

第2章 対応の検証

第1節 医療提供体制と感染拡大防止対策

(1) 総論

今回の COVID-19 対策において、最大の課題となったのは医療提供体制の確保であった。未知のウイルスによるこの感染症は、治療法もワクチンも確立していない。また、その多くが軽症や無症状で治癒する一方、基礎疾患を持つ患者、高齢の患者では短期間に重症化するリスクが高いという特徴を有している。

PCR 検査で陽性と判定され、医師が診断した場合には COVID-19 が感染症法上の「指定感染症」に定められているため、患者は入院・隔離が必要となる。患者をケアする上でも、感染リスクがあるため、感染防御策を確実に講じることが求められるが、マスクやガウンといった医療資機材が全国的に不足する事態となり、医療現場においてはギリギリの対応が迫られた。

2009 年の新型インフルエンザでは、5月16日、国内で初めての感染例が神戸で報告され、直後に迫った神戸まつりが中止され、複数の病院に設置した発熱外来が診察を求める市民で溢れた。本市におけるこの貴重な経験を踏まえ、「感染症神戸モデル」が構築されるなど、その教訓を生かした取り組みも進められてきたが、医療資機材、PCR 検査体制、多くの感染症患者を入院・治療するための体制づくりなどにおいて、今回の COVID-19 のような感染症流行への神戸市の備えが万全であったとは言い難い。

3月3日に神戸市内で一例目となる患者が発生し、3月17日を最後にいわゆる第1波が終わるまでの間は、市内の医療提供体制そのものは揺るぐことはなく、複数発生したクラスターへの封じ込め対策が功を奏して、次なるクラスターが生まれることはなかった。むしろ、全国各地で感染が確認される中、市民や報道に対して患者の属性や行動歴について、どこまで公表するか、という点について非常に悩ましい状況が続いた時期であったといえる。

その後、8日間にわたり、市内患者の発生がゼロという状況が続き、このまま小康状態が継続するかと期待されていたが、3月26日に市内で連続して感染例が報告されてから、欧米からの帰国者を中心とするいわゆる第2波が神戸市内にも押し寄せた。この第2波においては、市民に対する医療の最後の砦であるとともに、COVID-19 重症患者への治療を一手に引き受けていた中央市民病院において院内感染が発生、医療スタッフの多くに自宅待機が生じたことで、3次救急をはじめとする通常の医療提供体制が大きく制約されることとなった。

この時点で、事前準備を進めていた宿泊療養施設がちょうど稼働開始することができ、

中央市民病院に入院中の COVID-19 患者を同施設へ移送することにより、同病院の負荷を下げることはできたのはまさに僥倖であった。

また、兵庫県が「自宅療養は発生させない」という強い方針の下で、神戸市内の患者を市外の病院で受け入れる入院調整を積極的に行っていたことが大きな役割を果たしたことを忘れてはならない。

市民・事業者の行動自粛や医療・保健関係者の奮闘により、一時は懸念された神戸市内での医療崩壊は発生することなく、第2波の終焉を迎えることができた。

以下、項目別にその対応を検証する。

(2) 健康局 (3 月末までは保健福祉局) の体制

1 月 16 日、国内で初めての患者が確認されたこの日、保健福祉局内で、COVID-19 に対する検討会を開始した。この時点では、前回の SARS 同様に日本で大きな流行を迎えることを予想する声は少なかった。

1 月 29 日には久元市長の指示で、「第 1 回神戸市新型コロナウイルス関連肺炎情報連絡会」を報道陣公開のもとで開催、その後、横浜港へのダイヤモンドプリンセス号入港により、首都圏では大規模な患者発生への対応が広域的に行われる中、兵庫県内への波及は見られなかった。

局内では、市内で感染者が発生した際の対応などの検討を行っていたが、3 月 3 日に市内初の感染者が発生した。報道機関や市民などからは、患者の公共交通機関の利用状況や居住する区についてなどについて、もっと詳しい情報開示を求める声が強くなり、記者会見でどこまで何を公表するか、非常に悩ましい対応に迫られることとなった。

局内においても、情報を公表するためには患者本人の同意を得る必要があることから、本来は感染源の特定及び濃厚接触者の調査等や感染拡大の防止の観点の主目的とすべき保健所の疫学調査に大きな負担を与えた。

会見にあたる幹部職員とそれを支える事務職員は、報道対応の観点からできる限りの開示とそのための患者同意を保健所側に求める一方、感染拡大防止のためにできる限り正確な情報把握とそれと引き換えに求められるプライバシー保護も重視する保健所の専門職との間の溝が深まった。局内での打ち合わせ結果に応じ、何度も患者本人に接触し、情報公表への理解を求めるようなことが繰り返され、対応に当たる保健師の疲弊が蓄積されていった。

情報を開示すべき範囲を事前に決め、できる限り機械的な判断ができるような整理が必要であり、日常的に事務職と専門職のコミュニケーションをもっと深めていくべきであったなど反省すべき点も多い。

市内でのクラスター発生なども相次ぐ 3 月において、4 月 1 日に迫った保健福祉局の

分割を予定通り実施するかどうかが庁内で議論されることとなった。体制の激変を避ける観点から見送るべきとの意見もあったが、分割のために進められていた事務的な作業をストップすることはかえって保健福祉局の事務負担を増し混乱を招く、という意見が大勢を占め、4月1日に保健福祉局の中で医療・保健に関する部局が健康局として分割・発足することとなった。

これにあわせて、健康局について COVID-19 対応のための臨時的な人事強化措置を図られるとともに、局長は5階、保健所は6階と分割されていた従前の体制と異なり、1フロア（6階）で完結する組織となったことによって、情報共有が密になり一体感が生まれるという副次的効果を生んだ。その後、さらに応援職員の増加や相談電話窓口の統合により、21階へ保健所が移動することとなったが、スペース的な余裕もできて、更に組織として強固なものになった。

第1次の対応を振り返ると、本市保健師をはじめとする保健所職員の使命感・意識の高さによる献身的な頑張り・士気の高さと総動員体制によって、乗り切ることができた感が強い。また、昼夜を分かたず PCR 検査に当たった環境保健研究所の正確な検査体制、検査増加に柔軟に対応した検査員の頑張りも大きい。

また、毎朝、開催された市長・副市長との打ち合わせにおいて、現場（健康局）からの意見・要望が直ちに取り入れられ、迅速で柔軟な全庁的な応援兼務により、必要な体制強化（保健所支援班、広報支援班、宿泊療養班、検査班、病院支援班など）が随時行われたことも極めて有効であった。

一方、保健所（保健師などの専門職）の激務・過重労働が発生し、個人的犠牲の上でギリギリのところ業務が回る状況が続いた。上司からもこうした職員に対し、「なるべく休むように」「応援体制は組めるか」などと抽象的な呼びかけはしていたが、組織としてもっと迅速に、体制強化・交替制の導入や負担軽減策を講ずるべきであった。

保健師の体制について、今後、継続的に強化を図ることが重要である。

(3) PCR 検査

(検査の実施とその対象)

COVID-19 は未知のウイルスによる感染症であり、その確定診断の方法として、最も有効かつ、当初はほぼ唯一の方法が PCR 検査であった。

この検査については、インフルエンザの迅速抗原検査のようにその場で結果が判明する検査ではなく、設備とスタッフの整った施設が必要であるとともに、検体採取の際にはくしゃみ等の飛沫感染のリスクが非常に高いことから、誰でもどこでも実施可能な検査ではない。

我が国においては、新型インフルエンザの発生後も国内の PCR 検査体制が大幅に増強

されることはなく、本市においても市の組織である環境保健研究所における行政検査以外には実施できる機関が存在しなかった。

国の通知により、当初、行政検査の対象となる者は、発熱や呼吸器症状に加え、濃厚接触者であること又は流行地域への渡航歴のある者等に限定されていたが、要件が徐々に緩和され、2月17日からは、医師が感染を疑う者に対しても対象が広げられた。

検査開始当初、医療機関からは、上記の対象に当てはまらない症例への検査や「(自分が)呼吸器症状のある患者を診察した。診察時には、マスク、手袋を装着していたが、心配だから検査をしてほしい」といった依頼も多く寄せられた。

初期の頃は、正確な情報が入手できた医療従事者であっても、感染への不安が強く冷静な判断が難しかったと思われる。保健所では毎週、医師会の対策会議に参加し、医療機関への周知徹底に努めた。しかし、医師が必要と認める検査について柔軟に対応するという政府方針について、医療機関側と保健所側で解釈の齟齬があった可能性も否定できない。

諸外国で膨大な量のPCR検査を実施していることが連日報道されたことなども影響し、PCR検査への過剰ともいえる期待が高まった。保健所・保健センターでは疾患の特徴や検査対象の説明を繰り返し行っていたが、「どうして検査してくれないのか」という苦情もあり、検査対象の限定について納得していただくことが難しい状況であった。

検査対象の基準や流行地域が刻々と変わっていく中で、医療機関からの検査依頼内容と突合し検査対象かどうかを見極め、検査の受け入れ調整を行った。

検査の受付においては、患者の症状や接触歴など詳細な聞き取りを行う必要があるため、対応に時間を要した。検体の回収には、車2台を使用し、市内全域の医療機関を回ったが、回収先の増加に伴い回収に時間がかかり、検体搬入時間が遅れ検査結果判明も遅くなる状況が生じた。このため、回収車の台数を5台に増やし対応した。

毎日、回収先が変わるため、少ない台数で効率的に市域を回ることができるよう細やかに調整したが、医療機関から急ぎで回収を依頼されることも多く、回収ルートの変更・再調整に時間を要した。

また、検体は取り扱いに注意しなければ、周囲に感染を広げる可能性があるため、誰でもが対応できるものではなく、応援職員等に依頼する際には、事前に検体の取り扱いや医療機関の検査室への入室手順など詳細なオリエンテーションが必要であった。

(検査体制)

本市におけるPCR検査は、環境保健研究所において実施する体制を構築している。同研究所では、1月30日から検査受け入れ態勢が整い、2月14日から実際の検査を開始した。3月1日以降は、土・日・祝日を含めて毎日検査を行う体制へ移行した。

検査能力は当初、1日最大24検体でスタート、その後、3月補正予算で購入したPCR検査機器2台を加え、1日最大72検体の体制となった。

3月末からの検査数の急増に対応して生活科学部からの応援により態勢を臨時的に整え、5月1日には検査員17名で最大142検体まで対応できる体制を構築できた。段階的に検査態勢を拡充し、職員のジョブローテーションをある程度維持できたことから、第1波においては、他施設が経験したような検査報告の遅れや結果の誤報告をきたすことなく、また、検査員の体調面・メンタル面での不調をきたすことなく、おおむね、順調に検査対応を行うことができた。

検査試薬のうち、RNA（核酸）を抽出する試薬については、4月下旬から5月上旬にかけて全国的に不足し、検査試薬の供給不足が顕在化した。数週間以内に備蓄が枯渇する一方、追加試薬の入荷の目途が立たないという危機に直面した。国内メーカー品を含めて複数の代替試薬の評価を急遽行い、試薬の切り替えにより、この危機を乗り切ることができた。

5月中旬頃には状況が改善し、物資不足の懸念は基本的に解消した。これらの物資の備蓄についても事前にある程度の準備をすべきであったといえる。現在は、142検体を1ヶ月間実施できる試薬を備蓄している。

また、検査機器の老朽化と検査数増加による負荷による機器の動作不良が生じ、再検査を行ったことが数回あった。これらの機器の修理は終えており、また、PCR装置の新規購入など、検査関連機器の整備を進めてきたので、現在はより安定した運用が可能となっているが、機器の整備については引き続き必要である。また、移動制限がかかった状況下では、機器の修理への対応も遅滞することを想定しなければならない。

国の方針により、行政検査のほかに保険適用によるPCR検査も行われることとなったが、神戸市内には民間検査機関が営業所を置く以外、市内で検査できる機関は存在しなかった。

3月24日には中央市民病院において、院内でPCR検査を実施できる体制が整い、その後順次、他の医療機関にも拡大していった。

4月に入ってからの神戸市内の感染拡大状況を踏まえ、さらなる検査体制の拡充に向けての検討が進められた。まず、4月上旬からシスメックス社との協議により、医療産業都市ポートアイランドⅡ期のBMI内のシスメックスラボにてPCR検査を行う検討を開始した。環境保健研究所では、新型コロナウイルスPCR検査の経験を生かして、この官民連携による新たな検査センターの立ち上げにおいて、感染防御のためのBSL2+の設備の設計、PCR検査の導線の確認などの技術的指導を行った。また、2度の精度管理試験を実施し、問題点の洗い出しと改善を行った。

6月1日から当初50検体、段階的に100検体を目標に運用開始することとなった。これは、環境保健研究所（行政検査）を補うことを目的に神戸市からの委託業務という形をとっている。

6月3日、市長と(株)メディカロイドの橋本社長との共同記者会見において、川崎重工の人共存型双腕スカラロボット「duAro (デュアロ)」を活用した、PCR 検査支援ロボットシステムの導入を公表した。これにより、検査院の感染リスクが高い検体の不活化処理が自動で行えるだけでなく、PCR 検査そのものも前工程を含め、自動化されることで大幅な検査能力向上が期待されている。このロボットシステム導入はまず、BMI 内のシスメックス PCR センターにおいて実施する予定である。

これとは別に、保健所を通さずに医師の判断による PCR 検査の実施をするスキームについての検討が 4 月上旬、神戸市医師会からの提案を受けて開始された。この医師会 PCR 検査センターについては、検体採取の場所や人員体制、PCR 検査を行う民間検査機関の確保などの調整を経て、6 月 8 日から 1 日最大 20 件の検体採取の運用開始に至っている。

これらの機関等との調整を行うため、4 月 21 日に新たに健康局内に「検査班」（部長級 1 名含む専従 5 名）を設置した。増大する事務に追われていた従来の体制だけでは、検討調整が不十分になっていた恐れがあり、この体制強化は非常に有効であった。

環境保健研究所において、最大 142 検体の検査体制を維持し、なおかつ、疫学調査に資する遺伝子解析ができるよう、本格的に 24 時間体制を確保することとしている。このため、新たに化学試験員 2 名を採用する予定のほか、PCR 検査経験のある監視員に研修を行い研究所への応援体制を構築するなど、引き続き検査体制を強化する予定である。

以上のような官民連携による PCR 検査体制の拡充の取り組みにより、PCR 検査能力は、当初の 24 検体から 462 検体まで拡充することができた。これらの検討や調整に時間を要したが、感染拡大期においても市内で PCR 検査のため、他都市で見られたような「検査待ち」は一度も発生していない。つまり諸条件から見て検査すべきであるのに、検査能力の上限に達し検査ができずに自宅等で待機してもらった状況が発生しなかったことは幸いであった。

その後、国の方針見直しにより、唾液による PCR 検査や抗原検査の適用範囲の拡大等が行われたことから、実質的な検査能力はさらに向上が図られることとなる。

【検査体制強化による能力拡大】 1 日最大 462 検体の検査体制

- 1) 環境保健研究所
24 検体 ⇒142 検体/日 (24 時間体制)
- 2) シスメックス検査センター
50 検体 ⇒100 検体/日
- 3) 医師会検査センター
20 検体/日

- 4) 民間病院での検査
200 検体/日

(4) 市民に対する電話相談窓口

(相談体制)

令和2年1月中旬より、各区の保健センターでは市民からの COVID-19 に関する相談に対応していたが、平日の日中対応が基本であったことから、2月1日に「新型コロナウイルス感染症相談センター（一般健康相談）」を開設し、土日祝日（日中）にも相談を受け付ける体制へと拡充した。

さらに、2月6日、神戸市保健所内に帰国者・接触者相談センターを開設し、流行地域からの帰国者や患者との接触者からの24時間相談体制（土日休日および夜間は携帯電話への転送）を整備した。

2月20日には、一般健康相談も24時間体制とし、帰国者・接触者相談センターの機能を併設し、2月25日からは聴覚障害者等からの相談に対応できるよう、FAXによる相談体制を整備した。

2月下旬ごろから国内各地での感染例の報道が相次ぎ、健康に不安等を感じた市民からの相談が徐々に増え始めた。市内1例目の患者発生があった3月3日前後には市内で1日400件以上の相談が寄せられ、ピーク時には1日1,000件以上の相談に対応した。

相談センターの体制は、開設当初は2回線を看護職で対応することから開始し、3月3日の患者発生時には10回線に、緊急事態宣言前のピーク時は17回線に拡充して対応した。（看護職のみならず事務職の応援もあり）

4月8日、市民からの相談を一体的に受け付けられるよう、上記2つの窓口を統合した「専用健康相談窓口」（以下、相談センター）を設置した。

4月30日からは神戸市看護大学の看護職も出務の上、市民からの問い合わせの対応にあたった。

市内新規陽性者がみられなくなった5月20日頃から1日あたりの相談件数は200件を切るようになり、6月からは日中7回線、夜間3回線に減らした。

5月20日にチャットボットによる受診先・相談先案内をホームページ上に開設。時間や場所を問わず、また聴力障がいがあっても簡単に受診先や相談先が案内できるようになった。

この間、毎日、相談件数の状況を確認し、人員体制の調整を小まめに行ったことによって、「電話がつながらない」等の苦情が寄せられることはほとんどなかった。

一方、増加する相談件数に対応する相談従事者の確保が難航した。特に保健師におい

ては、患者への疫学調査や職場調査、入院調整、移送などにも従事していたため、相談センターへの出務が難しくなることが度々あった。出務体制の再調整に労力を要した。また、相談数の増加とともに保健師だけでは対応が困難になると考え、派遣職員（看護師）の活用や事務職員の応援協力を進めたが、市民からの相談に円滑に応じるため経験を積むという観点から、事務職員の応援体制についても、ある程度固定化させておく必要があった。相談スタッフについては、派遣職員にもお願いすることとなったが、概ね1か月前には派遣職員数を決定しておかなければならず、感染状況や相談件数の傾向に対応した派遣職員の増員をタイムリーに行うことは困難であった。

上記のように、多くの職員の協力があり相談センターの機能を維持することができたが、従事する職員が日替わりとなるため、後方支援として本庁保健師が24時間体制で出務し、従事職員へ市内の集団感染発生状況の周知や保健所・保健センターとの調整の役割を担った。

また、相談体制の強化に伴い、相談センターで勤務する職員数が増え、相談センター自体が過密状況となった。随時、そのスペースの拡充を図ったが、職員の中に感染者が発生した場合、相談センターの機能が大きく損なわれる可能性があったため、相談センターを移設し、広いスペースを確保した。

（相談内容）

市内施設での感染や院内感染の発生、著名人の感染や死亡などの報道があった直後には、放送を見た市民から、報道内容の問い合わせ等の相談が急増することがあった。人員体制などの準備が整わず、当日に対応する職員の負担となった。

相談内容の多くは、発熱や咳などの風邪様症状があり、受診すべきかどうか、どこに受診したらよいかといった受診に関する相談であり、患者等との接触歴や症状などを聞き取り、必要に応じて帰国者・接触者外来に案内するなど対応した。また、市内での患者発生においては、自身の感染への不安から情報開示や検査に関する相談や苦情が寄せられるようになった。感染や予防策・消毒などの正しい知識を提供し、市民の不安に寄り添った対応を行った。

相談センターの従事者（保健師、看護師、事務職員）の対応を統一するため、「対応マニュアル」や「フロー図」を作成した。しかし、厚生労働省が規定する届出基準や検査対象者の変更、流行地域に対する検疫強化などの対応方針が日々更新されたこと、さらに、クラスター発生に伴う感染不安の相談、医療機関のクラスター発生等に伴う診療体制の縮小に関する相談への対応、労働関係の相談窓口の案内等、刻々と変化する市民ニーズへの対応が求められたため、対策の構築と並行して対応マニュアルを随時更新した。

対応マニュアルの整備とタイムリーな更新作業に多大な時間と労力を費やすこととなったが、このことにより初めて従事する職員であっても迷うことなく市民の相談に応

えることができ、市民サービスの質が担保できたと思われる。

院内感染発生による受診制限や一部の医療機関の受診拒否等により、受診先医療機関の案内に一定の困難が生じた。

医療機関においても、相談センターの役割の理解について差異が見られた。発熱があれば、すべからず相談センター経由で発熱外来へ受診調整されるものと誤解しているケース、医療機関で診察を行う前に COVID-19 でないことを判断するため PCR 検査をしてもらうよう受診者に指示するようなケースも見られた。また、かかりつけ医に受診を拒否された患者から相談があり、改めて、「保健所が『かかりつけ医で診てもらってください、と言っています』と伝えてください」と答え、その通り患者が医師に伝えると、無事受診できた、というケースも少なくなかった。

(5) 積極的疫学調査

(調査の体制と実施)

COVID-19 については、感染症法第 15 条に基づき、感染源の探求と新たな感染者発生防止のため患者や関係者の健康状態や行動調査（以下、積極的疫学調査）を実施することとされている。

調査にあたっては、保健師が患者と直接対面して行うことで信頼関係を築き、患者から必要な情報を正確に聞き取ることができた。また、PCR 検査の結果、COVID-19 に感染しているとの連絡を受け不安を抱える患者に寄り添いながら支援した。

調査の現場に向かう際、区によっては移動手段の確保が困難であったため、局内で協力体制を調整し対応した。

積極的疫学調査では、患者宅又は医療機関に訪問し、防護具を着用の上、患者の聞き取り調査や、患者の勤務先など接触者の調査・健康観察・消毒の指導、帰庁後記録の作成等、多くの業務が必要であるため、各保健センターに配置されている保健師だけで対応することが難しい状況が生じた。そのため、他区の保健センターや本庁から保健師の応援を派遣するなど工夫したが、人員が足りず保健センターの負担は大きかった。

疫学調査を実施する保健師の人員、経験の不足とともに、防護具（マスク・手袋等）の不足が課題であった。保健師については制服がなく、私服で感染症患者宅や病院での調査に取り組まざるを得なかった。

積極的疫学調査の未経験者も多かったが、調査を 2 人体制で実施したことや、帰庁後に複数人で事例の共有をすることで、聞き取り内容や重要な視点が抜けていないか確認し、調査の質を担保した。また、患者からの問い合わせに対しても複数の保健師が対応できるため、患者へのタイムリーな支援につなげることができた。

各保健センターでは感染ルートについて、つながりが見えなかった事例でも市全体で見ると関係性が見えてくることもあり、その都度、保健所から各保健センターに情報提

供した。

最終的には、丁寧な聞き取りと保健所・保健センター間の情報共有、環境保健研究所によるウイルスゲノム情報の解読などによって、大多数の患者において感染源の把握ができたことは、感染拡大防止において大きな効果を発揮したといえる。

死亡事例では、遺体の移動による感染拡大防止のため、保健所・保健センターの保健師が病院を訪問し、遺族へ「ご遺体の移動制限等」の通知を行うとともに、遺族の意向に沿った葬儀ができるよう関係機関と調整しながら支援を行った。また、遺族の中には大切な家族を失った悲しみに加え、周囲からの心ない言葉に深く傷ついておられる方も多く、精神的なケアも必要であった。

(疫学調査と患者情報の公表)

患者情報の公表については、市民への注意喚起と個人への風評被害との両側面を考慮しながら進めた。しかし、市が公表した内容によって、結果的に患者個人が特定され、患者宅に問い合わせの電話が入り、近所で噂になり生活しづらさを訴える事例が見られた。また、公表内容について患者から保健所や保健センターに苦情が入ることもあり、その対応にも苦慮した。

通常、患者支援を行う保健師は患者との信頼関係を基盤として活動しており、知りえた情報を公表することを前提とはしていない。しかし、今回の COVID-19 では、できるだけ詳細に感染者の情報を公表すべきとする各方面からの声が強く、ある程度、患者個人の情報を公表せざるを得ない状況であった。

積極的疫学調査に携わる保健師は、通常患者支援に加え、公表の可否についても患者や関係者と何度も調整を行わなければならなかった。感染により体調が悪く、また、ショックを受けている患者に公表を迫り、さらに精神的負担を強いる状況は、保健師と患者との信頼関係の構築を困難なものとし、その後の患者支援活動に大きな支障が出た。中には聞き取りや公表同意に対し、感情を顕わにする患者もおられ、保健師の精神的負担は非常に大きかった。

逆に感染そのものをバッシングするような風潮が広がり、感染情報が細かく報道される中、「公表されたくない」という理由から、正確な情報を提供していただけない事例もあった。

公表した内容に対する市民からの問い合わせも保健所・保健センターに多く寄せられた。「患者はどの電車のどの車両に乗っていたのか。分かればその電車は使わないようにする」「なんで言えないのか。感染したら役所は責任を取るのか」など、公表できないことや公表する必要性がないことを何度伝えても納得していただけないことも多く、1件の問い合わせに30分～1時間と長時間を要するケースも見られ、対応に当たる職員の疲労感は大きかった。

こうした背景から市長がツイッター上で患者のプライバシー保護の必要性を訴えた

投稿に対しても、一時、批判の声が殺到することとなった。

今回の一連の感染事例では、例えば兵庫区役所の事例のように不特定多数の市民が利用し、接触した可能性があるケースにおいては、緊急案件として直ちに施設の実名を公表し、注意を促した。大阪のライブハウスや他のクラスターについても同様の対応を行った。

感染へのおそれから感染者の情報をできるだけ知りたいという思いは理解できるとはいえ、積極的疫学調査はあくまでも感染拡大を防止するために行われるものであることを十分に理解してもらうための努力が関係者に求められる。

(感染源調査と拡大防止)

保健センターでは患者がどこで感染したのかを特定するため、発症2週間前からの行動について聞き取りを行った。この中から、同じ感染源から感染を受けたであろう集団を早期に見つけ、有症状時には速やかに受診につなげるなど次への感染を広げないよう対策を講じてきた。こうした調査を重ねることで感染源となる危険性が高い状況（休憩室での接触、医療機関の場合、応援職員が入ったタイミング等）が浮かび上がってくることで、未然に感染を防止の方策を講じることができ、感染拡大防止につながったものと考えている。

一方、感染源を突き止める作業は、いわば「犯人探し」に類した行為でもあり、患者や関係者の理解を得ながら進めていく必要があった。

また、患者の職場や利用施設に出向き、濃厚接触者の特定及び健康観察、対策の助言を行ってきた。この中から、患者から感染を受けたであろう集団を早期に見つけ、有症状時には速やかに受診につなげるなど次への感染を広げないよう対策を講じてきた。

そのため、患者からの二次感染は、保健所が接触者として健康観察している範囲から確認されており、疫学調査及び感染拡大防止策は適切に実施できていたものと考えている。

(6) COVID-19 患者への医療確保

(帰国者接触者専用外来)

COVID-19の発生に備え、1月の中国での患者発生時点から感染症指定医療機関に帰国者接触者専用外来（以下、専用外来）の設置を依頼し、2月6日に開設した。

3月に入り、急速に市内において患者や濃厚接触者が増加し、こうした状況に対応するため、2009年の新型インフルエンザ発生以降、年3～4回継続してきた「新型インフルエンザ等病院連絡会」や病院訪問などで日頃から協力を依頼していた医療機関へ専用外来設置を依頼し、設置可能と回答のあった医療機関に外来設置した（6月5日現在、9か所開設）。

専用外来への受診調整は各区保健センター、相談センターが実施した。

マスク、ガウンなどの個人防護具の不足については、地域医療課、危機管理室から、また行政検査（PCR 検査）の効率化を図るための検体採取用スピッツ、綿棒を環境保健研究所から配布した。

夜間・休日の受け入れについては、マンパワーの面から対応が難しく、感染症指定医療機関のみとなった。

自家用車を持っていないなど、家族の送迎ができない方については、「公共交通機関を使わない」受診が難しいという難点もある。

また、感染管理体制の整備と国庫補助のタイムラグがあり、専用外来開設後の整備に間に合わず、医療機関に経済的負荷がかかっていた。

専用外来を含む地域の中核的医療機関へ、近隣医療機関より発熱患者の診療依頼や検査目的の紹介が急増し、中核的医療機関の外来を圧迫するような時期があった。

(病床の確保)

感染症法に基づく市内の感染症指定医療機関の感染症病床は 10 床であり、当初はこの病床だけで受け入れ態勢を整え、初期の COVID-19 患者に対応した。

厚生労働省の通知では、多くの患者が発生した場合には、まず感染症指定医療機関の一般病床を確保し入院治療を行い、また、感染症指定医療機関以外の適切な感染予防対策がとれる医療機関に入院させることが可能となっており、感染者の増加を見込み、感染症指定医療機関及び感染症予防対策がとれる医療機関と調整し、「30 から 50 床」を目標に確保調整を行いながら 3 月末までの病床対応を行った。

この調整と並行して、病床の更なる確保のために、症状の落ち着いた軽症者・無症状者を病院から受け入れる宿泊療養施設についての検討を開始し 4 月 11 日からの運用開始となった。後で詳述するが、この宿泊療養施設の運営開始がなければ、市内病床は早々にオーバーフローしていた可能性が高い。

4 月上旬からは県の病床確保目標 500 床を踏まえ、本市の目標を 120 床とした。県は公立病院を中心に病院ごとに確保数を定め、空床補償を行い、病床を確保していたが、本市は中央市民病院で重症病床を確保し、他の病院には協力を求めながら柔軟に調整し確保をしてきた。

特に 4 月 9 日に中央市民病院で院内感染が発生してからは、ひっ迫した病床運営となり入院調整は困難を極めることとなった。このため、入院調整の際に保健所は個々の医療機関の状況を把握し、課題を踏まえた上で、個別に病院への調整を丁寧に続けた。

昨年には、地域の中核的医療機関（19 箇所）へ訪問し、今後、新型インフルエンザ等が発生した場合の医療体制について情報・意見交換を行っていた。また、その後、「新型インフルエンザ等対策病院連絡会」においても説明を重ね理解を得たところであった。そのため、市内の中核的医療機関が地域の救急医療や高度医療の機能を確保し COVID-

19 以外の医療体制も維持する重要性を共通認識していたため、COVID-19 発生時においても多くの医療機関の協力を得ることができた。

また、中央市民病院の院内感染による影響を低減するため、市内の病院がそれぞれの能力を生かして中央市民病院の機能代替を支えた。市民病院機構の西市民病院と西神戸医療センターは、臨時にコロナ専門病棟を作り約 50 床を確保するなどにより、市内病床 120 床を確保し続けることができた。

兵庫県が県内病床の確保に尽力して、神戸市民の患者の市外病院での受入に全面的に協力いただいたことも特筆すべきである。

以上のことにより、ピーク時（4/17～4/28）の入院数は、市内宿泊療養施設入居数と市外入院数を併せて、120～140 人の対応を何とか乗り切ることができた。

5 月 14 日以降は再陽性等を除くと新規感染患者の発生はなくなり、6 月 1 日現在入院患者は 9 名（うち重症 2 名）となったため、県の病床運営の考え方に合わせて、感染小康期として病床数を 50 床（重症 16 床）に段階的に縮小することとした。

また、中央市民病院において、本館西側の職員駐車場に臨時コロナ重症病棟 36 床をプレハブで設置（9～10 月共用開始予定）することとした。

さらに、市内病院に対して「こうべ病院安心サポートプラン」を提供し、院内感染対策や発熱救急搬送患者受け入れに対する補助、医療従事者等の相談窓口の開設などを行うこととした。

（入院調整と患者移送）

患者発生後、保健所・保健センターで、入院調整・患者移送・患者調査や接触者への対応等を行った。

当初、市内では感染者が入院できる医療機関は中央市民病院だけであったが、感染者が増えていく中で、順次、他の医療機関にも受け入れをお願いし、入院先の確保を行った。

上記のように入院先の医療機関を増やすことができた背景には、平時からの地道な取り組みの効果であったと考える。神戸市では 2009 年に流行した新型インフルエンザの教訓から「感染症 神戸モデル—早期探知地域連携システム」（以下、神戸モデル）として、保健所・保健センターの保健師等による平時からの施設巡回や早期に感染症の発生を探知する「発生状況連絡票」の活用、「新型インフルエンザ等対策病院連絡会（年 3～4 回）」を継続して実施してきた。この活動を通じて、医療機関との顔の見える関係が構築されており、感染者の受け入れについても快く了承していただける結果につながったと言える。

入院調整では患者の病状の重症度や既往歴など、家族状況など配慮すべき患者の生活背景等から入院先の選定を行い、医療機関と調整を行った。患者ごとの状況に応じた細

やかな対応が必要であるため調整に時間を要し、患者数の急増によって業務量が膨大となった。

入院調整する際、子どもや障害を持つ家族、ペットを残して入院できないと、入院を躊躇される事例が複数件あった。

移送にあたっては、患者の病院への引継ぎや、移送中に容体が急変する恐れがあるため、自宅から入院先までの患者搬送には保健師が同乗した。患者の増加に伴い保健所の移送車2台では足りず、消防局から救急車を2台借り受けて対応した。さらに、酸素吸入が必要など重症な患者の移送にあたっては、保健所の移送車ではなく、消防局の救急車にて移送した。また、5月11日には、自動車関連グループから、患者搬送車両5台を無償で提供いただいた。

4月に入ると患者数が急激に増加（発生届受理件数 3月33件→4月225件）したため、患者の個別対応にかかる業務量が爆発的に増えていき、保健所・保健センターの負担はピークに達した。4月9日から事務職員の応援が、4月13日には福祉局からの保健師の応援が入り、移送体制は拡充されたが、効率的な移送体制の確立は大きな課題といえる。

また、移送後は車両の消毒を行ったが、COVID-19 流行時には消毒作業に必要な物品（手袋、マスク、エタノールなど）の品薄状態が続いたため、事前に十分な量の備蓄しておく必要がある。

（医師会との調整）

令和2年1月6日に、厚生労働省から武漢市における肺炎集団発生にかかる注意喚起が発出された直後より、神戸市医師会と情報共有を図り、継続的に診療体制について協議を実施した。

神戸市医師会において1月30日に設置された「新型コロナウイルス感染症対策会議」（毎週1回開催）に、保健所等の職員が出席し、患者のトリアージフローなどについて意見交換（累計6回出席）を行った。

3月9日に神戸市医師会長より市長あてに「新型コロナウイルス感染症対策に関する要望書」が提出され。迅速な情報提供、トリアージフローの広報、個人防護具の確保、診療に携わった医療従事者、医療機関への支援、医師会対策会議意見の反映等が求められた。

3月12日に要望書に関する神戸市医師会長、市長の意見交換を実施、3月31日、4月14日、4月21日に神戸市医師会役員及び保健福祉局・健康局とのトリアージフロー及びPCR検査外来等の意見交換が行われた。

また、宿泊療養施設の医師の派遣（6月1日から予定。後に厚生労働省の宿泊療養解除の基準変更により中止）、新型コロナウイルス検査センターの運営受託（6月8日か

ら)が決定された。

このように医師会とは緊密な連携が行われたものの、PCR検査のあり方など、保健所の考えと現場の医療機関の考えに齟齬をきたすような場面も少なくなく、COVID-19対策とともに、通常の医療体制を守る観点からも、医師会との丁寧なコミュニケーションは引き続き重要である。

(7) 宿泊療養施設

(開設に至る経緯：ニチイ学館ポートアイランドセンター)

全国的に感染拡大が続く中、COVID-19は軽症者の占める割合が大きいくことがわかってきた。患者が増大した場合、医療機関の病床確保のための努力だけでは追い付かなくなる事態を想定し、市長指示により3月中旬ごろから、症状の落ち着いた軽症者・無症状者を病院から退院させ、その後、2度の陰性確認が終了するまで受け入れる宿泊療養施設についての検討を開始した。

複数の宿泊施設が候補にあがったが、急変時に搬送する中央市民病院に近接した施設であること、個室が多いことなどから最終的にニチイ学館に絞り込み、3月23日から協議を開始した。3月26日には「使用の1週間前に申し入れること」などを条件に協力いただける旨の内諾をいただいた。

局内では、当時、市内病床使用数が20床を超えたらニチイ学館に申し入れを行う方針を固め、4月5日(日)に市内病床使用数が20床を超え25床となったため、6日(月)にニチイ学館へ申し入れを実施した。

ここから並行して、常駐スタッフ(医師、看護師・保健師、事務)の調整、患者とスタッフの動線など感染防止対策の検討、備品(冷蔵庫、Wi-Fiなど)の発注、弁当業者の手配などを急ピッチで調整し、県内最初の宿泊療養施設として4月11日(土)からの100室について運用開始の運びとなった。

市内病床使用数は、運営開始時点(11日)では既に77床であり、かなり逼迫した状況にあっただけでなく、4月11日には中央市民病院、4月13日は神戸赤十字病院で院内感染が発生したことから、これらの病院の軽症患者をこの宿泊療養施設へ移送する必要があった。

まさにギリギリのタイミングで医療崩壊を防ぐ最大の効果を発揮することとなったのは、事前の検討作業を早めに開始していたこと、ニチイ学館に迅速な協力をしていただけたことが大である。一方で、4月6日の開設申し入れから、11日の開設までの実際の準備作業は多忙と困難を極めたことについては、反省すべき余地がある。

住民説明などを行うにあたって、地元警察署への説明・協議を行った。具体的には説明内容など住民・企業向け文書の共有、開設時期、患者搬送ルート、警備配置計画などを説明し指導を受けた。

(2 か所目の宿泊療養施設の開設：ホテルパールシティ神戸)

市内感染者の増加に伴いニチイ学館への入所者も急増しつつあるなか、ニチイ学館に次ぐ宿泊療養施設の2施設目としてニチイ学館を補完するとともに、兵庫県との協議を経て、今後感染拡大がさらに進み入院調整に時間を要することが発生した場合には、自宅待機に代わる「入院前の滞在施設」としても活用することを想定してホテルパールシティ神戸（以下、パールシティ神戸）に2か所目の療養施設を4月30日に開設した。あくまでも自宅療養の代替施設ではないのは、ニチイ学館と同様である。

立ち上げに当たった、4月16日に兼務発令を受けた職員（部長級・事務1名、課長級・事務1名、係長級・事務1名、係長級・設備1名、担当・事務1名の計5名）が、健康局内の医師、保健師、看護師、管理栄養士、衛生監視員との連携・協働のもと、借り上げる宿泊施設の開拓・交渉、周辺住民団体・企業への説明・調整、ゾーニングのためのパーテーション施工手配、入所者搬送業務等各種の民間事業者の手配、職員配置計画、職員研修等を行った（途中から自宅療養検討のため兼務発令されていた課長級・事務1名、係長級・事務1名も加わり、入所者向け説明資料、職員業務マニュアル作成等を担った）。

両施設の開設に当たっては、地元住民や隣接する観光施設・企業に対して事前説明を行った。同時期に他県で周辺住民の反対により開設出来ない事例が発生していたことから、慎重に対応した。その際、SNS等による誤った情報を基にした風評被害・誤解から、周辺住民や周辺企業・店舗に不安感が少なからずあったことから、その対応・説得に労を要した。中には企業側からの反対の声もあったが、職員が訪問し、時には行政医師から医学的な見地より説明するなど丁寧な対応を行った。

(入居対象と入所実績)

無症状者または軽症患者で、入院後、医師が症状等から必ずしも引き続き入院が必要でないと判断した者（※）である。

他府県のように、自宅療養の代替施設として利用するのではなく、必ずいったん入院を経てから、入居していただくことを前提としたのが神戸方式である。

※原則、以下に該当しない者

- ・高齢者
- ・基礎疾患がある者（糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等）
- ・免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）
- ・妊娠している者
- ・入院中に重症化した者

<入所実績>

	ニチイ学館 (令和2年6月8日現在)	パールシティ神戸 (令和2年6月4日)
延べ滞在者数	980人	14人
実入所者数	132人	2人
実退所者数	132人	2人
現在滞在者数	0人	0人
一日最大滞在者数	41人(4月22日)	2人(5月13~16日)
平均滞在日数	7.4日	7.0日

※パールシティ神戸は5月13日～入所開始

(運営体制)

運営体制については、4月2日に厚生労働省が示した宿泊療養の指針・基準（マニュアル）よりも手厚い水準で、保健師・看護師を配置し入所者の健康管理や相談等に対応した。ニチイ学館開設後、施設運営にかかる責任体制を明確化し、その下で着実に課題解決を図っていくため、各部門の責任者による運営会議を毎週開催し、運営方針の決定、課題の抽出及び解決策の検討、部門間の情報共有を実施。のちにパールシティ神戸との一体運用を図るため合同メンバーによる運営会議の開催となった。

- ・医師：行政医師が日中数時間出務し、それ以外の時間はオンコール対応。当初は市民病院機構に中央市民病院の初期研修医の派遣を依頼したが、同院の院内感染発生により中止。また市医師会からの医師派遣等を調整していたが、国の方針により治癒確認のための検体採取が不要となり、6月以降は行政医師による24時間オンコール対応に変更。
業務内容は、PCR検査の検体採取、健康観察・診察、オンコール対応、施設のゾーニングやスタッフ感染予防策への指示、助言。
- ・看護師：各施設につき行政看護師・保健師による統括1名のほか、各フロアに常時2名を配置。神戸市看護大学から毎日日勤・夜勤各1名出務いただき、神戸在宅医療・介護推進財団からも看護師の応援をいただいた（会計年度任用職員としての採用や、覚書締結による職員派遣）。それ以外は人材派遣による看護師で対応した。特に看護大学の出務者には業務マニュアルの作成支援等、施設の運営改善に貢献いただいた。
業務内容は、各種マニュアルの作成・整備。感染予防対策（ゾーニング、看護手技・動線・換気等実施状況の確認、徹底）、入退所に関する本庁所管課や区役所との連絡調整、入退所時の案内・説明、1日2回、電話での健康観察・健康相談、PCR検査準備・介助・検体搬送調整・検査結果の説明。

必要に応じて、入所者のストレス軽減対策、心のケア。居屋のセッティング、弁当の配膳（ホテルパールシティ神戸では事務職が対応）、週1回のシーツ交換・週2回のタオル類のためのリネン類の設置、家族等からの差し入れやネット注文配達物への対応（ホテルパールシティ神戸では事務職が対応）、医療関係物品の在庫管理、補充。

- ・事務職員：各施設につき、常時2名を配置。兼務発令された職員（各施設 係長4名・担当4名、4週間で交代）による日勤・夜勤シフトを構築。また、現場の後方支援（契約・支払事務等）を行うため、本庁に課長2名・係長2名・担当2名を配置（兼務発令）。施設管理と物品調達・管理を実施。
- ・衛生監視員：開設当初は想定していなかったが、館内の消毒や感染性廃棄物の処理などのため、各衛生監視事務所等から1～2名が日中出務。

それぞれの居室にはポット・ドライヤーのほか、入所者自身で室内清掃ができるよう清掃用品を各室に配置（ニチイ学館開設当初納品が間に合わず、職員自らホームセンターで調達）。入所が一定期間になることから、全室でWi-Fiが使用できるよう館内に機材を設置し、電波状態改善のため数回にわたり中継器を追加設置した（パールシティ神戸は既設）。

食事については1日3回弁当を提供したほか、栄養補充のため野菜ジュース等を配布した。ただし、食物アレルギーや糖尿病等食事制限のある入所者に対しては弁当会社のみでは対応が困難であった。また、業者によっては、週半分以上の1日当たりの総カロリーが成人男性の所要量に満たなかったことから、補食（パン）の提供を行った。全室に冷蔵庫を配置すべく発注したが納品が間に合わなかったため、当初は各階に共用での設置となった（現在は全室に設置済み。パールシティ神戸は既設）。

入所者が各自で1日2回検温、看護師が電話で体調とともに聞き取り、健康観察表に記録することとした。必要に応じて看護師が対面で健康観察、入所時には血中酸素飽和度を測定するとともに、共有スペースにパルスオキシメーターを常時配置した。

汚染区域に入る場合には防護服を着用することとし、事務職員は汚染区域に入らないことを徹底するなど、対応マニュアルを整備した。

急変時には救急車を要請し中央市民病院等へ搬送することとしていたが、これまでそういう事案は発生していない。

健康観察に使用する体温計が不足していたことから、庁内各局に提供を依頼したところ、ただちに各局の職員から200本もの体温計の提供があった。また、パルスオキシメーターについても4月中旬に発注するもすでに医療機器販売代理店には在庫が全くな

くなっていたため、当初は消防局、市看護大学、県予防医学協会、神戸在宅医療・介護推進財団から借りていたが、のちに医療機器メーカーから 100 台余りの納品があり事なきを得た。

また、入所者は隔離生活を送るため、運動不足解消や気分転換などが困難である。また客室が個室のためプライバシーを確保できる反面、健康状態の確認が難しい状況にある点は課題である。

入所基準外の入所者（※）への対応、とりわけ精神的に不安定等リスクの高い入所者の受け入れにあたり、既往歴の把握など病院や関係部署間の情報共有体制を整備するとともに、メンタルケアのフロー図を作成し、精神科医師による訪問（週 1 回）も開始した（常備薬の配置についても検討中）。

※医療機関の病床確保のため、高齢者や基礎疾患のある方についても、個々の状況を踏まえ、医療機関・保健所・療養施設の間で連絡調整の上、入所の可否を判断し、ニチイ学館ではこれまで複数名受入れた。

館内を清潔区域と汚染区域にゾーニングし、患者と職員の動線を分離した。ノウハウや資材が無いなか、ニチイ学館ではゾーニングのための間仕切りは市役所内にあるパーティション等のほか、建築業を営む職員の親族から資材の提供を受けて設置し、急場を凌いだ。必要な物品についても職員が立替払いをして市内のホームセンターなどからかき集めるなどして、患者の入所に間に合わせた。

そのことを踏まえ、パールシティ神戸では、入所者が入る前にホテルの形状や広さを活かしたパーティションを入れることで弁当配膳といった事務職員が行える業務を増やし看護職の負担を軽減する工夫を行った。なお、ニチイ学館の入所者の減少後、ゾーニングの間仕切りを改修し、汚染区域への弁当・物品の搬入を容易に行えるようにした。

一方、パールシティホテルでは、客室の特性上、照明が暗く、長期間過ごすには室内の照明に課題があった。卓上照明を配置するなど工夫はしたが、施設の選定にあたっては専門職種との連携をより密にして、入所者が一定日数生活するという視点でも、事前調査をしておく必要がある。

また、入所者の外出防止や防犯のため、当初は事務職員が 1 時間毎に館外を見回っていたが、警備会社と契約し警備員を館外に 24 時間配置するとともに、非常階段前に機械警備を設置。

火災・地震等発生時の対応についても、施設管理者と協議した上で現場に周知した（ニチイ学館）。

さらに、スタッフ及び患者との間での連絡を取るための手段としてスマートフォンを急ぎ 100 台確保した。

現在、市内での新規感染者が出ていないこと、医療職・看護職等の資源の集中を図るため、当面はニチイ学館への入所を優先することからパールシティ神戸は 5 月 28 日、

一時的に閉鎖した（契約期間は7月末日まで）。

（8）クラスターへの対応

（クラスターの封じ込め）

同一の場において、5人以上の感染者の接触歴等が明らかとなっている集団を、いわゆるクラスター（集団）として捉えて、感染拡大防止に努めた。

保健センターでは、患者発生の届を受理すると共に患者の職場や利用施設に出向き、環境面なども含め調査と助言指導を徹底することで、更なる感染拡大の防止のため迅速な対応に努めた。

市内で、集団感染が発生した施設は下記7か所である。

- | | | | |
|--------------|-----|-----|--------------------|
| i 認定こども園 | 陽性者 | 6名 | (3/10～3/24 閉鎖) |
| ii 介護保険通所事業所 | 陽性者 | 5名 | (3/14～3/29 閉鎖) |
| iii 西警察署 | 陽性者 | 12名 | (4/8～4/27 自宅待機) |
| | | | ※兵庫県等発表の6例を含む |
| iv 中央市民病院 | 陽性者 | 36名 | (4/10～5/10 病院機能縮小) |
| v 神戸赤十字病院 | 陽性者 | 37名 | (4/13～5/24 病院機能縮小) |
| | | | ※尼崎市発表の1例を含む |
| vi 環境局須磨事業所 | 陽性者 | 17名 | (4/21～5/5 閉鎖) |
| | | | ※明石市発表の1例を含む |
| vii 神戸労災病院 | 陽性者 | 3名 | (5/11～5/24 病院機能縮小) |

集団内で感染が拡大した要因として、COVID-19 では感染しても多くの人が無症状や発症しても軽症の経過を取るため、患者が発症に気づかず職場などで感染を広げたことが考えられる。

環境局須磨事業所では、最初の陽性者が複数の職員へ感染を広げており、また、そこから再度、感染が広がったと考えられる。COVID-19 では発症2日前から周囲に感染させるとの報告もあり、症状が出てから対策を講じても手遅れとなる場合がある。このため、当事業所のように多くの職員との接触が濃厚（浴場・食堂・休憩室を多くの職員で共用する等）となる職場環境の場合には、全職員のマスク着用や手洗いの徹底、毎日の健康チェックの実施、定期的な換気等を行うことが重要であると思われる。

社会福祉施設で陽性者が発生した事例では、施設を閉鎖する必要がある、利用者への説明や閉鎖期間の代替え策の立案、再開に向けての調整を行った。また、健康観察対象者が100名を超える施設もあり、健康観察や相談対応などに人員が必要となった場合には、他の保健センターから保健師の応援体制を組むなど工夫を行った。

サービス休止に伴う高齢者、障害者、乳幼児に対する代替サービスの調整を担う機

関・関係者との調整、施設職員の自宅待機に伴う施設サービス継続への相談など、所管部局と保健センター・保健所の連携・役割分担が必要であった。

医療機関で集団感染が起こると、一時的ではあるが病院機能を縮小せざるを得ない状況となる。神戸市では、陽性者が急増した4月に中央市民病院と神戸赤十字病院で集団感染が発生し、陽性者の入院調整が難航する状況が起こった。兵庫県の入院コーディネートセンターを通じ、入院調整を依頼したが、遠方の医療機関への入院となることもあり、入院される市民の不安と負担は大きかったと思われる。

また、医療機関は他の施設と違い、集団感染の発生を理由に病院機能をストップさせることが難しい。このため、陽性者への対応を継続することで新たな感染へのリスクを負いながら、さらに感染した職員や自宅待機職員の代わりに応援に入る職員の感染リスクなど、複数のリスクを抱えるため集団感染の収束までに時間を要した。

院内感染発生時、保健所では医療機関を訪問し、病室の配置や職員の動線及び患者の受け持ち状況、感染防止対策の状況、入院患者の状況など詳細な聞き取りを行い、医療機関と一緒に感染経路の特定や課題の抽出、改善策の検討を行った。院内感染への対応で混乱している医療機関にとって負担が大きかったと思われるが、初動の段階で感染経路の特定と対策が行えたことにより、更なる感染拡大を防ぐことができたと考ええる。

収束時には医療機関と環境保健研究所、保健所にて、院内の情報、疫学情報、ゲノム情報のすり合わせを行い感染源や感染経路対策などについての振り返りを行った。

さらに、保健所では院内感染への対応で得られた知見を「新型インフルエンザ等対策病院連絡会」で共有するなど、他の医療機関へも提供し、新たな院内感染を防ぐ取り組みにつなげている。

施設における集団感染においては、庁内の様々な関係部署から、保健センターや保健所に何度も問い合わせがあり、業務の中断、現場の混乱が起こった。庁内の窓口は保健所に集約する、情報共有の流れを決めておく等の対応が必要であった。また、所管外の部署に個人情報を出す際の取り扱いルールを徹底する必要があった。

「神戸モデル」として、2009年より実施してきた保健所・保健センターの保健師等による平時からの施設巡回や早期に感染症の発生を探知する「発生状況連絡票」の活用により、施設関係者が保健センターに相談できる関係が構築されていた。

今回のCOVID-19発生時においても、施設関係者が感染者発生時の対応や感染拡大予防対策について保健センターと相談し事前に対応を検討できたことで、医療機関を除く施設での2次感染が最小限で抑えられたのではないかと考える。

(風評被害)

集団感染が発生すると市民の不安が高まり、その結果として「誰が悪かったのか?」「〇〇をしたから感染した」「〇〇施設の職員が家族にいる人は出勤しないで欲しい」

など、犯人探しや誹謗中傷につながる事例が多くみられた。相談センターや保健センターでは被害を受けた方に寄り添った対応を心がけた。また、ホームページでもメンタルヘルスについての情報発信を行った。

施設名の公表については、市民への注意喚起と施設への風評被害との両側面を考慮しながら進めた。医療機関や介護施設など、高齢者や基礎疾患を持った集団への感染の危険性がある場合には、施設内で1人の陽性者が出た時点で施設名を公表するなどの対応を行った。また、他都市で同業種の施設で集団感染が発生している事例では、まだ集団感染に至っていない状況で施設名や業種を公表することで市民の不安を煽る可能性や当該施設への風評被害の大きさを考慮し、公表しないことを決めたものもあった。

どちらの事例においても、保健所・保健センターの保健師が積極的疫学調査とは別の観点からの聞き取りや、関係者への説明、説得等を何度も行う必要があり、現場の負担を大きくした。施設関係者から「施設名を公表されたら、施設を閉めるしかない。従業員も解雇せざるを得ない」という声も聞かれた。COVID-19の感染をきっかけに、精神的に追い詰められ、自死しかねない状況に陥っている事例もあった。

公表については正解がない中、調査にあたった保健師は一事例一事例、手探りで公表の可否を決めていく作業を行い、精神的負担が非常に大きかった。

COVID-19では、感染症という疾患への対応だけでなく、風評被害による精神状態の悪化や外出頻度が減ることによる高齢者のフレイル状態の加速への対応等多側面からの患者・家族支援及び対応が必要であった。

(9) 救急体制

(救急隊員の感染防止対策)

消防庁通知(令和2年2月1日付消防消第24号・消防救第28号)に基づき、市内で月5000件以上ある救急事案に出動する救急隊等の全部隊が全ての患者に対し、標準感染予防策(感染防止衣上下、手袋、ゴーグル、マスクを着用)で対応すること、救急車内の消毒を行い、二次感染を防止することを徹底した。

また、感染防止用資器材(特にマスク)が安定して供給されず、臨時に調達したほか、国や県、寄付等の支援により、必要数量を確保した。資器材の安定的な在庫確保や感染防止対策の徹底により、現在まで消防職員への感染を防止することができた。

一方で、従前より入念な搬送後の救急車・資器材消毒が必要となり、救急隊員の負担が増加したほか、感染防止用資器材の供給が一時途絶したため、新規取引業者を含めた複数の業者に供給を依頼したが、入荷が不安定な状況が続いた。

また、疑い患者を搬送した場合は、自分が感染しているのではないかと不安感を持つ救急隊員がおり、しばらく家族と別室で過ごした職員もいた。救急隊員及びその家族の不安を払しょくするためにも、搬送患者のPCR検査結果を救急隊に迅速に共有する必要がある。

(傷病者の病院受け入れへの対応)

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、救急出動件数が減少した。

前年度比で4月は21%（2019年：6,769件→2020年：5,332件）、5月は22%（2019年：6,979件→2020年：5,461件）減少している。

〈救急出動件数〉

期間	2020年	2019年	昨年比
4月	5,332件	6,769件	21%減
5月	5,461件	6,979件	22%減

医療機関において、発熱や呼吸器症状を有する救急患者（以下「発熱等救急患者」という。）であっても新型コロナウイルスの感染を疑い対応していたことから、救急搬送時の病院交渉において、交渉回数が増加し、搬送先が決定するまでの時間が長くなった。

具体的には、病院交渉に4回以上要した事案は、前年度比で4月は210%（2019年：84件→2020年：176件）、5月は203%（2019年：87件→2020年：177件）に増加した。

〈病院交渉回数4回以上〉

期間	2020年	2019年	昨年比
4月	176件	84件	210%
5月	177件	87件	203%

病院交渉難航時には兵庫県広域災害・救急医療情報システム（HEMIS）を積極的に活用するとともに、医療機関に対して状況説明を行い、救急受け入れに関して協力を要請するなどの対応を行った。

その結果、病院交渉に4回以上要した事案は、4月中旬をピークに、減少傾向を示した。また、病院職員等の感染発生により、4月11日以降、中央市民病院をはじめとする救急病院の救急受け入れが一時制限された。他の2次及び3次救急病院の協力で、重症者の救急搬送において搬送先決定に時間を要する等の問題は生じなかった。

(COVID-19患者及び疑似患者への対応)

消防庁通知（令和2年2月4日付消防消第26号・消防救第32号）に基づき保健所との連携体制を強化し、下記のとおり搬送体制を構築した。

119番通報受信時や救急現場でCOVID-19患者と判明した場合は、搬送先の医療機関等について保健所に連絡、調整等を行った上で救急車により搬送した。

医療機関や宿泊療養施設等において保健所が覚知した新型コロナウイルス確定患者で、重症の場合は救急車で搬送した。軽症者は保健所が搬送するため、予備救急車2台

を保健所へ貸し出した。

令和2年2月14日から5月31日の間に確定患者34名、疑い患者75名を救急隊が搬送した。

(消防局における職員体制)

密接する活動が多い消防職員が感染すると、市民や消防署単位での影響が懸念される。そこで、災害対応力を維持・継続すること、「うつさない」「うつされない」行動を徹底すること、の2点を組織目標として掲げた。

全職員へのマスクの着用、交代制勤務者の仮眠室、食堂、浴室での感染予防策の徹底のほか、日常生活面での留意点も含めて行動基準を示し周知を図った。

消防職員の感染時からでなく、PCR検査受診時からの職場での対応手順等もまとめた独自の「消防局新型コロナウイルス感染症対策ガイドライン」を策定し、他都市の発生事例も踏まえて適宜改定充実を図った。新型インフルエンザ等対策行動計画をそのまま活用することができず、その都度作成しなければならなかった。

全国で30名規模の消防職員の感染事例が報告されている中、こうしたきめ細かい取り組みにより現在のところ職員の感染者は発生していない。

新型コロナウイルスに特化した対策チームを設置し、各種情報収集やガイドラインの策定、救急対応をはじめとした各種データ解析を行うことで、刻々と変化する状況に柔軟に対応できた。

今回の対応では、新型インフルエンザ等対策行動計画をそのまま活用することができず、その都度作成しなければならなかった。また、新型コロナウイルスの陽性患者等に対応する職員への処遇も含めた総合的なケアの構築が必要である。