

感染症法に基づく医療措置協定にかかる事前調査 記入例

[基本情報]黄色セルへご記入をお願いします。

薬局名		
薬局所在地		
保険医療機関コード ※「29」から始まるコード(10桁)	「29」から始まる10桁のコードを 半角数字でご入力ください	
担当者	所属・職	
	氏名	
	連絡先 ※日中繋がりやすい番号	-(ハイフン)を含む半角数字でご入力ください

新興感染症(新型インフルエンザ等感染症、指定感染症(当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る)及び新感染症を基本とする。)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、感染症法第36条の3第1項の規定に基づく協定締結に当たっての意向について、以下ご回答ください。

まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組むこととし、新型コロナ対応の実績を踏まえつつ、ご回答をお願いします。

「流行初期期間」(発生の公表*から3ヶ月程度)について

新型コロナ発生から約1年後、2020年12月時点の対応を基準にご回答ください。

「流行初期期間経過後」(発生の公表*から6ヶ月程度)について

新型コロナ発生から約3年後、2022年12月時点の対応を基準にご回答ください。

*感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表

① 新型コロナウイルス感染症対応の実績について

- (1) 自宅療養者等へ電話またはオンライン服薬指導を実施していたか (○/×)
- (2) 自宅療養者等へ薬剤等の配達を実施していたか (○/×)

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が可
※(参考)対応可能見込数について
※(参考)服薬指導や薬剤等の配送

例)服薬指導:不可、
薬剤等の配送:可の場合
・実施の可否→空欄を選択
・対応可能見込数→「0」と入力
・薬剤等の配送の可否→「可」を選択

A
半角数字でご入力ください。
※入力すると、入力した数字に「人/日」と単位が追記されます。
※対応できない(提供不可)項目については「0」とご入力ください。

	提供の可否【流行初期期間】			提供の可否【流行初期期間経過後】		
	服薬指導等			服薬指導等		
	実施の可否	(参考) 応可能見込数 最大〇人/日	薬剤等の配送の可否 (○/×)	実施の可否	(参考) 応可能見込数 最大〇人/日	薬剤等の配送の可否 (○/×)
自宅療養者等への電話・オンライン服薬指導等の可否	①電話やオンライン診療のみ ②訪問しての服薬指導 ③両方可	A		①電話やオンライン診療のみ ②訪問しての服薬指導 ③両方可	A	

(2) 高齢者施設・障害者施設等への医療の提供の可否

	提供の可否【流行初期期間】			提供の可否【流行初期期間経過後】		
	服薬指導等			服薬指導等		
	実施の可否	(参考) 応可能見込数 最大〇人/日	薬剤等の配送の可否 (○/×)	実施の可否	(参考) 応可能見込数 最大〇人/日	薬剤等の配送の可否 (○/×)
高齢者施設等(※)・障害者施設等への医療の提供の可否	①電話やオンライン診療のみ ②訪問しての服薬指導 ③両方可	A		①電話やオンライン診療のみ ②訪問しての服薬指導 ③両方可	A	

※高齢者施設等

介護老人福祉施設(地域密着型を含む)、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む)、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅を想定(国手引きより)

③ 個人防護具の備蓄

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。

※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。

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。

	備蓄予定		参考値 (2022年12月使用実績)
	A 〇か月分	〇枚	〇枚
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			