

長 第 457 号
令和4年9月29日

高齢者関係施設等の長 様

福井県健康福祉部長寿福祉課長

新型コロナウイルス感染症患者に対する往診等協力金について

日ごろから、新型コロナウイルスの感染拡大防止対策の徹底にご理解、ご協力賜り感謝申し上げます。

このたび、別添のとおり県、保健所等が高齢者施設等での診療を必要と判断した場合に、往診や訪問看護を行う医療機関や訪問看護事業所に対して、県において協力金を交付することといたしましたので、参考までにご連絡します。

なお、貴施設の嘱託医や協力医療機関が往診を行った場合も本協力金の支給対象となる旨申し添えます。

【担当】

福井県長寿福祉課

介護サービスグループ 浦西、天谷

TEL 0776-20-0332

Mail hokaisei@pref.fukui.lg.jp

保 第 638 号
長 第 457 号
令和4年9月26日

各医療機関の長
各訪問看護事業所管理者 あて

福井県健康福祉部保健予防課長
福井県健康福祉部長寿福祉課長

新型コロナウイルス感染症患者に対する往診等協力金について

自宅や高齢者施設等（以下「自宅等」という）において療養する新型コロナウイルス感染症患者に対し、必要に応じて早期に適切な医療や看護を行うことが、県全体の医療や看護の提供体制を維持していく上で重要です。

このため、県、保健所等が自宅等での診療を必要と判断した場合に、往診や訪問看護を行う医療機関や訪問看護事業所に対して、県において別添のとおり協力金を交付するのでお知らせします。

なお、この協力金交付に当たり、往診や訪問看護に協力する医療機関、訪問看護事業所におかれては、あらかじめ県に対する登録をお願いします。本制度の趣旨をご理解いただき、積極的に登録くださるようお願いいたします。

添付資料

- 1 新型コロナウイルス感染症往診等協力金についてのご案内
- 2 登録申出書様式

新型コロナウイルス感染症往診等協力金について

1 概要

県、保健所等からの依頼により、新型コロナウイルス感染症に係る施設療養者および自宅療養者に対して、往診および訪問看護を実施する、医療機関や訪問看護事業所（以下「医療機関等」といいます）に対して、協力金を支給します。

2 支給対象者

医療機関、訪問看護事業所

3 新型コロナウイルス感染症往診等協力金

(1) 高齢者施設への往診、訪問看護

- ① 県、保健所からの依頼により、「施設嘱託医または施設協力医療機関」以外の医療機関等（あらかじめ県に登録いただいた医療機関等※）が往診や訪問看護を行う場合
※この通知に添付する「登録申出書」を県に提出いただくことで、登録となります。

ア. 老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院、養護老人ホームの場合

1回当たり 医師 45,000円
(3時間超の場合、1時間当たり15,000円加算)
看護師 24,000円
(3時間超の場合、1時間当たり8,000円加算)

イ. ア以外の高齢者施設の場合

1回当たり 医師 15,000円
(1時間超の場合、1時間当たり15,000円加算)
看護師 8,000円
(1時間超の場合、1時間当たり8,000円加算)

- ② 県、保健所からの依頼により施設嘱託医または施設協力医療機関が往診する場合。
または訪問看護事業所が訪問看護を行う場合

1回当たり 医師 15,000円
(1時間超の場合、1時間当たり15,000円加算)
看護師 8,000円
(1時間超の場合、1時間当たり8,000円加算)

※①、②のいずれの場合も、医師または看護師一人当たりの協力金です。

なお、施設に勤務する医師または看護師は対象外です。

※加算に係る「業務時間」は、往診等前の患者の状況把握、往診等先への移動、治療・看護、帰所のための移動までのすべてに要した時間です。

(2) 療養者の自宅への往診、訪問看護

県、保健所の依頼により、あらかじめ県に登録した医療機関等(※)が、往診または訪問看護を行う場合

※この通知に添付する「登録申出書」を県に提出いただくことで、登録となります。

1回当たり 医師 15,000円

(1時間超の場合、1時間当たり15,000円加算)

看護師 8,000円

(1時間超の場合、1時間当たり8,000円加算)

※医師または看護師一人当たりの協力金です。

※加算に係る「業務時間」は、往診等前の患者の状況把握、往診等先への移動、治療・看護、帰所のための移動までのすべてに要した時間です。

4 協力金の交付期間・支給方法

- ・県に対して登録申出書を提出以降の行為が対象となります。
- ・協力金は医療機関や訪問看護事業所からの申請により交付します。
申請方法は別途お知らせします。

5 登録申出書の提出

上記の協力金について、事前に別添の「施設・自宅療養者に対する往診協力医療機関登録申出書」「施設・自宅療養者に対する協力訪問看護事業所登録申出書」の提出をお願いします。(メール提出可)

なお、登録いただいた医療機関、訪問看護事業所の情報は、県でリスト化し、保健所からの連絡用として、各保健所に配布します。(外部への公表はいたしません)

提出期限 令和4年10月7日(金)

提出先 福井県健康福祉部保健予防課 柳原

電話 0776-20-0771

メールアドレス s-yanagihara-8d@pref.fukui.lg.jp

または、

福井県健康福祉部長寿福祉課 天谷

電話 0776-20-0332

メールアドレス hokaisei@pref.fukui.lg.jp

5 お問い合わせ

本件について、ご質問等がある場合は、上記メールにより、お問い合わせください。

往診等協力金のQ & A

Q 1

登録すると必ず県から往診・訪問看護の依頼があるのか

A 1

依頼に当たっては、患者の病状や医療・看護ニーズの内容、患者・施設の居住地等を考慮することになるため、必ずしも要請があるとは限りません。

Q 2

県や保健所からの依頼はどのようにして行われるのか

A 2

県や保健所は、感染により施設や自宅で療養している方に対し、往診による医療や看護の提供が必要と認めた場合に、電話により往診や訪問看護の依頼を行います。

Q 3

自宅療養者から直接連絡を受け、県や保健所の依頼なしに行った診療・看護行為は対象か

A 3

患者の要請により医師が往診や訪問看護の必要があると認めた場合は対象となります。この場合、往診等の後に県や保健所に往診や訪問看護を行ったことをご連絡ください。

Q 4

施設の嘱託医が、県や保健所からの依頼なく、その施設患者の往診を行った場合も対象か

A 4

施設における患者の発生は、他の入所者への感染拡大を招く可能性があるため、速やかに対応する必要があります。患者の発生した施設から往診依頼があつて往診・訪問看護を行う場合も、対象となります。ただし、施設から保健所に対し、施設内での感染者発生および往診等を依頼したことをご連絡くださるようお願いいたします。

なお、施設の嘱託医や協力医療機関の場合には、保健所等が施設内療養を決めたことをもって、県や保健所からの要請があつたものとみなします。

Q 5

かかりつけの患者や、嘱託医・協力医療機関としての関係にある施設だけの診療なら対応できるが、その場合でも協力金の対象か

A 5

コロナ患者への往診医療体制の強化を目的としているため、かかりつけ医である自宅療養者や、嘱託医としての関係性がある施設であるかどうかに関わらず、県や保健所等による要請により、往診や訪問看護を行っていただく場合は協力金の対象となります。

Q 6

登録していない内容について、対応した場合も協力金対象となるか

A 6

県や保健所からの依頼に基づき往診や訪問看護を行っていただいた場合には、登録いただいた内容に関わらず、往診等の行為に対して協力金対象となります。

Q 7

協力金は医療機関、訪問看護事業所に交付されるが、その用途は、往診等に従事した医師本人または訪問看護師本人への人件費に限定されるのか。

A 7

事業所に対する協力金としているため、医療機関や訪問看護事業所における用途について限定するものではありません。

Q 8

施設や自宅に出向くのではなく、オンライン診療や訪問看護指示書の交付のみの場合は対象になるのか。

A 8

往診や訪問看護の体制強化を目的としているため、対象となりません。

Q 9

施設に勤務する医師または看護師は対象外とあるが、例えば高齢者施設と同一法人内の訪問看護事業所が当該施設に訪問看護を行う場合は対象となるのか

A 9

事業所として別の場合には対象となります。

別添様式（医療機関用）

の箇所に記入ください

令和 年 月 日

福井県知事 様

所在地 : _____
法人等名称 : _____
代表者職氏名 : _____

施設・自宅療養者往診対応医療機関 登録申出書

福井県等の依頼に応じて、以下のとおり新型コロナウイルス感染症自宅療養者や施設内療養者の往診診療に対応します。

1. 医療機関情報

医療機関名		
所在地	〒	住所：
電話番号	平日	
	緊急※	
FAX番号		
メールアドレス		

※緊急連絡先を必ず記載してください。

2. 対応可能な内容

診療区分	入力欄
① 高齢者施設等の施設内療養者への往診	
ア 経口抗ウイルス薬（ラゲプリオ、パキロビット）の処方	
イ 補液等点滴投与	
ウ 対症療法薬の処方	
エ 看取りにおける死亡診断	
② 自宅療養者への往診	
ア 経口抗ウイルス薬（ラゲプリオ、パキロビット）の処方	
イ 補液等点滴投与	
ウ 対症療法薬の処方	
エ 訪問看護指示書の交付	

※対応可能な項目の入力欄に○をつけてください。

対応可能な曜日	
対応可能な時間	

※対応可能な曜日（上段）を記入してください。（例：月～金、土日祝可）

※対応可能な時間（下段）を記入してください。（例：月～土は9：00～17：00、夜間対応可など）

3. 特記事項（往診可能なエリアなど届出項目に補足等がある場合に記入）

--

5. 担当者等の問合せ先

担当部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

別添様式（訪問看護事業所用） ※ の箇所に記入ください

令和 年 月 日

福井県知事 様

所在地 :	
法人等名称 :	
代表者職氏名 :	

施設・自宅療養者対応訪問看護事業所 登録申出書

福井県等の依頼に応じて、以下のとおり新型コロナウイルス感染症自宅療養者や施設内療養者の訪問看護に対応します。

1. 医療機関情報

事業所名		
所在地	〒	住所 :
電話番号	平日	
	緊急※	
FAX番号		
メールアドレス		

※緊急連絡先を必ず記載してください。

2. 対応可能な内容

診療区分	入力欄
① 自宅療養者への訪問看護	
② 高齢者施設等の施設内療養者への訪問看護	

※対応可能な項目の入力欄に○をつけてください。

対応可能な曜日	
対応可能な時間	

※対応可能な曜日（上段）を記入してください。（例：月～金、土日祝可）

※対応可能な時間（下段）を記入してください。（例：月～土は9：00～17：00、夜間対応可など）

3. 特記事項（対応可能なエリアなど届出項目に補足等がある場合に記入）

--

4. 担当者等のご連絡先

担当部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	