

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への

検査事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、令和2年9月15日老発0915第1号厚生労働省老健局長通知の別紙「令和2年度新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者等への検査助成事業（令和2年度予備費分）実施要綱」に準ずるとともに、県の検査体制整備計画との整合性を確認した上で、新型コロナウイルスに感染した場合に、重症化するリスクが高い高齢者等の希望により、地域の感染状況に応じて検査を行うことにより、重症者を増加させないことを目的とする。

(検査対象者)

第2条 本事業による検査を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次の要件の全てを満たす者とする。ただし、市長が特に必要と認める者については本事業の対象とする。

- (1) 検査受検時において、市内に住所を有する者
- (2) 第5条の規定に基づき登録した施設（以下「協力施設」という。）へ契約等により入所等が決定した者で、入所等を行う者
- (3) 検査受検時において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第15条に基づいて行う検査の対象とならない者
- (4) 協力施設において、令和2年11月24日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡（以下「国事務連絡」という。）に則った適切な説明を受け、国事務連絡の別添2「自費検査を利用する者が検査機関を選ぶ際に留意すべき事項」を了承かつ個人情報等の取扱い等について同意した上で、本事業による検査を希望する者
- (5) 新型コロナウイルス検査に関する他の補助事業の対象とならない者

(実施主体)

第3条 本事業の実施主体は川崎市とし、この一部を検査機関へ委託できるものとする。

(検査の方法)

第4条 本事業によるウイルス検査の方法は、PCR検査とする。

(協力施設の登録)

第5条 市内に所在する別表第1に掲げる施設等のうち、本要綱及び関係法令等の規定を順守し、本事業に協力するものとして協力施設登録申請書(第1号様式)を提出した施設を協力施設とする。

(協力施設の登録の変更・辞退等)

第6条 協力施設は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、協力施設登録事項変更・辞退申請書(第2号様式)を市長に提出しなければならない。

(検査の申請)

第7条 検査を受けようとする者は、入所する協力施設において申請書兼同意書(第3号様式)を記入し、提出するものとする。

(検査の回数)

第8条 同一の対象者が検査を受けられる回数は、月1回を限度とする。

(費用の負担等)

第9条 市長は、対象者が受けた受託検査機関における検査に要した費用を負担するものとする。

2 検査の結果が陽性であった場合、当該被検者が当該感染症であるかを診断するため、受託検査機関の提携医療機関において医師が診察する費用については、市長が負担する。

(検査の結果)

第10条 検査機関は、検査の結果について、協力施設を經由して被検者へ速やか

に通知するものとする。

(検査結果が陽性の場合)

第11条 検査の結果が陽性の場合、受託検査機関は、提携医療機関へ連絡するとともに、協力施設と連携し、当該被検者へ受診を勧奨する。

2 当該被検者は、提携医療機関または適切な医療機関において医師の診察を速やかに受けるよう努めなければならない。

(実績の報告)

第12条 検査機関は、検査実施月ごとに実績報告書(第4号様式)にて実績を報告する。

(事業の中断)

第13条 本事業は、市長が特に認める場合には中断をすることができる。

(返還)

第14条 偽りその他不正な手段により検査を受けた者があるときは、市長は、すでにその者に実施した検査に要する額の全部または一部の返還を命ずることができる。

(秘密の保持)

第15条 本事業の関係者は、秘密保持に最大限の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第16条 本要綱に規定するもののほか、本事業の実施に関して必要な事項は健康福祉局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年2月3日から施行する。

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

別表第1（第5条関係）

介護保険施設	介護老人福祉施設（地域密着型含む）
	介護老人保健施設
	介護療養型医療施設
居住系介護サービス	特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型含む）
	認知症対応型共同生活介護事業所
	小規模多機能型居宅介護事業所
	看護小規模多機能型居宅介護事業所
	短期入所生活介護事業所
	短期入所療養介護事業所
老人福祉法による老人福祉施設	養護老人ホーム
	軽費老人ホーム
	有料老人ホーム
高齢者住まい法による住宅	サービス付き高齢者向け住宅
障害者総合支援法による 障害者支援施設等	障害者支援施設
	共同生活援助事業所
	重度障害者等包括支援事業所
	福祉ホーム
	短期入所事業所
	療養介護事業所
児童福祉法による施設	障害児入所施設
生活保護法による保護施設	救護施設
その他の社会福祉法等による施設	生活困窮者・ホームレス自立支援センター
	無料低額宿泊所
	婦人保護施設
	更生保護施設

協力施設登録申請書

年 月 日

川崎市長 様

申請者

住 所

氏 名

印

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、別記の協力施設の役割を行うものとして、次のとおり協力施設の登録を申請します。

施設名称	フリガナ
所在地	
連絡先	担当者 電 話 F A X
施設の種別 (該当の種別すべてにレ点を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所 <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所事業所 <input type="checkbox"/> 療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 生活困窮者・ホームレス自立支援センター <input type="checkbox"/> 無料低額宿泊所 <input type="checkbox"/> 婦人保護施設 <input type="checkbox"/> 更生保護施設

※登録施設が複数ある場合は、別紙に上表の事項を漏れなく記載して添付することも可。

別記

(協力施設の役割)

- 1 協力施設は、要綱及び関係法令並びに関係通知を順守し、検査機関と連携し、川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業（以下「本事業」という。）に協力する。
- 2 協力施設は、対象者に本事業の説明を適切に行い、申請を希望する場合には申請書兼同意書を配付する。特に検査の結果、陽性となった場合の入所の取扱い等について事前に説明を行う。
- 3 協力施設は、申請があった時には検査機関に検査日程の調整、検体回収予約を行い、検査資材の提供を受け、検体採取、保管、回収等ができるように必要な準備を行う。
- 4 協力施設内の適切な場所において、被検者から検体を採取し、適切に保管し、検査機関に検体及び申請書兼同意書を引渡す。検体は原則、唾液とする。ただし、医師の指示により、鼻咽頭ぬぐい液を検体とすることができる（※1）。
- 5 検査機関から検査結果の報告を受けたら、速やかに被検者に連絡を行う。
- 6 検査結果が陽性の場合、被検者に速やかに提携医療機関等を受診するよう勧奨する。（※2）
- 7 協力施設は、検査結果が陽性となった利用者が入院治療・宿泊療養とならなかった場合には、サービスの利用調整等、その他の必要な対応を速やかに講じる。
- 8 検査機関から提供されるもののほかに必要となる消耗品、衛生用品等については、協力施設が用意する。
- 9 協力施設は、本事業で知り得た個人情報等の情報資産を適切に維持管理し、情報資産の漏えい、紛失、盗難、改ざんその他事故等から保護するため、必要な措置を講じなければならない。
- 10 本事業を中断する場合には、検査機関と連携し、申請者への連絡調整を行う。

※1 鼻咽頭ぬぐい液を検体とする場合の医師・看護師の費用等について川崎市及び検査機関は負わない。

※2 提携医療機関以外の医療機関を受診する場合には、その旨を検査機関に連絡する。なお、その費用については、川崎市及び検査機関は負わない。

協力施設登録事項変更・辞退申請書

年 月 日

川崎市長 様

申請者

住 所

氏 名

印

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、次のとおり申請します。

施設名称	フリガナ
所在地	
連絡先	担当者 電話 FAX
施設の種別 （該当の種別すべてにレ 点を入れてください）	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所 <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所事業所 <input type="checkbox"/> 療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 生活困窮者・ホームレス自立支援センター <input type="checkbox"/> 無料低額宿泊所 <input type="checkbox"/> 婦人保護施設 <input type="checkbox"/> 更生保護施設
申請種類	変更 ・ 辞退
変更事項 （辞退の場合は記 入不要）	（ 施設名称 ・ 所在地 ・ 連絡先 ・ 施設の種別） 変更前 変更後

※施設が複数ある場合は別紙に上表の事項を漏れなく記載して添付することも可。

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業申請書兼同意書

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業実施要綱に基づき申請します。

1 申請者（被検者）

フリガナ		性別							
申請者氏名		男 女	生年月日	年	月	日	年齢		
申請者の住所 及び電話番号				電話	-	-			
緊急連絡先	氏名	続柄	電話	-	-				
介護保険 被保険者番号							要介護度		
入所施設名				電話	-	-			

2 同意事項

申請にあたり、以下の内容を読み、同意した上でチェック欄にレ点を記入してください。

同意事項		
<p>【要件について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市内に住民票を有する方 ・協力施設へ契約等により入所等が決定した方（継続して入所等している者を除く） ・行政検査の対象とならない方。発熱等の感染を疑う症状がある方、感染者の濃厚接触者等の方は、行政検査の対象になりうるので、医療機関等に御相談ください。 ・本事業の個人情報の取扱い（協力施設を経由した結果通知、陽性時の検査機関から提携医療機関への報告、保健所連絡、介護情報サービス照会）に同意し、検査を希望する方。 ・他の補助事業の対象にならない方。 <p>【検査について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること（偽陰性）や、感染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。陰性の場合も、その後の感染の可能性はあり、感染予防に努めてください。 ・偽陰性及び偽陽性の場合においても川崎市及び検査機関は責任を負いません。 <p>【検査の結果が陽性となった場合について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状の有無にかかわらず、提携医療機関または適切な医療機関の診断を受け、医師及び保健所の指示に従っていただく必要があります。 ・入院療養や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。感染拡大防止の観点から療養中は行動が制限されます。 ・入院療養や宿泊療養、自宅療養に伴って施設への入所が延期となる可能性があります。 ・感染症診断後の受診や移送、入院において自己負担が発生する可能性があります。 ・同居のご家族は濃厚接触者として扱われ、陽性となった方との最終接触日から14日間は外出自粛と健康観察等が求められる可能性があります。 		
私は要件をすべて満たし、説明を理解し、同意した上で申請します。	チェック欄	

※検査機関記入欄

検体採取日	年	月	日	検査実施日	年	月	日
-------	---	---	---	-------	---	---	---

※ 委任する場合

受任者氏名		申請者との 続柄	
住所及び 電話番号	電話 ー ー		
私は上記の者に、申請に関するすべての権限を委任しました。			
氏名 印 (記名押印または自筆による署名となります。)			

第4号様式

実績報告書

年 月 日

川崎市長 様

住 所

受託者

印

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、次のとおり実績を報告します。

検査実施月	年 月分
検査件数	件

※受託者は、原則として検査実施月の翌月15日までに、実績報告書（要綱第4号様式）に被検者の申請書兼同意書（第3号様式）を添付して川崎市に提出しなければならない。ただし、3月分は検査実施月の月末までに、実績報告書及び申請書兼同意書を提出しなければならない。

検査確認書

上記委託業務の完了を確認しました。

年 月 日

検査員 職名・氏名 _____