

【無床診療所】

新興感染症対応に係る協定締結の調査（様式）

医療機関名	
担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先メールアドレス	

将来、新興感染症（ここでは、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症または新感染症のことを指しています）が発生・まん延した場合に、迅速かつ適確に医療提供体制を確保するため、県と医療機関・薬局・訪問看護事業所との間で、医療措置に関する協定を締結することが求められています（感染症法第36条の3第1項、令和6年4月1日施行予定）。

このことについて、皆様の協定締結のご意向等を把握するため、事前の調査を行いますので、お忙しいところ、誠に恐れ入りますが、以下の調査にご協力をお願いします。

なお、国において、協定の締結により、新型コロナウイルス感染症対応時の最大規模のものと同規模の医療提供体制の構築を目指すとされていることから、今回の調査においては「新型コロナウイルスと同程度の性状」の新興感染症を想定し、主に新型コロナウイルス感染症が2類相当だった頃の対応状況についてお聞きする調査となっております。

また、今回の医療措置に関する協定については、あくまで新興感染症に対する医療提供を目的としたものですので、5類感染症である現在の新型コロナウイルス感染症の対応にそのまま適用されるものではありません。

1 新型コロナ対応の実績確認 ※「有、無」や「○・×」をご回答ください

※（１）は令和４年１２月時点、（２）、（３）はこれまでに実績があるかどうかをご回答ください。

- (1) 令和４年12月時点で、診療・検査医療機関の指定を受けていたか
- (2) 自宅療養者等の対応（サポート医としての対応や施設等への往診・派遣）を行ったか
- (3) 他の医療機関等に新型コロナ対応応援のために人員を派遣したことがあるか
- (4) 現在、個人防護具を備蓄しているか

※（４）について、仮に、今、供給が停まったとして、２ヶ月程度の患者対応が可能なストックがある場合は備蓄「○」としてください。

2 感染症法の協定締結の意向

新興感染症の発生・まん延時に備えた県との協定を締結する意向と、その内容についてご回答ください。**想定する新興感染症の性状は、新型コロナと同程度を想定しています。**なお、入院や発熱外来等に係る質問項目がありますが、国全体として、**まずは新型コロナ対応での最大値の体制を目指す**こととしており、**新型コロナ対応の実績（最大値の体制）に鑑み**、回答をお願いします。また、当該新興感染症のワクチンは無いものとしてお考えください。

※国の方針に沿い、以下の項目について協定を締結することを想定しています。

- ①発熱外来 ②自宅療養者支援 ③医療人材派遣 ④感染症対策に係る訓練・研修の実施 ⑤防護具の備蓄

次ページより、質問項目を設けておりますので、それぞれについて、協定締結へのご協力の可否と、ご協力いただける場合の内容についてご回答ください。

①発熱外来に係る協定締結の可否（右欄に○・×をご記入ください）

--

○を選択の場合、発熱外来として1日に対応可能な患者数の見込みについて、以下にご回答ください。かかりつけ医患者以外の受入れや、小児の対応についてもご回答ください。

（単位：人/日）

項目	新興感染症発 生後3ヶ月経 過時点（流行 初期）の対応 可能人数		新興感染症発 生後6ヶ月経 過時点（流行 初期以降）の 対応可能人数	
		（目標）新型 コロナ実績 （令和2年12 月時点の1日 あたり最大の 対応人数）		（目標）新型 コロナ実績 （令和4年12 月時点の1日 あたり最大の 対応人数）
発熱外来患者数				
検査数				
うち自院検査				
うち外注検査				

※左記の新型コロナ
実績は、診療・検査
医療機関としての実
績がある場合のみ記
入

※検査数については、核酸増幅法検査のみが対象となります。なお、検査用プライマー等も出揃い、検査が可能となったと仮定してご回答ください。

保有する検査機器の台数と実施可能な検査方法（自院検査が可能な医療機関のみご回答ください）

（例：PCR法 1台、LAMP法 1台）

--

かかりつけ医患者以外の受入可否（○・×を記入）	
小児の受入可否（○・×を記入）	

② 自宅療養者等への医療の提供

自宅療養者等への医療の提供に係る協定締結にご協力いただけるか、以下にご回答ください。（○・×を記入）

	新興感染症発生後6ヶ月経過時点（流行初期以降）における対応に係る協定締結に協力可能か	新型コロナ実績（サポート医・施設の協力医療機関としての対応含む）R2.2月～R5.5月までの間の対応経験の有無	電話・オンライン診療実施状況（診療報酬を請求したことがある）
自宅療養者等への医療提供			
うち、自宅療養者対応（往診）			
うち、自宅療養者対応（電話）			
うち、自宅療養者対応（オンライン）			
うち、宿泊療養者対応（往診）			
うち、宿泊療養者対応（電話）			
うち、宿泊療養者対応（オンライン）			
うち、高齢者施設対応（入院受入）※施設の協力医療機関等は○を検討			
うち、高齢者施設対応（往診・投薬等）※施設の協力医療機関等は原則○			
うち、高齢者施設対応（電話）			
うち、高齢者施設対応（オンライン）			
うち、障がい者施設対応（入院受入）※施設の協力医療機関等は○を検討			
うち、障がい者施設対応（往診・投薬等）※施設の協力医療機関等は原則○			
うち、障がい者施設対応（電話）			
うち、障がい者施設対応（オンライン）			

③-1 相互応援に係る協定締結へのご協力の可否（右欄に○・×を記入）

--

○を選択の場合、貴院で他の医療機関への応援派遣が対応可能な人数について、以下にご回答ください。なお、①、②で重複していても構いません。

また、「参考」の新型コロナ実績値についてはR2. 2月～R5. 5月までの間に応援派遣を行った経験をお尋ねします。経験がある場合はその際の人数を記入してください。複数回の応援派遣の経験がある場合は、そのうち最大規模の派遣についてご記入ください。

なお、回答の際は、新興感染症への対応を行うことを想定し、感染症対応に関する一定の研修・訓練を受けられている方を前提としてください。

(単位：人)

相互応援について	派遣可能人数 (感染症発生 後6ヶ月経過時 点の見込)	(参考) 新型 コロナ実績値	※派遣期間は3日～1週間程度 を想定し、人数については実人数 で計上してください。
①感染症患者への医療を担当する 方(感染症医療担当従事者)			※感染症感染症医療担当従事者 とは、医療機関等において、感 染症患者の診察や治療、検査等 に従事する方を想定していま す。
医師			
看護師			
その他 ()			
【うち、県外派遣可能人数】			
医師			
看護師			※ゾーニング等の感染症予防業 務に対応できる方とは、院内の ゾーニングやクラスター対応等 の感染制御に従事する方を想定 しています。
その他 ()			
②ゾーニング等の感染症予防業務 に対応できる方			
医師			
看護師			
その他 ()			
【うち、県外派遣可能人数】			
医師			
看護師			
その他 ()			

③-2 感染症対策に係る医療人材について

③-1で○を選択の場合、貴院において、感染症対策に従事可能な人数の見込みについて、以下に回答ください。なお、①と②で重複していても構いません。

なお、回答の際は、新興感染症への対応を行うことを想定し、感染症対応に関する一定の研修・訓練を受けられている方を前提としてください。

(単位：人)

医療人材について	見込数	(参考) 新型コロナウイルスでの実績人数
①感染症患者への医療を担当する方 (感染症医療担当従事者)		
医師		
看護師		
その他		
②ゾーニング等の感染症予防業務に対応できる方		
医師		
看護師		
その他		
③その他 ()		

④感染症対策に係る研修・訓練実施に係る協定締結の可否

貴院において年1回以上、感染症対策に係る研修、訓練を実施する、または国や県等が実施する研修、訓練に職員を参加させることに係る協定締結にご協力いただけるでしょうか。以下にご回答ください。(○・×を記入)

感染症対策に係る訓練・研修の実施 (国や県等が実施する研修・訓練の参加を含む)	
--	--

⑤個人防護具の備蓄に係る協定締結の可否（右欄に○・×を記入）

--

新興感染症発生に備え、想定する使用量の2ヶ月分の備蓄が求められています。協定を締結する場合の個人防護具の備蓄の予定等について、以下にご回答ください。なお、回答にあたっては、貴院において新型コロナ対応時に使用した数量を基準に数量をご検討ください。また、枚数については目安ですので、正確な数量が分からない場合は、おおよその数量でご回答ください。

※フェイスシールドについては、再利用可能なゴーグルの使用での代替も可能です。この場合において、ゴーグルは再利用が可能であり、有事におけるその医療機関での1日当たり使用量を備蓄することを推奨します。必要人数分の必要量を確保していれば、フェイスシールドの備蓄をすることを要しないものとし、かつ、フェイスシールドの使用量2か月分を確保しているのと同様なものとします。

※N95マスクについては、DS2マスクでの代替も可能です。

※アイソレーションガウンには、プラスチックガウンも含まれます。

	備蓄予定		参考回答	新型コロナ発生・まん延時に、在庫数を増やすなどの備蓄対応の実績がある場合は、○・×を記入
	(記載例) ○か月分	(記載例) ○枚		
サージカルマスク			R4,12月からR5,1月までの2か月間の消費量(単位:枚)	
N95マスク				
アイソレーションガウン				
フェイスシールド				
非滅菌手袋				

質問は以上です。ありがとうございました。