

2020年11月12日

札幌透析医会	戸澤 修平
北海道透析医会	久木田 和丘
北海道透析療法学会	前野 七門
北海道透析看護認定看護師会	宮腰 麻矢
北海道 DLN 連絡協議会	石原 文緒
公益社団法人北海道臨床工学技士会	大宮 裕樹

北海道内 各病院長 様

「COVID-19 透析スタッフ支援事業」へご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

新型コロナウイルス感染症につきましては、今後の動向が未だ不透明であることから、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部より、各都道府県の衛生主管部(局)へ医療人材の確保が急務との通達がなされております。

これをもとに、札幌市透析医会、北海道透析医会、北海道透析療法学会、北海道透析看護認定看護師会、北海道 DLN 連絡協議会、北海道臨床工学技士会の関係 6 団体による複数回の協議の結果、道内における透析医療に従事する医師や看護師、臨床工学技士の人的支援を行うためのシステムの確立へ協働で着手する運びとなりました。

各ご施設、ひいては地域の医療提供体制を守るため、可及的速やかに専門職による相互扶助体制の確立が急務と考えております。つきましては、多くの医療機関の皆様のご協力・ご支援をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

謹白

記

① COVID-19 透析スタッフ支援事業のスキームについて (別紙 1 参照)

1. 事前に支援可能なスタッフ (Ns、CE) を登録*
(支援 [派遣] 可能な医療機関 [支援医療機関] ⇒ COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 [以下、本部])
* 強制ではありません。あくまで任意です。経験年数などの要件は次ページの各会のホームページをご参照ください。登録票内のメーリングリストにつきましては、今後、情報発信ツールとして、作成予定です。
2. 透析スタッフの感染等によりマンパワーが不足する医療機関等から派遣要請
(支援が必要な医療機関等 [受援施設] ⇒ 道・保健所または、本部)
3. 本部・道・保健所などにおいて派遣調整 (マッチング)
(派遣先の受援施設の状況を踏まえて調整します)
4. 道から支援医療機関に対し透析スタッフの派遣を依頼
(COVID-19 JMAT の枠組みを利用、道が COVID-19 特約傷害保険に加入します)
5. 支援医療機関から受援施設に透析スタッフを派遣 (業務支援)
6. 派遣終了後、謝金・旅費などを請求 (支援医療機関 または本部 ⇒ 道)
7. 謝金・旅費を支出 (道 ⇒ 支援医療機関)

② 経費負担について

1. 派遣される透析スタッフに対し、道が傷害保険（COVID-19 特約傷害保険：COVID-19 JMAT の枠組みを利用）に加入。
2. 派遣された透析スタッフが所属する医療機関に対し、道から規定の謝金及び旅費を支給。

③ 各種様式について

1. 登録票（支援医療機関登録票：事前登録）
 - （派遣可能な透析スタッフを施設単位で登録する）・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式－1
 - （派遣可能な透析スタッフ [Ns] の個別登録用）・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式－2
 - （派遣可能な透析スタッフ [CE] の個別登録用）・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式－3
2. 派遣要請書（受援施設用）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式－4
 - （受援施設等の状況 [感染者数、感染管理専門家等の派遣状況、ゾーニング、PPE の保有状況] 等を確認）

※ 各種様式等は、北海道透析療法学会、北海道透析看護認定看護師会、北海道臨床工学技士会のホームページからダウンロードできます。

<https://www.dotoseki.net/coronatest.html>

<http://hdcna.com/>

<http://hokkaido-dln.amebaownd.com>

<http://hcea.umin.ac.jp>

④ 想定される支援業務について

1. 陽性者が出た透析施設における一般透析業務（シャント穿刺、透析開始・回収作業・バイタルチェック・トラブル対応・透析機器の保守・点検など）

⑤ 照会・連絡先等について

1. 全体事業、受援施設からの派遣要請・費用請求等に係る連絡先

<p>COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 （総務担当者）</p>	<p>担当： 小山雅之 （札幌医科大学医学部 公衆衛生学講座 兼 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座） 電話： 011-611-2111（内線 32250） FAX： 011-688-9585 e-mail： masa3yuki3@sapmed.ac.jp</p>
--	--

2. 支援医療機関登録・派遣調整等に係る連絡先（Ns）

<p>COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 （北海道透析看護認定看護師会・ 北海道 DLN 連絡協議会 内）</p>	<p>担当： 木村 剛（札幌白石記念病院） 電話： 011-863-5151 FAX： 011-863-5161 e-mail： go-kimura@ssn-hp.jp</p>
---	--

3. 支援医療機関登録・派遣調整等に係る連絡先 (CE)

COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 (北海道臨床工学技士会 内)	担当: 橋本佳苗 (札幌医科大学附属病院) 電話: 011-611-2111 (内線 31480) e-mail: kanae.hashimoto@sapmed.ac.jp
---	--

4. 支援医療機関登録・派遣調整等に係る連絡先 (Dr)

COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 (透析医会担当者)	担当: 小林真也 (宮の沢腎泌尿器科クリニック) 電話: 011-666-0123 e-mail: kobayashi@miyanosawa-hinyoukika.com
------------------------------------	---

5. 北海道地域保健課の連絡先

難病対策係	担当: 難病対策係 主査 吉沢 淳也 電話: 011-231-4111 (内線 25-521) FAX: 011-232-2013 e-mail: yoshizawa.junya@pref.hokkaido.lg.jp
-------	---

【様式－2】 透析支援 看護師 用

COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 様 (事業担当者 宛て)

透 析 支 援 看 護 師 登 録 票

令和 年 月 日	
下記のとおり、「透析支援看護師」として、登録致します。	
登録者情報	(フリガナ) 氏 名: 性別: 生年月日 (西暦) 年 月 日 業務歴: 年 連絡が付きやすい電話番号 所属施設名: 職位 〒 住 所: T E L : F A X : E - mail:
勤務先等の情報 (フリーランスの方は登録可能な情報)	
業務経験について (○で選択ください)	・透析室業務 (従事歴: 年、穿刺歴: 年) ・穿刺経験 (AVF 年、 AVG 年) ・止血に関して(AVF) ・PPE 使用や COVID-19 対応経験 あり ・ なし
専用メーリングリストへの登録	可 ・ 否
活動報告の公開	可 ・ 否
およその対応可能日数 (○で選択ください)	・3～5 日程度 ・1 週間程度 ・その他()
施設長の承諾・推薦	・あり ・なし ・後日、確認予定
その他 (連絡事項がありましたら ご記載ください)	

* 事業本部記載欄: 登録日 年 月 日

北海道知事 様 (保険福祉部健康安全局地域課)様

ならびに COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 様 (事業担当者 宛て)

派 遣 要 請 書

派遣依頼日 令和 年 月 日 (時 分 現在)	
当施設において下記の通り、透析支援看護師・臨床工学技士の派遣を要請致します。	
代表者 連絡先	(フリガナ) 医療機関名: 所属: 役職: 〒 住 所: T E L : F A X : E - mail:
派遣希望の理由 (○で選択ください)	・当施設において、感染症のクラスターが発生したため ・他()
派遣希望業務内容 (○で選択ください)	Ns: ・人工透析看護業務 ・透析患者搬送 ・体重測定 ・穿刺 ・返血 ・透析中の状態観察、およびバイタルサイン測定 ・環境整備 ・シーツ交換 CE: ・人工透析業務 ・人工透析関連機器の保守 その他()
派遣希望人数	看護師 人、臨床工学技士 人
派遣希望期間 (予定を○で選択ください)	・3～5日程度 ・1週間程度 ・その他()
受援施設等の状況 (○で選択ください)	感染者数 人 感染管理専門家等の相談 (必要 ・ 不要 ・ 他) ゾーニング (未 ・ 済 ・ 他)
個人防護具の有無等 1...十分ある 2...ある 3...不足している 4...ない	医療用マスク() N95 マスク() 手袋() ゴーグル() フェイスシールド() キャップ() シューズカバー() エプロン() 上靴() アイソレーションガウン()
その他 (連絡事項)	

* 事業本部記載欄: 登録日

年 月 日