

令和4年4月14日

浦添市医師会 会員各位



浦添市医師会
会長 洲鎌 盛一
(公印省略)

**ゴールデンウィーク期間中における発熱患者等の外来診療の実施について（協力依頼）
ならびに診療を継続した医療機関に対する協力金について（ご案内）**

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記の件につきまして、沖縄県医師会より別紙の通り協力依頼ならびに協力金についてのご案内が届いておりますのでご連絡申し上げます。

本ご案内は医療提供の確保を図るため、発熱患者等の診療・検査に関する協力依頼となっております。

なお、本件に係る協力金の支給対象は「診療・検査医療機関」に登録されている医療機関となっていることから、改めて「診療・検査医療機関」に登録を希望される場合は、お手数ですが浦添市医師会事務局あてご連絡くださいますようお願い申し上げます。

本協力金の申請を希望される場合は、来る **4月22日（金）までに直接、沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部担当者あてにメールにてご報告をお願いいたします。**

なお、対象日に診療を予定しない場合は本調査への回答は不要です。

ご協力いただける医療機関につきましては、沖縄県新型コロナウイルス感染症相談コールセンター及び関係機関へ提供の上、県民等への案内を予定しているとの事です。

本ご案内は浦添市医師会ホームページ新着情報へ掲載しておりますのでこちらもご覧くださいますようお願い申し上げます。

本件につきまして何かご不明な点等ございましたら、別紙に掲載されております沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部医療体制確保班 仲村様あてお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

提出様式：新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る計画書（様式2）

回答期限：令和4年4月22日（金）

回答先：沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部
総括情報部 医療体制確保班 中村様

TEL：098-866-2006 E-mail：nakamusn@oref.okinawa.lg.jp

一般社団法人浦添市医師会

〒901-2132 沖縄県浦添市伊祖 3-3-1 アルマーレ 101

電話：098-874-2344

FAX：098-874-2362

Mail：info@uraishi.or.jp

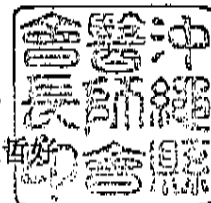
沖 医 発 第 7 5 号

令和 4 年 4 月 13 日

地区医師会長 殿

沖縄県医師会

会長 安里哲好



ゴールデンウィーク期間中における発熱患者等の外来診療の実施について（協力依頼）
【診療を継続した医療機関に対する協力金について】

今般、沖縄県新型コロナウイルス感染症対策総括情報部長より、標記文書が届いておりますのでご連絡申し上げます。

本件は、ゴールデンウィーク期間中、多くの医療機関が休診となり重点医療機関に指定された救急病院に発熱患者が集中することの懸念から、医療提供体制の確保を図るため、発熱患者等の診療・検査に関する協力依頼となっております。（診療対象日：令和4年4月29日、5月3日～5日）

本件に係る協力金の支給対象は「診療・検査医療機関」に登録されている医療機関となっている事から、改めて「診療・検査医療機関」に登録を希望される場合には、沖縄県新型コロナウイルス感染症医療確保課へ届出を行って頂きますようお願い致します。

なお、協力いただける医療機関は、沖縄県新型コロナウイルス感染症相談コールセンター及び関係機関へ提供の上、県民等への案内を予定しているとの事です。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、貴管下関係医療機関等への周知方につきご高配を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

- ゴールデンウィーク期間中における発熱患者等の外来診療の実施について（協力依頼）
【診療を継続した医療機関に対する協力金について】（令和4年4月11日保確第10号）

※関係文書は文書管理システムへ掲載致します。

沖縄県医師会事務局業務2課：高良、平良
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
g2@okinawa.med.or.jp

一般社団法人沖縄県医師会長 殿

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部
総括情報部長（沖縄県保健医療部長）
（ 公 印 省 略 ）

ゴールデンウィーク期間中における発熱患者等の外来診療の実施について（協力依頼）
【診療を継続した医療機関に対する協力金について】

医療機関や各地区医師会の皆様をはじめ、新型コロナウイルス感染症対応に携わる方々におかれましては、本県施策に御協力いただき心から御礼申し上げます。

さて、例年、ゴールデンウィーク期間中においては、多くの医療機関が休診となり、主に診療を継続する救急病院を中心として県民への医療を提供することとなりますが、今般の新型コロナウイルスの感染拡大による発熱者への対応により、重点医療機関に指定された救急病院に負担が集中することが懸念されます。

このような状況を踏まえ、県は、ゴールデンウィーク期間中における医療提供体制の確保を図るため、対象日（令和4年4月29日、令和4年5月3日～令和4年5月5日）において発熱患者等の診療・検査を行う協力医療機関に対して協力金を支給することとしました。

つきましては、ご多忙の折恐縮ではございますが、貴管下医療施設に対するご案内について御協力をお願い申し上げます。

本協力金の申請を希望する医療機関につきましては、下記担当者あてメールにより直接ご報告いただきますようお願い致します（※なお、対象日に診療を予定しない医療機関については本調査への回答は不要です。）

記

- 1 提出様式 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業 ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る計画書（様式2）
- 2 回答期限 令和4年4月22日（金）
- 3 留意事項 「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係るゴールデンウィーク期間中の外来診療に対する協力金交付要領」をよくお読みの上、ご提出下さいますようお願い致します。

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部
総括情報部（県保健医療部 感染症医療確保課）
担当：医療体制確保班 仲村
TEL 098-866-2006
E-mail : nakamusn@pref.okinawa.lg.jp

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係るゴールデンウィーク期間中の 外来診療に対する協力金交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、ゴールデンウィーク期間中において、救急病院の機能を兼ねている新型コロナウイルス感染症重点医療機関、新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関又は新型コロナウイルス感染症患者を入院させるその他の医療機関（以下「重点医療機関等」という。）に発熱患者等が集中しないよう、当該期間中に外来診療を継続する地域の医療機関に対し、協力金を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

(対象期間)

第2条 この要領で定める協力金の対象となる外来診療の期間は、令和4年4月29日（金）及び令和4年5月3日（火）から令和4年5月5日（木）までの4日間とする。

(対象医療機関)

第3条 協力金の対象となる医療機関は、次に掲げる要件を満たす医療機関とする。ただし、前条に定める対象期間までに、重点医療機関等として県が指定した医療機関を除く。

- (1) 知事が指定する診療・検査医療機関又は検査協力医療機関であること。
- (2) 県が行う本協力金の交付に関する調査に協力すること。

(交付額)

第4条 協力金の交付額は、医療機関の規模に応じ、病院は1日につき400,000円、診療所は1日につき200,000円とする。

- 2 前項の協力金は、1日4時間を超える外来診療に対応した場合の単価とし、1日4時間以下の場合は2分の1を乗じた金額とする。

(協力金の申請)

第5条 協力金の交付を受けようとする医療機関は、次の書類に必要事項を記入の上、別に定める日までに知事に提出しなければならない。

- (1) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業申請書兼口座振替依頼書兼請求書（様式1）
- (2) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る計画書（様式2）
- (3) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る実績報告書（様式3）
- (4) その他知事が必要と認める資料

(交付決定)

第6条 知事は、前条の申請を受理し、その内容に不備がないことを確認したときは、速やかに協力金を支払うものとする。

(検査等)

第7条 知事は、協力金の交付に関し、必要に応じて検査、報告又は是正のための措置を講じることができる。

(決定の取消し等)

第8条 知事は、対象医療機関が法令若しくはこれに基づく知事の処分若しくはこの要領に違反したとき又は虚偽の申請をしたときは、交付の決定を取り消すことができる。

2 知事は、協力金の交付の決定を取り消した場合において、既に協力金が交付されている場合は、期限を定めて、その返還を求めることができる。

(その他)

第9条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和4年4月11日から適用する。

(別紙)

ゴールデンウィーク期間中の外来診療に対する医療機関向け協力金の留意事項について

1 目的

ゴールデンウィーク期間中において、救急病院の機能を兼ねている新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等に発熱患者が集中しないよう、当該期間中に外来診療を継続する地域の医療機関に対し、協力金を交付する。

2 対象となる医療機関

- (1) 新型コロナウイルスの検査（検体採取）を行う検査協力医療機関
- (2) 沖縄県が指定した診療・検査医療機関
 - ※ ただし、重点医療機関等として県が指定した医療機関を除く。

3 支給対象期間

令和4年4月29日（金）、令和4年5月3日（火）～5月5日（木）

- ※ 同期間中のうち、多くの病院・診療所が休診する **4日間を対象**とする。

4 支給金額（1日あたり）

- (1) 診療所：20万円（4時間を超える場合）、10万円（4時間以内の場合）
- (2) 病院：40万円（4時間を超える場合）、20万円（4時間以内の場合）
 - ※ 上記3の対象期間のうち、診療実施体制を確保した日数に応じて支給。

5 申請手続き等について

- (1) 「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る計画書」（様式2）を直接、県担当者あてにメールでご提出下さい。**【4月22日〆切】**
 - ※ 原則として、(1)で申請された診療計画書の診療時間の範囲内で協力金の交付を実施します（当日に診療時間を延長した場合についても、延長分は算定の対象外とさせていただきますので予めご了承下さい）。
- (2) 診療実施後「ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る実績報告書（様式3）」及び「申請書兼口座振替依頼書兼請求書（様式1）」を5月16日までに郵送してください。
- (3) (2)の提出時の添付資料として、**同期間中に外来診療を行う旨の貴医療機関のホームページ等の専用ページ画面の添付**をお願い致します。

6 その他

各医療機関における診療実施日については、沖縄県新型コロナウイルス感染症相談コールセンター及び市町村等の関係機関へ提供し、**県公式ホームページ**や**マスコミ向けの公表を予定**しております。

(様式1)

受付番号	
------	--

※記入は不要

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業 申請書 兼 口座振替依頼書 兼 請求書

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係るゴールデンウィーク期間中の外来診療に対する協力金を受給したいので、下記のとおり請求します。なお、本申請の内容に虚偽が判明した場合は協力金の返還等に応じます。

令和 4 年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 氏名 :
所在地 :
医療機関名 :
代表者氏名 : 印
電話番号 :

請求金額 : 円 ※

※ 請求金額については、第3号様式「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る実績報告書」の金額を転記すること。

口座情報	支払方法	口座振替	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	フリガナ				
	金融機関名		銀行		支店
	店番		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※注 預金通帳の写しなど金融機関の名称及び預金口座の番号等を明らかにする書類を添付すること

担当者 情報	所属		氏名		
	連絡先	(電話番号)		(FAX)	
		(メールアドレス)			

(様式2)

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る計画書

1. 基本情報

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

2. 診療計画

日付	診療実施	診療時間
記載例	○	10:00~12:00、13:30~16:00
4/29(金)		
5/3(火)		
5/4(水)		
5/5(木)		

※診療実施の欄には、実施する場合○、実施しない場合は×を記入する。

<参考>

協力金は実施日数の実績に協力金単価を乗じた額となる。

協力金単価（1日当たりの協力金額）

	診療所	病院
4時間実施の場合	10万円	20万円
4時間を超える場合	20万円	40万円

(様式3)

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
ゴールデンウィーク期間中の外来診療に係る実績報告書

1. 基本情報

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

記入不要
(様式2に入力ください)

2. 診療実績 (対象月日のみ)

日付	診療	診療時間	受診者数(人)	うち発熱者数(人)
記載例	○	10:00~12:00、13:30~16:00	30	25
4/29(金)				
5/3(火)				
5/4(水)				
5/5(木)				

※診療欄には、実施した場合○、実施していない場合は×を記入する。

3. 協力金の額

	診療日数(日) ①	協力金単価 ②	協力金額(円) ①×②
4時間実施の場合			0
4時間を超える場合			0
合計	0		0

<参考> 協力金単価 (1日当たり)

単位：円

	診療所	病院
4時間実施の場合	100,000	200,000
4時間を超える場合	200,000	400,000