

(別紙)

新型コロナウイルス感染症医療従事者向け宿泊施設確保事業概要

1 事業目的

県内における適切な医療提供体制を確保するため、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者の宿泊施設を確保する取組へ補助し、医療従事者の宿泊利用経費を支援する。

2 事業概要

新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者が、所属する医療機関の指定する宿泊施設を利用する場合に宿泊に要する経費（消毒経費含む）の全部又は一部を支援する。

- (1) 新型コロナウイルス感染症患者等の対応のため業務が深夜に及んだ場合
- (2) 基礎疾患を有する家族等と同居しているため帰宅が困難な場合等

3 対象医療機関

感染症指定医療機関・感染症協力医療機関及び知事が認める医療機関

※「知事が認める医療機関」にはPCR検査に従事する医療従事者が所属するクリニック等も含まれます。

4 対象医療従事者

医師、看護師、臨床工学技士、その他新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者で知事が認める者（基本的には、防護服等を着用し、感染の恐れのあるエリア（レッドゾーン）等で直接PCR検査や治療等に携わる医療従事者）

※常勤・非常勤職員を問いません。ただし、医療機関が、支援対象者（宿泊施設の利用が必要）であることを証明できることが必要です。

5 対象期間

令和4年4月1日から令和4年7月31日までで、実際に新型コロナウイルス感染症に対応する業務が生じた日以後の宿泊施設利用に係る宿泊経費を支援します。

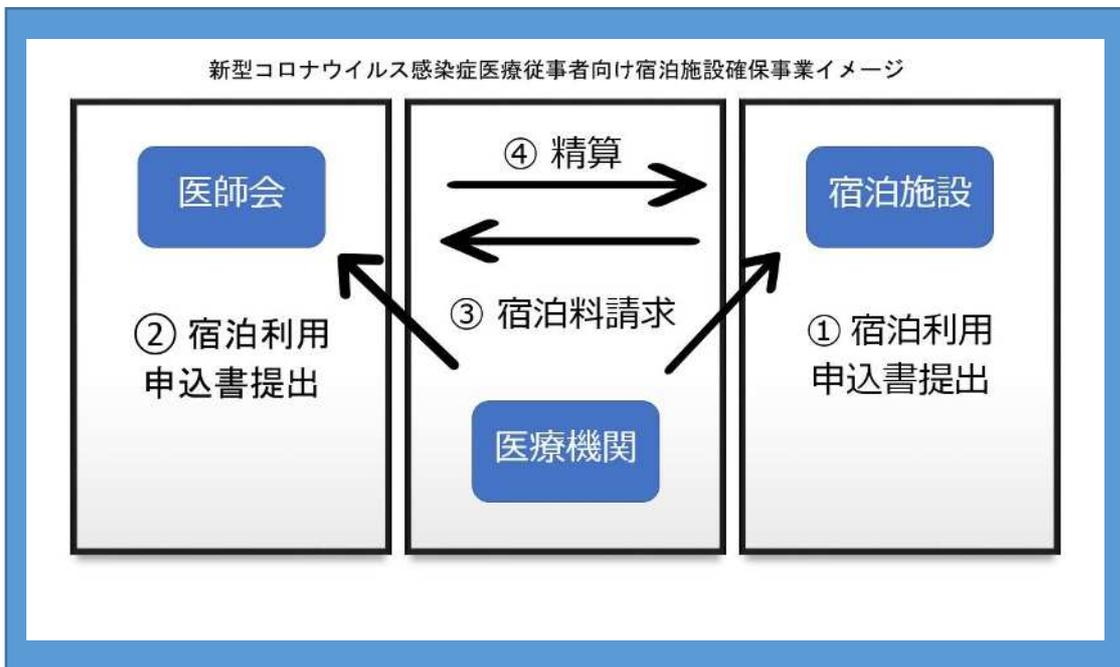
既に精算済みの宿泊利用に対し支援を受ける場合には、医療機関があらかじめ利用を了承していた（宿泊施設が特定されていた）ことが必要です。

6 支援額

支援上限額（基準額）	
① 宿泊（ホテル・旅館等）	1人1泊につき、7,000円（基準額の範囲であれば、食事、駐車場料金を含めても構わない）
② ウィークリー・マンスリーマンション等	1人1泊につき、3,000円 （基準額の範囲内であれば、駐車場料金を含めても構わない）
③ 賃貸（アパート等）	1室1月につき、50,000円
④ 消毒経費	陽性患者となった医療従事者（1名）の利用1室につき、知事が必要と認めた額。 経費については、個別調整を要する。

7 利用申し込み手続き

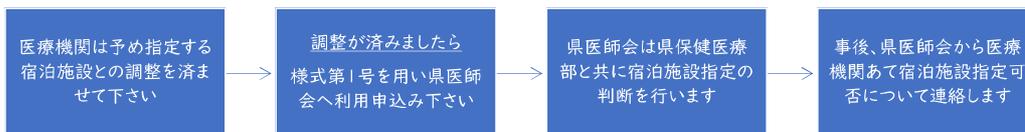
本事業では、医療機関が予め宿泊施設を指定しておく必要があります。
その上で、指定様式を活用いただき手続きを行って下さい。



宿泊利用申込の流れ

①医療機関向け

当事業利用申込の流れ（本事業では、医療機関が予め宿泊施設を指定しておく必要があります。）



留意事項

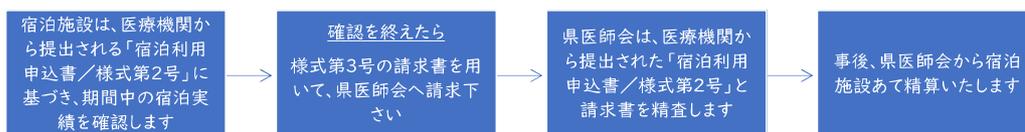
- ① 指定する宿泊施設区分は、宿泊（ホテル・旅館等）、ウィークリー・マンション、賃貸（アパート等）が対象となります。
- ② ホテル・旅館等は、実際の利用実績に基づき、宿泊経費の補助対象（上限の範囲内）となりますのでご注意ください。
- ③ 本事業にかかる利用申込書を提出する際、宿泊料金表も併せて提出下さい。

②医療機関向け

通常の宿泊申請の流れ	備考
<pre> graph LR A[宿泊施設へ事前の予約・ 確認を済ませて下さい] --> B[チェックイン前日13時迄に 宿泊施設へ「宿泊利用申 込書／様式第2号」を出力 し、FAX送信下さい] B --> C[同じく前日13時迄に 県医師会には「宿泊利用 申込書／様式第2号／ Excelデータ」を用い、メ ール送信下さい] </pre>	<ol style="list-style-type: none"> ① 様式第2号は、Excel ファイルです。宿泊施設には出力し FAX 送信下さい。 ② 県医師会には Excel データのままメール送信下さい。
平日、急な変更（宿泊者の変更、キャンセル等）が発生した場合の申請の流れ	備考
<pre> graph LR A[宿泊施設へ事前の変更・ 確認を済ませて下さい] --> B[了承が得られたら 宿泊施設へ「変更申請書 ／様式第2号」を出力し、 FAX送付下さい] B --> C[県医師会には、変更分の 内容を「変更申請書／様 式第2号／Excelデータ」 を用い、メール送信下さい] </pre>	<ol style="list-style-type: none"> ① 様式第2号は、Excel ファイルです。宿泊施設には出力し FAX 送信下さい。 ② 県医師会には Excel データのままメール送信下さい。
土日祝祭日における宿泊申請及び変更（宿泊者の変更、キャンセル等）が発生した場合の流れ	備考
<pre> graph LR A[宿泊施設へ事前の変更・ 確認を済ませて下さい] --> B[了承が得られたら 宿泊施設へ「宿泊利用申 込書・変更申請／様式第 2号」を出力し、FAX送信 下さい] B --> C[県医師会には、申請・変更 分の内容を「宿泊利用申 込書・変更申請／様式第 2号／Excelデータ」を用い、 メール送信下さい] </pre>	<ol style="list-style-type: none"> ① 様式第2号は、Excel ファイルです。宿泊施設には出力し FAX 送信下さい。 ② 県医師会には Excel データのままメール送信下さい。
留意事項	
<ol style="list-style-type: none"> ① 宿泊費用は、当事業要綱にある範囲内で、後日沖縄県医師会から直接宿泊施設へ支払いますが、上限範囲を超える宿泊費用や別途サービス等が発生する場合は、事業対象外となりますので、宿泊者及び宿泊施設にて調整をお願いいたします。 ② 予約の一部変更・取消しは、宿泊先施設の約款を基に違約金（キャンセル料）が発生する場合がございますのでご注意ください。違約金に関しては本事業対象外となります。 ③ 宿泊申込並びに変更申請は、様式第2号の Excel ファイルをご利用下さい。また宿泊施設には出力し FAX 送信下さい。県医師会には Excel データのままメール（ shomu@ml.okinawa.med.or.jp ）送信下さい。棲み分けする理由は、「宿泊利用理由」の情報は宿泊施設には必要のない個人情報となるためです。 	

③宿泊施設向け

精算方法の流れ



留意事項

- ① 医療機関から提出される「宿泊利用申込書・変更申請書／様式第2号」は大切に保管下さい。月締め請求時に必要となります。また請求時には、宿泊者名簿（個々の請求明細額も記載）を添えて提出下さい。
- ② 宿泊費用は、当事業要綱にある範囲内で、後日沖縄県医師会から直接宿泊施設へ支払いますが、上限範囲を超える宿泊費用や別途サービス等が発生する場合は、事業対象外となりますので、宿泊施設及び宿泊者にて調整をお願いいたします。