

医療措置協定について (訪問看護事業所)

2. 意向調査の実施

兵庫県保健医療部感染症等対策室感染症対策課

協定の進め方

協定の締結までの作業は、以下の流れで進めます。

時期

協定の意向調査（改正感染症法に基づく協議として実施）

2/26～

- 提供いただける医療措置等と協定の意向の有無について回答いただきます。
- 協定の意向が有る場合は、次の協定書案の送付に進みます。

準備が整い次第、協定書案を送付

4月～

- 協定書案は、意向調査に回答いただいた内容で作成します。
- 協定書案の送付は、電子メールで行います。

内容に同意いただいた医療機関から順次協定締結

4月～

- 返送いただいた内容を確認し、県としての協定締結の手続きをします。
- 完成した協定書は、再度、各事業所に電子メールで送付いたします。
(協定書の到着をもって協定成立)

意向調査の実施

調査の対象

- 県内の医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）

調査の項目

- 医療機関等ごとに提供できる医療措置の内容等と協定締結の意向等を調査

項目	病院	有床診療所	診療所	薬局	訪問看護事業所	内容
提供できる医療措置の内容						
病床確保	○	○				対応の可否や対応の見込み数など
発熱外来	○	○	○			
自宅療養者等への医療提供	○	○	○	○	○	
後方支援	○	○				
人材派遣	○	○	○			
個人防護具の備蓄	○	○	○	○	○	備蓄予定数量など
協定締結の意向	○	○	○	○	○	意向の有無
意向なしの理由	○	○	○	○	○	意向が無い場合の理由

意向調査の方法①

調査の方法

- WEBフォームを活用し、インターネットにより調査します。
- 下記のURLから回答をお願いします。

URL : <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/kanen/shinkou-kansen.html>

意向調査の方法②

回答の方法

- インターネットページ上で質問項目をクリックや入力して回答いただきます。

【感染症対策課】次なる感染症に備えた医療機関意向調査（訪問看護事業所）



* 意向調査の回答方法等

1 回答期限 3月 25日 (月)

2 問合せ先 兵庫県感染症対策課

メールアドレス：shinkou-kansen@pref.hyogo.lg.jp

電話番号：078-362-3264 午前9時から午後5時半まで。※問合せはメールでお願いいたします。

ホームページ：兵庫県／改正感染症法に基づく新興感染症対応にかかる意向調査の実施について (hyogo.lg.jp)

※よくある問合せ等を掲載しています。

3 意向調査の回答の利用について

この意向調査は、改正感染症法の規定に基づき、医療措置協定の事前協議として行うものです。

次なる感染症の発生に備えるため、兵庫県及び県内保健所設置市、関係団体等で構成する兵庫県感染症対策連携協議会及び

兵庫県医療審議会での議論に使用させていただくこともありますので、ご了承ください。

* **利用規約**を必ずお読みいただき、ご同意の上、次の画面にお進みください。

クリックして次のページから
順番に回答願います。

利用規約の同意*

利用規約に同意する

→ 次へ

|| 一時保存

意向調査の項目①（全般）

回答時のお願い事項

（協定締結に向けた調査）

- 今回、協定を締結したい旨回答いただいた事業所には、回答いただいた内容で協定をお願いする予定です。4月以降に準備ができ次第、県から各事業所に協定書案を送付し、協定締結の手続きを進めます。

（回答にあたっての想定等）

- 医療措置協定で対応いただくのは、厚生労働大臣により新興感染症（新感染症、指定感染症、新型インフルエンザ等感染症）の発生等公表が行われ、かつ県知事が要請したときのみです。
- 「新興感染症」といっても、様々な想定がありえますので、「新型コロナウイルス感染症」を念頭に回答してください。
- 流行初期期間については、コロナ禍における2020年冬に協力頂いた内容※、流行初期期間以降については、コロナ禍における2022年冬に協力頂いた内容※を踏まえて、ご回答いただければ幸いです。

意向調査の項目②（協定締結の意向等）

- 回答いただいた内容での協定締結意向の有無等を回答いただく項目です。

回答時のお願い事項

- 協定の締結意向の有無と、「無し」の場合の理由についてお伺いする項目です。
「有り」と回答いただいた場合は、回答の内容で協定締結をお願いすることとなります。
「無し」の場合は、「理由」欄にその理由を記載願います。

（1）今回回答いただく内容で、貴事業所と県で医療措置協定をお願いしたいと考えていますが、締結の有無を教えてください。

有り 無し

意向調査の項目③（自宅療養者等への医療提供）

- 新興感染症が発生した場合に、貴事業所で訪問看護の対応が可能な1日あたり最大患者数を、時期別・施設種別毎に記載していただく項目です。

自宅療養者等への医療提供

（1）訪問看護

流行初期期間（発生時公表から3ヶ月程度）

事業所利用者__自宅療養者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者__高齢者施設入所者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者以外__自宅療養者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者以外__高齢者施設入所者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者__宿泊施設療養者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者__障害者施設入所者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者以外__宿泊施設療養者

-	0	+
---	---	---

事業所利用者以外__障害者施設入所者

-	0	+
---	---	---

流行初期期間以降（発生等公表から6ヶ月以内）

（回答項目は上記と同じ）

意向調査の項目④（自宅療養者等の健康観察）

- 新興感染症が発生した場合に、貴事業所で、健康観察が可能な1日あたり最大患者数を、時期別に記載していただく項目です。

（2）健康観察

流行初期期間（発生等公表から3ヶ月程度）

健康観察_自宅療養者

-	0	+
---	---	---

健康観察_宿泊施設療養者

-	0	+
---	---	---

健康観察_高齢者施設入所者

-	0	+
---	---	---

健康観察_障害者施設入所者

-	0	+
---	---	---

流行初期期間以降（発生等公表から6ヶ月以内）

（回答項目は上記と同じ）

意向調査の項目⑤（個人防護具の備蓄）

- 令和6年度以降の貴事業所の「個人防護具の備蓄予定量」と、「新興感染症発生・まん延時の月あたり使用量」を記載いただく項目です。

回答時のお願い事項

- 「備蓄予定量」は、回答いただいた予定量を協定に記載することとなります。なお備蓄を予定していない品目については「0」と回答ください。
- 「月あたり使用量」は推定量で記入してください。推定が難しい場合は、例えば、「令和3年1月から令和4年12月まで（24ヶ月間）の使用料÷24ヶ月」や、下記の厚生労働省調査の全国平均を参考に、おおよその数量を記載願います。なお使用を想定しない品目があれば「0」と回答ください。

【参考】 1 診療所（無床）あたりの個人防護具の2ヶ月想定消費量
（全国平均：厚生労働省が卜ラインによる。）

サージマスク	N95・DS2マスク	アルコールガウ	フェイスシールド	非滅菌手袋
674枚	55枚	149枚	98枚	2,332枚

意向調査の項目⑤（個人防護具の備蓄）

個人防護具の備蓄

サージカルマスク_貴院備蓄枚数

サージカルマスク_貴院の感染症流行時の月使用量※

N95マスク・DS2マスク_貴院の備蓄枚数

N95マスク・DS2マスク_貴院の感染症流行時の月使用量※

アイソレーションガウン_貴院の備蓄枚数

アイソレーションガウン_貴院の感染症流行時の月使用量※

フェイスシールド_貴院の備蓄枚数

フェイスシールド_貴院の感染症流行時の月使用量※

非滅菌手袋_貴院の備蓄枚数

非滅菌手袋_貴院の感染症流行時の月使用量※

※（単位：双）

意向調査の項目⑥（今後のご連絡先）、県のお問合せ先

- 今後のご連絡先等を回答いただく項目です。

回答時のお願い事項

- 備考の記入は任意です。該当がない場合は記載不要です。
- 協定締結に向けての作業や確認事項等を、基本的にメールで対応させていただくために、ご担当者等の情報の記入をお願いします。

県のお問合せ先

制度に対する不明点等がございましたら、兵庫県感染症対策課までお問合せください。

問 合 せ 先 : shinkou-kansen@pref.hyogo.lg.jp

ホームページ : <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/kanen/shinkou-kansen.html>

※よくある問合せ等を掲載しています。