

各高齢者施設等の管理者 様

岩手県保健福祉部長寿社会課総括課長

令和4年度第2回新型コロナウイルス感染症に係る高齢者施設・障がい者施設等の集中的検査の実施について（通知）

日頃より、本県高齢者福祉行政の推進に格別の御理解、御協力を賜り、感謝申し上げます。

今般、新型コロナウイルス感染症の早期発見・早期対応により感染拡大を最小限にとどめるとともに、医療提供体制への負荷を軽減することを目的として、高齢者施設及び障がい者施設の従事者等を対象とした集中的検査を別添要領により実施することとしましたので、対象となる各施設・事業所におかれましては、積極的に受検いただきますようお願いいたします。

なお、検査の概要については下記のとおりです。

記

1 対象施設

県内（盛岡市を除く）に所在する次の施設・事業所

特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）、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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

2 対象者

対象施設の従事者であって無症状の者

（介護職員や看護職員等の入所者へ直接処遇を行う従事者に限ります）

3 検査方法

民間検査事業者への委託によるPCR検査（毎週1回で4週間、計4回実施）

（検査キット及び検体は宅配便等を使用するので、施設での検査実施が可能です）

4 検査費用

自己負担はありません（県で負担）

5 申込方法

令和4年9月26日（月）から検査事業者にwebで申し込みしてください

6 その他

詳細は別添実施要領を御確認願います。

担当：介護福祉担当 小原  
（各問い合わせ先は実施要領に記載）  
電話：019-629-5441  
E-mail AD0005@pref.iwate.jp



# 令和4年度第2回新型コロナウイルス感染症に係る 高齢者施設・障がい者施設等の集中的検査実施要領

令和4年9月22日

岩手県保健福祉部長寿社会課  
岩手県保健福祉部障がい保健福祉課  
岩手県保健福祉部医療政策室

## 1 目的

高齢者施設や障がい者施設等の入所者等は重症化リスクが高い特性があるほか、認知症の方などマスクの着用等の感染対策が難しい方も多い。

また、高齢者施設・障がい者施設等で集団感染が発生した場合には、やむを得ず施設内療養を行う場合があるほか、職員が感染又は濃厚接触者となった場合には、施設運営への影響が非常に大きくなることが想定される。

今般、早期発見・早期対応により感染拡大を最小限にとどめるとともに、医療提供体制への負荷を軽減することを目的として、高齢者施設及び障がい者施設の従事者等を対象とした集中的検査を実施する。

## 2 検査実施内容

### (1) 対象地域

県内全域（盛岡市を除く）

### (2) 対象施設

#### ア 高齢者施設等

特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）、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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

#### イ 障がい者施設等

障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、共同生活援助事業所、短期入所事業所等

### (3) 対象者

対象施設の従事者であって無症状の者

（介護職員や看護職員等の入所者へ直接処遇を行う従事者に限る）

### (4) 検査方法

- ・県が検査業務全般を民間検査事業者（エクスコムグローバル株式会社）へ委託して実施。  
※検査業務は、検査機関（にしたんクリニック：東京都）が実施。
- ・受検希望施設の受検者が自己採取した唾液検体によるPCR検査を実施。  
※検査実施期間中、原則毎週1回（計4回）検査を実施。
- ・PCR検査に係る費用（検査料、検査キット返送料）は、県が負担。

### (5) 実施期間

- ・検査申込期間：令和4年9月26日（月）～ 令和4年10月21日（金）
- ・検査実施期間：令和4年9月26日（月）～ 令和4年10月31日（月）
- ・予備検査実施期間：令和4年11月1日（火）～ 令和4年11月10日（木）

(6) スケジュール

日程	内容
9月20日(火)	・県から対象施設に対する検査実施通知
9月26日(月) ～ 10月10日(月)	<p>【1回目検査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査を希望する施設の受検申込。 検査予定人数×1回分の数量を申込する。</li> <li>(申込期限)：令和4年9月30日(金)17時までには手続きを完了すること。</li> <li>・検査事業者から検査を希望する施設に対して、順次検査キットを発送。</li> <li>・検査を希望する施設に検査キットが届き次第、①検体採取、②情報登録 ③検体の取りまとめ、④検査機関への返送の手続きを実施。</li> <li>(返送期限)：令和4年10月10日(月)までに検査機関あて発送すること。</li> </ul>
10月3日(月) ～ 10月17日(月)	<p>【2回目検査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査を希望する施設の受検申込。 検査予定人数×1回分の数量を申込する。</li> <li>申込期限：令和4年10月7日(金)17時までには手続きを完了すること。</li> <li>・検査事業者から検査を希望する施設に対して、順次検査キットを発送。</li> <li>・検査を希望する施設に検査キットが届き次第、①検体採取、②情報登録 ③検体の取りまとめ、④検査機関への返送の手続きを実施。</li> <li>(返送期限)：令和4年10月17日(月)までに検査機関あて発送すること。</li> </ul>
10月10日(月) ～ 10月24日(月)	<p>【3回目検査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査を希望する施設の受検申込。 検査予定人数×1回分の数量を申込する。</li> <li>(申込期限)：令和4年10月14日(金)17時までには手続きを完了すること。</li> <li>・検査事業者から検査を希望する施設に対して、順次検査キットを発送。</li> <li>・検査を希望する施設に検査キットが届き次第、①検体採取、②情報登録 ③検体の取りまとめ、④検査機関への返送の手続きを実施。</li> <li>(返送期限)：令和4年10月24日(月)までに検査機関あて発送すること。</li> </ul>
10月17日(月) ～ 10月31日(月)	<p>【4回目検査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査を希望する施設の受検申込。 検査予定人数×1回分の数量を申込する。</li> <li>(申込期限)：令和4年10月21日(金)17時までには手続きを完了すること。</li> <li>・検査事業者から検査を希望する施設に対して、順次検査キットを発送。</li> <li>・検査を希望する施設に検査キットが届き次第、①検体採取、②情報登録 ③検体の取りまとめ、④検査機関への返送の手続きを実施。</li> <li>(返送期限)：令和4年10月31日(月)までに検査機関あて発送すること。</li> </ul>
11月1日(火) ～ 11月10日(木)	<p>【予備検査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回目～4回目に受検申込した施設において、検査予定期間に検査予定者が新型コロナウイルス患者となったこと等により、<u>使用しなかった検査キットがある場合は</u>、その検査キットと同数の受検者を施設において選定し、<u>令和4年11月10日(木)までに検査機関あて発送</u>すること。</li> </ul>

※) 原則、検査は4回としますが、2回目以降から検査を申し込むことも可能であること。  
ただし、その場合の検査回数は4回ではなく、申込み日以後に実施する検査回数となることに留意すること。

### (7) 検査人数の変更

- ・各回の検査申込後に検査人数に変更が生じた場合は、以下により対応すること。  
検査人数が減少した場合→余った検査キットを利用して検査を実施することとし、令和4年11月10日(木)までに、検査機関あて検体を発送する。(受検者は各施設で決定すること。)
- 検査人数が増加した場合→人数増には対応できないこと。(なお、職員の採用等で、検査予定期間中に、検査人数の増加が見込まれる場合は、増加見込分を含めて申し込むことが可能であること。)

### 3 申込方法

にしたんクリニックへのWebでの申し込みによる

※ 申込み (Web) の方法は、別添2 (検査キット申込方法) により行ってください。

※ 申込みは Web での手続き となることから、Web 環境がない場合は、お申込できません。

※ 申し込みは個人名ではなく、施設単位で申し込んでください。

申込はこちらから→ <https://bit.ly/37E9T37>



アルファベット小文字の1 (エル)

上記でログインできない場合はこちらから↓

QRコード⇒



それでもログインできない場合の問い合わせ先

エクスコムグローバル株式会社

MAIL : trs\_sapporo@xcomglobal.co.jp

TEL : 011-804-6851 ※受付時間 平日 9:00~18:00

#### 4 検査の流れ（別添1参照）

県から対象施設へ検査事業を通知

- ↓ ▶ 今回のスクリーニング検査は、検査回数が毎週1回、計4回（計4週）となります。

検査を希望する施設が、申込み手続きを実施

- ↓ ▶ 施設代表者は、（手続1）検査事業者への検査キット申込み（Web）<sup>※</sup>の手続きを行ってください。
- ↓ ▶ 検査事業者への申込みは Web での手続き となることから、Web 環境がない場合は、お申込みできません。
- ↓ ※ 申込み（Web）の方法は、別添2（検査キット申込方法）により行ってください。  
検査キット申込後、直ぐに「PCR検査 検査登録一括申込」は行わないでください。

検査キットが到着後、施設代表者は、「検体採取を行う日・取りまとめた検体を返送する日」を設定するとともに、各受検者へ「検査手順を説明、検査キットを配布」する。

- ↓ ▶ 上記の「検体採取を行う日・取りまとめた検体を返送する日」は 9月30日の週から毎週設定してください。
- ↓ ▶ 4回目の返送日は、遅くとも10月31日（月）までとしてください。
- ↓ ▶ 4回目の返送日までに、従事者で検査を受検できない者等が発生し 検査キットが余った場合は、施設において受験者を決定のうえ、予備検査実施期間の 11月10日（木）までに検査を実施し検体を返送してください。

検体採取・検査キットを返送

- ↓ ▶ 各受検者は、検査キットに同封の説明書を参照して唾液を採取し、検査キットを自分で梱包してください。
- ↓ ▶ 梱包は、必ず、以下の手順を実施してください。手順が実施されていない場合、検査結果が届きません。
- ↓ ① 唾液を採取した唾液保存容器に本人確認用シールを貼り付ける。
- ↓ ② 返送用箱に必ず住所・氏名・電話番号を記載する。
- ↓ ② スマートフォン又はパソコンで、「PCR検査申込み手続き（検査者情報の登録）」を行う。
- ↓ ・PCR検査申込み手続きは 本人確認用シールのQRコードまたはURLから個人でWEB登録してください。  
検査登録一括申込も可能ですが、QRコードから個人でWEB登録する方が簡単で時間もかかりません。
- ↓ ・検査登録一括申込を行う場合は 別添3（検査者情報の一括登録）を参照。  
各検査者へ配布した 本人確認用シール記載の検査キット番号（Nから始まる番号）とCSVテンプレート記載の検査キット番号と相違がないか必ずご確認ください。
- ↓ ▶ 施設担当者は、各受検者の検査キットを取りまとめ、同封されているゆうパック着払い伝票を使い、検査事業者へ返送してください。（取りまとめた検体を入れる外装は各施設で用意してください。）
- ↓ ▶ 着払い伝票が不足または同封されていなかった場合は、郵便局からゆうパック着払いで下記住所まで返送ください。

返送先：〒150-6126 東京都渋谷区渋谷 2-24-12 渋谷スクランブルスクエア 26階 エクスコムグローバル株式会社  
TEL : 0120-222-545  
品名 : コロナ検体（不活性化済）（UN3373に梱包済）



- ▶ 施設担当者は、検査キットの返送にあたり、上記①・②が行われているか、最終チェックを十分に行ってください。

**検査機関がPCR検査・検査結果を連絡**

- ▶ 検査機関から上記②で設定した各受検者のメールアドレスに検査結果をメールで通知する。(検査結果に応じた対応の流れは、別添1を参照してください。)
- ▶ 検査陽性の場合、検査機関(医療機関)から該当する受検者に対して、Webでの問診が行われる。(上記②で設定したメールアドレスに、第1報の連絡があります。)

## 5 注意事項

- ・ ウイルス自体に感染性が無くてもPCR検査により検出と判定される場合があることから、**本検査の受検前1か月以内に新型コロナウイルス感染症の陽性判定を受けた方については、今般の申込みから除外すること。**
- ・ 当該検査は無症状者が対象となるため、検査申込後、検体採取当日に症状がある場合には受検を取りやめ、医療機関を受診して医師の診断を受けること。
- ・ 検査対象者以外の者(職員の家族等)が当該検査を受検したことが判明した際には、当該受検者の検査費用は施設側の負担となること。
- ・ 申込施設の代表者は、受検者の中で検査陽性者が確認された際には、直ちにその旨を管轄保健所に連絡すること。

## 6 問合せ先

### 【スクリーニング検査実施に関すること、検査申込みに関すること】

#### ◆ 高齢者施設関係

岩手県保健福祉部長寿社会課  
MAIL: AD0005@pref.iwate.jp  
TEL: 019-629-5435 ※受付時間 平日 8:30~17:00  
FAX: 019-629-5444

#### ◆ 障がい者施設関係

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課  
MAIL: AD0006@pref.iwate.jp  
TEL: 019-629-5448 ※受付時間 平日 8:30~17:00  
FAX: 019-629-5454

### 【検査陽性者に係る対応に関すること】

岩手県保健福祉部医療政策室  
MAIL: AD0002@pref.iwate.jp  
TEL: 019-629-5417 ※受付時間 平日 8:30~17:00  
FAX: 019-626-0837

### 【検査申込手続きに関すること】

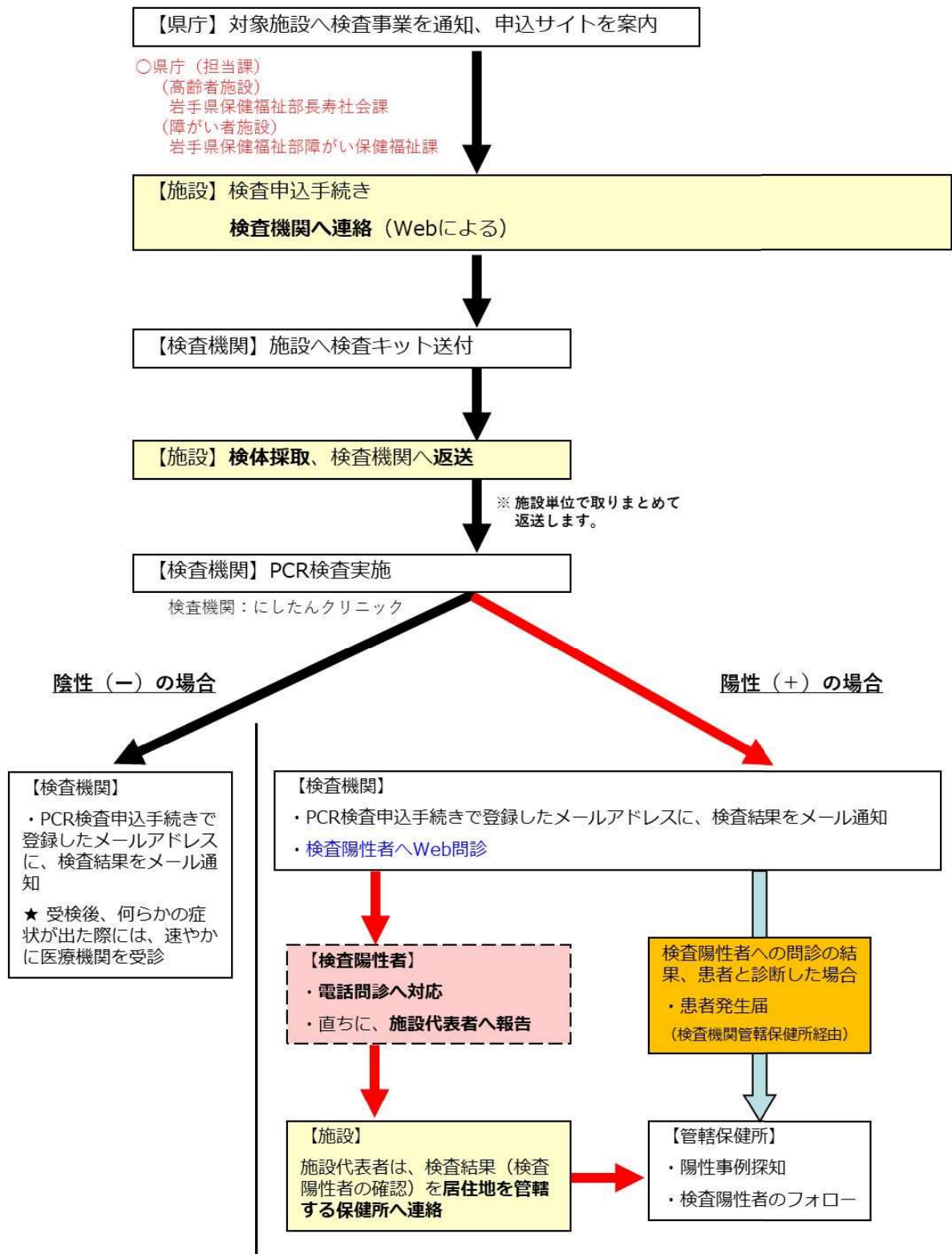
エクソコムグローバル株式会社  
MAIL: trs\_sapporo@xcomglobal.co.jp  
TEL: 011-804-6851 ※受付時間 平日 9:00~18:00

### 【検査全般(検査結果の通知を含む)に関すること】

医療法人社団直悠会 にしたんクリニック  
TEL: 0120-222-545 ※受付時間 24時間

別添 1

高齢者施設、障がい者施設のスクリーニング検査フロー（岩手県）（施設向け）





## 別添 2-1 検査キット申込方法

### ① 同意画面



■PCR検査 複数キット  
PCR検査キットを指定の場所(1か所)にまとめてヤマト便にてお送りいたします。  
常温保管が可能のため、必要な時に検査希望者に配布してご利用ください。  
キットを受取った検査希望者は、検査登録申込サイトにアクセスし検査希望者情報を入力してください。(必須)

高齢者施設・障害者施設等の一斉検査

■注意事項

- 検査キットの数量は「検査予定者×1回分」の数量をご入力ください。  
(既に申込済みで、数量追加の場合は、追加個数分を再申込ください。)
- 申込期限：2022年8月31日(水)17時まで。
- 検体発送期限：(1回目)2022年8月15日まで (2回目)2022年8月22日まで (3回目)2022年8月29日まで (4回目)2022年9月5日まで
- 検体採取後、速やかに返送してください。

■同意内容  
当施設代表者及び全受検者が以下の内容に同意し、PCR検査を申込みます。  
・当検査を受検する方は全員当施設の職員であり、対象でない者の受検があった場合は、実費で精算します。  
・検査結果が陰性・陽性にかかわらず、検査の発注者である岩手県へ結果集計の報告をすることに同意します。

上記内容に同意する

複数キットを申込む

⇒クリック後、②へページ遷移

### ② 電話番号入力（入力後、施設情報が自動反映されます。）

電話番号を入力し該当施設をご選択ください  
※ハイフンなしでご入力ください

電話番号

⇒施設の電話番号を入力

お申込者情報  
今回お申込みするお申込者の情報をご記入ください

必須 会社名・店舗名

必須 業種

必須 ご担当者姓

必須 ご担当者名

## 別添 2-2 検査キット申込方法

### ③ 施設情報・検査キット数量入力



PCR検査キット申込

**お申込者情報**  
今回お申込みするお申込者の情報をご記入ください

<input type="checkbox"/> 必須	会社名・店舗名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 必須	業種	高齢者施設
<input type="checkbox"/> 必須	ご担当者姓	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 必須	ご担当者名	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 必須	ご担当者姓(カナ)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 必須	ご担当者名(カナ)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 必須	電話番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 必須	メールアドレス	例) sample@nishitanclinic.jp

**発送先情報**  
今回お届けする住所をご記入ください

<input type="checkbox"/> 必須	郵便番号	例) 0001234(ハイフンなし)
<input type="checkbox"/> 必須	都道府県	岩手県
<input type="checkbox"/> 必須	市区町村	宮古市
<input type="checkbox"/> 必須	丁目・番地	お申込者住所(丁目・番地)
<input type="checkbox"/> 必須	建物名/法人名	建物名/法人名

**数量情報**  
PCR検査キットの購入数を入力してください

<input type="checkbox"/> 必須	PCR検査キット申込数	<input type="text" value="検査キットの数量を入力⇒"/>
-----------------------------	-------------	---

1 - 500

[戻る](#) [確認画面へ](#)

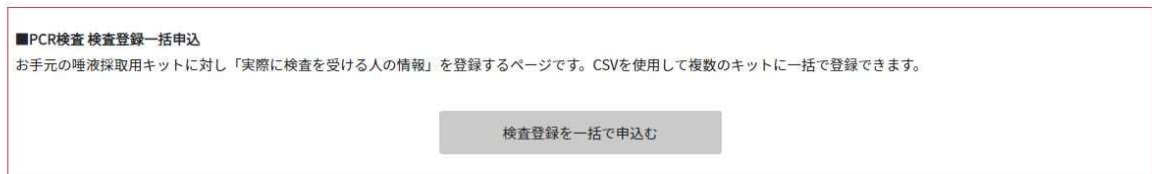
**⇒クリック後、確認画面へページ遷移**

遷移後、下記を確認の上申込完了となる。

- 申込者情報、発送先情報確認
- 注意事項・重要なお知らせ・プライバシーポリシーに同意
- 申込完了

## 別添 3-1 検査者情報の一括登録

- ① 検査キット申込サイトのトップページ下段にある「検査登録を一括で申込む」をクリック



- ② 申込番号（E から始まる番号）とご登録の電話番号を入力。  
 （E から始まる番号は、当社よりキットの発送後に送信している発送完了メールにて確認下さい）



- ③ ダウンロードした csv シートに該当の検査番号（N から始まる番号）が記載済みです。  
 項目ごとに情報を入力ください。  
 設問は、「はい」のみ入力ください。（「いいえ」の場合は、入力不要。空欄は全て「いいえ」になります）

検査キット番号	姓	名	姓(カナ)	名(カナ)	生年月日	性別	電話番号	メールアドレス	郵便番号	郵便府県	市区町村	町名番地	建物名	既婚	症状はありますか	既往	濃厚接触の疑いがありますか	過去1ヶ月以内に新型コロナウイルスに感染したことがありますか
N0000000000																		
N0000000001																		
N0000000002																		
N0000000003																		
N0000000004																		
N0000000005																		

絶対に検査キット番号を修正・編集しないでください。

### ※入力時の注意点

- ・ 外国籍の方は、〇〇・〇〇ではなく、姓〇〇、名〇〇と分ける。
- ・ 姓名（カナ）→全角 ※前後に不要なスペースは登録不可
- ・ 生年月日→西暦表示 例) 2000/1/1
- ・ 設問は、「はい」のみ記載してください。
- ・ 電話番号→頭の0が抜けていても登録可

入力後、そのまま上書き保存。

## 別添3-2 検査者情報の一括登録

- ④ ファイルの選択ボタンより、保存したエクセルを選択後、確認ボタンを押してください。  
※確認ボタンを押しても完了ではありません。  
次の画面にて登録ボタンを押したら完了です。

STEP2	CSVテンプレートダウンロード
<p>3 申込番号と電話番号入力後、「CSVテンプレートダウンロード」を押してください。 検査キット番号が記載されているエクセルが開けます。 表示されている検査キット番号以外は追加しないで下さい。登録不可です。</p> <p>4 ダウンロードしたエクセルへ検査者の情報を入力。 姓名(カナ)→全角 ※前後に不要なスペースは登録不可 生年月日→西暦表示例) 2000/1/1 性別は、「はい」のみ記載してください。 電話番号→頭の0が抜けていても登録可</p> <p>5 入力後にそのまま保存。</p>	
STEP3	ファイルを選択 選択されていません
<p>6 ファイルの選択ボタンより、保存したエクセルを選択後、確認ボタンを押してください。 ※確認ボタンを押しても完了ではありません。 次の画面にて登録ボタンを押したら完了です。</p> <p>エラー表示(登録不可)が無いが確認済み、問題なければ終了です。 不備がありましたらエクセルを修正して再度登録してください。 ※登録・不備内容は各項目の「展開▼」をクリックで参照可。</p>	確認

登録完了後、情報を変更した場合は下記サイトへアクセスし、情報変更してください。

### ▼PCR検査 検査希望者情報変更フォーム

<https://pcr.reserve-nishitan.jp/pcr-form/change-request/>

QRコード ⇒

