

令和2年11月5日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰  
公衆衛生担当理事 今井 一登

インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業に  
対する神奈川県医師会としての考え方 Ver2.0 について

神奈川県医師会を通じて、通知がまいりましたのでお知らせいたします。  
こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。

神奈川県医師会  
会長 菊 岡 正 和  
(公印省略)

「インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」  
に対する神奈川県医師会としての考え方 (Ver2.0) について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、令和2年10月9日付(2神医第814号)に「インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」に対する神奈川県医師会としての考え方(Ver1.0)について貴会宛に送付いたしましたが、このたび医療機関の発熱診療体制パターン等を加筆(P7~P29部分)いたし、Ver2.0として改定いたしましたので送付いたします。

なお、神奈川県医師会ホームページの新型コロナウイルス感染症「COVID-19」関連情報・医療機関向けページ(下記URL参照)にデータを掲載いたしましたので、貴会においてもご活用賜りたくお願い申し上げます。

また、神奈川県からは、「インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業」の補助金申請に必要な「発熱診療等医療機関」認定について、引続き申請が可能であるとのことですので、会員医療機関の積極的なご協力をいただきたく何卒よろしくお願い申し上げます。

神奈川県医師会：該当ホームページ

<https://kanagawa-med.or.jp/subpage/covid-19/iryokikan/>

神奈川県：発熱診療等医療機関のホームページ

[https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/ms/hybrid\\_20201001.html](https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/ms/hybrid_20201001.html)

厚生労働省：インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/kenkou/k\\_ekkaku-kansenshou18/index\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/k_ekkaku-kansenshou18/index_00012.html)

お問い合わせ先

地域保健課 担当：福本・代

横浜市中区富士見町3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail:k-fukumoto@kanagawa.med.or.jp



# 「インフルエンザ流行に備えた発熱患者の 外来診療・検査体制確保事業」に対する 神奈川県医師会として考え方（Ver2.0）

神奈川県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部策定

令和2年10月8日（木）策定

令和2年10月22日（木）改定



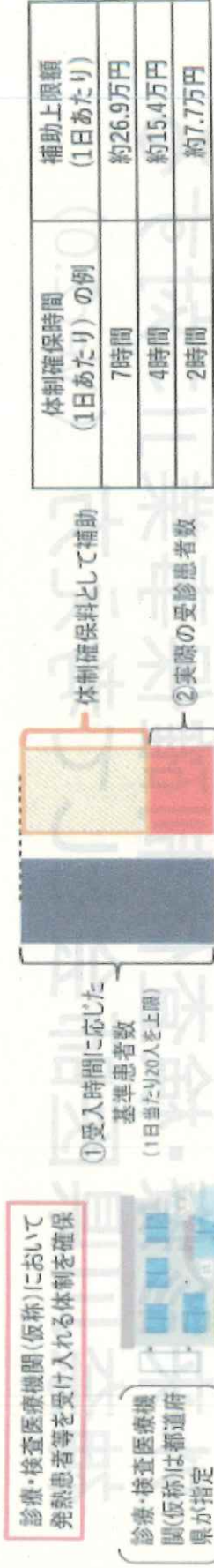
※本内容は、策定時点のものであり、今後国等の通知などにより変更となる場合がありますのでご了承ください

# 1. インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業概要

都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)が、発熱患者等専用の診察室(時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む)を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

[補助基準額]  $13,447円 \times (\text{受入時間に応じた基準患者数} - \text{実際の発熱患者等} \text{の受診患者数})$

- ・ 基準となる患者数は、1日あたり20人を上限として、体制確保時間に応じて設定。
- ・ 実際の受診患者が上記基準より少ない場合に、その人数に応じて補助金を交付。



※ 自院のかかりつけ患者や自院に相談のあった患者のみを受け入れる場合は、基準患者数の1日あたり上限は5人。  
 ※ 実際には全く発熱患者等の受診を受け入れない場合は補助を減額。

(注) 本事業の補助金は国からの直接執行  
 詳細は不明な点が非常に多い

- ・ 発熱患者の定義
- ・ 対象時期
- ・ 申告方法
- ・ 交付時期

## 2. 例①（1医療機関だけの考え方） 医療機関として：1日7時間、20人診療する体制を確保

- ① 受診患者 5人：13,447円×15人（20-5人）＝約20万2円が補助金収入
- ② 受診患者15人：13,447円× 5人（20-15人）＝約6万7千円が補助金収入
- ③ 受診患者20人：補助金収入は0円

医療機関の経営面を考えると、患者を診療すればするほど、補助金が減額となり損ではないかと捉えられてしまう。一見、理不尽な補助金にしか思えないが・・・

少し視点を変えた考え方が必要

本事業は、発熱診療体制を構築した医療機関に対し、患者が来院しなかった場合の補償（病院でいう空床補償）という考え方

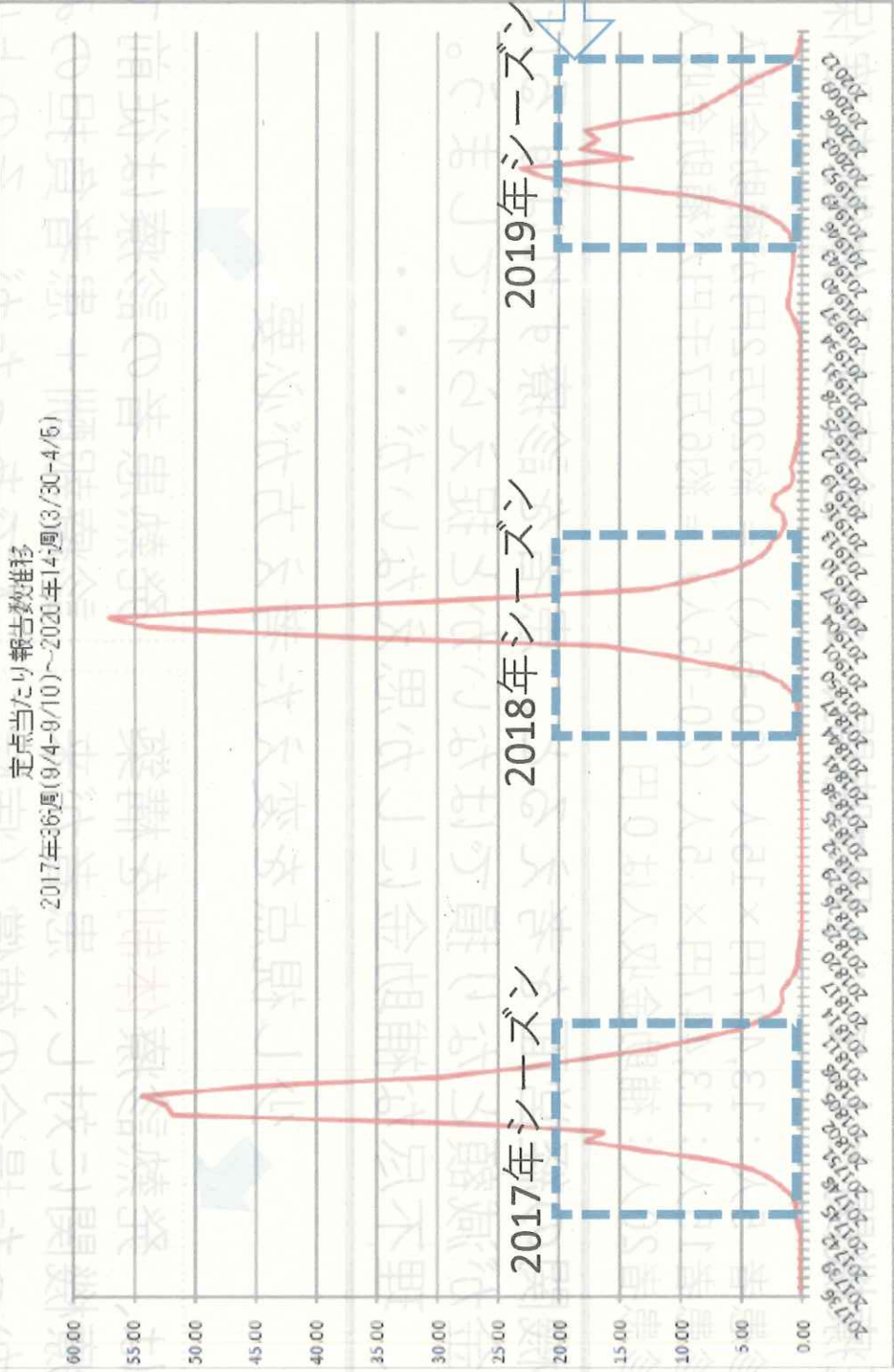
発熱患者の診療は従前では、診療報酬＋患者負担のみが収入であったが、その上に補助金加わったという考え方

郡市医師会（複数の会員医療機関）が各地域単位で発熱患者の対応を考えることが重要＝地域を面で支える一員として

# 《空床補償的な考え方についての考察》

補助金は2020年11月1日から2021年3月31日までが対象

2020年第44週 (10/26~11/1) ~2021年第13週 (3/29~4/4)  
 を過去3年間のインフルエンザの流行曲線に乗せると



青の点線の内側と赤線の差分は補助金収入となる

### 3. 例② (地域の単位としての考え方)

地域でピーク時1日2000人の発熱患者が発生すると想定

※1医療機関あたり：1日7時間、20人診療する体制を確保

- ① 100の医療機関 (※) で発熱患者を診る場合  
→ 1医療機関の患者を診る負担は20人 & 補助金は0円  
(地域全体としての補助金は0円)
- ② 200の医療機関 (※) で発熱患者を診る場合  
→ 1医療機関の患者を診る負担は10人 & 補助金は134,470円  
(地域全体としての補助金は26,894,000円)
- ③ 400の医療機関 (※) で発熱患者を診る場合  
→ 1医療機関の患者を診る負担は5人 & 補助金は201,705円  
(地域全体としての補助金は80,682,000円)



発熱診療等医療機関が多ければ多いほど、1医療機関が患者を診る負担が減り、補助金を多く受け取ることができる仕組みであり、結果として地域医療が安定する。

地域の連携力・結束力が試される仕組みである

#### 4. 医師会、医療機関としての目的

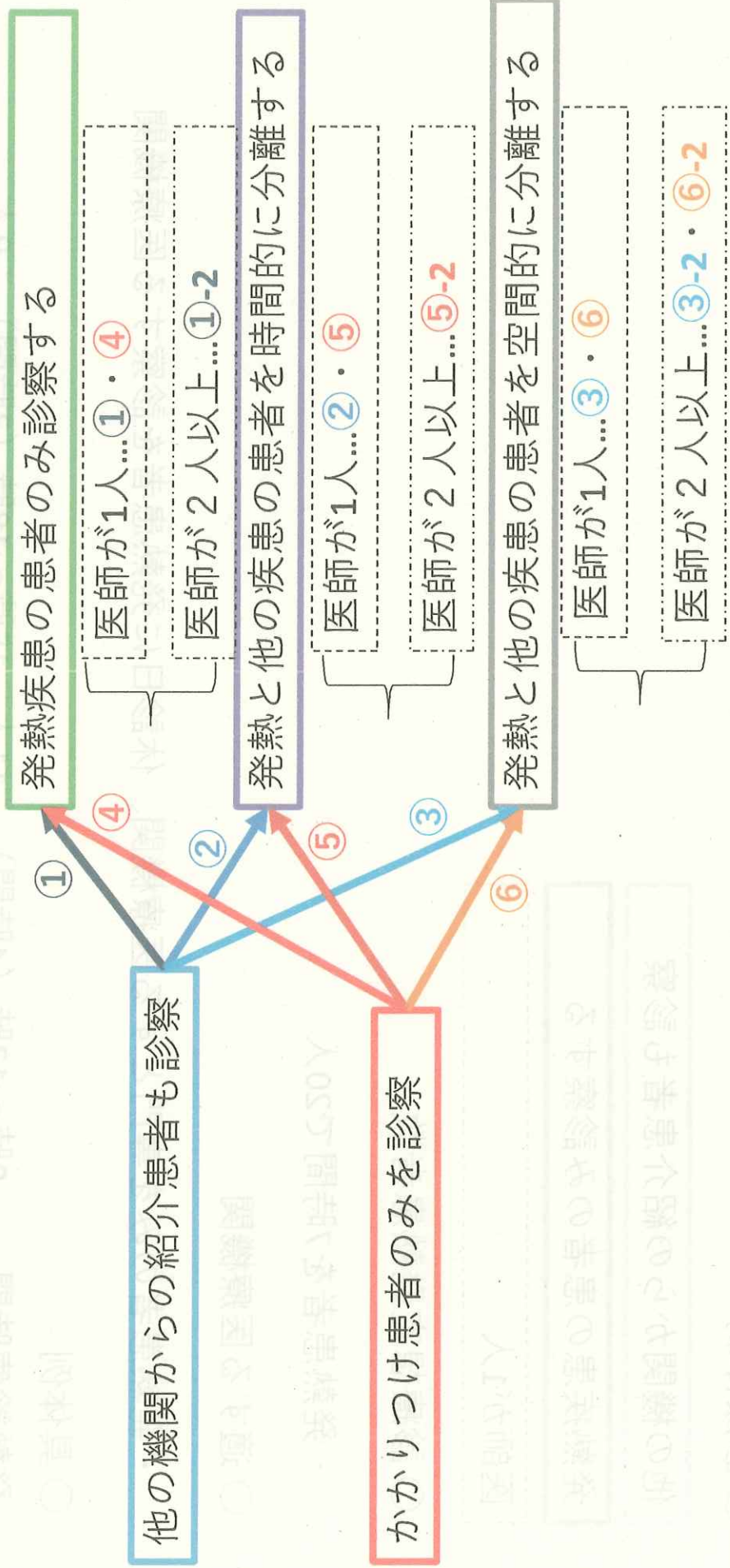
- ① 発熱難民を出さない
- ② 地域の発熱診療体制の安定と確保（夜間・休日も）  
救急病院を発熱患者でパンクさせない
- ③ 医療機関（地域）の診療負担軽減と収入増

#### 5. 神奈川県医師会としての本事業への考え方

→ 上記4の目的を達成するため、日本医師会が折衝の上、  
国から引き出した「インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業補助金」を郡市医師会（会員医療機関）として**有効に活用することが必要**であると考ええる。

多くの会員医療機関が、発熱診療等医療機関として速やかに申請できるように郡市医師会をご支援したい

# インフルエンザ流行に備えた発熱患者の外来診療・検査体制 確保事業を考慮した発熱診療体制のパターン



上記のパターンをもとに具体例を次ページ以降に示す。なお、医療機関の想定として、診療時間を9時～13時、15時～18時とし、発熱患者の可能人数は、 $20 \div 7 \times$  診療時間で、小数点以下切り捨てで算出している。

### 発熱診療体制のパターン①

(紹介患者可能×発熱患者のみの外来×医師1名体制)

#### ○ 診療体制

他の機関からの紹介患者も診察

発熱疾患の患者のみ診察する

医師が1人

#### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を7時間で20人

#### ○ 適する医療機関

- ・ 発熱患者のみを専門とする医療機関、休診日に発熱患者を診察する医療機関

#### ○ 具体例

- ・ 発熱診療時間 9時～13時 (4時間) : 11人 15時～18時 (3時間) : 9人
- ・ 実際の発熱患者 9時～13時 (4時間) : 10人 15時～18時 (3時間) : 7人
- ・ 補助金額 13,447円 × (20 (11+9) 人 - 17 (10+7) 人) = 40,341円

## 発熱診療体制のパターン①-2

(紹介患者可能×複数の発熱患者のみの外来設置×医師2名以上体制)

### ○ 診療体制

他の機関からの紹介患者も診察

発熱疾患の患者のみ診察する

医師が2人以上

### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を7時間で20人を診察する体制を複数設置

### ○ 適する医療機関

- ・ 病院など人員や診察室に余裕のある医療機関

### ○ 具体例 (診察室A・診察室Bともに発熱診療専用の診察室で診療する場合)

発熱診療時間	診察室A	9時～13時 (4時間)	: 11人	15時～18時 (3時間)	: 9人
	診察室B	9時～13時 (4時間)	: 11人	15時～18時 (3時間)	: 9人
実際の発熱患者	診察室A	9時～13時 (4時間)	: 10人	15時～18時 (3時間)	: 7人
	診察室B	9時～13時 (4時間)	: 3人	15時～18時 (3時間)	: 5人
補助金額	13,447円 × (40 (22+18) 人 - 25 (10+7+3+5) 人) = 201,705円				

## 発熱診療体制のパターン② (紹介患者可能×時間的分離×医師1名体制)

### ○ 診療体制

他の機関からの紹介患者も診察

発熱と他の疾患の患者を時間的に分離する

医師が1人 (2人以上は時間の分離が不要)

- 診療想定発熱患者数
- 発熱患者を7時間で20人を診察する体制は可能であるが時間的には制限があるため、発熱診療時間を一部制限した体制
- 適する医療機関
  - ・ 内科や小児科などの発熱患者が多く来院する医療機関
- 具体例 (1) 医療機関の時間外にて発熱診療を行う。

通常診療時間	9時～12時 (3時間)	15時～18時 (3時間)
発熱診療時間	13時～15時 (2時間) : 5人	18時～20時 (2時間) : 6人
実際の発熱患者	13時～15時 (2時間) : 1人	18時～20時 (2時間) : 1人
補助金額	13,447円 × (11 (5+6) 人 - 2 (1+1) 人) = 121,023円	

## 発熱診療体制のパターン②

(紹介患者可能×時間的分離×医師1名体制：前ページの続き)

○ 具体例 (2) 医療機関の通常時間の一部を活用して発熱診療を行う。

- ・ 通常診療時間 9時～11時 (2時間) 15時～16時 (1時間)
- 発熱診療時間 11時～13時 (2時間) 16時～18時 (2時間) : 6人
- ・ 実際の発熱患者 11時～13時 (2時間) : 1人 16時～18時 (2時間) : 1人
- ・ 補助金額 13,447円 × (11 (5+6) 人 - 2 (1+1) 人) = 121,023円

○ 具体例 (3) 医療機関の通常時間を大幅に活用して発熱診療を行う。

- ・ 通常診療時間 9時～12時 (3時間)
- 発熱診療時間 15時～18時 (3時間) : 8人
- ・ 実際の発熱患者 15時～18時 (3時間) : 2人
- ・ 補助金額 13,447円 × (8人 - 2人) = 80,682円

→ 具体例 (2) ・ (3) については、発熱診療時間帯に他の疾患の患者も来院する可能性が高い。

### 発熱診療体制のパターン③

(紹介患者可能×空間的分離【発熱患者と通常患者併診】×医師1人体制)

#### ○診療体制

他の機関からの紹介患者も診察

発熱と他の疾患の患者を空間的に分離する

医師が1人

- 診療想定発熱患者数
  - ・発熱患者を7時間で20人を診察する体制

#### ○適する医療機関

- ・動線確保の上、診察室が複数あり、あまり発熱患者が来ない医療機関

#### ○具体例

- ・通常診療時間【診察室A】 9時～13時 (4時間) 15時～18時 (3時間)
- 発熱診療時間【診察室B】 9時～13時 (4時間) : 11人 15時～18時 (3時間) : 9人
- ・実際の通常患者【診察室A】 9時～13時 (4時間) : 18人 15時～18時 (3時間) : 12人
- 実際の発熱患者【診察室B】 9時～13時 (4時間) : 2人 15時～18時 (3時間) : 1人
- ・補助金額 13,447円 × (20 (11+9) 人 - 3 (2+1) 人 - 15 ( (18+12) / 2) 人) = 26,894円

## 発熱患者と一般患者と併診した場合の注意点（重要）

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業及びインフルエンザ流行期に備えた発熱患者の電話相談体制整備事業）に関する

Q&A（第1版）について

**8 診療・検査医療機関（仮称）が、発熱患者等専用の診察室を設けた上で、発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間帯（診療・検査対応時間）に、他の疾患等の患者が来院した場合、同一の医師が発熱患者等専用の診察室とは別の診察室で、他の疾患等の患者の診療を行うことは可能でしょうか。**

○ 発熱患者等を担当する医師が別の診察室で他の疾患等の患者の診療を行った場合は、発熱患者等を受け入れる体制がそれだけ減少していると考えられることから、他の疾患等の患者数に1/2を乗じた人数を「発熱患者等の想定受診患者数」から差し引いた人数を、同日の「発熱患者等の想定受診患者数」とします。

計算式としては

$13,447円 \times (\text{発熱診療可能人数} - \text{実際に発熱患者を診察した人数} - \text{発熱以外の患者を診察した数} \times 1/2)$  となる。

## 本Q&Aの8についての考え方

- この補助金は、体制確保した医療機関に対する空床補償的な考え方である。
- そのため、1人の医師が複数の診察室を行き来し、発熱患者と他の疾患の患者を診察する状況は、発熱診療体制確保の時間帯に、発熱患者を専有して診察ができない（PPEの着替えの手間等も含め）こととなり、また他の疾患の患者を診察することで診療報酬を得ていることから、本来ならば体制確保できない時間帯として認定され、補償できなとも考えられる。
- しかし今回は厚労省と財務省の交渉の結果として示された補助金であり、その折衷点として、このような回答となったと推測される。
- 日本医師会としてもこのQ&Aに基づいて通知をしており、おそらくは変更がなされることはないと考えられる。
- そのため医師が1人の場合に空間的に分けて発熱患者と他の疾患の患者を診察するよりは、時間的に分けて発熱患者を診察するほうが得策といえる。
- また、現在神奈川県でも指定申請を行うにあたり、各医療機関が工夫を凝らして、なるべく多くの患者を診察するよう努力していただいていることを十分に承知している。
- 本会としても県と協力し、できる限り医療現場の実情が反映されるよう日医や国に働きかけを行っていききたい。

## 発熱診療体制のパターン③-2

(紹介患者可能×空間的分離【発熱患者と通常患者の併診】×医師2人体制)

### ○診療体制

他の機関からの紹介患者も診察

発熱と他の疾患の患者を空間的に分離する

医師が2人以上

### ○診療想定発熱患者数

- ・発熱患者を7時間で20人を診察する体制

### ○適する医療機関

- ・診察室が複数あり、あまり発熱患者が来ない医療機関

### ○具体例

通常診療時間	【診察室A】 9時～13時 (4時間)	15時～18時 (3時間)
発熱診療時間	【診察室B】 9時～13時 (4時間)	15時～18時 (3時間) : 9人
実際の発熱患者	【診察室B】 9時～13時 (4時間)	2人 15時～18時 (3時間) : 1人
補助金額	13,447円 × (20 (11+9) 人 - 3 (2+1) 人) = 228,599円	

## 発熱診療体制のパターン④

(かかりつけ患者のみ×発熱患者のみの外来×医師1名体制)

### ○ 診療体制

かかりつけ患者のみを診察

発熱疾患の患者以外は診察しない

医師が1人

### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を2時間で5人を診察する体制

### ○ 適する医療機関

かかりつけの患者が発熱した場合や発熱患者が来院した場合のみ診療する医療機関

### ○ 具体例

- ・ 発熱診療時間 10時～12時 (2時間) : 5人
- ・ 実際の発熱患者 10時～12時 (2時間) : 1人
- ・ 補助金額 13,447円 × (5人-1人) = 53,788円

(注) 自院のかかりつけ患者のみ発熱の診療する場合にも、補助金を受ける場合には、発熱診療等医療機関としての登録が必要 (以下共通)

## 発熱診療体制のパターン⑤

(かかりつけ患者のみ×時間的分離×医師1名体制)

### ○ 診療体制

かかりつけ患者のみを診察

発熱と他の疾患の患者を時間的に分離する

医師が1人

### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を2時間で5人を診察する体制

(通常の診療時間以外に発熱診療時間を設定もしくは、診療時間の一部に発熱診療時間を設定)

### ○ 適する医療機関

- ・ 内科や小児科などの発熱患者が多く来院する医療機関

### ○ 具体例 (1) 医療機関の時間外にて発熱診療を行う。

・ 通常診療時間	9時～13時 (4時間)	15時～18時 (3時間)	
発熱診療時間	13時～14時 (1時間) : 2人	18時～19時 (1時間) : 3人	
・ 実際の発熱患者	13時～14時 (1時間) : 1人	18時～19時 (1時間) : 1人	
・ 補助金額	13,447円 × (5 (2+3) 人 - 2 (1+1) 人) = 40,341円		

### 発熱診療体制のパターン⑤

(かかりつけ患者のみ×時間的分離×医師1名体制：前ページの続き)

○ 具体例 (2) 医療機関の通常時間の一部を用いて発熱診療を行う。

通常診療時間	9時～12時 (2時間)	15時～17時
発熱診療時間	12時～13時 (1時間) : 2人	17時～18時 (1時間) : 3人
実際の発熱患者	12時～13時 (1時間) : 1人	17時～18時 (1時間) : 1人
補助金額	13,447円 × (5 (2+3) 人 - 2 (1+1) 人) = 40,341円	

→ 具体例 (2) については、発熱診療時間帯に他の疾患の患者も来院する可能性が高い。通常の患者との併診は補助金の減額となります。

○ 診療体制

(かかりつけ患者のみ×時間的分離×医師1名体制)

発熱診療体制のパターン②

## 発熱診療体制のパターン⑥

(かかりつけ患者のみ×空間的分離×医師1名体制)

### ○ 診療体制

かかりつけ患者のみを診察

発熱と他の疾患の患者を空間的に分離する

医師が1人

### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を2時間で5人を診察する体制

### ○ 適する医療機関

- ・ 動線確保の上、診察室が複数あり、あまり発熱患者が来ない医療機関

### ○ 具体例

通常診療時間	【診察室A】 9時～13時 (4時間)	15時～18時 (3時間)
発熱診療時間	【診察室B】	16時～18時 (2時間) : 5人
通常来院患者	【診察室A】 9時～13時 (4時間) : 3人	15時～18時 (3時間) : 3人
実際の発熱患者	【診察室B】	16時～18時 (2時間) : 1人
補助金額	13,447円 × (5人 - 1人 - 3 ( (3+3) / 2 ) 人) = 13,447円	

## 発熱診療体制のパターン⑥-2

(かかりつけ患者のみ×空間的分離×医師2名体制)

### ○ 診療体制

かかりつけ患者のみを診察

発熱と他の疾患の患者を空間的に分離する

医師が2人以上

### ○ 診療想定発熱患者数

- ・ 発熱患者を2時間で5人を診察する体制

### ○ 適する医療機関

- ・ 動線確保の上、診察室が複数あり、あまり発熱患者が来ない医療機関

### ○ 具体例

- |           |                             |                    |
|-----------|-----------------------------|--------------------|
| ・ 通常診療時間  | 【診察室A】 9時～13時 (4時間)         | 15時～18時 (3時間)      |
| 発熱診療時間    | 【診察室B】                      | 15時～17時 (2時間) : 5人 |
| ・ 実際の発熱患者 | 【診察室B】                      | 15時～17時 (3時間) : 1人 |
| ・ 補助金額    | 13,447円 × (5人-1人) = 13,447円 |                    |

## 発熱医療体制を検討するために重要な3つの事項

- ①発熱医療体制の構築にご協力いただき、  
発熱難民をださないことは重要です。
- ②しかしながら、インフルエンザやCOVID-19以外の  
疾患のかたへの医療や予防接種、健（検）診  
などを行い、地域の医療を守ることも同様に  
重要となってまいります。
- ③そして、医療従事者が適切に休養をとることが  
最も重要なこととなります。

発熱診療体制を検討する場合には、自院  
においてのやり方が適切なのかを充分に  
ご検討いただきたいと考えております。

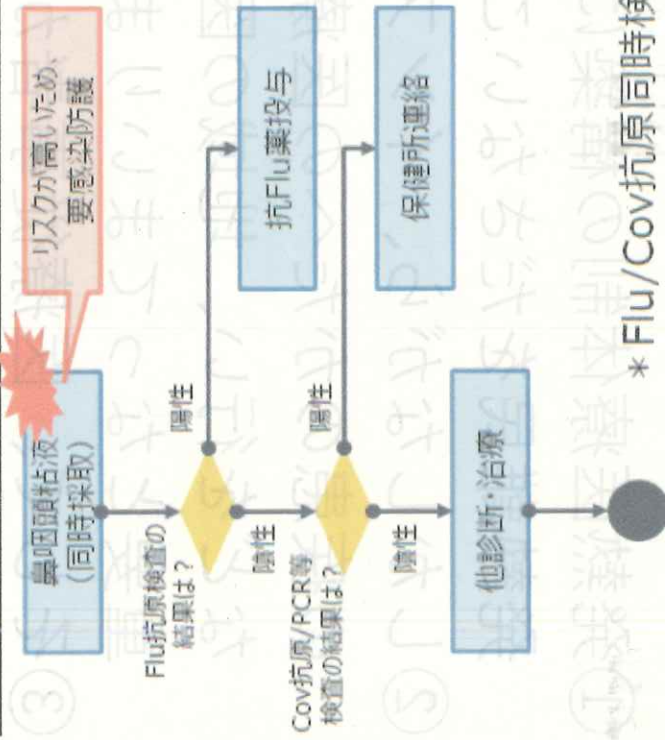
神奈川県が提案する発熱患者への検査フローと実施施設パターン

## 検査方法①：一段階検査法（鼻咽頭粘液）

神奈川県

一段階で鼻咽頭粘液を採取する

検査実施フロー



ミレット・デミレット

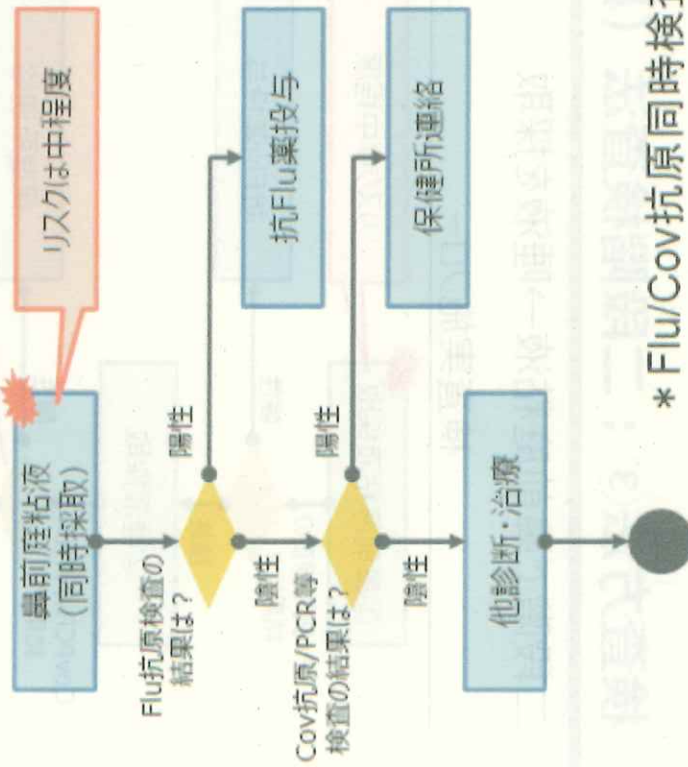
ミレット	デミレット
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ FluとCov両者検体を同時採取できる</li> <li>✓ 診療所等その場（30分程度）で判定可能</li> <li>✓ 広い対象者（小児/高齢者等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 鼻咽頭粘液採取のため適正な感染防護が必要</li> </ul>

\* Flu/Cov抗原同時検査も可能

## 検査方法②：一段階検査法（鼻前庭粘液）

一段階で鼻前庭粘液を採取

検査実施フロー



\* Flu/Cov抗原同時検査も可能

スリット・デスリット

スリット

- ✓ FluとCov両者検体を同時採取できる
- ✓ Flu検査は感染リスクを中等度まで軽減できる
- ✓ Cov検査も唾液採取によりリスク軽減できる

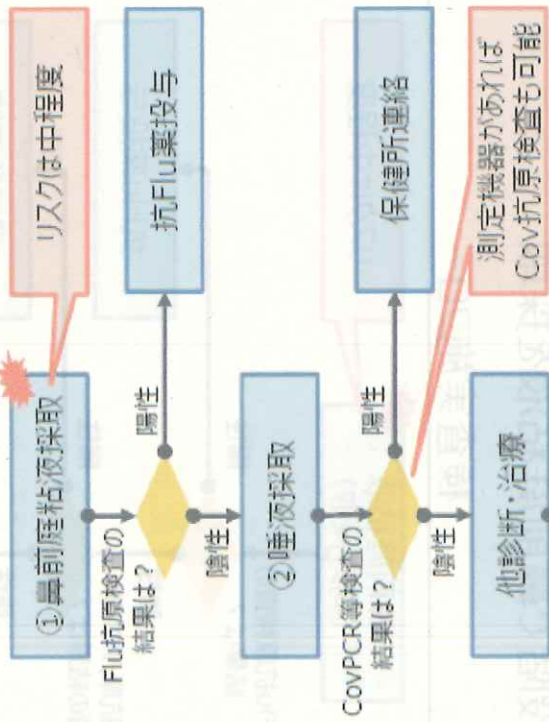
デスリット

- ✓ PCR等の検査は外注検査等一定時間を要する
- ✓ 鼻前庭採取によるCov検査認可予定

## 検査方法③：二段階検査法（鼻前庭粘液＋唾液）

二段階で鼻前庭粘液→唾液を採取

検査実施フロー



メリット・デメリット

メリット

- ✓ Flu検査は医療者の感染リスクを中程度まで軽減できる
- ✓ Cov検査も唾液採取によりリスク軽減できる

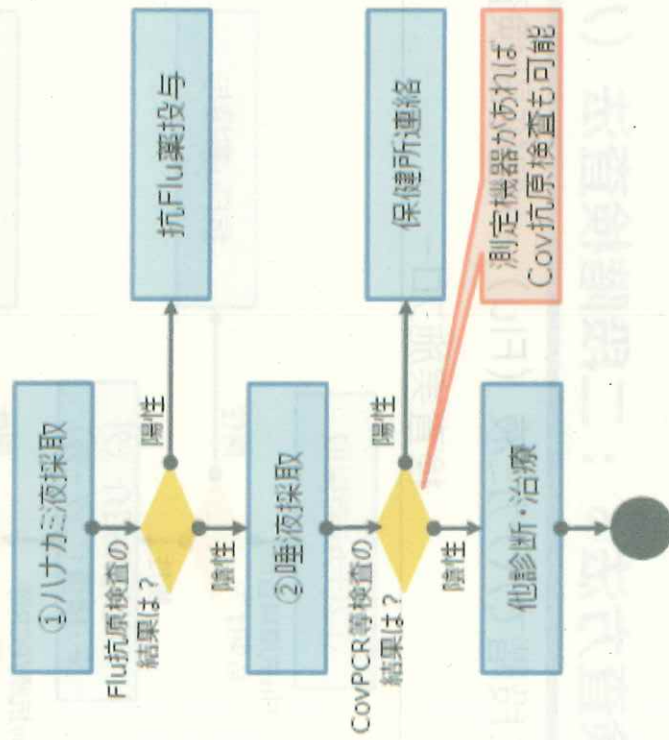
デメリット

- ✓ 2段階検査なのでFlu陰性の場合に改めて検体採取
- ✓ PCR等の検査は外注検査等一定時間を要する

## 検査方法④：二段階検査法（ハナカミ液＋唾液）

二段階でハナカミ液→唾液を採取

### 検査実施フロー



### メリット・デメリット

#### メリット

- ✓ Flu検査は医療者の感染リスクを軽減できる
- ✓ Cov検査も唾液採取によりリスク軽減できる

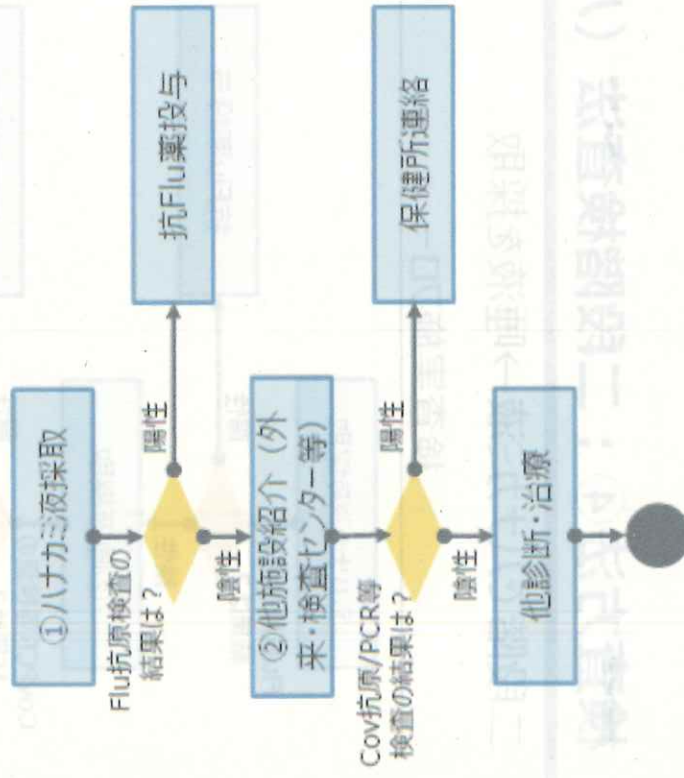
#### デメリット

- ✓ 2段階検査なのでFlu陰性の場合に改めて検体採取
- ✓ PCR等の検査は外注検査等一定時間を要する

## 検査方法⑤：二段階検査法（ハナカ三液＋他施設）

二段階でハナカ三液（Flu）→他施設検査（Cov）

検査実施フロー



メリット

- ✓ Flu検査は医療者の感染リスクを軽減できる
- ✓ Cov検査は対応施設へ紹介できる

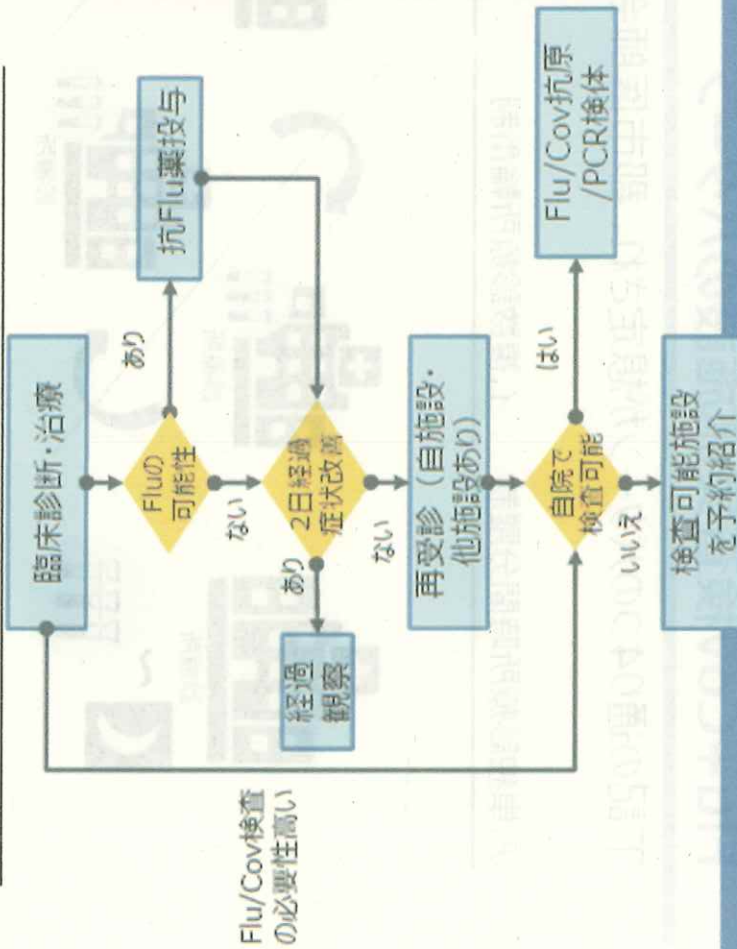
デメリット

- ✓ 2段階検査なのでFlu陰性の場合に他の施設の予約・紹介が必要
- ✓ 鼻前庭採取によるCov検査認可予定
- ✓ PCR等の検査は外注検査等一定時間を要する

## 検査方法⑥：臨床診断優先

初回検査回避、再受診時検査法実施は下記

### 臨床診断優先フロー



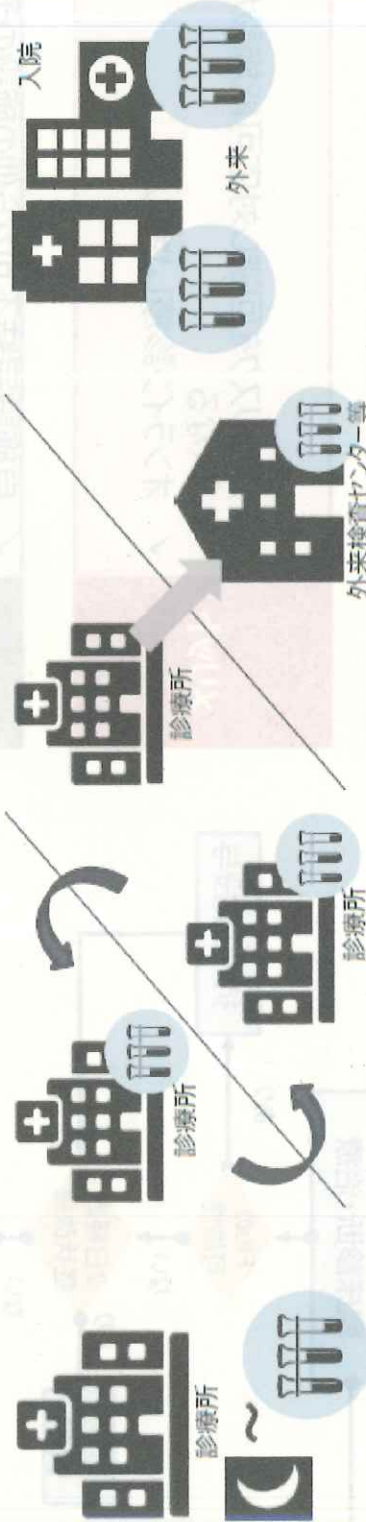
### メリット・デメリット

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 感染リスクを回避し対応可能施設が多くなる</li> <li>✓ オンライン診療しやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自施設完結不可なら他の施設の予約・紹介が必要</li> <li>✓ 小児は臨床診断で投薬に抵抗ある</li> <li>✓ 改善ないとき2回目受診</li> <li>✓ PCR等の検査は外注検査等一定時間を要する</li> </ul>

## Flu+Cov検査実施施設のパターン

下記の通り4つのパターンが想定され、郡市医師会と調整しながら診察・検査可能機関確保

ア.単独診療所時間分離制      イ.複数診療所輪番制      ウ.外来検査センター等      エ.病院の外来  
(帰国者・接触者外来)

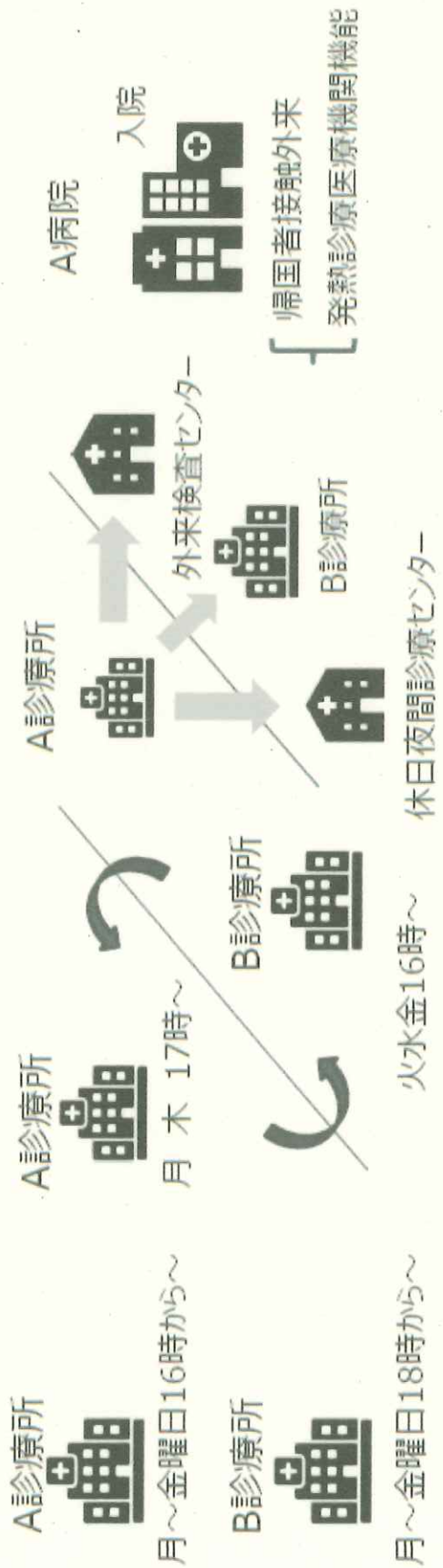


- \* 投棄機能の整備
- \* Cov抗原検査キット準備

郡市医師会と共同で、診察・検査可能機関確保と投棄・入院フローを確立

例

ア. 単独診療所時間分離制      イ. 複数診療所輪番制      ウ. 外来検査センター等      エ. 病院の外来 (帰国者・接触者外来)



郡市医師会と共同で、診察・検査可能機関確保と投薬・入院フローを確立

