

医療措置協定締結に係る Q & A

(令和 6 年 3 月 1 5 日 最終更新・第 3 版)

【協定全般】

- Q1. 医療措置協定とはどのようなものか。
- Q2. すべての医療機関が協定を締結しなければならないのか。
- Q3. 協定を締結した場合、その内容は必ず実施しなければならないのか。
- Q4. 第8条に記載されている、協定の内容を実施することができない「正当な理由」とは具体的に何か。
- Q5. 協定の内容に違反したら、罰則規定等はあるのか。
- Q6. 協定を締結した場合、その内容は公表されるのか。
- Q7. 協定はどのような感染症を想定しているのか。
- Q8. 実際に発生した新たな感染症が新型コロナウイルス感染症とは全く異なるものだった場合、協定の内容は見直されるのか。
- Q9. 協定を締結した場合、平時から実施しなければならないことはあるのか。
- Q10. 協定第9条の「協定の実施状況等の報告」とはどのようなものか。
- Q11. 協定の締結後に協定の内容に変更が生じた場合、その都度協定の変更を行う必要があるか。
- Q12. 「流行初期期間」、「流行初期期間経過後」とは何か。
- Q13. 流行初期期間よりも前の対応はどうなっているのか。
- Q14. 公的医療機関等は、感染症発生時の医療の提供が義務付けられるのか。
- Q15. 協定を締結するメリットはあるか。
- Q15-1. Q15の検査機器の補助について、PCR法の検査機器のみが補助対象となるか。
- Q16. 新型インフルエンザ等感染症等発生時には、病床確保料などの補助金はあるのか。
- Q17. 新型インフルエンザ等感染症等発生時に感染症患者に対応した場合、診療報酬は上乘せされるのか。

Q18. 新型インフルエンザ等感染症等発生後、補助金や診療報酬の上乗せが実施されるまでの間の財政支援はあるか。

Q19. 流行初期医療確保措置の対象となるのは、どのような医療機関か。

Q20. 新興感染症の医療費も公費負担医療の対象となるか。

Q21. 協定の締結はどのように行うのか。

Q22. 電子メールで締結する場合、協定締結に合意したことをどのように確認するのか。

Q23. 協定の効力はいつから発生するのか。

Q24. 協定の有効期間はいつまでか。

Q25. 協定の締結者は、医療機関の管理者ではなく、医療機関の開設者（法人の代表者）としてもよいのか。

Q26. 協定の締結者である医療機関の管理者に変更があった場合、協定の再締結が必要か。

Q27. 協定指定医療機関とは何か。

Q28. 新型コロナウイルス感染症は、今後は医療措置協定に基づいて対応するのか。

【病床確保】

Q29. 病床の「即応化」とは何か。

Q30. 協定で確保することを定めた病床数については、県から病床確保の要請があれば全て即応化しなければならないのか。

Q31. 病床確保の要請があった場合、いつまでに即応化しなければならないか。

Q32. 確保する病床は一般病床でなければならないのか。

Q33. 感染症指定医療機関の感染症病床は協定の対象になるのか。

Q34. 感染症指定医療機関はどのような内容が協定締結の対象となるのか。

【発熱外来】

Q35. 県の要請があった場合、いつまでに発熱外来を実施しなければならないか。

Q36. 診療、検査の対象を自院のかかりつけ患者に限定してもよいのか。

Q37. 協定を締結する場合、発熱外来で1日最低何人以上は診察しなければならないという決まりはあるのか。

Q38. 検査の実施能力には抗原検査を含むか。

Q39. 医療機関で検体の採取のみ行い、分析は民間検査機関等に委託する場合も、協定における検査の実施能力に含むか。

Q40. 自院で核酸検出検査を行っている場合、「発熱外来の対応可能数」、「核酸検出検査の実施能力」はどのように記載すればよいか。

【自宅療養者等への医療の提供】

Q41. かかりつけ患者や嘱託医となっている施設の療養者、平時から訪問看護を利用している利用者へのみ対応する場合でも協定の締結は可能か。

Q42. 協定締結医療機関が、往診や訪問看護をした結果、新興感染症等に罹患した場合の補償等はあるのか。

Q43. 健康観察とは何をするのか。

Q44. 「電話・オンライン診療」と「健康観察」の違いは何か。

【後方支援】

Q45. 後方支援とはどのような内容か。

【人材派遣】

Q46. どのような人材派遣を想定しているのか。

Q47. 感染症医療担当従事者、感染症予防等業務関係者、DMAT、DPAT とは何か。

Q48. 人材派遣の対象にワクチン接種を行う者は含まれるか。

【個人防護具の備蓄】

Q49. 協定を締結した場合、個人防護具は2か月分を備蓄しなければならないのか。

Q50. 新型コロナ対応時に使用実績がない个人防护具がある場合は、当該品目について「使用量2か月分」を0枚(備蓄数0枚)としてもよいか。

Q51. 个人防护具の購入は補助があるのか。

Q52. 个人防护具の備蓄方法は、物資の取引先と提携し、有事に優先供給の取り決めをすること(優先供給契約)でも可能か。

【協定全般】

Q1. 医療措置協定とはどのようなものか。

A1. 令和4年の感染症法改正により、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえて、感染症発生・まん延時の役割の明確化を図るとともに、平時からの備えを確実に行うため、都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定（医療措置協定）を締結する仕組みが法定化されました。この医療措置協定では、新興感染症発生・まん延時に医療機関が講ずべき措置として5項目（①病床確保 ②発熱外来、③自宅療養者への医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣）を記載しており、このうち1つ以上の措置を講ずることができる場合に、県と医療機関が合意の上、協定を締結します。（診療所については、②、③のみ）

Q2. すべての医療機関が協定を締結しなければならないのか。

A2. 県と医療機関で合意が成立した場合に協定を締結するものであり、すべての医療機関が締結しなければならないということではありません。締結は任意ですが、新興感染症発生時に速やかに医療提供体制を確保できるようにするため、できる限り協定締結に御協力いただきますようお願いいたします。（特に、新型コロナの対応実績のある医療機関（入院受入医療機関、外来対応医療機関等）においては、積極的な御協力をお願いします。）

Q3. 協定を締結した場合、その内容は必ず実施しなければならないのか。

A3. 発生した感染症の性状が当初の想定と大きく異なる場合や医療機関内の感染拡大で人員が不足する場合などの正当な理由がある場合を除き、協定内容を実施することが求められます。正当な理由なく協定内容を実施しない場合には、感染症法に基づく措置（勧告、指示、公表）が行われることがあります。

Q4. 第8条に記載されている、協定の内容を実施することができない「正当な理由」とは具体的に何か。

A4. 「正当な理由」については、感染状況や医療機関の実情に即した個別具体の判断となりますが、「医療機関内の感染拡大等により、医療機関内の人員が縮小している場合」や、「ウイルスの性状等が協定締結時に想定していたものと大きく異なり、患者一人当たりが必要となる人員が異なる場合」、「感染症以外の自然災害等により、人員や設備が不足している場合」等、協定締結時の想定と異なる事情が発生し、協定に沿った対応が困難である場合が考えられます。

Q5. 協定の内容に違反したら、罰則規定等はあるのか。

A5. 協定を締結した医療機関が正当な理由なく措置を講じない場合、改正感染症法第36条の4に基づき、勧告・指示・公表の措置の対象となります場合があります（協定第8条に記載）。ただし、勧告・指示等の措置の実施に当たっては、措置を行う前に、地域の医療機関等の関係者間での話し合いに基づく調整を行い、締結した協定の措置を講じないことによる患者の生命・健康等への影響や代替手段の有無等を総合的に考慮して、慎重に判断することとされています。また、都道府県において勧告・指示・公表の是非の判断に当たっては、都道府県医療審議会等の意見を聴取するなど、手続きの透明性の確保が求められています。

Q6. 協定を締結した場合、その内容は公表されるのか。

A6. 各医療機関と締結した協定内容は、改正感染症法第36条の3第5項の規定により、インターネット等により都道府県において公表することとされています。公表に当たっては、患者の選択にも資するよう、できる限りわかりやすく公表することが求められていることから、具体的には、①医療機関名、②協定の内容（措置の事項）を一覧にして県ホームページ等において公表することを想定しています。

Q7. 協定はどのような感染症を想定しているのか。

A7. 協定は、感染症法で規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を対象としていますが、協定の締結に当たっては、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ウイルス感染症と同程度の感染症を想定しています。

Q8. 実際に発生した新たな感染症が新型コロナウイルス感染症とは全く異なるものだった場合、協定の内容は見直されるのか。

A8. 協定第6条において、実際に発生・まん延した感染症の性状が事前の想定と大きく異なる場合には、協定の内容について機動的に変更し、状況に応じて柔軟に対応を行うことについて医療機関と速やかに協議することとしています。

なお、協定第8条において、実際に発生・まん延した感染症の性状が事前の想定と大きく異なる場合には、感染症法で定める勧告等の措置を行わない旨規定しています。

Q9. 協定を締結した場合、平時から実施しなければならないことはあるのか。

A9. 協定第10条において、「平時における準備」が規定されており、医療従事者等への研修・訓練の実施又は外部機関が実施する医療機関向けの研修・訓練に医療従事者等を参加させるよう努めること、措置を講ずるに当たっての対応の流れを点検することが求められます。

また、協定第9条において、「協定の実施状況等の報告」が規定されており、県から協定に基づく措置の実施状況及び当該措置に係る医療機関の運営状況等について報告の求めがあったときは、速やかに報告することが求められます。

Q10. 協定第9条の「協定の実施状況等の報告」とはどのようなものか。

A10. 報告については、医療機関等情報支援システム(G-MIS※)上での報告とし、①平時においては、年1回、協定の措置に係る協定締結医療機関の運営の状況等を、②感染症発

生・まん延時においては、感染状況に応じて随時協定の措置の実施の状況等を、それぞれ報告することになります。

(※) G-MIS: 厚生労働省の医療機関等情報支援システム。厚生労働省が全国の医療機関から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器(人工呼吸器等)や医療資材(マスクや防護服等)の確保状況等を一元的に把握・支援するもの。

Q11. 協定の締結後に協定の内容に変更が生じた場合、その都度協定の変更を行う必要があるか。

A11. 協定内容に変更が生じた場合は、県と協議の上、協定の変更を行う必要がありますが、軽微な変更については、双方に変更の記録を残せば協定の変更までは不要とされています。

Q12. 「流行初期期間」、「流行初期期間経過後」とは何か。

A12. 「流行初期期間」は、新型インフルエンザ等感染症等の発生の大臣公表後から3か月程度の期間を指し、「流行初期期間経過後」は、流行初期期間経過後から3か月程度(大臣公表後から6か月程度)の期間を指します。「流行初期期間」では、新型コロナ発生1年後の体制(2020年12月)を、「流行初期期間経過後」では、新型コロナ対応で確保した最大の体制(2022年12月以降)を前倒しで確保することを目標としています。

Q13. 流行初期期間よりも前の対応はどうなっているのか。

A13. 新型インフルエンザ等感染症等の発生の大臣公表前は、感染症指定医療機関の感染症病床で対応し、国において国内外の最新の知見等を情報収集します。

Q14. 公的医療機関等は、感染症発生時の医療の提供が義務付けられるのか。

A14. 公立・公的医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院の管理者は、感染症法第 36

条の2の規定に基づき、感染症の発生・まん延時に担うべき医療の提供が義務付けられます。なお、義務付けられる医療の提供の内容は、医療措置協定で定める内容を上回ることを想定していません。

【医療の提供が義務付けられる医療機関】

・次の者が開設する医療機関（公的医療機関等）

○都道府県 ○市町村 ○地方公共団体の組合 ○日本赤十字社 ○済生会

○健康保険組合 ○独立行政法人地域医療機能推進機構

○独立行政法人国立病院機構

・特定機能病院

・地域医療支援病院

Q15. 協定を締結するメリットはあるか。

A15. 一定の要件を満たした場合、以下の施設・設備整備に対する支援を受けることができます。

(1) 病床確保を内容とする協定締結医療機関が実施する、感染症の対応に適した個室病床の設備、多床室を個室化するための可動式パーテーションの設置、ゾーニングのための病棟出入口の扉の設置、個人防護具保管庫の整備等の施設整備に対する補助

(2) 発熱外来又は自宅療養者等医療を内容とする協定締結医療機関（訪問看護事業所、薬局を含む。）が実施する、個人防護具保管庫の整備に対する補助

(3) 病床確保又は発熱外来を内容とする協定締結医療機関が実施する、感染症の対応に適した以下の設備整備に対する補助

〔病床確保〕

・簡易陰圧装置、検査機器（PCR 検査装置）、簡易ベッド

〔発熱外来〕

・検査機器（汎用 PCR 検査機器）、簡易ベッド、HEPA フィルター付き空気清浄機（陰圧対

応可能なもの)

※協定による病床確保、発熱外来又は自宅療養者等医療に係る施設・設備に限ります。

※設備整備は、新規購入・増設の場合に補助対象となり、更新は補助対象となりません。

※補助率は次のとおりです。

- ・個室整備: 国1／3、県1／3、事業者1／3
- ・個室整備以外: 国1／2、県1／2 (事業者負担なし)

また、一定の要件を満たした場合、次のとおり診療報酬の加算の対象となります。(令和6年度診療報酬改定: 令和6年6月1日施行)

[感染対策向上加算1]

- ・点数: 710 点
- ・算定要件: 入院初日
- ・施設基準(一部): 第一種協定指定医療機関(病床確保の措置を講ずるもの)であること

[感染対策向上加算2]

- ・点数: 175 点
- ・算定要件: 入院初日
- ・施設基準(一部): 第一種協定指定医療機関(病床確保の措置を講ずるもの)であること

[感染対策向上加算3]

- ・点数: 75 点
- ・算定要件: 入院初日＋入院期間が 90 日を超える毎に1回
- ・施設基準(一部): 第一種協定指定医療機関(病床確保の措置を講ずるもの)であること
又は第二種協定指定医療機関(発熱外来に係る措置を講ずるものに限る)であること。

[外来対策向上加算]

- ・点数: 6点(+20 点)
- ・算定要件: 施設基準を満たす診療所において、初診を行った場合、患者1人の外来診療につき月1回に限り6点を所定点数に加算。ただし、発熱患者等に対して

適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算。

・施設基準(一部):第二種協定指定医療機関(発熱外来に係る措置を講ずるものに限る)であること

※ 経過措置として、令和6年3月31日において現に加算の届出を行っている保険医療機関については、同年12月31日までの間に限り、上記の施設基準を満たしているものとみなす。

Q15-1. Q15の検査機器の補助について、PCR法の検査機器のみが補助対象となるか。

A15-1. お見込のとおり、PCR法の検査機器のみが補助対象となります。

医療措置協定の核酸検出検査の実施能力では、LAMP法、TRC法、TMA法、NEAR法等の等温核酸増幅装置による検査も含まれますが、補助の対象はPCR法の検査機器に限られます。

医療措置協定	設備整備補助
PCR法に限らない。	PCR法に限る。

Q16. 新型インフルエンザ等感染症等発生時には、病床確保料などの補助金はあるのか。

A16. いわゆる病床確保料などの補助金(措置の実施に要する費用)については、新型インフルエンザ等感染症等発生後に国において感染症の特性や感染状況等を踏まえ検討することとなっています。

Q17. 新型インフルエンザ等感染症等発生時に感染症患者に対応した場合、診療報酬は上乗せされるのか。

A17. 新型インフルエンザ等感染症等発生後に国において感染症の特性や感染状況等を踏まえ、補助金と合わせ診療報酬の上乗せを検討することとなっています。

Q18. 新型インフルエンザ等感染症等発生後、補助金や診療報酬の上乗せが実施されるまでの間の財政支援はあるか。

A18. 流行初期において、協定に基づき病床の確保又は発熱外来を実施する医療機関のうち県の定める基準を満たす医療機関については、流行初期医療確保措置による財政支援の対象となります。流行初期医療確保措置は、流行初期から、協定に基づく対応により一般医療の提供を制限して感染症医療（病床確保又は発熱外来）を行う医療機関に対して、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合に、その差額が支払われるものです（減収補てん）。その上で、補助金や診療報酬の上乗せなど各種補助制度が整備された段階で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施します。（支援額の範囲内で補助金の額を返還）

Q19. 流行初期医療確保措置の対象となるのは、どのような医療機関か。

A19. 流行初期から感染症医療（病床確保又は発熱外来）を担う医療機関のうち、県の定める基準を満たす医療機関は流行初期医療確保措置による支援の対象となります。県の基準については、厚生労働省が示す基準を参酌して、医療機関との協議結果や地域の実情等も勘案した上で、次のとおり定めています。

〔群馬県の基準〕

○病床確保

- ①知事の要請後1週間以内に措置を実施すること
- ②病床を「15 床以上」又は「10 床以上かつ重症病床を1床以上」確保し継続して対応できること
- ③病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと

○発熱外来

- ①知事の要請後1週間以内に措置を実施すること
- ②1日あたり10人以上の発熱患者を診察できること
- ③二次救急医療機関であること

Q20. 新興感染症の医療費も公費負担医療の対象となるか。

A20. 改正感染症法により、協定を締結して実施する部分について、新たに公費負担医療となります。患者の入院を受け入れる医療機関又は発熱外来や自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む。）の外来医療・在宅医療を担当する医療機関として通知を受けたもの及び協定を締結したものについて、新たに都道府県知事が指定する指定医療機関の類型に位置付けた上で、当該医療機関により実施される入院医療・外来医療・在宅医療が公費負担医療の対象となります。

Q21. 協定の締結はどのように行うのか。

A21. 原則として、電子メールでの協定締結を予定しています。この場合、押印は不要です。

なお、診療所については、郵送での協定締結を予定しています。

Q22. 電子メールで締結する場合、協定締結に合意したことをどのように確認するのか。

A22. 県から協定が添付されたメールに対する返信メールの中で合意する旨を記すなどの意思表示を行っていただき、県と医療機関の管理者による合意が明示される方法により確認します。

Q23. 協定の効力はいつから発生するのか。

A23. 令和5年度中に協定を締結する場合には、感染症法附則第10条の規定に基づき、令和6年4月1日に締結されたものとみなされ、令和6年4月1日から効力が発生します。法が施行される令和6年4月1日以降に協定を締結した場合は、締結日から効力が発生します。

Q24. 協定の有効期間はいつまでか。

A24. 令和9年3月31日（診療所は令和7年3月31日）までです。なお、有効期間満了の日の30日前までに変更の申し出等がない場合は、同一条件により3年間（診療所は1年間）更新するものとし、その後も同様とします。

Q25. 協定の締結者は、医療機関の管理者ではなく、医療機関の開設者（法人の代表者）としてもよいか。

A25. 感染症法上、医療機関の管理者と協定を締結することとされており、締結者は開設者ではなく管理者としてください。

Q26. 協定の締結者である医療機関の管理者に変更があった場合、協定の再締結が必要か。

A26. 医療機関の管理者が替わった場合であっても、協定に基づく権利義務は承継されるため、協定の再締結は不要です。

Q27. 協定指定医療機関とは何か。

A27. 令和6年4月1日施行の改正感染症法において新たに次のとおり定義されたものです。協定締結と同時期に該当医療機関に対して県から指定通知を行う予定です。

【第一種協定指定医療機関】

医療措置協定に基づき病床を確保する医療機関として都道府県知事が指定した病院
又は診療所

【第二種協定指定医療機関】

医療措置協定に基づき発熱外来や自宅療養者等に対する医療の提供を実施する医療

機関等として都道府県知事が指定した病院、診療所、薬局又は訪問看護事業所

Q28. 新型コロナウイルス感染症は、今後は医療措置協定に基づいて対応するのか。

A28. 5類感染症である現在の新型コロナウイルス感染症への対応は医療措置協定の対象外です。

【病床確保】

Q29. 病床の「即応化」とは何か。

A29. 感染症患者の受入要請があれば、空床にしておくなどにより、いつでも即時患者の受入が可能な状態にしておくことをいいます。

Q30. 協定で確保することを定めた病床数については、県から病床確保の要請があれば全て即応化しなければならないのか。

A30. 要請時の感染動向等により、協定で定めた病床数の範囲内で県が確保を要請した病床については、協定で定めた期間内に即応化する必要があります。

Q31. 病床確保の要請があった場合、いつまでに即応化しなければならないか。

A31. 流行初期においては県からの要請後原則1週間以内、流行初期以降においては県からの要請後原則2週間以内に即応化する必要があります。

Q32. 確保する病床は一般病床でなければならないのか。

A32. 協定に基づき確保する病床は、一般病床のほか、精神病床、療養病床とすることも可能です。

Q33. 感染症指定医療機関の感染症病床は協定の対象になるのか。

A33. 感染症病床は協定の対象外となりますが、感染症病床とは別に、院内の一般病床等で感染症患者を受け入れる場合は、その部分が協定の対象となります。

Q34. 感染症指定医療機関は、どのような内容が協定締結の対象となるのか。

A34. 感染症病床以外の病床確保のほか、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、人材派遣、個人防護具の備蓄が協定締結の対象になります。

【発熱外来】

Q35. 県の要請があった場合、いつまでに発熱外来を実施しなければならないか。

A35. 流行初期においては県からの要請後原則1週間以内、流行初期以降においては県からの要請後原則2週間以内に発熱外来を実施する必要があります。

なお、協定締結は、県からの要請があった場合に措置の実施を約束するものですが、県からの要請は感染の状況や医療機関の状況を個別に勘案して行うため、新興感染症の流行と同時に要請を行うものではありません。

Q36. 診療、検査の対象を自院のかかりつけ患者に限定してもよいか。

A36. 対象をかかりつけ患者に限定することは可能であり、その場合は協定書の「かかりつけ患者以外」の項目にチェックを入れないでください。

Q37. 協定を締結する場合、発熱外来で1日最低何人以上は診察しなければならないという決まりはあるのか。

A37. 最低何人以上診察しなければならないという決まりはありません。協定書には各医療機関の体制に応じて、持続的に対応可能な人数を記載してください。

なお、協定書の「発熱外来の対応可能数」については、対面診療を前提として記載してください。

Q38. 検査の実施能力には抗原検査を含むか。

A38. 抗原検査（定性、定量）は、協定における検査の実施能力には含みません。検査の実施能力については、自院で核酸検出検査（PCR法、LAMP法、TRC法、TMA法、NEAR法）が実施可能な場合をいいます。

※核酸検出検査については、医療機関内で検体の採取及び分析まで実施する検査体制のみを想定しています（外部委託を除く）。

※新興感染症発生・まん延時において、抗原定性検査キットが実用化されれば活用されることとなりますが、新型コロナ対応を踏まえると、その実用化には一定の時間がかかることが想定されるため、核酸検出検査のみを協定における検査の実施能力と定義しています。

Q39. 医療機関で検体の採取のみ行い、分析は民間検査機関等に委託する場合も、協定における検査の実施能力に含むか。

A39. 医療機関で検体の採取のみ行い、分析は外部に委託する場合は検査の実施能力の数に含みません。

なお、自院で核酸検出検査を実施できない場合であっても、発熱外来の対応が可能であれば、協定を締結することができます。

Q40. 自院で核酸検出検査を行っている場合、「発熱外来の対応可能数」、「核酸検出検査の実施能力」はどのように記載すればよいか。

A40. 上段の「発熱外来の対応可能数」欄に発熱外来で対応できる患者の総数を記載し、そのうち核酸検出検査を自院で実施できる件数を下段の「核酸検出検査の実施能力」欄に記載します。なお、発熱外来として自院で核酸検出検査を実施する（完結する）場合、検査の実施能力に係る部分は検査措置協定を兼ねることとなります。

【自宅療養者等への医療の提供】

Q41. かかりつけ患者や嘱託医となっている施設の療養者、平時から訪問看護を利用している利用者へのみ対応する場合でも協定の締結は可能か。

A41. 可能です。協定書において、「かかりつけ患者のみ」の項目にチェックをしてください。

Q42. 協定締結医療機関が、往診や訪問看護をした結果、新興感染症等に罹患した場合の補償等はあるのか。

A42. 業務により感染症に罹患し、補償が必要と認められる場合には、労災保険給付の対象となる場合があります。

Q43. 健康観察とは何をするのか。

A43. 健康観察は、県から依頼された療養者の体温や酸素飽和度、その他健康状態の確認等を行うことをいいます。健康観察のみ行う場合は医療措置協定の締結及び第二種協定指定医療機関の指定をすることはありません。

Q44. 「電話・オンライン診療」と「健康観察」の違いは何か。

A44. 「電話・オンライン診療」は、情報通信機器を用いた診療等を指し、医療の提供にあたります。一方、「健康観察」は、県から依頼された療養者に対して、体温その他の健康状態について確認等を行うことを指します。なお、健康観察は電話での実施を含みます。

【後方支援】

Q45. 後方支援とはどのような内容か。

A45. 後方支援とは、感染症の回復患者（隔離が不要な者）の転院受入れや、感染症患者の病床を確保する医療機関に代わって一般患者の受入れ（入院、外来、救急等）を行うことをいいます。

【人材派遣】

Q46. どのような人材派遣を想定しているのか。

A46. 想定される人材派遣の内容は主に以下のとおりです。

- ①高齢者施設等に感染制御・業務継続支援のため派遣する
- ②感染者急増時に病床を確保している医療機関が外部からの応援があれば更に病床を確保できるといった場合に病床を確保しない医療機関から医療従事者を一定期間派遣する
- ③県が確保する宿泊療養施設等に医療従事者を一定期間派遣する
- ④他の都道府県からの医療人材派遣の応援の求めに応ずる場合に医療従事者を一定期間派遣する など

Q47. 感染症医療担当従事者、感染症予防等業務関係者、DMAT、DPAT とは何か。

A47. 次のとおりです。なお、それぞれの職種で重複する場合があります。

【感染症医療担当従事者】

感染症患者に対する医療を担当する医療従事者（医師、看護師、その他の医療従事者）です。感染症法に基づく対応を行うものであり、災害対応を行うことはありません。

【感染症予防等業務関係者】

感染症の予防及びまん延を防止するための医療提供体制の確保にかかる業務に従事する医師、看護師、その他の医療関係者です。クラスターが発生した高齢者施設等において

感染制御・業務継続支援を行う者もこれに該当します。感染症法に基づく対応を行うものであり、災害対応を行うことはありません。

【DMAT】

災害時、新興感染症発生・まん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が実施する専門的な研修・訓練を受けた医療チームです。医療法に基づく「災害・感染症医療業務従事者」であり、災害・新興感染症いずれの対応も行います。

【DPAT】

災害時、新興感染症発生・まん延時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が実施する専門的な研修・訓練を受けた精神医療チームです。医療法に基づく「災害・感染症医療業務従事者」であり、災害・新興感染症いずれの対応も行います。

Q48. 人材派遣の対象にワクチン接種を行う者は含まれるか。

A48. ワクチン接種を行う者は協定に基づく人材派遣の対象に含まれません。

【個人防護具の備蓄】

Q49. 協定を締結した場合、個人防護具は2か月分を備蓄しなければならないのか。

A49. 2か月分の備蓄を推奨していますが、これを下回る備蓄量(使用量1か月分など)で協定を締結することも可能です。必ず2か月分を備蓄しなければならないということではありません。

Q50. 新型コロナ対応時に使用実績がない個人防護具がある場合は、当該品目について「使用量2か月分」を0枚(備蓄数0枚)としてもよいか。

(例) 新型コロナ対応時に、N95 マスクの使用実績が全くない場合に、N95 マスクの2か月分の必要備蓄量を0枚とする場合。

A50. 病院、診療所及び訪問看護事業所においては、すべての個人防護具(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)について「使用量2か月分以上」を備蓄し、協定で定めることを推奨しています。ただし、この「使用量」は、当該医療機関の新型コロナ対応での平均的な使用量とされているため、新型コロナ対応時に使用実績がない品目については、備蓄数が0となることもやむを得ないものと考えられます。

Q51. 個人防護具の購入は補助があるのか。

A51. 個人防護具は、平時から備蓄物資を有効に活用する観点から、順次取り崩して一般医療の現場で使用する回転型の運営を想定しているため、購入に係る費用は、医療機関の負担とし、現時点で補助の予定はありません。なお、個人防護具の保管庫に係る整備については、財政支援が予定されています。(Q15参照)

Q52. 個人防護具の備蓄方法は、物資の取引先と提携し、有事に優先供給の取り決めをすること(優先供給契約)でも可能か。

A52. 備蓄の運営方法は、各機関において物資を備蓄することが望ましいですが、それが困難な場合は、優先供給契約により約定しておくことでも可能とされています。