

## 高齢者・障がい者施設等の職員に対するPCR検査の実施方法について

### 1 検査対象施設・事業所

下記の高齢者・障がい者施設及び介護保険・障害福祉サービス事業所等のうち、検査を希望する施設及び事業所

#### 【高齢者施設】

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、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、生活支援ハウス

#### 【障がい者施設】

障害者支援施設、共同生活援助、障害児入所施設、福祉ホーム

#### 【介護保険サービス事業所】

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防・生活支援サービス（訪問型・通所型）

※介護予防サービスを含みます

※保険医療機関の指定等により、みなし指定されている事業所は、現に当該みなし指定介護サービスとしてサービス提供をしている事業所の職員のみが対象となります

#### 【障害福祉サービス事業所等】

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、自立生活援助、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、一般相談支援、特定相談支援、障害児相談支援、地域活動支援センター（地域生活支援事業）

### 2 検査対象者

- ① 上記1に勤務する施設・事業所職員のうち利用者と接する職員
- ② 施設・事業所の外部からの派遣等職員のうち、利用者に対し直接処遇を行う職員  
※今回のPCR検査の対象となるのは、無症状で感染の疑いが無い職員です。発熱やかぜの症状等がある場合は、今回の検査対象とはしないで、すぐに医療機関を受診してください。

### 3 検査実施期間

施設及び事業所ごとに、令和4年2・3月の間で、おおむね2週間に1回実施（最大4回）

### 4 検査の実施方法

唾液によるPCR検査

## [検査方法]

- ① 県が委託する検査業者が用意する唾液検体採取容器を使用して、PCR検査を行います。
- ② **【検査キット配布】** 検査日（検査業者が検査する日）の約1週間前に、検査業者から検査希望施設・事業所に対し、申込職員数分の検体採取容器が宅配業者を通じて配付されます。
  - (注1) 唾液検体採取容器に同封されているラベルに印刷されたQRコードは、今回の当県の検査では使用しません。
  - (注2) 同封されているラベルに印刷された「検体ID」と個々の職員を紐づけして、検査対象者を事前に管理してください。
    - ☞別添「PCR検査受検者管理表」の様式をご利用ください。なお、同一覧表は施設・事業所内の管理表ですので、検査業者や県への提出は不要ですが、後日確認させていただくことがありますので、検査結果と一緒に5年間保管してください。
- ③ **【検体採取】** 検査日（検査業者が検査する日）の前々日（2日前）、または、前々々日（3日前）に検体採取を行っていただきます。（唾液検体採取日について、申込様式の例では、検査日の2日前が標準日程と記載されていますが、検査日の前々日（2日前）のほか、前々々日（3日前）でも可能と伺っています。）
  - (注1) 検査業者に申し込みをされ、検査日を指定された後は、検査日や検査数等の変更はできません。
  - (注2) 正しい検査結果が得られない可能性がありますので、指定期間内に施設内で、施設職員の管理下で採取してください。（自宅等へ採取キットを持ち帰ることの無いようにしてください。）また、陽性者が発生した場合に直ちに必要となりますので、「PCR検査受検者管理表」（名簿）に各受検者の検体採取日を記録しておいてください。
  - (注3) 唾液採取の1時間前から水以外の飲食、喫煙は厳禁です（水の摂取は制限なし）。歯磨きやマウスウォッシュも控えてください。
  - (注4) 唾液の量が不足している場合や、唾液以外のもの（例：食物等）が入っていた場合などは、PCR検査結果が「判定不可」となります。また、「判定不可」となる多くのケースは、唾液の量不足が原因となっています。したがって、唾液採取の際は、唾液の気泡ではなく、唾液そのものがチューブの黒い線を十分に超えたことを確認していただくよう、お願いいたします。
    - なお、「判定不可」となった場合の再検査費用は、県では負担できませんので、十分にご注意いただき、検体採取されるよう、くれぐれもお願いいたします。
  - (注5) 採取後の検体は冷蔵庫等で保管する必要はないものの、高温を避け、25℃以下の冷暗所で保管してください。
- ④ **【検体回収】** 検査日（検査業者が検査する日）の前日の午前中（時間未定）に、検査業者が手配する宅配業者が、検査キットの回収に伺います。
  - (注1) 宅配業者の都合により、午後の回収となる場合もありますので予めご了承願います。
  - (注2) 対象外の方が含まれることの無いように、施設管理者の方が検体採取前、提出前に検査申込時に作成した「PCR検査受検者管理表」の点検をお願いします。
- ⑤ **【結果通知】** 検査業者において、唾液検体の分析を行います。検査結果は、検査日（検査業者が検査する日）当日中、もしくは、その翌日に、検査業者からメールで貴施設・事業所と県の両方へ報告されますので、ご確認ください。
  - ☞同報告書の「Ct値」の数値が陽性/陰性の判断基準となります。
    - 基本的に「Ct値」が「一」と表記されている場合、若しくは、40を超える数値の場合は陰性、一方で40以下の数値の場合は、陽性が疑われるため、県から貴施設・事業所へ連絡し、必要事項を確認させていただきます。該当者の必要な情報【検体採取日、氏名、生年月日、性別、連絡先電話番号等】の提供をお願いします。（40以下の数値で、貴施設・事業所に連絡がない場合は、至急県へお問合せください（平日）
    - TEL：058-272-8377（夜間・休日）携帯①080-8823-1166、②080-8256-8095）。
- ⑥ **【感染拡大防止】** 陽性者が確認された場合は、施設・事業所内で当該職員の行動履歴等を把握し、保健所による疫学的調査に協力するとともに、利用者や職員の健康管理や防護具の適切な使用等、施設・事業所内の感染拡大防止策の徹底を図ってください。

## [留意事項]

本検査は、以下の事項をご了解、ご対応いただいた上で行っていただくよう、お願いいたします。

### ・施設・事業所内の手続き等

本検査は、検査希望施設・事業所に対し、県が検査業者に業務を委託して実施します。個々の施設・事業所内での手続などは、各施設・事業所で責任をもって行ってください。

なお、検査を希望する施設・事業所におかれましては、必ず申し込み前に、検査を行う職員（検査対象とする派遣職員等を含む。）に対し、検査の目的等を丁寧に説明し、検査を行うこと、検査結果を県に対しても提供することについて、同意を得た上で、確実に検体採取のできる方を検査数として申し込みを行ってください。（申込数と検体提出数の乖離が大きい場合には、個別に理由を確認させていただきます。）

### ・医師の協力

昨年の6月までの予防的検査事業と異なり、検査（確定診断）のための医師（配置医、嘱託医、産業医、協力医療機関などの医師）の了解や確保は不要です。ただし、任意で各施設・事業所において検査に当たっての医師の了解や確保を拒むものではありませんが、検査結果を判断いただく費用（医師による検査結果診断料）などは、県からの支払いはございませんので、ご注意ください。

### ・費用等

唾液検体の検査費用（検体採取容器代、郵送料、検体分析費用等）については、県から検査業者に支払うため、施設・事業所の負担は発生しません。

### ・検査結果等の保管

検査終了後、「PCR検査受検者管理表」（名簿）を検査結果とともに、5年間（2027年3月末まで）保管してください。

### ・その他

円滑な検査実施のためには、各施設・事業所におかれて、当該検査に係る担当者（梱包責任者）を選任いただき、その方を中心に検体採取と梱包を確実に行っていただくことが必要です。事前に、同担当者は検査業者から配信されている動画（県HP内でリンク設定済）をご視聴いただき、検査に向けた準備をお願いいたします。

◎オミクロン株による感染拡大により検査需要が急増しており、今後の検査の逼迫状況によっては、事業内容を変更する場合がありますので予めご了承願います。

※本書で説明している検査の流れや留意事項に加え、別紙3申込要領の内容も参照のうえ、検査日を設定してください。