

感新企第 233 号
令和 6 年 3 月 18 日

訪問看護事業所 管理者 様

静岡県知事 川勝 平太
(公印省略)

感染症法に基づく医療措置協定の締結に係る協議について (依頼)

日頃、本県の感染症対策の推進について、御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、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（平成 10 年法律第 114 号、以下「感染症法」という。）では、新興感染症時の医療提供体制を確保するため、都道府県と医療機関等との間で、在宅療養者への医療の提供等に関する協定（以下、「医療措置協定」という。）を締結することが規定されています。

令和 5 年 12 月に医療措置協定の締結に関する意向調査を行ったところ、貴事業所からは、「協定締結は可能」との回答がありました。

つきましては、感染症法第 36 条の 3 の規定に基づき、下記のとおり協定締結の協議を行いますので、別添回答様式により回答願います。

記

1 協議の概要等

意向調査で「協定締結は可能」と回答があった事業所に、改めて意向を確認し、協定締結に合意する事業所と医療措置協定を締結します。

なお、どのような感染症が発生するか不明なため、まずは、新型コロナウイルス感染症と同程度の感染症を想定して協定を締結し、実際に感染症が発生した際には、その感染症の特性にあわせて柔軟に対応します。

2 回答様式等

(1) 回答様式

別添「医療措置協定確認書・協定書（★事業所名）」

(2) 主な回答内容

- ・訪問看護事業所の名称、住所等の基本情報
- ・医療措置協定の締結の合意の有無
- ・(合意する場合) かかりつけ患者以外の対応可否や個人防護具の備蓄
- ・(合意しない場合) 締結に合意しない理由

(3) 回答先等

回答様式の電子データをメールで送付してください。

送付先アドレス：houmonkango-kyoutei@pref.shizuoka.lg.jp

※アドレス中の「lg」は、アルファベット小文字の「エル・ジー」です。

(4) 注意点等

- ・回答様式の電子データには、「確認書」「協定書（医療措置等の内容）」の2つのシートがあります。医療措置協定に合意する場合は、両方のシートに必ず記入してください。
- ・回答時には、ファイル名中の「★事業所名」部分を貴事業所名に変更してください。
- ・メール送付できない場合は、個別に御相談ください。

3 回答期限

令和6年4月19日（金）午後5時

4 スケジュール

日にち	内 容
令和6年4月19日	各事業所の回答期限
～令和6年5月中旬	回答内容の確認等が必要な事業所に個別連絡
～令和6年6月中旬	協定書案を個別に送付し、記載内容の確認を依頼
～令和6年7月中旬	協定書（完成版）、指定通知を個別に送付

5 説明動画等

静岡県ホームページに、医療措置協定の内容や協定締結手続き等についての説明動画（全体で約20分）を掲載していますので、御参照ください。

<掲載場所>

【URL】 <https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/shippeikansensho/kansensho/1003073/1056691/1057859.html>

【検索方法】「静岡県 医療措置協定 訪問看護」

6 質問等の問い合わせ先（回答先と同じ）

御質問等は以下でお受けします。できるだけメールでお願いします。

【メール】 houmonkango-kyoutei@pref.shizuoka.lg.jp

※アドレス中の「lg」はアルファベット小文字の「エル・ジー」です。

【電 話】 054-221-2402

7 その他

- ・令和6年4月1日から組織改編により、担当窓口が変わります。

電話番号及びメールアドレスは、変更ありません。

令和6年3月31日まで	新型コロナ対策企画課 企画調整班
令和6年4月1日から	感染症対策課 感染症危機対策室

- ・期限までに回答がない場合、個別に確認の連絡をする場合がありますので、御承知をお願いします。

担当：新型コロナ対策企画課

電話：054-221-2402

訪問看護事業所 管理者 様

静岡県知事 川勝 平太
(公 印 省 略)

感染症法に基づく医療措置協定の締結について (依頼)

日頃、本県の感染症対策の推進について、御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、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（平成 10 年法律第 114 号、以下「感染症法」という。）では、新興感染症時の医療提供体制を確保するため、都道府県と医療機関等との間で、自宅療養者への医療の提供等に関する協定（以下、「医療措置協定」という。）を締結することが規定されています。

令和 5 年 12 月に医療措置協定の締結に関する意向調査を行ったところ、貴事業所からは、「協定締結は困難」との回答があったところですが、その後の状況変化等により、協定締結に合意する場合は、下記のとおり回答願います。

記

1 概要等

各事業所に、改めて意向を確認し、協定締結に合意する事業所と医療措置協定を締結します。

なお、どのような感染症が発生するか不明なため、まずは、新型コロナウイルス感染症と同程度の感染症を想定して協定を締結し、実際に感染症が発生した際には、その感染症の特性にあわせて柔軟に対応します。

2 回答様式等

(1) 回答様式

別添「医療措置協定確認書・協定書（★事業所名）」

(2) 主な回答内容

- ・ 訪問看護事業所の名称、住所等の基本情報
- ・ 医療措置協定の締結の合意の有無
- ・ (合意する場合) かかりつけ患者以外の対応可否や個人防護具の備蓄

(3) 回答先等

回答様式の電子データをメールで送付してください。

送付先アドレス：houmonkango-kyoutei@pref.shizuoka.lg.jp

※アドレス中の「lg」は、アルファベット小文字の「エル・ジー」です。

(4) 注意点等

- ・現時点でも協定締結が困難な場合は、回答不要です。
- ・回答様式の電子データには、「確認書」「協定書（医療措置等の内容）」の2つのシートがあります。医療措置協定に合意する場合は、両方のシートに必ず記入してください。
- ・回答時には、ファイル名中の「★事業所名」部分を貴事業所名に変更してください。
- ・メール送付できない場合は、個別に御相談ください。

3 回答期限

令和6年4月19日（金）午後5時

4 スケジュール

日にち	内 容
令和6年4月19日	各事業所の回答期限
～令和6年5月中旬	回答内容の確認等が必要な事業所に個別連絡
～令和6年6月中旬	協定書案を個別に送付し、記載内容の確認を依頼
～令和6年7月中旬	協定書（完成版）、指定通知を個別に送付

5 説明動画等

静岡県ホームページに、医療措置協定の内容や協定締結手続き等についての説明動画（全体で約20分）を掲載していますので、御参照ください。

<掲載場所>

【URL】 <https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/shippeikansensho/kansensho/1003073/1056691/1057859.html>

【検索方法】「静岡県 医療措置協定 訪問看護」

6 質問等の問い合わせ先（回答先と同じ）

御質問等は以下でお受けします。できるだけメールでお願いします。

【メール】 houmonkango-kyoutei@pref.shizuoka.lg.jp

※アドレス中の「lg」はアルファベット小文字の「エル・ジー」です。

【電 話】 054-221-2402

7 その他

- ・令和6年4月1日から組織改編により、担当窓口が変わります。
電話番号及びメールアドレスは、変更ありません。

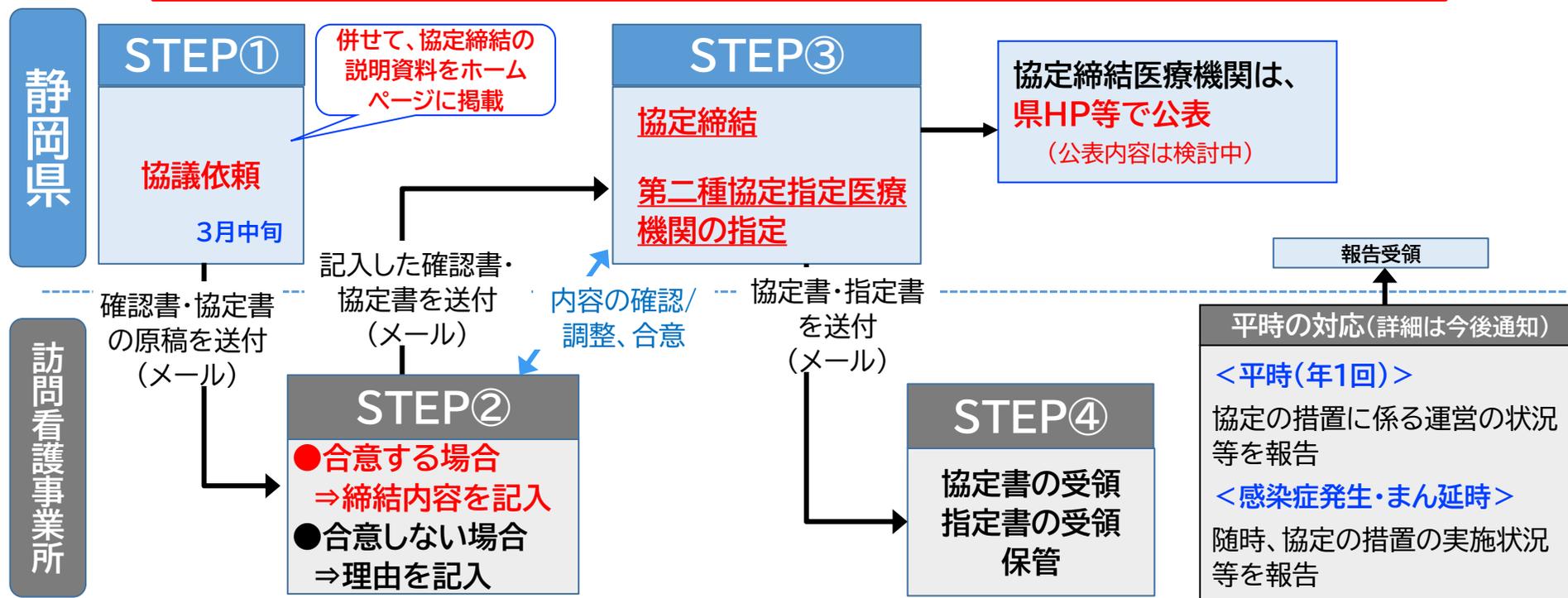
令和6年3月31日まで	新型コロナ対策企画課 企画調整班
令和6年4月1日から	感染症対策課 感染症危機対策室

担当：新型コロナ対策企画課

電話：054-221-2402

こちらで、回答の流れを確認してください

すべての行程を、原則、電子メールでやりとり（署名/押印は不要）



- 協定の有効期間は、締結日から令和9年3月31日まで(予定) ※申し出が無い場合、同一条件により3年間更新(以降も同様)
- 訪問看護事業所側の事情等の変更があれば、随時、協定の変更及び協定の解除の申し出は可能

感染症法に基づく医療措置協定の締結等に係る確認書

提出日	(西暦)		年		月		日
-----	------	--	---	--	---	--	---

静岡県知事 様

感染症法に基づく医療措置協定の締結等について、以下のとおり確認したので、提出します。

訪問看護事業所・法人 の情報

- 協定の締結は、「(2)開設者」、「(3)管理者」の連名で、締結します。

(1) 訪問看護事業所

事業所：名称	
事業所：所在地	
ステーションコード	
G-MISのID	

(2) 開設者（法人の場合は、法人名及び代表者）

開設者：名称	
開設者：主たる事務所の所在地	
代表者：職名	
代表者：氏名	

(3) 管理者

管理者：職名	
管理者：氏名	

(4) 担当者

担当者：所属名					
担当者：職名					
担当者：氏名					
電話番号		-		-	
メール アドレス	法人/事業所				
	担当者				

1 「医療措置協定」の締結の合意

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 協定の締結の合意について確認します。 ● 新興感染症の発生時には、改めて、実際に訪問看護が可能かどうか、訪問看護が可能な患者の範囲等を確認します。 新型コロナと同程度対応を想定して、現時点での体制の中で検討をお願いします。
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

協定の締結に	各様式の記入箇所
	《選択の結果で、記入箇所が変わります》

2 医療措置協定の締結の項目

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 協定の締結に『合意する』場合、締結する項目を記入します。 ● 「流行初期」は新興感染症に係る発生等の公表が行われてから3か月程度、「流行初期以降」は、流行初期の期間経過後から3か月程度を想定しています。ただし、実際の新興感染症発生時には、ワクチンの接種開始時期や検査キットの販売時期等により期間等は変動することを想定しています。 ● <u>併せて、「3 協定指定医療機関の指定の同意」もお願いします。</u> ● 締結する項目について、締結内容の詳細を『医療措置協定書（医療措置等の内容）』に記入してください
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

協定締結項目	締結する項目に「○」		備考
	流行初期	流行初期以降	
① 自宅療養者等への医療の提供	-		●協定指定医療機関⇒第二種
② 個人防護具の備蓄			●①の協定を締結する場合のみ、記入

○医療措置協定の要件の確認

確認した場合「○」を選択	要件
	<p>以下の要件を全て満たしている</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自宅療養者等への医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護事業所は、必要に応じ、病院、診療所、薬局と連携しながら、訪問看護を行うこと。 ・自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切に引き継ぐこと。 ・関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うこと

3 「協定指定医療機関」の指定の同意

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 協定指定医療機関の指定について、基準及び同意について確認します。協定を締結する場合は、併せて、協定の指定の同意をお願いします。 ● 「自宅療養者等への医療の提供」の項目を締結する場合、『第二種協定指定医療機関』として指定します。
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

○『第二種』協定指定医療機関

確認した場合「○」を選択	基準
	<p>以下の基準を全て満たしている</p> <p>当該医療機関に所属する者に対し、最新の知見に基づく適切な感染の防止のための措置その他必要な措置を実施することが可能であること</p> <p>【自宅療養者等への医療の提供を実施する場合】 新興感染症発生等公表期間において、知事の要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じ、外出自粛対象者に対する医療（訪問看護の実施）を提供する体制が整っていること</p>
	第二種協定指定医療機関の指定について、開設者の同意を得ている

【別記】合意しない理由

- 1で『合意しない』を選択した場合のみ、その理由を御回答ください。
- これで、今回の協議は終了となります。

(自由記載) 『合意しない』理由

医療措置協定書（医療措置等の内容）

医療措置協定書第3条及び第4条に規定する「別に定める」の内容は、以下のとおりとする。

事業所名		締結日：	(西暦)		年		月		日
		最終変更日：	(西暦)		年		月		日

『対応時期（目途）』 の説明	流行初期 (ステージ1～2)	新興感染症に係る発生等の公表が行われてから、 3か月程度
	流行初期以降 (ステージ3)	流行初期の期間経過後から、3か月程度

第3条（医療措置の内容）関係

対応時期（目途）：流行初期以降					
自宅療養者等への医療の提供					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">訪問看護</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(かかりつけ患者（普段から訪問看護を提供している患者）以外の対応)</td> <td></td> </tr> </table>	訪問看護		(かかりつけ患者（普段から訪問看護を提供している患者）以外の対応)		
訪問看護					
(かかりつけ患者（普段から訪問看護を提供している患者）以外の対応)					
対応可能見込み数（上記の対応内容の合計） ※参考記入： 最大	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 人/日				

第4条（個人防護具の備蓄）関係

乙における個人防護具の備蓄量

品目	備蓄の期間	備蓄量	備蓄量	
サージカルマスク	か月分	計	枚	
N95マスク	か月分	計	枚	
アイソレーションガウン	か月分	計	枚	
フェイスシールド	か月分	計	枚	
非滅菌手袋	か月分	計	枚	(計 0 双)