

(電子メール施行)
感 第 1 4 0 5 号
令和 3 年 6 月 3 0 日

事業所各位

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
感染症対策課長

社会福祉施設等におけるPCR等検査の延長について（通知）

平素は、本県の感染症対策の推進にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
標記のことについては、令和3年4月から6月末まで継続実施しているところですが、令和4年3月末まで、下記のとおり延長することになりましたのでお知らせします。
なお、手続きについては、従来どおり、簡易申請システムからお申し込み願います。

記

1 検査の概要

| | | |
|------|--|-------------------------------|
| 対象施設 | (1)介護施設等 (介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅) (2)短期入所系介護サービス事業所 (短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所) (3)多機能型介護サービス事業所 (小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所 ※宿泊サービスに限る) (4)障害福祉サービス施設・事業所 (障害者支援施設、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所、宿泊型自立訓練) | 政令市及び中核市を除く兵庫県内の地域に所在する左記の施設等 |
| 対象者 | (1)新規入所（入居）予定者 ※短期入所利用者及び宿泊サービス利用者を含む (2)新規採用予定職員 | |

| | |
|-------|---|
| 開始時期 | (1)令和3年7月12日から開始 ※申し込みは7/5から可能 令和4年3月31日までの原則、毎月曜日に検体を回収。 詳細は、別添「 <u>検体回収予定日等一覧</u> 」参照。 |
| 検査方法等 | (1)新型コロナウイルス核酸増幅検査（TMA法） (2)唾液検体（唾液が採取しにくい場合、鼻腔による検体も可。） 原則、対象者本人が採取できること。（家族による採取も可） (3)別紙①検査スケジュール参照 (4)別紙②～⑦参照 |
| 費用 | 検査に係る費用は無料 |

別添②「社会福祉施設等におけるPCR等検査方法の概要」参照

2 様式

- (1)社会福祉施設等におけるPCR等検査 問診票
- (2)PCR等対象者名簿【簡易申請システム】

3 申込

本県の簡易申請システムに入力し、申し込みをお願いいたします。

<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?acs=TMAHO>

(Ctrl キーを押しながらクリックするとページが立ち上がります。)

4 その他

- (1)更新情報は、次の県ホームページを参照願います。
「社会福祉施設等における新規利用者及び職員へのPCR等検査について」
<http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/tma.html>
- (2)申し込みに必要な様式は、ホームページをご活用願います。
- (3)嘱託医等が配置されている施設におかれましては、別添③「社会福祉施設等におけるPCR等検査の延長について（お願い）」文書を当該医師にお渡しく下さい。
- (4)主な変更点としては、1回の検査で1施設5人⇒10人を上限としました。

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
感染症対策課感染症班
小林

TEL 078-341-7711（代表）3286（内線）
078-362-3213（直通）

E-mail kansentaisaku@pref.hyogo.lg.jp

検体回収予定日等一覧

| | 県への 申込期限 | 対象者 業者連絡 | 検査キット配付日 (業者⇒各施設) | | 検体回収 予定日 | (曜日) | 結果判明予定日 |
|-----|-------------|-------------|----------------------|--------|-------------|------|---|
| 7月 | 7月6日 | 7月7日 | 7月8日 | 7月9日 | 12日 | 月曜日 | 原則、左記回収予定日の翌日に判明します。 ※「陰性」時は、検査の約2～3日後に郵便で結果が届きます。 |
| | 7月13日 | 7月14日 | 7月15日 | 7月16日 | 19日 | 月曜日 | |
| | 7月20日 | 7月21日 | 7月24日 | 7月26日 | 29日 | 木曜日 | |
| 8月 | 8月3日 | 8月4日 | 8月5日 | 8月6日 | 10日 | 火曜日 | |
| | 8月10日 | 8月11日 | 8月12日 | 8月13日 | 16日 | 月曜日 | |
| | 8月17日 | 8月18日 | 8月19日 | 8月20日 | 23日 | 月曜日 | |
| | 8月24日 | 8月25日 | 8月26日 | 8月27日 | 30日 | 月曜日 | |
| 9月 | 8月31日 | 9月1日 | 9月2日 | 9月3日 | 6日 | 月曜日 | |
| | 9月7日 | 9月8日 | 9月9日 | 9月10日 | 13日 | 月曜日 | |
| | 9月14日 | 9月15日 | 9月16日 | 9月17日 | 21日 | 火曜日 | |
| | 9月21日 | 9月22日 | 9月24日 | 9月25日 | 27日 | 月曜日 | |
| 10月 | 9月28日 | 9月29日 | 9月30日 | 10月1日 | 4日 | 月曜日 | |
| | 10月5日 | 10月6日 | 10月7日 | 10月8日 | 11日 | 月曜日 | |
| | 10月12日 | 10月13日 | 10月14日 | 10月15日 | 18日 | 月曜日 | |
| | 10月19日 | 10月20日 | 10月21日 | 10月22日 | 25日 | 月曜日 | |
| 11月 | 10月26日 | 10月27日 | 10月28日 | 10月29日 | 1日 | 月曜日 | |
| | 11月1日 | 11月2日 | 11月4日 | 11月5日 | 8日 | 月曜日 | |
| | 11月9日 | 11月10日 | 11月11日 | 11月12日 | 15日 | 月曜日 | |
| | 11月22日 | 11月24日 | 11月25日 | 11月26日 | 29日 | 月曜日 | |
| 12月 | 11月30日 | 12月1日 | 12月2日 | 12月3日 | 6日 | 月曜日 | |
| | 12月7日 | 12月8日 | 12月9日 | 12月10日 | 13日 | 月曜日 | |
| | 12月14日 | 12月15日 | 12月16日 | 12月17日 | 20日 | 月曜日 | |
| | 12月21日 | 12月22日 | 12月23日 | 12月24日 | 27日 | 月曜日 | |
| 1月 | 1月4日 | 1月5日 | 1月6日 | 1月7日 | 11日 | 火曜日 | |
| | 1月11日 | 1月12日 | 1月13日 | 1月14日 | 17日 | 月曜日 | |
| | 1月18日 | 1月19日 | 1月20日 | 1月21日 | 24日 | 月曜日 | |
| | 1月25日 | 1月26日 | 1月27日 | 1月28日 | 31日 | 月曜日 | |
| 2月 | 2月1日 | 2月2日 | 2月3日 | 2月4日 | 7日 | 月曜日 | |
| | 2月7日 | 2月8日 | 2月9日 | 2月10日 | 14日 | 月曜日 | |
| | 2月15日 | 2月16日 | 2月17日 | 2月18日 | 21日 | 月曜日 | |
| | 2月21日 | 2月22日 | 2月24日 | 2月25日 | 28日 | 月曜日 | |
| 3月 | 3月1日 | 3月2日 | 3月3日 | 3月4日 | 7日 | 月曜日 | |
| | 3月8日 | 3月9日 | 3月10日 | 3月11日 | 14日 | 月曜日 | |
| | 3月15日 | 3月16日 | 3月17日 | 3月18日 | 22日 | 火曜日 | |
| | 3月22日 | 3月23日 | 3月24日 | 3月25日 | 28日 | 月曜日 | |

網掛け部は予備日

注1) あくまで予定であるため、都合により変更する場合があります。

注2) 申込期限は、各期日の午前中までです。

記入日 年 月 日
 (検体採取予定日前10日程以内)

社会福祉施設等におけるPCR等検査 問診票

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|------------|---|
| 希望区分 | <input type="checkbox"/> 新規入所(入居) <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 新規採用職員 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 施設名 | | | | | |
| 入所予定日 (採用予定日) | 令和 年 月 日 入所(入居)予定 ・ 採用予定 | | | | |
| 基本情報 | (ふりがな) 氏名 性別 | 男 女 | 生年月日 | 年齢 | 歳 |
| | 住所 | | | | |
| | 連絡先 | 電話 | 携帯 | | |
| | Mail | @ | | | |
| 過去1週間の諸症状 (記入時点) | 有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、以下を記入。 | | | |
| | <主な症状> | <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回: 軟便・水様・粘性・血便) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 海外渡航歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (旅行先: 出国: 月 日、帰国: 月 日) | | | | |
| 旅行歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (旅行先: 出発: 月 日、帰宅: 月 日) | | | | |
| 流行地移動 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (都道府県: 時期:) | | | | |
| 過去のPCR等検査 | 有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時期: 結果: 陽性・陰性・検査中) | | | |
| | 方法 | <input type="checkbox"/> 濃厚接触者(行政検査) <input type="checkbox"/> 自費検査 | | | |
| 同居家族の状況 | | 人数 | 健康状態 | 備考(気になること) | |
| | <input type="checkbox"/> 配偶者 | | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | <input type="checkbox"/> 家族 | 人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | <input type="checkbox"/> 同居人 | 人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | 人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 備考 (特記事項) | | | | | |

上記内容については、入所予定(入居、短期入所利用含む)又は就職予定の当該施設へ提供し、検査に係る同意項目(別紙⑥)及び検査の代行申し込みに同意します。

署名 _____

<嘱託医がいる場合に施設で記入(協力可能な範囲で記入願います)>

| | | | | | |
|---------|-------|--|--|--|--|
| 嘱託医等の意見 | 嘱託医名 | | | | |
| | 検査の可否 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

記入例

| 申込情報 | | 対象者情報 | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|--------|---------------------|--------------|----------|----|----------|-----------|---------------|-------------------|---------------------|---|-----|-----------|
| 番号 ※1 | 申込日 | 対象者区分 | 入所(採用) 予定日 ※2 | 検査対象者名 ※3 | フリガナ(必須) | 性別 | 生年月日 | 対象者住所 | 携帯電話 | 呼吸器 症状等 の有無 | 発熱 (37.5 ℃以上) | 咳 | 咽頭痛 | 全身 倦怠感 |
| 記入例 | R3. 7. 5 | 新規採用職員 | R3. 7. 19 | 〇〇 〇〇 | フリガナ | 男性 | H2. 1. 1 | □□□□1-1-1 | ###-####-#### | なし | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

- ※1 1回の申込は、最大10名以内でお願いします。
- ※2 R3. 6. 1より前の日付は入力できません。
- ※3 姓と名の間は全角スペースを入力してください。

左記の網掛けセルは入力する必要はありません

原則、全ての項目が必須です。

※空欄が多い場合は、受付を保留として、補正を指示します。

| | | | | | | | | | | 家族の健康状態 | | | | | その他 | | | | | | |
|----|----|-----|------|------|------|----|----|----|----------|---------|----------|-------|---------|-----|-----|-----|-----|-------------|--------|--------|-----------|
| 鼻水 | 頭痛 | 関節痛 | 呼吸困難 | 味覚障害 | 嗅覚障害 | 嘔吐 | 腹痛 | 下痢 | 過去のPCR検査 | 海外渡航歴 | 流行地等への移動 | 会食の有無 | 同居家族の有無 | 配偶者 | 家族 | 同居人 | その他 | 代行申込への同意の有無 | 嘱託医の有無 | 嘱託医の意見 | 通信欄 (対象者) |
| | | | | | | | | | あり | なし | なし | なし | あり | 健康 | | | | あり | なし | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

↑このセルが「なし」又は空白の場合、検査はできません。

同居家族が「あり」の場合、必ず健康状態を入力願います。
(既に施設入所者の方は、「なし」で可。)

社会福祉施設等におけるPCR等検査方法の概要

1 検査の概要

| | | |
|-------|---|-------------------------------|
| 対象施設 | <p>(1)介護施設等 (介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅)</p> <p>(2)短期入所系介護サービス事業所 (短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所)</p> <p>(3)多機能型介護サービス事業所 (小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所 ※宿泊サービスに限る)</p> <p>(4)障害福祉サービス施設・事業所 (障害者支援施設、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所、宿泊型自立訓練)</p> | 政令市及び中核市を除く兵庫県内の地域に所在する左記の施設等 |
| 対象者 | <p>(1)新規入所(入居)予定者 ※短期入所利用者及び宿泊サービス利用者を含む</p> <p>(2)新規採用予定職員</p> | |
| 開始時期 | <p>(1)令和3年7月12日から開始 ※申し込みは7/5から可能 令和4年3月31日までの原則、毎月曜日に検体を回収。</p> <p>詳細は、別添「<u>検体回収予定日等一覧</u>」参照。</p> | |
| 検査方法等 | <p>(1)新型コロナウイルス核酸増幅検査(TMA法)</p> <p>(2)唾液検体(唾液が採取しにくい場合、鼻腔による検体も可。) 原則、対象者本人が採取できること。(家族による採取も可)</p> <p>(3)別紙①検査スケジュール参照</p> <p>(4)別紙②～⑦参照</p> | |
| 費用 | 検査に係る費用は無料 | |

2 検査の手順

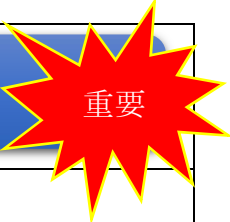
- (1)検査の詳しい手順等は、別紙②～⑦を確認してください。
- (2)検査委託業者から検体採取キット一式を事前に受け取り説明を受け、検査準備(名簿・ラベルシール・検査依頼票の準備を含む)、検体の保管を各施設で対応いただきます。
- (3)検体採取にあたっては、受検者の同意が必要です。
 同意の意向を示した問診票を申込施設で保管し、簡易申請システムへ登録願います。
 ※同意(項目は別紙⑥参照)がない場合、検査はできません。

- (4) 検体採取は、原則、受検者本人が採取してください。
- (5) 検体の回収は検査委託業者が行いますが、指定の日以外は回収できません。

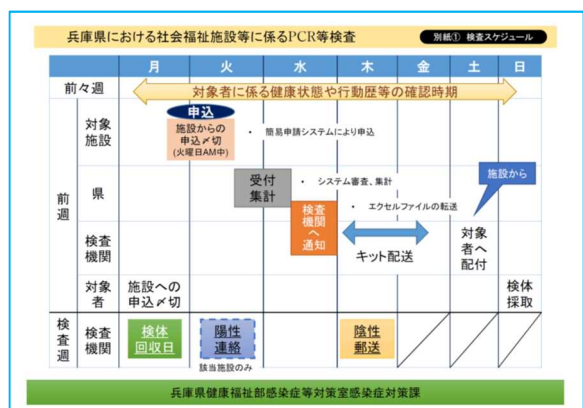
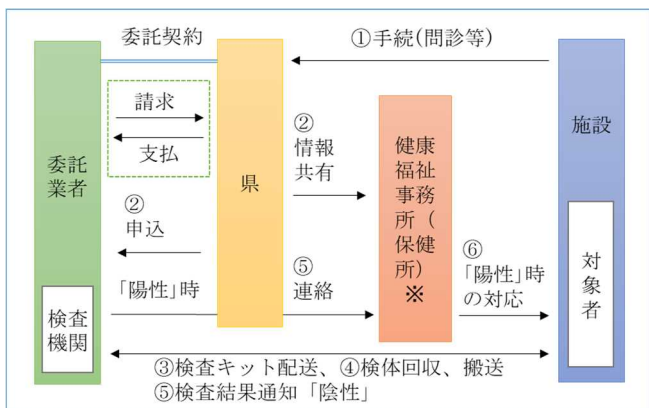
3 検体の保管

検体採取後の検体採取容器（スピッツ）は、常温で最大6日間の保管が可能です。
 ※検査精度の面から、可能な限り検体回収日に近い日時で採取願います。

4 検査結果について

| 陰性の場合 | 陽性の場合  |
|----------------------------------|--|
| 翌日以降に民間検査機関（検査委託業者）から施設へ連絡があります。 | <p>県から受検者あて直接連絡を入れます併せて、施設側にも連絡します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「陽性」の場合、感染症法に基づき、就業制限通知及び入院勧告を行います。（必要に応じ、感染症指定医療機関等又は宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。） ・当該施設については、必要に応じ、健康福祉事務所が積極的疫学調査を実施し、濃厚接触者については就業の自粛を求めますので、予め職員の応援体制等も検討したうえで検査の申し込みをお願いします。 ・クラスターが発生した場合など、感染拡大防止のため、施設名を公表する場合がありますこと、あらかじめご了承ください。 |

【フロー図】



兵庫県における社会福祉施設等に係るPCR等検査

別紙① 検査スケジュール

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-----|------|------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|---|--------|------|
| 前々週 | | ← 対象者に係る健康状態や行動歴等の確認時期 → | | | | | | |
| 前週 | 対象施設 | 申込 施設からの申込×切 (火曜日AM中) | | ・ 簡易申請システムにより申込 | | | | |
| | 県 | | 受付集計 | ・ システム審査、集計 | | | 施設から | |
| | 検査機関 | | | 検査機関へ通知 | ・ エクセルファイルの転送 | | | |
| | 対象者 | 施設への申込×切 | | | キット配送 | | 対象者へ配付 | |
| 検査週 | 検査機関 | 検体回収日 | 陽性連絡 該当施設のみ | | 陰性郵送 | | | 検体採取 |

PCR 等検査（TMA 法）に関する準備と手順

【検査を受ける前に】

- ・検査を受ける者の同意を必ずとり、問診票は申込施設で保管してください。
※検査予定者には、遅くとも検体採取 1 週間前には問診票を渡してください。
- ・検査「陽性時」は、感染症法に基づく入院勧告等を行いますので、趣旨を十分理解した上で、受検をご検討願います。

【手順 1】

- (1) 当該施設は、受検予定者の「検査への意思確認」について、検体回収日の約 2 週間前には行います。
- (2) 当該施設は、検体回収日（月曜日）の前週の火曜日午前中までに、簡易申請システムへ仮登録願います。（内容審査後、本登録通知を登録メールあてに行います。）

【手順 2】

- (3) 簡易申請システム本登録後、翌々日（木曜日）以降に検査委託業者から検体採取キット一式が送付されます。金曜日の 15 時 30 分になっても、キットが届かない場合、当該施設は県庁感染症対策課（078-362-3213）まで確認願います。

【手順 3】

- (4) 当該施設から受検予定者へ検体採取キットを配付願います。

【手順 4】

- (5) 別紙③～⑤を参照し、検体を採取、保管願います。
※1 回の検査（申し込み）で、1 施設あたり 10 人を上限とします。

【手順 5】

- (6) 検体の最終梱包作業は、検体回収日（月曜日）の 9 時までに施設側で行ってください。

★重要：提出前に、施設で再度確認してください★

- ① 提出する検体数（スピッツ数）と、検査依頼書の件数が一致しているか。
- ② スピッツに貼付したラベル（番号・氏名）と、検査依頼書（番号・氏名）が一致するか。

【手順 6】

- (7) 検査委託業者が検体を回収（時間指定不可）しますので、回収依頼をお願いします。
※梱包袋（バリアパウチ）には複数の検体を入れます。

スワブ採取セットでの唾液検体の採取方法

【留意事項】

○原則、唾液による検体採取は受検者自身が採取します。

○飲食や歯磨き直後の検体採取は控えてください

採取の目安：飲食や歯磨きを行った後、30分程度経過してから採取願います。

また、うがい直後の唾液採取はウイルスの検出に影響を与える可能性がありますので、避けてください。

スワブを口に含んで1分間保持ください
※口腔内、唾液と接する箇所であれば
特に位置(口腔内の部位)の指定はありません。



折るポイント(目印)

スワブ



ふたが閉まっていることを確認すること！

スワブをチューブに入れ、先端(綿部でない方)を折り捨て、ふたを閉めます。【別紙④参照】
※綿棒の先が、液体に浸かるように保管。

☆「鼻腔」検体を採取する場合は、別紙④を参照願います。

スワブ採取セットでの鼻腔検体の採取方法



開始する前に手を洗い、使い捨て手袋を含む適切な保護具を装着ください。この手順についてご不明な点がある場合は、医師または看護師など医療提供者にお尋ねください。

スワブのパッケージを開き、取り出します。スワブの柔らかい先端に触れたり、下に置いたりしないでください。柔らかい先端に触れたり、下に置いたり、落とした場合は廃棄して新しいAptima® Multitestスワブ検体採取セットをご使用ください。

スワブの柄の部分の真ん中の黒いスコアラインの上に親指と人差し指を置いて、スワブを持ちます。スワブの柄のスコアラインより下を持たないでください。

【注意】Aptima® Multitestスワブでは鼻咽頭検体の採取はできません。

抵抗を感じるまで、片方の鼻の穴にスワブを慎重に挿入します（※挿入するのは2.5センチまで）。鼻の内側にあてながらスワブを数回回転させ、鼻から取り出します。

同じスワブを同様にもう片方の鼻に慎重に挿入します（※挿入するのは2.5センチまで）。鼻の内側にあてながらスワブを数回回転させ、鼻から取り出します。

スワブを手を持ったまま、チューブのキャップを外します。チューブの内容物をこぼさないでください。チューブの内容物がこぼれた場合は、廃棄して新しいAptima® Multitestスワブ採取セットをご使用ください。

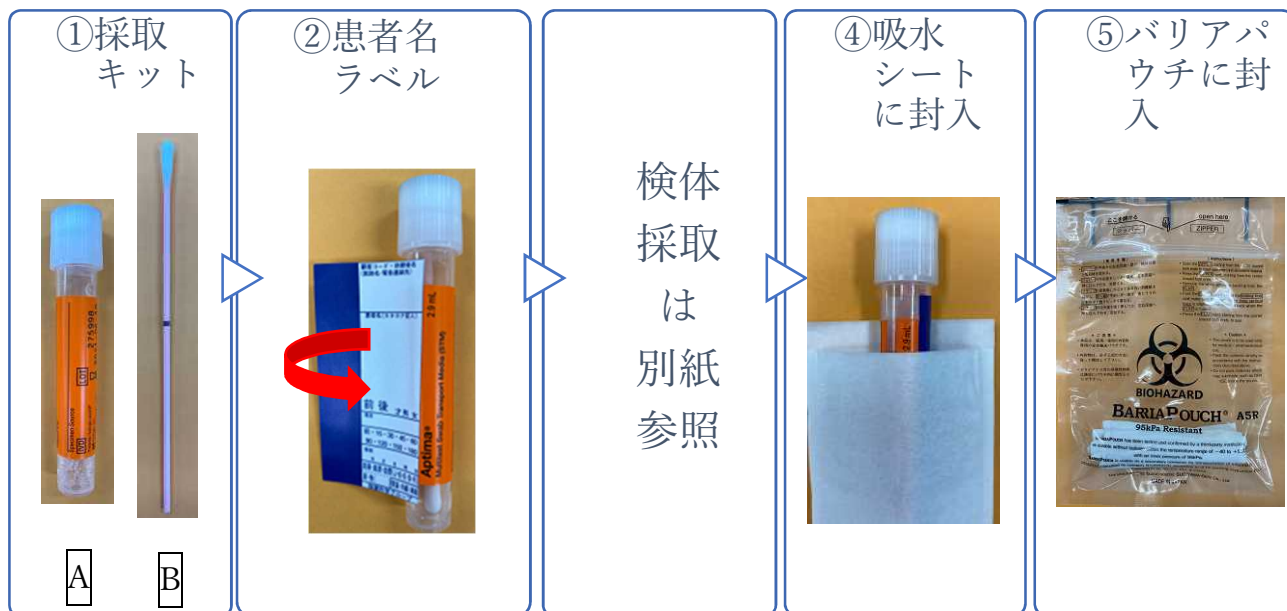
直ちにスワブを検体搬送チューブに入れ、黒いスコアラインをチューブの最上部に合わせます。スコアラインをチューブの上端に合わせ、柄を慎重に折ります。

スワブの柄の上部を廃棄します。キャップをしっかり回して蓋をし、医療提供者の指示通りにチューブを返却します。

検体搬送 チューブ内の検体は、2°Cから30°Cで最大6日間保管できます。



採取セットの梱包方法

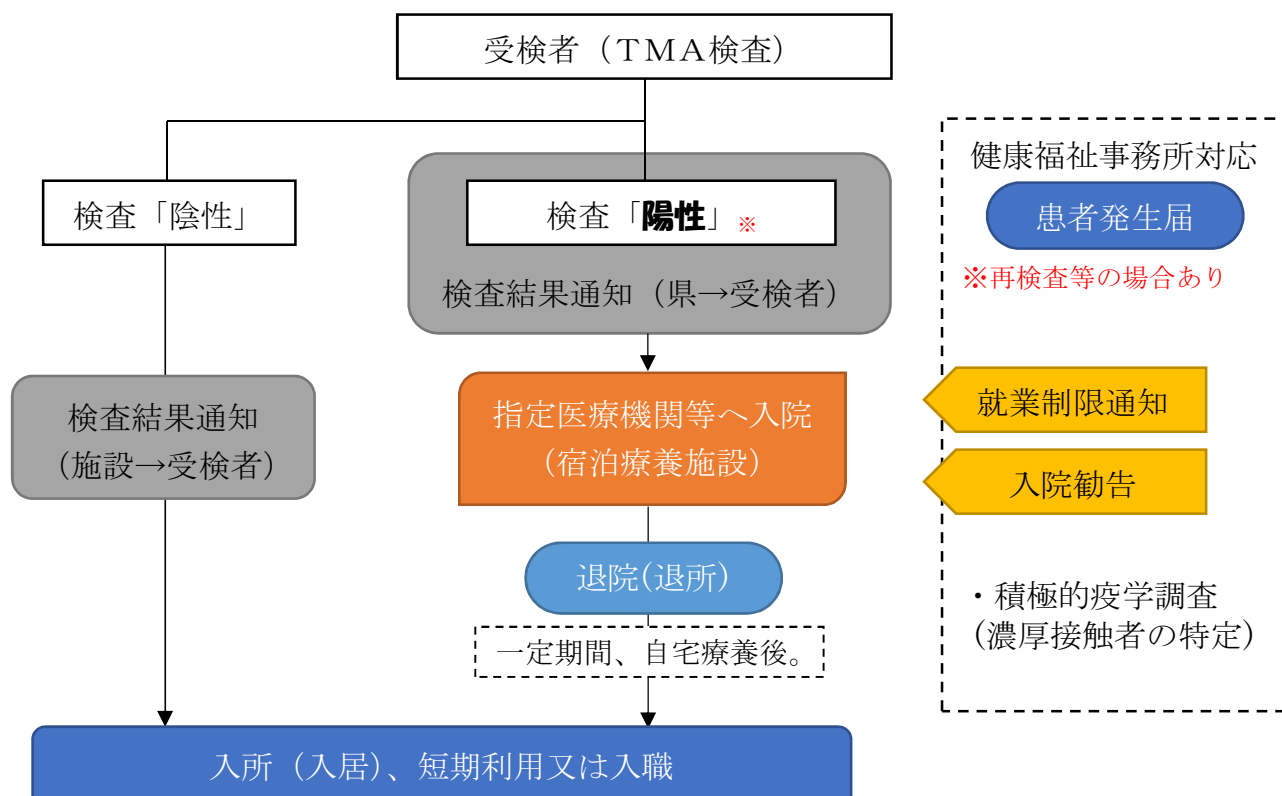


- ①検体採取キットの中には、**A**不活化液の入った専用のスピッツと**B**スワブが入っています。
- ②お名前・性別・年齢をラベルに記入のうえ、検体採取前にラベルを**A**スピッツに貼ってください。
- ③鼻腔・唾液による採取が可能です。(採取方法については別紙③又は④を参照)
※鼻腔検体の場合は、必ず、ラベルに「鼻腔」と記載願います。
- ④万が一の液漏れ防止のためスピッツを1本につき1枚の吸水シートに入れてください。
 ※吸水シートは、ペット用トイレシートでの代用も可能です。
- ⑤バリアパウチに検体を入れ、チャックをしっかりしめ、上部のシールを貼ってご提出ください。
 ※バリアパウチには同時に採取した検体を入れるだけ(5~6検体)入れていただいても結構です。

社会福祉施設等におけるPCR等検査への同意項目

- (1) PCR等検査は「TMA法」とし、当該検査を兵庫県が業者へ委託して行います。
- (2) 検体採取は、原則、受検者本人が行います。
- (3) 検査結果は、原則、受検者本人（陽性の場合のみ）及び検査申し込み施設へ通知するとともに、県の関係機関（健康福祉事務所（保健所）を含む）で共有します。
- (4) 検査結果が「陰性」であっても、新型コロナウイルスに感染していないことを保証するものではありません。

【参考：検査陽性時】



社会福祉施設等におけるPCR等検査に係るQ&A

【検査に関すること】

Q 1 検査方法（種類）は何ですか？

今回の検査は、PCR法ではなく、TMA法です。

PCR法よりも短時間で結果が判明すること、検体を冷蔵保管する必要がないことから、受検者自身が採取する方法、大量の検査に適していると考えます。

Q 2 検査料金は？

受検者の負担はありません（無料）

Q 3 唾液が採取できない場合はどうすればよいですか？

本人又は家族等が鼻腔を拭う方法での検査も可能です

高齢者等で唾液が採取しにくい場合は鼻腔検体でも検査可能です（別紙④参照）

Q 4 検体採取予定日に採取出来なかった場合はどうすれば？

検体回収日が決まっていますので、原則、次回の回収日に再度予約をしてください。

また、検体採取できたが、施設への提出期限に持参等できなかった場合、遅滞なく県及び検査委託業者へご相談ください。

なお、お申し込み以外の方が受検することはできません。お申し込みなく受検した場合、全額自己負担となります。

Q 5 検体採取キット内の液体（試薬）をまき散らしてしまったがどうすれば？

施設に予備を配付していますので、施設へご相談ください。

なお、キット内の液体はティッシュ等で拭き取り一般廃棄物として適正に処理してください。

Q 6 入職後、入所後でも検査可能ですか？

可能です

入職や入所の要件に当該検査は必須ではありません。県としては、入職や入所後2週間以上経過している場合は、積極的に当該検査をお勧めするものではありません。

Q 7 短期利用者（宿泊サービス利用者を含む）について、その都度検査は可能ですか？

可能です（検査回数に制限は設けていません）

ただし、短期入所に係る要件ではありません。検査への同意が毎回必要となりますので、対象者等への丁寧な説明をお願いします。

【対象施設、対象者】

Q 8 対象の施設や対象者は？

別添の概要参照

- (1) 新規入所（入居）予定者 ※短期入所利用者及び宿泊サービス利用者を含む
- (2) 新規採用予定職員

Q 9 なぜ、新規入所（入居）者と新規採用予定職員だけなのか？

今後も現職員に対する検査については、別途、地域を定めて集中検査を実施する可能性があります。

無症状者に対する検査は、コスト面やその効果から慎重に検討するべきと考えます。

Q 10 対象施設は増えないのか？

施設職員の不安解消や入所者家族等が安心できる施設運営を目指し、積極的に検査を行うことで新たなクラスターの発生を抑制し、地域に潜在する感染者を早期に発見することを目的としています。今後、コスト面と効果を見ながら対象施設の拡充については検討していきます。7月から、1施設5名から10名まで検査可能としました。

【申し込み】

Q 11 受検者の検査への同意書は誰が保存するのか？

一定期間、施設で保管願います。書面は、施設が受検者の意向を確認し、その意向を簡易申請システムへ入力願います。

Q 12 受検者の同意がない場合、検査はできないのか？

できません（個人情報を施設側へ提供することから必ず同意を必要とします）

Q 13 インターネット環境がないため、電話やFAXでの申し込みはできないか？

残念ながら、現時点ではできません。（状況に応じ検討していきます）

Q 14 簡易申請システムへの申し込み期限に間に合わなかった場合、電話等でも受付可能か？

べ切り後、直ちに検査キット配付の調整に入るため、できません。

Q 15 申し込み期限については、原則、1週間前が期限となっているが、2週間以上前に申し込みは可能か？また、検査キットも早く配付されるか？

申し込みは可能です

ただし、検査キットの配付については、検査予定日の直前の木曜日又は金曜日にしか配付することができません。（検査キットの保管状況によっては検査精度に影響するため）

また、2週間以上前にお申し込みの場合、検査時点においての健康状態や行動歴が古い情報となるため、直前の健康状態等を再度確認します。

（1週間前のお申し込みをお勧めします）

【検査陽性の場合】

Q 1 6 検査結果「陽性」の場合、どうすればよいか？

必要に応じ、再検査や管轄の健康福祉事務所が積極的疫学調査を行います。
原則、入所又は入職前の検査のため、必要以上の調査は必要ないと考えています。
検体持参（受け渡し）時などは、受検者本人との接触機会は最小限とし、感染対策での対応をお願いします。

【受検予定者に症状がある場合】

Q 1 7 受検予定者に軽い咳などがあつた場合、検査は可能か？

当該検査を受検するのではなく、基本的には、医療機関の受診勧奨をお願いします。

【参考様式】

依頼書

依頼書は、下記依頼書でのご依頼をお願い致します

This is a group request form with a grid for entering patient details and test results. It includes fields for hospital name, department, and patient ID.

【集団依頼書】

ご依頼される症例を最大20名まで
集団でご依頼頂けます。

This is an individual request form. The header includes hospital information and a list of departments with checkboxes for test requests. Below is a table for patient information:

| No. | 受診者氏名 (カタカナでお書き下さい) | 受診者番号 (カタカナ) | 年齢 | 性別 | 前・後 |
|-----|---------------------|--------------|----|----|-----|
| 1 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | 1 | | 男 | 後 |
| 2 | | | | 男 | 後 |
| 3 | | | | 男 | 後 |
| 4 | | | | 男 | 後 |
| 5 | | | | 男 | 後 |

予め検査項目を印字しております
コメント欄に検査材料を記載ください

FAXでの報告も可能です。
FAX報告はこちらに○印でチェック願います

カルテNoや通し番号を
入力して下さい

カタカナで読みやすく記入下さい

報告方法について

This is a special report form with a grid for individual patient reports. It includes fields for patient name, date, and test results.

特殊報告書 (個人票)

個人票の報告書です

This is a summary report form with a table for multiple patients. It includes columns for patient name, date, and test results.

一覧報告書 (集団報告書)

受付日単位で複数名が一覧で結果
確認頂ける報告書です

別添③

事務連絡
令和3年6月30日

施設嘱託医各位

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
感染症対策課

社会福祉施設等におけるPCR等検査の延長について（お願い）

平素は、本県の感染症対策の推進にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

標記のことについて、別添のとおり令和4年3月末まで延長することとしましたのでお知らせしますとともに、当該検査の円滑な採取等にご協力いただきますようお願いいたします。

また、対象者の検体採取に関する意見があれば、ご協力いただける範囲でご助言いただきますとともに、検査陽性時の施設へのご指導、ご協力につきましてもよろしくお願い申し上げます。

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
感染症対策課感染症班
小林

TEL 078-341-7711（代表）3286（内線）

078-362-3213（直通）

E-mail kansentaisaku@pref.hyogo.lg.jp