

静医発第 586号
令和5年6月 20 日

郡 市 医 師 会 長 様

一般社団法人静岡県医師会
会 長 紀 平 幸 一

新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金に係る実施計画書の提出について(第2報)

【外来対応医療機関設備整備事業・外来対応医療機関確保事業】

標記の件につきましては、令和5年6月 13 日付け静医発第 540 号「(静岡県)新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金交付要綱の改正に伴う各種補助事業の実施について」にて、今般改正が行われた新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金交付要綱についてお知らせするとともに、病院及び有床診療所を対象とする「新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業」についてご案内したところです。

第2報では、前回、追ってご連絡申し上げる旨をお伝えしました、外来対応医療機関(本県においては「発熱等診療医療機関」)を対象とする補助事業「外来対応医療機関設備整備事業」および「外来対応医療機関確保事業」についてお知らせいたしますので、貴職におかれましてもご了知いただきますとともに、貴会会員にご周知くださいますようお願い申し上げます。

なお、本件については、補助対象事業者となる外来対応医療機関(発熱等診療医療機関)に対して、直接、静岡県新型コロナ対策推進課より通知が発出されますことを申し添えます。

このことについて、ご不明な点等がありましたら、お手数でも、静岡県新型コロナ対策推進課(機動第4班 / TEL054-221-2916)宛てにお問い合わせくださいますようお願いいたします。

一般社団法人静岡県医師会会長 様
公益社団法人静岡県病院協会会長 様

静岡県感染症対策担当部長

新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金に係る実施計画書の
提出について（令和 5 年度「外来対応医療機関」関係事業）

日頃、本県の感染症対策の推進について、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

このことについて、「新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金交付要綱」及び「令和 5 年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施について」の一部改正について」（令和 5 年 5 月 8 日付け厚生労働省医政発 0508 第 12 号・健発 0508 第 6 号・薬生発 0508 第 4 号）に基づき、外来対応医療機関（以下、「発熱等診療医療機関」という。）に関する下記 1 の事業を実施します。

つきましては、貴会会員への周知をお願いします。

なお、発熱等診療医療機関へは、別添により県から直接周知していることを申し添えます。

記

1 対象事業者

対象事業	補助対象事業者
外来対応医療機関 設備整備 事業	以下の要件を全て満たす医療機関 ○発熱等診療医療機関の指定を受けている ○静岡県ホームページでの公表に同意している ○受入患者を限定しない ○令和 5 年 9 月 30 日までに、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）を診療した実績がある
外来対応医療機関 確保 事業	以下の要件を全て満たす医療機関 ○令和 5 年 3 月 10 日以降に、新たに発熱等診療医療機関の指定を受けている ○静岡県ホームページでの公表に同意している ○受入患者を限定しない ○少なくとも、令和 5 年度中は発熱等診療医療機関の対応を行う

2 実施計画書の提出期限及び提出先

- (1) 提出期限：令和 5 年 7 月 31 日（月）17:00 必着
- (2) 提出先：静岡県 新型コロナ対策推進課 機動第 4 班
（メール）pcr-covid19@pref.shizuoka.lg.jp
（郵送）〒420-8601 静岡市葵区追手町 9-6
- (3) 提出方法：提出方法等の詳細は、別添の関係医療機関あて通知で御確認ください。

担 当 新型コロナ対策推進課 機動第 4 班
電話番号 054-221-2916
E-mail pcr-covid19@pref.shizuoka.lg.jp

関係医療機関管理者 様

静岡県新型コロナ対策推進課長

新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金に係る実施計画書の
提出について（令和5年度「外来対応医療機関」関係事業）

日頃、本県の感染症対策の推進について、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

このことについて、「新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金交付要綱」及び「令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施について」の一部改正について（令和5年5月8日付け厚生労働省医政発0508第12号・健発0508第6号・薬生発0508第4号）に基づき、外来対応医療機関（以下、「発熱等診療医療機関」という。）に関する下記1の事業を実施します。

事業の実施を希望する医療機関は、下記2により実施計画書を提出してください。

記

1 対象事業者及び対象経費

対象事業	補助対象事業者	「対象事業者」、 「対象経費」等
外来対応医療機関 設備整備 事業	以下の要件を全て満たす医療機関 ○発熱等診療医療機関の指定を受けている ○静岡県ホームページでの公表に同意している ○受入患者を限定しない ○令和5年9月30日までに、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）を診療した実績がある	以下の資料を御参照ください ①別添1-1 「事業概要（設備整備）」 ②別添2-1 「補助対象確認の手引き（設備整備）」
外来対応医療機関 確保 事業	以下の要件を全て満たす医療機関 ○令和5年3月10日以降に、新たに発熱等診療医療機関の指定を受けている ○静岡県ホームページでの公表に同意している ○受入患者を限定しない ○少なくとも、令和5年度中は発熱等診療医療機関の対応を行う	以下の資料を御参照ください ①別添1-2 「事業概要（確保）」 ②別添2-2 「補助対象確認の手引き（確保）」

※消費税相当額分は、補助対象外となります。

※今後の新型コロナウイルス感染症の感染状況が見込み難いことから、本事業の実施については、令和5年9月末までに完了（納品等）するものを補助対象とします。

2 実施計画書の提出について

(1) 提出資料

ア 実施計画書

○外来対応医療機関**設備整備**事業：別紙1

○外来対応医療機関**確保**事業：別紙2

※事業が既に完了している場合でも、必ず御提出ください。

イ 添付書類

- ①見積書の写し等、金額が分かる書類（消費税額が分かるもの）
- ②カタログ ※設備整備及び医療機器等を購入する場合
（導入する設備等の機能・仕様がわかるもの）
- ③その他参考となる書類
（必要に応じ設置場所の図面、ホームページの改修内容が分かるもの、など）

※様式は、県のホームページにも掲載しています。

（「静岡県 医療機関向け情報」）でも検索できます。

<https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/covid19/iryokikan/1053099/1024349.html>

(2) 提出方法

提出書類を、提出期限までに、下記宛てメールにより御提出ください。

※提出時の注意

- ・実施計画書は、必ず、エクセル形式のまま、メールで送付してください。
- ・添付書類は、郵送でも結構です。

○送付先：〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6
○宛先：静岡県 新型コロナ対策推進課 機動第4班
○E-mail：pcr-covid19@pref.shizuoka.lg.jp
※メールの件名に、「【〇〇病院】計画書提出」と明記してください。

※メール送信後、県からのメールの返信を必ず御確認ください。

医療機関からのメール送信後、1週間以内に、静岡県からメール受領確認のメールを返信します。

静岡県からの返信が無い場合は、速やかに御連絡ください。静岡県が計画書のメールを確認できていない場合などがあり、後日対応できないことがあります。

(3) 提出期限

令和5年7月31日（月）17:00 必着

3 発熱等診療医療機関の新規指定及び変更の手続について

現在、発熱等診療医療機関の指定を受けていない医療機関及び指定内容を変更する場合は、下記のとおり手続をお願いします。

(1) 提出方法等

「(別添3) 発熱等診療医療機関の手続について」のとおり

(2) 提出期限

令和5年7月31日（月）

4 今後の主な補助金手続の流れ

実施計画書を提出し、県からの内示後、交付申請等の手続があります。

項目	実施主体
①実施計画書の提出	【今回】医療機関→県
②内示及び申請書提出依頼	県→医療機関
③交付申請の提出	医療機関→県
④交付決定	県→医療機関
⑤実績報告書の提出	医療機関→県 ※③時点で事業が完了している場合は省略
⑥交付確定	県→医療機関
⑦請求書の提出	医療機関→県
⑧支払	県→医療機関

(注) 現時点の予定であり、今後変更する可能性があります

担 当 機動第4班
電話番号 054-221-2916
E-mail pcr-covid19@pref.shizuoka.lg.jp

外来対応医療機関 **設備整備** 事業概要

(1) 目的

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対応し、同感染症の疑い例を、診療体制等の整った医療機関に確実につなぐため、発熱患者等の診療に対応する発熱等診療医療機関を確保することにより、県民の不安を軽減するとともに、まん延をできる限り防止することを目的とする。

(2) 補助対象事業者

以下の要件を全て満たす医療機関

- 発熱等診療医療機関の指定を受けている
- 静岡県ホームページでの公表に同意している
- 受入患者を限定しない
- 令和5年9月30日までに、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）を診療した実績がある

(3) 整備対象設備及び補助基準額

令和5年4月1日から令和5年9月30日までに生じた経費

品 目	補助基準額
(ア) HEPA フィルター付空気清浄機（陰圧対応も可能なものに限る。）	1 施設当たり 905,000 円
(イ) HEPA フィルター付パーティション	205,000 円×知事が必要と認めた台数
(ウ) 簡易ベッド	51,400 円×知事が必要と認めた台数
(エ) 簡易診療室及び付帯する備品	知事が必要と認めた額 ※実施を希望する場合は、事前に御相談ください

※消費税相当額は、補助対象外です。

補助対象確認の手引き

外来対応医療機関 **設備整備** 事業

(1) 補助対象事業者

問1

令和5年6月20日時点で

- ①発熱等診療医療機関の指定を受けている
 - ②静岡県ホームページでの公表に同意している
 - ③受入患者を限定していない
- の3項目を全て満たしていますか？

満たしていない

満たしている

問2

令和5年7月31日までに、

新規指定申請 または 変更届 を行い、
問1の①～③全てを満たす体制に移行する予定はあ
りますか？

予定はない

予定はある

補助の
対象では
ありません

補助の
対象です※

補助の
対象です

※令和5年7月31日までに

- ・発熱等診療医療機関指定申請書
 - ・発熱等診療医療機関指定内容変更届
- のいずれかを **必ず提出** ください。

補助の要件として、下記も満たす必要があります。

- 令和5年9月30日までに、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者も含む）の診療実績がある

※条件を満たさないことが判明した場合、補助金の返還対象となります。

外来対応医療機関 **設備整備** 事業

(2) 補助対象項目

補助対象項目	補助基準額
HEPAフィルター付空気清浄機 (陰圧対応も可能なものに限る)	1施設当たり905,000円
HEPAフィルター付パーティション	205,000円×知事が必要と認めた台数
簡易ベッド	51,400円×知事が必要と認めた台数
簡易診療室及び付帯する備品	知事が必要と認めた額 ※実施を希望する場合は、事前に御相談ください。

(3) 補助対象の期間

令和5年4月1日から令和5年9月30日までに、
整備が完了（納品等）したもの

(4) 補助対象額

消費税相当額は補助の対象外です。
消費税を含まない額で申請してください。

外来対応医療機関確保事業概要

(1) 目的

感染症法上の位置付けの変更により、幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の患者の診療に対応する体制へと段階的に移行していくため、発熱等診療医療機関の新設に伴い必要となる初度設備等の支援を行う。

(2) 補助対象事業者

以下の要件を全て満たす医療機関

- 令和5年3月10日以降に、新たに発熱等診療医療機関の指定を受けている
- 静岡県ホームページでの公表に同意している
- 受入患者を限定しない
- 少なくとも、令和5年度中は発熱等診療医療機関の対応を行う

(3) 整備対象設備及び補助基準額

令和5年3月10日から令和5年9月30日までに生じた経費

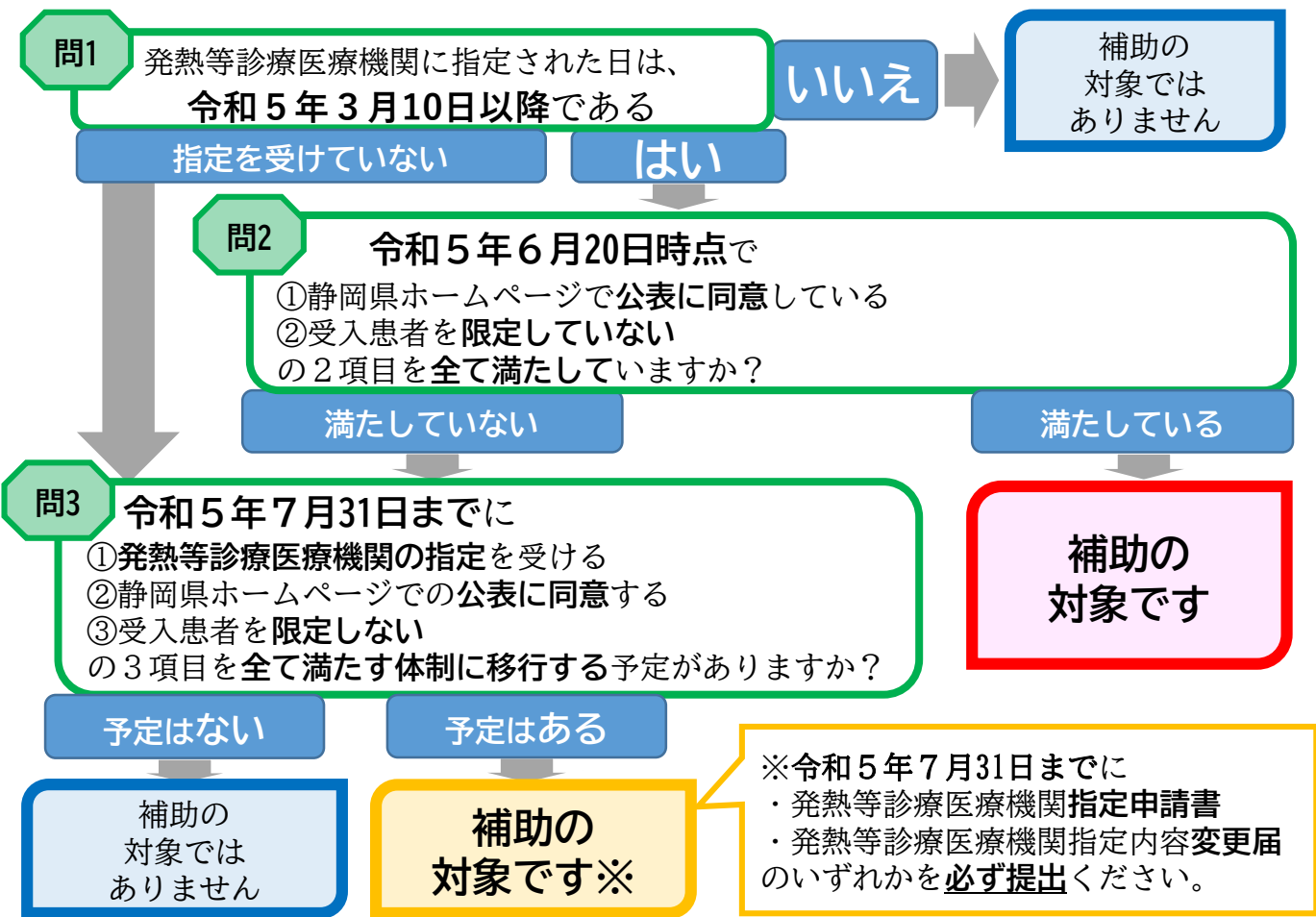
品 目	補助基準額
<ul style="list-style-type: none">・患者案内のための看板の設置料・ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費・換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費・医療機器（パルスオキシメーター等）の購入費・非接触サーモグラフィカメラ（検温・消毒機能付き等）の購入費	1施設当たり、総額500,000円を上限とする。

※消費税相当額は、補助対象外です。

補助対象確認の手引き

外来対応医療機関**確保**事業

(1) 補助対象事業者



補助の要件として、下記も満たす必要があります。

- 令和5年度末（令和6年3月31日）まで、「問3①～③」の体制を維持する

※上記を満たさないことが判明した場合、補助金の返還対象となります。

外来対応医療機関**確保**事業

(2) 補助対象項目

項目	補助対象となるもの	補助対象とならないもの
患者案内のための看板の設置料	発熱等診療医療機関であることや動線などを対外的に案内する看板	左記と関係の認められない情報を案内するもの
ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費	発熱等診療医療機関であることや、予約の方法などを、自院のホームページに掲載するための改修	ホームページ全体を改修する場合、左記の内容を明記するための費用以外のもの
換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費	給気や排気等に係る機械や窓の設置	耐震工事など、建物の耐用年数の延長や資産価値の増加につながる工事
医療機器（パルスオキシメーター等）の購入費	発熱等診療医療機関として新規指定され、発熱等患者を診療するために必要不可欠な医療機器	発熱等患者の診療に関わらず必要な医療機器、消耗品等
非接触サーモグラフィーカメラ（検温・消毒機能付き等）の購入費	非接触で体温を測定する装置の設置	

※補助基準額：総額500,000円を上限とする。

(3) 補助対象の期間

令和5年3月10日から令和5年9月30日までに、
整備が完了（納品等）したもの

(4) 補助対象額

消費税相当額は補助の**対象外**です。
消費税を含まない額で申請してください。

(別添3) 発熱等診療医療機関の手続について

1. 新規指定申請

(1) 提出様式

発熱等診療医療機関指定申請書(様式第1号)

(2) 提出先

所在地	区分	提出先
静岡市・浜松市 以外	医師会会員	静岡県医師会(郡市医師会経由で提出)
	医師会非会員	静岡県健康福祉部 新型コロナ対策推進課 機動第4班 〒420-8601 静岡市葵区追手町9番6号 メール: taisaku-pcr@pref.shizuoka.lg.jp
	病院	
静岡市	医師会会員	静岡市(静岡医師会、清水医師会経由で提出)
	医師会非会員	静岡市保健所保健予防課 〒420-0846 静岡市葵区城東町 24-1 メール: hokenyobou@city.shizuoka.lg.jp
	病院	
浜松市	医師会会員	浜松市保健所生活衛生課感染症対策グループ
	医師会非会員	〒432-8550 浜松市中区鴨江二丁目 11-2
	病院	メール: yobo@city.hamamatsu.shizuoka.jp

(3) 提出方法

申請書のデータ(エクセルファイル)をメールにて送付願います。なお、エクセルのファイル名は、医療機関名(【〇〇診療所】指定申請書)としてください。

2. 変更届

(1) 提出様式

指定内容変更届(様式第2号)

(2) 提出先(全医療機関共通)

〒420-8601 静岡市葵区追手町9番6号 静岡県新型コロナ対策推進課 機動第4班

メール: taisaku-pcr@pref.shizuoka.lg.jp

(3) 提出方法

郵送またはメール

3. 様式の掲載

様式は、県のホームページにも掲載しています。

<https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/covid19/iryoukikan/1053099/1024349.html>

外来対応医療機関 **設備整備** 事業 実施計画書

計画書1

医療機関名			
設置主体名			
代表者名		医療機関 住 所	
担当部署名		担当者氏名	
電話番号		メール アドレス	

I 補助対象事業者の要件の確認（1.～4.の各要件のいずれか当てはまる方に、を入れてください。）

1.	<input type="checkbox"/>	現在、発熱等診療医療機関の指定を受けている
	<input type="checkbox"/>	現在指定を受けていないが、令和5年7月31日までに発熱等診療医療機関の指定を受ける予定
2.	<input type="checkbox"/>	現在、静岡県ホームページでの公表に同意している
	<input type="checkbox"/>	令和5年7月31日までに静岡県ホームページでの公表に同意する予定
3.	<input type="checkbox"/>	現在、受入患者の限定をしていない
	<input type="checkbox"/>	令和5年7月31日までに受入患者を限定しない体制に移行する予定
4.	<input type="checkbox"/>	令和5年6月20日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）を診療した実績がある
	<input type="checkbox"/>	令和5年6月20日までの間に、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）を診療した実績はないが、令和5年9月30日までに診療する予定
※令和5年9月30日までに診療実績がない場合は、補助金の返還対象となります。		

●上記1.～4.の要件を全てを満たす医療機関が、本事業における補助金交付の対象となります。

II 医療機関の設備整備計画

1 実施の内容

購入予定の物品は「計画書2（別シート）」に記入してください。（このシートは自動計算票です。何も記入しないでください。）

(円)

区 分	数 量	整 備 費 (税 抜) (A)	基 準 額 × 数 量 (B)	補 助 基 本 額 (A 又 は B の い ず れ か 低 い 額)
HEPAフィルター付空気清浄機 (陰圧対応も可能なものに限る)	台			
HEPAフィルター付パーティション	台			
簡易ベッド	台			
簡易診療室及び付帯する備品	個			
計(※円単位)		0		0
計 (※千円未満切り捨て)				0

2 整備を必要とする理由（整備内容・数量が必要な理由、整備に至った経緯、問題点等）

III 添付書類

- ①見積書の写し等、金額が分かる書類（消費税額が分かるもの）
- ②カタログ（導入する設備等の機能・仕様がわかるもの）
- ③その他参考となる書類（必要に応じ設置場所の図面、など）

外来対応医療機関 **確保** 事業 実施計画書

計画書1

医療機関名			
設置主体名			
代表者名		医療機関 住	
担当部署名		担当者氏名	
電話番号		メール アドレス	

I 補助対象事業者の要件の確認（1.～3.の各要件のいずれか当てはまる方及び4.に、☑を入れてください）

1.	<input type="checkbox"/>	令和5年3月10日以降に発熱等診療医療機関の指定を受けた
	<input type="checkbox"/>	現在指定を受けていないが、令和5年7月31日までに発熱等診療医療機関の指定を受ける予定
2.	<input type="checkbox"/>	現在、静岡県ホームページでの公表に同意している
	<input type="checkbox"/>	令和5年7月31日までに静岡県ホームページでの公表に同意する予定
3.	<input type="checkbox"/>	現在、受入患者の限定をしていない
	<input type="checkbox"/>	令和5年7月31日までに受入患者を限定しない体制に移行する予定
4.	<input type="checkbox"/>	上記1.～3.の条件について、令和6年3月31日まで継続します。
<p>※令和6年3月31日までに発熱等診療医療機関の指定辞退、又は「公表を不可」、又は「受入患者を限定する」とした場合は、補助金の返還対象となります。</p>		

●上記1.～4.の要件を全てを満たす医療機関が、本事業における補助金交付の対象となります。

II 医療機関の実施計画

1 実施の内容

購入予定の物品は「計画書2（別シート）」に記入してください。（このシートは自動計算票です。何も記入しないでください。）

(円)

区 分	数 量	整 備 費 (税 抜) (A)	補 助 基 本 額 最大500,000円
患者案内のための看板設置料	式		
ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費	式		
換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費	式		
医療機器（パルスオキシメーター等）の購入費	個		
非接触サーモグラフィーカメラの購入費	台		
計(※円単位)		0	0
計(※千円未満切り捨て)			0

2 整備を必要とする理由（整備内容・数量が必要な理由、整備に至った経緯、問題点等）

III 添付書類

- ①見積書の写し等、金額が分かる書類（消費税額が分かるもの）
- ②カタログ ※設備整備及び医療機器等を購入する場合
(導入する設備等の機能・仕様がわかるもの)
- ③その他参考となる書類
(必要に応じ設置場所の図面、ホームページの改修内容が分かるもの、など)

外来対応医療機関 **確保** 事業
実施計画書

計画書2

(円) ※消費税抜の額を記入

区 分	規 格 (品 目)	数 量	単 価 (税 抜)	整備費(税抜) (A)	納 品 日 (予 定 日)
患者案内のための看板設置料		式			
患者案内のための看板設置料		式			
患者案内のための看板設置料		式			
ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費		式			
ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費		式			
ホームページ上に発熱等診療医療機関であることを明記するための改修費		式			
換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費		式			
換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費		式			
換気設備設置のための軽微な改修等の修繕費		式			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
医療機器 (パルスオキシメーター等)の購入費		個			
非接触サーモグラフィーカメラの購入費		台			
非接触サーモグラフィーカメラの購入費		台			
非接触サーモグラフィーカメラの購入費		台			

新型コロナウイルス感染症対策事業費補助金（外来関係）の対象の時期について

- ①設備整備 : 外来対応医療機関**設備整備**事業
- ②確保 : 外来対応医療機関**確保**事業

(1) 補助の対象となる要件：「発熱等診療医療機関」の指定状況等

事業区分	要件	時 期				
		R5.3.10	R5.6.20 (通知日)	R5.7.31 (提出期限)	R5.9.30 (対象期限)	R6.3.31
①設備整備	指定内容	現在、「指定済」・「公表可」・「受入患者を限定しない」となっている			R5.8.1以降に、指定申請、変更届等	
		○ (対象)				
	現在、未指定 又は、「公表可」・「受入患者を限定しない」のいずれかを満たしていない ⇒ 今後も予定は無い	R5.7.31 (計画書提出期限) までに、ア又はイを行う ア：指定申請 (「公表可」「受入患者を限定しない」) イ：変更届 (「公表可」「受入患者を限定しない」とする)			× (対象外)	
× (対象外)			○ (対象)			
診療実績	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">令和5年9月30日までに、新型コロナ患者の診療実績があること</div> <p>令和5年9月30日までに、 新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者（検査結果「陰性」）含む）の診療実績が無い場合は、補助金の返還対象となります。</p>					
②確保	指定内容	R5.3.10より前に指定	R5.3.10～R5.7.31 (計画書提出期限) までに、ア又はイを行う ア：指定申請 (「公表可」「受入患者を限定しない」) イ：変更届 (「公表可」「受入患者を限定しない」とする)			R5.8.1以降に、指定申請、変更届等
		× (対象外)			○ (対象)	
	年度末までの継続	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">令和6年3月31日まで、「指定」「公表可」「受入患者を限定しない」体制を維持すること</div> <p>令和5年度中（令和6年3月31日）までに、 指定辞退するか、「公表不可」又は「受入患者を限定する」に変更した場合は、補助金の返還対象となります。</p>				

(2) 整備内容：補助の対象となる整備が完了（納品）した日

事業区分	時 期			
	R5.3.10	R5.4.1	R5.9.30 (対象期限)	
①設備整備	R5.4.1より前に完了	R5.4.1 から R5.9.30まで に完了		R5.10.1以降に完了
	× (対象外)		○ (対象)	
②確保	R5.3.10より前に完了	R5.3.10 から R5.9.30まで に完了		R5.10.1以降に完了
	× (対象外)		○ (対象)	