

医療措置協定に関する意向調査票

※色付きのセルに回答を入力してください。

1 医療機関名等

- (1) 医療機関名
- (2) 保険医療機関番号 (10桁)
- (3) G-M I S I D (把握されている場合はご記入ください。)
- (4) 医療機関住所
- (5) 管理者氏名
- (6) 担当部署名
- (7) 担当者名
- (8) 電話番号
- (9) メールアドレス

2 新型コロナ対応の実績確認

○新型コロナ対応 (①病床確保、②発熱外来、③自宅療養者等への医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣) を行っていましたか。
 対応していた場合は、2 (1)~(8)にお進みください。
 対応していなかった場合は、2 (9)にお進みください。

--

※自宅療養者等への医療の提供：訪問診療、電話・オンライン診療、高齢者施設等への往診・派遣
 ※後方支援：新型コロナ回復後に入院が必要な患者の転院の受入等
 ※人材派遣：他の医療機関等（県本部や臨時医療施設を含む）に医療従事者の派遣の協力

- (1) 令和4(2022)年12月時点の新型コロナウイルス感染症患者用の最大確保病床数（確保していた場合には記入してください）（例）30床
 新型コロナウイルス感染症重症患者用の最大確保病床数（確保していた場合には記入してください）（例）5床
- (2) 新型コロナ対応において、県から協力医療機関としての指定を受けていたことがありますか。（確保病床を有していたことはありますか。）
- (3) 令和4(2022)年12月時点で、県から診療・検査医療機関（現在の呼称：外来対応医療機関）の指定を受けていましたか。
- (4) 新型コロナ対応について、自宅療養者等への対応（訪問診療、電話・オンライン診療、高齢者施設等への往診・派遣）を行いましたか。
- (5) 新型コロナ対応において、後方支援医療機関としての役割を担っていたことがありますか。
 後方支援医療機関：感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入等
- (6) 新型コロナ対応において、他の医療機関等（県本部や臨時医療施設を含む）に医療従事者の派遣の協力を行ったことがありますか。
 派遣した場合、派遣先の名称を回答してください。
 派遣した場合、派遣した職種を回答してください。
- (7) 貴院は現在、高齢者施設や障害者施設の嘱託医や協力医療機関となっていますか。
- (8) 新型コロナ対応において、個人防護具を備蓄（在庫確保）していましたか。
 個人防護具の例…サージカルマスク、N95マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋等
- (9) 新型コロナ対応をしていなかった場合、その理由を以下から選択し、回答してください。（複数選択可）

人材不足	
対応できる設備がない	
感染対策ができない・不安	
その他	

可能であれば、各理由の詳細を以下に記入してください。

(自由記載)

3 感染症法の協定締結の意向

新興感染症（感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本とする。）発生・まん延時に必要な措置を迅速かつ適確に講ずるため、感染症法第36条の3第1項の規定に基づく協定を締結する意向・その内容について以下に回答してください。回答に当たっては、令和5(2023)年7月6日(木)「医療措置協定に関する説明会」をご確認いただき、医療措置協定の締結に向けた県の目指すべき方向性及び貴院における新型コロナ対応時の機能・役割を踏まえ回答してください。

(参考) 感染症法（令和6年4月1日施行）

第三十六条の三 都道府県知事は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ適確に講ずるため、当該都道府県知事が管轄する区域内にある医療機関の管理者と協議し、合意が成立したときは、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項をその内容に含む協定(以下「医療措置協定」という。)を締結するものとする。

一 前条第一項各号に掲げる措置のうち新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において当該医療機関が講ずべきもの

二 第五十三条の十六第一項に規定する個人防護具の備蓄の実施について定める場合にあっては、その内容

三 前二号の措置に要する費用の負担の方法

四 医療措置協定の有効期間

五 医療措置協定に違反した場合の措置

六 その他医療措置協定の実施に関し必要な事項として厚生労働省令で定めるもの

○現時点で協定締結の意向がある場合、協力可能な項目を選んでください。

①病床確保		○を選択した場合、以下、①病床確保を回答してください。
②発熱外来		○を選択した場合、以下、②発熱外来を回答してください。
③自宅療養者等への医療の提供		○を選択した場合、以下、③自宅療養者等への医療の提供を回答してください。
④後方支援		○を選択した場合、以下、④後方支援を回答してください。
⑤人材派遣		○を選択した場合、以下、⑤人材派遣を回答してください。

① 病床確保

現時点で、協定締結の意向がある場合、患者の受入病床として確保可能な病床の見込み数について、以下に病床区分ごとに回答してください。

(単位：床)

項目	見込み数 【流行初期】 (発生公表後から3ヵ月までに対応)	見込み数		
		(参考) 新型コロナ実績値 (令和2(2020)年12月の最大確保病床数)	【流行初期以降】 (発生公表後6ヵ月までに対応)	(参考) 新型コロナ実績値 (令和4(2022)年12月の最大確保病床数)
確保予定病床数(全体)				
うち 重症者用病床数				
うち、人工呼吸器管理可能病床数				
うち、ECMO管理可能病床数				
うち、特別に配慮が必要な患者 (以下、対応可能な場合は病床数を記入)				
精神疾患を有する患者				
妊産婦				
小児				
障害児者				
認知症患者				
がん患者				
透析患者				
外国人				

○ 後方支援医療機関（「①感染症患者以外の患者の受入」、「②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入」との連携予定や病床確保に当たっての通常医療への影響等について記入してください。

(特に流行初期医療確保措置期間中の連携・対応について現時点で予定あれば記入してください。)

(自由記載)

② 発熱外来

現時点で協定締結の意向がある場合、発熱外来として対応可能な1日あたりの患者数の見込み数について、以下に回答してください。

あわせて、かかりつけ医患者以外の受入れや、小児の対応が可能か回答してください。

(参考) 新型コロナ実績値については、貴院において把握されている数を記入してください。)

なお、「(参考) 新型コロナ実績値」については、貴院において把握されている数(例:20人)を御回答ください。

※対応可能人数(○人/日)については、当該発熱外来の開設時間内における発熱患者の数(受診者数)を意味し、協定締結時点で想定される持続的に対応可能な最大の数を記載してください。

※検査(核酸検出検査)数については、PCR検査機器等を保有し、医療機関内で検体の採取及び検査の実施までを行う場合に、持続的に検査可能な最大の数を記載してください。

※新型コロナ対応における核酸検出検査と同様の検査方法を想定して記載してください。

※医療機関で検体の採取のみを行い、分析は外部に委託する場合は、検査(核酸検出検査)の実施能力に含めないでください。

※全国的に検査の実施環境が整備されていることを前提に記載してください。

※医療措置協定に記載する検査の実施能力部分については、検査措置協定を兼ねることになります。

(単位：人/日、件/日)

項目	見込み数 【流行初期】 (発生公表後から3ヶ月までに対応)	見込み数		
		(参考) 新型コロナ実績値 (令和2(2020)年12月の診療・検査医療機関として発熱外来の対応) ※1日当たりの最大対応人数(件数)を記入	【流行初期以降】 (発生公表後6ヶ月までに対応)	(参考) 新型コロナ実績値 (令和4(2022)年12月に診療・検査医療機関として発熱外来の対応) ※1日当たりの最大対応人数(件数)を記入
発熱外来患者数(○人/日)				
検査(核酸検出検査)数(○件/日)				

普段から自院にかかっている患者(かかりつけ患者)以外の受入可否	
小児の受入可否	

③ 自宅療養者等への医療の提供

現時点で協定締結の意向がある場合、自宅療養者等への医療の提供が可能かどうか、以下に回答ください。

対応可能人数については参考記載とします。可能な限り回答してください。

	対応見込み 【流行初期以降】 (発生公表後6ヶ月までに対応)		(参考) 新型コロナ実績	
	往診	電話・オンライン診療実施状況	往診	電話・オンライン診療実施状況
自宅療養者等への医療の提供の可否				
うち、自宅療養者対応(○/×)				
うち、宿泊療養者対応(○/×)				
うち、高齢者施設対応(○/×)				
うち、障害者施設対応(○/×)				
最大対応可能人数(○人/日)				

④ 後方支援

現時点で協定締結の意向がある場合、対応可能な後方支援の内容について、以下に回答してください。

(回復患者の転院受入が可能、病床確保の協定を締結している医療機関に代わっての一般患者の受入が可能、回復患者の転院受入が可能及び病床確保の協定を締結している医療機関に代わっての一般患者の受入が可能から選択)

※後方支援：病床確保の協定を締結している医療機関に代わっての一般患者の受入、感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入

項目	【流行初期】 (発生公表後3ヵ月までに対応)	【流行初期以降】 (発生公表後6ヵ月までに対応)	(参考) 新型コロナ実績
後方支援			

⑤ 人材派遣

現時点で、協定締結の意向がある場合、人材派遣が対応可能な人数の見込みについて、以下に回答してください。

(単位：人)

人材派遣者数計	見込み数 【流行初期以降】 (発公表後6ヶ月までに対応)	【うち、県外派遣が可能な人数】	(参考) 新型コロナ実績値
			※新型コロナ対応時において、他施設(県本部や臨時医療施設を含む)へ派遣を行った人数
医師(A)			
看護師(B)			
その他(C)			
【上記A～Cのうち、感染症医療担当従事者※】 ※感染症患者に対する医療を担当する医師、看護師、その他の医療従事者			
医師			
看護師			
その他			
【上記A～Cのうち、感染症予防等業務対応関係者※】 ※感染症の予防及びまん延を防止するための医療提供体制の確保にかかる業務に従事する医師、看護師、その他の医療関係者			
医師			
看護師			
その他			
【上記A～Cのうち、日本DMAT隊員登録者】			
医師			
看護師			
その他			
【上記A～Cのうち、栃木県LDMAT隊員登録者】			
医師			
看護師			
その他			
【上記A～Cのうち、DPAT隊員登録者】			
医師			
看護師			
その他			

訓練・研修の実施	
----------	--

※感染対策に係る訓練や研修(個人防護服の着脱等)を実施している場合は○をお願いします

⑥ 個人防護具の備蓄(在庫確保)

現時点で、①病床、②発熱外来、③自宅療養者等への医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のうち、いずれかの項目で、協定締結の意向がある場合、個人防護具の備蓄(在庫確保)の予定等について、以下に回答してください。

個人防護具の備蓄(在庫確保)の予定の有無	
----------------------	--

個人防護具の備蓄の予定が「有」の場合、備蓄予定の枚数を以下に回答してください。

	備蓄予定		参考回答 新興感染症・まん延時の施設の消費量2ヶ月分(単位:枚)
	○枚	○ヶ月 ※2週間の場合は、0.5ヶ月と記入	
サージカルマスク			
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			

※左記の「新興感染症・まん延時の消費量2ヶ月分」は、施設としての消費量2ヶ月分となります。
 ※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。
 ※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ヶ月分を確保しているのと同様なものとします。

4 協定締結に当たっての課題

現時点における協定締結に当たっての課題等を以下から選択し、回答してください。(複数選択可)

現時点で協定締結の意向がある場合においても、協定内容(項目)の拡充のため、回答してください。

人材不足	
対応できる設備がない	
感染対策ができない・不安	
その他	

可能であれば、各課題の詳細を以下に記入してください。

(自由記載)
