

改正感染症法に基づく医療措置協定の締結に係る事前確認書（診療所）

医療機関名		御担当者様の 部署・氏名	
G-MIS ID		協定書修正の有無	あり ・ なし

以下の設問内容等についてご確認ください、ア、イのいずれかにチェック（○）をお願いします。

1. 事前意向調査のご回答内容を踏まえた、県との医療措置協定の締結に同意いただけますか。

ア. 同意する

イ. 同意しない

【ご留意いただきたい事項】

- ①同意いただける医療機関におかれましては、後日、県から正式な協定書を送付させていただきます（押印は不要ですので、これで協定締結手続きは完了となります）。なお、同封しております県との医療措置協定（案）の内容について修正等のご希望がありましたら、朱書き（手書き）で修正等いただき、ご返送ください。
- ②同意いただける場合、発熱外来の実施又は自宅療養者等への医療提供の実施に係る協定を締結いただく医療機関は「第二種協定指定医療機関」として、協定とは別途、県から指定（指定書の送付）をさせていただきます。裏面に指定基準を記載しておりますので、当該基準を充足いただきますようお願いいたします。
- ③本協定を締結いただいた医療機関については、医療機関名及び措置の内容（発熱外来の実施等）について、一覧表形式で県ホームページに公表させていただきます。
- ④本協定を締結いただいた医療機関については、年1回程度、運営状況等について、G-MIS や FAX 等で県にご報告いただくことを予定しています。
- ⑤協定書における 別表1「医療人材派遣」について、「うちレッドゾーンに派遣可」の欄、看護師の「うちICN」「うち災害支援ナース」の欄は、事前意向調査でお伺いしていないため、今回必ずご確認をお願いします。
- ⑥各医療措置の実施に係るポイントについては、同封しております説明会で使用した資料「改正感染症に基づく医療措置協定の進め方について」p8～13を、協定書案をご確認（修正）いただく際のポイントについては同 p36、37 をご参照ください。

【提出書類】

協定書、事前確認書（本紙）

協定締結に同意いただける場合、以下の設問にご回答をお願いします。

2. 流行初期（発生公表から～3ヶ月以内）における発熱外来の実施について、県の要請後1週間以内を目的に対応が可能ですか。

※可能な場合、流行初期医療確保措置（診療報酬の減収補填措置）の対象となり、新興感染症の発生公表から最短で1週間程度での措置を要請させていただく可能性があります。

ア. 可能

イ. 不可能

【参考】

✓ 第二種協定指定医療機関（発熱外来）の指定基準

- 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。
- 当該医療機関を受診する者が、他の当該医療機関を受診する者と可能な限り接触することなく当該受診する者を診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること。
- 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、山口県知事の要請を受けて、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の疑似症患者若しくは当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者又は新感染症にかかっていると疑われる者若しくは当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者の診療を行う体制が整っていると認められること。

✓ 第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定基準

【病院・診療所】

- 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。
- 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、山口県知事の要請を受けて、外出自粛対象者に対する医療を提供する体制が整っていると認められること。