

【FAX回答用様式】

回答欄に選択肢がある設問は、該当する回答に○をつけてください。

【薬局用】

感染症法に基づく医療措置協定にかかる事前調査

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。

①基本情報

医療機関名		医療機関番号	
住所		管理者 氏名	
担当部署		担当者 氏名	
電話番号		FAX	
電子メール		G-MIS ID	

②新型コロナ患者への対応実績

第8波（R4年12月～R5年1月頃）の対応実績をご回答ください。（2類相当だった時の対応）

項目	服薬指導		薬剤等の配送	
	服薬指導の実施	1日当たりの最大対応人数	実績の有無	1日当たりの最大対応人数
(1) 自宅療養者	①薬局において対面で実施（駐車場、ドライブスルー含む） ②オンライン（電話含む）で実施 ③訪問して実施 ④①②の両方実施 ⑤①③の両方実施 ⑥②③の両方実施 ⑦①②③の全て実施 ⑧実施していない	人/日	有 ・ 無	人/日
(2) 高齢者施設等での療養者 (※)	①オンライン（電話含む）で実施 ②訪問して実施 ③①②の両方実施 ④実施していない	人/日	有 ・ 無	人/日
(3) 障がい者支援施設での療養者	①オンライン（電話含む）で実施 ②訪問して実施 ③①②の両方実施 ④実施していない	人/日	有 ・ 無	人/日
(4) 宿泊療養施設での療養者	①オンライン（電話含む）で実施 ②訪問して実施 ③①②の両方実施 ④実施していない	人/日	有 ・ 無	人/日

※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 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（服薬指導等）が可能かどうか、以下にご回答ください。

※対応可能見込数については、参考記載とし、可能な範囲で記載

※服薬指導や薬剤等の配送については、対応いただく日時は考慮せず、ご回答ください。

項目	【流行初期期間経過後】発生公表後から6カ月程度以内			
	服薬指導の可否	対応可能見込数	薬剤等配送の可否	対応可能見込数
(1) 自宅療養者	①薬局において対面で実施可（駐車場、ドライブスルー対応含む） ②オンライン（電話含む）で実施可 ③訪問して実施可 ④①②の両方実施可 ⑤①③の両方実施可 ⑥②③の両方実施可 ⑦①②③の全て実施可 ⑧不可	人/日	○ ・ ×	人/日
(2) 高齢者施設等での療養者 (※)	①オンライン（電話含む）の実施可 ②訪問しての実施可 ③①②の両方実施可 ④不可	人/日	○ ・ ×	人/日
(3) 障がい者支援施設での療養者	①オンライン（電話含む）の実施可 ②訪問しての実施可 ③①②の両方実施可 ④不可	人/日	○ ・ ×	人/日
(4) 宿泊療養施設での療養者	①オンライン（電話含む）の実施可 ②訪問しての実施可 ③①②の両方実施可 ④不可	人/日	○ ・ ×	人/日

※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）

④ 個人防護具の備蓄意向・国配布防護具の希望数量

(1) 個人防護具の備蓄の予定数量・新型コロナ実績（把握している場合）について、以下にご回答ください。

※フェイスシールドの代替として再利用可能なゴーグルによる備蓄とする場合、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使用量2カ月分を確保しているのと同等なものとします。

項目	備蓄予定		(参考) 新型コロナでの実績 2カ月分の平均使用量
	〇カ月分	枚数	枚数
サージカルマスク	カ月分	枚	枚
N95マスク（DS2マスクでの代替可）	カ月分	枚	枚
アイソレーションガウン（プラスチック製含む）	カ月分	枚	枚
フェイスシールド（再利用可能なゴーグルでの代替可）	カ月分	枚	枚
非滅菌手袋	カ月分	枚	枚

(2) 国から防護具（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）の配布を行う旨の連絡がありました。については、配布希望がある医療機関は、希望数量等をご回答ください。（R5年9月～12月頃に配布予定）

※配布された防護具を、医療措置協定における防護具の備蓄に充てることも可能ですので、配布希望がある医療機関は、希望数量等をご回答ください。

※規格・サイズ等の指定は不可です。 ※回答後のキャンセル、数量変更は不可です。

国防護具の配布希望	
<p>回答不要 (国への申請が終わっているため)</p>	
郵便番号	
住所	
備考	