

# 医療措置協定締結にかかる 回答方法について

(薬局向け)

# 1. 締結にかかる全体の流れ

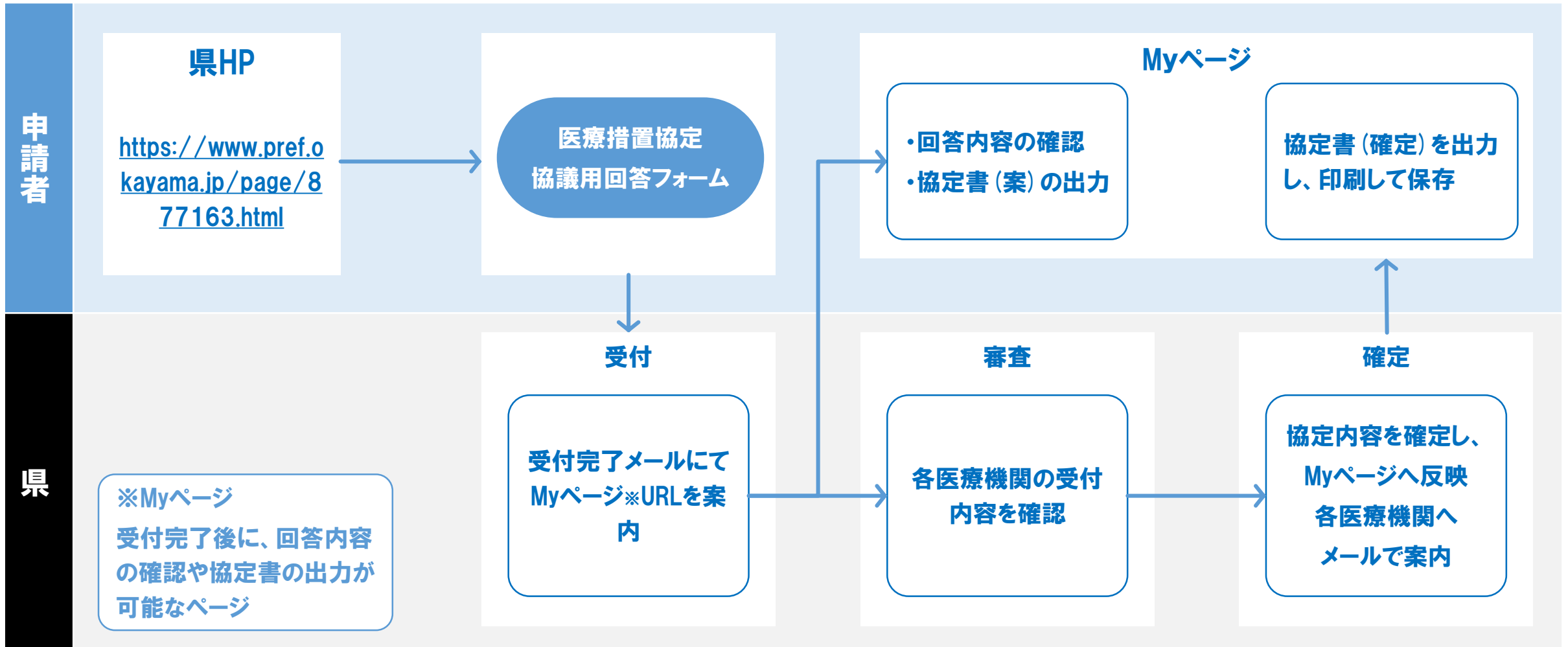
## 2. 回答フォームの入力方法

## 3. 入力完了後 内容の確認について

## 4. 医療措置協定書の出力について

## 5. Q&A

# 1. 締結にかかる全体の流れ



1. 締結にかかる全体の流れ
- 2. 回答フォームの入力方法**
3. 入力完了後 内容の確認について
4. 医療措置協定書の出力について
5. Q&A

## 2. 回答フォームの入力方法①

### (2) 薬局向け

#### ○協定締結に向けた協議について

下記回答フォームに回答いただくことにより行い、回答いただいた内容に基づく県と医療機関との合意をもついた内容によっては、個別に協議をお願いする場合があります。

回答にあたっては、説明会資料及び説明会の動画の確認をお願いします。

薬局用  
医療措置協定協議用回答フォーム

ここをクリックすると  
回答フォームにアクセス  
します。

県HPの「感染症法に基づく「医療措置協定」  
について」

URL: (<https://www.pref.okayama.jp/page/877163.html>)

にて、それぞれの事業所種別に応じた回答  
フォームから回答をしてください。

**(PC・スマホどちらからでも可能です。)**

**必ず「薬局用医療措置協定  
協議用回答フォーム」  
からアクセスしてください。**

**※病院・診療所フォームとは、内容が違うので回答  
フォームを間違わないように気を付けてください。**



## 2. 回答フォームの入力方法③

※本ページの一番下に一時保存ボタンがあります。  
 ※入力所要時間は通常10分ほどですが、入力に時間を要する場合は、タイムアウトとなり入力内容がすべて消えてしまうことがありますので、一時保存ボタンを活用して回答してください。

本入力フォームでは、WEB上のシステムで回答した後、協定書及び指定書を出力します。

そのため、公印を省略する旨の同意をいただく必要がございます。  
 同意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

※公印の省略ができない方については、担当者宛ご連絡ください。

協定書と指定書には公印を押印しない事を同意いたします。\*

✓

入力いただいた内容で岡山県と貴医療機関との協定を締結します。  
 合意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

※入力いただいた内容によっては、個別に協議をお願いする場合があります。

入力いただいた内容に基づき、岡山県と協定を締結します。 ※入力必須項目\*

✓

協定を締結した医療機関は、感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに医療機関名・協定の内容を公表する必要があります。  
 同意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表します。

※入力必須項目\*

✓

回答フォームにアクセスすると、左記のページになります。  
 本回答フォームにて協定を締結するための前提項目になりますので、  
**同意する場合は、該当のチェック欄をクリック(タップ)してください。**  
 入力内容は様式上に反映されます。  
**なお、同意ができない項目がある場合は県担当者までご連絡ください。**

- (1) 医療措置協定書および協定指定医療機関指定書には公印を省略する事を同意いたします。
- (2) 医療措置協定協議用回答フォームに入力した内容に基づき、岡山県と協定を締結いたします。
- (3) 感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事を同意いたします。

⑥協定にかかる  
同意書

医療機関所在地	
医療機関名	
医療機関の管理者名	
開設者所在地 <small>法人の場合は主たる事務所の所在地</small>	
開設者名 <small>法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名</small>	

※医療機関所在地と医療機関名および管理者名は「1.医療機関の情報」で入力した情報を、開設者所在地と開設者名は「4.「協定指定医療機関」指定の同意について」で入力した情報を反映します。

## 2. 回答フォームの入力方法④

### 1. 医療機関の情報

医療機関名称(全角)(例：(医)岡山会 岡山マスカット病院) ※入力必須項目\*

※入力いただいた医療機関名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。  
※法人格は略称にてご入力ください。(例：医療法人→(医)、独立行政法人→(独)など)

保険医療機関番号(半角7桁)(例：1234567) ※入力必須項目\*

郵便番号(半角、ハイフンあり)(例：700-8570) ※入力必須項目\*

住所(全角)(例：岡山市北区内山下二丁目4番6号) ※入力必須項目\*

※市町村以降を入力してください。  
※入力いただいた住所で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

医療機関の管理者(全角)(例：院長 岡山 太郎) ※入力必須項目\*

※入力いただいた管理者名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

担当者名(全角)(例：事務長 岡山 花子) ※入力必須項目\*

電話番号(半角、ハイフンあり) ※入力必須項目\*

メールアドレス(半角) 例：aa12345@pref.okayama.lg.jp ※入力必須項目\*

※フォームの入力後、入力いただいたメールアドレス宛にautoreply@kintoneapp.com「岡山県疾病感染症対策課より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の自動応答メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

医療機関の情報を入力してください。  
入力した内容の様式の内容にそのまま反映されますので正確に入力してください。

#### ①協定書 1

新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る  
医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定（医療措置協定）書

岡山県知事（以下「甲」という。）と

（以下「乙」という。）は、次のとおり協定を締結する。

#### ③協定書 3

令和 年 月 日

甲 岡山市北区内山下二丁目4番6号  
岡山県知事 伊原木 隆太

乙

保険医療機関番号：



## 2. 回答フォームの入力方法⑤

### 1. 医療機関の情報

医療機関名称(全角)(例：(医)岡山会 岡山マスカット病院) ※入力必須項目\*

※入力いただいた医療機関名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。  
※法人格は略称にてご入力ください。(例：医療法人→(医)、独立行政法人→(独)など)

保険医療機関番号(半角7桁)(例：1234567) ※入力必須項目\*

郵便番号(半角、ハイフンあり)(例：700-8570)

※入力必須項目\*

住所(全角)(例：岡山市北区内山下二丁目4番6号) ※入力必須項目\*

※市町村以降を入力してください。

※入力いただいた住所で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

医療機関の管理者(全角)(例：院長 岡山 太郎) ※入力必須項目\*

※入力いただいた管理者名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

担当者名(全角)(例：事務長 岡山 花子) ※入力必須項目\*

電話番号(半角、ハイフンあり)

※入力必須項目\*

メールアドレス(半角) 例：aa12345@pref.okayama.lg.jp ※入力必須項目\*

※フォームの入力後、入力いただいたメールアドレス宛にautoreply@kintoneapp.com”岡山県疾病感染症対策課”より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の自動応答メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

担当者名、電話番号、メールアドレスは今後の県からの連絡先になります。  
特にメールアドレスは入力後に届く受付完了メールの受信先になりますので、正確に入力してください。

※受付後、入力いただいたメールアドレス宛に“autoreply@kintoneapp.com”岡山県疾病感染症対策課”より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の受付完了メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

## 2. 回答フォームの入力方法⑥

### 2. 医療措置協定の内容について

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)の対応内容について、以下の項目を回答してください。

自宅療養者・宿泊療養者・障害者施設療養者・高齢者施設療養者への医療提供について、対応が可能な項目について以下から選択してください。【複数選択可能】  
※必ず1つは選択するようにしてください。

下記のプルダウンより選択してください。

対応可能な医療提供について選択してください。【複数選択可能】(最大8項目)\*

自宅療養者への服薬指導(電話/オンライン)及び薬剤等の配送が可能	×
選択してください	+
必須項目です	×

※項目を追加する場合は+ボタン、項目を削除する場合は×ボタンを押してください。

**+ボタンを押す事で、項目を最大8つまで増やせます。×ボタンを押すと項目を減らせます。但し、必ず1つは選択するようにしてください。**

**流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において自宅療養者等の特定の患者の対応可否について、可能な項目を選択してください。最大8項目まで選択できます。入力した内容は様式上に反映されます。**

①協定書 1

(医療措置の内容)

第3条 乙は、前条の規定による甲からの申請に基づき、自宅療養者等への医療の提供に係る医療措置を講ずるものとする。

対応時期(目途)	流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備)
対応の内容	自宅療養者への服薬指導(電話/オンライン)及び薬剤等の配送が可能

## 2. 回答フォームの入力方法⑦

### 3. 個人防護具の備蓄について【任意】

平時からの「個人防護具の備蓄量」について回答してください。

※薬局での新興感染症対応に必要な物資のみ記載してください。(5品目すべてを備蓄する必要はありません)

- ※2か月分の使用量にて回答してください。
- ※複数サイズある場合は、全サイズの合計にて回答してください。
- ※感染症対応だけでなく、院内全体の数値にて回答してください。
- ※数値は直接入力可能です。
- ※2か月分以上備蓄していない場合は「0」と回答してください。

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

サージカルマスク(枚)

※直接入力可能(半角数字)

N95マスク(枚)

※直接入力可能(半角数字)

アイソレーションガウン(枚)

※直接入力可能(半角数字)

フェイスシールド(枚)

※直接入力可能(半角数字) ※  
 ※ゴーグルでも可 ※ゴーグルの場合は人数分を記入してください。

非滅菌手袋(枚)

※直接入力可能(半角数字) ※  
 ※2枚1組ではなく、1枚単位で記入してください。

#### ※任意項目

平時からの個人防護具の備蓄量について**2か月分の使用量**を入力してください。入力した内容は様式上に反映されます。

②協定書 2

2 乙が協定第4条に基づき備蓄する個人防護具は次のとおりとする。  
 (乙における2ヶ月分の使用量)

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
枚	枚	枚	枚	枚

※新興感染症対応に必要な物資のみ記載してください。  
 5品目すべてを備蓄する必要はありません。

## 2. 回答フォームの入力方法⑧

協定指定医療機関として、開設者の同意が必要です。開設者名、所在地について入力してください。  
入力した内容は様式上に反映されます。

### 4. 「協定指定医療機関」指定の同意について

自宅療養者等への医療提供に対応する薬局は「第二種」協定指定医療機関として、県が指定を行います。  
指定に必要な開設者の同意、指定医療機関基準の適合報告について、回答してください。

開設者所在地※法人の場合は主たる事務所の所在地(全角) (例: 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号)\*

※入力いただいた所在地が同意書の内容に記載されますので、正確に入力ください。  
※市町村以降を入力してください。県外の場合は都道府県名もご入力ください。

開設者名※法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名(全角) (例: 理事長 岡山 一郎)\*

※入力いただいた名称が同意書の内容に記載されますので、正確に入力ください。

④同意書および報告書

(薬局)

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

開設者所在地 法人の場合は主たる事務所の所在地	
開設者名 法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名	

- (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 38 条第 2 項の規定により、下記の医療機関が第二種協定指定医療機関の指定を受けることに同意します。
- (2) 下記の医療機関は、指定医療機関基準に適合していることを報告します。

医療機関所在地	
医療機関名	

※医療機関所在地と医療機関名は「1.医療機関の情報」で入力した情報を反映します。

## 2. 回答フォームの入力方法⑨

協定の指定には、開設者の同意と指定医療機関基準の適合報告が必要です。  
内容を確認の上、左図のチェック欄をクリック(タップ)してください。入力した内容は様式上に反映されます。

(1)感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第2項の規定により、第二種協定指定医療機関の指定を受けることに同意します。\*

✓ ←

(2)指定医療機関基準に適合していることを報告します。\*

✓ ←

【指定医療機関基準第4の3関係】

- ・当該薬局に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の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、都道府県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対して医薬品等対応(調剤・医薬品等交付・服薬指導等)を行う体制が整っていると認められること。

④同意書および報告書

- (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第2項の規定により、下記の医療機関が  
の指定を受けることに同意します。
- (2) 下記の医療機関は、指定医療機関基準に適合していることを報告します。

## 2. 回答フォームの入力方法⑩

回答フォーム

回答項目は以上になります。  
 下記の「確認」ボタンを押すと回答の確認画面に移ります。  
 確認画面にて「回答」ボタンを押すことで回答完了となります。  
 ※確認画面にて修正が必要な場合は「戻る」ボタンを押すと回答の修正が可能です。  
 ※回答必須項目が未入力だと確認画面に移ることができないので、入力をお願いします。

✓ 確認

一番下にある「確認」ボタンを押すと回答の確認画面に移ります。

回答確認画面

種] 協定指定医療機関の指定を受けることに同意します。 ※入力必須項目

(2) 指定医療機関基準に適合していることを報告します。 ※入力必須項目

✓

「戻る」ボタンを押すと、回答フォームに戻り、回答の修正ができます。

一番下にある「回答」ボタンを押すと回答完了です。

← 戻る

✓ 回答

回答項目は以上になります。  
 回答フォーム最下部の「確認」ボタンを押すと、回答確認画面に移ります。  
 確認画面最下部の「回答」ボタンを押すと、回答完了です。  
 なお、回答必須項目が未入力の場合は、入力するまで回答確認画面に移ることができません。

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
- 3. 入力完了後 内容の確認について**
4. 医療措置協定書の出力について
5. Q&A

### 3. 入力完了後 内容の確認について①

医療措置協定(薬局)協議用回答フォーム



ご回答ありがとうございました。受付完了メールが届きますのでご確認ください。

 Myページ

回答フォームでの回答が完了すると、左記の画面に移ります。「Myページ」を押すと、回答フォームで確認した内容の確認が可能なページにアクセスできます。

「Myページ」ボタンを押すと、回答の確認及び協定書(案)の出力が可能なページにアクセスします。



## 3. 入力完了後 内容の確認について②

「Myページ」にアクセスすると、下記の画面になりますので、回答をご確認ください。  
また、協定書(案)を出力して内容を確認してください。



### 医療措置協定 回答フォーム

下記にて内容を確認できます。協定書の出力については右上の「帳票出力」よりお願いします。

 帳票出力

協定書と指定書には公印を省略する事を同意いたします。 ※入力必須項目

✓

入力した内容に基づき、岡山市と協定を締結します。 ※入力必須項目

✓

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山市のホームページに協定を締結し

✓

#### 1. 医療機関の情報

薬局名称(全角)(例: 岡山ピーチ薬局)  
岡山てすと薬局


保険薬局番号(半角7桁)(例: 1234567)  
5555555

郵便番号(半角、ハイフンあり)(例: 700-8570)  
555-5555

「帳票出力」ボタンを押すと、協定書(案) (※協定締結日が入っていない仮状態の協定書) がPDFで出力されるので、内容を確認してください。

### 3. 入力完了後 内容の確認について③

★ 【要保存】 医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました

差出人 : "岡山県疾病感染症対策課" <autoreply@kintoneapp.com>  (参照/登録)  
日時 : 2024年05月15日 (水) 19:11  
To : "とすと" <hiroki\_nagamune@pref.okayama.lg.jp>

このメッセージは、システムより自動送信されています。  
返信はできません。

岡山てすと薬局とすと様

医療措置協定(薬局)協議用回答フォームへの回答を受け付けました。

下記URL(Myページ)から、回答内容の確認と帳票出力が可能です。  
ページ右上の「帳票出力」ボタンから「協定書(案)」(締結日が入っていない協定書)が出力されます。  
(まだ協定締結完了ではありません。)

<https://pref-okayama.viewer.kintoneapp.com/public/304ae0b0e9f5d40255181beb1da6b45f487c0ec91d58a108fd649fad2a8177435c3c0e8d211f26872a087cde6563df78239695320a9396613210304ea67adb39c5ecd358c733f133f5badb7418eb6ddf1f470433e7335453ab2749db14a3a172c114b60437c0780c>

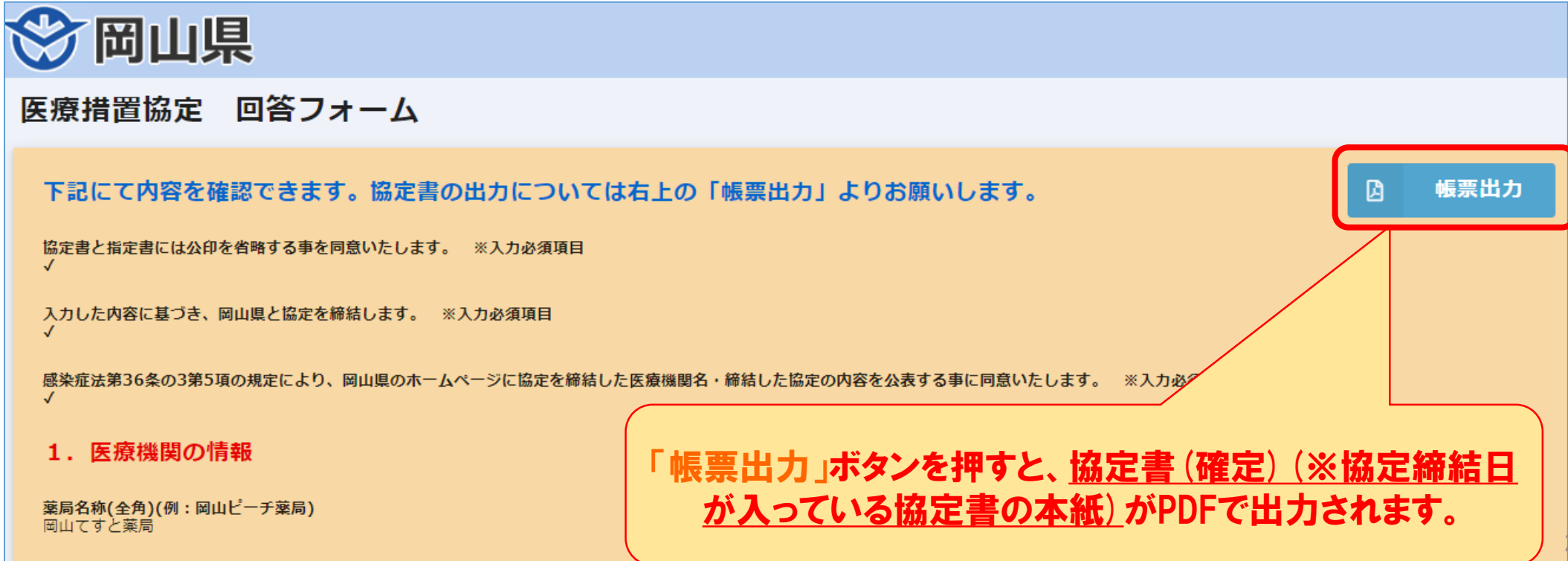
回答完了と同時に届く受付完了メールからも「Myページ」にアクセスすることが可能です。  
本メールは「Myページ」にアクセスするために必要なURLが掲載されているため、  
**必ず保存してください。**  
なお、受付完了メールが届かなかった方については県担当者までご連絡ください。

このURLから「Myページ」にアクセスが可能です。

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
3. 入力完了後 内容の確認について
- 4. 医療措置協定書の出力について**
5. Q&A

## 4. 医療措置協定書の出力について①

回答フォームに入力いただいた内容の確認が完了後、入力いただいたメールアドレスに協定締結のお知らせを送付します。  
メールが届いたら、保存しておいた受付完了メールから、「Myページ」にアクセスし、「**帳票出力**」ボタンを押してください。  
**内容の確定した協定書が出力されます。**



岡山市

医療措置協定 回答フォーム

下記にて内容を確認できます。協定書の出力については右上の「帳票出力」よりお願いします。

協定書と指定書には公印を省略する事に同意いたします。 ※入力必須項目  
✓

入力した内容に基づき、岡山市と協定を締結します。 ※入力必須項目  
✓

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山市のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事に同意いたします。 ※入力必須項目  
✓

**1. 医療機関の情報**

薬局名称(全角)(例：岡山ピーチ薬局)  
岡山てすと薬局

**「帳票出力」ボタンを押すと、協定書(確定)(※協定締結日が入っている協定書の本紙)がPDFで出力されます。**

# 4. 医療措置協定書の出力について②

## ③協定書 3

この協定の締結を証するため、この協定書を2通作成し、甲乙両者記名の上、各自その1通を保有するものとする。

令和 6 年 5 月 31 日

甲 岡山市北区内山下二丁目4番6号  
岡山県知事 伊原木 隆太

乙 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号  
岡山県庁病院  
院長 テスト  
保険医療機関番号：9999999

## ⑤指定書

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)」第38条第2項の規定により、貴医療機関を 第一種及び第二種協定指定医療機関に指定します。

なお、貴医療機関がこの指定を辞退しようとするときは、辞退の日の1年前までに知事にその旨を届け出なければなりません。

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 伊原木 隆太

## ④同意書および報告書

協定指定医療機関指定同意書・指定医療機関基準適合報告書  
(病院・診療所)

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 殿

開設者所在地 法人の場合は主たる事務所の所在地	岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号
開設者名 法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名	理事長 テスト 3

## ⑥協定にかかる同意書

協定にかかる同意書

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 殿

- (1) 医療措置協定書および協定指定医療機関指定書には公印を省略する事を同意いたします。
- (2) 医療措置協定協議用回答フォームに入力した内容に基づき、岡山県と協定を締結いたします。
- (3) 感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事を同意いたします。

**協定書に協定締結日が入っている事を確認してください。(左記の4部が対象です。)**

**※締結日が入っていない場合は県担当者までご連絡ください。**

**確認ができたなら印刷の上、保存をお願いします。**

**以上で、協定締結完了です。**

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
3. 入力完了後 内容の確認について
4. 医療措置協定書の出力について
- 5. Q&A**

## 5. Q & A

**Q.協定内容の修正についてはどうすれば良いですか。**

**A.協定締結前の修正については、県担当者までご連絡ください。**

**協定締結後の修正については、特定の様式により書面で取り交わす必要があります。詳細は県担当者までご連絡ください。**

## 5. Q & A

**Q.重複して回答した場合はどうすれば良いですか。**

**A.重複して回答した場合は県担当者までご連絡ください。**

**また、既に重複しての回答がある場合はメールにてご連絡の上、都度、県担当者側で初回回答分を削除しております。予めご了承ください。**



## 5. Q&A

**Q.フォームでの回答後にメールが届きません。**

**A.メールアドレスを誤って入力しているか、迷惑メール設定の問題かと思われます。  
県担当者までご連絡ください。任意のアドレス宛にMyページのURLをお送りします。**

**以上で終了になります。  
ご清聴ありがとうございました。**