



令和2年5月15日

県内医療機関管理者 殿

鹿児島県保健医療福祉課長

新型コロナウイルス感染症対策に係る医療提供状況等の
把握にかかる協力について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、かねてから御協力を賜り感謝申し上げます。

さて、国においては、新型コロナウイルス感染症対策に関する取組の一環として、全国の医療機関の医療提供の現状等を把握し、都道府県等に共有する目的で、国が委託する団体が直接病院に対し、医療提供状況等についてWeb上で調査を行ってきたところです。

国では、本Web調査を活用し、新型コロナウイルス患者を受け入れる医療機関及びPCR検査を行う診療所に対し、医療用物資を緊急配布するなど、必要な支援を行う体制を整備することとしております。（別添1参照）

これに伴い、本Web調査について、新型コロナウイルス感染症患者への対応を行う診療所及びPCR検査のための検体採取を行う診療所等（予定を含む）が新たな対象として追加されました。（別添2参照）

つきましては、下記の2点について御協力いただける場合は、それぞれ御対応くださるようお願いいたします。

記

1 Web調査に御協力いただける場合

- (1) 別添3「医療機関 窓口調査シート」に医療機関の担当者様の連絡先や調査方法等を記入の上、医療機関調査事務局へファックス送信をお願いします。（FAX：03-5846-8121）
- (2) 後日、調査事務局から、Web上で入力するためのIDと初期パスワード、入力マニュアルが郵送されますので、入力マニュアルに沿って、ログイン及び調査への回答をお願いします。

2 帰国者・接触者外来設置、PCR検査のための検体採取、患者の受入れ（入院協力）に御協力いただける場合、以下の連絡先へご連絡くださるようお願いいたします。

<帰国者・接触者外来設置，PCR検査のための検体採取>

帰国者・接触者相談センターのある管轄の保健所

<患者の受入れ（入院協力）>

県庁保健医療福祉課（TEL：099-286-5691）

※ 既に，帰国者・接触者外来設置，PCR検査のための検体採取，患者の受入れに御協力いただける旨を県へ連絡済みの場合は，改めてご連絡いただく必要はありませんが，上記(1)のWeb調査につきましては，是非御協力くださるようお願いいたします。

【連絡先】

鹿児島県保健医療福祉課

医療政策係 担当：竹下

TEL：099-286-2738

FAX：099-286-5928

メール：

iryokaikaku-iryoseisaku@pref.kagoshima.lg.jp

医療用物資の配布状況と医療機関の緊急時への対応について

令和2年4月24日
厚生労働省医政局経済課
(マスク等物資対策班)

1. サージカルマスクの配布状況

(1)国は、先週までに、サージカルマスクを約5800万枚調達し、都道府県を經由して全国の医療機関に配布しております。

都道府県への配分については、備蓄量(※)や人口比に基づき配分を決定しています。各医療機関への配分については、国から優先配布する医療機関等の目安を示した上で、都道府県が決定しています。

なお、配送については、各都道府県の要望に応じて、都道府県経由か医療機関への直送により配送しています。

※厚生労働省が都道府県に実施した調査によれば、4月8日時点における47都道府県のサージカルマスクの備蓄量は約309万枚です。

(2)今後、4月中には、更に約1560万枚のサージカルマスクを各都道府県や医療機関等に発送いたします。

2. その他の個人防護具(PPE)の配布状況

(1)国は、先週までに、

- ・N95・KN95マスクを約10万枚、
 - ・アイソレーションガウン及びフェイスシールドをそれぞれ約11万枚
- 調達し、4月13日時点で緊急事態宣言を発出した7都府県(※)を中心に発送しております。

※ 東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県。以下同じ。

(2)今後、4月中には、都道府県の新型コロナウイルス感染症の感染者数や検査件数、備蓄量等を勘案した上で、更に

- ・N95・KN95マスクを約150万枚、
 - ・アイソレーションガウンを約130万枚、
 - ・フェイスシールドを約190万枚
- を各都道府県に発送いたします。

医療機関への配分は、WEB 調査を活用し、在庫が少ない施設に優先して配布していきます。

3. 医療機関の在庫の枯渇など緊急時への対応

(1) 都道府県による追加的な配布

国から都道府県に対し、上記のとおり、医療用物資の配分を行うことにより、医療機関等において、サージカルマスクやN95・KN95マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールドの在庫が著しく不足する場合には、都道府県の医療関係部局等に対して、追加的な配布をご相談いただくことが可能になります。

なお、都道府県における医療用物資の緊急時の追加的な配布への対応を含めた体制整備について、厚生労働省として財政措置を行っております。

(2) WEB 調査の活用と国による緊急配布

医療機関における在庫が1週間を切るなど、医療用物資の在庫が著しく減少するような緊急の場合には、厚生労働省が直接、医療機関に医療用物資を緊急に配布します。

具体的には、厚生労働省と内閣官房IT戦略室が実施するWEB調査に当該医療機関が記載した、①直近の消費量、②在庫量、③想定消費量、④購入予定量の情報(※)を基に、新型コロナウイルス患者を受け入れる医療機関及びPCR検査を行う診療所に対し、国が医療用物資を緊急配布するなど、必要な支援を行う体制を整備します。

特に、在庫がひっ迫している新型コロナウイルス患者受け入れ病院及びPCR検査を行う診療所については、新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(R2.4.16変更)に則り、院内感染防止等の観点から、優先的に確保・配布を行う予定です。

(※) 入力項目は、取り急ぎ改修を行い追加する予定。

(※) 当面は、サージカルマスク及びN95/KN95マスクを対象に実施。アイソレーションガウン及びフェイスシールドについては、5月下旬目途で対象を拡充

事務連絡
令和 2 年 4 月 24 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の把握等について調査項目
一部変更のお知らせ（その 2）

感染症指定医療機関等における個人防護具（PPE）等の医療用物資の備蓄見通しや想定消費量については、「新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の把握について」（令和 2 年 3 月 26 日付け健感発 0326 第 3 号、医政地発 0326 第 1 号、閣副第 325 号）により、病院の医療提供状況等については、厚生労働省・内閣官房 IT 総合戦略室医療機関調査事務局（厚生労働省において委託する団体）から、貴管内の医療機関に対して直接調査をしているところです。

この度、調査項目の一部変更を行い、「日次・週次調査シート記入要綱」についても差し替えを行いました。

差し替え後の「医療機関 日次調査シート」（別添 1-①）、「医療機関 週次調査シート 兼 医療物資緊急配布調査シート」（別添 1-②）、「医療機関 日次・週次調査シート記入要綱」（別添 2）もご確認いただき、貴管内の医療機関に対しては「厚生労働省から医療機関への依頼文書」（別添 4）を配付する等、御周知いただきますようお願いいたします。

この調査の結果等を踏まえ、都道府県又は国から医療用物資の緊急配布を行うこととなります。緊急配布のためのデータ確認は、現時点では毎週水曜日に行う予定です。その他、配布の流れは、「医療機関における医療用物資の緊急時への対応について」（令和 2 年 4 月 24 日事務連絡）についても参照ください。

なお、病院だけでなく、新規に新型コロナウイルス感染症患者への対応を行う診療所及び PCR 検査のための検体採取を行う診療所等（いずれも今後実施する予定の場合を含む。）についてもこの WEB 調査の記入について周知いただき、活用を促していただきますよう、協力をお願い致します。また、新規の診療所等については、まず別添の登録シート（別添 3）で登録いただくよう周知をお願いいたします。

重要**医療機関 窓口調査シート**

※以下の情報をご記入の上、WEBフォームまたはFAXにてご返送ください。
 ※本シートのご提出は調査初回のみです。

回答期限：
 未提出の医療機関のみ、
 早急にご提出ください。

記入日時	月 日 時頃	
医療機関名		医療機関ID: .

<非公開情報> ※ただし行政間、医療機関などでは共有

◆調査対応窓口：医療機関調査事務局からの、日次・週次での調査対応

担当部署 ※必須	
役職 ※必須	
担当者氏名	
電話番号 ※必須	
携帯番号	
メールアドレス	
調査への返答方法	以下の2つの選択肢の内、希望の調査の返答方法を1つ選んでチェック(☑)してください
	<input type="checkbox"/> WEBフォーム <input type="checkbox"/> FAX

返送先

03-5846-8121 (FAX)

本調査に関するご質問・お問い合わせ

厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局

電話番号：03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時～17時)

事務局入力欄

担当者:

システム入力: 完了受信分類: FAX WEBフォーム

重要		医療機関 日次調査シート				【印刷範囲】 平日毎日13:00まで												
提出日	月 日 曜日					※実施日の調査は感染発生後2週間以内の調査にしてください ※必ず調査範囲は当該施設に限定してください ※実施日の調査は当該施設に限定してください ※実施日の調査は当該施設に限定してください												
医療機関名						医療機関ID												
医療機関状況 <全施設> ※提出日時点の状況をご記入ください						医療機関からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	調査項目(調査結果をチェック欄に記入してください)				調査結果													
外来(平日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「受入れ施設」等の調査対象外施設について 可能な限りご記入ください													
外来(土日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
救急	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
その他院内事項																		
医療機関状況 <全施設> ※提出日時点の状況をご記入ください						医療機関からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	調査項目(調査結果をチェック欄に記入してください)				調査結果													
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「受入れ施設」等の調査対象外施設について 可能な限りご記入ください													
緊急手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
新型コロナウイルス感染症状況 <全施設> ※提出日時点の状況をご記入ください(※数字記入欄には、数字のみをご記入ください)						医療機関からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	調査項目				調査結果													
(1) 新型コロナウイルス感染症発生時の外来診療状況 ※調査範囲にチェック(○)をつけてください	<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者外来 (PCR検査のための検体採取等を含む) <input type="checkbox"/> その他独自の外来対応 <input type="checkbox"/> 1週間以内に外来対応予定(外来対応開始予定日) 月【 】日 <input type="checkbox"/> なし(1週間以内の外来対応予定なし)																	
(2) 新型コロナウイルス感染症発生時の外来受診状況 ※【】欄に該当人数を記入してください	上記の外来受診者数【 】人 ↳うち相談センターからの紹介者【 】人 無【 】人 不明【 】人 ↳うちPCR検査実施人数【 】人 うち保険適用人数【 】人																	
(3) 新型コロナウイルス感染症発生時の入院状況 ※【】欄に該当人数を記入してください	入院中【 】人 うち新規入院【 】人 新規退院【 】人																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ECMO管理中</th> <th>人工呼吸器管理中 (ECMOなし)</th> <th>ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院中</td> <td>【 】人</td> <td>【 】人</td> <td>【 】人</td> </tr> <tr> <td>上記のうちレムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者</td> <td>【 】人</td> <td>【 】人</td> <td>【 】人</td> </tr> </tbody> </table>					ECMO管理中	人工呼吸器管理中 (ECMOなし)	ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし)	入院中	【 】人	【 】人	【 】人	上記のうちレムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者	【 】人	【 】人	【 】人	レムデシビル投与対象者は、別途「医療機関 日次調査シート(入院更新)」の2. (3)①レムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者の記載を参考とし、医師の判断により投与することが適宜と考えられる者を計上してください	
		ECMO管理中	人工呼吸器管理中 (ECMOなし)	ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし)														
入院中	【 】人	【 】人	【 】人															
上記のうちレムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者	【 】人	【 】人	【 】人															
(4) 貴院におけるPCR検査実施の可否 ※対応方法を教えてください	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				※初回及び変更の際にご記入ください。													
(5) 一日あたりPCR検査可能検体採取区分を教えてください	【 】件				※初回及び変更の際にご記入ください。													
(6) PCR検査結果判別件数 ※対応方法を教えてください	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>前院外来</th> <th>自院入院</th> <th>委託-その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定検体数</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> </tr> <tr> <td>↳うち保険適用数</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> </tr> </tbody> </table>					前院外来	自院入院	委託-その他	特定検体数	【 】件	【 】件	【 】件	↳うち保険適用数	【 】件	【 】件	【 】件		
		前院外来	自院入院	委託-その他														
特定検体数	【 】件	【 】件	【 】件															
↳うち保険適用数	【 】件	【 】件	【 】件															
(7) 空床状況 ※【】欄に該当床数を記入してください	①全病棟数【 】床 / うち空床数【 】床				②新型コロナウイルス感染症患者受入可能【 】床													
	↳うち一般病棟数【 】床 / うち空床数【 】床				貴院において前日()時59分時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染症患者数を記載ください。既に入院中の患者は含まないこととします。下記「新型コロナウイルス感染症患者受入可能数」を念頭にご記入ください。													
	↳うちICU病棟数【 】床 / うち空床数【 】床				③全退院病棟数【 】床 / うち空床数(選択)【 】床													
	↳うち感染病棟数【 】床 / うち空床数【 】床				↳うち新型コロナウイルス感染症患者受入可能数【 】床													
	↳うち結核病棟数【 】床 / うち空床数【 】床				貴院において入院患者で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染症患者数を記載ください。既に入院へ入院し退院を行っている新型コロナウイルス感染症患者数は含まないこととします。													
(8) 医療機器の状況 ※【】欄に該当台数を記入し、該当区分にチェック(○)をつけてください	①人工呼吸器【 】台 / うち稼働【 】台 ↳追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能				留意事項: 追加で以下の台数もご記入ください。 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている人工呼吸器【 】台													
	②新生児・小児呼吸器【 】台 / うち稼働【 】台 ↳追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能																	
	③体外式膜型人工肺(ECMO)【 】台 ↳稼働【 】台 / 残り利用可能【 】台				残り利用可能台数には予備のECMOは含まずに計上してください。													
	④持続膜換気式血液濾過透析(CHDF)【 】台 ↳稼働【 】台 / 残り利用可能【 】台																	
					⑤手術用麻酔器【 】台 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている手術用麻酔器【 】台													
人材について <全施設> ※提出日時点の状況をご記入ください						医療機関からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	調査項目				調査結果													
(1) 貴院の医療従事者における新型コロナウイルス感染症(陽性)状況 ※【】欄に該当人数を記入してください	感染陽性(濃厚接触含む)の新規発症				【 】人													
	現在の陽性の医療従事者数				【 】人													
(2) 貴院における職員の出欠状況	欠勤状況(調査範囲にチェック欄に記入してください)				欠勤者の状況													
全体医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
↳発熱・感染症に關わる医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
↳救急に關わる医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
全体看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
↳病棟勤務看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
↳外来診療看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
↳救急勤務看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
その他【 】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
レムデシビル投与 <全施設> ※提出日時点の状況をご記入ください						医療機関からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
投与予定のなかったレムデシビルのバイアル数	【 】バイアル																	
連絡先	氏名		所属	電話番号	メールアドレス													
レムデシビル投与に関して貴院を代表する医師																		
DI管理薬剤師																		
*****						<small>© 2024 日本医療品質推進機構 本資料は、本機構が保有する著作権を有する資料です。 本資料の複製・転載・頒布等は、本機構の事前承認なくしてはできません。</small>												
FAXの番号: 03-5448-8181 WEBフォームの番号: https://evfd-10-membering.ybss.com/v/8/portal																		

重要	医療機関 週次調査シート 兼 医療用物資緊急配布調査シート	！！ご留意事項！！ 毎週水曜日13:00 まで ※水曜日が休日の場合は火曜日まで

記入日	月 日 曜日	※回答日の前日23時59分時点で閉鎖している状況をご報告ください ※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください。 ※事態の変化に迅速に対応するため、 遅滞必ずご返信ください ※ご回答がない場合、電話等で確認させていただきます
医療機関ID		
医療機関名		

※4月19日及び4月14日付付手帳連絡に添った調査用物資の名称等等の別紙採取扱いにご留意いただきますようお願いいたします。

※周知から緊急配布を行った場合、情報の取扱いに留意しつつ、周知から緊急配布した物資を含め、その一部を廃棄されていたり場合があるためにご留意ください。

調査資料状況 <非公認> 数字記入欄には、数字のみをご記入ください

項目	調査対象の品名 ※「」内に数量を記入してください	調査対象品がウェブ上で購入している			今週1週間分の 患者数 ※「」内に患者数を記入してください	先週1週間の 患者の購入数	今週1週間に 購入できる数量	先週1週間に 購入できた数量	備考
		1週間以内	2週間以内	1ヶ月以上					
サージカルマスク	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
N95マスク (DSZ, KN95を含む)	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
ゴーグル	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	約[]個	約[]個		
防護服	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		
フェイスシールド	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
サージカルガウン	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		
アインレーションガウン	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
非滅菌手袋	約[]枚 滅菌ではなく枚で数量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚 滅菌ではなく枚で数量	約[]枚 滅菌ではなく枚で数量	約[]枚 滅菌ではなく枚で数量		
滅菌手袋	約[]枚 滅菌2枚を1単位として数量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚 滅菌2枚を1単位として数量	約[]枚 滅菌2枚を1単位として数量	約[]枚 滅菌2枚を1単位として数量		
手指消毒用アルコール	約[]ℓ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]ℓ	約[]ℓ	約[]ℓ		
スワブ(検体検査用)	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	約[]個	約[]個		
その他[]	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		

その他 <非公認> 数字記入欄には、数字のみをご記入ください

対象品で化学療法中の患者 ※滅菌手袋は「」内に患者数を記入しては下さい	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 患者数 []人 <input type="checkbox"/> 無し	
--	---	--

※お名前や住所、電話番号、必要に応じて郵便番号を明記していただきます。調査は医療機関の患者様を対象です。
 ※お問い合わせ、質問、変更の対応は受付時間内、またはお問い合わせフォームにてお願いいたします。
 ※本調査結果は今後の取組での資料等の互換調査等の参考とさせていただきます

FAXの場合: 03-5248-8121
 WEBフォームの場合:
<http://evld-19-monitoring.cybxu.com/x/8/portal>

医療機関様へのご質問・お問い合わせ
 東京都中央区豊洲4丁目2番1号 株式会社 東京医療監視センター
 電話番号: 03-5248-8121 (受付時間: 午前9時～午後5時)