、重症化した場合は県の責任で転院先を見つけてますということはお約束していたので、そうするとハードルが下がりますよね。一般の重点医療機関（重症化していく患者の入院受入）との役割分担として、ほぼ症状がない方とか、いわゆる軽症の方の、重症化予防に特化した形をお願いしたいと言うことであれば、重症化した患者さんは診られなくても、現時点で軽症の方は診られますという病院から、やりますというお返事をいただいて、実際に運用が始まったということです。

そこも全部、役割分担だと思えます。X県で言うと、X県立医科大学附属病院とかX県総合医療センターとかの三次救急まで担えるような、それこそECMO（エクモ）とかを動かせるような病院が、重症化予防のためにベッド使うとか、そういったことはやはり、県の医療資源の活用として問題があるので、それであつたら、重症化した場合は、そつちの病院に県のほうで調整して入れると。だけれども必要な医療が予防薬投与のみに限られるような方については、いわゆる一次救急、一・五次救急ぐらいの対応を通常からなさっている医療機関、あるいは自分のところで通常は二次ぐらいまではやっていても、コロナに関しては一次まで、外来対応までおつしやっている病院でも受けていただけるので。そういう形で、コロナ対応病院を広げたということです。

## ■重点医療機関になる病院の感染症対策と医療従事者への研修

重点医療機関になる病院は全部、感染症専門医の先生と一緒に立ち入りでの現地確認を行い、各医療機関の感染対策マニュアルの内容の確認しました。その動線とか感染対策ができていくかというの、全例立ち入り確認している、その感染対策は確実にしていただくという条件の下で指定を行いました。ただ単に、書類の提出だけじゃなくて、現地確認も全てさせていただきました。

そうすると医療機関にとつても、自分たちを守るために安心ですよね。感染症専門医の先生から、ちょっと動線変更をしたほうがいいとか、そういったようなご助言ももちろん現場でいただけたし、そういう意味で適切な感染対策の下でコロナ患者を迎え入れるつてことで、病院側も安心はしてもらえたと思います。

全体的なコロナに対するマニュアルというのは、治療マニュアルを含めて三種類ほど、X医大の感染症センターに委託で作っていただいております。それぞれについて研修会も、個別の病院にはないですけど、医療従事者向けにしております。重点医療機関指定時や院内感染発生時の現地確認の際に同行した感染症専門医からの個別の指導はもちろんありますけど、研修会とか県が作ったマニュアルというのも三種類ほど出させていたでいてるので、それについては感染症専門医（X医大感染症センター）に、実際にはご執筆いただいております。その周知のための研修会というのは複数回開催しています。

## ■方針変更による入院の絞り込み

県が第六波の途中で、入院トリアージを始めていますから、二〇二二（令和四）年には全員入院ではないという方針になっていきます※。

※二〇二二年八月三日、政府は「原則入院は中等症以上の人で、入院させる必要がある患者以外は自宅療養を基本とする」通知を出した。今までは、入院調整が困難だったのは、病状からして入院が必要でないという臨床的判断をされる人であつても入

院させなきゃいけなかったということで、病院にとっては、その人は入院（相当）じゃないでしょうという気持ちがあった。臨床の先生は強かったんです。一方、自分が診ていらつしやる目の前の患者さんは、そう重症じゃなくても、これぐらいだったら経過観察のために入院させるよってお気持ちがあるので、医師も立場によって思いがずれる。全員入院というところが国方針として堅持されている以上は、なかなか臨床現場の判断とずれて、難しかったと思うのです。でも、いったん自宅療養も視野に入れて選択肢となる、というふうに国が方向転換したところで、一定数のトリアージができるようになったので、県としても、何が何でも全員入院にしないで良くなった。例えば年齢が七〇歳というだけで非常に元気で症状のない方も入院させるということがなくなつたので、そのタイミングで少しずつ入院調整の状況は良くなつてきていたと思います。

ただ、数が膨大だったため、そういうトリアージをしても、なおかつ病床が足りないという状況でした。その中で、基礎疾患が理由で入院にしていた、精神疾患であるとか、妊婦さんであるとか、透析患者さんであるとか、そういった方たちを外来で診るようにしました。妊婦も分娩が間近でないとか、産科的合併症での入院が必要でない限りは、妊娠経過に問題がなかったら在宅で診ると。それまでは妊娠八週であろうが一〇週であろうが、全員入院だったので。やっぱりそこは違うだろうというので、組み替えたり、透析とかも外来できるようにしました。コロナの病状（重症度）の面からと基礎疾患や合併症の病状からも入院トリアージが医療従事者と行政の中で双方納得がいく形である程度入院の絞り込みができるようになりました。ただ、ご本人さんとか施設の方にとっては、自分のところの希望が通らず、なかなか入院できないとかいう、お声は頂戴したと思うのですけれども。現実問題として、全員入院ではないんだという段階で、少し整理ができたかなと思います。

#### ■在宅療養患者への診療

在宅療養の方は、保健所の重点医療機関への受診調整と地域の県医師会の開業医の先生方が往診をしてくださ

い。ということをお願いしていました。それは、電話によるオンライン診療も含めてです。各地区によってやり方は違うのでしょうか、保健所が開業医に往診依頼をしたりとか、県医師会が往診できる先生のリスト等も作ってくれていましたので、先生方自身が自分のところの患者さんを診られない場合には他の先生に往診依頼や受診依頼の調整も多分されていたと思うし、オンライン診療を含めてですけども、一部の先生は往診で患者さんの自宅に行っていたらいて、点滴等をしていただけたらとか、そういった先生方もいらっしゃいました。その対応は医師会のほうになります。

### ■これまでの対応を振り返って

振り返ってみると、今後は感染症法改正に依って、都道府県と新型コロナ下という重点医療機関が、事前の協定を結ぶことになるので、そこで体制を整えていただいたらいいのかなと思います。

ただ、コロナの対応では、例えば延命希望であるとか、精神科病床への入院を了承するとか、通常だったら入院前に聞かない内容まで受け入れ病院側や保健所（行政）が確認することを求めている状況には困った。転院が容易にできないから、自分のところで重症化したときにECMO（エクモ）までとか、何かとか言われたら非常にトラブルになる、ということを懸念されるがあまり、無症状の方についても延命希望の確認を求められたりというようなことが常となつていったので。

どこまでがどうなのか分からないですけど、ちよつとそういうところの整理はしないと、なかなか調整が難しいのかなと思いましたね。軽症の方が救急車を呼ぶというのもあつて、救急車に乗った以上は搬送しないわけにはいけないので、きちつと保健所の調整を待たれた方よりも、非常に軽症な症状の救急車を呼ばれた方が先に病院に到着するという状況もありました。そこでまた、そこから帰れないから（交通手段がないから）入院みたいな。そこは言っても仕方がないのかもしれないけれども、非常に大きい問題ではありますね。

## ●県型保健所担当職員の対応その一

エスノグラフィ―調査日時…二〇二三年八月一日

X県Y保健所Kさん（事務職）

X県Y保健所Oさん（保健師）

X県Y保健所Aさん（事務職）

Kさん…X県消防救急課、農業経済課などを経て二〇二二（令和三）年四月から

X県Y保健所次長

Oさん…二〇二〇（令和二）年八月からY保健所に応援という形で勤務。その後

二〇二二（令和三）年度にY保健所に異動し保健主査として活動

Aさん…二〇二二（令和四）年度、健康増進課に行政職として配属。その以前は

県雇用政策課で勤務

## ■保健所対応の全体像

Kさん…特に私は事務職の管理職ということではまずはコロナ全体の感染状況と、それに対してどのような対応をとってきたかという話をさせていただきます。

X県としては、死者を極力出さない、重傷者を増やさないということを一番大きな目標としてコロナ業務を県

庁、保健所、関係機関含めて取り組んできました。

二〇二〇（令和二年）一月二八日に、全国感染者の第一号がX県のP保健所で発生して、それ以来今年（二〇二三）五月七日まで一、一九六日休みなしで対応してきました。その間、Y保健所管内では陽性になった方が合計九万七〇〇〇人いらつしやいまして、管内の人口が約三四万人ですので、人口のうちの約三割がかかったと。中には同じ人が二度、三度かかった人もいるかも知れないんですけど、おおよそ一〇人に三人は感染したというような状況です。

フェーズで言ったら、二〇二三（令和五年）年五月七日までの状況では二つに分かれていますと思っていまして、まずは、最初に中国で発生した未知の感染症が分かってから第五波、二〇二一（令和三年）の七月ぐらいに感染拡大したデルタ株までの時期が一つのフェーズと、オミクロン株に変わった後、二〇二二（令和四年）年の一月ぐらいがピークの第六波から、第八波はオミクロン株によるものなんですけれどもオミクロンになってからもうフェーズが変わったという状況です。

その二つの特徴というのは、第一波から第五波のフェーズごとの特徴ということで、デルタ株までは強毒性、重症化になりやすいとかECMO（エクモ）を使わないといけないような状態であつたけど感染力はそんなに強くなかったと。第五波のデルタ株の時でも保健所管内では一日六九人、約七〇人ぐらいの感染者であつたんですけども、オミクロン株になりましたら第六波は五二二人、ちょうど一年前ぐらいの第七波の時は最大で八七九人。この冬の時には七五三人ということで第五波までと比べたら感染者が一気に七倍とかなり増えたというような状況でした。

対応方針としても変わっていきまして、このデルタ株までの対応としてはX県の方針として全員陽性になった人は入院か入所をしていただくと。最初の頃は陽性者全員に対してきちつと疫学調査をして濃厚接触者も特定して、

ご本人と濃厚接触者の健康観察をして治癒日までフォローアップするというきめ細やかな対応で、業務いっぱいいっぱいやってきたという状況です。

それが、第六波のオミクロン株になってから感染者が一気に五〜六倍ぐらいまで増えましたので、全員入院入所の対応とか聞き取りもすぐにするというのではとても追いつかないということもありまして、全員入院入所の方針を方向転換して無症状、軽症の方は自宅療養に切り替えるというようなことと、これまでと違ってECMOを使わないといけないような重症者というのは少なく、無症状とか軽症者の人が圧倒的に多いというような状況でしたので、自宅療養でもいけるという形で対応も変わったという形ですね。逆にそうしないと回っていかないということもあつたのかも分らないです。

#### ■Y保健所に異動時の状況―二〇二二（令和三）年四月

Kさん…私は、農業経済課にいた時に、動員でホテルの施設長を一週間ちようどやりました。二〇二二（令和三）年の四月から今の保健所に異動になったんですけど、その前の二月ぐらいに一週間ホテルで施設長の動員で缶詰になったというのがありまして、そこからコロナの業務に関わったという感じです。それまでは農協の立ち入り検査とかに行っていた仕事だったので、前の年はコロナでそれができずに書面で検査したりとかというような状況でしたね。

施設長というのは、ホテルとかを貸切にして療養者を受け入れていた対応の仕事だったんですけど、そこで看護師さんとか事務職の方とかが一日三交代とかで勤務をされていて。その看護師さんとか事務の方は二交代とか三交代で変わって帰っていかれるんですけど施設長はその一週間住み込みで。それも私が行ったところはすごい古いホテルで、水漏れするとかもありました。食事はほとんどワンパターンの幕の内弁当ばかりみたいなの。入所している方からはそういう苦情みたいなのがあつたりとか、年配の人からは脂っこいって言われるし、若い人

は量が足りひんとかいろいろありましたね。

私自身がいた事務所自体は緑エリアというか安全エリアだったので、タイベック（防護服）は着ずに、普通のマスクだけでよかったですけども、直接陽性者に対応する人はそういうある程度の装備をされていたという形ですね。

Y保健所は、コロナの大変なところやなと思っていましたけど。人事異動になってその四月から三カ月ですね、ちょうどデルタ株ぐらいの時で体重が五キロぐらいやせてしまいました。現在はもうほぼ元に戻ったんですけども、やっぱり帰る時間も遅くて不規則で。災害であれば緊急対応状態が二年、三年と続いている状態なんですよ。発熱した方とか陽性になった方は、保健所へ電話をかけてもつながらないとか、つながっても対応がどうか言われて限界もある中で、やっぱりありがとうと言っていたく以上に苦情というかおしかりを受けることもかなり多かったですね。特に県民性、地域性にもよるのかも分らないんですね。

それとやっぱり電話が増えた原因というのは、最初の頃は療養証明書と言うんですかね、そういったものがあつたら保険が下りるとかがあったのでそれを求めるために電話とかが、特に軽症とか無症状の人であつてもそういう電話とかが多かったので余計に電話もひつ迫したのかなと思います。本当に症状が重くて電話をかけた人が逆につながらないというようなことがあつたりもするかも分からないので。災害で言ったら罹災証明書を早く出せみたいなのと同じですね。それがないとサービスが受けられないのと一緒ですね。

家には帰るのは帰っていました。泊まり込みはなかったですね。

陽性者の方には、基本電話対応とかですね。中には陽性の方が来所することがありましたけど。

Oさん…電話がつかないから、来られたりとかもありましたね。

Kさん…でも基本的にはマスクだけで、対応していました。基本は立ち入り禁止という形にはしていましたね。



Aさん…当初は保健所でも検査していました。

Oさん…濃厚接触者の方の検査をしていました。その時は家族全員の検査とかも保健所でしていました。

Kさん…それも、保健所の中に入ってきたらいけないので、グラウンドに車とかで来られて唾液を出していただくPCR検査でした。グラウンドで車の中で唾液を取ってそれを回収するという。それが暑い中も雨の日も冬もひたすらやっていただいていたというのも、最初のこのオミクロン株までの頃にはありました。約束の時間に来ないとか、大体時間指定はするんですけども来ないとかというのがありましたね。

私はあんまり電話で直接対応するというのはなかったですね。一部ちよつとどこかの役割に入つてとか、この発生届の人力を一部最初の頃は手伝つてみたいな、外部委託とかが入ってくる前の特にこの令和三年度というか一年目の時はなかなかまだ体制もそんなに整っていない時でもあつたので、そういう時は業務の手伝いみたいなのもありましたけども、基本はどちらかと言うと私の方の役割はそういうロジ的な役割かなと思っていますので。苦情の特にお前じゃ駄目だ、上のやつを出せとかがある時は、苦情対応もあつたりとか。あとは個人情報郵便物がAさんと書いてあるのが中身はAさんとBさんがテレコになっていてその回収しに謝りに行くとかというのもありました。大体そういうのはやつぱり私が行つたりとか。専門職の人はほかの業務がいろいろあるので、そういう場合は私が行つていたりとかがありましたね。

#### ■保健所の人員体制

Kさん…保健所のわれわれの職員数は、第一波の時でしたら三六人で会計年度任用職員は七人と、ここまでが言つてみたら保健所のスタッフという形になります。人事課動員、部内動員は主に県の事務職の方になります。一部県庁の保健師の方も若干いらつしやるんですけど逆に県庁の保健師さんも他の業務もあるのでなかなか忙しいのと、人数も限られているので、大半が事務職の方とか他の技術職の土木の方であつたり農業の専門職の方であつ

たりという、もうほとんどオール県庁体制で動員もしていただいたような形になります。

最初の頃は、まだ委託とかもなく保健所の職員と人事課の事務職の動員の人ぐらいで対応していたんですけども、第二波のあたりから、委託業者さんに委託をして看護師を派遣してもらっているような、これも結構日替わりで変わったりとかというのもありました。特に最初の頃はなかなか定着率が悪かったというような印象でした。内部も混乱していたし、派遣で日替わりで来られていてもなかなかやつぱり定着しづらいのと、看護職の方も多分その当時は売り手市場というところもあつて気に入らなかつたらほかのもつといいところに変わるというようなこともあつたので、なかなか定着しづらかつたというような形ですね。

部内動員は、われわれは福祉医療部という県庁の中で位置付けているんですけど、その部の中の事務職とかの動員の人、人事課動員はその福祉医療部以外の動員の方という、人事課に取りまとめしてもらつたりというような形の動員になります。

あと、IH EAT（アイヒート）という仕組みがあるんですけども、これは厚生労働省の仕組みで、医師とか看護師とか薬剤師さんとかそういう専門職を登録しておいて、災害時とかこういうコロナの時に派遣をしていただくという制度なんです。そういったものを第三波の時ぐらいから利用しだして、数人来ていただきました。会計年度職員は、看護師職の方が今八名いらつしゃつてそのほかは事務職の方になるんですけども、第一波から第三波くらいまでは七名ぐらいということやつたんですけども、第四波とかだんだん感染者が増えてきた時にこの会計年度職員についても増員を認めていただいています。徐々に増やしていってもらっているという形です。そういった部分もある程度戦力にもなっています。

本場にちよつと第六波は一番暗黒の時期だったんです。陽性判明して治癒まで一週間から一〇日とかの間に一度も電話連絡できなかった人が二〇〇〇人を超えていたという最悪の時期だったんですけども、それ以降は外部

委託が整ったりとかして、第七波、第八波は陽性者がさらに第六波より増えたんですけど逆に対応はきちつとできるようになってきたという状況です。第六波の体制の合計が一七八人なんですけども、外部委託が整ったのが三月ぐらいなので、実質そのピークの時で言ったら、一日当たりのスタッフの最大数としては一四〇人ぐらいが最大で、保健所がその時に職員と会計年度職員で七〇人ぐらいでしたので約その倍ぐらいの規模で対応していたという状況になります。

もう本当に個人情報をたくさん扱っているのです、それをまったく完璧にというのはなかなかやつぱり難しかったですね。職員の労力軽減のためにまず内部で人がほしい、それから年度ごと、単年度の臨時雇用で人がほしい、それから、お金を払って外部委託をしてでも人がほしいという状況で、所長さんは医師ですから、下の手配は私が一手にやっていました。

まず内部については、毎週一回所内会議ですね。各課の主幹、課長、そして次長、所長、去年ぐらいから係長も一緒に入ってもらってなんですけど、そういう全所の管理職、係長で毎週そういう会議をする時にコロナの感染状況を共有しました。コロナ業務の体制整備や、業務の見直しなどの合意形成を行いました。

最初の頃はなかなか総務とか衛生課まで全所体制の協力というのは一部抵抗もあつたんですけど、やはりこの第五波のデルタ株の時ぐらいから本格的に、県庁から応援を受けるには、やはりまず自らの足をきっちり固めることが大前提やというふうに言われまして、それで衛生課の方も、衛生課は基本薬剤師さんと獣医師さんなんです、そういう専門職でもありますので疫学調査とPCR検査の業務を衛生課に担ってもらうとかで協力をしてもらうようにもなりましたし、総務課も事務職なんですけども後方支援業務など行う形で、全所体制でやっていますということを県にもしつかり主張していきました。それで動員の方とか、会計年度職員を人事課の方で手配してもらうんですけど、そういったところで感染者も増えてとても体制的には足りないと言ったら会計年度職

員を増やしていただいたりとかするという状況でした。

I H E A T も、予算は県庁で確保してもらったりしました。派遣看護師もそうなんですけど、県で予算を取っていただけで委託契約をして、それをY保健所ですとかP保健所に派遣してもらうというような形をとっておりますので、いかに今の保健所の感染状況はどうかというのを伝えて、それについてはこういう業務で何人いるから人がこれだけ足りないとか、かつここは専門職がいるとかこっちは逆に事務職でできることは事務職にという資料を作ってお願いしてという。それでもちよつとどうしても時間がかかって第六波の時とかでしたらちよつとJ T B の委託がピーク時に間に合わなかったというのはあつたんですけど。

この緊急事態でもありますので、そこまで細かなところまでは求められなかったですけども、ある程度の根拠となるような積み上げの数字とかが求められましたね。

予算は補正予算ですね。財源はほとんど国の予算を使えるみたいですから、比較的そういったきちつと説明ができるもの、人であつたりとか電話の自動音声のシステムとかも、その辺はやつぱりコロナの時は国の予算を使えるということもあつて補正予算とかで確保はしてもらえたのかなと思いますね。

でも議会はちゃんと通して、補正予算が通らないとできないと。でも、ちよつとスピード感がそこは欠ける。やつぱり前もつてそういう仕組みを作つておいてそういった時には速やかに委託できるというような、今回でしたらどつちかと言うとその時に走りながら準備していつているみたいな形ですけど、やはり次に向けてはこういった状況になったらもうこの専門職の委託をするとか事務の委託をするとかというのをスピーディーに、決めておいたらもう少し早く対応ができるのかなと思いますね。

## ■過酷な職員の勤務状況

Kさん…この保健所の職員と会計年度職員を合わせた保健所全体の超勤の月の時間数なんですけども、特に令和

三年度のデルタ株の第五波の八月の時でしたら、三八〇〇時間ぐらいだったのが、第六波の一月、一番オミクロンの感染者がピークの時の月で四三〇〇時間ということで、月一〇〇時間を超える超勤をしている職員も多く、頑張っていたいて、それでもまったくコンタクトが取れなかった陽性者が二〇〇〇人以上出てしまったということと完全に対応力を上回った第六波でした。

それが第七波になったら、第六波の一・七倍増えて八七九人の感染者なんですけども、この第七波の去年の八月の超勤時間は二二〇〇時間。第六波の一个月の約半分ぐらいの残業時間で済んでいて、かつその陽性者にコンタクトを取るといのがおおよそ当日から遅くても翌日ぐらいにはコンタクトが取れるようになって、事務も比較的対応できていた。感染者は多いけど何とか対応が第七波はできるようになりました。さらに職員の負担も超勤時間で見れば半減したという状況です。第八波は、昨年の一二月ですね。この時は残業時間が一四〇〇時間ということで、さらに第六波の四三〇〇時間の約三分の一ぐらいの残業時間に収まってコントロールできてきたというような状況で、職員の負担も減らしながら対応も比較的きちっとできるようになったというような状況で、だんだん対応の仕方も慣れてきたと言いますか、対応できるようになってきたというような状況で、今年の五月七日を迎えたというような状況になります。

この残業時間なんですけども、動員を求めるにしても保健所が、感染症対策をしているのは健康増進課なんですけども保健所全所体制でまずは保健所全所体制を整えるということで、BCPをかけて不要不急の業務は全て止めるとか縮小するという形でまずは保健所全所体制を整えると。そしてあと会計年度職員を増やしていくと。そして三つ目が通常勤務が八時半から五時一五分なんですけども変則勤務にしまして午後勤務で夜までというような、同じ七時間四五分勤務をするのにも午後出勤にしたら午前中はゆつくりできるという、インターバル制みたいなものにもなるのかも分からないんですけどもそういったものも導入はしたんです。やはり対応が追い付かなかったらそ

れも難しいという、やっぱり朝から来て夜まで残業というようなこともあったんですけど、午後出勤ができる仕組みも令和三年七月には作りました。

大きかったのは、令和三年度まではひたすらある程度区切りがつくまで業務を行っていたということで、夜の一二時を超えても、遅い時だったら午前二時とか三時とかまで勤務していて、次の日も朝八時半からの勤務とあったんです。本当に職員には頑張っていた দিয়ে、超過勤務が四三〇〇時間という数字になったんですけど、やはり第六波ぐらいの時になったら本当にゴールも見えないしこのままでは職員がもたないということで令和四年度からはもうとにかく、よっぽどの急ぎでない限りは二一時で切り上げようということを申し合わせしまして、そこである程度区切りをつけるということも、超過勤務を減らせる要因でもあったのかなと思います。

専門職としては、IH EATとか派遣看護師を活用したりとか、ソフト対策として令和四年二月から、電話の自動応答サービスを導入して、もう鳴り続ける電話をコントロールする仕組みも導入してもらえたりとか、令和四年七月からAI・OCRという文字の読み取りシステムを導入してデジタル化したことによつて業務の効率化もできたり。今年の五月からは、われわれのパソコンが残業の命令がなかったら自動的に切れてしまうという徹底した仕組みができて、そういったことでも残業時間についてももう必要な残業以外は認めないというような、X県としてもそういう制度に変わってきていて、なるべく時間外労働を減らしていこうというような流れになっております。

私の役割としては、いかに人を確保するかとか、必要な物品の確保ですとかそういった、事務職はやはり後方支援と言うんですね、専門職の方にしっかりと働いていただけるようなそういう場を整えるというところにウエイトを置いて取り組んできたという状況です。

Aさん…私は、ちよつと個人的なんですけどあんまり前の課よりはしんどくないなというのがあつて。というの

も前の課は人が少なかったので、自分一人に対する業務負担が多かったんですけど、保健所は人数が多いのでみんなで作っているというのがあったので、そこは負担が少なかったですね。

定時に帰れるということではなかったんですけど、二一時には帰りましょうという時代だったのもう二一時には帰らせていただいていたいました。

#### ■外部への業務委託―二〇二二（令和四）年三月

Kさん…外部委託は主に事務の職員さんの動員ということで、X県の場合はJTBだったんです。でも、令和四年一月が第六波の一番オミクロン株のひどかった時だったんですけども、残念なことにその時はまだ外部委託の契約が間に合わず、整ったのが三月ぐらいでした。第六波の波がちよつと収まったところに、ようやく事務の委託ができたというような形になります。そこからはだいぶ安定してきたので、人事課動員の方も一番最後の方でしたら週三日とか四日で交代とかでした。

最初の頃は一カ月とかもあつたというふうに聞いているんですけども、われわれが来た時でしたら二週間とか。でも、結局それを一週間とかさらに細分化してとかという話になったりとか、なかなか入れ替わり立ち代わりというのもあつたんですけども、外部委託をすればある程度その会社がマネジメントしてくれるので、仮に人が変わってもレクチャーとかは全部委託業者にやつてもらえるというところもあるので、その辺がありがたかったのかなと思います。その分、県の人事課動員を減らすこともあつたので、われわれの負担も少し減ったのかなというところですね。

委託の方はいろいろですね。きちつとできる人からやつぱりそうでない人も。委託の責任者みたいな方がいるので、何かあつたら保健所は責任者とやり取りをして指導していただいたりとか。

Aさん…大規模に何百人という単位でアルバイトの人を雇うので、全員が全員、優秀ということはないですよ。



委託で来るのは JTB の社員じゃなくて、JTB もまたアルバイトを雇って、人数をそろえて出すという形だから。Kさん…多分その子会社というか、そこからまた再委託していたんだと思います。管理者は JTB の関係者なんですけど、そこからさらに下請けの派遣会社につけてそこで人を集めてとかという形だと思います。

Aさん…来るのは大学生とか、普通のパートの方とかも来ていました。

Kさん…親子で来てる人もいてはりましたね。JTB に旅行本来の仕事がなくなつたからということで委託を受けていただいたと思うので、管理職的な役割の人は社員さんということでした。

Aさん…各部門責任者は JTB の社員さんなんですけど、実際に電話をかけたとかする部分はそのアルバイトさん。Kさん…JTB も含めてそういう旅行代理店にもものすごい仕事を役所は出しているんです。県全体としたら、この保健所の業務だけではなくて、患者さん搬送ですとか、あとパルスオキシメーターを送る業務とか、JTB とかに対して委託はいろいろやっていたと思いますね。われわれのところはなかったですけど、PCR 検査での不正請求みたいなのもあつたようですね。

Oさん…疫学は、委託のリーダーさんと保健所がやり取りするという形なので、私たちは直接実施者とはお話はしないんです。後半は疫学もしっかりしておられてたので、保健所は最終チェックという形でした。後半はうまくいってたんじやないかなとは思いますが。

データ入力には保健所でやっていました。カルテ管理や検索するためのエクセル入力は保健所でしていましたね。Aさん…外部委託できる仕事については、セキュリティもあつて、委託業者とはいえそこまで県のシステムとデータの受け渡しというのがどうしてもできなかったんですね。県庁は LGWAN という独立したネットワークがあつて、業者さんは一般のインターネットの環境なので、来てもらつて作業してはいるんですけど、データの受け渡しができなかったんです。例えば、委託業者さんが作ったデータというのを県に渡そうと思つたら



USBに入れるか、メールだと思うんですけど、基本個人情報載っているからその情報をメールで送るとい  
うのはセキュリティ上よくないだろうと。かと言って、USBも駄目とか。

Kさん…なんかJTBが社内のセキュリティ上、駄目とか。

Aさん…県のセキュリティがよくても、JTBさんとか大きいところになってくると向こうのセキュリティ  
の方が厳しいとかがあつてなかなかうまくデータを受け渡す手段がなかったんです。そこで頼める業務、頼めな  
い業務がもちろん出てくると思うので、データを保健所でしか管理できないものはもう保健所が全部してしまう  
というのはしていました。

Kさん…HERSYS（新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）とかの入力は直接厚生労  
働省にデータが入るので、それは委託業者でもできるけども、そういうエクセルを入力してもらつてその受け  
渡しとかができなかったという形ですね。なんかその辺がちょっと不便なところでしたね。

Aさん…今は結構クラウドシステムとかも使っていると思うんで、そのクラウドシステムに、もちろんわれわれ  
県庁職員もアクセスできるし外部の業者もアクセスしつつ、なおかつセキュリティも担保しなければならない  
というところが今課題とかでいろいろデジタル部門が悩んでいるとは聞いています。それがうまくいっている都  
道府県もあるとは聞いているんですけど。今回は本当に個人情報であり、しかも病気とかいろんな身体的なとい  
う一番デリケートな情報でしたからね。

#### ■報道対応

Kさん…NHKさんが第五波のデルタの時から節目節目ごとに毎回取材に来られて、最初は県からY保健  
所でちょっとコロナ業務の取材を受けてくれということを言われて、そこからその記者さんが次の第六波の  
時とか第七波の時とか続けて取材に来られました。その時はどっちかと言うと保健所の大変な業務の状況を報道

していただいていた。あと、読売新聞さんが令和四年の一〇月ぐらいに第七波を振り返ってどうやったかというところで記事を、これもいい方の記事を書いていただいたんです。

悪夢の第六波の時の、一番感染状況が悪かった時に、保健所で小学校の検体を紛失した事故が起りまして。その時は謝罪会見を行ったんです。真ん中が私で両端は県庁の次長と担当課の補佐と三人で記者クラブでおわび会見をやったとかというようないことがありました。報道でこういう矢面に立ったのはこの一回やったんですけど。あとはご本人のところへお伺いしておわびとかというのは結構ありましたね。

## ■入院入所の調整業務

Oさん…私は感染係という業務に携わっていなかったんで、二〇二〇（令和二）年八月に保健所に応援に来て初めて感染症というかコロナ対応というのをさせてもらったんですけれども、来てすぐ「患者さんに疫学して」と言われて「したことないのに」と正直思っていました。

その時に施設や大学でクラスターが結構出てた時期でもあったので、高齢者施設に検査に行ったのもありましたし、すごい濃い二カ月やったなというのは覚えています。二〇二一年（令和三年）に異動で来させてもらってからは、保健師としてまず患者さんへの疫学調査だったりとか、あとは入院とか入所の調整というあたりを主にさせてもらっていました。後半は委託が入ってきたので、コントロールセンターという部署が立ち上がって、委託とか動員の方が疫学してくれたのを最後に保健所の保健師が確認して入院とか入所の振り分けだったりとかをしていました。そういったところで主に保健師としては関わらせてもらっていました。

入院入所調整を主にさせてもらっていたのかとは思いますが、X県としては原則入院入所だったんですよ。自宅療養という選択肢がなかったたのでそれを全部どこかに調整しないといけないというのがあったんです。X県の場合は保健所が直接ホテルとか病院を調整するんじゃないくて、X県の入退院調整班という別の部署が

あるのでそこに情報をいったん上げて、県で病院やホテルが振り分けられて調整するという流れになっていたの  
で、病院とかホテルの間に入つての調整というのが保健所として動いていた部分です。

難しいなと思ったのは、入院入所調整が絶対という時は、家庭の事情とかもありますし、その中で病院やホテルに入つてくさいというのを信頼関係もない相手に説明するのはやっぱり難しく、中には入りたくても入れないという方もいました。入所するのでも年齢制限がありますし、基礎疾患があつてホテルでは療養できないという方もいるので、入りたくても入れない方への説明だったりとか、対住民さんなのでそのあたりは難しかったというの印象にあります。

特に入所する時に、公共交通機関は使えないので、車の手配とかも保健所がしていて、後半になったら委託業者が入つたので業者にお願いができたんですけど、それまでは保健所の職員というか、別の課の職員さんが迎えに行つてホテルまで連れて行つてくれてというのもありました。迎えに行く順番もこつちで調整をしていたので、なんかあつという間に一日が終わつたというのが実際ですね。

一番ピークの時で私がいまも覚えているのが、お昼ご飯を夕ご飯にして食べていたということ。お昼抜きでそのまま働いていたんですね。これは何ご飯を食べてるんやろというのが結構何日もあつて、入所調整というのも大変やつたなというのはあります。

全員入院入所じゃなくなつて中等症だけが入院になったり、自宅療養が認められてきてホテル入所もなくなつてきたので、そのあたりから調整自体は少なくなつてきたのかなとは思ふんですけども、入院したいと思われ  
る方が多いんです。でも今度は、X県としては中等症以上という条件があるので入院できないですという説明を  
しないといけないですし、ご高齢の方になつてくると延命の希望のこともあるんです。X県でコロナ陽性で延命  
希望できる病院は少ないので、相手の方に延命というのはこういう処置なんですよというのを一から説明して納

得していただいた上で入院調整というところもありますので、難しいなというのが本当に実際なんです。

令和四年に、所内にコントロールセンターなど各部署に保健師のリーダーが付くようになってきた時に、私が入院入所のリーダーをさせてもらっていたんですけれども、やっぱり情報も日々変わるので、それをまとめて職員に周知したりとか、ファイルで情報をまとめたりとかそういうのもしていました。

県の方針とか、前から決まっていた情報を職員へ再周知したりとかもありましたね。やっぱり入所のあたりも情報がどんどん変わってきたりするので、そこをもう一回集約して周知したりとかもありました。

Kさん…自宅で亡くなってしまうた方は多分いらつしやらなかったですね。病院とかに手配はちゃんとできていて、そういう見逃しとか放置で亡くなったというのはなかったと思いますね。

今回はある意味ではきめ細かく手厚いですね。災害の場合は、そこまで電話をして全部コントロールして、ほぼ一人一人の情報が帳票になっていて、なんてことないですよ。うまくいったんじゃないかなという気はします。もちろん、その陰に多大な人の苦労があるんですけどね。四〇〇〇時間の超勤とか。

#### ■県や消防署との連携

Oさん…疫学した情報を県に上げて、また調整する時は保健所と病院なんですけれども、やっぱり情報がうまく伝わらないと思うことはありました。実際の調整が夕方ごろになるとか、結構スムーズにいかないことも多かったんです。ただ、やっぱり県で病床を一括管理しているから、県全体の調整でそこはうまくいっているのかなとは思うんですけど、なかなか間に入って調整というのはやっぱり難しいなというのは実際あります。

でもその面、心強いのは、保健所は所長が医師なので医療の面とかは相談もできますし、困難事例でも一緒に検討していただいたりという意味ではすごく心強く調整はできたかなと私個人的には思っていますね。

もし、県を通さず各保健所にそれを委ねていたら、病院も偏ると思いますし、本当に入れる人が入れなくなっ

てくるというのも出てくるのかなとは思っています。各保健所によって入院相当の判断がまた変わってくる。私的には県で一括調整というのはありだったのかなというふうには思います。ただ病院とか、住民さんのご意見というのは全部保健所に来るわけですし、その対応もあるのでどうなのかなというところもありますけど。

住民に理解していただくように説明するのに、一回の電話で長いときには、一時間ぐらいは電話していた職員も多分いたと思いますね。相手が協力的な方とやっぱり協力的じゃない方もいらつしやるので、後半それが苦情に変わったりすることもありますし。最初の頃は二週間の行動履歴をさかのぼって聞いたりもするので、初対面の相手に二週間前の行動を言ってくれるかということもあります。やっぱり個々のコミュニケーション能力が問われるということもすごく思いましたね。

あとは、消防署、救急隊との連携というのも私は大事だなと思いました。自宅療養されている方でしんどくなつてきらい一九番されるんですけれども、消防から保健所に「今こういった方から連絡あるので今から行きますね」というような連絡をいただきます。救急隊が現場でバイタルとかを測ってくれるので、その情報を持つてうちも病院調整が必要なのか受診調整が必要なのかというのを保健所内で検討します。入院調整となれば、日中であれば保健所で調整するのでその間救急隊の方には現場で待機していただいて、入院調整が決まったらそこまで搬送していただくという流れでした。受診調整になったとしても、救急隊の方が運んでいただける場合があれば一緒に運んでいってもらったりしていました。

県が指定する病院を調整して、決まってから運んでいただくという、日中はそういう形でいただいていたました。本来であればそのまま救急隊に病院へ運んでもらうのが一番スムーズなんですけど、コロナというところもあって限られた病院なので、保健所で間に入つてというところではありますね。五類に変わるまでそのやり方でしたね。

Kさん…感染症法で、保健所が調整するというのが確か決められていたと思うんです。ですから消防もそのルールに基づいて電話をかけてくるという形ですかね。

Oさん…夜は、救急隊が直に病院とやり取りして受け入れ先を探して、病院に行っていたと思います。

Kさん…夜間は直接救急隊にやつてもらっていいですよというふうに、X県ルールかも分からないんですけど決められていたということになりますね。逆にそうしてもらわないとちよつと夜中までずっと対応しないといけないのでね。救急隊は二交代ですが、保健所は同じ人になるので。

救急車の中の待ち時間は結構長かったと思いますね。朝に連絡を受けた方が、搬送先が決まったのが昼前とかもありましたし、県からどこどこ病院と言われて一カ所目でOKをもらえないこともあるので、「あかんかったです」と言ってまた県に戻して、じゃあ次にここでというまた指示をもらってというので夕方までかかる場合もありますし。

でもその間ずっと救急隊はいてくれているので、もしちよつと症状が悪くなったらすぐにこっちにも連絡もらつてとか、そこはうまくいってきたかなとは思いますが、そうですね。

Kさん…そういう状態だから、救急車がずっとその間止まってしまうんですよ。

Oさん…そうなんです。その間、救急車一台を使ってしまうことになるので、救急車が足りない。

Kさん…特に熱中症とも重なっているような時期、ちよつと令和四年の第七波の時とかだったら、かなり救急搬送もひつ迫していたかもしれません。

Oさん…保健所としてはすぐ急いで調整したいんですけども、県は郡山だけじゃなくて中和とかほかの管内の情報も収集しているので、こつちの焦りと違うというか。いろいろルールを作っていて、それにのつとつてやっていたけど、今となってみればものすごい時間のかかることをやらざるを得なかったんですよ。

## ■疫学調査

Kさん…疫学調査の様式も変わりました。様式の項目をJTBやったらJTBの人たちが聞き取るというよう  
な、特に調査様式の表面を中心でしたかね。入所とか入院の場合は様式の裏面も含めて。

最初は何と何十ページの項目を聞くというのがあったんですけど、オミクロン株になってだいぶ聞く項目を絞って。これをA I O C Rで読み取れるような様式に変えてもらったりしました。Y保健所で使用していた様式はX県バージョンですけど、各都道府県大体どこも、同じような時期に簡易化のために、こういったフォーマットを作っていたと思います。

Aさん…そうですね。どこも大体似たような感じだとは思いますが、神戸市とかだと、丁寧に聞き取ったら数百項目があるというのは聞いたことがあります。

Oさん…これを電話で全部聞き取っていました。

Kさん…規模の大きいところは、ひよつとしたらもう聞き取りもできないから、システムを開発して自分で入れてくださいみたいな形になっているのかも分らないですね。X県の場合には、自分で入力していただくシステムにはならなかったですね。

Aさん…だけど最後あたりとかは本当に聞き取るのは、基礎疾患とか現在の症状ぐらいです。

Oさん…しんどい中でやっぱり入力というのも難しいと思いますし。後半は最終日だけの電話とかにはなっていましたけども、調査票の「現在の患者の症状」で、発症日から聞いていく中でやっぱり体温が途中で上がっているとか、症状的に最終日に電話するのはちょっと心配かなという時には、毎日健康観察にしたりだったとか現在の症状を詳しく聞いたりとか、基礎疾患とを関連させたりとかそういう形で聞き取りは意識してやっています。

入所の時は、もう記憶にないぐらいずっと毎日毎日入所で何十人とか調整していたんです。もう二〇、三〇人一気にいきましたね。入院調整になるとそれぞれが二、三人を調整したりとかそんな感じやったかなと思いますね。

中には、全然電話に出ないから夜中まで電話をしてという方もいました。三日間かけても電話に出ない方にはお手紙を送って、折り返しを待っていますみたいなこともしましたね。発生届に書いてある電話番号にかけて、間違っていたら一回病院に確認して。合っていればそこで何回かはかけるけど、繋がらなかったらお手紙を郵送したりという流れですね。

Aさん…時間帯を変えて三回かけてつながらなかったら、不通ということで次の人にいくというか。

Oさん…一人の患者さんに毎日かけていたような気がする。

Aさん…決まっていなかったです。同じ時間帯にはしないようにはしたと思うんですけど、時間帯を変えて立て込んでいるときとかはどうしても翌日になってしまうので三回目の電話とかを翌日にするとかというのはいました。

Oさん…発生届に基礎疾患とかを書いている欄もあるので、どんな状況だというのを一人ひとり見ながらかけていました。

Aさん…最初に医療機関から発生届という紙が届きます。特に重症化のリスクというのを診断した医師がチェックを入れるので、初めに保健所でその発生届を受理するデータベースで仕分けをする形になっていました。ここにチェックがあるとかどの項目にチェックがある人はリスクが高いので優先的に電話をかけなければならぬという仕分けをするんです。

ハイリスク者については三回とかということもなくかなりしつこく電話に出るまでかけ続けていて、年齢も分かっているというリスクがない人は三回まででもう止めてしまっているという対応でした。



## ■陽性者全員にパルスオキシメーター送付

Oさん…県としては陽性者全員にパルスオキシメーターという指に挟んで動脈血酸素飽和度(SpO<sub>2</sub>)と脈拍数を測定するための機械を全員に送っていたんです。発生届に書いてある住所に、療養に関する資料とパルスオキシメーターを送付していたので、療養に関する情報はお伝えできているということです。

Aさん…一応自分で記録できる用紙と、あと何パーセントになったら危険なのでここに電話してくださいとかという、自分で体調管理ができるようにするセットみたいなのがあって、それを送っていますね。

Oさん…高齢者で自分で測定をできそうもないような方の場合、電話で、まず箱から袋を出してとかという説明をして、実際に測ってもらって値を確認することまでしました。あとは、家族がいらっしゃったら家族に願いますとか。陽性者なので別居をしている方に測ってもらうというのは難しいんですけど、いろいろ説明して測ってもらうとか。保健所からの電話に出られなかった方が酸素飽和度が下がってきたということで、一から疫学したというのも多分数件はあったんじゃないかと思えます。

Aさん…X県としては、今まで全く探知していなかった普通の軽症者で、後日保健所に「体調が悪くなってきたんです」という電話があつたら、まずは今お手元に指に挟む機械があると思うので、その数値を教えてもらってもいいですかと聞いて、入院とか入所の手続きを進めていくという流れでした。

## ■二〇二二（令和四）年三月までー雇用政策課での対応

Aさん…以前は雇用政策課というところにいまして、そこもコロナで結構大変でした。コロナ禍の業者さん向けの補助金というのを担当していて、皆さん結構申請されますし、そちらの方がひっ迫していました。一〇万円給付とかの時も、担当は違う課なんですけど応援に行ったりとかしていて、産業面でのコロナ支援を経験した上で保健所に異動になりました。

どっちが大変というのはなかなか比較できないんですけど、向こうは向こうでお金が関わってくることで、こちらは命が関わってくることなんですよ。業者さんにしたらお金は命みたいなものだと思うので、皆さん結構同じぐらいの熱量かなと感じました。

### ■保健所での行政面でのサポート

Aさん…私は二〇二二（令和四）年四月一日に異動してきました。ちょうど一月、二月の疫学調査未実施が二〇〇〇件たまっていたという時期が過ぎて、ある程度感染者数が下火になってきて、次の波に備えて保健所の体制を整えていくということになってきました。

僕が行政職として入ったのは、健康増進課になるんですけど、もともと健康増進課には行政職というのはいなくて、基本保健師さん、歯科衛生士さん、管理栄養士さんと、資格職だけの職員で構成される課でした。二〇年ほど前には健康増進課にも行政の職員がいたらしいんですけど、ずっと配置がなかったところで令和四年から行政職が入ったという形になっています。多分、役割としてはコロナで大変な時期になっているので保健所で行政面でのサポートをするというのが僕の任された仕事なのかなと理解していました。

### ■発生届の受理と患者情報管理

Aさん…異動先が保健所ということを知って初めは何をするのかなと思ったんです。医療の知識が必要なところももちろんあるんですけど、大半は結構事務的な要素が多くて、まず発生届が医療機関からFAXで来るんですけど、国のHERSSYSというシステムに、直接入力してくださる医療機関もあるんですけど、半分ぐらいはFAXで送られてくるんです。そのFAXできた発生届を保健所が代わりに国のシステムに入れるという代理入力をずっとしておりまして、その代理入力の作業というのが結構大きな負担になっていました。

特に第七波ですと一日八〇〇人分発生届が出てきていて、その半分なのでFAXだけでも四〇〇枚ぐら

いが毎日来る形でして、全て手書きの紙になるので、それを手入力するのも非常に大変だったんです。そこでAIOCRという自動で文字を認識するシステム、もともと県にはあったんですけどそれを使って手入力の作業を大幅に効率化することができたというところです。結構な割合でちゃんと読み取ってくれるので非常に賢いシステムだなと思いました。

結構先生とかも現場で走り書きで書かれるんです。なので、読みづらいところはあるんですけど、それもシステムではOCRが癖とかを読み取ってちゃんとした文字に直してくれる。でも全部が全部直るわけじゃないので、最後は人の目で見て修正はかけていました。

Kさん…手書きの部分とテキスト化した部分と対比して、間違っている部分だけ手で修正する。結構精度は高かったですね。

Aさん…そうですね。やっぱり手書きの発生届を見て手打ちでエクセルとかに文字起こしをしていくのと比べると、かなり早く、もう半分ぐらいの時間で済むので。一枚ぐらいだったら手打ち入力とOCRを使うのとはそんなに時間は変わらないんですけど、これが四〇〇枚とかになつてくると一人の人間がずっと文字入力するのも疲れる、どんな作業効率が悪くていくと思うんです。けど、この機械で読み取るとずっと同じスピードで文字をデータ化してくれるのでそこは非常に役立ちました。

僕は、保健師の方とか動員の方とか委託の業者が調査票を見て疫学調査をするんですけど、その調査表の作成をしたりしていました。あとは、患者情報の管理ですね。もともと第一波とか第二波は感染者数が少ないこともあってか五〇音順で患者カルテを管理していたらしいんです。ただ五〇音順の限界というか、一日に一〇〇人、数百人と出てくるとさすがに五〇音順じゃ管理しきれなくなつたので、それぞれ患者個人に保健所の独自IDという番号管理を取り入れてやるようになりました。それをする事でここにカルテがあるかとかそういう情報

がしやすくなりましたね。

あとは主に発生届の受理とかになってくるんですけど、国の通知とかが大きく変わったのが令和四年九月二六日なんです。それまでは感染者全員が発生届の対象となっていたんですけど、二六日以降は四類型に限定されたんです。六五歳以上であるとか入院が必要な方、妊婦さん、重症化リスクがあつて新型コロナの治療薬が必要な人という四類型に類型されて、そこでまた発生届が限定されたことに対する業務負担が変わりました。X県は独自に対象外の人医療機関に情報を求めて対応をするという方に決めました。

もともとコロナは感染症法上の第一二条によって発生届の提出を求めているんですけど、その発生届対象外の人についてもX県は独自に発生届の対象とならない方一覧という様式を作つて医療機関に求めているので、保健所としては全員に対応するというのは変わらず進めているところです。

今回、例えば住民の家族構成とか住所とか生年月日とかというのは住民基本台帳で市庁課が持っているのですが、それとひも付けはできないし、本人の申請書がない限り聞き取つて書き取るというやり方なので、当然いろんな齟齬そごもあつたりして、この発生届には医療機関もかなり苦労されていたのかなと思います。病院の先生も普段はやつぱ診療で忙しいので、その紙を書く時間がなくてあつたりするんです。それで非常に苦労されたという話も聞きますし、医療機関の方が情報を間違ふことももちろんあつて、そうなつた場合に正しい情報を取りに行くのが非常に苦労しましたね。病院が電話番号を間違えてしまうことももちろんあつて、その場合保健所としては連絡がつかないんです。医療機関に確認したいんですけど医療機関に電話がつかないというのがあつて、確認したいんですけども診察が終わつてからにしてくださいとかというのがあつて、なかなかそこが進まないという苦労がありました。

Oさん…電話対応も、先生が書いてくれた発生届を見ながら確認という形になるんです。

Aさん…保健所の電話が遅れているときに、今日病院で陽性になったけど電話がまだ、というのはよく保健所に電話がかかってきましたね。そういう場合は、確認してまた保健所からお電話させてもらうので待っていてくださいというのありました。

令和四年九月二六日までは、自分で検査するというのは基本的には駄目で、公的な支援を受けるためには必ず医療機関に行つて、医師の確定診断が必要ですよということにしています。令和四年九月二六日以降は自分で検査した場合でも病院に行つたことと同じ扱いというふうになることになりました。自分で検査した人は県の電子申請システムから、その取つた検査キットの写真を送つてもらっています。

Kさん…研究用は駄目ですとか、メーカーの名前が分かるように映してくださいとかね。

Aさん…その発生届が令和四年九月二六日以降限定されて、一瞬業務が楽になるかなと思つたけど、片や自分で検査した人の登録業務が始まつてしまつて。だから業務負担的には全然減らなかつたというのが現状です。

公的な無料のPCR検査場もあちこちにありましたけど、あれも種類がいろいろありまして、本当に検査しづらいところと、検査して医師の診断がついてきちんと発生届を出しますよという医療機関的な扱いの部分があつて、看板は一緒の看板なんですけど、結構中身は違うというのはありましたね。薬局さんとかでやってたのは、もう本当に検査しきしないので、その検査結果が陽性だとしても、きちんとその後に病院に行つてくださという案内になつていたと思います。

データベースというの基本エクセルで、保健所内で全部管理をする感じでした。紙と併用みたいな形になつていて、患者情報、患者の疫学した情報を紙に書いて、固有のID番号を振つているのでID順にファイリングをして閉じてはいます。その誰彼が何番というのを分かるようにするために、エクセルで何番かを検索するための台帳というのをつけています。詳細なその人の療養情報というのは紙を見ないと分からないことになっています。

Oさん…それを入力するだけの人も多い時はいました。

Aさん…そこが結構課題だったというところでして、東京都とかですとヘッドセットで電話しながらパソコンにどんどん入力していつてそれが全部データ化となるんですけど、X県ではそれができなくて、基本聞き取った情報は手書きで書くというスタイルになっていました。

HERSYSという国のシステムには、名前、生年月日、住所、いつ診断されたとかの基本情報は全部データ化されていますが、いつの時点でどんな症状が出たという詳しい情報はデータ化されていないので保健所の紙ファイルを見ないとわからないという感じです。基本情報は全部データ化されていて、X県内のどこに行っても共有はされています。

### ■保健所内業務のデジタル化

Aさん…保健所内のデジタル化としては、業務全体を見渡して、より効率的に流れるように調整をかけていくというところでした。保健所内でエクセルの高度なマクロを組める人がたまにいてくださって、その人に頼んで人の判断が要らないような単純な繰り返し作業、例えば、単純にコピーしているだけとかそういうのを全部自動化してもらうというのをやってもらっていました。

調査表の印刷でも、患者情報を印字して印刷するんですけど、例えば一番から四〇〇番まで印刷したいんだたら、一、四〇〇と打ってボタンを押したら、全部印字されたものが出てくるといふのを全て自動化できるように組んでもらったりとか、そういう自動化できるところを探し出してその人に頼んで作ってもらうというのをしていました。

何をどう自動化するべきかということを分かるために、結構皆さんが日々やっていることをぐるぐる見て回って考えましたね。相談されることも多かったです。こういう管理をしたいけどどうしたらいいとかという。エクセルの基本的な表の使い方というのもそういうのを聞いて、相談に乗りながら作っていったという感じですね。

## ■療養証明書の発行

Aさん…療養証明書の発行というのをやっています、これが大変だったんです。療養証明書も感染者数が増えるにつれて申請件数が多くなっています、一番多い時で、第七波の八月、九月で大体申請件数が一万五〇〇〇件ぐらいの療養証明の申請件数がありました。一万五〇〇〇件の処理をしようと思うとなかなか大変なことになっています、大体二カ月ぐらい発行にかかっていたんですけど、それに関する電話とかも非常に多い状況でした。

もともと療養証明書の電話とかは多くて、それで電話回線もひっ迫していたので、自動音声ガイダンスということで、保健所に電話したら案内が流れて、何とかに用がある方は一番というので分けていったという形です。療養証明書に関することであれば、大体が申請の方法を聞きたいとかどうやったらもらえるのかということだったので、その申請方法を自動ガイダンスで流す。

携帯を使っている人には申請のURLをショートメッセージで送るとい、そこまですることになったので、それでだいぶ電話は減ったという形ですね。でも、一般的な電話は減ったんですけど、直接かかってくる電話は結構難しい電話が多くて、それはそれでまた大変だったんですけど。

療養証明書というのは、生命保険などの手続きに必要な書類で、あなたはいついつコロナにかかりましたよというのを書いたものです。災害時でいう罹災証明書ですね。

もともとコロナは二類だったので、就業制限通知という国の法律に基づいて発行する通知書があつて、それは感染者全員に対して保健所が一方的に送り付けるというものだったんですけど、感染者数が急増してきたというのがあつて、その就業制限通知というのは発行しなくていいよと。その代わり希望者にはこの療養証明書を発行してあげてくださいという形になったと思うんです。

ただ、その療養証明書も非常に申請件数多くて、八月、九月で一万五〇〇〇件の申請が来ていて、八月、九



月というと第七波の時で、かなり効率化して第六波ほどじゃないにしてもやっぱり保健所がひっ迫している状況だったので、そうなってくると疫学というか患者さんへの対応がまず第一で、療養証明書の人たちも療養が終わっている人たちなので、保健所の対応人数も少なくてやっていったというのが現状でした。九月一二日とかで未処理の件数が一万三〇〇〇件とかそれぐらいになっていったんです。九月を超えて十一月になってくると感染者数も結構落ち着いてきたので、そのあたりで対応する人数を大幅に増やして対応して、二カ月ぐらいで大体その一万件ぐらいを処理したという形です。

療養証明書は、申請は保健所になっているので、保健所が証明書の発行をするという流れになっています。実際の患者さんの対応をする一方で、こういう療養証明書に関する電話であつたりとか対応にかなり保健所が人的な負担をかけていたというのはあると思います。

ほかの電話でもそうなんですけど、基本的には相手が切るまではこちらからは切れないですよ。聞くしかない感じですね。証明書発行対象外の人で、何回も同じことを言う人に対しては、もう保健所としてはこういう対応しかできませんのでということで、切ることはごくわずかにあるんですけどぼぼぼできないですね。

もめる一番の原因は遅いことですね。ピークの時で二カ月ぐらいかかっていたので、こんなこともすぐ出せないのかとかというのをおっしゃっていました。あと、療養証明書の開始日が、自分が思っている期間と違うということとかですね。

病院に行つて検査して、医師の診断が出た日が療養開始日なので、実際に自分が鼻水が出たとか熱があつた日ではないんですよ。そこを勘違いされる人が多くて、自分はずっと前からずっと風邪をひいてたでというのをおっしゃっている方が多かつたんです。ひっ迫している時だと病院に行つてその日に診断が出るというわけじゃなくて、二、三日後に病院から結果が出るということがあつたんです。開始日というのはあくまでも検査結果が



出た日なので、そこで本人が病院の日と違うじゃないかというクレームが多かった。

そこが一日違うと給付金の額が違ってくるんです。お金に関することなのでその一日で大きくもらえる額が違うから、かなり強めに言われる方もいたんです。でも、そこはもうそういう決まりというか医師が診断した日なのでというのを真摯<sup>しんし</sup>に説明して理解いただくしかないということです。

証明書を作成する際には、申請した情報と患者さんのデータをエクセルのマクロでひも付けて自動で引つ張ってくるようにしていますので、半自動で出てきます。

### ■通常業務への影響

Oさん…私は精神保健難病係にいますけれども、通常の事業は何もできていません。ただ、精神も難病も保健所に対応しているケース支援している方がいらつしやるので、そういった方から連絡があつたら話を聞かせてもらっています。本来であれば定期的に訪問とかも行かせてもらって、直近の様子とかもお伺いしていたんですけれども、それができていない状況です。保健所が行くことでコロナをうつしてしまつてはいけないので人工呼吸器とか付いている方もいらつしやるので、私たちが行くことで感染リスクも上がるので、訪問とかも難しくなりました。

あと、私が令和三年度に来た時に、前任者と担当者が変わっているのですが、担当のあいさつもできないまま令和三年、四年と経っているケースの中にはあつて、いざ令和五年度に事業が動きまゝとなつてきた場合には、まずケースの信頼関係から結ぶところから始まつてしまいます。事業がストップしていたのが大きいかないと思いますし、コロナ前みたいに丁寧な対応というのができていなかったところもあります。

精神の方については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく二三条通報というものがあります。コロナ業務を抜けて精神の業務を対応するものしんどい部分もありました。精神の方は、時間がかかると朝に保

健所を出たとしても夕方まで帰って来られない、丸一日外仕事という時もあったので、それも今思えばちょっとしんどかったところもあるのかなと思います。

指定難病受給者証というものが認定された方へ県から発送されるんですけど、その更新というのが毎年一回ありまして、受付自体は委託の方でやっているんですけども、書類の最終チェックだったとかというのは保健所の方でやっているんで、コロナも対応しつつ難病の書類の確認もしつつというのが実際ありました。その期間には上司にも配慮していただきながらという形で本来の業務に携わっていましたね。

Y保健所では、難病患者さんのケース支援も多く、精神の相談も一日に何件もあるんですけど、また係全体で四人しかいなくて、専門職は三人しかいないんです、なのでもう本当にかつかつな感じです。内一人は係長ですし、係員が二人しかいなくて、本当に協力し合ってやっている感じですね。

執務室とコロナ部屋はまた別でやっているんですけど、ほぼほぼコロナ部屋にいるという時の方が多かったですね。

Aさん…今、係とかで聞くのは、コロナ前に事業をやっていた人はもうみんな異動してしまっているんで、分かっている人がいないという不安定さみたいなのはあるところですね。

Oさん…私は、もともといた部署で異動して、もう一回戻ってきたみたいな感じなので、逆に事業は知っていたので、そこはスムーズにいったかなと個人的には思いますけど、確かに他の係は新規採用の職員とも増えてきていて、知らない人ばかりが多いので大変そうやなと思います。

Kさん…今保健師さんの一年生、二年生、三年生、四年生が毎年二人三人入ってきているので、その人達はコロナ対応しか知らないんで、今年本当に一から保健所の本来業務を覚えてやっていてるところなんです。これまではずっとコロナオンリーでしたので、一度にみんながそこに取り掛かるという感じですね。

Aさん…僕は、コロナで得た知見というか、デジタル化もそうですけど業務プロセスと改善とかそういうのもど  
んどん通常業務の方に下ろせるとこは下ろして、通常業務をブラッシュアップしていく必要はあるかなと思っ  
ています。実際件数を数えるのもデータ化されていなくて、紙の記録を数えるみたいなこともあったんですよ。そ  
れもこのコロナでそういうのはよくない、紙で管理して紙を数えるというのはもう結構無理があることなので、  
それを全部デジタル化したりとか、そういうのを僕の気付く範囲ではやっていこうかなと思っています。

#### ■五類移行後の状況と今後―二〇二三（令和五）年五月

Kさん…二〇二三（令和五）年五月八日で五類に移行したことで完全になくなった業務としては、疫学調査とか  
治癒確認、そして入所調整と健康観察です。今もまだ土日も含めて対応しないといけない部分としては、入  
院調整がまだ残っています。

もう今は基本的には入院が必要な方は、診療所の先生が病院と交渉して病院を見つけてもらうんですけど、そ  
こが何力所かかけても見つからない場合は保健所がサポートするということで、夜の八時までホットラインで携  
帯番号にかかってきたらその対応をするという業務ですね。あとは、発熱とかの相談業務とかはまだ残っています。  
今は健康危機対処計画の策定ということで、今回のコロナを踏まえて次の新興感染症に備えた計画を保健所で  
も作りましょうということが求められています。感染症法を国が見直しまして、今後に備えて保健所もそうで  
けども医療提供体制を強化していくとかというようなことが書かれています。保健所に求められていることと  
しては、県が作成する予防計画と整合性を取って、保健所で健康危機対処計画を今年度作りましょうというこ  
とか、マネジメント体制の強化ということで総合的なマネジメントを行う保健師を各保健所に配置しましょうと  
かというようなことが書かれています。

また、保健所の保健師、あるいは事務職の体制を、コロナが終わって引き上げるのではなくて、恒常的に体制

を強化する必要があるということ、国で交付税措置もとっている、人をちゃんと確保してくださいということが言われていて、そういうマネジメントを行う統括保健師みたいなものを保健所にも置きましようということになっていきます。

健康危機対処計画を策定するに当たって、国もガイドラインみたいなものを示しておりますので、そういったものも参考にしながら今保健所でも振り返りとか、教訓とかも活かしながら、これから年度末にかけて保健所の対処計画を作っていくという流れです。

今回のような感染症というのは一〇〇年ぶりとかと言われていきますけども、そういった事前の計画というのはほばないような状況から走りながら整えていったところがあります。ある程度のベースとなるものを作っていたら、もう少しスムーズにいくのかなと思います。

体制面とかデジタルの話とかもそうですけども、そういったところを前もって作っておいて毎年訓練もしていきますという流れになっているんです。多分この辺は防災とかでも一緒かなと思うんですけども、計画を作ってほったらかしやったら陳腐化していくので、そういった訓練も毎年しましょうみたいなことも言われているのでそういったこともやりながら、いざという時にどういうことをしないといけないのかということを確認もできるのかなとは思っていますけどね。完璧ではないと思うんですけど。

人員をかなり増やそうというのもどこまで増やしてもいいのかというあたりがね。これはもう決まっているわけじゃなくて、国はそういう措置はしていますということなので。

あとは、今の保健所のコロナ要員として配置されている、定数プラスアルファで来てもらっている方の人数分ぐらいは何とか確保して四〇人という枠は定数化できないかということをお願いしているところかなと思っております。

## ■これまでの対応を振り返って

Aさん…私は今後の自分の県庁人生の中でも、多分もう保健所の今のポジションに来ることはないと思うんです。コロナの対応で特定のその業務のために加配だったと思うんですけど、その中で普段関わることのない職種要職の方とのつながりも出来たので、自分が今後どんなルートで行くか分かんないんですけど、別の医療・福祉の事業とかで関わる事があつたら、今のこの人脈を使つて一緒に協力してできたらいいなと思つています。

デジタル化とかはすごい課題だと感じたので、それを進めていく必要があると思いました。あと、情報共有の難しさというか、やつぱり人と人との仕事場なので、情報をメールで送つたから終わりじゃなくて、きちんと相手の反応を見て伝わっているかを言つておかないと、なかなか組織として回らないんだとは強く感じる事がありました。

県庁内部の組織の意思決定の難しさとか、いろいろ各課背後に抱えているものがあつてなかなかスムーズに一つの答えにたどり着かないこととかがあつて、もやもやすることもあつたんですけど、それはそれでいい教訓だと思つて、次の時に生かしたいなと思つています。

Oさん…対応を振り返ると、普段の業務だけだったら他課の職員さんとのコミュニケーションはなかなか取る機会がないんです。例えば健康増進課と衛生課はやつぱり職種も違いますし。でも、コロナ対応は保健所全体でしているの、保健所全体の職員さんと話す機会とかコミュニケーションをとる機会ができました。そういった職員間の連携というのにも必要ですしね。

自分一人で業務をしているわけではないので、全体を見る力というのにも必要だなと思いました。このコントロールセンターというのが、そうやつて全体を見渡す役割でもあつたので、そこを経験して全体を見ながら、自分が手伝に行つたりとか逆に手伝ってもらつたりとか、そういうふうに関わりを見る目というのにも必要かなというふ

うにも感じました。

個人的には保健師として働かせてもらっているんですけども、ちょっと知識が足りないところ、医療面においての知識不足というのは入院調整とかしながら感じました。会計年度の看護師さんもたくさんいらつしやつて、看護師さんは病棟での勤務もやっついていろんな知識とかも持っているんで、そういった方と一緒に働かせてもらってすごく勉強にもなりました。保健師としての勉強というのも、やっぱり何かあった時にはすぐ対応していかないといけないので、必要だなというふうにコロナを通して感じたところです。

Kさん…私としてはやはりこの令和三年度、四年度にコロナに関わってきたんですけど、これだけ激務の中で幸いにも職員の皆さんが離職したりとか心身病気で長期休暇を取るようなことがなかったので、まずそれがよかったなと思っています。

県民の命を守るというのも大事ですけど、やっぱり職員を守るというのも大きな仕事かなと思っているので、そこを何とか守れたところが大きいかなと。保健所ではやっぱりメンタル面で不調になってしまった人がいたりとか、他府県では所長が辞められたりとかというような状況もあったんですけども、幸いY保健所ではそこがなかったのが、やっぱりまずはよかったなというふうには思いますね。

個人的な面では、自分がもう来年三月で六〇歳になり役職定年になるんです。県庁人生の中の総決算ということで、特に自分のこれまでの中で言ったら防災危機管理に一二年とか長くいたので、危機管理をやってきたことが活かされた面もやっぱりあるのかなというのは思っていますね。

例えば、ある程度最悪を想定して感染状況が上昇傾向にあるのか縮小傾向にあるのかっていうことを絶えずチェックして、特に増える傾向の時はいかに早くSOSを発信して応援を求めるかというあたりは、やっぱり危機管理の上でも大事なところだったのかなと思っています。あとは、個人情報のことともそうですし、そういう

最悪の事態と言うんですかね、漏えいしたら大変なことになるので、その分普段から職員の方には対応をきちつとするようにというような、早めの対応といった部分が活かされたかなと思います。

そういった意味では、事務職の場合はいろんな部署を経験してそれぞれの経験をまた次の職場で生かしていただけるというところがあると思うんです。ここでもそういったことが役立ったのかなと思っています。いろんなところとのつながりも関係していますし、消防も、市町村もそうなんですけど。

今後また新興感染症が起こった時ということを思うと、今回の体制の中で市町村職員の協力を求められなかったというのがありました。なぜかと言ったら、市町村の、例えば保健師さんを「動員できないか」と言ったんですけど、個人情報との関係で県庁としてはそこがなかなか難しかったんです。市町村がワクチン接種があるということもあったんですけど。今回の国の計画とかの中にも、次に備えて市町村との連携というのもうたわれているのでぜひ、管内の八市町村と普段から連携していざという時にも協力を得られるような形をとっておきたいなというふうに思っています。

## ●県型保健所担当職員の対応その二

エスノグラフィー調査日時…二〇二三年八月一日

X県Y保健所MIさん（医師）

X県Y保健所MAさん（保健師）

X県Y保健所Iさん（保健師）

X県Y保健所Kさん（事務職）

MIさん…Y保健所所長。二〇二〇年（令和二年）一月時点は保健所勤務二年目であった。保健所に赴任する前は大学で基礎研究をしていた。

MAさん…二〇二一年（令和三年）四月にY保健所に異動。二〇一九年度・二〇二〇年度は、X県庁の疾病対策課でコロナ対応をしていた。

Iさん…二〇二〇年度（令和二年）は精神保健難病係にいた。異動になり二〇二〇年度（令和二年）のコロナ発生時の一月～三月感染症係、二〇二一年度（令和三年）に感染症係の係長に異動。

Kさん…X県消防救急課、農業経済課などを経て二〇二一年（令和三年）四月からX県Y保健所に勤務。



## ■国内で初めての陽性者確認後の動きー二〇二〇（令和二）年一月から

MIさん…令和二年一月二八にP保健所で、国内で初めて、感染者一号が出ました。次の日、うちの保健所では普通に感染症の研修会をやったんですけど、その時はもうコロナの話に半分ぐらい持っていかれてしまつて、もとの予定では耐性菌の話をするはずが、コロナの話にみんな盛り上がってしまったっていました。そこから全部、何もかもコロナコロナという感じになつてしまつて。私自身が、保健所がどうやって動いていいのかっていうこともまったく知らない状態でした。

その時感染症の係には、保健師さん三人と、産休育休の代休で、看護師さんと事務の人が一人ずつ、全部で五人いたんですけど、保健師さん三人だけで、どういうふうに動いていいのかも全然私も分かんなくて。その中でも感染症の経験が長い保健師さんに、MIさんはドクターだから、発生届が上がってきた人に対して感染症の就業制限かけたりとか、X県はもう全部入院させるっていう方針だったのもあり、入院勧告とかそういうのは全部ドクターがやらなきゃいけないみたいと言われてたので、もう私は、そうなんだと思つて、やるだけのこと、言われたことをやってる感じだったんです。でも、係のほうは大変で、様子が分からないし、やっぱり心配やら相談みたいな電話もかかつてくるし、陽性者は三月になつてから出始めたと思うんです。

一番始めの時、大阪のほうの、ライブハウスのクラスターが発生した時、陽性者の方がそれに関わつて、子どもさんが保育園に通つたので、保育園も何人か陽性者が出たんやったかな。やっぱりほかの親御さんとかももうわーつていうんで、よそのとこで死亡者も出てるっていうこともあったので、電話はずっと鳴つてるし、すごく大変でした。係員がそんだけ人数も少なかったし、その時電話自体も係に一つと、隣の係に一つとか、少なかったたので、ほかの係に電話がかかったりとかもしていました。電話対応できる人も、どういうふうに答えていいかもまだ全然分からないような状態だったので、始め大変で。さすがに、その人数だけではどうにもならない

だろうっていうことで、県庁が二人、保育所だけの対応に人を渡すからっていうので、ほかの保健所から一人と県庁から一人来てもらいました。

ただ、もともと感染症の係にいた子は、「自分たちがやるべきことなのに、県庁にそんな助けてもらって」っていうのはすごく反発はしてたかな。でもとても、もう中身も分らないし、多分県庁のほうも、いろいろ厚労省からいろんな書類が送られてくるのを、またこっちにどさっと送ってきて、それだけで、印刷するのだけでも大変みたいな感じでしたね。

Iさん…一番最初はやはり、係の中でコロナに対する意識の差がありました。あと、ほかの係、ほかの課でも、大変そうだからフォローしてあげましょうっていう、その人それぞれの感性というか感度が高い方は、こちらが声をかけなくてもフォローに入ってもらえたんですが、反面、同じ保健師なのに、関係がないからやりませんっていう言葉を聞いた時は、もう組織としてどうするんだろうなあと感じるの一月から三月だったんです。

第一波の時に一番、患者さんとか相談の対応ももちろん大変だったんですけど、患者の家族の方への支援が気になりました。大変傷ついておられたんですけども、したらそれを普段関わってる保健師がどこまでできるかっていうふうになると、ほかの対応もしているの、時間をかけて心のケアまでして差し上げられるかってなると、そこはまた別の問題やったのかなあと思います。いろいろ電話をかけて、話を聞いてほしい家族さんもらっちゃったと思うんですけども、そういった方たちのそのメンタルのフォローとか、人権の尊重とかっていうの、あとで考えた時に、結局どこまでできひんかったんやろうなあって思いますね。

もしかしたら、そういうことに専属で当たれる者がいたらよかったのかなあと思っています。

#### ■初期の対応体制

M Iさん…三月のクラスターによる陽性者が出て、わーっとかかなりもめたあと、もうどうにかしてくれと経験

の長い子が言うんで、そしたらもうコロナの対策班みたいなのをやりましょうということで、感染症の係と、若い子がほしいなっていうので、隣の難病精神の係の若い子二人を一緒に入れて手伝ってもらうことにしたんです。ほんとに初めのころは、様子が分からないっていう状態でした。

いろんな種類の異なる業務が突然発生してきて。それに対して、一人がいろんな業務を兼ねながら係でこれだけのことをやらなきゃいけないっていう感じでした。それを統率して「あなたこれね」とか、ほかの係に「これはやってね」とか、そういうことを言える人が全然いなかったもので、もう係で、取りあえず感染症やからこれやらなあかんみたいなの。コロナの担当になった子は、この担当になったから係の仕事はもうあとにして、コロナのほうで頑張らなあかんってそんな感じだったね。

#### ■陽性者の情報管理

MIさん：その頃、陽性者の情報管理は、まだ全然国の体制も整っていないので、今みたいにHERSYS（ハーシス）がなかったので、陽性者出てきた時もNESID（ネシッド）っていつて、結核の患者さんとかが発生した時は全部それに情報を入れ込むっていうシステムに、全部ちまちまと記録を入れていかないといけない状況でした。

MAさん：私が一番驚いたのは、ほかの保健所やったら一番、二番、三番、四番って番号整理であつたのに、Y保健所は、「あいうえお順」のカルテの整理の仕方、あ行の人はここに収めるみたいな、そんなカルテの整理で、番号順の整理じゃなかったんですよ。それでもうびつくりして、これで管理したら、何人になったかも全然分かれへんからって言つて、まず番号整理にしていってやっていきました。その当時は、まだHERSYSとかなかったんで、ホワイトボードに陽性者はぶわーとみんな書くという。とにかく紙とホワイトボードに書くっていうので、今何人陽性者が出てるのかみたいな感じでした。この人は入院してるのか、してないのかみたいなことを、一目見て分かるようなそんな整理の仕方でアナログ的なね。

## ■体制が整わないー二〇二〇（令和二）年度

MAさん…私はコロナが起った時は県庁の疾病対策課にいて、国から来る五月雨式の通知がもう五分おきぐらいにザッザッザッザッと流れるので、その通知であるとか、どのような体制が必要かなど検討する必要がある。そうこうするうちに横浜のダイアモンド・プリンセスとか、そういうことも含めて、県庁では体制を構築する必要があるので、まずそれをどういうふうに対応していくのかっていうことが中心でした。基本疾病対策課が中心になるんです。とてもじゃないけど無理なことだけれども、そこはどうやって対策本部立てるのかとか、いろいろ話がありました。

やっぱりなかなか対策本部といっても、実際そういう人たちはいるけれども、そこで方針を決めてるわけじゃなかった。そういう対策本部に決められる人がいるわけじゃないんですね。だからそういうことを課の係員とか課長とかが考えて、局長に持っていくって、こうしていきましようって言うんですけども、その情報を県から県に来て保健所に伝えないといけないから、それも遅れてはいけないし、その都度保健所に渡すんだけど、その体制を保健所でもそれなりに考えてくれると思いきや、あとあとになって聞いてみると、そんなメールなんて見てなかったみたいなことでした。

見てなかったんだから、もう保健所は何していいか、そら分からんよなと。その通知に全部書いてあるわけですよ。できるかどうか別にして、こうしていきましようっていうことが書いてあるわけやから、それなりに対策を考えていかんあかん話ですけども、それ見てなかったら何も進みませんしね。

それはこつちに來てから、あとで聞いて分かったんですけどね。県庁にいた時は、いろいろ体制を整えていかんとあかんし、保健所から、保健所もうまく回ってないみたいな話は聞こえてくるけれども、われわれの所には、具体的な情報が来るんじゃないやなくて、何か大変やとかしか聞こえてこないし。発生数はすごい数なんだけど、今か

ら思えば大したことないというかね。だからやっぱり令和二年の時に、体制を整えることが大事だったんですけれども、それがまずできていなかったというのは現実でした。

### ■天理大学のクラスター発生―二〇二〇（令和二）年八月

MIさん…天理大学のラグビー部のクラスターがありました。あれはすごかったです。その時も、もううちだけでやってられないだろうっていうんで、県庁のほうも、いろいろ集計とかそんなのはこっちでするからって言うてくれたんですけど、またそれはそれで命令がいっぱいくるので、こっちは結構大変だったんですね。

Iさん…全員が寮生だったっていうことで、一七〇人の寮生の毎日の健康観察と、陽性者の入院調整。最初はもちろん管理職の方が入院調整とか、その親御さんへの同意を取ったりということをやってくださったっていたんですけれども、クラスターが出た時に、もう無理だということ、私ともう一人、当時の直属の上司だった精神難病の係長が、誰に何か言われたわけではなくて、知らない間にその担当になっていました。

二〇二〇年（令和二年）の時ほど、やっぱりトップダウン方式が大事って思ったことは保健師人生の中ではあまりなかったです。当時、総括をして指示を出すということができる方がいなかったんです。管理職の方がお休みされてたっていうことももちろんあるんですけれども。そのおつきなクラスターが発生した時も、どこが直接指示を出してたかっていうと、県庁の入院調整をしてくださるドクターがいらっしゃったんですけれども、もうそのドクターから直接指示が飛んできて、それで何とか動いていたっていうかたちなんです。

こまごました検査のこと、「この方たち、どうする？」とかいう話は、もちろん保健所長さんに判断をしていただいていたんですけれども、全国的にもかなり報道もされてましたし、疫学調査一つ取っても、毎日毎日何十人って陽性者が出てくるので、もうそれを取りあえず割り振る。担当は二人しかいないけれども、そこにいるほかの保健師に「もう今これしてもらわへんかったら、入院調整もできないので」っていう割り振りも含めて、担当者

同士で補い合うというかたちでやっていました。やつぱりそこでどなたかが一声「今すぐ、もうこれ優先だから、これでしばらく三日、四日は、二人じゃなくて四人体制でいきましょう」というような指示がなかったのは、もう非常に辛かったですね。

あとで気付いたんですけれども、デジタルに強い方が応援で来てくださった時に、最初の分からそういうデータ管理をしていかないといけないところがあつたので、誰か一人データ関係に強い人とか、入力専門の人が初動時に配置してもらえたらよかったんだらうなあとと思います。

第一波の時に一度医療機関でクラスターが起こつたことがあつたんですけど、その時は県庁から、事務職と保健師とつていうことで、先ほどの保育園とはまた別に派遣されてきたので、そういうようなことがあればまだよかつたんだらうと思うんですけど、多分二〇二〇年度（令和二年度）はそれを言つていけるような保健所の体制ではなかつたんだらうなあと思います。

#### ■対応体制の限界―二〇二〇（令和二）年八月

MIさん二〇二〇（令和二）年の八月に人事異動があつて、その時に一応体制の形は作ろうとしてたんですけど、あんまりきれいに分かれてなかつたという感じでした。何となく班は分けてやるように考えてたんですけど、その時は二〇二一（令和三）年以降のように、もう完全に分けてつていう感じではなかつたんです。まだみんなそれまでの体制を引きずつてる人もいっぱいいたし、完全にがらつとやり方を変えるつていう感じにはならなかつた、多分。

体制が完全に変わるわけでもなかつたし、動員がどきつと来るわけでもなかつたので、ほかの保健所同士でちよつと手伝いなさいみたいな感じで、保健所からの職員が何人か来てもらつてつていう感じでしたね。

二〇二〇（令和二）年度つていうのは、有名人が亡くなつたり、私たちも何がどれぐらい危ないかも分からな

くて、結構みんな怖さを感じながらの時期だったんです。

X県は、県知事が絶対全員入院させるっていう方針だったので、入院できなかった人に対して、保健所がちゃんと入院させなかったっていうので、一人一人顛末書全部書いてたんですよ。入院できなかった人に対しては顛末書を県庁に報告してたんです。ほかの人に書かせられないから私が書いて。

入院調整、初めのころは、ドクターの仕事やみたいな感じやったんで、陽性者に症状聞いて、病院に電話かけてっていうのは、私がずーっとやってて。でもだいたい陽性者の人数が増えてきた二〇二〇（令和二）年の途中ぐらいから、もう一人じゃとても無理だという状態になりました。夜になってから割と陽性者が上がってくるので、帰れなくなっちゃうので、もうちよつと頼むわっていうので、保健師の主幹の人に主任やってもらって、二人でも手に負えなくなったら係長クラスでやってもらおうかっていうので、そのへんはどんどんみんなに手伝ってもらっていう感じでやっていました。

体制としては、二〇二一（令和三）年に課長と主幹二人と、ドクターも一人来て、県庁もデジタル戦略課が、こういうの使ったらどうだっていうのでデジタル化の話を持ってきたりとか、そういうところで一気にもうスパッときれいに変わったんかなと思うんです。

もうほんと、ああよかったと思うって。今の課長が当時主幹だったんですけど、もう一人課長で来た人も、感染症の多分X県のトップ二が来たので、メンバー見ただけでもほっとしました。特に強力な人がほしいうていう要望を出していた訳ではないのですが、多分県庁が、ここはどうしようもないからっていうのでやってくれたんかなと思います。当時のKさんとか、あんまり動いてる感じはなかったもので、もしかしたら保健師さんの上のほうの人が配慮してくれたのかなと思いますけど。

とにかく令和三年度になるまでは、混沌とした手探りの中で、カオスでした。



## ■体制を変えていかなあかんー二〇二一（令和三）年四月

MAさん…私はこのまま疾病対策課にいたいですって言ってお願ひしたけれども、無理っていうことで二〇二一年度（令和三年度）に異動してY保健所に来たんです。

私が四月一日に来て驚いたのは、段ボールで作った、陽性者のカルテはここに置きますっていう箱が所長室にあつたんですね。「え、これは何でしょうか？」って言ったら、まず陽性者の人が出たらカルテを作るんですけれども、そのカルテをここに置かれて、所長さんが初めに「あなた陽性です」って言って、入院勧告とか全部言うみたいなの。それが、一人では無理だから、そこで管理職もそれをまず言ってから、そのカルテを係員の人に回して、入院調整したりとかするみたいな話でした。

それを聞いて、あ、そうかと思つて。その体制を変えていかなあかん、対策を考えるべき人、組織のトップが、入院勧告とかそんなことをしていたから、体制を考える時間がなくやっぱ体制ができなかったのは当たり前やなと思ひました。所長さんが軸となつて、こうする、ああするっていうのは、一人じゃ無理やけれども、そこにKさんとか、そのほかの人たちも入りながら、Y保健所の体制をどうしていくのかっていうのを、体制整備しなあかんかったと思うんですけど、ああ、それができてなかったんだなっていうのはよく分かりました。

もうその日に、「所長さん、このカルテ悪いですけど、こつちに置きますね」って言って、みんなに「もういちち所長さんに持つていかなくても、それぞれの人が持つて、まずは自分で疫学進めていつて」って言うて。

そのころ、いろいろ班分けされていて、いろんな班があつたと思うんですけど、その班がある程度機能していたから、疫学する人は疫学していくっていうような感じで進んでいつたってことなんやけど。まだまだその時は体制が全然整つてなかったから、最初の一カ月か一カ月半ぐらいは、当時の課長さんとか、私も含めてみんな疫学するっていうような感じでやつてたんです。とにかく目の前のカルテをこなして、陽性の人を入院させてい



くつていうことをやってたんですけれども、そうするとやっぱり同じように、体制を考える人がいないわけですよ。自分もずーっとこうやって陽性者に「今ごろ電話してきよつて」みたいな感じで怒られながら、罵声をあびせられながらやっていましたね。また夜も遅い時間まで「俺は寝ないで待ってんねん」言うて、「何時にかけてくんねん」みたいなことを言われたりとか、そういうこともあびせられながらやってたんやけれども。あ、これでは体制が整備できないなと思って、体制作らなあかん人はもう疫学から手を引いて、まず体制作りをする話を話し合いましようつていうことで、もうほかの係長以下のみんなにそれをお任せして、体制づくりを進めていったわけです。

私は私らで、カルテの整理であつたりとか、カルテを作りあげるまでの時間であるとか、誰がFAXで来る資料をどうすんのかとか、役割分担と業務の整理をまずしました。そういうふうにして随時発生数に合わせながら。この保健所の人数だけでやってたとしても人員が少ないんですね。県内には三つ保健所があつて、Y保健所とP保健所とQ保健所つてあるんです。やっぱりY保健所とP保健所はそれなりに患者数が多いんですけど、Q保健所は少なかつたんですね。なので、Q保健所からのお手伝いだつたりとか、県庁にいる保健師のお手伝いであつたりとか、そういうのを調整してもらいながら第三波の時、令和三年は来てもらつて、そんなふうに手伝つてもいいながら、体制を整えていったつていう感じですね。

あとはやっぱり、いろんなデジタル化も含めて、手作業でやってることを自動化していくことで、業務の効率化つてできていくと思うんです。当時の二〇二一年（令和三年）の時にいた、もう一人の別のドクターもデジタル化に強かつたから、その人たちが、こういうふうな仕組みを作つたらどうかとか、いろいろと持ってきてくれて、カルテをAI・OCRで読み込んだりとか、いろんなことをそういうのを体制立てながら、できない人をそこにつけても仕方がないので、そこらへんの能力を見ながら、この人やつたらこの業務ができるんじゃないかっ

ていう、割り振るのもこちらで全部してうまく業務をやってもらうみたいなそんな感じでした。

一番デジタル化して助かったなあと思ったのは、この自動音声の電話ですね。すごい電話が鳴り響いてたんです。苦情の電話を取るによって、ほんまの電話は聞けないですね。「責任者を出せ」みたいな電話もいっぱいかかってくるんやけど、それを一件一件出たら、また自分の体がそのほうに取られるので、何もできないですね。

#### ■適材適所で人員配置

MAさん…適材適所、応援の職員とか委託した方とか、見ながら適切な業務に配置していくみたいな、ノウハウなんか別にあつたわけじゃないけれども、ずっとそこにおつて、じーつといろいろ見てますから。あ、あの人はこんなことに向いてそうだから、こっちに行つてもらつたほうがいいんじゃないかとか。例えばカルテを作る所は早く作らないといけないじゃないですか、パツパツと。だからそれが滞つていてできないんやつたら、そういう所にいるんじゃないかって、疫学に回ったほうがいいと思いますしね。ちよつと人とお話しすんのが苦手な人つていると思うんですけど。そしたら電話つてなかなか顔も見えないから、ちよつとトラブルじゃないですか。そういう人は、逆に患者さんとの対話じゃなくて、カルテを整理するっていうのも必要な業務やから、とにかく毎日箱でバツサバサと出来上がるわけやから、そのカルテをとじるっていうのも大事なことで、そつちに回つてもらつたり。

あと、Aさんの家族の誰々がどうのこうのみたいになるから、そのAさんのカルテを探しにいかなあかんつてなるので、そのカルテをとじるのも大事な仕事やから、そんな人はカルテとじのほうに行つてもらうとかね。もうパツと見て「あなたはここや」つてみたいな感じで言うみたいな感じですかね。

それができたのは、ずーつと見てるからね。まあ、ある程度私に決定権があつたからでしょうね。実際に実働

部隊の中心課にいたので。おおむね体制がどうすればいいかが見えて、みんながそういう配備についたっていうのは連休明けぐらいですかね。

Kさん…この第五波の前だから、八月前ぐらいですかね。その時、動員とかきちつと出してもらうのに、全所体制もきちつとできないと駄目だつて言われましたんでね。

MAさん…きつと、七月ぐらいにちよつと陽性者が減ってきてるタイミングがあつたんやと思うねん。多分そこからへんでちゃんと詳細なことを決められたんだと思います。着任して二、三カ月ぐらいで、まず体制を作るっていうことが使命やと思つてましたから。

Iさん…その年にちよつと保健師の統括、一番トップの方が来られて、それぞれの保健師にヒアリングをしていたんですね。私も「どうしてほしい？」つて聞かれたので、「どうなるか分からないけれども」つていうことで意見を聞いていただいて、「取りあえず指示を出せる上の方に来てほしいです」つていうようなことはお伝えしました。

私だけの要望が聞き入れられるわけではないんですけど、そういうこともあつて、二〇二一（令和三）年度からは感染症の危機管理の意識がある管理職の方たちが配置されたのかなあというふうに、私は認識してたんです。何年間かやつてみて思つたのは、やっぱり緊急時とかそういう時には指示を出せる人が必要だつていうことと、あとはKさんになってからは、動員の要望とかも、管理職で話をされた上で割とスムーズに要望を出してくださつたので、上の方によってやつぱり変わるんだなつていうのを、すごく実感した数年でしたね。

#### ■事務処理がたまっていく

Iさん…あとは、紙の事務の処理が大変でしたね。例えば労働基準局から、労災申請のためにこれを証明してほしいですつていう書類が、クラスターが起こつた一カ月後か二カ月後かなりの数がきて、それを回答しなければ

ばならないという作業がありました。あと、公費負担の申請の件については、二〇二一（令和三）年四月に課長が来ていただいてから、課長自ら入って、公費負担の処理がどうやったらスムーズにいくかっていうのを、しばらくずっとやっていただいて。六月、七月ぐらいになって割とみんなで何とか処理していけるようになってきたのかなあっていう感じでした。

その時ももちろん、適材適所っていうことで、この人だったら公費負担の申請に向いているだろうっていう判断のもと、配置替えをしていただいたりして、その事務的な作業が非常に目に見えないところでの作業が多かったので、そのこと、やっぱり自分の疫学調査しないといけない、入院調整しないといけないっていうところの分担ですよ。そこが二〇二一（令和三）年度になってからは、だいぶ整理をしていただいたので、患者さん対応のほうに集中できるようになったかなあと思っています。

やっぱり、体制が整うことがとっても重要だったんだと思います。事務処理から何からぐしやぐしやに全部やらされてるような状況では、基本は患者さんへの対応が優先になっていたので、事務処理が後回しになっていてどんどんたまっていく状態でした。

MAさん…もちろん、もともと担当がいるんですよ。保健師がその公費負担の申請事務をするんじゃないかって、別に担当している者がいるんですけれども、件数が多くて。作ったらすぐ出せるっていうことじゃないのですね。書類を作ったら、またそれをいちいち行政やから決裁があって、決裁終わったらそこに文書番号を入れて、それを宛名書きの封筒に入れて、切手貼って、それを出しに行くっていう、こういう一連の流れがあるんですよ。なかなかんですよ。

今日例えば四〇〇人陽性者が発生したってなったら、その分が必要じゃないですか。じゃその分、次の日できんのかって、そんなことないですよん。Excelにまず情報を入れて、こうしてああして、どうのこうのす

るから、すつごい時間かかる。担当はいるんだけど、ここはすつごくたまってくるから、またこれの今度苦情ですわ。何かなあ、急ぎの命の電話か思うたら、「まだその紙がこうへん」言うて、そんな口調です。

公費の入院勧告の分と、その公費の番号を病院に渡すことによつて、病院は患者さんからお金を受け取らずに、公費番号で公費の請求ができるんですよ。病院側もその公費の番号を待つてるんですね。それがずーつと保健所から送られないもんやから。病院がずーつと誰からも入院費を回収できないから、別の管内の病院とかやつたら「もう三〇〇万円ぐらいの赤字になつてます」言うて、またそれで病院からも苦情がくるわけです。やつてるんだけど、なかなか進まへんというのを、私が来た時には確かまだ四〇〇通ぐらいたまつてて。

A 病院に入ったんだけど、状態が悪いから B 病院に移るとなつてくると、A 病院での入院の処理もいるし、B 病院での入院の処理もいるしつていうので、情報がきちんとその公費のところに行けば話もスムーズなんだけど、部屋も分かれてるからややこしくなつて、「え、この人 A 病院におつたんやないの？ B 病院から電話来てんの？」みたいな感じになつて。またそこをいちいち確認する作業がすぐ大変なんです。最初からこの H E R S Y S の機能にいろんなものがついて、そこからもうカルテも出せたりとかしたらよかつたんだけどね。カルテはカルテを作るようなシステムに、いったん入力し直さないとけないとか、何重にも入力しないといけないとかいうのがあつて、すごい時間がかつたわけです、いろんなことで。

療養証明書ついてもまたあとになつて出てきたからね。またこれがすつごい大変で、これが本来の感染症ではない業務なんです。生命保険の入院給付金なんて、そんな知らんやんつて感じです、こつちはね。そんなもんも作らんとあかんつていう話やからね。またそれもすつごいややこしくてね。もうぼぼぼぼそういうお金絡みの話やからね。制度が変わるたびに、制度の対象じゃない人が変わりましたね。

5 類に変わつてから、また対象じゃない人の説明とか、そんなもんついて回つたりとかね。あれはあれで、だ

んだんだんだん全国的にデジタル化も進んできて、とにかくコロナにかかって、いつの日に診断されたよつていうのさえ分かったら、もう保険会社も、いついつまでとかそんなん求めないつていうことになったから、割とそこはスツといくようになりました。件数は多いですけども、スツといける。電子申請もできるようになったので、もうそこは割とよかつたんですけどね。

最初のその入院勧告とか、公費負担を出さんとあかんつていう時は、一番最初が全て入院やつたから、応急入院勧告と、本人院勧告つていうのがセットになつて、この紙をいちいち出さんとならなくつて。この人たちを今の公費でゼロ円にするためには、その人の住民票とか、課税証明とか、本当は出してもらわないとあかんかつたんですよ。それが来ない限り、この人の所得の課税額が年間五六万四〇〇〇円以下かどうか。それによって、ゼロ円か二〇〇〇円か決まってくるので、その人の負担額が決まらないんです。

コロナに感染してしんどかつた人に対して、これ出してくださいよつてお願いしてるんだけど、もう自分しんどかつたし、治つて出てきたら、そんなことすっかり忘れてて、そういう書類を出さないつていう人がいっぱいいて、それでずつとたまつてくるつていうのもあつたんですよ。

これは、国のほうにも多分いろんな全国からそんな要望があつて、そういう確認の取れない人は、もうゼロ円にしていいですよつていうことになったから、みんなゼロ円処理をするようになったんです。人も、定着してくれたらいいけど、なかなか人も定着してなくつて。看護師さんはじめ、事務の人も、やつぱりちゃんと教えられなかつたら、やり方分からないから嫌になりますやんか。でも、なかなか教えてあげようと思つても、教ええられる人もいないし。つていうような感じだったんでね。だから最初私が、もう自分で身をはつて入つて「全部こつて、それがだんだんだんだん減つてきたみたいな感じなんです」言うて、「もう肅々とこれを繰り返すだけやー」つて言つてやつ

## ■入院入所の調整

MAさん…入院と入所に関してはほかの人（応援職員）に任せられないっていうか、今日来た人に、「この人入所をお願いします」って言ったってできないから、だからそこにどうしたって保健師を置くことになって、入所・入院で四人保健師を置くことになるんです。入院は全部県内になります。保健所の管内かどうかは全然関係ないです。

患者の重症度に応じて病院は決めていきます。例えばX医大とか、近大X病院とかだったら重症者を取ります。中等症の人はこういう病院がありますっていうのがあつて、それを県庁で一括管理してるので、今ここ空床あります、重症度がこれくらいだったらこの病院です、まずここの病院へあたつてみてくださいてって、指示があるんですよ。あたつて、行けました、行けませんでしたみたいな感じになるわけです。

病床も日々変わってきますから、その変化のデータは県庁にあるんです。毎朝八時半に県下の病院のコロナに受け入れられる空床が何床あるかっていうのを、朝一ザーって確認されるんです。保健所からもザーつと入院の人を報告するんです。X市も含めてだから四つの保健所で、一番重症度の高い人から、じゃこの人はここ、この人はここみたいな感じで、決まっていくんです。マッチングは県がやります。

Iさん…私たちはただ空床があるかとかはまったく知らない。だから、時々Xの北のほうの人は、南なら行つてくださいますかと言われて。

MAさん…南のほうに行つてしまつたりとか。でも、そんな言うてられへんからね。

MIさん…この時期になると、ある程度病床がある時は、保健師さんがうまく言つてくれたらそれで決まる。ちよつと若い保健師さんとかで、伝えるのがうまいこといかなくて、県庁にうまく伝わらなかつたりしたら、どういうことなのっていうので県庁から電話がかかってくるけれども、みんな慣れてきてるし、大体スムーズにいつてたと思います。

特にやつぱり病院の先生と話しなきゃいけない時は、向こうはすぐ普通に入院調整とか、そんなに重症度が高くないような人だったら、保健師さんの話で、「あ、わかった、わかった」って聞いてくれるけれども。何かちよつとややこしいのになって、「うちちよつとその人、もしかしたら取れないかもしれない」みたいな断りたいみたいな時とかやつたら、「もうちよつと話さしてくれ」みたいな感じで、ドクター同士でやらないと納得してくれないとか。何回かは院長先生に「申し訳ないけど、ほかどこもないので、取りあえず明日までは診てもらえませんか」って、「もししんどくなつたら、もうどつかのほかの所、明日になったらどこそ空く予定なんで」っていうような話とかもさしてもらった記憶がありますね。時々ぐずぐず言わはる先生もいましたけど。まあそれもそのへんは、みんなどこも大変やから。

#### ■感染者の増加による病床のひっ迫「二〇二二（令和四）年一月」

MIさん…二〇二二（令和四）年の一月ぐらいは感染者が増加して、何にも連絡できなかった。

MAさん…一日四〇〇人とか陽性者が出てた時だった。

MIさん…そう、だからもう誰にも連絡できないみたいな。

MAさん…最高が一日五二二人だった。箱に二〇〇入ったから、これが三箱ぐらい。この箱が机の端から端までカルテ並んだ時あった。

Iさん…一日五〇件ぐらい入所調整して、入院調整も多分一日一〇件以上。

MIさん…でも、軽症の人はまったく連絡できないという状態でしたね。

Iさん…やつぱり病床がひっ迫してたっていう時期だったので、入院調整をかけるけれども、もうほんとにやつぱり優先順位の高い方からしか入れないっていう状態で、こちらも病院にあたって、スツと受け入れてもらえるわけではなくて、場合によつたら、四、五件から一〇件あたってっていうようなことを繰り返していたので、入



院と入所調整をひたすらやってたっていう印象があります。

疫学調査は比較的動員で、応援の職員さんも来てくれてた時期なので、そちらに集中してたというか、数が多かったのも、そこを毎日毎日来る日も来る日も、入院と入所調整っていう印象がありますね。

#### ■外部委託の開始―二〇二二（令和四）年三月

MAさん…第六波、第七波ではちょっと局面が変わって、今度数がググッと増えて、二〇二二年（令和四年）の三月から外部委託が開始になりました。ここで、軽症者については委託できたんですね。だからその選別をまずして、これは軽症の人、この人は重症、つて分けてね。重症の人は保健所の人間が対応するということにしていました。軽症は委託業者さんがするっていうのは、この二〇二二（令和四）年三月から始まったんですけど、この時第七波ですね。その時は、業者さんが入ってるので、もう全然違いました。二〇人か一五人ほど来てはったから保健所が対応するのは重症の人ばかりやから、それなりに回ってるという状況ですね。

#### ■応援職員への対応

MAさん…人がたくさん来てくれるのはありがたいんですけど、やっぱり保健師であっても、Y保健所のやり方とP保健所のやり方は違うし、それを説明せなあかん。県庁から来る動員は、一般事務の人が来てくれはったんですけども、長いこといるんじゃないくて、三日来て、次の人四日来てみたいな感じで交代交代だから、説明がかなり大変でした。

この人に説明者をつけてっていうシフトを作らんとあかんから、私が主にその業務をやってたんですけど、この人が来るから、この人が説明ができてとか、その子の経験年数にに応じてできる力量も違うので、じゃあこの日はこの人を勤務、ここをこうしていくみたいなの、そんな配分とかそんな調整も結構大変で、それをずーっと毎日毎日やるみたいな感じでした。

委託の人は委託の人で、一般の人っていうか、全然知らない人を寄せ集めて来たみたいな状態だから、まったく何も分かっておられないので、委託業者さんに委託したというても、やっぱりできないわけやから、そこも見ていかんとあかん。普通は業務で委託したら、委託業者さんのお仕事やからお願ひしますって終わつたらいいんやけれども、そういうこともできず、目の前で仕事をやってはるわけやからね。できてはらんわけやから、そこからへんもやっぱりサポートしないといけないくて、そういうことも大変でした。

疫学調査してもらっても、あんまり分かってない人が疫学するから、「こういうことでした」って報告もらっても、その時また濃厚接触者とか、その人たちの検査とかいろいろあつたから、「じゃその人たちはこういうことだから」「あれはこうでこうで」っていう、そういう整理をしないといけないかつたんですね。そういう役割を全部二、三人の管理職でやってたので、疫学やつてくれる人はたくさんいるんやけれども、またその報告受けて、それでいいかどうかっていう精査をしないといけないかつたですから、もうそれも大変でした。

だからもう一日中ずっと座ることなく、下に高いテーブルがあるんですけど、そこにずっと立つたまま、延々と報告が来るのでずっとそれをやってるみたいな感じでした。

その合間合間には、クラスターがあつたら、その当時はかなりクラスターの初発が誰で、どういうふうな感染経路でうつっていったやねんとか、いちいち報道がありましたから、きちんとしないといけないですし。その合間に院内感染があつたり、施設の感染があつたりで。またその感染対策の説明もしないといけないけど、まだできない、あんまり分かってない人がやるから、また「そこはこう言うか？」って言うから、「いや、そこはこう言わなあかんやん」みたいなことで、全部そうやって返していかんとあかんかつた。それって教育なんですから、あれどもね。

MIさん…二〇二〇（令和二）年の時も、会計年度の臨時職員もある程度は雇ってもらえたけれども、その人

たちを指導する人がいなかったもので、もう何かわけ分からんうちに、役に立たんとか言われてしまったみたいな感じで、どんどんどん辞めてしまつて、全然定着しなかつたです。

MAさん…委託を入れた時に、看護師の派遣業者みたいなところが入つていて、その人達にかかつてくる電話を取る担当をあてがわはつたんだけど。一般的な話だったらもちろん答えられるんだけど、ほぼほぼ一般的というよりかは、一個質問して一個返していくと次々分からんくなって、わーつてなつて、何かもうほんま野戦病院化していました。

結構その人たちに電話取つてもらつていうことが多かつたんですけども、後半にはもうその委託されてる看護師さんには、電話じゃなくて疫学調査をやつてもらつたほうがいいんじゃないかっていうことになつて、切り替えたんですね。電話は職員が取ればいいっていうことにして。会計年度で雇つてる看護師さんもいたので、その人達に取つてもらつたらいいっていうことに変えていったので、少しそれで電話の中でわーつていうのがなくなつたので、だいぶそこはよかつたなあと思ひました。当初からそんなことも必要だつた。その当時は私はいなかつたからわからない部分もあるんですけど、振り返ると体制はもうちょっと考えることができたのかなあと思ひます。

応援にきてくれたのが保健師さんであつても、Y保健所のやり方を知つてゐるわけじゃないので、その都度説明がいりますよね。その都度、その都度、今はこういうふうになつてゐるの。聞き取りでも、最初はこんな紙やつたけれども、今はここまでは聞かずに、こういうことを聞いてという感じで。

例えば、最初だつたら、濃厚接触者の特定ももちろんして、検査等々も薦めていたけれども、今はもうそういうことはしてなくて、今はこういうことなんですつて言つて、今のやり方をまた説明しないといけないので、説明するための要員つていうのが必要なんです。だから、お手伝いには来てくれるんだけど、受援体制

も整えないといけない。そこも、誰でも彼でもできるわけじゃないので、説明できる人を人選しないといけないから、そのシフトを組まないといけないじゃないですか。「この人来たら、あなたがこの説明するんやで」とか。結構それがずっとなんで、大変ですね。

特に、県庁とか県庁以外の保健師やつたら、まだX県の職員なのでいいんですけど、IH EAT（アイヒート）とかで、まったく全然別の所から来ていただいた人が、医療職っていうことでは変わりないんだけど、医療のことが分かっているために、結構電話とかで、よかれと思って余計なことを言ってしまうことであとで混乱になることもありました。結局、のちのちまた電話がかかってくる、これ担当したのは誰だったんだろうと思って見たら、委託の人やからもうその人はいない。委託の人はその日だけやから。「これこんなふうに言われてどうのこうの」とかね。それが記録に書いてあつたら、あ、確かにこつちが間違つたことを言っていたなとわかるんです。日にち的なことでも「間違つたことを伝えてますね。何日まで家におらんとあかん。いついつかは外出可能」っていうことですね。でも、聞いてることと実際は違うみたいなのがあつても、記録に書いてないと、もう言つたか言つてないのか分からないじゃないですか。そういうあとあの苦情みたいなのが結構あつたりとかね。

だから、そういうのはちよつとなかなか難しい。そのために、業者さんへの委託が始まった時からコントロールっていうのを保健所に置いて、そこに全て報告してもらつて、その保健師が、それでよかったとか全部見て返すっていう、そういうコントロール機能を持たせてやっていったんです。精査するっていうか、やりっぱじゃなくて、「こういう話をして、こういうふうになりました」つてことを言つてやっていくっていうのを置いてやつてたんですけど。それでも中には抜けていくところもあつたりとかして。やつぱその抜けているところが、あとあとちよつと問題になったりとかいうようなことも、あつたかなと思います。

MIさん…とにかく未然に防げたのもいっぱいあったよ。チェックする時に「あれ、これおかしいね」って言うて、「聞いてこう」っていつてるの。

MAさん…その日その場でだったら、担当した人がそこにいるから「何とかさーん」言うて、「これ、こんなふうですかー」みたいな感じで確認できるし。

コントロールでは、疫学調査した者が言ったことを説明するんですね。当初は一件一件報告もらってたんだけど、例えば一件にかかっちゃうと、次の人が二分待たないといけないから、効率悪いじゃないですか。なので、終わったカルテはここに置いてということ、順番に確認していくと。例えば、待機期間のことがおかしかったら、その人のところに確認しに行くようにしてやっていく。「あ、これ間違ってるよ」とかね。

国もだんだん方法を変えていつて、最初は七日やつたけど五日に変わるとか、いろいろあるじゃないですか。なので、「今はこのタイミングから」とか、「この日にち、一個間違ってるよ」とかって、その人にもういつぱんカルテ持つていつて説明して、「ちよつと言間違いました」ってことで伝えてもらうとか、そんなことは多々ありました。

Iさん…慣れてくると、頻回に来てくれる派遣のナースさんとかも大体固定してくるので、こういうケースはこの方に疫学調査を頼んだほうがいいだろうっていうことを、だんだんコントロールするその日の当番の人が分かってくるので、この人にはご高齢の方、この方には一般的な方、というように渡していました。

MAさん…一応重症化しやすいカルテなんだけれども、何か大した問題もなさそうだから、スツと終わりそうな感じな人はこの人に頼もうとかね。妊婦さんは最後まで重症だったね。妊婦さんはややこしいんです。

#### ■所長（医師）の役割

MIさん…私は最初何も分かんなかったです、ほんとに。今からしたら、もう係の子に申し訳ないなと思うん

ですけど、もう自分は、医者としての対応しろって言われてたことだけ、それだけやったような感じでした。

陽性者も最初のころは、一〇日間の療養期間が終わったら、陰性確認を二回しなきゃいけないっていうのがあって、それがまたすごく時間かかるんです。二カ月、三カ月と入院しっぱなしの人がいたりとか。病院に「この人どうになりました？」って聞かなあかんかったりとか、手間暇ものすごくかかってっていう感じでしたね。

検査も、もう始めのうちは、ほぼ保健研究センターの、地方衛生研究所なんですけど、そこで検査ができるようになってからそこがやっていたのと、あとX医大ぐらいはやりかけてたかなあと思うんですけども。もう検査依頼も全部こつちが直に電話かけてという感じでした。実際に採るのはもう保健所で採取して、濃厚接触者にあたるご家族の検査とかは保健所に呼んでついかたちでやっていました。

その時は、Y保健所とP保健所を兼ねて、それから精神福祉センターの所長やってたドクターが、もともと耳鼻科の先生だったんで、僕やるわっていうので検体の採取はこつちもやってたし、P保健所も結構やってたっていう話なのね、やってもらって、それをこちらから搬送して。搬送は、衛生課の職員の人を手伝ってくれたり、総務課の職員がやってくれることもありました。そういう感じで、ほんとにいる職員で動いてくれる人がぼそぼそと動くっていう感じでした。

二〇二一（令和三）年度に体制が整うと、やつといろんな業務から解放されて、少し管理職として動けるようになったという感じでしたね。

MAさん…やつぱり最後の、治っていく治癒診断、コロナが治りましたよという診断であつたり、入院がひっ迫しているから、ほんとのぎりぎりまで家にいてもらってから、もうあかんっていうタイミグでしか入院できませんでしたからね。ほんととはもつと早い段階で入院できたらいんですけども、病床がひっ迫しているから、もうこのぎりぎりっていう、そのぎりっていうこのラインがあるんやけど、見てもいない患者さんから、今どん

な状態ですかっていう話だけ聞いて、確認していかないとあかんっていう時でしたから、そういう時こそやっぱり所長さんはお医者さんやから、医師の判断つてすごく大切でした。

もうそういうところにこそ医師が必要だったから、「今所長さんがいるんです」みたいな感じやから、フリーになつてもらわんと、いざという時には来てもらわれへんから、やっぱりそういう意味では、体制を整理し直して、所長さんの体が空くというか、いつでも気軽に相談できるタイミングにいてただけるっていうことで、そこはすごくよかったと思います。

MIさん…体制が整ってからは、やっぱり医学的な判断を求められるっていうところの役目が一番大きかったと思いますね。治癒してるかどうか。それとあと、遷延（せんえん）っていうんですけど、何かすつごい長引く人二〇二二（令和四）年の途中からかな、すごく増えました。ちょっと、うちこれどうなんやろ？つて、治つてないよな、みたいな、その中途半端なもの。一番多くなつたのは二〇二二（令和四）年の九月以降なんですけども、それもありました。

あと、「この人、今はまだ入院は必要ないんじゃない？そういうのもドクター同士で話しして、ちゃんときちつと判断してちょうだい」という県庁からの指示も、「もうそれはドクター同士でやつて」つていうので入つてきたりするので、そういうのをやらなきゃいけないけども、体がすつごい楽になりましたね。それまでは、全部やらされてた時は、やつぱり終電とか、終電前とかに帰ってたから、いつも労基とか、産業医面接も全部引つかかってたし。だから、みんな来てくれてよかった、全部体制整えてもらつて。

#### ■対応に役立ったこれまでの業務経験

MAさん…私は感染症担当の経験が長いんですよ。保健師なので、ほんとにはいろいろ精神難病とか、母子とか、健康づくりとか、いろいろ業務がたくさんあるんですけど、私は悲しいことに、平成一九年からずっと感染症な

んですよ。違う係配置にしてもらえなかったというか。今回の体制づくりが的確にできたのは、もう多分それに尽きると思います。経験した感染症の疾患は、腸管出血性大腸菌、いわゆる O157 とか。まあ一番多いのは結核ですよ。

保健所の業務はほぼほぼ結核が主でした。感染症は、結核が主といっても過言ではないですけど。今は減ってきてますけど、私が持ってたころは、まだまだ発生数も多かったです。結核がメインで、レジオネラとか、麻しん、風しんですかね。それと平成二一年に、新型インフルエンザであつたと思うんですけど、あの時はまた感染症にいたんですよ、違う保健所ですけどね。その経験もします。その時はもう一カ月半ぐらいで、パーツと特に対策も立てずに、わーって大混乱してる時は、そこにおつたから。

新型インフルエンザの時に対策で出たのが、感染者は家から出られないから、往診の先生に行ってもらうという施策ができたんです。でも、いざそれが始まったら、またその調整をするんですよ、保健所の保健師が先生の所に電話をかけて、「今この人のところに行ってもらえますか」って言うんですけど、「自分のとこの患者さん優先だからやっぱり、ちょっと今は無理やわ」とか、今行つてほしいのに「今は無理やわ」とかいふ感じで。

そんなことをやって、だんだんとそれもう普通の対応に変わっていったというのがあるんです。なので、今回コロナが出た時に、県庁の中でも、そういう入院できなくて在宅にいる人に対して、往診制度みたいなことを取り入れたらどうやる？ って言わはつたんだけど、その新型インフルエンザの経験があるから私が、「その時に立ち上げたけれども、結局全然うまくいかなかったし、今診てもらわなあかんのに、三日後では遅いんですよ。そんなことを今やるべきじゃないって言つて。」そうしたら、もうそういう方向じゃなくなつてっていう話になりました。そんなことも経験してますのでね。

I さん…私は、コロナの患者さんへの支援っていうことでいえば、一般的に弱者つていわれてる方たちが埋もれ



てしまうことがあるので、ネグレクトの人でお世話されない人の入院調整とか、虐待を受けてる子どもさんの入院調整をどうするのかっていう、マニュアル通りには行かないような処遇困難なケースがあつた時に、一保健所の中では完結しない話になるので、そういう時の対応っていうのは、保健師の今までの積み上げっていうんですか、虐待対応を今までしてきたことがあるのかとか、ネグレクトの高齢者と関わったことがあるのかっていうようなところが、比較的そこに生かされたかなとは思います。

#### ■県庁、保健所内、各保健所との連携

MIさん..最初の頃、検疫から、管内の陽性者がいたと電話がかかってきたりしたら、陽性者の報告は何時何分までにしないといけないとか、相談件数をまた何時何分までに県庁の職員が数を数えるから、それも報告も全部しないといけないとか、そういうようなものいろいろあつて、それを全部感染症の係がやってるような感じでした。

そのころは陽性者の人数はそんなにいなかったから、土日は陽性上がりそうだなっていう予測がない限りは休んでたかなとは思うんですけども。それでもやっぱり感染症の係だけのすごい負担になるっていう感じでした。感染症の係で特殊だったのが、係の上に普通は課長さん、主幹がいるんですけど、お二人とも病気になられて、三週間とか一カ月とか時々休まれるような感じだったので、なかなかほかの係の人に応援を頼もうと思つても、あんまり言うこと聞いてもらえないみたいな感じでした。やっぱり課長さん、保健師さんのトップがいないと保健師さんは動かないんだなあとその時思いました。今は課長が言ったら、ピシッとこうすごいんですけど、その時はもう、もう全然動かなかつたです。係の子が助けてほしいみたいな感じのそぶり見せても、もう全然。あ、うち関係ないからみたいな感じで。だから彼女もすごい大変だったんです。

四月（二〇二一年）になってからも、県庁に、人をくださいとかそういうようなこと、何となくは言ってたけど、

どこに言いに行っているのか私は分からないし、四月（二〇二一年）から来たKさんも、保健所初めてでっていう人だったの、あんまりそういうようなのも分かんなかったみたいで、なかなかちよつと手伝ってほしいって言っても、動員が来ない。五月ぐらいからだったと思うんですけど、土日だけ、もう定年間際の全然保健所とか関係ない所の部署の人が一日ずつ、土曜日この人、次の日曜日この人、っていう感じでぼつぼつ来て、言われたことしか答えられないから、相談とか。それで意欲のある人は簡単なことは聞いてあげるとか言って、疫学みたいなのもちよつとはやつてくれたりはしたんですけど。

MAさん…体制しつかり組んでどうこうっていうような業務消化のプロセスみたいなものは、ほかの二保健所とはシェアしないです。もうその余裕がないですね。Y保健所のやり方とP保健所のやり方は、ベースが全然違うんですね。

Y保健所の人数は、保健師が一五人なんですけど、P保健所管内は広いから三〇人いるんですよ。倍いるんですね。なので、係体制ってなっても、課が二個あるから、同じ保健師の所で、係体制がしやすいんだけど、Y保健所は人数が少ないから、その体制が無理なんですね。だから元からやり方が違うんですよ。

県も、同じ県内でやり方が違う保健所があったら、県民からするとよくないじゃないですか。割とY保健所は県の言うことに忠実についていうか、方針的に似てたからそれでしていたんだけど、なかなかP保健所はあんまり県の言うことを取り入れないっていうか、自分とこの方針を貫くっていうパターンだったから、一回県が保健所を集めて、同じようにできるようにみたいなことで会議を開いたんですけどね。

でも、まったく意味のない、「お互いいい」と言い合って、いいとこ取り入れたらどうですか「みたいな感じやったから、こつちとしては自分のとこがいいと思ってるわけやから、そんな突然「こつちのやつてるこんなことがあります」「あ、それいいですね。取り入れましょう」って、ベースもまったく違うわけやねんから、で

きるはずもなく、一体この会議は何でしょうか？　いうことでもう終わったんです。

話し合って、それぞれの保健所がよいように検討してやっていけたらよかったです。多分そんな時間はまったくないですわ。とにかくほかの保健所にも電話がつかないの、もうそれぞれの携帯を聞いて連絡取るしか方法がないような、そんな状態でした。

Y保健所では、所内会議で、「所内全体でやってください」ということでKさんからお願ひしてもらって、通常の課とはまったく枠を超えた仕組みで、所全体で取り組みをするということにできました。とにかく、新型コロナウイルスはやっぱり感染症なので、健康増進課の仕事、感染症係の仕事っていうふうに思っている人が多いので大変でした。

だからまずは、全体朝礼の中で「これは感染症だけの仕事じゃなくて、もう災害なんだ」と、「災害級に起っているものなんだ」と、「だから、みんなやらんとあかん」と、「そのために通常業務は止めてます」と。どうしても止められへんものはやらんと仕方ないから、それはそれで業務をする所には人は置かないといけないから残したまま。だからできる限りもうBCPで、可能な限りコロナ優先でするっていう体制を取って、こういう業務を残してここを、あとはもうコロナにするからっていうことを決めました。それはどこの保健所でも、県でも一緒なんですけどね。

あとはもうそのコロナが、保健所で対応しないといけないということやから、いろんな業務があったので、じゃ検体は衛生課のほうでお願いしようとか。あとは検体搬送の人は別にいたので、じゃ検体搬送はここでしょうとか、そういう割り振りをして。ちよつとのお手伝いみたいな感じやつたら余計に大変やから、もう一から十まで全部やつてもらえるように、担当になったら、人も変えずに全部やつてくださいうような整理をしました。

例えばこの検体のことについては、一から十まで衛生課で全部やつてください。ここだけ衛生課がやって、あ

とはまた健康増進課でやるとすぐ大変だから、もう全部衛生課でやっていただくようお願いするとか、そういう調整を図りながらですね。人数も多いので、全体朝礼であるとか、パソコンのメールであるとか、LINEで。Y保健所のLINEグループみたいなものを作って、すべて情報共有をそこでしていくと。

今日言うても、今日休んでる人もおりますのでね。そんないちいち、あの人が休んでたから、あの人に伝わってないから言わなとか、そんなこと思ってもらえへんから、休んでもLINEやつたら見られるんで。職場のメールやつたら、休んでたら見られないんでね。LINEで常々、「様式はこの紙に変わってます」とか、「このやり方はこうやったけれども、こうになりましたよ」とか、「ここはここ確認してくださいね」とか、その都度LINEで共有して平準化していくっていうか、そんな感じで対応していましたね。

MIさん…新型インフルエンザのころに、県として、また同じようなパンデミックが起こつたりしたら体制を整えましょうっていうので、夜も、各保健所で夜の当番が残ってるっていうのは非常に効率悪いし、みんなもしんどくなるからっていうので、県庁にそういう時の夜の相談窓口とかそういうのを集めて、保健師さんがその都度行つてっていうような体制を作つてたらしいんです。

それが、コロナになつたらなくなっていて、「それあつたんや」っていつて、その体制は保健師の人で経験した人は皆さん知ってるから、「あれでやつたら夜もしんどくないんちゃうの？」っていつて言つてくれたんですね。結局P保健所のほうは「自分とこは自分とこでできるから、もう保健師は派遣しません」っていうことになつたんで、結局それもとと行動計画か何かであつたはずやのになあつて、全然生かされなかつたですね。そのうち相談窓口には委託の人を置くようになったと。

MAさん…今は、コロナの二四時間電話相談で、看護師さんに委託してるんです。県庁の中にある電話なんですけどね。もう当初から置いてるんですけど、今もまだずーっと二四時間でやってますね。

## ■職員の夜間休日勤務

MAさん…患者数がかなり増えても、夜の時間とか何時まで対応するつてはつきり決まっていなかったんですね。そやけど、夜までやつても次の日も朝八時半から絶対来なあかんわけやから、あまりにも夜遅過ぎると次の日にもう続かないし、やつぱり倒れるじゃないですか。なので、もう夜の九時以降はしないっていうことを二〇二二（令和四）年度に決めました。

MAさん…二〇二二（令和三）年度の教訓を生かして、もう二〇二二（令和四）年度からはちゃんと二一時で終わるっていうことでやるようにしました。それまではつきり決まっていなかったんですよ。私は、まだここにカルテが積まれてても、「もうここで終わつたらいいやん」って言うて。でも、その時の管理職の思いは違つたから、「もう一件ぐらいやつたほうがいいんじゃないか？」とか、「もうそんなんやめとこ。ここでやめようよ」って、ここでもうそういう話になるわけですよ。たまつてる中でも、重症なだけやつとこうやみたいに。

私は一番忙しい時も泊まらなかったですよ。一二時、日付を超えるか超えへんか、ぐらいで。でもそれは多分、続かないです。体力に自信がないから、そんなしたら多分次の日来られないから。来られない、いないことのほうがデメリットが大きいから。ほほほ、土日も出勤があつたのでね。休みがすごい少なかったです。

MAさん…今も、まだちょっと対応としては残ってます。体制は取ってるんだけど、ほほほもう電話もないし、入院調整もないというような状態です。ただ、そのために夜二〇時まではいないといけないっていうこともあるので、またそこを八月（二〇二三年）から職員から会計年度任用職員の看護師さんに切り替えたばかりです。

## ■通常業務への対応

MAさん…通常業務に対する対応もしないといけない。医療費の申請っていういろいろあるんですけど、そういった医療費の申請ですね。子どもの小児慢性特定疾患とか、大人の難病の申請であるとか、そういったものは止め

られないのでね。そういう医療費関係は、二〇一九年度（令和元年度）の秋ぐらいから委託になってましたので、そこは保健所の職員っていうわけじゃなかったので、委託業者さんが作成してたんですが。最終確認はもちろん保健所の人間がしないといけないから、それに伴う確認診察っていうのはしないといけないから、そこでは人がいるんです。それも合間見て、その時だけ「じゃこの日はコロナやめて、こっちの業務します」って、またシフトに組み込んでいくんです。

医療、病院のほうはシフト表を作ることが多いですが、保健所はそんな関係ないのでね。通常であれば別にシフト表なんかいらないわけですよ。今は、保健所で働く医療職っていうのは、医療機関でいったん働いてから保健師で来るっていうよりかは、もう学校卒業して直で来るっていうことが多くなってるので、現場を知らないんです。私達が保健師になった時だったら、ある程度医療機関で働いてから保健師になる人が多かったんですけども。今、ほぼほぼ何もなくて、もう採血もしたことがない子が、ここで採血しないといけないっていう感じになってるんです。それはもう全国、この保健所の特徴じゃなくなつて、全国的にそういう流れです。

Ⅰさん…私もストレートです。前は別の行政機関で勤めてたことはあつたんですけど。

#### ■これまでの対応を振り返って

Ⅰさん…保健所での危機管理能力を上げるという意味では、感染症係は経験を若いうちにしておいたほうがいいんだらうなと、自分が係長になってから思いました。私自身、感染症の経験はあんまりなかったんですけども。数年前にここに異動してきた時の係長が今の課長だったので、一年間横の席に座らせていただいてご指導いただいたので何とか。そして、支援体制を取っていたので、突然初めての係長で初めての感染症係だったんで、自分が一番びっくりしてたんなんですけど。まあ何とか一番大変な時期を乗り越えてきたのも、その経験があったからかなあと。多分それがなかったら、もう途中で駄目になっていたのかなあと思います。ほんとに危機管理

そのものでもんね、感染症対策って。

MAさん…私は、この何年間でコロナ対応をして一番ショックだったのは、一生懸命やると人間どうしても言葉の圧も強くなるし、その人にとっては多分きつい表現とかになつたのかもしれないけれども、それを、また遠いところから、例えば支援に行つてる人に対しても強く言つてるとか、つていわれることがありました。そういうことがあつたのかもしれないけれども、それぐらいの熱量と気持ちを持たないとやっぱり引つ張つていけないし。さつき係長から、トップダウン的に指示する人が必要つてという話があつたけど、私的にはやつてみて、どつちかつていつたらリーダーシップつていうよりかは、フォロワーシップというようなね。管理職がやるんじゃないかって、できる人がやればよかったんじゃないのつて思いました。私は二〇二〇年（令和二年）の時はここにいなかったけれども、誰かは分かりませんが、もうちょっと何かやりようあつたんじゃないのつて思うんです。

「どこに言つたらいいか分からなかった」つて言わはつたけれども、私は疾病対策課にいたわけやし、途中私できてなかつたことがあつたので、各々保健所に、私短い期間だつたらお手伝いに行けるからつて、当時の課長さんに直談判したんです。こんな立て込んでから私はもう保健所に行つてくると。いつぱい保健所に聞いてみて必要だつたら行つてきていいですかつて言つたら、三日、四日ぐらいだったらいよいよつてなつたから、Y保健所に電話したんですよ。

当時誰と話したのかも覚えてないんやけれども、その時は会計年度任用の職員が入つてるか何かで、「あ、今いけてます。大丈夫です」つて言わはつたから、ちゃんといけてんねんやーと思うてね。全部が私のところに情報が入つてるわけじゃなかつたからね。自分も係長で向こうにおつたからね。いけてんねんやーと思つて、私はP保健所にお手伝いに行つたんですよ。Y保健所に来てみたらとんでもなくて、そんな電話あつたことも知らんみたいなのを言われてね。



こういう災害級のことになれば、やっぱりある程度の司令塔はいると思うんですけどね。みんながやっていけるような、そういうフォロワーシップを育てることって、すごく大事やなと思ってね。一人だけが頑張って指示したとて、やっぱり何か長く続かないとかね。だからそう思っ、みんなを頑張って底上げするような感じで対応してきましたけれどもね。だから、そうやって頑張ってる人をもうちよつとほめてほしいとか、評価をしていただいてるのかどうか分かりませんが、何かそんなきついことだけ、「あんたきつかったんちゃうの」みたいな感じで言われるのって、ほんまちよつとこう。

そりや優しく言っ、みんな進んでいかはったらね。「うん、うん、いいよ、いいよ。これはもうせんでいいよー」言うて、「ようやったよー」言うて、できてないのに言うてあげて、うまくいくんだったらええけどね。「あ、こんなん言うたらあかんやん。これこうやんかー」みたいなことで、やっぱりどうしてもこうなっていくからね。それやったらほんまに何かやるせないとか、その時の気持ちつてずつと残ってるから、きつとこれはもうずつとこういうふうに抱えたまんまなんやろうなあって思ってるんだけどね。

もし次に同じようなことがあつたら、発生数の見極めが大事ですよ。今回もだいぶ遅い時期に委託とか支援が入ってるけど、ここに至るまでには、「この業務にはこれだけの時間がかかって、何人いります」っていう資料を、県庁に何回も出してるんですよ。支援に至るまでは何回も出してるんだけど、前出した時期になったから、これで支援来るんなあ思うたら、またこのタイミングで同じように、今の業務に対してその業務量の必要人数出せって言うてくるんですよ。え、前作つたやん、あれ何やったん？ みたいなこともあるしね。

やっぱり平時から、量とか、こういうことになったら、もうこの分は人を応援するっていう仕組みを、やっぱりきちつと決めておくべきやっていうことは思います。県庁に出した業務量の必要人数は、もちろん今の状態と、将来を見越した量を出していました。そのへんのこと全部Kさんが、この一週間での増加率とかいろいろ見な



がら、将来的にはいついつにはこれだけの増加になりますっていうのを見越して、発生数の見込みっていうのを全部作っていました。それも日々日々っていうか、結構何回も作られました。

そこはもうほぼほぼKさんが、全部担ってくれていて、私はこの業務にはこれぐらい人数がいりますとか、これのこういうことするには、最低三人はいりますとか、そういうことをお伝えしていました。Kさんの見込みと連携しないといけないから、そこはすぐ大事やと思っています。そこがやっぱり医療職っていうか、保健師とか専門職ができることと、事務の人が得意とする分野とあるので、そこは連携してやっていけないといけないなあと思いました。

それが今、全国的にそういうことやから、国が健康対処計画を保健所で立てなさいとか、感染症予防計画の会議をしなさいって、ちやうど今言ってるんです。この令和五年度中に計画を立てて、令和六年度から実施になっていくんです。それまさしくそうだなと自分なりに思ってるので、やっぱりいろんなことが多分遅かったんやと思います。この自動音声の電話とかでも、もっと早い段階からしてくれてたら、その電話対応にかけていた時間が他のことにさけたなら、この人は疫学一本でもできたと思うしね。

今デジタル化などいろいろいわれてるけれども、ほんととは全部保健所に任せるんじゃないかって、やっぱりそういうことは、専門の人が来てもう勝手にやってくれたらいいじゃないですか。いちいち電話、配線がどうのこの、何番がどうのこの、私にそれを聞くんじゃないかって、もう自分で確認してよって感じですよ。聞いたら分かることやからね。だから、そういうふうには外部で応援体制ができて自動化できることは、やっぱりもう早期にやってもらったらいいなと思いますね。

MIさん…私は、感染症はみんな若いうちにいったんは経験しといてほしいなって思いましたね。あと、体制のことは、初めはやっぱ統率する人がいるかもしれないけど、どんどんどんどん、コントロールも、初めは係

長レベルで、もうちょっと下、中堅レベル、それからもつと若い子でも、この子らもうできるやんっていうので、どんどんどんどんコントロールもいろんな子に経験させるようにしてたのね。

そうやってやっぱりみんなのできるようになっていうところも、うまくいったのかなと思つて。今保健所ごとに、対処計画を立てると。それで県で感染症予防計画も数値を入れて、こんなことがあった時に対応できるように、行動計画もそののち作るからっていうことでやってるんですけど。県全体で同じようにはいかないのかなつて。そこがちよつと私も今分らないんですけど。

この今のY保健所のやり方は、もう次にあった時もそのままある程度踏襲して、ちよつとずつ変わっていくかもしれないけど、スタートはこんな感じでやっていつて、様子見ながらまたその都度変えていったらいいかなとは思ふんです。県下である程度統一のやり方でやってくださいとかいわれると、ちよつとそれはうまいこといかどうか分からないし。前の新型インフルエンザの時に作った計画が、今回全然生かされなかったつて、そういうことだけはやめというてほしいなつて思います。



### 第3章 市役所職員の記録

## ●市役所担当職員の対応（第2章の県内にある市）

エスノグラフィー調査日時…二〇二四年一月三一日

A市健康課Sさん

A市健康課Hさん

X県Y保健所Kさん

Sさん…地域包括ケア推進課などを経て二〇二二年四月健康課に異動

Hさん…介護保険課などを経て二〇二一年一月に健康課兼務、同年四月健康課に

異動、主としてワクチン接種対応

Kさん…X県消防救急課、農業経済課などを経て二〇二二年三月X県Y保健所に

異動

## ■二〇二〇（令和二）年一月―緊急事態宣言

Hさん…令和二年一月にX県で感染者第一号が出ました。（当時所属の介護保険課では緊急事態宣言があつて、やっぱり接触を避けないといけない、まして弱い方なのということ、国のほうも介護保険と認定された方の調査に行けない。一年とか半年とか延長させるとかそういう事務的な仕事をしておりまして、一年間はずっとそのままで過ごしております。）

Sさん…二〇二〇年に私が所属していた部署では、ちょうど二月に大きなイベントをやる予定をしてたんですね。そのころに、ちょうどダイヤモンド・プリンセス号とか、X県で初めての感染者とかがあつて、イベントができるかどうかみたいなのがスタートでしたね。

#### ■二〇二一年（令和三年）一月―ワクチン接種推進本部の立ち上げ

Hさん…当初の予定を一年遅らせて、二〇二一年（令和三年）年の夏にオリンピックでしたよね。オリンピックを絶対開催させるにあたって、ワクチンを七月末までに高齢者に全部打ち切れというような旗の下で、私は介護保険課に所属しながら二〇二一年（令和三年）一月にワクチンチームに異動になりました。一月からワクチンチームに行ってくれという、もう完全に異動というようなかたちでした。もう三月には打たないといけないって、ワクチンが来るし、その体制を作らないといけないって言われて、一月に集められたんです。

二〇二一年（令和三年）年四月からは、名前は健康課に異動となったのですが、ワクチン対応をしていたので、コロナ感染症対応を一番ピークに健康課が先頭に立ってやっていただいていた時には、私は名前だけという状態という状況でした。今も、こうやってまだずっと続いているワクチン接種のほうに半分席も置きながら、兼務というかたちでやっております。

二〇二二年（令和四年）年度から令和四、五年度の三カ年に関しては、もうほぼワクチン接種の対応がメインになっていました。一応、席もあるし、保健師という立場もあつて、いろいろ報告とか話は聞かせていただいて、状況とかは確認しながら一緒に考えたりもしながらなんですが、どちらかというとワクチン接種の対応ということをやっております。

とりあえず主要メンバーは五名で、もう部は関係なくその当時企画課の補佐、地域包括の主幹、地域医療、SDGs。それと介護保険課の保健師という立場の私です。企画の彼が一応リーダーになってくれて、もともと

財政のほうに強いということで、財政ができる方が二人と、地域医療ということで、病院のそういう部署の子が一人来てくれて。その五人から始まりました。とりあえず真ん中の企画的なことを五人で立ち上げて、四月以降五月からの集団接種に対応しました。

実際にワクチン接種が始まって、業務を回す時はほんとに全庁で、もう職員全部に手伝ってもらって、そうでないととても無理でしたね。

基本的には、ある程度案を出して、本部で決定というかたちでした。その時に庁内でワクチン接種推進本部を立ち上げていて、本部長は市長で、副市長と各部の部長も入っていましたので、方針とかはそこで決定していました。案と現在の情報は私たちから上げさせてもらって、今後の方針は全部ワクチン接種推進本部で決めていきました。

そういう段取りも全部その五人チームがメインで決めて、振っていくわけですね。最初は五人で、またそこにごんごん増えましたけど。初めは全部の庁内の職員に来てもらって会場接種を手伝ってもらったりとかしていたんですけど、やっぱり業務も入ってきますので、会場の接種チームもできて、私たちが企画をするのとは別に自分たち独自で接種の会場チームっていうのもどんどん出来上がって、ワクチンチームもなかなかの人数、最大一四、五人のチームに一番大きい時はなっていました。

どこの市町村でも、そういうワクチンの特別チームはありましたね。今もまだ、推奨室だったり。A市は健康課から離れて、部の課内の中のチームというかたちでやりましたけど、ほかの市町村でも室とか、推進室とか、多分どこもみんなありますね。

通常の災害時よりも体制は大きいですし、期間も長いですね。県のほうもだいぶ変わってこられて、今もう疾病対策課の中に入っています。メンバーはまだ残ってはいるんですけど、室としてはもう去年でなくなってますよね。

ほんとに私に関しては、専任チームというかたちで本来の業務から切り離して、もうワクチンだけに特化させてもらっていたので、逆に、業務をしながら手伝えと言われた周りの方々は大変やったやろうなとは、ほんとに皆さんに助けてもらったなかでやったとは思っています。

今は四人になりましたが、一応、今もまだ、専属チームにいます。(業務も)だいぶ減りました。メインはほぼぼ彼(Sさん)が補佐で健康課を回してくださっているんですけど、ただ保健師ということもあるので、今、母子保健で訪問に行ったり、来年度の子ども家庭センターとかいうそういうまたいろいろな事業があつたりするので、いろいろちよつとずつ自分のリハビリも兼ねて、今年度途中ぐらいから健康課(業務)にも足を突っ込ませてもらったりはしてっています。

自分的に一〇〇パーセント専任が解け始めたのは、二〇二三(令和五)年度の秋接種がある程度片付いてからです。ですから丸三年。もう秋まではほぼ、「毎日来るって言つときながら、あ、今日も一日終わつた」とか言っていましたからね。「とりあえず一日一回は行きます」って言っていたのが、なかなかやつぱり向こうでトラブルとか、向こうで次何かをとかなると、なかなか「はあ、ごめんなさい」みたいな感じでした。

もうみんながいてくれたのでやれただけで、たまたま私が年齢的にちよつと上を持つてくると下が言うことを聞くかなぐらいかなっていうところで、呼ばれたんだろうなと思っているぐらいなんですけど。

#### ■二〇二二(令和三)年一月〜ワクチン接種の準備

Hさん…もうほんとに私たちも、まったく何も情報を入れていなかったもので、一月に集まつて、みんな「何かしらしたいんだ?」っていうところから始まりました。当時、多分国の説明会が一〇月ぐらいに一回あつて、一二月ぐらいで二回目ぐらいという、まだそれぐらいの情報のところでした。でも、まずはワクチン接種なので、市内の医療機関に協力いただかなければならないということがあるので、まずは一月すぐに、ゆくゆくはワクチ



ン接種に医師とか看護師の方に協力してくださいということで、医師会と話をしましたね。でも、みんなよく分らないままの話なので、「詳細が出たら」というようなところで。どういうかたちで進むかはまだ、個別接種をどうするか、集団接種もするのかしないのか。まずは、どういうかたちでするかということの相談ですね。その後、優先順位は国から提示がありましたね。

その後は、国からやっていかないといけないことがどんどん出てきていましたので、まずは集団接種を、四月の半ばぐらいにはワクチンが来るっていつているので、まず打ってもらおう所も確保しないといけないんです。A市はありがたいことに市立病院がありましたので、まずは市立病院で。対象が医療従事者から始まっていたので、市内の医療従事者の接種をどうさばいていくかっていうところも始まりました。集団接種をまたするとなったら、また集団接種の場所の確保と方法ですね。

集団接種自体も、方法がほんとにたくさん。みんなシミュレーションはいろいろ。その時には情報はかなり先行立っていろいろありました。結構業者さんからも、バスを接種会場にしませんとか、ビニールハウスを集団接種会場として使えませんかとか、いろんな提案をしてくださったんですが。じゃあどれが一番接種会場として合うのか、どういう方法がいいのか、場所もどこにするのか。ほんとにもう全部並行でしたけど。A市は縦に長いので、南の方に住んでいる方にも真ん中まで来ていただくのは割と大変とか、北のほうの方もじゃあとか、その人たちをどこで打ってもらえるようにするのか、そういうこともすごく大変でしたね。場所の確保も、すでにイベントとかでみんな大きな会場は押さえていたりするので、じゃあそこでとか、場所をどう確保するかとか、電話とかも全部並行で動いてやっていきました。

一方で、煩雑なことが書いてある通知を出せば出したですごい問い合わせも来ますので、コールセンターを外部に委託もかけました。それも、コールセンターだけでなく、やっぱり市役所にもかけてこられる方がいるので、

市役所にも何名かの方に来ていただいて、市役所で受けるコールセンターも委託でお願いしました。

通知案内発送は、最初は中身ができていなくて、なかなか……。どこで打つ、いつ打つ、なかなか……。つていうのがありましたし、ワクチンも来なかった。最初の頃は、ワクチンを破棄したら記者会見のあの状況でしたからね。なので、もうその大切なワクチンを、みたいな状況でしたので、何人どこでどう受けられるっていうのも、なかなか明記もできなかったり、また場所の確保も同時進行でしないといけないので、一番最初は印刷物の委託だけして、封入封かんは自前でやりました。だからほんとに、部内の人たちともうみんなに来てもらってとりあえずなんとかやったという感じです、ほんとに。

もう、市民全部なので、半端な数じゃないですよ。まあ、まだあの時は一八歳以上とかだったので。でも、多分七、八万、もつとかな、送りました。

#### ■二〇二二年五月―高齢者へのワクチン接種開始

Hさん…一月にワクチンチームができて、五月の中旬からは高齢者の方はワクチンを打てるようにしていましたので、そのころには接種券が届くように発送しました。

まず高齢者からということで、それも確か七五歳以上とか、年齢を区切って送らせていただいていた。それもワクチンチームのリーダーが考えながらいろいろしてくれました。一気に接種券を送ると待たれたりとかもあるので、年齢で順次つくっていくかたちにしました。

接種会場の運営は、A市の場合はある程度委託をかけました。ただ、誰も職員が行かないというわけにはいかないで、だいたい長い間職員の方に会場責任者として、これもほんとに全庁で持ち回って行ってもらいました。一番ピークの時は北、中、南の三会場でしたね。接種は医師会の先生のご協力が必要になるので、最初の頃は土日しか集団ついても打てないとなっていました。ですので、土日で一気に打って接種を進めないといけない

ので、三会場にして、それぞれに職員を会場責任者として配置していただきます。私たち五人ではそんなに回らないので、部内を週担当と三人ずつ職員にはいつてもらつて。ただ、誘導とかは業者に委託させてもらつてというかたちでやりました。ただやっぱりどんな方々が来られるか分からないところもあるので、できるだけ丁寧にするのは意識してやりましたね。

一つの会場でいくつブースを設けて、例えばつい立とか間仕切りとか設しつちえて、医師が座る所と、「次、こちらで一五分お待ちください」つて誘導する方といった、そういう具体的なこまごました設計とか配置は、委託業者さんではなく私たちが考えました。ほかの市町村さんとかのも、いろいろ見たり聞いたりしてやりましたね。

国や県から基本的なフォーマットとしてよろつとしたのはあつたんです。ただ、シミュレーションが書かれているんですけど、場所とかやつぱり特性とかもありますので。実はA市でも、途中でやり方を変えたりもさせてもらつたんです。だんだんみんな慣れてくればこんなものでいけるんですけど、最初のうちはなかなかどこに行つてとかを丁寧によらないと。実はやつぱり高齢者の方でも、道順をここまで丁寧に案内していても、打たずに打ち終わりの所の席に座りにいっちゃう方もいたりとか、もう一回打つたのに、「あら、打つてないわ」みたいにまたとかいうようなこともあつたりしました。やつぱりみんなでできるだけ事故は起こしたくないということもあるんで、初めは高齢者の方を座らせて、ワゴンで私たちが打ちにいくつていう方法をとつたりしました。だんだんみんなが慣れてきて、集団接種の会場まで来られる方なら歩けるだろうということで、案内して先生がいる接種のブースへ行つて座つてもらつてというようにとか、若い方が高齢者かというような対象によつて打ち方を変えたりはしました。

もう市町村独自ですね。ほかの市町村では、打つたあとに商品券か何か配つているところもあると聞いたことがあります。最初の時接種率を上げるためにですね。もう最初接種率を上げるのが大変でしたからね。

Sさん…どここの市の接種率っていうので、もう新聞とかに出ていましたのでね。オリンピックで国とか政治家とかの圧があつたんでしょうね。

Hさん…多分、そう。オリンピックの圧はありましたね。七月三十一日までに、全市民を打ち終わるようにみたいなので、何パーセントとかっていうのはずっと出ていましたね。

でも、予約システムに行くといつも満員で。そこはキャパの問題と、やっぱワクチンが来ないっていうのもありましたね。そういうところの問題もだいぶありましたので、なかなかせめぎ合いでしたね。

その煩雑な感じで年齢を分けながら、二回目、三回目、四回目って結構どんどんやっていきました。私たちもまさかそんなにとは。追加が三回目まではあるかと思っていましたが、四回目？ みたいになっていました。一応今回これに関しては、必ずデジタル登録というかたちがありましたので、幾分かはそこでそういう登録のある方をピックアップして、そこから対象を絞って、接種券を送付してっていうことはしました。だからもう、接種券の送付も毎回全部ついてくるので、だいぶみんな慣れてきました。

デジタル登録は、住民票がベースになっています。ほかの予防接種もありますので、コロナのワクチンだけに特化したものではなくて、普段から使っている予防接種、例えば高齢者はインフルエンザもありますよね。その予防接種の台帳をコロナの分も含めて回収して、接種記録が入るようなかたちを取っていました。予防接種の台帳にも、ワクチン接種記録システム(VRS)にも入るようにしながら記録っていうふうにしていました。

ワクチン接種記録システム(VRS)はタブレットが国から送られてきて、各医療機関でタブレット登録するのですが、すごく簡単なので、それで一気に進んだ感じがしました。

#### ■ワクチンの管理・配送

Hさん…A市では、保健センターの一階に、一七〇℃のデンプフリーザーがありまして、最初のころは集団接

種のワクチンはそこに届けてもらって、ここから集団接種会場に持って行くっていう方法をとっていました。大きい病院は、それぞれにデンプリーザーを設置してもらっているのです、そこに卸さんから配送していただくようにしていましたが、市内のクリニックに関しては、ここに来た物を配送するっていうかたちでした。

A市では個別接種の協力機関に配って回るのは委託しました。でもそれも、どういう方法で誰にどう委託するかっていうのも考えないといけないので、することはたくさんありましたね。どんな配送業者さんでも持つて行けるものでもないですし、まずワクチンをどの入れ物に入れてどう運ぶかっていうのも、だいたいいろんなところがいろんな物を製品開発してくださって、いろいろ売り込みには来てくださったので、どれがいいのやらという状態だったんです。

専門的なことですから、どこかに相談されたり、アドバイスを仰いだりはほぼできないんです。誰も分かんないので。国が言っているこの基準さえ守れているのであれば、みたいなところで決めました。

とりあえずはでも、私たちが一気に三十何件の医療機関とかに配ることはできないので、もう基本頼めるものは頼んでいかないと、やることはほんとにたくさんあるので。また何か連絡が来たら、それに答えることができないってしまうので、ほぼほぼ全部そういうのは委託でした。ただ、ワクチンをその冷凍庫から取り出して分けるっていう作業がなかなかどこかにお願いすることができませんでした。

実はほかの市町村さんでは全部委託されている所もあるんです。小分けから配送までもう全部まとめてついで。ただ、その業者に委託が集中していたので、私たちはそれに乗れなかったんです。それで、「配送だけなら受けます」って言うてくださったところがあつたので、うちは配送だけお願いして、小分けの作業は、再任用の会計年度とかの職員で配送チームを作ってもらって、もう毎朝その小分けの分の配送物品、ワクチンと注射器とそれに関するシールとか、そういう一式を全部用意して、配送の方に取りに来てもらうっていうふうにシステム化

をしました。

物が物ですから、そこら辺の袋に詰めて渡すわけにいかないじゃないですか。すごい慎重に、慎重に期さなきゃいけないんですね。本数も言われたものと、違っていたら大変なので、どうやっていいのか戸惑いました。まず、触っていいのから始まって。まあまあ物は瓶に詰められたもので冷凍されているので、落としたりとかしなければそんなに問題はないし、別にベチャベチャこぼれるものではないのですが。

配送の際に小さな保冷容器に詰め替えるんですね。私どもはちょうど、堺市さんと発泡スチロールのメーカーさんが共同開発されたという情報をいただいて。私たちは「堺ボックス」と呼んでいたんです。その保冷剤を入れて密閉すれば、二〜八度の温度が何時間保てるっていうのがあったので、それがちょうどお弁当箱が入るぐらいの箱でというのを購入させていただきました。

ワクチン自体は、国（厚労省）のシステムがワクチン接種円滑化システム（V・S・Y・S）っていつて、それはもうワクチン管理・配送に特化したシステムになっているので、ワクチンのオーダーも、それを通して市町村から登録をかけて、県が承認して、また国に出して、それで国から分配が来っていう流れでした。だから、そのシステムで一応国から「いついつ何箱配送」とかっていうのがくるんです。だから最初のころは、ワクチンは一箱に一九五バイアル入っていて、白いピザみたいな箱に紫色のがモコモコモコって入っている状態でした。今は一〇本単位みたいな、こんなちっちゃい箱になっています。

そのシステム上で「いついつ来ますよ」っていつたら、ちゃんと大体来るんですが、ただ、ざっくりと「この日に来ます」しかないのです、この日には来るのは来るんですが、時間が分かんなくて。国も、配送会社に委託をかけているので。また配送会社も、私たちは佐川急便さんとかヤマト運輸さんですけど、実際はヤマト運輸さんから子会社さんに配送されるので、だから私たちから「今日のワクチンはいつ来ますか？」と、どこに聞いても

分からないっていうのは、すごくそれは困りましたね。

国は、「もうこの日でA市さんに運んで」としか、上にしか言わないので、その受けたヤマト運輸がどこをどう使つてどこに流しているのかが多分、国も把握できていないし、ヤマト運輸も把握ができないようです。なので、私たちはこの日に来ると聞いても、何時に着くかどこにも聞けないっていうのは確かにありました。

最初のころは在庫っていうのはなかったんですね。もう全部予定が入っていますので。でも、最後のほうになると、今までの接種率の感覚でワクチンのオーダーをかけますけども、実際それほど、だんだん接種率が伸びなくなってきましたので、そうなってくると、在庫が出てくるっていうふうになりました。新しいワクチンだったために、まさかこんなに六回、七回まで打つとは思っていないので、だんだん接種率というものが読めなくて、ほんとそこはもう頭を悩ませました。足りなければ足りないですし。

そして、ワクチンの型が変わってくると、ワクチンも変わるんですね。「このオミクロン型だったら何日からの配送」っていうことは、全部国から通知が来ますので。初回の一回目、二回目は絶対まだ従来で、三回目以降とかはオミクロンだったりっていう、その両方を並行の時期もしばらくありました。去年の秋ぐらいまでは両方並行だったんで、それは有効期限が切れるものから先に使わないといけない。有効期限もだんだん延びていったんですかね。最初は数カ月やっただんですけど、もう今じゃ二年ぐらいになっているんです。

#### ■ワクチン副反応への対応

Hさん…接種後の副反応が激しい方もいらっしゃいました。基本的にはこの予防接種は、国が指名する臨時接種という予防接種法に決められた接種なので、健康被害の救済制度というのがあります。それに基づいて、もし何かあった場合にはそれで対応をついていうことで、今もY保健所長にも、委員会に何度かお越しいただいてついでうようなかたちです。



軽微というか、熱が出たりとかそういうことでは、県でもこの一月ぐらいまで、副反応コールセンターを開設していただいていたので、そちらをご案内したり、ワクチンチームにも私と一緒に動いてくれる保健師が当時いましたので、健康の相談とかいうのは、本体の健康課にも健康相談としても入っていたかと思うんですが、ワクチンの副反応の相談は本庁のほうでもお伺いをするというかたちで、お電話で対応したりはしていましたね。

ワクチン接種の申し込み受付はコールセンターみたいなのができて、電話でやるか、オンラインでやるかというかたちでした。A市のLINEがありますので、そこからでもワクチンの予約ができるようにというので、つなげてもらっていました。

#### ■ワクチン接種記録の管理

Sさん…健診と接種記録は、住民基本台帳と連動するシステムを入れていきますので、未接種者に通知できるというのがあります。多分どこでも入れているかなとは思いますがね。

Kさん…保健所の場合、特にコロナは毎回通し番号で新たに陽性者の発生届がきたらカルテを作って、二回目、三回目かかった人でも、前回の番号を探しにいつてひもづけたりというようなことをしていました。そういうのが電子化していたら履歴も分かたりするのかなというのもありまして。紙カルテの場合でしたら、ご家族とのひもづけとか、そういう辺りがもう単発なので。

Sさん…その点、市町村は住民基本台帳がありますんで、その情報を引つ張ってきたシステムを使っています。市民のデータベースがあるようなかたちですよ。そこに接種記録をひもづけに加えるというかたちですね。ですので、X県さんとかだと、そういう住民記録がないから、その辺がちよつと大変ですよ。

Kさん…保健所の本来業務を含めて、そういういろんな情報を同じ人が別々のことで問い合わせがあっても、多



分全然またひもづいてなかったりする可能性もあるので、その辺りが課題かなと思っています。

Hさん…そうですね、普段そんなシステムって必要なかったりしていましたもんね。

Kさん…これまではあんまりなかった。医療機関からの発生届も、紙で書いてFAXで送ってくるのと、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HERSYS）という、入力をして電子でご提供をいただけるのがあるんですけど、X県の場合は半分以上がFAXなので、それをまた、保健所で手入力というのが、それをOCRで読み込んだりとかできるようになって、少し改善されたりとかつていうのがあつたんですけど、それまでは一件辺り一〇分ぐらいかけて、ひたすらそれを入力していて、そこで間違ひとか、元のお医者さんのカルテの住所が前のままだったりとか、電話番号が違つていて違う所に制限通知がいったとかつていうのがあつたりとしました。

Hさん…A市内でも、やっぱり今回コロナの先生との連絡は、まだメインはFAXです。メールをなかなか見ていただけなかったり、それでなかなかね……、お忙しいのか。それで、メールを送つても、メールは先生が見られるので、実際の活動してほしい看護師さんに情報がいかなかったりということ、やっぱりメールを送つてもFAXを送らなあかんとか、すごく何か……。

Kさん…その辺りが今後、まずは大きい病院さんからシステムで今の感染症の報告をしてもらうように、今働きかけていつているところなんです。なるべく紙で送るのを減らしていきたいなと思つています。

#### ■五類に移行してもワクチンだけ取り残された感じ

Hさん…今年も秋接種つていうのがやっぱり始まつて、皆さん打たなくつても、これが公務員の悲しい性<sup>さが</sup>というか、実際には接種される方がいないとしても、やっぱり制度としては準備をして、全部体制整備をしないといけないので、それに対しての準備だったり。まだ一二月末までは、回数としては少ないんですけども、集団接種会場の

運営もしておりますので、どうしてもそういったものが業務としては残っています。それと並行して各医療機関でも接種をやっていたということ、新しい型のワクチンが入ってきますので、またそれに対してクリニックの先生の対応とかそういうことがあります。打つ人は少なくともすることは同じだけのことが残っていますので、そういうことではなかなか業務はなくならないですね。みんなに「まだいるの？」って言われながらSさん…コロナ対策とかコロナ対応、経済的支援というのは、五類に移行したことでもうどの市もほぼほぼスパッと終わっているんですね。「もう五類なんで、インフルと一緒にすよ」っていうことで。ただ、ワクチンだけは取り残されたような状態でした。

来年度も、有料になって定期接種としては残るので。来年度からは年に一回ですか、高齢者さんは打つということです。

Hさん…予防接種は、私たちもすべて法律に基づいてやることなんですけど、ただ、それが高齢者インフルと同じ扱いということになると、また四類の指定にしました、国から言われて、どうしようという状態ですね。今、予防接種事業は、基本市町村実施になりますので、あとは市町村さんの裁量でどうぞとなっているんです。今までは、臨時で特別なので、一気にみんな打ちなさいだったんですけど、そういうわけじゃなくなってきましたので、今度は市に下りてきて、来年度どうしよう？ という話を、今また予算も含めて考えなければならぬ状態です。今は国から全部こうしなさいと指示がきていて、お金も国が決めて、それも全部一〇分の一〇で国が出してくるからの国の指示だったんですけど、それが来年度からはもう市町村の独自となりますので、ほんとに国もお金あげないから自分たちで好きなようにみたいなことになっていく流れになるので、今度からはまたちょっと大変です。私たちチームも、一応、多分三月で解散かな。次は、普通の予防接種として今、持っている保健センターのほうで一緒に考えていただいているかな。

## ■全国の市町村が同時に動く―人も物も取り合い―

Hさん…災害だと、災害救助法という法律でとりあえずは出して、国の査定が入って戻ってくるんですけど、今のコロナも同じですね。「こういうのでかかりました。こういう仕様でやりました」と、補助金の申請交付金申請等も国なので、厚労省に出します。

私も初めての経験なんですけど、全国の市町村全部が同時に動くので、もう物がありませんよ。もう全部取り合いなんです。看護師さん一人、ドクター一人の取り合いでもあった。なので、歯医者さんが打つてもいいよという話もあったと思うんですが、もうそれぐらいのレベルに。ですから、物に関しても取り合いで、冷静に考えたら、あんな？　っていうぐらいのこともほんとにあった。

だから、「それは高い」って言われても、「そんなん言つて、じゃあなしで打つてよかったですか」となってしまうので、その辺りはもうやる事が優先でしたね。何を優先かという事です。もうある意味、お金に糸目を付けなくても、接種率を上げるほうが大ねらいで、そのためには怖いものはなかったような感じです。

Sさん…コロナ当初に定額給付金って一〇万円の給付もあったと思うんです。あれも一斉にスタートして、ほんとに給付のスピードを争っていたような感じだったんです。どこどこ市はもう給付が始まったとかあったと思うんです。あの時ほんとに、その通知を送るために封筒がなくなりました。あれもほんとにスピード合戦だったので、封筒すら手に入らないっていう状況がありました。

Hさん…ちようどその時に、相乗りぐらいに接種券でしょ。初回とも、うちも乗ってきたので、印刷屋さんも取り合いでした。ほんとそうです。庁内でもそんな感じですよ。

Sさん…そう、そう。それで、A市も封筒、返信用封筒やったかな、どっちかが手に入らないっていうことで、ふるさと寄付とかでA4の紙を折ったら封筒になるようなやつとかがあったと思うんですけれども。それを封

筒に代用してやったっていうのを聞いていますね。やつぱりもう、全国統一でよいドンはちょっとしんどいっていうのはありますよね。

Hさん…あれはほんとにしんどかったです。だから、接種していた看護師さんや医師が青天井でとんでもないお金をもらって大もうけしたっていう話があったんですね。売り手市場もいいとこだったって。

Sさん…意外でしたね。

Hさん…そうです。その翌年ぐらいにそれをすごいいわれるようになったんですけど、なかなかそれはされようがないですね。そう、それに見合うっていうか、ちゃんと適正な価格での医師の派遣とかっていうふうに言ってくるんですけど、いやいやもうそんなのって言って。だから、医師、看護師さんも含めて、単価が自治体でもう全然違うんです。ですから、最初の五人の時に、そこもちょっと「あんたんとこはどうする？」とか、もうね、ほんとに看護師さん。でも、家庭に入ってしまった看護師さんも、結構これを機に社会に出ることになったので、看護師さんの復職にはいい機会にはなったということで、潜在看護師の発掘には結構よかったとは聞いています。

接種ができる人材確保は、市内だけじゃ足りなかったですね。A市はお金があるので、結構皆さん遠方から来てくれました。Aは割と電車で大阪からが多いので、結構来てくれました。

求人はハローワークさんと看護協会ですね。看護師さんは、ハローワークによく行かれるみたいなんです。民間の派遣会社もそのハローワークの情報を使って来ました。そして、自分のところに載せたりとかもしてくれます。Kさん…保健所が募集しても、やつぱりワクチン接種とかがあったらそっちへ行くので、保健所には来ませんとかっていうのはありましたね。ちよつとでも時給の高い所へ、派遣看護師さんはやつぱりそっちへ流れるとか聞きました。そういう情報もすごいって聞きました。

Hさん…もう基本、何年お休みしていても、免許さえ持っていれば問題ないです。注射が下手でも。A市に来ていただいた方については、一応、事前に面接もさせてもらってどういう状況なのか、そういうことはお話もさせてもらっていました。その時には看護協会さんのほうでも、離職してから期間が空いている方に限しては、研修をしますっていうこともやってくださった。多分、ほかの所では市でやつたりとかしていたのだと思います。大阪がちょうど看護協会さんでするっていうから、「X県もやってよ」ってお願いをして、そしたら「X県もちゃうどやろうとしてるねん」っておっしゃったんで、「じゃうちのそういう人たちを送り込むから、研修を受けさせてください」みたいな。看護協会さんともだいぶ連携させてもらいながらで。ただ、割とダブルワークの方が多かったですね。

お医者さんは、ハローワークではそのタイミングには乗れなかったんで、また別のルートで。みなさん収入が高かったようで、コロナ御殿つていわれました。

#### ■職員の残業手当やケア

Hさん…私たち職員はあまり変わらなかったですね、残業代がちょっとたくさんいただけぐらいだったかな。まだ、その時には管理職ではなかったたので。

Kさん…保健所も同じですね。係長と管理職はもう雲泥の違いになっています。コロナの時、保健所でも月一〇〇時間超える残業とかあったんです。A市さんでは、三六協定とか三三条か、延長届みたいなことはきちっに対応していましたでしょうかね。保健所は、ピークの時は遅れてまとめて三カ月とか半年分ぐらい労基へ出しに行ったりしていたんです。

Sさん…A市は、三六協定はしていないですね。特に協定の対象にはなっていないですね。

Kさん…県の場合は、保健所は三六協定の対象になっていて、保健所とか土木事務所ごとにそういう協定を結ん

でいたので、月八〇時間超えたり何かその基準があつて、それを超えたら、災害時の残業は認められるんですけど、きちつとその手続きをしなさいっていうのがありまして。そういうのがどうしても後回しになってたりして、怒られたりということがありました。

Sさん…市の中で、基本的には四五時間を超えたら部長承認がいるよとか、八〇時間になると副市長の承認がいるよとかにはなるんですけど、内部手続きだけです。ですので、コロナの時はもう災害対応っていうことで、上限なしでやっていましたね。

Hさん…はい。でも、一三〇時間超えたら産業医の先生の面接は受けました。そこは必須ですね。複数回受けましたね。

Kさん…あとは職員の方で、メンタルでダウン、長期療養になるとかつていう方とかやつぱり出られましたか？コロナの時とかそういう残業とかが多くてとか、住民さんからいろいろそういう苦情対応とかを受けてとか。

Sさん…割とワクチンチームはみんな元気でしたね。

Hさん…そうですね。ワクチンチームはみんな元気でしたね。

Sさん…住民対応は普段から結構多いので、普段からメンタルで倒れるっていうのは多いです。ですので、コロナだからつていうのはあんまり思い当たらないですね。

Hさん…全庁的に、ほかの部署でもそれぞれ業務を縮小かけたりとかやつていて。事業者さん対応はすごく大変です。詳しいところは、何が理由でどうなのかも分かんないですけどメンタルで休んでいる方は一定量どこもいらつしやるようですね。

Kさん…県も結構多かったです。X県も全国の都道府県と比べたら、一カ月以上の長期休暇の割合が多いとか。それで今の知事になってから、庁内のプロジェクトで働き方改革をやっているということですね。今の県知事は

元A市長なんです。知事選も三度目の正直やったんですかね。去年ですかね、統一選の時に当選されて、広域連合も全面参加になったということですね。

### ■コールセンターを設けて対応

Hさん…通知を出してからは市への問い合わせ対応などは、コールセンターを設けました。「予約が取れない」という苦情や、「集団接種での対応が悪かった」もありますし、ほんとにまあ、そうですね、ありとあらゆる日常あるような苦情が来しました。

まず大きいのは、「どこで打っているか」もそうですし、予約の最初はほんとに「受けたいのに予約が取れない」とか、全然「高齢者殺……」「俺はもう死んでもええつてことか」「ぐらい、「ちよつと待つてくれたら」つて言つても、待てない方とかはそういう方ともありましたからね。やつぱりそういうふうなところはすぐ多かったですね。私たちは公務員なので、それは最後まで聞いていないといけないですよね。まあどんなふうに聞いているかどうかは分からないですけど。

### ■コロナ禍での市制五〇周年事業―二〇二〇（令和二）年度～二〇二二（令和三）年度―

Sさん…二〇二〇（令和二）年四月で異動になりました。A市が令和三年に市政五〇周年を迎えまして、その市政五〇周年事業をするための市政五〇周年事業室ができました。令和二年度、三年度は、その五〇周年事業をコロナ禍でやっていったというかたちになります。

五〇周年ということで、本来でしたら大々的にやるべきところなんですけれども、コロナとどう共存できるかというところを悩みながらやっていった感じですね。

二〇二〇（令和二）年三月に市政五〇周年事業をやり出すということが議会で報告されたんです。ちょうど三月はコロナの感染者が出だして、緊急事態宣言が出たころだったので、その時にやるのかということで、すごい

議会でももめたようです。四月に私が異動した時には、もう緊急事態宣言も出ていた状態だったので、何をするのになつていうようなところからでした。本来そういう事業って、市民もいろいろ巻き込んでもうお祭り騒ぎ的なイベントをやったりするんですけれども。そういう意味では、やることは決まっていたので中止はないけれども、何ができるのかなあとということとか、いろいろ悩んだところがありましたね。

委員会みたいな市民を巻き込んだ組織もできなかったですね。当初は四月が来たら実行委員会を立ち上げて、みんなの意見を聞きながら、翌年度が本番だったんで、記念事業をいろいろ組み立てていかなきゃならないっていうような大まかな指示は受けていたんですけれども。そういう市民の実行委員会は、まず集まるのができなかったんで、できないし、イベントを企画しても、イベント自体も中止になったりもしますので、ほんとに私たち五〇周年事業室も、ワクチンチームにスライドするんじゃないかっていうのは思っていましたね。でも、市長も、市政五〇周年に対する思いがやっぱりあったみたいで、何とかやってほしいというような話でやりました。

本来は市民を集めて、部も庁内も横断的にいろいろ考えていかないといけないんですけれども。コロナ対応、ワクチン接種、もうそっちが忙しいので、市の職員からも「五〇周年なんかほんまにやんのかい?」、「何でそんな今、手伝わなあかんねん」みたいな意見もいろいろありまして、できるだけみんなの労力をかけずに、できるだけやった感を出すっていうところに対して視点がいましたね。

結果的には、緊急事態宣言が何回か出たり、感染の波があつたりしたんですけれども、記念式典とか大きめのイベントとかはちょうど感染の波が谷のころだったので、何とか無事にできたんですけれども。結果的に谷に当たっただけであつて、プランを立てる時点ではそんなことは読めないし、もうずっとこれかもしれないっていうなかでプランを立てていくのが大変だったんです。市政五〇周年の記念式典がイベントとしては一番大きかったんですけれども、やらないバージョン、招待客を半分にするバージョン、フルバージョンといういろいろ考えて



最終的には市長とか副市長に、どれでいきましよう？ という話ではあるんですけども、その辺の労力は三倍かかったような感じでしたね。

やらないほうに、やらないほうに誘導したかったんですけど、最終的には半分バージョンでやりました。式典はホールでやるので、受付にしても全部パーティションみたいなのを付けてとか、感染対策が結構大変でしたね。入る時の動線とか、出ていく時の動線とかですね。換気のタイミングとか、いろいろ考えてやりましたね。

時間は二時間ぐらいの感じですね。いろいろやりたいっていう思いも上にもあったので、式典とシンポジウムみたいなかたちで二部制にして、午前・午後でやったのかな。午前は式典だったので、市政にご尽力いただいた方とかそういった方を招待して表彰してもらって、昼からは将来に向けたシンポジウムっていうことで、客層を入れ替えてやらせてもらいました。なかなか気を使いますね、ああいうイベントは。

Hさん…あの時はほんとにクラスターがっていうので、もう何人かでも感染者が出たら、その何人かが市のイベントに来ていたってなったら、一番それがもう心配でしたよね。私たちも、何人か市民を集めた時にクラスターを発生させたらっていうのが、だいぶ気使いました。

Sさん…さすがに抗原検査を参加の条件にはしていませんが、ある程度市の方針として、検温をする、消毒をする、来る前には体温を測ってきてもらうとか、そういう基本的なルールはありまして、やるかどうかというのは、まあまあ各部署の判断っていうかたちでしたね。

オンライン併用のハイブリッド形式でやったりっていうと、そういう金額も余計にかかったりっていうのはありました。当初は感染対策用物品の購入っていうことで、総務課、庁舎管理のような部署でまとめて買って、それを補助金・交付金申請していたのですが、ただ、そういうイベントのためにこまめに買うとかはちよつと厳しかったみたいです。幸い何事も起こらずでしたが、もう賭けみたいなものですよね。

市民のみなさんが、市政五〇周年を盛り上げるよつていうことで、いろいろ五〇周年記念で冠を付けた事業を考えたりはしてくれたりということがあったんですけど、その辺はもろに感染の山の時にかぶつて中止になったりとか、いろいろありましたね。

その時は今の市長ですね。活発なフットワークの軽い方です。ワクチン接種の体制も整つて、基本的な感染対策もできているから、できることはやりなさいつていうような意識でしたね。もうそんな縮こまつていても駄目だよつていうような。やるほうはちよつとドキドキしながらでしたけど。だいたい規模を縮小しましたが、あのご時世の中では満足してもらえたのかなと思います。まあもつと盛大にやりたかつたとは思うんですけど、あの中ではできる限りのことはできたかなつていう感じでしたね。

#### ■介護保険の認定業務への影響

Hさん…介護保険の要介護認定業務では、厚労省から、「ある程度、こういう対象の方であれば、一年間延期してもいい」つていうような通知が来ましたので、まず特に、要介護五の人はもうほぼそれ以上はないし、よくなられる方つていうのも数少ないので継続でというような方とか、施設にお入りの方は随時とりあえず延ばしました。ただ、そのあとが大変だったみたいですけどね。その時は、一年延ばせばよかっただけで、私たちはそれに対応できたんですが、一気に切れていく人たちの今度は認定調査が次の年、その次の年というのがほんとに大変だったようには聞いています。

緊急事態宣言の時に一気に延ばしているんですけど、その次の年度もまだコロナは残っていたのにもかかわらず切れていくので、もう三年、四年となつて、それはすごくちよつと……。私はもう介護保険課を出てしまった身だったんですが、残った者からは、そのひずみとかあおりがすごく大変つていうことは聞いていました。私たちが最初に延期した時には、ある程度やつたら、もう夏ぐらいには感染がいったん落ち着いているんじゃない

いかみたいなところもあって、みんなこんなにコロナが延びるとも思っていなかったの。

特に、外出も控え誰とも会わずだと介護度は上がりますよね。どちらかというと地域包括のほう。私たちは、やっぱり会わないと調査ができないっていうことに関してどうしていかつていうのは、いろいろ悩みましたが、やっぱり訪問して会わないといけなかったケースもありましたね。ほんとにできるだけ短い時間で、お部屋まで行かないか、もしくはもうほぼ聞き取りで、何とかちよつと窓越しにお会いさせてもらうとか、施設は基本的にもう全部ほぼ施設の職員さんなり、同系統の事業所に委託させてもらうなり、なかなかそういうのはほんととは正しく判断できるかどうかっていうことは難しかったりするんですけどね。でももう致し方ないのでということでも対応しました。

新規の申請も受けないといけないので、受けはしますし調査も行きますが、何とかできる方法を考えて行っています。基本的に、新規の方は全部職員で行かないといけないですよ。ただそれが、どこまで許されるか。病院にも職員は入ってくれるなとかいうこともありましたが、なかなか調査ができるタイミングとかも相談をいろいろさせてもらっていましたね。

Sさん…高齢者対応の部門でもやっぱり聞きますよね。コロナの時は教室とかができなかったんで、訪問しようと思うけど出てくれないとか。高齢者は特に、すごかったですね。

Hさん…そう、エプロンとかないから、レインコートみたいなのを着てる介護者さんもいらつしやいましたしね。Kさん…そういう物資がちよつと足りない時がありましたよね。

#### ■通常の健診業務への影響

Hさん…私ではないんですが、ここの保健センター自体を運営していくなかで、保健師さんもほんとに大変だったと思います。がん検診とかもありますし、お子さま集めての育児相談とか、一歳半は集団検診をやっています

ので、コロナのさなかでというのは、だいぶ苦勞していろいろやり方も考えて対応をどんどんしていつてくれたつていうのは全部報告を聞いています。またさらにワクチンで借り出されていたので、保健師はほんとによく働いてくれましたね、みんな。

子どもを連れての親子教室は、おもちゃとかも含めて使用物品を毎回使用後に消毒をしたりするんです。育児相談の時には、わざわざ消毒用に一人来ていただいて、もうその人はもうひたすら消毒していたと聞いています。どこを触ったか分からないので、全部きれいに消毒してもらつてということで、物品の消毒もそうですし、もちろん来られた時に、窓口で一人ずつ検温つていうことも対象にしていました。親子教室は、本来でしたら集団を経験していただくための教室なので、ある程度的人数が集まってやるのですが、やっぱりそういうのはちょっとよろしくないということで、前半後半で二グループに分けて教室を実施したりとか。幼稚園のプレもあるので、間でおやつとかみんなで食べるということもコロナ前はしていたのですが、やっぱり食べるというのは感染対策上よくないつてことで、中止にしていました。本来でしたら親子教室の目的は、就園前の練習みたいなことも経験させてあげたかったんだけど、そういうことがやっぱりできない。どうしてもさせることはできないつていう対応でやりましたし、もちろん育児相談も同じですね。おもちゃも、本来でしたらキッズスペースを設けておもちゃを置いて、そこで順番を待つていただいている間遊んでもらえるようにつてしていたんですけど、それやっぱり子どもはなめちゃうことがあるので、そういうのは置かないで絵本のみとか、そのスペースも用意しないとかしていました。子どもたちもかわいそうだなというのはありましたが、そういう対応はどうしても、当時の対策としてはだいたいいろいろ気を使つてやつてくれていたというふうに聞いていますね。今は、五類になつてそれも廃止して通常に緩和つていうかたちで対応はしているものもありますが、まあまあまだちょっと。また今もインフルエンザの流行が始まつたり、コロナもまだ重症がないとはいえつていうこともあるので、一部まだ

継続というものもあります。

あと、妊婦さんに、郵送による母子手帳の交付申請の受付をやっているんです。オンライン相談も追加しました。そういうのも、だいたい考えて体制整備をコロナの時にやってくれたというふうに聞いています。

栄養指導とかもあるんです。実際に食べていただいてもかまいません。やつぱりそういうのもコロナ禍では中止つていうかたちをしておりました。

乳幼児の健診は回数を減らすわけにはいかないので、一回の対象人数の制限を設けたんですよ。重ならないように時間をずらして、接触なしで診るような感じですね。なかなか一人ずつというわけにはいかないですが、人数を減らしてはやっていきますね。A市の場合、一歳半以外は個別の医療機関、小児科さんで受けていただいているかたちになりますので、各クリニックさんでということをお願いしておりますので、特にそこはどういう対応でということはないですね。

Sさん…生後四カ月で「こんにちは赤ちゃん訪問」つていう、全戸訪問事業があるんですけれども。やはりお断りされる親御さんとか結構いらつしやつたみたいですね。ただ、うちとしては、虐待とかの関係とかを把握しないといけないので、会わないといけないというのもあります。ちよつとでもいいから見してとか、窓越しにちよつと見させてもらつたたりとか、玄関でちよちよこつとお話ししたりとか、様子だけ見てあとは電話でとか、そういう何とか訪問する工夫はしてくれていましたね。これは、平成二一年度から乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）という国で制度化された事業なので、もう全国的に一緒です。A市では、工夫して何らかのかたちで接触してくれていたつていうのがありますんで、コロナのせいで訪問が途切れていたつていうことはないですね。

Hさん…すごい頑張つて苦労はしてくれたと思います。でも、相対的に訪問拒否がやつぱり多くなつてくるので、

なかなか気軽に行けるとか、気軽に受け入れていただけるという部分では、実はまだそこは今は引きずっているかもしれないかなという感じがありますね。もう五類だとはいえ、つていうところ。

Sさん…「ちよつと近くまで来たから、最近どう？」みたいに、ふらつとついでにちよつと寄つてみてというのが昔は普通にあつたんですね。そういうのが、なかなか出てもらえなくなってきたつていうのはありますね。Hさん…若い子たちに、「保健師の特権は、おうちに訪問できるつていうこと。看護師は先生の指示がないと動けないし、助産師は助産に関することだけど、保健師の一番強みは、おうちに行つてお子さんの様子を見たりできるつていうのが、特権だから行つといで」つて言つたけど、こないだ「五件行つて、一人会えたかどうかみたいなそんなレベルになっている」つて言われて、ああ、私らともまた違う、かわいそうだなと思いました。でもそれも多分、コロナで会わない、会えないとかつていうことが、会わなくてもいけるということにもなつてきているのかなつていうのは感じました。コロナ禍のせいなのか、今はスマホでも情報はいっぱいもらえるからなのか。

#### ■通常の健康増進業務への影響

Sさん…健康課の保健師が、ワクチン接種会場でもヘルプに行つたりとかすごいありましたので、健康課の通常業務のウォーキングとか、禁煙系のプログラムとか、その辺りは止めていた、いうかたちですね。市役所全体としては、その事業全部を止めるつていうとこまではいつていないです。

Kさん…保健所のほうは、感染症とか精神とかそういうのは止められない業務だったんですけど、やはり母子とか健康づくりとかそういう事業はやっぱり軒並みもうストップだったんですね、やっぱりコロナ専従みたいな人たちで。ですから、特に保健師が県の保健師の場合は中堅が少なく、若い職員のほうがすごい多くなつて、三年目ぐらいまでは本来業務をやつたことがないという状態になりました。去年の四月、五月から、ようやく三年生でも本来業務を初めてやつていてというようところで、多分ご迷惑をおかけしていたりすることもやっぱり

多々あるような感じもしております。そういうPCPの影響で本来の係配属とはなっていないても、その事業を全然、特にそういう母子とか健康づくりの関係とかでしたら、まったくこれまでできずにといいようなところもあつたりしてましたね。

Sさん…そうですね、健康増進系は縮小気味でしたね。

#### ■自宅療養者支援体制に力を入れる「二〇二二（令和四）年三月

Sさん…二〇二二（令和四）年度から健康課に異動しました。二〇二二（令和三）年度末の三月にX県さんが感染者情報を、本人さんが希望されるのであれば市町村に下ろすという取り組みを始められました。その時に、A市も自宅療養者支援に力を入れようっていうことになり、二〇二二（令和四）年度に入ってから本格的に自宅療養支援センターとかの担当をさせてもらっておりました。ですので、二〇二二（令和四）年の自宅療養者の支援は、主となってやっていました。市民さんへの経済対策とか、そういうのはそれぞれの部署でやっていたので、その辺りは詳しくはわからないですけれど。

自宅療養者の支援自体は二〇二二（令和三）年度からされていたと思うんです。ただ、市としてもいろいろ支援しないといけないし、情報がないと何もできないので、感染者の情報をいただきたいっていうのを市長会とかいろんなところから県に対してお願いしております。それが令和四年三月から、市町村にも情報を渡すっていうことでいただけるようになりました。じゃあA市も大々的に支援をやるうということ、自宅療養者の支援センターを立ち上げたっていう流れです。

Kさん…県としては、それまでのデルタ株までは、基本入院・入所が原則だったんですけど、その二〇二二（令和四）年のオミクロン株により第六波になつてからもう感染爆発をしたので、さばき切れなくなつたんです。もう基本無症状、軽症者は自宅療養になりまして。もうそうなつたら、なかなか県ではお一人お一人への支援もで



きないので、個人情報提供に同意をいただいた方については、市町村さんに情報をお流しして特に生活支援とかサポートしていただくようになりました。いろいろやっていただいて、その辺の役割分担というのがなかったらとてもちよつと。

オミクロン株の時は二〇〇〇人ぐらいまったく手つかずのまま治癒された方が出てしまいました。そういう状況で、軽症者とかの特にファーストタッチとかは外部委託をして、役割分担して、そういう自宅療養で情報提供を希望の方は市町村さんにサポートしてもらうようなことにしました。特に次の夏の第七波以降は結構スムーズに流れるようになったので、その委託がもう少し早かったら、もう少しうまくいったんですけど、ちょうどその第六波の終わるころにようやく委託が動き出したという状態でした。

Hさん…その話が県から下りてくると、市としては、やつぱり仕事は増えるわけです。

Sさん…結局、感染者さんが不安になった時に、まずどこに問い合わせるかといったら、どうしても市役所とかに問い合わせが来るんですね。「県から連絡入るって聞いてんだけど、入らへんねん」とかそういう問い合わせとかいうのが、もともとありましたので。この三月をきっかけに市がどんどんやっていったというよりは、健康課としての対応はもうずっと、ずっと問い合わせはあるなかで、対応しつつつという感じでしたね。

Hさん…市町村は、それ以外にも事業がありますので、そのことのせめぎ合いというか。保健所がメインで市民さん対象の事業というのはあまりないので、そういうところもやはり。そつちも回しながらの電話対応ということもあるんで、支援センターを立ち上げて業務をちよつと分けてというようなこともありましたし、うちも増員をかけたり、臨時の方を雇ってとかそういうこともいろいろ検討しながら、先生と立ち上げてやっていきました。買い物支援は支援センター以前からやっていたんですけど、それもなかなか外部委託がすぐできない場合には、もうほんとに本庁の職員で、ルートとかもみんなて開拓してくれて、ほかの部署、部も超えて、全庁あげてコロ



ナ対策ということで対応しております。

Sさん…二〇二一（令和三）年にデルタ株が分かったころは、全員入院かホテルに入りきれたので、自宅療養者とか、自宅待機者っていうのはなかったんですね。その頃は、例えば妊娠中の方とかで同居の濃厚接触者さんで待機されている方への買い物代行とかをしていました。そういうのは二〇二一（令和三）年からもうずっとやっていたんです。本格的にデルタ株からオミクロン株に移るころ、二〇二二（令和四）年三月から軽症患者さんが増えたので、自宅待機者がどんどん増えてきたところ、自宅療養者と自宅待機者の支援センターができたというかたちです。自宅療養と待機両方ですね。自宅待機者・療養者支援センターという名称です。

この会議室をそのセンターとして、専用回線を引いて、生活支援の依頼とか、健康の問い合わせ。健康の問い合わせは専門的なものは下の階の保健師が対応していただくんですけども、「どこでPCR検査を受けられるの？」とか、「県から連絡ないねんけども、どうしたらええの？」とか、そういうこまごました全体の対応をこころでしてくれていたというかたちです。

自宅待機者への支援っていうのは、どこの市町村も大体似たり寄ったりだと思うんです。どこかがやっているからとか、医師会さんに「こういう仕組み、必要ちゃうの？」っていうアドバイスをもらいながら仕組みを作っていたっていう感じですね。ほかの市町村に、「どんな感じでやってはんの？」っていうような問い合わせを電話とかメールとかでさせてもらったりしましたね。X県下では、保健衛生部門っていうのが、年に何回か会議があつて、やり取りしたりしていますので、聞きやすいっていうのもあります。

Hさん…何かにつけてやっぱ私たち行政つて、他市はどうなん？ っていうのが絶対あります。X県下一二市ありますので、もちろんそれでもやっぱ南北で違うので、近隣市にまず確認っていうのはしていました。なかなかみんなどこも忙しいので、そんな定期的にも会議できていなかったですもんね。

## ■感染者の情報が入ってこない

Sさん…県から陽性者の情報がやつと下りてくることになったのですが、結局のところ実際はあんまり下りてこなかったんですよ。といいますのは、感染者の情報は、本人に「あなたの連絡先とかを市役所に伝えてもいいか」と確認していただいていたんですけれども、「伝えんといってくれ」という方が多くて。

Kさん…個人情報提供に同意する方の割合が結構少なかったって聞いていますよ。

Sさん…全然なかったです。二〇二二（令和四）年三月二日からプッシュ型といいますか、県から情報が下りてくるようになったのですが、三月二日から二週間後に一八人情報が入ったのですが、令和四年度一年間で五人だけでした。その五人も四月の感染者とかだったので、合計で二三人しか県から情報が下りてこなかった。本人が市役所に情報を与えてもいいよっていう数はそれだけだったんです。逆に、その時に県が情報を市に与えようか、それともご自身で市役所に何かほしいものがあったら連絡するかみたいな感じでおっしゃっていただいていたので、そういう直接連絡いただいた支援の依頼の人数としては、合計で一三〇〇人超えるような状況でした。これは、支援センターに支援の依頼があった人数ですね。問い合わせの数は数えていなかったんですけれども。

県から、「生活支援については市町村でやるんで、ここに問い合わせなさいよ」とっていうような、「何か助けがあるんやったら依頼しなさいよ」ということで感染者さんに郵便物を送っていらつしやったんですね。感染バックミみたいな感じで、パルスオキシメーターとか、そういう緊急時の連絡先とか一式です。「感染者の方へ」というリーフレットのような資料があつて、そこに各市町村の問い合わせ先が載っていたんです。それで、それを見て問い合わせいたどうか、あとは「県から連絡入らへんねん」というので市役所のページを見て問い合わせいたどうか、その二通りでしたね。

センターとしてチラシを自治会回覧したのは一番最初ですね。

Sさん…県から情報をもたらしたら、私たちからかけるんですよね。もう有無を言わず市から連絡が入りますので。逆に、陽性者の方が「自分の都合のいい時にかけるから、その連絡先だけ教えて」みたいになっていたのか、どっちかなのようになっていました。

市からだ、近いから自分とかが感染者がいるつていうのが周りにばれるとか思うんですね、きつと。県だとまだ遠いから、県が知つていても、どこの誰それなんて分かんないけど、市にわかつちやつたらつていうのはやつぱりあつたかもしれないですね。

オミクロン株になって、自宅待機者は、割と軽症の方だったので、「また困つた時に電話するわ」つていうような方も多かつたなつていうのはありますね。

自宅療養者は県から連絡がこない方はこちらからは把握できません。電話があつて初めてわかるんです。当初はこれじゃあ支援できないよつていうようなのが、話題になつていたと思うんですね。「コロナ陽性になつたんやけど」いうことで、「どんな支援が受けられんの？」とかそういう問い合わせがあつたりしてわかるというかたちでしたね。そのころのコロナ陽性はPCR検査でしたね。当時は薬局とかでやつてくれるというののはなかつたので。

Kさん…登録制になつたのが二〇二二（令和四）年九月ですね。

Sさん…私たちは基本的にしんどい市民さんだつたら対応していましたので、厳密に陽性者じゃない方もいらつしやると思います。

#### ■保健所でスクリーニング

Sさん…当時、住民の方から訴えの電話を受けると、すぐ医師派遣ではなく、まずY保健所でスクリーニングしていたかどうかという流れでした。

Kさん…もう聞き取りですよ。そういう医療職の方が基本すべて電話とかのやり取りになります。実際、直接診られないので、そこで判断しないといけないので。

Sさん…でも、大ごとになるようなことは幸いなかったですね。

Kさん…オミクロン株に変わっていたので。デルタ株だったらそんなわけにはいかなかったですね。

Hさん…濃厚接触者を追うのも保健所です。

Kさん…もう全部、二時間ぐらいかけて聞き取り調査をずっとやっていましたね。デルタ株まではずっとそれをやっていて、オミクロン株になったらとでもできずにもう省略化と、重症化リスクが高い人はきちっと調査して、そうでない人は外部委託でもう簡単に一〇分、一五分で聞き取りをするというような、仕分けしてつていうかたちでしたね。保健所には分厚いキングファイルの聞き取りの調書が部屋いっぱいにありました。電子カルテにしていたら、探す手間はいらなそうですけれど、このカルテがないっていつたら一時間ぐらいかけて探さないとけないんですよ、誰かが持ち出していたりとかしたらもう。次は電子カルテにしないとけないなっていう話をしています。

#### ■自宅待機者・療養者に対する買い物代行支援

Sさん…陽性になると、辛くなくても外出できないので、「どうしたらええねん」みたいな問い合わせは多かったですね。

ほかの市で多かったのは、感染パックとして一週間分ぐらいの食料を詰め込んだ箱を郵送しますっていう支援ですね。おかゆとかレトルトのカレーとかカップラーメンとかお水とかかな。を、一律それを送ってお渡しするっていうところが多かったんです。でも、A市は買い物代行っていうことで、本人さんが必要とされるものを職員なりが買い物に行つて、それを配達するっていうかたちを取らしていただいていたんですね。

ただ、他の市でやっていた感染パックって無料だったんです。うちは買い物代行だったんで、実費負担っていうことでさせてもらっていたので、「よその市やったら、もう何か食べもんいっぱいもらえたのに」っていうような苦情は多かったですね。

お金のやり取りは、後日振り込みということで、納付書を送りさせていただいていました。まあ、その辺りですね。いろんな市の考え方があると思うんですけども。A市としては、やっぱり感染された方にもそれぞれの状態があると思いますので。待機しているだけの方だったら、おかゆなんかもらってもいらんし、逆に元氣じゃない、ほんとにしんどい人やつたらカップラーメンをもらってもいらんしっていうことで、本当に必要な物をお渡しできるようにということで、感染パックじゃなくって、買い物代行っていうかたちを取らせてもらいました。あとは、配達っていうかたちを取らせてもらいましたので、当日、遅くとも翌日には手元に届くというかたちにはなりましたね。ほかの市では、ある程度パックを作っていて、それを発送、郵送するかたちでしたので、早くても二日後というところも多かったように。今、困っている人ともいますので、そういう意味ではまあまあよかったのかなと思っています。いろんな苦情はありましたけど。

買い物代行受付もここでしたいました。買い物代行自体は、二〇二二（令和四）年度に本格的になった一年間で約二〇〇件でした。平均すると一日一件ですが、一番ひどかった七月、八月、第七波ですか、あのころはもう一日一〇件とかでした。二〇件まではいかなかったですけど、十何件ですね。

買い物代行では、常温で配達できるものっていうことで受けていました。夏が一番多かったんで、スーパーに買いに行つて、夏の炎天下に一〇件も運んでいたら、ずっと買ったものを車に置いとかないといけないですよ、最後のほうの人の配達分もずっと。それでも耐えられるような物ということで、要冷蔵の物はお断りさしてもらっていました。ですので、加工品とかが多かったですかね。食料以外でも対応していました。ですので、トイレッ

トペーパーという方もいらっしゃいました。生活必需品、もしくは食料が中心ですね。医薬品、薬とかは、買えなかったんです。私たち職員が買いに行くので、自分たちのための医薬品じゃないので、それはさすがにちよつと遠慮してくださいっていうことでスーパーに言われてしまっています。その辺りは、最終的には薬局で薬剤師さんがやられたりしていたって聞いています。そういうもの以外でしたら大体、要望があれば買って届けられるという感じでした。

#### ■自宅待機者・療養者に対する移送サービス

Hさん…受診したくても発熱で車がなくて医療機関へ行けない方は、移送サービスも独自でしていました。

Kさん…それは画期的だったと思います。発熱の方はタクシーは使っては駄目だということだったんです。

Hさん…帰る足もないっていう時もありましたね。入院せず帰らないといけない時が一番困ったって皆さんおっしゃっていました。

Sさん…医療機関まで行くのは行けたけど、陽性になったらタクシーに乗せてもらえないというので。

Kさん…救急車でも運ばれたけども帰っていいよって言われた、帰りの足がないというのがそこが一番困りますよね。電車に乗ってくださいとは言えないし。

#### ■自宅待機者・療養者の容体急変時の対応

Sさん…自宅待機者・療養者支援センターで気を付けていたのが、高齢独居の方とかですね。「感染して何かほしいねん」とか、「支援物資がほしいねん」って言われたら配達するんですけども。センターに余裕がある時は、連絡を頂いてから二日後とか一週間後とかに「お加減どうですか」ということで確認の連絡は入れるようにはさせてもらってましたね。そういった方が急変されて何かあったらということでは、やはり何かあるか分かりませんので、配達の時も「もし何かあったら市役所に言うてね」ということは言っていましたね。

あとは、自宅療養者さんに対しては、保健所と地区医師会の協力を得て、容体が急変された方の往診体制つていうのを整えました。医師会なので地元の開業医さんですね。

Sさん…容体が急変されたり、入院が必要になった時つてもう抗体カクテル療法の点滴しないと入院さしてくれへんとか。ふらつと行つて入院はさせてくれなかつたらしいんですね。

それで、そういった場合に往診対応とかで点滴をしていたら、そこから入院をされるということもしていただいたりしました。どうしても、自宅待機、自宅療養されていて急変された場合でも、なかなか病院につながらない、保健所にもつながらないつていうような状態もありましたので、そういった時の医療体制を何とか整えるつていうかたちで、ご協力いただいたつていうところですね。

実際、医師が出動してケアしたケースは、確か一〇件弱ぐらいだったとは思うんですね。ありましたね。何件かは、電話での診療だけで済んだのもあるんですね。診療時間が終わつてから「ちょっとうちおいで」と、往診対応できない場合に診療所に行つてもらつて点滴をしたとか、そういった状態もあつたつていうのは聞いています。

ほんとに容体が悪くなつて、助けてつて言いたいなと思つた時は、まずここに電話がかかつてきます。まず第一報が入り、ここから医師会につないで、医師会で「今、対応できるお医者さんいますか？」みたいなのを投げつけてくれたつていう話ですね。医師会のほうでも、何でもかんでも来られたらかなわんつていうのもあつたので、まず保健所である程度スクリーニングしてくれて、あ、この人は確かに往診が必要かなと判断してくれて、そこから市にかかつてきたりという流れになっていました。

#### ■一番しんどかつたオミクロン株の時期「二〇二二（令和四）年七、八月頃

Sさん…一番業務が密で大変だった、しんどかつたなつていうのは、やっぱり七月、八月ですかね、あの二〇二二（令

和四）年のオミクロン株の時期。第七波で数がぐっと上がった時ですね。問い合わせ対応とかも、健康課の保健師ももうずっと対応してくれていたし、こつちも電話がパンクするぐらいでしたので。

Kさん…ワクチンもあつて、ワクチンの対応もしていただいていたつていうことでしたしね。

Sさん…自宅待機者の支援については、ある程度仕組みを作つてしまえば流れますので、仕組みとかそういったところで困るものでもないんですね。要望が多かった時にパンクするつていう、そこが大変だったつていう印象ですね。

電話対応は職員がやりまして、物品の配達とかは、シルバー人材センターの職員さんに委託していました。当初は、シルバー人材センターの職員が買い物もして配達してたんです。それが、やはり第七波の時はもうシルバー人材センターさんも、「二〇件も買い物、ようやらん」みたいになりました。シルバー人材センターさんには宅配だけをお願いして、商品を集めるのはコープさんに協力いただきました。

こんな物が欲しいというリストをコープさんにお送りして、コープさんでこの人の分、この人の分つていう商品を集めて。シルバー人材さんはそれを受け取つて配達するだけという流れでした。中にはやつぱり、国産大豆の豆腐とかそういう細かいオーダーもありましたので、買い物するだけでも大変で。

Sさん…オミクロン株の時は、ほんとに対応する数、問い合わせの数、激増しましたね。

Kさん…多分、地震と一緒に思いますね。発災直後の避難所対応みたいな感じだと思いますね、そのオミクロンの時は。

Sさん…ほんとに、オミクロン株になつて、亡くなられる方とか重症になる方はほとんどなかったように思うんですけれども。ただ、それよりも多くの方が感染して、自宅待機つていう、濃厚接触者つていう方の対応が。特に濃厚接触者が大変でしたね。



#### ■五類移行で自宅待機者・療養者支援センターは完全に閉じる―二〇二二（令和四）年末

Kさん…令和四年の秋頃には、短時間の食料品とかの買い物ぐらいはもういいということで。第八波の時ぐらいなので、最後までいいですね。

Sさん…そのころは、「買い物、出られへんの？」という問い合わせがあつて、「短時間やったら大丈夫ですよ」みたいな、そういう問い合わせ対応もここでやっていました。

支援センターは二〇二二（令和四）年度末まではありました。五類移行で完全に閉じました。やはり五類になったというのが、コロナ対応としてはおつきいですね。二〇二三（令和五）年度入ってから、下の健康課で対応していたような状況です。

私たちの業務としては通常業務に戻っている状態です。今はほぼノータッチで、たまに問い合わせが入るぐらいです。もう語ることができるような感じになりましたね。

#### ■市町村独自の経済的支援

Sさん…経済的な支援とかは、ほんとに各市町村でまちまちでした。クーポンを配ったりとか、いろいろありましたね。あの辺は各市、独自性を出してやっていますんで。やっぱりその市町村にお金があるかにかかってきます。Hさん…いろんなうわさが入ってきますよね。特にA市は、昔っから、大阪はこうだからみたいなことはよく言われてきましたし、X県内よりも大阪とよく比べられていましたね。

Sさん…自宅待機者の支援にしても、「陽性になってんけど、何してもらえんの？」とか、そこから始まります。そういう問い合わせも最後のほうは多かったですし。やっぱり「陽性やいうたら、あんな食料品がただで届いてん」とかって言うてる市町村もあつたり、「隣の市やったら飲食来んのに」「いろいろもうたで」とかそんな対応が聞こえてきましたね。まあまあ経済的な効果はあったんでしょうけど、いいのか悪いのかっていういろいろありますよね。

## ■国からのコロナ臨時交付金

Sさん…無料の感染パックのお金は国からです。コロナの臨時交付金っていうのがありまして、こういうことに使つていいよというのが決まってるんですね。例えば感染対策とか、経済的支援とかですね。そういう区分で、ある程度国から、こういう体でこういう対策が考えられますという例が出たりして。そういう枠でそれぞれの市町村がどんな対策をするのかを考えて予算を取るんです。A市はこれぐらい対策に使いますという予算を申請して、交付が決定されてから事業を行つて、最終的に確定したお金が来るといふかたちですね。

やつぱり最初の計画を立てる時にはなかったような項目があとから出てきますが、それはある程度、感染対策といったところの本筋に乗っているものでしたら、大体大丈夫です。

Sさん…コロナの交付金を使つて、何か新聞とかで話題になつていたようなものもあると思うんですよ。恐竜のオブジェを作つて、こんなコロナ対策かみたいな。各市町村知恵を絞つて、何とかリンク付けをするというんですか。あれができるぐらいだから、相当自由度は高かったんですね。どうしても一〇分の一〇の交付つてなると、いろいろ。

基本的にA市は、コロナ対策としてちゃんと区分にのつとつてやっているんで、こじつけたようなのはなかったって聞いていますね。

Hさん…はい。大丈夫でした。

Sさん…会計検査は、幸いコロナ系では当たつてないみたいです。X県に来るつていうことで、A市も該当に入っているよという情報は入ったりしたんですけど、最終的に当たつてはいなかったみたいです。

## ■コロナ対応で一番悩んだこと

Sさん…コロナ対応では、私も含めてうちの保健師も悩んだところが、医療的な点でなかなかアドバイスが難し

かったことですね。一般的なことはアドバイスできるんですけども、濃厚接触者になるのかとか、その医療面での相談とかですね。基本的にX県が医療の面を担当していただいていたんで、そういった問い合わせがきた時に、結局「保健所に聞いてください」という回答になってしまふんです。せっかく問い合わせをいただいているのにまた別のところに振るかたちになるっていうのが。担当の保健師たちも申し訳ないなあと思いつつ、やっていたですね。うちに権限がある話でしたらいくらでも対応できるんですけど、うちでは対応できない相談もどうしても多く入りますので、そこが悩んだというか、かなわなかったなっていう部分です。

明確な定義がないという状況のなかで、当時はほんとに「こうこうこういう状況やってんだけど、私は濃厚接触者なんかなあ」という問い合わせも結構ありましたので。他にもいろいろあつたんですけどそれが一番分かりやすいところですかね。

Hさん…私はもうすべてに渡って、いろんな意思決定をしないといけなかったので悩みました。ゼロから作り出したもんね。でも、逆に介護担当からのワクチンチームだったので、健康課で予防注射を持っていたこともあつて、基礎的なノウハウはあつたんですけど。健康課と切り離されていたから、健康課のことを考えずにエイヤーで動かしてもらっていました。逆に、ほんとにいろんなことを決めないといけないのも、もうお尻が決まっていたので、仲間とかに助けられて、やるしかなかったんです。保健師も言っていましたね。ほんとにいろんなことがあつたんですけど、A市には今全部で三十人弱は保健師がいるんですけど、私がこうしたいって言ったら、各会場に保健師も二人ずつ配属っていうのもみんな協力してくれて。マニュアルを作るのにしても、一個たたき台を作ると、みんなが作ってくれてっていうようなぐらいで、ほんとに助けられてやっていました。こうやるっていう意思決定は誰かがしないと動かないので、最終はもう、全部責任は、市長が取るかっていうところで。もうすべて、喉元過ぎれば熱さを忘れるなんでしょうけどね。チームの中にもリーダーがいてくれて、彼と相談しながら、ほか

のメンバーも頑張っていたので。何よりも、私は今これからのほうが、かなり不安になってきているほうが多いです。保健師の、本当の仕事がまた入ってくるところの、そっちのほうが今不安がかなり高いぐらいなのですが、私が一番ほんとにドキドキしたのは、大きな事故とか、市民が亡くなるとか、安全に接種を行うところですね。それはもうみんなにだいぶ強要したというか、安全に安心してワクチンが打てるようにということで、市民もそうですし、来ている看護師さんたちに万が一の針刺し事故とかそういうことも、自分が少し病院勤務をしていたんですけど、見たことがないことに対して、何を準備とかつていうこともあつて。実際起こつてしまった時のイメージはできるんですけど、それができるのかとかいう不安はありました。ですから、ほんとに県の補佐にもすぐに電話して、他市の保健師の先輩にも電話して、もう全部に助けてもらっていました。まずは、ほんとに安全に事故なくつてというのは、もうどこでもでしたね。会場を最大三会場同時に回していて、一応みんな保健師が回してくれるので安心なんですけど、どこの会場で何が起こっているかというのが、常に携帯を持って走るつていうのはありましたね。

#### ■これまでの対応を振り返って

Hさん…ほんとに、市は市でというか、本人さんからの情報を受けるしかないもので、やっぱり気になる方とかがどういう状況なのか、ほんとに感染されているのか。今A市に何人感染している方がいるのかいなのかも分からない状況つて、すごく私たち困るんですよ。イベントもそうですし、事業をするのもそうですし、相談を受けるのもそうですけど、体制も整えようもないので、それはすごく困ります。もうほんとに速報でテレビに出る、それで私たちも知るみたいなどころなので、それがもつと県と連携ができるというのであれば、改善したかなというところはあるんですけど。なかなかそれも、保健所も忙しくて、多分それどころではなかったのかもしれないので、それはちょっとモヤモヤしたのはありましたね。

Kさん…それで今後に向けて、市町村と保健所とかが集まる場を定期的に設けて意見交換をして、市町村ともIDパスワードでここまでは情報を見られるみたいなのを決めて見ていただけるとか、そんなところまで持っていけたらなというふうには思っています。とにかく普段からやつぱり顔の見える関係を作っておかないと、いくらそういう時に助け合つてといつても、なかなかコロナの時にはできなかった分、これからやつていこうという事です。

Hさん…ここ最近急に保健所との会議も増えて。ただ、保健所も私たちもそうなんですけど、二、三年単位で異動とかがどうしてもあるので、なかなか顔の見える範囲も難しかったりするところではあるのかなと思います。

Kさん…東京都の感染症対応を踏まえた都保健所のあり方検討会報告書がこの前出ていまして。管内の保健所で、この人はA市さん担当とか市町村の担当を決めて、普段からそういう何かニーズを全般的に把握することを東京都は計画をしているようで、すごいなと思つていて。

Hさん…そうですね。今も多分母子保健では、A市はAさんが担当いただいたりとか、それぞれ一応地区担当みたいなかたちはしていただいています。

Kさん…そういう普段から関わりを持つ人つていうんですかね、分野だけではなく全体的にとか、そんなこともいいかなと思つたりしてまして。災害の時とか、こういうコロナの時とかお互い連携とか役割分担とかも、またこれから考えていかないといけないのかなと思つています。

Sさん…やつぱり役割分担が初めてのことで、国と県と市町村の役割がもう走りながら、決まっていっただような感じでしたね。最初のころはやつぱり、県の保健所が入院とホテル待機みたいなのも全部やつていて。あれは広域に施設が点在しているから、市町村ごとではやつぱり難しかったかなというような気がするんですね。ホテルとかの宿泊施設があるところあればないところもあつて。それはもう県じゃないという感じでした。病院と

か大型の施設で半隔離みたいなのはやっぱり県じゃなきゃできないだろうし、一方で地元で滞在している人たちの情報は県が持つていても何も役にも立たなくて、そういったフェーズで、これはどっちがやるつていうので、災害時みたいに組み立てがなかったんですね。

Kさん…今回を踏まえて、多分これからそういうのも、どの分野は県でとか、ここは市町村でとかそんな、分担を考えていかなきゃならないですね。予防接種を通常業務の市がやるのは大変です。選挙の通知みたいなのを続けざまに四回、五回も、しかも情報を間違えないように入れていかなきゃいけないし。

Hさん…県もワクチンを大規模接種で、文化会館でとかいろんなところでもいただいていました。あと、自衛隊が来てやつていた所もありましたね。

Kさん…X県では自衛隊による接種はなかったですね。大阪と東京だけです。大阪は、国もやり、県もやり、市町もやりみたいな。もう、あれもめちゃくちゃな大混乱になって。

Hさん…体育館でもやりましたので、私たち保健師が、「いや、ここ普通に体育館だよな」みたいな、何でここで衛生物品とかを扱うの？ とかも、そういうのもかなりドキドキしましたね。看護師さんから「暗い」つて言われて、「いや、文化ホールだから、普段コンサートしかしないし」みたいな、「もうちよつと光が」言われて、「病院じゃないから」つて言わないといけないという状態でやつていましたね。

## ●政令市保健所担当職員の対応その一

エスノグラフィ―調査日時…二〇二四年七月二六日

仙台市保健所感染症対策課長 Sさん

仙台市保健所感染症対策課感染症対策係長（獣医師） Uさん

Sさん…新型コロナウイルス感染症対応が始まった当時は係長、対応の途中から主幹を経て課長として。新型コロナウイルス対応にあたる。

Uさん…獣医師。二〇一九（令和元）年度に市内他部署から、仙台市の感染症部局に着任。二〇二〇（令和二）年四月に担当者から主任に昇格、二〇二一（令和三）年から係長職として新型コロナウイルス対応にあたる。

### ■感染症流行初期の対応―二〇二〇（令和二）年一月

Uさん 私は最初に市内他部署から、仙台市の感染症部局に着任したのが二〇一九（令和元）年度でした。令和元年度に着任し、感染症対応の基本を学ぶ中で、二〇二〇（令和二）年一月に、厚生労働省から中国の武漢市において非定型性肺炎（「中華人民共和国湖北省武漢市における非定型性肺炎の集団発生に係る注意喚起について」（厚生労働省 令和二年一月〇六日事務連絡））が発出され、強い危機感を覚えて、早速当時の係長、課長と保健所に通知書をお渡したのは記憶に残っています。

そうこうしているうちに、WHO（世界保健機関）でも、まだ人から人にうつるか分からないという話が出る等混乱している様子であつたように記憶しています。ダイヤモンドプリンスス号（クルーズ船ダイヤモンド・プリンスス号での新型コロナウイルス集団感染）から乗客の方を下船をさせる事となり自衛隊や他自治体の方と連携して対応した事等が印象に残っています。

そこから他の自治体や国との調整が大きく動き出し始めたところもあり、通常の感染症対応における外部の調整とは異なる状況を強く感じたところでした。

Sさん その頃、そのような事態に危機感を覚えた課長から、Uさんに対して、毎日の記録を付けるよう指示があり、当初、時系列でまとめていました。

ホームページでの市民の皆様への呼びかけや、国通知の共有、県とのやり取り等、事細かに記録をしました。しかし、毎日対応をまとめられていたのは、国内で一人目の患者が確認される前まででした。

Uさん そうですね。やはり、初動における情報の整理っていうのは非常に大切と感じています。課長・係長から教えていただきながら進めていくなかで、その時、私は職員になって七、八年経過しており、様々な業務経験をさせて頂いておりましたが、未曾有の緊急事態となると、なかなか通用しない部分も多く、初期のころは無力感を感じてしまうこともありました。一方、通常とは違う事を身に付けなくてはならない事を認識した記憶があります。

#### ■帰国者・接触者相談センターの設置ー二〇二〇（令和二）年一月

Sさん 市民からの体調不良の相談を受ける帰国者・接触者相談センターを、二〇二〇（令和二）年一月に当課と市内五つの区役所の管理課と一緒に立ち上げました。週末も対応を行うため、土日も含め、しばらくは各区役所から職員が交代で対応を続けていました。電話で相談を受け、心配な症状がある際には、病院で検体を採取、検査を実施していました。



また、五区役所の管理課でも、当課でも一般的な相談を含めた電話対応も行っていました。次第に一般的な電話対応の時間はなくなりました。平日は隣の課の職員に電話対応をお願いしており、市民の方も次第に病気に對する怖さ、不安がとても高まってきたので、仙台市に對する言葉もかなり厳しいものになっており、その際に電話対応をいただいた方には、大変な苦勞をされたと思います。

Uさん いろんな方の協力がありました。

Sさん 隣の課の方も、担当課につなげと言われても、「私が受けます」と受けてくださるなど、何時間も電話対応を続けてくださいました。そういった相談は、当課はもちろん各区役所にもたくさんかかってきていたと思います。

#### ■県と一緒に電話相談窓口を立ち上げー二〇二〇（令和二）年二月

Sさん 二〇二〇（令和二）年二月に入り、宮城県が一般的な電話相談窓口の立ち上げ準備を行っており、「仙台市も一緒に対応させてください」とお願いし、一緒に立ち上げました。宮城県と仙台市の職員が一室に集まり、ともに電話対応を行いました。

当時、電話相談の対応をされた方は、本当に苦勞されたと思います。仙台市役所の中で感染症対応担当部署は、当課と各区役所の管理課とされていました。当時、COVID-19または新型コロナウイルス関連の対応は、すべて担当課ということになりました。電話相談窓口の対応職員の手配、声掛け、マニュアル作成、細かい対応など、係の人員がそれぞれ異なるコロナ対応に専属で従事するような状況にシフトしていきました。

Uさん 一例目の患者発生の前後ぐらいが大変だったように思います。そこに至るまでも、陽性者の方が確認された場合を想定した様々な対応であったり、市民の方、庁内からの問い合わせに対応できるよう準備を進めていました。

## ■法律上の規定の変化に伴う運用の苦勞―二〇二〇（令和二）年二月

Sさん 二月にコロナの法律上の位置付けが変わったことを覚えています。

Uさん 日本に存在しない、非常に雑な言い方をすると、危ない感染症については、罹患<sup>りかん</sup>した方の人権制約をしても、入院するなどして治療を行いながら隔離措置を取ることが法律上規定されていたのですけれども、新型コロナウイルス感染症については、まだ未知の感染症であるということで、その法律の適用の対象外でした。二月一日に「対象とする」政令が施行されました。一方、その法律に基づいた運用をどのように構築していくかについても苦勞した記憶が残っています。

感染症法に基づく入院先の病床は限られていましたし、入院の際に、説明もしつかりしなければいけないですし、その医療費を公費負担する上でどのように対応していくか等について苦勞があつたように思います。

Sさん 医療費の支払い事務や患者への説明は、感染症担当部署の職員が行うので、どのように対応すべきかと一例目からとても対応に気を遣いました。入院の強制力があるもので、私たちのみでなく当時の管理課職員は、本当に大変だったと思います。

Uさん 患者様としても、不安はあつたのだと思います。

Sさん 重症化する割合も初期は大きかったので、患者さんでも大変不安ではあつたと思います。

## ■一例目の陽性患者発生―二〇二〇（令和二）年二月二十九日

Uさん 二〇二〇（令和二）年二月二十九日、市内一例目の患者が確認されました。クルーズ船（ダイヤモンド・プリンセス号）から下船された方の健康観察を行っていたところ、症状が出てきたので、検査を実施したところ、陽性が確認されたものです。二月二十八日の夜中まで課長も一緒に仕事をしていた事を記憶しています。

Sさん 一例目の陽性患者発生までにも、たくさん感染疑いの方がいらつしやいました。毎日、複数件の感染

疑いの方の検査を実施し、その結果の陰性が続きました。もし、その方が検査結果陽性の場合には、直ちに1例目の患者として公表することとなるため、初期の全ての感染疑いの方について公表の準備と調査の調整の対応を行っていました。

また、一例目の陽性患者発生に備え、どの病院で入院を引き受けてくださるのか、事前の病院との調整、仙台市全体の感染症対策にご意見をくださる専門家の先生を中心に市内の病院の先生方に集まっていたいて、勉強会を開催するなど、地ならし的なことができていたので、そのような意味では、一例目の対応につながったかと思います。

Uさん 当初走りだしは、コロナに携わる担当者は、係長以外は私一人しかいなかったです。そこからは少しずつ担当者が増えていきましたね。

Sさん 私たちは公表に慣れているわけではないので、局のとりまとめ部署も心配し、陽性が確認された際の公表の事前準備について教えてくださいました。そのような状況が一カ月近く続き、一例目の患者が確認され、関係部局とやり取りし、市長緊急記者会見を行いました。テレビ、ネット等でもLIVEで流れ、大変な騒ぎとなつたと記憶しています。

閉庁日でしたが、課内の電話が全部鳴りました。職員が少ない中、電話が鳴り続けている光景をよく思い出します。市民の方からのお叱り、お尋ねなど、翌週月曜日の朝も電話が大変入り、職員総出で対応したと思います。が、あまりにも大変だったので、今は思い出せません。

#### ■一例目の患者確認以降、業務が複雑化

Uさん 一例目の患者が確認された二月二十九日以降、患者が増え始め、この辺りから業務が複雑化してきましたし、その日その日、手探りで何をすべきかそれぞれが考えて対応しておりました。

私も、つたないなかで、こうしたらいいのかなとか、いわゆるクラスターが発生したら、そこの情報を学んだ

ことを生かして情報を整理したらいいかなと思いましたが、やはり上の方も見る余裕がないので、果たしてこれは作り続けているのか分からない状況でした。

課長が、「これはまだ作っていたほうがいいよ」とアドバイスしてくれ、とりあえず作り続けようと考えたこともあるので、課長も大変お忙しかったと思いますが、やはりリーダーが全体を見てできる限りアドバイスをしていくということは、緊急事態において大切なことだなと思い、今係長をやっていくうえで、意識しているところでもあるんです。

Sさん その後、患者数は、後半は一日に何百人となりましたが、初期では、一例目の後に二例目まで間があきました。あいかわらず感染疑いの方は多く、毎日陰性の結果が続くのですが、二例目の陽性が確認されると公表が必要で、公表するからには、感染疑いの方についてすべて当時のU係長が各区とやり取りして、情報共有していました。様々な対応がある中で、公表情報も集めることはとても大変だったと思います。

また、初期は、患者の受け入れ医療機関とのやり取りですとか、当時の保健所医師が直接病院とやり取りし、患者さんの受け入れをお願いすることが続いておりました。

Uさん 対応を開始して最初の一年間はすごく長く感じた気がしますね。

Sさん 各区役所の管理課では、個々の患者への対応を模索してくださっており、どうしたらいいか分からないという思いはあつたかと思います。

Uさん 患者さんの命に関わるかもしれない対応をしながら、それだけの業務量に対応しなくてはならないという現場の職員の方のご苦労は大きかったと思います。みな、誰が感染しているかについてとても敏感になっていましたよね。

患者とのコミュニケーションを区役所の管理課の職員、保健師職員にも対応いただいているなかで、保健師職

員の方々はやはりプロなので、患者の「大丈夫です」という言葉についても、電話の息づかいがどうかなども確認し、やはりその人の命をつなぐ業務を行っていました。

### ■記者発表内容の精査

Uさん 患者情報に係るプライバシーへの配慮は非常に大事ですし、われわれも保健所なので、公衆衛生上、市民の方に気をつけていただいたための情報発信もやはり重要なポイントだと思っています。情報発信を行う上で、公衆衛生上、その公表内容が果たして必要であるのかということを専門職として精査したうえで、公表内容を調整していたことを記憶しています。

Sさん 行動履歴をどこまで公表するのか、初期のころは細かい情報が他の自治体からも公表されていました。感染が拡大するにつれて、公表する内容を見直ししていました。

Sさん 一例目の患者確認前に、広報部局との調整も行いました。私たちは直接ではありませんが、当時の私たちの上司が、報道機関からの質問に対して対応することが続きました。

Uさん 誤ったことを公表できないプレッシャーを感じながら毎日ニュースで報じられる記者会見を観ていました。

### ■県との連携による入院調整と搬送

Uさん 医療機関では、命をつなぐ作業が日々繰り広げられていましたね。

Sさん そうですね。医療ひっ迫といわれますけれども、入院の受け入れ準備ができている医療機関のベッド数がどうしても足りず、入院調整が困難な時期もありました。法律上は陽性の方は入院していただくこととなりますが、どうしてもお待たせすることとなる。

その際に宮城県が「一緒に入院調整をしましょう」とお声がけくださり、仙台市から入院調整専門の職員班を立ち上げ、日替わりで毎日県庁にお邪魔して、県庁の方、入院調整を受け持ってくださいる先生方も県庁につめて

くださって、日替わりで毎日一緒に入院調整をしてくださいました。その後陽性者が増えてくると、自宅療養や宿泊療養施設での対応も立ちあがりました。

Uさん 宿泊施設への移動のための車が足りない等の問題もありましたね。

Sさん 民間救急に加え、タクシー関連の協会、また、有志の職員の手も借りて患者搬送を行いました。

Uさん 二〇二〇（令和二）年から二〇二一（令和三）年ぐらいまでは、そのような体制を組み立てられる期間であつたと思います。

Sさん 入院調整に関しては、その地域ごとに医療圏が分かれています。仙台医療圏の中で仙台市と宮城県とが別々に入院調整をしていたものを、一緒に調整いただきました。調整役として日替わりでご対応くださった先生方にご相談し、医療的な判断をいただきました。救急対応の先生の他、小児科専門の先生、感染症専門の先生、透析専門の先生などアドバイザーもいらつしやる中での調整でした。

Uさん 医師の方々ととりまとめをして下さったことを記憶しています。

Sさん また、救急部門の先生方の調整の下、医療機関へ保健所から連絡をして患者を受け入れてくださるという流れでした。仙台市の消防部局からも患者搬送に協力いただきました。

Uさん 救急車で一一九番された患者さんに乗せて運んで頂く中で入院先の調整は、保健所で行う等の調整をさせていたっていましたね。

#### ■クラスター発生への対応

Sさん 二〇二〇（令和二）年から二〇二一（令和三）年にかけて、クラスター（集団感染）対応が続きました。一例目の患者発生でも大変な騒ぎになりましたが、一例目のクラスターも大変な対応でした。

「施設を利用した方は手を挙げてください。検査へおつなぎします」という対応をしましたが、検査実施場所や、

呼びかける対象をどのように考えるかについても検討し、宮城県と一緒に実施しているコールセンターを窓口にしました。

Uさん 施設において実際どのように行動したのかの調査については、各区役所の管理課で聞き取ってくださいました。

Sさん コールセンターは体調不良者の対応も行いながら、「施設利用者」への対応もすることとなり、そのことも大変負担となったと思います。一例目のクラスター発生の公表も行う。その施設を利用した人に呼びかけてコールセンターにつなぐ。コールセンター側の対応準備中に電話が入ってくるなど、対応にスピード感を求められたことが記憶に残っています。

Uさん 最新の情報をどう伝えるというところが難しかったですね。

Sさん コールセンターへクラスターの詳細な説明をするいとまもなく走っていました。結果としてはその施設を利用し、感染を心配する皆さんを検査につなぐことができ、よかったと思っています。

施設利用者をすべて把握できているのであれば、広く呼びかける必要もないのですが、不特定多数の方がいらっしゃるような施設ですと、コールセンターに連絡をくださいという形で呼びかけるしかない状況でした。

クラスター対応は、初期の頃は全国の全事例が注目されており、国から専門家の派遣を受け、様々なご助言をいただきました。

#### ■当時の市民や他県の状況

Sさん その当時は、市民の皆様へ感染拡大を防ぐため、お盆休みや年末年始の帰省をひかえるなど、呼びかけていました。

Uさん オンライン帰省等もありましたね。

Sさん そうでした。体を動かさずに、実家とオンラインで話そうということでした。

### ■患者数の急増と全対応庁体制の宣言 ―二〇二二（令和三）年三月頃

Sさん 仙台市で患者数が急増した時期は、二〇二二（令和三）年の三月でした。クラスター（集団感染）も多数発生し、患者数も増加し、宿泊療養施設も含め、受け入れ先の調整に時間がかかっていました。

その時の私たちは庁舎の一室で対応していましたが、国からの専門家の方が「応援職員もたくさんいる中で、もうここでは狭すぎて駄目です」、「別な所に移ってください」とおっしゃって。市役所の大きなホールに全員で移動しました。今考えると、執務室の移動は大切で、スペースがないので業務も回らなかったのですが。

当時の担当者からすれば、こんなにコロナ対応も大変なのに、執務室の移動もさせられるのかと思われていたのではないかと思います。引つ越し事業者とのやり取り、パソコン環境も無線ではなく全部有線なので、庁舎管理部署にも大変な調整をしていただきました。元々、執務室の移動予定はありましたが一か月程度前倒しをして移動することになりました。

そのことと同時期に、市役所全庁で新型コロナウイルス感染症の対応をすると宣言がありました。それから、行動も対応も変わり、他部署の通常業務の一部も停止したこともあり、我々としては応援に来てもらいやすくなりました。

Uさん 引つ越しと多分同じぐらいの時期ですよね。だんだん仕組みが変わり始めました。現場の職員も、プレーヤーのみならず、応援で来てくださった方とか、人事異動で増えた方のマネジメントに触れるようになったてきて。全体のあり方もそうですし、具体的な部分でもそうですし、担当レベルの視点も大きく変わっていったっていうのは、二〇二二（令和三）年の始めからでした。やはり大変な時期ではありましたが、みなさまから助けて頂いていることを強く実感する時期でもありました。



Sさん 他部署の通常業務の一部の一旦停止となったところで、応援やコロナ対応にいらしてくださりやすくなったのだと思います。通常業務に従事しながら、コロナの現状のこともお願いするとなると、ここまでの応援は望めなかったと思います。仙台市としてコロナ対応をやるんだと宣言してくださることで、意識の変更を呼びかけてくれたんだろうなと思っています。

Uさん そうです。自然災害等はBCP（業務継続計画）が定まっていますが、感染症対策でのBCPは今までの概念になかったので、皆さまから助けて頂ける状況がとてまありがたく感じられました。

Sさん これだけの職員数があるなかで、意識を変えることは大変なので、厚生労働省から来られた医師や専門家の方々の意見をきつかけに、変わったというところが大きかったと思っています。現場でDMAT（災害派遣医療チーム）のように対応してくださる医師もいらつしやれば、自治体と国とのパイプ役を担ってくださる調整役の方もいらつしやいました。

#### ■国からの専門家チームによる応援

Sさん 厚生労働省から専門家の方々が来てくださった頃には、施設クラスター（集団感染）の発生もかなり増えていました。病床が不足しており、医療機関への入院が難しく、施設の中で患者対応をお願いすることが多く、施設の職員の方も疲弊し、大変な時期でした。

国からの専門家チームが、クラスター施設を回ってくださって。自発的に動いてくださった、素晴らしい応援部隊に助けていただきました。その専門家の方々は、仙台市の感染状況が落ち着いた頃に「次は別なところで感染の山があります」と、次の山に向かわれました。

Sさん 厚生労働省から来られたのは、主に医師のチームでした。厚生労働省の職員と、一部DMAT（災害派遣医療チーム）の方々も合わせていたようでしたが、何人も来てくださいました。

二〇二一（令和三）年三月には、厚生労働省や全庁からの応援のほかに、大学等の保健師の先生方にもご対応いただきました。また、他自治体の方にもいらしていただいたと聞いております。区役所での患者さんの聞き取り方法等を、系統づけてまとめてくださったのもこのころです。

Uさん　すべてが変わり始めたのが、その協力があつてのことですね。

#### ■チーム制による庁内の体制整備と調整部隊の設置

Uさん　二〇二一（令和三）年三月の頃はチーム制になっていました。ちょっと個人的な話を申し上げると、私が多分、ちょうど年齢的にも役職が変わる時期で、その二〇二一（令和三）年の人が増える時期に、ちょうど係長職として指揮を執る立場に就くことが出来て、チームのリーダーとしての役割を果たすことが出来たように思います。

課長が全体のマネジメントをしてくださっている中、チームを私のほうで見えていくかたちで対応させていただき始めたのが二〇二一（令和三）年ごろでした。マネジメントにだんだん切り替わっていくところも、一つのよい経験としてあつたなというところがございますね。やっぱり人が増えて、それをマネジメントしていく、特に全体をマネジメントされた課長はなおさらだと思えますけれども、やっぱりそのマネジャーの必要数とか、その人材の確保の仕方というのは、非常に難しいように感じたところです。

Sさん　全員で一緒に対応していたのですが、どうしても回らなくなるといふこともありました。例えば公表対応チーム、医療機関での検査調整チーム、入院調整チーム、患者情報とりまとめチームなど、様々なチームに分かれて対応しました。チームはチームでそれぞれ対応を続けているのですが、チーム毎に何をやっているか分からなくなるといふところもありました。

全庁的な体制で対応するぞといった際に、やっぱり全庁と保健所の間に、調整窓口ではないですけど、そ

う方がいらつしやった存在は非常に大きかったように感じています。

Sさん　そこで、その部隊の方は、われわれのチームに分かれた保健所職員一人一人にヒアリングをしてくださって、今までこうやってきたとか、今何に困っているかを引き出してくださいました。どちらかというと、役所の政治的な調整にたけている部隊です。

この調整窓口の方々も含め、全庁を上げて応援していただいているっていう思いはすごく伝わってきて、来られる方、来られる方が、素晴らしい方ばかりでした。業務もできる、性格も素晴らしい、そのような方ばかりが応援に入ってくださいって、私たちは業務がやりやすかったです。

Uさん　人の入れ替わりがある中で皆で協力することが出来ましたね。

Sさん　最初の調整部隊の課長は、そのまま保健所に異動してくださったって、しばらく陣頭指揮も執ってくださいました。

Uさん　人員体制が厚くなりましたね、やはり二〇二一（令和三）年から。

Sさん　そうですね。

#### ■オミクロン株による体制や対応の変化ー二〇二一（令和三）年二月頃から

Uさん　二〇二一（令和三）年一二月ごろからオミクロン株の話が海外で始めて、様々な対応が一二月辺りから変わり始めました。新たな防疫措置が図られた時期が二〇二一（令和三）年の一二月だったと思います。チャーター便で日本に戻ってきた人に、入国後一定期間各自自治体のホテルに宿泊して頂く等の対応もありました。

以降の患者数のピークを見ると、非常に患者数が増えたんですね。それまでの対応だと、保健所がもう絶対に回らないっていうくらいに。患者数が増え、保健所もそれになかなか対応し切れないっていう状況が生まれ、再び業務が回らなくなってしまう状況が発生したのを記憶しております。

その時期以降、国の通知等も踏まえながら業務の重点化等の対応を進めていった経過がありました。様々な調整をしながら、どうしていくかを検討していく必要性を強く感じたところです。

Sさん そうですね。このころになると、公表する事項もだいぶ絞っていて、一覽表形式になっていました。

Uさん その頃は高齢者の方や持病がある方などを対象に業務を重点化していくこととなりました。また、自宅療養を始めるにあたっても、医療機関を受診して診断を受けるだけではなくて、自分で検査ができる抗原検査キットが薬局で買えるようになったりとか、自治体で配るようになったりというところもございました。

その頃に、仙台市健康フォローアップセンターも立ち上がりまして、新たな形で保健所で医療調整機能を果たしていくかたちにシフトしていきました。

Sさん オミクロン株以前は強制的に入院措置をとらなければならなかったのですが、途中から国の通知の内容も変わりました、入院しなければいけないんだけど、自宅療養も可とすると。その通知で切り替えが可能になりました。

Sさん 既往症がある方、高齢者さん、妊婦さんとか、そういう方を重症化リスクのある方ということで、各区役所の管理課で聞き取り等をしていました。それ以外の患者を対象に仙台市健康フォローアップセンターという電話対応をする部署を立ち上げました。その運営は、私たちの課で行っていましたが、実際に電話を受けるために、外部の保健師や看護師の方々の力をお借りしました。

#### ■外部委託の導入による役割分担の明確化と二四時間対応

Sさん 区役所で、重症化リスクのある方に特化した対応を行ってもらうために、軽症者への対応を本庁に集約しました。私たちだけでは対応できないので、外部の保健師・看護師委託という形で、二四時間の健康相談等を行う仙台市健康フォローアップセンターを立ち上げました。

また、本庁の中でも役割分担をさらに進め、夜に体調悪化した患者の入院調整を、入院調整班のみでなくチーム全員で、毎日交代で泊まり込み対応を行いました。夜間の救急要請に対し、県庁に毎日詰めている医療機関の救急の先生が、夜間も含め、毎日当番で対応してくださり、何時でも電話をかけると出てくださるんです。二〇二三（令和五）年五月七日まで、入院調整対応を行いました。

健康フォローアップセンターは、実際に立ち上げてみると個別の様々な案件があり、対応に迷うところがあったので、課の中で専属チームを作って、そのチームの職員が交代で対応にあたりました。

また、市内の医療機関のひつ迫軽減のために、二四時間リモートで問診をし、処方薬を協力薬局から患者宅へ運んでもらう仕組みを作りました。自宅療養の方で、具合が悪くて医療機関の受診は希望するが、夜間だと受診できない、昼間でも具合が悪くて医療機関まで行くことができない方々を受診につなぎました。

仙台市健康フォローアップセンターの電話対応や、ウェブでの問診につないでくださる看護師や保健師の皆さんは、家庭の事情などもあり、患者との直接の対応がなかなか難しいけれどもコロナ対応に携わりたいなど、電話や疫学調査で携わっていたという方も多い状況でした。外部の看護師の皆様にもお願いする業務も増やし、夜間の泊まり込みの救急調整もお願いしました。

各業務には事務手続きが必要ですが、コロナの契約関係業務も予算も膨大ですが、職員が一手に引き受けて、コロナ関係の予算や契約についてもきちんと目を配って取り組んでいました。

宮城県と一緒に対応していたコールセンター等もありますし、担当課に直接かかってくる市民からの電話も続いていました。受けていると業務が進まないもので、外部事業者に市民の皆様の電話を受けてもらうことも実施しました。

このように体制を拡大し、二〇二一年（令和三）年、二〇二二年（令和四）年の二年ほど走りまして、感染症対策

課本庁部門のみで、一時期は応援職員含めて一〇〇人を超えた時期もありました。管理職についても、適宜増やされました。

二〇二二（令和四）年、二〇二三（令和五）年と、患者が急増すると、発熱を診てくださる医療機関の負担が大きくなり、検査待ちの方が増えたりすることもあったので、医師会の先生方とご相談をして、ドライブスルー方式の臨時PCR検査場も立ち上げて、一日に何十人、何百人と検査を引き受けていただき、検査場に医師会の先生方に対応にいらしていただきました。

#### ■ワクチン接種専門部署の立ち上げ

Sさん ワクチン接種については、最初は保健所で担当という話もありましたが、「これは課とか、係とか、そういうようなものでできるものではない。仙台市内の一つの部局を立ち上げるぐらいでなければ絶対にやり切れない」という意見があり、保健所とは別にワクチン専門部署が立ち上がりました。

Uさん 様々なことが手探りでした。

#### ■コロナ禍の収束に伴う体制の縮小

Sさん 二〇二三（令和五）年五月七日で新型コロナウイルス感染症が感染症法上の五類に切り替わったことで、コロナに感染した患者全員を入院や療養につなぐ必要はなくなりました。入院調整の業務が少なくなるので、毎日の泊まり込みがなくなり、また、ピーク時と比較すると、患者数も大分減少していました。

電話相談窓口は二〇二三（令和五）年度末まで継続、また、入院費用の公費助成の事務処理等、対応業務の中で、一部続いているものもありました。

#### ■外部（宮城県、他自治体、国等）との連携は不可欠

Sさん 幸い、宮城県ともざっくりばらんなやり取りができていましたので、一例目患者が発生した場合の対応に

ついて、毎日電話していましたね。ありがたかったなと思います。

Uさん 仙台市外にお住まいの方で仙台市の施設を利用されていたり、医療機関を受診されるケースはあります。その逆もありますので、他自治体と連携をしながら対応にあたる必要があります。

Sさん そのやり取りが頻繁になったのが、この新型コロナウイルス感染症の、初期の対応というところでしょうかね。

Uさん そうですね。また、他の自治体で微妙に対応方法が異なる場合があります、その際に対応方法のすりあわせや調整の必要性を強く感じました。

Uさん 調整した他の自治体は、県外の政令市も都道府県もあります。いわゆる感染症法の事務というのが、都道府県、あるいは政令市が主体ですので、その主体が基本的にやり取りをする相手です。なので、宮城県内のほかの市町村においては、基本的に県が主体として取りまとめてくださるので、調整は県が相手方になる。県外の自治体におきましては、政令市、もしくはほかの市町村になると、都道府県が調整の相手方になります。

東北六県とのやりとりは多かつたのではないかと思います。最初のころはもう行き来できないなんてことがありましたけれども。だんだん時代が進んでいくと、ある程度人流が戻ってきて、仙台市からほかの六県に対してアプローチをするつていうことは多かつたのではないかなと思っています。対応の仕方、お互い対応を参考にすることもありました。

Uさん 検体の採取について一つエピソードとして記憶に残っているものがございます。他の自治体で唾液を採取する際にストローを用いていたのを参考にさせて頂き、本市でも導入した経過がありました。

Sさん 彼の自治体から参考になったとおっしゃっていたものもありました。毎日の公表内容、患者数は分かるけれども、患者数が今後どうなるのか、その市民への説明までは、どうしても初期は手が回らなかった。

けれども、感染症の専門家の先生方が声をかけてくださって、感染状況のまとめ方等も教えてくださって、感染状況について週報や月報を作成しました。作成する度に先生方がリモートで集まってくださって、ご意見も頂戴きたので、感染症の専門家の先生にご助言いただいた内容をホームページやLINEでも公表していたんですね。全国の自治体から、「このようなものを作れと指示があったのだけれども、参考にします」とか、「自分たちで作っているんですか」と尋ねられることもありました。「感染症の先生に監修していただいています」と言えることがあったかったです。最初に週報や月報を立ち上げるまでは大変でした。

自然災害とは異なり、新型コロナウイルス感染症の対応では、電気・ガス・水道とかそういうライフライン的なものは止まっていないので、そういう意味では、誰かが他の自治体で行っていることを確認するなど自治体間の情報共有の仕組みは残っていたのかもしれないですね。

私たちの最優先は、国の通知で変更されたことは、タイムラグなしで自分たちで把握をしなければならぬですし、それを、市民の方や患者に対応してくださる医療機関の方々へ説明するということにあると思います。

その情報共有はタイムリーにしなければなりません、各自自治体がどのようににかみ砕いているかというのは、多分その次の段階になると思うんです。自分たちで情報を取りに行ったり、専門家の先生がネットワークを使って情報を取ってくださったりするところはありましたけども。でもそうしないと、自分たちだけでは、それこそ患者さん対応や、医療機関対応や、報道機関の対応も、多分回らなかつたと思います。だから、自治体を守るために連携するっていうのも、あつたのかもしれないですね。

Uさん コロナ以前から、他の自治体との情報共有の機会というのは、ありましたね。国の研修においても、いろんな自治体が集まって、国の研修所で一週間ぐらい宿泊まりしながら研修するということもあつたりするの、割とそこで名刺交換した人が、ここ数年来の付き合いになつたりしました。そういったつながりを持って、



他自治体の状況を把握していくことは、感染症局においてあったのではないかなと思います。コロナの対応のなかで、そういったつながりの大切さを再認識したように思います。

相手が仮に異動したとしても、その人の所属に電話をかけたら、異動してしまつていたとしても後任者を紹介してもらえなくともありますね。相手とつながる糸口をつかんでおくっていうのは、大事なのかと思っています。

Sさん コロナについては、全国一斉に困つた事態で、立ち向かうために他自治体と連携することは必要ですよ。Uさん そうですね。

#### ■チームの運営とマネジメント

Uさん マネジメントという観点で申し上げるならば、チームを任せていたというところがございまずので、また日々の実務を担当者にどう回してもらうかというところを、相談を受けながら調整をしていきました。

私のチームは、年代が近いとかつていうのは、チームにおいてうまくいくことができたファクターの一つだとは思っています。

他のチームに先輩の職員もいらつしやいましたけれども、そういう方々とも楽しくやらせていただいていたので、かつして年代が近くないとうまくいかないっていうわけではないのかなと思います。

Sさん このチームには、新規採用の方が加わっても大丈夫ですとか。チーム編成は課長以上で話し合つていました。チームリーダー一人一人が素晴らしい、チームを滞りなく運営してくれたと考えています。

Sさん 管理職としては、まずそこが内部のマネジメントの一つですね。年度ごとに上司の層がどんどん厚くなつて、一人で悩むっていうことはまずなくなつたっていうのはありますね。だから、「これはどうしましょう」と言つと、管理職が集まつてすぐに相談できる体制が整つていました。

## ■これまでの対応を振り返って

Uさん 多分、精神的にきつかったのは、一番初期だったと思います。

Sさん 私も、初期の頃が大変でした。慣れていたなかったということもありますけれども、コロナは感染症対策課、健康安全課、区役所の管理課が対応するもの。コロナは全部そちらですよねと、庁内のあらゆる部署から電話がかかってきました。

「このような時はどうすればいいのか教えてください」、「それを決めるのは担当課ですよ」など、そのような話ばかりが入るようになりました。その対応で、本来の制度設計になかなか手を付けられないなど、そのようなことも含めて初期対応がやはりつらかった時期だなと思います。

また、ツールの話ですけれども、患者情報を電子化し、区役所の管理課や当課の職員で共有するフォルダを作ってデータを格納していました。初期のころは、二〇人の職員が一緒に一度にアクセスすると、その他の職員はアクセスできなくなっていました。必要な時にアクセスできないこともあり、その後、別の共有フォルダをもう一つ立ち上げることで、人数制限なく、おそらく一〇〇人以上がアクセス可能となり、仙台市としてのコロナ対応で、大変やりやすくなったことと思います。

二四時間三六五日コロナ対応をしている中で、点検等で共有フォルダを使えなくなる時期がありました。庁舎管理の担当部署が工夫してくださり、共有フォルダを使用可能な状況にしてくださいました。

また、点検や停電で、暖房や冷房も停止するところ、冷暖房等の環境面についても、担当部署の方に助けってもらったり、ご配慮をいただいたこともとても心に残っています。

## ●政令市保健所担当職員の対応その二

エスノグラフィ―調査日時…二〇二四年七月五日

仙台市保健所青葉支所管理課主幹Cさん

Cさん…二〇一九（令和元）年度は仙台市保健所宮城野支所管理課企画係係長として、二〇二一（令和三）年四月以降は仙台市保健所青葉支所管理課企画係係長として、新型コロナウイルス感染症対応に従事した。

### ■宮城野区での感染症流行初期の対応―二〇一九（令和元）年末から二〇二〇（令和二）年三月頃

宮城野区で、新型コロナウイルス感染症の最初の一年の対応をしました。二〇一九（令和元）年の年末から、二〇二〇（令和二）年の年明けにかけて中国でいろいろ何かやっているという話があつて、当時は、まさかこのような感染症の流行に突入すると思わなかつたですけど、一月頃から国内でも騒ぎ出したと思います。そして仙台市でも準備していたと思います。

二月にクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の集団感染があつて、そのときはまだ本当にその中で終わるのかなみたいなどころはありましたけど、だんだん感染者が増加していつて。そういうふうになると、私、新型インフルエンザ対応も経験していたので、仙台市にも来るんだらうなという気持ちはありました。でも、まさかこんなに長期間続くとは思わなかつたですけどね。当時は新型インフルエンザのイメージしかなかったも

のですから、せいぜい続いて一年で終わるかなっていうくらいでした。

ダイヤモンド・プリンセス号に乗船していた方が、健康観察で仙台市の自宅に帰られていたんですが、その方が発症して、市内第一号の陽性者になりました。その前後辺りから、病院はかなり神経質になりますし、国から検査する対象者の通知も出ていたと思うんですけど、病院はそういう方々がいると昼夜構わず電話が来るので、夜に連絡があると大変だったですね。そういう状況でだんだん陽性者が増えていったという記憶があります。

最初は、国から求められている調査内容の様式があつて、それに基づいて調査をやるんです。最初ですから当然全ての内容についてやるんですけれども、陽性者の方も体調が悪い中、話をしていただいているということもありますし、その中を聞いていくつていうのは大変なことでした。しかも陽性者が急増し始めましたからね。世界的にも陽性者がかなり増えていましたから、新型インフルエンザとは全然規模が違うものだなっていうふうに思いました。

とにかく人が足りなくなりました。年度末に差し掛かっている時期だったので、なかなか応援が入ってこなかったりして、管理課はもとも職員が少ないですから。それでも少ない人数でやっていました。一人あたり調査内容は、かなりのボリュームがある。当時は施設調査を全部やっていたんです。陽性者が感染可能期間に行つたところを全部調査をしていたので、アクティブに動いていた方の調査は本当にかかなりの量になっていたし、その結果、接触があつた方々のPCR検査の調整をしたり大変でした。

コロナ患者が急増するほど業務量が増えていつて、夜遅くまでかかつて、終電に間に合うかどうかというようなどころでやっていました。自宅に帰ったら帰つたで、医療機関や救急隊などから電話が来たり、(最初の時期は)コールセンターからも電話が来ていたと思います。いろんなところから電話が来る。体制が整っていない状況でしたから、昼間も大変でしたけど、夜中も大変でした。夜は私一人じゃ対応できないので、そこは交代でやって

もうこうことにしたんですけれども、じゃあ当番の次の日は休んでいいよとか、午前中休んでいいよとかってできるような状況ではなく、人が足りない状況ですから職場に来るしかないんです。結局、それが毎日続くわけです。体力的に結構大変でした。宮城野区にいたあたりはそんな感じでしたね。

土日も含めて三六五日二四時間営業なので、調査が終われば帰れますけれども、その日の陽性者の人数で帰宅時間は変わります。そんなことを毎日していました。ですから、土日のシフトを作りました。職員は週二日は必ず休ませなきゃいけない。そこはもう絶対ルールで課長とかも話していたので、平日とかに休む人が出てくるので、全員が揃うことはほとんどないんです。そんな中で一年間やったと思います。

その一年間は、保健福祉センター内の応援職員でやっていたと思います。あの当時から、人材派遣会社の保健師、看護師とか、IH EART の応援の方々とかも入っていたので、その方々の応援をもらいながらやっていました。人材派遣の保健師は今回初めてでした。会計年度を雇ってもなかなか来ないので、派遣の方々にお願いしたようです。その頃、患者調査は保健師、看護師にしかできないような考えがあつて、保健師、看護師がいる課をお願いして、あと施設調査は衛生課といつて食中毒なんかを担当している課だったんですけど、その方々にお願していました。

### ■個人情報管理ルールによる電話連絡の課題

P C R 検査は、例えば幼稚園で感染が起きると、幼稚園のそのクラス全員とか、場合によっては園全体でP C R 検査をしましょうとかつていうことになるんです。検査にあたつては、園から検査が必要だつていうメールは流してもらうんですけど、その後に保健所から保護者一人ひとりに電話して、いっどこで検査をするので来てください。保険証とかこういったものを持ってきてください。車から出ないくださいなど注意事項とかを、お話しするわけです。それも例えば対象者が一〇〇人いたら一〇〇人全員に検査日までに電話で連絡しなきゃいけ

ないので、もう人海戦術ですよ。そこはもう夕方あたりに業務終わった他課の職員を集めて対応してもらいました。このような大量の仕事が突然出てきたりするので、それは本当になかなか大変でした。

検査をしたら今度は検査結果を伝えなければいけない。それも同じようにお願いしました。その中に陽性の方がいたら患者調査のルートに乗せることになるので大変でした。一件ずつは大した時間ではない結果の連絡についても、相手が電話に出なければ、時間をおいてとか、それでもなければ翌日とかそういったことをしていました。

業務量が増加したため、空いているスペースにパソコン、電話を増設してもらいました。それでも、全員が座る席が足りないのです、自分の机に戻つてもらつて電話してもらつたりしたこともありました。その結果、問い合わせが管理課に來ないで電話をしている課のところに行つたりとかあり、混乱したこともありました。なかなか先まで考えている余裕はありませんでした。

PCR検査は、最初は流れていましたが、だんだん陽性者が増えてくると、接触者の数も増えてきて、検査会場のキャパを超えてしまい検査が受けられない人が増えてきて、検査をするまでに潜伏期間を過ぎたりとか検査するまでに発症してしまつたりとか、そういった方が出てきました。

患者調査は、大勢の人から個人情報を知くわけですね。ですので情報管理として、部屋から持ち出さないっていうルールがありました。夜、救急から電話が來て、救急でこういう搬送するんだけどこの人はコロナの患者なのか？　そういう連絡が來ても個人情報を持つて帰っているわけじゃないので分からないんです。そういうこともありました。

個人情報だけでは嚴重に管理するようになるところはありましたが、業務量の増加や、応援職員が増加してくると管理が大変になっていきました。

## ■政令指定都市の特殊性

当時、新型コロナウイルス感染症の陽性者の調査は管理課企画係で私を入れて六、七人ぐらいで対応していました。もともと職員が少ない中で、調査だけじゃなくて医療機関が検査をすれば、その検体を衛生研究所に運ばなきゃいけない。でも外出できる人はいないんですが、なんとか出してやっていました。管理課だけでもう追い付かないっていうときに、保健福祉センターの所内で体制を組んでいただいて、検体搬送については他の課にお願いしました。保健師は他の課から業務がひと段落ついた方に応援に来てもらったりしました。

仙台市は政令指定都市なので、保健福祉センターには市町村業務も入っているのですが、子どもの健診をやっていたりする課もあります。子どもの健診が一時ストップした時期がありました。そのおかげでそこに従事する保健師さんから応援いただいて業務が進んだところがあって、それがなかったら回らなかったと思います。これは政令指定都市の特殊なところで、県の保健所とはちよつと違うところです。

子どもの健診担当課の保健師は若手が多く感染症対応の経験が全くない方もいらつしやるので、そこは私の上司と相談して研修しようかっていう話になりました。業務の空いた時間に研修をしました。全部頭に入らなかつたかもしれないんですけど、ベースをたたき込んでもらつて調査に入るみたいな感じにしました。

## ■人口の三分の一を抱える青葉区での体制――二〇二二（令和三）年四月

私が青葉区に行ったのは、二〇二二（令和三）年四月で、ちょうどその年の三月からアルファ株が出て、私が行ったときには本当にものすごい数の陽性者でした。一日三、四〇人ぐらい陽性者が出ていたと思います。その中で、異動したときには職員（正職員、会計年度任用職員）はかなりいて、そこに自治体からの派遣の方とか、人材派遣会社の方とかも一〇〇人弱はいました。

青葉区は仙台市の人口の三分の一を抱えている区で、会社や大学も多い。そして国分町（仙台市の繁華街）を

持っていると場所なので、業務量がものすごく多かったです。宮城野区にいたときから青葉区は大変だから、行きたくないなとは思っていましたね（笑）。

業務スペースは広かったし、同じエリアにあった会議室も使って業務をしていました。やるしかないと思つてやりましたけれども、やはり患者数の多さというか、一日当たりの患者数は宮城野区とは全然違うものがあつたので、今日は何時に終わるんだろうみたいな感じでした。宮城野区は、陽性者一人に対して同じ人が最後まで調査していましたが、役割分担はその時の状況で変わっていました。青葉区はもうチーム制で、最初に調査するチーム、自宅療養者の健康観察をするチーム、施設調査をするチーム、それから陽性になったときの文書、就業制限とか、入院勧告書とかの書類を作成するチームの4つに分かれていましたから、役割分担がはっきりしていたので、入りやすかったです。

私はそこでも係長の立場で、役割としては、係長としての業務のマネジメントとか職員のマネジメントつていう形にはなるんですけども、そのチームにスタッフを何人付けるか、派遣職員を何人付けるか、応援の人を何人つけるかとか、人数の調整もしていました。

そのほか、毎日何かしらトラブルがあります。苦情だとか、それから予定どおりいかないこととか、そういうものが起きるので、その対応、指示出しだったり、場合によっては私が連絡しなければいけないことだったり、それが主な仕事でした。それから、多いときには正職員二六人と会計年度任用職員が四〇人近くいたんです。その方々の勤務シフトを作らなきゃいけない。青葉区も混乱していましたので、私が異動した頃には、毎週金曜日の直前に作っていました。しょうがないなとは思ったんですけど、休みをちゃんと決めてやらないとみんな休みの日の予定が立てられないので、そこをはつきりさせてやりたいなと思いました。ですからシフトを優先して作ったことは覚えています。



宮城野区と違うって、最初に感じたのは、陽性者の数もそうですけど、とにかく相談に来る職員がいっぱいでした。青葉区は若い職員がたくさんいました。ベテランの人もしましたが、二か月前に異動して来ましてっていうような事務職員など結構いましたから、一生懸命やっているわけですが、コロナの対応がまだ頭に入っていない方々だったので、いろんなことを聞いてくるんです。簡単に答えられるものもあったし、医療機関からの気を遣わなければいけないようなこともあったりとか、そういったものもあって、相談の量は多く。毎日それをさばくのが結構大変だった記憶があります。

課長以上の方は役割分担して目一杯やっていましたから、そういう意味では、私はここをやるっていう役割がはつきりしていたのでやりやすかったです。そのときの課長は、宮城野区と一緒に仕事をしていた方だったので、話もしやすい課長でした。相談もかなりしました。もちろん私が判断できるものももちろんありましたので、そこは宮城野区の経験があつたのでやれたのかなと思います。

#### ■陽性者などからの苦情対応

陽性者からの苦情は、早くホテルに入れてくれというのが一番多かったと思います。あとは入院を希望しているけど入院できない。早くしろというようなものもありました。濃厚接触者だと、当時は患者の療養期間よりも濃厚接触者の健康観察期間のほうが長い時期があつて、患者がもう仕事へ出ているのに私はまだ家にいるといった苦情とか。

健康観察期間って期間が結構変わりました。患者の療養期間も結構変わりましたが、その辺で保健所がちょっと混乱して間違った日にちを言ったことへの苦情もありました。医療機関からはすぐ入院させてほしい患者がいるとの連絡が来るんですけども、すぐ入院調整できない時期もあり、そこは本当にいろいろ説明しながらそこまで待ってもらうだとかしたこともあります。当時は、私が話したほうがいいなっていうこともありました。

やれないので、職員に振って。職員は苦情の対応だとか嫌だったと思うんですけど、みんなしょうがないと思ってやってくれましたし、じゃないと回らなかったですから。大変だったと思います。

### ■様々な業務改善

業務をやりながら何か改善ができないか考えながらやりました。そして、波が終わるごとにみんなで振り返りをして、次の大きな波に耐えることができる体制にしようといういろいろ業務改善を行いました。

それから患者調査票ですね。コロナ対応も時間の経過とともに、調査票の内容はそこまで必要ないんじゃないかっていうところがあつて、そこはスタッフと話ししたり、同じ政令指定都市の状況を聞きながら考えました。できるだけ必要ないと思うところ、具体的に言うところと感染源調査のところですね。発症から前のところは削ったり、濃厚接触者についても、調査内容はだいぶ削りました。

施設調査は、これも時間がかかったんですけど、重点施設の高齢者施設や学校だとかに絞って一般の会社の調査はやめようっていう話をしました。本庁も理解は示してくれましたが、なかなか県の対応と市の対応が違ってくるため、調整が必要になるということで時間がかかりましたが最終的には変わりました。あと、トリアージュですかね。軽症者と重症者を同じ対応じゃなくていいだろうということを考えてりながら業務を減らしてやっていました。

青葉区は若い職員が多くて、それが結果的によかったなと思います。職員にいろいろ聞くと、いろんなアイデアが出てくるんです。それから、帰るのが遅くなっても体力面でも頑張つてやってくれました。パソコンも詳しいので、お願いすると早いうちに形になって出てくるので、事務職員にはそういうところを任せたりしました。決してうまく回つてはいなかったと思うんですけど、ただやるべきことは何となくはつきりみんな分かっていたんだろうなと思います。

保健所って何でも紙なんです。最後まで紙だったので、共有に時間がかかるんです。システムがあればもっと速く共有できたのではないかと思います。紙だとしてもPDFにして共有フォルダーに入れてついで作業があつて、一人、二人だったらいいですが、一〇〇人、二〇〇人、多いときには六〇〇人とか出てくるので、それを一枚一枚PDFにして、ファイル名に名前を付けて共有フォルダーに入れる。でも、人がやることなので、名前を間違つて入力したりするんです。そうするとダブルチェックが必要だつていうことになって、また一人そこにつけるために本来の仕事ができないっていうようなことになりました。

また、調査票が紙なので、患者一人ごとにクリアファイルに入れて整理したりとか。最初は患者一人ひとりにフラットファイル一人に一冊だったんですけど、これが迷子になってどこかにいっちゃうんですよ。これを探すのに、一日かかったりすることもあるんです。デジタル化は必要だと思いました。

#### ■他の政令指定都市などからの応援

二〇二一（令和三）年の三月あたりから、宮城県だけ陽性者が多かったため、自治体の応援の方が結構集まってくれたんです。DMAT（災害派遣医療チーム）の先生方も来ていただきました。それから、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）で大学の先生方もちょうど春休みに入っている期間なので、先生方も結構集まってくれて、その三月、四月あたりは結構いろんな方が応援に来ていただきました。

その中で、応援に来た方に業務をどのように回しているのか聞きました。私が聞いたのは神奈川県横浜市だったと思います。別の職員は他の応援の方にも聞いたって言っていました。ほかの自治体の方と情報交換したりというのは平常時でもありますが、何かヒントになるものはないかといういろいろ聞いていたと思います。

#### ■飲食店への対応の苦勞

国分町など夜のお店の従業員って昼間は寝ている方が多いんです。なので、そういうところで陽性者が出ると、

昼間に電話しても通じないんです。結局対応が夕方以降になってしまったということがあります。夕方に電話して出なければまた次の日みたいになるんです。そういうこともあつてスムーズに進まなかったりしたことはありました。

また、お店のほうも陽性者が出ると調査されたりとか、濃厚接触者が多くなると店を閉じることになるじゃないですか。そうなっては困るので、仕事に出ていないだとかといった返事が多くなってきたりとか、ホテルに入ってもらうにも、ベットがいるからホテルには入れないとか。本当かどうかはちよつと分からないですけど、そういった方が増えてくるんです。返事が同じだったことを考えると、推測ですが陽性になって保健所から連絡が来たらこういう返事をするようにということが広がっていたのかなと思います。患者の健康観察についても、患者が電話に出ないので、私も何度か昼間に国分町に行つたことがあります。

新型コロナウイルスは、就業制限があるので、仕事はしちやいけませんよつていうことはみんなに守ってもらうように話をするんですけど。最初のあたりつて自宅療養者への食料品や生活用品の配達制度がまだ確立していなかったもので、そういう時期に一人暮らしの方には家族とか友人に玄関前まで食料品を置いてもらう対応をしてねつていう話はするんですけど、難しかったのかもしれない。

施設調査の中では、対応初期の頃は、結構座席のレイアウトがどうか窓はどこにあるだとか、出入口はどこだとか空気の流れがどうか、パーティションがあるかないかだとか、話を聞いて、じゃあそれだつたらPCR検査をこの範囲にしようかだとか、その状況を聞いてからやつていました。でもそこまで詳しく聞いたのは最初のほうで、だんだん数が増えていくとなかなかそこまで対応は難しくなりました。

### ■集団感染施設への対応

学生寮とか福祉施設の集団感染も対応していました。私が記憶しているのは、外国人が多く通っている専門学

校でコロナの陽性者が増えて、もうほぼ全員かなりの患者数が出たんです。当初PCR検査をするのも一人ずつ検査会場にいつて検査してもらってましたが、学校の協力を得られ、学校が持っているマイクロバスにまとめたのせて検査に行くことができました。陽性者のホテル入所も学校のマイクロバスで送迎してもらったと思います。

学校単位で起きるとPCR検査の数がものすごく増えます。PCR検査の会場へは最初は車じやなぎや駄目だったんですが、だんだん変わって、学校に保健所職員が出向いて出張検査したり、業者に委託して検体容器を自宅のポストに入れて、それを対象者がポストからとりだし自宅で検体取ってポストに戻して、業者を受け取って検査に回すというようなこともしました。検査対象者の状況でさまざまな検査方法のパターンができました。

PCRの検査キットがなくて大変だったという記憶はあまりないですね。ただ最初の方に病院の方から検査キット足りないからほしいということはあるかもしれないですね。検査会場の検査するキャパが足りなくて検査待ちっていうのはありました。また、患者搬送する業者で防護服が足りないとかマスク足りないとかっていうことがあって、その都度届けたっていうことはありました。施設もそうですけれども足りないときにはものは届けていました。PPEは国からも結構来ていたので大丈夫だったと思います。

### ■コールセンター対応の限界

新型コロナウイルス関係の苦情、例えば緊急事態宣言中に飲食店の営業等に関する話は担当部署に回すので、こちらは患者さんや接触者に関する問合せを受けることになります。コールセンター（受診・相談センター）は、早く立ち上がったと思っています。コールセンターではいろんな相談を受けてもらえるのですが、医療機関、患者、接触者からの電話は保健所に来ます。電話が来ると、その対応で一時間とか二時間かかる場合もあってその間、電話対応に職員が一人取られちゃうんです。

また、コールセンターもパンクすると、つながらないからといって保健所に連絡をする方が出てきます。本当だつたらそういうのは全部止めてもらいたいのですが、なかなかできません。行政機関は断るわけにいけないので、来たものは受けるしかないので、コールセンターに電話してくれって言ったって納得する人はほとんどないですから仕方ないですね。

コールセンターは、立ち上がってから間もなく完全委託になったんですけど、宮城野区にいたときは完全委託するまでに、最初は職員が何人か行きました。最初は二時までで、そのあと二四時間にしたいんだけど、二四時間どうしても人が集まるまで足りないところのシフトに県と、それから仙台市の職員が入っていくということになったので、最終的にうまく回るまではそこにお手伝いに行っていました。私も行きましたけど、そういうこともやっていました。

#### ■宮城県との関係性（入院調整、ワクチン接種など）

わからない部分もあるんですけど、宮城県とは情報の共有はしつつ、調整しながらやっていんだと思います。どうしても特別措置法（新型インフルエンザ等対策特別措置法）は原則は県が決めてやるっていうことになっているので、仙台市は、政令指定都市でも、業務改善で独自で判断ってわけにはいかないんです。

陽性者が出てホテル希望になっても宮城県の入院調整本部っていうのがあって、そこに仙台市も含めた県内の陽性者の情報が行きます。そしてこの本部で振り分けているんです。仙台市が勝手に人をホテル入れるいうことはできないんです。とにかく全てにおいて県と調整しながらやることになっていたと思います。

コロナ対応の大きな業務としてワクチン接種があると思うんですが、ワクチン接種は別な部署が担当していたので、ワクチン接種は全く分からないです。立ち上った経緯も私は全く分からないです。政令指定都市なので、一般の市町村と違って健康福祉関係の部署の役割分担も特殊かもしれないですね。普通の市だと健康福祉関係の

部署はワクチン接種が主な仕事で、あとは全部県が対応するという状況だったと思います。仙台市はワクチン接種は健康福祉局新型コロナワクチン接種対策推進室の下に集団接種だとか個別接種だとかあったと思うんですが、区役所は全然それには入っていないんです。全部本庁で場所を決めてやっていたんですが、ただ、例えば集団接種の会場とかってというのが県と東北大学病院と連携してやっていて、仙台市職員も行っていました。

### ■国の通知によるルール変更

新型コロナウイルス対策会議には上の方々が入っていたと思います。その中でDHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)の方である病院の先生が週一回、二回ぐらい来てくれていて、その先生が分析をしていたんです。全市だとか青葉区だとかの患者数だとか、それを基にいつ頃また感染者が増加するかとか、それを参考に感染者数が増えそうそう落ち着くかなとか、その先生の話も参考にはなりました。

国の通知でいろいろルールが変わりました。メールが来て、次の日ルールが変わることもあったので、慌てて全員に共有したりしましたが、スタッフがいっぱいいましたから共有も大変で、とにかく要約して印刷してみんなの机の上に置いたりとかしていました。回覧を回しても見ない人もいるし、見る暇もないですから、机の上に見ろっていう感じで置いていました。情報共有についてもスタッフがたくさんいると大変だったなと思います。

国からの通知は仙台市に直接入ってくるのですが、変更は多かったですね。健康観察期間の変更だとか療養期間の変更だとか、未来の話だったら準備もしますが、もう今日付で変更しますみたいな話になってくると、すぐに共有しなければいけない話になってきて、職員は職員でその日休んでいる人もいるので、間違えたことを言わないように共有したり、あと派遣のスタッフは毎日同じ人が来るわけではないので、そこにも貼ったり置いたりとかしながら、間違わないように共有はしていましたけども、やっぱりなかなかころころ変わるもんですから、付いていけない職員もいたことは確かです。なかなかやっぱり難しかったです。



一般の人が報道とかで見ていた情報と大体同じだとは思うんですけども、健康観察期間が何日だとか療養期間が何日だとかっていうのはみんな知りたいところですから報道されましても、新しい情報が出る度に、また明日は相談いっぱい来るんだろうなとか、そういうことを思いながらやっていました。自分達もニュースで先に知るようなことも多かったと思います。

#### ■発生届の増加と職員の勤務状況

発生届が積み重なっていく時期があつたんです。もう見ているだけで本当に積み重なっていつて、「これは今日終わるのかな」と、それを見ながら思いましたね。

土曜日でも日曜日でも、医療機関は休んでいてもPCR検査所はやっているわけです。だから、陽性者の数が土日になれば減っていくこともありますけど、基本的にはあまり変わらないときもあつて、土日って結局三分の一ぐらいこっちのスタッフの出勤が減るんです。にもかかわらず平日と同じぐらいの患者数が出ている時期っていうのは、金曜日あたりは不安ですよ。土曜日、日曜日に同じぐらいの数が出たらどうするんだろうなっていうスタッフもみんな同じように思っていましたけど、検査会場を土日休むっていうわけにいかないんですから、会計年度任用職員の方は土日出勤で契約して採用している方もいるので、そういった方々とか、派遣の社員とか、職員はがくつと減ってしまう中で陽性者がいっぱい出ているときには週末は不安でしかなかったと思います。

それから、会計年度任用職員は祝日は休みなんです。祝日の日のシフトをどうしたらいいか、年末年始だとかゴールデンウィークだとか、何とか出てもいいよっていう人がある程度いたので、なんとかありましたけど大変でした。

陽性者がいっぱい出ている頃は翌日へ積み残したところはあつたと思います。夜に連絡が来たものは次の日に



繰り越ししましたが、取りあえず二日後ぐらいには電話できたと思います。電話してもでない人もいましたが、三日つていうのはなかったと思います。ただ、もう症状が出ている方だから、あんまり夜中に電話かけてもつていう感じもありましたしね。

発生届の電話番号が違うことがたまにあるんです。そうになると医療機関に確認しますが、土日だと確認できないので、自宅に訪問するしかないです。陽性者数が多くなってくると、ある程度一定の割合でそういう方が出てきます。自宅に訪問は職員一人では行かせられないので二人で行ったりとかして対応していました。行くときは防護服を着て行っていました。防護服は途中から不要にしました。N95マスクと、あとフェイスシールドですかね。PCR検査を職員が頻繁に受けるということはしていなかったです。行く時の感染対策練習していました。

#### ■通常業務に戻る時の課題

コロナ禍収束とともに本来の仕事に戻って行くわけですが、まず、人の問題で言いますと、コロナがなくなることによつて、業務量に対して人が多いという状態になってきました。すぐに最適化された人数に戻すのは難しいと思いました。五類になったので、人数を変えますつて、すぐそういう話にもならないと思いますし、しばらくは問い合わせ業務とかもあるので、だんだん人は減っていくという感じになりました。

一番私が大変だったのは、通常業務に戻すときに、結局コロナ対応で今いる職員は新しく採用された方ですから、通常業務を知らない人がほとんどです。その方々が通常業務をするに当たっては、一から業務を覚えることになります。結核にしてもHIV（ヒト免疫不全ウイルス）にしても、この職員で通常業務に戻すに当たって、いろんなことを一から聞かれますので、私はむしろそっちのほうが大変でした。

コロナのときには、業務はいっぱいあるにせよみんなが同じことを考えていればよかったんですけど、通常業務に戻るとなると、みんなそれぞれまた自分の持つている業務を考えていかなきゃならないし、一からだったの

で、私はコロナよりその後のほうが大変だったと思っています。恐らくそう思っている人は結構いると思います。コロナ対応中も感染症業務はやってはいるんですけど、ストップしている業務もあったわけです。HIV性感染症検査はストップしていました。それを通常業務に戻すのは結構大変でした。HIVの検査をしていた場所の確保から始めました。これまでの曜日にやっていたところ、空いてはいるわけではなかったもので、交渉して何とか抑えたりとか、資材を確保したりとか、そういう一つひとつの段取りも、今いる職員は知らないから、そこから教えていきました。

コロナが起るまでは、管理課の業務としては、感染症業務、結核を中心に他の腸管出血性大腸菌感染症とかレジオネラ症とか、そういった届出が出てきたときの対応ですとか、あと肝炎医療費助成ですとか、そういった感染症業務が主でした。二〇二〇（令和二年）度までは、医療機関の届出だとか、許可を管理課の企画係でやっていたので、感染症と、それから医務の業務と大きく二つ担当していたんです。その医務の業務が二〇二〇（令和二年）四月に本庁に一元化することになっていて、ちょうどそのあたりにコロナが始めたんです。医務の業務を抱え込みながらコロナ対応は恐らくできなかったと思います。そういう意味ではタイミングがよかったなと思います。

### ■これまでの対応を振り返って

私は、コロナ対応をしていた期間は感染しませんでした。五類になってから感染しました。そこで思ったのは、高い熱が出て大変でしたから、よくみんなこの状態で電話を受けてくれたなって思いました。やっぱりこの辛さは罹らないと分からないので。

保健所の立場だと何で電話に出てくれないんだという感じでしたが、患者さんも初めてかかって不安だし、調子も悪いからとにかく調査は一〇分とか、せいぜいかかって二〇分以内にやろうっていうことで決めたところ

があったので、そこはもう徹底しながらやっていたんですけど。それにしてもやっぱり調子悪い中で皆さんよく協力してくれたと思いますね。

今回、コロナ対応中は、いろんなミスがあったんです。Aさん、Bさんに書類を間違って出してしまったとか、小さい事務ミスから大きいものまで、謝罪に行ったこともありました。あの大勢の職員のなかで業務を急いでこなさなくてはならない状況の中で起きてしまうのはある意味、予測されたことかもしれません。そのチェックをきつくしていけば、ミスは減るがどうしてもその日に終わらない、さばけないので、小さいミスはしょうがないって私は割り切っていたんです。

そこでいろいろ苦情が出てきたらごめんなさいするから、取りあえず大きいミスをしないようにだけ、そこだけは気をつけていました。それでも出てくるんですけど（笑）。そういつた中で、みんなよくやってくれたなと本当に思うし、今思うとコロナを経験してよかったというか、そのときは大変でしたよ。大変でしたけど、いろんな人が来て携わって、みんないい職員だったの、そこはいろいろ話しながらやれてよかったかなと思います。飲み会はできなかったですが、五類になったあとに、初めて飲み会をやって、そのときに今までコロナ対応やってきた人たちをみんな呼んだんですよ。まあ盛り上がりました。貴重な経験をさせてもらいましたし、やってよかったなって思っています。

## ●用語集

### ダイヤモンドプリンセス号

日本のクルーズ船。二〇二〇（令和二）年二月二日に横浜港に入港した際に、船内で新型コロナウイルスの感染が確認された。感染者確認後、海上において検疫を実施し、船は一四日間の隔離措置がとられた。健康観察期間が終了し、同年二月一九日から二三日にかけて順次下船、同年三月二日にすべての乗客、乗員の下船が完了した。

### 第〇波

新型コロナウイルス感染症の感染者数や死者数の発生状況から、二〇二〇年から二〇二三年までの間に、第一波から第七波の流行の波があった。状況は地域により異なるが、一般的には概ね次のように言われている。第一波：二〇二〇（令和二）年四月頃、第二波：二〇二〇（令和二）年七月～八月頃、第三波：二〇二〇（令和二）年十二月～二〇二一年（令和三）年二月頃、第四波：二〇二一年（令和三）年四月～六月頃、第五波：二〇二一年（令和三）年七月～九月頃、第六波：二〇二二年（令和四）年一月～三月頃、第七波：二〇二二年（令和四）年七月～九月頃

### オミクロン株

二〇二一年一月に南アフリカで初めて確認された新型コロナウイルスの新規変異株。デルタ株よりもさらに高い感染力があり、第七波（二〇二二年七月）以降、感染者数は急速に拡大した。一方、オミクロン株の感染による症状は比較的軽度である場合が多いとされ、致死率は、デルタ株流行期よりもオミクロン株流行期の方が大きく低下した。

### デルタ株

二〇二〇年にインドで報告された新型コロナウイルスの新規変異株。高い感染力を持ち、重症化率が高い。二〇二一年四月に日本国内で感染者が確認されて以降、感染の第五波である二〇二一年七月から第七波（二〇二二年夏頃）まではデルタ株感染者が大半を占める。

### エクモ（ECMO）

extracorporeal membrane oxygenation（体外式膜型人工肺）。通常の治療では直ちに絶命してしまうような超重症呼吸・循環不全患者に対し、治療・回復するまでの間、呼吸と循環の機能を代替する治療法。

### 疫学調査

感染症が流行した際には、「感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）」第十五条に基づき、「積極的疫学調査」が実施される。この調査は、発生した集団感染の全体像や病気の特徴などを調べることで、今後の感染拡大防止対策に用いることを目的として行われる。国内では保健所や、国立感染症研究所などの公的な機関により実施される。

### PCR検査

Polymenase Chain Reaction。ウイルスに特徴的な遺伝子の配列を検出して、陽性もしくは陰性を判定するもので、検査は咽頭や鼻粘膜から採取したサンプルを用いて行われる。新型コロナウイルス感染症の診断に広く使われている。

## PPE

Personal Protective Equipment. 患者や医療従事者を感染守る個人用防護具。マスク（サージカルマスクやN95マスクが一般的）、手袋、ゴーグルやフェイスシールド、ガウンなどがある。

## 感染症法

正式な法律名は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」であり、通称は感染症法、感染症予防法などと呼ばれる。新型コロナウイルス感染症も、この法律が対象とする感染症に含まれており、様々な対策が講じられた。例えば、緊急事態宣言や外出自粛要請などの措置もこの法律に基づいている。

## 新型コロナウイルス等対策特別措置法及び

### 内閣法の一部を改正する法律

本法は二〇〇九（平成二一）年に新型コロナウイルスが流行したことをふまえ、新しい感染症に対する対策を行うために二〇一二（平成二四）年に施行された。その後、新型コロナウイルス感染症の世界的流行のため、主に新型コロナウイルスその他の感染症に対する対策を強化するために法改正がなされ二〇二一（令和三）年二月に施行された。本法の特徴は、迅速な対応のための政府の権限強化、緊急事態宣言の発令、医療体制の整備、国民への情報提供の強化などがあげられる。緊急事態宣言が発令されなくても、政府が感染防止を目的とした「協力要請」と「命令」を行うことができ、まん延防止等重点措置が新設された。

## 新型コロナウイルス特別措置法

一般にコロナ特措法と呼ばれているが、正式名称は前記した「新型コロナウイルスエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律（令和五年法律第十四号）」。

## 新型コロナウイルスワクチン予防接種

予防接種法の臨時接種に関する特例を設け、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県・市町村・医療機関が各々の役割に基づきワクチン接種を行った。各市町村が接種の実施を担当し、接種会場の設置や運営接種の予約システムを整備し、地域の医療機関と連携して実施した。

## 緊急事態宣言

感染拡大を防ぐために政府が発令する特別な措置で、この宣言が出されると、飲食店の営業時間の短縮や、イベントの規模制限、テレワークの推奨など、さまざまな制限が導入される。内閣総理大臣が緊急的な措置を取る期間や区域を指定し、宣言を出す。これを受け対象地域の都道府県知事は住民に対し、生活の維持に必要な場合を除いて、外出の自粛をはじめ、感染の防止に必要な協力を要請できるようにする。また学校の休校や百貨店や映画館などの使用制限などの要請や指示を行えるなど、行政機関に強い権限が与えられる。一方、事業者や個人に対して、雇用調整助成金の支給、持続化給付金、家賃支援など、経済活動の停滞に対する緊急経済支援が行われた。

## まん延防止等重点措置

二〇二一（平成三）年二月一三日に施行された「新型コロナウイルスエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律」により「まん延防止等重点措置」が新設された。緊急事態宣言が出されていなくても集中的な対策を可能にするもので、都道府県が飲食店などの店舗や施設に対して次のような措置をとることが可能である。従業員への検査受診の勧奨、入場者の整理、発熱などの症状がある人の入場の禁止、入場者へ感染防止のための措置の周知とそれを行わない人の入場禁止など。さらに「要請」や「命令」を行うことができ、必要な範囲で立ち入り検査などを行うことができる。ただし、緊急事態宣言のもとで可能となっている休業要請は「まん延防止等重点措置」のもとでは行えない。

## 五類

感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）で重症度や感染力に応じて「一〜五類に分類されている。新型コロナウイルス感染症の位置づけは「新型コロナウイルス等感染症（二類相当）」とされていたが、二〇二三年（令和五）年五月八日から「五類感染症」となった。

1類	エボラ出血熱、ペスト、天然痘など
2類	ポリオ、結核、SARS など
3類	コレラ、腸チフス、細菌性赤痢など
4類	黄熱、マラリア、デング熱など
5類	インフルエンザ、梅毒、風疹など

## 重症化予防短期入院ベッド

新型コロナウイルス感染症の軽症または中等症患者で、自宅療養が難しい患者や、高齢者や基礎疾患がある場合など重症化リスクの高い人が優先して適切な医療を受けるための短期入院ベッド。症状が悪化する前に治療を行うことができ、また医療資源を効率的に活用するために役立った。

## 宿泊療養施設

新型コロナウイルス感染症の軽症者等が療養を行うための施設で、ホテルや旅館などの宿泊施設が利用された。陽性が確認されたが入院の必要がないと判断された場合や、自宅療養が難しい患者を対象としている。自治体や保健所が運営を行い、食事や生活必需品などが提供され、医療従事者により必要なサポートも行われた。

## 療養証明書

新型コロナウイルス感染症患者のうち、①二〇二〇（令和二）年四月二日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊

療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること、②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること、のいずれかに該当する患者を対象に発行され、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかが証明する。

## 保健所

地域保健法に基づき、地域の保健衛生の向上を目的に都道府県が設置することが基本である。ただし政令市や特別区などは独自に保健所を設置することができる。全国の保健所数は四六八か所（二〇二四年）で、そのうち都道府県保健所が三五一か所、政令市や特別区などの自治体保健所が一六か所となっている。

保健所の所管区域は、人口動態、医療・介護ニーズ、医療・介護資源など地域の実情に応じて設定されており、保健所の業務は感染症対策、母子保健、健康診断・検診、食品衛生、環境衛生、精神保健、健康づくりの推進などである。

## 市町村保健センター

市町村保健センターは、健康相談、保健指導、健康検診など地域保健に関する事業を住民に行うことを目的として、市町村が設置した施設である。地域における母子保健や高齢者保健などの拠点としての位置づけを持ち、保健所と比較すると住民にとってより身近で利用頻度の高い保健サービスを提供する機関である。

## 会計年度任用職員

地方公務員法の改正に伴って新設された非常勤職員の制度として二〇二〇（令和二）年から導入された。任期が定められており、一般的には四月一日〜翌年三月三十一日の一年間。



## 災害エスノグラフィーシリーズ 33 COVID-19 新型コロナ感染症と闘った人々の記録

---

発行日 2025年 3月 1日 初版第 1 刷  
編 者 重川希志依・田中 聡  
発行者 重川希志依  
発行所 常葉大学附属社会災害研究センター  
〒422-8581 静岡県静岡市駿河区弥生町6-1  
電話 054-297-6144

インタビューアー 重川希志依・田中 聡  
編集協力 佐藤美嶺  
印刷・製本 有限会社 レイ・プリンティング  
©Kishie SHIGEKAWA, Satoshi TANAKA, 2025  
ISBN 978-4-908792-31-1

○本書の一部は、以下の助成を受けて作成された。

・2021～2024年度科学研究費助成事業(科学研究費補助金)「COVID-19影  
響下における被災者の自助・共助の災害対応活動に関する研究 (研究代表  
者：重川希志依, JP21K04593)」