

受付 番号	種目番号 -	連絡先	委託担当 健康福祉局 健康安全部 健康安全課 担当者 野口 電 話 671-2463
----------	-----------	-----	--

設 計 書

- 1 委 託 名 令和5年度 新型コロナウイルス感染症自宅療養者等に対する夜間・休日医療支援委託

- 2 履 行 場 所 受託者の設置する場所、及び往診先の自宅療養者宅

- 3 履行期間
又は期限 期間 令和5年4月1日から 令和5年5月7日まで
期限 令和 年 月 日まで

- 4 契約区分 確定契約 概算契約

- 5 その他特約事項 _____

- 6 現場説明 不要
 要 (月 日 時 場所)

- 7 委託概要 平日夜間や土・日・祝日において、自宅療養中の新型コロナウイルス感染症患者（以下「自宅療養者」という。）に対し、医師又は看護師による架電・往診を実施する体制確保を行う。

内 訳 書

名 称	形状寸法等	数 量 (概算数量)	単 位	単 価 (円)	金 額 (円)	摘要
看護師相談業務 (平日分)	R5. 4. 1~R5. 5. 7	22	日			
看護師相談業務 (土、日、祝日分)	R5. 4. 1~R5. 5. 7	15	日			
医師相談業務 (平日分)	R5. 4. 1~R5. 5. 7	22	日			
医師相談業務 (土、日、祝日分)	R5. 4. 1~R5. 5. 7	15	日			
酸素濃縮器調達費	R5. 4. 1~R5. 5. 7	1	式			
業務管理費	R5. 4. 1~R5. 5. 7	1	式			
計						
消費税相当額						
合 計						

※概算数量の場合は、数量及び金額を（ ）で囲む

仕様書

1 件名

令和5年度 新型コロナウイルス感染症自宅療養者等に対する夜間・休日医療支援委託

2 業務内容

平日夜間や土・日・祝日において、自宅療養中の新型コロナウイルス感染症患者（以下「自宅療養者」という。）に対し、医師又は看護師による架電・往診を実施する体制確保を行う。

3 契約期間

令和5年4月1日から令和5年5月7日まで

4 履行場所

受託者の設置する場所、及び往診先の自宅療養者宅等

5 診療依頼の対象者

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者のうち、横浜市保健所が依頼する者

6 事業の流れ・委託内容等

- (1)事業の開始に際し、受託者は本事業の連絡窓口電話番号及びメールアドレスを準備する。
- (2)横浜市保健所（健康福祉局健康安全課及び18区福祉保健センター）は、様式1により、受託者へ自宅療養者等の情報（氏名・住所・電話番号・性別・生年月日等）を提供し、診療を依頼する。
- (3)受託者は本市からの依頼を受け、Team（神奈川県療養者管理システム）で当該自宅療養者の経過観察等の内容を確認したうえで、オンライン（架電を含む）等により自宅療養者の容体を把握したうえで、診療を行う。
- (4)(3)の結果、往診が必要な場合は往診を行う。なお、往診の時間については、平日は19時～翌日6時、土曜日・日曜日・国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に定める祝日は6時～翌日6時とする。往診の際は、新型コロナウイルス感染防止に必要な感染防護具を着用すること。
- (5)受託者は診療の上、必要に応じ、検査・投薬・薬の処方・酸素投与処置等を行う。なお、必要な備品等は受託者が調達すること。
- (6)受託者は(3)及び(4)の結果を、速やかにTeamへ入力すること。また、入院が必要と判断をした場合にはTeam入力に加え、電話で横浜市保健所に報告する。ただし、緊急の場合は119番通報するものとする。

7 実績報告書及び請求書の提出

受託者は契約期間終了後、実績報告書（様式2）及び請求書を作成し、10日以内に健康福祉局健康安全課に提出すること。

8 支払いについて

適法な請求書受理日から30日以内

9 その他

(1)個人情報については、横浜市が規定する「個人情報取扱特記事項」に基づいた取り扱いとする。

(2)様式1及び2については、運用とともに、協議の上変更する場合がある。

(3)この仕様書に定めのない項目については、必要に応じて協議し定めることとする。

(4)市は必要に応じ、本契約の委託事務の実施状況について検査を行うことができる。

(5)新型コロナウイルス感染症に関する国の取り扱い変更等があった場合には、契約の継続や内容について、甲乙協議の上、必要な事項を決定することとする。

10 担当・問合せ先

横浜市健康福祉局健康安全課 感染症対策強化担当

045-671-2463

(様式1)

依頼元保健所	
担当者	
電話番号	

医療支援要請書

令和〇年〇月〇日(〇曜日)

◆患者基礎情報

患者基礎情報			
患者管理番号	患者氏名	性別	生年月日 (西暦で記入)
	(イニシャル)		
住所		電話番号	

◆送付事項

自宅療養者からの聞き取り内容

(様式2)

実績報告書

報告日

日付	所属	患者数	電話・オンライン診療	往診
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
	健康安全課			
	区			
	計	0	0	0
合計	健康安全課	0	0	0
	区	0	0	0
	計	0	0	0